

G.I APPROCHE DIAGNOSTIQUE DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Le diagnostic et traitement des hémorragies digestives se fait en répondant aux questions suivantes :

1. L'enfant saigne-t-il vraiment ?
2. Saigne-t-il du tractus digestif ?
3. Est-ce que c'est une hémorragie grave / dangereuse ?
4. D'où saigne-t-il ?
5. Est-ce que l'enfant a d'autres facteurs de risque ?
6. Que faut-il faire ?

Les vomissements ou les selles peuvent être teintés par des colorants alimentaires ou des médicaments - > quand il y a des doutes il faut tester pour la présence de sang avec le « Hexagon Obtest » au Laboratoire de Pédiatrie (teste la présence de l'hémoglobine, n'est donc pas faussé par le fer alimentaire !)

Il faut exclure des sources hémorragiques hors du tube digestif, comme épistaxis, tonsillectomie, toux importante, sang maternel avalé, inflammations / blessures orales ou génito-urinaires.

Estimation de la perte sanguine selon :

- Anamnèse
- Signes cliniques d'anémie ou de choc hypovolémique (couleur de l'enfant, état de perfusion en mesurant le temps de recoloration, pouls et TA : si pouls augmenté > 20/min. ou TA diminuée > 10 mmHg en passant de la position couchée à assise, c'est un signe fin d'un choc débutant)
- Hb, Hct, plaquettes et crase
- Pose d'une sonde nasogastrique d'aspiration de bon calibre

L'origine de l'hémorragie haute 50% et basse 50% (au-dessus ou au-dessous du ligament de Treitz) dépend de l'âge de l'enfant (voir tab. ci-dessous)

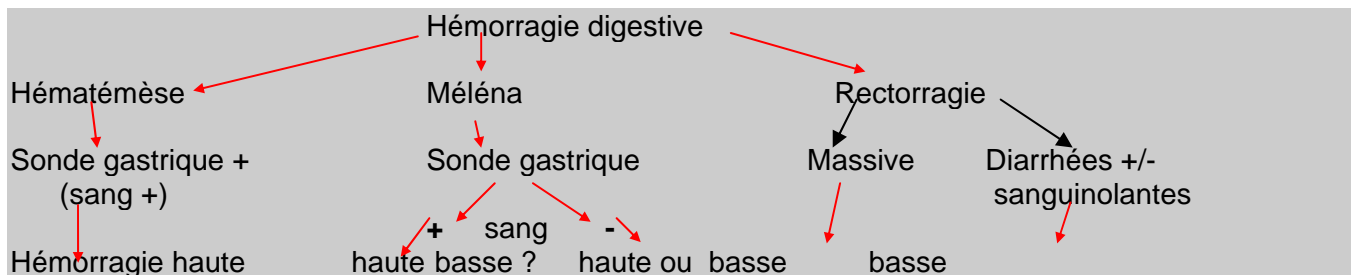
Etiologies les plus fréquentes de l'hémorragie haute (classé par ordre décroissant)

Nouveau-né	2-24 mois	2-6 ans	> 6 ans
Oesogastroduodénite du n-né	Ulcère de stress	Ulcère de stress	Ulcère peptique chronique (HP)
Ulcère de stress	Oesophagite	Gastrite	Ulcère de stress
Sang maternel avalé	Gastrite	Mallory Weiss	Gastrite*
Oesophagite	Mallory Weiss	Varices	Mallory Weiss
Troubles de coagulation	Sténose pylore	oesophagiennes	Varices oesophagiennes
Gastrite hémorragique	Malformation vasculaire	Oesophagite	Oesophagite
Irritation/corps étranger	Duplication	Corps étranger	Maladies inflammatoires intestin
Malformation vasculaire		Malformation vasculaire	Malformation vasculaire
Duplication		Hémobilie	Hémobilie

Etiologies les plus fréquentes de l'hémorragie basse (classé par ordre décroissant)

Nouveau-né	2-24 mois	2-6 ans	> 6 ans
<u>bon état général</u>	Fissure anale	Fissure anale	Colite infectieuse
Colite infectieuse*	Colite infectieuse	Colite infectieuse	Polype
Allergie au lait*	Allergie au lait*	Polype juvénile	Angiodysplasie
Sang maternel avalé	Diverticule de Meckel	Meckel	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
Troubles de coagulation	Volvulus	Invagination	
Duplication	Hischsprung enterocolite	Angiodysplasie	
	Invagination	Schönlein-Henoch	Hémorroïdes
	Duplication	Syndrome hémolytique-urémique	
	Colite ischémique		
<u>Mauvais EG</u>			
Entérocolite nécrosante			
Colite infectieuse			
Coagulopathie			
Volvulus			
Invagination			
Hischsprung enterocolite			
Insuffisance cardiaque			

La localisation de l'hémorragie peut être identifiée en suivant le schéma ci-dessous :



Selon l'origine suspectée d'autres mesures diagnostiques suivent (endoscopie haute/basse, capsule endoscopique, RX, artériographie, scintigraphie au Tc)

Pour 1/5 hémorragies digestives, la source du saignement ne peut être identifiée !

Facteurs de risque qui peuvent augmenter fortement le risque de complications et de mortalité lors d'une hémorragie digestive :

- Hypertension portale
- Maladie inflammatoire intestinale
- Stress
- Coagulopathie
- Allergie

Prise en charge d'un patient avec une hémorragie digestive.

1. Stabilisation du patient
 - apport de volume par voie veineuse **périphérique**, ev. transfusion
 - oxygène
 - Hb, Hct, Thrombos, crase et correction si présence de troubles de crase
 - contrôler la stabilisation régulièrement
 - commander de 2 culots et 1 thrombaphèrese en fonction des résultats de sang

2. Sonde nasogastrique (la plus grosse sonde possible, ev. par la bouche)
 - diagnostic (hémorragie haute ou basse)
 - estimation de la quantité
 - lavage gastrique n'est plus recommandé

3. Konakion MM iv lent 5mg < 5kg; 10 mg>10kg

4. Traitement spécifique selon étiologie

5. Avertir les gastroentérologues / chirurgiens

Une endoscopie en urgence est seulement nécessaire si le patient n'est pas stabilisable, sinon l'endoscopie se fait dans les 12 - 24h qui suivent.