

# HEMORRAGIE DIGESTIVE GRAVE

**Pr N.SOUILAH**

Année universitaire 2019-2020

Service des urgences chirurgicales

Souilah\_djamel1@yahoo.fr

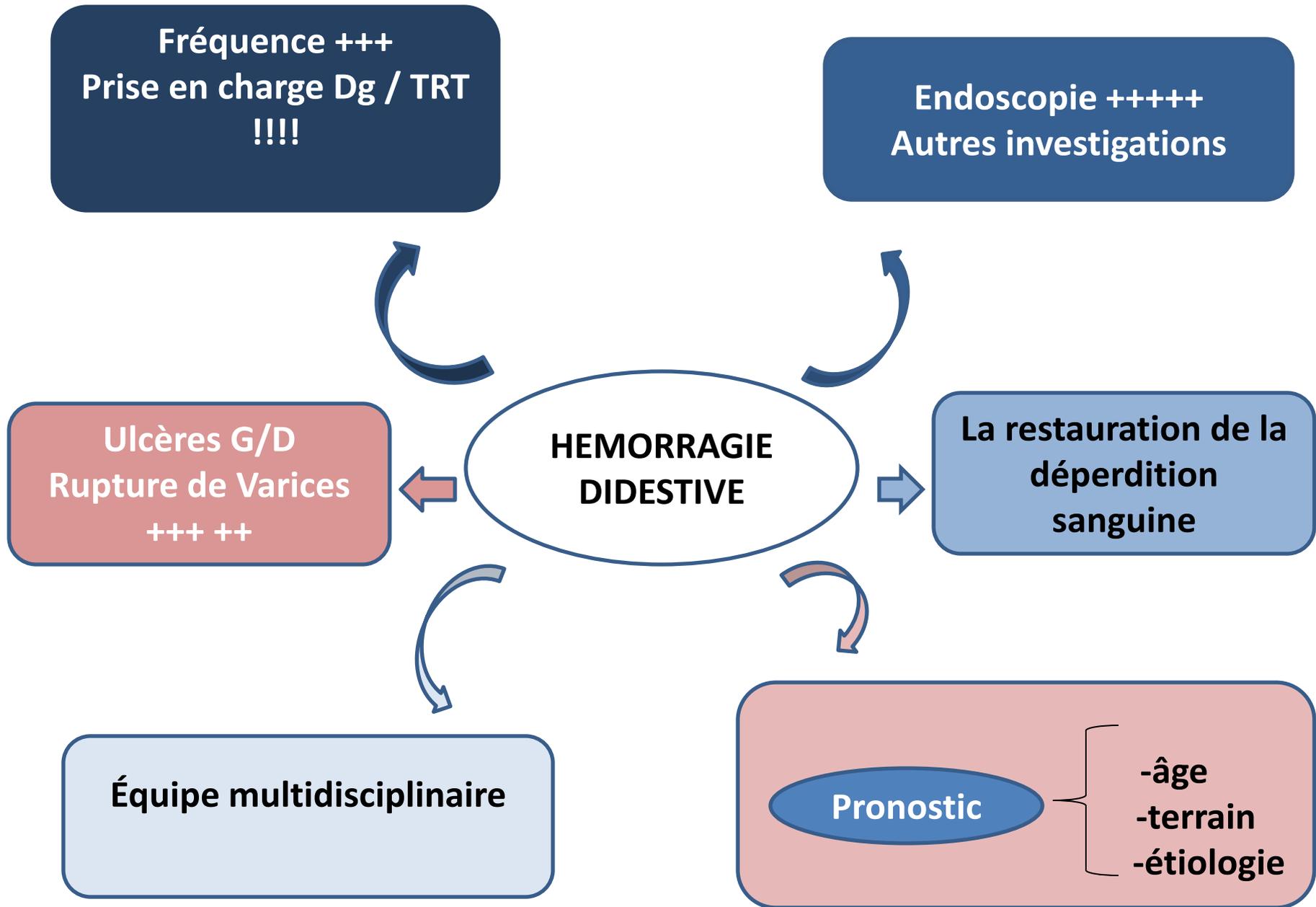
## DEFINITION

Une hémorragie  
digestive est dite  
grave

lorsqu'elle est cliniquement active (hématémèse, rectorragie )

un retentissement  
hémodynamique  
persiste **malgré un  
traitement efficace**

un risque de récurrence  
est important +++.



**objectifs**

Reconnaitre les modes de présentation  
cliniques  
éliminer ce qui ne l'est pas

Apprécier la gravité

Rattacher l'hémorragie digestive à une cause

Connaitre les différentes modalités  
thérapeutiques nécessaires pour le traitement

**RECONNAITRE  
L'HEMMORAGIE DIGESTIVE**

```
graph TD; A[RECONNAITRE L'HEMMORAGIE DIGESTIVE] --> B(hémorragies digestives extériorisées); A --> C(hémorragies digestives non extériorisées); B --> D["-hématémèse<br>-Méléna<br>-réctorragie"]; C --> E["-État de choc<br>-anémie"];
```

