

CAT DEVANT UNE HÉMORRAGIE DIGESTIVE

Dr BOUZENITA M
MAITRE ASSISTANT CHIRURGIE GENERALE CHU BATNA

2024/2025

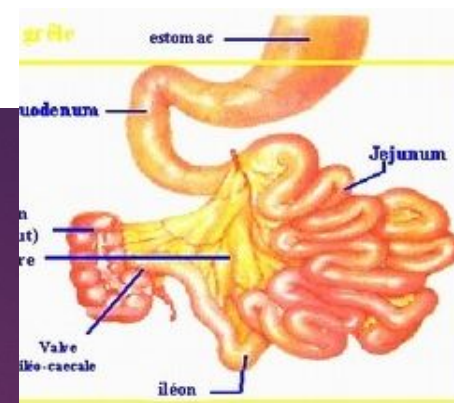
PLAN:

- Introduction
- Définition d'une HD
- intérêt de la question
- Reconnaître une HD :
 - Diagnostic positif
 - Diagnostic différentiel
- Évaluation de la gravité et CAT
- HDH : MUGD – HTP – Lésions aiguës GD
- Conclusion
- Cas cliniques

INTRODUCTION

- Urgence médico chirurgicale => Hospitalisation
- Etiologies multiples : (UGD/ HTP)
- Endoscopie digestive: Examen clé
 - ➡ But diagnostique et thérapeutique
- Traitement : médicamenteux, instrumental, chirurgical
- La prise en charge est multidisciplinaire ++++

DÉFINITION :



- HD = Tout saignement ayant pour origine une lésion du tractus digestif

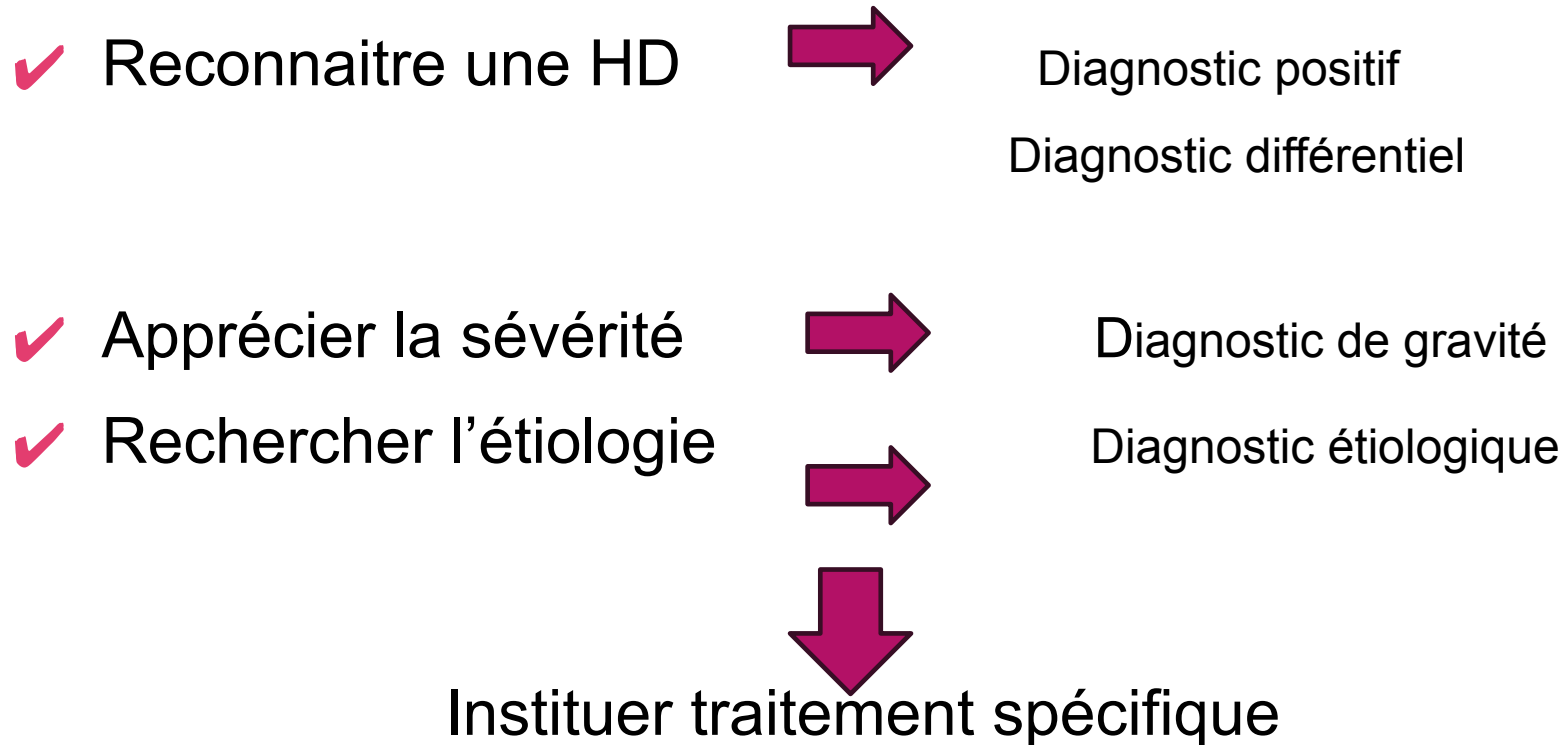
HDH : une hémorragie qui survient en amont de l'angle duodéno-jéjunal ou angle de Treitz (œsophage, estomac, duodénum , pancréas ,vois biliaires..).

80% Des hémorragies digestives.

- HDB : tout saignement provenant en aval de l'angle de Treitz (grêle, du colon, du rectum ou de l'anus)

20% des Hémorragies Digestives.

