

HEMORRAGIES DIGESTIVES

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

1. Diagnostiquer une hémorragie digestive.
2. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge hospitalière.

PLAN

I/ INTRODUCTION

II/ DEFINITION

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

I/ reconnaître l'hémorragie

II/ diagnostic différentiel

III/ gestes d'urgences de réanimation

IV/ évaluation de la gravité

V/ diagnostic étiologique

VI/ étiologie

A- Hémorragies digestives non liées à l'hypertension portale

B- Traitement Hémorragies digestives liées à l'hypertension portale

HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

Les étiologies

1-Diverticules coliques

2-Angiodysplasies

3-Tumeurs recto coliques

4-Saignements hémorroïdaires

5-Ulcérations thermométriques

6-Colites organiques

6-Colites organiques

6-Colites organiques

6-Colites organiques

VII. Conclusion

VIII. Références

HEMORRAGIES DIGESTIVES

I/ INTRODUCTION

L'hémorragie digestive (HD) est un motif de consultation fréquent qui peut engager le pronostic vital.

La démarche diagnostique est simplifiée par la distinction entre HD haute et HD basse.

L'endoscopie est l'examen clef.

Les thérapeutiques ont bénéficié de bouleversements tant médicaux que chirurgicaux auxquels s'ajoutent les possibilités d'hémostase endoscopique.

II/ DEFINITION

L'HD est définie comme étant tout saignement provenant du tube digestif extériorisé ou non elle est dite grave si elle met le pronostic vital en jeu à brève échéance.

Elle peut se traduire par :

- Hématémèse
- Méléna
- Rectorragies
- Anémie aiguë
- Anémie chronique ferriprive

On distingue 02 types d'HD :

- HD haute : au-dessus de l'angle de TREITZ, représente 80 à 90%
- HD basse : au-dessous de l'angle de TREITZ

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

I/ reconnaître l'hémorragie

Elle peut se révéler par :

- Hématémèses et/ou méléna
- Rectorragies en cas d'hémorragies abondantes
- Etat de choc (la sonde gastrique rapporte le choc à l'HD)
- Anémie chronique ferriprive

II/ diagnostic différentiel

Différents diagnostics sont à écarter en urgence :

- Epistaxis dégluties
- Hémorragie bucco-pharyngée
- Hémoptysie
- Coloration noire des selles (charbon, fer)

III/ gestes d'urgences de réanimation

buts :

- Restaurer une volémie efficace

- Assurer l'oxygénation tissulaire (oxygénothérapie par sonde nasale ou intubation et transfusion de globules rouges)
- Améliorer l'hémostase en particulier la coagulation

C'est gestes d'urgence consistent en :

- 1- Prise du pouls et de la TA
- 2- Pose d'un ou plusieurs abords veineux périphériques solides voire d'un cathéter central permettant de :
 - Réaliser des prélèvements (groupage Rh, agglutinines irrégulières, FNS complète, ionosg, urée, glycémie, TP et fibrinémie)
 - Faire u remplissage rapide par des solutés macromoléculaires en attendant du sang isogroupeisoRh à type de :
 - Culot globulaire
 - Plasma frais congelé (en cas de trouble de l'hémostase)
 - Culot plaquettaire (en cas de transfusions massives)

Le remplissage est fait sous contrôle de la PVC

- 3- Sonde gastrique : quantifié l'HD et réalise le lavage
- 4- Oxygénothérapie
- 5- Sonde urinaire : quantité et surveille la diurèse

Une surveillance est entreprise après ces gestes d'urgence :

- Surveillance de l'état clinique : pouls, TA, diurèse, PVC, PCP en cas d'atteinte cardiaque
- Surveillance biologique : FNS complète
- Aspiration gastrique : persistance ou non de l'HD

IV/ évaluation de la gravité

L'importance de l'HD est appréciée par :

- 1- Qualité de sang extériorisé
- 2- Critères cliniques d'hypo volémie :
 - Hypertension orthostatique
 - Tachycardie, pâleur cutanéomuqueuse, soif
 - Marbrures des extrémités
 - Oligurie
 - Troubles de la conscience
- 3- Critères biologiques
 - Micro hématocrite en urgence : HD grave si Hte < 30%
 - Taux d'hémoglobine plus fiable
- 4- Critères évolutifs

C'est le volume de sang transfusé par 24 heures pour avoir en état hémodynamique correct :

- HD minime si volume < 500 ml/24h
 - HD moyenne si 500 < volume 1500 ml/24
 - HD grave si volume > 1500 ml/24h
- 5- Age et tares viscérales
70 % des décès surviennent après 60 ans
 - 6- Critères endoscopiques
 - Saignement actif en jet ou en nappe : pronostic péjoratif
 - Stigmates de saignement récent :

- Vaisseau visible (50 % de récidence)
- Caillot adhérent (20 % de récidence)
- Tâche noire (moins de 5% de récidence)

Ainsi une HD grave est celle qui correspond aux critères définis par CAMMOCK.

Perte de sang >1000 ml/ jour ou 30% de la masse sanguine
Hématocrite <28% à l'arrivée
Transfusion >1500 ml /jour
Hypotension artérielle et état de choc chronique

En cas d'HD minime, l'enquête étiologique est menée de façon tranquille et minutieuse.
En cas d'HD moyenne ou grave, l'enquête étiologique est menée simultanément aux gestes d'urgence de réanimation en unité de soins intensifs où le patient est hospitalisé.

V/ diagnostic étiologique

Il repose sur les éléments suivants :

1- Interrogatoire : précise

- Age
- ANTCD (éthylisme, épisodes antérieurs, hépatopathie, UGD...)
- Circonstances actuelles :
 - Prise de médicaments gastro-toxiques
 - Prise d'alcool
 - Vomissements alimentaires, épigastralgies ayant précédé l'HD

2- Examen clinique

Il recherche les signes évocateurs d'une cirrhose :

- HPM à bord < tranchant
- SPM
- CVC abdominale
- Ascite

3- Arguments biologiques orientant vers une étiologie :

- TP bas évocateur d'une insuffisance hépatocellulaire

4- Endoscopie gastroduodénale

- Examen clef réalisé dès que l'état hémodynamique est stabilisé, le plus tôt possible dans les premières 24 heures.
- En cas de troubles de la conscience, il est réalisé sous intubation
- Intérêt diagnostique : précise la lésion dans 85 à 96 % des cas .
- Les lésions les plus fréquentes sont :
 - UGD
 - Varices O-G
 - Lésions aiguës G-D
- Intérêt pronostic
- Intérêt thérapeutique : TRT endoscopique des HD ulcéreuses et sclérothérapie des varices oeso-cardio-tubérositaires.

5- Artériographie coeliomésentérique

Indications :

- Echec de l'endoscopie avec HD persistance

- Endoscopie montrant le sang provenant par la papille : hémobilie ou wirsungorragie
 - Suspicion de pathologie vasculaire : fistule aortoduodénale
- 6- Laparotomie exploratrice
D'indication exceptionnelle en cas d'HD cataclysmique empêchant toute exploration.

VI/ étiologie

A- Hémorragies digestives non liées à l'hypertension portale

1. ulcèresgastroduodénaux

- HD complication dans 15 à 20% des cas
- Inaugurale ou survenant chez un ulcéreux connu
- HG saigne plus souvent que l'UD
- HD liée à un saignement muqueux péri-ulcéreux ou à l'érosion d'une artériole au fond du cratère ulcéreux.
- Endoscopie établie le Dgc et classe les lésions en fonction de leur gravité.

