

HÉMORRAGIE DIGESTIVE

Dr Mathurin Fumery, Dr Eric Bartoli, Pr Jean-Louis Dupas

Service d'hépatogastroentérologie, centre hospitalier universitaire, Hôpital Nord, 80054 Amiens Cedex, France
dupas.jean-louis@chu-amiens.fr

OBJECTIFS

DIAGNOSTIQUER
une hémorragie digestive.

IDENTIFIER
les situations d'urgence et

PLANIFIER leur prise en charge.

Les hémorragies digestives hautes et basses sont des urgences médicochirurgicales fréquentes et potentiellement graves, avec une mortalité variant entre 5 et 30 %, en fonction de leur origine.

Les hémorragies digestives hautes, essentiellement liées aux ulcérations gastroduodénales et aux complications de l'hypertension portale, sont plus fréquentes et plus graves que les hémorragies digestives basses dues à une cause colique dans 90 % des cas. Dans tous les cas, elles nécessitent, après évaluation de la gravité et mise en route d'un traitement symptomatique, un bilan étiologique et dans certains cas un geste d'hémostase endoscopique en première intention.

Définitions

L'**hématémèse** est une hémorragie extériorisée par la bouche lors d'efforts de vomissement. Elle est, le plus souvent, la traduction d'une lésion hémorragique localisée en amont de l'angle duodéno-jéjunal. Elle est très souvent suivie d'un méléna. L'hématémèse est à différencier de l'hémoptyisie et des hémorragies d'origine ORL, notamment l'épistaxis déglutée.

Le **méléna** est l'émission par l'anus de sang digéré, donnant des selles noires, poisseuses, d'odeur fétide. La lésion hémorragique est, dans ce cas, le plus souvent située en amont de l'angle colique droit. Le méléna peut être la seule manifestation d'une hémorragie d'origine haute, gastrique ou duodénale. Il doit être différencié de la coloration noirâtre des selles liée à une supplémentation martiale donnée par voie orale.

La **rectorragie** est l'émission par l'anus de sang rouge, non digéré, et traduit le plus souvent une lésion digestive basse colrectale, surtout quand elle s'associe à l'émission de caillots.

Elle peut également être la traduction clinique d'une lésion digestive haute avec un débit hémorragique important ; c'est le cas des ulcères de la face postérieure du bulbe avec érosion de l'artère gastroduodénale ou des fistules aortodigestives. Dans ces situations, le tableau hémorragique est généralement associé à une instabilité hémodynamique.

Les **saignements digestifs occultes** résultent d'une hémorragie digestive chronique, de faible abondance, et n'ont, par définition, aucune traduction clinique en dehors des manifestations du syndrome anémique qui en résulte.

Sur le plan biologique, l'anémie est microcytaire, avec un fer sérique et une ferritinémie effondrés.

Prise en charge des situations d'urgence (tableau 1)

La survenue d'une hémorragie digestive nécessite une prise en charge urgente dans une structure adaptée.

L'interrogatoire du malade (ou de son entourage si le malade n'est pas interrogeable) est systématique, rapide et ciblé.

Il doit rechercher :

- des antécédents de maladie ulcéreuse ou un syndrome ulcéreux récent ;
- des antécédents de cirrhose ;
- la prise de médicaments gastrottoxiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, antiagrégants plaquettaires) ;
- des antécédents de maladie inflammatoire chronique intestinale ;
- des facteurs de risque d'ulcération rectale (prise de température rectale, manœuvres endorectales) ;
- une notion de vomissements alimentaires itératifs (volontaires ou non) précédant l'épisode hémorragique (évoquant une lésion de Mallory-Weiss) ;
- une consommation excessive de boissons alcoolisées ;
- des antécédents de chirurgie aortique ou de prothèse vasculaire.

Après évaluation de l'importance de l'hémorragie et mise en route des mesures de réanimation adéquates, l'enquête étiologique permettra une prise en charge adaptée.

Mise en condition du malade, mesures non spécifiques

Les paramètres vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire et saturation en oxygène) doivent être notés au début de la prise en charge, puis surveillés constamment par monitoring cardiotensionnel. Deux voies veineuses périphériques de bon calibre (minimum 18) sont ensuite mises en place et une oxygénothérapie nasale doit être démarrée.

