

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2004/N° 11

PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Vue par un Urgentiste à la Clinique d'Ankadifotsy (2002 – 2003) MEMOIRE

Présenté et soutenu le 18 Septembre 2004 à Antananarivo

Docteur RABETSITONTA Rahaingosoa Andrianambinina

Né le 30 Juillet 1961 à Antsirabe

Pour l'obtention de Diplôme Universitaire DU en Médecine d'Urgence

MEMBRES DU JURY : Président: Professeur RAMIALIHARISOA Angeline Juges: Professeur.
RANDRIAMIARANA Joël Professeur. FIDISON Augustin

Table des matières

..	1
RESUME .	5
SUMMARY . .	7
PERMIS D'IMPRIMER . .	9
GENERALITES .	11
1 DIAGNOSTIC . .	11
I.1.Hémorragies digestives hautes (1, 2, 3) . .	11
I.2. Hémorragie digestive basse (2, 3) . .	13
I.3. Hémorragies digestives non diagnostiquées par l'endoscopie conventionnelle .	15
II. CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE . .	15
II.1. Selon l'origine . .	15
II.2. Selon l'âge .	17
III <u>TRAITEMENT</u> (3, 5, 7, 13, 25) .	23
III.1. Conduite pratique immédiate (5) .	23
MATERIELS ET METHODES .	31
I. Matériels d'étude .	31
II. Méthodes .	31
RESULTATS. . .	39
I. PREVALENCE . .	39
I.1. Selon le sexe . .	39
.I.2. Selon l'âge .	40
I.3. Selon l'âge et le sexe . .	41
I.4. Selon le type d'hémorragie .	43
I.5. Selon l'habitude toxique . .	44
I.6. Selon l'antécédent pathologique : .	45

I.7. Selon le résultat de l'endoscopie digestive : .	45
II. Evolution .	48
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS . .	49
I. PREVALENCE : . .	49
I.1. Selon le sexe : . .	49
I.2. Selon l'âge . .	49
I.3. Selon l'âge et le sexe . .	50
I.4. Selon le type de l'hémorragie .	50
I.5. Selon l'habitude toxique . .	50
I.6. Selon l'antécédent pathologique .	50
I.7. Selon le résultat de l'endoscopie digestive : .	50
II. La prise en charge de l'hémorragie digestive .	51
II.1. Conduite thérapeutique : .	51
II.2. Le but du traitement : .	53
II.3. Evolution et pronostic .	53
SUGGESTIONS . .	55
CONCLUSION .	55
BIBLIOGRAPHIE . .	57
RESUME . .	59
SUMMARY .	59
PERMIS D'IMPRIMER .	59

DEDICACES

Je dédie ce Mémoire

A Dieu, l'Eternel Tout Puissant

A la mémoire de ma Mère

A ma Femme pour son encouragement sans faille

A ma Belle-mère, Belle-sœurs et Beau-frères

Sincères reconnaissances

A mes Frères et Sœurs, Nièces et Neveux

Respects

A notre Maître et Président de Jury

Madame le Docteur Angeline RAMIALIHARISOA

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie Réanimation
à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Chef du Service de Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique du Centre Hospitalier
Universitaire d'Antananarivo.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider cette Mémoire. Nous avons pu
apprécier votre qualité humaine.

« Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance »

A nos Maîtres et Honorables juges :

Monsieur le Docteur Joël RANDRIAMIARANA

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie Réanimation
à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Chef de Service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire
d'Antananarivo.

Monsieur le Docteur FIDISON Augustin

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie Réanimation
à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Directeur pédagogique au Service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalier
Universitaire d'Antananarivo

Pour le grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger notre travail.

Vos dévouements et vos compétences sont inégalables

« Veuillez recevoir ici l'expression de nos profonds respects et de nos vives
reconnaissances »

a notre recteur de l'université d'antananarivo

a notre maître et doyen de la faculté de médecine

d'antananarivo

Nos profonds respects

a tous nos professeurs et enseignants

a tout le personnel administratif

a tous les personnels et encadreurs du centre hospitalier

universitaire H.J.R.A

a tous les personnels et encadreurs du service de reanimation et des urgences

cenhosoa

Notre reconnaissance et sincères remerciements

a toute l'équipe de la Clinique des sœurs ankafidotsy

antananarivo

Vous aviez été plus qu'une famille pour nous,

Nos vifs remerciements pour votre soutien et votre encadrement

a tous les centres de documentation

a tous ceux qui ont contribué de près ou de loin

à l'élaboration de ce travail

Nos sincères remerciements

%:Pour cent

#:Inférieur ou égal

>:Supérieur

/:Par

°:Degré

μ /kg/mn :Micron par kilogramme par minute

1/3:Un tiers

2/3:Deux Tiers

A:Age

AINS:Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AVC:Accident vasculo-cérébral

Ca⁺⁺:Ion calcium

F:Féminin

F.R:Fréquence respiratoire

H⁺ :Ion hydrogène

HTA:Hypertension artérielle

J:Jour

K⁺:Ion potassium

l:Litre

M:Masculin

Mg++:Ion magnésium

ml:Millilitre

mmHg:Millimètre de mercure

mn:Minute

N°, n°:Numéro

OGD:Oesogastroduodénale

P:Pouls

RVO:Rupture de varices oesophagiennes

T.A:Tension artérielle

T°:Température

RESUME

Les hémorragies digestives représentent l'une des principales urgences dans la pathologie viscérale. Une hémorragie digestive active peut avoir un retentissement hémodynamique majeur et gravissime. C'est pourquoi de la précocité et de la qualité de la prise en charge initiale dépendent le pronostic ultérieur. Nous avons analysé les cas rencontrés à la clinique d'Ankadifotsy durant deux années de suites (2002 – 2003) pour en tirer des suggestions susceptibles d'apporter une amélioration de notre prise en charge de cette maladie.

Mot-clés : Hémorragies digestives – Endoscopie – Thérapeutique.

Directeur de la mémoire : Professeur RAMIALIHARISOA Angeline

SUMMARY

Name : RABETSITONTA Rahaingosoia Andrianambinina.

Title of the thesis : The digestive hemorrhage seen by Emergency

Digestive haemorrhage represents one of the main visceral pathology emergencies. An active digestive haemorrhage can have a considerable and extremely serious haemodynamic impact. That is the reason the subsequent prognosis depends on the initial treatment precocity and quality. We analyzed encountered cases at Ankadifotsy clinic during two years (2002 – 2003) to put out suggestions open to bring improvement of our treatment of this disease.

Key-words : Digestive hemorrhage – endoscopy – therapeutic

Director : Professor RAMIALIHARISOA Angeline

Author's Address : Dr RABETSITONTA Rahaingosoia - *Clinique des Sœurs Ankadifotsy*

PERMIS D'IMPRIMER

Lu et approuve

Le président du mémoire

Signé Professeur RAMIALIHARISOA Angeline

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé Professeur RAJAONARIVELO

GENERALITES

1 DIAGNOSTIC

I.1.Hémorragies digestives hautes (1, 2, 3)

I.1.1.Diagnostic positif

Les hémorragies digestives hautes se manifestent sous forme d'hématémèse et/ou de méléna, et/ou de rectorragie.

Il faut affirmer l'hémorragie par : ☐ Interrogatoire Précis

☐ Examen clinique complet.

Devant le méléna et la rectorragie, pour affirmer l'origine haute de l'hémorragie, il est nécessaire de mettre en place une sonde nasogastrique (3)

I.1.2.Diagnostics différentiels

Avant tout, il faut éliminer l'origine basse.

L'hématémèse doit être distinguée :

- ☐ d'une hémoptysie
- ☐ d'un épistaxis dégluti

Le méléna à différencier des selles noires dues à l'ingestion :

- ☐ de fer,
- ☐ de bismuth, de charbon,
- ☐ d'épinards.

I.1.3.Diagnostic étiologique

L'enquête étiologique s'effectue parallèlement aux mesures thérapeutiques d'urgence et nécessite la pratique d'une fibroscopie oesogastroduodénale.

A..L'interrogatoire précise :

l'âge

les caractères du saignement (début, fréquence, abondance, circonstance de survenue),

les antécédents : ☐ personnels :

d'ulcère ou d'une symptomatologie évocatrice d'hémorragie digestive à type de méléna, rectorragie ou hématémèse ;

d'intervention chirurgicale abdominale ou vasculaire ;

de troubles de l'hémostase connus ;

de maladie chronique du foie ;

familiaux : trouble de la coagulation ou vasculaire.

La prise de médicaments gastrototoxiques : AINS, aspirine, anticoagulants ;

L'existence de troubles digestifs récents : vomissements, douleurs abdominales ou épigastriques, pyrosis, dysphagie ;

L'existence de facteurs de risque de cirrhose : éthyisme, hépatite virale...

L'existence d'une altération récente de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement.

B.L'examen clinique recherche :

Les signes de mauvaise tolérance hémodynamique ou d'anémie : pâleurs, sueurs, décoloration des conjonctives, angoisse, agitation, soif, tachycardie, tension artérielle basse et pincée ;

Une masse palpable abdominale, épigastrique ;

Une douleur provoquée à la palpation de l'abdomen ;

Des signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale ;

Un anévrisme de l'aorte abdominale ;

Des télangiectasies cutanées ou muqueuses.

C.Les examens complémentaires :

La fibroscopie

Les autres examens complémentaires ne sont pas systématiques et dépendent des constatations de la fibroscopie :

Recherche d'un trouble congénital de l'hémostase par une étude approfondie de celle-ci,

Echographie abdominale à la recherche d'un anévrisme artériel,

Artériographie aortique coeliaque et mésentérique.

