

**Cliniques Universitaires de Kinshasa**



**Département de Médecine Interne**  
**Service d'Hépatogastro-entérologie**

# **CAUSES RARES DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES**

**Dr. KENGIBE**  
**Prof Dr TSHIMPI**

# Plan de présentation

- Définition et épidémiologie
- Physiopathologie, présentation clinique et modalité diagnostique
- Différents traitements

## ENDOSCOPIE HAUTE EN URGENCE

### Causes fréquentes (80%)

- Ulcère (30%)
- HTP (20%)
- Érosions diverses (20%)
- Œsophagite (10%)

### Causes rares (10%)

Mallory Weiss

Dieulafoy

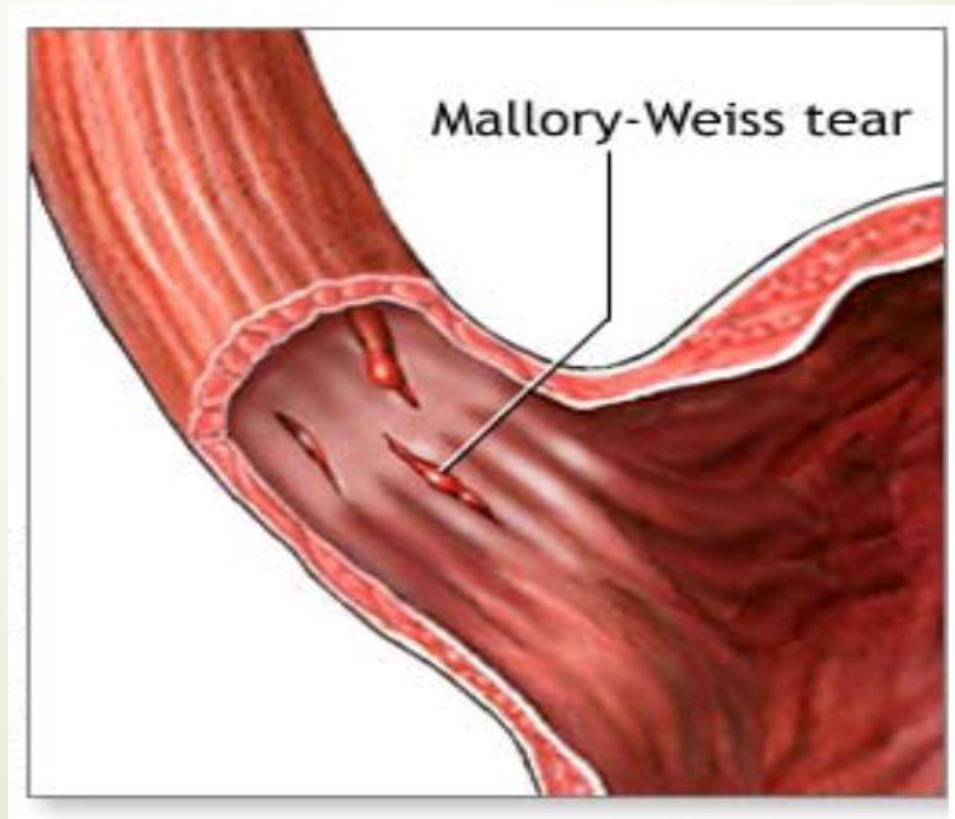
Anomalies vasculaires

Fistules vasculo-digestives

Causes biliaires et pancréatique

endoscopie sans diagnostic 10%

# Mallory Weiss(SMW)



# Mallory weiss(1)

---

- Le SMW : Déchirure muqueuse cardiale provoquée par hyperpression abdominale violente
- Généralement guérison spontanée, rares cas d'hémorragie sévère

# Mallory weiss(2)

---

6

- 5 à 8% des HDH
- Hommes++, âge moyen, souvent alcooliques
- Séquence: vomissements puis hématurie inconstante

# Mallory weiss(3)

---

7

- ➡ Endoscopie : ulcération unique de la jonction (90 %)
- ➡ Hémorragie active = 20 % (8/10 suintement diffus)

