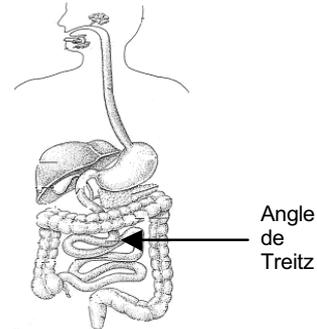




## HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE



**Hématochézie** = Extériorisation de sang rouge, pur ou de caillots mêlé aux matières fécales, par l'anus ( subjectif ou objectif )

**Rectorragie** = Extériorisation d'un saignement dont l'origine se trouve dans le rectum

**Méléna** = extériorisation du sang noir, digéré, souvent pur ou mêlé aux matières fécales, par l'anus ( évidence d'une hémorragie digestive haute ! )

### INTRODUCTION

L'hématochézie au cours de laquelle le patient élimine du sang frais par l'anus est souvent suivie d'une malaise. Contrairement à une idée répandue, elle ne traduit pas forcément un saignement hémorroïdaire. Elle constitue un motif de consultation en urgence d'autant plus fréquent qu'une proportion non négligeable de la population (et en particulier de la population âgée, chez laquelle les diagnostics alternatifs sont les plus importants) se trouve au bénéfice d'une antiaggrégation plaquettaire voire d'une anticoagulation qui en abaisse le seuil d'aparition.

Sa prise en charge est essentiellement basée sur une évaluation clinique rapide plutôt que sur l'interprétation d'un monitoring lui aussi souvent perturbé par les médications propres du patient (bêta-bloqueurs...).

L'élément le plus important à garder en tête, pour le premier intervenant, est que l'on « *ne voit que ce qui sort* » et qu'il importe de ne pas sous-estimer sur la base de la description du patient, le volume perdu, mais encore prisonnier de l'intestin de la victime

L'élimination de méléna par l'anus, est souvent associé à des vomissements de sang frais, suivis de malaise. Le méléna, sang noir, goudronneux, à l'odeur nauséabonde typique, résulte de la digestion intestinale de sang mêlé à la bile.

On considère que lorsque le sang « a le temps d'être digéré » et de devenir méléna, le saignement est relativement modéré ; alors que l'apparition de sang frais (donc non encore digéré), d'origine haute, par l'anus est suspecte d'un saignement suffisamment important pour que la digestion n'ait pas eu le temps de se faire au cours du bref trajet intestinal.

**Selon son origine (haute ou basse), l'hématochézie traduit donc un saignement plus ou moins rapidement vital. Aussi :**

**TOUTE HEMORRAGIE ACTIVE EST PRIORITAIRE !**

### ANATOMIE

Le tube digestif creux est divisé en deux : une portion **supérieure** ( estomac et duodénum ) et une autre portion **inférieure** à partir de « l'angle de Treitz », site arbitraire localisé à la fin du duodénum ( Jéjunum, iléon, côlon, rectum et l'anus ). Tout saignement en aval de l'angle de Treitz est considéré comme hémorragie digestive basse.

### POINTS ESSENTIELS

**Les étiologies possibles sont nombreuses et parfois intriquées. Toujours éliminer une cause haute car elles sont souvent parmi les plus violentes.**

### EPIDEMIOLOGIE

Les hémorragies digestives basses peuvent représenter jusqu'à 35% des consultations d'urgence. La majorité regroupe des causes mineures comme les saignements hémorroïdaires, les diverticules, les fissures anales, les polypes ou autres affections qui saignent lors de l'exonération de matières fécales. L'exonération du sang abondant est une urgence qui met en jeu le pronostic vital ; l'hospitalisation est toujours nécessaire.

### Les situations vitales :

Hématochézie avec état hémodynamique instable chez le vieillard, le cirrhotique, le patient anticoagulé ainsi que le patient avec antécédent de chirurgie aortique (remplacement prothétique).

### Les situations urgentes

Hématochézie avec exonération de sang importante mais avec état hémodynamique *encore* stable.

### Les cas non urgents

Saignements occasionnels, souvent après les selles et qui sont plutôt décrits comme « du sang dans la cuvette des WC ».

