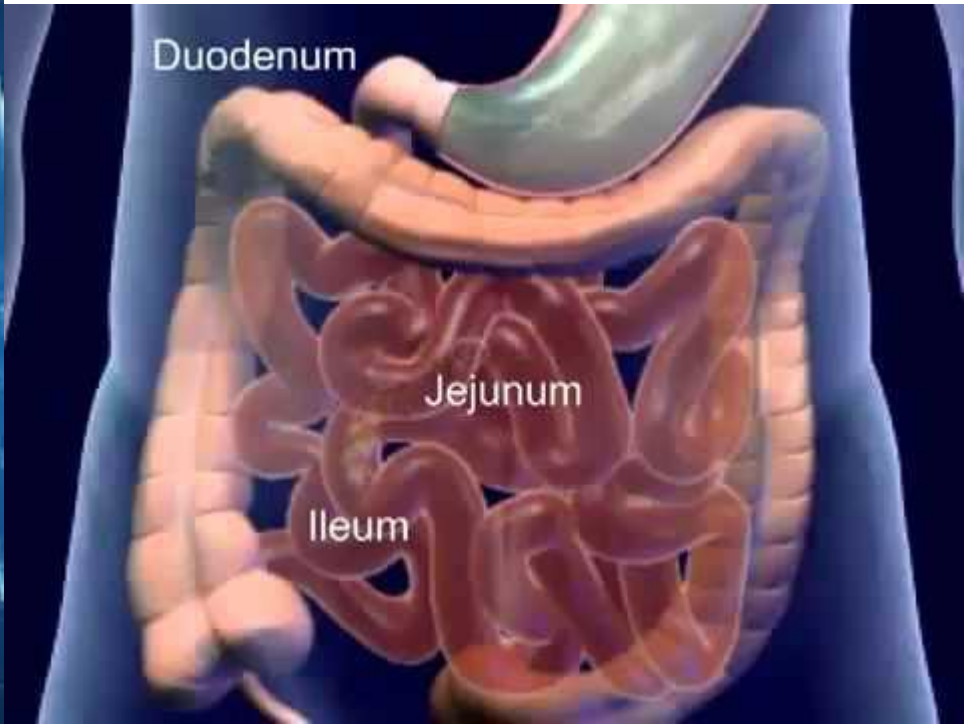




# HEMORRAGIE DIGESTIVE

**Dr Mohamed Amine MSOLLI**

Service des Urgences  
**MONASTIR**



# Introduction

Perte de sang par l'intestin

- Aiguë : tableau clinique bruyant
- Chronique : Anémie ferriprive

Origine haute : œsophage, estomac, duodénum (au dessus de l'angle duodéno-jujénal angle de treitz)

Origine basse : au dessous de l' angle de Treitz

Rôle clé de la Fibroscopie oeso-gastro-duodénale

# Physiopathologie

Peut prendre plusieurs aspects :

- Hématémèse
- Méléna
- Rectorragies
- Hémorragie Occulte

# Hématémèse

Vomissement de sang rouge ou noir

Toujours hémorragie d'origine haute (tractus oeso-gastro duodenal)

Différent des hémoptysies et des épistaxis dégluties

Presque toujours suivie ou accompagnée de méléna

# Méléna

Émission par l'anus de sang digéré noir et fétide

Différent des selles noircies par la prise de Fer (TARDYFERON®) ou de charbon

Traduit une hémorragie d'origine haute (tractus OGD) mais aussi grêle => colon droit

# Rectorragies

Émission par l'anus de sang rouge non digéré

Traduit une hémorragie digestive basse

Plus rarement accompagne une hémorragie digestive haute très abondante

# Hémorragies « occultes »

C'est-à-dire sans extériorisation visible

Découverte lors d'un bilan biologique : anémie ferriprive



# Étiologies

## Hémorragie digestive haute

### 1 – Ulcères gastro-duodénaux



# Étiologies

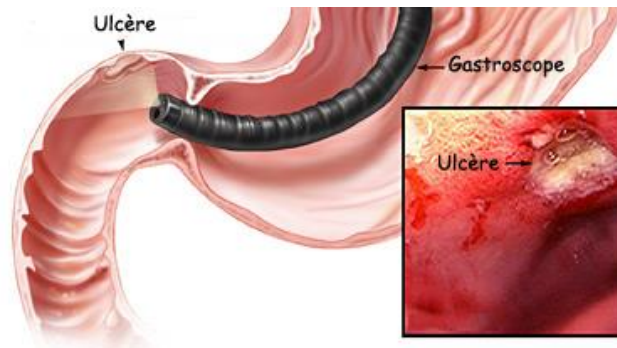
## Hémorragie digestive haute

### 1 – Ulcères gastro-duodénaux

#### Score de Forrest

I a : hémorragie en jet	90%	R E C I D I V E ↓	10%	M O R T A L I T E ↓
I b : hémorragie en nappe	20		10	
II a : vaisseau visible non hémorragique	50		10	
II b : caillot adhérent	20		5-10	
II c : tache pigmentée	7		0-10	
III : fond propre	3		< 5	

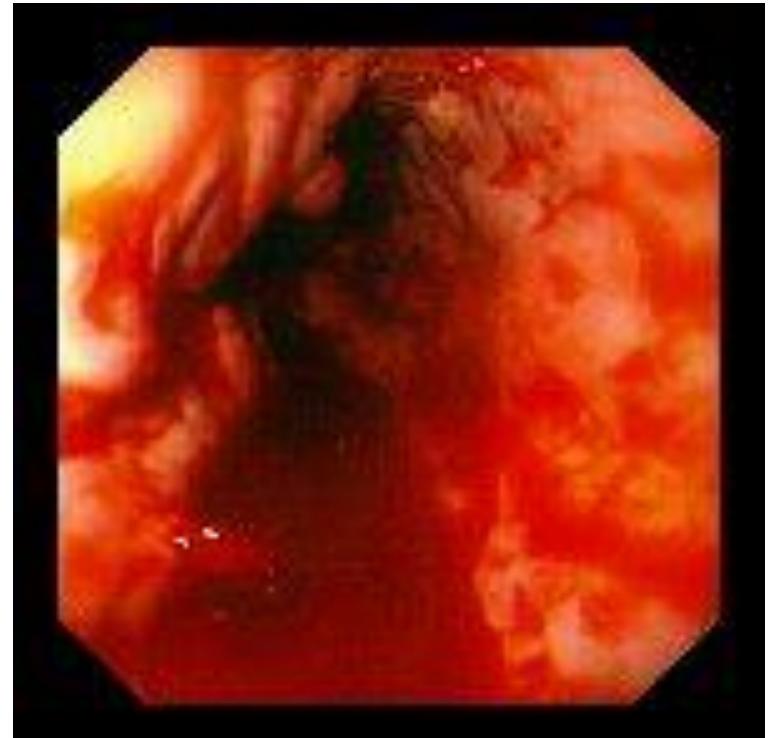
Haut risque de récurrence = Ia → IIb + face post bulbe