I.2. Hémorragie digestive basse (2, 3)

L'hémorragie digestive basse se définit par l'émission du sang par l'anus, provenant d'un segment intestinal situé en aval de l'angle de Treitz : le terme « RECTORRAGIE » est habituellement attribué à l'émission de sang rouge dont l'origine n'est pas exclusivement rectale et le terme « MELENA » à l'émission de sang noir.

I.2.1. Diagnostic positif

L'hémorragie digestive basse se reconnaît par l'issue de sang rouge ou noir par l'anus. après l'avoir suspecté par l'interrogatoire, l'inspection et (ou) le toucher rectal, il faut confirmer son origine basse et savoir en apprécier la gravité de manière à débiter rapidement un traitement.

I.2.2.Diagnostic différentiel

Le principal diagnostic différentiel de l'hémorragie digestive basse est l'origine haute, cause fréquente de méléna, voire de rectorragie (10 à 20% des cas) en cas de saignement actif abondant.

La mise en place d'une sonde nasogastrique permet le plus souvent d'éliminer l'origine haute. En cas de doute, une fibroscopie oesogastroduodénale doit être réalisée en urgence pour éliminer l'origine haute.

I.2.3. Diagnostic de gravité

La gravité s'évalue essentiellement sur l'hémodynamique. une hypotension orthostatistique isolée est en général le témoin d'une perte de 20% du volume sanguin, alors que la pâleur cutanéomuqueuse, en particulier celle des conjonctives, l'hypotension associée à une tachycardie témoignent d'une perte de 30% à 40% du volume sanguin.

Par ailleurs, 80% des hémorragies digestives basses aiguës cessent spontanément. Par conséquent, l'attitude diagnostique et thérapeutique dépend de l'abondance (modérée ou sévère) et du mode de survenue de l'hémorragie (continue ou récidivante).

I.2.4. Diagnostic étiologique

Des éléments simples de l'interrogatoire et de l'examen clinique permettent d'authentifier l'hémorragie digestive basse et d'orienter vers l'étiologie.

A Interrogatoire

L'âge moyen de survenue d'une hémorragie digestive basse est de 65 ans. C'est un élément essentiel d'orientation diagnostique. En effet, en cas d'hémorragie basse, la pathologie du sujet âgé est dominée par la diverticulose colique, le cancer colo-rectal, l'angiodysplasie et la colite ischémique, alors que celle du sujet jeune est dominée par les hémorroïdes, la fissure anale, le diverticule de Meckel, les maladies inflammatoires de l'intestin et les polypes familiales.

La recherche d'antécédents familiaux ou personnels peut orienter vers l'existence d'un cancer colo-rectal, d'une polypose intestinale ou d'une maladie inflammatoire.

Le type de rectorragie peut être précisé : la présence de sang sur le papier ou en dehors des selles oriente vers une lésion péri-anale, la présence de sang moultant les selles oriente vers une lésion ano-rectale ; au contraire, si le sang est mélangé aux selles, l'origine est soit un polype, soit un cancer de côlon gauche. De même, la notion de prise de température doit être précisée, car elle peut être responsable d'ulcérations thermométriques ano-rectales.

Les symptômes digestifs et les signes spécifiques associés sont autant d'éléments qui permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

B. Examen clinique

La palpation d'une masse abdominale oriente vers une pathologie tumorale de l'intestin grêle ou du colon droit.

L'existence d'une occlusion intestinale associée à un silence auscultatoire est parfois révélatrice d'un infarctus mésentérique.

De même, l'abolition des pouls distaux est en faveur d'une pathologie artérielle sous-jacente et doit faire évoquer la possibilité d'une artérite mésentérique associée, donc d'un infarctus mésentérique.

Une notion de cirrhose, la recherche d'une ascite, de signes d'intoxication alcoolique et d'insuffisance hépatocellulaire vers les causes d'hémorragies secondaires et d'hypertension portale, en particulier, les varices rectales en cas d'hémorragie digestive basse. L'exploration minutieuse de la marge anale, avec déplissement des plis radiés permet de détecter une fissure, une tumeur ou des hémorroïdes. Enfin, les touchers pelviens, en particulier le toucher rectal, permet d'authentifier l'hémorragie digestive basse, mais également de dépister une tumeur rectale.

C Examens complémentaires

L'anuscopie

La coloscopie

La radiologie de l'abdomen sans préparation ne garde qu'un intérêt mineur : elle peut

cependant informer sur la présence ou le volume d'un éventuel anévrisme de l'aorte abdominale susceptible d'être fissuré dans le jéjunum, mais également évocateur d'artérite.

La scintigraphie.

L'artériographie coelio-mésentérique.

Lavement baryté.

I.3. Hémorragies digestives non diagnostiquées par l'endoscopie conventionnelle

Les hémorragies digestives non diagnostiquées par l'endoscopie conventionnelle correspondent aux hémorragies dont le siège est situé au-delà du champ d'investigation de la fibroscopie gastrique et de la coloscopie. Ces hémorragies proviennent du grêle ou des voies bilio-pencréatiques. Elles représentent environ 5% des hémorragies gastro-intestinales.

En fonction de l'étiologie et du siège de la lésion, le tableau clinique est très variable ; il peut s'agir d'une hémorragie aiguë récidivante exteriorisée, le plus souvent, par voie basse sous forme de sang rouge, accompagnée d'un retentissement hémodynamique ou d'un méléna témoignant d'une hémorragie moins abondante ou d'un transit ralenti. Ces lésions peuvent également entraîner un saignement chronique microscopique responsable d'une anémie microcytaire hypochrome hyposidérémique. Les patients sont souvent multitransfusés et ont eu plusieurs fibroscopies gastriques et coloscopies normales.

II. CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE

II.1. Selon l'origine

II.1.1. Hémorragies digestives hautes (5)

Elles sont d'origine sous glottique, peuvent provenir de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum.

A Ulcères gastro-duodénaux

B Lésions gastro-duodénales aiguës non ulcéreuses

Les lésions gastro-duodénales aiguës toxiques

1 Les lésions gastro-duodénales aiguës de stress

2 Les hémorragies digestives dans le cadre de l'hypertension portale de la cirrhose

Les ruptures des varices oesophagiennes (RVO) représentent 10 à 30 % des hémorragies digestives hautes.

Chez les malades atteints d'hypertension portale, la répartition des causes varie de la façon suivante :

Rupture de varice oesophagienne (40 à 80 %) ;

Erosion gastro-duodénale (0 à 37%) ;

Ulcère gastro-duodénal (5 à 18%) ;

Oesophagite (2 à 4%) ;

Syndrome de Mallory Weiss (2 à 10%) ;

Gastropathie d'hypertension portale (8%) ;

II.1.2. Hémorragies digestives basses (2)

Elles proviennent du jéjunum, de l'iléon, du côlon ou du rectum. Elles peuvent s'extérioriser sous forme de méléna (sang noir) ou de rectorragie (sang rouge).

Nous nous intéressons aux hémorragies digestives abondantes qui justifient un traitement d'urgence. Les différentes causes sont résumées dans le tableau 1. Ce tableau montre les étiologies des hémorragies digestives basses classées selon la région d'origine du saignement. Dans le tableau 3, ces étiologies seront résumées avec leur fréquence respective.

TABLEAU 1 : ETIOLOGIE DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES BASSES ABONDANTES

PROGEN

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

Elargissement de la Fissure G I E

II.2. Selon l'âge

II.2.1. Chez l'enfant

A. Hémorragies digestives hautes (2, 6)

L'endoscopie est l'examen clé dans l'exploration des hémorragies digestives hautes de l'enfant, elle permet un diagnostic lésionnel dans près de 70 à 80% des cas.

Le tableau 2 regroupe les principales causes des hémorragies digestives hautes chez l'enfant.

TABEAU 2 : LES PRINCIPALES CAUSES DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES CHEZ L'ENFANT

LES
PRINCIPALES
CAUSES

DES
HÉMORRAGIES
DIGESTIVES HAUTES
CHEZ
L'ENFANT
Ulcères,
ulcérations
gastriques
et
duodénales
Lésions
aiguës
de
la
muqueuse
gastro-duodénale
Lésions
dues
à
l'hypertension
portale
Oesophagite
peptique
Syndrome
de
Mallory
-
WEISS

Source : La Revue du Praticien 1995 ; N° 45

B. Hémorragies digestives basses (2)

1 Nouveau-né et nourrisson

La maladie hémorragique du nouveau-né est parfois responsable vers le 2^{ème} ou 3ème jour de la vie d'hémorragie digestive importante.

La survenue d'une entérocólite ulcéro-nécrosante ou d'un volvulus total du grêle par anomalie de rotation est rarement responsable d'une hémorragie digestive marquée.

L'intolérance aux protéines du lait de vache et (ou) protéines de soja peut être responsable d'une colite plus ou moins sévère avec diarrhée sanglante. Elle survient dans les jours ou les semaines qui suivent l'introduction de ces aliments.

Les diarrhées d'origine infectieuse avec colites invasives (salmonelles, shigelles....) sont souvent sanglantes.

Une invagination intestinale aiguë peut se traduire par l'émission de selles

glairo-sanglantes, mais ce signe se trouve au second plan.

Une diverticule de Meckel se complique volontiers d'hémorragie dans cette tranche d'âge (65% avant 2 ans), surtout chez les garçons. Les hémorragies sont dues à une ulcération peptique de l'ion adjacent au diverticule de Meckel. Ce saignement est souvent massif, mais il peut être minime et récidivant.

2. Enfant âgé de moins de 6 ans

Les causes d'hémorragie digestive basse dans cette catégorie d'âge peuvent être variées, mais la plus fréquente est le polype juvénile.

