

Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
Université BADJI Mokhtar Annaba
Faculté de médecine
Département de médecine

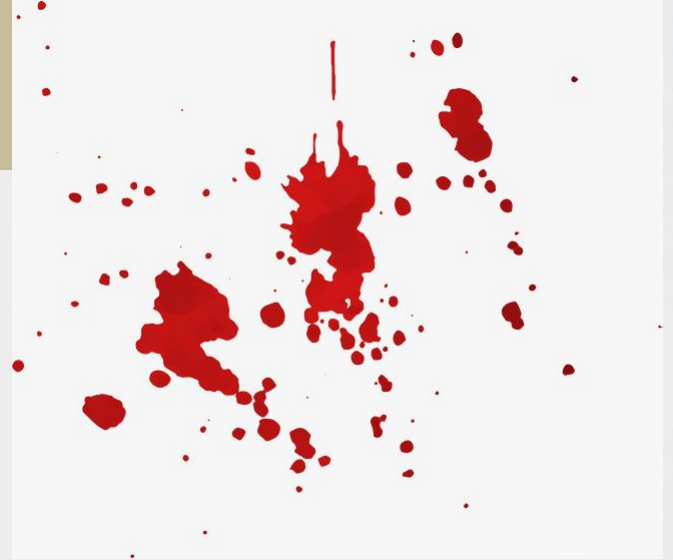
HEMORRAGIE DIGESTIVE

Dr Oussama REHAMNIA
service de chirurgie générale et digestive CHU Annaba
rehoussama7@gmail.com

Objectifs

- Savoir diagnostiquer une hémorragie digestive.
- Identifier les situations d'urgence et planifier la prise en charge.
- Connaitre les principales étiologies.

Introduction



C'est une urgence médico chirurgicale

La prise en charge est multidisciplinaire (gastro-entérologues – réanimateurs – chirurgiens digestifs parfois des radiologues interventionnels).

Le pronostic est souvent lié au terrain, à l'importance du saignement, à l'âge et aux tares associées du patient.

La mortalité est estimée à 10%.

Définition

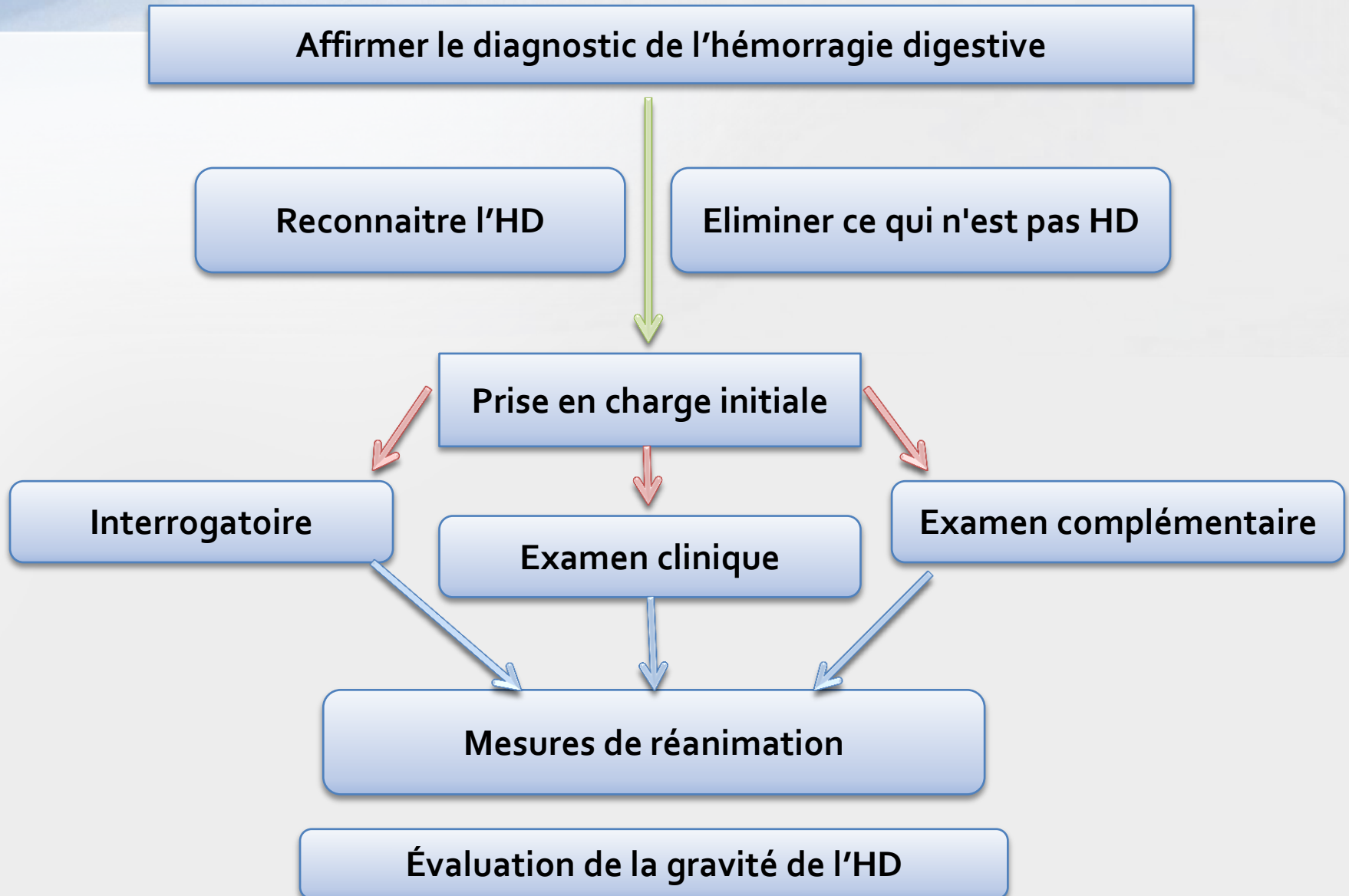


- Elle se définit par un saignement, actif ou ayant cédé, dont l'origine se situe dans l'appareil digestif (tube digestif principalement, et exceptionnellement voies biliaires ou pancréatiques).
- Elle est dite *haute*, si le saignement provient en amont de l'angle de TREITZ.
- Elle est dite *basse*, si le saignement provient en aval de l'angle de TREITZ.

Conduite a tenir devant une hémorragie digestive



CONDUITE A TENIR



Comment Reconnaître l'hémorragie digestive??

Reconnaitre l'hémorragie digestive

L'Hématémèse : correspond au rejet par la bouche au cours de l'effort de vomissement de sang rouge non aéré mêlé d'aliments.

Le méléna est l'émission par l'anus de sang noirâtre << *noir comme du goudron* >> et particulièrement fétide.

Les rectorragies correspondent à l'émission par l'anus de sang rouge, elle traduit une hémorragie digestive basse dans la majorité des cas, mais peuvent être en rapport avec une hémorragie digestive haute massive.

Anémie ferriprive, si le saignement digestif est chronique et de très faible abondance (saignement occulte)

Un tableau **d'un malaise** voir un **état de choc** en cas de saignement massif non extériorisé

Éliminer ce qui n'est pas une hémorragie digestive

éliminer ce qui n'est pas une hémorragie digestive

Ce qui n'est pas du sang :

Selles colorés par des médicaments (supplément de fer, médicaments contenant du bismuth, charbon activé...)

Ou par des aliments (betterave, réglisse, mûres...)

Ce qui n'est pas d'origine digestive :

- Hémoptysie.
- Epistaxis.
- Hémorragie bucco pharyngée.
- Hémorragie génitale ou urinaire.



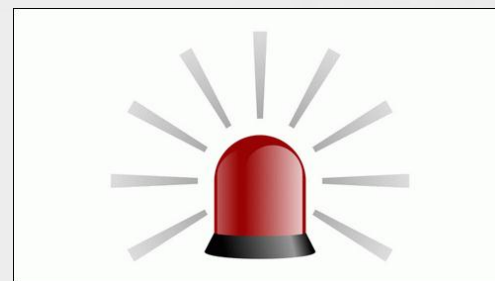
Prise en charge initiale

Que cherchez vous en premier
à L'interrogatoire ???

