

Faculté de Médecine d'Oran
Département de Médecine

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

Pr BOUKRISSA Merouane

UMC – CHU Oran

2020

DEFINITIONS

” **Hématémèse**

Rejet par la bouche de sang rouge (HD Haute)

” **Méléna**

Emission de selles noires nauséabondes –goudron, saepia- (HD haute ou basse)

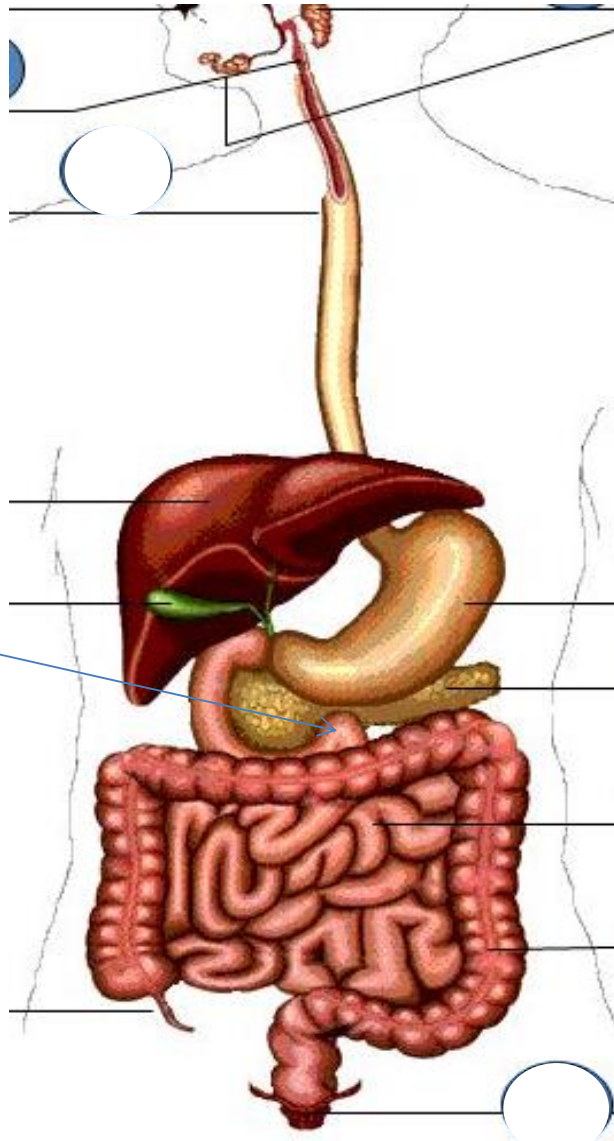
” **Rectorragies**

Emission de sang rouge par l’anus (HD basses ou hautes massives)

HD Haute

Angle
duodénojéjunal

HD Basse



- “ Hémorragies digestives hautes : 80%
- “ Hémorragies digestives basses: 20%

- “ Mortalité : 5 à 10%

CONDUITE PRATIQUE

1. Affirmer l'hémorragie
2. Apprécier la gravité
3. Mesures thérapeutiques

1. Affirmer l'hémorragie

- “ Interrogatoire et examen clinique
- “ Eliminer les autres diagnostics:

Hémoptysie

Sphère ORL: épistaxis déglutie puis vomie, saignement buccal

Un vomissement de couleur rouge (betterave, vin..)

Si état de choc avec anémie: penser à une hémorragie digestive

2. Apprécier la gravité

“ Signes de choc

- ✓ Hypo TA
- ✓ Tachycardie
- ✓ Polypnée
- ✓ Froideur des extrémités
- ✓ Marbrures
- ✓ Augmentation du temps de recoloration cutanée
- ✓ Oligo-anurie
- ✓ Troubles de la conscience

Examens paracliniques

” BIOLOGIE

” NFS et Pq

” TP, TCA, fibrinogène

” Groupage sg, RH

” Ionogramme

” Urée/créat

” Bilan hépatique: TGO/TGP, TP, bilirubine..)

” ECG

SURVEILLANCE

Monitorage cardiaque,
tensionnel et saturation
en O₂.



Réanimation

- “ Pose de 2 voies veineuses périphériques
- “ Oxygénothérapie ($SpO_2 > 92\%$)
- “ Transfusion si:
 - $Hb < 7\text{gr/dl}$
 - $Hb < 10\text{ gr/dl}$ chez le sujet âgé ou cardiopathie associée



” Pose d’une sonde nasogastrique

” En cas de doute

” Prévient l’inhalation de sang en cas de vomissements si troubles de la conscience

” Préparer une endoscopie digestive haute

COMPLÉTER L'INTERROGATOIRE

- “ Prise médicamenteuse: AINS, aspirine, anticoagulants
- “ Hépatopathie
- “ ATCD de maladie ulcéreuse ou d'hémorragie digestive

COMPLÉTER L'EXAMEN CLINIQUE

- “ Rechercher les signes de cirrhose
- “ Foie dur, signes d’hypertension portale, signes d’insuffisance hépatocellulaire.
- “ Ethylisme

Fibroskopie œso-gastro-duodénale

- “ Chez un malade stable sur le plan hémodynamique
- “ Perfusion de 250 mg IV d'érythromycine, 30 à 60 min avant l'endoscopie (stimule la vidange gastrique).

Lésions rencontrées

” 2 causes fréquentes

✓ **Ulcère gastroduodéal**

✓ **Hypertension portale**

” Causes moins fréquentes

✓ **Œsophagite**

✓ **Syndrome de Mallory-Weiss**

✓ **Tumeurs**

✓ **Ulcération de Dieulafoy**

ULCERE GASTRODUODENAL

” S’arrête spontanément dans 80% des cas

” Récidive chez 20%

” Endoscopie:

Diagnostic: Visualise et localise la lésion responsable du saignement

Pronostic: classification de Forrest

Classification de Forrest : description, fréquence moyenne des différents aspects endoscopiques et risques de récurrence hémorragique en l'absence de traitement endoscopique.

Forrest	Description	Prévalence (%)	Récurrence hémorragique (%)
I a	Hémorragie en jet	10	90
I b	Suintement diffus	10	10
II a	Vaisseau visible non hémorragique	20	50
II b	Caillot adhérent	20	20
II c	Taches pigmentées	10	5
III	Cratère à fond propre	30	2

Forrest I: hémorragie active

Forrest II: hémorragie récente

Forrest III: pas de signe d'hémorragie récente

TRAITEMENT

- “ Traitement endoscopique + IPP (bolus 80 mg)
- “ Trt endoscopique: clips, électrocoagulation, injection de sérum adrénaliné.

- “ Si échec: Reprendre un trt endoscopique
- “ Si échec: chirurgie (suture, antrectomie,...)
ou artériographie coelio-mésentérique avec embolisation par voie radiologique.

HTP (Hypertension portale)

- “ Cause majeure de décès au cours de la cirrhose
- “ Sandostatine IV (le plus précocement possible)
- “ Trt endoscopique: mise en place d'élastiques
- “ Antibiothérapie prophylactique des surinfections

MERCI

**CONDUITE A TENIR DEVANT
UNE HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE**