

homme de 57 ans alcool-tabagique, a présenté une hématomèse de moyenne abondance survenue brutalement, sans contexte douloureux particulier ni effort de vomissement

à l'examen clinique on note des signes évocateurs de cirrhose hépatique: (angiomes stellaires, léger subictère, circulation collatérale cave-cave sans ascite ni oedèmes).

les antécédents retrouvent :

des épisodes épigastriques traités par IPP

une cure chirurgicale d'anévrisme de l'aorte abdominale

des prises récentes d'anti-inflammatoires pour des lombalgies

tenaces

1. quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ?
2. quels sont les facteurs de risque d'hémorragies digestive haute chez ce patient ?
3. quelles sont les hypothèses diagnostiques à évoquer chez ce patient ?
4. quels sont les examens d'imagerie auxquels il faut recourir pour affirmer le diagnostic ?

1. quelle est la **conduite à tenir** dans l'immédiat ?

hospitalisation d'urgence ; mise en condition , interrogatoire , examen clinique et bilan biologique , compensation de l'hémorragie , choix des examens complémentaires ...

2. quels sont les **facteurs de risque** d'hémorragies digestive haute chez ce patient ?

cirrhose hépatique

antécédents ulcéreux

prise récente d'anti inflammatoires

anévrisme de l'aorte abdominale opéré +++++

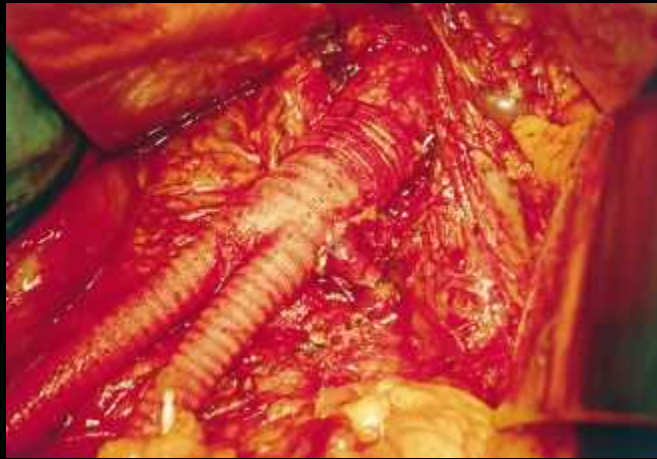
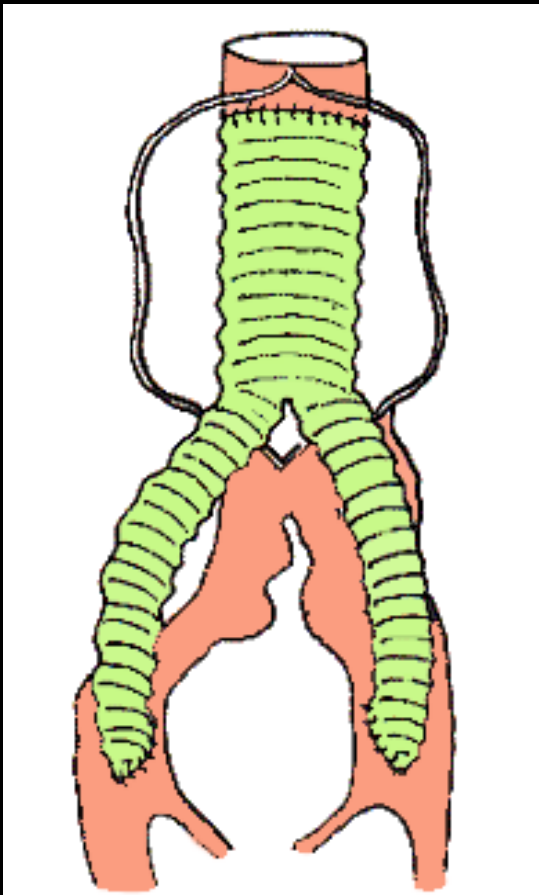
quelles sont les hypothèses diagnostiques à évoquer chez ce patient ?

- fistule aorto-duodénale sur prothèse aortique ou aorto-iliaque
- ulcère hémorragique
- rupture de varices oesophagiennes
-

quels sont les examens d'imagerie auxquels il faut recourir pour affirmer le diagnostic ?

endoscopie haute : fibroscopie oeso-gastro-duodénale

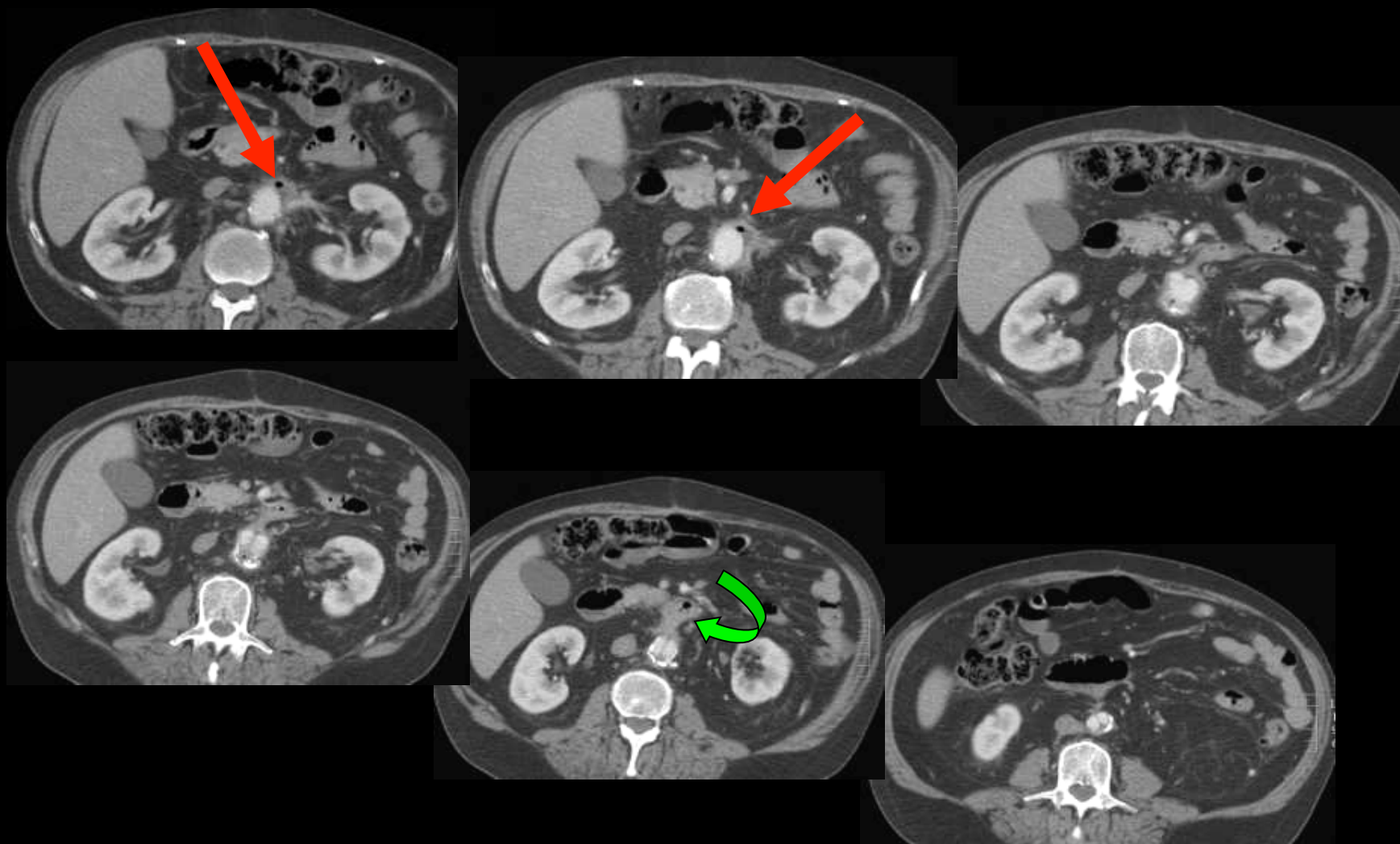
scanner +++



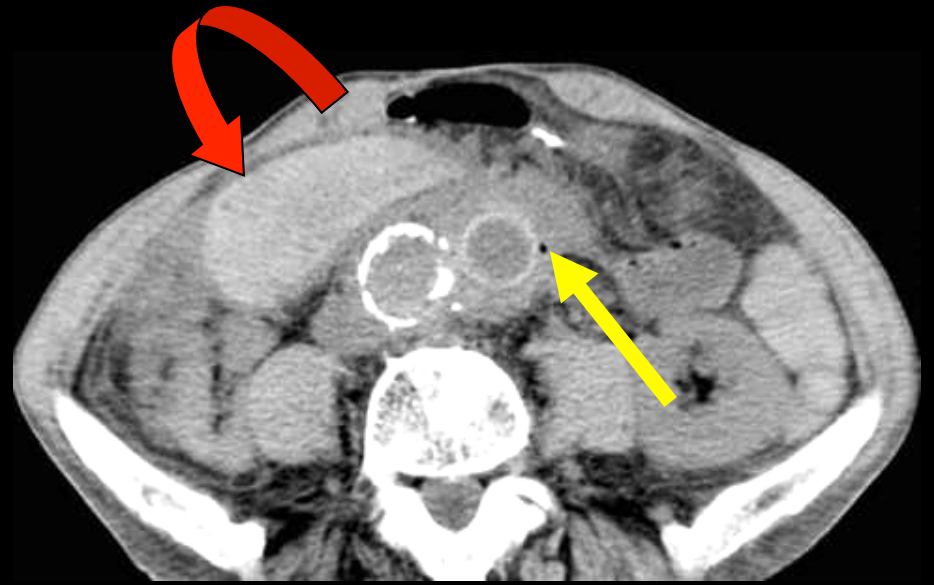
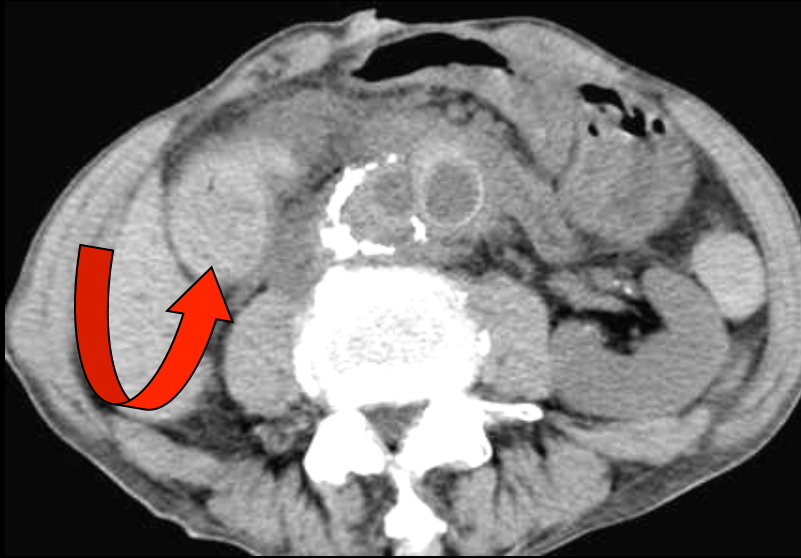
prothèse aorto-bi iliaque pour anévrisme de l'aorte abdominale
ou pour artérite oblitérante des membres inférieurs



