

HEMORRAGIES DIGESTIVES

I/ INTRODUCTION :

Les hémorragies digestives sont la principale cause des hospitalisations urgentes en hépato-gastro-entérologie. En plus du problème de diagnostic étiologique, elles posent le problème de l'évaluation du retentissement sur l'état hémodynamique et du traitement symptomatique d'urgence. Elles nécessitent une hospitalisation dans un service spécialisé. Leur incidence est de 1/1000 habitants et la mortalité est comprise entre 5 à 10%.

II/ DEFINITIONS :

A/ Hématémèse :

C'est l'émission de sang rouge par la bouche lors d'efforts de vomissement. Elle est à différencier de l'hémoptysie, d'une épistaxis déglutie, d'une hémotymèse, de vomissements de liquide de stase gastrique.

B/ Méléna :

C'est l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide (selles goudron), dont l'origine est généralement située en amont de l'angle de Treitz. Le méléna doit être différencié d'une coloration des selles d'origine médicamenteuse (charbon, fer).

C/ Rectorragie :

C'est l'émission de sang rouge par l'anus. Elle est souvent d'origine basse mais peut être d'origine haute notamment en cas de collapsus.

III/ HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES :

A/ Hémorragies digestives d'origine ulcéreuse

1. Ulcère gastro-duodéal :

L'hémorragie est la plus fréquente des complications de la maladie ulcéreuse et la révèle dans 10 à 40% des cas.

Elle peut être liée à un saignement muqueux péri ulcéreux ou, plus gravement, à l'érosion d'une artère au fond du cratère.

La mortalité est de 5 à 10%.

Les facteurs de risque d'une hémorragie d'origine ulcéreuse sont une infection à *Helicobacter pylori*, la prise d'AINS et/ou d'aspirine (surtout après 60 ans) et/ou d'anticoagulants de type AVK.

2. Lésions aiguës gastro-duodénales :

Elles s'observent soit après prise de gastro-toxiques, soit chez les patients hospitalisés en réanimation avec défaillance multi viscérale (ulcère de stress).

B/ Hémorragies liées à l'hypertension portale :

La cirrhose hépatique est responsable du développement d'une hypertension portale, elle-même à l'origine de varices oesophagiennes. Leur rupture est la principale cause d'hémorragie au cours des cirrhoses. Elle survient chez un tiers des malades et sa mortalité varie de 15 à 40% de façon précoce.

Les autres causes d'hémorragies hautes dues à l'hypertension portale sont la gastropathie d'hypertension, les ectasies antrales et la rupture de varices gastriques.

C/ Autres hémorragies digestives hautes :

1. Origine oesophagienne :

Il s'agit du syndrome de Mallory-Weiss (du à une ulcération cardiale, secondaire à des efforts de vomissements), de l'oesophagite peptique et du cancer oesophagien.

2. Origine gastrique :

L'ulcération de Dieulafoy correspond à une artère sous muqueuse de calibre anormalement large et pouvant être à l'origine d'hémorragies abondantes. Des angiodysplasies gastriques (malformations vasculaires sous muqueuses) et toute tumeur gastrique peuvent être à l'origine de saignement.

3. Origine duodénale :

Des tumeurs (adénocarcinome, ampulome), une fistule aorto-duodénale (en cas de prothèse aortique), une hémobilie (présence de sang dans la bile après sphinctérotomie notamment), une wirsungorragie (complicant une tumeur pancréatique ou une pancréatite chronique) peuvent être à l'origine d'hémorragies digestives hautes.

Lésions responsables d'hémorragies digestives hautes

Lésions	Fréquence %
Ulcères gastroduodénaux	35
Ulcérations aiguës gastroduodénales : – AINS – Ulcération de Dieulafoy	15
Syndrome de Mallory-Weiss	5
Complications des hernies hiatales	5
Complications de l'hypertension portale : – varices œsophagiennes – varices gastriques – gastropathie – veines ectopiques	20
Autres lésions : – tumeurs malignes œsogastriques – tumeurs bénignes gastriques – fistules aorto-digestives – angiomes – hémobilie – Wirsungorrhagie	20

IV/ HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES :

A/ Causes coliques :

- Les cancers recto-coliques et les tumeurs bénignes sont à rechercher systématiquement et imposent donc la réalisation d'une coloscopie.
- Les hémorragies diverticulaires surviennent en dehors de toute diverticulite.
- Le saignement d'origine hémorroïdaire est un diagnostic d'élimination.
- L'ulcération rectale thermométrique peut être à l'origine de 10% des hémorragies digestives basses.
- La colite ischémique (due à un défaut de vascularisation soit par bas débit, soit par occlusion des artères mésentériques), les colites inflammatoires (surtout la recto-colite hémorragique) peuvent être à l'origine d'une hémorragie.
- Parmi les autres causes, on relève les angiodysplasies coliques, les traumatismes, les corps étrangers, la polypectomie, l'ulcère solitaire du rectum, l'endométriose colique, les varices rectales (pendant l'hypertension portale).

