

# Conduite à tenir devant une hémorragie digestive basse

# Généralités

- 10 à 20% hémorragies digestives
- Origine en aval angle de Treitz
- Melena ou rectorragies
- Bilan étiologique difficile
- 10% étiologie indéterminée
- 80% arrêt spontané
- 5 à 10% mortalité
- Facteurs favorisants

# Prise en charge initiale

- Évaluation gravité hémorragie
- Interrogatoire
- Mesures initiales

# Prise en charge initiale

- Évaluation gravité hémorragie
  - Signes cliniques hypovolémie
    - Tachycardie
    - Chute chiffres TA usuels
    - Hypotension orthostatique
    - Pâleur, livedo, refroidissement extrémités
    - Oligo-anurie
  - Facteurs cliniques mauvais pronostic
    - TA systolique  $< 100\text{mmHg}$  ou chute  $> 40\text{mmHg}$
    - FC  $> 100\text{BPM}$
    - Age  $> 65$  ans
    - Volume transfusé  $> 5$  culots
    - Pathologies associées

# Prise en charge initiale

- Évaluation gravité hémorragie
  - Signes biologiques tardifs
    - Hématocrite  $< 30\%$
  - Rythme transfusionnel
    - Volume sang transfusé 24 premières heures
      - »  $< 500$  mL
      - » 500 à 1500 mL
      - »  $> 1500$  mL

# Prise en charge initiale

- Interrogatoire
  - description hémorragie
    - melena ou rectorragies
      - » rectorragies coliques
      - » rectorragies anorectales
      - » rectorragies perianales
  - évaluation hémorragie
    - quantité sang extériorisé
      - » toujours surestimée
    - rectorragie origine haute
    - ne doit pas retarder mesures réanimation

# Prise en charge initiale

- Facteurs favorisants
  - Prise AINS / aspirine / antiagrégant / anticoagulant
  - Prise température rectale
- Antécédents / anamnèse
  - Familiaux
  - Fièvre, syndrome inflammatoire
  - Trouble du transit, altération état général

# Prise en charge initiale

- Mesures initiales
  - Selon gravité hémorragie et critères gravité
    - Monitoring cardio respiratoire
    - 2 voies veineuses gros calibre
    - Bilan pré-transfusionnel complet
    - Bilan pré-opératoire
    - Selon clinique
      - Perfusion macromolécules
      - Perfusion solutés isotoniques
      - Transfusion sang isorhésus
      - ...
  - Prise en charge unité soins intensifs digestifs

# Bilan étiologique

- **Hémorragie grave**
  - Rectorragies massives
  - Origine haute
  - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale d'emblée après correction paramètres hémodynamiques
  - Anuscopie / rectoscopie
  - Coloscopie
  - Artériographie
  - Laparotomie exploratrice

# Bilan étiologique

- **Hémorragie modérée**
  - Explorations orientées selon caractéristiques hémorragie
  - Préparation colique correcte
  - Rectosigmoidoscopie / coloscopie
  - Artériographie
  - Scintigraphie hématies marquées

# Bilan étiologique

- **Coloscopie**

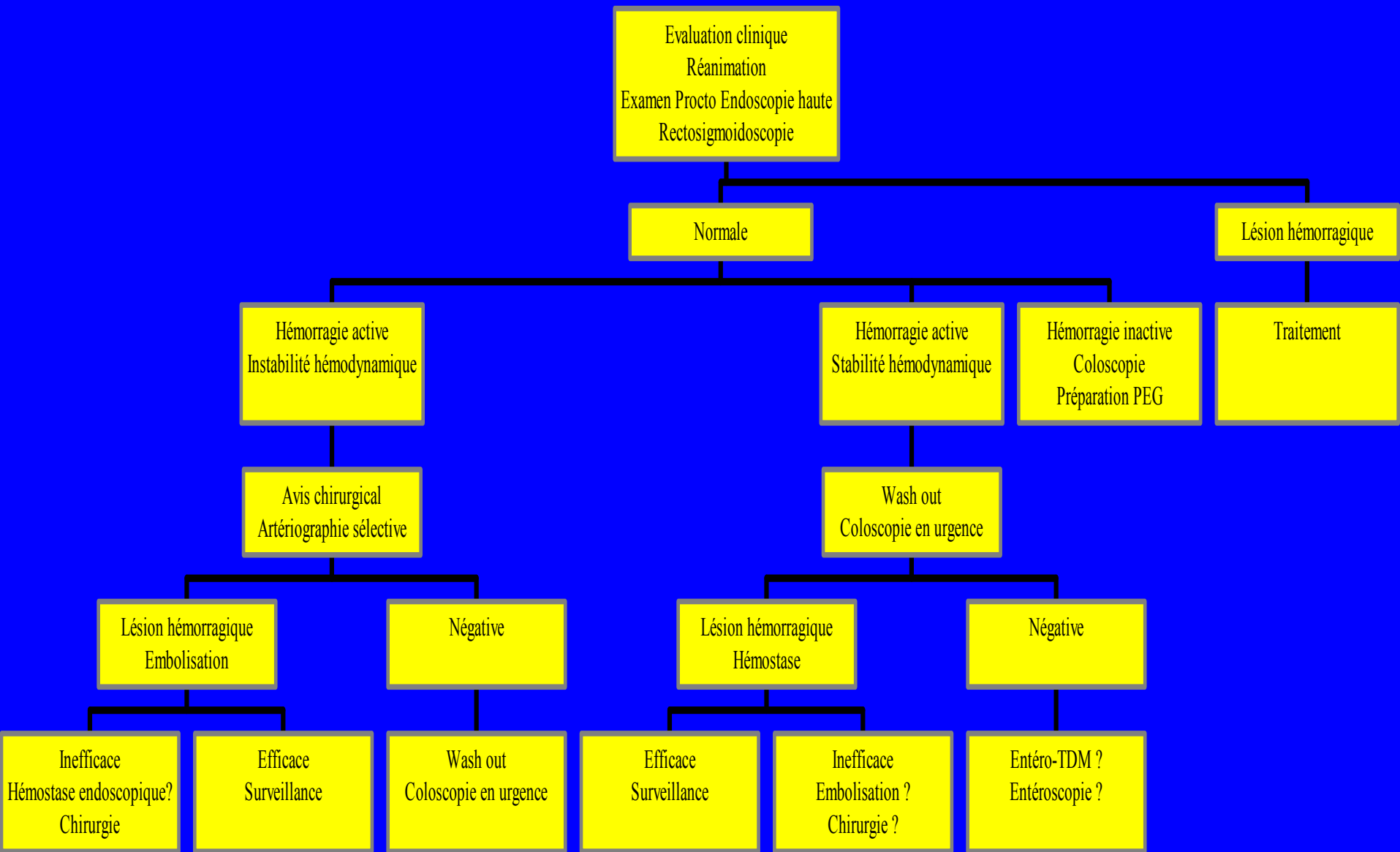
- Diagnostique 48 à 90 % cas
- Thérapeutique 70 % cas
- Complications 1 %

- **Artériographie**

- sélective
- Débit hémorragique suffisant  $> 0,5\text{mL}\cdot\text{min}^{-1}$
- Diagnostique 30 à 80%

# Bilan étiologique

- **Enteroscopie haute et basse**
  - Réalisation délicate
  - Per opératoire
- **Scintigraphie technétium**
  - En cas négativité autres examens
  - Diverticule de Meckel
- **Exploration chirurgicale**
  - Instabilité hémodynamique majeure
  - Mortalité très élevée si absence diagnostic topographique



