

Les hémorragies digestives

Cours de sémiologie
Troisième année de médecine
Pr : D. Mallem

I- Définition et généralités

- L'hémorragie digestive (HD) se définit comme étant le rejet, soit par la bouche, soit par l'anus de sang provenant d'un point quelconque du tube digestif ou bqs plus rarement des voies biliaires ou des voies pancréatiques. Elles regroupent 3 types sémiologiques :
 - L'hématémèse
 - Le méléna isolé ou associé à une hématémèse
 - La rectorragie.
- L'HD est le motif de transfert le plus fréquent de patients au pavillon des urgences médico-chirurgicales en gastroentérologie et hépatologie. En effet, c'est la 1^{ère} urgence des pathologies digestives.
- L'HD est un signe clinique fonctionnel fréquent en pathologie digestive, elle relève de très nombreuses étiologies, dominées par l'ulcère gastroduodéal (UGD) et l'hypertension portale (HTP).

- Poser le DG d'une HD passe par 4 étapes:
 - La 1^{ière} étape consiste à prouver l'existence de l'HD. C'est le DG positif.
 - La 2^{ème} étape consiste à évaluer son abondance et par conséquent son pronostic afin de pouvoir la prendre en charge sur le plan thérapeutique.
 - 3^{ème} étape consiste à éliminer autres causes de saignement par la bouche mais qui ne sont pas d'origine digestive, qui sont susceptibles d'être confondues avec l'HD. C'est le DG différentiel.
 - Enfin, la 4^{ème} étape consiste à rechercher la cause de l'HD. C'est le DG étiologique.

II- Diagnostic positif

- Le diagnostic(DG) positif d'une HD peut se faire dans trois circonstances :
 - HD extériorisée et visible à l'œil nu : dans ce cas le DG positif est habituellement facile.
 - HD extériorisée, mais occulte (non visible à l'œil nu). Elle se traduit par une anémie ferriprive chronique.
 - HD non extériorisée (hémorragie interne) . Elle se traduit par une anémie ferriprive aiguë qui s'accompagne souvent d'un état de choc hypovolémique .
- Dans ces 2 derniers cas, le DG positif est moins évident et plus difficile, car, le saignement digestif n'est pas visible dans le 2^{ème} cas et dans le 3^{ème} cas le saignement digestif est non extériorisé.

A - Les hémorragies digestives extériorisées

❖ Hémorragies digestives extériorisées visible à l'œil nu:

