

CONDUITE A TENIR (CAT) DEVANT UNE HEMORRAGIE DIGESTIVE

Objectifs

1. F Définir: hématémèse, rectorragie et méléna ;
2. Décrire les signes cliniques de l'hémorragie digestive haute (HDH) ;
3. Etablir la classification de Forrest dans l'HDH ulcéreuse;
4. Décrire les signes cliniques de l'hémorragie digestive basse (HDB);
5. Citer les différentes causes des HDH et des HDB;
6. Décrire les modalités de la prise en charge de l'HDH et de l'HDB.

Plan

1. Généralités

- 1.1 Définitions
- 1.2 Intérêt
- 1.3 Rappels

2. CAT diagnostique

2.1 Diagnostic positif

- 2.1.1 Circonstances de découverte
- 2.1.2 Interrogatoire
- 2.1.3 Examen physique
- 2.1.4 Examens complémentaires

2.2 Diagnostic différentiel

2.3 Diagnostic de gravité

2.4 Diagnostic étiologique

3. CAT thérapeutique

- 3.1 But
- 3.2 Moyens et méthodes
- 3.3 Indications
- 3.4 Résultats

Conclusion

1. Introduction

1.1 Définition

L'hémorragie digestive (*HD*) est une émission de sang hors du tube digestif. Elle est haute (*HDH*) lorsqu'elle intéresse le tube digestif de la bouche à l'angle de Treitz. Elle est basse (*HDB*) lorsqu'elle intéresse le tube digestif de l'angle de Treitz à l'anus.

1.2 Intérêt

- L'HD est plus une urgence médicale que chirurgicale.
- Le diagnostic repose sur la clinique et surtout sur l'endoscopie qui montre une localisation haute dans 80% des cas.
- Les étiologies sont multiples et sont dominées par la maladie ulcéreuse gastroduodénale et les varices oesophagiennes.UGD.
- Le traitement repose avant tout sur les méthodes endoscopiques et la chirurgie est réservée aux échecs de ces dernières.

2. Conduite à tenir (CAT) diagnostique

2.1 Diagnostic positif

2.1.1 Circonstance de découverte (CDD)

2.1.1.1 Symptômes

L'hémorragie digestive peut être extériorisée et se traduire par plusieurs signes. Il s'agit entre autre, de:

- l'hématémèse: c'est le rejet, par la bouche, lors d'un effort de vomissements, d'un sang rouge foncé, non oxygéné, avec des caillots et des débris alimentaires
- la rectorragie: encore appelée hématochézie, c'est une émission par l'anus de sang rouge, non digéré,
- le méléna: c'est une émission, par l'anus, de sang noir digéré, sous forme de selles collantes, luisantes, nauséabondes et fétides.

2.1.1.2 Complications

L'hémorragie digestive peut se compliquer d'un collapsus cardiovasculaire avec un état de choc hémorragique caractérisé par une pâleur extrême, tension artérielle systolique (TAS), un pouls petit filant, des marbrures, des extrémités froides,...

2.1.1.3 Découverte lors d'un suivi: au cours de la cirrhose.

2.1.2 Interrogatoire

L'interrogatoire va caractériser les signes et rechercher un épisode antérieur d'hémorragie digestive. Il recherchera également les antécédents du malade, notamment un ulcère gastroduodéal (UGD), un cancer du tube digestif, une cirrhose, un cancer primitif du foie (CPF), une prise récente de certains médicaments (AINS, les anticoagulants, le fer, le charbon, le bismuth,...), de même que la consommation de certains aliments comme la betterave, les myrtilles,...

2.1.3 Examen clinique

*** Examen général**

L'examen général va rechercher des signes de choc, en évaluant la conscience avec le score de Glasgow, la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire, la coloration des muqueuses et de la peau.

*** Examen physique**

L'examen de l'examen digestif va rechercher un saignement bucco-dentaire, une circulation veineuse collatérale (CVC) au niveau de l'abdomen, une douleur et une masse abdominale (épigastrique, un gros foie,...). Le toucher rectal, temps ultime de l'examen digestif, recherche surtout une tumeur et la présence de sang dans les selles. L'examen physique doit être complet intéresser tous les appareils et systèmes.

2.1.4 Examens complémentaires

2.1.4.1 Endoscopie digestive

L'endoscopie digestive est l'examen clé du diagnostic.

- Conditions: Elle est le plus souvent réalisée chez un patient stable entre 12 à 24h, en dehors ou à distance d'un repos.

- Résultats: elle précisera l'origine du saignement, son siège, sa nature, le degré de saignement avec parfois une classification, la taille et le nombre des lésions,...