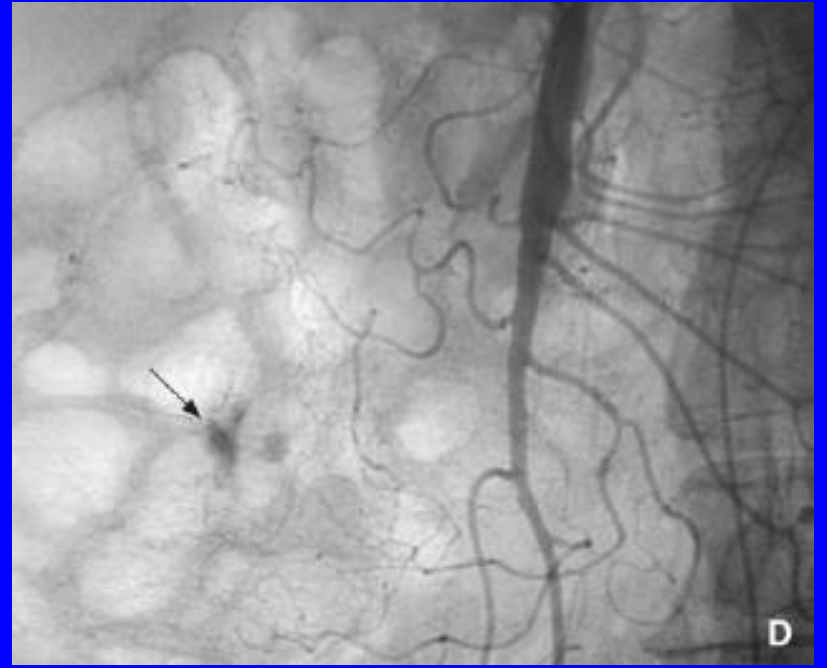
# Bilan étiologique

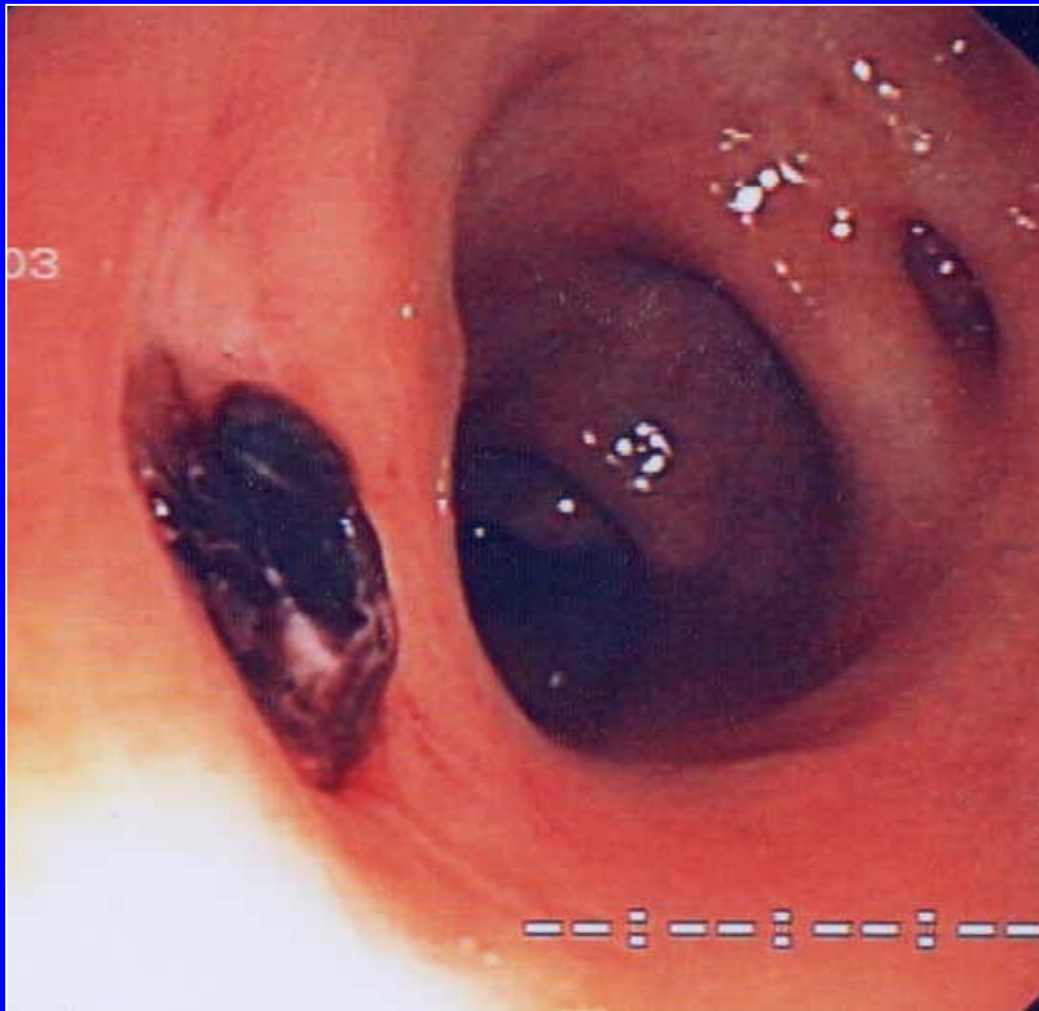
- **Causes recto coliques**
  - 95 % étiologies
    - Diverticulose colique 25%
    - Tumeurs malignes 20%
    - Angiodysplasies coliques 17%
    - Hémorroïdes 12%
    - Polypes 9%
    - Autres causes