L'interrogatoire:

Souvent les patients ou leur entourage, ont tendance à exagérer l'importance du saignement.

La notion de ***malaise*** doit être systématiquement recherchée car c'est ***un signe d'alarme***.



Une ***pathologie associée*** doit toujours être considérée comme un facteur de mauvais pronostic : une cirrhose hépatique une cardiopathie ischémique ; une insuffisance rénale chronique, un cancer digestif

Que cherchez vous en premier
à L'examen clinique ???

Examen clinique

Il faut rechercher des signes de choc +++++

Une Tachycardie, le signe le plus précoce.

Pâleur cutanéomuqueuse

Une Hypotension artérielle

Des Signes périphériques : marbrures cutanées, augmentation de temps de recoloration, froideur des extrémités.

Oligo-anurie.

Troubles de la conscience vigilance.

Polypnée.

examens para cliniques

- Numération—formule sanguine et plaquettes : à la recherche d'une chute du taux de l'hématocrite et de l'hémoglobine.
- Une hémostase : TP, TCA, fibrinogène.
- Un bilan pré transfusionnel : groupe sanguin Rhésus.
- Un ionogramme sanguin.
- Un bilan hépatique : ASAT ALAT GGT Bilirubine totale et conjuguée TP Albumine.
- Un bilan rénal : urée, créatinine.



Les Mesures de réanimation



Hospitalisation



Abord veineux solide

2 voies veineuses périphériques de bon calibre : pour prélèvement, remplissage vasculaire et transfusion.

Critères de transfusion :

Hb < 7 g/dl chez tout les patients

Hb < 10 g/dl chez le sujet âgé ou en cas de pathologie associée notamment cardiaque / coronarienne



Sonde naso-gastrique

Confirmer l'hémorragie en cas de doute.

Prévenir l'inhalation de sang.

Lavage de l'estomac afin de préparer l'endoscopie digestive haute.



Oxygénothérapie

Maintenir une saturation **$SpO_2 > 92\%$** .



Sonde urinaire

Quantification de la diurèse pour appréciation de la répercussion de l'hémorragie sur la fonction rénale.



Monitoring cardio tensionnel et de la saturation



Evaluation de la gravité de l'hémorragie digestive



L'appréciation de la gravité de l'hémorragie digestive est en fonction de :

- La persistance ou non du ***saignement***.
- La persistance ou non des ***signes de choc***
- Par les résultats des ***bilans biologiques***
- Essentiellement par le volume de ou le ***rythme transfusionnel*** nécessaire pour maintenir un état circulatoire correct (la limite supérieure est entre 6 et 8 culots globulaires en 24 heures)

Une hémorragie est **dite grave** si le patient présente : **les critères de CAMMOK**

1/ Des signes d'état de choc se manifestent avec une TA systolique < **80 mm Hg**.

2/ Une HK < **28%** et une Hb < **8 g/dl** à l'admission.

3/ Nécessité une transfusion > **1500 ml/ 24h** de sang pour maintenir un état hémodynamique stable

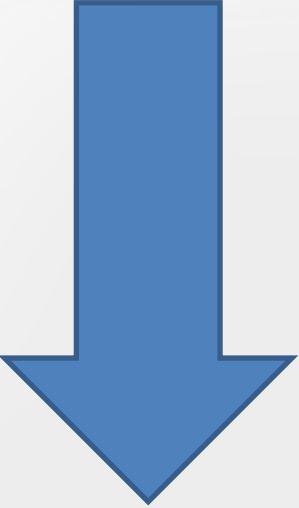
Risque de mortalité
Très élevé.



Enquête étiologique



Démarche diagnostic

- 
- ***Interrogatoire***
 - ***Examen clinique complet***
 - ***Fibroscopie***
 - ***Artériographie coelio-mésenterique***

interrogatoire



malade et son entourage

- Antécédents de maladie ulcéreuse gastro duodénale connue, Hépatite virale, Hépatopathie (cirrhose hépatique)
- Notion de prise de médicaments gastro toxique : aspirine ; les AINS, corticoides ou de médicament anti coagulant.
- Notion de tabagisme chronique.
- La notion d'éthylisme chronique.
- La notion d'amaigrissement, d'asthénie et d'anorexie.
- Troubles récents du transit ; Douleurs abdominales

Examen clinique



- La notion de faim douloureuse, de pyrosis ; d'épigastralgie
- Des signes de cirrhose (hépatomégalie ferme, angiomes stellaires, ascite, circulation veineuse collatérale, ictère).
- Recherche d'une masse palpable.
- TR: Recherche une tumeur rectale. lésion anale.carcinose péritonéale.

Au retrait du doigt : une rectorragie ; un méléna

Endoscopie digestive: +++

Examen clé,

Il est réalisé dès que l'état hémodynamique est stable dans les 12 heures suivant l'hémorragie.

La fibroscopie a un triple intérêt :

- ♠ Intérêt diagnostique : en précisant la lésion causale et de faire des biopsies.
- ♠ Intérêt pronostique : en évaluant le risque de récurrence hémorragique.
- ♠ Intérêt thérapeutique : par le traitement endoscopique de l'hémorragie surtout pour la FOGD.

Artériographie cœlio-mésentérique

Indiquée en cas de :

Echec de l'endoscopie avec hémorragie persistante.