La mise en place d'une sonde nasogastrique est discutée. Elle est recommandée par les sociétés d'anesthésie-réanimation dans le cadre d'un transport médicalisé. Elle peut permettre de confirmer l'origine haute du saignement en cas de doute diagnostique. L'administration intraveineuse lente de 3 mg/kg d'érythromycine avant l'endoscopie haute accélère la vidange gastrique et permet d'effectuer une exploration endoscopique digestive haute de meilleure qualité qu'avec un lavage par sonde.

Les traitements anticoagulants doivent être interrompus. En cas de surdosage, un antagoniste doit être administré. L'attitude concernant l'arrêt d'un traitement antiagrégant plaquettaire est à discuter au « cas par cas », en fonction de son indication et de la possibilité d'obtenir une hémostase endoscopique satisfaisante, en particulier chez les malades porteurs de stents coronariens actifs récemment mis en place.

Examen clinique

Il est centré sur la recherche de signes de gravité et l'orientation étiologique.

1. Signes de gravité

Ce sont essentiellement les signes de « choc » : tachycardie (à interpréter en fonction de la prise de bêtabloquants), hypotension artérielle rebelle aux mesures d'expansion volémique, pincement de la différentielle systolo-diastolique, tachypnée, pâleur cutanéomuqueuse, soif, hypersudation, existence de marbrures ou de troubles de la conscience. La présence de ces signes indique une perte d'au moins 35 % de la masse sanguine. La gravité d'un épisode hémorragique peut également être liée au terrain (âge, comorbidités).

2. Orientation étiologique

L'examen clinique, associé aux données de l'interrogatoire, permet la plupart du temps d'évoquer le diagnostic étiologique. Il recherche :

- des signes d'hypertension portale ou d'insuffisance hépatocellulaire chronique (orientant vers une cirrhose, donc vers une éventuelle rupture de varices œsophagiennes) ;
- une douleur, voire une défense au niveau de l'épigastre (orientant vers un ulcère gastroduodénal) ;
- une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien (orientant vers des lésions d'œsophagite) ;
- une masse abdominale pulsatile (orientant vers une fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale) ;
- une altération marquée de l'état général et une dysphagie (orientant vers une lésion cancéreuse hémorragique).

TABLEAU 1

Prise en charge des hémorragies digestives

Prise en charge en urgence

Mise en condition

- Monitoring cardiotensionnel
- Pose de 2 voies veineuses périphériques
- Arrêt des traitements anticoagulants
- Oxygénothérapie nasale

Interrogatoire et examen clinique

- Prise d'AINS, d'anticoagulants, d'antiagrégants plaquettaires
- Évaluation du terrain/antécédents
- Antécédents de cirrhose, d'ulcères gastro-duodénaux
- Toucher rectal

Bilan paraclinique

- NFS, coagulation, groupe ABO et rhésus (1^{re} et 2^e détermination), RAI
- Ionogramme, urée et créatinine
- Bilan de coagulation

Traitement symptomatique

- Compensation de l'hypovolémie par macromolécules
- Correction de l'anémie par transfusion de culots globulaires
- Transfert, si besoin, en USI après stabilisation hémodynamique

Bilan et traitement étiologique

- Endoscopie digestive après stabilisation hémodynamique

Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Le toucher rectal est systématique et permet de confirmer l'existence d'un méléna ou de rectorragies. Il permet également le diagnostic d'une masse tumorale rectale et/ou d'une pathologie hémorroïdaire.

Examens paracliniques en urgence

Les seuls paramètres biologiques indispensables en urgence sont la numération formule sanguine (NFS), deux déterminations des groupes ABO et rhésus, la recherche d'agglutinines irrégulières, un bilan d'hémostase comportant TP et TCA, et un ionogramme sanguin avec dosage de l'urée et de la créatininémie. Ils permettent d'apprécier l'importance des pertes sanguines (taux d'hémoglobine) et ses conséquences sur la fonction rénale. L'abaissement du TP, en l'absence de traitement anticoagulant, peut être lié à une insuffisance hépatocellulaire, en faveur du diagnostic de cirrhose.

Un électrocardiogramme est effectué systématiquement à la recherche de signes électriques d'ischémie silencieuse.

La radiographie thoracique de face avec cliché centré sur les coupes est classiquement effectuée avant toute endoscopie digestive haute à la recherche d'un éventuel pneumopéritoine.