# Bilan étiologique

- **Diverticulose colique**

- Révélatrice 20 %
- Lésions coliques droites
- Complications hémorragiques 10 à 30 %
- Angiodysplasies associées 50 %
- Arrêt spontané 75 %
- Risque récurrence 13 %
- Artériographie sélective et bimésentérique
- Coloscopie
  - Récurrence précoce si saignement actif, vaisseau visible, caillot adhérent
  - Traitement endoscopique par électrocoagulation ou injections sclérosantes
- Chirurgie





Caillot adhérent fond  
diverticule

# Bilan étiologique

- **Angiodysplasies**

- Fréquence +++
- Hémorragie massive 15 %
- Multiples
- Colon droit
- Physiopathologie...
- Associations pathologiques (rétrécissement aortique, ins. rénale et respiratoire, cirrhose, maladie Willebrandt)
- Arrêt spontané 80 %
- Récidive 25 à 50 %
- Diagnostic endoscopique difficile
- Artériographie +++ ( caractéristique, 3 temps)



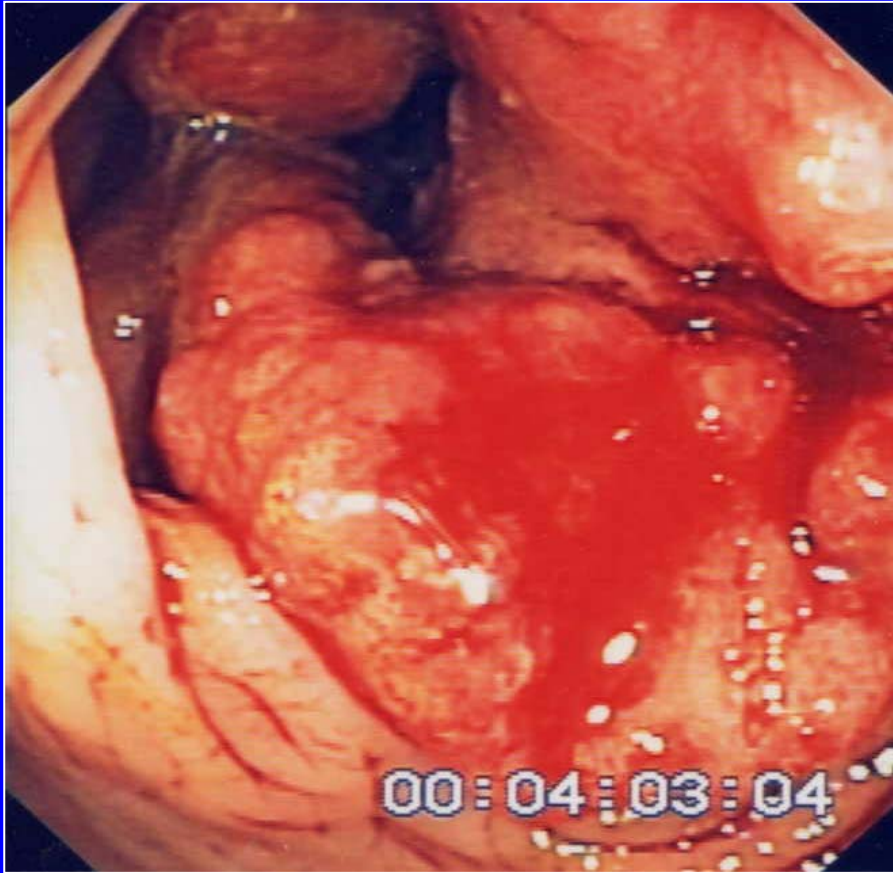
Angiodysplasie caecale

# Bilan étiologique

- **Angiodysplasies**
  - **Traitement endoscopique**
    - » Coagulation, sclérothérapie, laser
  - **Traitement chirurgical**
    - » Pronostic hémorragie
    - » Récidive
  - **Traitement estroprogestatif**
    - » Temps saignement
    - » Endothélium vasculaire

# Bilan étiologique

- **Tumeurs recto coliques**
  - Hémorragies sévères 5%
  - Colon gauche
  - Rectum
  - Coloscopie diagnostique +/- thérapeutique
  - Chirurgie



Tumeur colique

# Bilan étiologique

- **Hémorroïdes**
  - Interrogatoire +++
  - Diagnostic d'élimination
  - Traitement médical
  - Traitement chirurgical

# Bilan étiologique

- **Ulcérations rectales**
  - Anamnèse
  - Thermomètre
  - Rectosigmoidoscopie

# Bilan étiologique

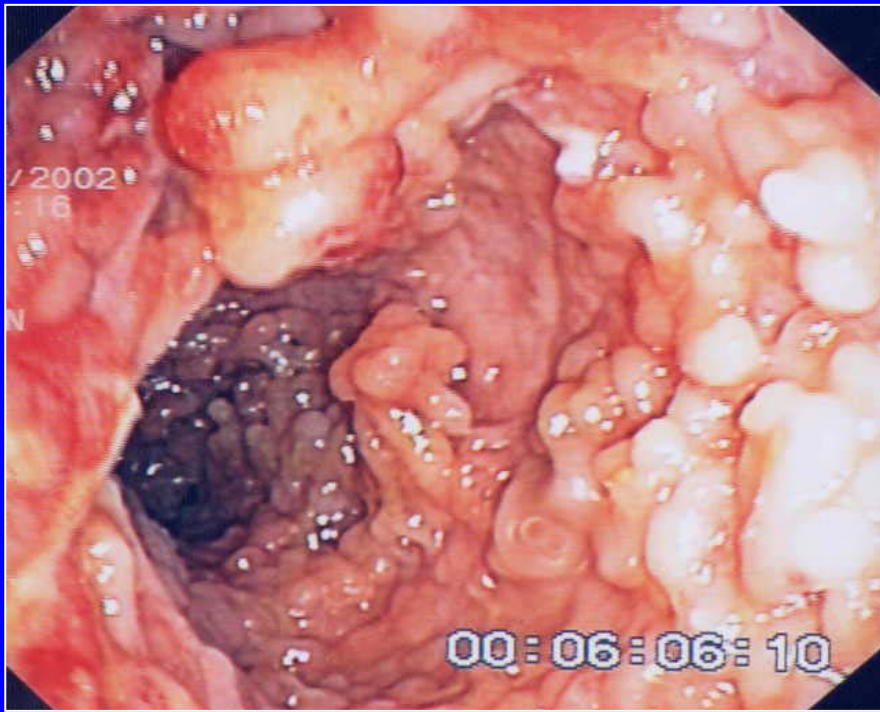
- **Colites**

- **Inflammatoires**

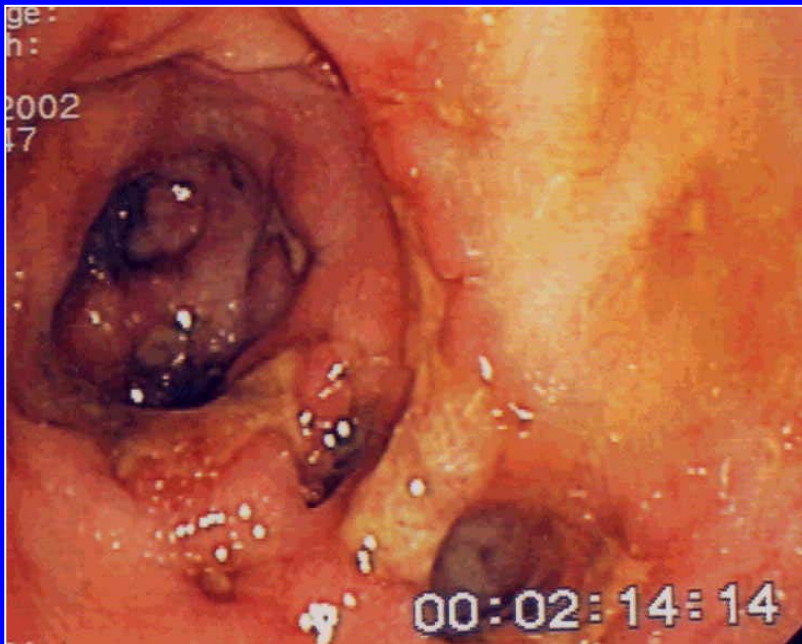
- Hémorragies graves rares