Suspicion de pathologie vasculaire : fistule aorto-duodénale

Elle permet aussi un geste d'embolisation du vaisseaux responsable du saignement

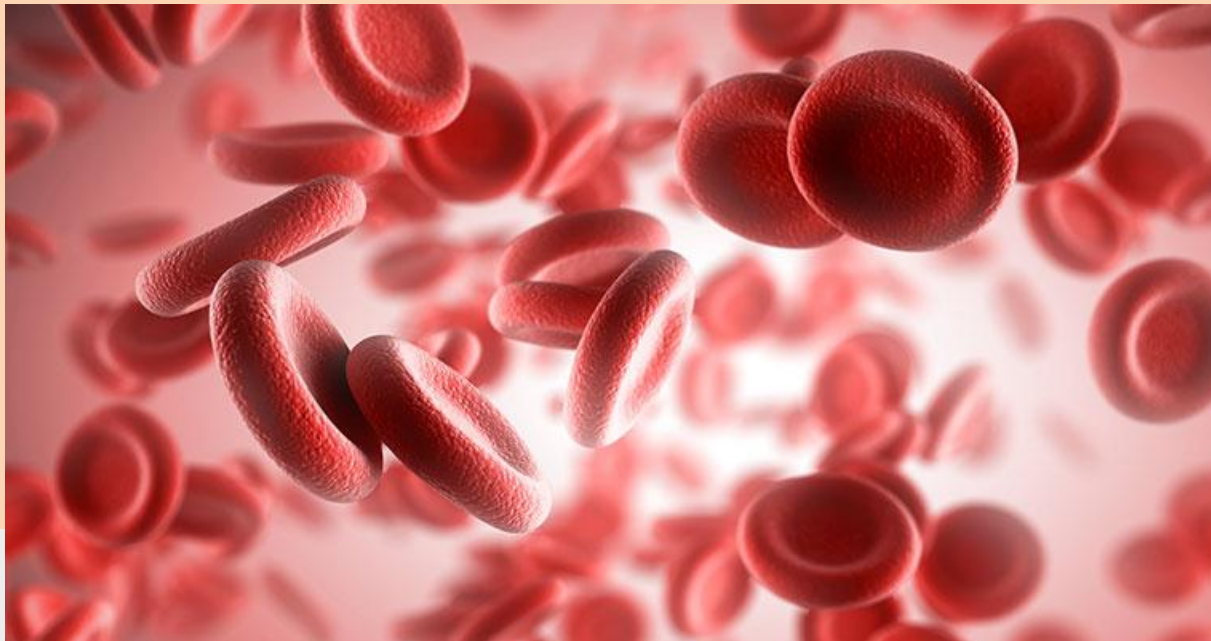
Artériographie coelio mésentérique



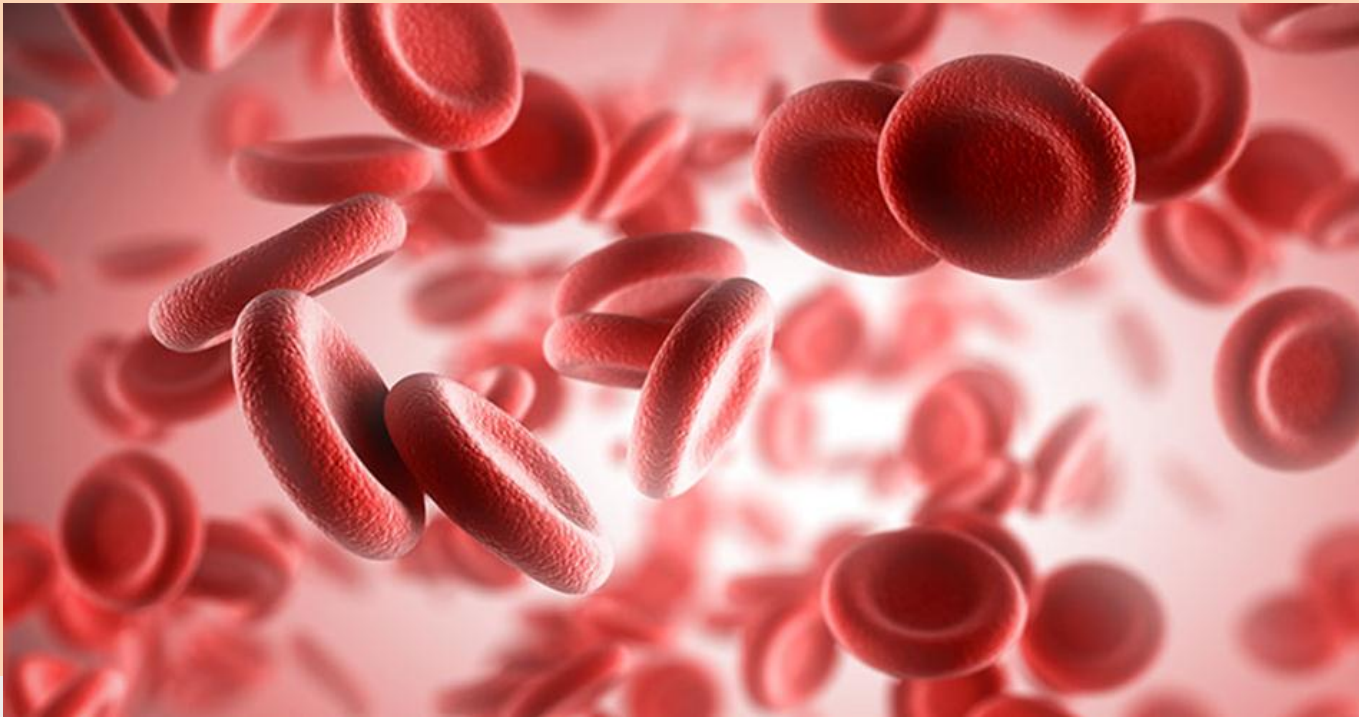
- ◉ Extravasation du produit de contraste (flèche)
- ◉ Possibilité d'embolisation dans le même temps

les étiologies

devant une hémorragie digestive haute
devant une hémorragie digestive basse

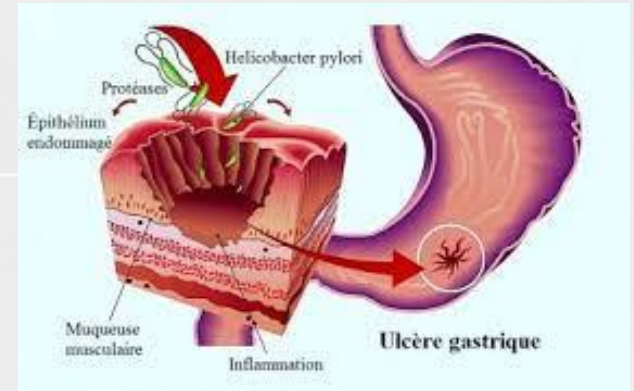


1. Hémorragie digestive haute



hémorragie digestive haute

1 . Ulcère gastro duodénal



Principale cause des hémorragies digestives hautes (**30 à 40 %**)

La survenue d'une récurrence hémorragique dans les 3 premiers jours, majore le risque de décès.

L'hémorragie est liée à un saignement muqueux péri-ulcéreux ou à l'érosion d'une artère au fond de l'ulcère.

Les facteurs favorisants sont le traitement anticoagulant et les AINS

L'endoscopie haute: FOGD

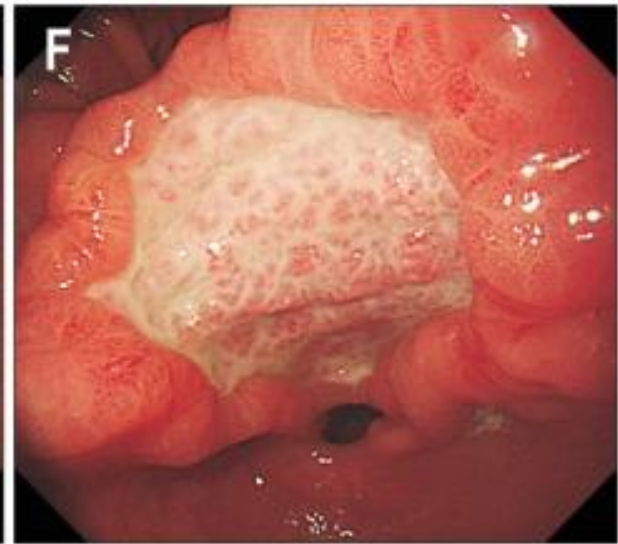
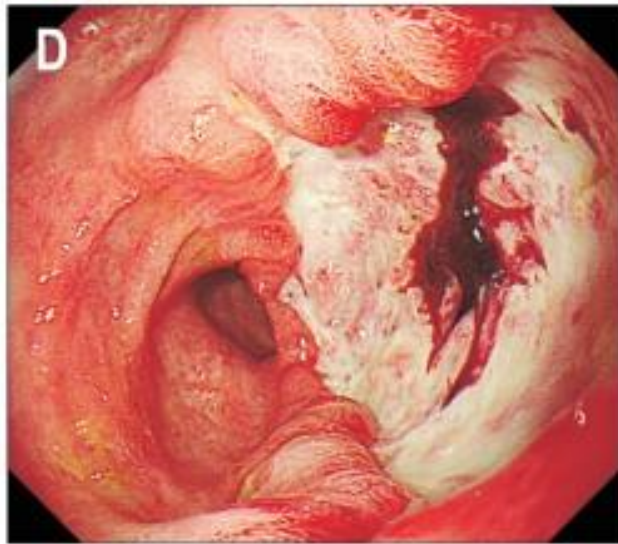
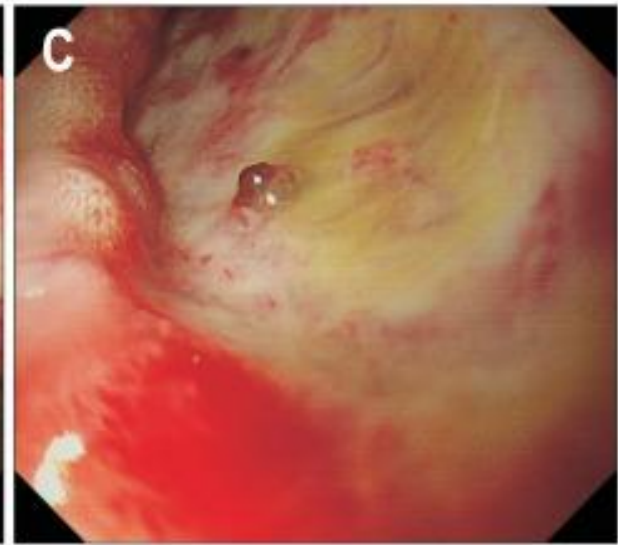
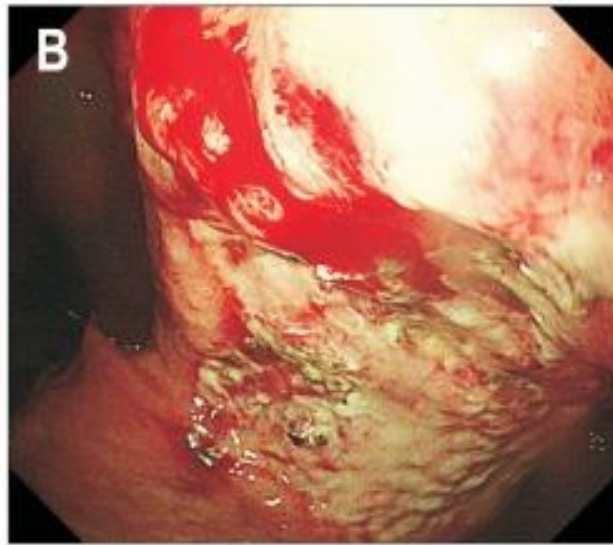
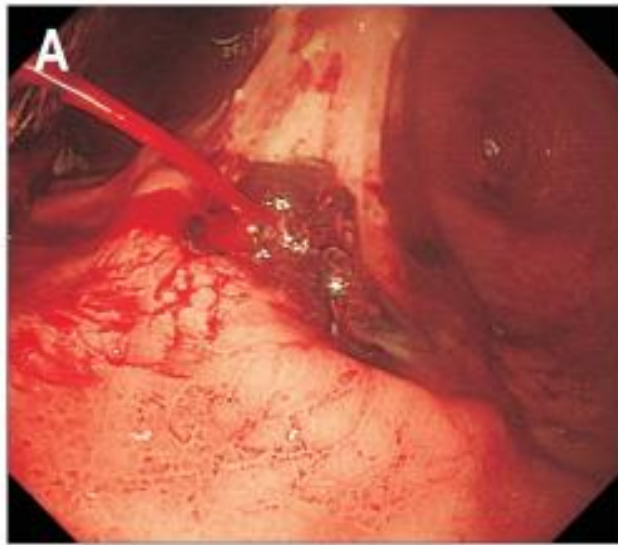