Enfant de 6 à 18 ans

La diverticule de Meckel est l'une des causes les plus fréquentes. Le polype juvénile est exceptionnel après 10 ans.

A cet âge, les maladies inflammatoires (maladie de Crohn et surtout rectocolite hémorragique) peuvent entraîner des hémorragies basses qui ne constituent que l'un des symptômes de la maladie.

II.2.2. Chez l'adulte

Hémorragies digestives hautes (2)

Plus de 80% des hémorragies digestives aiguës proviennent du tractus digestif supérieur et s'extériorisent sous forme d'une hématomèse et (ou) d'un méléna. Les principales causes des hémorragies digestives aiguës de l'adulte figurent dans le tableau 3.

TABEAU 3 : LES PRINCIPALES CAUSES DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES CHEZ L'ADULTE

ERSIONS
(%)
55
écères
et
50
lérations
gastriques
ou
duodénales
Bésions
en
rapport
avec
une
hypertension
portale
Varices
oesophagiennes
Varices
cardio-tubérositaires
Gastrites
d'hypertension
portale
Gastrites
et
20
odénites
aiguës
Syndromes
de
Mallory
—
Weiss
Tumeurs
malignes
8
Estomac
Ampullome
Vatérien
Blernies
hiatales
5ompliquées
Desophagites
peptiques
compliquées
Exulcérations
simplex

de
Dieulafoy
Anomalies
vasculaires
Hémobilies
—
Wirsungorragies
Fistules
aorto-digestives

Source : La Revue du Praticien 1995 ; N°45

Les principales causes des hémorragies digestives hautes chez l'adulte sont classées en 2^{ème} Groupe selon que les lésions sont attachées ou non à l'hypertension portale.

1. Lésions hémorragies en dehors de l'hypertension portale

a) Ulcères et ulcérations gastriques ou duodénales

Maladie ulcéreuse gastro-duodénale

Ulcérations gastro-duodénales dans les situations de stress.

b) Autres causes

Syndrome de Mallory – Weiss

Oesophagite peptique compliquées

Hernies hiatales compliquées

Tumeurs malignes ou bénignes

Exulcération simplex de Dieulafoy

Gastrites et duodénites aiguës

Anomalies vasculaires

Hémobilies

Wirsungorragies

Fistules aorto-duodénales

2 Lésions associées à l'hypertension portale

a) Varices oesophagiennes et cardio-tubérositaires

Les hémorragies par rupture de varices oesophagiennes ou de varices cardio-tubérositaires compliquent l'hypertension portale dès lors qu'il existe un gradient porto-systémique de plus de 10 à 12 mmHg permettant la constitution d'anastomoses spontanées.

La responsabilité des varices cardio-tubérositaires dans les hémorragies digestives aiguës du cirrhotique augmente après sclérose endoscopique des varices oesophagiennes. Le saignement des varices cardio-tubérositaires est la principale cause

d'hémorragie digestive dans les hypertensions portales segmentaires.

b) Lésions de la muqueuse autres que les varices oesophagiennes

La responsabilité du saignement d'origine non variqueuse semble plus fréquente dans les cirrhoses avec insuffisance hépato-cellulaire majeure (sujet C de la classification de Child). La gastropathie hypertensive associée ou non à des ectasies vasculaires antrales est une cause rare d'hémorragie digestive aiguë

B Hémorragies digestives basses (2, 5)

Les hémorragies digestives basses abondantes correspondent au saignement d'une lésion située en aval de l'angle de Treitz, au niveau du grêle, du côlon, du rectum ou de l'anus.

Principales causes des hémorragies digestives basses

a) Hémorragies diverticulaires

b) Angiodysplasies intestinales

c) Colites hémorragiques

d) Hémorragies tumorales

e) Rectocolites hémorragiques

f) Rectocolites radiques

g) Hémorroïdes

h) Ulcérations rectales.

II.2.3. Chez les sujets âgés

A Hémorragies digestives hautes (6)

Ulcères

La proportion des sujets ulcéreux ayant dépassé l'âge de 65 ans varie de 12 à 15%. L'ulcère de l'estomac représente plus de la moitié des cas (54%). Les vieillards semblent être particulièrement exposés aux ulcères de grande taille, niches géantes de la petite courbure verticale. Les hémorragies surviennent plus fréquemment que chez l'adulte jeune. Le pronostic peut être grave, en raison de la fragilité du terrain, pour la même raison, la mortalité opératoire est nettement plus lourde que chez le sujet jeune. L'ulcère gastrique après 60 ans est plus fréquent chez la femme que chez l'homme (P. HILLEMAND)

B Hémorragies digestives basses (2, 3)

Les hémorragies digestives basses surviennent le plus fréquemment chez des sujets de plus de 60 ans. Dans cette tranche d'âge, la pathologie est dominée par :

1. la diverticulose colique, hémorragie diverticulaire

- 2.le cancer colo-rectal hémorragique, colite hémorragique
- 3.l'angiodysplasie intestinales
- 4.recto-colite hémorragique.

III TRAITEMENT (3, 5, 7, 13, 25)

Il y a une conduite pratique immédiate commune à toutes les hémorragies digestives avant d'entamer le traitement spécifique à chaque cause.

III.1. Conduite pratique immédiate (5)

Dans tous les cas, il faut rapidement :

S'assurer des 2 voies veineuses de préférence périphériques ;

Prélever du sang pour les déterminations suivantes : groupe ABO et rhésus, numération globulaire et des plaquettes, ionogramme, urée, créatinine, glycémie, étude de l'hémastase (temps de Quick, TCK) ;

Restaurer un état circulatoire correct pour transfusion de concentré globulaire isogroupe isorhésus, ou par la transfusion de colloïdes, en attendant les concentrés globulaires qui doivent être obtenus en quelques minutes ;

S'assurer d'une ventilation correcte, ce qui doit nécessiter une oxygénothérapie, voire une ventilation assistée par intubation ;

Mettre en place une sonde gastrique.

La sonde gastrique est nécessaire pour plusieurs raisons :

Vider l'estomac en cas d'hémorragie digestive haute afin d'éviter l'inhalation,

Rechercher l'origine haute de saignement en cas de rectorragie.

Cependant, l'absence de sang à la sonde gastrique n'élimine pas un saignement d'origine duodénale.

En fonction de la persistance ou de l'arrêt de l'hémorragie, on peut envisager trois situations :

1 L'hémorragie est active, son débit peut être estimé par le volume de colloïde et le nombre de concentrés globulaires nécessaires pour maintenir un état circulatoire correct.

L'état circulatoire qu'il faut tenir est fonction des tares préexistantes. Il est estimé aussi par la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la diurèse, en sachant que ces paramètres sont à interpréter en fonction de l'état de conscience du malade.

L'équipe chirurgicale et l'endoscopiste seront toujours prévenus. Dans la situation où l'hémorragie persiste et est responsable d'une instabilité circulatoire, le malade sera d'emblée confié au chirurgien.

2 L'hémorragie est active mais son débit faible et l'état circulatoire du malade est stable.

Le chirurgien et l'endoscopiste sont aussitôt prévenus. Certaines lésions responsables de l'hémorragie digestive haute peuvent bénéficier d'un traitement endoscopique : infiltration à l'adrénaline des ulcères gastro-duodénaux, sclérose ou obturation des varices oesophagiennes. Ces gestes ne sont envisageables que si l'hémorragie est suffisamment faible pour que l'état circulatoire du malade soit correct et que la lésion responsable puisse être vue.

Le malade est alors rapidement transféré en unité de soins intensifs spécialisés.

3 L'hémorragie s'est arrêtée, ce qui est le cas de 80% des hémorragies digestives hautes. Une récurrence peut survenir à un moment imprévisible et l'on doit être prêt à effectuer les mesures précédemment envisagées.

Le malade sera également transféré en unité de soins intensifs spécialisés.

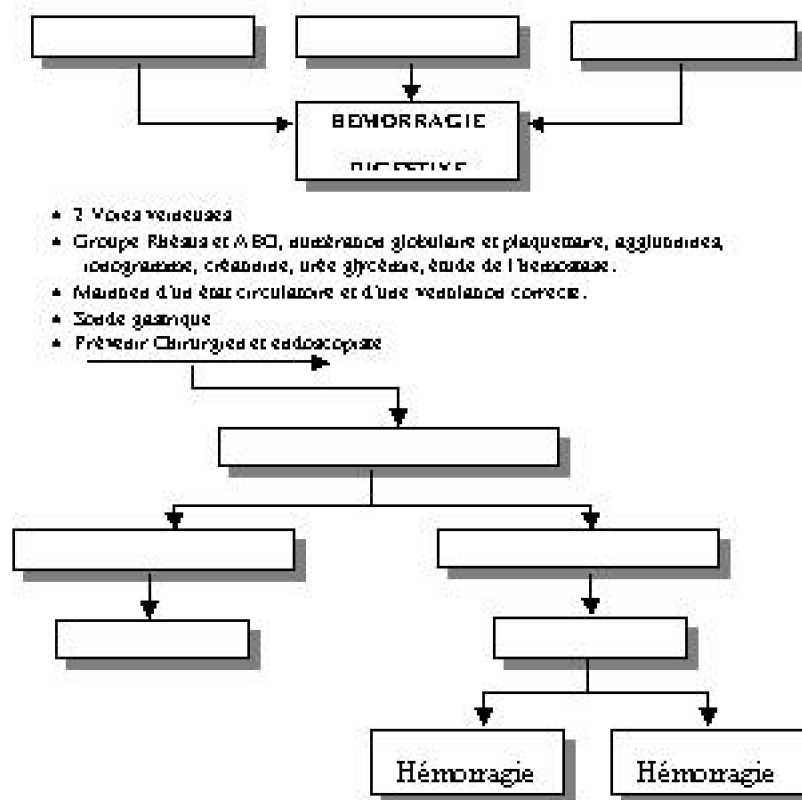


Figure 1 : Conduite à tenir devant une hémorragie digestive en unité de soins intensifs (5)

