

Journées Francophones de Pathologie Digestive
(22-24 mars 1999 à Nantes)



Urgences hémorragiques en proctologie

Docteur Xavier Lesage

*38, rue Bayard. 59280 ARMENTIERES
Hôpital Claude Huriez CHRU-Lille. 59037 Lille cedex*

Dix à quinze pour cents des hémorragies extériorisées par l'anus ont pour origine une lésion en amont de l'angle de Treitz. Les hémorragies digestives ayant pour origine une lésion située sous le ligament de Treitz sont appelées hémorragies digestives basses (H.D.B) : 3 à 5 % d'entre elles sont d'origine intestinale, le reste des étiologies est d'origine colique ou ano-rectale.

L'extériorisation de sang rouge par l'anus ne préjuge pas de l'origine proctologique du saignement surtout dans le cadre de l'urgence.

Nous développerons essentiellement les HDB d'origine ano-rectale dont les causes sont iatrogènes, spontanées, faisant suite à un geste diagnostique ou thérapeutique. Nous excluons les HDB de l'enfant pour évoquer les causes plus classiques de saignement massif d'origine colique. Ces hémorragies digestives basses, parfois sévères, peuvent être de localisation difficile entraînant une véritable stratégie diagnostique.

I- HEMORRAGIES D'ORIGINE IATROGENES

I-1 La Chirurgie anale

Parmi les hémorragies post-hémorroïdectomie, on distingue les hémorragies précoces, habituellement au décours du geste ou dans les premières heures, et les hémorragies tardives de J6 à J15.

La fréquence globale de ces hémorragies pour l'hémorroïdectomie pédiculaire selon Milligan et Morgan avec ou sans anoplastie postérieure associée est de 3,4 à 7,6 %.

Les hémorragies précoces avant le 6ème jour opératoire ont une fréquence de 3 à 5%. Ces hémorragies surviennent le plus souvent lors de l'hospitalisation ; elles correspondent à la levée de la vaso-constriction induite par l'adrénaline lors du geste opératoire avec saignement artériolaire périphérique ou à une malfaçon correspondant à une mauvaise ligature artérielle pédiculaire ou à une collerette muqueuse trop courte au-dessus de la ligature et un risque de glissement. Cette hémorragie cède souvent par compression mais nécessite parfois une suture ou une électro-coagulation simple.

L'hémorragie tardive est plus rare mais souvent plus préoccupante (0,7 à 1,4% selon les techniques utilisées). Cette hémorragie tardive a pour point de départ la zone de ligature ; il s'agit le plus souvent d'une hémorragie intra-rectale, survenant alors que le patient a quitté l'hôpital. Cette rectorragie est attribuée à une chute de la chute de la ligature ayant lieu en général plus précocément.

Le rôle d'une complication septique sur le pédicule a pu être évoqué dans la genèse de ces hémorragies tardives, ainsi que la notion d'un pédicule initial trop large. On note enfin que la fréquence de cette complication hémorragique post-hémorroïdectomie reste inchangée depuis de très nombreuses années malgré les différentes améliorations techniques apportées à ce type d'intervention.

La prise en charge de ces hémorragies doit être rigoureuse. Une hospitalisation d'urgence est préconisée avec un repos strict. Le saignement cesse spontanément chez 50% des patients. S'il persiste, l'origine du saignement pourra être visualisée grâce à une exploration chirurgicale chez seulement 20 à 50 % de ces patients.

Trois options sont possibles : i) une suture si le site de l'hémorragie est repéré (efficace à 70%) ; ii) la mise en place d'une sonde de Foley avec ballonnet gonflé intra-rectal ; iii) un tamponnement intra-anal par mèche hémostatique. L'injection locale d'épinéphrine peut permettre un arrêt ou une diminution du saignement rendant alors possible une exploration complémentaire plus efficace.

La fréquence des hémorragies est identique dans les hémorroïdectomies pédiculaires fermées de type Ferguson ; elles semblent plus rares dans le cadre des hémorroïdectomies semi-circulaires, notamment dans la technique de Whitehead modifiée par Toupet.