# Étiologies

## Hémorragie digestive haute

### 2 – Varices oesophagiennes



# Étiologies

## Hémorragie digestive haute

### 3 – Gastropathie d'HTP et varices gastriques



# Étiologies

## Hémorragie digestive haute

### 4 – Gastrites et oesophagites



# Étiologies

## Hémorragie digestive haute

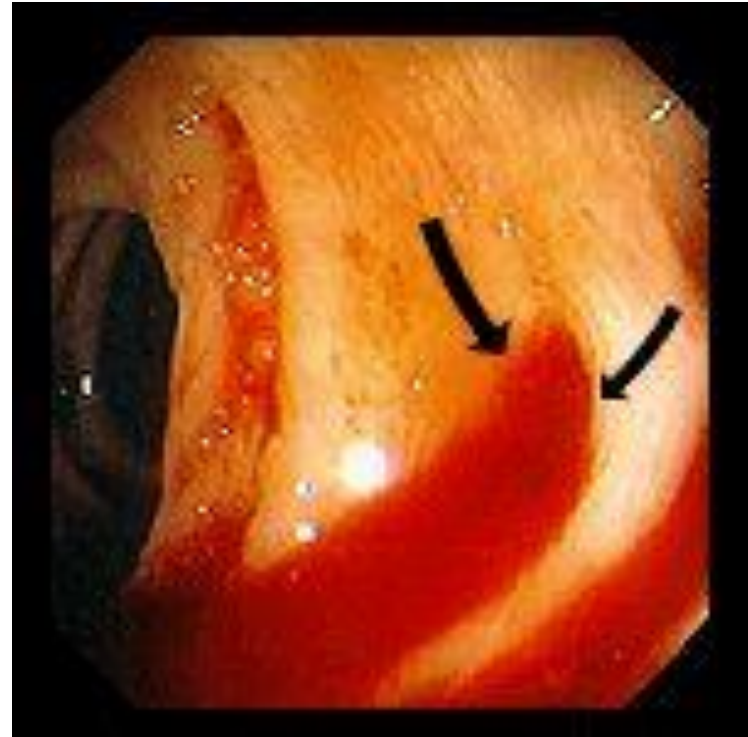
### 5 – Cancer gastrique et oesophagien



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

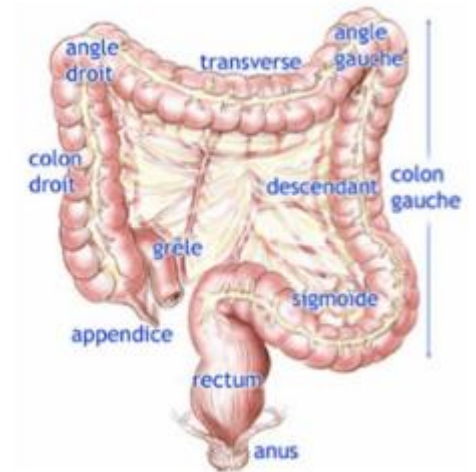
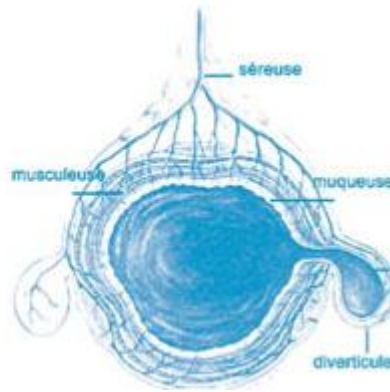
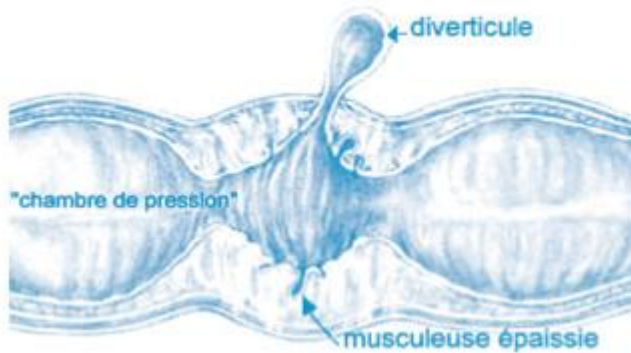
### 1 – Diverticules coliques



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

### 1 – Diverticules coliques





# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

### 2 – Cancer colique



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

### 3 – Polype colique



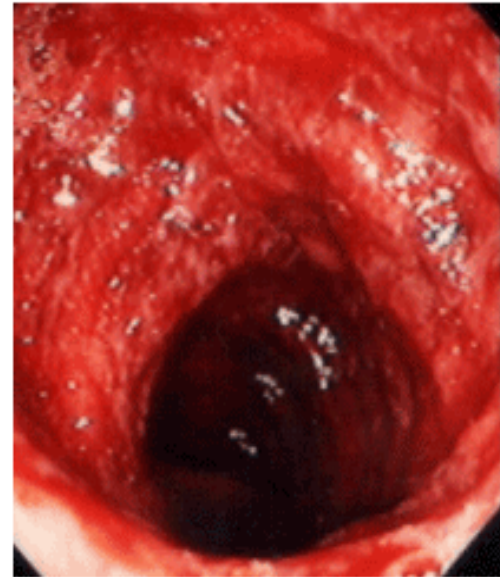
# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

