

UNIVERSITE ABOU BAKER BELKAID TLEMCEN
FACULTE MEDECINE DR BENZERDJEBBENAOUDA
DEPARTEMENT DE MEDECINE

Année 2012

SUJET :

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE CHEZ L'ADULTE

THESE

Pour le doctorat en medecine

Présentée le 31 juil 2012

Par

BELAIDI mohammed

Khaldjaoui farid

Les encadreurs

PR. B.ARBAOUI chef de service d' hépato-gastro-enterologie

Dr. M.ZENNAKI spécialiste en hépatogastro-entérologie

المركز الإستشفائي الجامعي
الادكتور: تيمسباني شمرحسي
مصلحة الأمراض
المعدة - الأمعاء

Dr. M. ZENNAKI
ep. BABA AHMED
Spécialiste en
Hepato-Gastro Entérologie

Préface

Ce document est préparé comme un thème de fin d'étude médical réalisé au niveau du service Hépatogastro-entérologie du C.H.U Dr T Damerdji Tlemcen fait par nous les médecins internes BELAIDI mohammed et KHALDJAOUI farid sous la direction et l'encadrement du Pr B.ARBAOUI chef service de Hépatogastro-entérologie C.H.U Tlemcen et Dr M.ZENNAKI

Ce travail comprend 2 parties :

- Etudes théorique : conduite à tenir devant une hémorragie digestive haute.
- Etudes statistique faite au niveau du service de gastroentérologie appréciant la fréquence et l'impacte du problème sur le terrain.

Nous avons essayé de répondre le plus simplement possible aux questions et problèmes auxquels est confronté le personnel de santé par des recommandations pratiques, conciliants l'expérience acquise sur le terrain par nos médecins, les recommandations des organismes de référence destiné à donner aux médecins internes, pharmaciens et infirmiers une information cible et résumée.

Je dédie ce travail :

A ma grande mère

A tous mes parents

Faible témoignage de ma profonde affection

Et de ma très grande reconnaissance.

A notre président de thèse Monsieur le **professeur B. ARBAOUI**

Chef du service de l'hépatogastroentérologie.

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter

Spontanément la présidence de cette thèse ;

Vous vous êtes toujours intéressé à nos efforts et n'avez

Jamais cessé de nous prodiguer vos conseils ;

Nous vous prions, de trouver ici, l'expression de notre sincère

Reconnaissance et notre déférence la plus respectueuse.

Dr. M. ZENAKI médecin spécialiste en gastroentérologie

Vous m'avez inspiré le sujet de ce travail et m'avez guidé,

Tout au long de sa réalisation ;

Je voudrais que ce travail soit pour vous, le faible témoignage

De mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

Dr .F.DIB, Dr. BELKHATIR ;Dr. ATTIA

Dr . ADDOU sidi mohammed ;Dr. AIN SEBAA mohammed;

Dr.TOUAOUL ; Dr.HASSAIANE

-vous avez contribue avec simplicité à l'élaboration de cette etudes.

Votre compétence et votre amitié nous ont facilité la tache.

-auprès de vous, dans un atmosphère de travail des plus

Sympayhique, notre formation médicale s'est sérieusement

Améliorée.

-veuillez trouvez ici le faible témoignage de notre profonde respect.

A la mémoire de mon chere confrere HAMZA CHRIF yassine.

Serment d'hippocrate (texte original)

ΟΡΚΟΣ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε. Ἦγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσι τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἕξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκούντι, τάναντία τουτέων.

Serment d'Hippocrate

Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat; de considérer d'abord mon maître en cet art à l'égal de mes propres parents; de mettre à sa disposition des subsides et, s'il est dans le besoin, de lui transmettre une part de mes biens; de considérer sa descendance à l'égal de mes frères, et de leur enseigner cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans salaire ni contrat; de transmettre, les préceptes, des leçons orales et le reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un contrat et un serment, suivant la loi médicale, mais à nul autre.

J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif. C'est dans la pureté et la piété que je passerai ma vie et exercerai mon art. Je n'inciserai pas non plus les malades atteints de lithiase, mais je laisserai cela aux hommes spécialistes de cette intervention. Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrupteur en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes.

Eh bien donc, si j'exécute ce serment et ne l'enfreins pas, qu'il me soit donné de jouir de ma vie et de mon art, honoré de tous les hommes pour l'éternité. En revanche, si je le viole et que je me parjure, que ce soit le contraire.

Serment d'Hippocrate (texte actuel)



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PLAN

Conduite à tenir devant une hémorragie digestive haute

I. Introduction – généralités

A- Définition

B- Intérêts de la question

II. Reconnaître une hémorragie digestive haute :

A- Diagnostic positif

B- Diagnostic différentiel

III. Evaluer la gravité et conduite d'urgence :

A- Critères de gravité

B- Mesures d'urgence en fonction de la gravité

IV. Rechercher une étiologie

A- Enquête étiologique :

a. Interrogatoire = rechercher

b. Examens cliniques

c. Examens paracliniques

B- Etiologies

V. Conclusion

I. Introduction – généralités :

Quelle que soit la cause des hémorragies digestives, leur prise en charge nécessite une étroite collaboration entre les urgentistes, les gastro-entérologues et les chirurgiens. La conduite à tenir initiale, dominée par l'évaluation de la gravité et la mise en route de mesures de réanimation, est commune à toutes les hémorragies digestives, puis elle varie selon qu'il s'agit d'une hémorragie digestive haute ou basse et selon que l'hémorragie survient chez un malade atteint ou non de cirrhose. L'endoscopie est l'examen fondamental pour diagnostiquer la lésion à l'origine de l'hémorragie et doit être pratiquée le plus tôt possible chez un malade dont l'état hémodynamique a été stabilisé. Les techniques endoscopiques interventionnelles, tel que les clips métallique dans les ulcères et la ligature des varices œsophagiennes, ont modifié la prise en charge thérapeutique. Bien que les indications de la chirurgie d'urgence aient diminué, celles qui restent ne doivent pas être différées.

A- **Définition** :

L'hémorragie digestive haute se définit comme tout saignement ayant pour origine, la partie du tube digestif située au dessus de l'angle de Treitz = l'angle duodéno-jéjunal

II. **Reconnaître une hémorragie digestive haute** :

A- **Diagnostic positif** :

1- **Cas faciles** = quand l'hémorragie digestive est extériorisée :

Plusieurs présentations cliniques sont possibles :

- **L'hématémèse** : C'est le rejet par la bouche au cours d'un effort de vomissements de sang rouge ou noirâtre mêlé ou non à des débris alimentaires.
- **Le méléna** : C'est l'émission par l'anus de selles noirâtres nauséabondes correspondant à du sang digéré.
- **La rectorragie** : C'est l'émission par l'anus de sang rouge vif accompagnant ou non les selles. S'observe en cas d'hémorragie abondante.

2- **Cas difficiles** = Quand l'hémorragie digestive n'est pas extériorisée : deux tableaux cliniques :

- **Choc hémorragique** : il traduit une hémorragie digestive massive entraînant un état de choc sans extériorisation de sang immédiate. La pose d'une sonde nasogastrique permet souvent de poser le diagnostic d'hémorragie haute, un traitement chirurgical est souvent envisagé en urgence.
- **Saignement occulte** : Le saignement n'est pas identifié par le patient et le diagnostic est posé devant un tableau d'anémie ferriprive microcytaire hypochrome arégénérative.

B- Diagnostic différentiel :

Plusieurs situations cliniques peuvent simuler une hémorragie digestive haute, elles devront être éliminées.

1- Ce qui n'est pas hémorragie :

En effet, certains aliments ou médicaments colorent les selles en noir ou en rouge simulant un méléna ou des rectorragies. Dans ces situations, l'interrogatoire fera le diagnostic en recherchant la notion de prise médicamenteuse: fer, charbon ou bismuth ; ou alimentaire : épinards, betteraves.

Dans les cas difficiles un test simple peut être réaliser : La dilution de la selle mélanique donne une teinte hématique.

2- Une hémorragie d'origine non digestive :

L'hématémèse peut être confondue avec une hémorragie d'origine ORL-pulmonaire ou stomatologique.

- Dans l'hémoptyisie, saignement d'origine pulmonaire, le sang rouge rutilant aéré et spumeux est rejeté en dehors d'un effort de vomissement mais dans un effort de toux, le sang est.
- Dans l'épistaxis (saignement d'origine ORL) surtout si elle est postérieure déglutie et vomie secondaire. Dans cette situation c'est l'examen ORL fera le diagnostic
- Hémosialémèse : rejet par la bouche de sang mêlé à de la salive provenant des gencives l'examen de la cavité buccale fera le diagnostic.

3- Une hémorragie digestive d'origine basse:

En effet, devant un méléna isolé l'origine du saignement peut être située sous l'angle de Treitz (grêle –colon), mais cette éventualité n'est envisagée qu'après avoir éliminé une origine haute.

III. Evaluer la gravité et conduite d'urgence :

DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ :

Il convient de déterminer d'emblée l'**abondance** de l'hémorragie, le **caractère actif** du saignement et les **pathologies associées** qui sont les trois paramètres essentiels qui définissent la gravité d'une hémorragie.

1- **L'abondance** de l'hémorragie se détermine sur :

- des paramètres cliniques :(pâleur cutanéomuqueuse, conjonctives décolorées, refroidissement extrémités, soif, agitation, polypnée, pouls accéléré, T.A basse, chute de la diurèse). L'intensité des signes cliniques est étroitement liée à la rapidité avec laquelle cette perte sanguine se constitue et elle permet de classer l'abondance de l'hémorragie qui guidera le remplissage vasculaire à entreprendre.
- Paramètre biologiques : hémoglobine. L'hématocrite initial n'est pas souvent un bon reflet de la perte sanguine car l'hémodilution nécessite quelques heures. Une hémorragie est abondante si la TA est inférieure à 80mm Hg et si l'Hb < 8g/100 ml ou si l'état du patient nécessite une transfusion de plus de 4 culots globulaire en moins de 24h.

Tableau I. Classification de l'American College of Surgeons.

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Pertes sanguines (mL)	< 750	750-1 500	1 500-2 000	> 2 000
Pertes sanguines (%)	< 15 %	15-30 %	30-40 %	> 40 %
Fréquence cardiaque (b/min)	< 100	> 100	> 120	> 140
Pression artérielle	Normale	Diminuée	Diminuée	Diminuée
Fréquence respiratoire (c/min)	14-20	20-30	30-40	> 35
Débit urinaire (mL/h)	> 30	20-30	5-15	Traces
Examen neurologique	Normal	Anxiété	Confusion	Léthargie

2- Le **caractère actif** de l'hémorragie est un élément pronostique important qu'il n'est pas toujours facile de déterminer.

La pose d'une sonde gastrique permet de confirmer le diagnostic et d'apprécier l'activité de l'hémorragie. L'aspect du liquide aspiré renseigne sur le caractère récent du saignement et a une valeur comparative pour le suivi ultérieur.

En effet, les lavages gastriques répétés permettent de suivre l'évolution du saignement et de préparer l'estomac pour l'examen endoscopique.

Les limites de ce geste sont le siège postbulbaire du saignement car le reflux gastrique de sang n'est pas constant.

3- **L'appréciation du terrain** est essentielle, notamment la reconnaissance précoce d'une cirrhose, qui nécessite des mesures thérapeutiques spécifiques, et d'une coronaropathie justifiant un électrocardiogramme systématique.

Mesures d'urgence en fonction de la gravité :

Toute hémorragie digestive sévère impose une hospitalisation en milieu médicochirurgical. Cette hospitalisation aura pour objet de :

1- **Restaurer la masse sanguine :**

- Mise en place d'un ou de deux cathéters de gros calibre , il sera rarement nécessaire de mettre en place une voie centrale avec mesure de la voie veineuse centrale
- Remplissage par les macromolécules puis par du sang isogroupe isorhésus phénotypés chez les patients transfusés
- Oxygénothérapie par sonde nasale ou par masque, éventuellement ventilation assistée en cas de trouble de la conscience

2- **Surveillance stricte des paramètres:**

- Fréquence cardiaque,
- pression artérielle,
- état de conscience
- diurèse
- Nombre d'unités transfusées et d'unités perfusées

IV. Rechercher une étiologie :

A- Enquête étiologique :

a. Interrogatoire = rechercher

- Antécédents de maladie ulcéreuse gastro-duodénale ou de syndrome douloureux gastrique
- Notion de prise médicamenteuse gastro-toxique notamment l'aspirine et AINS
- Notion de vomissements précédents l'hémorragie
- Antécédents d'hépatopathie chronique
- Antécédents chirurgicaux notamment notion d'intervention sur le tube digestif

b. Examens cliniques : Méthodique et complet

Examen digestif : recherchera

- Signes insuffisance hépatocellulaire.
- Signes d'hypertension portal : circulation veineuse collatérale , splénomégalie,
- Caractères du foie
- Ascite
- Masse abdominale
- Examen cutano muqueux
- Existence d'un syndrome hémorragique

c. Examens paracliniques :

L'examen clé est représenté par : l'**endoscopie** haute réalisée par un endoscopiste expérimenté après restauration d'un état hémodynamique stable, chez un malade conscient ou intubé s'il est inconscient.

Elle permet :

- De déterminer le siège de la (les) lésion(s) responsable(s) de l'hémorragie
- De retrouver certains signes prédictifs de récurrence hémorragique
- De réaliser un geste d'hémostase

Endoscopie en urgence : les 9 commandements

1- protéger les voies aériennes

2 -réanimer avant endoscopie

3 -surveiller (scope, oxymètre) pendant endoscopie

4 -endoscope à double canal

5 -traiter l'hémorragie active et les vaisseaux visibles

6 -injecter de l'adrénaline, puis sonde chaude ou clips

7 -retraitements planifiés

8 -retraitement en cas de récurrence

9 -traitement par IPP à forte dose chez les malades à haut risque

B- Etiologies :

1- Maladie ulcéreuse gastro-duodénale :

C'est la cause la plus fréquente des HDH \simeq 50 % des cas

Il s'agit le plus souvent d'un ulcère du bulbe duodéal, plus rarement un ulcère gastrique.

L'hémorragie peut être révélatrice de la maladie ou survenir chez un patient aux antécédents de maladie ulcéreuse ou de douleurs gastriques

L'interrogatoire recherchera la notion de prise médicamenteuse notamment aspirine ou AINS

L'**endoscopie** est l'examen clé du diagnostic :

Met en évidence les ulcères sous formes d'une perte de substance blanchâtre, Précise leurs siège(s) et taille(s), Détermine s'il existe un saignement actif ou des signes d'hémorragie récente permettant de prédire la récurrence à court terme qui ont fait l'objet d'une classification de FORREST

Gravité et mortalité

Pronostic de départ : des scores de gravité sont utilisés pour prévoir la prise en charge du malade.

Ex : **score de Rockall** : objectif, prédire la gravité et donc le mode de prise en charge (score validé en international)

Score de Forrest : objectif prédire le risque de récurrence et indiquer un Traitement endoscopique.

Score de ROCKALL

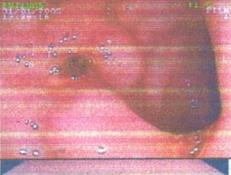
Parametre	0	1	2	3
Age	<60	60-79	>80	
Pouls	<100	>100	>100	
TA	>100	>100	<100	
Comorbidité	Non	NON	IC, Tschémie	Insuff renale Insff hépatique Cancer matastasé
Diqnostic	MW ou 0 lésion	Autre DG	Cancer TD sup	
Saignement racent	0 signe		+signe	

0 - 2 = faible risque de mortalité

3 - 5 = risque moyen

6 - 7 = risque élevé

Score de FORREST

Stades	Aspect endoscopique		prévalence	Récidive hémorragique
Ia	En jet		10	90
Ib	Suintement		10	30
Iia	Vaisseau visible		20	50
Iib	Caillot adhérent		20	25
Iic	Taches pigmentées		10	7
III	Ulcère propre		30	3

Autres facteurs pronostics

- Taille de l'ulcère > 2 cm
- Hémorragie abondante, état de choc
- Nombre élevé d'unités de sang transfusées
- Terrain: age avancé, tares
- Saignement actif à l'endoscopie nécessité d'une chirurgie d'urgence

TRT DE LA MUGD

a. BUT:

- Arrêter le saignement
- Prévenir la récurrence hémorragique
- Traiter l'UGD

b. MOYENS THERAPEUTIQUES

- Anti sécrétoires: AntiH2 – IPP

Pas d'efficacité hémostatique

Néanmoins de fortes doses d'IPP en IV 80mg/24h en association avec TRT endoscopique est recommandé .

- Les vasoconstricteurs ont peu d'intérêt

Traitement endoscopique: 80% d'arrêt spontané

Endoscopie en urgence : qui traiter ?

Traitement endoscopique si : • saignement actif

- vaisseau visible hémorragique ou non
- pas de consensus si caillot adhérent;

• en pratique, il faut enlever les caillots adhérents, pour rechercher un vaisseau visible

- Lavage gastrique : discutable et discuté
- Endoscope à double canal ou à gros canal si possible (latéral : genu superius).
- Lavage per-endoscopique (pompe à haute pression)

Matériel d'hémostase disponible (adrénaline, clips, ligatures,...). Pour les plus riche : coagulation bipolaire, goldprobe, miniloops...et surtout plasma d'argon.

- Hémostase par injection

Assurer l'hémostase immédiate : adrénaline diluée à 1/10 000 (efficace dans plus de 95% des cas)

Assurer la persistance de l'hémostase : clips (tripodes) +++ ou coagulation thermique (bicap).

Sclérose: aétoxysclérol, éthanolamine, entraîne une nécrose tissulaire!!! Pas d'efficacité démontrée +++

Alcool absolu (injections de 0,1 à 0,2 ml/site, maximum 2 ml), risque de perforation, pas d'efficacité démontrée

Colle biologique : fibrinogène humain + thrombine activée (de bœuf = sic!!!), efficace, mais très cher

- Retraitement systématique : en cas de récurrence : efficacité modérée voire nulle (mortalité, chirurgie...)