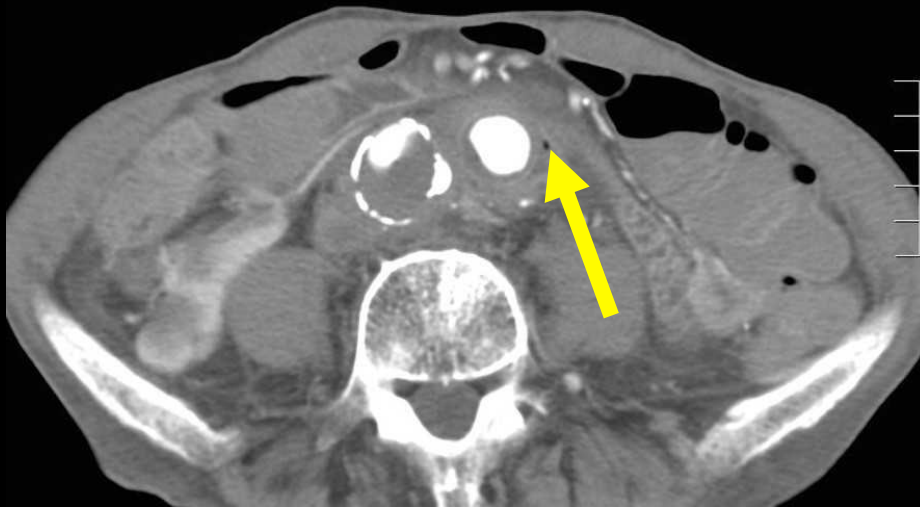
fistule aorto-duodénale endoscopie duodénale



toute hémorragie digestive chez un sujet porteur d'une prothèse aortique est a priori la conséquence d'une fistule aorto-digestive (aorto-duodénale) !!!



hémorragie digestive "sentinelle" chez un patient porteur d'une culotte aortique depuis 15 ans



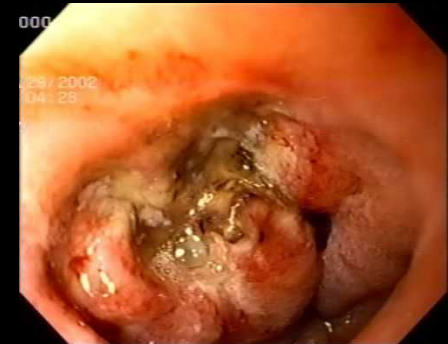
imagerie et hémorragies digestives. données générales

principales causes des hospitalisations en urgence en hépato- gastro-entérologies, les hémorragies digestives posent de trois ordres de problèmes :

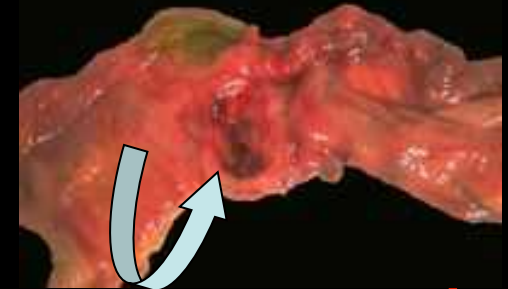
- le **diagnostic étiologique**, dans lequel la place de l'imagerie radiologique est modeste mais ne doit pas être sous-estimée, en cas d'inefficacité des explorations endoscopiques ou parfois d'emblée dans certaines localisations en particulier le côlon et à un moindre degré le grêle.

- l'évaluation du retentissement sur l'état hémodynamique

- le **traitement symptomatique en urgence** ou, là encore, la radiologie interventionnelle peut pallier les insuffisances et ou les échecs de l'endoscopie interventionnelle.



cancer gastrique



ulcère duodénal

fistule aorto-
duodénale sur
anévrisme de
l'aorte abdominale



les principales causes d'hémorragies digestives hautes sont :

- les hémorragies sur **ulcère gastrique ou duodéal**
- les **ruptures de varices œsophagiennes** dues à l'HTP sur cirrhose.

Les principales causes d'hémorragies digestives basses chez l'adulte sont :

- les **diverticules coliques** en particulier sigmoïdiens
- les **cancers recto coliques**
- les **angiodysplasies coliques**

chez des **sujets jeunes**, voir très jeunes, on n'omettra pas d'évoquer :

- le **diverticule de Meckel** +++
- l'**invagination intestinale aiguë**.
- les **colites ulcéreuses aiguës** (RCUH , Crohn)

Tableau 1 Causes des hémorragies digestives

ORGANE	CAUSES
Œsophage	<ul style="list-style-type: none"> ■ rupture des varices œsophagiennes ■ cancer ■ syndrome de Mallory-Weiss ■ œsophagites
Estomac	<ul style="list-style-type: none"> ■ ulcère ■ érosions ou ulcérations gastriques médicamenteuses (aspirine, AINS) ■ cancer ■ érosions gastriques aiguës sans cause apparente ■ varices gastriques ■ gastropathie d'hypertension portale ■ ectasies vasculaires antrales ■ ulcère du collet des hernies hiatales
Duodénum	<ul style="list-style-type: none"> ■ ulcère ■ fistule aorto-duodénale (prothèse aortique) ■ Hémobilie et wirsungorragie
Grêle	<ul style="list-style-type: none"> ■ diverticule de Meckel ■ diverticules du grêle ■ tumeurs ■ maladie de Rendu-Osler
Côlon, rectum et anus	<ul style="list-style-type: none"> ■ diverticulose colique ■ cancer recto-colique ■ gros adénome ■ hémorroïde ■ ulcération rectale thermométrique ■ colites inflammatoires ■ colite ischémique ■ angiodysplasie

quelques définitions:

⇒ une **hématémèse** est une **hémorragie extériorisée** par **vomissements** ; elle est le signe d'une hémorragie **d'origine haute** et est presque toujours suivie de méléna. Une hémorragie haute peut ne s'extérioriser que par un méléna.

l'hématémèse doit être différenciée :

- d'une hémoptysie,
- d'une épistaxis déglutie (examens O.R.L. +++)
- d'une hémorragie, saignement d'origine buccale.

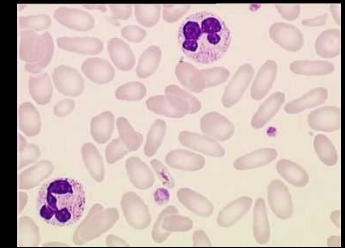
⇒ un **méléna** correspond à l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide (selles goudron) ; l'origine du saignement est généralement située en amont de l'angle colique droit et souvent au-dessus de l'angle duodéno- jéjunal de Treitz.

le sang émis par l'anus peut être **rouge et noir** si **l'hémorragie est très abondante**.

le méléna doit être différencié d'une coloration des selles d'origine médicamenteuse (charbon et le fer).

⇒ **une rectorragie** est une émission par l'anus de sang rouge. il est le signe d'une hémorragie basse (mais peut ne pas être extériorisé en cas de collapsus).

⇒ **les hémorragies "occultes "** (sans extériorisation visible), se traduisent par une anémie ferriprive (et/ou un test Hémocult +). Elles sont souvent dues à une hémorragie digestive de faible abondance et au long cours (hémorragie "distillante") d'origine gastro duodénale ou grêle ou colique. La seule urgence est celle du diagnostic causal.



Les hémorragies "occultes " sont dites "**obscures**" lorsque les investigations **endoscopiques classiques** hautes et basses n'ont pas permis d'en préciser l'origine.

NB: les hémorragies digestives sont dites **patentes** ou **extériorisées** lorsque sont observés une hématomèse et/ ou un méléna souvent itératifs nécessitant des transfusions sanguines répétées.

quelle que soit la situation clinique, l'inspection des vomissements et des selles par le **toucher rectal** doit être systématique, car elle est plus fiable que les données de l'interrogatoire.

Tableau 1 Causes des hémorragies digestives

ORGANE	CAUSES
Œsophage	<ul style="list-style-type: none"> ■ rupture des varices œsophagiennes ■ cancer ■ syndrome de Mallory-Weiss ■ œsophagites
Estomac	<ul style="list-style-type: none"> ■ ulcère ■ érosions ou ulcérations gastriques médicamenteuses (aspirine, AINS) ■ cancer ■ érosions gastriques aiguës sans cause apparente ■ varices gastriques ■ gastropathie d'hypertension portale ■ ectasies vasculaires antrales ■ ulcère du collet des hernies hiatales
Duodénum	<ul style="list-style-type: none"> ■ ulcère ■ fistule aorto-duodénale (prothèse aortique) ■ Hémobilie et wirsungorragie
Grêle	<ul style="list-style-type: none"> ■ diverticule de Meckel ■ diverticules du grêle ■ tumeurs ■ maladie de Rendu-Osler
Côlon, rectum et anus	<ul style="list-style-type: none"> ■ diverticulose colique ■ cancer recto-colique ■ gros adénome ■ hémorroïde ■ ulcération rectale thermométrique ■ colites inflammatoires ■ colite ischémique ■ angiodysplasie

DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

➡ Hémorragies digestives d'origine ulcéreuse

1. Ulcère gastro-duodéal
2. Lésions aiguës gastro-duodénales



antrite d'HTP ; aspect "en pastèque"
"watermelon"

➡ Hémorragies liées à l'hypertension portale

➡ Autres hémorragies digestives hautes

1. d'origine oesophagienne
2. d'origine gastrique
3. d'origine duodénale



ulcère gastrique ; AINS

Hémorragies digestives d'origine ulcéreuse

1. Ulcère gastro-duodénal

L'hémorragie est la complication la plus fréquente de la maladie ulcéreuse, et la révèle dans 10 à 40 % des cas.

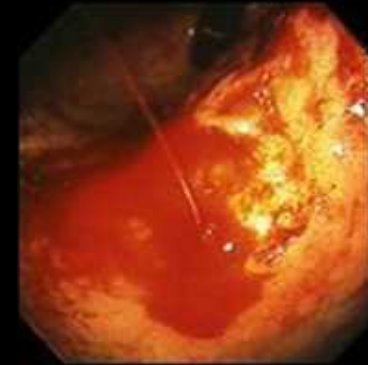
Elle est liée soit à une érosion d'une artère au fond du cratère ulcéreux soit à un saignement muqueux péri-ulcéreux.

Dans le premier mécanisme, l'hémorragie est souvent sévère et l'hémostase spontanée précaire ; dans le second, elle est souvent modérée et s'arrête habituellement spontanément.

Les hémorragies d'origine ulcéreuse cessent spontanément dans 80 % des cas ; l'hémorragie persiste ou récidive après un intervalle libre de quelques heures à quelques jours dans 20 % des cas.

La mortalité est de 5 à 10 %.

Le pronostic est lié, d'une part au patient (âge, comorbidités), et d'autre part à la survenue d'une récurrence hémorragique qui peut être prédite à l'entrée par des signes cliniques (choc hypovolémique) et endoscopiques (hémorragie active, vaisseau visible)

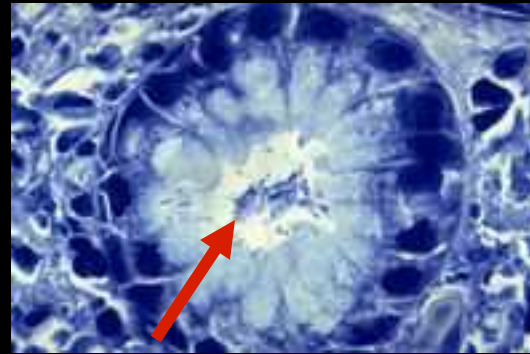


Les **facteurs de risque** d'une hémorragie d'origine ulcéreuse sont :

- l'**Helicobacter pylori**, présent dans 80-90 % des ulcères gastro-duodénaux ; son éradication s'accompagne d'une réduction significative des récives ulcéreuses et hémorragiques ;

- les **anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'aspirine** : les hémorragies liées aux gastrotoxiques surviennent autant sur les ulcères gastriques que duodénaux. Les facteurs de risque hémorragique après prise d'AINS sont l'**âge (> 60 ans)**, les **antécédents ulcéreux** et la **prise récente d'AINS (< 1 mois)**. Le risque hémorragique semble dose dépendant et majoré par la coprescription d'AINS, d'aspirine ou de corticoïdes

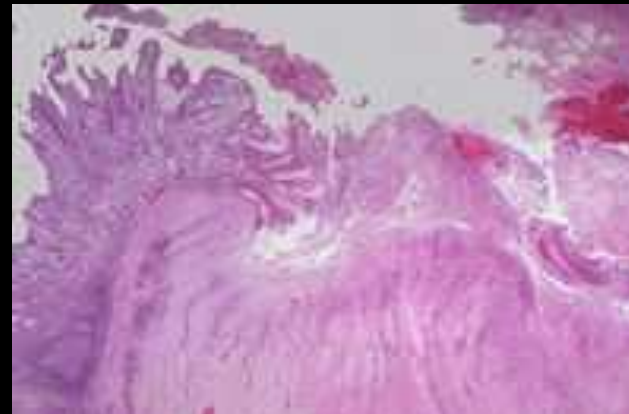
- les **anticoagulants** : les hémorragies sous anticoagulants sont fréquentes et **souvent associées à la prise d'AINS**. Leur pronostic ne diffère pas de celui des autres hémorragies, mais il pose à terme la question de l'indication de la poursuite du traitement.