### 4 – LES MICI : Crohn et RCH



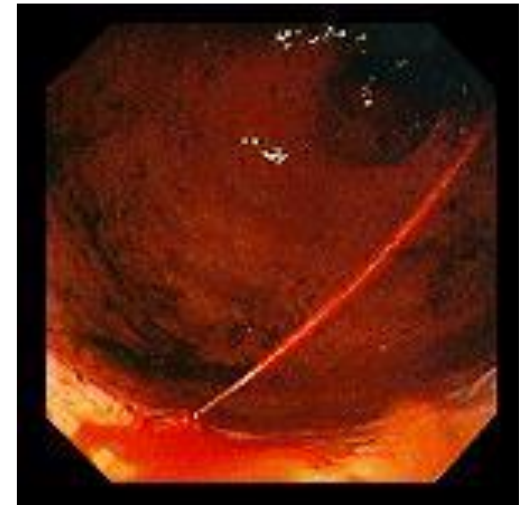
Aspect de la muqueuse rectocolique vue par coloscopie  
chez un malade atteint de rectocolite  
hémorragique en poussée



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

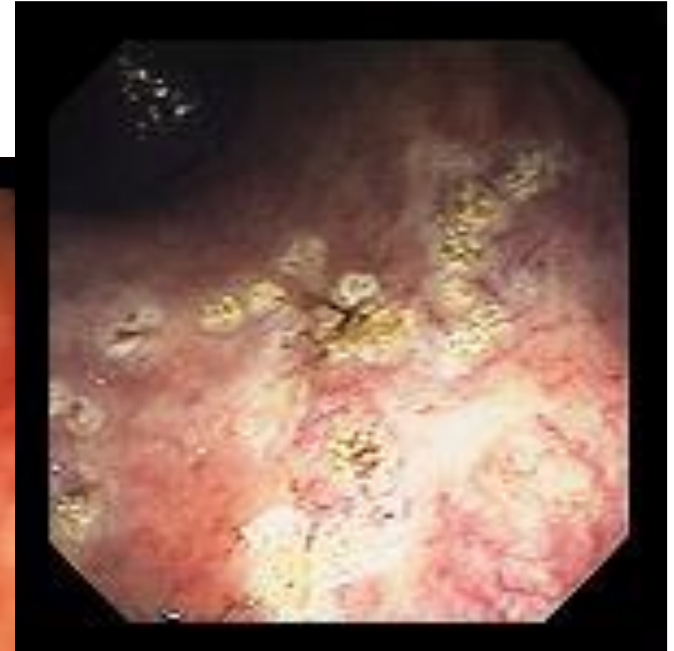
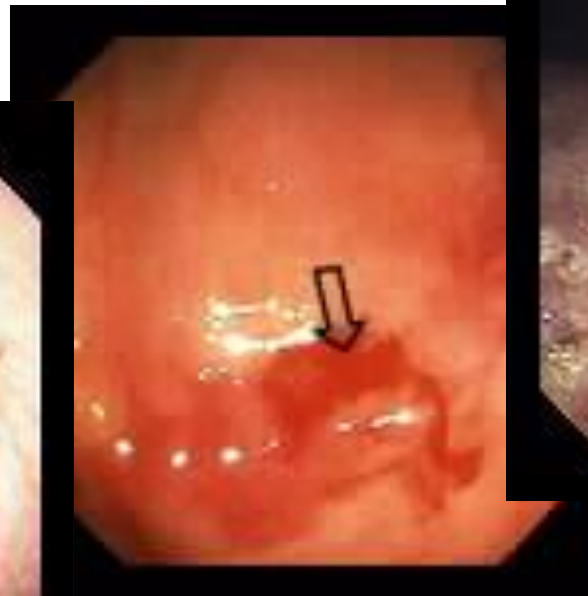
### 5 – Hémorroïde



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

### 6 – angiodysplasie



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

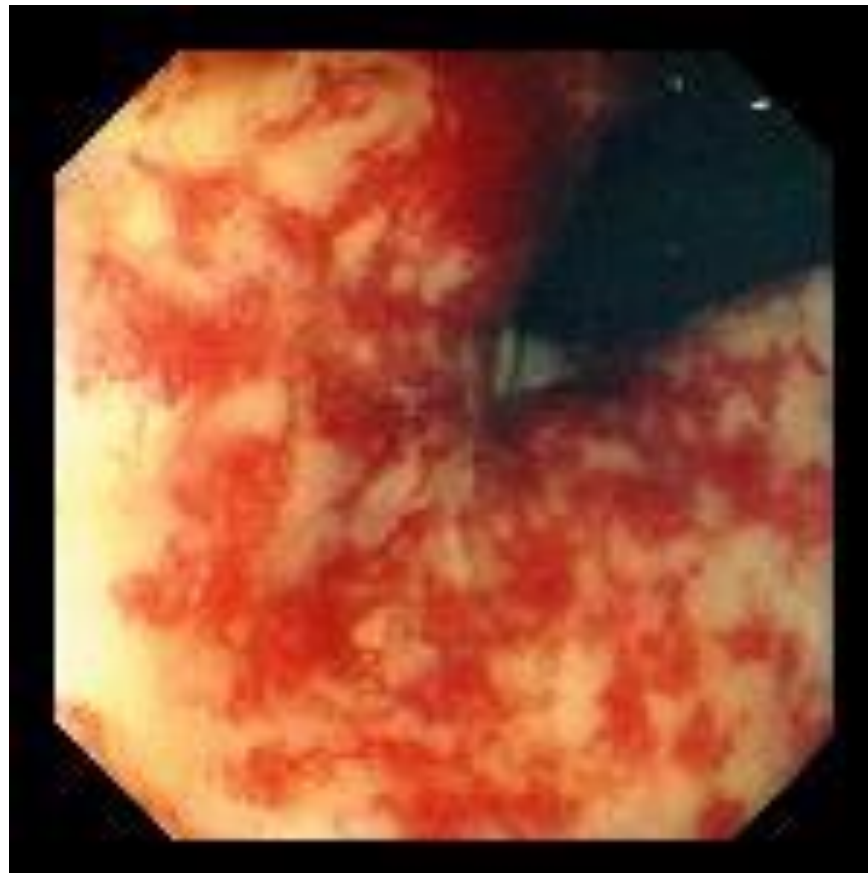
### 7 – colites infectieuses



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

8 – rectites radiques



# Étiologies

## Hémorragie digestive basse

### 9 – Colite ischémique





# Conduite à tenir

Urgence !!

