

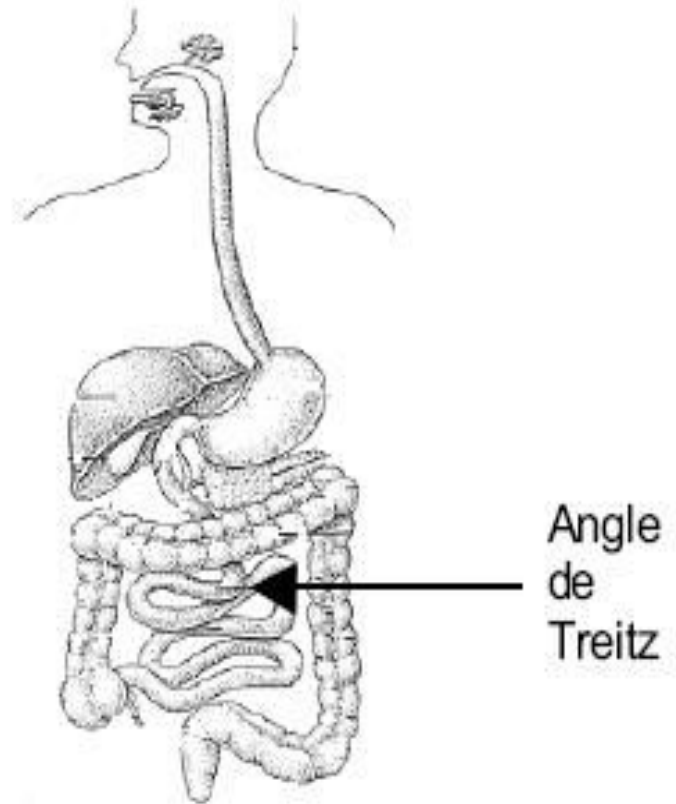
HEMORRAGIE DIGESTIVE

Définition

Elle se définit par un saignement, actif ou ayant cédé, dont l'origine se situe dans l'appareil digestif .

Elle est dite *haute*, si le saignement provient en amont de l'angle de TREITZ.

Elle est dite *basse*, si le saignement provient en aval de l'angle de TREITZ.



MODES DE REVELATION

Hématémèse

rejet par la bouche au cours de l'effort de vomissement de sang rouge non aéré mêlé d'aliments ; parfois tirant vers le noir s'il est ancien.

Elle signe toujours une lésion haute: œsophage, estomac, duodénum

Le méléna

Émission de selles noires, gluantes, nauséabondes correspondant à du sang digéré.

Il peut provenir d'une lésion haute ou basse

Les rectorragies / hématochésie

C'est l'émission par l'anus de sang rouge non digéré, sous forme: - sang pur. - sang mélangé avec la selle. - sang arrosant la selle.

sous forme: - sang pur. - sang mélangé avec la selle. - sang arrosant la selle.

elle traduit une hémorragie digestive basse dans la majorité des cas, mais peuvent être en rapport avec une hémorragie digestive haute massive

Hémorragie digestive non extériorisée

1- Hémorragie minime et chronique :

un saignement occulte (anémie chronique ferriprive) les selles sont alors de coloration normale.

- Diagnostic: la recherche de sang dans les selles, par les bandelettes réactives= Hémocult, qui va confirmer le saignement

2- Hémorragie massive: anémie aigue avec un état de choc.

Éliminer ce qui n'est pas une hémorragie digestive

Ce qui n'est pas du sang

- Selles colorés par des médicaments (supplément de fer, médicaments contenant du bismuth, charbon activé...)
- Ou par des aliments (betterave, réglisse, mûres...)