Source : Anesthésie-Réanimation d'aujourd'hui, Paris : 1990

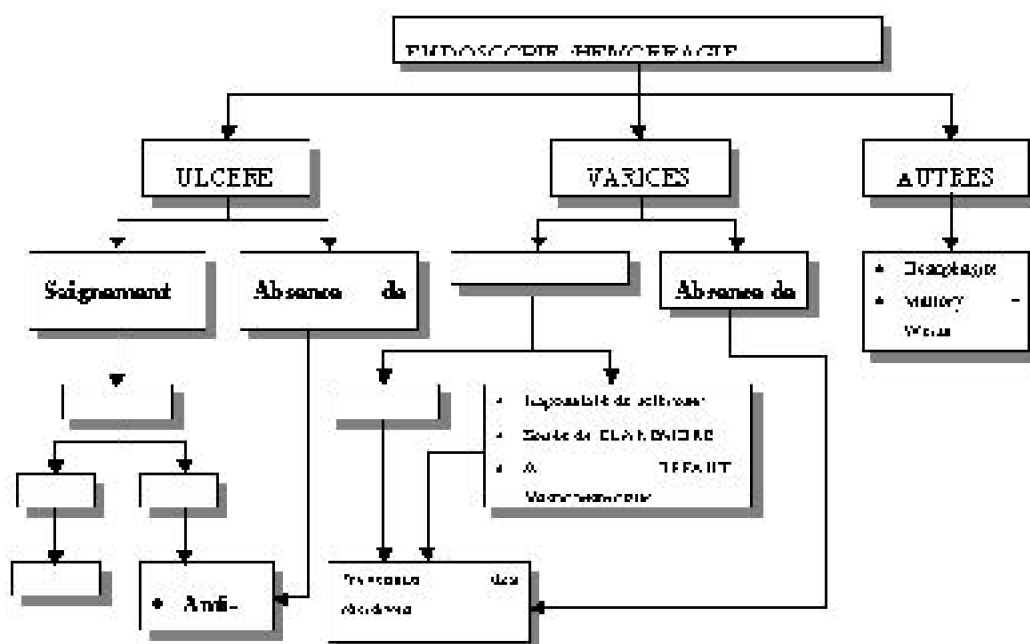


Figure2 : Conduite à tenir devant une hémorragie digestive haute

Source : Anesthésie-Réanimation d'aujourd'hui. Paris : 1990

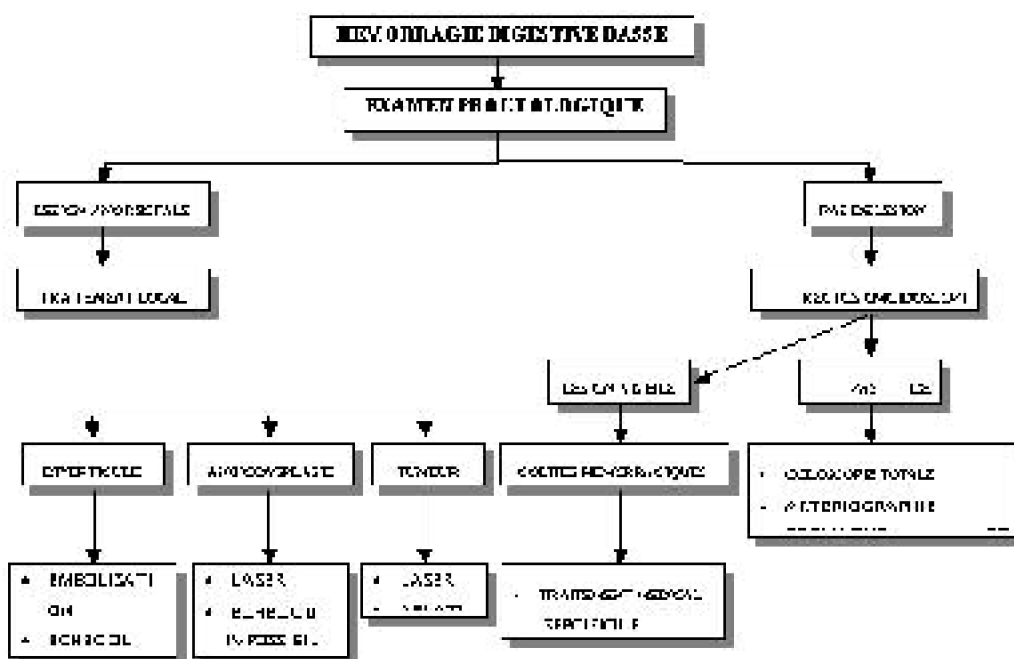


Figure 3: Conduite à tenir devant une hémorragie digestive basse

Source : Anesthésie-Réanimation d'aujourd'hui. Paris : 1990 III.2. Traitement selon l'étiologie (5,13)

III.2.1. Hémorragies digestives hautes

A Ulcères gastro-duodénaux

Traitement à visée hémostatique

a) Médicaments

Les antihistaminiques H2 et les prostaglandines E2 n'ont pas prouvé leur efficacité pour arrêter une hémorragie d'origine ulcéreuse.

Les agents antifibrinolytiques (acide tranéxamique) semblent diminuer le nombre d'unité de sang transfusé au cours des hémorragies digestives d'origine ulcère. Cependant, les effets secondaires de l'acide tranéxamique sont parfois sévères (thrombose veineuse en particulier).

La somatostatine n'est pas plus efficace que le placebo pour arrêter une hémorragie digestive active d'origine ulcéreuse.

La vasopressine et la glypressine n'ont pas prouvé leur efficacité en terme d'arrêt de l'hémorragie ulcéreuse.

b) Sclérose endoscopique

L'infiltration endoscopique des ulcères gastro-duodénaux s'effectue pendant l'acte en injectant un produit sclérosant au pourtour de l'ulcère. Les produits utilisés sont l'alcool absolu ; le polidocanol seul ou en association avec l'adrénaline.

c) Electrocoagulation

d) Laser YAG

e) Thermocoagulation par boule

f) Chirurgie

Un traitement chirurgical « d'hémostase » est effectué dans 8 à 15% des cas.

La technique chirurgicale varie en fonction du site de l'ulcère et de l'état du malade.

En cas d'ulcère duodénal, deux techniques sont utilisables :

La première consiste à faire une gastrectomie ou une antrectomie avec vagotomie,

La seconde comporte une suture de l'ulcère avec vagotomie troculaire et pyloroplastie, éventuellement accompagnée d'une ligature de l'artère gastroduodénale.

B Lésions gastro-duodénales aiguës non ulcéreuses (5)

1 Lésions gastro-duodénales aiguës toxiques

Le traitement repose sur les mesures symptomatiques habituelles et la suppression des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

L'usage des antihistaminiques a prouvé son efficacité dans la prévention de la survenue des lésions aiguës secondaires à la prise de salicylés, mais pas dans le traitement curatif des hémorragies.

2 Lésions gastro-duodénales aiguës de stress

Le traitement est essentiellement préventif. La nutrition entérale reste le traitement préventif de choix. Lorsqu'elle est impossible, on peut utiliser trois types de médicaments qui ont la même efficacité :

Les anti-acides à dose suffisante pour maintenir un $\text{pH} > 4$ (30 – 120ml toutes les heures),

Les anti- H_2 par voie parentérale mais ils favorisent la survenue des pneumopathies nosocomiales chez les malades ventilés, par l'augmentation du pH gastrique favorise la pullulation bactériennes,

La sucralfate qui reste le médicament préféré (à la dose de 1g toutes les 6h)

C Hémorragie digestive dans le cadre de l'hypertension portale de la cirrhose (5)

1 Mesures générales

Le remplissage vasculaire doit être prudent du fait que la pression portale est directement corrélée à la volémie, et que l'hypervolémie peut accroître le risque de récurrence hémorragique par rupture de varices oesophagiennes.

Il convient cependant d'obtenir une volémie correcte et suffisante pour maintenir une pression de filtration glomérulaire minimale.

Les voies d'abord périphériques sont préférables aux voies centrales qui sont non dénuées de risque chez ces malades.

Il est nécessaire d'assurer une diurèse correcte avec de la dopamine à doses dopaminérgiques ($2\mu\text{g/kg/min}$) ou du furosémide intraveineux, particulièrement chez les cirrhotiques ascitiques.

Des prélèvements pour examen bactériologiques doivent systématiquement être effectués : hémocultures, examen cytot bactériologique d'urine et de l'ascite. En effet, une infection bactérienne (infection d'ascite et bactérienne) est retrouvée chez 25% des malades cirrhotiques au cours d'une hémorragie digestive. « La nature de la relation hémorragie – digestive – infection bactérienne chez les cirrhotiques n'est pas clairement établie. »

Une encéphalopathie hépatique complique une hémorragie chez les cirrhotiques dans 20 à 30% des cas et doit être prévenue. Elle est favorisée par l'anémie, l'hypoxie, l'insuffisance rénale fonctionnelle et les sédatifs ; la prescription des sédatifs doit être proscrite.

La prévention de l'encéphalopathie hépatique a fait appel à diverses mesures : irrigation gastrique à haut débit, néomycine, lactulose, solution modifiée d'acides aminés, flumazénil. Seul, le flumazénil a démontré une certaine efficacité.

