

Chapitre 16

Hémorragies digestives

1. Sémiologie
2. Exploration d'une hémorragie digestive
3. Points importants de la prise en charge
4. Principales causes d'hémorragie digestive

Sémiologie

Une hémorragie digestive se définit par un saignement, actif ou ayant cédé, dont l'origine se situe dans l'appareil digestif (tube digestif principalement, et exceptionnellement voies biliaires ou pancréatiques). Il convient d'écarter d'emblée tout diagnostic différentiel : crachat sanglant (hémoptysie), saignement nasal (épistaxis) dégluti puis vomi, ou saignement gynécologique. On distingue les hémorragies digestives hautes, dont l'origine se situe en amont de l'angle duodénojéjunal, des hémorragies digestives basses dont l'origine est en aval.

Hématémèse

L'hématémèse est une hémorragie extériorisée par vomissements. Elle est le signe d'une hémorragie digestive haute.

Méléna

Le méléna (ou méléna) est l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide. L'origine de l'hémorragie est alors en règle générale située en amont de l'angle colique droit.

Rectorragie ou hématochézie

Une rectorragie ou hématochézie est l'émission par l'anus de sang rouge vif non digéré. Elle est en règle générale le signe d'une hémorragie digestive basse. Cependant, en cas d'hémorragie digestive haute massive, le sang peut arriver à l'anus non digéré et donc rouge.

Pour désigner l'émission de sang rouge par l'anus, le terme « rectorragie » est le plus utilisé, mais souvent de façon impropre, car, d'un point de vue étymologique, l'usage du terme rectorragie devrait être restreint aux saignements d'origine rectale. Le terme « hématochézie » est approprié, mais peu utilisé.

Saignement d'origine anale

Il s'agit de l'émission de sang rouge, le plus souvent au décours immédiat d'un épisode défécatoire, habituellement non mélangé aux matières. Il peut se manifester aussi par du sang tachant le papier hygiénique. Suivant la cause, une douleur au passage des selles peut ou non y être associée.

Retentissement général

Une fois que le diagnostic d'hémorragie digestive a été posé, il importe d'évaluer le degré d'urgence de la situation, de restaurer un état hémodynamique correct puis d'entreprendre l'enquête étiologique et le traitement de la cause.

L'abondance de l'hémorragie est habituellement surestimée par le patient. La quantité de liquide sanglant extériorisée est donc un mauvais critère de jugement. L'évaluation du retentissement hémodynamique est le meilleur moyen. Elle inclut la mesure immédiate puis répétée du pouls et de la pression artérielle, la recherche de troubles de conscience initiaux et la recherche de signes généraux (pâleur, sueurs, lipothymies). L'hémoglobinémie et la mesure de l'hématocrite peuvent sous-estimer initialement l'abondance de l'hémorragie. Une hémorragie aiguë est toujours moins bien tolérée qu'une hémorragie chronique.

En dehors des saignements dont la sémiologie évoque d'emblée une origine anale, de quantité minimale et sans retentissement hémodynamique, une hospitalisation est nécessaire pour tout patient ayant une hémorragie digestive. Deux voies d'abord périphériques de gros calibre doivent être mises en place. Il faut s'assurer de la bonne oxygénation du patient et surveiller la saturation sanguine en oxygène.

Des prélèvements sanguins doivent être réalisés en urgence (numération et formule sanguine, plaquettes, double détermination du groupe sanguin, recherche des agglutinines irrégulières, bilan d'hémostase, ionogramme sanguin), et des culots globulaires compatibles doivent être commandés et mis en réserve. S'il existe un retentissement hémodynamique, l'hémorragie doit être compensée par des macromolécules en attendant les culots globulaires. La décision de transfuser dépend de l'importance de la déglobulisation, de la tolérance de l'anémie, de la persistance du saignement. Une surveillance étroite des principaux paramètres vitaux (pouls, pression artérielle, saturation en oxygène, diurèse) doit être mise en place.