- Effet prouvé des IPP à forte dose, dans la prévention des récurrences, de la chirurgie mais pas de la mortalité

- Ulcères de Dieulafoy : ligatures élastiques ou hémoclips, après hémostase à l'adrénaline

- Schwannome : adrénaline ou endoloop

- Méthodes d'injection: adrénaline, ethanol, polidocanol, sérum salé, epinéphrine...
- Méthodes thermiques: Electrocoagulation, laser, sonde chauffante
- Nouvelles méthodes: clips, ligature élastique, plasma argon

Efficacité équivalente : méthodes d'injection : simplicité/coût ↓

Indications non discutées : L'hémorragie active et le VX visible

Les méthodes hémostatiques de référence

	commodité	efficacité	Morbidité
Inj d'adrénaline	+++	++	/
Thermiques	++	+++	+
Clips	++	++	/

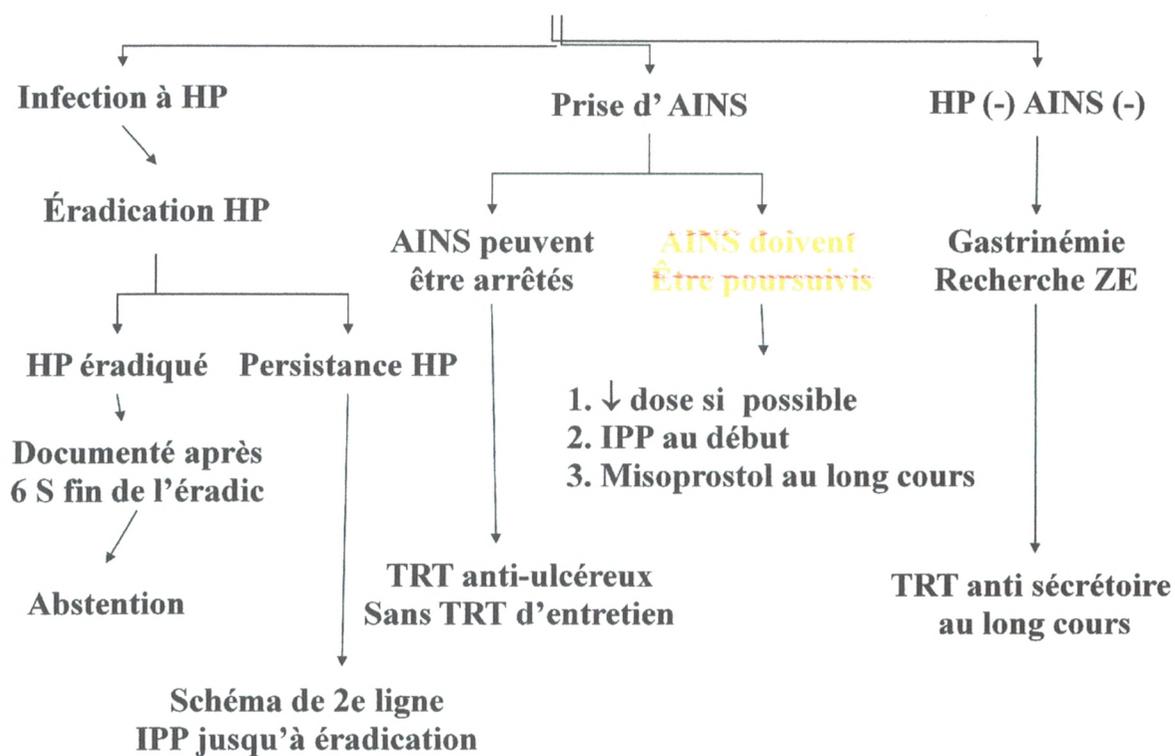
CLIPS METALLIQUES



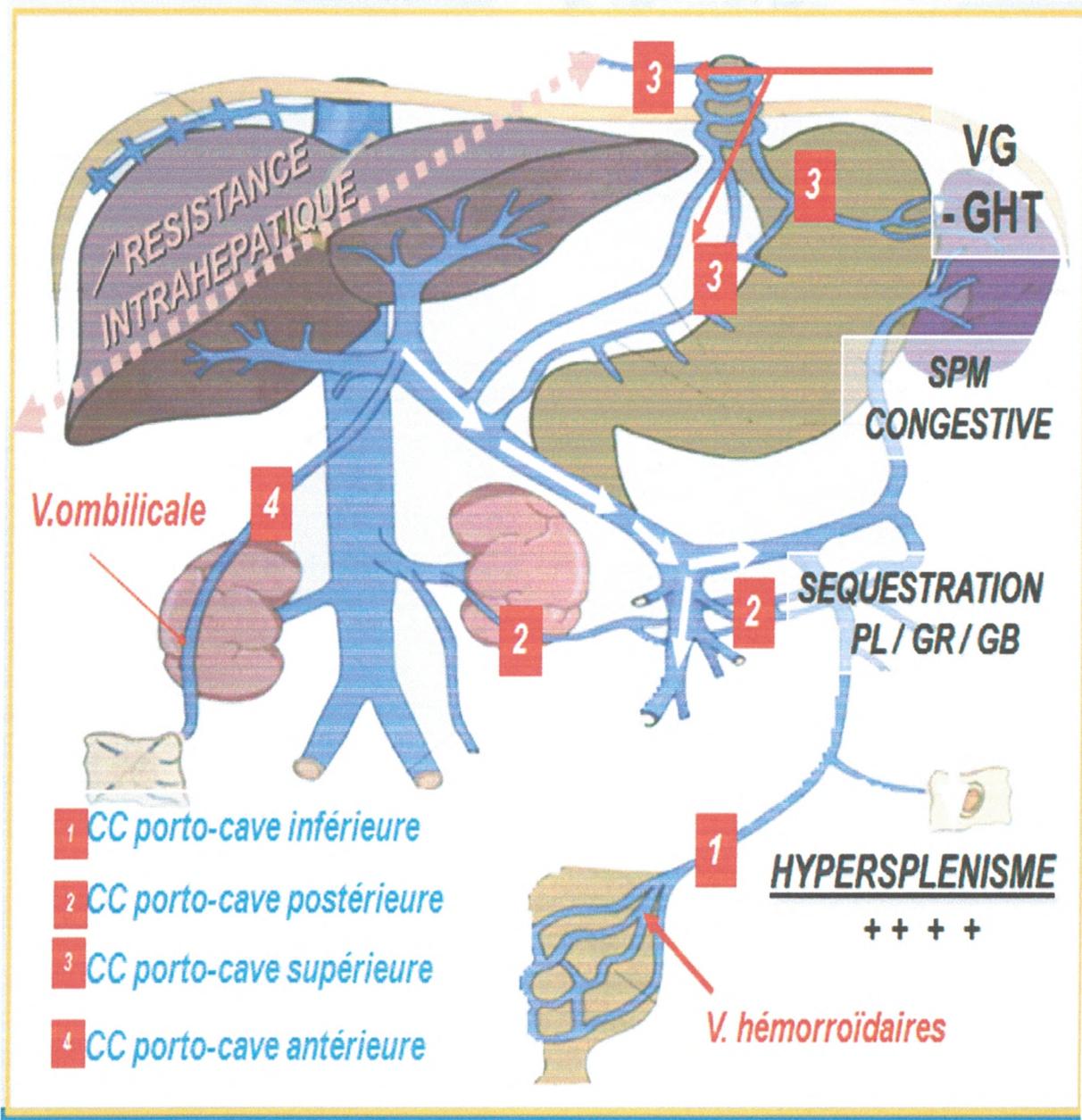
EN PRATIQUE, LAQUELLE CHOISIR ?

	injections	clips	Methodes thermiques
Hémorragie en jet	En premier	Ulceres de petite taille et accessible	Gros ulcères chroniques
Suintement diffus	+++	+ ₋	Pas nécessaire
Vaisseau visible non hémorragique	Oui, d'abord en périphérie	Oui	éventuellement

Traitement ultérieur



2. RUPTURE DE VARICE OESOPHAGIENNE:



- Prévalence des varices oesophagiennes (VO) : 40 à 80%
- 50% : hémorragie inaugurale
- Mortalité à 1 an : 23%, 51% dans le suivi
- Sur 10 malades présentant une cirrhose depuis 10 ans, 9 vont développer des VO, 10% des VO + varices cardio tubérositaires, et 50% une gastropathie d'HTTP.
- Le risque de rupture des VO est de 30 à 40%

L'hypertension peut être responsable d'une HDH par :

- Rupture de varices oesophagiennes : cause la plus fréquente
- Plus rarement la gastropathie hypertensive
- Exceptionnellement par des varices de siège ectopique

La survenue d'une hémorragie digestive marque un tournant évolutif important de la maladie .

La principale cause est la cirrhose du foie quelque soit son étiologie

Le diagnostic est posé sur :

Les antécédents du patient d'hépathopathie connue ou d'ictère.

L'examen clinique recherchera des signes d'hypertension portale et d'insuffisance hépatocellulaire.

Le bilan biologique recherchera des perturbations du bilan hépatique.