DÉMARCHE RIGOUREUSE:



Reconnaître HD

Diagnostic positif

Cas
faciles

HD extériorisée

Hématémèse
Méléna
Rectorragies

▶ **Hématémèse** : rejet par la bouche de sang **rouge** au cours d'effort de **vomissements** : signe une hémorragie **haute**

▶ **Rectorragies** : émission par l'anus de sang **rouge vif non digéré** : signe une hémorragie **basse** (sauf si hémorragie massive)

▶ **Méléna** : émission par l'anus de sang **digéré noir et fétide** : signe une hémorragie en amont de l'angle colique droit : **haute ou basse**

Toucher rectal

Exploration complète
du tube digestif

chronique
terrible
(occulte)

Reconnaître HD

Diagnostic différentiel

Ce qui n'est pas
une hémorragie



Coloration d'origine:
Alimentaire
ou médicamenteuse
(betteraves, épinards,
fer, charbon, bismuth)

Hémorragie d'origine
non digestive



Hémoptysie

☐ efforts de toux

Epistaxis

☐ postérieure +++

Hémosialémèse

☐ origine bucco-pharyngée

Saignement

gynécologique

EVALUER LA GRAVITE DE L'HD

Critères liés au terrain



Age
Tares associées
Prise d'anticoagulant

Critères cliniques



Signes de choc

Critères biologiques



FNS
Crise sanguine

Critères évolutifs

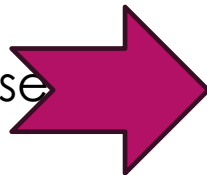


Transfusion
Récidive de l'hémorragie
Instabilité hémodynamique

MESURES D'URGENCE

- Hospitalisation en USI
- Patient reste à jeun
- 2 VPP de bon calibre
- Monitoring des constantes hémodynamiques : TA, FC, FR, SaO2
- Bilan biologique d'urgence : Groupage + Rh double détermination, FNS, TP, TCK, glycémie, ionogramme sanguin, urée, créatinine
- ECG systématique
- Remplissage par macromolécules / culots globulaires isogroupes IsoRh
- Critères de transfusion :
 - A partir de 7gr/dl chez tout le monde, 10gr chez sujet cardiopathe, âgé
- Surveillance

Une fois patient stabilisé



Endoscopie

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

EN AMONT DE L' ANGLE DE TREITZ (ŒSOPHAGE, ESTOMAC, DUODÉNUM , PANCRÉAS ,VOIS BILIAIRES..).

FRÉQUENTE: 80 % DES HD

POTENTIELLEMENT GRAVE: 10% DE MORTALITÉ

RECHERCHER L'ÉTIOLOGIE

2 CAUSES FRÉQUENTES

Ulcère ou ulcérations/érosions gastro-duodénales (~ 40 %).

Hypertension portale (~ 30 %).

2 CAUSES PLUS RARES

Œsophagite (~ 10 %).

Syndrome de Mallory-Weiss (~ 10 %).

2 CAUSES TRÈS RARES

Tumeurs (< 5 %).

Ulcération de Dieulafoy (< 5 %).

Rechercher l'étiologie

Diagnostic étiologique

1

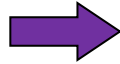
Anamnèse



ATCD de MUGD, AINS, anticoagulants, vomissements
maladie hépatique, antécédents chirurgicaux

2

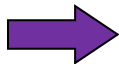
Examen clinique



méthodique et complet
Examen digestif:
IHC – HTP – Ascite – HPM – Masse
Examen cutanéomuqueux:
Syndrome hémorragique diffus
Reste de l'examen somatique

3

Ex. paracliniques



Endoscopie digestive haute= examen clé



- Détermine le siège des lésions responsables de l'hémorragie
- Évalue le risque de récurrence hémorragique
- Permet de réaliser un geste d'hémostase endoscopique

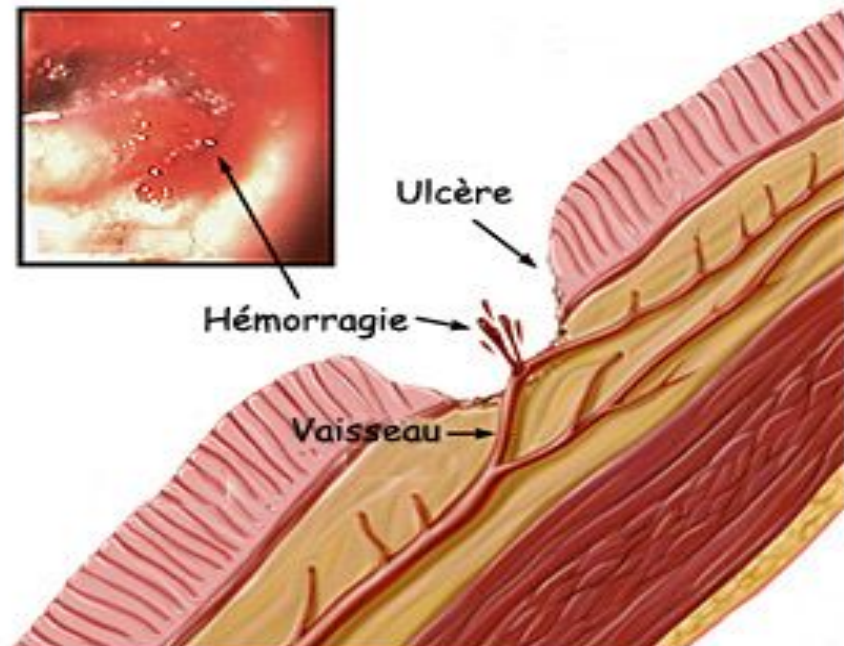
MUGD : La cause la plus fréquente 40% des HDH
MUBD > MUG

