

ITEM 350 : hémorragie digestive

Généralités (HD hautes et basses)

- **Incidence** : 145 cas pour 100 000 habitants/an

Révélation clinique (HD hautes et basses)

- **Hémorragie macroscopique**
 - **hématémèse** :
 - **définition** : sang extériorisé lors d'un effort de vomissements
 - **origine** : haute
 - **méléna** :
 - **définition** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide
 - **origine** : en règle générale en amont de l'angle colique droit (œsophage → angle colique droit)
 - **hématochézie (improprement mais communément appelée « rectorragie »)** :
 - **définition** : émission par l'anus de sang rouge vif non digéré
 - **origine** : basse ou haute massive (UD sur artère duodénale postérieure) = SdG alors souvent présents
- **Anémie ferriprive (hémorragie occulte)** : anémie hyposidérémique arégénérative hypochrome
- **Choc hémorragique sans extériorisation de sang (ni hématémèse, ni hématochézie, ni méléna)**
 - **évoquer de principe une hémorragie digestive**, en particulier du tractus digestif supérieur
 - **diagnostic** : mise en place d'une sonde gastrique = rapporte du sang rouge

HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

Épidémiologie

- **Proportion** : 80%
- **Sex ratio avant 80 ans** : environ 1,5 HOMMES pour 1 femme
- **Âge médian des patients hospitalisés** : 70 ans

Facteurs de risque

- **Prises médicamenteuses**
 - **anti-inflammatoires non stéroïdiens non sélectifs (AINS) et inhibiteurs sélectifs de COX-2 (anti-COX-2)** :
 - **risque de complication ulcéreuse** : x 3-4
 - **risque de complications ulcéreuses fatales** : x 7-8 (nombre de décès augmente si AINS)
 - **facteurs multiplicatifs du risque d'hémorragies sous AINS** :
 - âge > 65 ans
 - ATCD d'ulcère compliqué ou non
 - consommation excessive d'alcool
 - certaines spécialités d'AINS
 - recours à une forte dose
 - association avec : corticoïdes, aspirine, autres AAP, anticoagulants
 - **anti-COX-2** : ↗ 50 % risque événements gastro-intestinaux graves (hémorragie, perforation, sténose)
 - **facteurs multiplicatif du risque d'hémorragie sous anti-COX-2** :
 - patient âgé
 - ATCD d'ulcère
 - association avec : aspirine
 - **aspirine (possède des effets AAP à faible dose)** :
 - **risque de toxicité digestive** : augmente avec la dose
 - **dose < 100 mg/j** : induit déjà des lésions muqueuses gastroduodénales
 - **risque d'hémorragie d'origine ulcéreuse même à faible dose** : aujourd'hui bien démontré
 - **autres antiagrégants plaquettaires (sauf aspirine) et anticoagulants (oraux ou injectables)** :
 - **favorisent** : saignement de lésions digestives existantes

- sérotoninergiques
 - **mécanisme** : blocage recapture sérotonine par plaquettes → trouble de l'hémostase primaire
 - **terrain** : sujets âgés, ATCD ulcéreux, co-prescription avec AINS
- **Infection par Helicobacter pylori** : facteur indépendant de risque d'hémorragie digestive haute d'origine ulcéreuse

Étiologies = en amont de l'angle duodéno-jéjunal (angle de Treitz)

- **Étiologies fréquentes (6)**
 - ulcérations gastroduodénales (30-60%)
 - varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires, gastropathie d'hypertension portale (3-20%)
 - érosions gastroduodénales (7-20%)
 - œsophagite (1,3-10%)
 - cancer du tractus digestif supérieur (2-5%)
 - syndrome de Mallory-Weiss (2-4%)
- **Étiologies plus rares**
 - gastrites
 - malformations vasculaires acquises (angiodysplasies)
 - ulcérations de Dieulafoy (= *ulceratio simplex*) : ulcérations en regard d'une artère sous-muqueuse dilatée
 - hémobilies
 - vursungorragies
 - fistules aorto-digestives

Mortalité

- **Proportion** : 3 à 10 %
- **Terrain** : sujets âgés (comorbidités associées : IC, diabète, IR, IReC)
- **Tendance à la diminution**
 - **HD non liées à l'hypertension portale** :
 - développement de techniques endoscopiques d'hémostase
 - nouveaux traitements médicamenteux
 - meilleure gestion des comorbidités
 - **HD liées à l'hypertension portale (cirrhose)** :
 - optimisation des TTT endoscopiques
 - optimisation des TTT radiologiques (TIPS – *Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*)
 - optimisation des TTT pharmacologiques de la rupture de varices
 - généralisation de l'antibioprophylaxie systématique

Conduite à tenir

Affirmer le diagnostic d'hémorragie digestive

- **Souvent évident par la clinique (TR)**
- **SNG si doute diagnostique**
 - **sang rouge vif** : saignement actif
 - **PAS de sang** : n'élimine pas hémorragie digestive haute post-bulbaire

Éliminer les diagnostics différentiels

- **Hémoptyisie** : extériorisation de sang rouge aéré au cours d'un effort de toux
- **Épistaxis déglutie postérieure** : hémorragie de sang rouge provenant des fosses nasales

Gravité (donc mesures d'urgence) et premiers pas sur l'étiologie

- **Interrogatoire**
 - **terrain** : ATCD UGD, cirrhose, diverticulose, CCR, VO, prothèse aortique
 - **prises de substance** : alcool, médicamenteuse (AINS, AVK-aspirine)
 - **anamnèse** : mode d'installation, évolution, heure du dernier repas
 - **caractériser le saignement** : abondance, mode d'extériorisation, aspect, couleur
 - **rechercher des signes associés** : malaise ++, fièvre, syndrome occlusif, douleur abdominale

- **Examen physique**
 - **prise des constantes** : PA, FC, T°C, FR, SpO₂
 - **rechercher des signes de gravité ++** (meilleure estimation = **retentissement hémodynamique**)
 - **!! hémorragie active (MAIS** quantité de liquide sanglant extériorisée = mauvais critère de jugement)
 - **syndrome hémorragique** : pâleur, sueurs, dyspnée, lipothymies
 - **choc hypovolémique** : marbrures, oligurie, collapsus
 - **syndrome infectieux** : AEG, fièvre, défense abdominale
 - **rectorragie ou hématochézie** = SdG si origine haute
 - **orientation étiologique clinique**
 - **quel que soit le mode d'extériorisation** :
 - signes d'UGD : douleur ulcéreuse + ATCD ; AINS
 - signes de RGO : pyrosis et régurgitations acides
 - TR ++ : recherche hémorragie interne, hémorroïdes, tumeur
 - **extériorisation haute, rechercher en plus** :
 - signes de cirrhose
 - cicatrices abdominales
 - masse battante abdominale
 - signe d'une maladie hémorragique