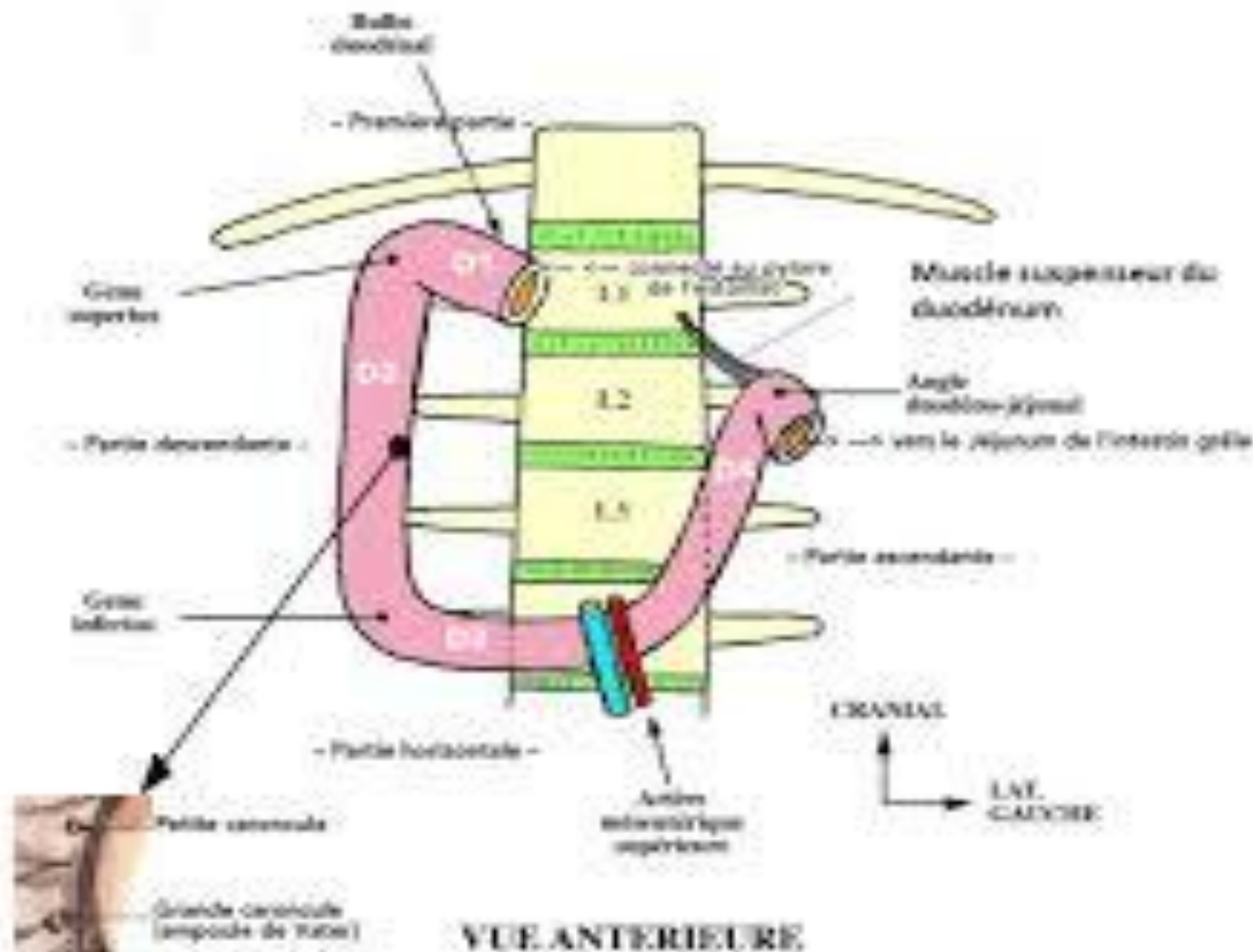
1- L'hématémèse :

- C'est le rejet par la bouche, au cours d'un effort de vomissement d'une quantité de sang \pm abondante :
 - soit de sang rouge (saignement récent);
 - soit de sang noirâtre (saignement ancien).
- Le sang est non spumeux, mêlé à des débris alimentaires d'un repas ingéré avant l'hémorragie et parfois de caillots sanguins.
- L'hématémèse traduit toujours le saignement d'une lésion digestive haute :
 - le plus souvent, le saignement est gastrique ou duodénal;
 - moins fréquemment, la lésion qui saigne est œsophagienne;

- bqs plus rarement, la lésion qui saigne est située dans les voies biliaires (hémobilie) ou pancréatiques (wirsungorragie).
- L'hématémèse est habituellement précédée de prodromes :
 - sensation de pesanteur gastrique;
 - Sensation de chaleur au creux épigastrique;
 - sensation de malaise général;
 - saveur métallique à la bouche;
 - nausées, etc.

2- Le Méléna :

- Émission par l'anus de sang noir digéré et fétide. Le méléna se voit dans 2 circonstances :
 - Soit méléna accompagné d'hématémèse. Dans ce cas, il est toujours d'origine digestive haute (sus-mésocolique).



- Soit méléna isolé. Dans ce cas il est :

- Le plus souvent d'origine digestive haute (estomac, duodénum, œsophage).
- Rarement d'origine digestive basse (sous mésocolique : intestin grêle, côlon).

- Le méléna se présente sous deux aspects cliniques :

- Le méléna franc : émission par l'anus en dehors de la selle de liquide épais, noirâtre, poisseux, très fétide, ressemblant au goudron.
- La selle mélanique : émission de selles de couleur noirâtre (sang noirâtre mêlé aux selles)

3 - La rectorragie :

- C'est l'émission par l'anus de sang rouge non digéré soit :
 - sous forme de sang pur (en dehors de la selle);
 - sous forme de sang mélangé à la selle;
 - sous forme de sang arrosant la selle.
- La rectorragie est :
 - Le plus souvent de faible abondance, traduisant un saignement digestif bas, d'origine anale, rectale ou colique distale.
 - Rarement abondante ou massive ne permettant pas de préjuger de l'origine du saignement :
 - Elle peut être d'origine digestive basse (rectum, côlon, intestin grêle;
 - Elle peut être d'origine digestive haute (estomac, duodénum, œsophage, etc.)