2 Procédés d'hémostase

a Tamponnement oesophagien

Il est réalisé par une sonde munie d'un ballonnet (sonde de Linton) ou de deux ballonnets (sonde de Blackmore). L'arrêt de l'hémorragie est obtenu dans 80 à 90% des

cas. Le seul effet secondaire grave est la pneumopathie d'inhalation dont la fréquence est d'environ 1%.

b Somatostatine – Vasopressine

L'efficacité de la somatostatine utilisée en bolus intraveineux a été récemment démontrée en terme d'arrêt de l'hémorragie.

Néanmoins, l'utilisation de ce produit ne diminue pas la mortalité et la morbidité de la rupture de varices oesophagiennes.

L'efficacité de la vasopressine n'est pas clairement démontrée et ce médicament est responsable d'effets secondaires importants, notamment cardiovasculaires.

c Sclérose endoscopique

Au cours d'une endoscopie, deux types d'injection intravariqueuse peuvent être effectuées : la sclérose, qui consiste à injecter dans les varices un agent détergent (polidocanol par exemple) et l'obturation qui consiste à injecter une colle qui polymérise au contact de l'eau (dérivé de cyanocrylate). Ces méthodes permettent d'obtenir une hémostase dans 85 à 95% des cas.

Elles sont plus efficaces que la vasopressine et le ballonnement. La sclérose ou l'obturation de varices oesophagiennes qui saignent est une technique délicate qui est au mieux réalisée par un endoscopiste expérimenté au sein d'une équipe spécialisée. Ceci souligne l'intérêt de transférer rapidement le malade en unité de soins spécialisés.

d Embolisation transhépatique

Cette technique consiste à obturer le ou les pédicules veineux alimentant les varices hémorragiques après cathétérisation transhépatique. Cette technique permet d'arrêter l'hémorragie dans 65 à 90% des cas. Elle se complique d'effets secondaires importants et elle est limitée dans sa faisabilité par des raisons techniques.

Elle constitue donc une méthode efficace à court terme mais pas toujours.

e Chirurgie

Le traitement chirurgical d'urgence des ruptures des varices oesophagiennes comporte les anastomoses porto-caves et les interventions sur les varices oesophagiennes.

Une hémorragie digestive chez un cirrhotique n'est pas toujours due à une rupture de varices oesophagiennes, ce qui justifie une endoscopie en urgence ; en cas de rupture de varices oesophagiennes, le meilleur traitement est la sclérose ou l'obturation des varices. Lorsque elle n'est pas disponible immédiatement, le traitement d'hémostase fait appel au ballonnement oesophagien avec éventuellement un médicament vasoactif (somatostatine).

III.2.2. Hémorragies digestives basses (5)

a Conduite initiale

L'attitude pratique est celle que l'on a devant toute hémorragie digestive. Qu'il s'agit d'une rectorragie ou d'un méléna, il faut toujours mettre en place une sonde gastrique

pour savoir s'il y a du sang dans l'estomac. Le premier examen à effectuer est une endoscopie oesogastroduodénale, même s'il s'agit de rectorragie apparemment isolée. En second lieu, on réalise un examen proctologique et une coloscopie totale.

b Hémorragies tumorales

Les polypes bénins ou malins sont accessibles à un traitement local perendoscopique : ablation à l'anse diathermique, électrocoagulation par laser. Une hémorragie persistante et importante doit faire suspecter une nature néoplasique.

Un traitement ultérieur, fonction de la nature histologique, sera réalisé une fois l'hémorragie stoppée.

Un traitement chirurgical « d'hémostase » sur les tumeurs est exceptionnellement nécessaire.

c Rectocolite hémorragique

Le traitement est basé sur la nutrition parentale exclusive, la corticothérapie générale et locale.

L'indication d'un traitement chirurgical pour hémorragie est exceptionnelle.

d Rectocolites radiques.

Aucune thérapeutique médicale n'est réellement efficace. Une colectomie d'hémostase est parfois nécessaire.

MATERIELS ET METHODES

I. Matériels d'étude

Nous avons rassemblé les dossiers des malades admises dans le service de Réanimation de la Clinique d'ankadifotsy pendant les années 2002 – 2003.

II. Méthodes

C'est une étude rétrospective ; nous avons analysé les données de 91 patients recensés ; composés de 58 hommes et de 33 femmes dont 3 enfants.

Nous avons relevé les différents critères suivants : l'âge, le sexe, le type de l'hémorragie, les habitudes toxiques, les antécédents pathologique, le résultat endoscopique.

L'objectif est d'estimer la fréquence de l'hémorragie digestive, son importance afin d'améliorer la qualité de la prise en charge thérapeutique et d'en tirer le rôle d'un urgentiste face à cette maladie.

Nous avons donc établi un tableau récapitulatif des dossiers suivants :

~~Mélanite~~ ~~Pathologie~~ ~~Pathologie~~

Déshydratation

~~Mélanite~~

gastrique

Mélanite

~~Mélanite~~

bulbaire

~~Mélanite~~

Face

Post

Bulbaire

~~Mélanite~~

(Amibe)

~~Mélanite~~

hémorragique

(Stade

II)

~~Mélanite~~

gastrique

Mélanite

~~Mélanite~~

alcaline

~~Mélanite~~

~~Mélanite~~

bulbaire

~~Mélanite~~

bulbaire

Mélanite

~~Mélanite~~

Oesophagienne

(Stade

II)

~~Mélanite~~

bulbaire

Mélanite

~~Mélanite~~

antral

Mélanite

~~Mélanite~~

~~Mélanite~~

gastrique

Mélanite

~~Mélanite~~

bulbaire

Mélanite

[illegible]

(Stade
 Méléna
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 Hémorragique
 Méléna
 en
 cout
 d'angle :
 Amibe
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 gastrique
 Méléna
 Méléna
 (Stade
 Méléna
 Méléna
 gastrique
 Méléna
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 gastrique
 Méléna
 hémorroïdaire
 (Grade
 II)
 Méléna
 Mallory-Weiss
 Méléna
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 bulbaire
 Méléna
 bulbaire

~~Ulcer~~ Mérose

creusant

Mérose

~~Ulcer~~ Mérose

erosive

~~Ulcer~~ Mérose

bulbaire

RESULTATS.

I. PREVALENCE

Les hémorragies digestives représentent 3,4% des malades hospitalisés en réanimation durant les deux années 2002 - 2003

I.1. Selon le sexe

Parmi les 91 cas observés ; 58 sont de sexe masculin, soit 63,4%

33 sont de sexe féminin, soit 36,26%

Nous constatons que les hommes sont plus atteints d'hémorragie digestive que les femmes.

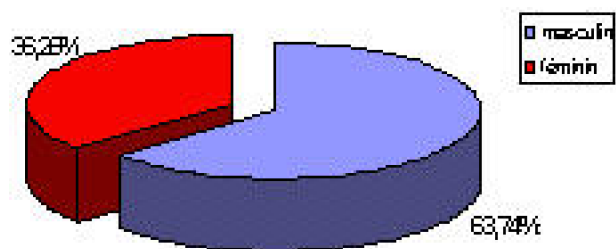


Figure 4 : Proportion des patients selon le sexe

.I.2. Selon l'âge

Tableau 4: REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE DE 10 ANS

Tranche d'âge (ans)	Nombre	Pourcentage (%)
0 à 10]	3	0,29
10 à 20]	5	1,49
20 à 30]	7	2,69
30 à 40]	10	6,58
40 à 50]	14	10,68
50 à 60]	23	21,08
60 à 70]	16	12,18
70 à 80]	7	7,69
80 à 90]	3	2,29

[0 à 10 ans]=3: Sujets âgés de 0 à 10 ans ou jeune enfant

[11 à 20 ans]=5: Sujets âgés de 11 à 20 ans ou adolescent et adulte jeune.

[21 à 30 ans]=61: Sujets âgés de 21 à 30 ans ou adulte.

[61 et plus]=22: Sujets âgés de 61 ans et plus ou sujet âgé.

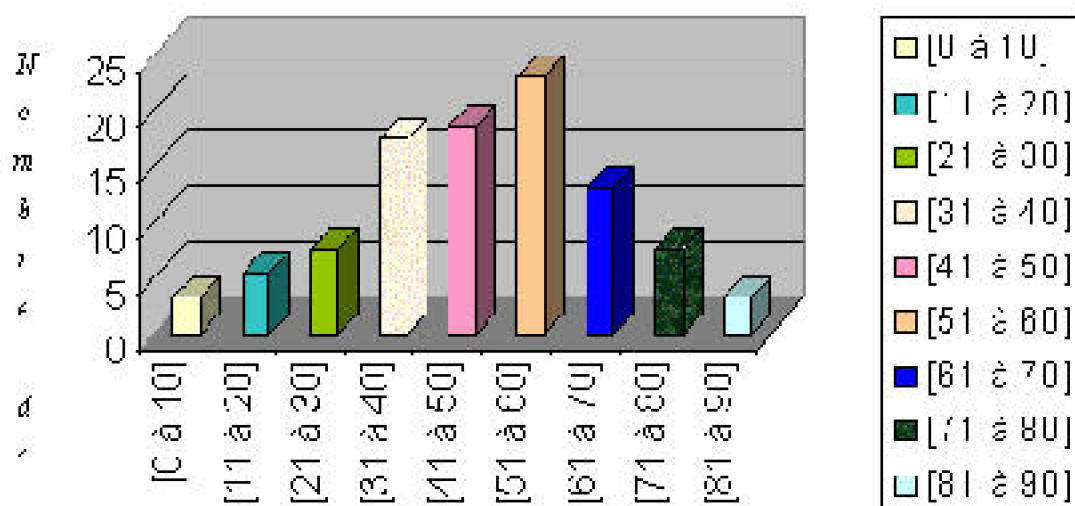


Figure 5 : Histogramme de la fréquence suivant l'âge

L'âge moyen est de 45 ans et demi, avec des âges extrêmes de 4 ans et 87 ans.

