Sémiologie digestive Année 2015

3émes années de médecine

Dr KAHOUL FATIMA-ZOHRA-Clinique de Médecine interne

# HEMORRAGIES DIGESTIVES

## I/ Définition :

**Une hémorragie digestive est le rejet soit par la bouche soit par l'anus de sang provenant d'un point quelconque du tube digestif. Les hémorragies digestives regroupent hématémèse, melaena, réctorragie**

**Les hémorragies digestives hautes (œsogastroduodénales) sont les plus fréquentes**
**Il s'agit d'une urgence médicale voir médico-chirurgicale ; grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital**

**A/L'hématémèse : est un rejet par la bouche, au cours d'efforts de vomissement, de sang rouge ou noir, pur ou mêlé à des aliments.**

**B/Le melaena : correspond à l'émission par l'anus de sang noir digéré. Il s'agit typiquement d'un liquide noirâtre, nauséabond, visqueux, collant au papier. Dans sa forme mineure, il peut s'agir d'une simple coloration noire d'une selle par ailleurs normale.**

**C /Les rectorragies : sont des hémorragies de sang rouge extériorisées par voie basse, des présentations cliniques peuvent se rencontrer :**
**-Les rectorragies terminales (en fin de selles) voire d'essuyage, évocatrices d'une pathologie anale, notamment d'origine hémorroïdaire.**
**-Les hémorragies abondantes de sang rouge pur.**
**-Les diarrhées sanglantes ou glaire-sanglantes.**

## II/Modes de révélation : On distingue :

### A/CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

**1/Des hémorragies digestives extériorisées (hématémèse, melaena, rectorragies)**

**Sont associés en fonction de l'abondance de l'hémorragie**

- **Syndrome clinique : anémie aiguë, pâleur, soif, lipothymie.**
- **Signes hémodynamiques :**
  - **accélération du pouls**
  - **puis chute de la tension artérielle**

**2/Des hémorragies non extériorisées : saignements occultes.**

**Les hémorragies non extériorisées peuvent se révéler**

- **Etat de choc en rapport avec l'abondance de l'hémorragie, avant même toute extériorisation de sang (situation rare).**
- **Anémie de type microcytaire hypochrome, hyposidérémique**

**3/appréciation objective de la quantité de sang perdu**

- **la quantité extériorisée n'est pas un bon critère (subjectivité)**
- **le retentissement clinique est un bon critère +++**
- **la biologie : taux de l'hémoglobine ou hématocrite : critère objectif.**

## V/. Signification clinique des différents modes :

**Ne pas confondre**

**Une hémorragie par voie haute et par voie basse**

**Une hémorragie d'origine haute (au dessus de l'angle duodénojejunale ou angle de TREITZ) et une hémorragie d'origine basse au dessous de l'angle de TREITZ**

**Signification topographique**

**L'hématémèse, et le melaena sont des hémorragies d'origine haute, située en amont de l'angle de TREITZ.**
**L'hématémèse est presque toujours associée au melaena et n'est isolée qu'en cas d'hémorragie peu abondante**

**Le melaena isolé peut trouver son origine en général en amont de l'angle colique droit.**
**Les rectorragies trouvent leur origine préférentiellement au niveau anal, rectal, ou colique, mais une hémorragie de grande abondance peut avoir une origine haute (ulcère gastroduodénal par exemple).**

## III/Conduite à tenir

**A/Hospitalisation : Milieu hospitalier spécialisé**

**Le risque de récidive hémorragique est imprévisible pour une hémorragie même faible avant une endoscopie.**

**B/ Examen du malade : A la recherche de signes de choc**

- **Tension artérielle basse, tachycardie, pouls, filant, marbrures**
- **Froideur des extrémités, soif, diminution de la diurèse**
- **Agitation voir confusion**
- **Si sujet âgé : accident vasculaire cérébral, insuffisance coronarienne**

***C/ Le traitement du choc hypovolémique s'il existe est la priorité***

**Traitement symptomatique :**

- **Position allongée, tête basse**
- **O2 : 3 à 6l/min**
- **Mise en place d'un cathéter veineux à fort calibre**
- **Passage de substitut du plasma au début**

- **Transfusion sanguine si choc ou tachycardie > 100/min ; Hb < 70 g/l ou < 100 g/l si maladies graves associées.**
- **Ramener le taux de Hb à 100 g/l (1 culot-globulaire = 10 g/l Hb)**
- **Si hémorragie d'origine haute ; mise en place d'une sonde gastrique (lavage gastrique)**

**D/Bilan : Groupage rhésus, FNS, bilan rénal, taux de prothrombine**

## IV/ les éléments de la surveillance :

**A/Surveillance clinique : A la phase initiale de l'hémorragie, l'importance du saignement est jugée sur les signes cliniques :(fréquence cardiaque, tension artérielle, pâleur, chaleur des téguments), état de conscience, diurèse**

**B/Surveillance biologique : Le taux d'hématocrite, hémoglobine sanguine, bilan rénal**

***IV/DIAGNOSTIC :***

***A/ INTERROGATOIR***

**1/ Âge, profession**

**2/Antécédents personnels :**

- **Maladie ulcéreuse, prise de médicaments gastrotoxiques (aspirine, autres anti-inflammatoires...), prise d'anticoagulants, antibiotiques ...**
- **maladie ulcéreuse, consommation d'alcool, de tabac, cirrhose prothèse vasculaire**

**3/Antécédents familiaux: maladies vasculaires, hématologiques**

**B/EXAMEN CLINIQUE :**

**-Recherche de signes d'hypertension portale et d'insuffisance hépatocellulaire**

**-Toucher rectal : confirmer les melaenas ou la réctorragie, rechercher une tumeur rectale**

**-Examen proctologique ; de la marge anale**

**-Examen des aires ganglionnaires (ganglion de troisier)**

**Pour une hématémèse ou un méléna**

- **existence de douleurs de type ulcéreux**

- efforts de vomissements (syndrome de Mallory-Weiss)

**Pour une réctorragie**

- Température rectale (ulcération thermométrique)
- Trouble récent du transit
- Pus, glaires dans les selles (colite inflammatoire)
- Médicaments (AINS, aspirine)
- syndrome dysentérique

## III/Diagnostics différentiels des hémorragies extériorisées

**1 /L'hématémèse peut être confondue avec :**

**- Des vomissements alimentaires colorés par la nourriture ou la boisson.**

**- L'hémoptysie, saignement d'origine broncho-pulmonaire, rouge vif, spumeux, émis avec**
**Toux et crachats, est difficile à confondre avec l'hématémèse.**

**-Gingivorragies ou épistaxis deglutis;saignement de la bouche souvent évident ou examen ORL**

**2/Le melaena :**

**-Dans sa forme mineure (selles noires) peut être confondue avec une coloration induite par Les médicaments (charbon, fer) ou des aliments (boudin noir, betteraves).**

**3/Les rectorragies ne donnent pas lieu habituellement à confusion ou interprétation.**

## VI/. Exploration des hémorragies digestives :

**A / ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE : examen clef devant l'hématémèse ou le melaena**

**B/ EXPLORATIONS BASSES : côlon et l'intestin grêle :**

**-Anuscopie**
**-Rectosigmoidoscopie**
**-coloscopie**

**C/AUTRES :**

**-vidéo-capsule.**
**-Artériographie (malformations vasculaires ; angiodysplasies)**
**-Scanner abdominopelvien**

**Au cours de l'examen endoscopique un geste d'hémostase peut être réalisé par sclérose, injection d'adrénaline, pose de clip, coagulation au plasma argon**

## VII/. Les étiologies :

**A/HÉMORRAGIES D'ORIGINE HAUTE (hématémèse ou melaena)**

- **Ulcères gastroduodénaux (maladie ulcéreuse liée à *Helicobacter pylori*)**
- **Lésions aiguës de la muqueuse gastroduodénale**
- **Ulcérations médicamenteuses : aspirine, AINS**
- **Ulcérations de stress**
- **Hypertension portale : rupture de varices oesophagiennes ou gastriques ou gastropathie**
- **Syndrome de Mallory-Weiss**
- **Œsophagites**
- **Tumeurs bénignes ou malignes oeso-gastriques**

**B/RECTORRAGIES**

- **Hémorroïdes**
- **Ulcérations thermométriques**
- **Cancer du rectum**
- **Rectites inflammatoires (MICI) ou infectieuses(amibiase)**
- **Angiodysplasies**
- **Tumeurs bénignes et malignes**