

Item350-Hémorragie digestive.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une hémorragie digestive. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Synthèse des recommandations professionnelles - Prise en charge des principales complications chez les malades atteints de cirrhose / HAS / 2007 - CC: Hémorragie digestive basse aigue / SFED / 2010 - Polycopié national: item 205	- Haute/basse: origine ≠ extériorisation - UGD / VO / OP / cancer / colites - Syndrome anémique / cirrhose-HTP - EOGD ssi stabilité hémodynamique - Choc: remplissage / NAd / Tf CGR - IPP +/- somatostatine en urgence	- TR et orifices herniaires - Constantes / signes de choc - Rechercher le CCR ++ - Groupe-Rhésus-RAI - Arrêt AINS / AVK-aspirine - VO: ABP et BB pour P° II - Traitement étiologique au décours

Définitions

Hémorragie digestive

- = tout saignement dont l'origine est entre l'oesophage et l'anus

Selon le mode d'extériorisation, on distingue:

- Hématémèse** = extériorisation de sang au cours d'un effort de vomissement
- Méléna** = émission par l'anus de sang digéré / noir / malodorant
- Rectorragie** = émission par l'anus de sang rouge venant du rectum
- Hématochésie** = émission par l'anus de sang rouge

Selon l'origine topographique, on distingue:

- Hémorragie digestive haute**
 - = lésion responsable se trouve en amont de l'angle de Treitz (duodéno-jejunal)
 - !! Extériorisation peut être haute (hématémèse) ; **ou basse** (méléna ou rectorragie)
 - 5 causes fréquentes:** UGD / rupture de VO / oesophagite / Mallory-Weiss / cancers
- Hémorragie digestive basse**
 - = lésion responsable se trouve en aval de l'angle de Treitz
 - Mode d'exteriorisation = basse: méléna ou rectorragie
 - 5 causes fréquentes:** CCR / diverticulose / angiodysplasies / colites / hémorroïdes
- !! **Remarque:** 10% des HD « basses » proviennent d'une lésion haute (rectorragie ++)

Diagnostics différentiels

- Hémoptysie** = extériorisation de sg rouge aéré au cours d'un effort de toux (cf [Hémoptysie](#).)
- Epistaxis déglutie** = hémorragie de sg rouge provenant des fosses nasales (cf [Epistaxis](#))
- Autres:** vomissement de vin rouge (!) / selles colorées en noir par traitement (charbon, fer)

Etiologies

Hémorragie digestive haute (75% des cas)

- Etiologies à toujours évoquer (5A savoir ! ())**
 - Ulcère gastro-duodénal (UGD) +++ :** 40% des cas / cf [Ulcère gastrique et duodénal](#). Gastrite.
 - Rupture de varices oesophagiennes (VO) ++:** 25 % / cf [Cirrhose et complications](#).
 - Oesophagite peptique ulcérée (10%):** si sévère (grade III) / cf [Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte](#). [Hernie hiatale](#).
 - Syndrome de Malory-Weiss (10%):** lésion muqueuse par vomissements répétés
 - Tumeurs:** cancer de l'oesophage / estomac / duodénum
- Autres étiologies**
 - Ulcérations gastriques ou duodénales (sur aspirine ou d'AINS ++)
 - Angiodysplasies gastriques ou duodénales

- Fistules aorto-digestive: si anévrisme ou prothèse aortique (grave)
- **Autres étiologies d'HD sur HTP**
 - Rupture de varices cardio-tubérositaires
 - Gastropathie d'HTP hémorragique
 - Ectasies vasculaires antrales

Hémorragie digestive basse

- !! Toujours éliminer une hémorragie haute d'abord: 10% des cas
- Les 2 causes les plus fréquentes après 50ans = diverticules + **angiodysplasie**

- **Origine colo-rectale +++ (80%)**
 - **Cancer colo-rectal**: à rechercher systématiquement (**A savoir !**) / cf **Tumeurs du colon et du rectum**.
 - **Diverticules**: fréquents +++ : 40% (mais rarement vus à la coloscopie)
 - **Colite**: inflammatoire (MICI) / infectieuse / ischémique / radique
 - **Angiodysplasies coliques**: 10% des cas / colon droit +++
- **Origine grêlique (5%)**
 - Tumeur du grêle / angiodysplasie / Crohn en poussée
 - Diverticule de Meckel (appendu à l'iléon en amont de la valvule)
- **Origine anale (5%)**
 - **Hémorroïdes**: si rectorragies suivant les selles / cf **Pathologie hémorroïdaire**.
 - Ulcération thermométrique: 10% des rectorragies (!)
 - Autres: fissure anale, cancer de l'anus

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd: **UGD** / **cirrhose** / diverticulose / CCR
 - **Prises**: **alcool** / médicamenteuse: **AINS** / **AVK-aspirine** (**A savoir !**)
 - **Anamnèse**: mode d'installation / évolution / heure du dernier repas
 - **Caractériser le saignement**: abondance / mode d'extériorisation / aspect
 - **Rechercher des signes associés**: fièvre / syndrome occlusif / douleur abdominale..
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: **PA** / FC / T. / FR / SpO2 (**A savoir !**)
 - **Rechercher des signes de gravité +++**
 - Syndrome hémorragique: pâleur / sueurs / dyspnée
 - **Choc** hypovolémique: marbrures / oligurie / collapsus
 - Syndrome infectieux: AEG / fièvre / défense abdominale
 - Rectorragie ou hématochésie = SdG si origine haute
 - **Orientation étiologique clinique**
 - **Quelque soit le mode d'extériorisation**
 - Signes de **cirrhose** / d'IHC et d'**HTP** (cf **Cirrhose et complications**.)
 - Signes d'**UGD**: douleur ulcéreuse + atcd / AINS
 - Signes de **RGO**: pyrosis et régurgitations acides
 - **TR +++** (**A savoir !**) : recherche hémorragie interne/ hémorroïdes / tumeur
 - **Si extériorisation basse, éliminer en plus:**
 - Signes de **CCR**: modification du transit / AEG / Troisier
 - Examen de la marge anale: recherche de fissures et **hémorroïdes**
 - Prise récente de la **température** rectale (cf HD thermométrique)

Examens complémentaires

- **Pour évaluation du retentissement: en URGENCE**
 - **NFS-P** / TP-TCA: évaluer l'anémie / troubles de l'hémostase
 - ECG-troponine: pour évaluer le retentissement coronaire d'une anémie
 - Iono-urée-créatinine: rechercher IRA fonctionnelle par hypovolémie
 - RTx si hématoméso: recherche une pneumopathie d'inhalation
- **Bilan pré-thérapeutique: en URGENCE**
 - Bilan pré-transfusionnel: **Groupe-Rhésus-RAI** (**A savoir !**)
 - ASP centré sur les coupes: éliminer un pneumopéritoine avant la EOGD
- **!! En cas de rupture de VO, rechercher le facteur de décompensation** (cf **Cirrhose et complications**.)
 - Alcoolémie
 - Hémocultures et NFS-CRP-ECBU-RTx pour infection
- **En 1ère intention pour diagnostic étiologique = EOGD**
 - **Indications**

- **Systematique** et en urgence quel que soit le mode d'exteriorisation
- A visée: diagnostique / étiologique / gravité / différentiel / thérapeutique
- **!! Seulement si patient vigilant et hémodynamiquement stable (A savoir !)**
 - si troubles de la conscience = IOT préalable
 - si choc: d'abord traiter le choc = remplissage + NAd
- Préparation
 - Patient **à jeun** depuis ≥ 6 h / anesthésie locale (Xylocaïne) / tube souple
 - **Après obtention de la vacuité gastrique:**
 - par inj. d'**érythromycine IVL** 30min avant (contractions antrales)
- En 2nde intention si EOGD normale (donc hémorragie digestive basse)
 - Recto-sigmoïdoscopie
 - **si rectorragies**
 - **Rarement indiquée** : souvent peu diagnostique compte tenu du sang et peu thérapeutique : dans tous les cas coloscopie indiquée
 - +/- lavement simple et anesthésie locale si recto-sigmoïdoscopie
 - Recherche: hémorroïdes / CCR bas/ colite ischémique, etc.
 - Iléo-coloscopie totale
 - **Examen de référence** / totale: tout le colon + iléon terminal
 - **A visée:** diagnostique / étiologique / thérapeutique (hémostase)
 - **Préparation:** vidange du colon (4L de PEG la veille au soir)
 - **Modalités:** sous AG (sans IOT: neuraleptanalgie) / tube souple
- En 3ème intention, examens complémentaires spécifiques:
 - TDM abdomino-pelvienne injectée +/- opacifiée par voie basse
 - Localise le saignement / fait le diagnostic étiologique (recherche d'un blush)
 - Alternatives : entéroscanner ou coloscanner (pas d'opacification)
 - Artériographie coelio-mésentérique
 - Seulement si hémorragie active de forte abondance (débit > 0.5 mL/min)
 - A visée thérapeutique = **embolisation** sélective
 - Scintigraphie aux hématies marquées
 - Seulement si hémorragie **à bas bruit** (débit = 0.02 à 0.1 mL/min)
 - Hématies marquées au Tc99m / pour localisation du saignement
 - Vidéo-capsule
 - Pour hémorragies occultes avec coloscopie normale
 - Explore le grêle / CI si sténose, ATCD chir abdo, Radiothérapie
 - Entéroscopie: à double ballon / a visée thérapeutique / apres vidéo-capsule

Traitement

Mise en condition +++

- Hospitalisation / urgence vitale / selon gravité: en **REA**
- Pose de **2 VVP** / O2 +/- IOT / pose **SNG** (si HD haute)
- Maintenir le patient **à jeun** / Monitoring et scope ECG
- **!! Arrêt AINS** et/ou aspirine-AVK (**A savoir !**)

Traitement symptomatique

- **Correction d'un choc hypovolémique:** objectif PAM ≥ 65 mmHg (cf **État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.**)
 - **Remplissage:** par macromolécules (Plasmion®) 500mL/15min IV
 - **Vasopresseur:** Noradrénaline 0.2µg/kg/min en IVSE +/- augmentation
 - **Transfusion** de culots globulaires si échec (objectif = Hb > 7 g/dL)
- **Correction de troubles de l'hémostase**
 - **Si AVK:** arrêt des AVK / vitamine K 10mg / antagonisation par PPSB (cf **Spondylarthrite inflammatoire.**)
 - Si hémorragie persistante: transfusion de plasma pour F. de coagulation $> 30\%$

Traitement médicamenteux

- **Si suspicion d'UGD**
 - **IPP** parentéral: oméprazole bolus de **80mg** en IVD puis 8mg/h en IVSE
 - Ne pas attendre l'EOGD si suspicion clinique: atcd d'UGD, douleur ulcéreuse..
- **Si suspicion de VO**
 - **Somatostatine** (~ octréotide): bolus de 50µg en IVD puis 25µg/h en IVSE
 - **et les IPP** cf cirrhose = FdR d'UGD: 2ème cause d'HD apres les VO
- **Erythromycine IV**
 - **Pour vidange gastrique**

Traitement curatif: hémostase

- En 1ère intention = EOGD
 - En urgence / à visée diagnostique et thérapeutique / préparation (cf supra)
 - Hémostase par **ligature si VO / thermocoagulation (ou clip) si UGD**
 - En 2ème intention: recherche HD basse
 - Coloscopie = coagulation + clip sur la lésion
 - Artériographie coelio-mésentérique = embolisation sélective
 - Si échec de la EOGD sur HD haute
 - UGD = embolisation ou hémostase chirurgicale (suture)
 - VO = sonde de tamponnement (Blakemore) puis TIPS (cf [Cirrhose et complications.](#))
- !! NPO traitement étiologique au décours (A savoir !)**
- Si découverte d'UGD = éradication de HP si Biopsies ou sérologie positives cf [Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite.](#)
 - Si découverte de cirrhose = traitement de la cirrhose cf [Cirrhose et complications.](#)
 - Si découverte de CCR = cf [Tumeurs du colon et du rectum.](#)
- Mesures associées**
- Si VO, prévenir les complications +++
 - P° de l'encéphalopathie hépatique: lactulose (Duphalac®) PO
 - P° de l'infection du liquide d'ascite: ABP (norfloxacine PO 7J)
 - P° du syndrome de sevrage alcoolique: hydratation / B1-B6-PP / BZD
 - NPO prévention secondaire par **BB** au décours (**A savoir !**)
 - En cas de traitement par AINS au décours
 - Remplacer par anti-Cox2 sélectifs et associer IPP
- Surveillance**
- Clinique: récidence +++ / TR / constantes / **hémodynamique**
 - Paraclinique: NFS répétées

Synthèse pour questions fermées

1 cause à évoquer devant des rectorragies associées à des douleurs abdominales ?
- Ischémie mésentérique
Quel est le premier examen endoscopique à réaliser devant des rectorragies abondantes ?
- EOGD (des rectorragies peuvent correspondre à une hémorragie digestive haute !)
Quel traitement proposez vous devant l'échec de l'hémostase endoscopique d'une hémorragie digestive ?
- Nouvelle tentative d'hémostase endoscopique
2 conditions pour EOGD en urgence ?
- Patient stable hémodynamiquement
- Protection des voies aériennes : IOT + VM si troubles de la conscience ou trouble de la vigilance