Ce qui n'est pas d'origine digestive

- Hémoptysie.
- Epistaxis.
- hémosiale mèse.
- Hémorragie génitale ou urinaire

les étiologies

hémorragie digestive haute

hémorragie digestive basse

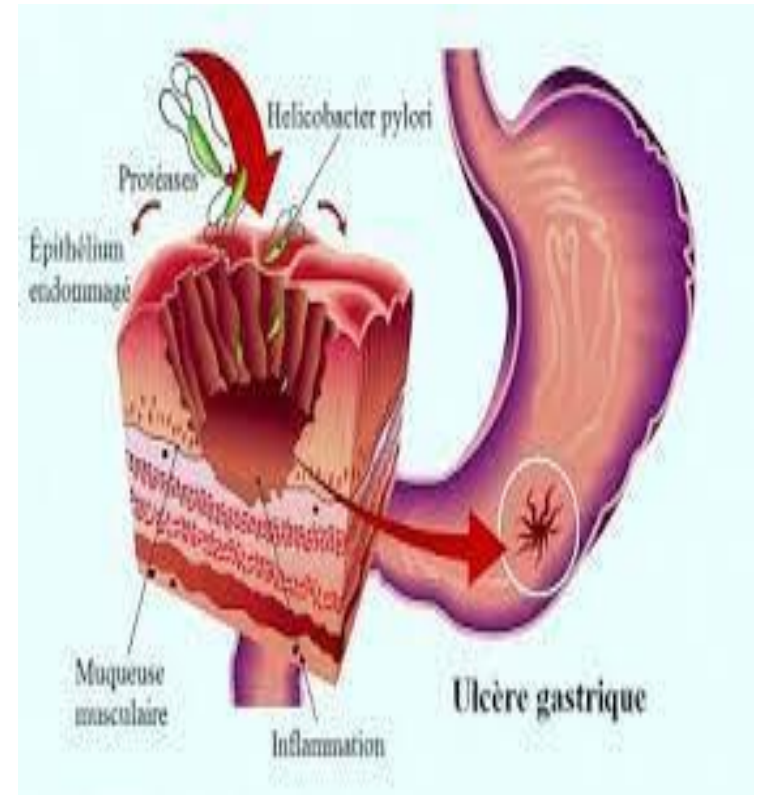
Hémorragie digestive haute

Ulcère gastro duodénal

Principale cause des
hémorragies digestives
hautes (**30 à 40 %**)

L'hémorragie est liée
à un saignement
muqueux
péri-ulcéreux ou à l'
érosion d'une artère
au fond de l'ulcère.

Les facteurs
favorisants sont le
traitement
anticoagulant et les



FOGD : examen capital

Permet la visualisation et localisation de l'ulcération responsable du saignement.

Pronostique : grâce à la classification de *FORREST*, qui est corrélée au risque de récidive hémorragique et de décès

L'endoscopie haute: FOGD

la classification de **FORREST**

Stade I Saignement actif

IA: saignement actif

**IB: saignement en nappe
(suintement)**

Stade II Saignement récent

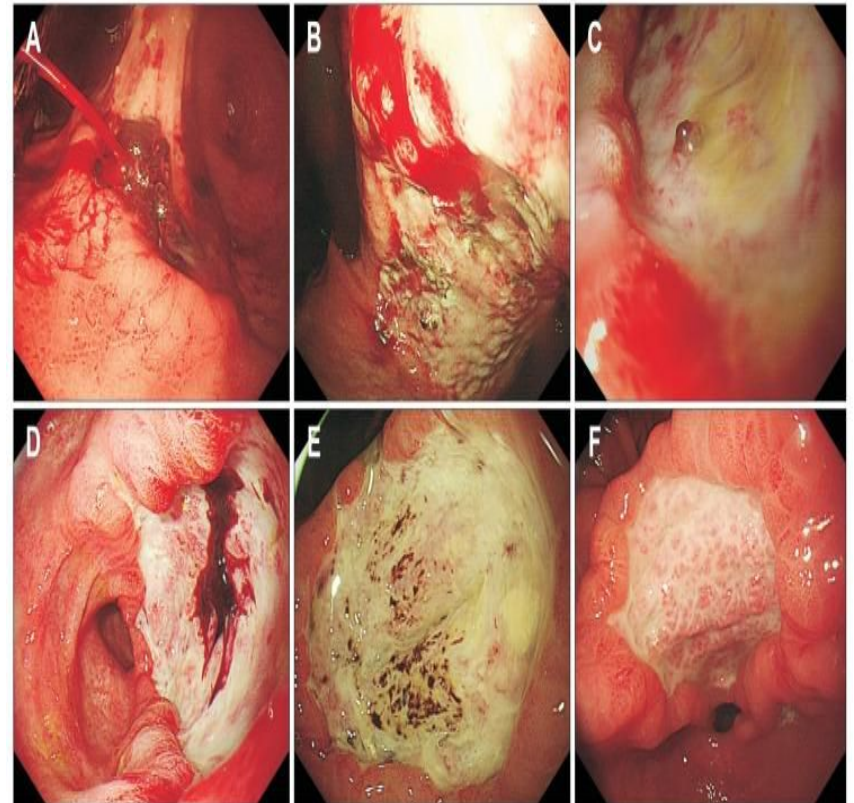
II A lésion vasculaire visible

II B caillot frais

III C caillot organisé (tache noire)

