
Hémorragie digestive





Chapitre 29 Hémorragie digestive

- A. Définition, étiologie
- II. Diagnostic
- III. Pronostic
- IV. Prise en charge

Item 350. Hémorragie digestive

Objectifs pédagogiques

-  Diagnostiquer une hémorragie digestive.
 -  Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge préhospitalière et hospitalière.
-

I Définition, étiologie

L'hémorragie digestive (HD) est définie par un saignement dont l'origine se situe entre la bouche œsophagienne et le canal anal. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique impliquant une démarche rigoureuse. La localisation du saignement par rapport à l'angle de Treitz sépare les HD en HD hautes, en amont de l'angle de Treitz, et HD basses, dont l'origine est en aval de ce point. Les étiologies des HD hautes les plus fréquentes sont la maladie ulcéreuse gastroduodénale (40 % des cas), les gastroduodénites aiguës (15 % des cas) secondaires à la prise de gastrotoxiques, et les hémorragies liées à l'hypertension portale, généralement secondaires à une cirrhose (15 % des cas).

Les principales étiologies des HD sont répertoriées dans le [tableau 29.1](#). Les HD hautes représentent 80 % des HD et surviennent avec une incidence annuelle estimée à 1 pour 1000 habitants. Les HD hautes cessent spontanément dans 75 % des cas. Lors d'une HD haute, la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD), pratiquée dans les 24 heures suivant le saignement, permet de porter un diagnostic dans plus de 90 % des cas. Cette rentabilité diagnostique décroît à mesure que l'on s'éloigne du saignement. Lors d'une HD basse, un diagnostic étiologique précis n'est porté que dans environ deux tiers des cas.

Tableau 29.1

Étiologie des hémorragies digestives

Hémorragies digestives hautes	Hémorragies digestives basses
Ulcère gastrique ou duodénal	Diverticulose colique
Varice(s) œsophagienne(s) ou gastrique(s)	Angiodysplasie du grêle/du côlon
Gastrites ou duodénites	Tumeur/polype
Syndrome de Mallory-Weiss	Maladie de Crohn/rectocolite hémorragique
Œsophagites	Colite ischémique
Tumeurs malignes	Colite infectieuse
Angiodysplasie	Rectite radique
Fistule entéroaortique	Chute d'escarre postpolypectomie
Ulcération de Dieulafoy	Hémorroïdes, fissure anale
Hémobilie	Ulcération thermométrique
Wirsungorragie	Diverticule de Meckel

II Diagnostique

A Diagnostique positif

Les signes cliniques révélant une HD sont liés soit à la visualisation du saignement (extériorisation de sang provenant du tractus digestif), soit au retentissement de la spoliation sanguine (tachycardie, soif, pâleur, hypotension, choc, lipothymie).

L'**hématémèse** correspond au vomissement de sang rouge provenant du tractus digestif supérieur. Elle est retrouvée dans deux tiers des HD hautes. Elle ne doit pas être confondue avec une épistaxis déglutie, un saignement buccopharyngé (saignement dentaire, varice de la base de langue) ni avec une hémoptysie.

Le **méléna** (les selles ont l'aspect de goudron et une odeur fétide) traduit un saignement en amont du côlon droit. Il peut n'être que la seule manifestation d'une HD haute.

L'**émission par l'anus de sang rouge** peut correspondre à un saignement d'origine rectale (**rectorragie**) ou non rectale (**hématochézie**) mais aussi être observée lors d'**HD haute massive**.

Cependant, **les manifestations d'une HD peuvent n'être qu'hémodynamiques**. Ainsi, au cours d'un choc d'allure hypovolémique inexplicé, une HD doit systématiquement être recherchée par le toucher rectal (à la recherche de sang rouge ou digéré) et par la pose d'une sonde nasogastrique permettant de laver l'estomac. Si l'existence dans le liquide de lavage de sang rouge (saignement actif) évoque une HD haute, un liquide de lavage clair n'exclut pas l'HD. Il est illogique d'utiliser un liquide glacé pour laver l'estomac, car la formation du clou plaquettaire, optimale à 37 °C, est ralentie aux températures plus basses. Lorsque le lavage devient clair ou inefficace (présence de caillots), la sonde doit être immédiatement retirée car elle peut entraîner des lésions responsables de saignement. L'administration intraveineuse d'érythromycine (250 mg en 30 minutes après contrôle ECG de l'espace QT) améliore la vidange gastrique, facilite l'endoscopie et, en dehors de la certitude diagnostique, rend inutile la mise en place d'une sonde nasogastrique.