Exploration d'une hémorragie digestive

Interrogatoire

En cas d'hématémèse et/ou de méléna, il faut envisager une cause digestive haute à l'hémorragie digestive, et l'interrogatoire du patient ou de ses proches cherche :

- un antécédent d'ulcère gastrique ou duodéal ;
- des douleurs épigastriques d'allure ulcéreuse ;
- la prise de médicaments gastrotoxiques et ou favorisant le saignement (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, anticoagulants) ;
- un antécédent d'affection hépatique ou de varices œsophagiennes connues ;
- des vomissements ayant précédé le saignement (syndrome de Mallory-Weiss) ;
- des antécédents chirurgicaux sur le tube digestif ;
- un antécédent de prothèse aortique ;
- une affection pancréatique.

En cas d'orientation clinique vers une hémorragie digestive basse, les principales questions à poser au patient ou à ses proches sont :

- une modification récente du transit ;
- un antécédent vasculaire pouvant favoriser une ischémie ;
- une séquence symptomatique douleur brutale – diarrhée sanglante (colite ischémique) ;
- la prise de médicaments favorisant une hémorragie diverticulaire (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, anticoagulants) ;
- la notion de traumatisme anorectal (thermomètre en particulier).

Examen clinique

En cas d'orientation vers une hémorragie d'origine haute, l'examen cherche des arguments en faveur d'une cirrhose (cause connue de maladie chronique du foie, bord inférieur du foie tranchant, hépatomégalie, ictère, angiomes stellaires, hématomes spontanés, circulation collatérale abdominale, ascite, etc.), des cicatrices abdominales, une masse battante abdominale (anévrisme de l'aorte abdominale), ainsi que les signes d'une maladie hémorragique (coagulopathie). En cas d'hémorragie basse, l'examen physique abdomino-pelvien cherche essentiellement une masse abdomino-pelvienne palpable ou perceptible au toucher rectal.

En cas d'hémorragie digestive haute

Pour les hémorragies digestives hautes et pour toutes les hémorragies digestives massives, l'endoscopie œsogastroduodénale de première intention est essentielle. Elle a un quadruple objectif :

- faire le diagnostic positif ;
- faire le diagnostic lésionnel ;
- évaluer le risque de poursuite ou de récurrence hémorragique ;
- réaliser si besoin un geste d'hémostase.

Elle doit être réalisée le plus rapidement possible après stabilisation hémodynamique. Dans la mesure du possible, il est préférable de réaliser l'examen lorsque le malade a été admis dans une unité spécialisée ou dans une unité de soins intensifs. Lors de l'endoscopie, il importe d'être vigilant sur la protection des voies aériennes supérieures qui est essentielle pour éviter l'inhalation de liquide sanglant.

En cas d'hémorragie massive

Lorsque l'hémorragie digestive est massive et que l'endoscopie œsogastroduodénale n'a pas mis en évidence de cause, un angioscanner est indiqué. Si l'angioscanner permet de localiser le saignement, il peut être suivi d'une artériographie à visée thérapeutique (embolisation du vaisseau à l'origine de l'hémorragie). Dans les autres cas, une coloscopie en urgence doit être réalisée afin de diagnostiquer la cause du saignement, et parfois de la traiter (par exemple, injection hémostatique d'un saignement d'origine diverticulaire).

La préparation du côlon est un prérequis essentiel de la coloscopie en urgence pour hémorragie digestive basse abondante. Sur certains terrains (patients âgés, déments, inconscients), la préparation peut être faite par instillation de la solution de lavage via une sonde nasogastrique, parfois après intubation trachéale pour éviter les inhalations.

En cas de rectorragies sans retentissement hémodynamique important

Pour les hémorragies digestives basses non graves, sans retentissement hémodynamique ni déglobulisation importante, une coloscopie longue sera réalisée après préparation du côlon.

En cas de négativité des explorations endoscopiques initiales

Une exploration du grêle par vidéocapsule endoscopique et/ou un entéroscanner/une entéro-IRM sera effectuée. La recherche de saignement occulte dans les selles ne doit pas être effectuée. Ce test est réservé au dépistage de masse du cancer colorectal chez les patients asymptomatiques. Un malade ayant un saignement d'origine inexplicée ne peut être considéré comme asymptomatique.

