

Université Abou Bakr Belkaid
Faculté de médecine
3^{ème} et 4^{ème} année de médecine

TD

Hémorragie digestive

Pr Bouayed

DÉFINITIONS

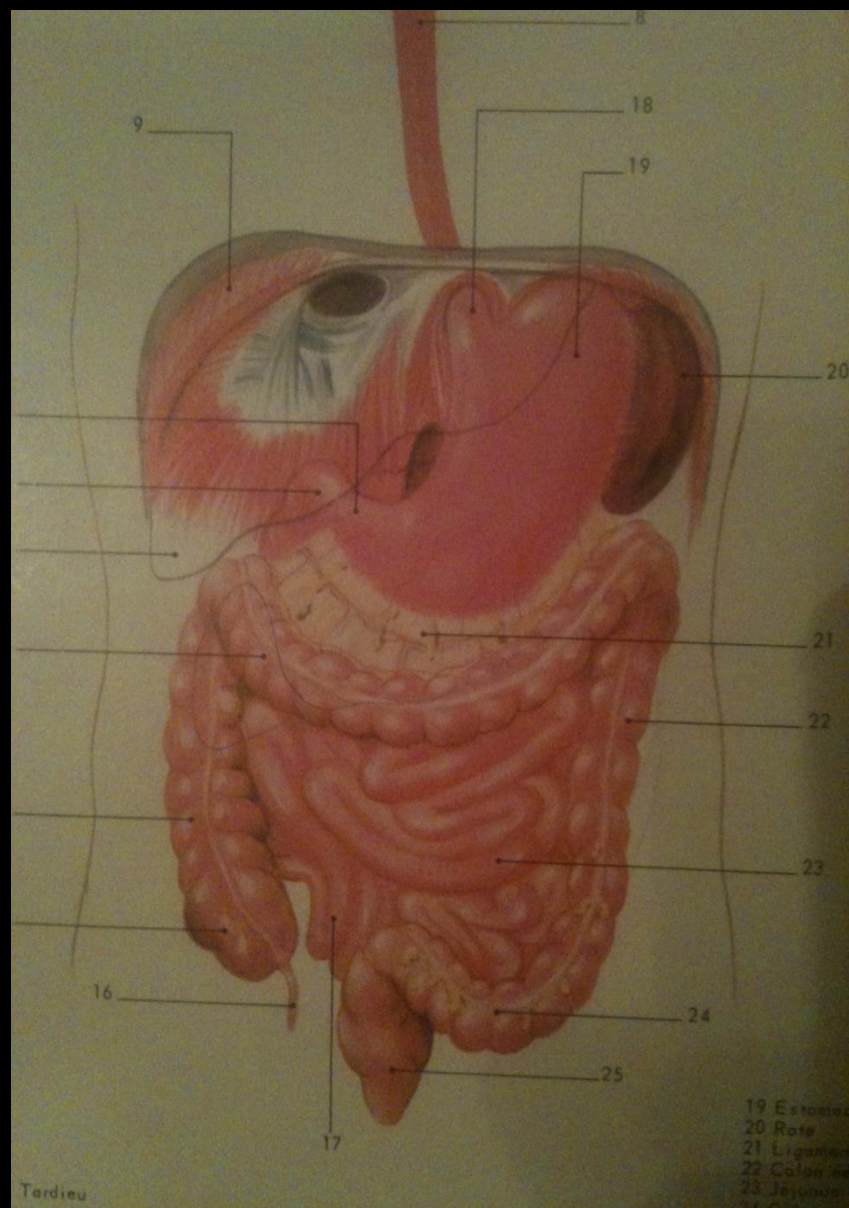
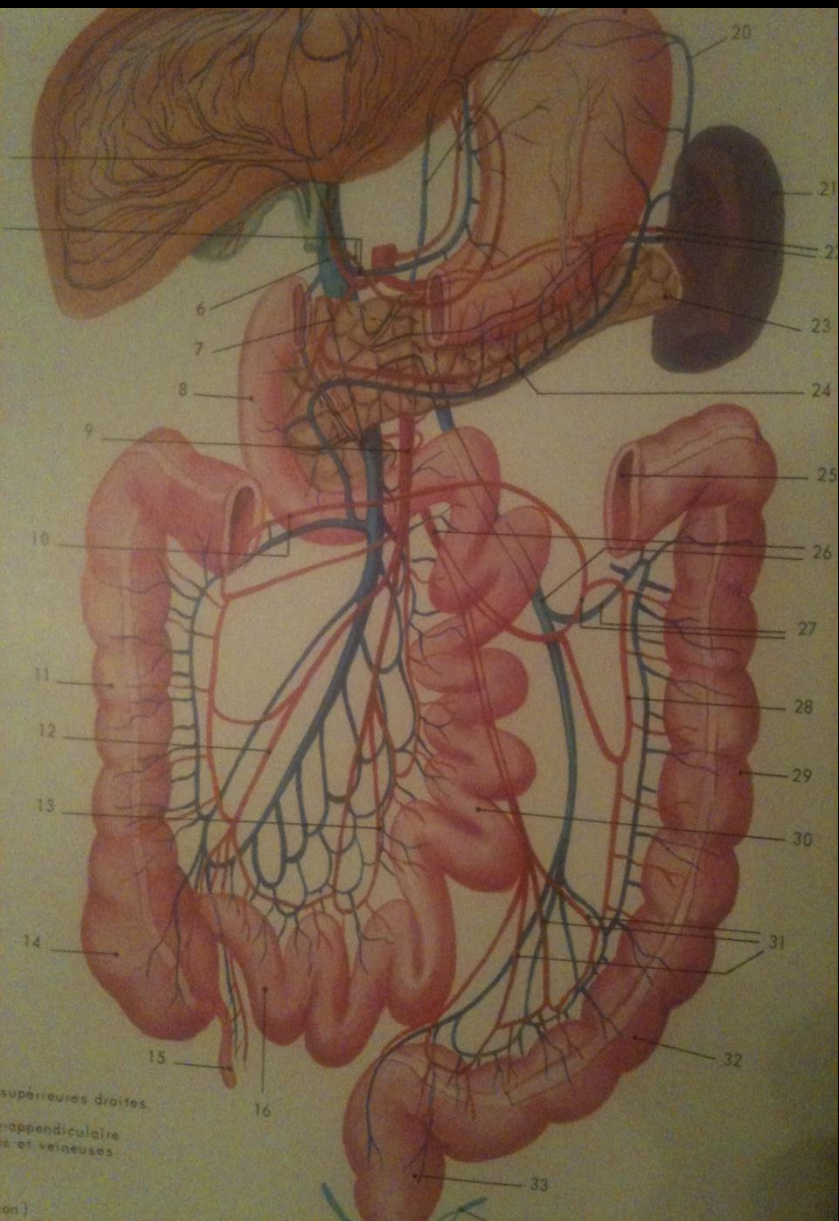
1. Hémorragie macroscopique:

a. Hématémèse: VMS contenant du sang rouge ou noir, non aéré en amont de l'angle DJ

b. Méléna: émission de selles noires et malodorantes en amont de l'angle colique droit.  Sang digéré

c. Rectorragies: émission de sang rouge par l'anus en aval de l'angle droit  sang non digéré

- **HDH**: toute hémorragie dont la source se situe en amont de l'angle de Treitz, si bien qu'elle **peut se** manifester par une hématemèse
- **HDB** : la source est située en aval de l'angle de Treitz. Elle ne peut s'extérioriser que sous forme de méléna ou de rectorragies



2. Hémorragie digestive occulte :

- * **Le sang occulte est invisible à l'œil nu,**
- * **présent dans les selles en quantité infime.**
- * **Un test facile à mettre en œuvre permet de le détecter**
 - **hémocult avant 2015**
 - **Test immunologique fécal:** Reconnaît dans les selles la présence alors que le sang lui-même n'est pas visible à l'œil nu, L'objectif du test est ainsi de détecter des lésions précancéreuses (polypes) ou de petits cancers qui sont déjà responsables d'un saignement occulte sans pour autant être encore responsables de symptômes digestifs (constipation récente, saignement macro) ou généraux (perte de poids, fatigue) qui témoigneraient alors de lésions plus évoluées.

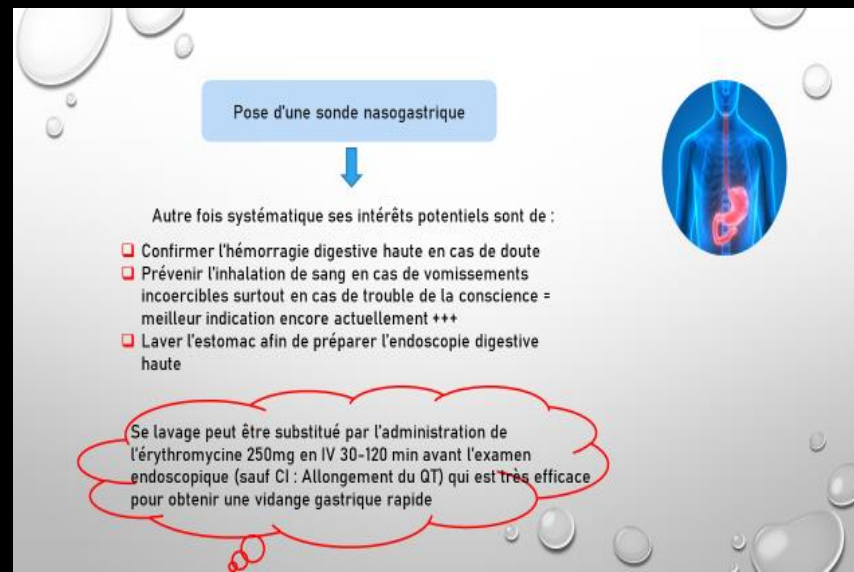
Anémie ferriprive :

- Hb < 12 g/dl femme, < 13g/dl homme
- VGM < 82

Conduite A Tenir

1- Affirmer une hématomèse

- Eliminer
 - **HEMOPTYSIE** : rejet par la bouche de sang des voies aériennes sous-glottiques: sang rouge vif, aéré, spumeux, efforts de toux
 - **EPISTAXIS DEGLUTI** : saignement nasal ant / post, dégluti et digéré
- ➡ Examen ORL ++
- Doute diagnostique: SNG : présence de sang dans l'estomac



2- Déterminer la gravité

a-L'abondance est un mauvais critère = le PC vital est mis en jeu

**Le choc hémorragique = Hypovolémie d'origine hémorragique =
insuffisance circulatoire aiguë = URGENCE MEDICALE**

b-Diagnostic est clinique :

- Cardio-vx : tachycardie, pouls filant ou imprenable ; TA S < 10 mmHg
 - Oligo-anurie
 - Cutané : sueurs, cyanose lèvres et extrémités
 - Neuro : angoisse, agitation . obnubilation, coma
 - Respiratoire : polypnée superficielle
-
- **Signes généraux** : soif, hypothermie
 - **Biologie**: La  de l'hématocrite et du taux d'Hb

Oxygénothérapie
Ou
intubation
endotrachéale



- Patient conscient ou
- Patient comateux



Sonde urinaire



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

3- Déterminer la cause : Démarche diagnostique

• Etape 1 : Interrogatoire ++ = orientation DG

a/En cas d'hémorragie digestive haute (HDH)

- ATCD ulcère gastrique ou duodéal
- prise de médicaments gastro-toxiques : AINS +++, Aspirine, corticoïdes
- ATCD de cirrhose  VO (varices oesophagiennes)
- L'abondance: vms sanglants rouge vif en jet ou de faible abondance (aliments mélangés au sang)

b/ En cas HDB: 10 fois – fqte (sujets âgés)

- **les caractères:** (rectorragies isolée sans évacuation fécale, rectorragie accompagnant les selles ou les précédant),
- **la fréquence:** Hgie survenant à chaque selle, ou épisodiquement en en cas de constipation),
- **l'abondance:** depuis la petite Hgie à l'essuyage jusqu'à l'évacuation abondante de sang parfois « cailloté ».
- **Le type de rectorragies:** peut orienter le diagnostic :
 - la présence de sang sur le papier d'essuyage ou en dehors des selles, oriente vers une lésion anale, ou anorectale
 - lorsque le sang est mélangé aux selles, on peut soupçonner l'existence d'une tumeur colique gauche (cancer)

• Etape 2 : Examen Clinique

- **En cas d'hémorragie haute:** examen abdominale
 - hépatomégalie à bord inférieur tranchant
 - Hépato splénomégalie
 - angiomes stellaires, circulation collatérale abdominale, ascite



cirrhose hépatique: cause connue des VO

- **En cas d' hémorragie basse :**
 - Inspection de la région anale: hémorroïdes –fissures ...
 - TR: masse rectale

• Etape 3 : Examens complémentaires

- HDH: FOGD

- localisation du saignement et la nature
- Réaliser si besoin un geste d'hémostase en cas de saignement actif