Stade III Absence de saignement

Cratère propre



Le Traitement : UGD

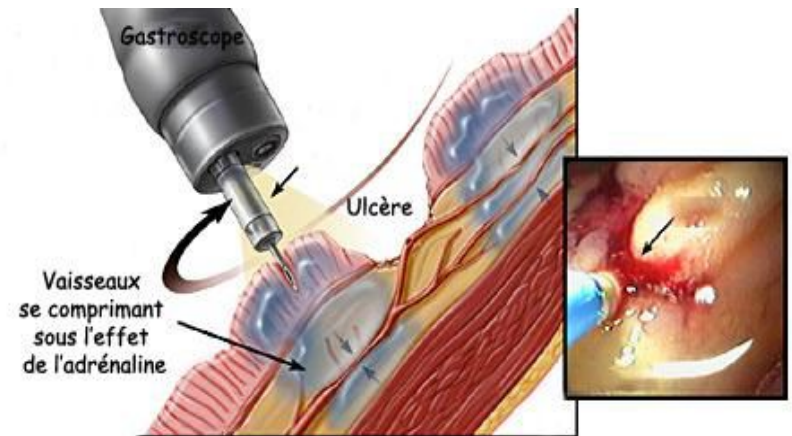
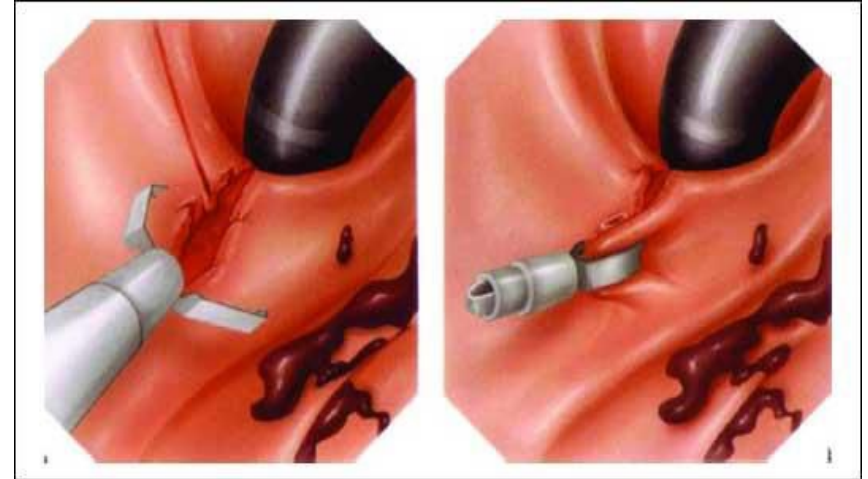
1/Traitement médical :

Anti-sécrétoires (anti-H2, IPP) par voie veineuse puis per os.

Le traitement d'éradication de *l'Helicobacter pylori* est associé à une diminution de la récurrence.

Traitement endoscopique

- Electrocoagulation monopolaire, bipolaire, au plasma argon. Injection d'adrénaline.
- Sclérothérapie par l'alcool ou polidocanol.
- Hémoclip.

