

**UNIVERSITE FERHAT ABBAS DE SETIF**

**FACULTE DE MEDECINE**

# **Hémorragies digestives graves**

**Pr I. OUAHAB**

**Année Universitaire 2020 / 2021**

# 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:**

Fibroscopie 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.

### \* Éliminer :

° 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/mm<sup>3</sup>.

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.**

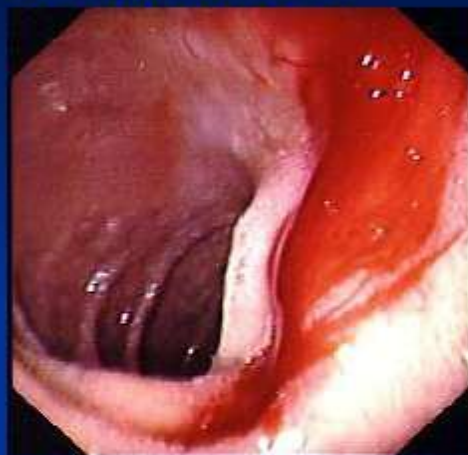
\* Cratère à fond propre.

# 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'entérocopie :**

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, duodéal, 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 %.

.