H pylori



ulcère gastrique

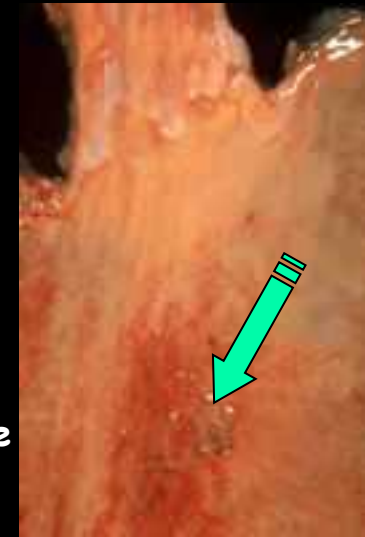


ulcère gastrique

2. Lésions aiguës gastro-duodénales

Elles s'observent :

- soit après prise de gastrotoxiques,
- soit chez les patients hospitalisés en réanimation avec défaillance multi viscérale (ulcères de stress).



ulcère aigu de l'estomac

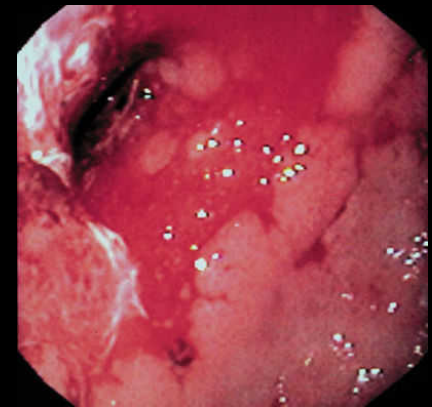
Leur diagnostic est du ressort exclusif de la fibroscopie



gastrite hémorragique
médicamenteuse AINS



gastrite hémorragique



gastrite hémorragique CMV

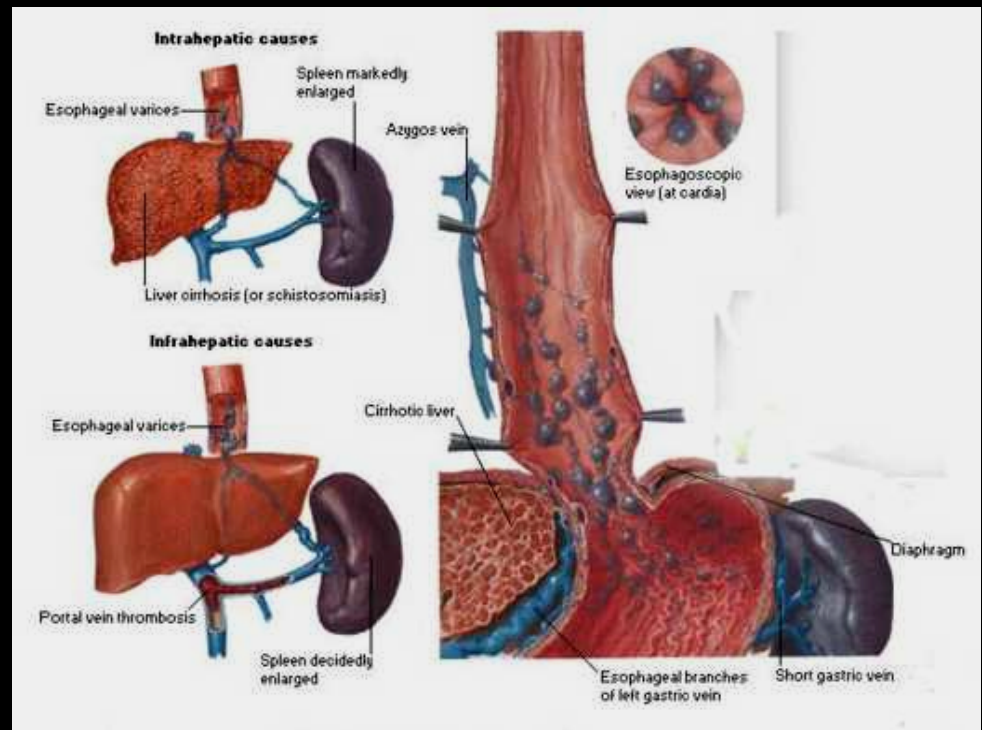
Hémorragies liées à l'hypertension portale

La cirrhose est responsable du développement d'une HTP, elle-même à l'origine de **varices œsophagiennes**, présentes chez les **deux tiers des malades ayant une cirrhose**.

Leur **rupture** est la principale cause d'hémorragie au cours des cirrhoses ; elle survient chez environ **un tiers des patients**. La mortalité de ces hémorragies est élevée, tout comme le risque de récurrence.

Ces hémorragies sont **aiguës** et se présentent le plus souvent par une hématemèse, sinon par un méléna.

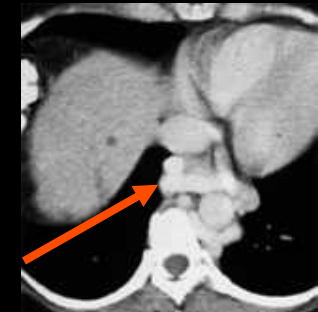
les varices œsophagiennes (surtout para-œsophagiennes) sont visibles au temps portal sur l'imagerie en coupes CT et IRM mais leur caractère hémorragique ne peut être précisé sur ces examens



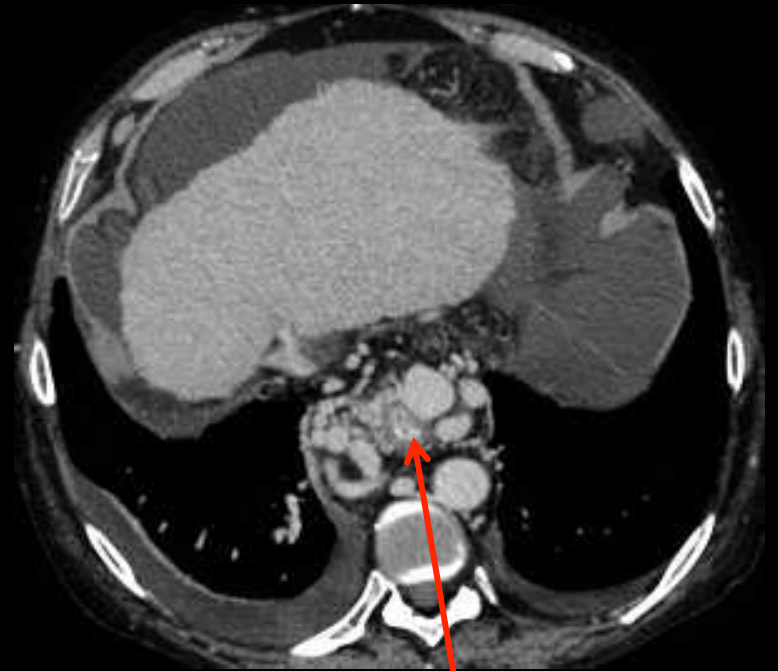
VO caillot



VO saignement "en jet"

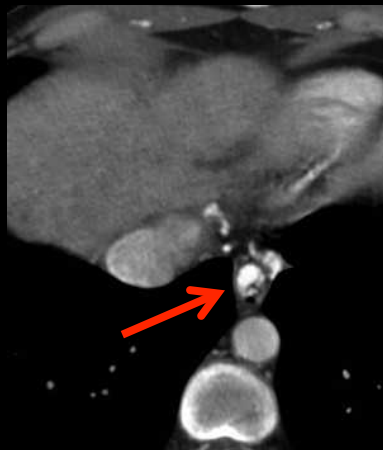
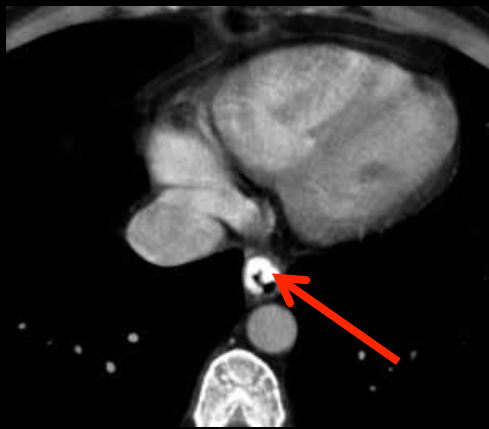


CT : varices para œsophagiennes



Varices para oesophagiennes , responsables de l'encéphalopathie portale (ou hépatique) ,si elles sont fonctionnelles (dérivations porto-caves) ; sinon ce sont des culs de sac (vases d'expansion amortisseurs des "poussées" d'HTTP)

Varices oesophagiennes , responsables des **hémorragies digestives**



**Varices oesophagiennes ,
coexistant avec de
volumineuses dérivations
porto-systémiques**

Les facteurs de risque d'hémorragie des varices œsophagiennes sont :

- une **grosse taille (> 5 mm)**,
- la présence de « **signes rouges** » (macules et zébrures) les recouvrant.

La gravité des hémorragies liées à l'hypertension portale justifie la réalisation d'un **dépistage endoscopique** chez les patients à risque et éventuellement d'une **prévention primaire** (généralement par bêta bloquants).

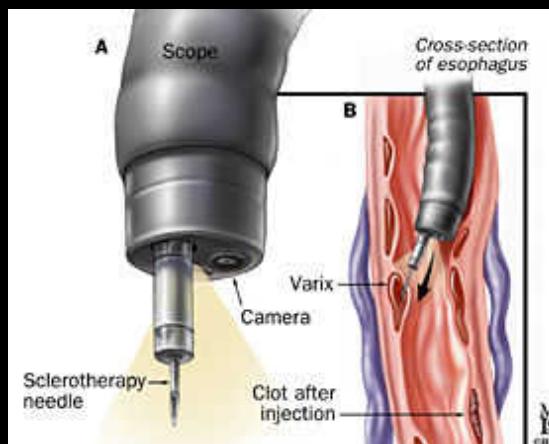
les traitements endoscopiques en urgence sont actuellement le meilleur recours .