: Endoscopie digestive a un triple intérêt

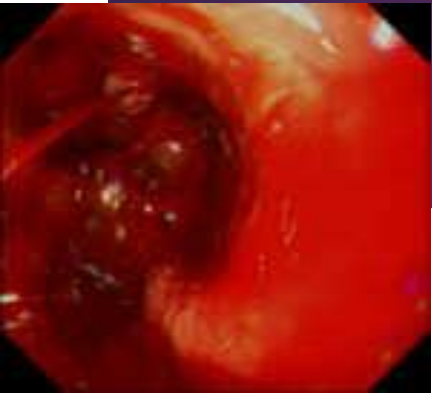
Diagnostic: visualiser l'ulcère-

Pronostique: **Classification de Forrest** corrélée au risque de récidence-

Thérapeutique: Hémostase endoscopique-

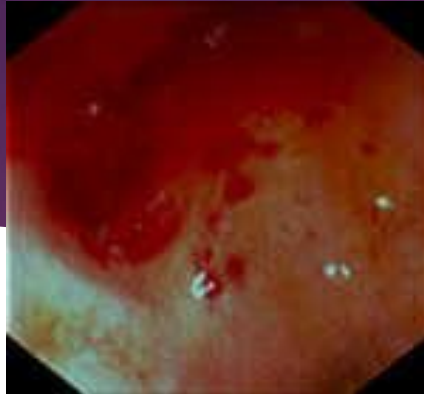


Classification de Forrest



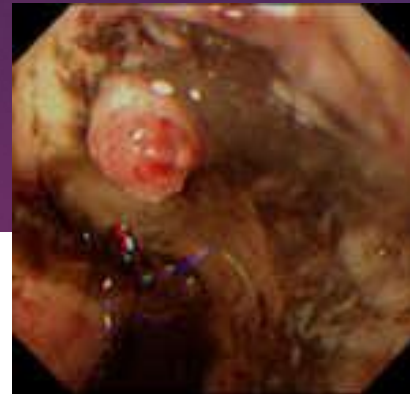
Stade Ia

Saignement en
jet



Stade Ib

Saignement en
nappe



Stade IIa

Vx
visible



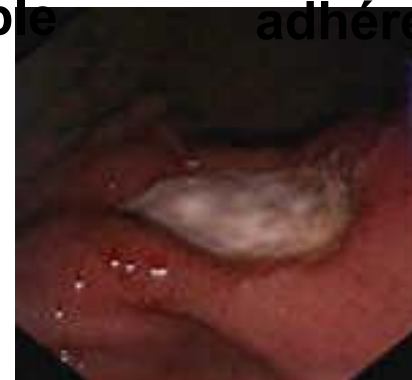
Stade IIb

Caillot
adhérent