- **Mesures à prendre en urgence**
 - **mise en condition** :
 - **hospitalisation** (sauf anorectorragies d'allure proctologique sans retentissement hémodynamique)
 - **pose de 2 VVP de bon calibre** (ou 1 VVC)
 - **bonne O₂**
 - **surveillance des paramètres vitaux** : pouls, PA, saturation, diurèse
 - **bilan pré-transfusionnel** :
 - **double détermination du groupe sanguin + rhésus**
 - **RAI**
 - **commande et mise en réserve de CGR compatibles**
 - **bilan biologique** :
 - **NFS, plaquettes, bilan d'hémostase (dont TP-TCA)**
 - **ionogramme-créatininémie**
 - **mesures thérapeutiques globales** :
 - **macromolécules (± CGR si besoin)** :
 - **indication** : retentissement hémodynamique
 - **objectifs** : FC < 100, PAS > 100, Hb 7-9 (9 si maladie cardiorespiratoire ou choc), diurèse > 30 ml/h
 - **molécules et doses** : Plasmion® 500 ml/15 min IV
 - **correction éventuelle de troubles sévères de l'hémostase** (notamment surdosage AC)
 - si AVK : arrêt des AVK, vitamine K 10 mg, antagonisation PPSB
 - si hémorragie persistante : transfusion de plasma pour facteurs de coagulation > 30%
 - **mesures thérapeutiques spécifique d'HD haute** :
 - **prévention d'inhalation** : SNG en aspiration (**indications** : nausées, vomissement, tb de conscience)
 - **TTT pharmacologique présomptif IV** :
 - **TTT vasoactifs (analogues de somatostatine, terlipressine)**
 - . **quand** : dès phase pré-hospitalière
 - . **qui** : hépatopathie chronique ou HTPo suspectée
 - **inhibiteurs de la pompe à proton (IPP)**
 - . **quand** : dès l'admission
 - . **qui** : tous les patients ayant une HD haute
 - **autres éléments (fiches de prepECN)** :
 - **ECG-troponine** : évaluation du retentissement coronaire d'une anémie
 - **RxT si hématémèse** : recherche pneumopathie d'inhalation
 - **bilan hépatique complet** : ASAT, ALAT, PAL, γ-GT, bilirubine, TP, albumine
 - **maintenir le patient à jeun**
 - **!! arrêt AINS et/ou aspirine-AVK**

Démarche diagnostique

Étape 1 : interrogatoire (confère plus haut)

Étape 2 : examen clinique (confère plus haut)

Étape 3 : examens complémentaires

- Endoscopie digestive haute = EOGD = 1^{ère} intention
 - avant toute EOGD
 - stabilisation de l'état hémodynamique :
 - si troubles de la conscience : IOT préalable
 - si choc : d'abord traiter choc = remplissage
 - admission en unité spécialisée ou unité de soins intensifs
 - selon urgence : obtention de vacuité gastrique
 - lavages itératifs par SNG
 - ou érythromycine IVL 30 min avant
 - ASP centré sur les coupes : élimine pneumopéritoine
 - indication : systématique dans les 24 premières heures quel que soit le mode d'extériorisation
 - intérêts :
 - faire le diagnostic lésionnel
 - évaluer la poursuite ou le risque de récurrence hémorragique
 - réaliser si besoin un geste d'hémostase
- AngioTDM = 2^{ème} intention
 - indication : hémorragie massive avec EOGD ne mettant pas en évidence de cause
- Artériographie = 3^{ème} intention
 - indication : angioTDM positive
 - intérêt : embolisation de l'artère saignant en cas d'échec du TTT endoscopique

Mesures thérapeutiques spécifiques

Ulcères gastroduodénaux

- Période initiale
 - traitement anti-sécrétoire par IPP :
 - indication : conseillé IV de façon présomptive dès l'admission
 - évolution : poursuivi et adapté après le diagnostic étiologique et l'évaluation pronostique
 - HD avec signes endoscopiques de gravité : fortes doses IV 48-72h avant relai PO pleine dose
 - HD sans signe endoscopique de gravité : relai précoce PO par IPP pleine dose
 - traitement hémostatique :
 - indications : ulcère saignant de façon active ou vaisseau visible ou caillot adhérent (parfois)
 - quand : lors de l'endoscopie œsogastroduodénale
 - techniques :
 - thermocoagulation (par sonde thermique)
 - ± pose de clips
 - ± injections de sérum physiologique adrénaliné
 - traitement radiovasculaire (embolisation) ou chirurgical :
 - indications :
 - hémorragies non contrôlables par TTT endoscopique
 - hémorragies récidivant rapidement sur un mode majeur sous TTT médical (rare)
- Prévention secondaire
 - éviction des TTT gastrotoxiques
 - recherche et éradication d'*Helicobacter pylori*
 - maintien ou modification des TTT AAP ou AC au cas par cas (évaluation balance bénéfices-risques)