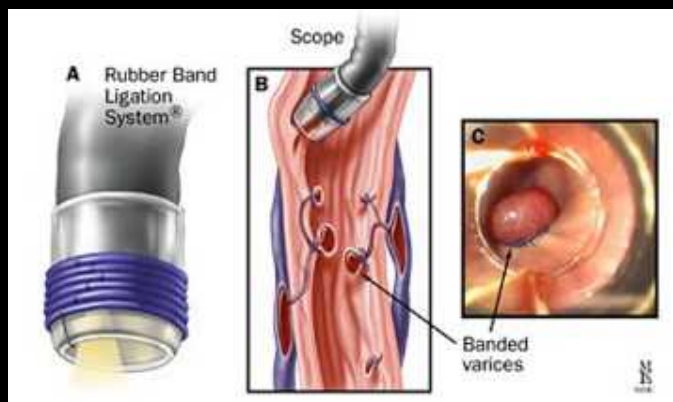
"signes rouges"



clip



sclérothérapie



ligature



gastropathie d'hypertension portale
"alligator skin" like



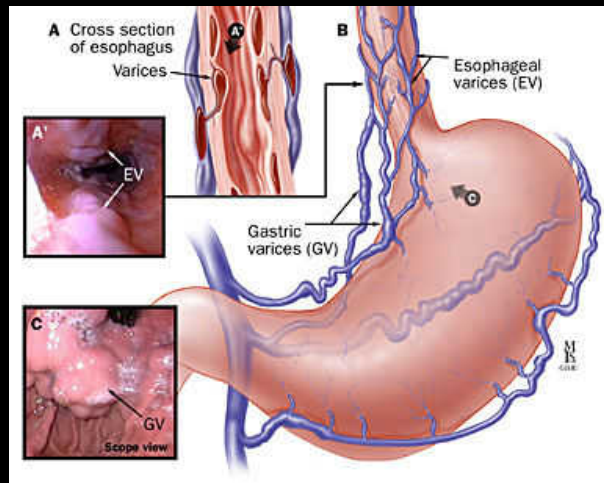
ectasies vasculaires antrales

Les autres causes d'hémorragies hautes dues à l'hypertension portale sont :

- la gastropathie d'hypertension portale (fundus),
- les ectasies vasculaires antrales
- la rupture de varices gastriques

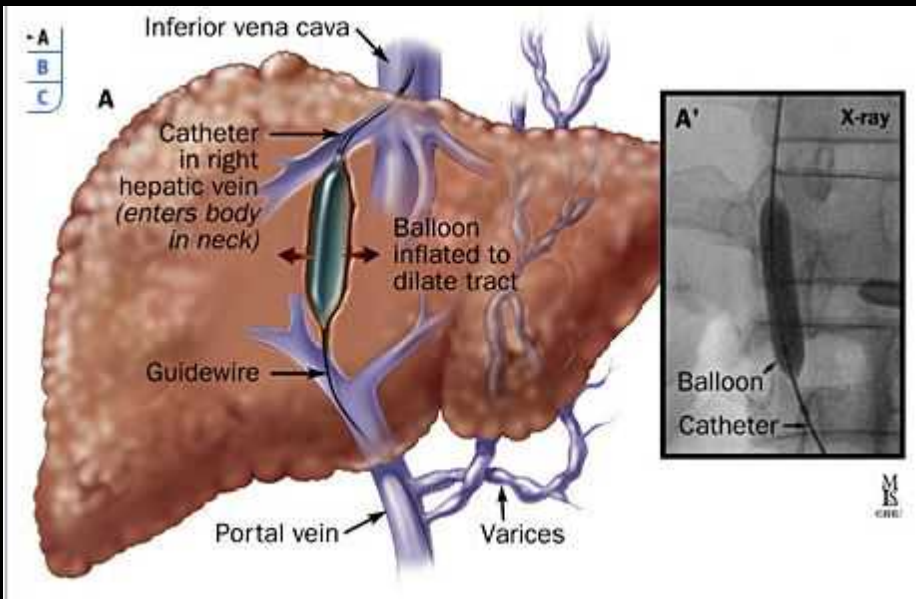


ectasies vasculaires gastriques
"watermelon" aspect (pastèque)

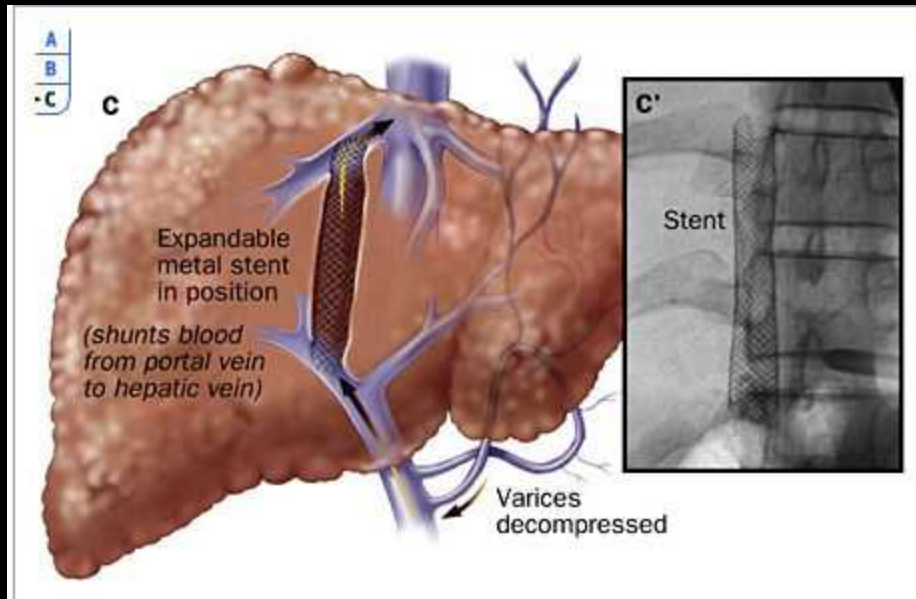
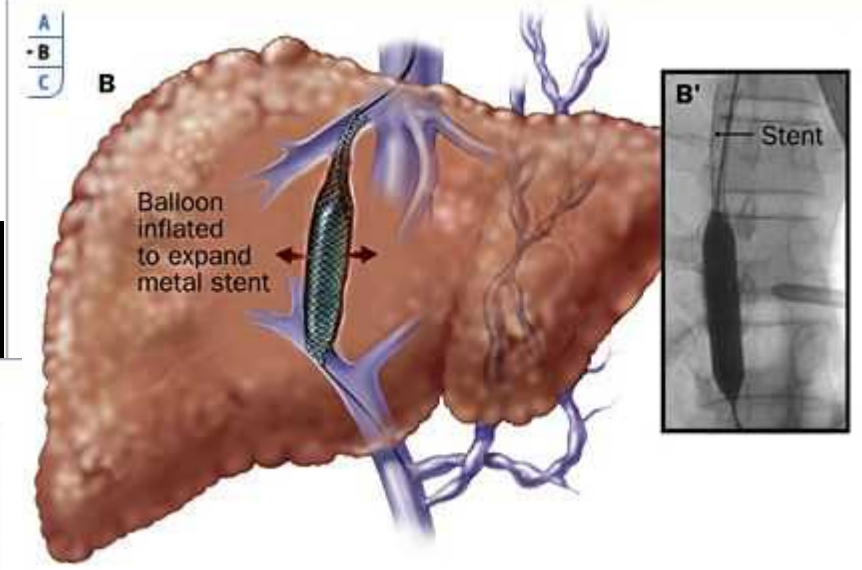


varices gastriques





dans les hémorragies de l'HTP récidivantes incoercibles, on peut réaliser en radiologie interventionnelle un **shunt porto cave intra hépatique par voie trans jugulaire** ou **TIPS**



transjugular intrahepatic portal systemic shunt (TIPSS);

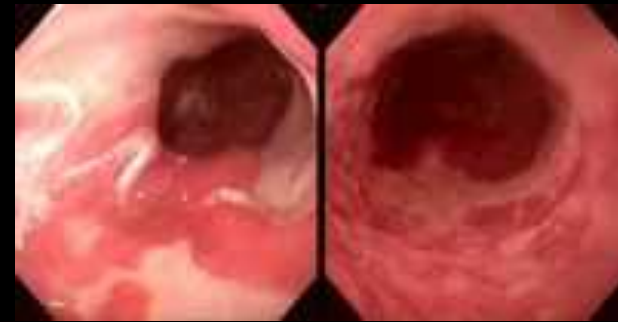
Autres hémorragies digestives hautes

1 .d'origine œsophagienne :

- il s'agit du **syndrome de Mallory-Weiss**, dû à une ulcération cardiale secondaire à des efforts de vomissements ;
- de l'**œsophagite peptique** : hémorragie (souvent peu abondante), qui s'accompagne de symptômes de reflux gastro-œsophagien
- du **cancer œsophagien**.



sd de Mallory-Weiss



oesophagite peptique et endobrachyoesophage



cancer bifocal de l'oesophage

Autres hémorragies digestives hautes

2. d'origine gastrique :

- l'**ulcération de Dieulafoy** correspond à une artère sous muqueuse de calibre anormalement large et peut être responsable d'hémorragies abondantes ; son diagnostic est difficile, car l'érosion muqueuse de 2 à 5 mm, fundique, est difficile à voir.

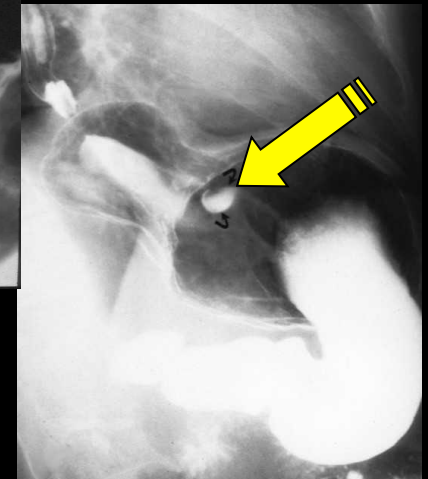
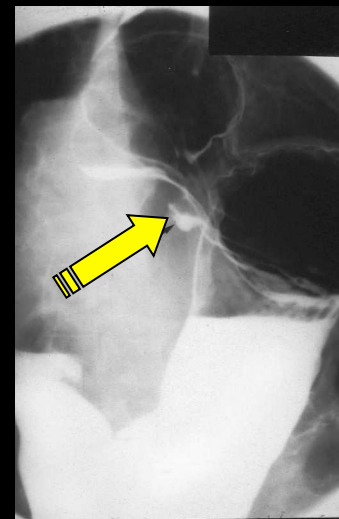
- les **angiodysplasies gastriques** correspondent à des malformations vasculaires sous muqueuses à l'origine d'une hémorragie modérée ou occulte.

- **toute tumeur gastrique** bénigne ou maligne peut se compliquer de saignement.

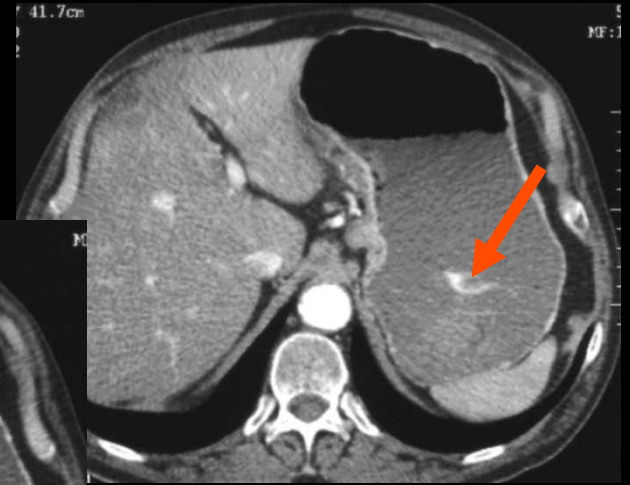
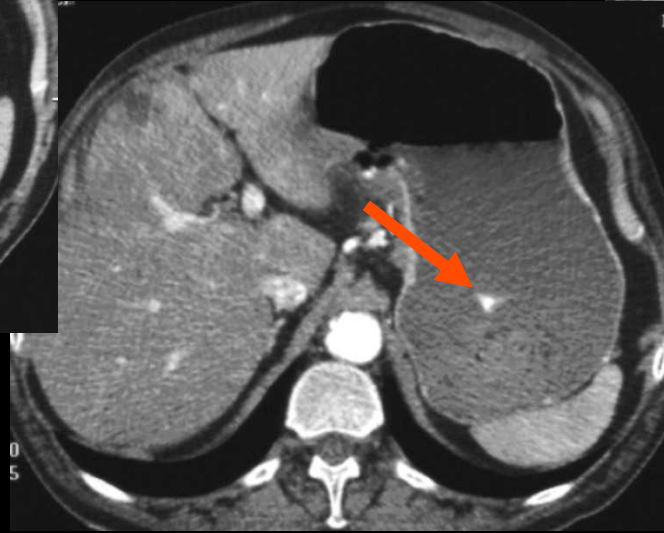
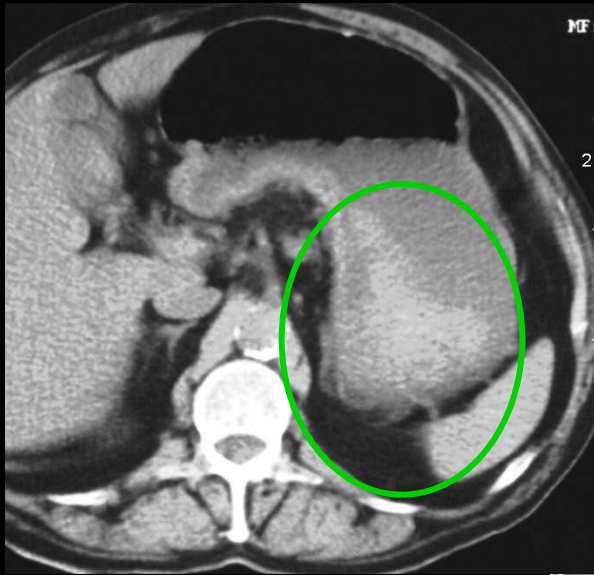
- les **ulcères du collet sur les grosses hernies hiatales** (en particulier par glissement "fixées") peuvent être à l'origine d'hémorragies digestives massives



gastrite hémorragique

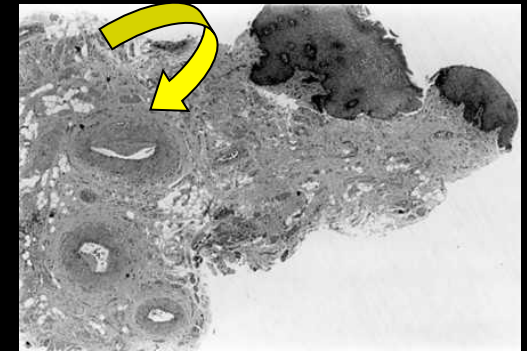


ulcère du collet sur hernie hiatale par glissement



exulceratio simplex de Dieulafoy : présence d'ulcérations dans l'estomac, plus précisément au niveau de la muqueuse et la sous muqueuse