FOGD : examen capital

- Permet la visualisation et localisation de l'ulcération responsable du saignement.
- Pronostique : grâce à la classification de **FORREST**, qui est corrélée au risque de récurrence hémorragique et de décès

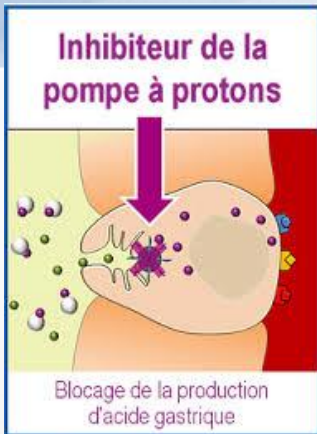
Classification de FORREST

Stade I	Saignement actif	IA: saignement actif	Récidive hémorragique 90%
		IB: saignement en nappe (suintement)	Récidive hémorragique 50 %
Stade II	Saignement récent	II A lésion vasculaire visible	Récidive hémorragique 50 %
		II B caillot frais	Récidive hémorragique 30 %
		III C caillot organisé (tache noire)	Récidive hémorragique 07 %
Stade III	Absence de saignement	Cratère propre	Récidive hémorragique > 07 %



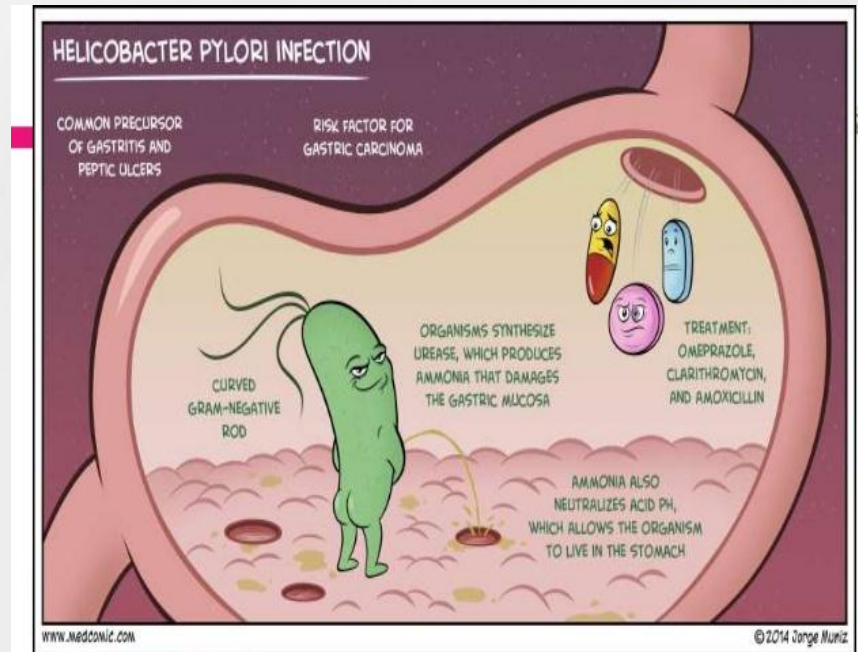
Classification de Forrest

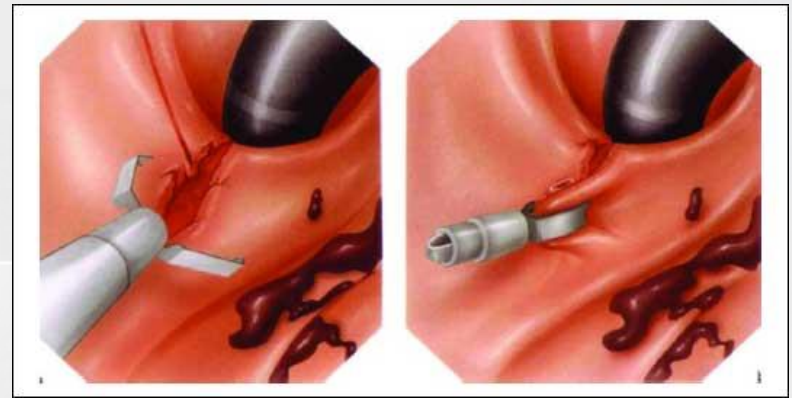
Le Traitement : UGD



1/Traitement médical :

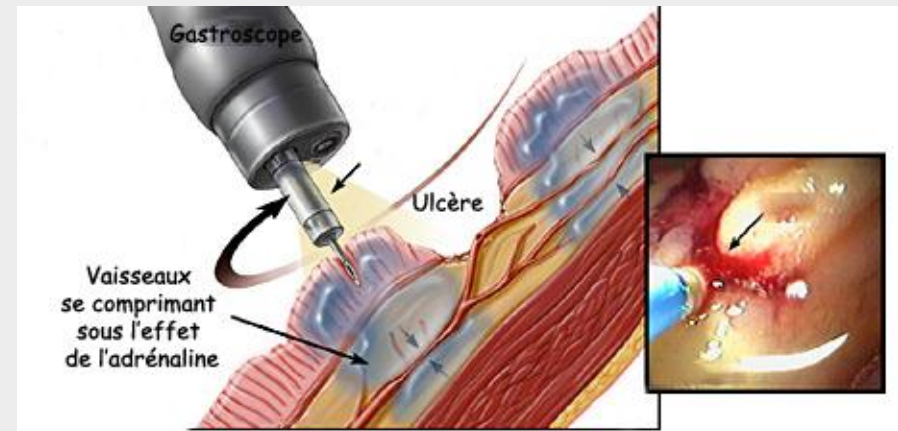
- Anti-sécrétoires (anti-H2, IPP) par voie veineuse puis per os.
- Le traitement d'éradication de *l'Helicobacter pylori* est associé à une diminution de la récurrence.





2 / Traitement endoscopique :

- Electrocoagulation monopolaire, bipolaire, au plasma argon.
- Injection d'adrénaline.
- Sclérothérapie par l'alcool ou polidocanol.
- Hémoclip.