Saignement actif	IA IB	Jet Suintement
Saignement récent	IIA IIB IIC	Vaisseau visible Caillot adhérent Tache noire
Absence de saignement	III	Absence de stigmates

Stigmates d'HD selon la classification de FORREST modifiée

2. lésions aiguës gastroduodénales

- Gastrite hémorragique : véritable purpura de la muqueuse
- Erosions punctiformes ou linéaires gastroduodénales
- Véritable ulcère aigu à l'emporte pièce

Les lésions aiguës peuvent être déclenchées dans 2 circonstances :

- a- Le stress au cours des affections graves nécessitant un séjour en réanimation ou dans les suites d'un acte chirurgical lourd
- b- Aggression médicamenteuse : Salicylés (Aspirine), AINS

3. autres causes : 10 à 15% des cas

- Syndrome de MALLORY-WEISS : lacération longitudinale intéressant la muqueuse et la sous muqueuse de la jonction oeso-gastrique suite à de vomissements ou à des efforts de vomissements
- Œsophagite peptique sur RGO avec ou sans hernie hiatale
- Tumeurs bénignes ou malignes de l'œsophage ou de l'estomac
- Malformations vasculaires : angiomes
- Angiomatose de Rendu -Osler
- Hémobilie (épigastralgies + ictère + HD)
- Wirsungorragie (surtout dans la pancréatite chronique)
- Fistule artério-digestive primitive ou souvent secondaire sue prothèse aortique : fistule aorto-duodénale
- Maladies hématologiques

B-Hémorragies digestives liées à l'hypertension portale

L'HD liée à l'HTP se distingue des autres par la fréquence des récives et par le mauvais pronostic (mortalité globale >30%)

La cause principale d'HTP en Europe est la cirrhose alcoolique : 90%.

En Algérie, c'est surtout la cirrhose post-hépatitique .

1. Etablissement du diagnostic

- Clinique : l'examen clinique recherche les signes d'HTP (SPM, CVC, Ascite), les signes de cirrhose et d'encéphalopathie hépatique (foetor hépatique)
- Biologie :
 - o Albumine ↘↗
 - o Urée ↘↗
 - o TP ↘↗
 - o Ammoniac ↗↗

Ce sont les signes d'insuffisance hépatique

- Endoscopie : dénombre mieux les différentes lésions responsables de l'HD.

Ce sont : des varices O-C-T : les plus fréquentes 50 à 60%.

L'HD variqueuse est due à une rupture de l'équilibre pression hémodynamique/ résistance de la paroi veineuse.

Le mécanisme est du type explosif par augmentation du numérateur

La rupture se produit pour un gradient porto-cave > 10mmHg

03 critères rattachant l'HD à la rupture :

- Présence de varices qui saignent en jet ou nappe
- Stigmates de saignement récent : caillot ou clou plaquettaire
- Varices isolées sans autres lésions saignantes
 - ²-érosions gastro-duodénales
 - ³-gastropathies congestives antrales

Elles sont regroupées en 02 stades :

- Stade modéré : aspect en mosaïque
- Stade sévère : macule rouge ou cherry spots et lésions de gastrite hémorragique
 - ⁴- UGD

⁵- ectasie vasculaires antrales

Sites hémorragiques sous formes de macules rouges multiples pouvant réaliser l'aspect « d'estomac pastèque ».

2. Pronostic

Il dépend de l'affection sous-jacente et du degré d'IHC

	A	B	C
Albumine	>35g/L	30à 35g/L	<30g/L
Bilirubine	>20mg/L	20à 30 mg/L	>30mg/L
Ascite	(-)	Contrôlable	Incontrôlable
Etat Nutritionnel	Excellent	Bon	Mauvais
Troubles neuro	(-)	Mineurs	Majeurs

Classification de CHILD

Classe A : à moindre risque avec mortalité opératoire faible

Classe C : à haut risque avec mortalité opératoire élevée

VII/traitement

1. TRT des maladies ulcéreuses

MOYENS

○ TRT médical : antiacides par perfusion intra-gastrique à fortes doses avec rythme adapté au PH intra-gastrique

- Anti-sécrétoires :
 - anti H2 (Ranitidine IV)
 - Oméprazole
- Substances agissant sur l'hémostase :
 - Anti-fibrinolytiques (Actraxénamique) et solutés hémostatiques (Capramol)
- Lavage gastrique à l'eau glacée diminuant le flux sanguin pariétal
- Substances à actions multiples (Somatostatine....)

