

Diagnostic et prise en charge d'une hémorragie digestive chez l'enfant

Bruno Bachy

Clinique Chirurgicale Infantile, CHU Rouen

Olivier Mouterde

Gastro-entérologie Pédiatrique, CHU Rouen

Monia, 9 ans

- Pas d'ATCD
- hématurie, méléna
- après prise d'un sachet de Catalgine® 0,25
- endoscopie : sang ++
- remplissage, récurrences d'hématurie malgré traitement
- transfert en réa, remplissage au Jouvelet 5l/heure
- prise au bloc, endoscopie : sang semblant provenir de la région sous cardiale,
- gastrotomie, suture d'un ulcère aigu sous cardial

Alexandre, 7 ans

- méléna
- hospitalisé
- transfusé
- arrêt spontané de l'hémorragie
- bilan d'anémie débuté
- endoscopie 8 jours plus tard (!) : volumineuses varices oesophagiennes
- écho : kystes rénaux : découverte d'une fibrose hépatique congénitale.

Alizon, 2 mois

- Hospitalisé pour méléna
- abdomen souple, pas d'anémie,
- ASP interprété comme normal
- endoscopie programmée pour le lendemain
- dans la nuit moins bon état général, ballonnement
- au matin une régurgitation bilieuse
- transfert en chirurgie : volvulus complet du grêle
- grêle court, encore en nutrition parentérale 8 mois plus tard.

Règle d'or

toute hémorragie digestive :

- peut révéler une pathologie grave
- peut récidiver de façon imprévisible et cataclysmique

Approche diagnostique

- Diagnostic positif
 - S'agit il d'une hémorragie?
- Diagnostic topographique
 - Est-elle d'origine digestive?
- Diagnostic étiologique
 - Quelle en est la cause?
- Le diagnostic précis conditionne le traitement
- Nécessité d'une collaboration médico-chirurgicale constante

S'agit-il d'une hémorragie ?

- Diagnostic différentiel (1)
 - coloration due aux aliments (betterave)
 - coloration due aux traitements (fer)
- Faire (toujours un Hémoccult®)
 - sur selles ou liquide gastrique

S'agit-il d'une hémorragie digestive ?

- Diagnostic différentiel (2)
 - hémoptysie ? ATCD, Radio pulmonaire
 - épistaxis ? ATCD, examen ORL en urgence
 - chez le nouveau né :
 - sang dégluti à l'accouchement
 - crevasses du mamelon
 - dans le doute : endoscopie

Extériorisation du saignement

- Par la bouche :
 - rouge ou noir : même signification : **danger**
- Par l'anus :
 - rouge sur et après les selles : origine rectale ou anale
 - rouge mêlé aux selles : colon , Meckel ou origine haute (si abondant ou nouveau-né)
 - rouge et noir : Meckel ? ou origine haute
 - noir : origine haute ou Meckel
- les deux : hémorragie haute massive
- pas d'extériorisation : problème d'un choc avec anémie

Hémorragie digestive haute, orientation d'emblée

- nouveau-né : *oesogastrite*
- nourrisson, pleurs, hypotrophie : *oesophagite*
- encéphalopathe : *oesophagite*
- AINS *gastrite, ulcère*
- pathologie hépatique : *varices oesophagiennes*
- vomissements avant hématémèse : *Mallory-Weiss*
- ATCD familiaux d'ulcères : *ulcère*
- douleurs abdominales récurrentes , (garçon) : *Meckel*

Hémorragies d'origine gastro-duodénale

- Ulcères
 - primitifs (*Helicobacter pylori*)
 - peu hémorragiques
 - ou secondaires (AINS, aspirine, stress)
- Gastrites
 - même origine

 - Importance de l'endoscopie haute
 - Traitement et prévention

Hémorragie digestive basse, orientation d'emblée

- nouveau né : *fissure, colite au lait de vache, virale*
- constipation, douleur défécation : *fissure*
- douleurs abdominales, vomissements, hypotonie : *invagination, volvulus*
- 2 à 6 ans sans fissure : *polype juvénile*
- plus de 9 ans, altération état général : *MITD*
- avec fièvre et diarrhée : *Salmonelle, Shigelle (SHU, MITD)*
- après prise de température : *ulcération thermométrique*
- avec arthralgies, éruption : *purpura rhumatoïde*

- Il n'y a pas d'hémorroïdes chez l'enfant!