L'échographie abdominale peut retrouver des signes de dysmorphie hépatique et d'hypertension portale.

La FOGD :

- retrouvera les signes endoscopiques de l'hypertension portale.
- Identifiera la lésion à l'origine variqueuse.
- saignement actif VO : saignant en jet ou en nappe.
- saignement non actif VO : présence d'un caillot plaquettaire jaune ou rouge signes prémonitoires de rupture ou sang rouge de pré-rupture

Risque de rupture des VO

Variable	Points		
Taille des varices	Petites	8,7	
	Moyennes	13,0	
	Grosses	17,4	
Signes rouges :	Absents	3,2	< 20 points ==> < 10%
	Mineurs	6,4	20 - 40 points ==> 10 - 40%
	Modérés	9,6	> 40 points ==> 70%
	Sévères	12,8	
Child Pugh	A	6,5	
	B	13	
	C	19,5	

Paramètres cliniques indiquant une augmentation du risque hémorragique

Varices gastriques	absentes	24%	présentes	69%	P < 0,001
Signes rouges	absents	25%	présents	46%	0,002
Ascite	absente	28%	présente	43%	0,01
Hépatite alcoolique	absente	17%	présente	25%	0,02
Child Pugh	A	23%	B ou C	33%	0,03
+ grosse varice	< 5mm	12%	> 5mm	33%	0,08

Traitement

Le traitement repose sur les différentes méthodes d'hémostase :

1. Traitement **vasoactif** par les dérivés de la vasopressine ou de la somatostatine (octréotide).
2. Traitement endoscopique par la **sclérose** des varices œsophagiennes ou par ligature élastique.
3. **Tamponnement** des varices œsophagiennes par sonde à double ballonnets œsophagien et gastrique (sonde de Blakemore), ou de Linton à ballonnet gastrique utilisé en cas de varices gastriques.
4. Traitement radiologique /**shunt porto-cave** intra-hépatique par voie trans-jugulaire.
5. Traitement **chirurgical** par transection œsophagienne ou anastomose porto-systémique = **TIPS**

Indications :

ces différents traitements peuvent être utilisés seuls ou en association.

- Le traitement de première intention associe le traitement endoscopique associé ou non à un traitement vasoactif
- En cas d'hémorragie massive la sonde de tamponnement trouve son indication.
- En cas d'échec des méthodes sus citées on envisagera une dérivation/TIPS ou une transection œsophagienne.
- L'anastomose porto systémique représente l'ultime recours.

Par ailleurs chez le cirrhotique le traitement spécifique doit systématiquement être associé à la prévention de l'encéphalopathie hépatique(Lactulose, lavages intestinaux , métronidazole)

Prévention primaire

Mortalité de la première hémorragie : 70%

Liée aux récurrences précoces (< 7 jours)

Bétabloquants : diminution significative du nombre et de la gravité des hémorragies et de la mortalité par hémorragie (péjoratif : mauvaise observance, CHC et Child C).

Risque de saignement en cas d'arrêt brutal du traitement

Effets secondaires rares (< 10%).

Sclérothérapie prophylactique : études disparates, métaanalyse plutôt en faveur d'une réduction du risque, mais études hétérogènes

En pratique : il n'est pas conseillé de réaliser des scléroses préventives, du fait des accidents et des effets secondaires de la sclérothérapie

Prévention secondaire

- **Bétabloquants** :avlocardyl 160 LP, 1/J (problème de la prise régulière du traitement, ses contre-indications, les effets secondaires...)
- **Traitements endoscopiques** : Ligatures > scléroses (accidents et effets secondaires des scléroses : ulcères, sténoses...)
- Bétabloquants + ligatures (+++)

NB :Les Ligatures entraînent une aggravation de la gastropathie et développement de varices gastriques

- Prise en charge de la maladie de base : alcoolisme, arrêt de l'alcool : amélioration hépatique et de l'HTP (cirrhoses réversibles??)

Traitement des hépatopathies virales...

Traitement des autres complications de la cirrhose

En fin de parcours : APC ou TIPS (ne contre-indique pas la TH)

Endoscopie en urgence : les 9 commandements

1- protéger les voies aériennes

2-réanimer avant endoscopie

3-surveiller (scope, oxymètre) pendant endoscopie

4-endoscope à double canal (si possible)

5-traiter l'hémorragie active (histoacryl, ligatures..)

6-ne pas traiter les varices en l'absence de saignement actif .

7- mettre sous béta bloquants.

8-ligatures à distance (3-5 jours) de l'hémorragie

9-traitement et prise en charge de la cause de l'hépatopathie.

3-GASTROPATHIE D'HYPERTENSION PORTALE :

Elle peut être responsable d'une hémorragie digestive par un saignement diffus. Dans ce cas, le traitement médical par un traitement intraveineux vaso-actif (glypressine ou dérivé de la somatostatine) permet l'arrêt du saignement. Dans certains cas, il existe une ectasie vasculaire à prédominance antrale dont le traitement nécessite la coagulation au plasma argon.

4-SYNDROME DE MALLORY-WEISS :

Il s'agit d'une ulcération linéaire longitudinale survenant à la jonction entre l'œsophage et le cardia, au décours d'efforts de vomissements (grossesse, intoxication alcoolique aiguë).

L'interrogatoire permet de suspecter le diagnostic avec la séquence vomissement non sanglant puis hématemèse. Le diagnostic endoscopique est aisé. L'hémorragie est rarement importante en dehors de troubles de la coagulation associés. Un geste d'hémostase endoscopique est parfois nécessaire.

5-Lésions aiguës ulcérées gastro-duodénales :

_lésions aiguës secondaires à la prise de médicaments gastro-toxiques (AINS, aspirine). Ces ulcération prédominent au niveau de l'estomac, elles sont multiples et parfois volumineuses. Le traitement repose sur l'arrêt du médicament incriminé, la prescription d'inhibiteur de la pompe à protons associé éventuellement à l'éradication d'HP. Dans certains cas, un traitement hémostatique endoscopique est nécessaire.

_lésions aiguës de stress : elle surviennent chez des patients après une défaillance viscérale grave, sepsis sévère, chirurgie lourde (neurochir, chirurgie cardio-vasculaire) et chez les grands brûlés. Il s'agit d'érosions superficielles multiples ou un aspect de gastrite diffuse congestive hémorragique. Le traitement repose sur la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons et celui de la pathologie sous-jacente.

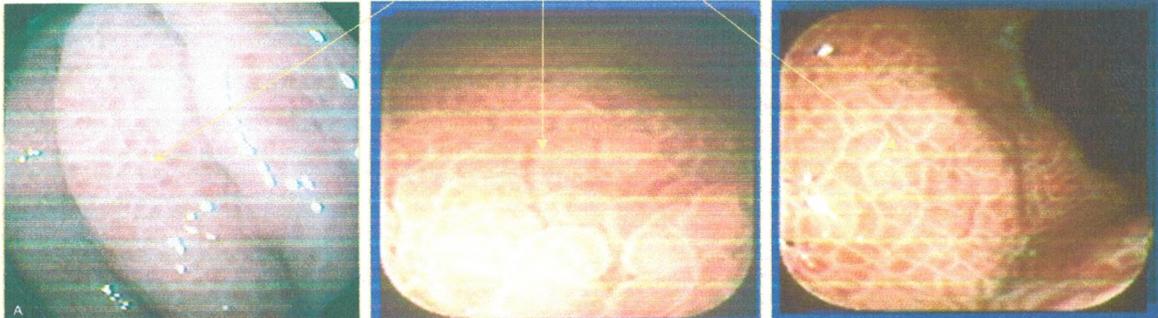
6-OESOPHAGITE ulcérée hémorragique :

Les lésions ulcérées œsophagiennes peuvent rarement être à l'origine d'une hémorragie abondante.