(exceptées les petites rectorragies de sang rouge)

- Évaluer la gravité
  - Interrogatoire (peu fiable )
  - Cliniquement :
    - pâleur – soif – hypotension – tachycardie – marbrure - choc
  - Biologiquement = hémocue (hématocrite capillaire) et NFS+pq



# Conduite à tenir

## Hémorragie digestive avec signe de gravité

- Mise à jeun
- Hospitalisation en urgence
- Unité de soins intensifs
- Prévenir l'endoscopiste
- 2 voies d'abord de bon calibre
- Prélèvements sanguins :
  - => groupage ABO / Rhésus – NFS + pq – RAI
  - Coagulation – Ionogramme sanguin



# Conduite à tenir

## Hémorragie digestive avec signe de gravité

- Maintenir la volémie :

- Solutés de remplissage (Elohes, Estéril)
- PGR (+/- PFC) si nécessaire

- O<sub>2</sub> aux lunettes ou masque haute concentration



- Pose d'une Sonde Naso Gastrique en aspiration

- Si absence de sang n'élimine pas l'origine duodénale
- Permet lavage d'estomac
- Évite l'inhalation

# Diagnostic étiologique

## Interrogatoire

### ● ATCD :

- UGD
  - Alcoolisme, cirrhose
  - Tumeur colique
  - AEG
- Prise médicamenteuse (AINS, Aspirine, anticoagulants)
  - Vomissements avant hématemèse (Syndrome de Mallory – Weiss)
  - Douleurs épigastriques
  - Autres pathologies (évaluation du terrain)

# Diagnostic étiologique

## Examen clinique

- Constantes hémodynamiques +++
- Recherche de signes d'HTP, d'insuffisance hépatocellulaire ou d'éthylisme
- TR + examen de la marge anale

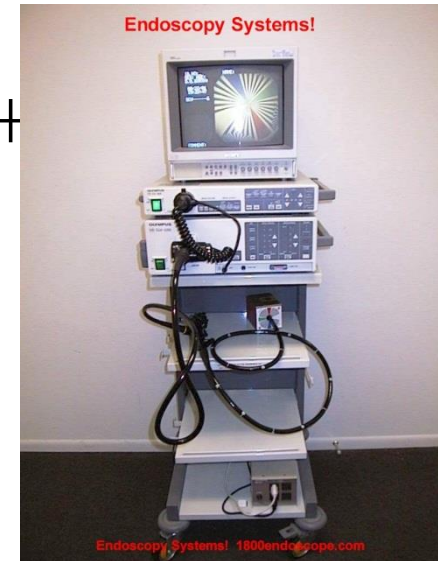


# Diagnostic étiologique

Examens complémentaires (après stabilisation hémodynamique)

## ● Endoscopie oesogastroduodénale +++

- Systématique si hématemèse ou méléna
- Souvent si rectorragie
- +/- chez un malade intubé
- Après lavage à la SNG ++
- Diagnostic : UGD, oesophagite, VO, gastropathie d'HTP, syndrome de Mallory – Weiss



# Diagnostic étiologique

## Examens complémentaires (après stabilisation hémodynamique) (suite)

### ● Si FOGD normale

#### ● Si rectorragie abondante :

- Artériographie digestive
- Angioscanner intestinal

#### ● Sinon, après préparation : coloscopie

### ● Si examens précédents négatifs :

- Entérocanner
  - Vidéo capsule
- } Exploration du grêle

# Principe de ttt des UGD et des ruptures de VO

## Ulceres gastro duodénaux

- IPP Intra-véneux à la seringue électrique :

MOPRAL<sup>®</sup>



- Traitement endoscopique si hémorragie active

- Injection d'adrénaline (vasoconstricteur)
- Clip hémostatique
- Electrocoagulation

- Éradication systématique d'Helicobacter pylori

- Traitement chirurgical si :