I.3. Selon l'âge et le sexe

Tableau 5: FREQUENCE SUIVANT L'AGE ET LE SEXE

Répartition par âge %
 0-29
 à
 10]
 14,49
 à
 20]
 26,69
 à
 30]
 36,58
 à
 40]
 49,68
 à
 50]
 58,08
 à
 60]
 62,18
 à
 70]
 7,69
 à
 80]
 8,29
 à
 90]

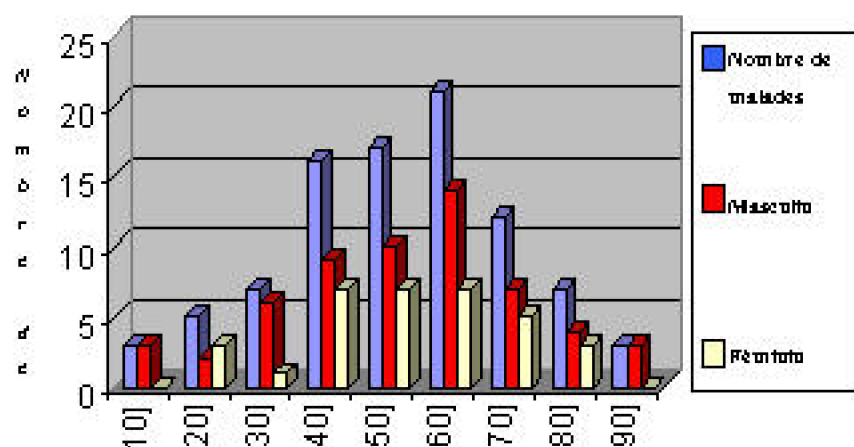


Figure 6 : Histogramme des fréquences en fonction de l'âge et du sexe

I.4. Selon le type d'hémorragie

- Sur les 91 observés :
- 05 patients ont présenté une hématémèse, soit 5,49%
 - 43 patients ont présenté un méléna, soit 47,25%
 - 34 patients ont présenté une hématémèse et un méléna, soit 37,36%
 - 9 patients ont présenté une rectorragie, soit 9,89%

Tableau 6: FREQUENCE SELON LE TYPE D'HEMORRAGIE

Type d'hémorragie	Nombre de cas	Pourcentage
Hématémèse	5	5,49%
Méléna	43	47,25%
Hématémèse & Méléna	34	37,36%
Rectorragie	9	9,89%

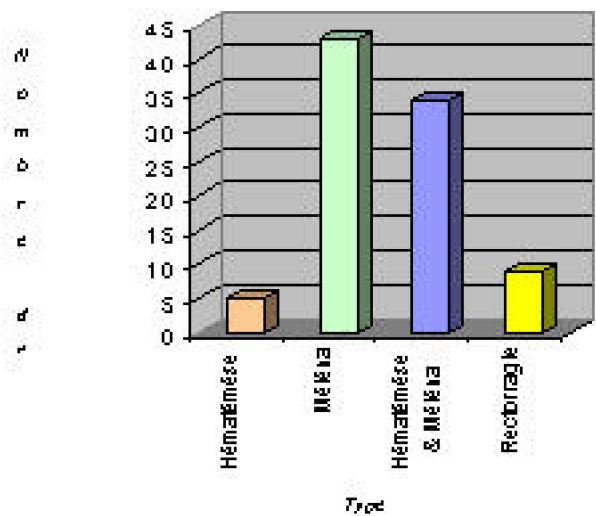


Figure 7 : Histogramme de la fréquence suivant le type d'hémorragie

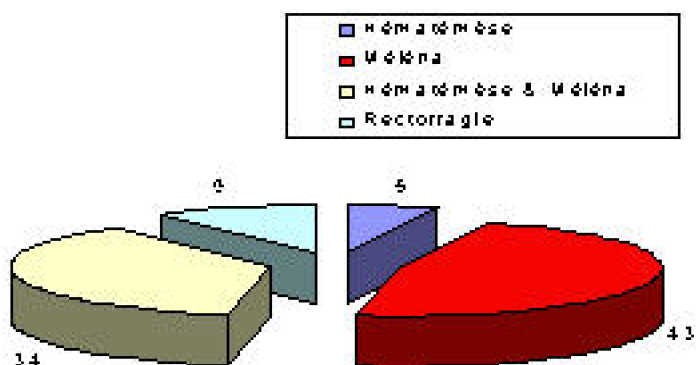


Figure 8 : Proportion des patients selon le type de l'hémorragie

I.5. Selon l'habitude toxique

Tableau 7 :

Recherche	
toxique	
casier	
au	
91	
cas	
1998-2000	
Épidémiologie	
72-87-21-24-26-33-55-70-72	
Épidémiologie	
81-95-35	
6-46-53-66-85	
médicaments	
AINS	
-	
ASPIRINE	
5-75	
cas	
habitude	
toxique	
cas	

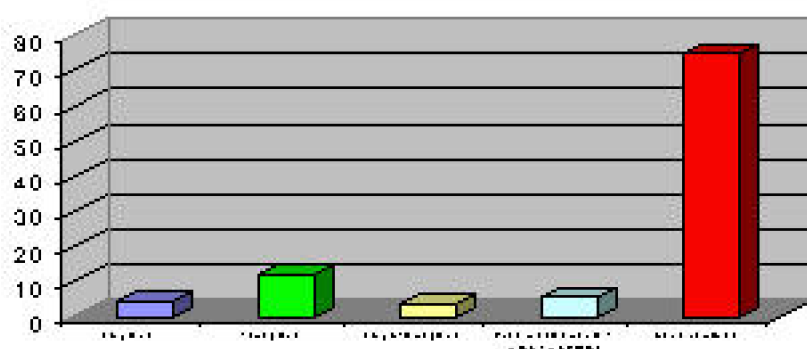


Figure 9 : Histogramme de la fréquence suivant l'habitude toxique

I.6. Selon l'antécédent pathologique :

Tableau 8 :

Antécédent pathologique	Fréquence
Ulcère ancien	4,39
Hémorroïde	2,19
Œsophagite	4,39

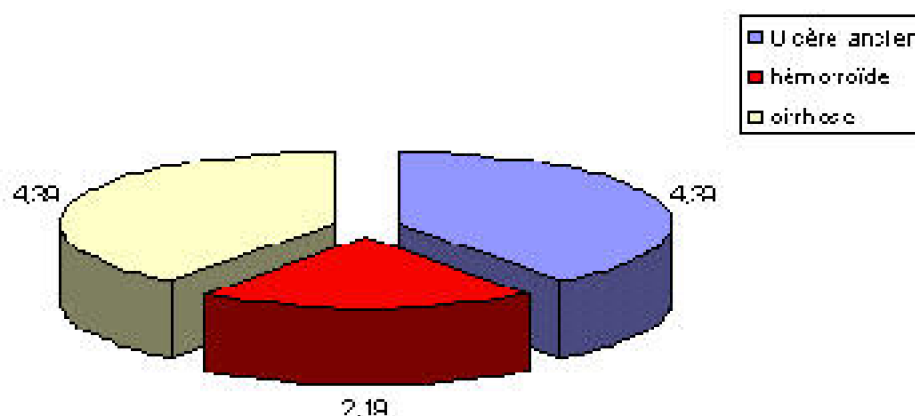


Figure 10 : Proportion des patients selon l'antécédent pathologique
Figure 10 : Proposition des patients selon l'antécédent pathologique

I.7. Selon le résultat de l'endoscopie digestive :

I.7.1. Selon le résultat de l'endoscopie digestive haute :

Tableau 9 :

Pour la région
européenne
Weiss
56 nombre
59005 pourcentage
par
rapport
au
résultat
fibroscopie
haute
des
79
cas
59005 pourcentage
résultat
des
91
cas

Figure 11. Histogramme de la fréquence suivant le résultat de l'endoscopie digestive haute

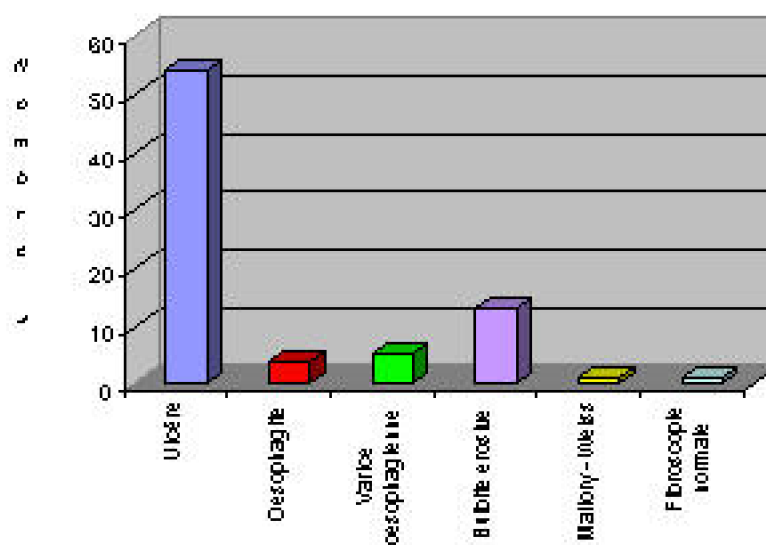


Figure 11 : Histogramme de la fréquence suivant le résultat d'endoscopie digestive haute