❖ Hémorragie digestive extériorisées occultes:

- Elles présentent les caractères suivants :
 - C'est un saignement de faible abondance qui se fait goutte à goutte pendant des semaines, voire des mois par l'anus dans les selles provenant d'un point quelconque du TD.
 - L'hémorragie est occulte (les selles ont un aspect normal).
 - Se traduit par un tableau clinique d'anémie ferriprive chronique.
 - Mise en évidence par la recherche de sang dans les selles par le test **Hemoccult**.

Le test Hémo occult :

ce test utilisant une carte imbibée d'une substance chimique réactive qui permet de détecter la présence de sang ou de ses dérivés (hémoglobine: Hb) dans les selles grâce à l'activité de l'enzyme peroxydase de l'Hb du sang présent dans les selles.

Principe du test Hemocult II®

- ✓ Le test est constitué d'une carte imbibée de **résine de gaïac** sur laquelle on applique un échantillon de selles.
- ✓ En cas de présence de sang, une **couleur bleue** apparaît.



Test - | Test +



B- Hémorragie digestive non extériorisée ou hémorragie interne :

- C'est une hémorragie digestive habituellement abondante qui n'a pas eu le temps de s'extérioriser. Elle se traduit d'emblée par une anémie aiguë et souvent par un tableau d'état de choc hypovolémique.

- Le DG positif se fait:

- par la mise en place d'une sonde naso-gastrique qui ramène du sang;
- par le toucher rectal (TR) dont le doigtier revient souillé de sang.

III- Évaluation de l'abondance de l'hémorragie digestive

1- L'hémorragie digestive de grande abondance :

- L'HD est dite de grande abondance quand le volume de la spoliation (perte) sanguine par voie digestive est \geq à 1 litre.
- Pour évaluer l'abondance d'une HD on ne doit pas se fier à l'estimation de la quantité de sang spoliée faite par le patient ou son entourage, Car :
 - Soit le patient surestime l'abondance du saignement du fait que le sang colore en rouge tout ce qui l'entoure (boissons et aliments ingérés, sécrétions digestives, etc.)
 - Soit il sous-estime l'abondance du saignement du fait que souvent le patient n'exteriorise pas entièrement le sang par la bouche ou l'anus (une partie du sang stagne dans le tube digestif).

- L'évaluation correcte de l'abondance d'une HD repose sur :

1- **L'examen clinique** du patient à la recherche de signes cliniques d'état de choc hypovolémique et d'anémie aiguë :

- Les signes fonctionnels d'état de choc hypovolémique :
angoisse, agitation, sensation de soif vive, palpitations, troubles sensoriels (troubles visuels), voire une lipothymie ou syncope.
- Les signes physiques :
 - Les pouls périphériques rapides, petits, filants, parfois imperceptibles
 - La TA est basse avec pincement de la différentielle → une PAS < 8 cm Hg est un signe de la gravité du saignement.
 - Tachycardie, assourdissement des bruits cardiaques.

- polypnée, froideur des extrémités recouvertes de sueurs.
- Pâleur cutanéomuqueuse, oligurie (diurèse horaire < 30 ml/heure).

2- Le bilan biologique : groupage, FNS avec Tx d'Hb, Tx d'Hcrite, nbre de GR, un bilan rénal sanguin.

- En cas d'HD abondante, les paramètres de l'hémogramme chutent et le bilan rénal sanguin montre une IRA.
- Au cours des 1^{ière} heures, ces paramètres de la FNS peuvent être normaux (hémococoncentration). La chute de ces paramètres apparaît secondairement après remplissage vasculaire (hémodilution) → révélant une anémie aiguë.

3- Un volume de sg transfusé > 5 culots globulaires (1,5 l) dans les 1^{ière} 24h suivant l'hémorragie est un critère de grande abondance.

