

## APPROCHE DIAGNOSTIQUE DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Le diagnostic et le 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 ?

**Ad 1 :** 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 « recherche Hb » au Laboratoire de Pédiatrie

**Ad 2 :** Il faut exclure des sources hémorragiques hors du tube digestif, comme épistaxis, tonsillectomie, toux importante, sang maternel avalé, inflammations / blessures génito-urinaires.

**Ad 3 :** Hémorragie aiguë ou chronique ?

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 )  
NB : En cas de saignement aigu lent, 15% du volume sanguin peuvent être perdus sans retentissement hémodynamique !
- Hb, Hc, plaquettes crase  
NB : effectuer en même temps un Groupe sanguin et Cross match
- Pose d'une sonde naso-gastrique de bon calibre

**Ad 4 :** 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 )

**Ad 5 :** 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
- Médicaments
- Cholestase

**Ad 6** : Prise en charge d'un patient avec une hémorragie digestive

1. Stabilisation du patient
  - poser 2 voies veineuses périphériques controlatérales
  - stabilisation hémodynamique avec apport de volume, ev. transfusion
  - oxygène
  - prélever Hb, Hc, plaquettes, crase, groupe et cross match
  - commander 2 culots de sang, 1 thrombaphérèse
2. Sonde naso-gastrique ( la plus grosse sonde possible, ev. par la bouche )
  - diagnostic ( hémorragie haute ou basse )
  - estimation de la quantité
3. Administrer du Konakion MM im ou iv
  - < 10kg : 5 mg
  - > 10kg : 10 mg
4. Avertir les gastro-entérologues / chirurgiens
5. Traitement spécifique selon étiologie

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.

**Etiologies de l'hémorragie haute** (causes les plus fréquentes\*)

**Nouveau-né**

Oesogastroduodénite  
Sang maternel avalé\*  
Troubles de coagulation  
Gastrite hémorragique  
Ulcère de stress\*  
Oesophagite\*  
Irritation/corps étranger  
Malformation vasculaire  
Duplication

**1-24 mois**

Ulcère de stress\*  
Oesophagite\*  
Gastrite\*  
Mallory Weiss\*  
Sténose pylore  
Malformation vasculaire  
Duplication

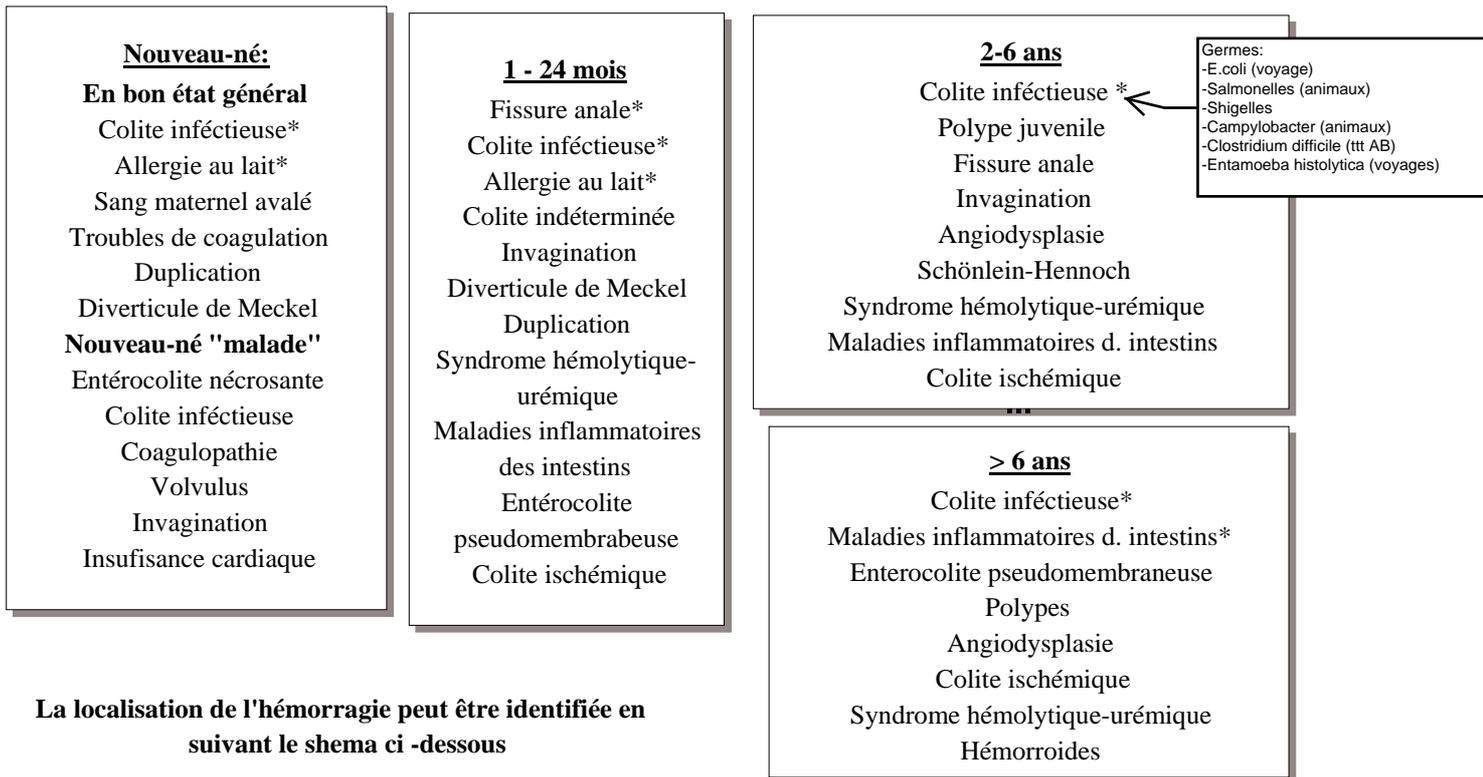
**2-6 ans**

Ulcère de stress \*  
Gastrite\*  
Mallory Weiss\*  
Varices oesophagiennes  
Oesophagite  
Corps étranger  
Malformation vasculaire  
Hémobilie

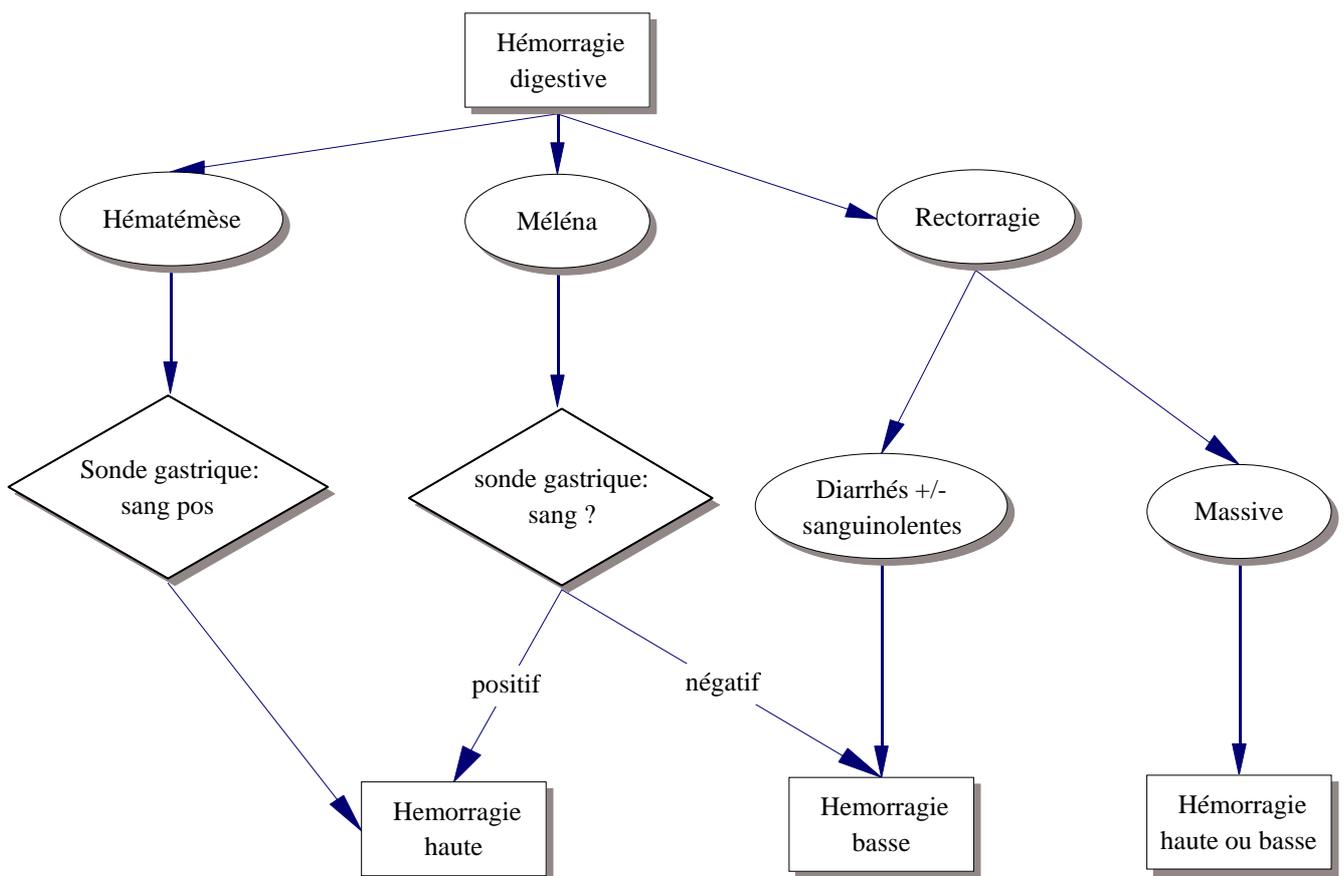
**> 6 ans**

Ulcère peptique chronique (HP)  
Ulcère de stress\*  
Gastrite\*  
Mallory Weiss  
Varices oesophagiennes  
Oesophagite  
Maladies inflammatoires intestins  
Malformation vasculaire  
Hémobilie

**Etiologies de l'hémorragie basse (\*causes les plus fréquentes)**



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 ; Rx, astériographie, scintigraphie au Tc)

Pour 1/5 des hémorragies digestives, la source de saignement ne peut pas être identifiée