



HEMORRAGIES

INTRODUCTION

Les hémorragies aiguës représentent une urgence médicale majeure, nécessitant une reconnaissance rapide et une prise en charge appropriée.

Elles peuvent être classées selon leur origine (digestive, obstétricale, traumatique, etc.) et leur gravité.

Hémorragie : écoulement de sang en dehors du système circulatoire . On distingue :

- 1- Hémorragie externe
- 2- Hémorragie extériorisé
- 3- Hémorragie interne

DEFINITION/CLASSIFICATION

Une hémorragie aiguë est une perte de sang soudaine et significative, pouvant entraîner un choc hypovolémique et potentiellement la mort si elle n'était pas traitée rapidement.

1. Origine:

- ****Hémorragies digestives**** : Hématémèse, rectorragie.
- ****Hémorragies obstétricales**** : Hémorragie de la grossesse.
- ****Hémorragies traumatiques**** : Saignements dus à des blessures.

2. Gravité:

- ****Légère**** : Perte de moins de 15% du volume sanguin.
- ****Modérée**** : Perte de 15 à 30%.
- ****Sévère**** : Perte de plus de 30%.

CAS CLINIQUE N1

Un homme de 60 ans se présente aux urgences se plaignant de vomissements de sang rouge et de selles noires .

À l'examen, la fréquence cardiaque est à 120 bpm, la tension artérielle 80/40 mmhg, et il présente une pâleur cutanéomuqueuse et froideur des extrémités avec des marbrures. Ses antécédents médicaux incluent une hypertension artérielle et un traitement par AINS pour des douleurs chroniques.

1- Quel diagnostic portez-vous? Argumentez.

Réponse 1

Ce tableau évoque un état de choc hémorragique suite à une hémorragie digestive haute .

Les arguments en faveur de ce diagnostic sont:

Les signes cliniques d'une hémorragie digestive haute incluent :

- ****Hématémèse**** : vomissements de sang rouge ou de matériel noirâtre (sang digéré).

- ****Méléna**** : présence de selles noires, indiquant une hémorragie dans la partie supérieure du tube digestif.
- ****Hypotension et tachycardie ainsi que la pâleur c-m et les marbrures et la froideur des extrémités**** : signe de choc hypovolémique *hémorragique* en raison de la perte sanguine.

2- Quels examens complémentaires demandez-vous en urgence?

Réponse 2:

Les investigations urgentes comprennent :

- ****Bilan biologique**** : Numération formule sanguine (NFS), groupe sanguin, bilan de coagulation.
- ****ECG**** : pour évaluer l'état cardiaque du patient.
- ****Endoscopie œsogastroduodénale (EOGD)**** : pour visualiser directement l'œsophage, l'estomac et le duodénum afin d'identifier la source du saignement

3-Quelle est la prise en charge initiale d'un patient présentant une hémorragie digestive haute ?

Réponse 3:

La prise en charge initiale inclut :

1. ****Stabilisation hémodynamique**** :
 - Administration de fluides intraveineux pour corriger l'hypotension type cristalloïdes voir des colloïdes .
 - Transfusion sanguine si nécessaire en cas d'anémie sévère ou bien une anémie mal tolérée.
2. ****Surveillance continue**** : surveillance des signes vitaux et des paramètres hémodynamiques.
3. ****Préparation à l'endoscopie**** : assurer que le patient est prêt pour une EOGD dès qu'il est stabilisé

4-Quelles sont les causes possibles d'une hémorragie digestive haute dans ce cas ?

Réponse 4:

Les causes possibles incluent :

- ****Ulcère gastroduodénal**** : souvent la cause la plus fréquente, surtout chez les patients prenant des AINS.
- ****Varices œsophagiennes**** : en cas de maladie hépatique sous-jacente.
- ****Malformations vasculaires ou angiodysplasies**** : pouvant causer des saignements chez les personnes âgées

5-Quelle est l'importance de l'endoscopie dans le diagnostic et le traitement ?

Réponse 5:

L'endoscopie est cruciale car elle permet :

- ****Diagnostic direct**** : identification de la source du saignement (ulcère, varices, etc.).
- ****Traitement thérapeutique**** : possibilité d'effectuer des gestes d'hémostase (ligature des varices, cautérisation des ulcères).
- ****Évaluation pronostique**** : classification selon la classification de Forrest pour évaluer le risque de récurrence hémorragique

HEMORRAGIES DIGESTIVES

- Une hémorragie digestive (HD) se définit par un saignement, dont l'origine est située dans l'appareil digestif (tube digestif principalement, et exceptionnellement voies biliaires ou pancréatiques).

