

UNIVERSITE FERHAT ABBAS DE SETIF

FACULTE DE MEDECINE

Hémorragies digestives graves

Pr I. OUAHAB

Année Universitaire 2019 / 2020

Objectifs du cours

- Définir une hémorragie digestive.
- Reconnaître l'hémorragie.
- Evaluer la gravité de l'hémorragie.
- Diagnostiquer une hémorragie digestive.
- Connaitre le diagnostic étiologique.
- Définir les objectifs du traitement.
- Planifier une stratégie de prise en charge thérapeutique.
- Montrer l'intérêt de la prévention.

Plan

- I- Introduction
- II- Intérêt de la question
- III- Epidémiologie
- IV- Mécanismes
- V- Diagnostic
 - 1- Reconnaître l'hémorragie
 - 2- Diagnostic de gravité
 - 3- Diagnostic positif
 - 4 - Diagnostic étiologique.
- VI- Traitement
 - 1- Buts
 - 2- Méthodes
 - 3- Indications
- VII- Prévention
- VIII- Conclusion

I- Introduction

- L'hémorragie digestive est une urgence médicochirurgicale.
- Une hémorragie digestive haute est une hémorragie située en amont de l'angle de Treitz (œsophagienne, gastrique ou duodénale) sous forme d'hématémèse et / ou méléna.
- L'hémorragie digestive ulcéreuse est une pathologie fréquente dont la mortalité reste trop importante.
- Elle constitue la principale cause des hémorragies digestives hautes (30 à 40 % des cas).
- Une lésion située au-delà de l'angle de Treitz (intestin, côlon, rectum ou anus) réalise des hémorragies digestives basses.

II- Intérêt de la question

- **Fréquence:**

Motif fréquent d'hospitalisation.

- **Diagnostic:**

Fibroskopie digestive.

- **Traitement:**

Médical, endoscopique, interventionnel et chirurgical.

- **Pronostic :**

Le pronostic est fonction du terrain (âge, maladies associées) et du délai de prise en charge.

III- Epidémiologie

- Une hémorragie digestive haute sur 3 est due à un ulcère.
- L'hémorragie sur ulcère représente encore aujourd'hui 30 % des hémorragies digestives hautes.
- 70 à 80 % des hémorragies se tarissent spontanément sous traitement médical (IPP) ou lors de la suppression des facteurs associés (anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'aspirine).
- Prédominance masculine.
- L'ulcère gastrique saigne plus fréquemment que l'ulcère duodénal.
- Les hémorragies digestives basses constituent 20 % des hémorragies digestives.
- 90 % des cas de HDB sont d'origine colique.

IV- Mécanismes

Il peut correspondre à des lésions diverses :

- L'effraction vasculaire :

° Ceci est particulièrement le cas des ulcères volumineux, des cratères profonds et de localisation postérieure.

Dans ce cas, une fistule est réalisée par l'ulcère.

° L'artère ouverte, saigne alors en plein canal dans l'estomac ou le duodénum.

° L'artère peut être volumineuse (gastroduodénale, coronaire stomachique), il peut également s'agir d'une veine ou artère de plus petit calibre (artériole).

- La gastrite hémorragique péri-ulcéreuse : réalise un saignement en nappe.

- Le suintement hémorragique du fond de l'ulcère : provient des vaisseaux néoformés et dilatés.

- Angiodysplasies.

V- Diagnostic

1- Reconnaître l'hémorragie :

L'hémorragie est variable dans son expression et son abondance.

- Reconnaître l'hémorragie :

* L'extériorisation de sang sous forme d'hématémèses ou de méléna.

Etat de choc hypo volémique (hémorragique) ou malaise inexplicé (saignement minime, occulte).

* En absence d'évidence : Mise en place d'une sonde gastrique recherchant l'hémorragie.

* Eliminer :

° Hémoptysie.

° Epistaxis déglutis.

° Hémorragie bucco-pharyngée.

- Définitions :

° Hématémèse : C'est le rejet au milieu d'efforts de vomissement de sang non aéré souvent mêlé à des caillots ou à des débris alimentaires.

° Et/ou méléna : c'est l'émission par l'anus de selles noirâtres, nauséabondes, classiquement comparées à du « goudron ».

- Rectorragies : Emission de sang rouge vif par l'anus.
- Une hémorragie digestive basse se manifeste surtout par des rectorragies.
- Le méléna est plus fréquemment en rapport avec une hémorragie digestive haute surtout si le transit est accéléré.
- En cas d'hémorragie basse, le méléna signe une lésion du grêle ou du côlon droit.

2 - Diagnostic de gravité :-

- Une hémorragie est dite grave lorsqu'elle s'accompagne d'un état de choc, d'un taux d'hématocrite $< 30\%$ avec un taux de globules rouges < 2.5 millions/mm³.

En cas d'hémorragie grave, la réanimation est entamée à l'arrivée du malade.

- Le pronostic dépend de plusieurs facteurs :

* Le malade : Age > 65 ans, tares associées ou groupe sanguin rare.

* La maladie : Tributaire de 02 éléments :

° Hémorragie digestive : critères de Cammok.

Perte sanguine > 1000 ml / 24h ou $> 30\%$ de la masse sanguine.

Hématocrite $< 25\%$ à l'arrivée.

Transfusion > 1.5 L / 24h.

Tension artérielle diminuée et choc clinique.

intervention en urgence dans les 06 heures. \Rightarrow Si ces critères sont réunis

° Pathologie sous-jacente : l'ulcère.

Localisation bulbaire postérieure ou au niveau de la petite courbure.

Aspect de l'ulcère (classification de Forrest à l'endoscopie) :

Ulçère à base claire : 5% de récurrences.

Tache hémorragique plane : 10% de récurrences.

Caillot adhérent : 22% de récurrences.

Saignement actif : 50% de récurrences.

3- Diagnostic positif

1- Interrogatoire :

- Antécédents ulcéreux (ulcéreux connu, porteur d'une fibroscopie, déjà traité médicalement).
- Histoire clinique d'ulcère.
- Absence de syndrome d'HTP.
- Alcolisme.

2- Endoscopie digestive haute :

- Doit être réalisée le plus rapidement possible, quand l'état hémodynamique est stable (malade déchoqué et réanimé).
- Cet examen représente un élément clé du diagnostic et éventuellement thérapeutique.

Elle permet de :

- Voir la lésion qui saigne, sa situation (gastrique ou duodénale), son mode de saignement (artériel, veineux...).
- Noter les stigmates de saignement et de prévoir le risque de récurrence hémorragique (classification de Forrest).
- Cet examen peut être répété permettant de suivre l'évolution et de faire des biopsies sur les lésions suspectes en particulier celles des ulcères gastriques..

Classification de Forrest:

- **Ulcère type I: Saignement actif.**

* Ia: Saignement en jet.

* Ib: Suintement diffus (en nappe). - **Ulcère**

type II: Signes de saignement récent.

* IIa: Vaisseau visible ne saigne plus.

* IIb: Caillot adhérent.

* IIc: Taches pigmentées. - **Ulcère**

type III: Pas de signes de saignement récent.

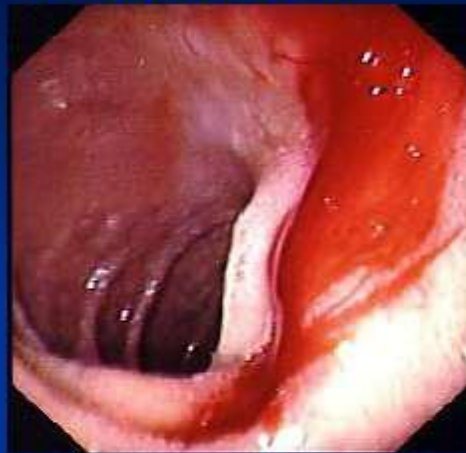
* Cratère à fond propre.

CLASSIFICATION DE FORREST

En jet I a



Suintement I b



Vaisseau visible non hémorragique II a



Caillot adhérent II b



**Ulcère avec taches
ecchymotiques II c**



Ulcère propre III

3- Endoscopie digestive basse:

-Après stabilisation du malade.

-Préparation colique par voie orale + lavements •
évacuateurs.

- Renseigne sur :

* Le caractère actif ou non de l'hémorragie. •

* La cause du saignement.

* La présence de signes endoscopiques de saignement •
récent (vaisseau visible non hémorragique, caillot
adhérent).

* La présence de sang dans le côlon en l'absence de •
sang dans l'iléon est en faveur d'une cause colique et à
l'inverse la présence de sang provenant de l'iléon dans
le côlon est en faveur d'une cause intestinale ou haute
d'hémorragie.

4- L'artériographie digestive avec cathétérisme global puis sélectif des artères mésentériques inférieure et supérieure :

Indiquée lorsque la coloscopie est non contributive ou impossible et l'hémorragie persistante.

Elle permet un geste thérapeutique par embolisation.

5- Scanner avec injection :

Même indication que l'artériographie.

6- La vidéocapsule endoscopique et l'entéroscopie :

Pour les lésions grêliques.

4- Diagnostic étiologique

1- Hémorragie digestive haute:

- Hémorragie digestive liée à l'Hypertension portale (varices œsophagiennes). -
- Ulcères gastroduodénaux : Cause la plus fréquente.
- Syndrome de MALLORY – WEISS. -
- Œsophagite peptique sur RGO. -
- Ulcération sur hernie hiatale. -
- Gastrite.
- Ulcère de stress.
- Tumeurs œsophagiennes, gastriques ou duodénales malignes ou bénignes.
- Tumeurs de la papille (ampullome). -
- Fistule artério-digestive : primitive ou secondaire à une prothèse aortique (fistule aorto-duodénale).
- Hémobilie : Triade de SAND-BLOOM (douleur abdominale, ictère, hémorragie).
- Wirsungorragie (pseudokyste, pancréatite, tumeurs).
- Malformations vasculaires (angiomes).
- Angiomatose de RENDU-OSLER.
- Maladie hématologique.

2- Hémorragie digestive basse:

2-1- Etiologies coliques:

- Diverticulose colique.
- Malformations vasculaires acquises. -
- Tumeurs bénignes et malignes primitives. -
- Polypectomie endoscopique. -
- Colites inflammatoire (RCUH, Crohn), médicamenteuse, infectieuse... -
- Causes vasculaires : Colite ischémique, rectite radique, fistule aortocolique
- Causes proctologiques : Hémorroïdes internes, fissure anale, ulcère solitaire du rectum, lésions traumatiques...
- Tumeurs malignes secondaires.
- Causes rares : Lésion de Dieulafoy, maladies systémiques, fistule biliodigestive, endométriose, varices coliques et rectales, tumeurs et malformations vasculaires...

2-2- Etiologies gréliques:

- Malformations vasculaires acquises
- Ulcérations du grêle (AINS, MICI, Zollinger-Ellison...)
- Tumeurs malignes (lymphomes, carcinoïdes, adénocarcinome, métastases), stromales et bénignes.
- Diverticules de Meckel, duodéнал, jéjunal, iléal.
- Causes rares : Fistule aorto-entérique, lésion de Dieulafoy, varices intestinales, maladies systémiques, tumeurs vasculaires, ulcérations infectieuses, entérite radique, purpura rhumatoïde...

VI- Traitement

1- Buts:

- Rétablir un état hémodynamique correct.
- Arrêter l'hémorragie active.
- Prévenir la récurrence précoce.
- Traitement de la cause.

2- Méthodes

Hospitalisation +++

2-1- Réanimation: Règle des 4 sondes.

- Voie veineuse central et périphérique: Remplissage et PVC.
- Sonde à oxygène: oxygénation.
- Sonde gastrique: Lavage gastrique et surveillance du saignement.
- Sonde urinaire: Surveillance de la diurèse (la réanimation).

L'intubation trachéale et ventilation artificielle en cas de perte de conscience.

2-2- Traitement médical:

- Lavage gastrique.
- Anti sécrétoires: Pour accélérer la cicatrisation de l'ulcère.
- Vaso constricteurs: Vasopressine, somatostatine...

2-3 - Endoscopie:

- Sondes d'hémostase (de Blakemoore,
- Méthodes thermiques: Laser, électrocoagulation, sonde thermique...
- Injection de produits hémostatiques: Adrénaline, thrombine...
- Hémoclip hémostatique.
- Ligature élastique.

Sonde de Blackmoore



Varices oesophagiennes ligaturées



2-4- Traitement radiologique: Artériographie interventionnelle.

