

TD Hémorragies digestives

Dr Ibrahima DIALLO

Evaluation initiale et mesures générales

- Vous êtes de garde aux urgences. Vous recevez un patient qui présente une hématomérose de grande abondance.
 - Quelle évaluation clinique initiale allez-vous réaliser?
 - Décrire votre conduite à tenir en urgence après cette évaluation, nonobstant l'étiologie de l'hémorragie

Evaluation clinique

- **Signes d'anémie aiguë**
 - Asthénie brutale
 - Dyspnée récente
 - Syncope
 - Tachycardie
 - Hypotension
 - Pâleur des téguments
 - Soif
 - Marbrures

Evaluation clinique

- **Evaluation de l'importance de la déplétion sanguine**
 - hypotension orthostatique : témoin d'une perte de 20 % du volume sanguin
 - hypotension associée à une tachycardie : perte de 20 à 40 % du volume sanguin
 - nombre de solutés macromoléculaires, de culots, drogues pour maintenir une tension stable
 - Hémogramme
 - Besoin transfusionnel (nombre de culots transfusés)

Evaluation clinique

- **Evaluation du terrain – Comorbidités**
 - Âge > 65 ans
 - Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique
- **Eviter certains pièges**
 - Traitement par bêtabloquants : peut masquer une tachycardie
 - Chiffres tensionnels normaux chez le patient hypertendu malgré une déperdition sanguine importante

Conduite à tenir

- Mise en place de 2 VVP de bon calibre ou d'une voie veineuse centrale
- Remplissage avec solutés macromoléculaires selon le retentissement hémodynamique, en attendant les culots isogroupe isorhésus
- Oxygénothérapie nasale
- Surveillance : constantes cliniques, biologiques, besoin transfusionnel
- Prélèvements : numération formule sanguine-plaquettes, TP TCA, groupe sanguin Rhésus, ionogramme, urée, créatinine

Éléments pronostiques de gravité

- Age supérieur à 60 ans
- Tachycardie $>$ à 100/min
- PA systolique $<$ à 100 mmHg ou baisse de 40 mmHg par rapport à la PA habituelle
- Hémoglobine $<$ à 8 g/dl ou hématokrite $<$ à 30%
- Mauvaise tolérance hémodynamique d'emblée: syncope

Éléments pronostiques de gravité

- Transfusion de 5 culots globulaires au cours des 24 premières heures
- Persistance ou récurrence hémorragique prématurée
- Traitement anti-coagulant ou troubles de la coagulation
- Type de lésions hémorragiques

CAS CLINIQUE-1

Cas clinique-1

- **Etat civil**
 - Homme
 - Âge: 55 ans
- **Motif d'hospitalisation**
 - SAU pour hématémèse survenue 4 heures avant son arrivée.
- **Antécédents et terrain**
- Néant

Cas clinique-1

Examen clinique

Conscience normale. Flapping (-)

PA: 90/50 mmHg

FC: 110bpm

Patient pâle, couvert de sueurs. Ictère (-)

Abdomen souple, indolore, ascite (-)

CVC (+) HPM (+) dure à bord inférieur tranchant

TR: melaena

Cas clinique-1

Questions

1. Quelles mesures thérapeutiques d'urgence préconisez-vous?
2. Compte tenu du contexte, quelle est la cause d'hémorragie la plus fréquente à évoquer?

Cas clinique-1

Questions

3. En tenant compte de cette étiologie, quelle thérapeutique à visée hémostatique peut être réalisée avant la FOGD?
4. Après stabilisation de l'état hémodynamique, une FOGD est réalisée. Elle objective des varices œsophagiennes en cours de saignement.

Que faut-il faire?

Cas clinique-1

Questions

5. En dehors des mesures à visée hémostatique, quelles autres méthodes thérapeutiques doivent être dès maintenant envisagées?

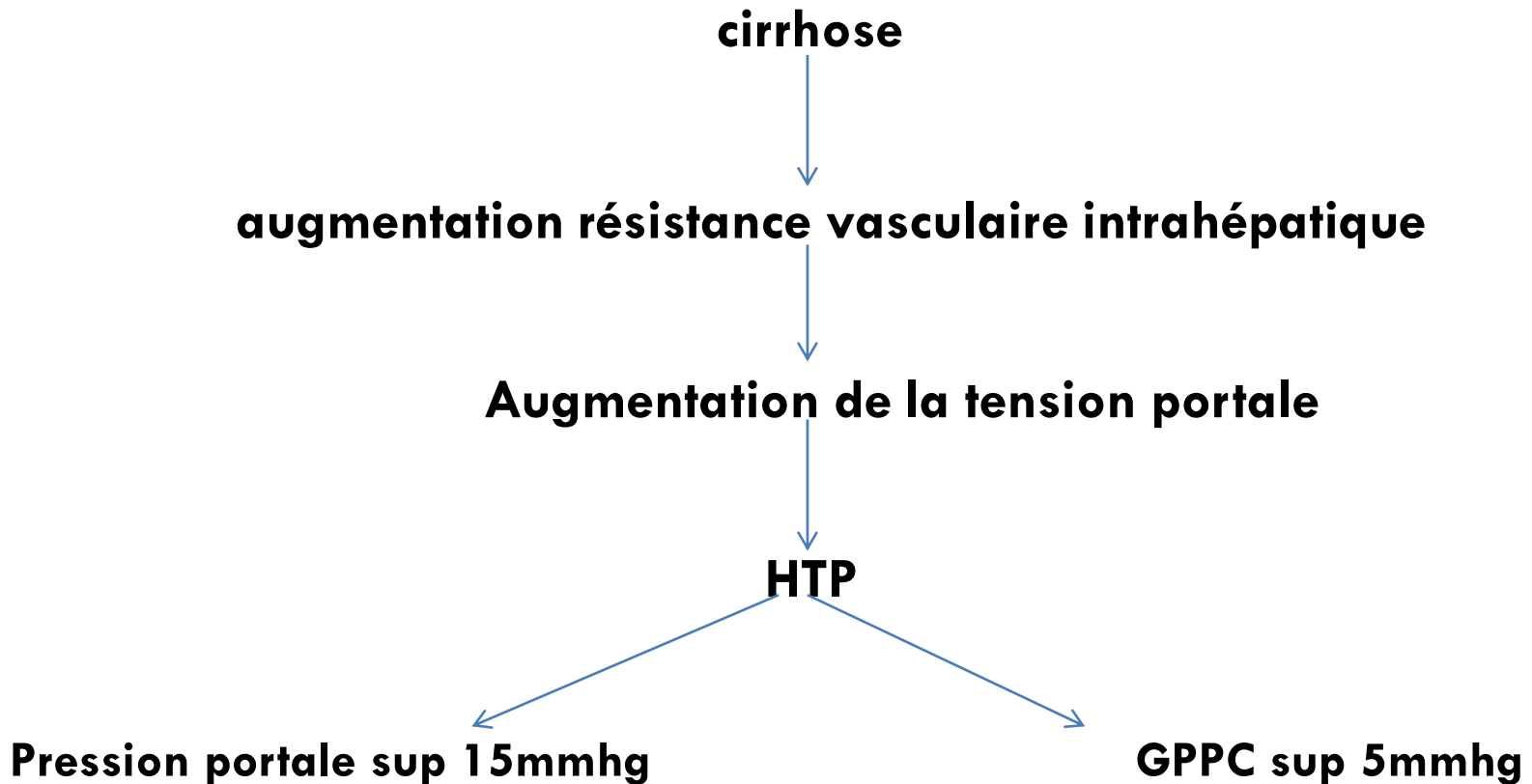
Cas clinique-1

Questions

6. Dans quelles circonstances peut-on être amené à discuter l'indication d'une dérivation porto-cave?

Hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes

Physiopathologie



Risque hémorragie digestive si gradient sup à 10mmhg

Physiopathologie

HTP



Augmentation de la taille des varices



Diminution de l'épaisseur de la paroi



Augmentation de la tension de la paroi variqueuse



Déchirure mécanique de la paroi des varices

Diagnostic positif

CDD

- Extériorisation de sang sous la forme:
 - hématomèse:
 - d'un méléna:
 - d'une rectorragie :
- Par un état de choc ou un malaise inexpliqué
- Complications: EH (10 %), décompensation oedémato-ascitique, perturbation fonction rénale
- En cas de doute diagnostique: la pose d'une sonde gastrique, dès le début de la prise en charge, permet de confirmer le diagnostic.