Rectorragies et méléna

- Valeur localisatrice
 - Méléna (au dessus angle de Treitz)
 - Mais rectorragie abondante chez le NN peut être d'origine haute
- Places examens complémentaires
 - Radiographies, échographie
 - Opacifications, scintigraphies
 - Scanner, vidéo-capsule

Rectorragies du nouveau né

- Entérocolite ulcéro-nécrosante
 - Rectorragie souvent peu abondante
 - Au second plan derrière altération EG
- Colite ecchymotique
 - Allergique ?(PLV)
 - Évolution favorable
- Rectorragies de causes infectieuses
 - Clostridium difficile, Campylobacter
- Ulcérations thermométriques

Rectorragies du nourrisson

- Invaginations intestinales aiguës
- Colites allergiques
- Colites infectieuses
- Diverticule de Meckel
- Polypes isolés
- Polyposes
- Purpura rhumatoïde
- Causes infectieuses et SHU
- Malformations vasculaires
 - Angiodysplasies, hémangiomes

Rectorragies du grand enfant et de l'adolescent

- Maladie de Crohn
 - Diarrhée chronique
 - Abscès périanaux
 - Endoscopie
- Rectocolite ulcérohémorragique
 - Diarrhée sanglante
- Tumeurs digestives
 - Toujours redoutées par l'entourage
 - À ne pas évoquer chez l'enfant !

Conduite à tenir en urgence

- Collapsus : 2 voies d'abord sérieuses, débiter le remplissage, grouper, commander du sang en urgence, transfuser.
- hémorragie haute sans collapsus : voie d'abord sérieuse, groupe, TP, TCA, phénotype Kell Rhésus, agglutinines irrégulières, NFS, surveillance rapprochée selon protocole, traitement probabiliste par liquide hémostatique et antiH2 en attendant l'endoscopie. transfuser selon évolution et NFS (3 heures de retard).
- hémorragie basse : rarement une urgence, rarement un danger (sauf cause chirurgicale) pas d'attitude systématique .

L'enfant qui va mal

- répétition des hémorragies extériorisées
- agitation, sueurs, pâleur, tachycardie, angoisse
- extrémités froides
- chute tensionnelle : tardive++
- anémie à la NFS : 3 heures d'équilibration
- collapsus hypovolémique

Le traitement non spécifique

- remplissage : Plasmion® puis PFC 20 ml/Kg en 1/2 heure à renouveler selon résultat
- transfusion culot si possible phénotypé : $^2\text{Hb (mmoles)} \times \text{pds} \times 4,8 = \text{ml}$ à la vitesse qu'il faut...
- passer 5ml/Kg de PFC tous les 15ml/Kg de culot
- oxygène nasal 3 à 6 l/mn
- la NFS n'étant pas fiable en période aiguë , la transfusion (et le remplissage) se basent souvent sur la réponse et les signes de poursuite de l'hémorragie (TA, pouls, couleur, extériorisation)
- exemple Hb à 5 : transfuser si hémorragie active, ne pas transfuser si hémorragie stoppée...Ne pas se laisser dépasser par l'hémorragie...Ne pas trop la compenser (6,5mmol) car risque d'hypervolémie favorisant la récurrence
- laisser à jeun

La place de l'endoscopie

- en urgence : rarement indiquée
 - suspicion de varices oesophagiennes
 - hémorragie importante, ou persistante malgré traitement symptomatique et probabiliste
- en semi urgence (qq heures) : toujours indiquée
 - dans les autres cas et les hémorragies basses : pas d'endoscopie à priori
 - diagnostic différentiel ou chirurgical
 - fissure
 - colite infectieuse
- comment l'obtenir :
 - gastro-entérologie pédiatrique ou coopération des services adultes pour l'endoscopie

Le traitement spécifique, hémorragie haute

- oesophagite, gastrite, ulcères, varices oesophagiennes, probabiliste :
 - anti H2 : Azantac® 0,25 à 1 mg/Kg/h en continu .
 - ou Mopral® IV : (après 5 ans ?) : 10mg/Kg dose de charge IV lente en 5 mn, puis 5 mg/Kg toutes les 12 heures pendant 4 jours (ampoules 40mg)
 - et liquide hémostatique : Gelox® 1/4 de flacon, Ulcar® 3 cp +QSP 1L d'eau glacée, à volonté
 - pas de sonde gastrique sauf à visée de diagnostic initial du siège haut ou bas de l'hémorragie
 - Ulcar® 2 cp ou sachets par jour
- si cirrhose :
 - Néomycine 100mg / Kg/j en 4 prises
 - Duphalac® 5 à 10 cuillers à soupe /jour jusqu'à selles normales
 - régime pauvre en protides

Varices oesophagiennes :

somatostatine (Sandostatine®)