**hémorragies  
digestives  
extériorisées**

**-hématémèse  
-Méléna  
-réctorragie**

**hémorragies  
digestives non  
extériorisées**

**-État de choc  
-anémie**

# RECONNAITRE L'HEMMORAGIE DIGESTIVE

**Hémorragie  
digestive haute**

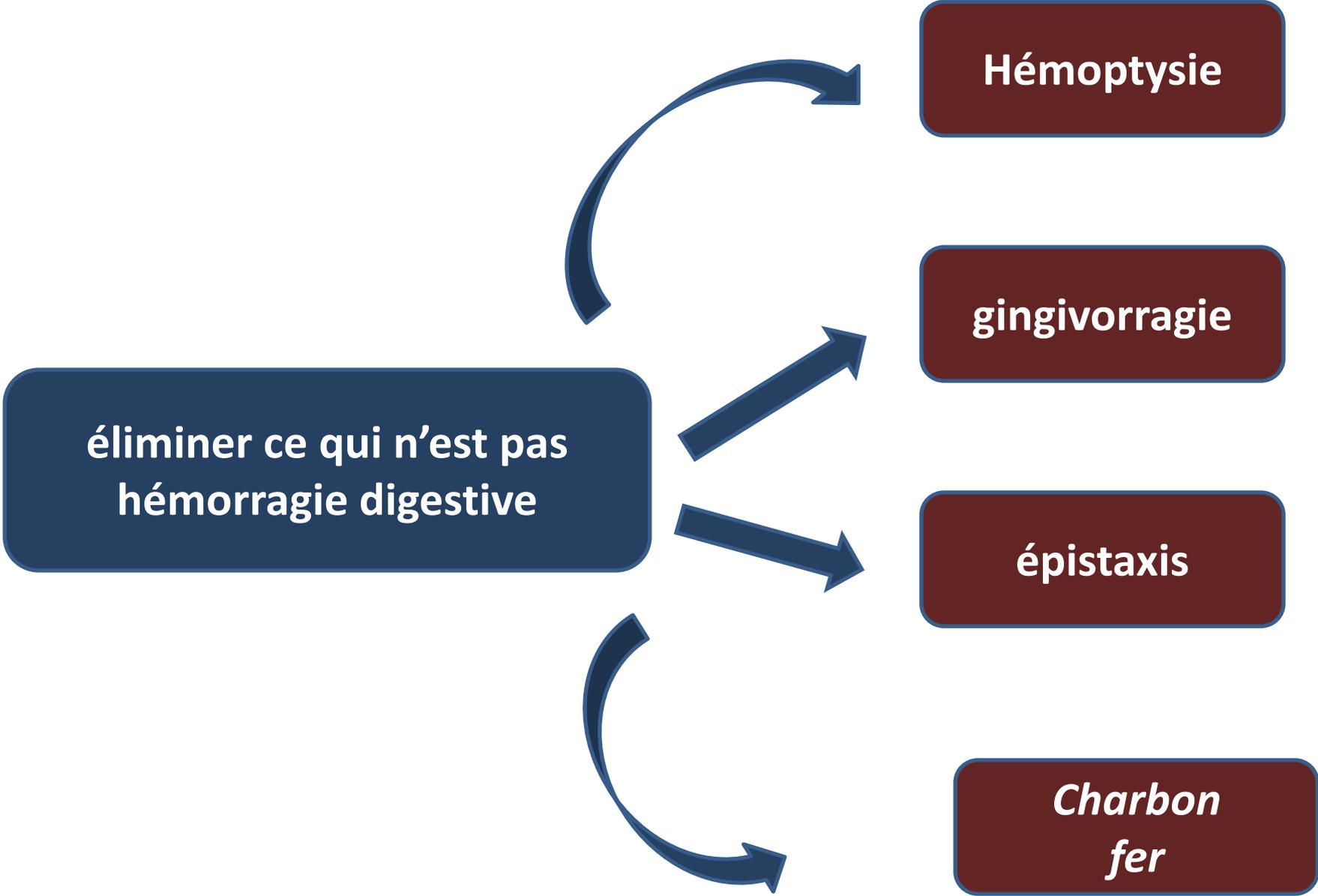
**Hémorragie  
digestive basse**

L'angle de treitz

**Œsophage  
Estomac duodénum  
Foie /pancréas**

**Grêle  
Colon  
Rectum  
anus**

éliminer ce qui n'est pas  
hémorragie digestive



Hémoptysie

gingivorragie

épistaxis

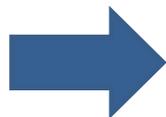
*Charbon  
fer*

**Critères cliniques**

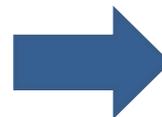


→ Sur l'abondance de l'hémorragie, et son retentissement hémodynamique  
→ sur l'abondance de l'hémorragie  
→ Sur le terrain

**Apprécier la gravité**



**Critères biologiques**



**Hémoglobine hématocrite**



**Critères évolutifs**



le volume de concentrés globulaires transfusés pendant les 24 premières heures pour maintenir une stabilité hémodynamique ++++++++.

## critères cliniques d'évaluation de l'abondance de l'hémorragie (SFAR 2007)

Pertes sanguines (ml)	750	750-1500	>1500
Pression artérielle	normale	diminuée en orthostatisme	diminuée
Pouls capillaire (sec)	<2	>2	>2
Fréquence cardiaque (bat/mn)	< 100	100-120	> 120
Fréquence respiratoire	14-20	20-30	> 30
État neurologique	normal	anxiété	confusion

## Classification de Forrest modifiée endoscopie

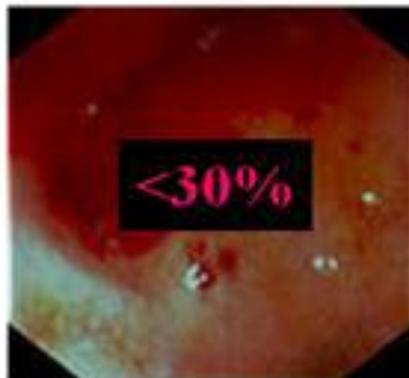
Forrest modifié	Risque spontané de récurrence hémorragique %
I Saignement actif : - I a : jet - I b : nappe	55 (17 -100%)
II a : vaisseaux visibles non hémorragique	43 ( 0 -83% )
II b : Caillots adhérents	22 (14-36% )
II c : Point noir / fond d'ulcère	10 ( 0- 13%)
III : fond fibrineux	5 ( 0- 10%)

# Classification de Forrest



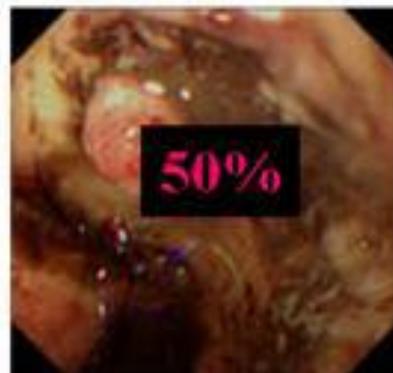
**Stade Ia**

Saignement en jet



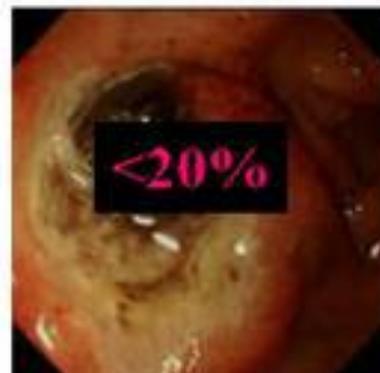
**Stade Ib**

Saignement en nappe



**Stade IIa**

Vx visible



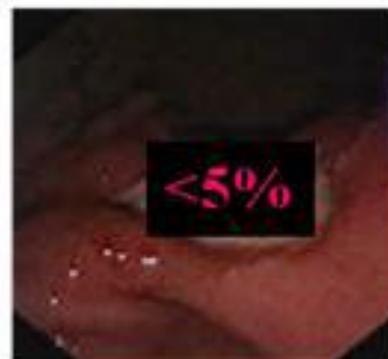
**Stade IIb**

Caillot adhérent



**Stade IIc**

Taches pigmentées



**Stade III**

Ulcère propre

## SCORE DE ROCKALL

Variable	0	1	2	3
Pouls c/mn	<100	>100		
PAS mmHg	>100	>100	<100	
Age (ans)	<60	60-79	>80	
Comorbidité	aucune		Ins Card Cardiopathie ischémique	Ins rénale Ins hépatique Néoplasie
Diagnostic	MW ou ni lésion/saignement récent	Autre diagnostic	Cancer digestif	
Stigmate de saignement récent	0 ou taches noires		Sang ou caillot adhérent ou Vx visible ou saign artériel :I àIIb	

**Score prédictif de récurrence hémorragique :**

**< 3 bon pc**

**> 8 mortalité importante**

**Diagnostic étiologique**



**Après  
stabilisation du  
malade ++++**

**Localiser le saignement**



**hématémèse**

**Hgie haute**



**Méléna  
Rectorragie de  
grande  
importance**

**???????**



**Rectorragie de  
petite  
abondance**

**Hgie basse**

## INTERROGATOIRE

- Antécédents : alcoolisme, cirrhose, ulcère, hémorragie digestive, prothèse aortique.
- Médicaments gastrottoxiques (AINS, aspirine, anticoagulants) .
- Maladie hémorragique (épistaxis répétés)
- Antécédents familiaux
- Douleurs épigastriques et efforts de vomissements.
- Modification récente du transit /diarrhée sanglante.
- Notion de traumatisme ano rectal.

## Examen clinique

- Une Hépatomégalie, signes d'HTP, signes d'IHC.
- Point douloureux abdominal, masse épigastrique.
- Malformations vasculaires cutanées.
- Examen de la marge anale et le toucher rectal : hémorroïdes /masse rectale

**On ne pourra pas porter le diagnostic sur ces seuls éléments**

**des explorations ++++ → l'origine du saignement**

# Les explorations

## Hgie digestive haute

- Endoscopie OGD++++
- Scanner
- Artériographie
- Échographie
- IRM
- Opacification barytée

## Hgie digestive basse

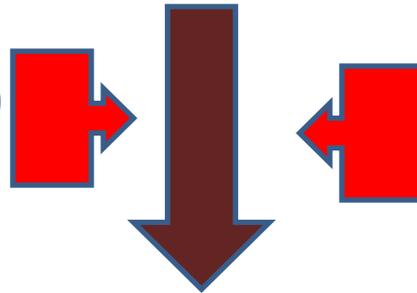
- Coloscopie ++++
- Rectoscopie
- entéroscopie
- Artériographie
- Scintigraphie à l'hb  
marquée
- laparotomie