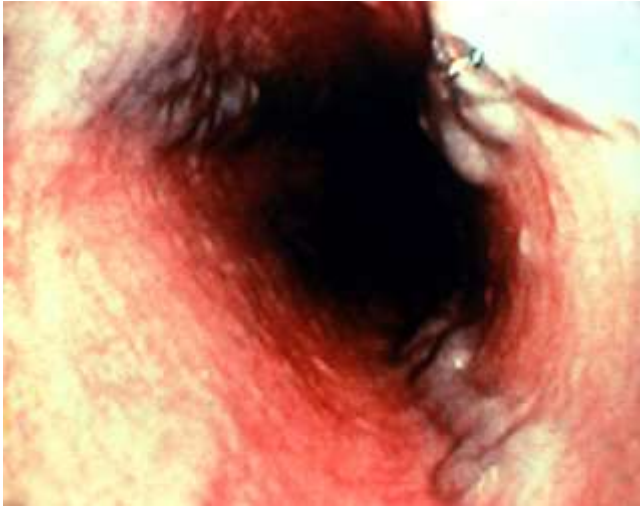
Diagnostic positif

Signes cliniques

- Interrogatoire: notion d'hépatopathie chronique
- Examen physique
 - Pâleur cutanéomuqueuse, état de choc parfois
 - Signes en rapport avec la cirrhose:
 - Hépatomégalie
 - signes d'HTP
 - EH, ascite, ictère

Diagnostic positif

Endoscopie



Stade 1



Stade 2



Stade 3

Traitement

Buts :

- Stabiliser le malade
- Eviter les récives
- Prévenir les complications

Traitement

Moyens :

- Moyens médicamenteux
- Moyens instrumentaux
 - endoscopiques
 - Radiologie interventionnelle
- Moyens chirurgicaux

Traitement

Bêta-bloquants non cardiosélectifs

- **Mécanisme d'action**

- Diminution DC 25 % avec augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire et dans le cœur droit
- Baisse du DS dans la veine azygos, diminution de la pression portale
- La diminution du DP est moins importante que la baisse du DC du fait de l'augmentation des résistances dans le territoire splanchnique.

Traitement

Bêta-bloquants non cardiosélectifs

- **Contre-indications**

- Asthme (CI relative)
- BPCO
- BAV 2° ou 3° non appareillé,
- Maladie du sinus,
- Bradycardie $< 50/\text{min}$,
- Insuffisance cardiaque non contrôlée,
- Angor de Prinzmetal,
- Raynaud, artériopathie

Traitement

Bêta-bloquants non cardiosélectifs

- **Surveillance**
 - Fréquence cardiaque de repos
 - Pression artérielle (++)
 - Fonction hépatique (Child-Pugh)
 - Fonction rénale (créatininémie)
 - Degré d'ascite
 - Intérêt : éducation thérapeutique pour la compliance +++

Traitement

Bêta-bloquants non cardiosélectifs

Molécules

- **Propranolol: Avlocardyl***
 - 80 à 160mg/jr
- **Nadolol : Corgard**
 - 80mg/jr
- **Carvedilol :**
 - Child A = 12,5 mg x 2/ jr
 - Child B = 12,5 mg / jr

Traitement

Traitement hémostatique pharmacologique

- **Mécanisme d'action**

- Vasoconstriction du territoire splanchnique
- Diminution du débit sanguin portal,
- Induisant une baisse de la pression portale et dans les varices œsogastriques
- Arrêt de l'hémorragie variqueuse liée à l'HTP

Traitement

Traitement hémostatique pharmacologique

Molécules

- **Terlipressine**

- bolus IV/ 4 heures en fonction du poids : 1 – 2 mg
- Demi-vie = 8h

- **Somatostatine**

- bolus initial de 250 μg (peut être répété 3fois)
- Puis perfusion continue iv de 250 $\mu\text{g}/\text{h}$ voire 500 $\mu\text{g}/\text{h}$ si saignement actif au moment de l'endoscopie
- Effets secondaires: Rares
- Pas de contre-indication majeure.

- **Octreotide:** analogue de la somatostatine

- demi-vie moyenne plus longue
- bolus initial de 50 μg puis perfusion de 25 à 50 $\mu\text{g}/\text{h}$

Traitement

Autres moyens médicamenteux

- **Antibiotiques**

- **Amoxicilline:** 1 g x 3

- **Clarythromycine:** 500mg x 3

- **C3G** Rocéphine® = 1 gr/ jr

- **Quinolone** Noroxine® = 400 mg x 2/ jr en peros
Oflocet® = 200 mg x 2/ jr en IV