2- L'hémorragie digestive de moyenne abondance :

- L'HD est dite de moyenne abondance quand le volume de la perte sanguine par voie digestive est < 1 litre (300 -400 ml en moyenne).
- L'HD ne s'accompagne pas d'un état de choc hypovolémique ni d'anémie aiguë.
- L'HD de moyenne abondance récidivante peut entraîner une anémie ferriprive d'apparition rapide.

3- L'hémorragie digestive de faible abondance :

- L'HD est dite de faible abondance quand le volume de la perte sanguine par voie digestive se limite à quelques millilitres de sang.
- L'HD de faible abondance:
 - quand il s'agit d'un épisode isolé, elle est sans retentissement clinique.
 - Quand elle est récidivante pendant une longue durée, elle entraîne une anémie chronique ferriprive.

IV- Diagnostic différentiel de l'hémorragie digestive :

- Des hémorragies non digestives peuvent être confondues avec l'hématémèse. Il s'agit de :

□ **L'hémoptysie** : rejet par la bouche au cours d'un effort de toux de sang rouge vif, spumeux, aéré provenant de la partie sous-glotique de l'appareil respiratoire.

□ **L'épistaxis postérieure déglutie** :

Écoulement de sang provenant des fosses nasales dégluti puis vomé secondairement.

□ **L'hémossalémèse** :

Rejet par la bouche de sang rouge mêlé de salive provenant d'une lésion de la gencive ou du pharynx.

V- Le diagnostic étiologique

A- Hématémèse isolée ou associée à un méléna :

- Elle traduit saignement sus-mésocolique, c-a-d, situé en amont de l'angle de Treitz (en amont du jéjunum).
- Les deux principales causes :
 - **L'ulcère gastro-duodénal** : ce DG est évoqué devant :
 - La notion de douleur épigastrique post-prandiale tardive.
 - La notion de prise de médicaments gastrottoxiques (aspirine, AINS, anticoagulants).
 - Le DG est confirmé par l'endoscopie digestive haute qui montre UGD.
 - **Hémorragie digestive par rupture de varices œsophagienne** :
Ce DG est évoqué devant les signes cliniques d'hypertension portale

SPM, ascite, circulation veineuse collatérale, ictère, etc.

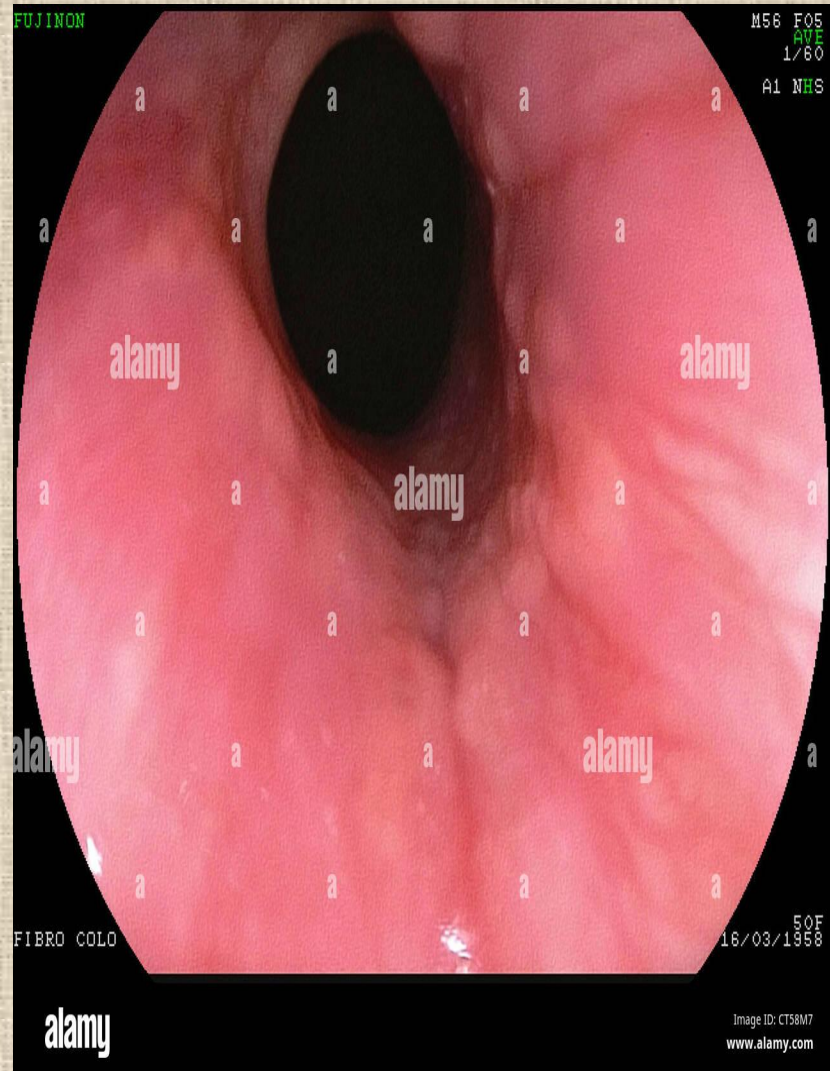
- Le DG est confirmé par l'endoscopie digestive haute qui montre une rupture des varices œsophagienne et/ou gastriques.