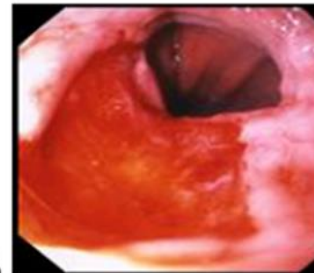
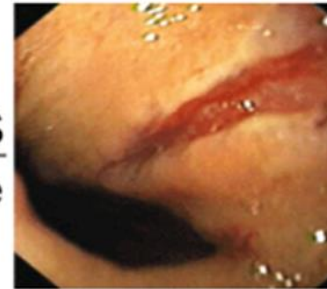
# Mallory weiss (4)

## Aspects endoscopiques

Perte de substance linéaire de la jonction oeso-gastrique

+/-

- Extension vers la petite courbure: 1cm(80-90%), 2cm (7-10%)
- Saignement actif dans 20% généralement en nappe
- Ulcérations multiples
- Associé à hernie hiatale (40%)





# Mallory weiss (5)

---

9

## ➤ Evolution

- Spontanément favorable dans 70%, cicatrisation muqueuse en 3-5j
- Saignement généralement non sévère: faible besoin transfusionnel, contrôlé par geste endoscopique.
- Récidive hémorragique survient dans 10%:
  - + si saignement actif 50%
  - + HTP associée (?)

# Mallory weiss(6)

## ➤ Traitement

- **Médical:** Hémorragie non active (IPP)
- **Endoscopie** : Injections adrénaline, clips hémostatique ligature élastique
- Indications : hémorragie active + vaisseau visible
- Résultats : hémostase définitive 95 %
- Associer IPP à fortes doses

# Mallory weiss(7)

- **Traitement**
- **Radiologie:** l'embolisation dans l'artère gastrique gauche s'est également révélée efficace pour contrôler l'hémorragie en cas d'échec du TTT endoscopique
- **chirurgie:** est rarement nécessaire

# Ulcère de Dieulafoy

# Ulcère de Dieulafoy(1)

---

13

- ➡ Perte de substance muqueuse digestive érodant une artériole sous muqueuse de calibre anormalement large.
- ➡ 0.3 à 6 % des HDH
- ➡ Hommes  $\geq$  femmes , âges  $>$  60 ans

# Ulcère de Dieulafoy(2)

---

14

- comorbidités associées: cardiopv, diabète, IRC
- Saignement actif = 50 % des cas
- Suintement diffus > micro pulsatile > en jet

# Ulcère de Dieulafoy(3)

---

15

## ➤ Endoscopie :

- soit saignement actif
- soit vaisseau visible saillant, avec ou sans saignement actif
- soit caillot adhérent provenant d'une ulcération superficielle de moins de 3 mm de diamètre .

- Découverte lors épisode hémorragique:
  - 80% Hématémèse, 20% méléna isolé
  - Souvent sévère : état de choc , besoin transfusionnel élevé



# Dieulafoy(5)

---

17

- ➡ Diagnostic difficile: (lésion de petite taille, imputabilité)

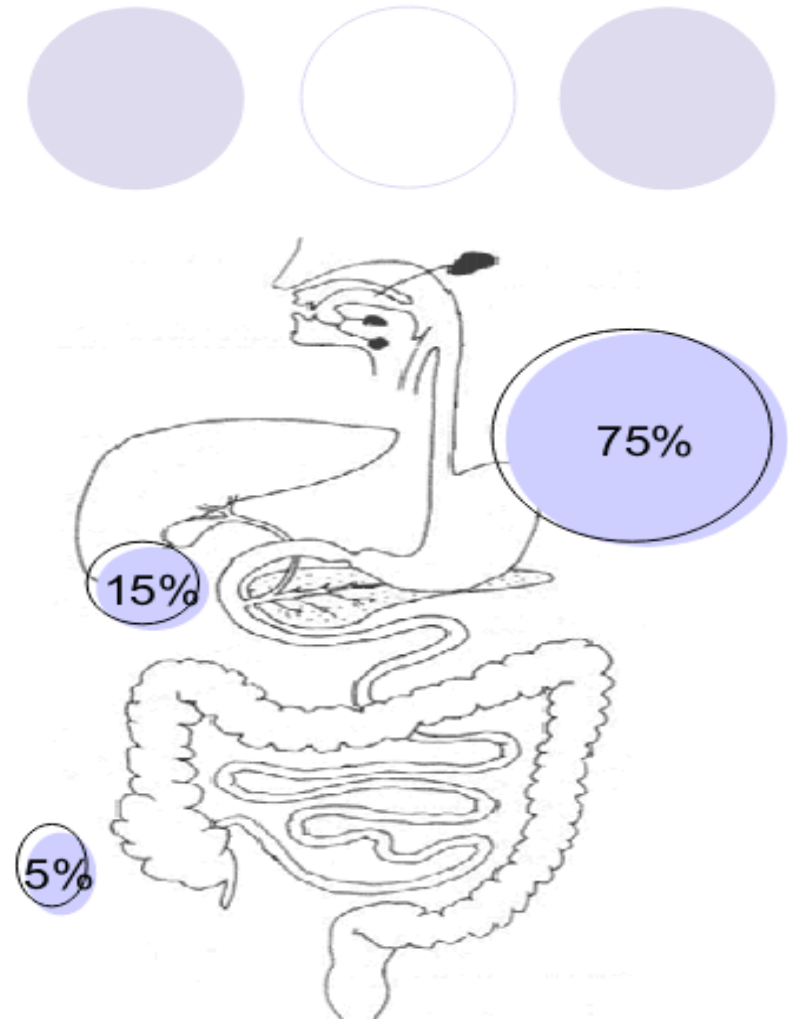
Non reconnu lors 1ère endoscopie dans 50% des cas. Nécessité de 2 endoscopies.