➤ **Varives oesoph VO** : ligature ou sclérose des varices

➤ **UGD**: électrocoagulation/sclérose

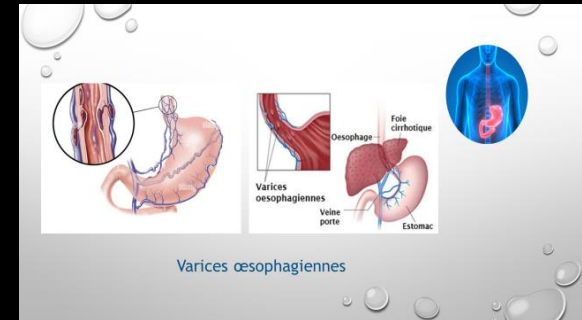
Indications de l'endoscopie :

Après stabilisation hémodynamique du patient

*Hb min 8g / dl et Hématocrite > 25%

- HDB: - anoscopie

- coloscopie RS
- coloscopie totale



Les différentes techniques d'hémostase endoscopique :



- Injection sous muqueuse d'adrénaline diluée
- La pose de clips métalliques
- La poudre hémostatique (hemospray)
- La coagulation thermique

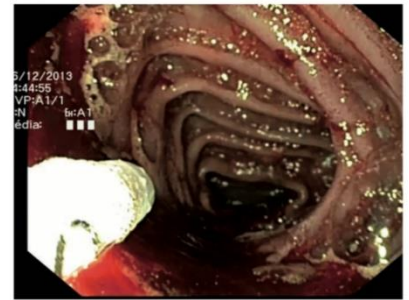


Figure 3. Application d'Hemospray® sur ulcère duodénal hémorragique

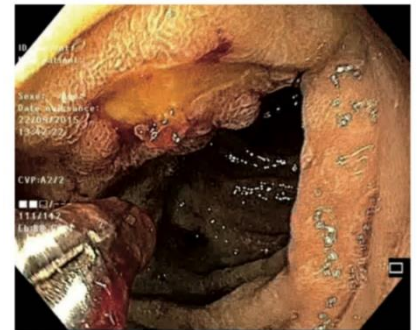


Figure 2. Pose de clips sur un ulcère Forrest IIa duodénal



Les objectifs de ces mesures de réanimation sont :

- Une fréquence cardiaque < 100 Bpm
- Une hémoglobine entre 7-9 g/dl (supérieure à 9 g/dl en cas de maladie cardiorespiratoire ou d'état de choc)
- Diurèse supérieure à 30 ml/h
- Une PAM > 65 mm Hg

• Causes fréquentes des HDH

1- Hypertension portale (HTP): → VO

- Hémostase endoscopique : sclérose ou ligature élastique de la varice qui saigne
- sondes de tamponnement (de Blakemore ou de Linton) : c'est une technique dangereuse et d'efficacité temporaire. Elles doivent être réservées aux hémorragies incontrôlables

2- ulcères duodénaux ou gastriques → Hgie ulcéreuse

- Ulcère bulbaire postérieur +++
- Sclérose par adrénaline ou mélange aetoxysclérol/ adrénaline et/ou mise en place de clips homéostatiques.
- La récurrence ou la persistance d'une hémorragie active fera discuter la chirurgie