### ANAMNESE ET MESURES IMMEDIATES

L'anamnèse débute dès l'appel téléphonique durant lequel il faut, pour gérer l'intervention, détecter les symptômes et les signes d'alarme :

- Inanimé, non réagissant, léthargique
- Angoisse
- Pâleur, dyspnée, orthostatisme.
- Importance de la quantité de sang éliminé. CAVE : « *le patient surestime, le soignant sous-estime...* »

La présence de ces éléments nécessite une prise en charge immédiate et l'envoi d'une équipe de transport médicalisée. Dans l'attente de l'arrivée des secours, on peut conseiller la conduite suivante :

- Installation en position de Trendelenburg (tête en bas, jambes surélevées).
- Maintenir le patient calme, couché,

L'anamnèse devra faire ressortir les éventuelles :

- Maladies sous-jacentes et la prise de médicaments qui jouent un rôle sur la coagulation tels que Sintrom®, Plavix®, Aspirine, AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) etc...
- Mesures thérapeutiques déjà entreprise et leur (in)efficacité.
- Anamnèse de manœuvres endo anales ou prise de température rectale, explorations recto coliques récentes.
- Antécédents digestifs connus comme ulcère gastroduodénal, colite, sigmoïdite ou radiothérapie.

## EXAMEN CLINIQUE

Il doit être pratiqué rapidement en respectant la position couchée du patient. L'inspection « coup d'œil » est capitale. L'auscultation, la prise de tension artérielle et le pouls sont importants, mais des valeurs « dans la norme » ne doivent pas masquer la gravité potentielle de la situation.

L'examen clinique doit s'attacher en priorité aux signes suggestifs de l'installation d'un état de choc : angoisse, agitation, extrémités froides, sueurs, persistance ou récurrence d'une élimination hématochézique.

## PRISE EN CHARGE EXTRA-HOSPITALIERE

La prise en charge est celle d'un choc dont l'origine n'est pas accessible.

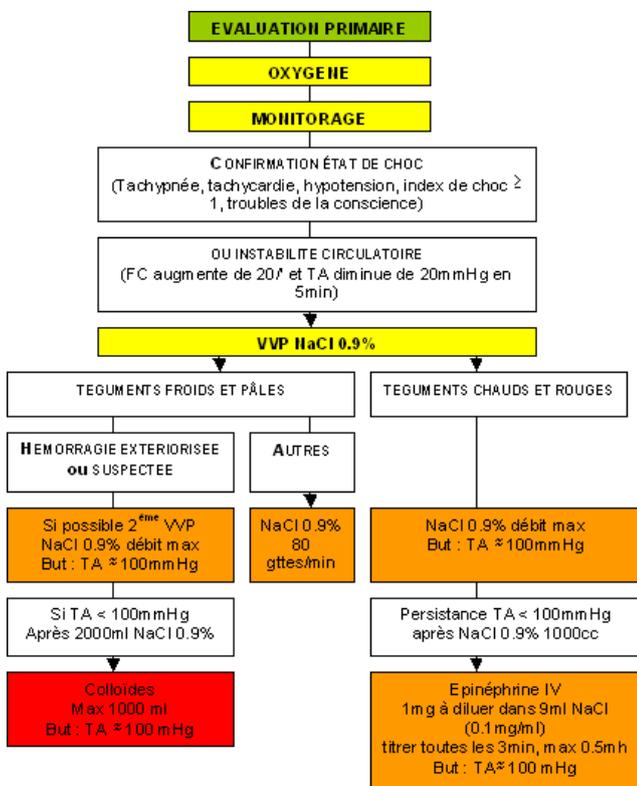
Les protocoles ambulanciers concernés sont les suivants :

N° 4. Etat de choc non traumatique

N° 6. Malaise (lequel, en présence d'un état de choc, renvoie au premier)

Le patient ayant appelé pour « malaise » voire saignement par l'anus ne sera pas forcément à l'arrivée des secours, en état de répondre à un interrogatoire concernant l'importance et le type de saignement. Une petite visite à ses WC, voire ses sous-vêtements peut s'avérer instructive...

Il importe non seulement d'identifier un choc avéré, sur la base de la clinique observée, mais également au vu d'une anamnèse d'hématochézique, d'identifier celle-ci comme une situation à haut risque de déboucher dans un délai bref sur un choc.



Transport en position de Tredelenburg !!