Traitement symptomatique

La compensation des pertes sanguines est indiquée en cas d'instabilité tensionnelle. Elle est démarrée le plus souvent par des macromolécules en attendant d'obtenir des culots globulaires phénotypés. La compensation des pertes sanguines par macromolécules ne doit pas excéder 1 litre ; au-delà, en cas d'instabilité tensionnelle persistante, il est possible d'avoir recours à la transfusion de culots globulaires O négatifs selon la procédure d'urgence vitale.

Le rythme des transfusions est basé sur les valeurs cibles suivantes : PAS > 100 mmHg (entre 80 et 100 mmHg en cas d'hypertension portale à cause du risque de récurrence hémorragique) ; fréquence cardiaque < 100/min ; hémoglobine > 8 g/dL (> 10 g/dL chez le malade coronarien).

Diagnostic étiologique et traitement (tableau 2)

L'endoscopie digestive est le temps essentiel de la prise en charge puisqu'elle permet, dans la majorité des cas, d'établir le diagnostic lésionnel, d'évaluer le pronostic et surtout de faire l'hémostase.

L'endoscopie œso-gastroduodénale est effectuée en urgence en cas d'hématémèse, de méléna ou de rectorragies mal tolérées, chez un malade hémodynamiquement stable. En cas de trouble de la conscience, l'intubation orotrachéale est systématique pour prévenir le risque d'inhalation.

La rentabilité d'un examen endoscopique digestif bas en urgence est limitée du fait de l'absence de préparation colique. Ses rares bonnes indications sont : le diagnostic et le traitement d'une ulcération rectale (ou d'une lésion tumorale rectale) hémorragique et la recherche de lésions ischémiques. Dans les cas de rectorragies bien tolérées dont l'origine colique est fortement suspectée, une coloscopie totale est effectuée à distance, après préparation adéquate.

En cas d'hémorragie active dont l'origine n'a pu être déterminée par endoscopie, l'angioscanner ou l'artériographie cœliomésentérique peuvent être proposés pour localiser le saignement en montrant la fuite de produit de contraste dans la lumière digestive.

Hémorragies digestives hautes

1. Lésions ulcéreuses gastroduodénales

Elles sont à l'origine de 30 à 40 % des hématémèses, cessent de saigner spontanément dans 75 % des cas, avec une mortalité stable au cours des dernières décennies, de 6 à 10 % selon les séries.

Elles sont favorisées par l'âge, l'infection à *Helicobacter pylori*, la prise d'AINS ou d'aspirine, et aggravées par la prise d'anti-agrégants et d'anticoagulants.

L'endoscopie digestive permet de visualiser la lésion, de rechercher un saignement actif ou des signes de saignement récent (fig. 1 et 2).

La classification endoscopique de Forrest (tableau 3) permet d'évaluer, en fonction de l'aspect de l'ulcère, le risque de récurrence hémorragique. Un traitement endoscopique d'hémostase est indiqué, selon cette classification, non seulement pour les lésions Ia et Ib présentant une hémorragie active mais aussi pour les lésions avec stigmates de saignement récent IIa et IIb (qui correspondent souvent à une lésion IIa avec caillot adhérent).

Les moyens d'hémostase endoscopique reposent sur des techniques physiques (injection d'adrénaline diluée autour et dans la lésion, clip hémostatique idéalement positionné sur un

TABLEAU 2	Causes des hémorragies digestives
Hémorragies digestives hautes	
	<ul style="list-style-type: none"> Ulcères gastro-duodénaux 35 à 50 % Hypertension portale (varices œsophagiennes, varices cardiotubérositaires, gastropathie) 30 % Gastrite, duodénite aiguë 10 à 20 % Syndrôme de Mallory-Weiss 5 à 15 % Tumeurs malignes (estomac, ampullome) 5 à 8 % Œsophagite peptique 2 % Ulcère de Dieulafoy 1 à 2 % Ectasies vasculaires < 1 % Hémobilie/wirsungorragie < 1 % Fistule aorto-digestive < 1 %
Hémorragies digestives basses	
Causes colique, rectale, anale : 95 %	
	<ul style="list-style-type: none"> Diverticulose colique 25 % Tumeurs malignes 20 % Angiodysplasies coliques 17 % Hémorroïdes 12 % Polypes et tumeurs villeuses 9 % Ulcération thermométriques et traumatismes ano-rectaux 3 % Fissures anales 3 % Maladie inflammatoire chronique de l'intestin 2 % Hémorragies postopératoires 1,5 % Colite ischémique 1 % Colite radique 0,5 % Maladie de Rendu-Osler 0,5 % Hémorragie post-polypectomie 0,5 %
Causes grêliques 5 %	



FIGURE 1 Ulcère duodéal Forrest Ib (saignement en nappe).

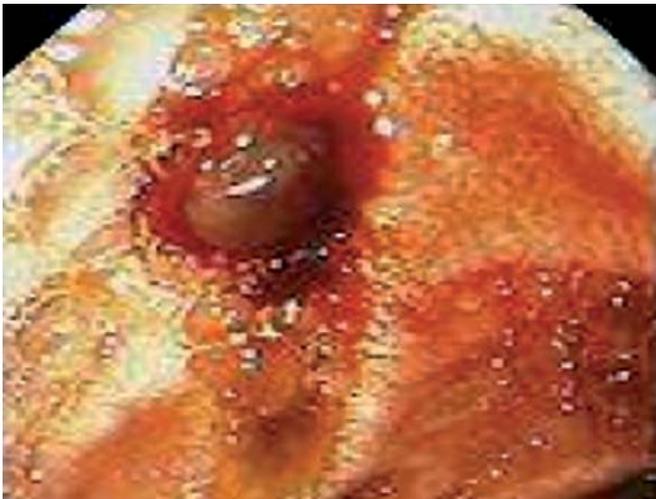


FIGURE 2 Ulcère duodéal Forrest IIb.

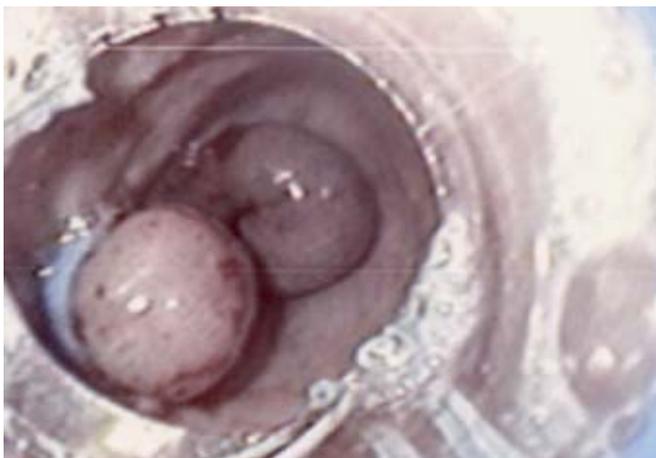


FIGURE 3 Ligature de varices œsophagiennes

vaisseau visible) et thermiques (électrocoagulation du vaisseau hémorragique au plasma d'argon ou à la sonde bipolaire). Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) favorisant l'hémostase et la cicatrisation de l'ulcère diminuent le taux de récurrence hémorragique et sont systématiquement associés au geste endoscopique. La posologie des IPP dans cette indication est toujours débattue. Actuellement, la tendance, en cas de lésion à risque élevé de récurrence, est l'administration intraveineuse continue d'IPP à la dose de 8 mg/h pendant 72 heures après un bolus de 80 mg relayé per os par une dose standard pendant 4 semaines.

Si l'hémostase n'est pas obtenue après deux procédures endoscopiques, deux options sont possibles : l'artériembolisation de l'artère nourricière de l'ulcère (souvent l'artère gastroduodénale) réservée aux patients à haut risque opératoire, ou l'hémostase chirurgicale basée sur la suture du fond de l'ulcère et la ligature de l'artère nourricière en aval et en amont de la lésion.

Les interventions type antrectomie, vagotomie ne sont plus indiquées depuis l'avènement des IPP. Certains discutent l'hémostase chirurgicale d'emblée en cas de lésion à très haut risque hémorragique : lésion de plus de 2 cm, située sur la face postérieure du bulbe ou la petite courbure angulaire.

En cas d'infection prouvée à *H. pylori*, un traitement d'éradication est entrepris sans urgence.