On parle d'une HD Haute si la lésion causale est située en amont de l'angle de treitz: au niveau de l'œsophage, Estomac ou Duodénum. Elle représente 80 à 90% des HD, dans la majorité des cas la lésion causale est située au niveau de l'estomac ou la première portion duodénale

On dit que l'HD est Basse si la lésion causale est située en aval de l'angle de treitz : Intestin grêle, Colon, Rectum ou Canal anal. Elle représente 10 à 20 % des HD, elle est dans la majorité des cas secondaire à une pathologie colique ou rectale.

- La CAT devant une hémorragie digestive impose en parallèle 3 volets :

1. Évaluer sa gravité.
2. Entamer les mesures de réanimation.
3. Déterminer l'origine du saignement à fin de proposer le traitement étiologique, le seul moyen qui permet d'éviter les récidives

L'hémorragie constitue un mauvais tournant évolutif dans l'histoire de la pathologie causale, particulièrement pour les complications de l'hypertension portale.

- La prise en charge est principalement médicale :

- les inhibiteurs de la pompe à proton ont permis de conserver une hémostase spontanée dans plus de 90 % des cas évitant par conséquent les récidives précoces.
- les procédures d'hémostase endoscopique constituent la base de la prise en charge thérapeutique de plusieurs étiologies.
- l'embolisation est actuellement de plus en plus utilisée, une méthode thérapeutique qui permet de pallier à l'intervention chirurgicale ; la chirurgie est actuellement proposée pour les patients ayant une hémorragie digestive rebelle

- La chirurgie dont les indications sont de plus en plus rares, permet d'assurer l'hémostase et sauver le patient en état de choc réfractaire et en cas d'échec des autres méthodes thérapeutiques

- Le diagnostic d'une hémorragie digestive (HD) est le plus souvent aisé, en effet l'hémorragie est souvent constatée par le patient motivant sa consultation en urgence ; trois circonstances de découverte sont à distinguer :

*Hématémèse

*Mélénas

*Rectorragie

- D'autres circonstances de découverte sont rares ; on peut citer :

* Un tableau d'état de choc sans cause évidente ; imposant de vérifier la présence d'une HD par un touché rectal et une aspiration gastrique.

* Anémie chronique hypochrome microcytaire imposant une exploration endoscopique

Hématémèse :

C'est l'émission par la bouche, lors d'un effort de vomissement, de sang rouge ou de caillot de sang noirâtre, parfois mêlés à des débris alimentaires. Elle correspond toujours à une HD haute. Il faut la distinguer d'une hémoptysie, d'une gingivorragie, d'une épistaxis déglutie, d'une ingestion des aliments colorés

Méléna:

Elle correspond à l'émission par l'anus de sang digéré sous forme de selles noirâtres fétides pâteuses, ressemblant à du goudron. Elle peut se voir en cas d'une HD haute (80 %) ou d'une HD basse (20%) Elle doit être différenciée des selles noirâtres dues à la prise d'un traitement martial

Rectorragie :

C'est l'émission, par l'anus de sang rouge vif non digéré (parfois des caillots de sang). La rectorragie caractérise les hémorragies digestives basses, mais peut également se voir dans les hémorragies digestives hautes abondantes : 5 à 10 % HD haute de très grande abondance, cataclysmique

Hémorragies d'origine haute (hématémèse ou méléna)

- Ulcères gastroduodénaux (maladie ulcéreuse liée à *Helicobacter pylori*)
- Lésions aiguës de la muqueuse gastroduodénale
 - Ulcérations médicamenteuses: aspirine, AINS
 - Ulcérations de stress
- Hypertension portale: rupture de varices œsophagiennes ou gastriques ou gastropathie
- Syndrome de Mallory-Weiss
- Œsophagites
- Tumeurs bénignes ou malignes œsogastriques

Hémorragies d'origine ano-rectale (rectorragies)

- Hémorroïdes
- Ulcère rectal
- Cancer du rectum
- Rectites inflammatoires (MICI), infectieuses ou actiniques

Hémorragies d'origine colique (hématochézie ou méléna)

- Diverticules
- Angiodysplasies
- Tumeurs bénignes et malignes
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (RCUH > Crohn)
- Colites infectieuses (amibiase, *E. coli* entéro-hémorragique...)
- Colites ischémiques

Hémorragies ayant pour origine l'intestin grêle (méléna ou hématochézie)