L'utilisation du laser CO2 ou du laser Nd Yag ne modifie pas la fréquence du saignement. L'utilisation d'une électrocoagulation permet de diminuer le caractère hémorragique de l'intervention, mais ne modifie pas les complications hémorragiques à distance. Les modifications par artifice technique (modalités de ligature, matériel) ne semblent pas changer la fréquence des hémorragies postopératoires.

I-2 Traitement instrumental anti-hémorroïdaire

Les méta-analyses n'ont pas mis en évidence de différence significative en termes de complications hémorragiques entre les différents types de traitements instrumentaux des hémorroïdes.

Le risque hémorragique est majoré par la prise d'anticoagulants ou d'anti-agrégants plaquettaires, quel que soit le type de traitement entrepris.

L'injection sclérosante se complique rarement d'hémorragie. Les risques sont dus à une chute de lésion à distance du geste dont l'aspect est typique en anoscopie : tache verdâtre, aspect en fausse membrane à bords décollés et liseré hémorragique périphérique.

La fréquence des saignements après traitement par photocoagulation (infrarouges) est plus importante en cas d'hémorroïdes prolapsées, environ 28 %, par rapport au traitement d'hémorroïdes non prolapsées (16%). Ces hémorragies surviennent la plupart du temps entre J10 et J14, et sont de faible abondance.

Après ligature élastique, les saignements sont également modérés, plus fréquents après traitement d'un prolapsus hémorroïdaire antérieur droit ou chez des patients aux antécédents d'hémorroïdectomie. Les hémorragies sévères sont rares (1%). Elles sont généralement favorisées par la prise d'aspirine, ou d'anticoagulants et surviennent la plupart du temps après le 10ème jour. La réalisation de multiples ligatures entraîne un risque de saignement plus marqué (10%). L'association conjointe d'une cryothérapie et d'une ligature élastique (ligature-congélation) se complique d'un saignement significatif dans moins de 1% des cas.

La cryochirurgie se complique de saignements, dans 4% des cas (hospitalisation et suture chirurgicale une fois sur quatre).

La fréquence des saignements de la cryochirurgie est comparable, voire supérieure à celle de la chirurgie ano-rectale conventionnelle. Ce saignement s'arrête la plupart du temps spontanément.

Lors de l'électrocoagulation bipolaire, la fréquence des rectorragies est identique à la technique infrarouge.

La sonde chaude (heater probe) se complique de 10% d'hémorragies de faible abondance, fréquence deux fois moindre qu'avec l'infrarouge.

L'électrothérapie à courant direct (ULTROID) utilise un courant de faible voltage et administré de manière progressive. Les hémorragies sont minimales et très rares, en règle générale inférieures à 1%.

Appareil de MORICORN: il permet une ligature de l'artère hémorroïdale entre 2 et 3 cm au-dessus de la ligne pectinée repérée grâce à un flux Doppler. Il n'a pas été rapporté d'hémorragie

massive après utilisation de cet appareil sur une série de 116 patients. On note simplement dans 12% des cas, des rectorragies minimes dans la semaine qui suit le geste.

I-3 Rectorragies après polypectomies

La rectorragie est la plus fréquente des complications de la polypectomie (de 0,8 à 2%). Il s'agit fréquemment d'une hémorragie immédiate, la plupart du temps minime et impose une surveillance durant l'endoscopie avant son arrêt spontané ; en cas d'hémorragie immédiate plus importante, une recapture du pied du polype avec striction mécanique simple pendant quelques minutes suffit habituellement à stopper l'hémorragie.

Les hémorragies différées sont beaucoup plus rares (0,3%). Elles surviennent en moyenne 7 à 10 jours après le geste initial, et imposent une nouvelle coloscopie avec tentative de traitement par injection adrénaline sous-muqueuse ou tentative de mise en place de clip endoscopique souvent limité par la taille du polype. En cas d'hémorragie grave, une angiographie sélective avec injection de vasopressine peut être entreprise ; le recours à la chirurgie reste très rare, évalué à de 0,13 % sur un ensemble de 30.000 polypectomies (à partir de plusieurs études).