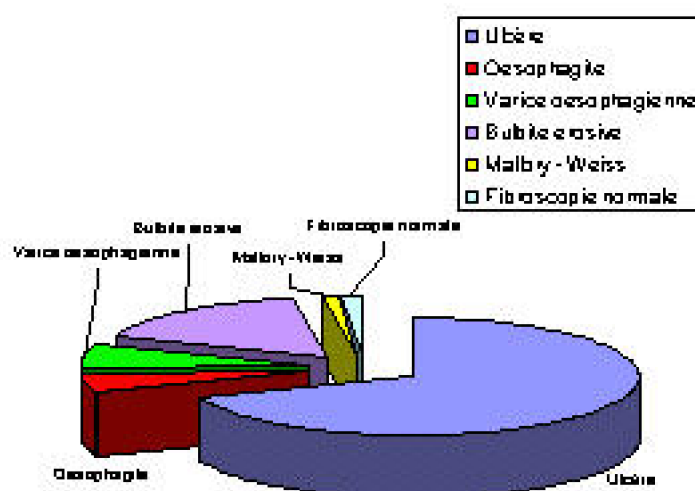


Figure 12: Proportion des patients selon le résultat de l'endoscopie haute

I.7.2. Selon le résultat de l'endoscopie digestive basse

Tableau 10 :

Région	Asie
Niveau	hémorragique
Nombre	12
Proportion	70,00%
sur	12 cas
Proportion	7,09%
sur	91 cas

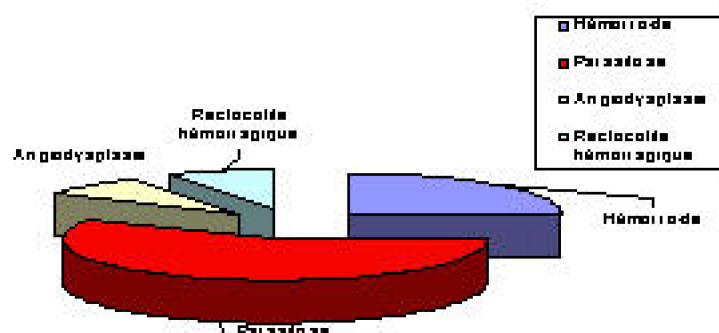


Figure 13 : Proportion des patients selon le résultat d'endoscopie digestive basse

II. Evolution

Tableau 11:

Evolution (%)
de
dossier
90,10
de
l'hémorragie
48,55-58,84
chirurgicale
5,55-8-50-80
Dés

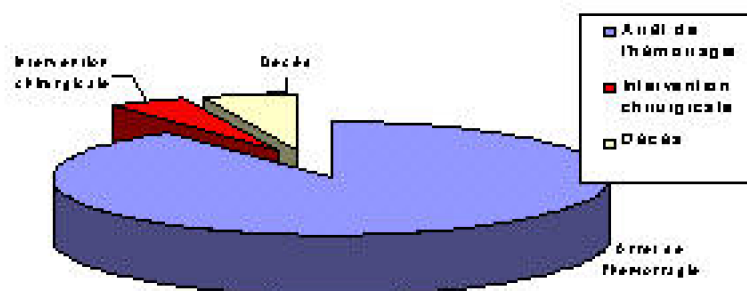


Figure 14 : Proposition des patients suivant l'évolution des maladies

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. PREVALENCE :

I.1. Selon le sexe :

La fréquence des hémorragies digestives est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Plusieurs facteurs expliquent cette différence latente chez les hommes :

les habitudes toxiques : le tabagisme de même que l'éthylisme chronique

les habitudes alimentaires

le mode de vie

Bref une règle hygiéno-diététique malsaine

I.2. Selon l'âge

Toutes les catégories d'âge peuvent être atteintes mais la forte proportion se trouve dans la tranche d'âge des adultes jeunes.

I.3. Selon l'âge et le sexe

Le taux le plus élevé des hémorragies digestives se situe à l'âge adulte, plus particulièrement chez les hommes 63,74%

I.4. Selon le type de l'hémorragie

La méléna représente l'aspect clinique la plus représentative des hémorragies digestives.

I.5. Selon l'habitude toxique

Le tabac : bien que le pourcentage n'est pas significatif ; 11 cas sur 91 patients. Les études menées antérieurement par des épidémiologistes ont montré le rôle non négligeable du tabac dans l'apparition de l'ulcère.

L'alcool : par contre en même temps l'apparition des ulcères mais surtout la survenue des cirrhoses avec ses conséquences sur la circulation porto-cave. Les varices oesophagiennes et gastriques qui risquent toujours de se rompre.

La prise de médicaments gastro-toxique chez un terrain ulcéreux mais qui malgré la mise en garde des gravités possibles des manifestations gastro-intestinales n'ont pas pris en compte l'avertissement .

I.6. Selon l'antécédent pathologique

L'hémorragie digestive survenant chez des patients qui ont été déjà victimes d'un ulcère connu s'explique, soit par:

- L'inobservance des règles hygiéno-diététiques imposées.

- Un traitement inadéquat mal suivi (*dose – durée*)

- Absence de contrôle (fonction du résultat de la fibroscopie)

- L'alcool éthylique entraîne 3 types de lésions hépatiques :

 - L'hépatite

 - La steatose

 - La cirrhose

- L'hémorroïde et leur complication hémorragique sont favorisées par les troubles du transit digestif ou parfois des suppositoires irritants.

I.7. Selon le résultat de l'endoscopie digestive :

I.7.1. Selon le résultat de l'endoscopie digestive haute

L'endoscopie digestive haute est le seul examen d'investigation qui permet de préciser l'étiologie de l'hémorragie. presque tous les cas admis à la Clinique ont été examinés.

L'ulcère représente la plus forte proportion des lésions observées avec 68,35% des cas suivis par :

Bulbite érosive 16,45%

Varice oesophagienne 6,33%

Oesophagite 5,06%

Syndrome de Mallory – Weiss 1,26%

Fibroscope normale 1,26% car la méléna n'était autre que du sang dégluté après épistaxis

I.7.2. Selon le résultat de l'endoscopie digestive basse

Le parasitose ou plus précisément l'amibiase vient en première position avec 58,33% des cas suivi des:

Hémorroïdes 25%

Angiodysplasie 8,33%

rectocolite hémorragique 8,33%

II. La prise en charge de l'hémorragie digestive

II.1. Conduite thérapeutique :

II.1.1. Dès l'admission du malade

A Affirmer le diagnostic

B Evaluer la gravité de l'hémorragie, son ancienneté

C Diagnostic lésionnel

A Affirmer le diagnostic :

Interrogatoire précisera la nature de l'hémorragie, son ancienneté.

Les circonstances de découverte peuvent être un malaise inexpliqué ou un état de choc.

Eliminer les autres causes tels que les hémoptisies, les hémorragies bucco-pharyngées, les épistaxis déglutées.

B Evaluer la gravité initiale :

Elle dépendra de l'abondance de l'hémorragie , des lésions associées.

Rechercher les signes d'hypothermie et de l'anémie :

Apprécier le retentissement hémodynamique par la prise des paramètres vitaux : Tension Artérielle, Pouls, Température, Fréquence respiratoire.

Rechercher les signes d'atteinte hépatique car il y a une relation étroite entre la gravité de l'hémorragie digestive et la gravité de l'insuffisance hépatique.

C Diagnostic lésionnel :

confirmé par la fibroscopie

II.1.2. Prise en charge thérapeutique initiale

Reconstituer une oxygénation tissulaire satisfaisante en restaurant la volémie et en oxygénant le patient.

La pose d'une plusieurs voies veineuses pour le remplissage vasculaire ou une éventuelle transfusion sanguine.

La pose d'une sonde gastrique est indispensable et le repos digestif complet au début du traitement.

Faire un prélèvement en urgence pour le groupage, l'hémogramme, la numération formule sanguine, plaquette, le bilan de coagulation, bilan hépatique complet, l'ionogramme, l'azotémie et la glycémie.

La correction des troubles hydro-électrolytiques et de la coagulation.

Lavement évacuateur.

Antibiothérapie pour prévenir une encéphalopathie.

Prévoir la fibroscopie le plus tôt possible.

Mesure thérapeutique spécifique, c'est le cirrhotique :

Eviter d'induire par une correction totale l'hypovolémie car l'augmentation de la pression portale risque la reprise hémorragique . l'objectif est de maintenir la pression moyenne de l'ordre de 80mm de Hg, pour préserver la perfusion tissulaire.

Les dérivés des vaso-pressines

La somatostatine et ses dérivés de synthèses

La mise en place d'une sonde de tamponnement : sonde de Blackmore

II.1.3. Les éléments de surveillance :

Etat de conscience

Diurèse

Surveillance sous Scope : tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, E.C.G...

Surveillance de l'état des selles

L'efficacité du traitement sera basée sur :

La stabilité de l'état hémodynamique

La recoloration des téguments

L'évacuation des selles normaux en 24 heures.

L'absence de sang dans le lavage gastrique.

II.2. Le but du traitement :

Dès l'admission : le jeûne digestif est une règle absolue

La perfusion : pour la rééquilibration des troubles hydro-électrolytiques et le rétablissement de l'état général

La transfusion pour remplacer le sang perdu

L'antibiotique pour lutter contre les *helicobacter pylori* et les autres germes en cas d'ulcère

L'anti-acide : pour diminuer la sécrétion gastrique acide et favoriser la cicatrisation de la lésion ulcérée.

L'hémostatique : pour arrêter l'hémorragie

Les ions : pour compenser les diverses pertes ioniques et pour lutter contre l'asthénie.

Les jours suivants : on applique le même traitement puis réintroduction progressive de régime lacté froid au bout de 48 Heures en fonction de son état.

TRAITEMENT PALLIATIF

Sédatif pour le stress

Antispasmodique pour calmer les douleurs sous jacentes

Antipaludien après une transfusion sanguine pour prévenir un accès palustre

II.3. Evolution et pronostic

II.3.1. Arrêt de l'hémorragie

L'arrêt spontané de l'hémorragie est très fréquent

L'efficacité du traitement dépend de plusieurs facteurs :

L'âge : les sujets âgés ont du mal à récupérer par rapport au sujet jeune,

Le terrain : les antécédents toxiques,

La notion de prise de médicaments

La présence de pathologie sous jacentes

Tous ces éléments influent sur la rapidité de l'arrêt de l'hémorragie

II.3.2. Intervention chirurgicale

Une chirurgie exploratrice a été décidée chez 4 patients, soit 4,39%.

Soit parce que l'hémorragie n'a pas été tarie (perforation gastrique)

Soit parce que le cas nécessite une cure chirurgicale évidente (hémorroïde hémorragique)

II.3.3. Décès

5 cas, soit 5,49%.

Ce cas s'expliquait, soit par la précarité de l'état du patient dès son admission.

Il faut noter également que la non disponibilité du sang isogroupe en urgence, par rupture de stock au niveau de la banque de sang pose un énorme problème pour un urgentiste.

SUGGESTIONS

Malgré l'acquisition de matériels modernes, les ressources humaines restent le principal atout pour assurer une prise en charge efficace d'une hémorragie digestive.

Il faut que les urgentistes (médecin, infirmier, aide-soignante) sachent travailler de concert et doivent acquérir les compétences nécessaires pour faire face à l'urgence. De la précocité et de la qualité de la prise en charge initiale dépendent le pronostic ultérieur. Toutefois, la prévention reste le meilleur moyen pour combattre cette pathologie.

Une bonne éducation de la population pour garder une bonne hygiène de vie, éviter le stress, réprimer les mauvaises habitudes telles que le tabagisme ou l'alcoolisme et enfin ne pas abuser de certains médicaments gastro-toxiques.

Formation et recyclage des médecins généralistes pour une meilleure approche du diagnostic lésionnel.

Renforcement de la capacité d'action des services d'urgence mobile existants comme l'Espace Médical en attendant la mise en place d'un vrai Service d'Aide Médical d'Urgence (**SAMU**) à Madagascar

CONCLUSION

Les hémorragies digestives représentent encore de nos jours un problème majeur.

La prise en charge préhospitalière est fondamentale. Elle nécessite une bonne appréciation clinique de la lésion qui saigne.

Le pronostic sera fonction de l'étiologie et des pathologies associées mais également de la précocité et de la qualité de la prise en charge initiale.

Nous avons analysé les cas rencontrés à la Clinique d'Ankadifotsy durant deux années de suite pour en déduire que c'est une pathologie encore mortelle et dangereuse.

Les modalités thérapeutiques disponibles dépendent des étiologies certes mais également de l'existence d'une équipe d'urgentiste compétente qui amélioreront les chances de guérisons des malades

BIBLIOGRAPHIE

- Berrebi W, Gepner E. Hémorragie digestive. Hépatogastro-entérologie. Paris : Medline, 1996 : 201 – 209.
- Hochain P, Colin R. Epidémiologie et étiologie des hémorragies digestives aiguës en France. Rev Prat 1995 ; 45 : 2277 – 2282.
- Boudet MJ, Lacaine F. Diagnostic et traitement des hémorragies coliques et ano-rectales. Rev Prat 1995 ; 45 : 2307 – 2311.
- Naveau S, Aubert A. Hémorragies digestives non diagnostiquées par l'endoscopie conventionnelle Rev Prat 1995 ; 45 : 2313 – 2318.
- Bernard B, Vall D. Hémorragies digestives. In : Carli P, Riou B eds. Urgences Médico-Chirurgicales de l'adulte. Paris : Arnette, 1990 : 328 – 339.
- Cornet A, Terris G Variétés anatomo-cliniques des ulcères gastriques et duodénaux. Encycl Méd Chir, Estomac – Intestin (Parsi, France), 1965 , 9021 D¹⁰
- Bretagne JF. Indications thérapeutiques dans l'hémorragie des ulcères duodénaux et gastriques. Rev Prat 1995 ; 45 : 2297 – 2302.
- Randrianarijaona **PJM**. La prise en charge des hémorragies digestives par rupture des varices oesophagiennes dans le service de réanimation chirurgicale III de l'HJRA (à propos de 8 cas). Thèse Méd, Antananarivo 1996 ; N° 4071.
- Offenstadt G, Maury E, Guidet B. Hémorragies gastro-duodénales de stress en réanimation. Rev Prat 1995 ; 45 : 23303 – 2306.

- Baudin F, Ozier Y. Critères d'hospitalisation des hémorragies digestives en unité des soins intensifs. Sem Hôp Paris 1995 ; 71 N°31 – 32 : 937 – 940.
- Cherqui D, Castaing D. les hémorragies digestives hautes massives. In : Belghiti J eds. Chirurgie digestive et réanimation Parsi : Masson, 1989 ; 45 – 63.
- Sogni Ph. Traitements pharmacologiques des hémorragies digestives à la phase aiguë chez les malades atteints de cirrhose. Sem Hôp. Parsi : 1995 ; 71 : N°31 – 32 : 941 – 944.
- Dousset B. Traitement chirurgical des hémorragies digestives ulcéreuses. Sem Hôp. Parsi 1995 ; 71, N° 31 – 32 : 963 – 965.
- Dousset B. Traitement chirurgical des hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes. Sem Hôp. Parsi 1995 ; 71, N° 31 – 32 : 957 – 962.
- Valla D. Traitement des hémorragies digestives de l'hypertension portale non cirrhotique. Rev Prat 1995 ; 45 : 2293 – 2296.
- Rasolofo B. Les Ulcères de stress : à propos des cas observés dans le service de la réanimation de l'hôpital HJRA. Thèse Méd, Antananarivo 1995, N° 3775.
- Ratsimba RJS. Reflexion à propos de 200 cas d'hémorragies digestives rencontrées dans le service de soins intensifs de l'hôpital général d'Antananarivo. Thèse Méd, Madagascar 1982, N° 313.
- Ravelotalata M. Reflexion à propos de 378 cas d'hémorragie digestive rencontrées dans le service de l'hôpital général de Befelatanana. Thèse Méd Madagascar 1982, N° 313.
- Ramamonjisoa A J. Les hémorragies digestives hautes de stress dans les suites opératoires. Reflexion étiologiques et thérapeutiques. Thèse Méd Antananarivo 1991, N° 2362.
- Razoharilalanirina Jeanne Razafindravao. Les hémorragies digestives vue en réanimation chirurgicale III (CHUA – HJRA) en 1996 et 1997. Thèse Méd 14 avril 1999, N° 4947.
- Sylvain C. Traitement en urgence des hémorragies digestives de l'hypertension portale. Rev Prat 1995 ; 298 : 11 – 14.
- Edouard AP. traitement des hémorragies duodénales massives (HTPE exceptée). Mem Acad, Chir 1966, 92 : 25 – 28, 695 – 723, 744 – 751, 787 – 791.
- Lagarde C. Hoerni B, Marée D. Cancer digestif. Cancerologie clinique. Paris Masson 1976 : 119 – 124.
- Hillon P. Faivre J, Bedene L. et Klepping C. Alimentation et cancerogénèse digestive en France et dans le monde. Encycl Chir, Estomac – Intestin, (Paris France) 1985, 9118 A10, 12 : 8p.
- Sylvain C, Borderie C, Ripault MP, Beauchamp M. Hémorragies digestives Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie, (Elsevier, Paris), 1998, 9 – 006 – A – 10 : 12p.
- A. Facon, V. Van Laer, R. Garrigue, P. Goldestein. Hémorragies digestives Stratégie Préhospitalière, Méd Urg 1999, P13 – 20.

Nom et Prénoms : RABETSITONTA Rahaingoso Andrianambinina.

Titre du Mémoire : Prise en charge des hémorragies digestives vue par un

urgentiste à la clinique d'Ankadifotsy.

RESUME

Les hémorragies digestives représentent l'une des principales urgences dans la pathologie viscérale. Une hémorragie digestive active peut avoir un retentissement hémodynamique majeur et gravissime. C'est pourquoi de la précocité et de la qualité de la prise en charge initiale dépendent le pronostic ultérieur. Nous avons analysé les cas rencontrés à la clinique d'Ankadifotsy durant deux années de suites (2002 – 2003) pour en tirer des suggestions susceptibles d'apporter une amélioration de notre prise en charge de cette maladie.

Mot-clés : Hémorragies digestives – Endoscopie – Thérapeutique.

Directeur de la mémoire : Professeur RAMIALIHARISOA Angeline

SUMMARY

Name : RABETSITONTA Rahaingosoa Andrianambinina.

Title of the thesis : The digestive hemorrhage seen by Emergency

Digestive haemorrhage represent one of the main visceral pathology emergency. An active digestive haemorrhage can have a considerable and extremely serious haemodynamic impact. That is the reason the subsequent prognosis depends on the initial treatment precociousness and quality. We analyzed encountered cases at Ankadifotsy clinic during two years (2002 – 2003) to put out suggestions open to bring improvement of our treatment of this disease.

Key-words : Digestive hemorrhage – endoscopy – therapeutic

Director : Professor RAMIALIHARISOA Angeline

Autor's Address : Dr RABETSITONTA Rahaingosoa - **Clinique des Sœurs Ankadifotsy**

PERMIS D'IMPRIMER

Lu et approuve

Le président du mémoire

Signé Professeur RAMIALIHARISOA Angeline

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé Professeur RAJAONARIVELO