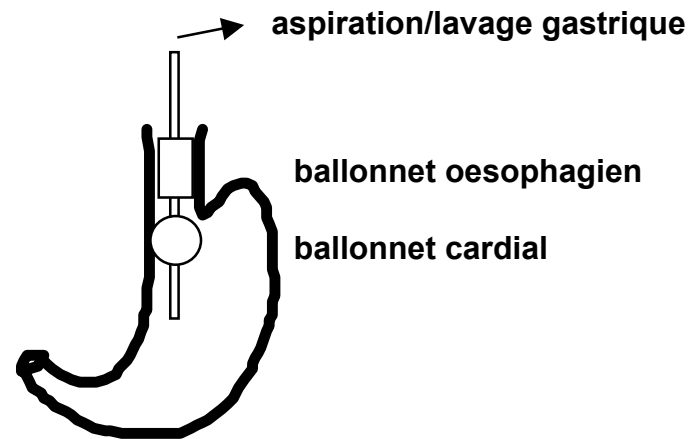
- adulte : 300µg/h en perfusion sur 12 heures éventuellement renouvelable, relais par voie sous cutanée 100 µg H12 H18, arrêt après 48 heures . Ampoules 100µg injectable (SC)
- effets secondaires (rares) : bradycardie hypotension si injection trop rapide, troubles digestifs, hyperglycémie.
- enfant : pas de consensus : 300 µg bolus (Bicêtre 120µg/Kg) en IV lente > 1 minute, puis 3 à 4 µg/Kg/h en perfusion (dilué 45 ml / 12h G5%) sur 12 à 72 heures, relai possible par voie sous cutanée, 1,5 µg/Kg/12 heures (traitement au total 48-72 heures)

Glypressine®

- adulte :
 - 1,5mg / 4 heures si >50Kgs
 - 1mg / 4 heures si <50Kgs
- enfant :
 - 30µg/Kg dose de charge, puis 15µg/Kg toutes les 3 à 6 heures. Ne pas dépasser 120µg/Kg/j. IV dans 5ml sérum Physiologique en 30 mn. Ampoules de 1mg.
- effets secondaires :
 - douleurs abdo, céphalées, HTA, rétention d'eau

Sonde de Blakemore (1)

- sonde de Blakemore : principe



Sonde de Blakemore (2)

- adaptée à l'âge (<3ans - 4 à 10ans - < 11 ans)
- tester l'étanchéité des ballonnets à l'air, vider au maximum, lubrifier
- positionnement naso-gastrique de façon à mettre à coup sûr le ballonnet gastrique dans l'estomac
- gonfler le ballonnet gastrique 100cc air, tirer la sonde jusqu'à résistance, gonfler le ballonnet oesophagien 30 à 40cc air, fixer solidement. ASP
- aspirer/ laver par la sonde.

Sonde de Blakemore (3)

- premier dégonflage (ballon oesophagien dégonflé, ballon gastrique gonflé, sonde non fixée, libre dans l'estomac) 5 minutes à la 4ème et 8ème heure puis 5mn toutes les 2 heures pendant 16 heures, puis 15mn toutes les 2 heures pendant 24 heures, puis laisser dégonflé 12 à 24h avant ablation.

Varices oesophagiennes : en pratique :

- traitement non spécifique
 - + ranitidine
 - + liquide hémostatique
 - + Duphalac® ± néomycine
 - + somatostatine (avec senior)
- si échec : voir pour Glypressine®, Blakemore ,
ou sclérose en urgence (Aetoxisclérol® 1%, <1ml
par séance)
- réalimentation lactée liquide glacée, puis mixée
puis normale (en 8 jours)

Varices oesophagiennes : prévention :

- AINS interdits
- pansements : Ulcar®
- si situation à risque :
 - Azantac®
 - Avlocardyl® (a discuter) 3 à 10mg/Kg selon fréquence cardiaque
- prévention récidive :
 - scléroses
 - dérivation porto-cave

Traitement spécifique : hémorragie basse

- fissure : toilette, éosine, Lansoyl®
- polype : ablation endoscopique
- hyperplasie lymphoïde : pas de traitement
- colite inflammatoire : selon type et gravité : Pentasa®, corticoïdes, Flagyl®, nutrition artificielle, chirurgie
- colite infectieuse : pas de traitement spécifique, pas d'antibiotiques (sauf Shigelles), Questran®
- colite au lait de vache : régime sans PLV un mois

Hémorragie digestive massive par voie basse

- Suspicion de diverticule de Meckel hémorragique
 - Problèmes de l'endoscopie basse en phase aiguë
- Si hémorragie persistante et grave :
- Laparotomie (ou coelioscopie)
 - Découverte et résection du diverticule
 - Étude de la totalité du tube digestif
 - Inspection et palpation
 - Non concluant dans près de 20% des cas

Diverticule de Meckel



La surveillance : rapprochée +++

- extériorisation :
 - selles, vomissements.
 - chacune doit être signalée (hématémèse, méléna, rectorragie)
- état général, pâleur, agitation, sueurs, angoisse
- fréquence cardiaque (tachycardie au repos)
- tension artérielle dynamap (pincement, chute)
- diurèse