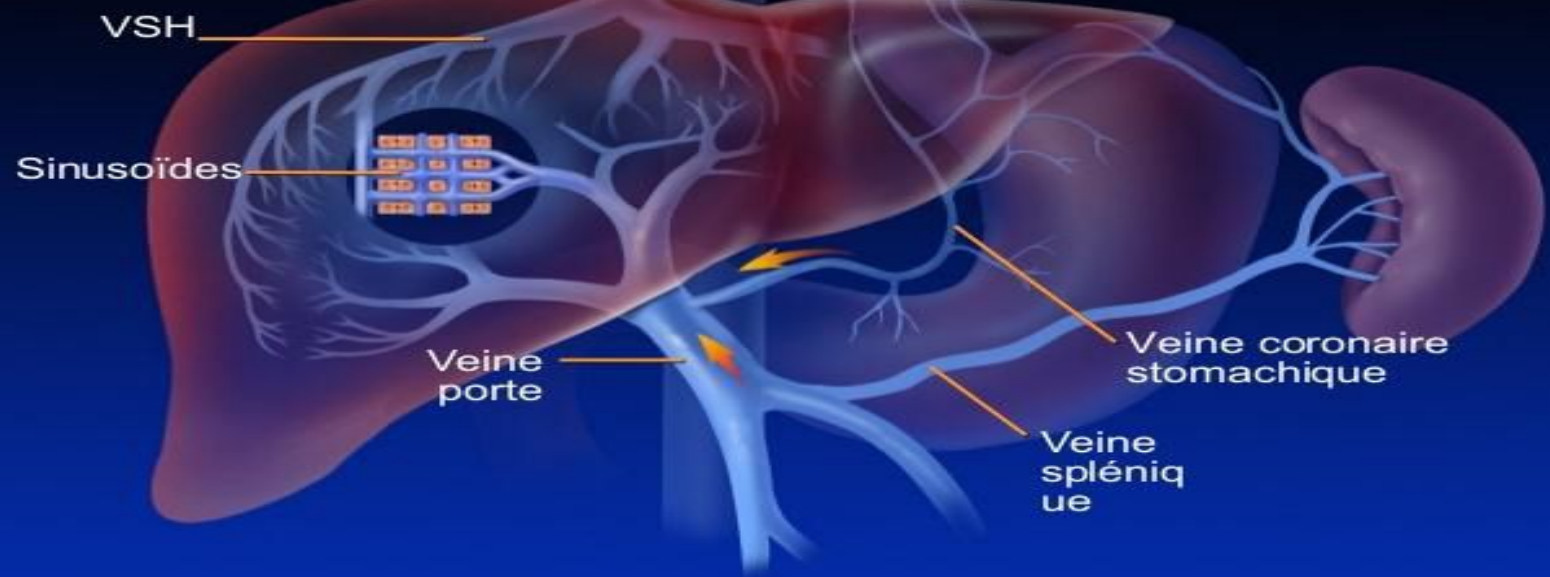


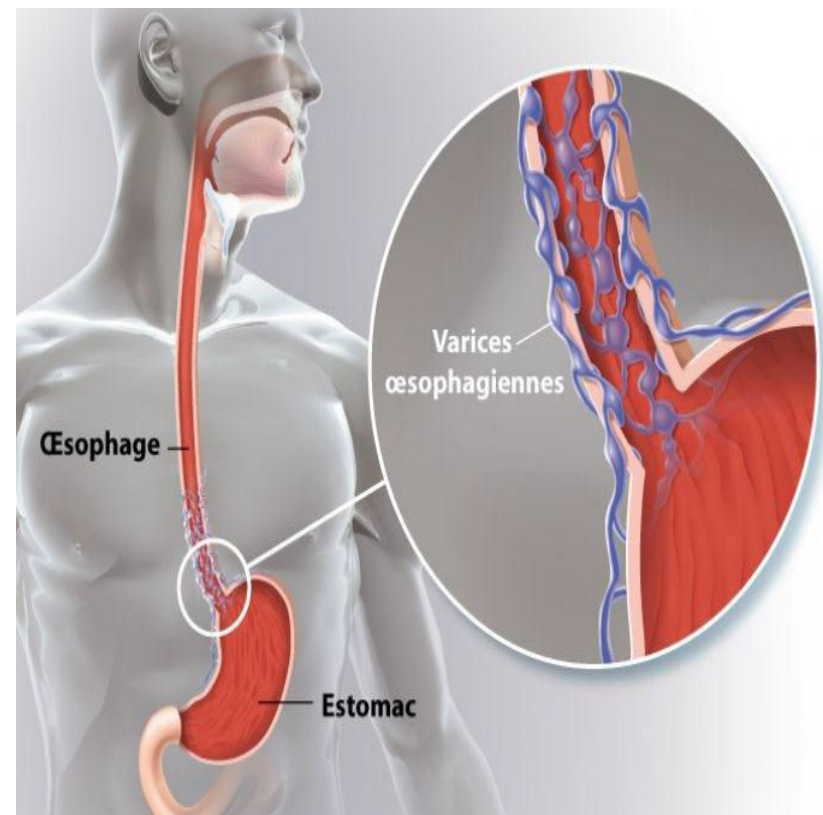
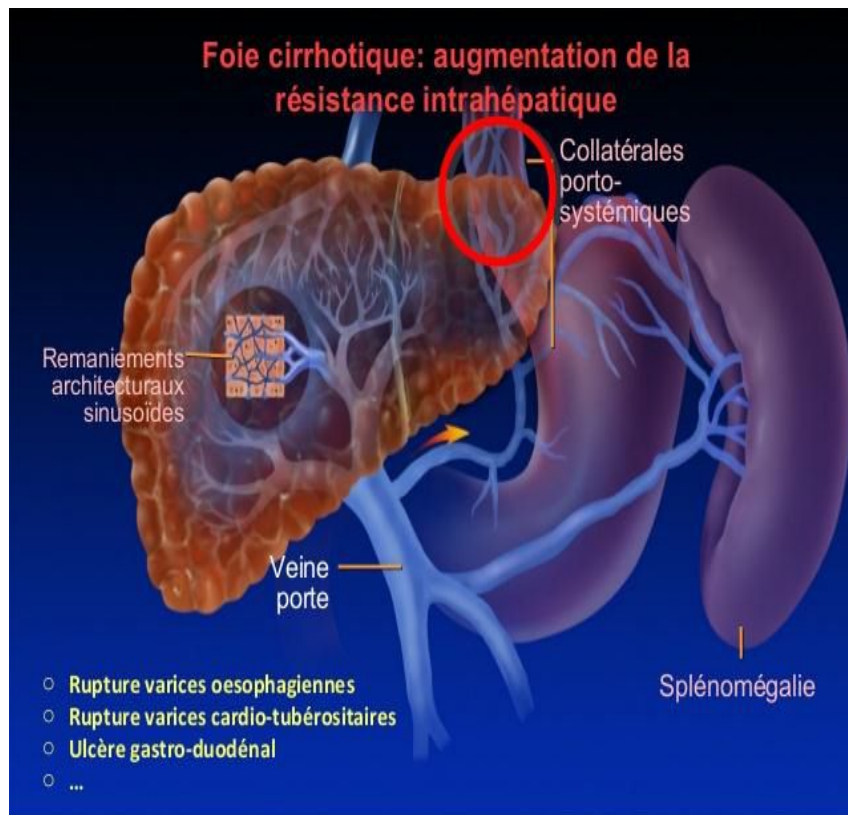
Traitement

hémorragie digestive liée à l'HTP

- L'HTP se définit comme étant une augmentation de la pression dans le territoire porte > 10 à 12 mmHg ou un gradient de pression entre la veine porte et la CVI > 5 mmHg.
- 20 % des hémorragies digestives hautes de l'adulte sont secondaires à une hypertension portale, le plus souvent cirrhotique.
- Chez un malade atteint de cirrhose, environ 70 % des hémorragies hautes sont en rapport avec une rupture de varices œsophagiennes ou plus

Foie normal: aucune résistance au flux intrahépatique





Pression dans le territoire porte > 10 mm Hg ou un gradient de pression entre la veine porte et la CVI > 5 mm Hg. Développement de réseau collatérale porto caves