Elle permet également, dans le même temps, de faire des gestes d'hémostase sur le saignement.

2.1.4.2 Tomodensitométrie

Il s'agit surtout de l'angioscanner qui surtout utile dans certaines localisation comme le grêle. Elle peut aussi être faite chez les patients porteurs d'une prothèse aortique. Ces derniers peuvent présenter une fistule aorto-digestive, avec une endoscopie digestive normale ou dangereuse.

2.2. Diagnostic différentiel

Il faut savoir reconnaître toutes les situations qui peuvent simuler une hémorragie digestive.

* Devant une hématomèse: il faut éliminer une hémoptysie (rejet, lors d'un effort de toux, de sang rouge aéré provenant des voies aériennes sous-glottiques), une épistaxis (émission de sang par les narines) déglutie,...

* Devant un méléna: il faut éliminer la coloration des selles par certains médicaments (fer, charbon,...) ou aliments (betterave, myrtilles,...)

2.3 Diagnostic de gravité

L'hémorragie digestive peut se compliquer d'un collapsus cardiovasculaire avec un état de choc. Elle peut, en plus de cette complication, entraîner sur terrain de cirrhose une encéphalopathie hépatique qui se manifeste les signes suivants:

- l'astérisis ou lapping tremor (Trouble neurologique caractérisé par des secousses musculaires brusques et brèves, dues à une interruption intermittente du tonus musculaire),

- le foetor hepaticus (Odeur de l'haleine douceâtre et écœurante, rappelant celle de la pomme pourrie, traduisant une insuffisance hépatocellulaire).

- des crises convulsives

- un ralentissement psychomoteur,...

2.3 Diagnostic étiologique

Plusieurs étiologies peuvent être à l'origine des hémorragies digestives.

2.3.1 Causes d'hémorragies digestives hautes

L'hémorragie digestive haute est essentiellement liée à trois principales causes: la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, les ulcérations gastroduodénales et les complications de l'hypertension portale (HTP).

2.3.1.2 La maladie ulcéreuse gastroduodénale

Elle représente en fréquence 50% des causes d'hémorragie digestive haute.

* Clinique: la démarche clinique doit rechercher à l'anamnèse un passé d'ulcère gastroduodénal ou d'épigastrie, un épisode antérieur d'hémorragie digestive. Les signes fonctionnels sont dominés par l'hématémèse plus ou moins associées à un méléna. La rectorragie est

possible et traduit une hémorragie haute massive, souvent compliquée d'un état de choc hémorragique.

* Endoscopie: elle permet le diagnostic en précisant le siège gastrique ou duodénal surtout, la taille et le nombre de la lésion en cause (lésion hémorragique unique le plus souvent), la gravité du saignement avec la classification de Forrest (**tableau I**), l'âge de l'ulcère (jeune ou vieilli), l'existence d'une lésion sous-jacente.

Tableau I: la classification de Forrest

Type	Description
Ia	Saignement actif en jet
Ib	Saignement en nappe
IIa	Vaisseau visible
IIb	Caillot adhérent
IIc	Taches pigmentées
III	Cratère propre

Cette classification a un double intérêt (pronostic et thérapeutique)

2.3.1.3 Ulcérations gastroduodénales

Elles sont liées à plusieurs facteurs, parmi lesquels des médicaments tels que les anti-inflammatoires non stéroïdes (AINS), l'aspirine, ainsi qu'un séjour en réanimation ou en unité de soins intensifs. Les malades en réanimation les plus sujets à une hémorragie digestive sont les brûlés graves et la lésion en cause est très souvent un ulcère de stress. Ces facteurs sont d'autant plus déterminants, lorsqu'il existe un terrain prédisposant (âge au delà de 65 ans, passé d'UGD, consommation excessive d'alcool, prise concomitante d'anticoagulant ou de corticoïde,...).

2.3.1.4 Complications de l'HTP

L'HTP est définie comme un gradient porto-systémique > 5mmHg. La cause d'une HTP est le souvent une cirrhose ou un cancer primitif du foie (CPF). L'hémorragie digestive peut être due à une rupture de varice ou à la gastropathie hypertensive.

* Clinique: elles se traduisent par une hématomèse le plus souvent de grande abondance, associée à une rectorragie et un état de choc hémorragique. +++(+ Méléna, voire Rectorragies). Ce tableau est associé à des signes d'HTP (CVC, ascite, splénomégalie,...).