2. Hémorragies liées à l'hypertension portale

Les ruptures de varices œsophagiennes ou cardiotubérositaires sont les causes les plus fréquentes d'hémorragie digestive au cours de la cirrhose. La mortalité importante du premier épisode hémorragique justifie le dépistage systématique de ces varices et une prévention primaire d'une éventuelle rupture (en cas de varices œsophagiennes de grade II ou III) par bêtabloquant non cardio-sélectif. Dès le diagnostic suspecté sur la base du terrain, de l'interrogatoire et de l'examen clinique, l'administration précoce (dès l'admission) de drogues vaso-actives dérivées de la vasopressine (terlipressine) ou de la somatostatine (octréotide) a montré une amélioration significative de la survie. L'endoscopie digestive haute permet le traitement des varices œsophagiennes par ligatures élastiques non seulement lors d'hémorragies actives (fig. 3) mais aussi dans le cadre d'une prophylaxie secondaire chez les malades ayant déjà eu un épisode hémorragique. La morbidité supérieure de la sclérothérapie par rapport à la ligature élastique a fait abandonner cette technique, qui n'est plus guère utilisée que dans des situations de sauvetage. Les varices cardiotubérositaires se prêtent mal à la technique de ligature. Le traitement de choix de ce type de varice est basé sur l'injection intravariqueuse de colle, uniquement en cas d'hémorragie active ou de signes récents de saignement. Le traitement endoscopique des hémorragies digestives secondaires à l'hypertension portale est systématiquement associé à une prophylaxie d'infection du liquide d'ascite par de la Noroxine (400 mg x 2/j pendant 7 jours) et à une prévention de l'encépha-

Hémorragie digestive

POINTS FORTS À RETENIR



- Les hémorragies digestives sont des urgences médico-chirurgicales mettant en jeu le pronostic vital et nécessitent une prise en charge adaptée. Celle-ci repose sur des mesures de réanimation générale, et des mesures spécifiques à l'étiologie, puis sur l'endoscopie qui permet le diagnostic, l'évaluation pronostique et le geste thérapeutique d'hémostase.
- Les hémorragies digestives hautes se manifestent par une hématomèse ou un méléna, ou par des rectorragies si l'hémorragie est de grande abondance. Elles sont secondaires à des lésions principalement situées en amont de l'angle de Treitz (angle duodéno-jéjunal). Les causes sont dominées par l'ulcère gastro-duodénal et par la rupture de varices œsophagiennes.
- Les hémorragies digestives basses, secondaires à des lésions sous l'angle de Treitz, se manifestent par des rectorragies ou par un méléna. Les causes les plus fréquentes sont la maladie hémorroïdaire, la diverticulose colique et les lésions tumorales.

lopathie hépatique par le lactulose à fortes doses. En cas d'échec du traitement endoscopique, l'hémostase peut être obtenue par une sonde de tamponnement de type « Blackemore », en attendant un geste de dérivation porto-cave par mise en place d'un TIPS (shunt portosystémique transhépatique mis en place par voie transjugulaire).

3. Autres causes d'hémorragies digestives hautes

Le syndrome de Mallory-Weiss correspond à une déchirure longitudinale de la muqueuse cardiaque secondaire à des efforts de vomissements. Le diagnostic peut être évoqué à l'interrogatoire. L'hémorragie est le plus souvent de faible abondance et le recours à un geste d'hémostase endoscopique rare.

L'œsophagite peptique a une évolution le plus souvent favorable sous IPP et le recours à une hémostase endoscopique est exceptionnel. Les symptômes de reflux gastro-œsophagien ne sont pas constamment associés.

Le cancer de l'œsophage peut être responsable d'hémorragie à un stade avancé où l'altération de l'état général et la dysphagie prédominent. Le traitement endoscopique est limité dans cette indication et repose sur des séances d'électrocoagulation des sites hémorragiques.

Le cancer gastrique, ou des tumeurs sous-muqueuses bénignes peuvent entraîner une hémorragie digestive en cas d'ulcération.

Les autres causes, plus rares, d'hémorragie digestive haute sont dominées par les lésions angiodysplasiques (plus souvent en cause dans les saignements occultes), les lésions de Dieulafoy, les lésions dégénérées ampullaires, les wirsungorragies, les hémobilies, le plus souvent post-traumatiques (PBH, CPRE...), et enfin, les causes vasculaires comme la fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale ou d'une prothèse aortique dans le duodénum, à l'origine d'hémorragies souvent massives et de pronostic sombre.

Hémorragies digestives basses

Elles sont le plus souvent de faible abondance et de bon pronostic. L'hémorragie diverticulaire en est la principale cause, favorisée par la constipation, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'aspirine ou d'antiagrégants plaquettaires. L'hémostase endoscopique est exceptionnellement réalisée quand un saignement actif sur un site est identifié. Dans 10 % des cas, le saignement perdure et impose un geste d'hémostase chirurgicale consistant en une colectomie segmentaire.