Le Traitement : UGD

3 / Traitement chirurgical

- Ulcère duodénal :

- ✓ Hémostase par duodénotomie, par ligature de l'ulcère par un point en X ou ligature de l'artère gastroduodénale.
- ✓ Traitement de l'ulcère par : l'intervention de **WEINBERG** (fermeture de la duodénotomie en pyloroplastie + vagotomie tronculaire bilatérale) ou par gastrectomie partielle d'hémostase emportant l'ulcère quand l'hémostase ne peut être réalisée.

- Ulcère gastrique :

- ✓ Gastrectomie emportant l'ulcère.
- ✓ Ulcérectomie avec VTB (vagotomie tronculaire bilatérale) et pyloroplastie si l'ulcère est haut situé sous-cardial.



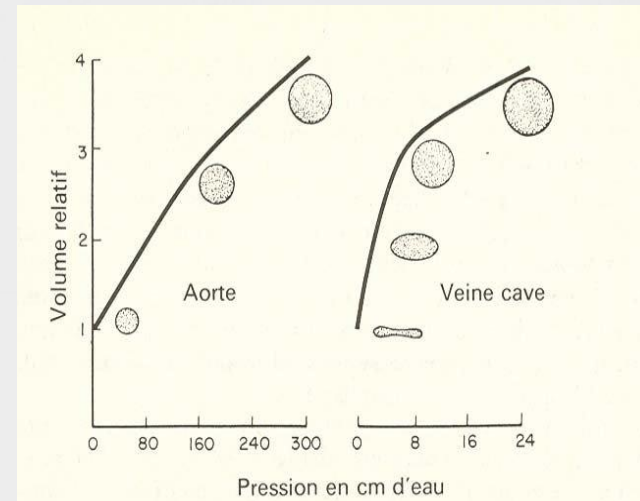
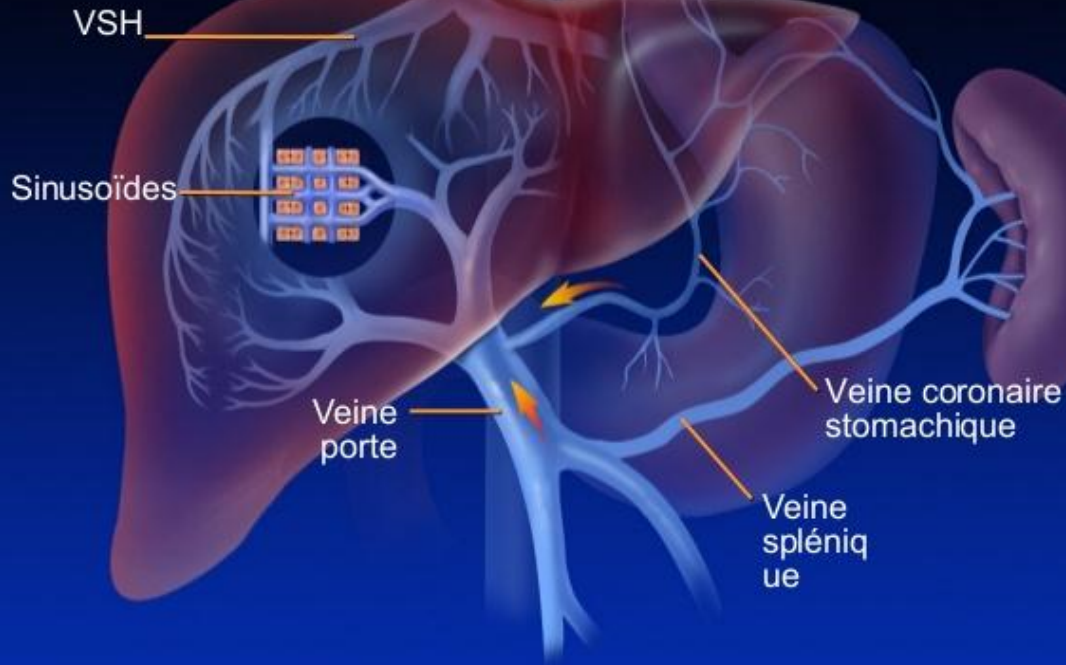
hémorragie digestive haute



2/ hémorragie digestive liée à l'HTP

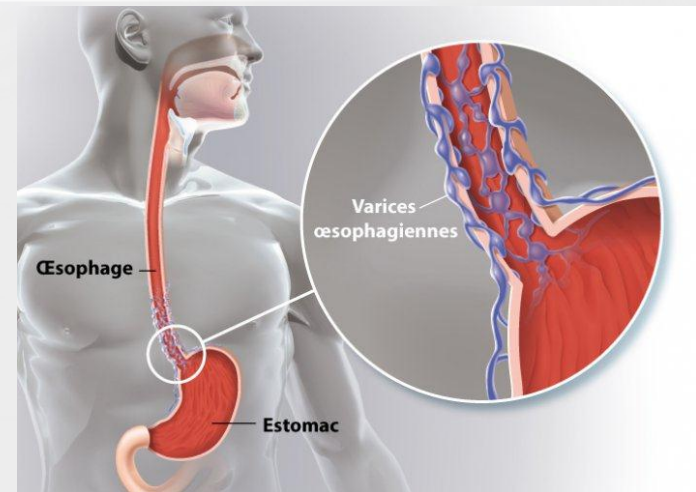
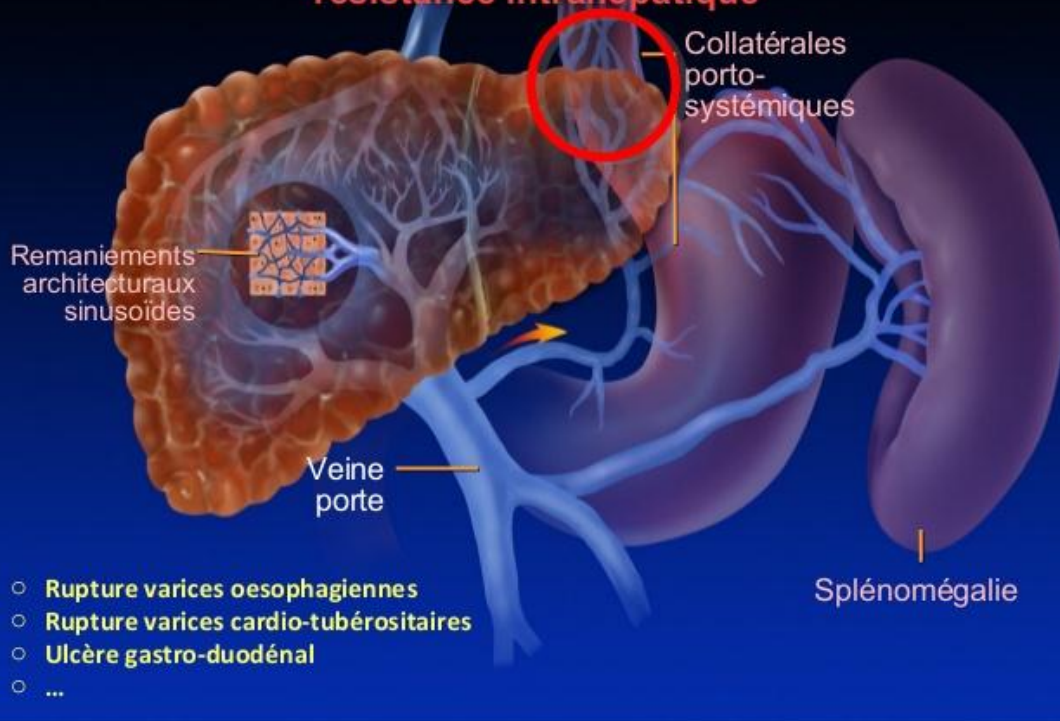
- L'HTP se définit comme étant une augmentation de la pression dans le territoire porte > 10 mmHg ou un gradient de pression entre la veine porte et la CVI > 5 mmHg.
- La principale cause de l'HTP en Europe est la ***cirrhose alcoolique***, en Algérie la ***cirrhose post-hépatitique***.
- 20 % des hémorragies digestives hautes de l'adulte sont secondaires à une hypertension portale, le plus souvent cirrhotique.
- Chez un malade atteint de cirrhose, environ 70 % des hémorragies hautes sont en rapport avec une rupture de varices œsophagiennes ou plus rarement gastriques.