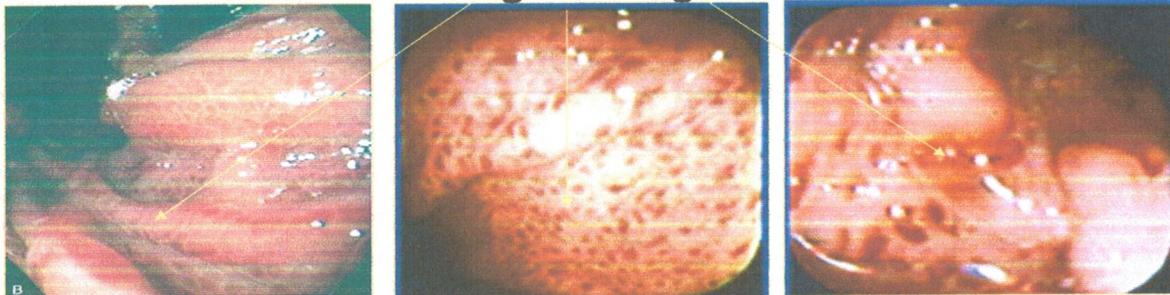
7- autre causes :

	lésions	diagnostic
oesophage	Varices Mallory-weiss Oesophagite,tumeur	Endoscopie OGD
Estomac duodénum	Ulcère et ulcération aigue Varice,gastropathie hypertensive Tumeur Hernie hiatal(ulcere de collet) Ulcere de dieulafoy Tumeur de la papille Anévrisme aortique ou prothese aortique fissuré ds tube digestive	FOGD
Foie et voie biliaire	hémobilie	Echographie Scanner Artériographie
Pancréas	Tumeur Kyste, faux kyste	Echographie TDM
Tous les sites	Angiome,angiodyplasie Anévrisme artériel	FOGD artériographie

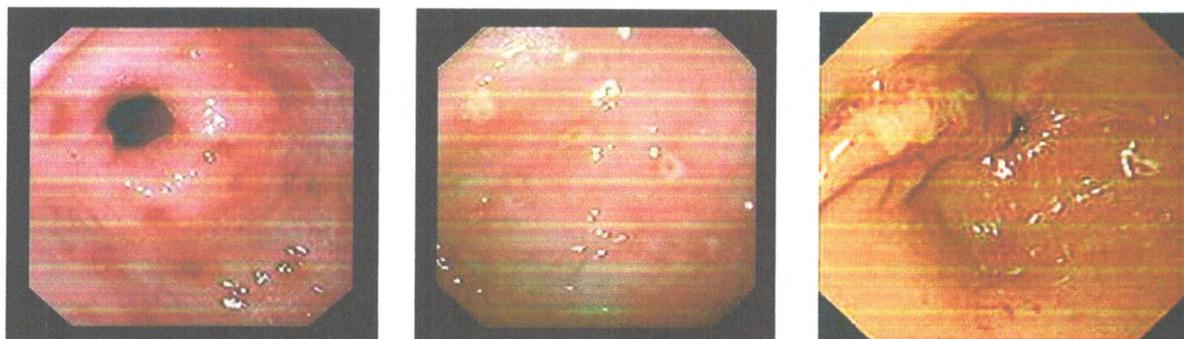
Aspect en mosaïque



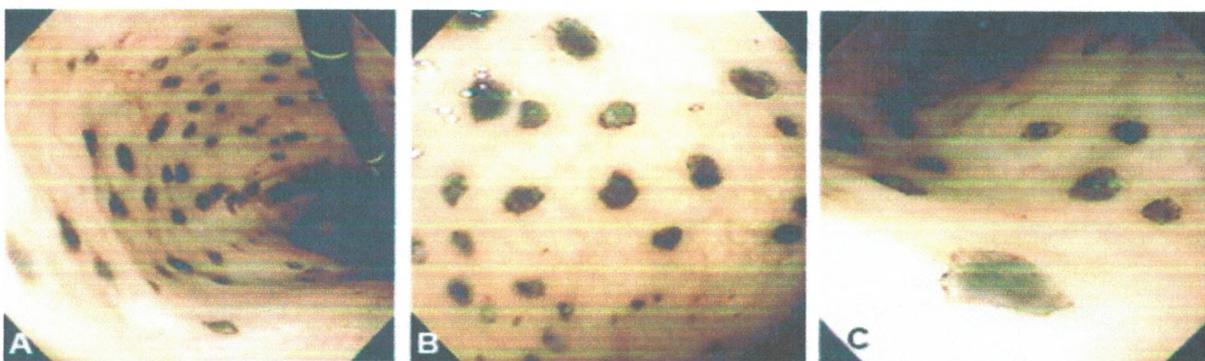
Signes rouges



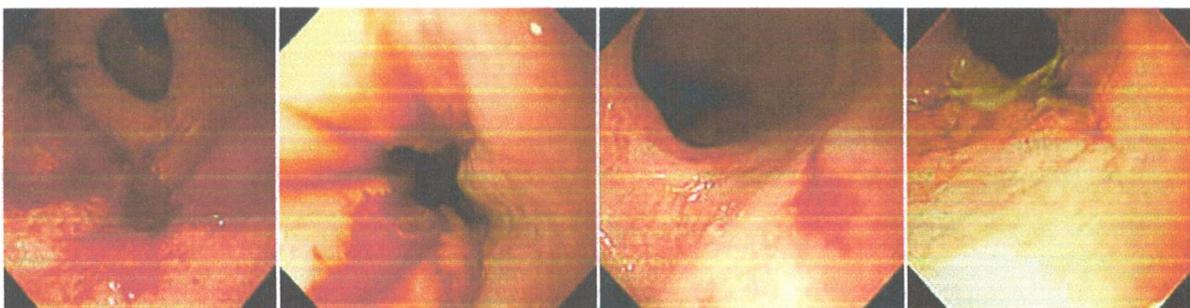
Gastropathie hypertensive



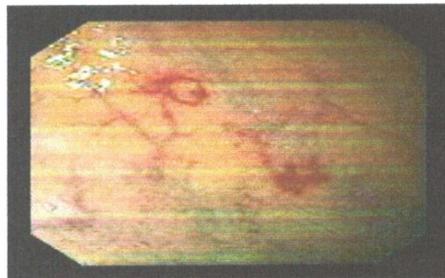
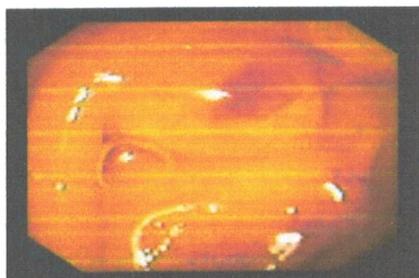
Lésion gastrique dues aux AINS



Lésion aigue de stress



Syndrome de mallory-weiss



Angiodysplasie

V. CONCLUSION :

Les hémorragies digestives restent une urgence médico-chirurgicale engageant souvent le pronostic vital.

Leur gravité est plus liée au terrain qu'à l'importance de l'hémorragie

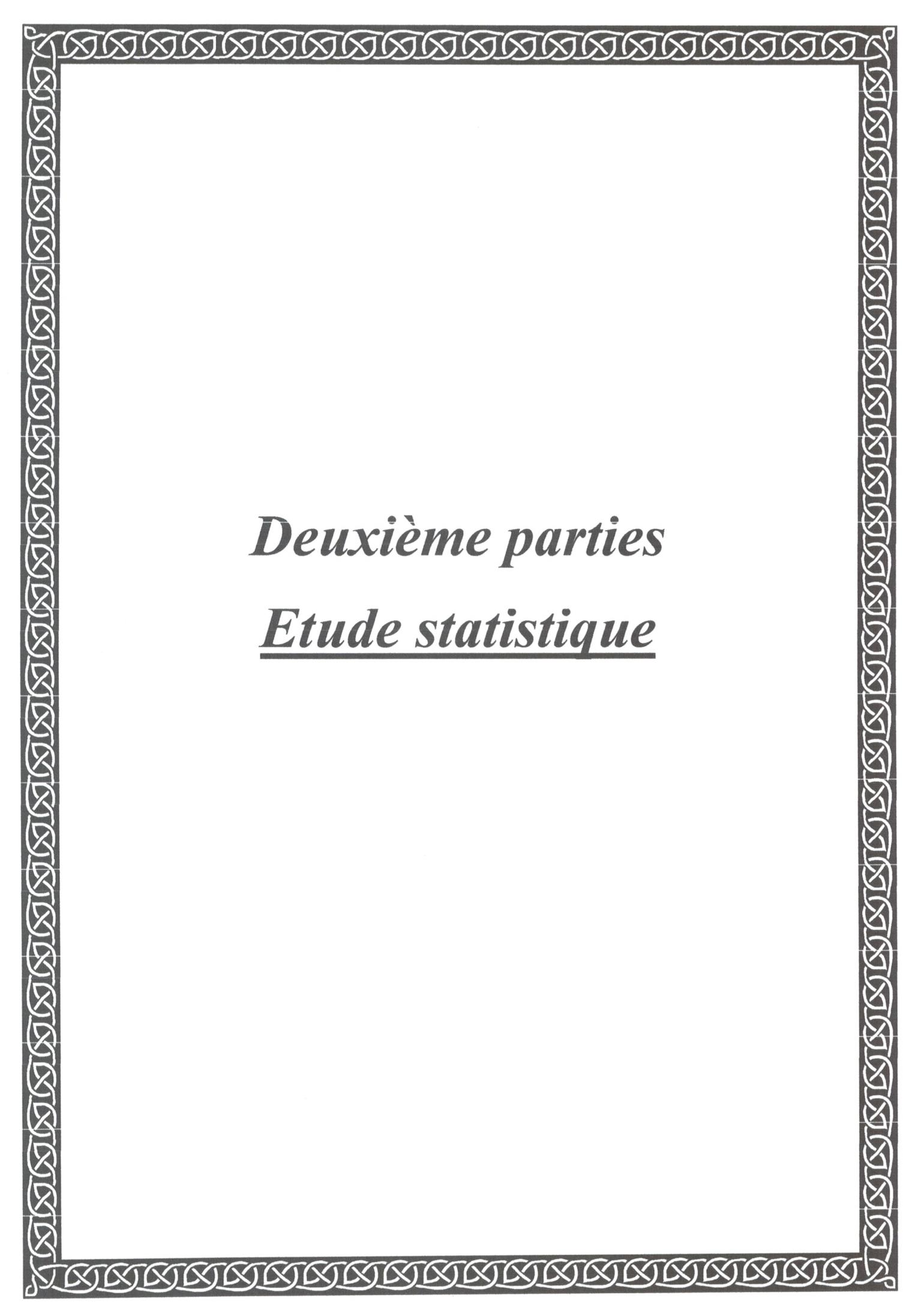
L'enquête étiologique des hémorragies digestives, centrée par l'endoscopie, doit débiter très précocement, dès l'obtention d'une stabilité hémodynamique.

Le pronostic des hémorragies digestives est essentiellement lié au terrain, à l'âge et aux tares associées.

Chez les malades présentant un ulcère à haut risque de récurrence, un traitement endoscopique doit être réalisé. Les différentes méthodes d'hémostase endoscopique ont une efficacité globalement comparable.

Les traitements médicamenteux n'ont pas radicalement modifié le pronostic des hémorragies ulcéreuses.

Les hémorragies par rupture de varices oesophagiennes relèvent d'un traitement endoscopique associé à un traitement vasoactif par voie intraveineuse à instaurer le plus rapidement possible.



Deuxième parties

Etude statistique

I. Présentation de l'études :

L'hémorragies digestive est un symptôme fréquent au niveau des urgences et qui pose un problème de prise en charge d'où l'intérêt de cette étude.

Etude cohorte rétrospective faite sur 65 cas hospitalisés au service d'HGE durant la période qui s'étend entre 1 janvier 2010 et 31 décembre 2011

Population étudiée :

Nous avons inclus dans notre étude que les patients hospitalisés au niveau du service d' Hépto-gastro-entérologie

II. Matériel recueil des données :

Registre d'hospitalisation

Les dossiers des malades

III. Outils :

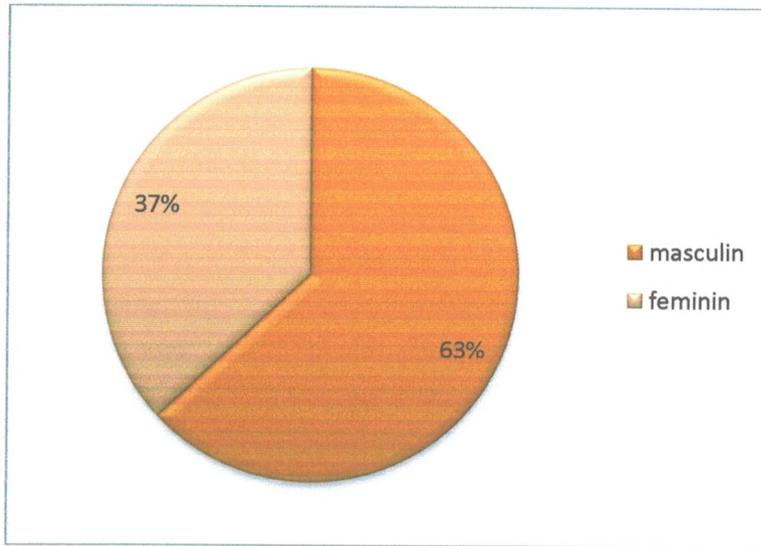
Windows 7

Microsoft Word et excel 2012

IV. Buts de l'étude :

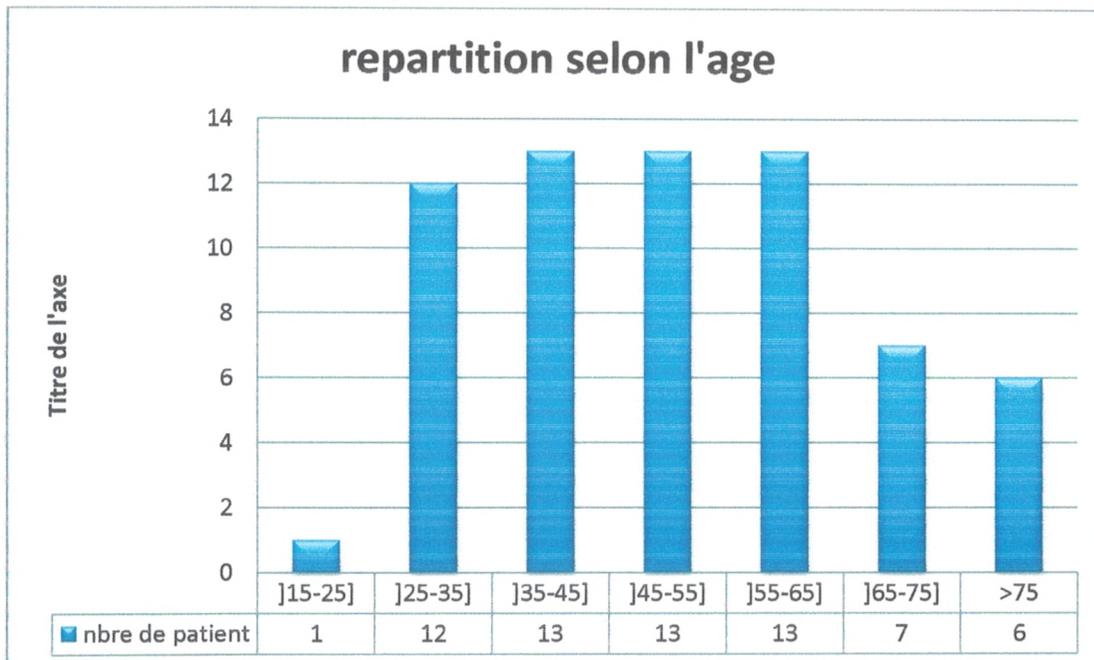
Notre but est d'améliorer la prise en charge des patients qui présentent en mode hémorragique et de prévenir la survenu de cette symptomatologie.

1. sexe ratio :

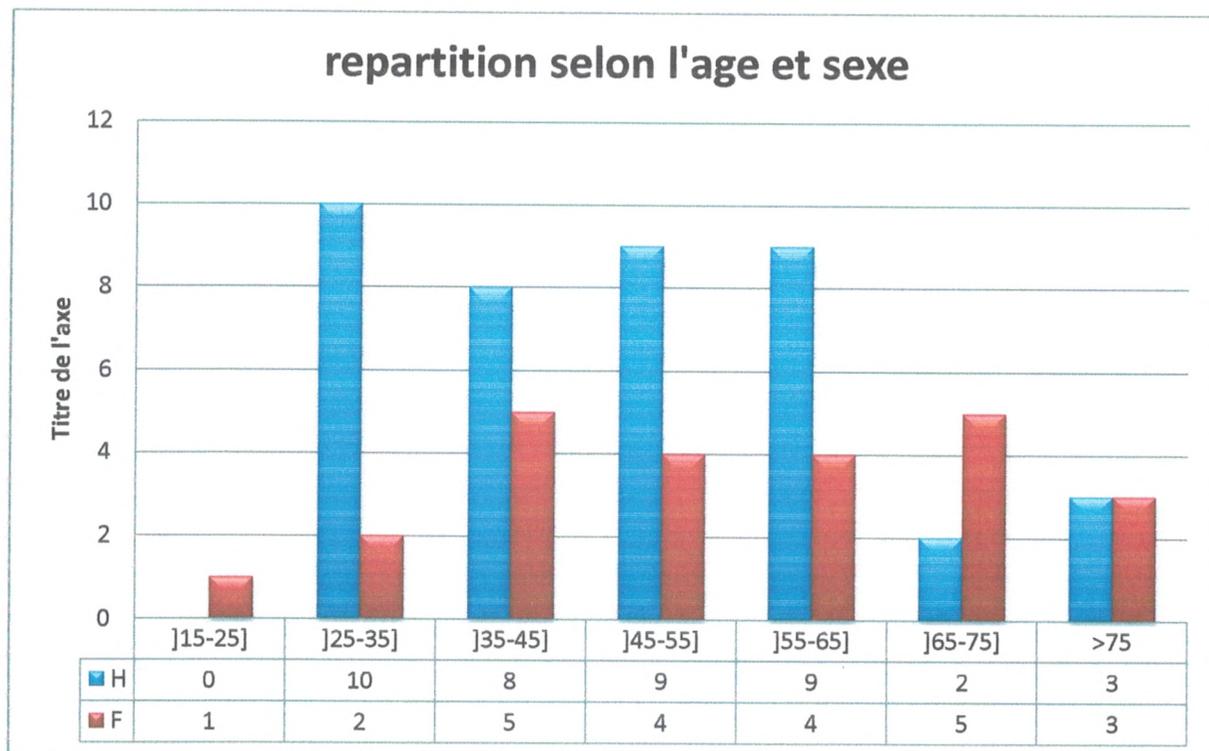


Commentaire : les femmes sont atteintes presque 2 fois moins que les hommes.