- **Metronidazole:** flagyl 500 mg x 3/jr

- **Antisécrétoires**

- **IPP** 80 mg en bolus et 8 mg/h IVSE

- **ANTI H_2** en IV: de moins en moins utilisés

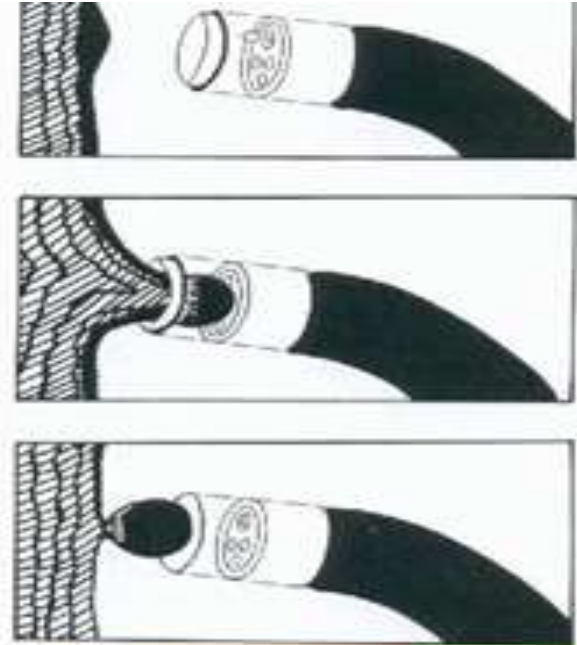
Traitement

Moyens instrumentaux

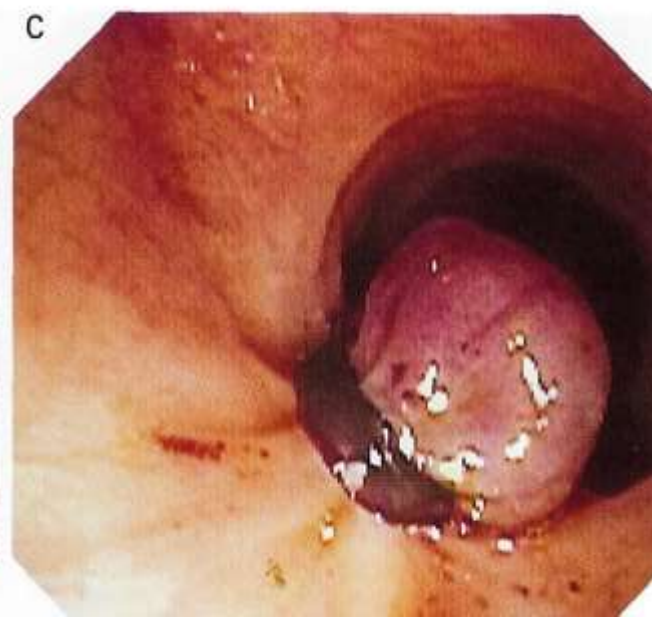
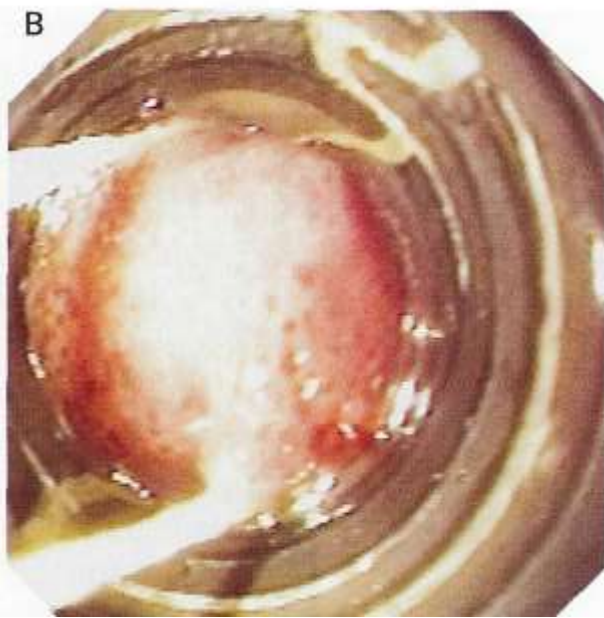
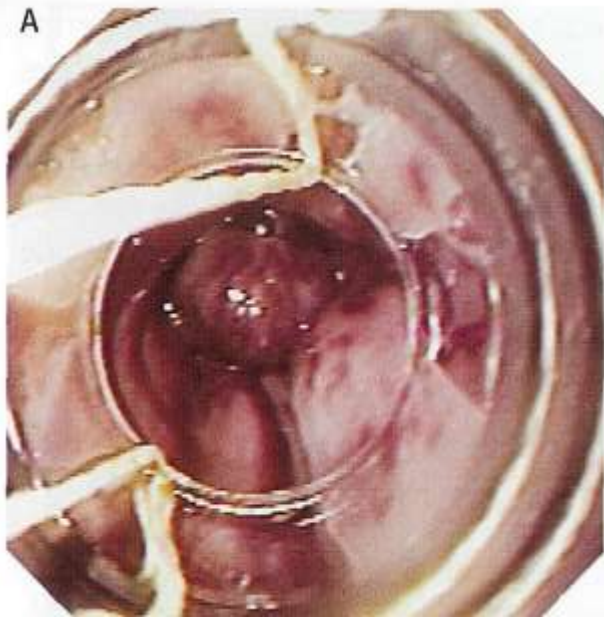
Ligature de VO = Référence +++

- Diminue +++ le % de mortalité hospitalière liée à la rupture de VO chez les cirrhotiques
- Réussite dans 90% des cas
- Complications: ulcérations oesophagiennes, peu de sténoses, dysphagie
- Risque de récurrence max J4 jusqu' 'à J7

Traitement



Traitement



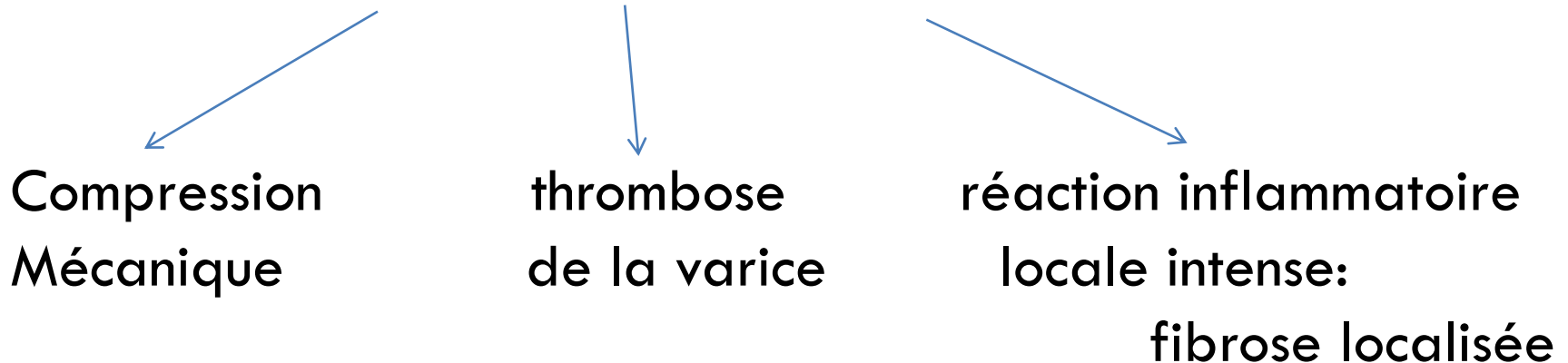
Traitement

Moyens instrumentaux

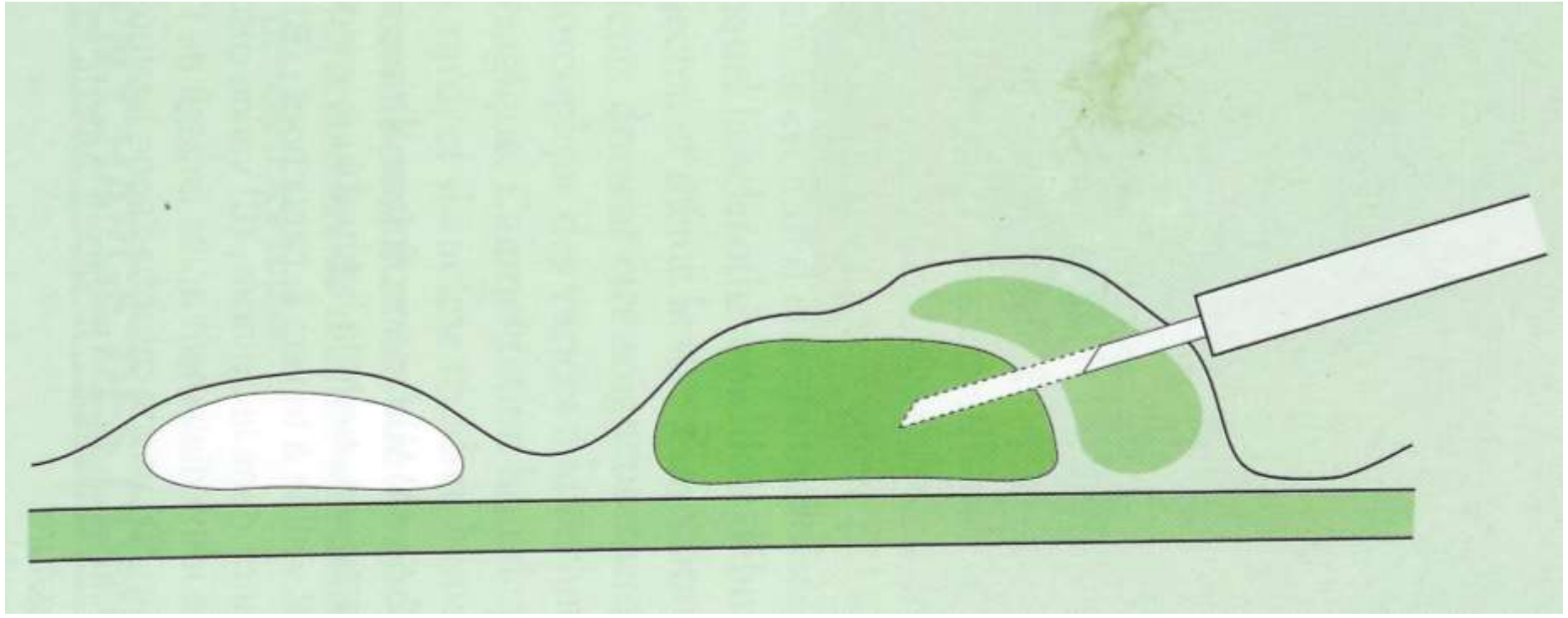
Sclérothérapie

injecter à proximité de la varice un agent sclérosant.

Triple action du produit:



- Un taux d'hémostase initiale de l'ordre de 80 % en période d'hémorragie active



Traitement

Moyens instrumentaux

Sclérothérapie: Polidocanol (Aetoxisclérol



Traitement

Moyens instrumentaux

❖ L'injection endoscopique de colle biologique

N -butyl- cyanoacrylate

Permet d'obtenir une hémostase dans plus de 3/4 des cas.

Traitement

Moyens instrumentaux

Tamponnade par ballonnet

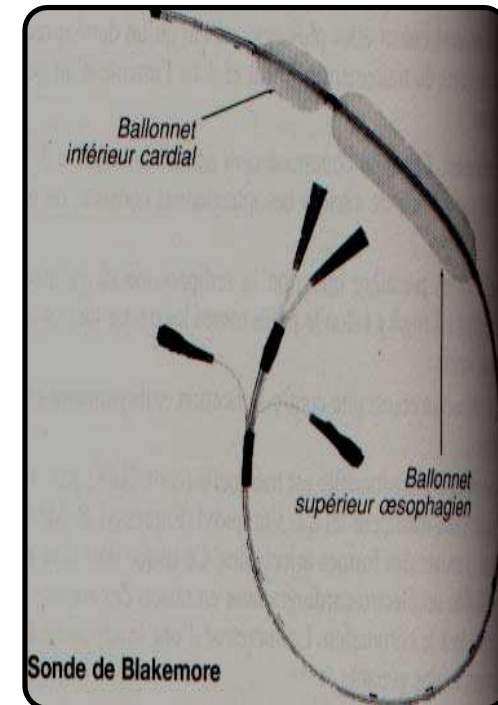
- Sonde de Linton à simple ballonnet
- Sonde de Sengstaken-Blakemore à 2 ballonnet

Technique

- Ballonnet gastrique gonflé: 250ml air
- Traction manuelle, retiré jonction gastro-oeso
- Ballonnet œsophagien gonflé : 60ml air
- Traction : flacon 500 ml
- Contrôle radio +++
- + + traction :30 mn/6h, Max 24heures
- Contrôle efficacité(lavage distal)

Complications:

- pneumopathies d'inhalation 10 - 40 %
- ruptures œsophagiennes: fatales dans 6 à 20 % des cas

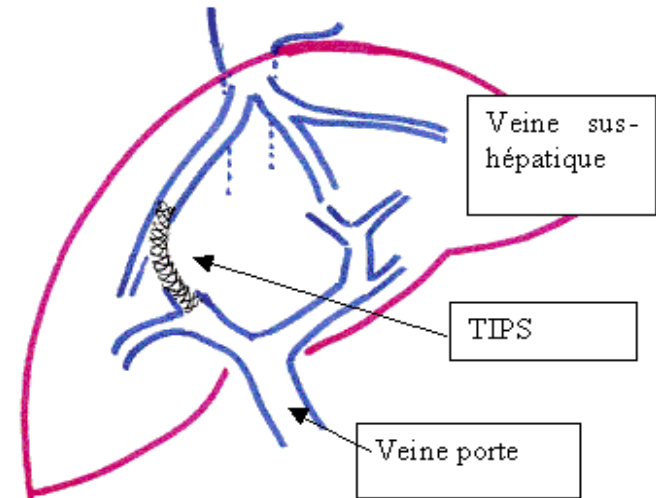


Traitement

Radiologie interventionnelle

TIPS: Transjugular intrahepatic portosystemic shunt

- Anastomose veine sus-hépatique et veine porte avec une prothèse intra-hépatique par voie Trans-jugulaire sus-hépatique



- Maîtrise de l'hémorragie dans l'urgence à 100 %
- Récidive hémorragique 7 à 30%
- Mortalité = 5%

Traitement

Radiologie interventionnelle

TIPS

➤ **CI absolues:**

- Insuffisance cardiaque droite
- Encéphalopathie sévère
- Polykystose hépatique
- Thrombose portale

➤ **Complications:**

- Perforation capsulaire
- HTAP
- Encéphalopathie
- Sténose du shunt: 2/3 des cas / an

Traitement

Chirurgie

Anastomose portosystémique par voie chirurgicale

- Diminue l'hypertension portale ++
- Assure l'hémostase en cas d'hémorragie digestive par rupture de varices

Traitement

Indications

- **Rupture de VO**
 - Ligature est le traitement endoscopique de référence
 - Sclérothérapie si ligature difficile
- **Rupture de VO chez les patients a haut risque de récidence**
 - TIPS (72h; idealement 24h)
- **Hémorragie réfractaire (dans l'attente TIPS)**
 - Sonde de tamponnement (24h max)
 - Stents en métal auto- expansible couvert

Traitement

Prévention primaire

Endoscopie	Traitement
Pas de VO	Traitement étiologique Pas de β -bloquant
VO de petite taille Sans signe rouge	Traitement étiologique Peuvent être traités par β -bloquant
VO de petite taille Avec signe rouge Ou Child-Pugh C	Traitement étiologique Peuvent être traités par β -bloquant
VO de grande taille	Traitement étiologique β -bloquant ou ligature
Varices gastriques (IGV1/GOV2)	Traitement étiologique β -bloquant / <i>encollage endoscopique</i>

Traitement

Prévention secondaire

- Bêtabloquant + LVO
- LVO seulement si bêtabloquant CI
- Bêtabloquant : patient ne pouvant pas ou n'acceptant pas un traitement endoscopique
- TIPS (récidive)

Traitement

Prévention des autres complications

ANTIBIOPROPHYLAXIE

Noroxine® = 400 mg x 2/ jr en peros

Oflocet®) = 200 mg x 2/ jr en IV

C3G Rocéphine® = 1gr/j

Amoxicilline- acide clavulanique = 1gr x 3/ jr

ENCEPHALOPATHIE HEPATIQUE

L'EH complique une HD = 50 % des cas.

Lactulose

Rifaximine: Normix

Traitement

Prévention des autres complications

Anomalies de la fonction rénale

- Aggravées lors des HD
 - proscrire médicaments iatrogènes (aminosides, AINS, hydroxyethylamidon, iode)
 - assurer un remplissage optimal
- Si syndrome hépatorénal confirmé: **Terlipressine** peut améliorer la FR chez 60 % des malades

**Maladie ulcéreuse
gastroduodénale hémorragique**

Cas clinique 2

- Mr SD, 25 ans, est reçu aux urgences pour une hématomèse de petite abondance. Il se plaignait depuis plusieurs jours d'épigastalgies récidivantes évoluant par intermittence depuis plusieurs années. Il n'a pas d'antécédent ni de terrain particulier. A l'arrivée, il était conscient, avec un BEG, des muqueuses colorées. Constantes : TA= 110/70 mmHg, pouls = 84 battements/mn. A l'examen : sensibilité épigastrique à la palpation. Reste normal.
- **Quelles sont les mesures d'urgence à prendre ?**

- Il a bénéficié d'une VVP.
- Hémogramme : **Hb = 12 g/dl**. Reste normal
- Quelle examen demandez vous?
 - TOGD
 - FOGD
 - TDM abdominal
 - ASP

- La FOGD montre un ulcère de la face antérieure du bulbe, à contours réguliers avec un discret saignement en nappe (Forrest Ib).
- Quels gestes pouvez vous réaliser dans ce cas au cours de l'endoscopie ?
 - Mise en place de clips
 - LVO
 - Injection d'adrénaline dilué
 - Polypectomie

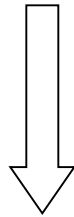
- Les gestes thérapeutiques réalisés, quel traitement lui proposez-vous?
- Après 3j d'hospitalisation, l'hématémèse n'a pas récidivé et le taux d'hémoglobine est resté stable. Quel traitement lui proposez vous à sa sortie d'hôpital ?