HD hautes liées à une hypertension portale

- Période initiale
 - traitement hémostatique :

- **molécules** : TTT vasoactifs IV (analogues de somatostatine, terlipressine)
- **indications** :
 - dans tous les cas si rupture de VO ou saignement d'une gastropathie d'hypertension portale
 - de façon présomptive si suspicion hépatopathie chronique et/ou d'hypertension portale
- **quand** : en pré-hospitalier (SAMU)
- **si rupture de VO, possiblement ajouté au TTT hémostatique médical** :
 - **hémostase endoscopique** : ligature ou sclérose ou injection de colle
 - **hémostase mécanique** : tamponnement par ballonnets type Blackemore ou Linton voire prothèse
- **ATB prophylaxie systématique après bilan infectieux** : prévention surinfection d'ascite
- **prévention encéphalopathie hépatique** : laxatifs osmotiques à forte dose (débarrasser TD du sang contenu)
- **pose sous contrôle radiologique d'un TIPS** :
 - **indication** :
 - hémorragie non contrôlable
 - hémorragie récidivant rapidement sur un mode majeur malgré TTT vaso-actif et endoscopique
- **Prévention secondaire**
 - séances de ligature jusqu'à disparition des varices œsophagiennes
 - β B (propranolol) : réduction 25% FC initiale ou pouls voisin de 55/min

HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES

Épidémiologie

- **Proportion** : 20% (incidence : 10 à 20 pour 100 000 habitants/an ; augmente très légèrement avec l'âge)
- **Sex ratio** : HOMMES > femmes
- **Âge moyen des malades** : 70 ans

Étiologies = en aval de l'angle duodéno-jéjunal (angle de Treitz)

- **Origine colorectale ou anale (80%)**
 - maladie diverticulaire
 - tumeur colique ou rectale, bénigne ou maligne
 - angiodysplasies ou angiectasies coliques
 - colites ischémiques
 - colites infectieuses
 - MICI : maladie de Crohn, RCH
 - rectopathie radique
 - ulcérations traumatiques rectales (thermomètre)
 - maladie hémorroïdaire
 - fissure anale
- **Origine intestinale grêle**
 - angiodysplasies
 - ulcérations (favorisées par AINS)
 - diverticule de Meckel
 - tumeurs
 - diverticules
 - maladie de Rendu-Osler
- **Origine haute foudroyante**

ulcère hémorragique

colite ischémique

Mortalité

- **Proportion** : 2 à 8 %
- **Terrain** : patients déjà hospitalisés = 25 %
- **Corrélation** : fortement liée à l'âge et aux comorbidités

Diagnostiques différentiels

- *Hémorroïdes internes*
- *Fissure anale*

Conduite à tenir

Affirmer le diagnostic d'hémorragie digestive

- *Souvent évident par la clinique (TR)*

Gravité (donc mesures d'urgence) et premiers pas sur l'étiologie

- *Interrogatoire*
 - *terrain* : ATCD UGD, cirrhose, diverticulose, CCR, VO, prothèse aortique
 - *prises de substance* : alcool, médicamenteuse (AINS, AVK-aspirine)
 - *anamnèse* : mode d'installation, évolution, heure du dernier repas
 - *caractériser le saignement* : abondance, mode d'extériorisation, aspect, couleur
 - *rechercher des signes associés* : malaise ++, fièvre, syndrome occlusif, douleur abdominale
- *Examen physique*
 - *prise des constantes* : PA, FC, T°C, FR, SpO₂
 - *rechercher des signes de gravité ++ (meilleure estimation = retentissement hémodynamique)*
 - **!! hémorragie active (MAIS quantité de liquide sanglant extériorisée = mauvais critère de jugement)**
 - *syndrome hémorragique* : pâleur, sueurs, dyspnée, lipothymies
 - *choc hypovolémique* : marbrures, oligurie, collapsus
 - *syndrome infectieux* : AEG, fièvre, défense abdominale
 - *rectorragie ou hématochézie* = SdG si origine haute
 - *orientation étiologique clinique*
 - *quel que soit le mode d'extériorisation* :
 - *signes d'UGD* : douleur ulcéreuse + ATCD ; AINS
 - *signes de RGO* : pyrosis et régurgitations acides
 - *TR ++* : recherche hémorragie interne, hémorroïdes, tumeur
 - *extériorisation basse, rechercher en plus* :
 - examen de la marge anale : fissures et pathologies hémorroïdaires
 - masse abdominale ou perceptible au TR
 - prise récente de la température rectale (confère HD thermométrique)
 - *signes de CCR* : modification du transit, AEG, Troisier