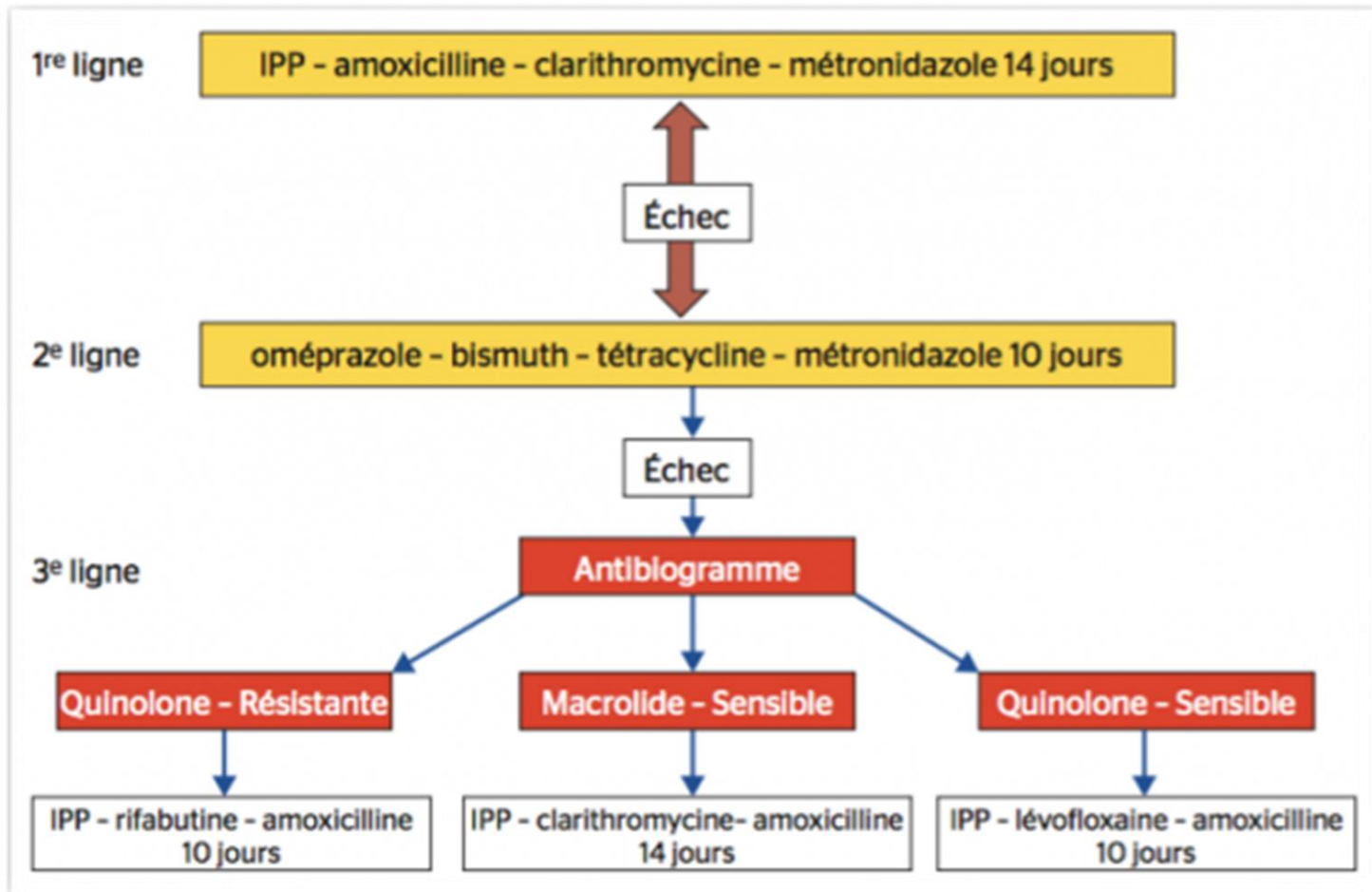
- Hémorragie cataclysmique
- Récidive malgré le traitement endoscopique



