

RECOMMANDATIONS DE LA



HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE AIGUË

Consensus en endoscopie digestive

Chargé de projet : J.P. ARPURT, G. LESUR

Groupe de travail : D. HERESBACH, D. SOUDAN

Groupe de lecture : T. BARRIOZ, B. RICHARD-MOLARD

D. HERESBACH (✉)

Service des maladies de l'appareil digestif, CHU de Pontchaillou,
2, rue Henri-Le-Guilloux, F-35033 Rennes Cedex 09, France
E-mail : denis.heresbach@chu-rennes.fr

J.P. ARPURT, Centre hospitalier, 305, rue Raoul-Follereau,
F-84902 Avignon, France

G. LESUR, Hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle,
F-92104 Boulogne Cedex, France

D. SOUDAN, Service de coloproctologie, Hôpital Léopold-Bellan,
21, rue Vercingétorix, F-75014 Paris, France

T. BARRIOZ, CHU La Milétrie, 2, rue de la Milétrie, BP 577,
F-86021 Poitiers Cedex, France

B. RICHARD-MOLARD, 15, rue Claude-Boucher,
F-33300 Bordeaux, France

© Springer 2010

Fiche publiée dans ACTA ENDOSCOPICA 2010, Vol. 40, N° 5, 379-383

Mise à jour de la recommandation parue en novembre 2007

Les textes de cette fiche sont sous la seule responsabilité de son auteur qui est garant de leur objectivité. Les informations contenues ne pourraient en aucun cas impliquer la responsabilité des sociétés dont les médicaments ou les dispositifs médicaux sont évoqués à titre informatif. Le contenu de cette fiche est le reflet des connaissances scientifiques des auteurs en l'état actuel de la science.

INTRODUCTION

Une hémorragie digestive aiguë est dite basse (HDB) quand son origine est située en aval de l'angle de Treitz. Les HDB représentent moins de 20 % des hémorragies digestives. Dans 95 % des cas, la cause est rectocolique ou proctologique, dominée au niveau colique par la diverticulose et les angiodyplasies.

Dans tous les cas, l'hospitalisation s'impose en dehors des rectorragies d'origine proctologique dite d'essuyage. L'important est de reconnaître rapidement une forme grave qui représente 10 % des cas et qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Le pronostic des hémorragies digestives est essentiellement lié à l'âge et aux comorbidités. Plus de 80 % des HDB vont s'arrêter spontanément, mais le taux de récurrence reste élevé et peut atteindre 15 à 20 % pour les causes diverticulaires.

Les HDB posent surtout le problème du diagnostic étiologique. Cette enquête étiologique doit débiter très précocement, dès l'obtention d'une stabilité hémodynamique.

Il faut éliminer rapidement les rectorragies basses d'origine proctologique et les hémorragies d'origine haute à présentation basse, surtout lorsqu'il existe un retentissement hémodynamique par une endoscopie digestive haute dès l'obtention d'une stabilisation hémodynamique.

Comment suspecter les rectorragies basses d'origine proctologique ?

Les saignements sont après la douleur le deuxième motif de consultation en proctologie. Les saignements dont l'origine se situe au niveau du canal anal ne sont jamais de grande abondance et ne présentent jamais de signe de gravité, sauf s'il s'agit de saignements facilités par des troubles de la coagulation et/ou d'origine iatrogène. L'interrogatoire est fondamental, précisant l'existence de signes fonctionnels associés (douleur anale à la défécation, procidence, syndrome rectal, etc.), la notion de traumatisme (thermomètre, lavement, pratiques sexuelles, etc.), de traitement local préalable et l'ancienneté du saignement. La répétition de saignements de faible abondance peut induire une anémie chronique.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les études épidémiologiques concernant les HDB sont rares. Une étude nord-américaine a estimé l'incidence annuelle chez l'adulte autour de 20,5 pour 100 000 habitants. En 2007, un travail épidémiologique prospectif réa-

lisé en France par l'Association nationale des gastroentérologues des hôpitaux généraux (ANGH) a recensé 1 333 patients. L'âge moyen était de 72 ± 16 ans, le sex-ratio de 1/1, le score ASA de $2,5 \pm 0,9$ avec 50 % de ASA 3, le mode de révélation était des rectorragies de sang rouge ou lie-de-vin dans 93 % des cas ou pourpre isolé dans 7 % des cas. Dans 14 % des cas était associé un malaise, une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 100 mmHg ou une perte de connaissance. Dans 75 % des cas était retrouvée une prise médicamenteuse favorisante (aspirine et/ou antiagrégants plaquettaires en mono- ou bithérapie 33,5 %, antivitamines K 21,2 %, anti-inflammatoires non stéroïdiens 10,9 %, héparine ou héparine de bas poids moléculaire 7 %).

ÉVALUER LA GRAVITÉ

L'évaluation de la gravité repose sur des signes cliniques objectifs d'hypovolémie (hypotension orthostatique, tachycardie, signes de collapsus et biologique : hémocrite (Ht) plus que numération sanguine, une chute de trois points d'Ht correspond à un culot globulaire. Le choc hypovolémique n'est patent que lorsque les pertes sanguines représentent plus de 35 % de la masse sanguine circulante. Un des critères importants permettant d'évaluer l'importance et le caractère actif ou non de l'hémorragie est le volume de concentrés globulaires transfusés pendant les 24 premières heures pour maintenir un état hémodynamique correct (supérieur ou inférieur à six culots).

TRAITEMENT INITIAL

Il convient de restaurer une volémie efficace par transfusions de culots globulaires après mise en place d'abord veineuse périphérique, au besoin aux deux bras. Une oxygénothérapie peut être associée. Classiquement une Ht supérieure à 25 % ou une PAS supérieure à 80 mmHg sont des objectifs classiques, l'obtention d'un taux d'Hb supérieure à 7 ou 10 g/100 ml dépendant de l'âge et des comorbidités cardiorespiratoires.

L'EXAMEN PROCTOLOGIQUE INITIAL ET MINIMAL POUR ÉLIMINER LES CAUSES ANORECTALES FRÉQUENTES

Si le saignement est bien toléré et/ou peu abondant, l'examen proctologique en période de saignement doit comporter une anoscopie et une rectoscopie rigide si possible en position genupectorale ou en décubitus latéral gauche, sans préparation. Cet examen proctologique initial doit permettre de voir le canal anal et la muqueuse du bas rectum.

Seule la constatation d'un saignement actif au moment de l'examen ou d'un caillot adhérent ont une valeur formelle. Le bilan complémentaire ultérieur sera pratiqué en fonction du terrain, de l'abondance du saignement et de l'anamnèse.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Place de l'endoscopie : incontournable

Si les rectorragies sont abondantes avec malaise ou collapsus, il est indispensable de réaliser de première intention une endoscopie haute, l'émission de sang rouge par l'anus peut survenir du fait d'une hémorragie haute abondante ou de l'accélération du temps de transit intestinal. L'intubation nasogastrique n'apporte rien de plus pour orienter l'origine haute du saignement.

Dans les autres cas, un examen proctologique complet recherchera une pathologie du canal anal et du bas rectum, et une rectosigmoïdoscopie si possible avec rétroflexion dans le rectum sera réalisée au cours de la même séance sur un malade non à jeun, sans préparation par voie haute ; la préparation basse par lavements évacuateurs est discutée et dépend des objectifs : éliminer une cause anorectale (pas de lavement) ou réaliser une rectosigmoïdoscopie souple (possible préparation par lavement surtout si caillots abondants). Son intérêt est limité de par sa médiocre tolérance et sa faible rentabilité de l'ordre de 10 %. De plus, une lésion dans le rectum ou le côlon sigmoïde n'exclut pas une lésion du côlon droit, et devra systématiquement conduire à réaliser au plus vite une coloscopie avec iléoscopie *au moins de la dernière anse* après préparation colique standard (trois à quatre litres de PEG en trois à quatre heures).

Cependant, cet examen peut être réalisé en urgence si l'hémorragie est abondante ou récidivante pour réaliser un geste hémostatique local (clips, injections hémostatiques, etc.). Elle nécessitera une préparation colique au moins par des lavages du côlon éventuellement par pompe à eau, mais la préparation par voie haute est à privilégier chaque fois que possible. Des signes endoscopiques d'imputabilité colique de l'hémorragie colique sont proposés ; hémorragie active, vaisseau visible non hémorragique, caillot adhérent, sang frais dans un segment localisé du côlon ou du rectum, ulcération diverticulaire avec sang frais à proximité, absence de sang frais dans l'iléon avec sang frais dans le côlon. Plus rarement, la présence d'une lésion visible (cancer, colite ischémique, MICI) peut être significative et en cause, mais rarement sous le masque d'une hémorragie active abondante isolée.

Les autres méthodes diagnostiques ne s'envisagent que si la coloscopie n'a pas été contributive ou impossible et que l'hémorragie persiste, avec retentissement hémodynamique : si celui-ci est absent, une seconde coloscopie dans de bonnes conditions (totale sous anesthésie après préparation par PEG orale) est préférable.

Place de l'imagerie moderne : angioscanographie hélicoïdale et artériographie coeliomésentérique

L'angioscanographie hélicoïdale dans les 24 premières heures permet de localiser le saignement au niveau de côlon ou du grêle dans 50 % des cas et d'évoquer la cause de l'hémorragie dans 30 % des cas. Elle pourrait aider à sélectionner les patients pour une artériographie coelio-mésentérique contributive et conduire sans délai à réaliser une embolisation artérielle sélective.

Place de la scintigraphie aux globules rouges marqués au technétium

Elle est limitée dans ces situations urgentes et très peu rentable sur le plan diagnostique.

Explorations de l'intestin grêle

Les entérosopies hautes et basses n'ont pas leur place dans l'urgence.

Dans 5 à 10 % des cas, le diagnostic étiologique reste incertain. Des études récentes ont montré l'intérêt, en cas de fibroscopie et de coloscopie négatives, de la réalisation d'un examen précoce par vidéocapsule du grêle après préparation orale par deux litres de PEG.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

On dispose de plus en plus de publications sur l'hémostase endoscopique en fonction des causes d'HDB. Elles reposent essentiellement sur les clips hémostatiques, les injections à visée hémostatique, méthodes thermiques (Tableau 1). La hiérarchisation de la prise en charge conditionne souvent les modalités thérapeutiques (Fig. 1).

CONCLUSION

Malgré leur révélation clinique souvent aiguë et souvent dans le cadre de l'urgence, les HDB ont dans 80 % des cas, une évolution spontanée favorable. Leur gravité est liée essentiellement aux comorbidités et à l'âge du patient. La prise en charge initiale repose sur des mesures de réanimation usuelle afin d'être dans les meilleures conditions pour réaliser le bilan étiologique. La colosco-

Tableau 1. Étiologie des HDB

Lésions	Fréquence	Topographie des lésions	Évolution	Aspect lésionnel	Traitement
Diverticules	50 à 60 %	80 % à G. mais > 50 % à D. saigne	Récidive 10 % à 2 ans 25 % à 5 ans	Collet diverticule : - vaisseau visible ; - caillot adhérent ; - saignement actif	Injection APC Clips Colectomie
Angiodysplasies	5 à 10 %	Cæcum+++	Récidive 25 %	Taches rouge foncé Souvent multiples 2 à 10 mm Rondes, stellaires, en arceau	APC Injection
Ulcère thermométrique	5 à 23 %	Face antérieure du rectum Jonction anorectale		Linéaire ou punctiforme	Injection APC Chirurgie transanale (point en X)
Tumeurs intestinales	11 %				
Colite ischémique	3 à 9 %	Stigmoïde, angle splénique		Muqueuse œdématiée, violacée et nécrotique	Symptomatique
Colites inflammatoires	6 à 30 %				
Rectocolite radique	1 à 5 %	Rectum face antérieure 1/3 inférieur du rectum	Récidivante	Taches rouges Souvent multiples Rondes, stellaires, fragiles au contact	APC
Polypectomie et mucoséctomie	0,3 à 2,4 %	Siège du geste initial		En jet ou en nappe ou suintement après décollement du caillot adhérent	Injection APC Clips Embolisation Artérielle Chirurgie
Hémorroïdes	10 à 28 %				Ligature
Varices coliques ou rectales	Rare				Ligature ? Colle ?
Intestin grêle		Angiodysplasie, Meckel, tumeur			APC perentérosopie

APC : électrocoagulation au plasma d'argon.

pie est l'examen clé qui peut permettre le diagnostic et un éventuel geste hémostatique. Le problème réside plus dans le délai et les conditions de sa réalisation, sa répétition si elle n'a pas été informative ou réalisée dans des conditions optimales. Dans ce dernier cas, si elle n'est toujours pas contributive, le choix des explorations de deux ou trois intentions dépend des possibilités locales, mais vise surtout à identifier le segment digestif (iléon côlon droit, rectosigmoïde) à l'origine du saignement.

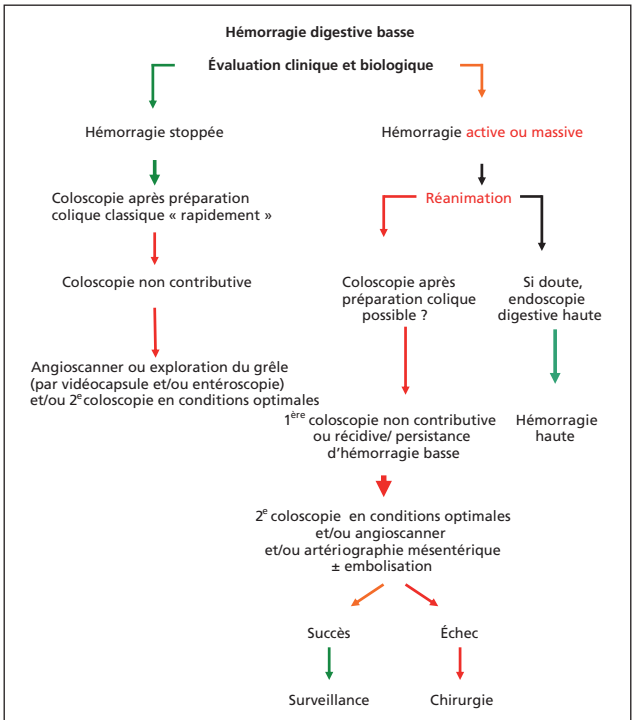


Fig. 1. Arbre décisionnel dans les hémorragies digestives basses

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Naveau S, Franco D. Hémorragies digestives. In : Rambaud JC, editor. *Traité de Gastroentérologie*. Flammarion Médecine-Sciences. 2000, p. 217–30.
2. Facon A, Goldstein S. Prise en charge initiale des hémorragies digestives. In : *Monographies de la Société francophone de médecine d'urgence*. Ed. Pateron D, prise en charge des hémorragies digestives. Paris : Masson; 2002, p. 21–33.
3. Debette-Gratien M. Endoscopie digestive. In : *Monographies de la Société francophone de médecine d'urgence*. Ed Pateron D, prise en charge des hémorragies digestives. Paris : Masson; 2002, p. 36–56.
4. Lesur G. Hémorragies digestives basses. *Cahier de FMC*. GCB 2003;27:1127–56.
5. Sautereau D, Pichon M. Prise en charge des hémorragies digestives basses abondantes. *Post U* 2004;139–48.
6. Pilleul F, Buc E, Dupas JL, Boyer J, Bruel JM, Berdah S. Question 5. Management of diverticulitis induced hemorrhage. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31(8–9 Pt 2):3547–52.
7. Lesur G, Grigoriu I. Hémorragies digestives basses. *EMC Gastroentérologie* 2006 (9-006-A-11).
8. Bour B, Pilette C, Lesgourgues B, Nouel O, Heluwaert F, Henrion J, et al. Hémorragies digestives basses aiguës : résultats préliminaires d'une étude de l'ANGH sur plus de 1000 malades. *Journées Francophones de Pathologie Digestive*, 2008, abstract.
9. Lesur G, Bour B. Hémorragies digestives basses. *Acta Endosc*. 2009;39:394–6.

Editée avec le soutien de



65, quai Georges Gorse
92100 Boulogne-Billancourt
Téléphone : 01 58 33 50 00
www.ipsen.com