La prévention des hémorragies post-polypectomie nécessite une coagulation diathermique de qualité, l'exérèse de polypes pédiculés de taille "raisonnable". La situation anatomique du polype est importante, ainsi que les traitements en cours (anti-agrégant ...). Avant l'exérèse d'un gros polype, une injection sous-muqueuse adrénaline peut être envisagée ou la pose d'une endo-loop à la base du pied du polype, au-dessus de laquelle se effectuera la section du pédicule. Les polypectomies pour polype volumineux se feront en étroite collaboration médico-chirurgicale avec un bilan de coagulation complet.

I-4 Rectorragies après chirurgie colique ou chirurgie vasculaire

Les anastomoses coliques mécaniques entraînent une hémorragie dans 2% des cas. Le traitement est le plus souvent conservateur associant électrocoagulation endoscopique et transfusions.

Une colite de diversion suite à une exclusion colique segmentaire ou rectale est une inflammation muqueuse non spécifique très proche cliniquement et endoscopiquement de la RCH. Son traitement repose sur les lavements d'acides gras à chaîne courte ou sur la remise en continuité du segment digestif exclus.

Une rectite ischémique parfois sévère est possible lors d'une chirurgie d'anévrisme de l'aorte ou d'une ligature de l'artère mésentérique inférieure per-opératoire ou lors d'accidents de démolition. La fréquence estimée des phénomènes ischémiques après chirurgie cardio-vasculaire est évaluée à 0,5%. Il s'agit de patients présentant un iléus postopératoire ou une diarrhée dans les cinq jours voire l'apparition de sang dans les selles. Un élément important à l'examen est l'existence d'une hypotonie sphinctérienne. D'autres signes de douleurs abdominales et des signes généraux d'hyperthermie, d'hyper-leucocytose peuvent s'associer dans un tableau plus évolué.

La conduite à tenir est fonction du degré de dischémie constaté : antibiothérapie associée à la Sulfazalazine en cas de dischémie relative, colostomie avec une intervention de type Hartman en cas de dischémie sévère.

I-5 Prise médicamenteuse: suppositoire et/ou lavements ou per-os

I-5.1 Suppositoires

L'introduction de suppositoires peut être à l'origine de rectites ulcérées, parfois hémorragiques. Il existe une symptomatologie fonctionnelle associée aux rectorragies, en règle générale de faible abondance. Il peut s'agir en endoscopie de lésions profondes, ou plus fréquemment de rectites érosives. Ces lésions sont observées avec les suppositoires à base de Dextropropoxyphène, d'acide acétylsalicylique ou de ergotamine selon des mécanismes différents.

I-5.2 Lavements thérapeutiques accidentels ou rituels

Les lésions induites sont le plus souvent rectales voire, recto-sigmoïdiennes et rarement anales. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome rectal associé à une hémorragie de faible abondance. L'aspect endoscopique est non spécifique. Il existe parfois des lésions associées mécaniques à type de déchirure au niveau de la paroi antérieure du rectum.

Les lavements habituellement incriminés sont les lavements de phosphate sodique hypertonique, leau oxygénée ou le polystyrène sulfonate de sodium (Kayexalate).

Tout lavement administré sans précaution peut être à l'origine de complications hémorragiques parfois très graves en particulier chez les patients âgés. La pratique d'auto-lavements à l'eau peut être à l'origine d'hémorragies rectales, parfois associées à un choc péritonéal et ou à des signes urinaires. Il s'agit de pratiques homosexuelles masculines dont le traitement est une simple dérivation avec suture rectale.

I-5.3 Prise de médicaments per os ou caustiques

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été incriminés dans la survenue de rectorragies massives par véritables colites ulcérées tout particulièrement chez des patients diabétiques. La profondeur des lésions induites par les AINS à ce niveau est dose-dépendante. Les AINS sont susceptibles de majorer le risque hémorragique de la maladie diverticulaire ou de déclencher une poussée de colite inflammatoire.

La prise de Cantharidine peut provoquer, à forte dose, des brûlures de l'ensemble du tractus digestif et notamment de la sphère anorectale. Les rectorragies peuvent avoir pour origine de véritables ulcères coliques ou rectaux. Cette symptomatologie peut se compliquer de lésions rénales et de CIVD sévère ; le traitement est symptomatique.

Un traitement par Dipyramydole (Persantine) peut entraîner un saignement par contact simple avec la muqueuse anale par son action vasodilatatrice et anti-agrégante plaquettaire quelque soit le grade de la maladie hémorroïdaire associée. Le saignement n'est stoppé que grâce à l'arrêt du médicament. Les traitements instrumentaux voire chirurgicaux de la maladie hémorroïdaire sont inefficaces.

I-6 Hémorragies post-traumatiques

I-6.1 Ulcérations thermométriques

Ulcération thermométrique peut être responsable de rectorragies abondantes. Dans un tiers des cas, ces rectorragies sont de faible abondance. Le diagnostic repose sur la notion d'une prise de température rectale récente. Il s'agit en endoscopie d'une ulcération fréquemment ovale de 0,5 à 2 cm de long sur la paroi antérieure du rectum faisant un repli transversal à 5 à 6 cm de la marge anale. Ce traumatisme est dû à l'angulation naturelle existante entre le rectum et le canal anal. Les facteurs favorisants sont un canal anal court rencontré plus souvent chez la femme et l'enfant, une muqueuse fragilisée par des antécédents de rectite, une constipation ou la prise excessive de suppositoires ou la prise d'une thérapeutique et notamment l'aspirine.

Le saignement cesse spontanément dans deux tiers des cas ; des lavements hémostatiques peuvent être mis en œuvre. Un tamponnage simple peut également être appliqué, parfois la rectorragie nécessite une électrocoagulation au bistouri électrique ou une suture chirurgicale.

I-6.2 Traumatisme rectal, corps étrangers, plaies périnéales

Lors des pratiques homosexuelles : les hémorragies sont rares sauf s'il existe un traumatisme muqueux associé.

Les accidents de la voie publique, multi-traumatismes, fracture du bassin, empalement, plaies par balle associent fréquemment des lésions génito-urinaires, intestinales, vasculaires ou coliques. La mortalité est élevée surtout si des lésions vasculaires ou des complications septiques sont associées. Le traitement d'urgence concerne le contrôle hémorragique avec la recherche d'une lacération voire d'une perforation rectale. La ligature de l'artère iliaque interne est parfois nécessaire.

D'autres lésions hémorragiques peuvent être observées dans des conditions exceptionnelles : traumatisme colorectal par migration prothétique, endo-prothèse biliaire aortique ou migration de cathéter de chimiothérapie intra-portale.

I-6.3 Brûlures

Les grands brûlés peuvent présenter des ulcérations rectales d'apparition différée (J 10, J 12) avec risque de surinfection par le CMV dans le cadre d'une immuno-suppression. Le problème majeur concerne les complications septiques. La stomie de dérivation est constante, le traitement par amputation abdomino-périnéale souvent nécessaire.

I-6.4 Traumatismes "sportifs"

Les lésions décrites sont en rapport avec des rectites aiguës notamment après la pratique du ski nautique. Il s'agit d'une rectite suspendue dont la régression est rapide sous lavements corticoïdes. On note la fréquence des lésions gynécologiques associées. Il s'agit de lésions mécaniques dues à l'irruption de leau dans le rectum à très forte pression ("syndrome du Canadair").

I-7 Rectite radique

Les rectorragies sont fréquentes lors des rectites radiques. En phase aiguë, elles sont cortico-sensibles et nécessitent exceptionnellement l'arrêt du traitement. En phase chronique, les rectorragies apparaissent en moyenne après 9 mois d'irradiation, parfois après quelques années.

Dans 5% des cas, ces rectorragies nécessitent un traitement. Il s'agit rarement de rectorragies graves nécessitant des transfusions.