# Principe de ttt des UGD et des ruptures de VO

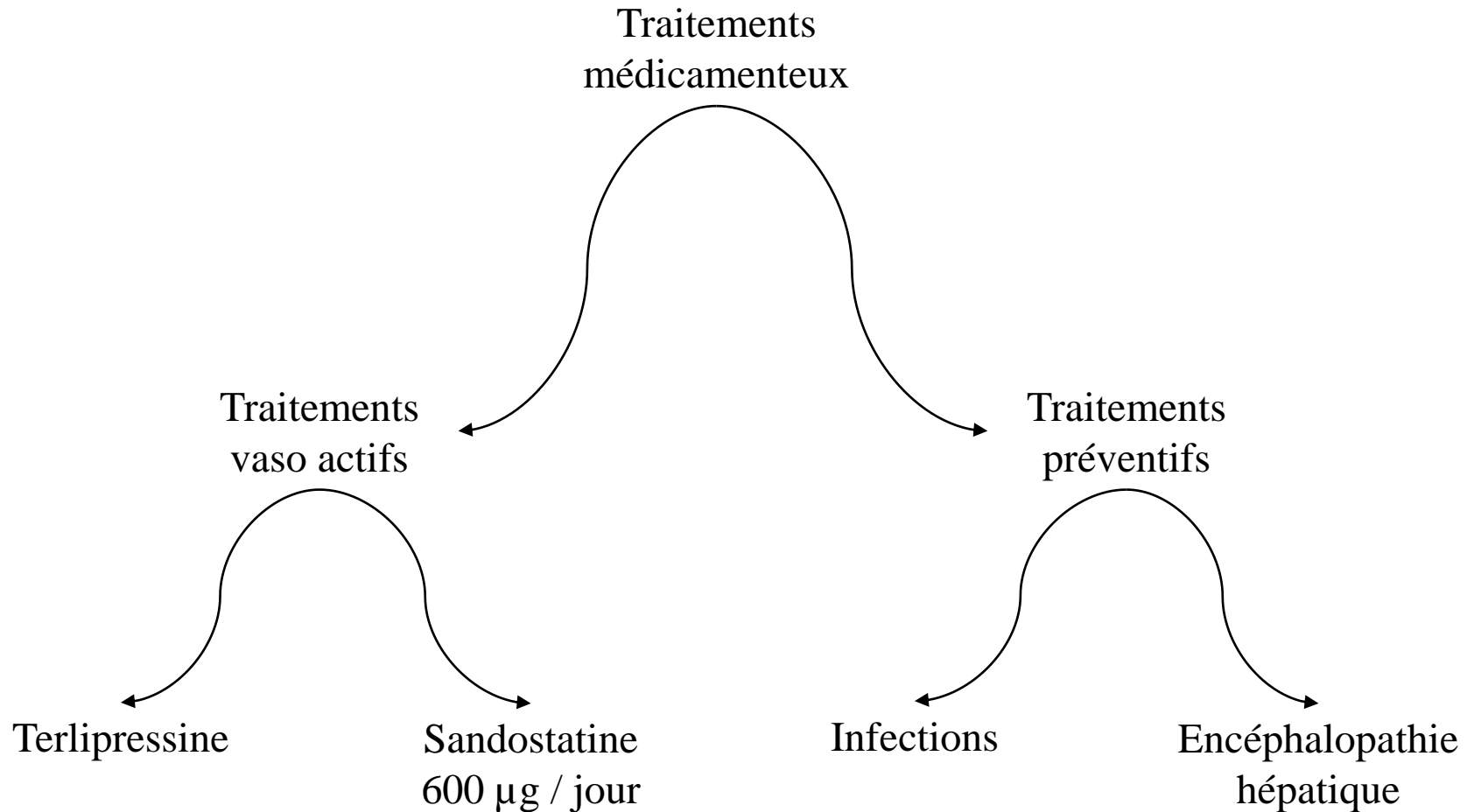
## Ulcères gastro duodénaux

- Éradication systématique d'*Helicobacter pylori*



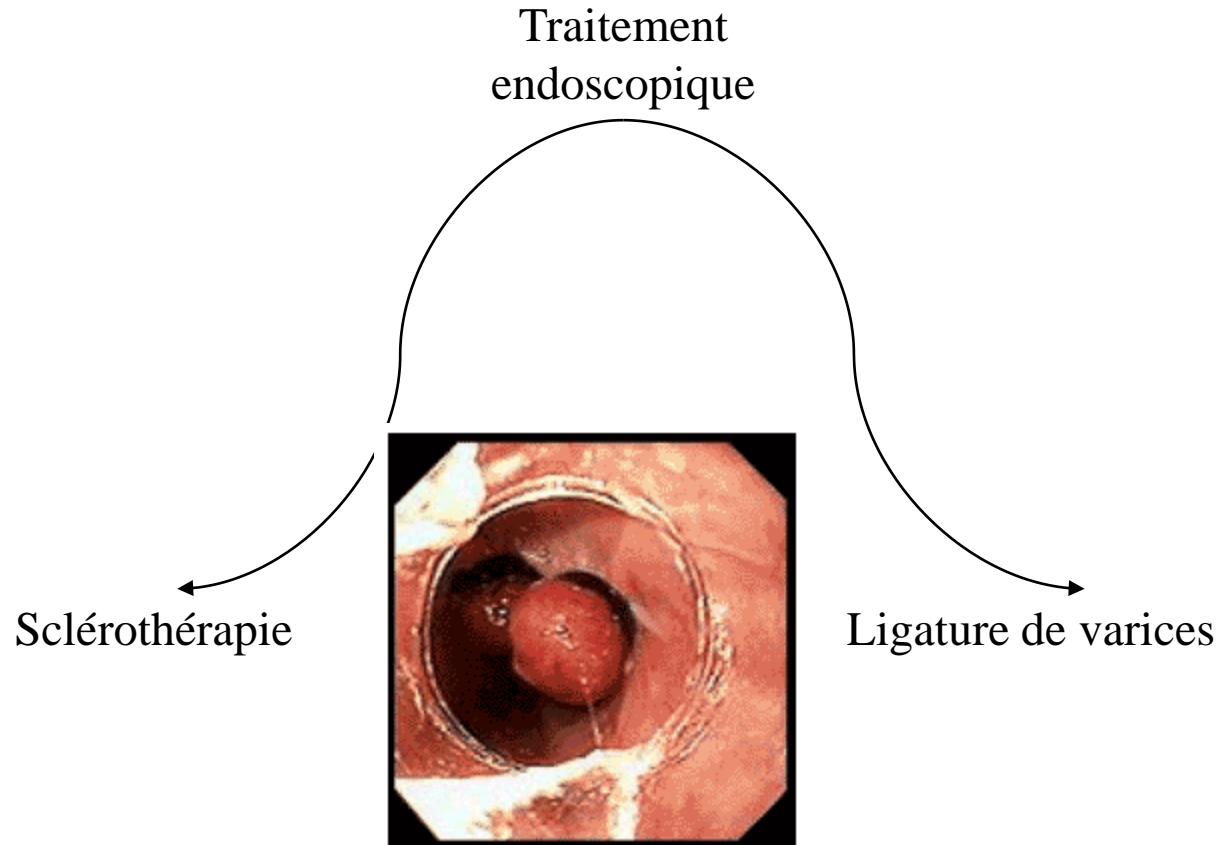
# Principe de ttt des UGD et des ruptures de VO

## Ruptures de VO



# Principe de ttt des UGD et des ruptures de VO

## Ruptures de VO (suite)



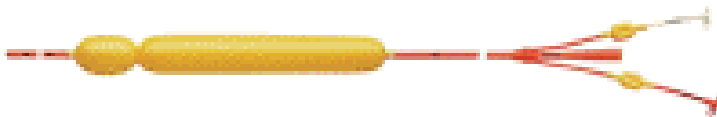
# Principe de ttt des UGD et des ruptures de VO

## Ruptures de VO (suite)

Si échec traitement endoscopique et  
médicamenteux

Sondes de  
tamponnements

Sonde de Blackmore  
(varices oesophagiennes)



Sonde de Linton (varices  
gastriques)



# Principe de ttt des UGD et des ruptures de VO

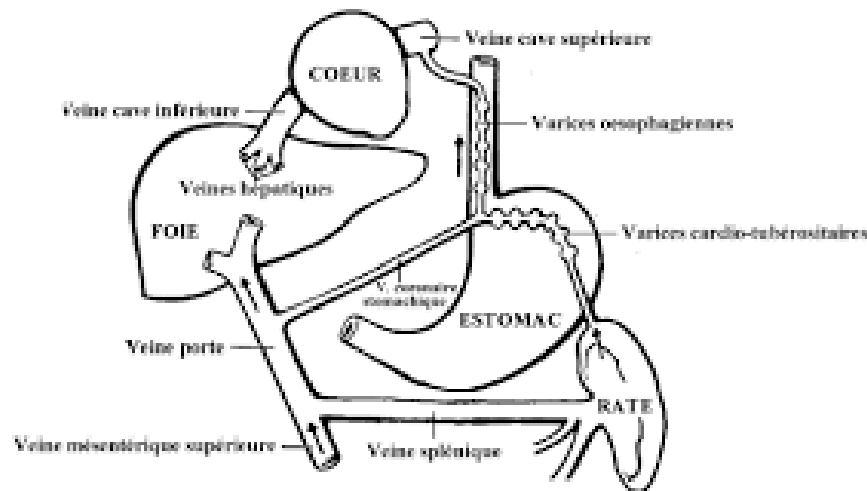
## Ruptures de VO (suite)