B Orientation étiologique

Certains indices simples recueillis lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique ont une haute valeur d'orientation. Des douleurs épigastriques rythmées par les repas, la prise dans le mois d'anti-inflammatoires non stéroïdiens évoquent une pathologie gastroduodénale érosive ou ulcéreuse. L'existence d'un ictère, de signes d'insuffisance hépatocellulaire (angiomes stellaires, encéphalopathie, etc.), d'une circulation veineuse collatérale, d'une ascite fait suspecter une HD liée à l'hypertension portale.

III Pronostic

Une HD est un symptôme majeur pouvant engager le pronostic vital (spoliation sanguine majeure, récurrence dans le cadre d'une hypertension portale, décompensation des comorbidités) et doit être traitée sans retard. À l'exception des rectorragies de faible abondance, toute HD doit conduire à une hospitalisation immédiate.

Le saignement cesse spontanément sans récurrence dans environ 80 % des cas. L'un des points fondamentaux de la prise en charge est de tenter d'identifier à l'aide de paramètres cliniques biologiques et endoscopiques les **patients à risque de récurrence** hémorragique. On estime actuellement que la mortalité globale directement imputable à la survenue d'une HD est de 10 %. L'absence d'anémie (< 13 g/dl chez l'homme, < 12 g/dl chez la femme), de méléna, de cardiopathie et de maladie du foie associée à une pression artérielle systolique > 100 mm Hg, une fréquence cardiaque < 100 battements/min permet d'identifier un groupe de patients ayant un risque de récurrence hémorragique faible (5 %).

Des éléments anamnestiques et cliniques simples permettent d'orienter le patient dans la structure la plus adaptée à la gravité et à l'histoire naturelle de la lésion. L'existence d'un **choc** (pouls accéléré, pression artérielle diminuée comparativement aux valeurs habituelles), témoignant d'une spoliation sanguine massive ou de l'insuffisance des

mécanismes de compensation, atteste de la gravité de l'HD et nécessite d'hospitaliser le patient en unité de réanimation ou de surveillance continue.

Il est toujours difficile en pratique d'estimer l'abondance du saignement (les patients rapportent parfois des hématomèmes de plusieurs litres), néanmoins on peut estimer que l'existence chez un patient couché de marbrures et/ou de sueurs, d'une pression artérielle systolique < 90 mm Hg, d'une tachycardie > 120 et de sueurs traduit une spoliation sanguine supérieure à 50 % . L'apparition de ces signes uniquement en orthostatisme traduit une diminution de la masse sanguine comprise entre 25 et 50 %.

Un terrain fragilisé (âge > 60 ans, comorbidité) ou l'existence de lésions susceptibles de resaigner (visualisation d'un saignement en jet, en nappe, d'un vaisseau visible) imposent d'hospitaliser le patient dans une unité de surveillance continue.

Associant des critères cliniques et endoscopiques, le **score de Rockall** (tableau 29.2), lorsqu'il est ≤ 2, est associé à un taux de récurrence d'HD haute < 5 % et à une mortalité de 1 %. À l'inverse un score > 8 est associé à un resaignement dans 40 % des cas et une mortalité de 25 %. Le **score de Blatchford** inclut des critères cliniques et biologiques recueillis à l'admission, mais pas les constatations endoscopiques. Il prédit les HD compliquées (nécessitant une transfusion, un geste endoscopique) qui vont récidiver ou aboutir au décès du patient.

