



## Urgence : Hémorragies digestives

[Quels sont les modes de révélation d'une hémorragie digestive ?](#)

[Quelles sont les principales causes des hémorragies digestives ?](#)

[Quelle est la conduite à tenir en urgence en cas d'hémorragie digestive ?](#)

[Quels sont les examens habituellement faits en cas d'hémorragie digestive ?](#)

[Quels sont les principes du traitement étiologique d'une hémorragie digestive ?](#)

**Mise en garde : Certaines urgences digestives sont susceptibles de mettre rapidement en jeu la vie du patient.** Les informations proposées ici le sont à titre indicatif et ne doivent en aucun cas servir à l'auto-diagnostic ou à l'auto-médication. L'avis d'un médecin est le seul moyen d'assurer une prise en charge médicale correcte

### 8.1.1. Quels sont les modes de révélation d'une hémorragie digestive ?

Une hématomérose est une hémorragie extériorisée par vomissement. Elle caractérise une hémorragie d'origine haute. Elle est presque toujours suivie de méléna. Une hémorragie haute peut ne s'extérioriser que par un méléna.

Un méléna est l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide, l'origine de l'hémorragie est située en amont du côlon droit. En cas d'hémorragie haute très abondante, le sang émis par l'anus peut être rouge et noir.

Une rectorragie est l'émission par l'anus de sang rouge non digéré (*stricto sensu*, la rectorragie ne devrait concerner que le rectum, il s'agit donc d'une extension de langage). Elle caractérise une hémorragie basse.

Une hémorragie digestive haute est une hémorragie qui survient en amont de l'angle duodéno-jéjunal (œsophage, estomac, duodénum) ; une hémorragie digestive basse survient, elle, en aval de l'angle duodéno-jéjunal (intestin grêle, côlon, rectum, anus).

Les anémies ferriprives ne sont pas envisagées dans ce chapitre. Elles résultent très souvent d'une hémorragie digestive de faible abondance et au long cours, gastro-duodénale ou colique, dont la seule urgence est celle du diagnostic étiologique.

### 8.1.2. Quelles sont les principales causes des hémorragies digestives ?

Les causes les plus fréquentes des hémorragies digestives hautes sont les ulcères gastro-duodénaux, les varices œsophagiennes dues à l'hypertension portale d'origine cirrhotique et les érosions gastriques aiguës, en général médicamenteuses.

Les causes les plus fréquentes des hémorragies digestives basses sont les hémorroïdes et les cancers rectocoliques. Les hémorroïdes sont un diagnostic d'élimination.

Dans le détail, les causes des hémorragies digestives peuvent être énumérées de haut en bas du tube digestif. En fonction de l'organe et selon une incidence décroissante, les causes sont les suivantes :

- œsophage : rupture de varices œsophagiennes, syndrome de Mallory-Weiss, œsophagites et, très rarement, cancer ;
- estomac : ulcères, érosions ou ulcérations gastriques médicamenteuses (aspirine, AINS), cancers, érosions gastriques aiguës sans cause apparente, varices gastriques et gastropathie de l'hypertension portale et ulcères du collet des hernies hiatales ;
- duodénum : ulcère, hémobilie et wirsungorragie (très rares) ;
- grêle : diverticule de Meckel, diverticules du grêle (très rare), tumeurs (très rares) et maladie de Rendu-Osler (très rare sauf dans un contexte évocateur) ;
- côlon, rectum et anus : hémorroïdes, cancers rectocoliques, gros adénomes, ulcérations rectales thermométriques, rectocolite hémorragique, diverticules du côlon sigmoïde, colites ischémiques et angiodysplasies.

### 8.1.3. Quelle est la conduite à tenir en urgence en cas d'hémorragie digestive ?

En dehors du cas des rectorragies de petite abondance, tout sujet ayant une hémorragie digestive, si minime soit elle, doit être hospitalisé.

La mesure du pouls et celle de la tension artérielle doivent être faites immédiatement et surveillées. La mise en place d'une bonne voie d'abord doit également être faite en urgence, dès l'arrivée du malade.

Une sonde naso-gastrique peut être mise en place. Le contenu gastrique qu'elle permet d'aspirer peut avoir trois aspects. Ce peut être du sang pur, du liquide contenant des débris marrons de « vieux » sang (marc de café), ou du liquide gastrique clair. Sa valeur sémiologique est la suivante : Si c'est du sang pur, il s'agit bien d'une hémorragie digestive haute, et elle est encore active. S'il s'agit de « vieux » sang, il y a bien eu une hémorragie digestive haute, mais celle-ci est arrêtée au moment de l'examen, le malade ne saigne plus. La sonde gastrique peut alors être utilisée pour évacuer l'estomac et préparer l'endoscopie haute. Cette sonde n'est pas destinée à rester en place. Si le liquide est du liquide gastrique clair soit il ne s'agissait pas d'une hémorragie digestive haute, soit l'hémorragie s'est arrêtée et le sang est passé dans l'intestin. Le méléna qui suivra authentifiera l'hémorragie digestive.

On doit demander une NFS, la détermination du groupe sanguin en même temps que l'on recherche la cause en tenant compte du contexte : antécédents pathologiques digestifs, prises d'AINS ou d'anticoagulants.

La compensation de l'hémorragie n'est indiquée qu'en cas de retentissement hémodynamique. Elle se fait avec des culots globulaires si besoin précédés par des macromolécules. La quantité et la durée de cette compensation sont fonction des signes cliniques de surveillance : il faut obtenir une fréquence cardiaque inférieure à 100 battements par minute, une pression artérielle supérieure à 100 mmHg, une diurèse supérieure à 30 ml/h et une hémoglobine supérieure à 8 g/dl. La compensation est fonction de la persistance ou de l'arrêt des signes d'hémorragie et de l'âge du malade. Plus le malade est âgé, plus précoce et lente (prudente) doit être la compensation.

La décision d'une intervention chirurgicale est très importante. Cette décision doit éviter deux risques : opérer un malade dont l'hémorragie aurait pu céder spontanément ou après traitement médical ; mais surtout ne pas opérer (ou opérer trop tard) un patient qui risque de mourir de son hémorragie. De manière générale, la décision est fonction du débit de sang transfusé (la limite supérieure tolérable peut être chiffrée entre six et huit culots globulaire en 24 heures) et des facteurs de risque. L'âge est un facteur de risque clairement identifié. Toutes choses étant égales par ailleurs, chez un malade âgé (plus de 60 ans), la décision opératoire doit intervenir plus rapidement car il supportera moins bien une hémorragie prolongée qu'un malade plus jeune.

#### **8.1.4. Quels sont les examens habituellement faits en cas d'hémorragie digestive ?**

Si l'on évoque le diagnostic de cirrhose, la rupture de varices œsophagiennes est la plus probable. On recherche une ascite, un ictère ou un astérisis. En cas d'antécédents de douleurs épigastriques il faut penser à une hémorragie due à un ulcère. La prise d'AINS doit être systématiquement recherchée. Des vomissements précédant l'hématémèse évoquent un syndrome de Mallory-Weiss. La maladie de Rendu-Osler est très rare et s'accompagne d'angiomes buccaux.

Des explorations en urgence sont nécessaires pour préciser la lésion responsable de l'hémorragie digestive. En cas d'hématémèse ou de méléna, c'est l'endoscopie digestive haute, œso-gastro-duodénale, à condition qu'elle soit faite rapidement chez un malade dont l'équilibre hémodynamique est assuré. En cas de rectorragie abondante, il faut faire une endoscopie haute en urgence et, si elle est normale, discuter l'indication d'une artériographie digestive. En cas de rectorragie peu abondante, une coloscopie peut être faite dans les jours qui suivent après une préparation correcte.

Certaines hémorragies digestives restent sans explications, même après endoscopie et chirurgie.

#### **8.1.5. Quels sont les principes du traitement étiologique d'une hémorragie digestive ?**

Il existe des mesures spécifiques.

- 1) Erosions gastriques aiguës : c'est une indication d'administrer un inhibiteur de la pompe à protons par voie orale ou intraveineuse selon le contexte. Il faut surtout s'efforcer de trouver et traiter la cause.
- 2) Ulcère gastro-duodéal : il peut être nécessaire d'utiliser une injection hémostatique par voie endoscopique. La chirurgie est indiquée en cas d'hémorragie digestive aiguë, persistante ou récidivante, particulièrement en cas d'ulcère duodéal, dont celui de la face postérieure qui peut s'ouvrir dans l'artère gastro-duodénale. L'intervention aura pour objectif une suture de l'ulcère associée à une vagotomie ou à une gastrectomie.
- 3) Hypertension portale : le traitement des varices œsophagiennes est endoscopique (sclérothérapie ou ligature). On utilise aussi les agents vasoactifs par voie veineuse et le tamponnement par sonde hémostatique laissée en place au maximum 24 heures. La mise en place d'un *shunt* porto-systémique par voie transjugulaire ou une intervention peuvent être indiquées, en cas d'échec du traitement précédent ou en cas de récurrence précoce.