Hémorragies Digestives

1. Généralités :

- La mortalité globale est de 5 à 30 %
- C'est une urgence médicale et chirurgicale
- Hospitalisation en milieu spécialisé
- Il existe 3 principales présentations cliniques :

-Hématémèse : rejet de sang rouge ou noir par la bouche .

-Méléna : rejet de sang digéré par l'anus (selles goudron nauséabondes)

-Rectorragies : rejet de sang rouge par l'anus .

2. CAT face à une hemorragie abondante :

- Reconnaître l'hemorragie digestive :

-Inspection des vomissements ou des selles , constater une hématémèse , un méléna , une rectorragie ….

- Apprécier la gravité de l'hemorragie :

-par la quantité de sang exteriorisée

-l'association hématémèse +méléna signe en général une hemorragie digestive de grande abondance .

-L'importance d'une HD se juge en fait sur les signes généraux et l'hémodynamique :

=Tachycardie
=malaise par hypotension
=Pâleur
=sueurs
=polypnée
=marbrures

-Interrogatoire rapide à la recherche d'une pathologie associée pouvant aggraver le pronostic (insuf cardiaque..)

-Le taux d'hémoglobine et l'hématocrite permettent d'évaluer l'importance initiale de la déplétion sanguine , son évolution et l'efficacité de sa correction.

• Les premiers gestes :

- Mise en place de 2 cathéters de gros calibre dans des veines périphériques.

- Prélèvement sanguin : groupe sanguin et RAI , numération sanguine , plaquettes , taux de prothrombine , TCA , ionogramme sanguin , urée , creatinine , transaminases , bilirubine .

- Oxygénothérapie .

-Rétablissement d'un état hémod correct avec perfusion de solutés macromoluculaires et transfusion de culots globulaires (si hb < à 7 g/dl et selon le terrain) .

- Surveillance des signes vitaux : pouls , tension arterielle , saturation en oxygène , ECG , diurèse .
- Mise en place d'une sonde nasogastrique : pour effectuer des lavages .

3-Hémorragie digestive haute :

● Démarche diagnostique :

a-Interrogatoire : antécédents d'ulcère gastroduodénal , prise médicamenteuse (AINS ,aspirine…) , antécédants de maladie hépatique ou de varices oesophagiennes , des vomissements ayant précédé l'hémorragie , une intoxication alcoolique , intervention chirurgicale récente sur le tube digestif ….

b-Examen physique : recherche d'une hépatomégalie , de signes d'hypertension portale , d'insuffisance hépatocellulaire , une masse abdominale , une douleur provoquée à la palpation …

c-Endoscopie oeso-gastro-duodénale :

-elle doit avoir lieu dans les premières heures pour déceler et traiter l'hemorragie .

-en secteur de soins intensifs

-chez un malade conscient ou ventilé si troubles de la conscience .

-après réstauration de l'etat hémodynamique .

-elle permet de faire le diagnostic et un geste d'hemostase si besoin .

• Les causes :

a-ulcères gastro-duodénaux :le traitement en urgence : IPP : mopral (omeprazole) en IVSE à la dose de 8 mg/h pendant 24h à 48h. Quand le saignement est actif durant l'endoscopie on réalise une injection locale l'histoacryl(colle) pour les varices cardiotubérositaires .

-si echec des traitements précédents : sonde de Blackmore à double ballonnet ou bien discuter d'un shunt porto-cave par voie transjugulaire (TIPS) .

-les mesures associées : antibioprophylaxie et ttt de l'encéphalopathie hépatique .

c-Gastropathie d'hypertension portale :

-Il peut s'agir d'une atteite diffuse de l'estomac donnant l'aspect en mosaïque ou un aspect d'ectasies vasculaires à prédominance antrale . Il est rare que ces lésions soient responsables d'une hémorragie aigue .

d'adrénaline , ou une méthode thermique selon la nature de la lésion . Si echec on fait appel à la chirurgie (surtout si saignement artériel récidivant)

b-Rupture de varices oesophagiennes :

-la mortalité immédiate reste élevée (15 à 40%) .Le risque de récidive est fonction de la taille des varices et de leur aspect .

-traitement d'urgence : lorsque une RVO est suspectée (antécédants , clinique ..) , un traitement par sandostatine est instauré (réduit le débit circulatoire) à la dose de 600 gamma /24h , c.à.d 25 gamma/24h, la duréé est de 2 à 5 jours .

-le ttt endoscopique en urgence fait appel aux ligatures élastiques (en première intention) , ou injections avec produits sclérosants comme l'aetoxysclérol , ou

d- Syndrome de Mallory-Weiss : c'est une déchirure longitudinale linéaire , siegeant à chevalsur le cardia, due à des efforts de vomissements . Si le saignement est actif on pratique une hémostase par voie endoscopique , sinon instauration d'un ttt médical par des IPP type mopral et des antihémétique .

e-Lésions aigues ulcérées gastro-dd :

- secondaires à une prise médicamenteuse gastrotoxique (AINS,aspirine)
- lésions dites de stress : chez les patients atteints de defaillance multiviscérale , hospitalisés en réanimation

f-Les oesophagites ulcérées hémorragiques

g-Plus rarement les tumeurs malignes oesogastriques .

4-Hémorragie d'origine basse :

-Origine :grêle,colon,anorectum
-rarement abondante avec un retentissement hémodynamique.
-en général c'est du sang rouge vif .

a-hémorragie abondante :

-pose systématique d'une SNG :il faut écarter un saignement haut .
-faire systématiquement une fibroscopie .
-par la suite éliminer une lésion basse avec un examen de la marge anale et une rectosigmoidoscopie qui est généralement complétée plus tard par une coloscopie totale (après une préparation orale par du peg).

b-hémorragie modérée ou minime :

-interrogatoire : si troubles du transit ou traumatisme suite à la prise de température ….

-faire une rectosigmoidoscopie apres un lavement souvent au normacol et ultérieurement copléter obligatoirement par une coloscopie totale .Si l'origine n'est pas retrouvée faire une exploration du grêle soit par une entéroscopie,ou entéroscanner ou vidéocapsule .

• Les principales causes :

-hémorroides : la cause la plus fréquente,ttt médical sinon ligatures,sclérose ou chirurgie .

-fissures,cancer anal ou lésions vénériennes .

-Le cancer rectocolique .

-Les angiodysplasies coliques : malformations vasculaires

-Les diverticules .

-ulcération thermométrique /coagulation ou suture chirurgicale .

-MICI .

-Colite ischémique : pathologie du sujet âgé : suite à un bas débitcardiaque(chute de tension ,deshydratation :evolution spontanée favorable en général .

-rectite radique

-colites infectieuses et parasitaires .

-diverticule de Meckel : ttt chirurgical