Tableau 29.2
Score de Rockall

	0	1	2	3
Pouls (c/min) PAS (mm Hg)	< 100 > 100	> 100 > 100	< 100	
Âge (ans)	< 60	60–79	> 80	
Comorbidité	Aucune		Insuffisance cardiaque Cardiopathie ischémique	Insuffisance rénale Insuffisance hépatique Néoplasie
Diagnostic	Mallory-Weiss ou lésion ou saignement récent	Autre diagnostic	Cancer digestif	
Stigmate de saignement récent	0 ou taches noires		Sang ou caillot adhérent ou vaisseau visible ou saignement artériel	

La mortalité associée aux HD survenant chez le cirrhotique doit être soulignée. C'est la gravité de l'atteinte hépatique antérieure et l'association au développement d'une insuffisance rénale qui conditionnent le pronostic. Ainsi, la mortalité en cas d'atteinte hépatique modérée (stade A du score de Child-Pugh) est proche de zéro mais dépasse 30 % lorsque la maladie hépatique est sévère (stade C). L'étiologie de la cirrhose, le nombre de culots transfusés ou l'existence d'antécédents d'hémorragie digestive ne modifient pas le pronostic.

IV Prise en charge

A Traitement symptomatique

Comme au cours de toute pathologie responsable d'une spoliation sanguine, **la réanimation hémodynamique prend le pas sur les examens complémentaires.** Elle commence par la mise en place d'au moins une voie veineuse de bon calibre (dans l'éventualité d'une transfusion), la détermination du groupe sanguin et de la numération sanguine. La compensation hémodynamique est assurée dans un premier temps par des cristalloïdes sauf en cas d'HD manifestation importante (choc, tachycardie extrême, constatation d'une extériorisation massive de sang) où la transfusion rapide de culots globulaires est impérative. Les objectifs thérapeutiques sont une pression artérielle systolique > 90 mm Hg, une fréquence cardiaque < 100 battements/min et un taux d'hémoglobine > 8 g/dl. En cas d'HD massive, le taux d'hémoglobine peut être initialement normal. En cas d'HD cataclysmique non stabilisée par la réanimation, l'artériembolectomie ou la chirurgie doivent être discutées d'emblée.

B Particularités des hémorragies digestives liées à l'hypertension portale

Si l'hypertension portale est probable, un traitement vasoactif doit être administré dès la prise en charge (dérivés de la somatostatine +++, terlipressine). Si la responsabilité de l'hypertension portale est confirmée, le traitement doit être poursuivi durant 5 jours (période à haut risque de récurrence). Celui-ci diminue la pression portale, le saignement, les récurrences hémorragiques, les besoins transfusionnels, et facilite l'endoscopie.

Une réanimation hémodynamique trop énergique, en maintenant la pression portale à un niveau trop élevé, peut pérenniser ou faire reprendre le saignement. Il convient alors que la pression artérielle moyenne ne dépasse pas 65 mm Hg.

C Traitement endoscopique

La FOGD, pratiquée une fois le patient stabilisé, est l'examen *princeps*. Elle doit être précoce (au plus tard dans les 12 h après correction de l'état hémodynamique). La FOGD permet de porter un diagnostic lésionnel et de pratiquer un geste thérapeutique (en cas, de saignement actif, de vaisseau visible). En cas d'HD haute non liée à l'hypertension portale, le traitement endoscopique doit associer injection *in situ* d'adrénaline et pose de clips ou thermocoagulation. En cas d'HD liée à l'hypertension portale (rupture de varices œsophagiennes), la ligature élastique est supérieure à la sclérose en termes d'efficacité et génère moins de complications. La ligature peut être en revanche plus difficile en cas de saignement actif. Le traitement endoscopique de varices gastriques rompues repose sur l'obturation à la colle.

En l'absence de récurrence hémorragique, la réalisation d'une endoscopie de contrôle est inutile.

D Traitement médical

Chez les patients recevant un traitement anticoagulant, celui-ci doit être réversé sans que cela ne retarde le reste de la prise en charge.

1 Hémorragie digestive haute non liée à une hypertension portale

Le traitement repose sur les inhibiteurs de la pompe à protons. Ils doivent être administrés à forte dose (80 mg en bolus, puis 8 mg/h d'oméprazole pendant 3 jours) en complément du traitement endoscopique en cas de lésion à haut risque de récurrence (saignement en jet ou en nappe, vaisseau visible). La recherche et le traitement de l'infection par *Helicobacter pylori* doivent en revanche être systématiques. L'interruption ou la poursuite des traitements au long cours par faible dose d'aspirine et antiplaquettaires doivent être discutées au cas par cas. Les antagonistes des récepteurs H2 n'ont aucune place dans le traitement des HD.

2 Hémorragie digestive liée à une hypertension portale

Chez le patient cirrhotique, il ne faut administrer de plasma frais congelé ni pour corriger la coagulopathie ni avant la fibroscopie. Un traitement préventif des récurrences doit être rapidement institué (bêtabloqueurs cardiosélectifs ou ligature). Une antibiothérapie préventive d'au moins 72 heures, couvrant la période hémorragique et renouvelée au moment du geste endoscopique par l'administration systémique d'une céphalosporine de troisième génération, diminue les complications infectieuses et la mortalité.

E Autres traitements

1 Hémorragie digestive liée à une maladie ulcéreuse

L'absence de contrôle du saignement après traitement endoscopique, la récurrence après contrôle initial ou certaines particularités (ulcère large, de la face postérieure du bulbe, support transfusionnel > 8 culots globulaires) doivent faire envisager la chirurgie. En cas de patient à haut risque opératoire, une embolisation peut être proposée. En l'absence de lésion à haut risque de récurrence, l'alimentation peut être reprise dans les 24 heures.

2 Hémorragie digestive liée à une hypertension portale

La mise en place d'un TIPS (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*) doit être discutée dans les situations suivantes : non-contrôle du saignement après endoscopie, récurrence précoce, contrôle du saignement chez les patients les plus graves (stade C du score de Child-Pugh). Le TIPS est régulièrement efficace en termes de contrôle du saignement mais provoque une encéphalopathie hépatique dans 40 % des cas. Le tamponnement par sonde hémostatique (Blakemore ou Linton-Nachlas) peut être une technique de sauvetage (dans l'attente d'un TIPS, par exemple) mais ne doit pas être maintenu plus de 24 heures (risque de complications pulmonaires, de rupture œsophagienne).

3 Hémorragie digestive basse

En cas de rectorragie massive, une FOGD doit être toujours pratiquée. Si cet examen est négatif, une coloscopie peut être tentée mais sera rendue difficile par l'absence de préparation et l'abondance du saignement. En cas de saignement abondant, un scanner abdominal avec injection de produit de contraste doit être réalisé. En cas de rectorragie facilement contrôlée, une coloscopie peut être proposée au terme d'une préparation correcte de plusieurs jours. D'autres examens peuvent être nécessaires : vidéocapsule, entéroscopie, etc.

Points clés

- L'hémorragie digestive est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- La prise en charge initiale doit rétablir l'équilibre hémodynamique et corriger la spoliation sanguine.
- L'endoscopie digestive est la clé de voûte du diagnostic et parfois du traitement. Elle ne doit être réalisée qu'une fois l'état hémodynamique stabilisé et la spoliation sanguine corrigée.
- Les HD hautes (en amont de l'angle de Treitz) représentent 80 % des HD. Les étiologies les plus fréquentes sont : la maladie ulcéreuse gastroduodénale, les gastroduodénites aiguës et les varices œsogastriques par hypertension portale.
- Si le saignement est lié à une hypertension portale, un traitement vasoactif doit être proposé.
- Dans le cadre de la pathologie ulcéreuse hémorragique, les inhibiteurs de la pompe à protons à fortes doses peuvent être utiles en complément du traitement endoscopique en cas de lésion à haut risque de récurrence. La recherche et le traitement d'une infection à *Helicobacter pylori* doivent être systématiques.
- En cas de lésions ulcéreuses, l'absence de contrôle du saignement après traitement endoscopique doit faire envisager l'artério-embolisation ou la chirurgie.

Pour en savoir plus

Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010 ; 152 : 101-13.

Osman D, Djibré M, Da Silva D, et al. Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant. *Ann Intensive Care* 2012 ; 2(1) : 46. Recommandations formalisées d'experts sous l'égide de la Société de réanimation de langue française (SRLF), avec la participation du Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP), de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), de la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE), de la Société française d'endoscopie digestive (SFED).