



Conduite à tenir devant une hémorragie digestive basse

Réunion DESC-SCVO Tours

P. de Wailly

CHU POITIERS
Professeur Carretier

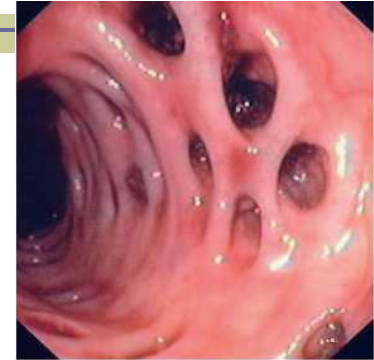
Généralités

- 20 % des hémorragies digestives
- Au-delà de l'angle de Treitz
- 90% dans le colon
- Méléna ou rectorragies
- Arrêt spontané dans 80% des cas
- Causes multiples

Principales causes coliques

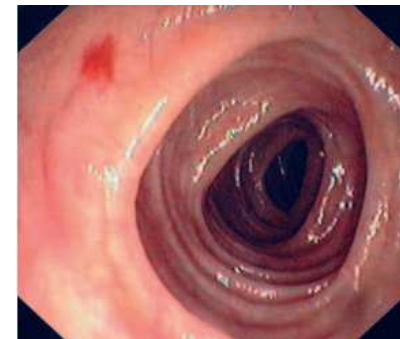
■ Hémorragies diverticulaires

- 40% des hémorragies digestives par voie basse
- Diagnostic d'élimination
- Rarement abondantes (sauf colon droit)
- Traitement endoscopique (injection, clips, ligature ou électrocoagulation)



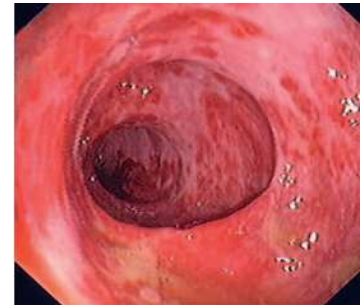
■ Malformations vasculaires acquises

- 10% des hémorragies digestives basses
- Souvent multiples, surtout colon droit
- Rechercher lésions du grêle associées (vidéocapsule)
- Diagnostic endoscopique difficile en urgence
- Traitement endoscopique de toutes les lésions
(Electrocoagulation plasma argon ++)



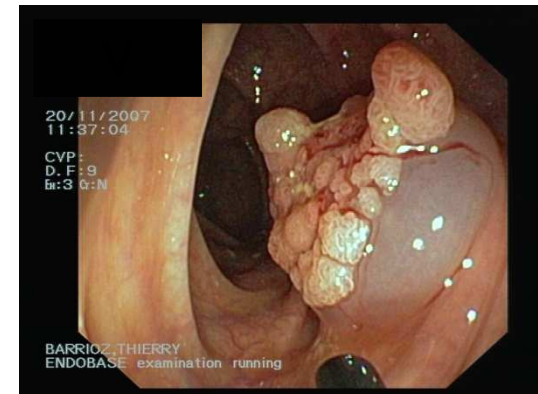
Autres causes coliques

- Suites de polypectomie-mucosectomie 1 à 6%
- Colites infectieuses
- Colites ischémiques 3 à 9%
- Tumeurs bénignes et malignes 2 à 26%
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin 1%