L'endoscopie haute: FOGD

**Rupture varices
oesophagiennes ou
cardio-tubérositaires
(70%) : +++**



**A :
absence
de varices**

**B : petites
varices de
grade I**

**C : grosses
varices de
grade III)**

Traitement :RVO

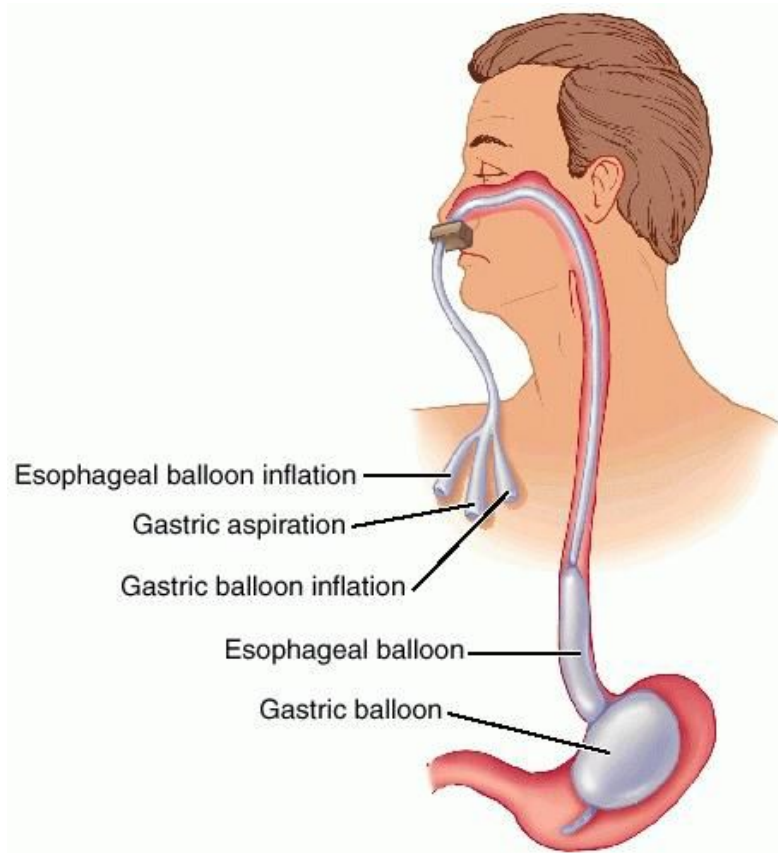
Sondes de tamponnement : Comprimant les varices rompues

-Sonde de ***BLAKEMOOR*** : à *double ballonnet pour les varices oesophagiennes.*

-Sonde de ***LINTON NACHLAS*** : à *un seul ballonnet pour les varices gastriques.*

Le risque de récurrence au dégonflage des ballonnets est de 50 %.

Sonde de BLAKEMORE



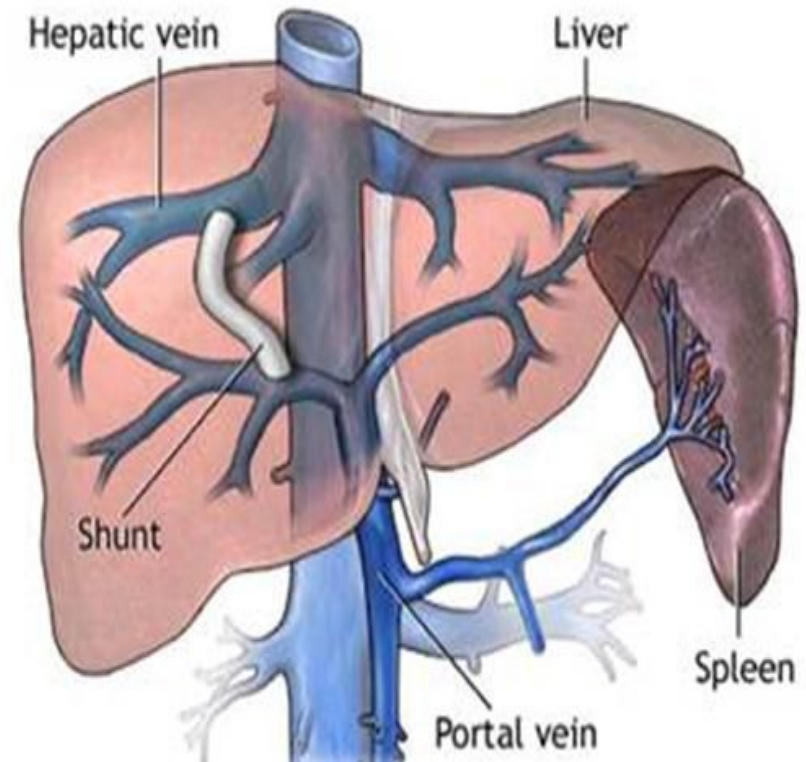
En cas d'hémorragie non contrôlée:

Ballon gastrique gonflé a 150 cc
Ballon oesophagien gonflé a 80 cc

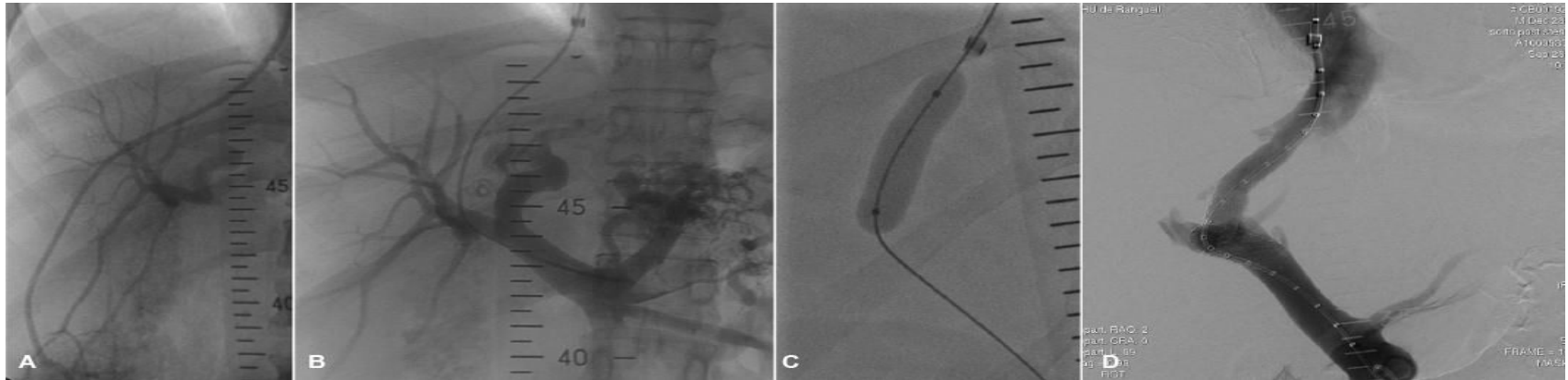
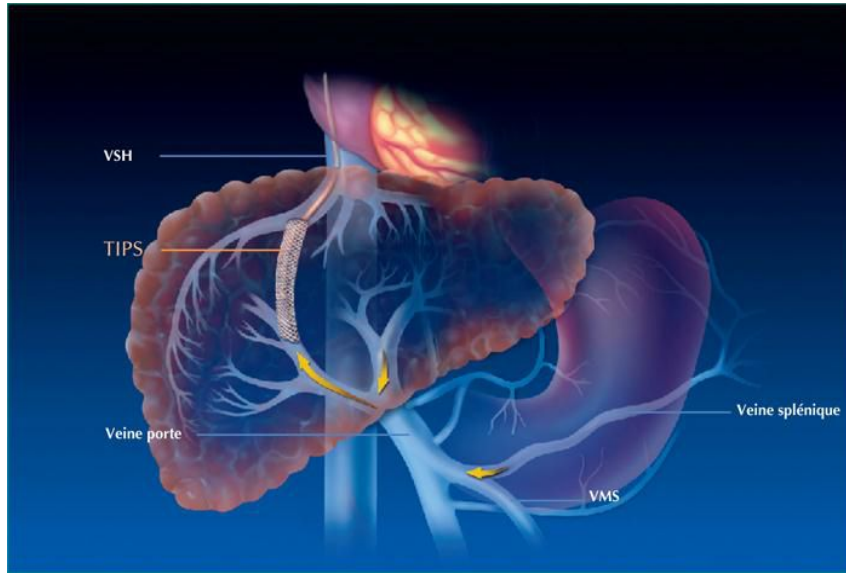
Mettre la sonde sous traction
Dégonfler 30 min toute les 6H
Laisser en place maximum 3 jours .

Traitement radiologique

Shunt
intra-hépatique
porto-hépatique par
voie percutanée
trans-jugulaire par la
mise en place de
prothèse métallique
expansive, larguée
entre la veine porte
et la veine
sus-hépatique



**TIPS (Trans jugular Intra hepatic
Porto systemic Shunt).**



TIPS :prothèse métallique entre la veine sus hépatique et la veine porte

Traitement chirurgical

Dérivations porto-caves :

Anastomose mésentérico-cave de DRAPANAS par greffon veineux.

Anastomose spléno-rénale distale : intervention de WARREN.

Anastomose coronaro-cave d'INOKUSHI : entre la coronaire stomachique et la VCI.

Chirurgie directe des varices :

- Intervention de *SIGIURA* : *L'intervention consiste en la transection oesophagienne, la dévascularisation oesogastrique, la pyloroplastie et la splénectomie.*

*Autres
étiologies*

Syndrome de MALLORY WEISS

- 5 % à 8 % des hémorragies digestives hautes
- déchirure de la muqueuse gastrique et/ou oesophagienne au cardia



ulcération de Dieulafoy

- Micro-ulcération superficielle hémorragique ou non.
- Fundus > corps gastrique > antre > duodénum > oesophage.
- Hémorragie active 50 % (suintement diffus > micro pulsatile > en jet).

est une perte de substance qui détruit la musculaire muqueuse et érode artère mais suivant un trajet superficiel et de petite taille

Les anomalies vasculaires

5 % des
hémorragies
hautes

angiodysplasies,
les télangiectasies
et les angiomes,
qui sont acquis et
d'origine
dégénérative