* Endoscopie: elle précise l'origine du saignement qui est une rupture de varices oesophagiennes dans 50% des cas. Il peut aussi s'agir d'une rupture de varices gastriques (15%), d'une gastropathie hypertensive (5%) ou d'un ulcère gastro-duodénal (30%). L'hémorragie digestive est aggravée sur ce terrain habituelle de cirrhose par les troubles de la coagulation.

2.3.1.5 Autres causes

D'autres causes plus rares peuvent être à l'origine d'une l'hémorragie digestive haute. On peut citer:

* le syndrome de Mallory-Weiss: il est défini comme une déchirure de la muqueuse cardiaque, secondaire à des efforts répétés de vomissements. Il représente 5% des causes. Elle entraîne une hémorragie en règle de faible abondance, avec une hémostase spontanée.

* l'exulcération simplex de Dieulafoy: elle est définie comme une perte de substance muqueuse (ulcération) de petite taille, érodant une artériole sous muqueuse de calibre anormalement large. Elle représente 2% des causes d'hémorragie haute volontiers abondante

* la fistule aorto-duodénale: il s'agit d'une complication redoutable de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA). Elle est définie comme une fistulisation d'AAA dans le tube digestif, secondaire à une érosion pariétale du 3e duodénum par l'anévrisme ou par le pôle supérieur d'une prothèse vasculaire. Elle se traduit cliniquement par une hémorragie massive parfois cataclysmique. Le diagnostic doit toujours être évoqué chez le sujet athéromateux, surtout lorsque le diagnostic est connu.

Anomalies vasculaires (5%)

* Autres: la wirsungorrhagie (0,1%), l'hémophilie, l'ampoule Valérien, cancer gastrique ou oesophagien, oesophagite peptique ou caustique,...

2.3.2 Causes d'hémorragie digestive basse

Les cause d'hémorragie digestive basse sont nombreuses mais sont dominées par le cancer

2.3.2.1 Cancer colorectal

* Clinique

L'anamnèse doit s'intéresser aux antécédents personnels et familiaux de cancers du spectre HNPCC (Hereditary non polyposis colorectal cancer).

L'hémorragie se traduit très souvent par une rectorragie peu abondante et répétée associée parfois à un méléna, dans un contexte d'anémie chronique.

* Coloscopie

Elle nécessite une bonne préparation colique et doit être complète. Elle précisera le siège de la lésion en cause, son aspect macroscopique, les lésions associées (polypes, autres tumeurs,...). Elle permet également de faire des biopsies pour un examen anatomopathologique.

La suite de la démarche diagnostique doit comporter un bilan d'extension clinique et radiologique (tomodensitométrie abdominale et thoracique).

2.3.2.2 Diverticulose colique

Le diverticule colique est une hernie de la muqueuse et de la sous-muqueuse colique à travers la musculature, en rapport avec un point de faiblesse pariétale créé par la pénétration des vaisseaux droits. On parle de diverticulose, lorsque le côlon est le siège de plusieurs diverticules disséminés. Elle siège surtout au niveau du côlon sigmoïde. Il s'agit de la première cause d'HDB de grande abondance. Les facteurs favorisants sont l'alcool, les AINS,... A la coloscopie, la diverticulose est plus fréquente au niveau du côlon gauche, mais ses complications hémorragiques concernent en particulier le côlon droit. L'étiopathogénie est une lésion des vasa recta au niveau du dôme des diverticules, lors des complications inflammatoires ou infectieuses. Cependant, il faut toujours avoir la hantise du cancer.

2.3.2.3 Causes proctologiques

Les saignements, dans les maladies proctologiques sont habituellement minimes et répétés. Dans la maladie hémorroïdaire, on peut retrouver, lors des poussées, une rectorragie modérée sous forme de traces de sang accompagnant les selles (éclaboussant la cuvette des toilettes et tâchant le papier toilette). Dans la fissure anale, on peut avoir une rectorragie même si elle est exceptionnelle. Dans le cancer anal, les saignements sont souvent accompagnés de glaires et sont également minimes et répétés. Ces saignements entraînent très souvent un tableau d'anémie chronique.

2.3.2.4 Angiodysplasie

L'angiodysplasie du côlon est caractérisée par une dilatation artério-veineuse sous-muqueuse acquise. Elle est observée chez le sujet âgé et peut provoquer des hémorragies graves avec des rectorragies. Le diagnostic est confirmé par la coloscopie qui montre une localisation au côlon droit dans 70 % des cas. Elle est le plus souvent associée à des troubles de la

coagulation comme dans la maladie de Willebrand, à une insuffisance rénale, à une cirrhose ou à une valvulopathie aortique.

2.3.2.5 Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

La rectocolite hémorragique (RCH) est la MICI la plus pourvoyeuse d'hémorragie digestive qui se traduit à la clinique par des diarrhées sanglantes lors des poussées inflammatoires, avec dans les formes sévères un risque de choc hémorragique. La coloscopie fait le diagnostic en montrant des ulcérations monomorphes, d'aspect friable, superficielles, diffuses, sans intervalles de muqueuses saines, avec un saignement souvent en nappe.

2.3.2.6 Diverticule de Meckel

Il est rare et s'observe surtout chez l'enfant. Le tableau clinique est celui d'une appendicite associé à un méléna et le diagnostic est fait par l'échographie, la tomodensitométrie et la scintigraphie.

2.3.2.7 Autres causes d'HDB

Elles sont plus rares. Il s'agit entre autre des ulcérations thermométriques, des colites ischémiques et infectieuses, des causes iatrogènes lors de la polypectomie endoscopique ou de la radiothérapie par exemple.

3. Conduite à tenir (CAT) thérapeutique

3.1 But

- Préserver le pronostic vital
- Arrêter l'hémorragie
- Erradiquer la cause
- Réduire le risque de récurrence

3.2 Moyens et méthodes

3.2.1 Médicaux

* Réanimation: elle consiste à mettre en place les 4 voies pour un remplissage vasculaire par des macromolécules et des cristaalloïdes. Elle peut nécessiter l'administration d'amines vasoactives (Adrénaline,...), la transfusion sanguine par des culots globulaires,...

* Médicaments

- Antalgiques (Paracétamol, tramadol,...)
- Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP) comme l'oméprazole, le pantoprazole,...

- Béta-bloquants
- Dérivés salicylés
- Corticoïdes,...
- Anticoagulants (HBPM, HF,...)
- Antibiotiques (Amox-Ac clav, métronidazole,...)
- Médicaments vasoactifs (Terlipressine, Somatostatine)

* Produits sanguins: culots globulaires, Plasma frais congelé (PFC),...

3.2.2 Endoscopiques

Ils permettent, par divers matériels ou produits, de faire l'hémostase au cours de l'endoscopie). Il peut s'agir de clips, de ligature élastique, d'injection de produit sclérosant ou adrénaline, de l'électrocoagulation bipolaire, de l'électrocoagulation au plasma argon, de la sonde de Blackmore,...

3.2.3 Radiologiques

Il s'agit de l'embolisation d'une artère qui saigne par un cathétérisme à partir d'une veine périphérique, sous contrôle radiologique.

3.2.4 Chirurgicaux

* Abord: la voie d'abord est le plus souvent une laparotomie avec un repérage endoscopique.

* Exploration: elle est le plus souvent normale, mais peut montrer un hémopéritoine, en cas de saignement extra digestif.

* Gestes: ils dépendent de la cause. Plusieurs gestes d'hémostase peuvent être réalisés: une gastrectomie, une colectomie, une resection grêlique, une duodénotomie,...

3.3 Indications

A. Hémorragie massive avec état de choc

La prise en charge nécessite des mesures de réanimation avec un remplissage vasculaire par des macromolécules, plus ou moins associé à une transfusion sanguine par des culots globulaires. Une endoscopie doit être faite en urgence, après stabilisation du malade, dans un but essentiellement d'hémostase.

B. Traitement des HDH

*** Maladie ulcéreuse gastro-duodénale**

L'hémostase endoscopique se fera par des clips, du plasma argon, du produit sclérosant, ou par une électrocoagulation au bistouri bipolaire. Ces gestes seront associés à un traitement médical par un IPP au PSE (80mg en bolus puis 8mg/h). Le traitement médical par éradication d'*Helicobacter pylori* (Hp) prendra le relai avec un traitement d'entretien de 6 à 8 semaines pour l'ulcère gastrique et de 4 à 6 semaines pour l'ulcère duodéal.

*** Ulcérations gastro-duodénales**

Leur traitement consiste à arrêter le médicament incriminé et à prévenir l'ulcère de stress par les IPP injectables.

*** Complications de l'HTP**

En cas de rupture de VO, la ligature est le meilleur traitement. En cas d'échec, une sclérose peut être faite ou à défaut une sonde de Blackmore de plus en plus abandonnée peut être utilisée. Les bêta-bloquants peuvent être utilisés pour prévenir les ruptures de VO.

En cas de gastropathie hypertensive, l'hémostase se fera par du plasma argon.

Il faudra prendre en charge la maladie hépatique.

*** Causes rares**

- Syndrome de Mallory-Weiss : injection de produit sclérosant ou pose de clip

- Exulcération simplex de Dieulafoy: injection de produit sclérosant ou pose de clip.

- Fistule aorto-digestive : son traitement repose sur la chirurgie vasculaire avec mise en place d'une prothèse aortique et suture duodénale.

- Angiodysplasie: l'hémostase se fait le plasma argon

- Hémobilie et wirsungorragie : dans ces situation, l'embolisation artérielle est le meilleur choix.

C. Traitement des HDB

*** Cancer colorectal**

La prise en charge est chirurgicale et consiste à réaliser résection segmentaire du côlon.

* Diverticulose colique

Le traitement se fait par la pose de clip le plus souvent.

* Causes proctologiques

Le traitement repose le plus souvent sur les moyens médicaux et la chirurgie est réservée aux échecs de ces derniers.

* Angiodysplasie

L'hémostase par voie endoscopique est faite par le plasma argon et la chirurgie est réservée à son échec.

* MICI

La prise en charge associe une hémostase endoscopique par électrocoagulation bipolaire ou au plasma argon en cas de saignement en nappe au traitement médical anti-inflammatoire. En cas de récurrence ou de persistance de l'hémorragie, la chirurgie est la meilleure option.

* Autres

Dans tous les autres cas, la prise en charge associe presque toujours un traitement médical et/ou endoscopique.

3.4 Résultats

3.4.1 Eléments de surveillance

La surveillance repose sur l'examen clinique pluri quotidien et sur l'endoscopie.

3.4.2 Modalités évolutives

L'évolution sous traitement peut être favorable, avec arrêt du saignement. Cependant, il existe un risque de récurrence qui peut aggraver le pronostic. Ce risque de récurrence est évalué à travers les classifications de Forrest (**Tableau I**), la classification de Rockal (**Tableau II**) et la classification de Glasgow-Blatchford (**Tableau III**).

Tableau I: Risque de récurrence selon la classification de Forrest

Forrest	Description	Prévalence (%)	Récurrence hémorragique (%)
I a	Hémorragie en jet	10	90
I b	Suintement diffus	10	10
II a	Vaisseau visible non hémorragique	20	60
II b	Caillot adhérent	20	20
II c	Taches pigmentées	10	5
III	Cratère à fond propre	30	2

Dans les types Ia et IIa, le risque de récurrence est important.

Tableau II: Risque de récurrence selon la classification de Rockall

Variables	Score			
	0	1	2	3
Age	< 60 ans	60-79 ans	≥ 80 ans	–
Signes hémodynamiques de choc	Aucun	Peuls > 100/min et TAs ≥ 100 mmHg	Peuls > 100/min et TAs < 100 mmHg	–
Comorbidités	Aucune	–	Insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique	Insuffisance rénale, insuffisance hépatique, néoplasie dépassée
Diagnostic	Mallory Weiss, absence de lésions, ou absence de signes d'hémorragie	Tout autre diagnostic	Néoplasie digestive	–
Stigmata d'hémorragie récente	Aucun ou taches noires	–	Présence de sang, caillot adhérent, hémorragie active, ou vaisseau visible	–

Un score ≤ 2 est associé à un risque de récurrence faible de 4,3%. Ce risque est important au-delà de ce chiffre.

Tableau III: Risque de récurrence selon la classification de Glasgow-Blatchford

Facteurs de risque à l'admission	Score
Urée (mmol/l) 6,5-7,9 8-9,9 10-24,9 ≥25	 2 3 4 6
Hémoglobine (g/l) ♂ 120-129 100-119 <100	 1 3 6
Hémoglobine (g/l) ♀ 100-119 <100	 1 6
Tension artérielle systolique (mmHg) 100-109 90-99 <90	 1 2 3
Autres marqueurs Fréquence cardiaque ≥ 100/min Présentation avec méléna Présentation avec syncope Hépatopathie Insuffisance cardiaque	 1 1 2 2 2

Ce score, encore appelé score GBS, n'utilise que des critères cliniques et biologiques. Un score GBS de 0 correspond à un risque de récurrence quasi-nul et peut autoriser un traitement ambulatoire. Un score GBS ≥ 1 est associé à un risque évident de récurrence et nécessite une prise en charge en milieu hospitalier.

Conclusion

L'hémorragie digestive est une urgence médico-chirurgicale dont le diagnostic clinique et endoscopique est plus ou moins facile. Elle est liée à des causes multiples et variées dont la prise en charge repose sur des moyens endoscopiques dans un premier temps et sur la chirurgie en cas d'échec de ces derniers. Le pronostic est essentiellement déterminé par le risque de récurrence.