Points importants de la prise en charge

La prise en charge se fait en urgence. Il faut :

- évaluer le retentissement hémodynamique ;
- en dehors des rectorragies d'allure proctologique, prendre les mesures suivantes :
 - ✓ hospitalisation,
 - ✓ pose de deux voies d'abord périphériques de gros calibre,
 - ✓ oxygénothérapie,
 - ✓ monitoring de l'état hémodynamique et de la saturation en oxygène,
 - ✓ prélèvements sanguins en urgence (numération et formule sanguine, plaquettes, double détermination du groupe sanguin, recherche des agglutinines irrégulières, bilan d'hémostase, ionogramme sanguin),
 - ✓ commande de culots globulaires compatibles,
 - ✓ s'il existe un retentissement hémodynamique : remplissage par macromolécules en attendant les culots globulaires.

L'enquête étiologique doit toujours comporter une endoscopie œsogastroduodénale (l'origine digestive haute du saignement est très fréquente) et, lorsqu'une cause digestive haute avérée de saignement n'est pas trouvée, une coloscopie. Ces deux examens apporteront le diagnostic étiologique dans 95 % des cas. Lorsque ces deux examens, réalisés dans de bonnes conditions, sont négatifs, la recherche d'une cause de saignement localisée dans l'intestin grêle (angiodyplasie, tumeur bénigne, diverticule de Meckel) doit être envisagée, par vidéocapsule (ou éventuellement entéroscanner ou entéroscopie).

Principales causes d'hémorragie digestive

Hémorragies digestives hautes

Rupture de varices œsophagiennes ou cardiales

- C'est la première cause chez les patients porteurs d'une hypertension portale, principalement lorsqu'il existe une maladie chronique du foie (cirrhose notamment).
- Le diagnostic et le traitement en urgence se font lors de l'endoscopie œsogastroduodénale.

Ulcères gastriques, duodénaux et anastomotiques

- Ils sont la cause la plus fréquente (50 %) d'hématémèse.
- L'endoscopie permet le diagnostic. La présence d'un « vaisseau visible » dans le fond de l'ulcère augmente considérablement le risque de récurrence hémorragique à court terme (environ 50 %).
- En cas d'ulcère gastrique, une seconde endoscopie sera nécessaire après quelques jours pour réaliser des biopsies car un cancer ulcéreux doit être formellement écarté.

Érosions aiguës gastroduodénales (gastrite aiguë hémorragique, ulcères de stress)

Elles surviennent dans trois types de circonstances : au cours de l'hypertension portale, après ingestion de médicaments gastrototoxiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens et aspirine à forte dose principalement) et au cours de « stress » divers (brûlures étendues, traumatismes crâniens et neurochirurgie, insuffisances respiratoire et rénale aiguës, sepsis sévère).

Œsophagite par reflux

C'est une cause fréquente d'hématémèse chez les malades âgés et alités. Les hernies hiatales peuvent également être la cause d'une hématémèse en cas d'ulcère du collet de la hernie.

Syndrome de Mallory-Weiss

Il correspond à une lacération longitudinale de la muqueuse du bas œsophage lors d'efforts de vomissements. L'hématémèse succède à des vomissements non sanglants. L'endoscopie permet de voir l'ulcération longitudinale caractéristique et de la traiter.

Tumeurs malignes œsogastriques

Elles sont une cause assez rare d'hématémèse. Les tumeurs conjonctives sont rares mais volontiers hémorragiques du fait d'ulcérations centrales.

Hémobilies

Il s'agit d'hémorragies qui s'extériorisent dans les voies biliaires puis dans le tube digestif. Elles peuvent compliquer un traumatisme hépatique, une biopsie hépatique, un carcinome hépatocellulaire, un abcès du foie, une lithiase biliaire, un anévrisme de l'artère hépatique ou cystique.