Maladie ulcéreuse gastroduodénale

- 1^{ère} cause HD par voie haute
- Le risque hémorragique: UBD 18%
UG 12%
- Mortalité globale: 10%
- Anamnèse permet une orientation
 - ATCD connu d'ulcère
 - Syndrome douloureux épigastrique typique
- L'Hémorragie est révélatrice dans 40% des cas.

HISTOIRE NATURELLE DE L'HD ULCEREUSE

Hémorragie ulcéreuse



**Cesse spontanément
80%**



**Persiste ou récidive
20%**



**Récidive
mortalité ++
3-4 premiers
jours ++**

Hémorragie ulcéreuse facteurs prédisposants

- Prise d 'AINS en particulier Aspirine:
- Infection à *Helicobacter pylori*

Facteurs pronostiques de récurrence des hémorragies ulcéreuses

- **Facteurs cliniques:**

- Gravité de l'hémorragie initiale (état de choc)
- Age > 60ans
- Terrain: maladies associées

- **Facteurs endoscopiques:**

- Taille de l'ulcère >1 ou 2 cm de diamètre.
- Siège: face postérieure du bulbe
petite courbure gastrique
- La présence de sang dans la cavité gastrique.
- Aspect endoscopique

Classification de Forrest

Classification de Forrest

<i>Stades</i>	<i>aspect endoscopique</i>	<i>prévalence</i>	<i>récidive hémorragique</i>
<i>I a</i>	en jet	10	90
<i>I b</i>	suintement diffus	10	30
<i>II a</i>	vaisseau visible	20	50
<i>II b</i>	caillot adhérent	20	25
<i>II c</i>	taches pigmentées	10	7
<i>III</i>	ulcère propre	30	3

Circonstances de découverte

HDH extériorisée

- **Hématémèse**

Rejet dans un effort de vomissement de sang rouge ou noir, non aéré, mêlé à des caillots et des débris alimentaires.

- **Méléna :**

Émission par l'anus de sang digère noir, poisseux et luisant comme du goudron, malodorante venant le plus souvent du tube digestif supérieur

- **Réctorragie :**

Émission anale de sang rouge vif avec parfois des caillots accompagnant ou non les selles .

(hémorragie haute massive)

Circonstances de découverte

HDH non extériorisée

- **Anémie aiguë avec choc hypo volumique**

**Hémorragie
massive**

- **Anémie chronique type ferriprive**

**Saignement
occulte**

Moyens médicaux

- **Lavage gastrique:** pas d'efficacité.
- **Les antisécrétoires:**
 - AntiH2: Ranitidine 300mg/24h, IV
Efficacité controversée

Traitement par IPP

- **But : Maintenir le PH gastrique > 5**
 - Inhiber l'activation protéolytique du suc gastrique
 - favoriser l'hémostase en protégeant les activités plaquettaires
- **Molécules :**
 - Oméprazole 20mg
 - Lansoprazole 30mg
 - Esomeprasole 20mg
 - Pantoprazole 40mg
 - Rabéprazole 20mg
- **Posologie :**
 - **Per os:** dose 40-80mg/jour
 - **Parentérale:** bolus 40-80 mg/jour par voie IV lente puis 8mg /H pendant 72h

TRAITEMENT ULTÉRIEUR

- **Une fois l'hémostase obtenue le patient sera traité par le traitement habituel de l'ulcère.**

Traitement d'éradication *Hp* si (+)

Diminue le risque de récurrence des hémorragies ulcéreuses à long terme.

Moyens endoscopiques

- **Objectifs**
 - Diagnostic étiologique
 - Evaluer la gravité
 - Arrêt de l'hémorragie
 - Prévention de la récurrence hémorragique
 - Diminution de la prise en charge chir/rx
 - Diminution de la mortalité
- Différentes **techniques** d'hémostase endoscopique:
 - Mécanique: clips hémostatiques
 - Par injection: sclérose à l'adrénaline
 - Méthodes thermiques: thermo coagulation, plasma argon

Injections : sclérose à l'adrénaline

- Modalités:
 - Aiguille rétractable
 - Adrénaline au 1/10000°
 - Plusieurs injections
 - >10 mL
 - Scope
- Mécanismes d'action:
 - Vasoconstriction
 - Tamponnement local
 - Stimulation de l'agrégation plaquettaire





Hémostase mécanique : clips

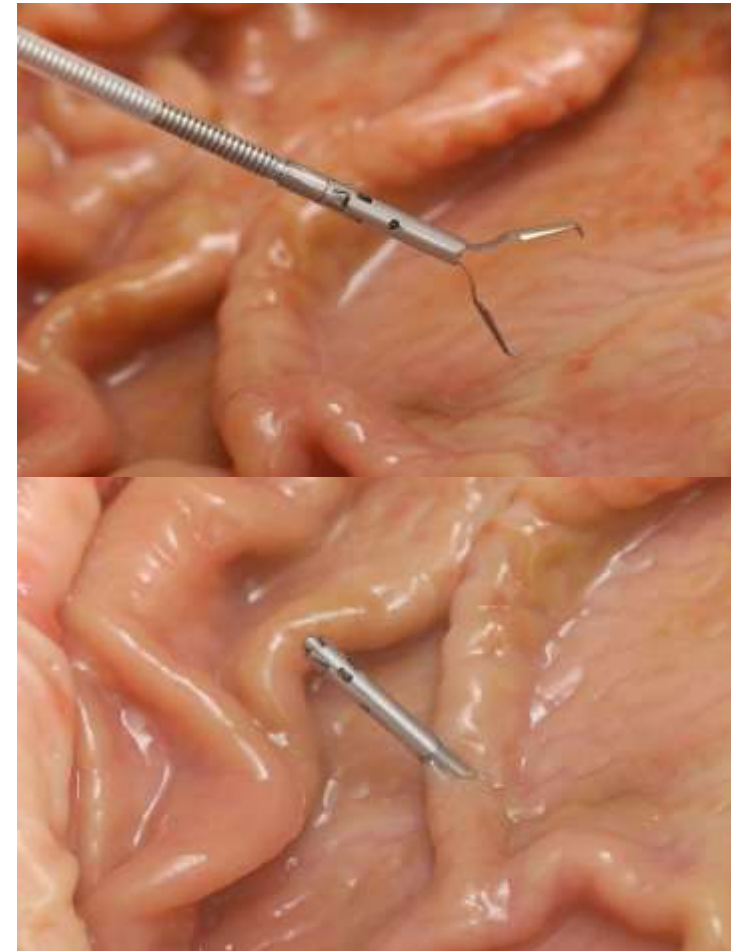
- Principe des clips
 - Technique d'hémostase mécanique
 - Agit comme une suture sur vaisseau hémorragique:
 - Obturation de l'artériole
 - Création d'une thrombose
 - Elimination spontanée
 - Place de choix dans l'hémostase endoscopique



- Efficacité (84 à 100%), innocuité, effet durable +++
- Récidive hémorragique : 3- 5%

Hémostase mécanique: Clips

- **Modalités:**
 - Perpendiculairement à la lésion
 - Les branches de part et d'autre de la lésion
 - Plusieurs clips si nécessaire
- **Avantages:**
 - 90% des clips restent présents à 1 mois
 - Pas de morbidité



Hémostase mécanique: Clips

- **Inconvénients:**

- Zones d'accessibilité difficile (Hauts et postérieurs dans estomac et face postérieur du bulbe)
- En revanche si localisation accessible, jusqu'à 100% d'hémostase initiale





Méthode thermique

- Thermocoagulation et plasma argon
- Modalités:
 - Contact pour bipolaire
 - A distance pour argon
 - Ulcères étendus
 - Saignement diffus
 - Lésions tangentielles
- Inconvénients:
 - Risques de perforation





Radiologie interventionnelle

- Embolisation artérielle : traitement de choix des hémorragies digestives hautes, après échec des techniques d'hémostase endoscopique
- Artériographie
 - Repérage de l'artère gastroduodénale, de l'arcade gastro-épiploïque, des branches pancréatico-duodénales supérieures, de la coronaire stomachique si besoin (gastrique gauche), de la pylorique (gastrique droite)
 - Opacification de l'AMS et des pancréatico-duodénales inférieures,
 - Extravasation évidente ou pas
- Occlusion de l'artère gastro-duodénale

Moyens chirurgicaux

Place de la chirurgie

- Traitement efficace, mais, la mortalité 10%
la morbidité 30%.
- Les traitements chirurgicaux radicaux efficacités > aux traitements conservateurs .
- **Indication :**
 - hémorragie massive cataclysmique ne permettant pas un traitement endoscopique.
 - Quand le traitement endoscopique est soit un échec soit impossible du fait d'une lésion inaccessible(10%)
 - Se discute en cas de récurrence après un traitement bien conduit.