Les localisations
hautes sont plus
fréquentes



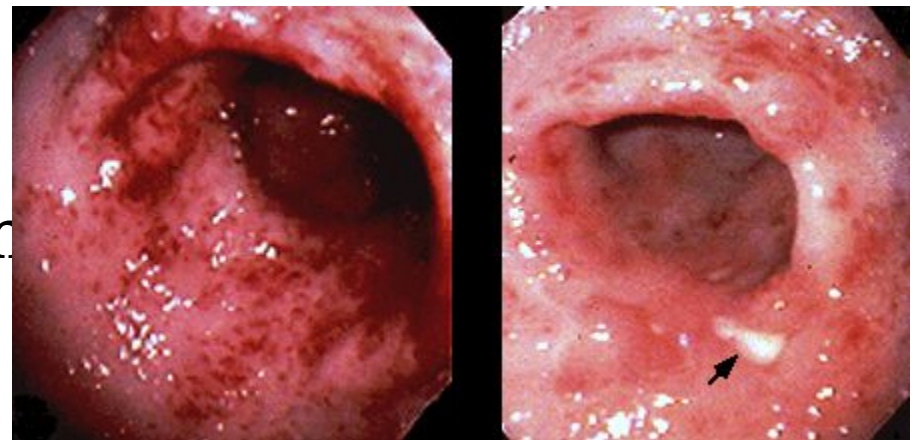
Les ectasies vasculaires antrales

Type I : aspect stries radiaires

Plus fréquent en l'absence de cirrhose



Type II : aspect diffus en cas de cirrhose



Maladie de Rendu-Osler

Télangiectasies digestives,
préférentiellement au niveau de l'estomac
et du duodénum

Les wirsungorragies

< 0,1 %

Pancréatite chronique (80 %)

Pathologie artérielle rupture d'anévrisme de , malformation artério-veineuse) (15 %)

Pancréatite aiguë (3 %)

Tumeurs malignes ou bénignes du pancréas (1 %)

Pancréatographie rétrograde endoscopique (1 %)

Les hémobilies

Traumatisme du foie

Traumatisme des voies biliaires

Anévrysmes des artères hépatique et cystique et de leurs branches
Lithiasse biliaire

Parasitose biliaire (ascaridiase)

Tumeurs malignes ou bénignes des voies biliaires, du foie et du pancréas

Métastases hépatiques et biliaires

Maladies systémiques (lupus, sarcoïdose, périartérite noueuse)

Troubles innés ou acquis de la coagulation (hémophilie, Willebrand, anticoagulants, purpura thrombopénique)

Maladie de Rendu-Osler

Kyste biliaire

Hypertension portale (cirrhose, TIPS, varices de la vésicule biliaire)

Les fistules aorto digestives

l'évolution locale de certains cancers et après
radiothérapie médiastinale , chirurgie
aortique

Les fistules aorto-duodénales > Les fistules
aorto-oesophagiennes > les fistules
aorto-gastriques

Autres causes d'hémorragies digestives

La pathologie tumorale est responsable
d'environ 3 à 4 % des hémorragies hautes
oesophagite herpétique, brûlure caustique
Ischémie digestive haute
Diverticules oesophagiens, gastriques ou
duodénaux
Lésions radiques de l'oesophage, de
l'estomac ou du duodénum

- OEsophagite peptique sur RGO:(grade III)
- Ulcération sur hernie hiatale.
- Gastrite.
- Tumeurs oesophagiennes, gastriques ou duodénales malignes ou bénignes.
- Tumeurs de la papille (ampullome).

Hémorragie digestive basse

- la lésion responsable siège dans 90 % des cas sur le côlon.
- 5 à 10 % des hémorragies basses sont en rapport avec une lésion de l'intestin grêle (malformations vasculaires acquises, tumeurs, ulcérations, diverticules).
- Le diagnostic est porté par La recto-sigmoïdoscopie et la coloscopie voir une artériographie mésentérique et/ou une TDM abdomino-pelvienne.
- Cependant il faut toujours faire une FOGD pour éliminer une hémorragie digestive

