

HEMORRAGIES DIGESTIVES

I- GENERALITES :

Elles se définissent comme tout saignement prenant son origine à n'importe quel point du tube digestif creux de la bouche jusqu'à l'anus.

C'est une urgence médicochirurgicale nécessitant une prise en charge multidisciplinaire efficace en unité de réanimation et une recherche étiologique rapide, basée essentiellement sur les explorations endoscopiques.

Le saignement peut être sus-mésocolique se manifestant par une hématomèse et/ou méléna, les organes concernés sont : œsophage, estomac et duodénum.

Comme il peut intéresser l'étage sous-mésocolique se traduisant par un méléna ou une rectorragie et les organes atteints seraient : le jéjunum, l'iléon, le colon, le rectum et l'anus.

II- PHYSIOPATHOLOGIE :

Le saignement peut avoir une double origine :

1. Saignement artériel : on distingue deux types :

- a. Saignement en jet :** il est en général abondant et expose à un choc hypovolémique. Il est lié à l'effraction d'un vaisseau (artère ou artériole).
- b. Saignement en nappe :** il est, généralement, moins dangereux que le saignement en jet. Il correspond souvent à un saignement des vaisseaux capillaires.

2. Saignement veineux : il est toujours en nappe, son abondance est variable selon le diamètre du vaisseau qui saigne.

Il existe deux modes de révélation d'une hémorragie digestive :

1. Hémorragie extériorisée (haute ou basse) : c'est une hémorragie objectivée par le médecin ou par le patient ou son entourage. Si non objectivée nécessite de pratiquer certains gestes pour la confirmer : sonde naso-gastrique pour l'hémorragie digestive haute et un toucher rectal pour l'hémorragie digestive basse.

2. Hémorragie non extériorisée (occulte) :

Se manifeste par deux tableaux :

- a. Tableau d'anémie aigue :** avec un état de choc hypovolémique, c'est lorsque l'hémorragie est abondante sans extériorisation immédiate du sang: hypotension artérielle avec pincement de la différentielle, tachycardie, froideur des extrémités, dyspnée, sueurs, marbrures...

- b. Tableau d'anémie chronique :** de type ferriprive avec asthénie, pâleur cutanéomuqueuse, céphalées, dyspnée, vertiges, palpitations...

III-CLASSIFICATION :

1. Hématémèse :

- a. Définition :** c'est le rejet par la bouche, lors d'un effort de vomissement, de sang rouge non spumeux ou noirâtre, mêlé ou non à des débris alimentaires, provenant de l'étage sus-mésocolique (en amont de l'angle de Treitz : œsophage, estomac, duodénum).

Une hématémèse peut s'accompagner d'un méléna voire même de rectorragies, lorsqu'elle est abondante.

b. Diagnostic différentiel :

- Hémoptysie : c'est le rejet de sang rouge vif, spumeux, aéré, lors de quintes de toux.
- Epistaxis : surtout postérieure déglutie ultérieurement rejetée, il s'agit d'un saignement d'origine ORL (nasal)
- Hémosialémèse : sang mêlé à la salive provenant le plus souvent des gencives (gingivorragies) ou du pharynx.
- Médicaments : ex. la rifampicine (antituberculeux) comprimés rouges ayant comme effet secondaire des vomissements.
- Aliments : vomissements alimentaires colorés par la betterave ou le vin.

c. Diagnostic étiologique :

Avant de rechercher une étiologie, il est indispensable de réanimer le patient.

● **Interrogatoire :** on recherchera

- Antécédents de maladie ulcéreuse gastroduodénale ou d'épigastalgies ;
- Notion de prise de médicaments gastrotoxiques : AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), aspirine ;
- Notion de prise d'anticoagulants
- Antécédents de défaillance viscérale (insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque) ;
- Antécédents de chirurgie sur le tube digestif.

● **Examen physique :** doit être méthodique et complet en insistant sur l'appareil digestif : des signes d'hépatopathie chronique (syndrome d'hypertension portale et ses complications, insuffisance hépatocellulaire). Examen cutanéomuqueux à la recherche d'un syndrome hémorragique diffus : purpura, pétéchies, gingivorragies, épistaxis...