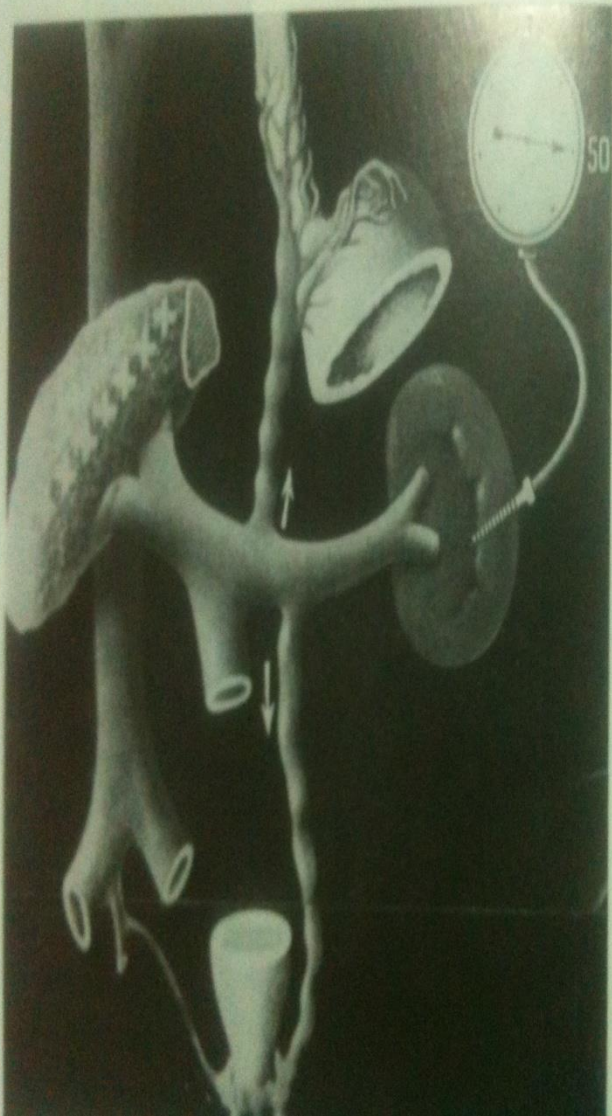


FIG. 764. — Schéma du système porte hypertendu et statique. Spléno-manométrie élevée à 50 cm. d'eau. Varices œsophagiennes et gastriques. Hémorroïdes.

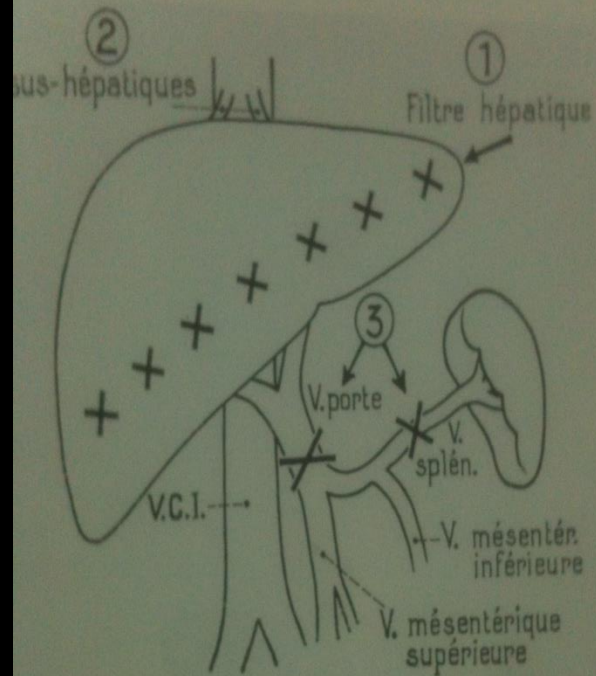
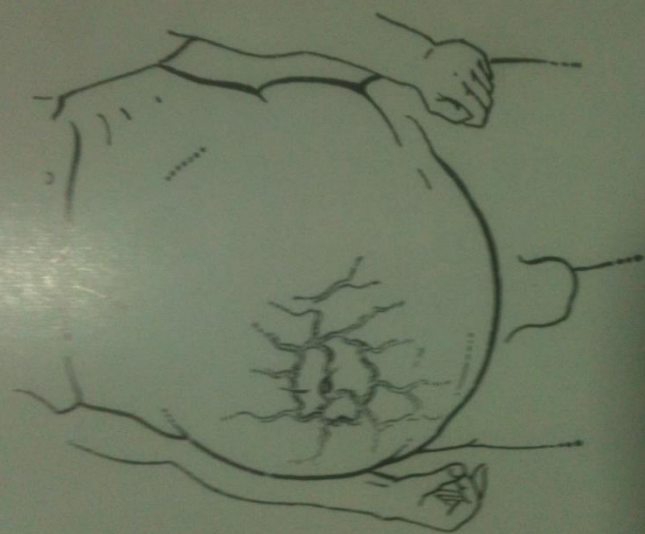


FIG. 765. — Les différentes localisations de l'obstacle à l'écoulement du sang porte, responsables d'une hypertension portale. L'arrêt du sang peut siéger :
niveau du parenchyme hépatique : cirrhose;
niveau des veines sus-hépatiques : syndrome de Budd-Chiari;
niveau du réseau veineux portal.

elures qui se dessinent en négatif



FIG. 763. — Œsophagoscopie: varices œsophagiennes.



7. — Circulation veineuse collatérale de la p...
le, prédominant dans la région péri-ombilic...

- **Causes rares:**

- Angiomes gastriques
- Mallory-Weiss 5%
- Angiodysplasies 3 %
- Tumeurs malignes gastriques

SYNDROME DE MALLORY-WEISS



FIG. 638. — Syndrome de Mallory-Weiss.