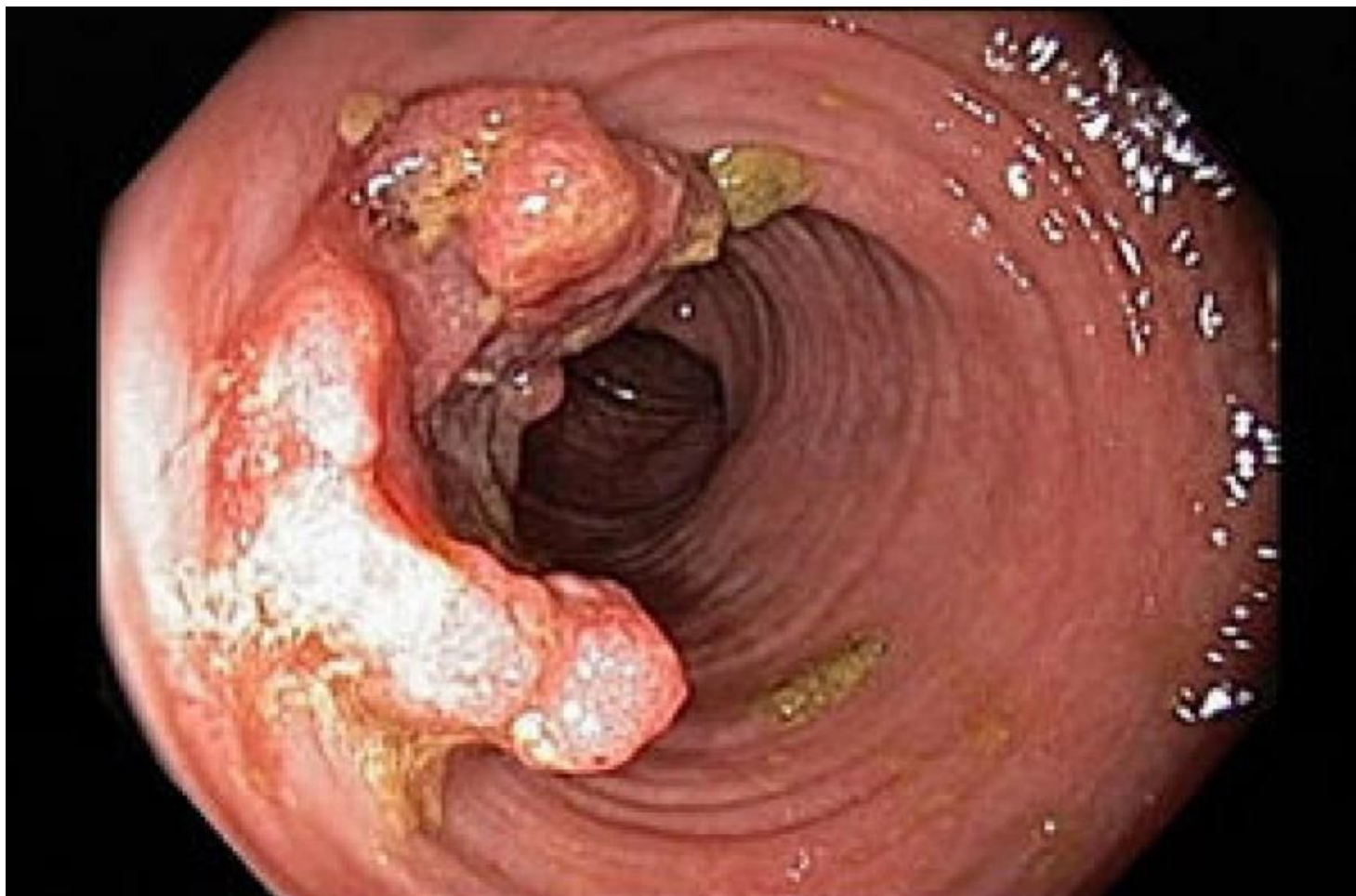
Principales étiologies coliques

- Diverticulose colique
- Tumeurs bénignes et malignes primitives
- Polypectomie endoscopique
- Colites inflammatoire (RCUH, Crohn),
médicamenteuse, infectieuse...
- Causes vasculaires : colite ischémique, rectite
radique, fistule aortocolique
- Causes proctologiques : hémorroïdes internes,
fissure anale, ulcère solitaire du rectum, lésions
traumatiques...
- Tumeurs malignes
- Les ulcérations thermométriques

Diverticulose colique



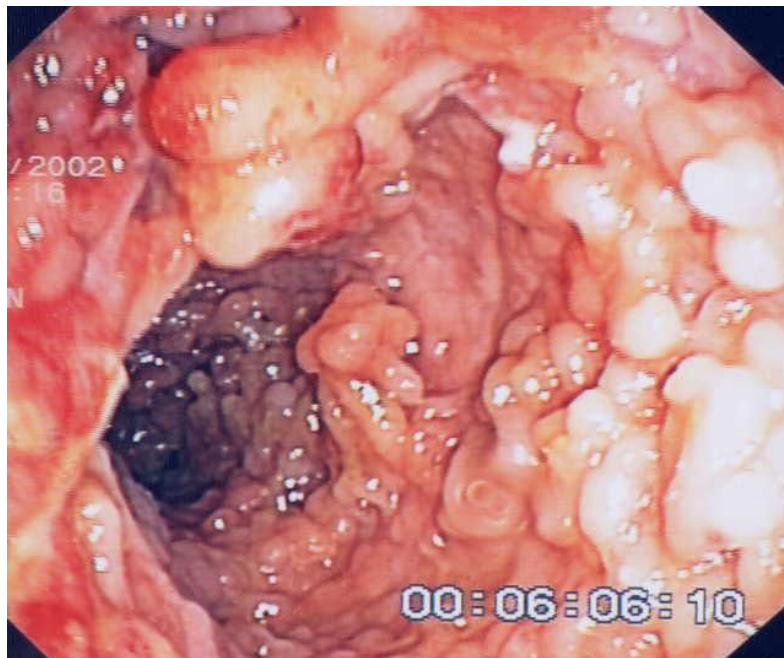
Néoplasie du rectum



Néoplasie du colon



Recto colite hémorragique



Principales étiologies grélique

- Ulcérations du grêle (AINS, MICI,...)
- Tumeurs malignes (lymphomes, carcinoïdes, adénocarcinome, métastases), stromales et bénignes
 - Diverticules de Meckel, duodénal, jéjunal, iléal
 - Causes rares : fistule aorto-entérique, varices intestinales, maladies systémiques, tumeurs vasculaires, ulcérations infectieuses, etc.

**Merci pour votre
attention**