- **Vagotomies**
 - Vagotomies tronculaires (VT) + Pyloroplasties (PP) ou Gastro-Jéjunostomie (GJ)
 - Vagotomies sélectives (VS)
 - Vagotomies suprasélectives (VSS)
- **Gastrectomies Partielles (GP)**
 - Antrectomie et Gastrectomie 2/3
 - Rétablissement continuité digestive
- **Associations**
 - VT + Antrectomie
 - VT + Séromyotomie antérieure (Taylor)
 - VT + Gastrectomie linéaire petite courbure (Gomez-Ferrer)
- **Gestes complications aiguës**

Hémorragie digestive basse

CAS CLINIQUE-3

Cas clinique-3

Etat civil

Sujet masculin

Âge: 32ans

Profession: Maçon

Pleine forme

Motifs de consultation

Emission de sang rouge par l'anus + douleur anus

Cas clinique-3

Antécédents et terrain

Personnels

- Néant

Familiaux

-Père opéré il y a 3 ans à l'âge de 57 ans, d'un cancer du colon droit révélé par une occlusion.

Actuellement, en parfait état clinique.

Cas clinique-3

Questions

1. HD par ordre décroissant de probabilité.

Pour chaque hypothèse, donner les éléments de l'interrogatoire en faveur de chacune d'elles.

Cas clinique-3

Questions

- 2.** Décrivez l'examen proctologique que vous envisagez de faire à votre patient

- 3.** Décrivez les différentes lésions susceptibles de saignement rouge que vous pourriez constater lors de votre examen clinique et anoscopique.

Cas clinique-3

Questions

4. Après interrogatoire

Sang rouge lors de l'émission de selles qui sont normales.

Très occasionnellement → légère sensation de brûlure anale lors de la défécation.

Anuscopie → petites flaques de sang sur la paroi dans le bas de l'ampoule rectale.

Quelles hypothèses diagnostiques subsistent?

Enquête étiologique

Interrogatoire

- Du malade et/ou de ses proches
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Prise de médicaments favorisant une hémorragie (anticoagulants, aspirine, AINS ...)
- Prise de la température rectale ou des manœuvres endo-anales potentiellement traumatiques (thermomètre en particulier)
- Modification récente du transit

Enquête étiologique

Interrogatoire

- Antécédent vasculaire pouvant favoriser une ischémie
- Séquence symptomatique douleur brutale – diarrhée sanglante (colite ischémique)
- Syndrome dysentérique

Enquête étiologique

Interrogatoire

- Caractères de l'hémorragie :
 - Rectorragie isolée, sans évacuation fécale,
 - Rectorragie accompagnant les selles ou les précédant
- Fréquence du saignement : hémorragie survenant à chaque selle, ou épisodiquement
- Abondance : depuis la petite hémorragie à l'essuyage jusqu'à l'évacuation abondante de sang parfois « cailloté »

Enquête étiologique

- Le type de rectorragie peut orienter le diagnostic :
 - Présence de sang sur le papier d'essuyage ou en dehors des selles : une lésion anale ++ (origine fréquemment hémorroïdaire),
 - Sang mélangé aux selles : existence d'une tumeur colique gauche (polype ou cancer)?
 - Sang est à l'extérieur des selles : lésion ano-rectale très souvent responsable (origine diverticules coliques, angiodyspalsies, tumeur)

Enquête étiologique

Examen clinique : recherchera

- Une masse abdominale
- Un gros foie
- Des adénopathies inguinales ou sus-claviculaires,
- Auscultation des vaisseaux abdominaux

Enquête étiologique

Examen clinique : examen proctologique minutieux :

- Inspection de la marge anale :
 - peut montrer une lésion d'emblée évidente
 - hémorroïde externe, ulcération, tumeur ou prolapsus extériorisé

- Toucher rectal :
 - grande valeur informative quand il est douloureux, voire impossible à pratiquer en cas de fissure anale
 - ou perception d'une lésion bourgeonnante dans l'ampoule rectale

- Anuscopie : indispensable pour le diagnostic des lésions du canal anal

Enquête étiologique

Examens paracliniques

- **Endoscopie digestive haute**
 - Examen de première intention si HDB abondante ou méléna
- **Coloscopie**
 - Réalisée si la FOGD est normale,
 - Permet d'examiner le rectum, le côlon et quelques centimètres d'iléon, mais pas le canal ni la marge anale.
 - Réalisée devant toute rectorragie chez le sujet de plus de 45 ans, et quel que soit l'âge si les symptômes ne peuvent être rattachés de façon évidente à une origine proctologique
 - Nécessite au préalable une préparation colique

Enquête étiologique

Examens paracliniques

- Tomodensitométrie abdominale : avec injection
- Entéroscopie ou vidéo-capsule endoscopique
- Artériographie coelio-mésentérique supérieure et si nécessaire inférieure
- Scintigraphie aux hématies marquées au Tc 99 m
- Laparotomie exploratrice d'hémostase aidée ou non d'une coloscopie per opératoire

Etiologies : lésions anales

- **Maladie hémorroïdaire :**
 - Cause la plus fréquente d'HDB
 - Diagnostic d'élimination confirmé par l'examen proctologique et la normalité de la coloscopie
 - Saignement minime (sang sur le papier à l'essuyage) ou abondant (colorant la cuvette des toilettes et coulant au goutte à goutte)
 - Saignement généralement indolore lors de l'émission de selle

Etiologies : lésions anales

- **Fissure anale :**

- petite fissuration, crevasse ou lésion superficielle, située sur la paroi du canal anal (à la base du rectum)
- Peut être associée à des crises de constipation répétées, des selles dures, des diarrhées ou plus rarement, des MICI ou de certaines pratiques sexuelles, comme la sodomie.
- Douleurs vives et des saignements légers, particulièrement au moment des selles

Etiologies : lésions anales

- **Cancer de la marge ou du canal anal,**
- **Ulcération thermométrique :**
 - En rapport avec une ulcération de la face antérieure du rectum