Si échec traitement endoscopique et  
médicamenteux

TIPS

(Transjugular Intrahepatic  
Portal Systemic shunt)

Traitement chirurgical  
(dérivation porto-systémique)

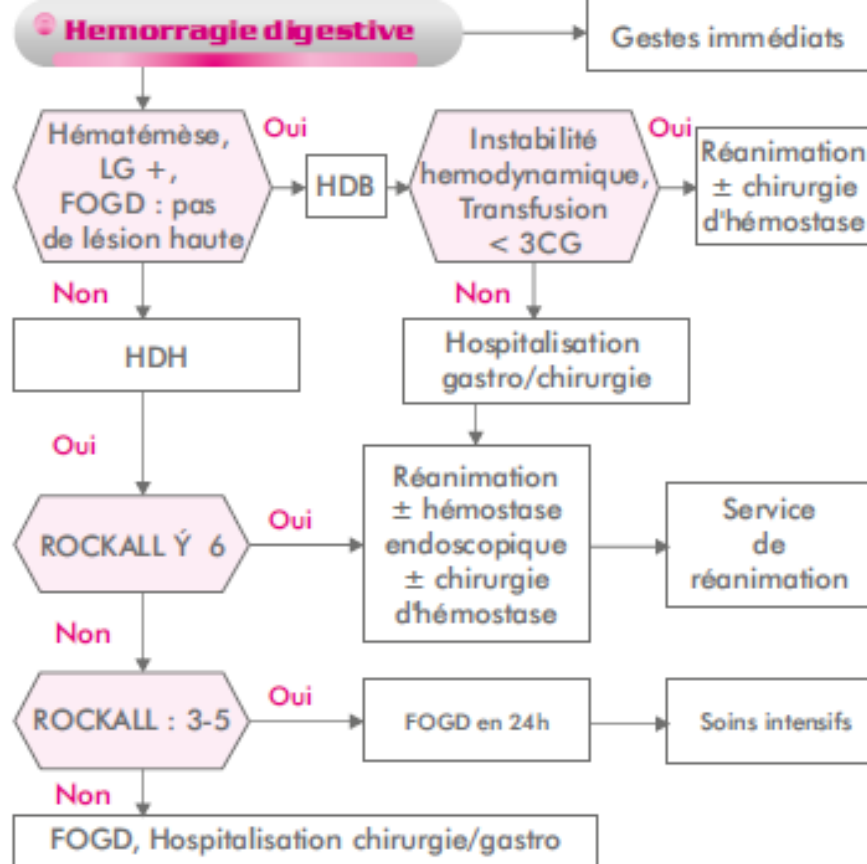


### Score de ROCKALL

Score	0	1	2
Age (ans)	<60	60- 79	≥80
Choc	pas de choc	Tachycardie	Hypotension
FC	<100	>100	>100
PA systolique	<100	<100	<100
Co morbidité*	Absence		Ice coronaire, Ice cardiaque, autre comorbidité majeure
Diagnostic	Syndrome de Mallory Weiss	Autres diagnostics	Lésions malignes du tube digestif supérieur
Endoscopie	Pas de lésion observée pas de signe d'hémorragie récente Absence ou taches hémorragiques hémorragiques		Sang dans l'estomac, caillot adhérent, vaisseau visible

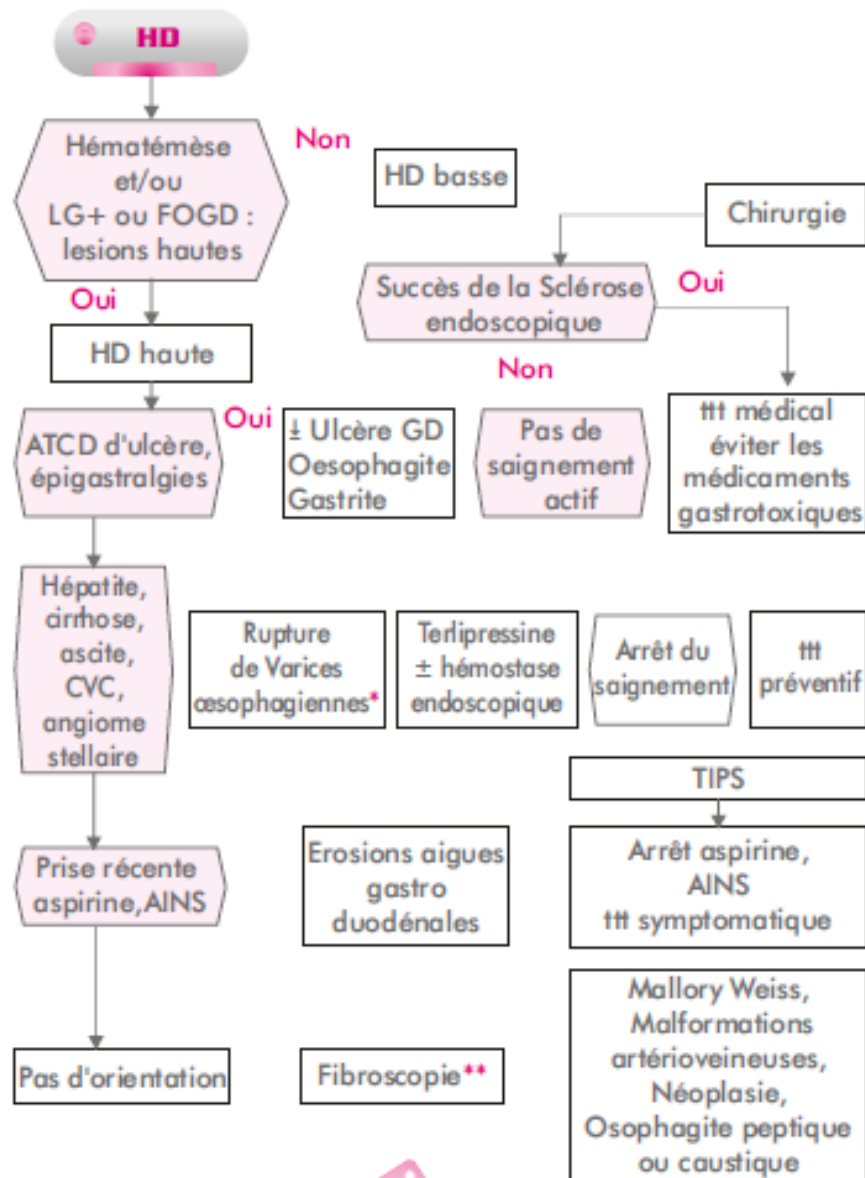
\*Si insuffisance rénale ou hépatique ou cancer disséminé, attribuer 3 points au score