## ENDOSCOPIE OGD

+++++

Dg → 90%

Localiser la  
lésion  
Geste  
thérapeutique



-dans le 12 heures  
Stabilisation hémodynamique  
Lavage gastrique  
Erythromycine en IV 30 à 60 mn  
avt l'examen

→ montrer la lésion (pylorique ou bulbaire),  
→ d'apprécie la taille,  
→ le caractère creusant ou non,  
→ le caractère unique ou multiple,  
→ → le statut du saignement (hémorragie visible, caillot récent)

Classification de  
forrest



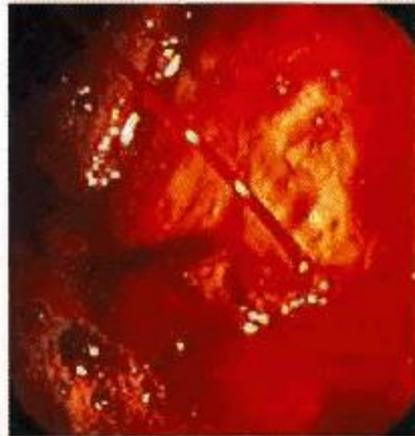
A



B



C

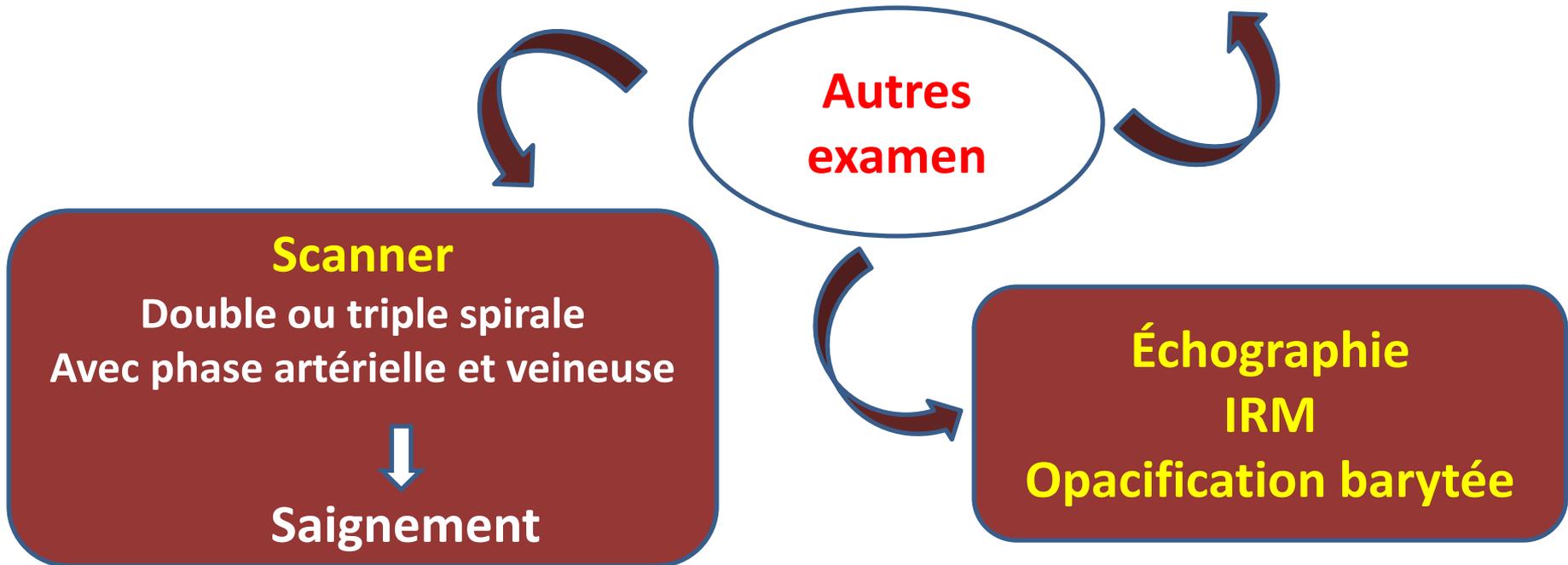


D

- Taches pigmentées
- Caillot adhérent
- Vaisseau visible
- Saignement en jet
- Taille ulcère > 1 cm

## • L'artériographie coeliomésentérique :

- intérêt DG → extravasation du liquide de contraste
- hgie active ++++++
- Intérêt trt → embolisation



**Causes des  
hémorragies digestives  
hautes**

**Hgie digestive sur HTP**

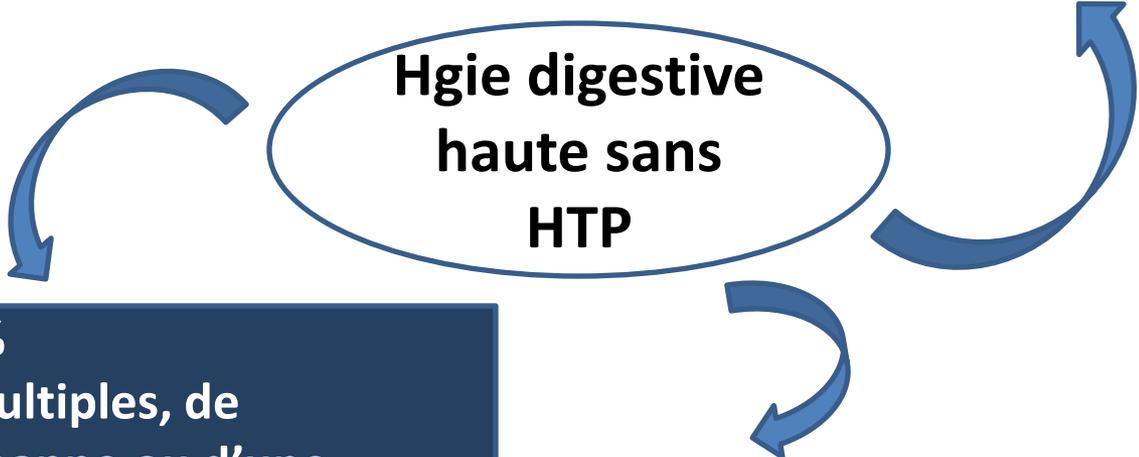
**Hgie digestive sans  
HTTP +++++  
80 à 90%**

- Ulcères G-D
- Gastrite
- Syndrome de Mallory Weiss
  - Œsophagite peptique
- Ulcération sur hernie hiatale
  - Tumeurs gastriques
  - Hémobilie
  - Wirsungorragie
- Fissuration d'une prothèse aortique, ou d'un volumineux anévrisme aortique

**les ulcères gastro duodénaux : 30 à 50%**

- l'ulcère du bulbe est la lésion le plus souvent en cause
- d'un ulcère postérieur qui perfore une artère pancréatico duodénale, voir l'artère gastro duodénale avec un risque de récurrence important.
- l'endoscopie ++++++

Hgic digestive  
haute sans  
HTP



**gastrite : 8 à 15%**

- ulcérations multiples, de saignement en nappe ou d'une ulcération simple de Dieulafoy (sous cardiale)
- après une prise médicaments gastro toxiques (AINS) / suite à un stress.

**le syndrome de Mallory Weiss : 15%**  
c'est une ulcération longitudinale de la jonction oesogastrique survenant à la suite de vomissements incoercibles.

l'œsophagite  
peptique

Hémorragie.

- ost traumatique : les contusions du foie +++++
- iatrogène : en rapport avec un geste thérapeutique chirurgical , endoscopique ,ou radiologique
- Tumorales : ampulome valérien

ulcération sur  
hernie hiatale

Hgie digestive  
haute sans  
HTP

Tumeurs  
gastriques  
Tm bénignes ++

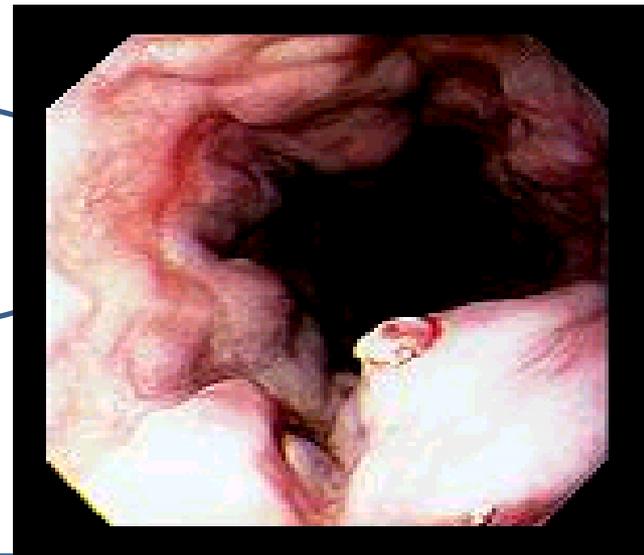
Wirsungorragie

→ pseudokyste du pancréas qui perfore une artère du voisinage et se remplit de sang → l'hémorragie s'exteriorise par l'intermédiaire du canal de Wirsung

Fissuration d'une prothèse  
aortique, ou d'un volumineux  
anévrisme aortique



## Hémorragie digestive avec HTP



-2<sup>ème</sup> cause de l'hémorragie digestive haute

→ à la rupture de varices oeso cardiales ou fundiques

→ à une forme sévère de gastropathie hypertensive avec un aspect en mosaïque à l'endoscopie.

- Plus 1/3 des patients décèdent avant l'arrivée à l'hôpital

- risque de récurrence++++.

- La FOGD affirme les VO : cordons bleutés sinueux des derniers cm de l'œsophage.

- L'endoscopie → un saignement actif

un caillot rouge ou blanc sur une VO

des signes de saignement récent mais non actif

(caractère certain, probable ou possible).

**Réctosigmoidoscopie :**  
ne pose pas le diagnostic, sauf  
pour les lésions anoréctales

**•Coloscopie :**  
• dg ds 90% des cas ,  
• une bonne préparation → petites  
lésions de type angiodysplasie .

**•Entéroscopie :**  
• à condition qu'elle soit  
disponible  
• explore rarement la  
totalité de l'intestin grêle

**Hgie digestive  
basse**

**•Scintigraphie aux hématies  
marquées au TC 99**

**•Artériographie**  
• doit être fait en période active  
de l'hémorragie  
• un risque de complications qui  
peut atteindre 10%.

**•Laparotomie exploratrice**  
• en cas d'échec de tous les examens  
-avec réalisation d'une entérocopie  
per opératoire pour guider le geste.

## les diverticulose colique : ++++

- l'hémorragie révèle la maladie dans 15% des cas.
- Siège st à gauche mais saigne surtout à droite (50% des cas).
- Saignement a tendance à s'arrêter spontanément
- Récidive ++++

## causes proctologiques

- Hémorroïdes internes
- Fissure anale
- Lésions traumatiques
- Ulcère solitaire du rectum
- Dieulafoy
- Lésions médicamenteuses

## Causes d'ngie digestive basse

## les angiodysplasies :

-anomalies vasculaires  
dégénératives multiples  
→ des dilatations veineuses  
sous muqueuse ( colon droit  
et du caecum).

-Le diagnostic est le plus  
souvent posé à  
l'artériographie qui a un  
double intérêt diagnostic et  
thérapeutique.

**Causes d'hgïe  
digestive basse**

**les maladies  
inflammatoires (MICI) :**  
rarement responsable  
d'hémorragie grave.

**tumeurs  
réctocoliques :**  
hémorragies de petite  
abondance

**les lésions de l'intestin  
grêle : 5%**

- Angiodysplasie 80%
- Tumeurs bénignes ou malignes
- Ulcères

**autres :**

- Colites ischémiques
- Polypéctomie endoscopique

# traitement

## objectifs :

- Restauration de la déperdition sanguine et correction des conséquences engendrées.
- Traitement de la cause
- Prévenir les récives et les complications

## Traitement Moyens

### • la réanimation : ++++++

- Hospitalisation en soins intensifs.
- Liberté des voies aériennes.
- Sonde nasogastrique : valeur pronostic
- Sonde de tamponnement : sonde de Blakmore /Linton
- Transfusion de culots globulaires : une hémoglobine à 8g/dl ou un hématocrite comprise entre 25 et 30%.

- Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en iv
- anti H2 : en iv
- puis par voie orale

Trt  
médical

- Eradication de l'H. pylori :  
antibiothérapie

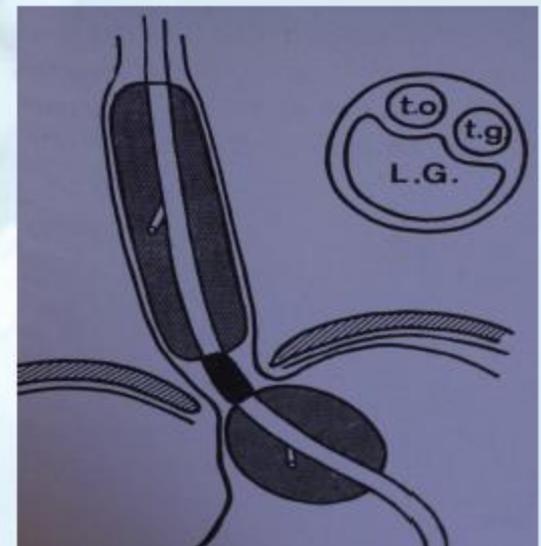
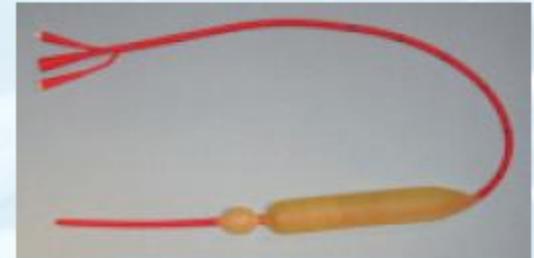
Vasopressine  
/terlipressine  
(1à2mg/4h en IV)

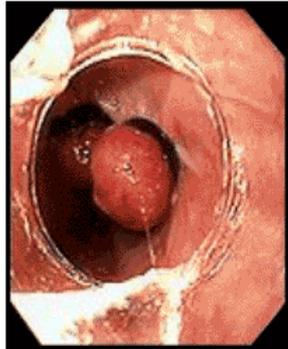
-Somatostatine :250microg  
/bolus puis 250 microg à la  
seringue élec  
-Octréotide  
-vapréotide

- Antibioprophylaxie :  
norfloxacine: 800  
mg/j, pendant 7 jours

## Sonde de Blakemore : modalités

- Protection des voies aériennes (intubation)
- Positionnement de la sonde dans l'estomac
- Gonfler le ballon gastrique (300-400 cc d'air)
- Traction douce jusqu'à résistance
- Gonfler le ballon œsophagien (70-80 cc)
- Mise en traction (poche 500 ml)
- Contrôle radio systématique  
+/- manomètre (30-45 mm Hg)
- Dégonfler 30 minutes toutes les 6h
- Maximum 3 jours (nécrose œsophagienne)

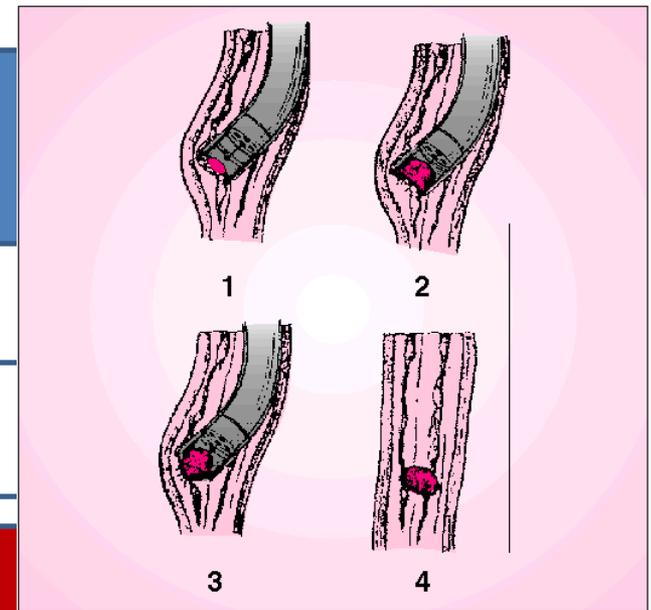




## Traitement Moyens

### TRT endoscopique

- Clips
- Ligature élastique
- Injection d'hémostatique : adrénaline
- Colles biologique
- Sclérose : (polidocanol 1 ou 2% / Histoacryl)
- efficacité chez 90% des patients , avec risque de perforation, ulcération et sténose
- Coagulation / plasma argon
- Électrocoagulation
- Photocoagulation au laser



## Traitement Moyens

### TRT chirurgical

- Suture
- Gastrectomie
- Résection intestinale
- Dérivation porto systémique
- Déconnexion

## Traitement indication

**L'hospitalisation en milieu de soins intensifs et les mesures de réanimation sont indiquées quelque soit l'origine de l'hémorragie digestive grave**



**TRAITEMENT  
SPECIFIQUE**

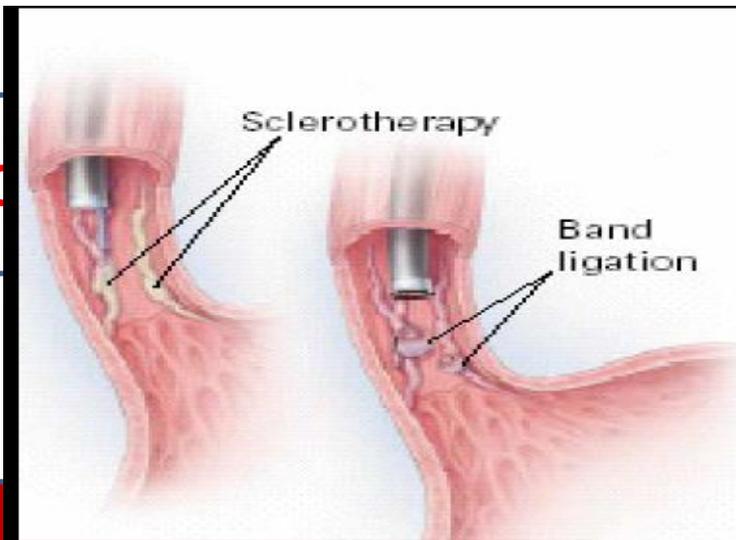
## TRAITEMENT SPECIFIQUE

### UGD

- Le traitement médicamenteux : pas grand rôle.
- Le traitement endoscopique **doit être de première intention** dès stabilisation hémodynamique
- toutes les techniques ont une efficacité comparable.
- la chirurgie d'hémostase est faible
- un échec au traitement endoscopique,
- elle est associée à une mortalité accrue.  
suture de l'ulcère associée à la vagotomie,  
la gastrectomie partielle emportant l'ulcère.
- Les IPP et l'éradication de l'H. pylori sont utilisés pour diminuer les risques de récurrence.

## TRAITEMENT SPECIFIQUE

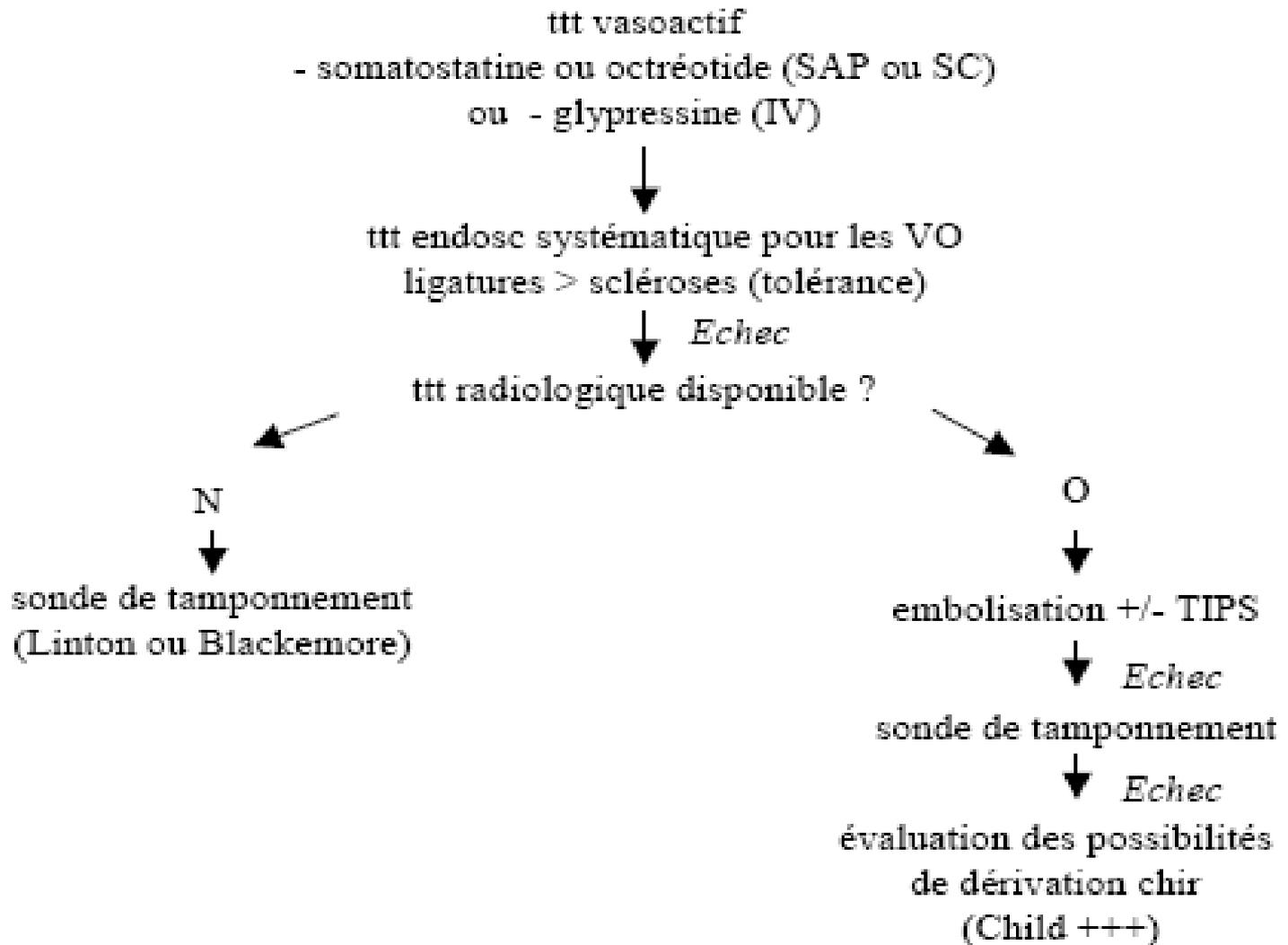
### RVO



- Le traitement vasopresseur +++
- La sclérose endoscopique et la ligature élastique +++++
- La sclérothérapie permet d'avoir l'hémostase dans plus de 90% des cas
- La ligature des varices par voie endoscopique : les varices de grande taille.
- Les colles biologiques : 2ème intention, en cas d'échec de la sclérothérapie surtout pour les varices sous cardiales.
- En cas d'échec = un TIPS est préférable à une dérivation porto cave ou spléno rénale par laparotomie
- En cas d'hémorragie digestive cataclysmique → la sonde de Blakmore (une thérapie de sauvetage).
- L'antibioprophylaxie à base de norfloxacine: 800 mg/j, pendant 7 /j jours,
- L'évacuation du sang du tube digestif par le lactulose permet de prévenir les encephalopathies.

Dr.Ph.Bulois : Prise en charge d 'une HD haute par rupture de varice

*Arbre décisionnel*



**tumeur gastrique**

Gastrectomie d'hémostase

**syndrome de mallory**

**weiss :**

**réanimation +++++.**

l'électrocoagulation par  
voie endoscopique

**TRAITEMENT  
SPECIFIQUE**

**dieulafoy :**

**endoscopique :  
sclérose /clip.**

En cas d'échec :  
embolisation / chirurgie

**Diverticulose colique**

Sclérothérapie à l'adrénaline.

Embolisation après artériographie mésentérique.

Résection chirurgicale en cas d'échec

## Ce qu'il faut retenir

- Hémorragie digestive grave = hémorragie active avec instabilité hémodynamique
- Score de gravité : score de Rockaal → score prédictif des récurrences hémorragiques
- Endoscopie → pose le diagnostic dans plus de 90% des cas  
La faire dès stabilisation hémodynamique  
Intérêt thérapeutique +++++
- Prise en charge → Équipe multidisciplinaire
- Hémostase +trt spécifique

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Rockckall T.A. , Logan R.F. , DevlinHR., Northfield E ;Risk assesment after acute uper gastrointestinal haemorrhage, Gut 1996 ;38 :336-40
- Bretagne JF. Indications thérapeutiques dans les hémorragies des ulcères duodénaux et gastriques. Rev Prat 1995 ;45 :2297-302
- L. Chone , M.A. Bigard : hémorragies digestives hautes et basses, modalités de la prise en charge hospitalière. Consensus d'actualisation SFAR -Médecine d'urgence 1999
- L'Herminé C, Emst O, Sergent-Boudson G. Hémorragies digestives de l'adulte . Diagnostic et possibilités thérapeutiques . Encycl Med Chir ,33-665-A-30,2002
- Alan Barkun, MD, Mark Bardou MD, John K, Marshall et all . Consensus recommandations for managing patients with nonvariceal uppergastrointestinal bleeding . Ann-Inten – Med-2003 ; 139 :843 ,55.
- Dominique PATERON Hôpital Jean Verdier AP-HP, Bondy .Hémorragie digestive basse COPACAMU , 2004
- Paterson D. Stratégie de prise en charge d'une hémorragie digestive aigue. JEUR ,2006,19,195 -201
- Paterson . Quelle préparation à la fibroscopie .Ann 6eMERG-Med -2011