La gastroscopie montre la présence d'artérioles trop larges et de forme tortueuse, apparaissant érodées. Cette lésion se situe généralement à la partie haute de l'estomac, entraînant des hématoméses abondantes et qui récidivent. C'est une dysplasie vasculaire associée à une gastrite chronique avec thrombose et nécrose pariétale de l'artère (anévrysme cirsoïde) .



Autres hémorragies digestives hautes

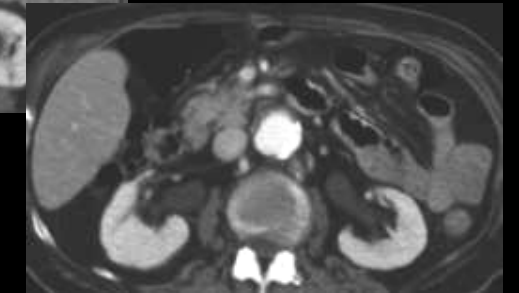
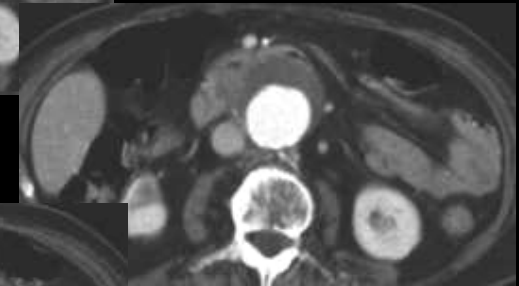
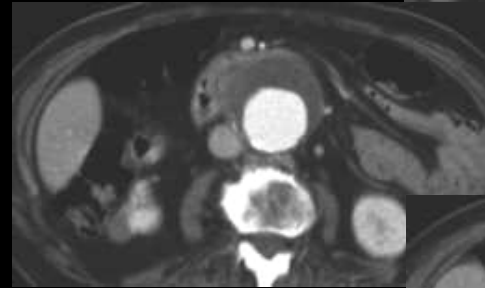
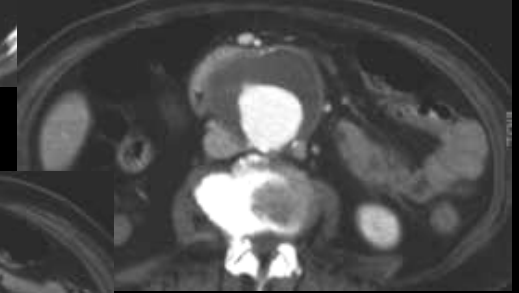
3. d'origine duodénale :

- parmi les **tumeurs duodénales bénignes ou malignes**, ce sont principalement les adénocarcinomes et les ampullomes.

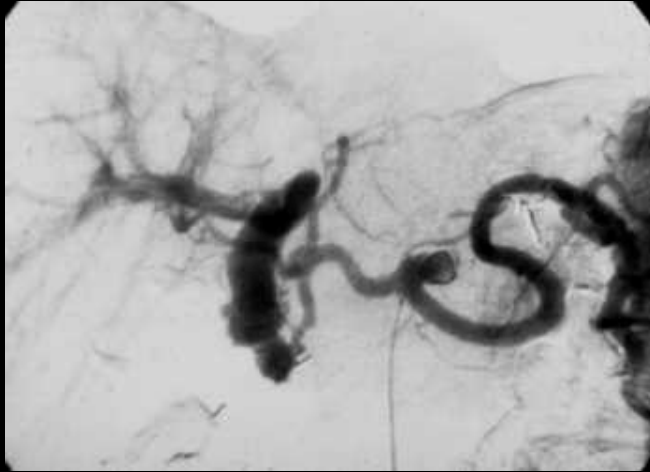
- les **fistules aorto-duodénales** sont pratiquement toujours en rapport avec la présence d'une **prothèse aortique**. ++++ et sont le premier diagnostic à évoquer dans ce contexte .

- les **hémobilies** (présence de sang dans la bile), souvent post-traumatiques se voient après sphinctérotomie ou chirurgie biliaire compliquée . Elles sont liées à la constitution de faux anévrysmes artériels

- les **wirsungorragies (hemosuccus pancreaticus)** compliquent essentiellement les pancréatites aiguës ou chroniques avec ou sans pseudo kystes



fistule aorto-duodénale sur anévrysme athéromateux de l'aorte abdominale



hémorragies digestives massives dans les suites d'une sphinctérotomie endoscopique : fistule artério-cholédocienne ; embolisation

DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES BASSES

Les hémorragies digestives basses se définissent par une hémorragie provenant d'un segment du tube digestif en aval de l'angle de Treitz.

Elles sont 3 à 5 fois moins fréquentes que les hémorragies digestives d'origine haute et s'observent avec un pic à la 6^{ème} décennie (risque x 200 entre 3^{ème} et 6^{ème} décennie.)

Les causes sont **nombreuses** et **souvent intriquées** chez les **sujets âgés** .

L'arrêt spontané est observé dans 80 à 85% des cas . La chirurgie est nécessaire dans 10 à 25% des hémorragies digestives basses massives .

la valeur localisatrice du scanner volumique multiphasique est encore sous-estimée



angiodysplasie colique droite

Causes coliques

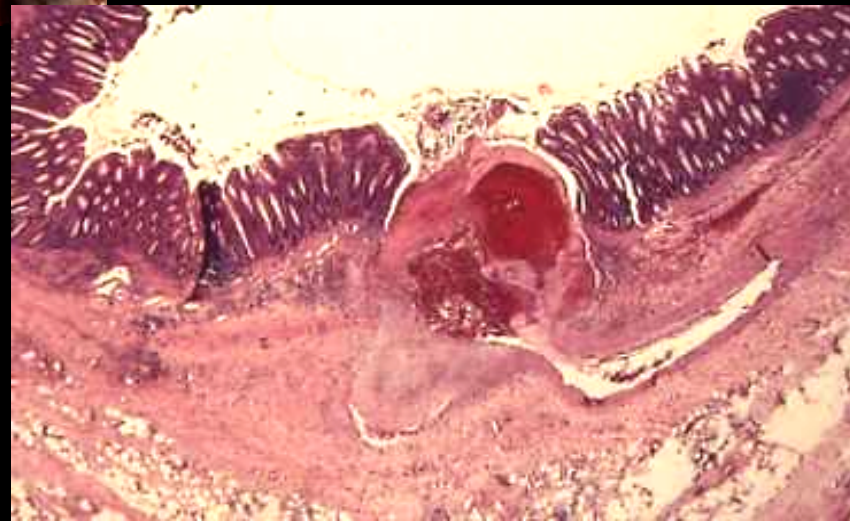
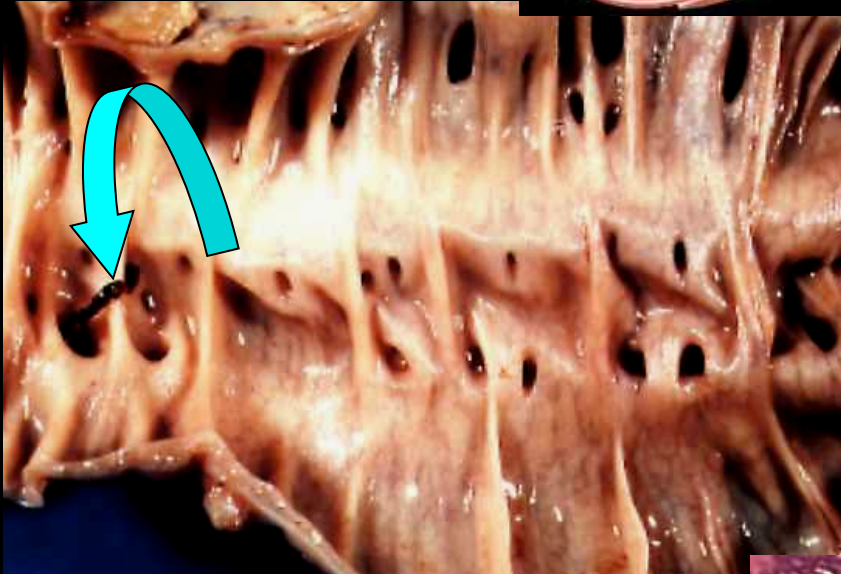
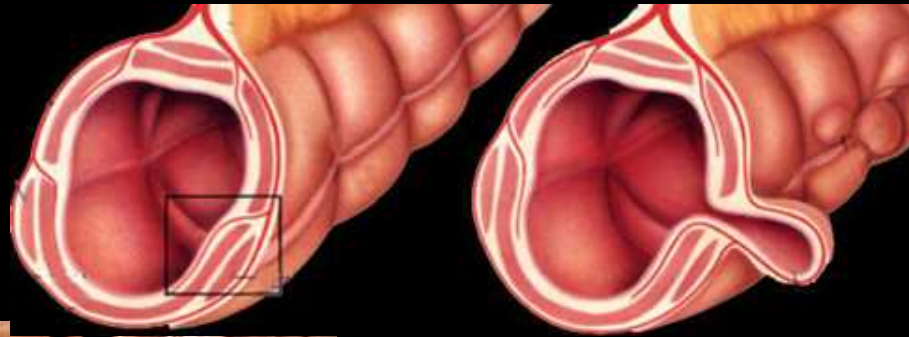
- les **cancers recto-coliques** et les **tumeurs bénignes** sont à rechercher systématiquement et imposent la réalisation d'une coloscopie. Ils sont en cause dans **9%** des hémorragies digestives basses

- les **hémorragies diverticulaires** surviennent souvent en l'absence de diverticulite (+++) ; elles sont d'origine sigmoïdienne, colique gauche ou colique droite. Le diagnostic, difficile, est endoscopique ou scanographique. Elles sont à l'origine de **40%** des hémorragies digestives basses

- les **hémorroïdes** sont un diagnostic d'élimination : il s'agit d'un saignement rouge vif, survenant en fin de défécation et cessant peu de temps après.



saignement actif
angle gauche
diverticule
hémorragique



physio pathologie des
rectorragies compliquant la
diverticulose sigmoïdienne

ulcération de la paroi du
vaisseau au fond du diverticule
sans signes inflammatoires
associés

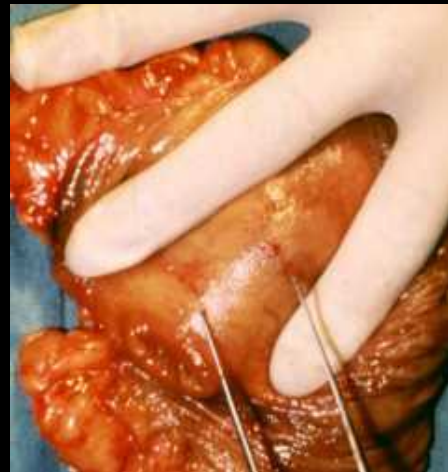
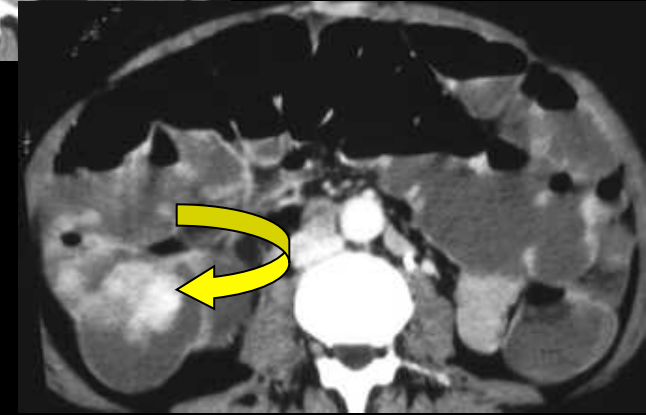
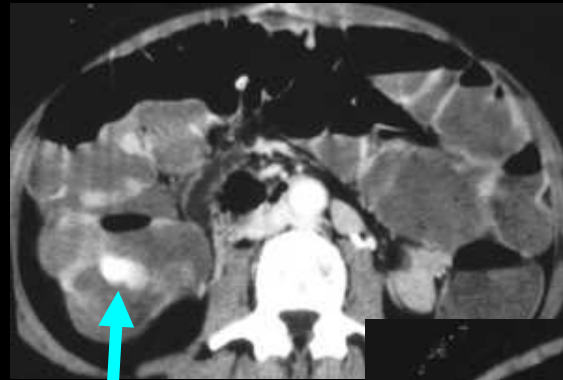
- l'**ulcération rectale thermométrique**, située au niveau de la face antérieure du rectum, est responsable de 10 % des hémorragies digestives basses ; l'hémorragie peut être massive.

- la **colite ischémique** provoque une ischémie muqueuse pouvant aller jusqu'à la perforation par nécrose colique transmurale ; elle est due à un défaut de vascularisation, soit par occlusion, soit par bas débit au niveau des artères mésentériques. Elle siège le plus souvent au niveau du côlon gauche et du sigmoïde.

- les **colites inflammatoires** (surtout la recto-colite hémorragique, parfois la maladie de Crohn) peuvent être à l'origine de rectorragies

- certaines **colites infectieuses** (CMV+++)
peuvent également revêtir une présentation rectorragique

- parmi les autres causes : **angiodysplasies coliques** (2^{ème} cause en fréquence des HDB avec 11% des cas), traumatisme, corps étranger, **polypectomie**, ulcère solitaire du rectum, endométriose colique, varices rectales (hypertension portale).



angiodysplasies caecales hémorragiques

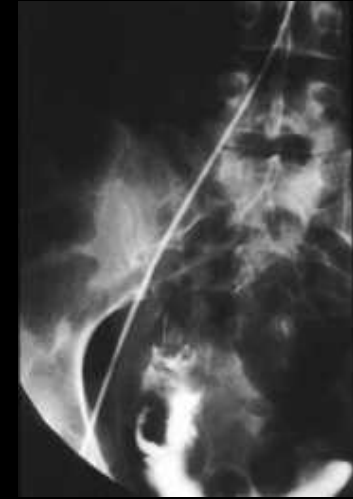
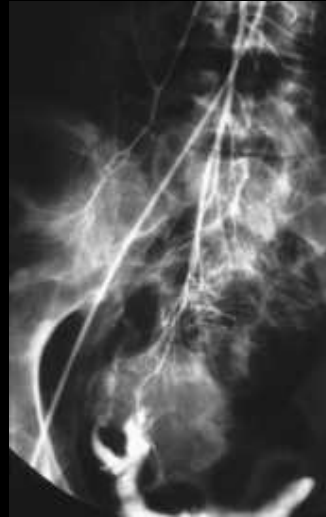
Causes grêliques

- Le **diverticule de Meckel** est la première cause d'hémorragie digestive basse chez l'enfant et l'adolescent. Le diagnostic repose sur la scintigraphie au pertechnétate marqué au technétium $99m$, le scanner et parfois sur la laparoscopie. L'endoscopie digestive haute et la coloscopie sont normales. L'angiographie n'a plus sa place sur le plan diagnostique ++. Le traitement est chirurgical.

- Les **tumeurs du grêle** sont plus souvent malignes que bénignes.

- La maladie de Rendu Osler, l'invagination intestinale, l'ulcère du grêle, l'infarctus du mésentère, la maladie de Crohn,

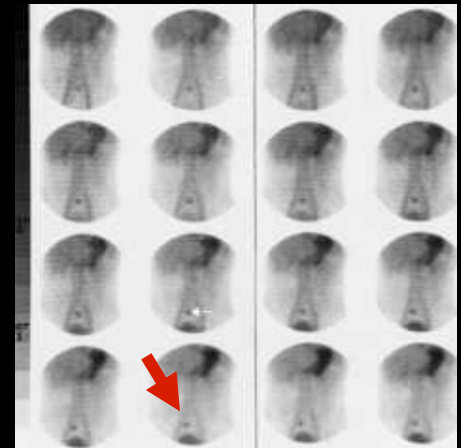
- les **malformations vasculaires** étaient classiquement parmi les causes les plus rares mais la capsule endoscopique a montré leur fréquence, **en particulier chez le sujet d'âge > 50 ans +++**



diverticule de Meckel ,jeune fille 13 ans , rectorragies massives



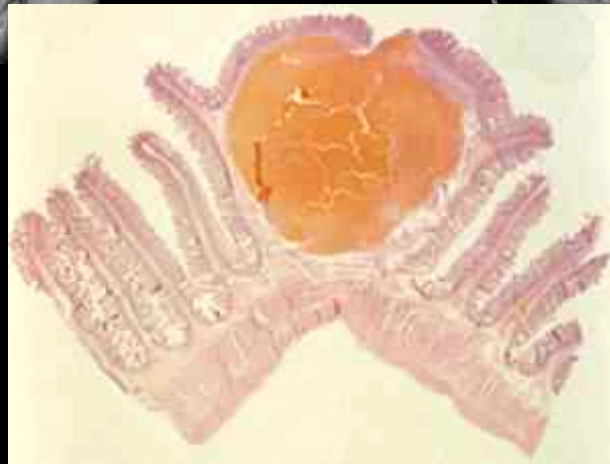
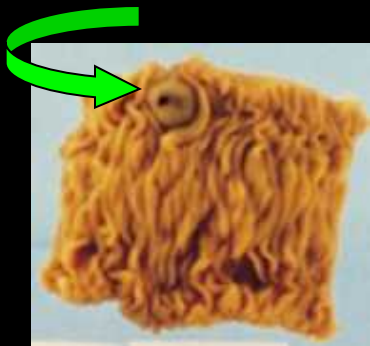
diverticule de Meckel hémorragique



diverticule de Meckel scinti $99m$ pertechnétate



homme 34 ans, syndrome douloureux
tenace et hémorragies digestives basses
massives



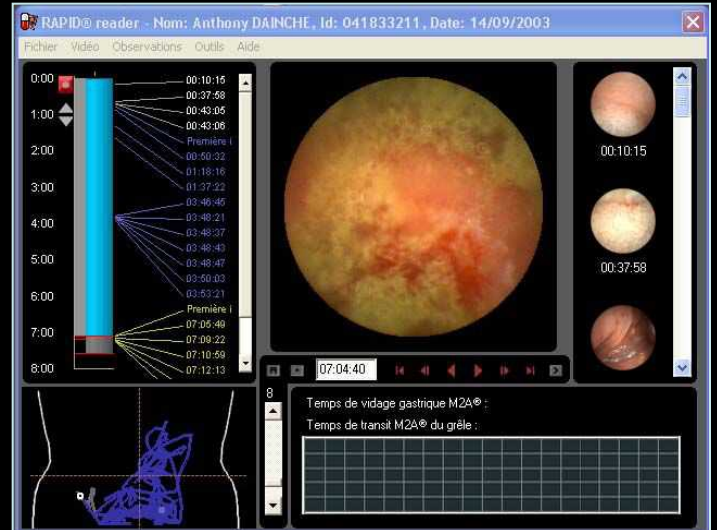
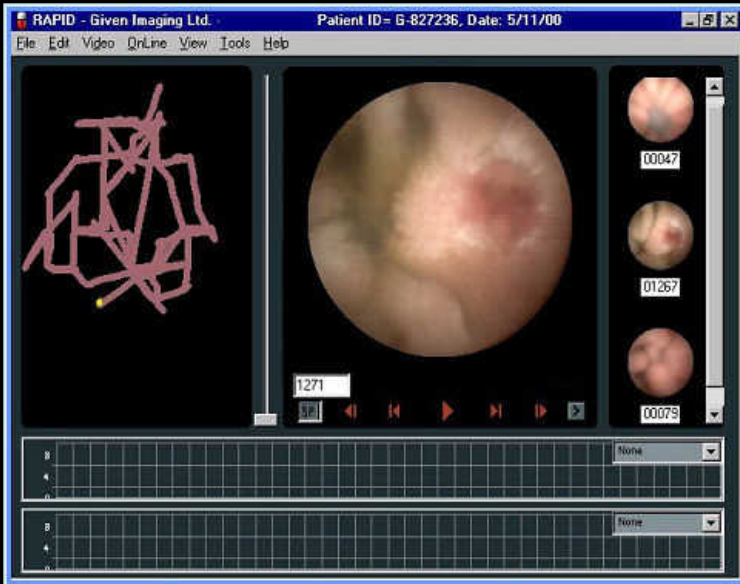
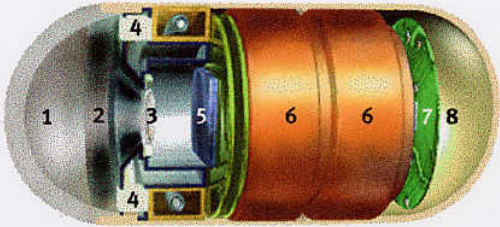
localisation grêlique du site hémorragique par le CT; ulceratio simplex de Dieulafoy