Aspect opératoire : déchirure de la muqueuse gastro-œsophagienne, à cheval sur la cardia, et responsable d'hémorragies.

Des hématoméses viennent au décours répétés et abondants linéaire de la muqueuse du bas œsophage, de la cardia de l'estomac.

Le diagnostic en cas d'œsogastrique qui montre une cicatrice longitudinale de l'œsophage, du cardia et de la courbure gastrique. On suture la brèche, est

- **Causes fréquentes des HDB**

1/ La diverticulose colique est la première cause d'HDH:

- Ces Hgies s'arrêtent le plus souvent spontanément
- mais récidivent dans 10 à 25 % des cas.
- L'angioscanner en période hémorragique, visualise le saignement
- Le traitement chirurgical habituel est une colectomie segmentaire.

DIVERTICULES

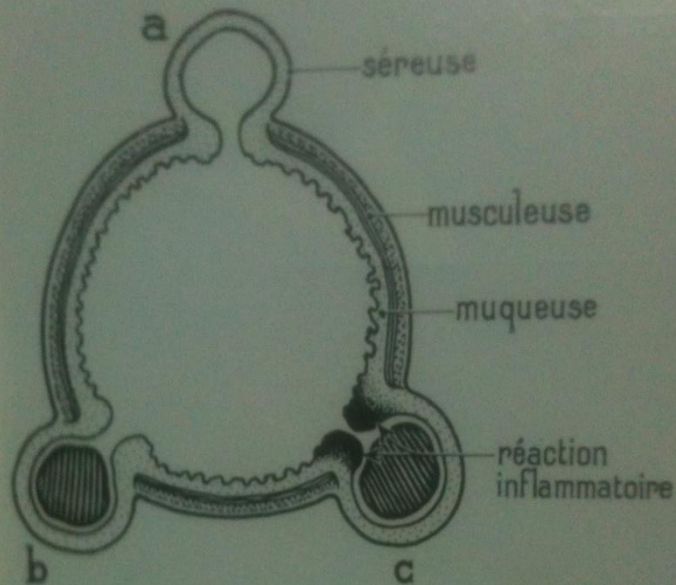


FIG. 682. — Coupe transversale de côlon présentant 3 diverticules :

- a) diverticule simple;
- b) corps étranger enclavé dans un diverticule;
- c) rétrécissement inflammatoire du collet du diverticule.

— à l'extérieur (fig. 683,3) et suiv

issement de la paroi du diverticule
alentour demeure saine.

perforer :

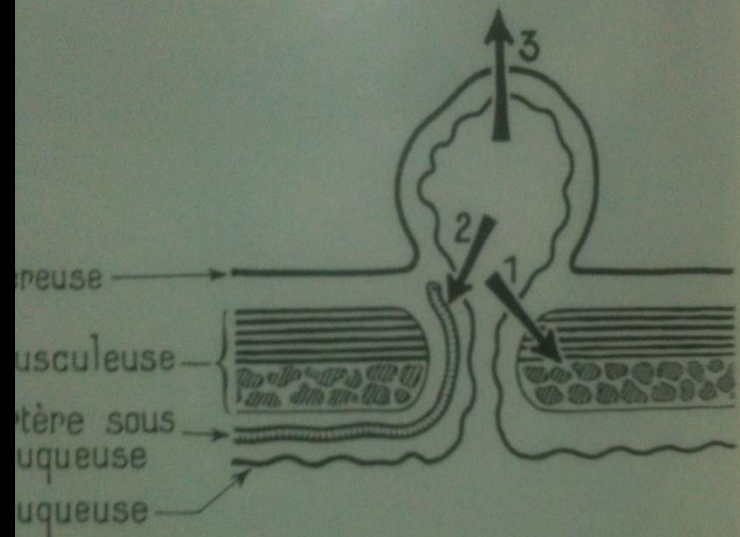


FIG. 683. — Coupe longitudinale de la paroi colique au niveau d'un diverticule.

types de perforations diverticulaires :

- dans la paroi colique : tumeur sténosante pseudo-néoplasique;
- dans un vaisseau intra-pariétal sous-muqueux : hémorragie intestinale;
- dans la cavité péritonéale : péritonite ou

2/ Les tumeurs malignes :

- représentent la deuxième cause:
- Les lésions du côlon gauche et du rectum sont le plus souvent impliquées (25% des cas).

3/ Les saignements hémorroïdaires :

- sont rarement abondants mais ils représentent une cause de Dg théoriquement facile,
- impliquée dans 15 à 20 % des rectorragies.