Endoscopie optimale: précoce, répétée, examen minutieux (insufflation suffisante)

Echo endo alternative

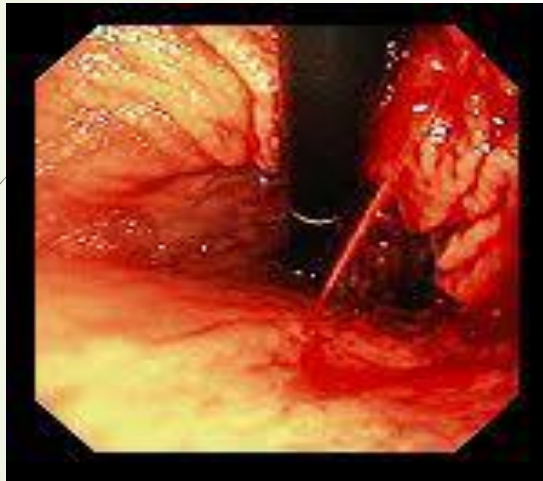
## Topographie

1. Estomac 75%:  
fundus 50%, corps 20%,  
antre < 5%
2. Duodénum 15%:
3. Autres 5 %: jéjunum,  
œsophage, colon



# Dieulafoy(7)

## ➔ Endoskopie



## ➤ Traitement

- Hémostase mécanique  $\pm$  adrénaline
- Indications larges car saignement intermittent :
  - ❖ hémorragie active
  - ❖ vaisseau visible non hémorragique
  - ❖ caillot adhérent

## ➤ **Traitement**

- Hémostase initiale = 90 %
- Récidive hémorragique précoce = 10% si hémostase mécanique
- IPP à fortes doses

# ANGIODYSPLASIES



## Angiodysplasie(1)

- Angiodysplasie: lésion vx acquise unique ou multiple, superficielle, développée dans la muqueuse et/ou sous muqueuse de la paroi du TD

## Angiodysplasie(2)

- ➡ Homme ou femme après 60 ans sous forme de saignement occulte ou extériorisé
- ➡ Multiple(40 à 60%)
- ➡ Arrêt spontané du saignement > 50%, risque de récurrence 25- 35%



## Angiodysplasie(3)

- Patients âgés, saignement digestif occulte ou extériorisé
- Diagnostic: EOGD et iléo-coloscopie si bilan endoscopique standard est normal, faire: vidéo-capsule puis entéroscopie



## Angiodysplasie(4)

- Traitement: APC.
- Une angiodysplasie de découverte fortuite n'est pas une indication à un traitement
- En cas de rechute: discuter un TTT médical (hormonothérapie, analogues de la somatostatine ,thalidomide...)

# Fistule Aorto-Digestive

# Fistule aorto digestive(1)

- < 1% d'HDH
- 80 % aorto-duodénales après chirurgie aortique (incidence 1 %)
- 80% duodénum distal

## Fistule aorto digestive(2)

- Délai de survenue très variable mais souvent de plusieurs années
- 80 % révélées par une hémorragie digestive massive
- Diagnostic = endoscopie et/ou TDM



6 3rd Portion of the Duodenum: Aortoduodenal fistula

- Pronostic = précocité du diagnostic

**Merci pour votre  
attention**