Table 1. Causes of Small Intestinal Bleeding

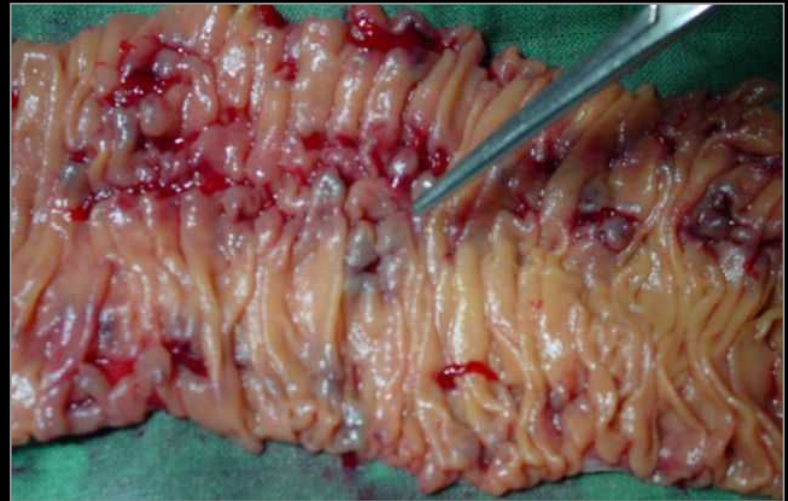
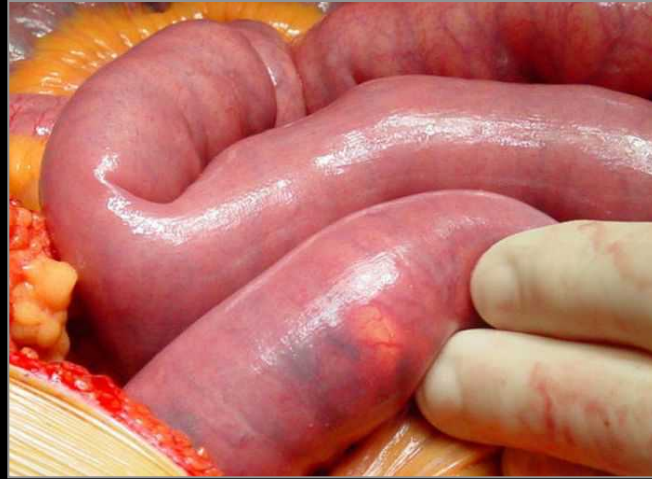
Cause	Comments
Vascular lesions*	
Angiodysplasia (also known as <i>vascular ectasia</i>)	Dilated vascular complexes that include arterioles, capillaries, and venules but no dysplastic tissue [†]
Telangiectasia	Dilated vascular complexes that differ from those of angiodysplasia in their diffuse nature, tendency to recur, and association with cutaneous or mucous membrane lesions (a hereditary form of telangiectasia is most often responsible for intestinal telangiectasia [‡])
Venous ectasia (also known as <i>phlebectasia</i>)	Nonneoplastic venous varicosities (with abnormal endothelial lining) that appear as multiple bluish-red nodules; very uncommon cause of bleeding [§]
Hemangioma	Rarely malignant neoplastic growth composed of proliferating blood vessels pathologically divided into capillary, cavernous, and mixed forms [§]
Arteriovenous malformation	Congenital lesion found anywhere in the gastrointestinal tract (mostly in children) that is characterized by thick-walled arteries and veins with no intervening capillaries, forming a true arteriovenous fistula
Dieulafoy's lesion (also known as <i>caliber-persistent artery</i>)	Arterial lesion that fails to narrow or decrease in diameter as it penetrates the submucosa
Tumors of the small intestine	
Leiomyomas, leiomyosarcomas [#]	Growths that collectively comprise 5% of all gastrointestinal tumors and 5% to 10% of all cases of gastrointestinal bleeding
Carcinoid tumors, adenocarcinoma, lymphoma, adenomatous polyp, metastases ^{**}	
Less common causes	
Ulcerations of the small intestine	Abnormalities associated with Crohn's disease, Meckel's diverticulum, and Zollinger-Ellison syndrome
Large-artery vasculitis (eg, aortitis)	Inflammation that can lead to arterial occlusion with subsequent gangrene and perforation of the small intestine
Medium-sized artery vasculitis	Inflammation that can lead to the development of aneurysms (as in polyarteritis nodosa, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus)
Small-sized artery vasculitis	Inflammation that can cause pain, fever, and occult bleeding (as in Henoch-Schönlein purpura ^{††})
Radiation enteritis	Inflammation that can cause vasculitis and subsequent bleeding; radiation initially affects the intestinal mucosa directly, causing ulceration and bleeding, with late injury occurring 6 to 24 months after radiation treatment because of progressive occlusive vasculitis ^{‡‡}



Actual size



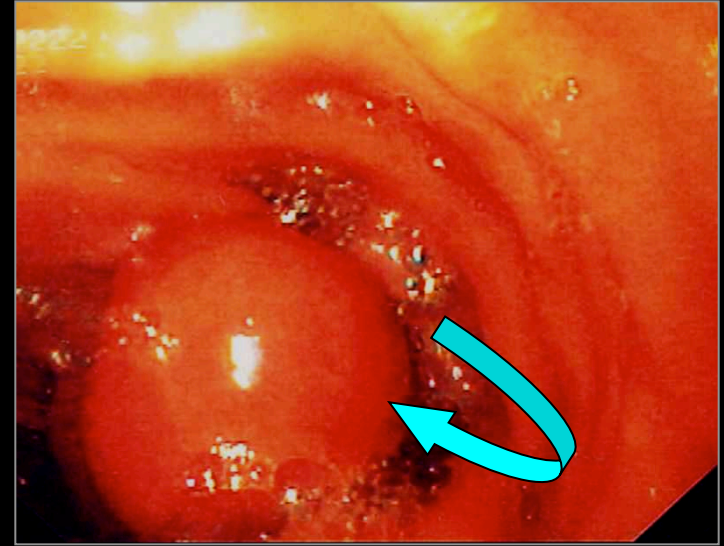
capsule vidéo endoscopique Given



anémie obscure depuis un an ; capsule vidéo endoscopique : angiodysplasies du grêle



anémie chronique ; capsule vidéo endoscopique : malformations artério-veineuses du grêle

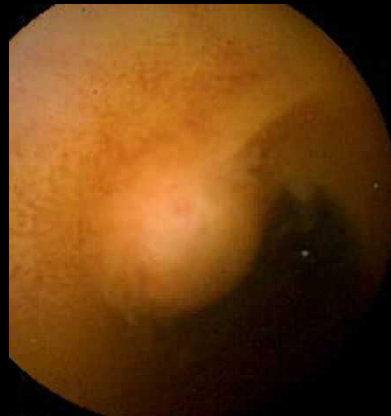


tumeur stromale du grêle ; entérocopie poussée



03:58:11
JP

02 Sep 03



tumeur carcinoïde multifocale ; entéro CT et vidéo capsule

Principes généraux de la conduite à tenir immédiate devant une hémorragie digestive

La prise en charge des hémorragies digestives comprend :

- d'une part l'évaluation et la prise en charge du retentissement hémodynamique de l'hémorragie,
- d'autre part le diagnostic et le traitement spécifique de la lésion causale.

A - Mesures non spécifiques

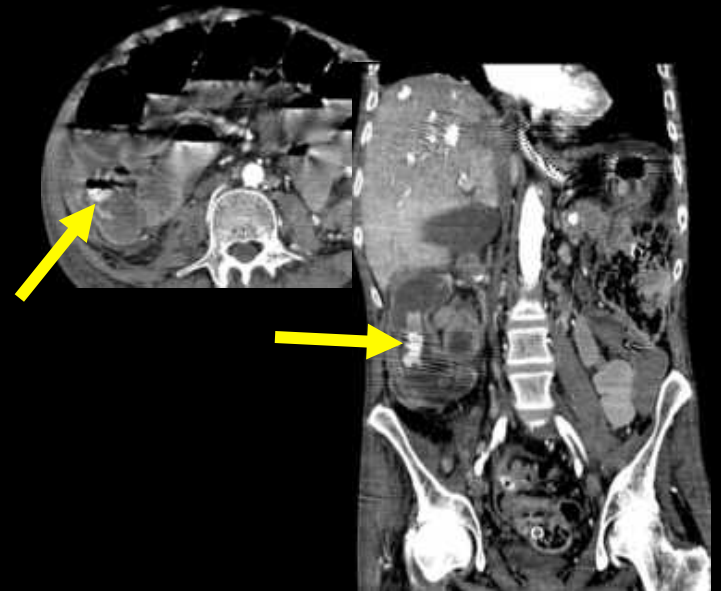
Tout sujet ayant une hémorragie digestive, si minime soit-elle, doit être hospitalisé en urgence (en dehors du cas des rectorragies de petite abondance)

1. Mise en condition du malade

La mesure de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle doit être faite immédiatement, puis une surveillance continue automatisée doit être instaurée.

La mise en place de 2 voies d'abord veineuses de gros calibre doit également être faite en urgence, dès l'arrivée du malade.

Une oxygénothérapie nasale doit être mise en route en cas d'hypoxie.



saignement actif
colique droit ;
angiodyplasie

La pose d'une sonde naso-gastrique doit être faite en cas de suspicion d'hémorragie digestive haute, à visée diagnostique (analyse du contenu gastrique) et à visée étiologique (elle oriente vers une hémorragie digestive haute active en cas de sang rouge pur, et vers une hémorragie digestive haute arrêtée depuis quelque temps en cas de sang digéré). Enfin, elle peut être utilisée pour évacuer l'estomac et préparer l'endoscopie haute.

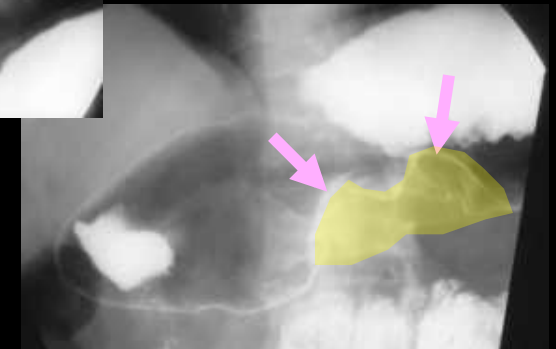
Les traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants doivent être arrêtés et, si nécessaire, les troubles de l'hémostase corrigés.



ulcère médicamenteux (AINS) hémorragique (caillot).



ulcère médicamenteux (AINS) de la grande courbure .



2. Interrogatoire et examen clinique

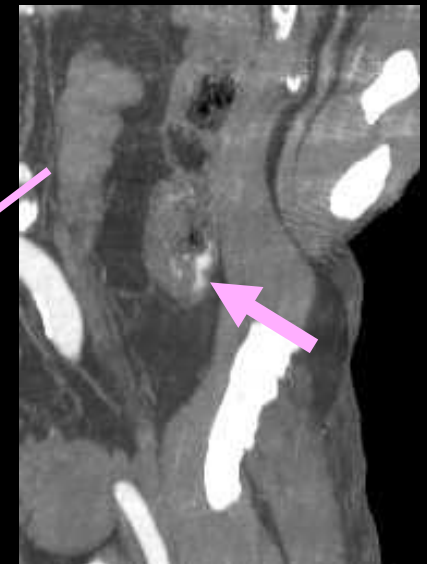
La recherche de la cause **doit tenir compte du contexte** : antécédents pathologiques digestifs, traitements.

Il est important d'effectuer un **toucher rectal** pour authentifier l'hémorragie, la caractériser (méléna ou rectorragies) et rechercher une lésion rectale

3. Examens complémentaires urgents

On doit demander en urgence:

- une **numération** globulaire sanguine,
- la détermination du **groupe sanguin** ABO et Rhésus.
- en cas de transfusion prévisible, un **bilan pré transfusionnel** doit être effectué, comprenant la sérologie de l'hépatite virale C et du VIH (avec information et accord du patient) et le taux des ALAT