○ TRT endoscopique :

- Electrocoagulation
- Thermo coagulation
- Photocoagulation au laser NdYag
- Injection sclérosante (alcool)
- Pose de clips, colle tissulaire

○ TRT chirurgical : comporte 02 temps : hémostase et TRT de l'ulcère

⇒ Ulcère Duodénal

Hémostase par duodénotomie en prenant un point en x ou ligature de l'artère gastro-duodénale

TRT de la maladie ulcéreuse :

- Intervention de WEINBERG
- Suture de l'ulcère + VHS : sujet jeune
- Gastrectomie partielle emportant l'ulcère quand l'hémostase ne peut être réalisée localement.

⇒ Ulcère Gastrique

Gastrectomie partielle emportant l'ulcère : geste idéal

Ulcérectomie avec vagotomie et pyloroplastie en cas d'ulcère haut situé proche de la jonction oeso-gastrique

indications

* TRT médical toujours mis en route

* TRT endoscopique :

- vaisseau visible car 50% de récives
- Sujet à haut risque opératoire

* TRT chirurgical :

- HD grave définie par CAMMOCK
- Récidive hémorragiques après intervalle libre
- Persistance d'une HD peu abondante nécessitant 1 à 2 culots globulaires par Jour
- Age > 70ans

- Existence de tares viscérales
- Critères endoscopiques :
 - saignement artériel en jet
 - ulcère de la face postérieure du bulbe
 - érodant l'artère gastro-duodénale

2. lésions aiguës gastro-duodénales

* TRT médical : alcalinisation du contenu gastrique par les antacides ramenant le PH à 7

* hémostase endoscopique

*TRT chirurgical :

- suture des ulcérations hémorragiques + VTB + pyloroplastie
- gastrectomie totale en cas d'échec

Le TRT chirurgical ne doit être proposé qu'en cas d'échec des 1eres méthodes, d'où le rôle de la prévention de ces hémorragies au cours des affections graves ou dans les suites d'un acte chirurgical lourd.

3. Syndrome de MALLORY – WEISS

- Guérison souvent spontanée
 - Hémostase endoscopique est parfois tentée
 - Suture chirurgicale exceptionnelle
4. Oesophagite peptique et RGO
 - Anti-secrétoires + TRT du RGO
 5. Hémobilie : Embolisation ou TRT chirurgical
 6. Wirsungorrhagie : TRT chirurgical
 7. Angiome : Electrocoagulation ou photocoagulation au laser
 8. Tumeurs bénignes et malignes oeso-gastriques : Chirurgie d'hémostase indiquée en cas d'échec des moyens médicamenteux

9. Traitement Hémorragies digestives liées à l'hypertension portale

Buts:-assurer l'hémostase

- assurer la prévention de la récurrence

Moyens :

Dans plus de 50% Hgie cesse spontanément

*TRT MEDICAL : produits abaissant la pression portale

*Sondes de tamponnement en urgence

*Embolisation

*Trt chirurgical en urgence

1) TRT MEDICAL

- Prévention de l'encéphalopathie par le lactulose (150 ml/j en lavement) la néomycine (6g/j peros) ou PEG (polyéthylène glycol)
- Produit abaissant la pression portale

***VASOPRESSIVE** : 0,4 U/mn en perfusion continue

Si l'HD s'arrête 0,4 U/mn est poursuivie pendant 24h sous contrôle de l'ECG

Effets secondaires :

- IDM
- I cardiaque
- Colites ischémiques

- Effets mineurs :
 - o Vomissements, diarrhées, extrasystoles, hyponatrémie

*SOMATOSTATINE : meilleure tolérance que la vasopressine 250

Y/H en perfusion continue pendant 6h

Un bolus initial de 250Y est administré

2) SONDE DE TAMPONNEMENTS :

a) SONDE DE BLACKMORE SLINGSTAKEN :

- mise en place :
 - Ballonnet gastrique à 150 ml d'air
 - // // œsophagien à 60ml d'air
- la position de la sonde est contrôlée radiologiquement
- Rôle agit sur les varices œsophagiennes par tamponnement direct
- Efficacité de 50-80%
- effets Ilaies –Asphyxie secondaire par compression du larynx suite à la migration du ballonnet œsophagien
 - pneumopathie d'inhalation
 - ruptures œsophagiennes
 - Ulcération de l'œsophage et du cardia : Le ballonnet ne doit pas rester gonfler plus de 24h
- Récidive hémorragique en cas de dégonflage

b) SONDE LINTON NACHLAS (Ballonnet gastrique).

- ballonnet gonfle à 500ml avec une traction par un poids de 600g
- rôle :
 - dans les varices gastriques efficacité 80-90%
 - dans les varices œsophagiennes : par compression des veines affluantes
- Taux de récurrence après dégonflage 30-50%
- Effets Ilaies :Ulcération et nécrose cardiales

c) SONDE DE MICHEL A UN SEUL BALLONNET PRIFORME

Réunit les avantages des 02 sondes précédentes

3) SCLEROTHERAPIE ENDOSCOPIQUE EN URGENCE :

- Maintenant souvent employée en 1^{er} intention
- Les scléroses sont réalisées par l'injection d'une substance sclérosante dans :
 - les varices (intervariqueuse) et autour des varices (per variqueuses) par un endoscope flexible ou rigide en 1 ou 3 séances.
 - efficacité : 84-100%
 - récurrences : 0-36 %
 - complications :sclérose œsophagienne , fièvre, épanchement pleural, pneumopathie, ulcère œsophagien et perforation œsophagienne.

4) EMBOLISATION DES VARICES PAR VOIE TRANSHEPATIQUE OU TRANS JUGULAIRE

5) DERIVATION PORTACAVE EN URGENCE, TRANSECTION OESOPHAGIENNE, LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE, SUR CLIP DE PORTON

PREVENTION DES RECIDIVES HEMORRAGIQUES

- a) Méthodes non chirurgicales
 - o Sclérothérapie endoscopique

- Béta-bloquant non cardio-sélectif entraînant une baisse de la pression sus-hépatique bloquée chez le cirrhotique
- b) Méthodes chirurgicales :
 - Dérivations porto-caves totales
 - Anastomose spléno-rénale distale
 - Abord direct de l'œsophage

HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

Rarement elle constitue une urgence

- La première obligation après restauration d'une volémie efficace, est d'éliminer par une sonde gastrique ou contrôle endoscopique gastroduodéal une hémorragie haute

Puis il s'agit de retrouver l'origine exacte du saignement par :

- Un examen proctologique : TR et rectoscopie.
- Une colonoscopie
- Artériographie : dans un but diagnostique et thérapeutique comportant :
 - L'opacification des AMS et AMI
 - Préciser le siège du saignement
 - Evaluer les pertes sanguines
 - TRT : perfusion de vasopressine qui assure l'hémostase dans 80% des cas, ou par embolisation
 - La laparotomie : lorsque l'exploration minutieuse est infructueuse, le chirurgien doit garder en mémoire plusieurs lésions susceptibles de saigner ou d'avoir saigné tout en sachant que deux lésions peuvent coexister chez un même malade.
 - La colectomie segmentaire qui n'importe pas toutes les lésions qui saignent n'est guère plus efficace que les colostomies. En présence d'une hémorragie colique massive de cause ou de siège indéterminés, le moindre risque est d'agir comme il s'agissait à coup sûr d'une affection diverticulaire en effectuant une large exérèse.

Les étiologies

causes recto coliques représentent 95 % des étiologies des hémorragies digestives basses. Elles sont dominées par la diverticulose colique (25 %), les tumeurs malignes (20 %) et les angiodysplasies coliques (17 %). En dehors des hémorroïdes dans 12 % des cas, des polypes et tumeurs villosités (9 %), toutes les autres lésions sont responsables de moins de 3 % des causes (ulcérations thermométriques, fissures anales, colites organiques ou infectieuses à 1 %).

1-Diverticules coliques

Les hémorragies compliquent 10 à 30 % des diverticuloses coliques, Les diverticules hémorragiques sont plus fréquents au niveau du côlon droit car la tension pariétale colique y est plus élevée ; L'hémorragie diverticulaire est liée à l'érosion de l'artéριοle de la paroi diverticulaire. Le stercolithe jouerait un rôle essentiel par son agression mécanique et expliquerait les sites préférentiels de l'hémorragie au niveau du dôme et du collet du diverticule .

En cas d'hémorragie grave ou récidivante, l'artériographie sélective et bimésentérique est l'examen de choix.

2-Angiodysplasies

Les angiodysplasies coliques sont les causes les plus fréquentes d'hémorragie digestive basse. Elles sont le plus souvent multiples et surtout situées dans le caecum et dans le côlon droit [\[81\]](#).

Histologiquement, les lésions angiodysplasiques correspondent à une dilatation des veines sous-muqueuses, des veinules ou des capillaires. Ces vaisseaux sont tortueux à parois fines limitées pratiquement à l'endothélium. Dans les lésions plus évoluées, les vaisseaux sont de plus en plus tortueux et dilatés traversant la musculaire muqueuse et la muqueuse jusqu'à ce que la muqueuse soit complètement remplacée par ce réseau vasculaire anormal . L'origine de ces angiodysplasies est discutée.

Le diagnostic est parfois difficile, demandant l'association de plusieurs techniques : angiographie, scintigraphie et coloscopie. L'artériographie reste l'examen de référence mettant en évidence trois signes spécifiques avec une touffe vasculaire au temps artériel, une opacification veineuse précoce et un drainage veineux tardif avec l'opacification de la veine intramurale dilatée et tortueuse .

Le traitement de première ligne est endoscopique par coagulation, sclérothérapie ou laser¹. En raison du risque de récurrence hémorragique jusqu'à 50 % , on peut préférer le traitement chirurgical par résection colique, de même chez les malades ayant des hémorragies mettant en jeu le pronostic vital

3-Tumeurs recto coliques

Les hémorragies digestives basses sévères ne s'observent que dans 5 % des cas. Les tumeurs du côlon gauche ou du rectum sont alors plus souvent en cause. Les polypes entraînent le plus souvent des saignements occultes ou modérés. Leur diagnostic repose sur la coloscopie qui permettra l'exérèse des polypes et le diagnostic histologique des tumeurs. Le traitement des tumeurs est chirurgical. En cas de contre-indication à la chirurgie, la photocoagulation laser est une alternative thérapeutique.

4-Saignements hémorroïdaires

L'hémorragie d'origine hémorroïdaire est typiquement constituée de sang artériolaire enrobant les selles ou survenant après elles. L'importance du saignement ainsi que son mode de survenue sont variables. Cette hémorragie devra, même lorsque le tableau clinique est tout à fait caractéristique, faire rechercher une autre lésion colorectale. Leur traitement est médical,

parfois complété par un traitement ambulatoire (sclérose ou photocoagulation) si ces hémorragies isolées ne cèdent pas au traitement médical.

5-Ulcérations thermométriques

Les rectorragies sont le plus souvent minimales ou modérées, survenant en dehors des selles. On trouve un antécédent de prise de température rectale dans les heures ou jours précédents. Le diagnostic évoqué au toucher rectal est confirmé par l'anuscopie qui trouve une ulcération linéaire ou punctiforme à la face antérieure du rectum.

6-Colites organiques

Les colites inflammatoires telles la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique et les colites non spécifiques sont rarement responsables d'hémorragies digestives basses sévères.

La rectocolite hémorragique se complique d'hémorragie grave dans moins de 5 % des cas. En cas d'inefficacité du traitement bien conduit, la colectomie peut être nécessaire .

Dans la maladie de Crohn, une rectorragie peut survenir à n'importe quel moment au cours de l'évolution dans 25 à 50 % des cas dont 1 à 2,5 % d'hémorragies sévères. Ces hémorragies sévères sont ainsi aussi fréquentes que dans la rectocolite hémorragique. Elles peuvent être révélatrices de la maladie dans 20 à 50 % des cas. Le siège des hémorragies est plutôt iléal. Le traitement est chirurgical avec mortalité et taux de récurrence bas .

7-Rectites radiques

Les rectites radiques surviennent principalement après irradiation d'un cancer du col utérin ou de la prostate. Des faux besoins sont souvent associés aux rectorragies sans déperdition sanguine majeure. Des formes sévères peuvent apparaître très tardivement jusqu'à plus de 10 ans après l'irradiation.

8-Ectasies vasculaires

Ces ectasies correspondent à des dilatations des veines sous-muqueuses par ailleurs normales et pouvant s'étendre aux capillaires muqueux. Dans la maladie de Rendu-Osler, les hémorragies gastro-intestinales surviennent dans 15 % des cas et sont dues essentiellement à des ectasies gastriques et du grêle proximal.

9-Tumeurs

Les tumeurs du grêle représentent 6 % des tumeurs gastro-intestinales et sont responsables de 5 à 10 % des hémorragies du grêle. Elles surviennent plus précocement dans la vie que les angiodysplasies et représentent surtout la deuxième des causes d'hémorragie occulte du grêle ¹

10-Diverticules jéjunaux

Ils sont rarement responsables d'hémorragies (1 à 5 %) mais celles-ci sont habituellement massives avec une mortalité élevée d'environ 20 %. Leur traitement est chirurgical .

11-Autres causes

Elles sont plus rares :

- fistules aortico-intestinales sur anévrisme et sur greffon prothétique ;
- ulcères du grêle
- duplication duodénale ;
- endométriose ;
- malformation vasculaire de Dieulafoy.

CONCLUSION

Les hémorragies digestives sont les urgences les plus fréquentes en gastroentérologie. Dans la majorité des cas, elles sont liées à des lésions digestives hautes dominées par les ulcères gastroduodénaux. La prévalence des hémorragies ulcéreuses est en augmentation croissante, liée au vieillissement de la population et à l'élévation de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et à l'aspirine. La mise en évidence des facteurs de risques cliniques et endoscopiques a permis d'améliorer la prise en charge avec une diminution du risque de récurrence hémorragique sans bénéfice net sur la mortalité. L'hémostase endoscopique est un progrès indéniable permettant de réduire les risques de récurrence hémorragique et le recours à la chirurgie. Cette réduction de la prise en charge chirurgicale est également très nette chez les malades cirrhotiques. Dans la cirrhose, l'utilisation des drogues vasoactives tant dans la prévention primaire que secondaire et dans les hémorragies aiguës a modifié radicalement l'attitude thérapeutique, de même les nouvelles techniques endoscopiques telles que la ligature. Dans les hémorragies occultes, l'entéroscopie non chirurgicale commence à trouver sa place. La chirurgie a donc une place de plus en plus limitée mais le recours à un geste chirurgical ne doit pas être différé lorsque les autres techniques ont été inefficaces. Une collaboration étroite médicochirurgicale est toujours nécessaire afin d'améliorer le pronostic des hémorragies digestives.

VIII.Références

1. Meyer C, Brigand C, Rohr S. Traitement chirurgical de l'ulcère duodéal hémorragique par antroduodénectomie, avec exclusion de l'ulcère et fermeture du duodénum par déjantage partiel. J Chir 2004;141:98-102.
2. Guinier D, Heyd B, Manton G. Traitement chirurgical des ulcères duodénaux hémorragiques par antroduodénectomie sans excision de l'ulcère. J Chir 2003;140:225-228.

[31]