## Pièges de l'hématochézique



Ne jamais sous-estimer la quantité du sang collectée dans l'ampoule rectale (jusqu'à 1L voire plus...), car le sphincter anal avec un spasme réflexe, empêche l'extériorisation des selles et du sang. Si cette situation persiste durant plus de 3 h, des caillots formés seront extériorisés plus tard, avant les selles.

## TRAITEMENT HOSPITALIER :

Le traitement est dicté par trois paramètres qu'il faut s'efforcer de définir :

- Stabilité ou non du patient, évaluée elle-même en fonction d'une stabilité dans le temps (!) et des gestes éventuels (!) (perfusion, transfusions, vasopresseurs,...) qui ont été nécessaires à l'obtention de cette « stabilité »
- Origine et accessibilité du saignement

- Qualité de la coagulation

## EXAMENS A SUIVRE EN CAS D'HEMATOCHEZIE

### LA COLONOSCOPIE

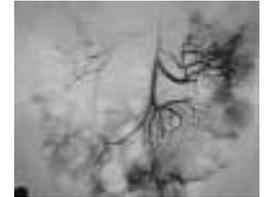


C'est le geste de référence mais elle nécessite, pour être de qualité, une préparation intestinale souvent impossible à réaliser en urgence chez un patient réanimé. La colonoscopie permet le diagnostic dans 75% des cas et offre parfois la possibilité d'un geste thérapeutique sur la lésion qui saigne ( polypes, angiodyplasie hémorragique ou autres ).

### L'ARTERIOGRAPHIE

L' injection de produit de contraste de manière sélective dans les artères digestives permet dans 50% des cas de visualiser l'extravasation du produit de contraste sur le site hémorragique et dans 30% de préciser la lésion ( angiomes, tumeurs ou varices.. ).

Elle peut aussi servir à contrôler le saignement grâce à l'injection locale d'un vasoconstricteur ou même permettre une embolisation sélective. Elle exige cependant un saignement suffisamment conséquent pour être positive. Or un tel saignement peut ne pas être compatible avec la réalisation d'un examen long et parfois fastidieux...



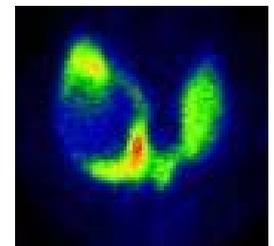
### LE SCANNER

Le scanner abdomino-pelvien en urgence avec injection intraveineuse d'un produit de contraste iodé sans ingestion orale et sans préparation peut permettre de situer le site de saignement et peut également identifier la cause de l'hémorragie ( tumeurs coliques ou grêles, diverticules hémorragiques ).

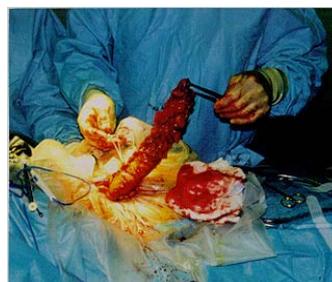


### LA SCINTIGRAPHIE

Consiste à prélever du sang du patient, à marquer ses globules rouges avec du Technetium99 ( produit radioactif ) puis à les lui réinjecter. Après un délai, un détecteur permet d'identifier le site hémorragique en repérant l'extravasation des globules marqués. Vu les exigences techniques, cette méthode se prête surtout à la recherche de saignement persistant de faible abondance.



### LA CHIRURGIE



Dans 10% des cas, la persistance d'un saignement abondant oblige à une opération d'urgence. Le chirurgien doit, autant que possible, pouvoir connaître la localisation du saignement auparavant, ce qui, dans des conditions d'urgences peut être impossible. La palpation péroopératoire d'une masse (tumeur p.ex..) peut l'aider.

Des méthodes de clampage étagé visant à repérer un segment isolé dans lequel s'accumule du sang frais peuvent l'aider, de même que la réalisation péroopératoire d'une endoscopie, sa main aidant et guidant la progression de l'endoscope.

**Si tous les examens sont négatifs, l'ablation de tout le côlon peut s'avérer être le seul moyen de mettre le patient à l'abri d'une récurrence hémorragique .**

*\*Dr X Delgado est Chef de Clinique auprès du Dpt de Chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds*