

## Cas clinique

M. CHAILLET, D. PATERON

Service des Urgences, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris.

Madame B., âgée de 75 ans consulte aux Urgences pour émission de selles sanglantes mêlées à des caillots depuis six heures. Dans ses antécédents, on note une hypertension artérielle traitée par aténolol et spironolactone. Elle a un tabagisme à 40 paquets-année et une consommation d'alcool à 80 g/j.

À l'arrivée, la patiente est anxieuse, la pression artérielle est à 110/80 mmHg et le pouls est à 80/min. La saturation à l'oxymètre de pouls est à 96 %, la fréquence respiratoire est à 18/min. Elle fait des malaises lors du passage en orthostatisme. L'abdomen est souple, très légèrement sensible en para ombilical gauche. Le Glasgow est à 15 et il n'y a pas d'astéréxis.

*1. Quels sont les éléments de l'observation qui permettent d'apprécier la gravité de la situation et quels sont les mesures à prendre et les examens complémentaires à prescrire à l'arrivée aux Urgences ?*

*Réponse :* La gravité d'une hémorragie digestive quelle soit haute ou basse dépend de l'abondance de l'hémorragie, de son activité et du terrain. L'abondance du saignement s'apprécie sur des critères cliniques simples. Dans cette observation, la malade est anxieuse, la pression artérielle est légèrement abaissée puisqu'il s'agit d'une patiente habituellement hypertendue. De plus le passage en orthostatisme provoque un malaise. Le pouls n'est pas accéléré, mais la prise de bêta-bloquants peut empêcher la tachycardie réactionnelle à l'hypovolémie induite par l'hémorragie. La fréquence respiratoire est peu élevée mais la saturation est abaissée faisant discuter une pathologie respiratoire préexistante ou une mauvaise tolérance de l'hémorragie. Il s'agit donc d'une hémorragie de moyenne abondance où la perte sanguine est probablement de l'ordre du litre. L'activité de l'hémorragie est un paramètre très difficile à apprécier et à suivre. La répétition de selles sanglantes évoque la persistance du

saignement. Enfin il s'agit d'un sujet relativement âgé, hypertendu et dont l'éthylisme doit faire rechercher une hépatopathie chronique même s'il n'existe pas de signe clinique dans l'énoncé.

Il convient de poser sans délai deux voies veineuses de bon calibre ( $\geq 18$  Gauge), d'effectuer un remplissage par cristalloïde et de mettre en place une oxygénothérapie à 3 L/min. De plus il est indiqué de mettre en place un monitoring hémodynamique. On prélève une numération globulaire, un ionogramme sanguin, la détermination du groupe sanguin et du Rhésus, de la coagulation et de la fonction rénale ainsi que les transaminases et la bilirubinémie et l'on réalise un ECG.

**La patiente n'a jamais eu d'épisode similaire. Elle souffre d'hémorroïdes depuis plusieurs années. Elle n'a pas fait de manœuvre endorectale (pas de prise de température), elle n'a pas voyagé récemment et elle est apyrétique.**

*2. Quelle est la démarche diagnostique dans les 24 premières heures ?*

*Réponse :* La démarche diagnostique prend en compte les principales causes des hémorragies digestives basses et leur localisation de l'anus au grêle. Dans la très grande majorité des hémorragies significatives sur le plan clinique, l'hémorragie digestive basse est d'origine colique (80 %), les autres lésions étant essentiellement ano-rectales. L'inspection de la marge anale élimine une fissure ou des hémorroïdes et se continue par le toucher rectal à la recherche d'une tumeur ano-rectale. Cependant les lésions proctologiques sont rarement à l'origine d'hémorragie abondante. En présence d'une mauvaise tolérance de l'hémorragie, il est nécessaire de se reposer la question d'une possible lésion digestive haute s'extériorisant comme une hémorragie digestive basse du fait du

débit hémorragique élevé et de la situation post pylorique de la lésion. Il convient d'éliminer définitivement cette hypothèse diagnostique par une endoscopie œso-gastro-duodénale. Une rectosigmoïdoscopie complète l'examen clinique en analysant l'aspect de la muqueuse à la recherche en particulier d'une ulcération traumatique (thermomètre) sur la paroi antérieure du rectum.

Ensuite, la prise en charge et les examens complémentaires à mettre en œuvre, dépendent de l'activité de l'hémorragie. Dans la plupart des cas, l'hémorragie s'arrête spontanément. Dans ce cas, la coloscopie est l'examen diagnostique clef. Il doit être réalisé dans les 48 heures qui suivent après une préparation complète par polyéthylène glycol. Si aucune cause n'est découverte à l'endoscopie, il convient de poursuivre les investigations par un scanner injecté dont les performances permettent désormais de mettre en évidence des saignements de faible abondance.

**La coloscopie montre la présence de sang dans l'ensemble du colon sans qu'il ne soit possible de repérer le niveau du saignement. La malade a du être transfusée de 4 culots globulaires dans les 24 premières heures et reste tachycarde.**

3. *Quelles conduites à tenir proposez-vous pour poursuivre les explorations diagnostiques et thérapeutiques ?*

*Réponse :* Lorsque l'hémorragie est active, la coloscopie en période hémorragique permet parfois de diagnostiquer une lésion évidente ou plus souvent, renseigne sur la topographie de la lésion. Ceci peut être très utile lorsque l'on décide un geste chirurgical, mais les performances diagnostiques sont nettement inférieures dans ces conditions. Ainsi, en cas de saignement persistant, il convient de privilégier l'artériographie en urgence. Pour mettre en évidence une lésion, cet examen nécessite un débit hémorragique supérieur à 1 mL/min. La rentabilité diagnostique de cet examen est de 70 %. Si une lésion hémorragique a été mise en évidence, l'artériographie peut également permettre un geste thérapeutique par embolisation suprasélective. Lorsque aucune lésion hémorragique n'a pu être repérée malgré les examens endoscopiques et radiologiques y compris le scanner et que l'hémorragie demeure active, il faut discuter une laparotomie en urgence.

4. *Quelles sont les principales causes à évoquer devant cette hémorragie digestive ?*

Les diverticules, et les angiodysplasies sont les lésions les plus fréquentes. La localisation la plus fréquente des diverticules est le sigmoïde, mais lorsqu'ils se compliquent d'hémorragie, la topographie des diverticules est le plus souvent colique droite. L'hémorragie peut survenir chez 5 % des patients ayant une diverticulose colique et elle révèle cette pathologie dans 15 % à 20 % des cas.

Le saignement des diverticules est favorisé par la prise d'AINS.

Les angiodysplasies sont des anomalies veineuses, observées le plus souvent sur un terrain vasculaire. Elles se situent préférentiellement dans le côlon droit. Ces formations sont plus souvent observées chez le patient ayant un rétrécissement aortique, une insuffisance rénale, une maladie de Willebrand. Elles sont souvent multiples et se situent dans une même portion du côlon. Lorsqu'elles sont diagnostiquées en per-endoscopique, elles peuvent être électrocoagulées.

Lorsque l'hémorragie digestive basse s'accompagne de douleurs abdominales, une colite ischémique est évoquée d'emblée. Elle survient chez des malades vasculaires. Elle est liée à une ischémie due en général à la faiblesse de la vascularisation de suppléance de l'arcade de Riollan au niveau de l'angle colique gauche. Elles surviennent soit dans un contexte de bas débit cardiaque, de prise médicamenteuse ou au décours d'une intervention chirurgicale sur l'aorte abdominale

Les autres causes sont indiquées dans le *tableau I*. Le cancer colique et les colites inflammatoires sont plus rarement à l'origine d'une hémorragie aiguë. Les tumeurs recto-coliques sont plutôt responsables d'hémorragies digestives basses d'allure chronique ou de faible abondance.

TABLEAU I. – Principales causes d'hémorragies digestives basses.

<b>1 – Anus</b>
– hémorroïdes
– fissure
<b>2 – Rectum</b>
– ulcération traumatique face antérieure du rectum
– rectite radique, ischémique, inflammatoire
– polype ou cancer
<b>3 – Côlon</b>
– diverticulose colique
– angiodysplasie
– cancer
– polypectomie endoscopique
– Entérites inflammatoires (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn)
– colite ischémique, médicamenteuse, radique
– ulcère colique aigu
– endométriose
– ulcère infectieux (amibien, à cytomégalovirus)
– varices (hypertension portale)
<b>4 – Grêle</b>
– diverticule de Meckel
– ulcère du grêle (médicamenteux, infectieux)
– angiodysplasie
– tumeur bénigne ou maligne (lymphome)
– entérites inflammatoires (maladie de Crohn), radique

Pour les colites inflammatoires, l'hémorragie digestive ne représente généralement pas le motif de recours aux urgences. Les lésions touchent plutôt le côlon que le grêle. L'hémorragie s'intègre dans un ensemble de symptômes associant des douleurs abdominales, une altération de l'état général et un syndrome inflammatoire.

### L'artériographie réalisée en urgence montre les clichés suivants (figure 1)

5. Décrivez les anomalies observées et indiquez la cause de cette hémorragie digestive basse.

Il existe sur cette angiographie artérielle une extravasation de produit de contraste qui correspond à un saigne-



Fig. 1. – Artériographie de la mésentérique inférieure par voie fémorale.

ment actif. Elle est située au niveau du colon sigmoïde qui est bien aéré sur le cliché.

### Il s'avère que l'hémorragie est due à un diverticule.

En conclusion, les motifs de recours aux urgences des hémorragies digestives basses sont une rectorragie, une diarrhée sanglante associées à des caillots ou un malaise isolé voire un état de choc. Les hémorragies digestives basses sont plus fréquentes chez les sujets de plus de 60 ans de sexe masculin. Leur incidence annuelle a été évaluée à 20 épisodes pour 100 000 habitants, soit 5 fois moins fréquentes que les hémorragies digestives hautes. La prise en charge initiale est identique à celle de toutes les hémorragies et la démarche est ensuite guidée par la recherche de la cause. Le problème principal posé par les hémorragies digestives basses est de reconnaître la lésion responsable du saignement. Elle reste incertaine dans près de 20 % des cas.

### RÉFÉRENCES

- [1] RAOUL JL. Hémorragies digestive basses abondantes. Approche diagnostique et thérapeutique. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : B41-B46.
- [2] SIPROUDHIS L, CORBINAIS S. Hémorragies digestives basses, quelle conduite à tenir en urgence ? In D Pateron. Prise en charge des hémorragies digestives. Monographie de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, Ed Masson, Paris 2002.
- [3] WAGNER HE, STAIN SC, GILG M, GERTSCH P. Systematic assesment of massive bleeding of the lower part of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1992 ; 175 : 445-9.
- [4] ZUCKERMAN DA, BOCCHINI TP, BIRNBAUM EH. Massive hemorrhage in the lower gastrointestinal tract in adults: diagnostic imaging and intervention. *Am J Raentgenol* 1993 ; 161 : 1703-11.