<b>Score de ROCKALL</b>	< 2	3- 5	< 6
<b>Sévérité</b>	faible	moyenne	importante
<b>Renseignement (%)</b>	< 5	15	35
<b>Mortalité (%)</b>	0	6	25



### Gestes immédiats :

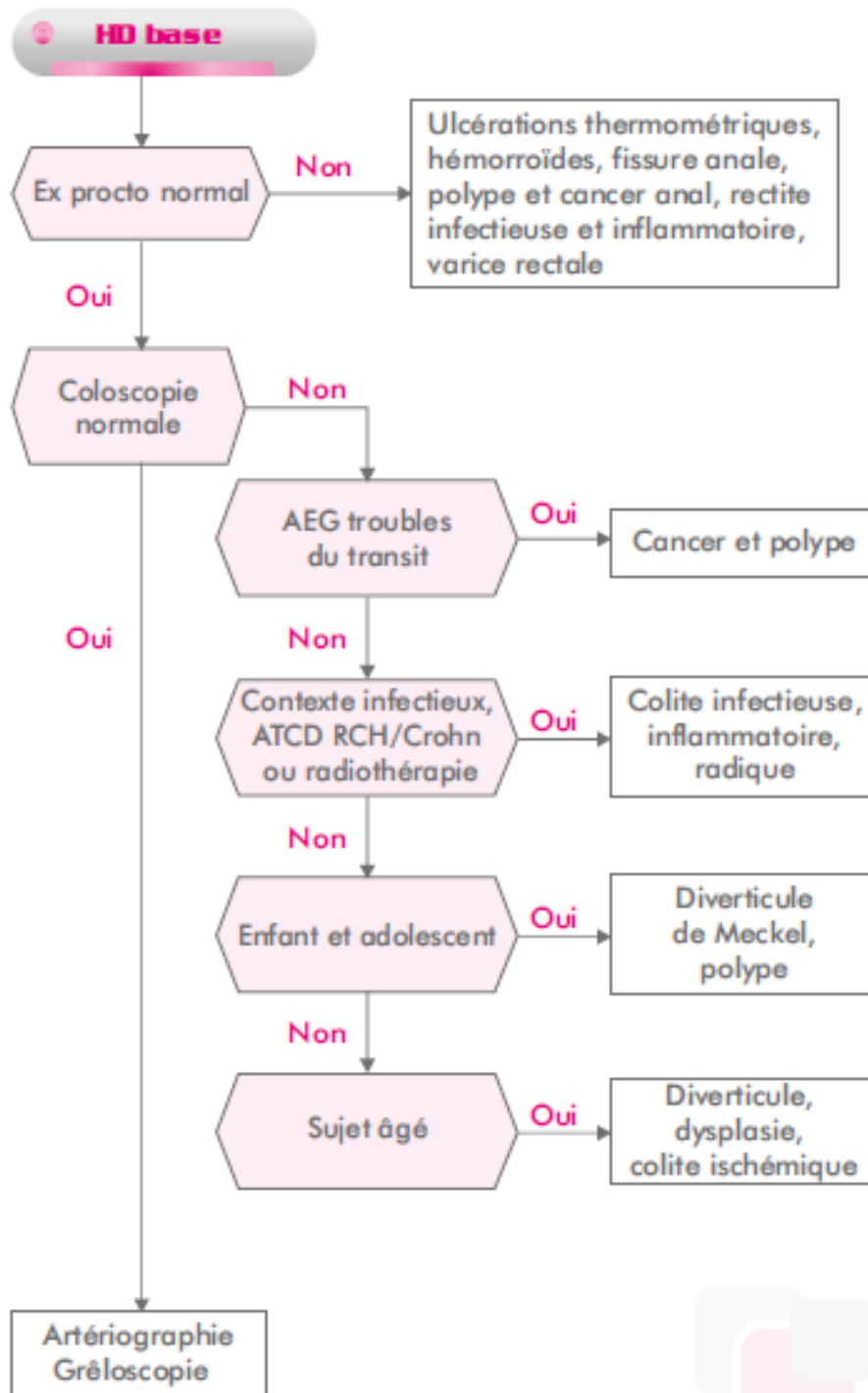
- \* Sondage gastrique
  - \* Une voie veineuse périphérique (2 si hypotension artérielle ou EDC)
  - \* Maintien d'un état circulatoire correct [remplissage par des colloïdes voire transfusion de concentrés globulaires]
- Objectif transfusionnel : 8g d'Hb chez le sujet normal, 10gr en présence d'une pathologie cardiaque ou respiratoire associée.
- \* Assurer une ventilation correcte (c'est rarement un problème au premier plan)
  - \* Examens : GS + Rhésus, RAI, NFS + plaquettes, hémostase (TP, TCK), urée, créatininémie
  - \* Surveillance rapprochée (horaire si hypotension artérielle ou EDC) : TA, FC, FR, état de conscience, diurèse horaire, aspect du liquide de lavage gastrique, nombre de culots globulaires transfusés, NFS



\* si saignement massif et/ou un geste endoscopique n'est pas possible dans l'immédiat, on peut faire un tamponnement par sonde de Blackmore.  
 \*\* un saignement digestif sous anticoagulant doit toujours faire rechercher une cause locale.

**Place de la sonde de BLACKMORE :**  
 du fait de la fréquence des complications pulmonaires et œsophagiennes (10 à 40%), l'utilisation de la sonde de tamponnement doit être limitée aux situations où l'hémorragie non contrôlée est immédiatement menaçante.





Merci