2. age de survenu :

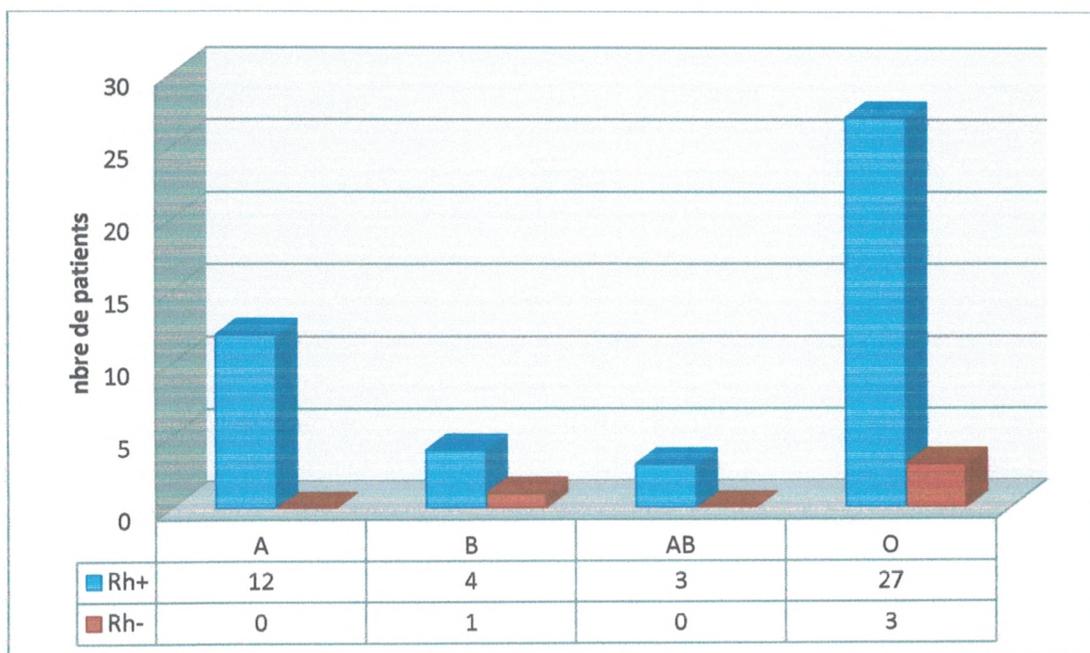


Commentaire : l'hémorragie digestive est rare chez le sujet jeune de moins de 25 ans. la médiane de survenu de l'hémorragique est à l'âge de 50 ans vu le terrain poly taré.



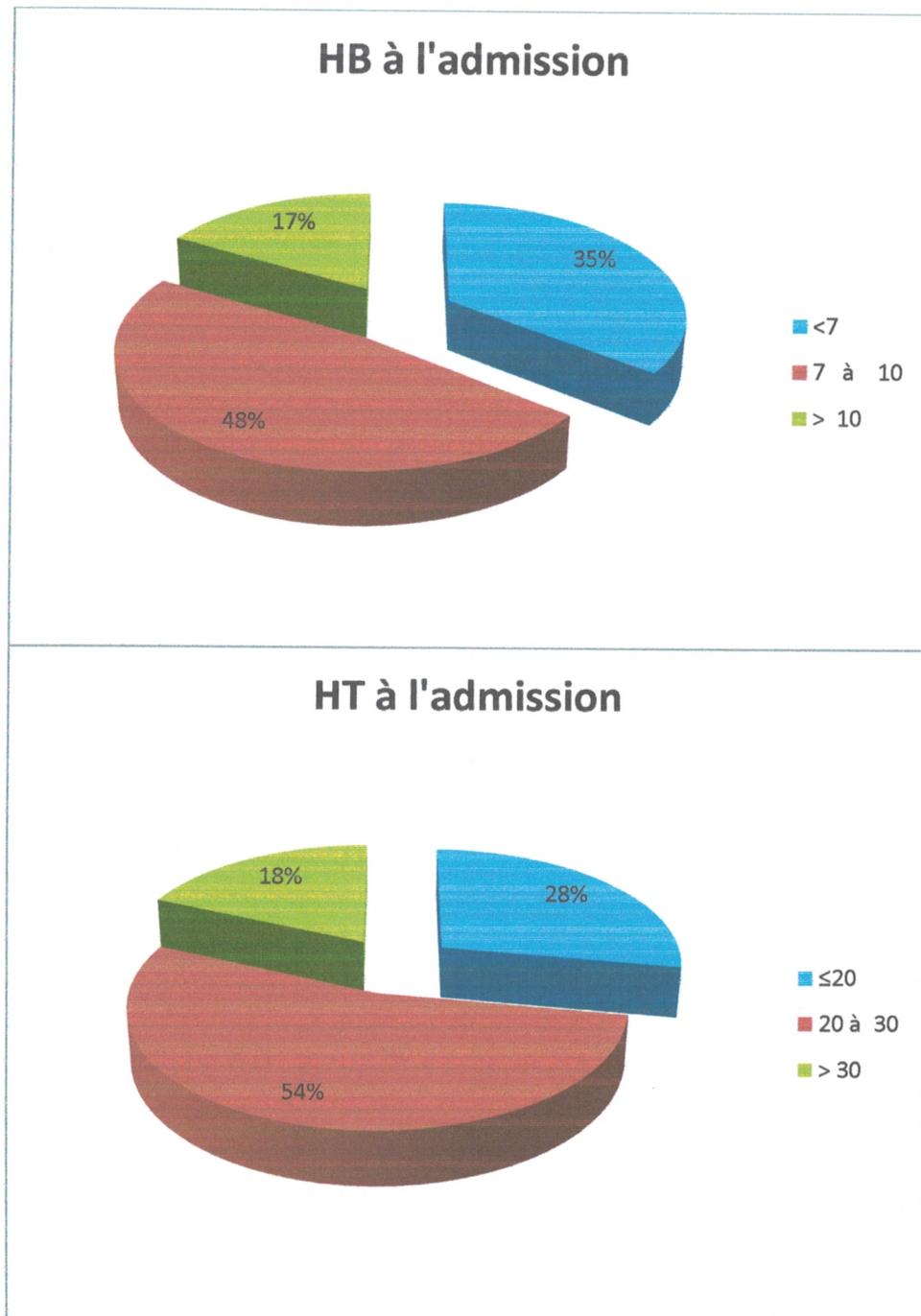
Commentaire : le pic de fréquence chez l'homme est situé entre 25-26ans, chez la femme entre 35-75ans.

3.groupage :



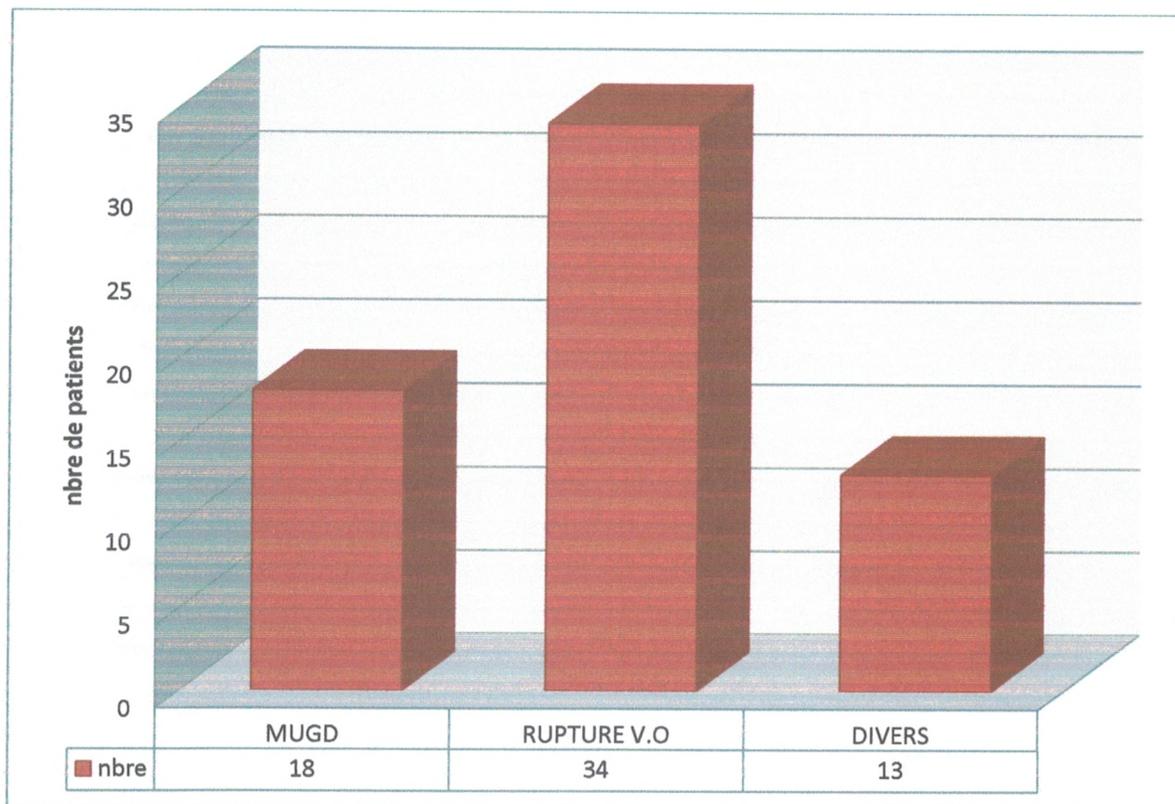
Commentaire : la majorité des patients ont le groupe sg O+ et A+ d' où l'intérêt de faire une communauté de récolte de sg.

4. la gravité selon les paramètres biologique :



Commentaire : environ 50% des patients présentent une hémorragie de moyenne abondance sur le plan biologique et uniquement 30% des patients ont été hospitalisé pour hgie sévère Hb <7 et HT<20%.

5.étiologie :

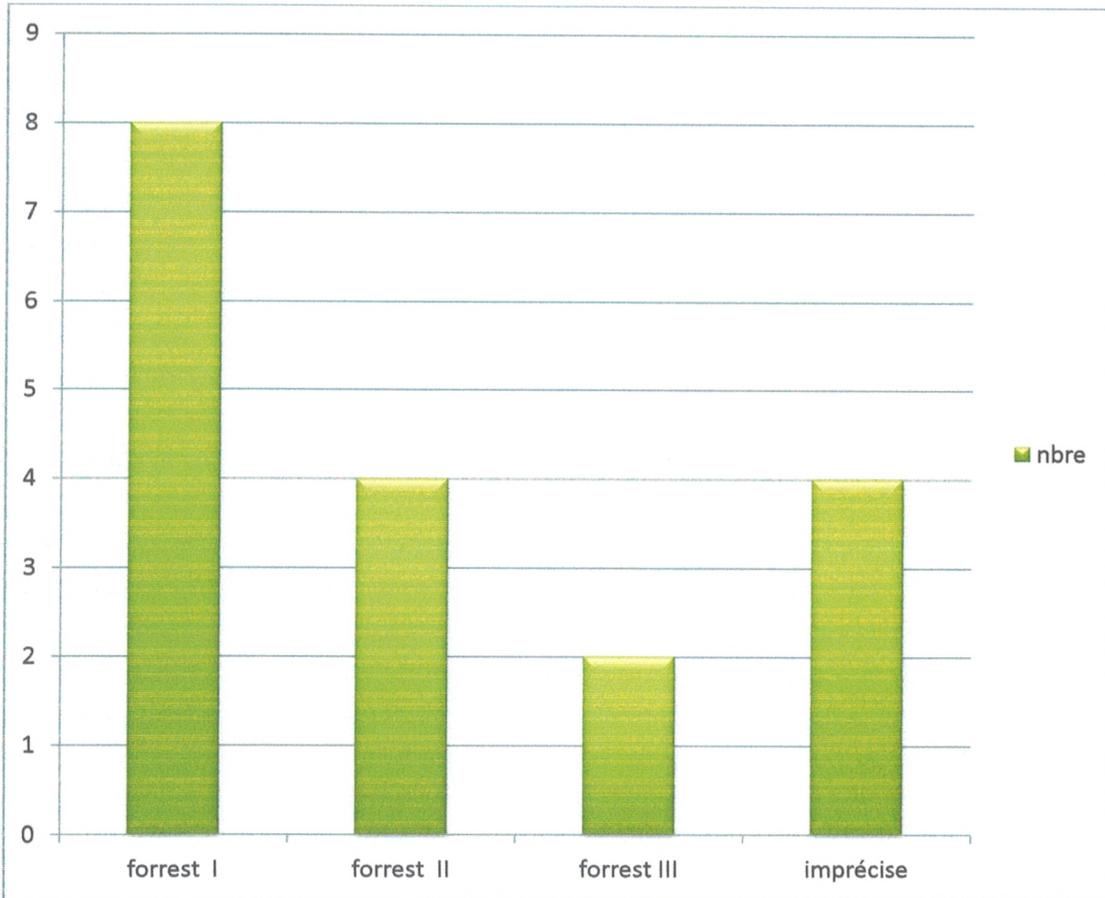


On a regroupé dans les étiologies **diverses** les patients qui présentent :

- _ Les gastrites aiguës.
- _ Les processus tumoraux.
- _ Les œsophagite.

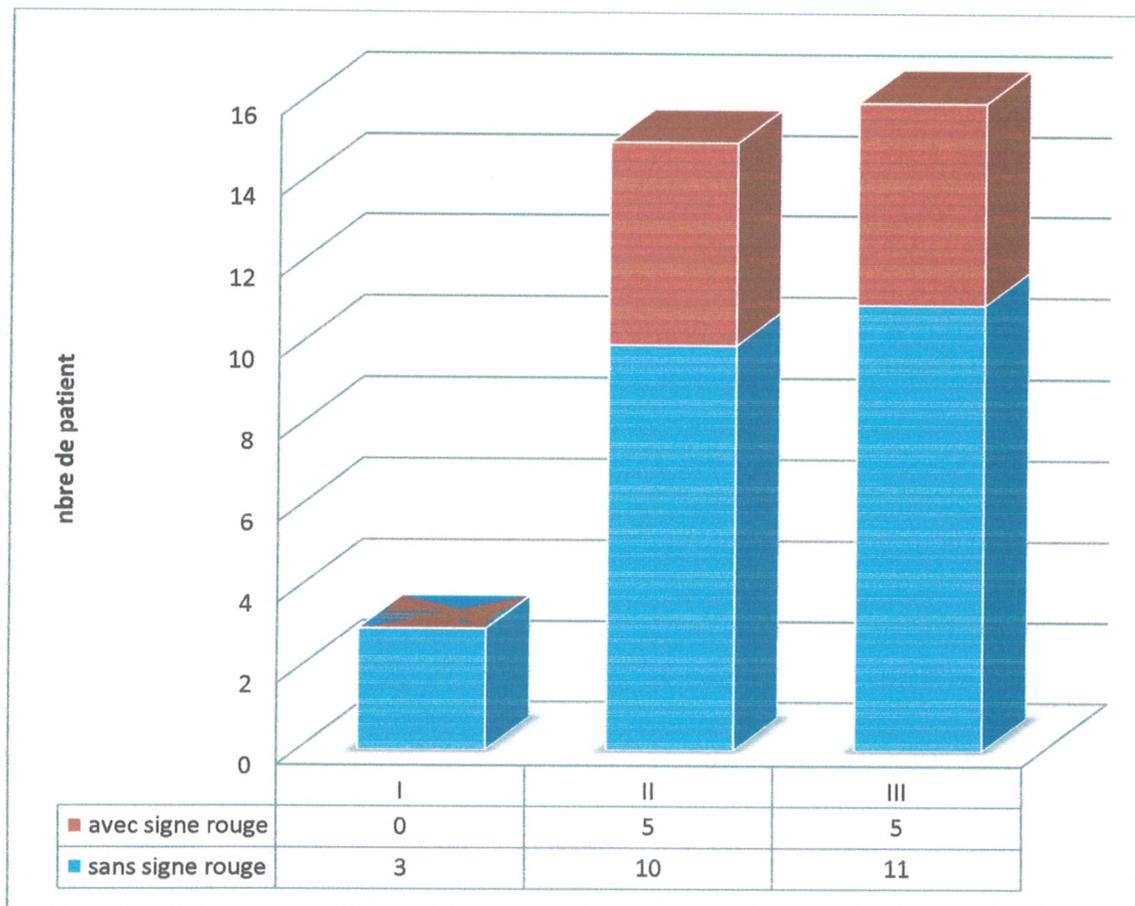
Commentaire :cette étude confirme la tendance théorique de la fréquence des hémorragie digestive d'origine ulcéreuse et par rupture de VO mais une prédominance de la rupture de VO qui est la cause la plus fréquente dans cette étude 52%.

6 .ulcère :classification de forrest



Commentaire : la majorité des patients présentent ulcère Forrest I 44,5 %, d où la possibilité de récidence et l'intérêt d'hospitalisation.

7.VO :grade



Commentaire : la majorité des patients hospitalisé pour hgie par RVO présentent des varices Grade II 44% et III 47%.

La moitié des patients qui ont VO grade II et III présentent « signe rouge ».

8 .prise en charge thérapeutique EN URGENC de HDH par rupture de VO :

Sondostatine :34

Sonde de blackmore :10

Ligature :01

Conclusion :

L'hémorragie digestive est un motif fréquent de la consultation avec une prédominance masculine.

L'âge de survenu est entre 25 et 65ans dont la moitié des cas c'est une hémorragie de moyenne abondance.

L'étiologie fréquemment retrouvé est :

- la maladie ulcéreuse gastroduodénale « Forrest I »
- rupture de varice œsophagien « grade II et III »

CONCLUSION

D'importants progrès ont été récemment réalisés dans le traitement des hémorragies digestives, en particulier dans l'hémostase endoscopique.

L'application de ces mesures a amélioré le pronostic de cette urgence digestive.

La stratégie thérapeutique peut être mise en oeuvre lorsque la prise en charge initiale a permis d'assurer ou de restaurer un état hémodynamique satisfaisant et d'apprécier les facteurs de comorbidité et l'existence d'une pathologie hépatique chronique qui influencent fortement la prise en charge des malades.

Elle dépend de l'individualisation de plus en plus précise de critères pronostiques cliniques et endoscopiques qui permettent d'effectuer les choix thérapeutiques et de définir le type et la durée d'hospitalisation.