Hémorragie de l'intestin grêle

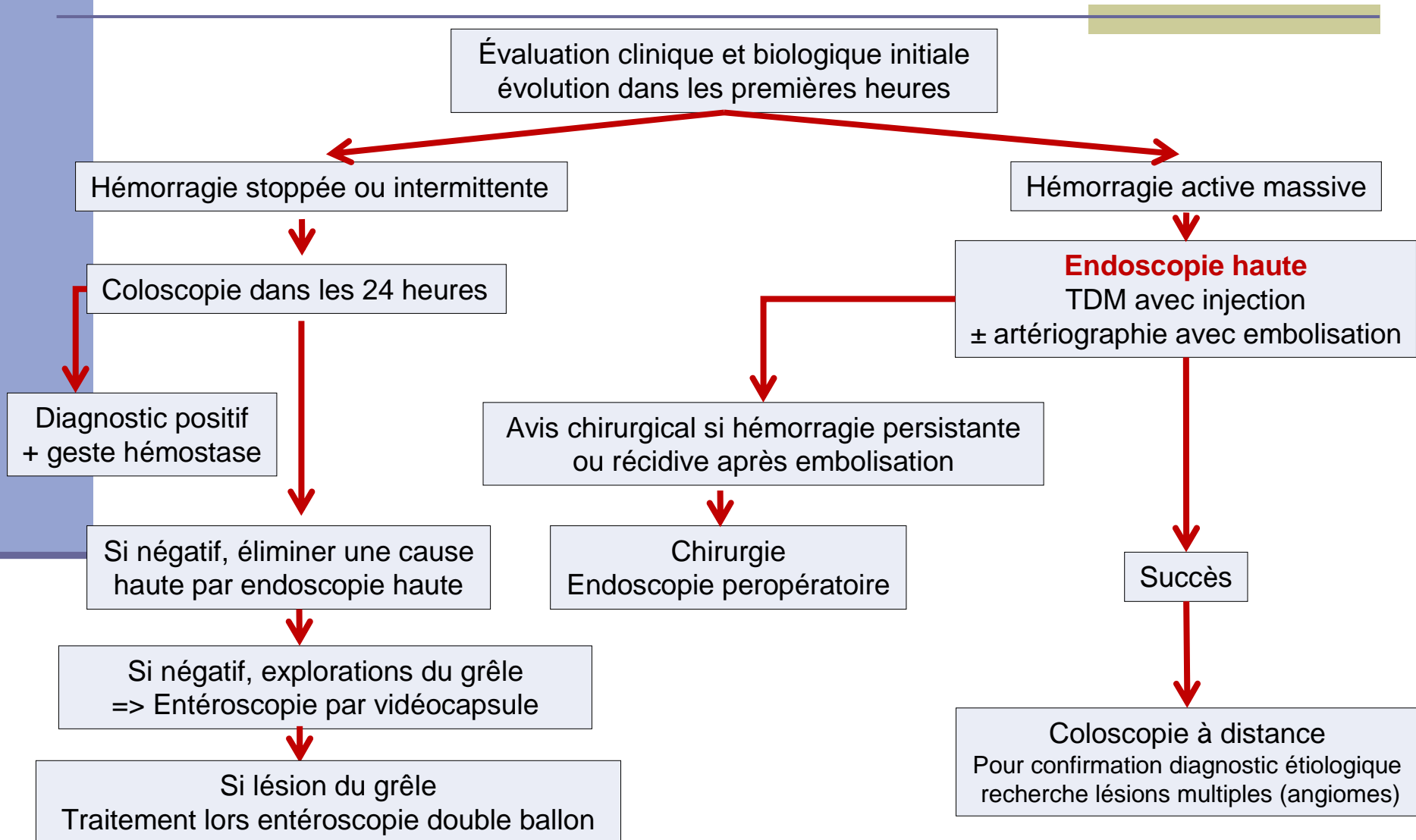
- 5 à 10% des hémorragies digestives basses
- Malformations vasculaires acquises +++
(surtout si ≥ 70 ans)
- Ulcérations de l'intestin grêle (AINS ++; aspirine, Crohn, Zollinger-Ellison)
- Tumeurs bénignes et malignes (à craindre si ≤ 50 ans, ou maladie Coeliaque)
- Diverticule de Meckel
- Fistules aorto-entériques (prothèses aortiques)
- Lésions de Dieulafoy



Prise en charge initiale

- Evaluer la gravité
 - Retentissement clinique et biologique
 - Interrogatoire et examen clinique (toucher rectal)
 - Évolution clinique et biologique dans les premières heures (nombre de culots globulaires transfusés)
 - Hospitalisation en unité de soins intensifs
- Place de la coloscopie
 - Coloscopie totale avec iléoscopie
 - Dans les 24 premières heures
 - Après préparation colique par voie orale par PEG
 - Si stabilité hémodynamique
 - Réalisable dans 90% des cas
 - Diagnostic dans 80 à 95% des cas
 - Thérapeutique dans 30 à 50% des cas