Stade IIc

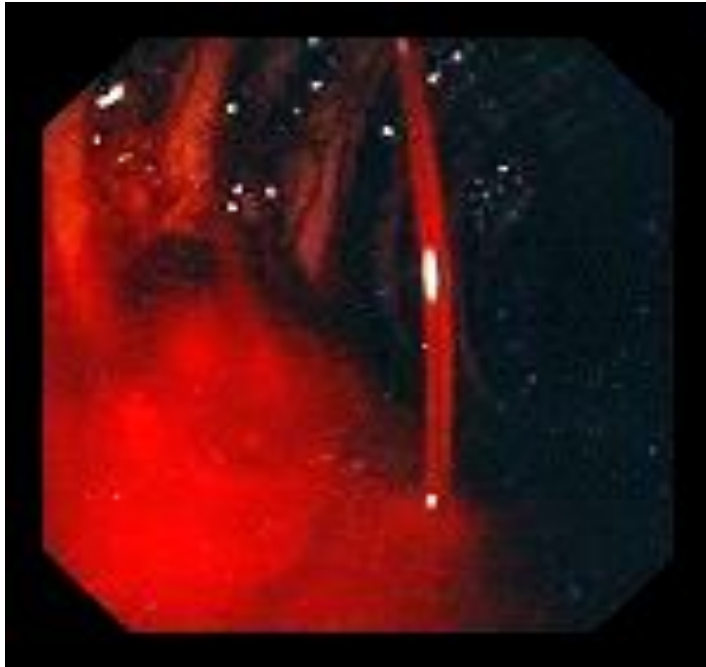
Taches
pigmentées



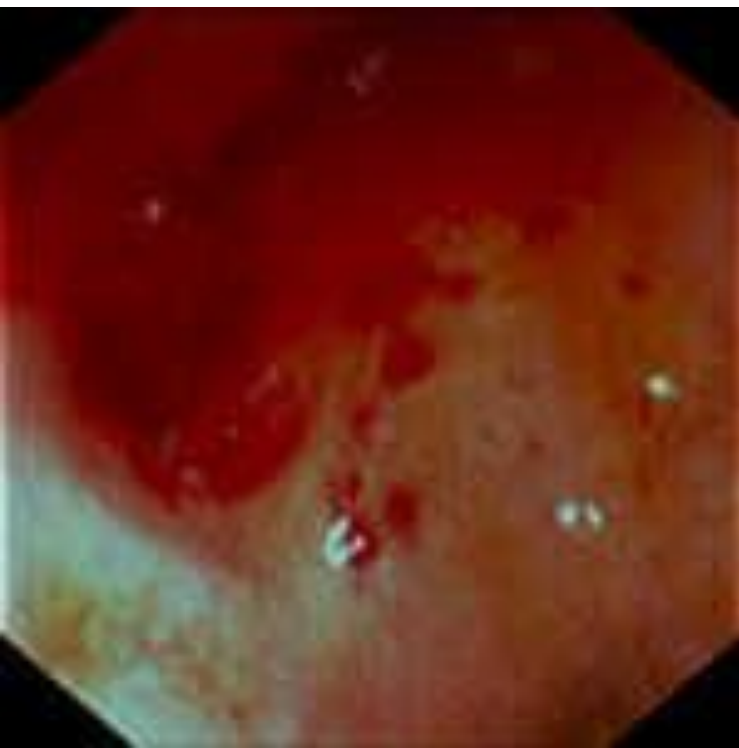
Stade III

Ulcère
propre

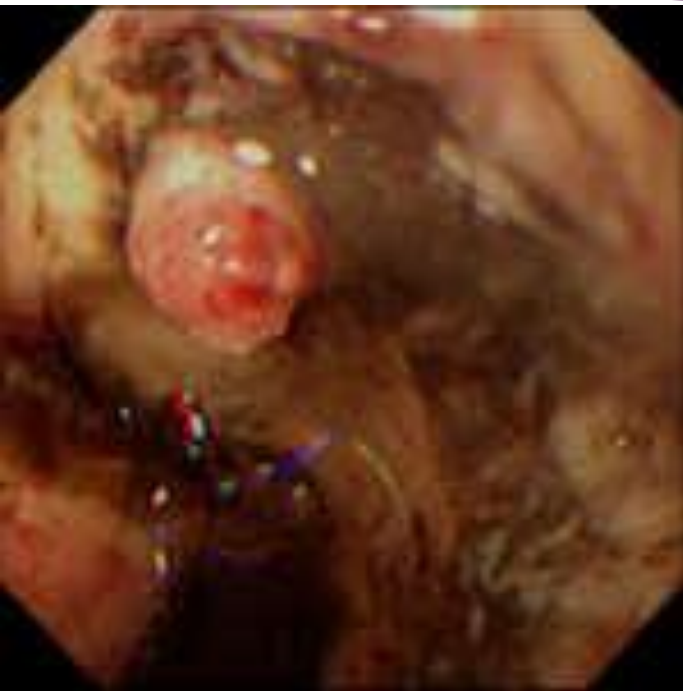
TORRESTIA : SAIGNEMENT EN JET



STADE IB : SAIGNEMENT EN NAPPE



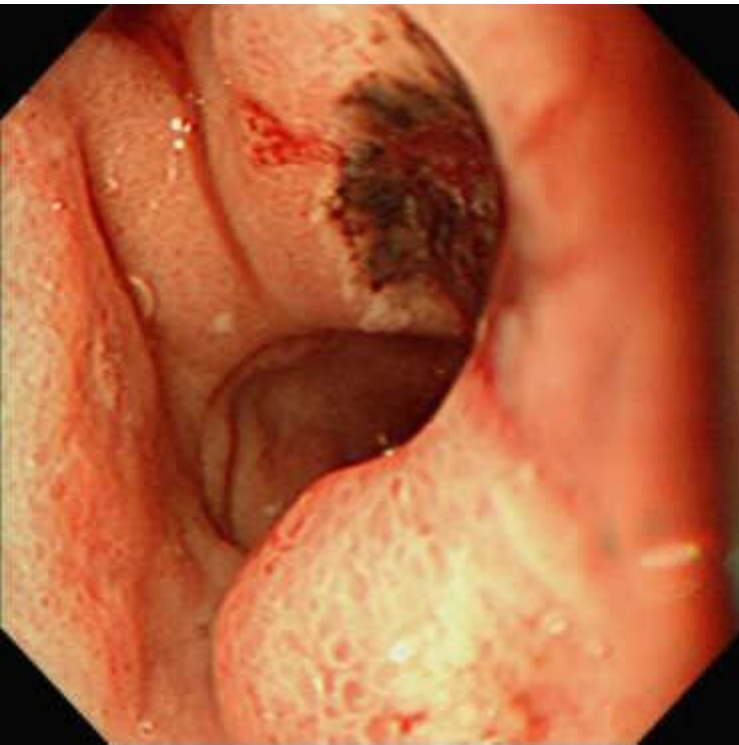
FORREST STADE IIA: VAISSEAU VISIBLE



STADE IIB: CAILLOT ADHÉRENT



STADE IIC: TACHES PIGMENTÉES

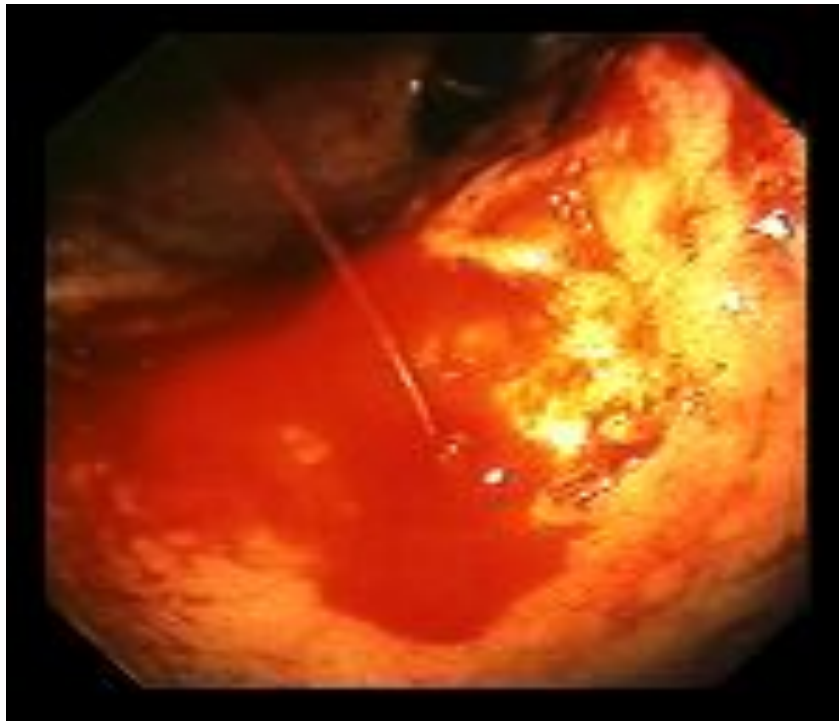


STADE III: ABSENCE DE SAIGNEMENT (ULCÈRE PROPRE)



VOTRE TOUR!!