diverticule hémorragique

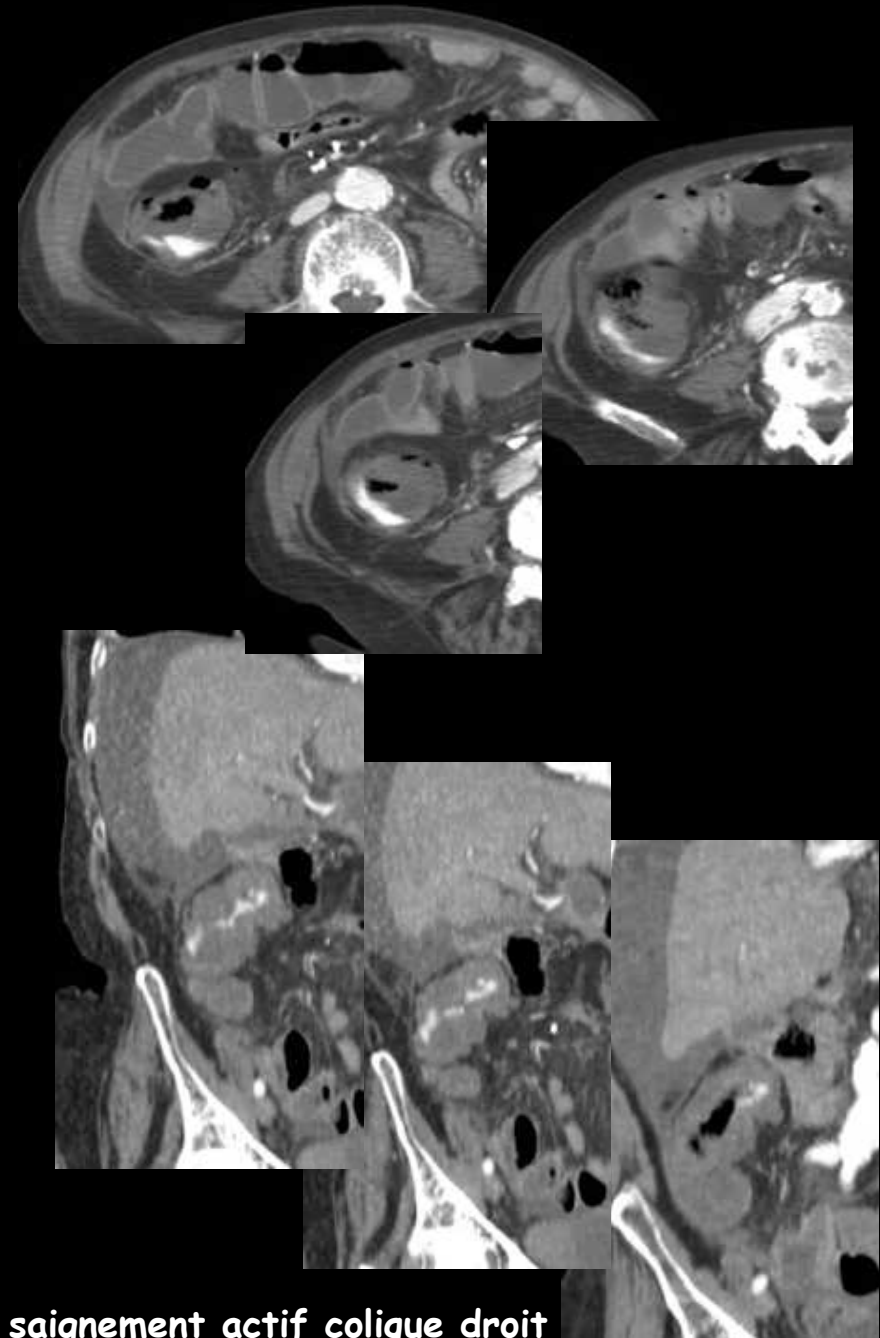
4. Compensation de l'hémorragie et maintien de l'état hémodynamique

La compensation de l'**hypovolémie** se fait par des macromolécules, et celle de l'**anémie** par des culots globulaires.

La quantité et la durée de cette compensation sont fonction des signes cliniques de surveillance ; elles ont pour buts de maintenir une fréquence cardiaque inférieure à 100 batt. /min, une pression artérielle systolique supérieure à 100 mm Hg et une hémoglobine supérieure à **8 g/dL**. La compensation est fonction de la persistance ou de l'arrêt des signes d'hémorragie et de l'âge du malade.

Elle doit être **précoce** et **prudente** chez les **patients âgés**, et doit tenir compte des antécédents cardio-vasculaires.

Dans tous les cas, il faut **informer le patient des complications post-transfusionnelles**, réaliser le bilan pré transfusionnel et obtenir son accord.

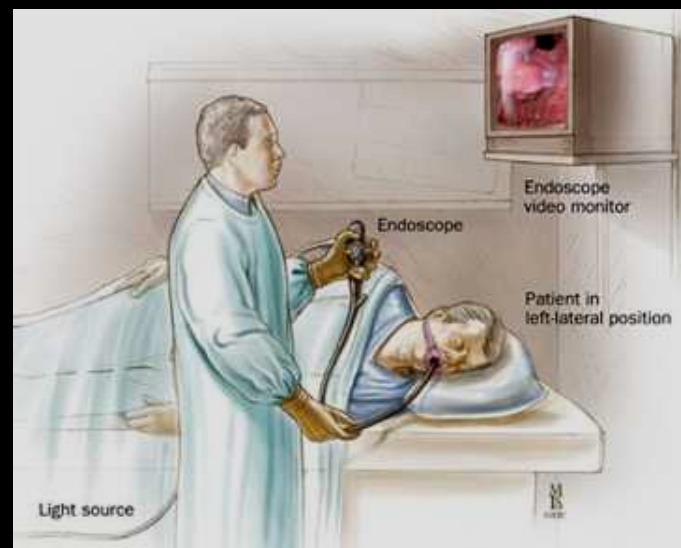


saignement actif colique droit

5. Endoscopie digestive

Une **endoscopie haute et (ou) basse** doit être réalisée le plus souvent **en urgence** devant toute hémorragie digestive extériorisée, **dès que l'état hémodynamique est stabilisé**.

Elle permet le diagnostic lésionnel précis et, la plupart du temps, de réaliser un geste d'hémostase adapté.



6. Place de la chirurgie

En cas d'hémorragie incontrôlable, **il peut être nécessaire d'opérer le malade en urgence**.

La décision doit prendre en compte deux objectifs :

- ne pas opérer à tort un malade dont l'hémorragie aurait pu céder spontanément ou par un traitement médical ;
- ne pas retarder l'opération d'un patient qui risque de mourir de son hémorragie.



diverticule sigmoïdien hémorragique

B - Mesures spécifiques

1 - Orientation diagnostique

- si l'on connaît ou évoque le diagnostic de **cirrhose** (alcoolisme, hépatite virale chronique, ascite, ictère, astérixis, circulation veineuse collatérale), la rupture de varices œsophagiennes est la cause la plus probable.

- en cas d'**antécédents de douleurs épigastriques**, il faut penser à une hémorragie due à un **ulcère**. La prise d'AINS doit être systématiquement recherchée.

- des **vomissements** précédant l'hématémèse évoquent un syndrome de **Mallory-Weiss**.

- la maladie de **Rendu Osler** est très rare et s'accompagne d'**angiomes buccaux, labiaux ou cutanés**.



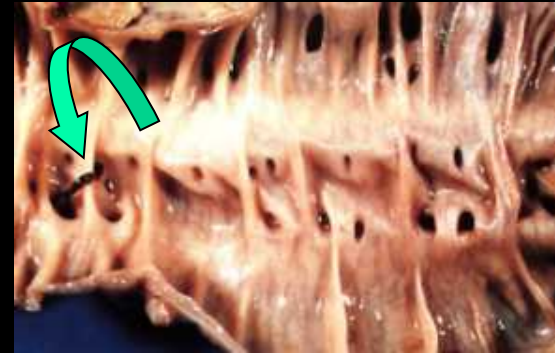
Des **explorations urgentes** sont nécessaires pour préciser la lésion responsable de l'hémorragie digestive.

- en cas d'hématémèse ou de méléna, c'est l'endoscopie digestive œso-gastro-duodénale.

- en cas de rectorragie abondante, il faut faire une endoscopie haute en urgence et, si elle est normale, pratiquer une recto-sigmoïdoscopie, voire une coloscopie, si possible sous anesthésie. Il faut **affirmer la place du CT multiphasique volumique dans le diagnostic topographique et étiologique des hémorragies digestives**. Sur le plan purement diagnostique **il a supplanté l'angiographie** qui ne doit plus s'envisager que dans le cadre interventionnel lorsque toute indication chirurgicale d'urgence paraît inenvisageable

- en cas de rectorragie peu abondante, une coloscopie peut être faite dans les jours qui suivent après une préparation correcte.

- si la coloscopie s'avère normale, il faut discuter l'indication d'un **entéroscanner multiphasique** de l'abdomen ou d'une **vidéo capsule** éventuellement complétée d'une **entéroscopie à double ballonnet**, à visées diagnostiques et thérapeutiques.



hémorragies
d'origine
diverticulaire



2. Ulcère gastro-duodénal

- Le traitement de l'ulcère hémorragique est **médical** (pharmacologique et/ou endoscopique) et/ou chirurgical.

- Le traitement pharmacologique repose sur les **inhibiteurs de la pompe à protons**, par voie veineuse, puis par voie orale, associés à un **traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori*** et à l'**arrêt des gastro-toxiques**.

- Un **traitement endoscopique** [injection d'adrénaline, électro-coagulation, clips] est réalisé en cas d'**ulcère à haut risque hémorragique** (hémorragie active, vaisseau visible et caillot adhérent).

- Un traitement chirurgical doit être envisagé, soit en cas d'**hémorragie massive inaugurale** (ulcère de la face postérieure du bulbe, ulcère de la petite courbure gastrique), soit en cas d'**hémorragie persistante ou récidivante après échec de 2 traitements endoscopiques**.



hématémèse : ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal, perforé dans la VCI.

3 . Rupture des varices œsophagiennes

En plus des mesures non spécifiques de réanimation générale, le traitement des ruptures des varices œsophagiennes comprend :

- un traitement pharmacologique et
- un traitement endoscopique.

Le traitement pharmacologique est instauré dès la suspicion de la cause. Il s'agit d'analogues de la vasopressine :

terlipressine (Glypressine 1 à 2 mg en IV toutes les 4 h, selon le poids), ou somatostatine (Modustatine, Somatostatine UCB, 250 g/h, perfusion IV.), ou de son analogue, l'octréotide (Sandostatine 25-50 g/h, perfusion IV.).

Une endoscopie digestive haute doit être réalisée dans les 12 premières heures .

Les gestes hémostatiques recommandés sont en premier la **ligature** ou la **sclérothérapie endoscopique**. Un traitement par **colle biologique** peut aussi être réalisé.



varices œsophagiennes



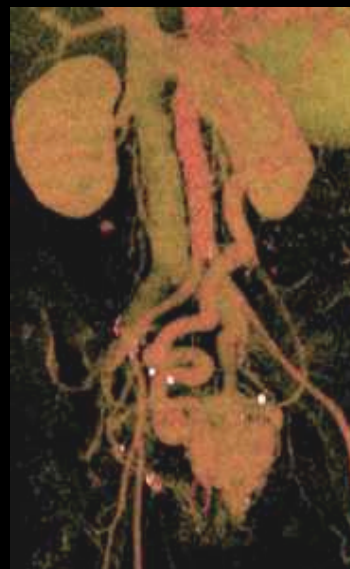
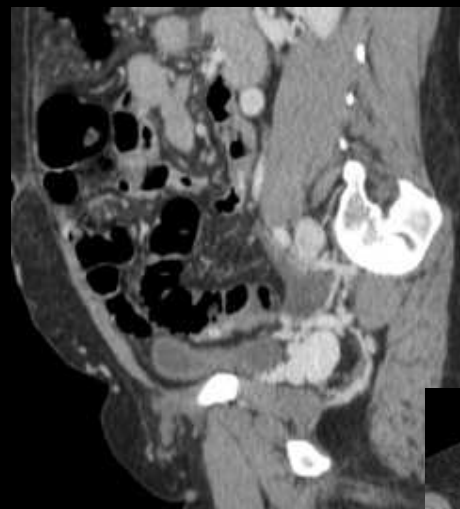
varices gastriques

On associe systématiquement un **traitement antibiotique en prophylaxie des infections**, notamment du liquide d'ascite (p. ex. : norfloxacine [Noroxine 400 mg, 2 fois/j]), et un traitement de l'encéphalopathie hépatique (lactulose [Duphalac]).

Si l'endoscopie n'est pas possible et en cas d'hémorragie massive, on peut réaliser un **tamponnement œsophagien par sonde hémostatique laissée en place au maximum 24 heures**.

En cas d'échec du traitement précédent ou en cas de récurrence précoce après un 2^{ème} geste endoscopique, on peut proposer la **mise en place d'un shunt porto systémique intra hépatique par voie transjugulaire (TIPS)**.

Une **prophylaxie secondaire des ruptures des varices œsophagiennes** doit être mise en route ; elle est soit pharmacologique (le traitement de choix est le **traitement bêta-bloquant non sélectif** : propranolol [Avlocardyl LP 160 mg/j]), soit **endoscopique** avec éradication des varices œsophagiennes par **ligature**.



HTP ; varices rectales

4. Érosions gastriques aiguës

Le traitement repose sur les **inhibiteurs de la pompe à protons** par voie orale ou intraveineuse selon le contexte.

Il faut s'efforcer de trouver la cause afin de la traiter.