L'échographie abdominale montrant les signes échographiques de l'HTP: SPM, ascite, dilatation du TP.

- Autres causes plus rares :
 - Gastrites aiguës
 - Le syndrome de Mallory Weiss
 - Ulcère peptique compliquant une œsophagite peptique
 - Cancer de l'estomac
 - Hémobilie secondaire à une pathologie hépato-biliaire
 - pancréatorragie secondaire à une pathologie pancréatique, etc.

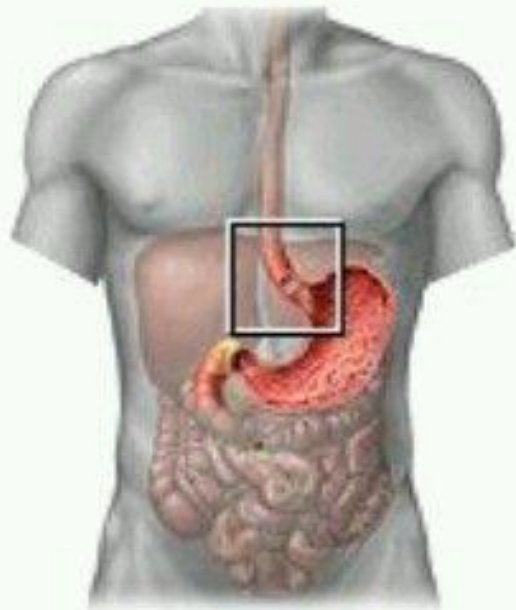


OEsophagus normal

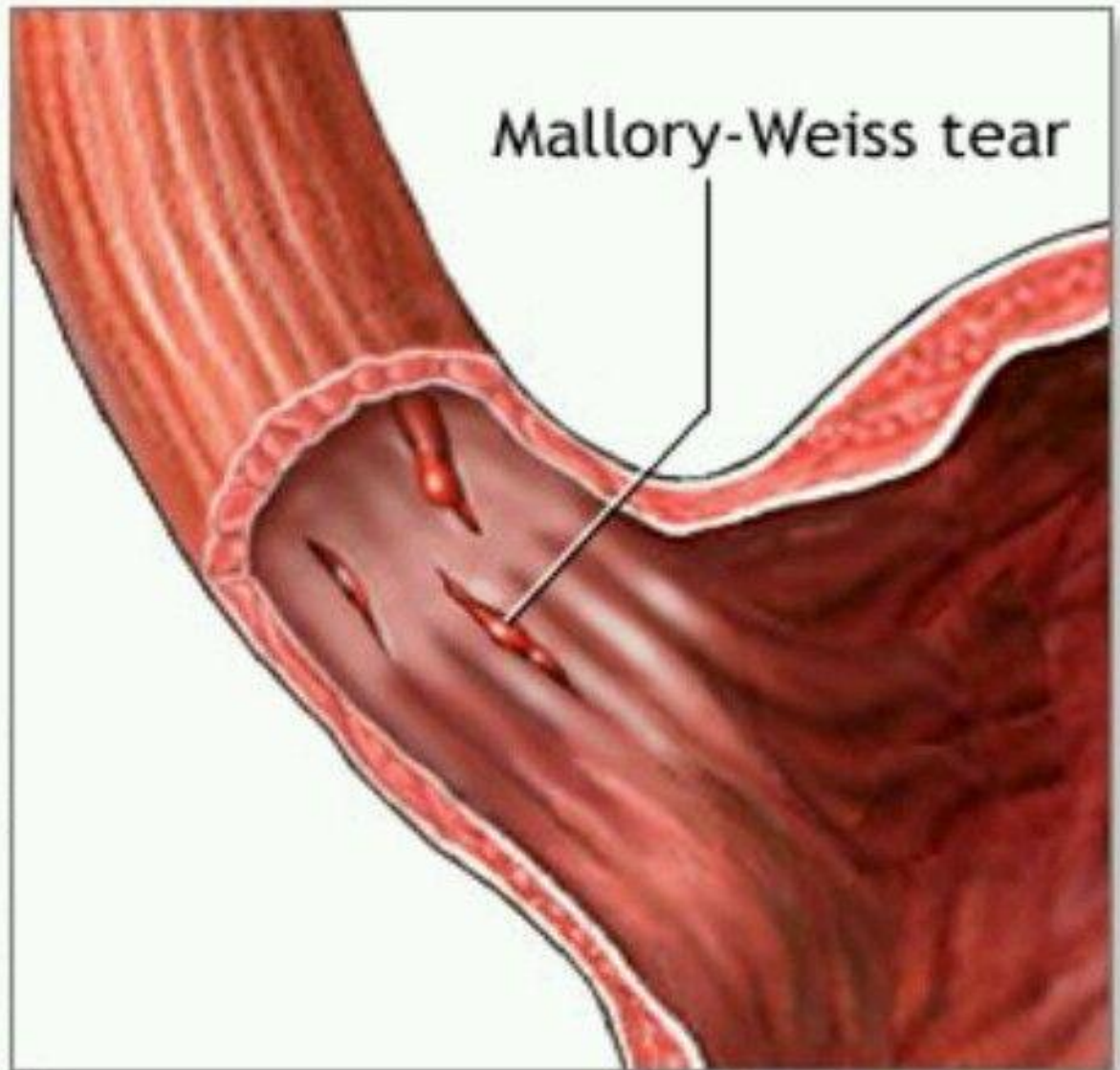


Œsophage: Cordons variqueux





Mallory-Weiss tear is a tear in the mucosal layer at the junction of the esophagus and stomach



B- Méléna isolé :

- Dans 90 % des cas, il traduit un saignement sus-mésocolique et relève des mêmes étiologies que celles des hématuries seule ou associée au méléna.
- Dans 10 % des cas, le méléna traduit un saignement sous mésocolique.
 - Il doit faire rechercher en premier lieu des lésions au niveau du côlon :
 - Cancer du côlon ou bqs plus rarement un polype (tumeur bénigne)
 - Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : la maladie de Crohn (MC).
 - Le DG est confirmé par la coloscopie.
 - Il doit faire rechercher en deuxième lieu des lésions au niveau de l'intestin grêle : tumeurs bénignes (polypes) et malignes, MC, etc. Le DG est confirmé par l'entéroscopie.



FUJINON

13/10/2005

11:17:01

AVE

FILM 00

1/60





C- Rectorragie

Le saignement de faible abondance provenant d'une lésion de la partie basse du tractus digestif (côlon, rectum, anus).