- Angiodysplasies
- Tumeurs primitives ou secondaires
- Ulcères médicamenteux (AINS)
- Diverticule de Meckel

Stade	Stigmates hémorragiques	Aspect endoscopique	Fréquence %	Récidive hémorragique (%)	Mortalité (%)
Forrest I	Hémorragie active		25	50-90	
Ia	Artérielle, pulsatile	Saignement actif en jet			10
Ib	Veineuse, en nappe	Saignement en nappe			
Forrest II	Hémorragie récente				
IIa	Vaisseau visible, non hémorragique	Tâche rouge surélevée	20	50	10
IIb	Caillot adhérent	Caillot non extractible	10	30	5-10
IIc	Couche d'hématine non saillante	Tâche hémorragique plane, noire, rouge ou bleue	15	7	< 5
Forrest III	Absence de stigmate hémorragique	Plancher de l'ulcère plein et recouvert de fibrine	30	< 5	< 5

Cas clinique 2

Une patiente de 28 ans, G2P1, se présente aux urgences avec des douleurs abdominales intenses et des saignements vaginaux. Elle a un retard de règles de 5 semaines.

À l'examen clinique, on note une sensibilité marquée dans la fosse iliaque gauche. Les antécédents médicaux révèlent une grossesse précédente normale et une appendicectomie. Une échographie pelvienne est réalisée.

1- Quel diagnostic suspectez-vous ?

Réponse 1:

Le tableau clinique évoque fortement une ****grossesse extra-utérine (GEU)****, probablement tubaire, en raison des douleurs abdominales unilatérales et des saignements vaginaux.

2- Comment confirmer ce diagnostic ?

Réponse 2:

Pour confirmer le diagnostic :

- ****Analyse sanguine**** : Mesurer le taux de β -hCG. Un taux élevé sans image intra-utérine sur l'échographie est suspect.
- ****Échographie pelvienne**** : Rechercher un épanchement liquidien dans la cavité abdominale et évaluer les annexes pour détecter une masse.

3- Quelles sont les options thérapeutiques envisageables ?

Réponse 3:

Les options thérapeutiques incluent :

- ****Observation**** si la patiente est stable et le taux de β -hCG est en baisse.

- **Médicament (Méthotrexate)** si la GEU est détectée précocement sans rupture.
- **Chirurgie (laparoscopie)** si la patiente présente des signes de rupture ou si les taux de β -hCG sont élevés sans réponse au traitement médical

4-Que faire si la patiente présente un malaise avec tachycardie lors des prélèvements biologiques ?

Réponse 4:

En cas de malaise avec tachycardie, cela peut indiquer une hémorragie interne significative. Il est indispensable de :

- **Stabiliser la patiente** : Administration d'oxygène, mise en position décubitus, remplissage vasculaire, bilan d'urgence et surveillance des signes vitaux.
- **Préparer une intervention chirurgicale urgente** pour explorer et traiter l'hémorragie

5-Quels éléments d'orientation diagnostique doivent être recherchés par l'interrogatoire ?

Réponse 5:

L'interrogatoire doit inclure :

- Antécédents obstétricaux (grossesses précédentes, interventions chirurgicales).
- Nature et durée des douleurs abdominales.
- Caractéristiques des saignements vaginaux (quantité, couleur).
- Signes associés tels que nausées, vomissements ou vertiges

Grossesse extra utérine

1. Définition:

Implantation et développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

Le plus souvent au niveau de la trompes, exceptionnellement les ovaires, ou en un point quelconque de la cavité abdominale.

2. Intérêt:

❖ **Fréquence** : en augmentation, vu la recrudescence des salpingites, le recours à la chirurgie tubaire et la contraception par DIU et le tabagisme.

❖ Gravité :

Première cause de mortalité maternelle au T1 Compromet la fertilité des patientes.

❖ Diagnostic :

Souvent difficile, basé sur le couple B-HCG et écho endovaginale.

❖ Traitement :

Arsenal thérapeutique large : de l'abstention au traitement chirurgical radical en passant par le traitement médical.

Cas clinique 3

Présentation du Patient:

- **Âge** : 68 ans
- **Antécédents Médicaux** :
 - Diabète de type 2, traité par metformine, Hypertension artérielle, traitée par losartan, Hyperlipidémie, traitée par statines
- **Antécédents Familiaux** : Antécédents de maladies cardiovasculaires dans la famille
- **Habitudes de Vie** : Non-fumeur, consommation modérée d'alcool

Le patient se présente aux urgences après avoir extériorisé du sang par la bouche lors d'un effort de toux. Il rapporte souvent une toux persistante et une légère dyspnée.