    - **RCH** <5 %... chirurgie
    - **Crohn**
      - » Imprévisibles
      - » Révélatrice 25 à 50 %
      - » 1 à 2,5 % graves
      - » Sièges iléal
      - » Chirurgie +++

- **Ischémiques**

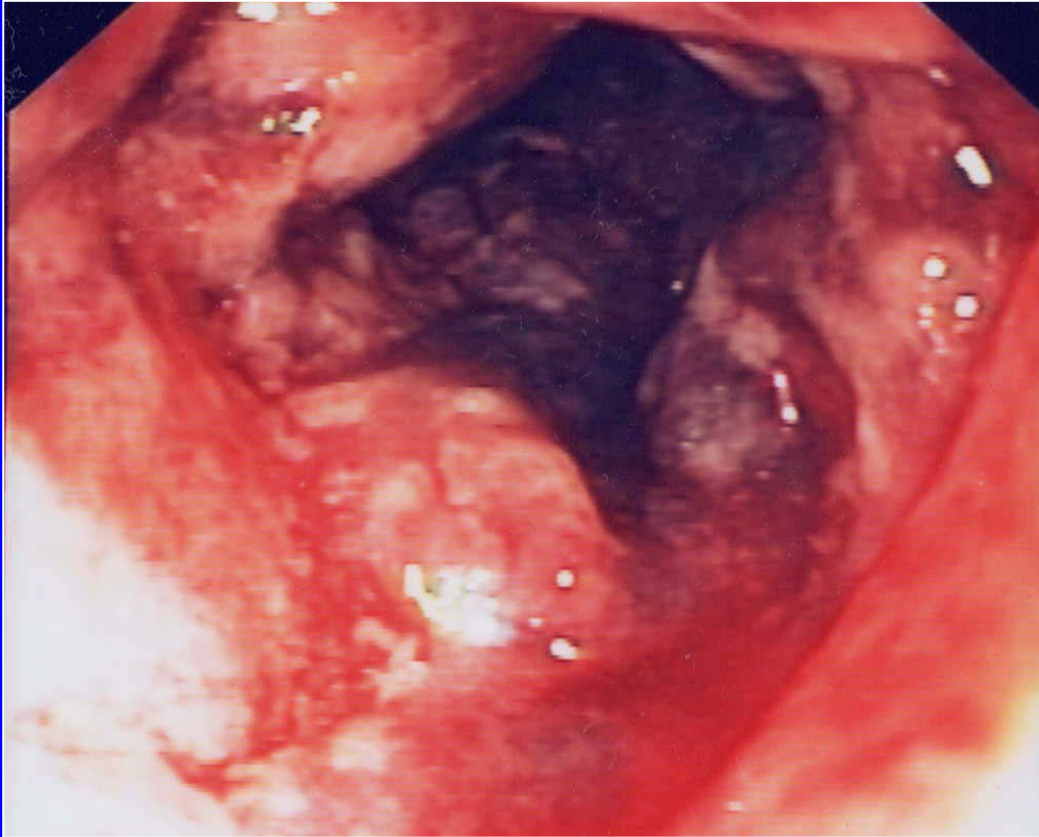
- » 1%
    - » Antécédents, terrain, anamnèse