Wirsungorragies

Il s'agit d'hémorragies qui s'extériorisent dans les voies pancréatiques, puis dans le tube digestif. Elles peuvent être dues à un faux kyste hémorragique communiquant avec le canal de Wirsung ou un anévrisme de l'artère splénique rompu dans ce canal. La présentation est caractéristique : douleur solaire, hémorragie digestive, augmentation de la lipasémie.

Lésions vasculaires

Il s'agit principalement d'angiodyplasies isolées ou de lésions vasculaires diffuses (ectasies vasculaires antrales, maladie de Rendu-Osler). Les anévrismes de l'aorte ou des artères digestives peuvent se rompre dans le duodénum, plus rarement dans l'estomac ou l'œsophage, donnant lieu une hématomèse cataclysmique.

Syndromes hémorragiques

Même en présence de terrains favorisant tous les types d'hémorragies (purpura thrombopénique, coagulation intravasculaire disséminée, hémophilie, traitement anticoagulant, etc.), une lésion digestive sous-jacente doit être recherchée.

Les causes les plus fréquentes d'hémorragies digestives hautes sont résumées dans le [tableau 16.1](#).

Tableau 16.1 Causes les plus fréquentes d'hémorragie digestive haute

	Fréquence au sein des hémorragies digestives hautes
Ulcères (gastriques, duodénaux et anastomotiques)	++++
Rupture de varices œsophagiennes ou cardiales	+++
Érosions aiguës gastroduodénales	+++
Œsophagite	++
Tumeurs malignes œsogastriques	+
Syndrome de Mallory-Weiss	+
Autres causes	Plus rare

Hémorragies digestives basses

Dans plus de 80 % des cas, elles sont d'origine colorectale ou anale.

Polype ou cancer

- Le saignement est souvent occulte (révélé par une anémie chronique sans que le patient n'ait observé de saignement extériorisé).
- Le sang peut être mélangé à la selle ou simplement la strier.
- La rectorragie peut survenir en dehors de la selle, notamment quand elle s'intègre dans un syndrome rectal.
- L'examen endoscopique du côlon assure le diagnostic.

Saignement diverticulaire

Leur diagnostic est difficile. À moins de constater une hémorragie active à partir d'un collet diverticulaire au cours d'une coloscopie en urgence, il s'agit souvent d'un diagnostic d'élimination.

Colite (ischémique, infectieuse, inflammatoire ou radique)

Toutes les colites peuvent entraîner un saignement digestif. Les lésions radiques (particulièrement les rectites) peuvent être responsables de saignements récidivants.

Ulcérations traumatiques rectales

Les ulcérations thermométriques sont particulièrement observées chez les sujets âgés.

Saignement hémorroïdaire

Il s'agit de rectorragies minimales qui suivent la selle, de sang rouge vif (sans caillot) éclaboussant la cuvette ou tachant le papier hygiénique, cédant en quelques minutes. Elles sont en général indolores ou s'accompagnent d'une gêne anale.

Fissure anale

Il s'agit de rectorragies minimales, tachant le papier, aléatoires, associées au syndrome fissuraire ou douleur en trois temps (douleur au passage de la selle – disparition de la douleur – qui réapparaît ensuite), souvent associées à une constipation et une hypertonie du sphincter anal.

Dans ces deux dernières causes, le problème est de ne pas méconnaître une lésion plus grave, en particulier un polype ou un cancer. L'examen endoscopique du côlon est réalisé au moindre doute, d'autant plus que le patient a plus de 40 ans.

Saignement provenant de l'intestin grêle

Beaucoup plus rare (environ 5 % des hémorragies digestives), les causes principales sont :

- les angiodysplasies ;
- les tumeurs ;
- le diverticule de Meckel ;
- les ulcérations (favorisées par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Les causes les plus fréquentes d'hémorragies digestives basses sont résumées dans le [tableau 16.2](#).

Tableau 16.2 Causes les plus fréquentes d'hémorragie digestive basse

	Fréquence au sein des hémorragies digestives basses
Saignement diverticulaire	++++
Polype ou cancer	+++
Colite (ischémique, infectieuse, inflammatoire ou radique)	+++
Pathologie anorectale	+++
Angiodysplasie	++
Autres causes	Plus rare