Examen Clinique

- Léger état de fatigue
- Tension artérielle : 150/90 mmHg - Fréquence cardiaque : 88 bpm
 - Température : 37,5 °C
 - SpO2 90 % sous 5 litres/min aux lunettes à oxygène
- Auscultation : Râles crépitants à l'auscultation bilatéral
- Pâleur cutanée modérée

1-Quels examens complémentaires devez-vous demander en première intention ?

Réponse 1:

- La radiographie thoracique est essentielle pour évaluer la présence d'éventuelles opacités ou infiltrats pulmonaires.
- La NFS permet d'évaluer l'état d'anémie et l'infection .
- La recherche de BK dans les crachats est indispensable dans le contexte d'une hémoptysie pour exclure la tuberculose.
- La gazométrie artérielle aide à évaluer l'oxygénation et l'équilibre acido-basique, surtout en cas de dyspnée.

2-Quels diagnostics évoquez-vous initialement ?

Réponse 2:

- Une pneumonie pourrait expliquer les symptômes respiratoires et l'hémoptysie.
- La tuberculose est une possibilité chez un patient avec des antécédents de comorbidités.
- Le cancer broncho-pulmonaire doit être envisagé, surtout en cas de facteurs de risque comme le tabagisme ou des antécédents familiaux.
- L'embolie pulmonaire est également à considérer, surtout si le patient présente des signes d'insuffisance respiratoire aiguë.

3.Quelle est votre conduite à tenir face à cette hémoptysie ?

Réponse 3:

- La stabilisation du patient est primordiale ; l'administration d'oxygène peut être nécessaire si la saturation en oxygène est inférieure à 92 %.
- En cas d'infection suspectée, une antibiothérapie intraveineuse doit être initiée rapidement pour couvrir les germes communs.
- Une consultation spécialisée en pneumologie est recommandée pour des examens complémentaires comme un scanner thoracique ou une fibroscopie bronchique.

HEMOPTYSIE

- ☐ l'expectoration de sang provenant des voies respiratoires Sous glottiques lors d'un effort de toux.

□ A distinguer de : l'hématémèse (origine digestive lors d'un effort de vomissement) et l'épistaxis (voies aériennes sus - glottiques).

□ Ce symptôme justifie une prise en charge étiologique rapide, quelle que soit son abondance.

□ une hémoptysie même minime est un signe d'alerte qui peut précéder une récurrence massive.

□ C'est l'asphyxie qui menace la vie du patient, la perte sanguine étant rarement suffisante pour entraîner un état de choc hémorragique.

□ La gravité de l'hémoptysie est évaluée par le volume de sang expectoré , le terrain du patient et le retentissement clinique.

□ La prise en charge est multidisciplinaire, mêlant réanimateur, pneumologue, radiologue interventionnel et chirurgien selon l'étiologie et la gravité du tableau.

Quels sont les signes de gravité d'une hémoptysie ?

évaluation clinique orientée :

- volume de sang expectoré est donc un critère de gravité primordial,

(1 cuillère à café = 5 ml, 1 crachoir = 150 ml,

1 « haricot » = 300 ml).

On parle d'hémoptysie grave en cas de volume de sang expectoré :

- > 100 ml en une fois ;

- > 200 ml/24 heures chez le sujet sain ou > 50 ml/24 heures chez l'insuffisant respiratoire chronique ;

- récidivant, > 600 ml/48 heures ;

terrain sous-jacent : les comorbidités respiratoires notamment (dilatation des bronches, antécédents de chirurgie thoracique pulmonaire) ; les antécédents cardiovasculaires (cardiopathie ischémique) qui peuvent justifier le maintien d'un traitement anticoagulant ou antithrombotique.

- retentissement clinique : la présence de signes cliniques de détresse respiratoire est un critère de gravité extrême

le pronostic vital de l'hémoptysie est surtout lié à l'asphyxie provoquée par l'obstruction bronchique ou l'inondation alvéolaire.

les signes cliniques de gravité respiratoire sont :

- fréquence respiratoire > 30 cycles/min ;

- SpO₂ < 85 % en air ambiant ;

- nécessité de recours à une oxygénothérapie à haut débit ou à la ventilation mécanique.

-Le retentissement hémodynamique du saignement est exceptionnel et tardif ; l'absence d'état de choc hémorragique ou d'anémie est donc faussement rassurante.

La présence de signe de gravité doit faire alerter le réanimateur .