- *Mesures à prendre en urgence*
 - *mise en condition* :
 - *hospitalisation* (sauf anorectorragies d'allure proctologique sans retentissement hémodynamique)
 - *pose de 2 VVP de bon calibre* (ou 1 VVC)
 - *bonne O₂*
 - *surveillance des paramètres vitaux* : pouls, PA, saturation, diurèse
 - *bilan pré-transfusionnel* :
 - *double détermination du groupe sanguin + rhésus*
 - *RAI*
 - *commande et mise en réserve de CGR compatibles*
 - *bilan biologique* :
 - *NFS, plaquettes, bilan d'hémostase (dont TP-TCA)*
 - *ionogramme-créatininémie*
 - *mesures thérapeutiques globales* :
 - *macromolécules (± CGR si besoin)* :
 - *indication* : retentissement hémodynamique
 - *objectifs* : FC < 100, PAS > 100, Hb 7-9 (9 si maladie cardiorespiratoire ou choc), diurèse > 30 ml/h
 - *molécules et doses* : Plasmion® 500 ml/15 min IV
 - *correction éventuelle de troubles sévères de l'hémostase* (notamment surdosage AC)
 - *si AVK* : arrêt des AVK, vitamine K 10 mg, antagonisation PPSB
 - *si hémorragie persistante* : transfusion de plasma pour facteurs de coagulation > 30%

- autres éléments (fiches de prepECN) :
 - ECG-troponine : évaluation du retentissement coronaire d'une anémie
 - RxT si hématémèse : recherche pneumopathie d'inhalation
 - bilan hépatique complet : ASAT, ALAT, PAL, γ -GT, bilirubine, TP, albumine
 - maintenir le patient à jeun
 - **!! arrêt AINS et/ou aspirine-AVK**

Démarche diagnostique

Étape 1 : interrogatoire (confère plus haut)

Étape 2 : examen clinique (confère plus haut)

Étape 3 : examens complémentaires

- Endoscopie digestive haute = EOGD = **1^{ère} intention** (sauf hématochézie sans retentissement HD important)
 - avant toute EOGD
 - stabilisation de l'état hémodynamique :
 - si troubles de la conscience : IOT préalable
 - si choc : d'abord traiter choc = remplissage
 - admission en unité spécialisée ou unité de soins intensifs
 - selon urgence : obtention de vacuité gastrique
 - lavages itératifs par SNG
 - ou érythromycine IVL 30 min avant
 - ASP centré sur les coupes : élimine pneumopéritoine
 - indication : **systematique** dans les 24 premières heures quel que soit le mode d'extériorisation
 - intérêts :
 - faire le diagnostic lésionnel
 - évaluer la poursuite ou le risque de récurrence hémorragique
 - réaliser si besoin un geste d'hémostase
- Coloscopie = **1^{ère} intention** si hématochézie sans retentissement HD important
 - préalable : préparation colique
- Exploration du grêle par vidéo-capsule endoscopique et/ou entéroscanner = **dernière intention**
 - indication : négativité des explorations endoscopiques initiales = saignement « obscur »