B/ Causes grêliques :

- Le diverticule de Meckel est la première cause d'hémorragie digestive chez l'enfant et l'adolescent.
- Les tumeurs du grêle sont plus souvent malignes que bénignes.
- La maladie de Rendu-Osler, l'invagination intestinale aigue, l'ulcère du grêle, l'infarctus du mésentère, la maladie de Crohn, les malformations vasculaires sont des causes plus rares.

Causes des hémorragies digestives basses

I - Au niveau de l'anus

- hémorroïdes
- fissure

II - Au niveau du rectum

- hémorroïdes (++)
- ulcère traumatique (thermomètre) (++)
- ulcère solitaire ou syndrome de prolapsus muqueux rectal
- mêmes causes qu'au niveau colique

III - Au niveau du côlon

- diverticule (+++)
- angiodysplasie (++)
- colite ischémique (+)
- polype ou cancer
- polypectomie endoscopique
- entérites inflammatoires , radique
- ulcère idiopathique
- colite infectieuse ou médicamenteuse (antibiothérapie, AINS)
- varices (hypertension portale)

IV - Au niveau du grêle

- diverticule de Meckel
- ulcère du grêle (médicamenteux, infectieux)
- angiodysplasie
- tumeur bénigne ou maligne (lymphome)
- entérite inflammatoire (maladie de Crohn, radique)

V/ EVALUATION DE LA GRAVITE DE L'HEMORRAGIE ET CONDUITE A TENIR :

A/ Evaluation de la gravité :

La gravité dépend de l'importance de l'hémorragie et du terrain. On recherche des signes d'hypovolémie (tachycardie sup.à 100/min, pression artérielle systolique inf.à 100 mm de Hg), voire des signes de choc en faveur d'une hémorragie grave.

Le meilleur critère est le nombre de concentrés globulaires transfusés pendant les 24 premières heures pour maintenir un état hémodynamique correct. Chez le cirrhotique, on considère que l'hémorragie n'est pas contrôlée si au moins 6 unités de sang au cours des 6 premières heures sont nécessaires pour maintenir l'état hémodynamique et l'hématocrite.

B/ Conduite à tenir en urgence:

En cas d'hématémèse, le malade doit être hospitalisé en service habilité à la prise en charge des hémorragies digestives. Les mesures de réanimation débutent en même temps que l'évaluation de la gravité de l'hémorragie par la mise en place de 2 voies veineuses de bon calibre en prélevant un bilan biologique (groupe rhésus 2 détermination, recherche d'agglutinines irrégulières, bilan de coagulation, ionogramme sanguin). On perfusera des macromolécules en présence de signes d'hypovolémie, ou des solutés isotoniques puis des transfusions de sang iso-groupe iso-rhésus en cas d'anémie. Une oxygénothérapie par voie nasale peut être nécessaire.

C/ En cas d'hématémèse :

Le premier examen diagnostique et thérapeutique à réaliser dans les 12 premières heures est la fibroscopie digestive haute (FDH).

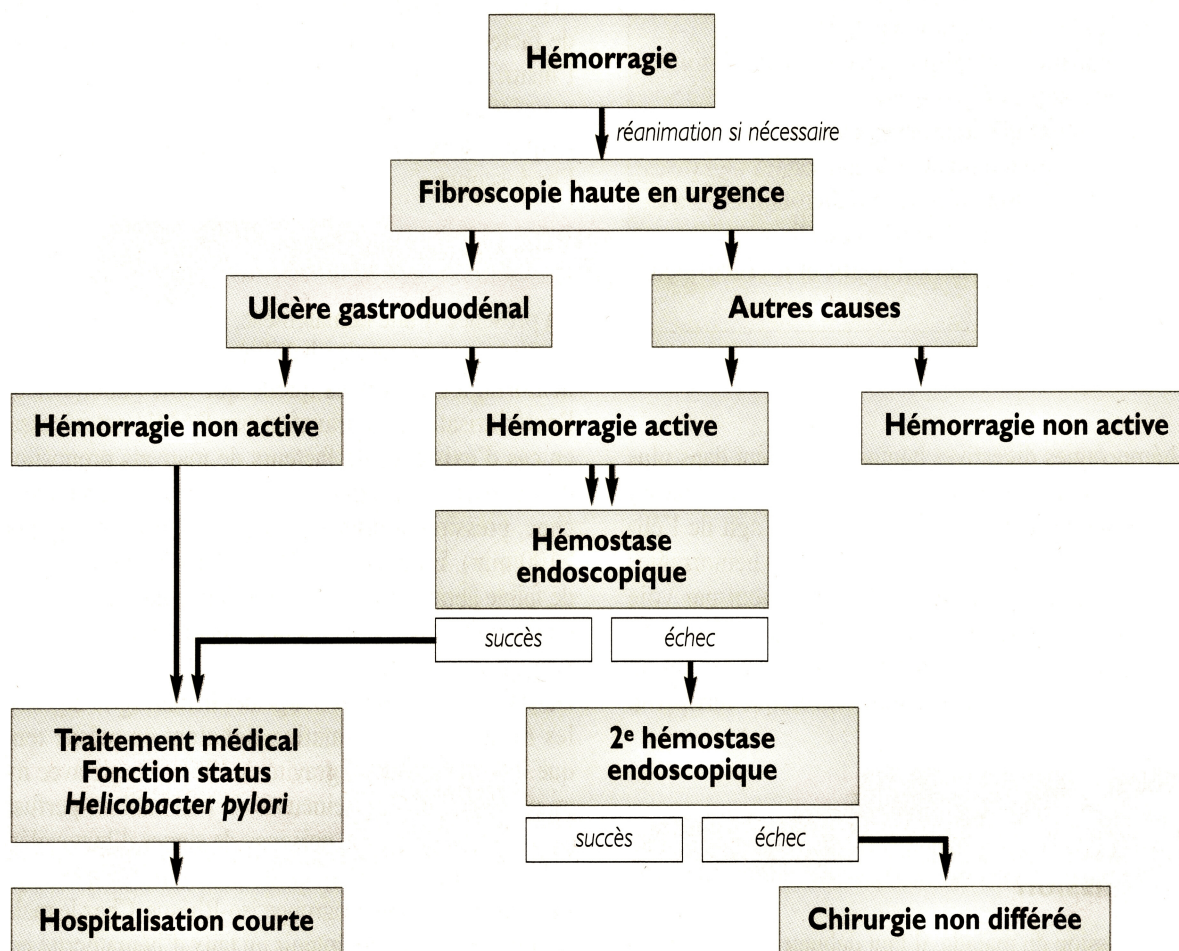
1) Ulcère gastro-duodéal :

la FDH va permettre le diagnostic et permet de mettre en œuvre si nécessaire une hémostase soit par coagulation mono ou bipolaire, électrocoagulation par laser argon, injection de vasoconstricteurs (adrénaline à 1/10 000), ou de sclérosants (polidocanol, alcool absolu) soit par mise en place de clips. Ces méthodes peuvent être associées entre elles.

En cas d'échec de l'hémostase endoscopique, on aura alors recours au traitement chirurgical [ulcère de la face postérieure du bulbe duodéal (artère gastro-duodénale) ou de la petite courbure verticale de l'estomac (branche de l'artère coronaire stomacique)].

L'embolisation de l'artère gastro-duodénale est la solution en cas d'échec de l'hémostase endoscopique chez les patients à haut risque opératoire.

Sur le plan médical, on mettra en place un traitement anti-ulcéreux à base d'anti-sécrétoire par voie intraveineuse, comme l'oméprazole ou le pantoprazole (Inipomp®). Pour ce dernier (utilisé au CHR de Montbéliard), on utilise une dose de charge (80 mg en mini perfusion) puis une dose d'entretien (8 mg/heure au pousse seringue électrique).



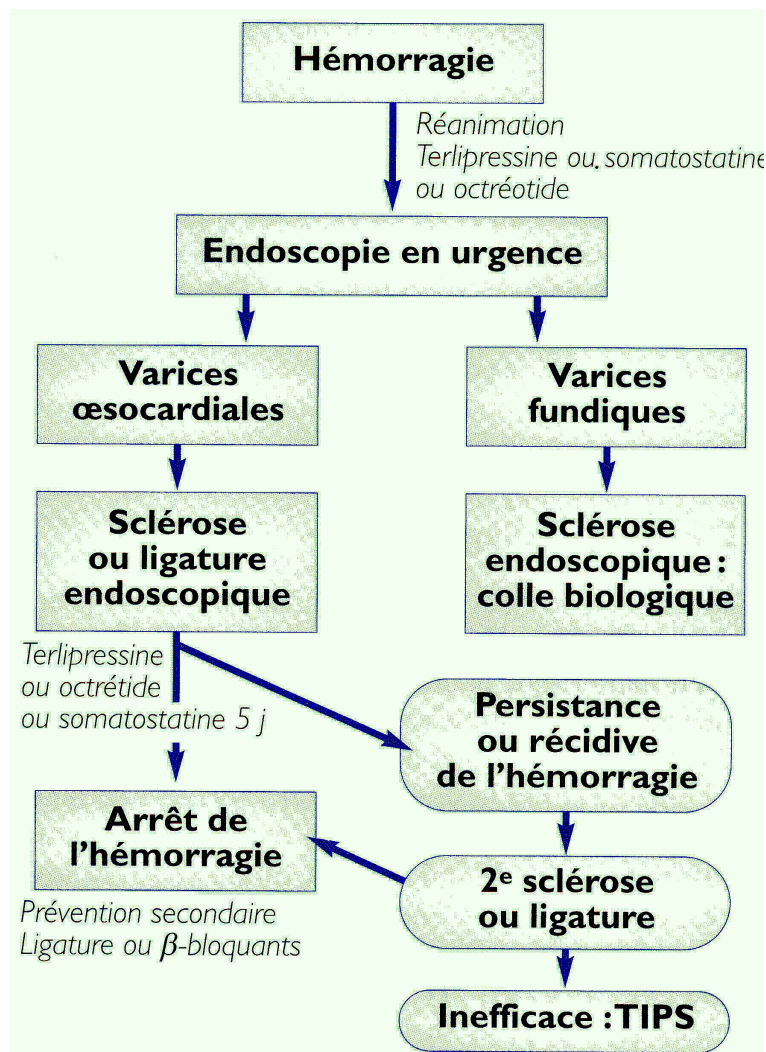
2) Rupture de varice oesophagienne :

Dans ce cas également, la FDH va permettre le diagnostic positif. Elle va également permettre la sclérose ou la ligature de la varice hémorragique. En cas d'échec ou de récurrence précoce, on aura recours à la pose d'une anastomose de type TIPS (*Transjugular Intrahepatic Porto-Systémic*).

Sur le plan médicamenteux, on aura recours à la perfusion d'agents vasoactifs ayant pour but de diminuer la pression vasculaire dans le système porte.

Ces drogues sont la vasopressine, la terlipressine, l'octréotide, la somatostatine (Sandostatine®).

Cette dernière (qui est utilisée au CHR de Montbéliard), a l'avantage de ne pas avoir d'effet sur la circulation systémique (vasoconstriction). Elle est injectée au pousse-seringue électrique à la dose de 25µg/H ou 600 µg/24H.



C/ Hémorragies digestives basses :

Leur diagnostic étiologique est plus difficile, puisque dans 10% des cas resteront sans cause. Elles s'extériorisent par voie basse sous forme de méléna ou de rectorragie.

La première cause à éliminer est une cause proctologique.

En cas d'hémorragie abondante, une FDH doit être réalisée au moindre doute car 10% de ces hémorragies ont une origine en amont de l'angle de Treitz.

Il faut ensuite situer l'hémorragie au niveau du colon ou de l'intestin grêle. L'examen de référence est donc la coloscopie totale sous anesthésie générale, après ingestion de polyéthylène glycol. Cet examen pourra mettre en évidence la (les) lésions, suspecter une (des) lésion(s) ou innocenter le colon. Dans l'intervalle, on aura instillé (selon les auteurs) des produits pro coagulants [exemple : acide tranexamique= Exacyl°(1g en miniperf. par 8H) associé à etamsylate= Dicynone°(500 mg en miniperf. par 8H)] on pourra avoir réalisé un scanner abdomino-pelvien avec injection, pouvant approcher un diagnostic [diverticulose non compliquée, sigmoïdite diverticulaire (contre-indiquant la coloscopie), colite...]

Chez un sujet jeune, non appendicectomisé, ayant eu une coloscopie normale, on pourra demander une scintigraphie aux globules rouges marqués au Technétium 99 (^{99m}Tc).

Dans les autres cas, l'exploration de l'intestin grêle se fera soit par artériographie en cas de persistance d'une hémorragie active, soit par entéroscopie endoscopique (ante ou peropératoire). Dans les cas non urgent, on pourra explorer l'intestin grêle par vidéo capsule ou entéroscopie par coloscope à double ballonnet.