Algorithme



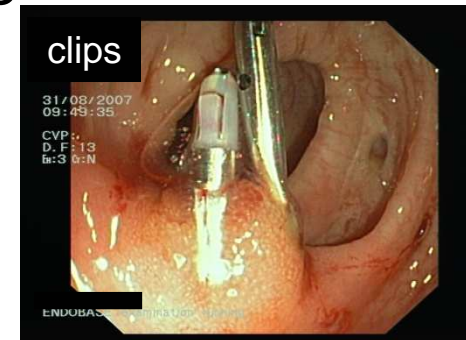
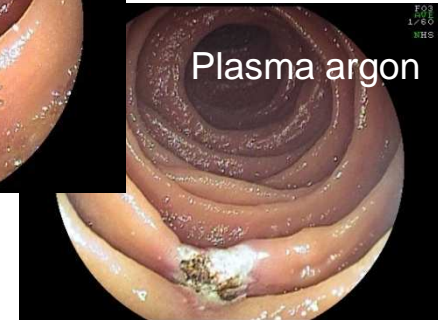
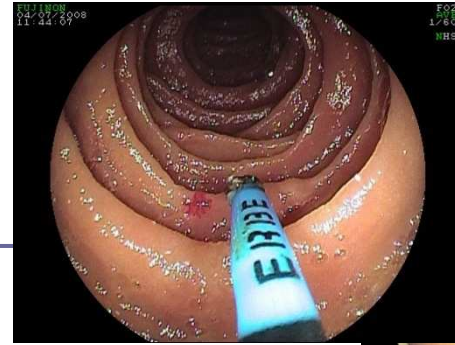
Traitement médical

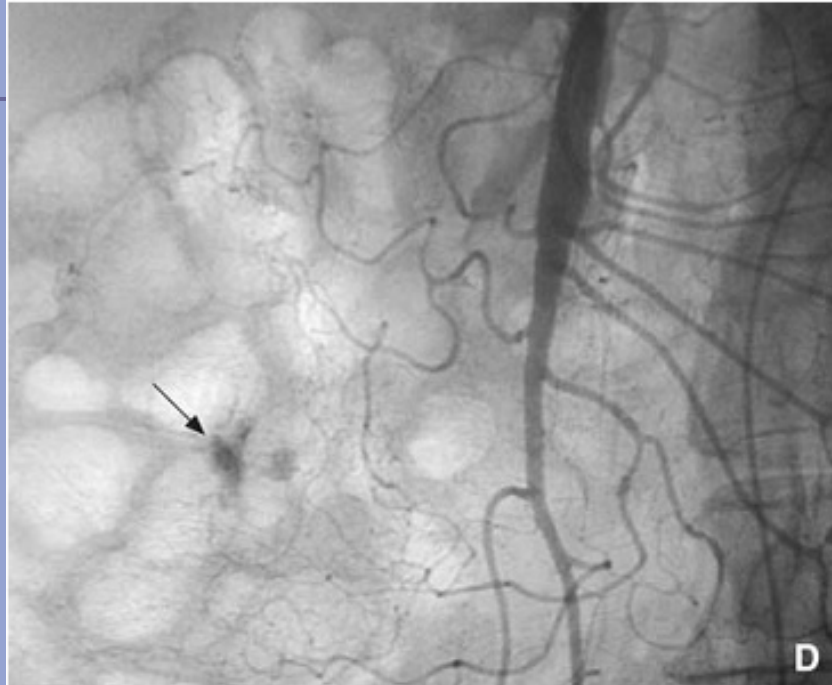
■ Endoscopie

- Taux de réussite de 80 à 95%
- Clips, Plasma argon, ligature élastique
- Morbidité très faible
- Efficacité à court et moyen terme

■ Embolisation supra-sélective

- Débit minimum de 0.5 ml/mn
- Sensibilité de 50%
- Morbidité de 10%





Artériographie sélective mésentérique supérieure, extravasation du contraste alimentée par artère colique moyenne droite.



Embolisation sélective (coils) permettant l'arrêt du saignement.

Traitement chirurgical

- **Installation en double équipe**
- **Présence de sang dans le grêle?**
 - Tout ou partie?
 - Palpation du grêle dans sa totalité
 - Endoscopie per-opératoire
- **Présence de sang dans le côlon?**
 - Palpation du côlon dans sa totalité
 - Lavage colique per-opératoire
 - Coloscopie
 - Colostomie transverse?

Conclusion

- Situation clinique fréquente
- Evaluation de l'état clinique, réanimation
- Souvent de faible abondance
- Coloscopie totale: examen clef
- Prise en charge chirurgicale difficile