Etiologies : lésions colo-rectales

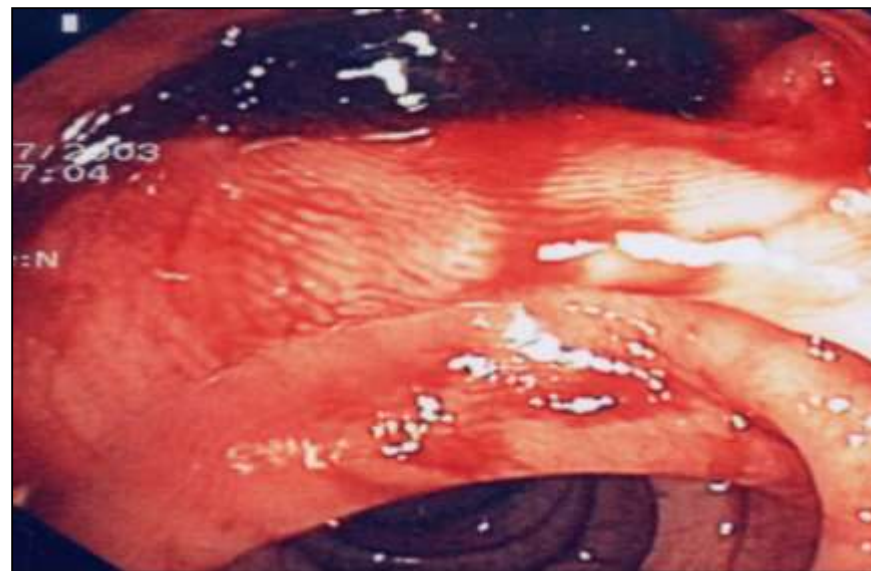
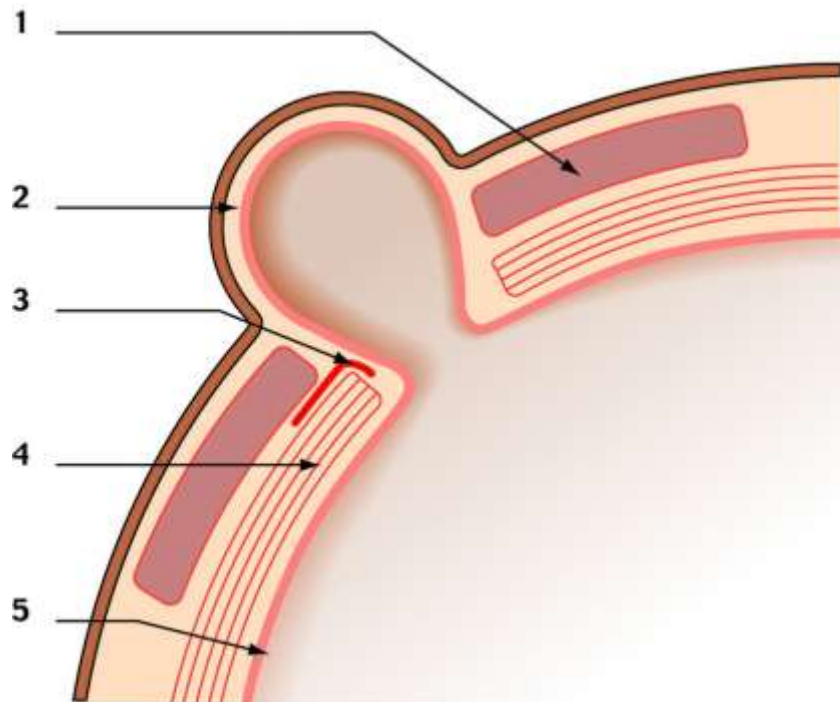
Diverticulose colique :

- Due à l'érosion de l'artériole de la paroi du diverticule
- Hémorragie révélatrice d'une diverticulose dans 20% des cas
- Majorité des diverticules dans le colon gauche (80%) mais colon droit impliqué dans 50% des hémorragies
- Hémorragie cesse spontanément dans 80% des cas, récidive dans 25 % des cas
- Diagnostic certain difficile à porter, le diverticule hémorragique étant rarement vu en endoscopie

Etiologies : lésions colo-rectales

Diverticulose colique :

- Signes endoscopiques prédictifs de poursuite ou récurrence hémorragique: saignement actif, vaisseau visible, caillot adhérent
- TDM abdominale : visualise les diverticules et une zone de saignement après injection de produit de contraste
- Artériographie coelio-mésentérique
- Traitement endoscopique : clip hémostatique ou injection d'adrénaline
- Traitement chirurgical : colectomie segmentaire
 - Réservé aux hémorragies abondantes non-contrôlées par les autres techniques ou aux HDB récidivantes



Caillot adhérent au fond d'un diverticule

Caillot de sang frais au fond d'un diverticule

Etiologies : lésions colo-rectales

- **Cancers colorectaux**

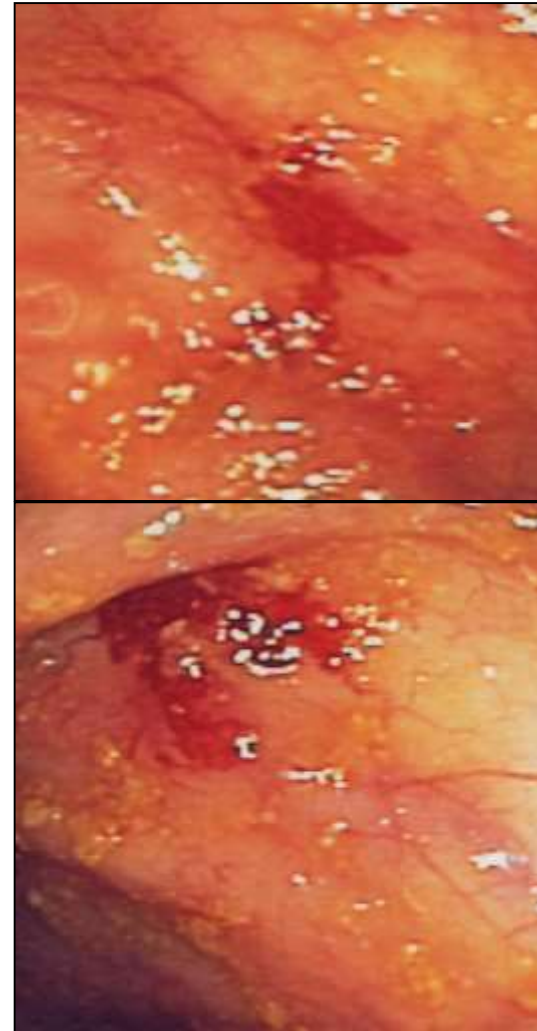
- Représentent la deuxième cause d'hémorragie digestive basse après les diverticules
- Donnent lieu à des hémorragies digestives minimales ou modérées
- Lésions du côlon gauche et du rectum +++



Etiologies : lésions colo-rectales

Angiodysplasies:

- Malformation dégénérative acquise due à une obstruction des veines sous-muqueuses avec développement d'ectasies et de shunts artério-veineux
- Majorité dans colon droit et cæcum
- Coloscopie :
 - lésion sous forme d'un amas de petits vaisseaux
 - permet dans la majorité des cas de réaliser une électro-coagulation au plasma d'argon



Etiologies : lésions colo-rectales

- **Angiodysplasies:**

- Artériographie et/ou la TDM spiralée avec reconstruction vasculaire montre 3 signes spécifiques : touffe vasculaire au temps artériel, opacification veineuse précoce, drainage veineux tardif.
- Plus rarement traitement chirurgical (colectomie segmentaire) ou radiologique (embolisation)