● **Etiologies :**

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale ;
- Rupture de varices œsophagiennes au cours d'un syndrome d'hypertension portale et en particulier par cirrhose ;
- Ulcérations aiguës post-médicamenteuses ou post-stress ;
- Syndrome de Mallory-Weiss : déchirure de la muqueuse à la jonction œso-gastrique suite à des efforts de vomissements violents et répétés.

- Œsophagites et ulcères de l'œsophage d'étiologies diverses : essentiellement suite à un RGO.
- Tumeurs œsogastroduodénales bénignes ou malignes.
- Causes rares : ulcère simplex de Dieulafoy, angiodysplasies, hémobilie, wirsungorragies.

2. Méléna :

a. Définition : c'est l'émission par l'anus de selles noirâtres nauséabondes dues à des lésions digestives sus ou sous-mésocolique.

En fonction de l'abondance du saignement, on distingue :

- Méléna de grande abondance : selles liquides et noirâtres comme du goudron.
- Méléna de moyenne abondance : les selles sont moulées et moins noirâtres.
- Méléna de petite abondance : l'évacuation des selles est presque normale, il existe uniquement quelques stries noirâtres.

b. Diagnostic différentiel :

- Aliments : épinards, betterave, réglisse.
- Médicaments : à base de fer, de charbon.

Dans ces deux cas l'odeur des selles n'est pas fétide et si l'on délaye la selle dans de l'eau cette dernière ne devient pas rouge comme au cours du méléna.

c. Diagnostic étiologique :

● **Interrogatoire :** on recherchera en plus des éléments suscités :

- Antécédents personnels ou familiaux de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ;
- Antécédents de diarrhée chronique ou de troubles du transit.
- Notion de syndrome rectale.

● **Examen physique :** signes orientant vers une MICI ou une hépatopathie chronique, le toucher rectal est un temps primordial de l'examen.

Examen cutanéomuqueux minutieux.

● **Etiologies :**

- **Causes sus-mésocoliques :** voire ci-dessus.

NB : lorsqu'il y a un doute diagnostique entre l'origine sus ou sous-mésocolique du méléna, la mise en place d'une sonde nasogastrique peut orienter le diagnostic.

- **Causes sous-mésocoliques :** concernent le jéjunum, l'iléon, le colon droit et la partie droite du colon transverse.

✓ Causes coliques : diverticulose colique, angiodysplasies, cancer du colon, colites inflammatoires (RCH, maladie de Crohn), colite ischémique, colites iatrogènes (radique, médicamenteuse : AINS), colites infectieuses (tuberculose).

✓ Causes grêliques (rares) : diverticule de Meckel, tumeurs (lymphomes, adénocarcinomes, leiomyosarcomes), maladie de Rendu-Osler.

3. Rectorragie :

a. Définition : c'est l'émission par l'anus de sang rouge vif pouvant précéder, accompagner ou succéder à la selle.

Ce saignement oriente vers une pathologie de l'anus, du rectum, du colon gauche ou de la partie gauche du transverse.

Une origine sus-mésocolique est possible surtout si le saignement est de grande abondance.

b. Diagnostic différentiel :

- Aliments : betterave.
- Médicaments : paramomycine.
- Origine extradigestive du saignement : surtout chez les patients alités ou ayant un terrain psychiatrique, il s'agit essentiellement de métrorragies ou d'hématurie.

c. Etiologies :

- Causes anorectales : les ulcérations thermométriques (prises répétées de température rectale), hémorroïdes, fissure anale, causes tumorales (cancer du rectum, carcinome épidermoïde de l'anus).
- Causes coliques : voire ci-dessus.

EXPLORATIONS PARACLINIQUES :

Elles sont essentiellement endoscopiques mais aussi radiologiques :

- FOGD : fibroscopie œsogastroduodénale ;
- Rectosigmoïdoscopie ;
- Coloscopie ou colonoscopie ;
- Entéroscopie poussée : jéjunoscopie par voie haute, iléoscopie par le biais de la coloscopie ;
- La vidéo-capsule ;
- Transit du grêle ;
- TDM spiralée multibarettes ;
- Artériographie coeliomésentérique : saignement à débit important.
- Scintigraphie aux globules rouges marquées au Tc 99 : faible débit