Les autres causes d'hémorragies digestives basses sont représentées par les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (RCH en particulier) chez des sujets jeunes et les colites ischémiques observées plus souvent chez des sujets âgés. Dans ces deux dernières situations, aucun geste endoscopique n'est recommandé. Les angiodysplasies coliques sont rarement à l'origine d'hémorragies abondantes, leur traitement est essentiellement endoscopique. Enfin, tout épisode de rectorragie impose la réalisation d'une coloscopie à la recherche d'une lésion tumorale bénigne ou maligne.

TABLEAU 3

Classification de Forrest

Forrest I Hémorragie active		Forrest II Signes de saignement récent			Forrest III
Ia En jet	Ib En nappe	Ila Vaisseau visible non hémorragique	Ilb Caillot adhérent	Ilc Pigmentation plane	Ulcère propre
Récidive : 55 %		Récidive : 43 %	Récidive : 22 %	Récidive : 10 %	Récidive : 5 %

Les rectorragies d'origine hémorroïdaire sont fréquentes, bénignes, avec une symptomatologie assez typique. Toutefois, une rectosigmoïdoscopie doit être systématiquement réalisée afin de ne pas méconnaître une éventuelle lésion rectale associée. Les autres causes de rectorragies sont la fissure anale et l'ulcération traumatique rectale.

Hémorragies digestives d'origine grêlique

Les progrès dans le domaine de l'imagerie permettent l'exploration de la totalité du tube digestif. L'entéroscanner et la vidéo capsule endoscopique, éventuellement complétée par une entéroscopie double ballonnet, permettent le diagnostic et le traitement de certaines lésions, en particulier angiodyplasiques, responsables d'hémorragies digestives extériorisées sous la forme de méléna.

Les tumeurs malignes (lymphome), la maladie de Crohn, la maladie de Rendu-Osler et le diverticule de Meckel sont autant de causes d'hémorragies d'origine grêlique.

Hémorragies digestives occultes

Elles sont généralement suspectées devant une anémie ferri-prive inexpliquée.

Les causes et les moyens diagnostiques sont identiques à ceux observés dans les hémorragies digestives extériorisées.

Surveillance

Elle se fait au mieux, pour les hémorragies massives ou à risque élevé de récurrence, en unité de soins intensifs. Elle est clinique (constantes, signes de choc, récurrence hémorragique), para-clinique (hémogramme), et pluriquotidienne. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

POUR EN SAVOIR +

Monographies.

Pathologie gastro-cesophagienne

Rev Prat 2008;58(13):
1409-56.

Pathologie anale

Rev Prat 2008;58(16):
1751-804.



Pateron D. Hémorragies digestives aiguës. Rev Prat 2001;51(15):1675-81.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

La question hémorragie digestive est un item qui peut facilement intervenir dans l'examen national classant du fait de sa transversalité. Ainsi, un cas clinique pourra y associer les items cirrhose et ses complications, ulcères gastro-duodénaux, cancer du côlon, choc hémorragique, transfusion, prescription des AINS, complication des anticoagulants...

Un cas clinique sur ce thème obligera l'étudiant à prendre le patient dans sa globalité comme le souhaite le CNCI.

M. E., 50 ans, est adressé aux urgences pour hématurie. Ce patient présente comme antécédents un syndrome dépressif, une exogénose chronique, une HTA, une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une bronchopneumopathie chronique obstructive. Son traitement à domicile est composé de Lexomil, de fluoxétine et d'Aspégic. L'examen clinique d'entrée trouve une fréquence cardiaque à 137/min, une pression artérielle à 80/50 mmHg, des marbrures, une ascite ainsi que quelques angiomes stellaires.

QUESTION N° 1

Citez les différentes causes possibles de méléna. Quel diagnostic évoquez-vous chez ce patient ?

QUESTION N° 2

Quelle est selon vous la conduite à tenir initiale aux urgences ?

QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

QUESTION N° 4

Quel est le traitement de cet épisode hémorragique ?

QUESTION N° 5

Faudra-t-il instaurer un traitement préventif ? Si oui, lequel ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur www.larevuedupraticien.fr onglet [Références Universitaires](#)

OK