- Embolisation de l'artère gastro duodénale: Injection de caillots autologues dans l'ulcère du bulbe chez les sujets à risque opératoire élevé ou échec du traitement endoscopique.

- Embolisation par voie radiologique en cas de pathologie vasculaire.

2-5- Traitement chirurgical:

- Buts: * Contrôle de l'hémorragie.

* Traitement radical de l'ulcère.

- **En cas d'hypertension portale :**

*Dérivations porto-caves.

* Chirurgie directe des varices.

- Le traitement radical de la **maladie ulcéreuse** dans le même temps opératoire.

° Le traitement de la maladie, en urgence, associe une vagotomie (tronculaire, sélective, suprasélective) à une opération de vidange (gastroentéroanastomose ou pyloroplastie).

On pourra aussi effectuer une antrectomie selon Polya (Finsterer ou Billroth II) associée à une vagotomie et une fermeture du moignon duodéal.

° Hémostase directe de l'ulcère duodéal (intervention de Weinberg) :

Opération de Weinberg = vagotomie tronculaire bilatérale + pyloroplastie + suture de l'ulcère.

- Hémostase chirurgicale directe: Suture directe de l'ulcère gastrique.
- Gastrectomie d'hémostase.
- * Rarement indiquée.
- * Le type de gastrectomie est fonction du siège de l'ulcère hémorragique. (Gastrectomie des 2/3, 3/4, 4/5 ou totale).
- * En présence d'un ulcère de l'antra, lorsque les conditions locales sont favorables, une antrectomie avec réalisation d'une anastomose gastroduodénale représente une solution de choix. Une vagotomie y est associée.
- * Une gastrectomie totale d'hémostase est exceptionnellement proposée chez des patients présentant une gastrite de stress associée à une hémorragie incoercible.
- Faire des biopsies +++.
- La chirurgie est indiquée en cas de cancer colique, rectal ...

3- Indications:

3-1- Ulcère duodénal:

- Tenter d'abord le traitement médical.
- Si échec, un traitement endoscopique sera réalisé.
- Si patient instable malgré la réanimation et lorsque l'origine de l'hémorragie est identifiée, active, et ne peut être contrôlée par endoscopie, la chirurgie est donc indiquée.

* Pyloro duodénotomie longitudinale.

* Une suture isolée directe de l'ulcère est parfois insuffisante.

L'artère gastroduodénale doit être liée au-dessus et en dessous du duodénum.

3-2-Ulcère gastrique:

- Réanimation.
 - Traitement médical.
 - Traitement endoscopique.
 - Chirurgie d'hémostase: * Suture directe de l'ulcère.
- * Si échec: gastrectomie.
- * Ulcère antral hémorragique: Antrectomie +anastomose gastroduodénale + vagotomie.

NB: Une vagotomie n'est pas nécessaire en présence d'un ulcère gastrique.

3-3- En cas de Hémobilie :

Réséction hépatique, ligature sélective de l'artère hépatique ou embolisation.

3-4- En cas de tumeurs malignes ou bénignes œsogastriques :

La chirurgie dépend du type et du siège de la tumeur.

3-5- En cas Syndrome de MALLORY-WEISS : •

La suture chirurgicale est exceptionnelle. •

3-6- En cas de tumeurs gastriques ou colorectales:

La chirurgie dépend du type et siège de la tumeur.

VII- Prévention

- Un traitement médical prophylactique réduit efficacement les saignements associés aux ulcères de stress, aux ulcères peptiques récurrents et l'ulcère associé aux AINS.

- La thérapie antisécrétoire réduit significativement les hémorragies par ulcère de stress parmi les patients hospitalisés en soins intensifs.

- Le traitement d'éradication de H. pylori réduit les rechutes hémorragiques ulcéreuses.

VIII- Conclusion

- En cas d'hémorragie, en dehors des mesures communes à tout patient présentant une hémorragie, le premier geste est si nécessaire l'hémostase endoscopique.
- En cas d'échec ou de récurrence précoce, un traitement chirurgical doit être envisagé.
- 15 % de malades doivent être opérés en urgence pour hémostase.
- 80 % des hémorragies ulcéreuses gastroduodénales s'arrêtent spontanément.
- Le taux de mortalité des patients continuant à saigner ou récidivant après l'admission est d'environ 40 %.

.