Recto colite hémorragique



Maladie de Crohn



Colite ischémique

# Bilan étiologique

- **Rectites radiques**
  - Antécédents / terrain
  - Cancer col utérin / prostate
  - Signes fonctionnels
  - Télangectasies +++ / ulcérations -
  - Traitement endoscopique +++
    - Photo coagulation laser YAG/argon

# Bilan étiologique

- **Causes grêliques**
  - 5 % hémorragies digestives basses
  - Présentation clinique
  - **Angiodysplasies 75 %**
  - **Tumeurs 5 à 10 %**
  - autres

# Bilan étiologique

- **Tumeurs grêle**
  - 6 % tumeurs tractus digestif
  - Révélation précoce
  - **Bénignes**
    - 50 % cas
    - **Adénomes polypoïdes**
    - **Léiomyomes**
  - **Malignes**
    - Adénocarcinomes
    - Lymphome
    - Secondaires
      - » Mélanome, cancers pulmonaires, génito urinaires
    - Kaposi

# Bilan étiologique

- **Diverticule Meckel**
  - 1 à 3 % individus
  - Asymptomatique
  - Iléon terminal, bord libre
  - Révélation hémorragique
  - Ulcération muqueuse hétérotopique gastrique
  - Transit grêle
  - Entero scanner
  - Scintigraphie hématies marquées
    - Enfant > adulte
    - Hétérotopie > 2cm<sup>2</sup>
  - Traitement chirurgical

# Bilan étiologique

- **Diverticules jéjunaux**
  - Rares (1 à 5 %)
  - Hémorragies massives
  - Mortalité élevée 20%
  - Traitement chirurgical