PRISE EN CHARGE:

LES MOYENS

■ **Traitement pharmacologique:**

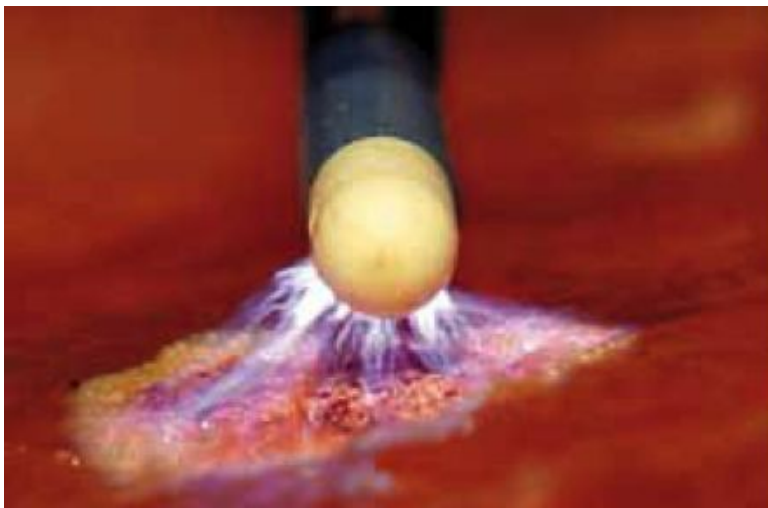
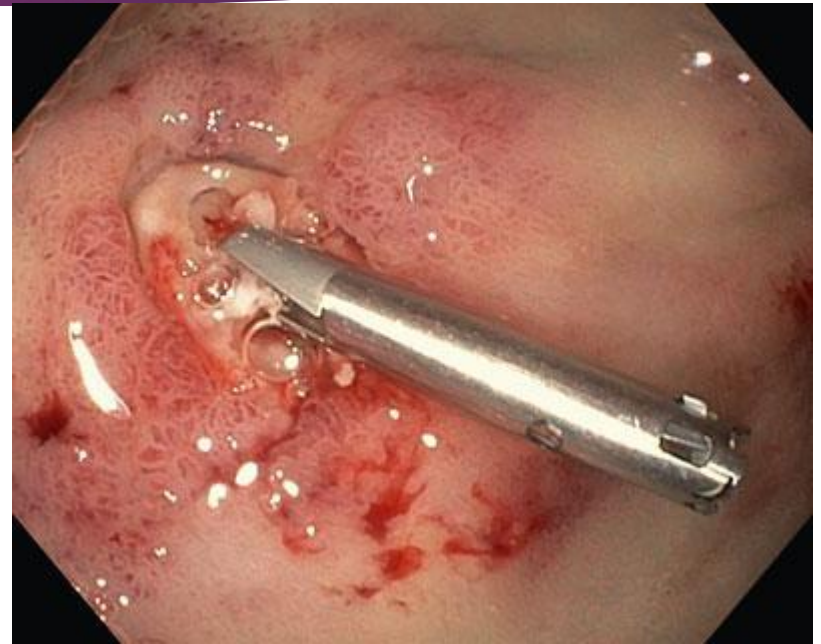
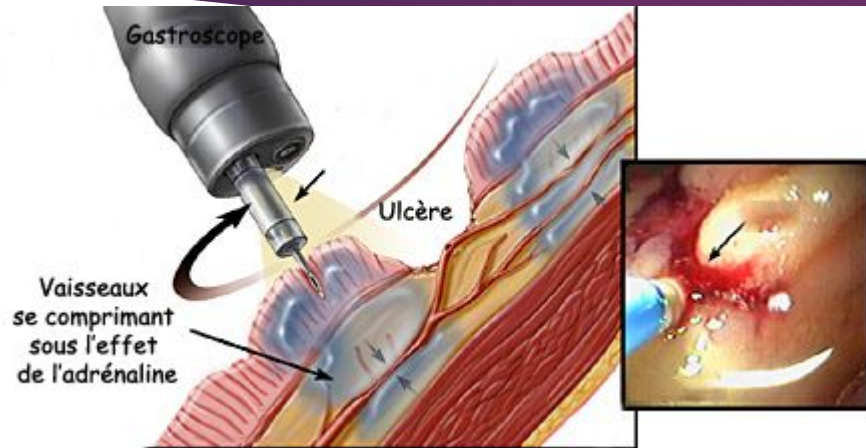
- **Anti sécrétoires:** antiH2, **IPP:** oméprazole ou pantoprazole Bolus IPP 80 mg ,puis SAP 8mg/h pendant 72h

■ **Traitement endoscopique: + + + Ia -> IIb**

- **Méthodes d'injection de produits hémostatiques:** Adrénaline
- **Méthodes thermiques:** Électrocoagulation, laser, sonde chauffante
- **Nouvelles méthodes:** clips, ligature élastique, plasma argon

■ **Traitement chirurgical:**

- **Indications:** Hémorragie massive si échec ou non disponibilité du traitement endoscopique
- **Geste chirurgical:** hémostase ± traitement antiacide
 - Suture du Vx
 - Excision de l'ulcère
 - Gastrectomie d'hémostase des 2/3 ou totale..



Hypertension portale : responsable dans 30% des cas

HTP: est définie par une augmentation de la pression dans la veine porte ou dans le territoire du système porte dépassant **12mmhg** ou élévation du gradient porto cave supérieure a **5mmhg**

:Peut être responsable d'hémorragie digestive par

Rupture de VO+++, VG –

Gastropathie hypertensive –

Varices de siège ectopique –

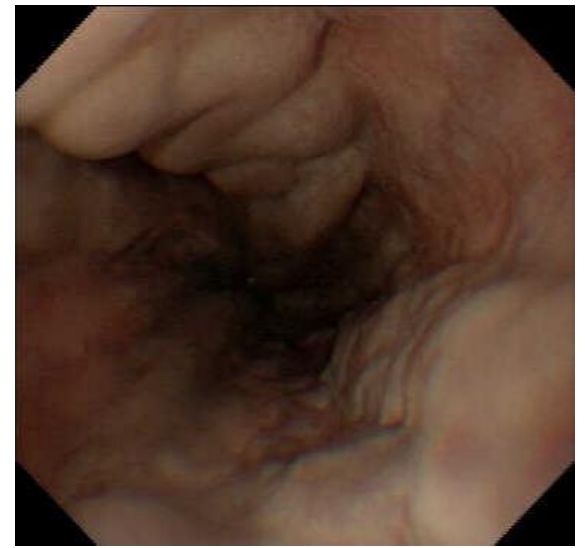
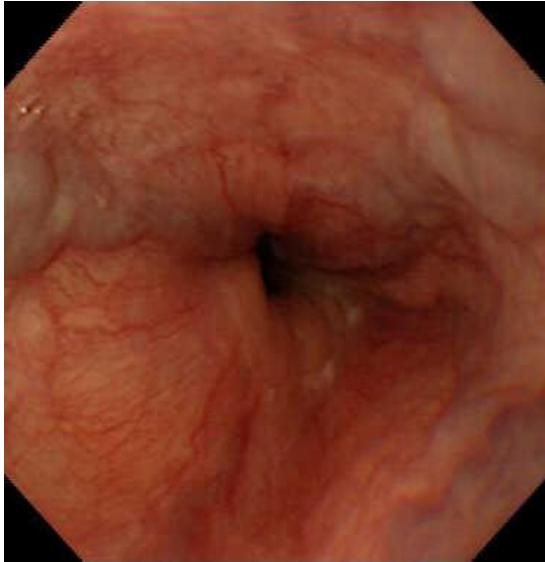
L'interrogatoire recherchera les antécédents •

d'hépatopathie connue ou d'ictère

L'examen clinique recherchera les signes d'HTP et d'IHC •



Varices œsophagiennes

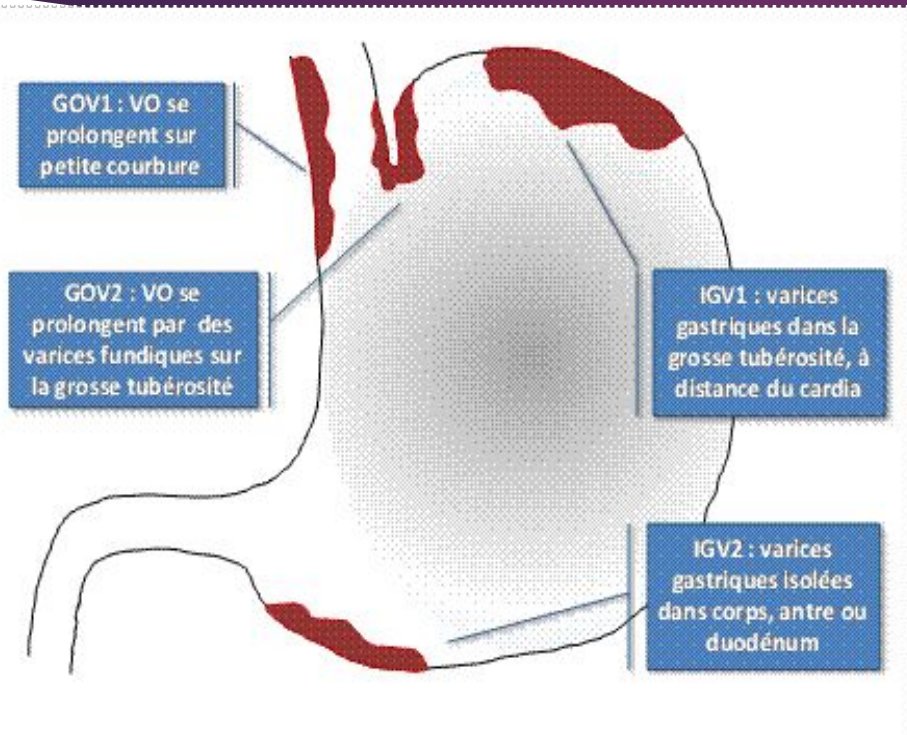


Grade I = varices s'affaissent à l'insufflation

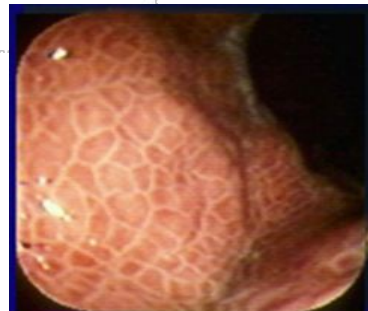
Grade II = varices ne s'affaissent pas à l'insufflation mais n'obstruant la lumière œsophagienne

Grade III = varices obstruant complètement la lumière œsophagienne

VARICES GASTRIQUES / GASTROPATHIE HYPERTENSIVE



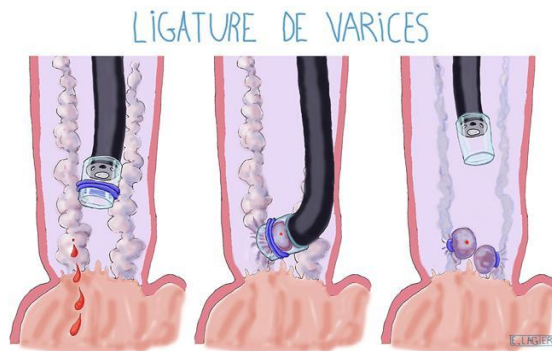
b. Varices Gastriques



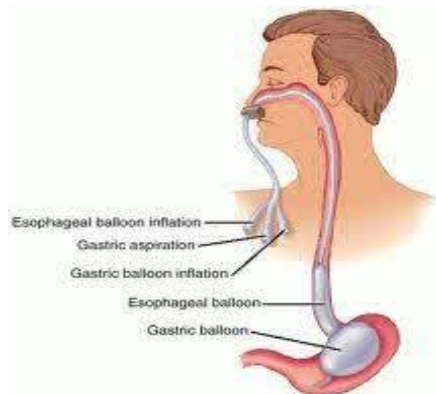
c. Gastropathie hypertensive

Moyens thérapeutiques

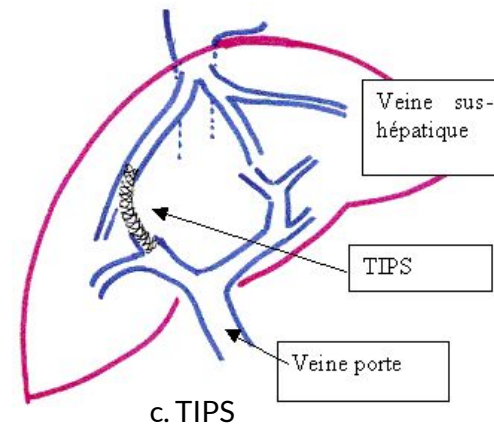
- Transfusion: Culots Globulaires , Hb 7-8 gr/dl
- **Traitement vasoactif**: dérivés de la vasopressine ou de la somatostatine(octréotide): peut être maintenu jusqu'à J5
- Traitement prophylactique ILA :Quinolones , C3G
- Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Duphalac®
- EOGD en urgence : dans les 12 heures
- Ligature des VO et GOV1, Obturation par colle biologique
- Si Hémorragie massive : sonde de Blackmoore ->VO / Linton -> GOV
- Si échec :Traitement radiologique par les TIPS
- TH: hépatopathie avancée



a. Ligature de varices œsophagiennes



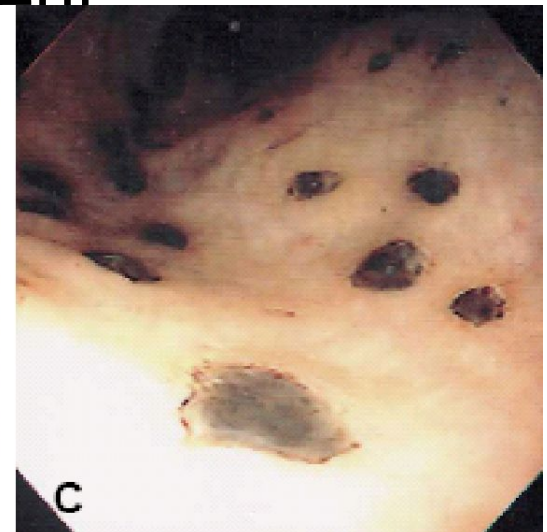
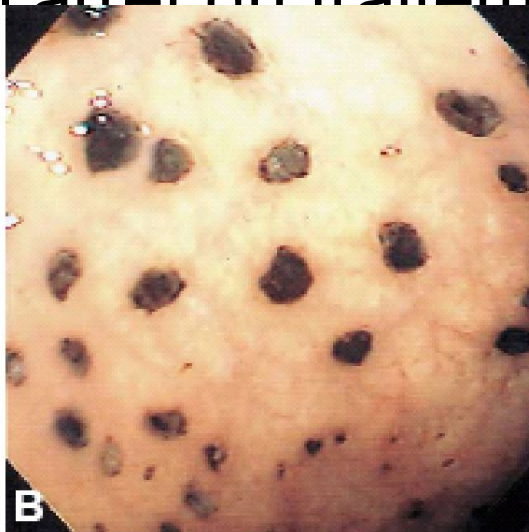
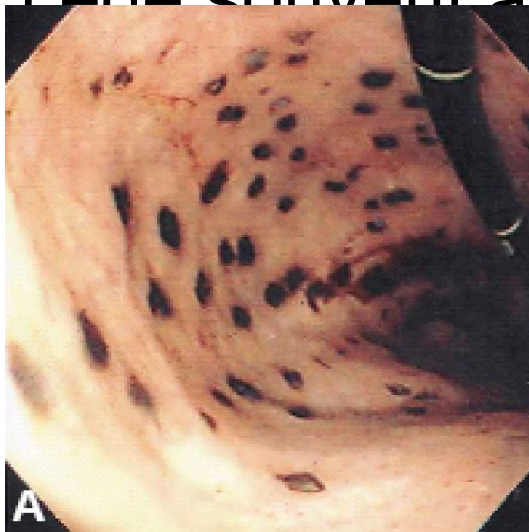
b. Sonde de Blackmoore



c. TIPS

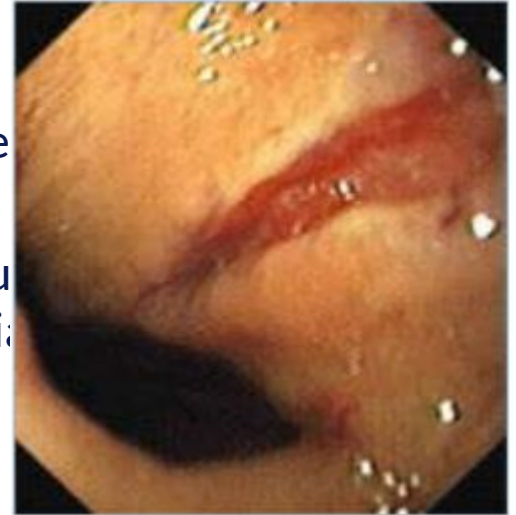
Lésions aiguës gastro-duodénales

- Surviennent dans deux contextes différents:
 - Prise de médicaments gastrotoxiques (AINS, Alcool) = ulcérations multiples, guérissent souvent à l'arrêt du traitement



Autres:

- ▷ Syndrome de Mallory-Weiss : déchirure longitudinale de la muqueuse gastrique consécutive à des efforts de vomissements.
- ▷ Exulcération de Dieulafoy : anomalie vasculaire de la sous-muqueuse gastrique -> Hémorragie abondante et récidivante, de diagnostic difficile.
- ▷ Tumeurs Œsogastroduodénales
- ▷ Angiodysplasie : malformation vasculaire digestive
- ▷ Œsophagite peptique
- ▷ Latrunculoses





Les Etiologies des hémorragies digestives sont multiples, et relèvent toujours d'une prise en charge urgente et spécialisée ayant recours à l'endoscopie qui est la clé de la prise en charge .

CAS CLINIQUE

- ▶ **Homme de 55 ans, taxieur de profession, colopathe connu, opéré il y a 2ans d'une LV, consulte au PU pour hématémèse.**

Q1 : qu'est ce qu'une hématomèse et quels sont les dg différentiels ?

- Emission par la bouche dans un effort de vomissement, de sang rouge
 - ▷ Epistaxis post, hémoptysies, vomissement alimentaires colorés

Q2 : que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- antcd d'ulcère gastro-duodénale
- antcd d'épigastalgies
- prise médicamenteuse gastro-toxique
- notion de cirrhose
- notion d'hépatite
- intoxication alcoolique
- notion de VO

Q3 : que recherchez-vous à l'examen clinique ?

- cste hémodyn et respiratoires
- signes d'HTP (HPMG, SPMG, CVC, encéphalopathie hépatique)
- signes d'IHC (ascite, angiomes stellaires)

- ▷ **L'interrogatoire vous apprend que le patient présentait des épigastralgies et qu'il prenait régulièrement des AINS. A l'examen vous retrouvez un malade pale, agité, TA 90/60mmhg, FC 100b', FR 22c'**

Q4 : quel est le dg le plus probable ?

- ▷ hémorragie ulcéreuse gastrique ou duodénale

Q5 : quel examen pratiquez-vous pour poser le dg ?

▷ FOGD

La FOGD révèle un ulcère duodénal postérieur, de 25mm de diamètre avec un saignement actif en jet. Par ailleurs, la biologie retrouve une Hb 8,5 g/dl, Hte 35%

Q6 : sur quels arguments jugez-vous la gravité de l'hémorragie ?

- anamnésiques (age, tares associées)
- cliniques (signes de choc)
- biologiques (Hb, Hte)
- évolutifs (quantité de sang nécessaire pour maintenir une hémodyn stable)

Q7 : Quelle est votre CAT ?

- hospitalisation
- mise en condition (voies d'abords, transfusion, O2, SNG)
- hémostase endoscopique
 - ▷ surveillance clinique et biologique

Q9 : sur quels arguments jugez-vous le risque de récurrence hémorragique

- ▷ critères endoscopiques (siège, taille, Forrest Ia)

L'hémostase est finalement obtenue, après application de clips par voie endoscopique

Q10 : quelle attitude adopteriez-vous en cas de récurrence hémorragique ?

- ▷ hémostase chirurgicale

Cas clinique 01:

- ▷ Patiente âgée de 50ans, Infirmière, hypertendue sous IEC, Asthmatique sous sérétide, sans antécédents chirurgicaux, et de mère décédée d'une pathologie hépatique.
- ▷ Se présente aux Urgences pour Hématémèse de grande abondance d'après sa fille.
Q1 : Quelle est votre prise en charge à l'admission de la patiente ?
- ▷ **R1 :** - mise en condition, 2 VVP
 - examen clinique : état de conscience, prise des constantes hémodynamiques : TA, FC, FR, T°, examen digestif, cutané, et cardiovasculaire
 - TR systématique
 - bilan biologique urgent : Groupage + Rh double détermination, FNS, TP, TCK, ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie

- ▷ Examen clinique : patiente consciente coopérante, TA : 80/50, FC : 112, apyrétique, anictérique.
Abdomen distendu avec matité, splénomégalie, circulation collatérale, angiomes stellaires.

- ▷ Bilan Biologique : FNS : Hb : 6gdl/ , Plaquettes : 45.000elements, GB: 3500elemnts
TP : 48%, urée : 0,80, créatinine : 14mg, ionogramme Na⁺ : 128, K⁺ : 3,5
Albuminémie : 28g/dl, Bilirubine totale : 10mg

Q2 : Quelles anomalies clinico- biologiques détectez vous et quelle est votre PEC ?

R2: - Patiente présente une hypotension et tachycardie en rapporte avec un état d'hypovolémie, un remplissage par 500cc SSI 9% est de mise avec surveillance si échec remplissage par colloïdes.

- Sur le plan clinique la patiente présente des signes d'HTTP et d'IHC
- Patiente présente Hypersplénisme : anémie et thrombopénie avec indication de transfusion d'1CG iso groupe iso Rh et surveillance
- insuffisance rénale fonctionnelle à reconstrôler après remplissage
- TP bas en rapport avec insuffisance hépato cellulaire
- Hypo albuminémie en rapport avec IHC : remplir avec 1 flacon d'albumine 20%/jr
- Hyponatrémie de dilution : surveillance des signes neurologiques, restriction hydrosodée une fois l'état de choc hypovolémique jugulé, puis reconstrôle

La patiente est orienté à l'Hépto-Gastro-Entérologue de garde et bénéficie d'une FOGD

Q3 : Quelle lésion endoscopique est objectivée ?

Q4 : Quels sont les différents traitements à mettre en place ?

R3 : Varices œsophagiennes grade 3 avec stigmates de saignement

R4 : - traitement médical : Sandostatine® 600G à la SAP

- traitement instrumental : Ligature élastique

- traitement prophylactique : Claforan 1gr/ jr pour éviter infection liquide d'ascite.

Duphalac 1 cam 3 fois jour pour éviter encéphalopathie hépatique.

Trt préventif: Bbloquants non cardiosélectifs



La patiente est à J3 d'hospitalisation et rapporte des selles mélangées à des stries noirâtres

Q5 : De quoi s'agit t'il ? Que faire ?

R5 : Queue du méléna, surveillance Hb seulement car c'est un phénomène normal.

La patiente à J6 d'hospitalisation ne rapporte plus de saignement, est stable sur le plan hémodynamique

Q6 : De quelle pathologie souffre la patiente, A quel stade ?

R6 : Cirrhose, Stade CHILD B9

Q7 : Quels examens complémentaires demandez vous ?

R7 : - Echodoppler hépatique : confirmer l'hépatopathie chronique.

- recherche notion d'alcoolisme chronique, prise médicamenteuse hépatotoxique.
- sérologies virales hépatite B, C
- bilan d'auto immunité
- bilan martial

Dans le cadre du bilan étiologique de la cirrhose, vous retrouvez une sérologie de l'Hépatite C positive,

Q8 : Que faites vous ?

R8: PCR avec charge virale ARN du virus

Q9 : Quel traitement donnez vous à la patiente à sa sortie ?

R9 : Sofosbuvir + Daclatasvir : traitement pan génotypique, pendant 24 semaines, et réévaluer avec PCR 12 semaines après fin du traitement.

Merci pour votre attention