Foie normal: aucune résistance au flux intrahépatique



A l'état normal : Pression veine porte est 07-12 mmHg

Foie cirrhotique: augmentation de la résistance intrahépatique

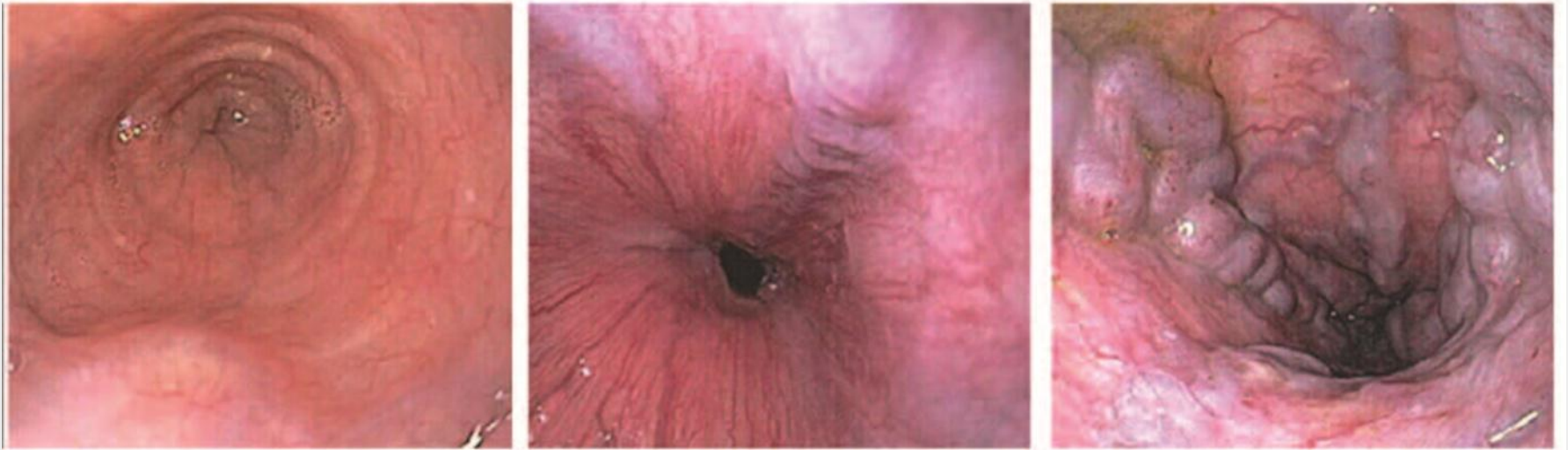


Pression dans le territoire porte > 10 mm Hg ou un gradient de pression entre la veine porte et la CVI > 5 mm Hg.
Développement de réseau collatérale porto caves

L'endoscopie haute: FOGD

Rupture varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires (70%) :
+++

Le risque de rupture est lié à la taille augmentée des varices (varices stade 3), à la présence de points rouges à leur surface et à l'augmentation du gradient de pression > 12 mmHg (la gravité de l'hépatopathie).



A : absence de varices ; B : petites varices de grade I ; C : grosses varices de grade III)

Traitement :RVO



1/ Traitement médical : (Drogues vasopressines):

Diminuant la pression portale, efficacité de 50 à 90 %.

- **Vasopressine** : 0.4 UI/mn en perfusion veineuse continue.
- **Telipressine** : 2mg en IV toutes les 4 heures.
- **Somatostatine** : 250 µg/h en perfusion veineuse continue précédé d'un bolus de 250 µg en IV.
- **Octréotide** : 25 µg/h en perfusion veineuse.

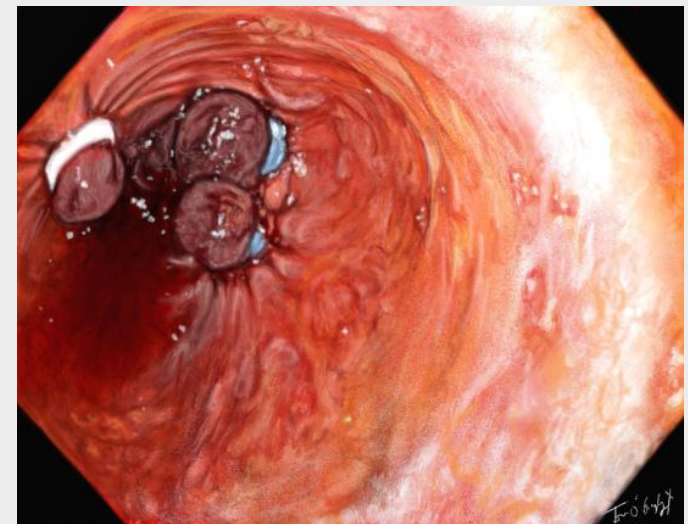
Traitement :RVO

2 / Traitement endoscopique :

- **Sclérothérapie :**

Entraînant une thrombose des varices par injection de polidocanol 1 à 2 % en intra-variqueux ou en péri-variqueux, la thrombine est utilisée pour les varices gastriques.

- **Ligature élastique**



Traitement :RVO

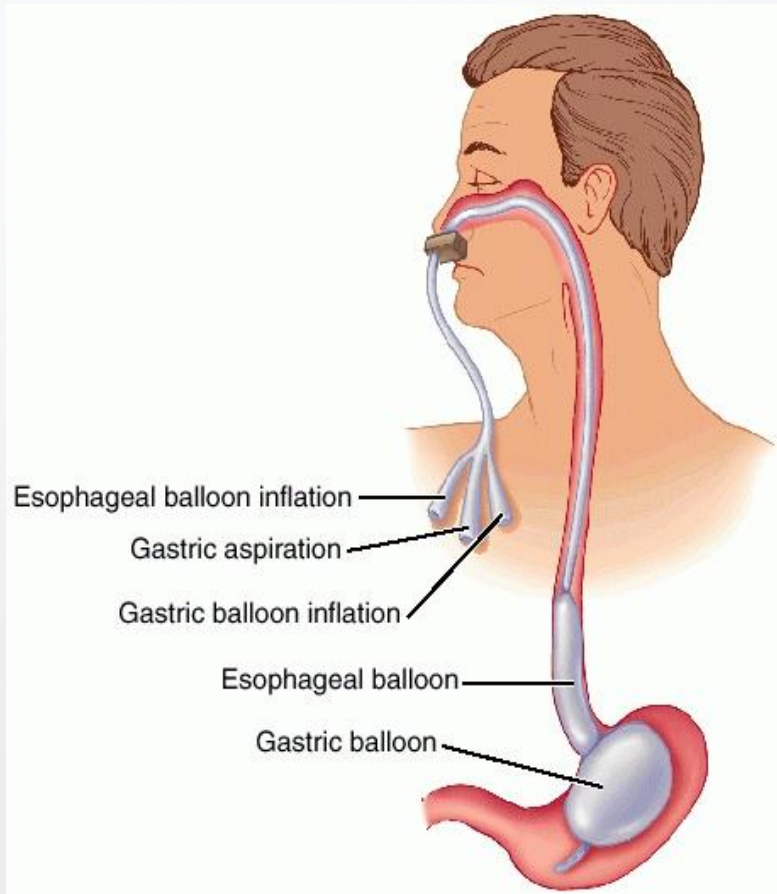
3/ Sondes de tamponnement :

Comprimant les varices rompues ; Efficacité de 50 à 90 %.

- Sonde de **BLAKEMOOR** : à double ballonnet pour les varices œsophagiennes.
- Sonde de **LINTON NACHLAS** : à un seul ballonnet pour les varices gastriques.

Le risque de récurrence au dégonflage des ballonnets est de 50 %.

Sonde de BLAKEMORE



En cas d'hémorragie non contrôlée:

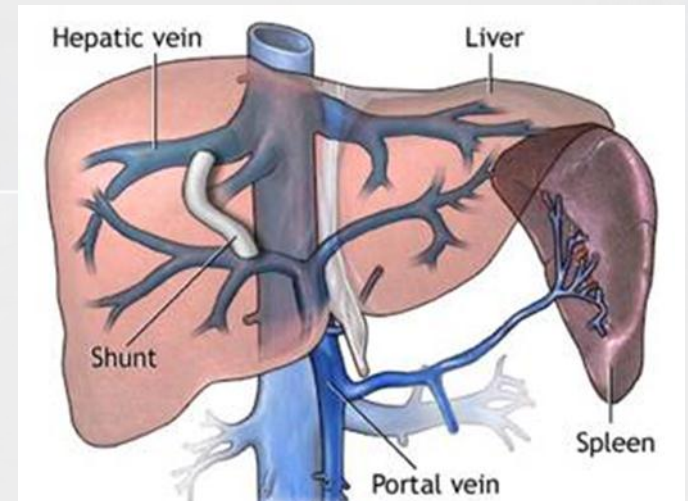
Ballon gastrique gonflé a 150 cc
Ballon œsophagien gonflé a 80 cc
Mettre la sonde sous traction
Dégonfler 30 min toute les 6H
Laisser en place maximum 3 jours .

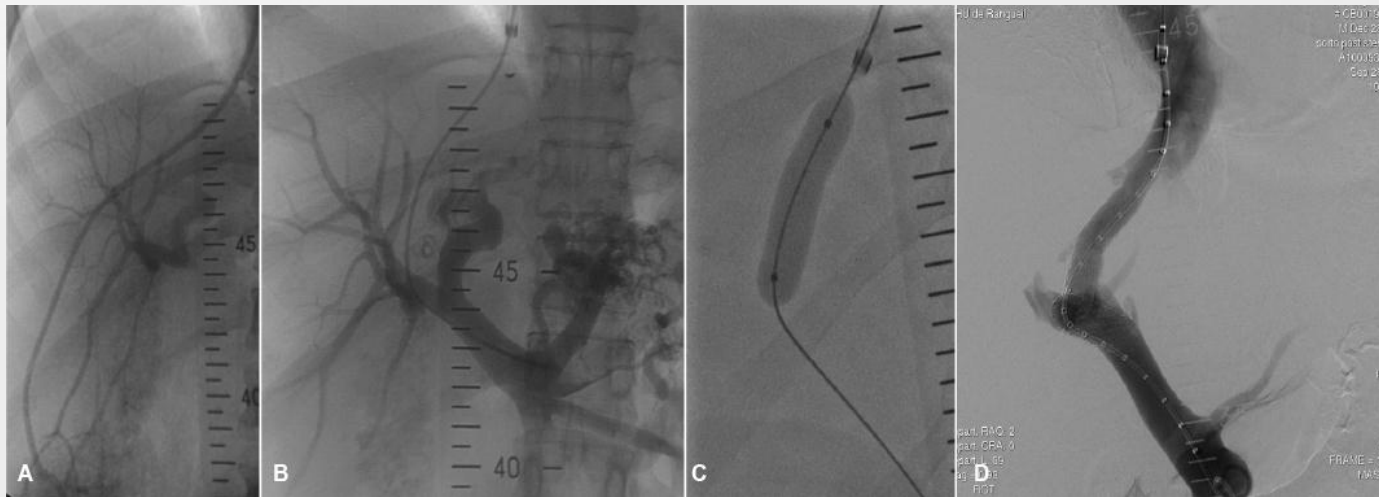
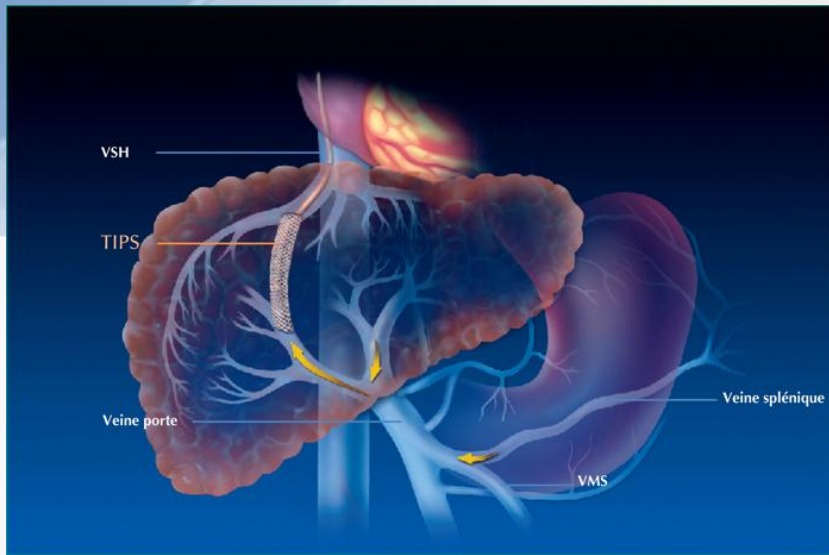
Traitement :RVO

4 / Traitement radiologique :

- **TIPS (Trans jugular Intra hepatic Porto systemic Shunt).**

Shunt intra-hépatique porto-hépatique par voie percutanée trans-jugulaire par la mise en place de prothèse métallique expansive, larguée entre la veine porte et la veine sus-hépatique





TIPS : prothèse métallique entre la veine sus hépatique et la veine porte

Traitement :RVO



Traitement chirurgical : De mortalité et morbidité élevées

- **Dérivations porto-caves :**

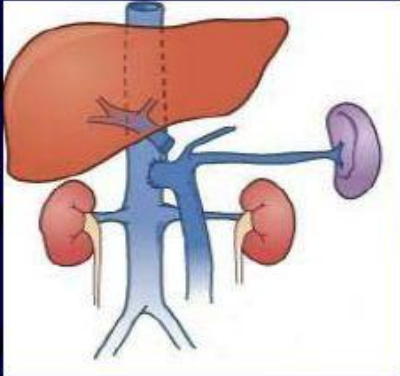
- ✓ Anastomose mésentérico-cave de DRAPANAS par greffon veineux.
- ✓ Anastomose spléno-rénale distale : intervention de WARREN.
- ✓ Anastomose coronaro-cave d'INOKUSHI : entre la coronaire stomachique et la VCI.

- **Chirurgie directe des varices :**

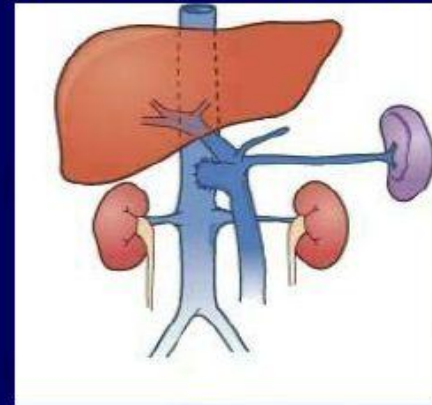
- Intervention de **SIGIURA** : L'intervention consiste en la transsection œsophagienne, la dévascularisation œsogastrique, la pyloroplastie et la splénectomie.

Dérivations portales totales

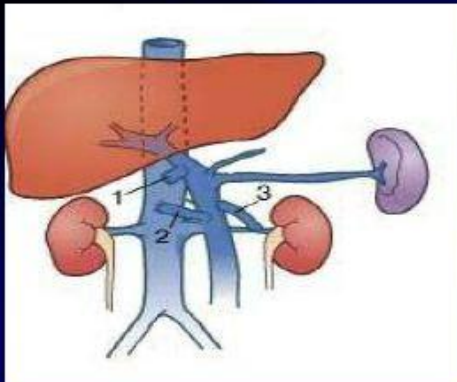
APC termino-latérale



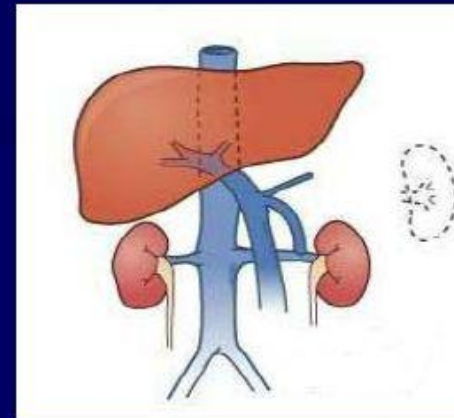
APC latéro-latérale



APC avec shunt



Splénorénale centrale



hémorragie digestive haute

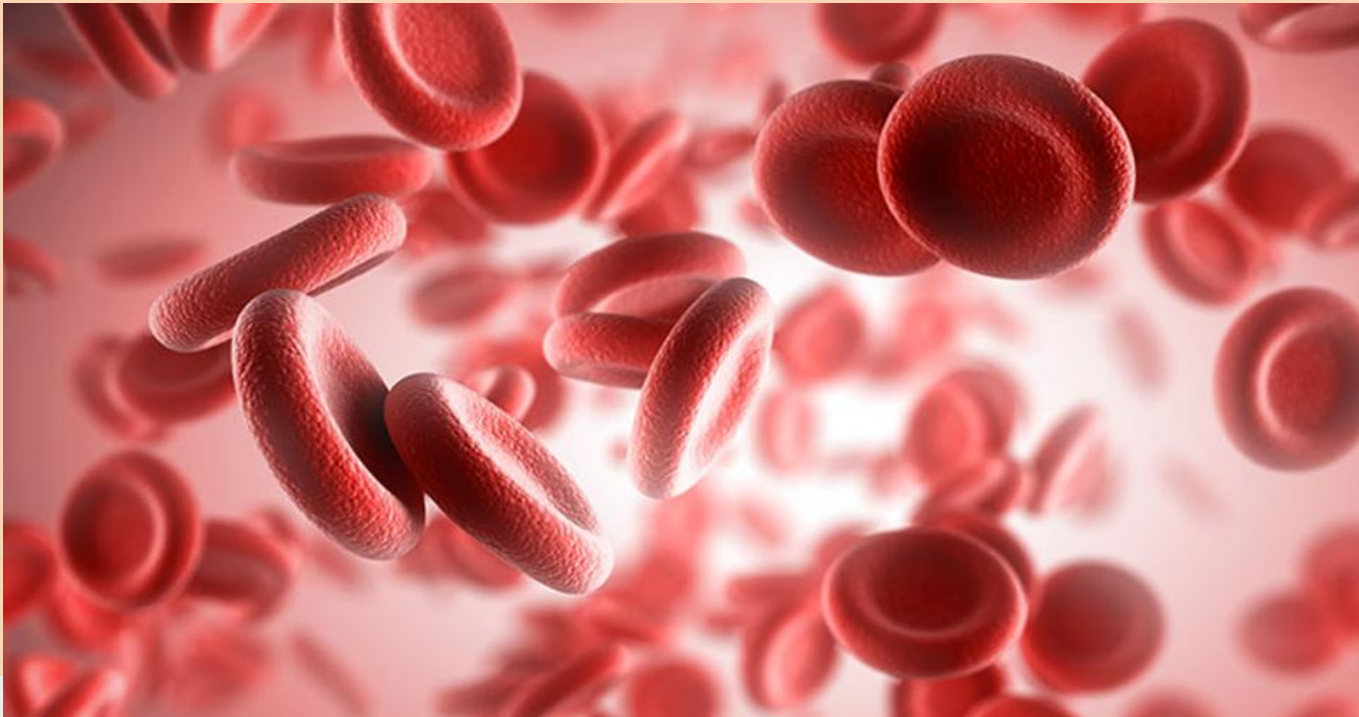
3 - Autres étiologies :

- Syndrome de MALLORY – WEISS :

Lacérations longitudinales de la jonction œsogastrique intéressant la muqueuse suite à des efforts de vomissement.

- 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).
- Ect

2. Hémorragie digestive basse



hémorragie digestive basse

Dans environ 80 % des cas, l'hémorragie va cesser spontanément, la lésion responsable siège dans 90 % des cas sur le côlon.

5 à 10 % des hémorragies basses sont en rapport avec une lésion de l'intestin grêle (malformations vasculaires acquises, tumeurs, ulcérations, diverticules).

Le diagnostic est porté par La recto-sigmoïdoscopie et la coloscopie voir une artériographie mésentérique et/ou une TDM abdomino-pelvienne.

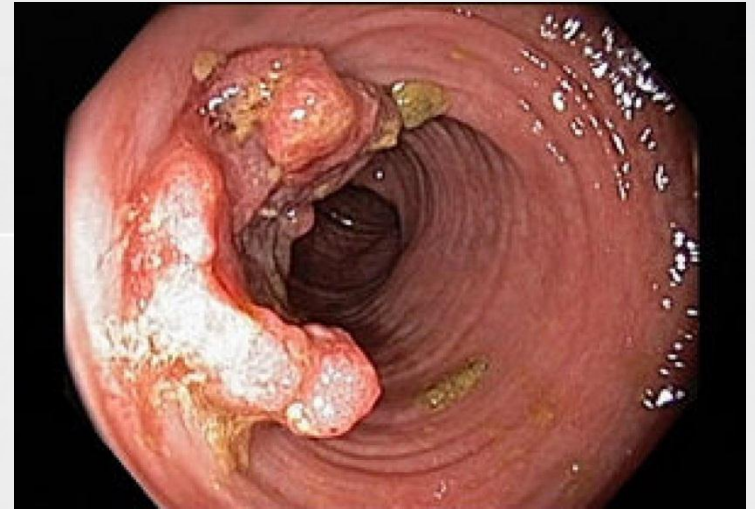
Cependant il faut toujours faire une FOGD pour éliminer une hémorragie digestive haute à élimination basse

Principales étiologies coliques

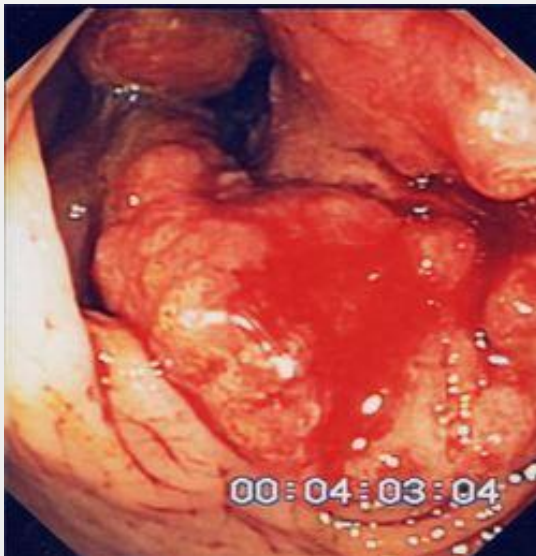
- Diverticulose colique
- Tumeurs bénignes et malignes primitives
- Polypectomie endoscopique
- Colites inflammatoire (RCUH, Crohn), médicamenteuse, infectieuse...
- Causes vasculaires : colite ischémique, rectite radique, fistule aortocolique
- Causes proctologiques : hémorroïdes internes, fissure anale, ulcère solitaire du rectum, lésions traumatiques...
- Tumeurs malignes



Diverticulose colique



Néoplasie du rectum



Néoplasie du colon



Recto colite hémorragique

Principales étiologies grélique

- Ulcérations du grêle (AINS, MICI,...)
- Tumeurs malignes (lymphomes, carcinoïdes, adénocarcinome, métastases), stromales et bénignes
- Diverticules de Meckel, duodénal, jéjunal, iléal
- Causes rares : fistule aorto-entérique, varices intestinales, maladies systémiques, tumeurs vasculaires, ulcérations infectieuses, etc.

Conclusion :

- Les hémorragies digestives constituent dans certains cas une urgence médicochirurgicale nécessitant une collaboration multidisciplinaire étroite entre endoscopiste, chirurgien, réanimateurs et radiologue.
- Heureusement, la plupart de ces hémorragies s'arrêtent spontanément, un petit nombre cependant de façon imprévisible met en jeu le pronostic vital par leur abondance, par leur répétition et surtout par l'aggravation des tares préexistantes.
- L'hémorragie digestive haute est la plus fréquente et généralement plus grave que l'hémorragie digestive basse et le plus souvent œso-gastrique.

Merci pour votre attention