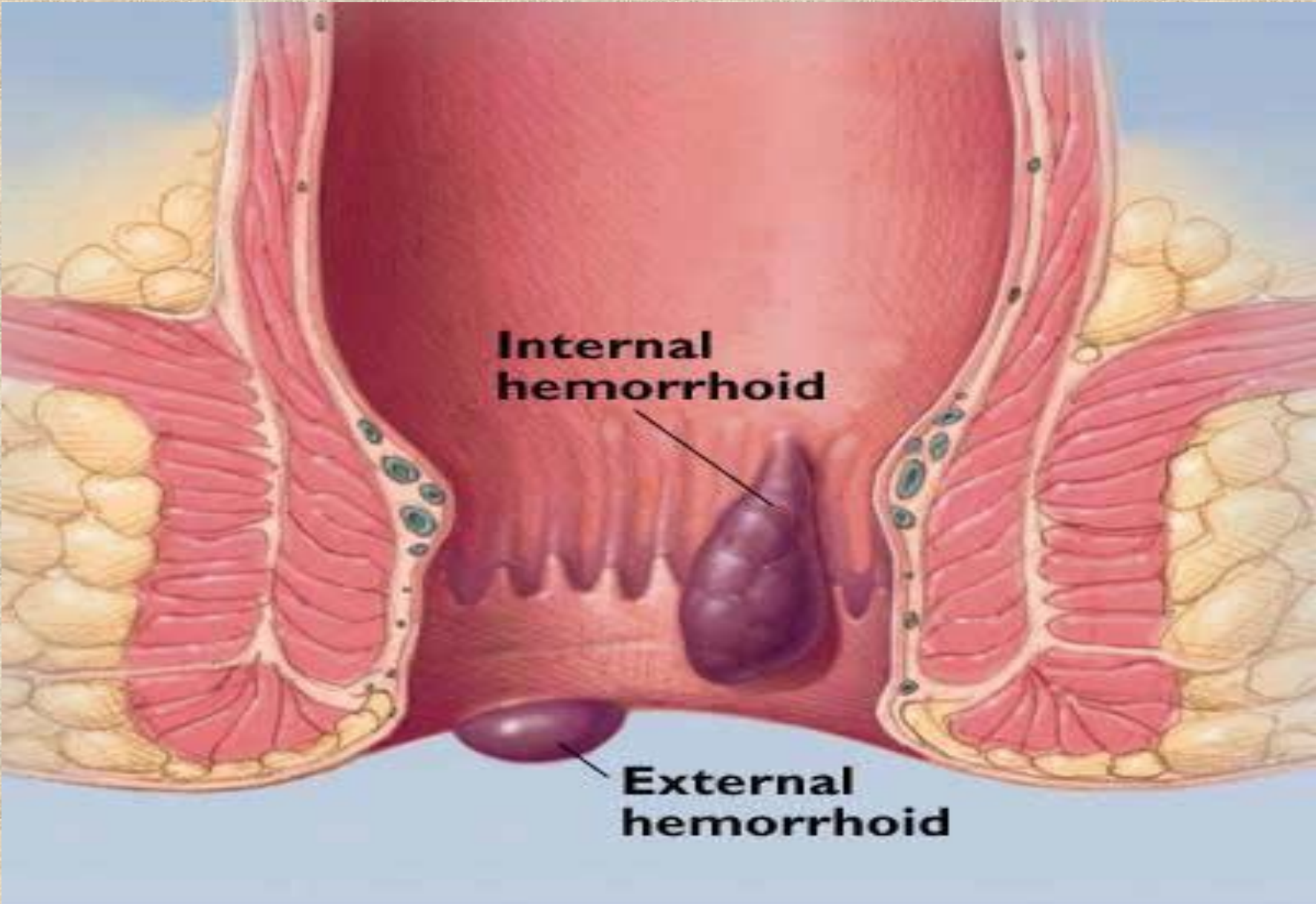
□ Les causes anales :

- Les hémorroïdes : c'est la principale cause de rectorragies.
- fissure anale, cancer de l'anus, etc.

□ Les causes rectales :

- Cancer du rectum
- polype rectal
- Ulcération rectale traumatique thermométrique chez le nourrisson
- Les colites inflammatoires chroniques: RCH++++ et MC.

□ Les causes coliques : lésions du côlon distal (côlon descendant et sigmoïde) : Cancer, polypes, RCH, MC, etc.



This anatomical diagram illustrates the internal and external structures of the rectum and anal canal. The rectum is shown as a large, pink, muscular sac-like structure. The anal canal is depicted as a smaller, more muscular structure at the bottom. The internal hemorrhoid is shown as a large, dark purple, bulbous mass protruding from the internal anal canal. The external hemorrhoid is shown as a smaller, dark purple, bulbous mass protruding from the external anal canal. The surrounding tissues, including the rectal wall, anal canal, and perianal skin, are shown in various shades of pink and red, with yellowish adipose tissue visible on the sides. The diagram is labeled with 'Internal hemorrhoid' and 'External hemorrhoid' with arrows pointing to the respective structures.

**Internal
hemorrhoid**

**External
hemorrhoid**

Hémorroïdes internes et externes