Etiologies : lésions colo-rectales

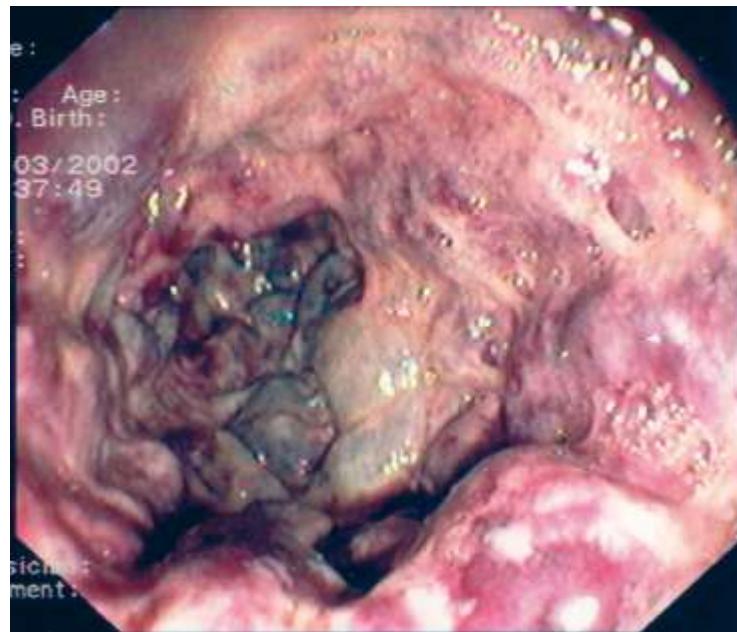
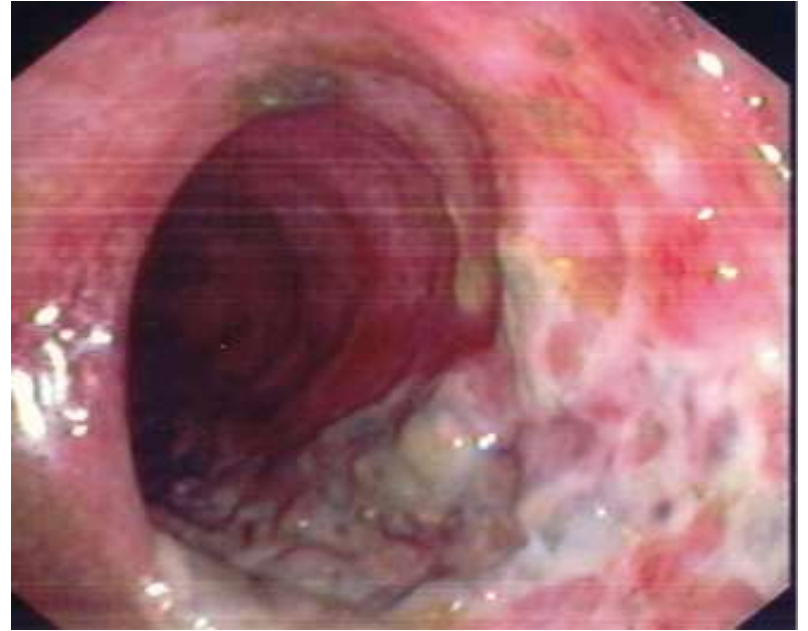
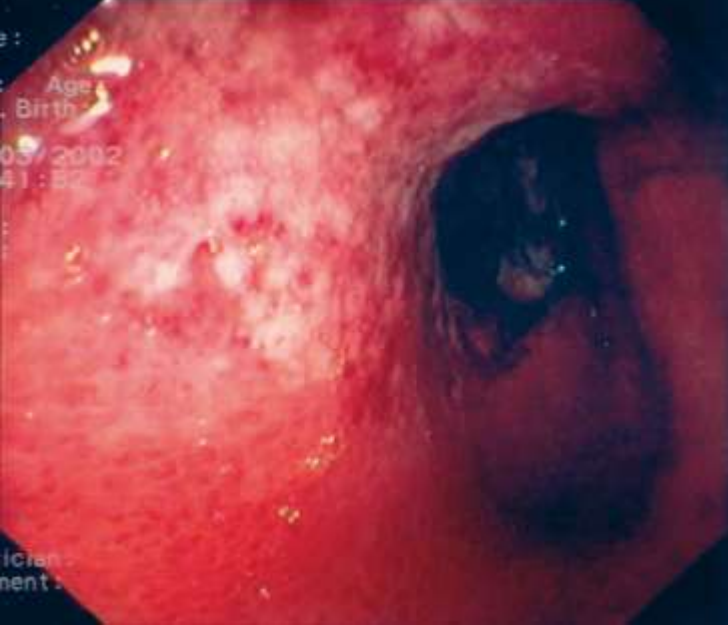
Colite ischémique

- Ensemble des lésions secondaires à une anoxie circulatoire artérielle ou veineuse, aiguë ou chronique de la paroi du côlon et/ou du rectum
- Survient après un épisode de bas débit cardiaque ou un accident thrombo-embolique
- Clinique : douleurs abdominales (quasi constantes), diarrhée aiguë, fièvre, rectorragie, défense ou contracture
- Biologie : hyperleucocytose à PNN ou en cas de CI grave des troubles métaboliques (acidose métabolique, insuffisance rénale.. .)

Etiologies : lésions colo-rectales

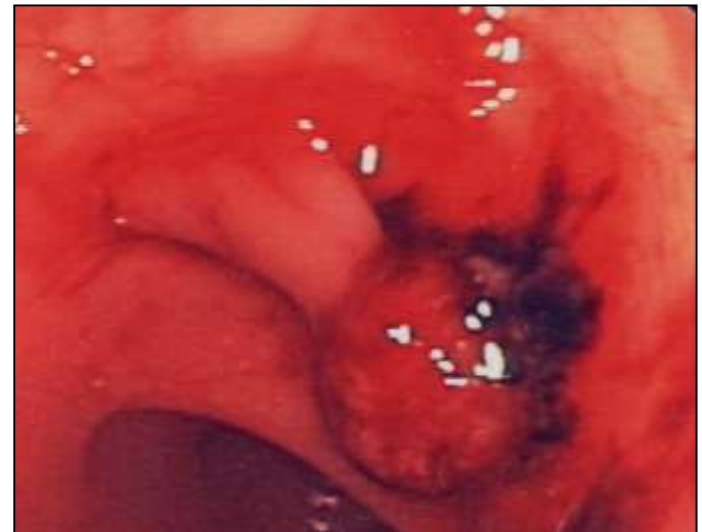
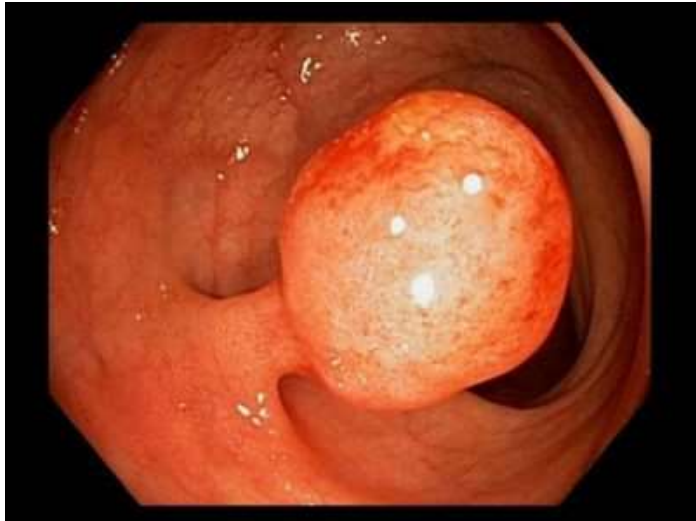
Colite ischémique

- ASP : distension aérique du côlon
- Coloscopie :
 - En l'absence de perforation et avec une insufflation minimale
 - Montre un œdème et un érythème de la muqueuse, des ulcérations non-nécrotiques ou nécrose extensive avec aspect gris-noir.
- Diagnostic différentiel : MICI en poussée, colites infectieuses.
- Traitement : chirurgie pour les colites ischémiques gangreneuses et surveillance avec un traitement étiologique dans les autres formes.
- Recherche étiologique +++



Etiologies : lésions colo-rectales

- **Polypes colo-rectaux**
 - Le plus souvent latents, l'hémorragie pouvant les révéler.
 - Diagnostic fait par la coloscopie
- **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**
 - RCH+++ plus rarement la maladie de Crohn
 - Saignement en dehors des selles en cas de syndrome rectal associé à la RCH



Etiologies : lésions colo-rectales

- **Causes coliques plus rares:**
 - Corps étrangers rectaux ou anaux.
 - Chute d'escarres au décours d'une polypectomie endoscopique.
 - Varices ectopiques : rectales, coliques ...
 - Rectite et/ou colite radique.
 - Endométriose colique.
 - Colites médicamenteuses.
 - Colites infectieuses.

Etiologies : lésions du grêle

- **Les angiodysplasies**
 - Causes les plus fréquentes
 - Diagnostic difficile, soit par entéroscopie soit mieux par vidéo-capsule endoscopique
- **Les tumeurs et ulcères du grêle**
- **Infarctus mésentérique**

Conclusion

- Hémorragies digestives : urgence fréquente en pratique quotidienne
- Savoir reconnaître les cas graves nécessitant une prise en charge en réanimation
- Endoscopie dans les 12 – 24h chez un patient stable
- Evolution spontanément favorable dans 2/3 des cas
- Prise en charge médico-instrumentale : a amélioré le pronostic