Les phénomènes hémorragiques sont dus à la présence de télangiectasies ; ces néo-vaisseaux sont en rapport avec l'artérite oblitérante et la fibrose évolutive qui sont les caractéristiques histologiques de la rectite radique. Les télangiectasies prédominent au niveau de la face antérieure du rectum en cas d'irradiation pour cancer du col utérin ou cancer de la prostate. Les biopsies sont proscrites compte tenu des risques hémorragiques.

Il a été décrit des formes cliniques de lésions vastes, isolées, très hémorragiques au contact des vaisseaux iliaques internes traitées de manière efficace par embolisation.

Le traitement habituel repose sur les techniques endoscopiques de type BICAP ou électrocoagulation. Le laser Argon (pénétrance moins importante que le laser Yag) est efficace avec des séances répétées. A noter que l'accès aux lésions bas situées au niveau du rectum reste difficile et semble plus accessible par une électrocoagulation de type plasma-Argon. Les lavements de stéroïdes sont efficaces dans le cadre de rectorragies isolées. En cas de rectorragies plus importantes, le tamponnement par la Formaline à 4% semble efficace dans 70 à 80% des cas.

II- HEMORRAGIES SPONTANÉES

II-1 Pathologie bénigne anorectale

Les rectorragies spontanées d'origine anale sont rarement abondantes. Les rectorragies d'origine hémorroïdaire sont déclenchées par la selle : le sang rouge rutilant arrosant la cuvette est souvent impressionnant mais rarement abondant. Elles peuvent par contre, être à l'origine d'un syndrome anémique profond.

Le traitement est instrumental (scléroses ou ligature) ou chirurgical.

II-2 Pathologie tumorale anale ou recto-colique

Dans ce cadre pathologique, les hémorragies sont rarement sévères mais fréquentes (14% des HDB). Elles sont associées à un syndrome rectal ou à des troubles du transit.

La photothérapie Laser, dans le cadre d'un traitement palliatif, peut être utile.

II-3 Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR)

Il s'agit de rectorragies de sang rouge survenant lors de la défécation dans un contexte de dyschésie. Ces rectorragies sont associées à des émissions glaireuses et des douleurs anorectales. Il s'agit parfois de rectorragies massives.

Les causes du saignement sont en rapport avec des lésions traumatiques, ischémiques ou congestives de la muqueuse rectale.

Le diagnostic endoscopique permet de mettre en évidence un aspect de rectite à topographie plus souvent antérieure (45%), postérieure (15%) ou latérale symétrique. L'aspect peut être celui de formations pseudo-polypoides voire d'un ulcère vrai siégeant principalement sur la face antérieure du rectum. Cette ulcération est située entre 5 et 8 cm au-dessus de l'anus. La mise en évidence d'une intussusception muqueuse rectale nécessite parfois une poussée du patient pendant l'examen.

La conduite à tenir dans le cadre d'une hémorragie massive repose sur un geste hémostatique endoscopique ou chirurgical associé à une colostomie. Le traitement en dehors de l'urgence repose sur la facilitation de l'exonération, la cicatrisation éventuelle de l'ulcère et la fixation du prolapsus par voie antérieure (rectopexie) ou par voie endo-anale (intervention de Delorme).

II-4 Rectite ulcérée

La rectite ulcérée représente 32% des nouveaux cas de RCH du registre EPIMAD (549RCH /1988-1997).

Les rectorragies sont en rapport avec des épisodes de diarrhée sanglante (94% des cas) et le risque de rectorragie massive est faible.

Le risque d'extension lors d'une 2ème poussée est de 10%. Lors du bilan endoscopique d'une rectite hémorragique, la réalisation de biopsies en muqueuse saine sus-jacente peut orienter l'examen vers des caractères histopathologiques de RCH authentique. Moins de 2% des rectites évoluent vers une maladie de Crohn ou sont suspectes d'être une localisation rectale de MC. La prise en charge de la rectite ulcérée est quasi-exclusivement médicale : dérivés du 5-ASA (suppositoires, lavements *per os*), dérivés corticoïdes (mousse, lavements) ou association 5-ASA, dérivés corticoïdes.

Dans le cadre de colites plus diffuses (RCH ou maladie de Crohn), 6% des patients ont un risque d'hémorragie massive ; ce risque est accru en cas de maladie de Crohn (ulcérations profondes).

Ces hémorragies massives cèdent spontanément dans la moitié des cas mais 35% des patients re-saigneront. Un antécédent d'hémorragie digestive grave sur une colite inflammatoire est une indication chirurgicale.

La moitié des patients présentant des hémorragies massives imposent une colectomie sub-totale en urgence ou une colo-proctectomie totale si l'origine du saignement est rectal. Après colectomie sub-totale en cas de RCH, le risque de saignement ultérieur à point de départ rectal est chiffré à 12%.

II-5 Varices ano-rectales

En cas d'hypertension portale, des varices ano-rectales ou des lésions muqueuses coliques sont observées dans un tiers des cas.

Les varices ano-rectales (VAR) sont plus faciles à identifier dans le rectum que dans le conduit anal.

Elles sont plus fréquentes en cas d'association à une gastropathie d'HTP.

Quatre à huit pour cent des patients porteurs de VAR saignent ; la prise en charge repose en urgence sur la sclérose des varices, leur ligature endoscopique ou la mise en tension d'un ballonnet intra-rectal. La mise en place de TIPS (risque de sténose à 1 an), la réalisation d'une chirurgie de dérivation porto-systémique (risque d'insuffisance hépato-cellulaire) ou d'une transection rectale ont été proposées.

La colopathie d'hypertension portale est aussi fréquente que les varices ano-rectales ; le risque hémorragique est de 1 à 4% .

II-6 Ischémie mésentérique

Toutes les manifestations d'insuffisance vasculaire mésentérique, de l'infarctus vrai aux thromboses artérielles ou veineuses ou à l'ischémie non occlusive, peuvent se manifester par des rectorragies peu abondantes.

Trente pour cent des colites ischémiques du sujet jeune apparaissent secondaires à l'effort par effondrement du débit splanchnique au profit du débit cardiaque et musculaire. Les facteurs favorisants sont la chaleur, la déshydratation, l'altitude et la prise d'aspirine. Le tableau associe crampes abdominales, diarrhées, rectorragies parfois abondantes avec un aspect conservé de l'état général. Des cas ont été rapportés de rectorragie massive par lésion ischémique pancolique, ulcéro-nécrotique imposant une colectomie totale. L'évolution est beaucoup plus souvent favorable avec l'arrêt de l'effort, repos, antibiothérapie et pansement intestinal.

La prévention du risque dhémorragie digestive sévère passe peut-être, par une activité physique modérée mais régulière comme ceci a pu être montré sur une population Nord-américaine. L'hypothèse avancée est celle d'une diminution de l'activité du système sympathique grâce à l'entraînement physique ce qui permet d'améliorer le flux sanguin et de diminuer les risques de dischémie intestinale. La diminution des phénomènes ischémiques pourrait être un des éléments favorables dans la diminution significative de l'incidence des hémorragies gastro-intestinales basses sur la population étudiée.

II-7 Malformations vasculaires

Langiodysplasie est la malformation vasculaire dégénérative acquise la plus fréquente du tractus digestif ; il s'agit d'un saignement veineux.

Langiodysplasie colique hémorragique est rare mais elle est la cause la plus fréquente de saignements massifs ; l'arrêt du saignement est spontané dans 30% des cas mais la récurrence est fréquente. Cette hémorragie sur angiodysplasie est souvent associée à une diverticulose.

Elle siège plus volontiers à droite (76%) et concerne des patients âgés de plus de 70 ans.

Le diagnostic repose sur la coloscopie, parfois sur l'angiographie sélective mésentérique dans le cadre de l'urgence.

Ulcération aiguë unique simple est une malformation histologiquement très proche de l'ulcération simple de Dieulafoy ; l'hémorragie est parfois grave et plutôt de siège colique droit.

II-8 Maladie diverticulaire

La diverticulose hémorragique est un saignement artériel. Il s'agit de la cause la plus fréquente d'hémorragie digestive basse (37 à 45%). Le risque hémorragique pourrait concerner 20% des patients porteurs d'une diverticulite.