# Bilan étiologique

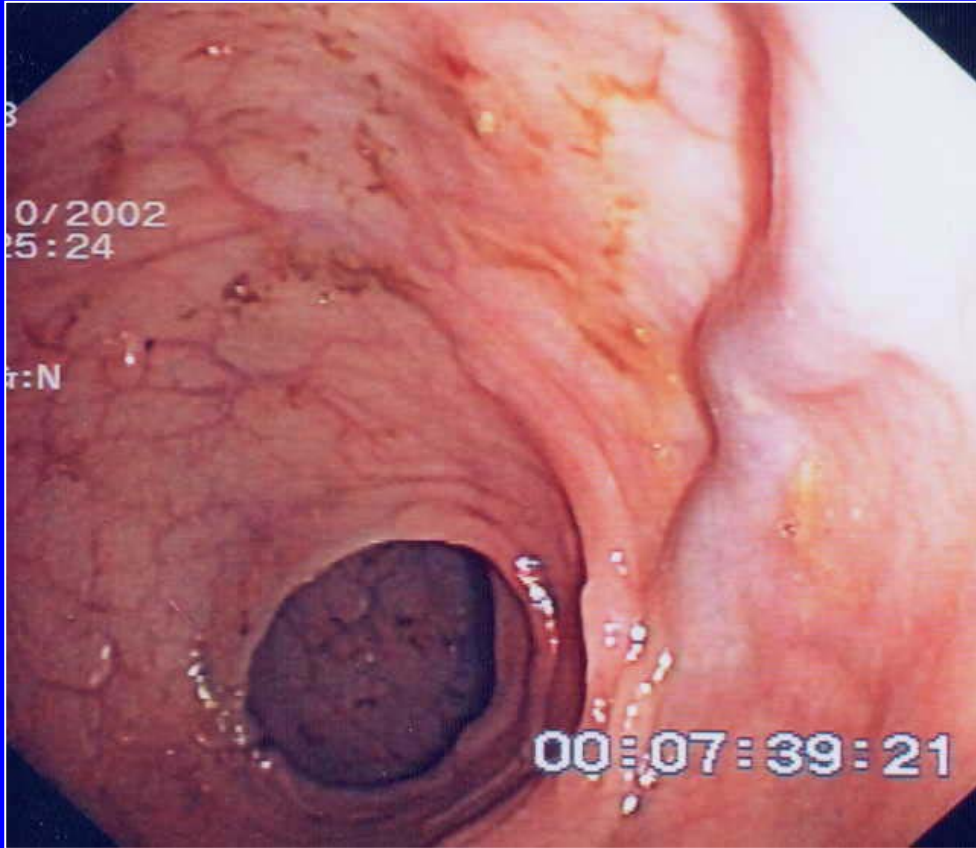
- **Autres causes grêliques**
  - Fistules aorto enteriques
  - Ulcères du grêle
  - Endométriose
  - Malformation vasculaire de Dieulafoy

# Bilan étiologique

- **Hémorragies bilio pancréatiques**
  - Pancréatites chroniques
  - Pancréatites aiguës
  - Anévrysmes artériels
  - Angiographie diagnostique et thérapeutique
  - Chirurgie

# Bilan étiologique

- **Causes rares**
  - Vascularites
    - Périartérite noueuse, maladie de Wegener, purpura rhumatoïde...
  - Varices rectales et coliques
  - Lésions traumatiques ou iatrogènes



Varices coliques

# Bilan étiologique

- Hémorragies occultes
  - étiologie non identifiée
  - 3 à 5 %
  - Enteroscopie chirurgicale 90 à 100% diagnostique
  - Exploration adaptée à age
  - Maladie cœliaque

**Table 1.** Causes of Lower Gastrointestinal Bleeding and Associated Features

Disorder	Prevalence	Typical age of onset	Typical symptoms	Volume of bleeding	Other features
Diverticula	Common	Elderly	Painless	Large	
Vascular ectasia	Common	Elderly	Painless	Variable	Renal failure
Hemorrhoids	Common	Any	Local	Small	
Upper GI source	Common	Any	Upper GI	Large	
Neoplasia	Less common	Elderly	Painless	Small	
IBD	Less common	Young	Tenesmus/Abd. pain	Variable	
Ischemic colitis	Less common	Elderly	Abd. pain	Small	Vascular disease
Radiation proctitis	Less common	Any	Tenesmus	Small	Radiation
Small bowel source	Less common	Any	Small intestinal	Variable	
Rectal varices	Rare	Any	Liver related	Large	Portal hypertension
Colonic ulcers	Rare	Any	None or abd. pain	Variable	NSAIDs
Dieulafoy's lesion	Rare	Any	Abd. Pain	Large	

# Conclusion

- Hémorragies souvent spectaculaires
- Rarement graves
- Évolution favorable > 50 % cas
- Consensus examens complémentaires...
- Prise en charge adaptée au degré d'urgence