Un saignement mineur la semaine précédente est rapporté chez un quart des patients. L'arrêt spontané du saignement est favorisé par l'hypotension artérielle. Les facteurs favorisant la diverticulose hémorragique sont l'IHTA, la cardiopathie ischémique, la mise sous anticoagulant et le diabète.

Le diagnostic repose sur la coloscopie, l'angiographie sélective en cas d'hémorragie massive ou la scintigraphie aux globules rouges marqués en cas d'hémorragie de faible abondance (côlon droit ou transverse dans 2/3 des cas).

Les hémorragies d'origine diverticulaire s'arrêtent spontanément dans 80% des cas mais des récurrences sont observées dans 25% des cas. Le risque de re-saignement à chaque arrêt est majoré. Il existe donc une indication opératoire en cas de deuxième épisode hémorragique. Cinq pour cent des diverticuloses hémorragiques seront opérées d'emblée, le plus souvent par hémicolectomie droite si le site de saignement est correctement repéré.

II-9. Endométriose

L'endométriose concerne 5% des femmes (parfois ménopausées). Dans 75 à 90 % des cas, il s'agit de localisations recto-sigmoïdiennes, l'autre localisation étant caeco-appendiculaire. Des hémorragies graves en rapport avec des localisations appendiculaires ont été rapportées.

Le diagnostic endoscopique est difficile car il s'agit d'un aspect de compression extrinsèque. Le traitement habituel comprend la mise sous pilule O-P et nécessite parfois une chirurgie de résection.

II-10. Coagulopathie

Les hémorragies "idiopathiques" colo-rectales sont plus fréquentes en cas de trouble de la coagulation. Cinquante pour cent des hémopathies aiguës avec thrombopénie inférieure à 20.000 plaquettes par mm³ présentent des saignements (0,8% au-delà de 20.000 plaquettes par mm³) en l'absence de toute lésion muqueuse endoscopiquement visible.

L'hémorragie sous anticoagulants ou anti-agrégants impose la réalisation d'un bilan étiologique complet associé à la correction urgente du trouble de la coagulation.

III- DEMARCHE DECISIONNELLE EN CAS DHEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

En cas dhémorragie digestive basse active sévère, une réanimation immédiate doit être entreprise avec mise en place de deux voies dabord veineuses périphériques ou dune voie centrale puis, dun remplissage vasculaire.

Un bilan de coagulation complet doit être entrepris de même quun bilan pré-transfusionnel.

On réalise la mise en place dune sonde naso-gastrique. Elle permet dexclure une hémorragie digestive dorigine haute de manière formelle si de la bile est mélangée au liquide de stase gastrique (un spasme pylorique peut être associé à une hémorragie active dorigine bulbo-duodénale).

Linterrogatoire permettra déliminer les causes iatrogènes : une chirurgie récente, anale ou colique, un geste endoscopique thérapeutique ou un traitement instrumental anti-hémorroïdaire en cours. Il porte encore sur la prise de médication à visée anticoagulante ou anti-agrégante ; il élimine également la possibilité dune ulcération thermométrique ou par corps étranger.

Lexamen clinique, lanuscopie ainsi quune rectoscopie sont réalisés à la recherche dune pathologie proctologique évidente ou de lésions muqueuses rectales. Bien que 85% des hémorragies digestives basses cessent spontanément, un examen complet est nécessaire si lhémorragie persiste.

Les moyens diagnostiques se doublent de possibilités thérapeutiques.

Coloscopie

Elle permet un diagnostic positif dans 74 à 82% des cas. La coloscopie est réalisée si le patient est stable sur un plan hémodynamique.

La préparation colique est variable : PEG 5 litres en 2 heures ou en administration continue jusquà lémission de selles claires liquides ou pas de préparation (série de plus de 400 patients avec diagnostic positif dans 76% des coloscopies dans le cadre de HDB).

La coloscopie permet un traitement direct dans le cadre dangiodysplasie ou de malformation vasculaire (laser Yag, Heaterprobe). Après ce type de traitement, le risque de récurrence varie de 13 à 53%.

En cas de diverticulose hémorragique, le traitement endoscopique est beaucoup plus difficile. En cas de polypectomie hémorragique, la coloscopie peut permettre la mise en place dun clip ou dune nouvelle reprise du pied à lanse diathermique.

Angiographie mésentérique sélective

Langiographie détecte une hémorragie digestive pour un débit de 0,5 à 1 ml/minute : cette technique prend tout son intérêt dans les hémorragies massives. Les faux négatifs résident essentiellement lorsqu'il existe une hémorragie intermittente ou un spasme artériel momentané. Le diagnostic topographique du site de saignement est excellent.

Linjection de vasopressine au cours du temps artériographique peut être utile à contrôler temporairement un saignement artériel important (saignement diverticulaire).

La miniaturisation du matériel (2F) permet actuellement demboliser des artères coliques de manière très distale. Lembolisation se fait grâce à des particules de microcoil platine. Le risque de nécrose colique est minimisé.

Lefficacité sur lhémorragie est de 90 à 100%, la récurrence du saignement est très rare.

Entéroscopie

Lorsque lensemble du bilan endoscopique et angiographique est négatif, une entéroscopie doit être envisagée (5% des cas).

Son efficacité dans le diagnostic dhémorragie digestive basse dorigine intestinale est de 25% ; elle permet également les techniques dhémostase endoscopique.

Chirurgie

La chirurgie en urgence concerne 10 à 15% des hémorragies digestives basses. Ses indications sont l'instabilité hémodynamique, des besoins transfusionnels importants (supérieurs à deux litres par 24 heures) ou encore une hémorragie persistante au-delà de 72 heures ou récidivante en moins d'une semaine.

Si le site hémorragique n'est pas localisé, une coloscopie et une endoscopie haute per-opératoire sont réalisées, les manoeuvres per-opératoires sur le côlon doivent être évitées (intérêt de la trans-illumination des lésions angiodysplasiques).

Si le site d'hémorragie a été localisé, une colectomie segmentaire est envisagée dont la morbidité et la mortalité sont faibles, de même que le risque de récurrence hémorragique.

Si le bilan per-opératoire est totalement négatif, une colectomie sub-totale peut être envisagée.

En cas d'hémorragie digestive basse peu importante, l'interrogatoire portera sur les antécédents familiaux (néoplasie) ou personnels (MICI, radiothérapie, cirrhose). On recherchera la notion de signes fonctionnels proctologiques associés (diarrhée sanglante, déclenchement par la selle, proctalgie, difficulté d'exonération) ou des signes généraux d'accompagnement. Le diagnostic est habituellement porté après l'examen proctologique et la rectosigmoidoscopie.

IV- CONCLUSION

Les urgences hémorragiques doivent amener à une prise en charge précise et rapide. Si l'on s'agit d'une hémorragie grave, une stratégie diagnostique et thérapeutique précise doit être instituée : la coloscopie représente souvent l'examen-clé.

V-REFERENCES

Browder W. Impact of emergency angiography in massive lower gastro intestinal bleeding. *Ann Surg* 1986 ; 204 : 530-6

Denis J. Hemorrhoidectomy: hospital Leopold Bellan procedure. *Int Surg* 1989 ; 74 : 152-153

Keighley M. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. WB Saunders, 1993.

Mac Rae H. Comparaison of hemorrhoidal treatment modalities : a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 687-694

Miller S. Less frequent causes of lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Clinics of North America* 1994 ; 23-1

Nicholson AA. Transcatheter coil embolotherapy : a safe and effective option for major colonic haemorrhage. *Gut* 1998 ; 43 : 79-84

Sieleznoff I. Morbidité post-opératoire précoce après hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan. *J Chir* 1997 ; n 5-6 : 243-247

Suduca P. Complications et séquelles de l'hémorroïdectomie. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1980 ; 16 : 4199-211

Vernava A. Lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 1997 ; 40 : 846-858

mis en ligne le 3 mars 1999