

# HEMORRAGIES DIGESTIVES

## CAT en urgence

### 1. Reconnaître une hémorragie d'origine digestive :

- hématémèse = rejet de sang frais (rouge) ou digéré (noirâtre) lors d'un vomissement
  - méléna = émission de sang noir par l'anus (frais : aspect violacé, vieux : aspect de goudron, malodorant)
  - rectorragies = émission de sang rouge par l'anus
- ✓ En cas de doute, faire Hématest® ou Hémocult®
- ✓ **Y penser devant un collapsus ou une tachycardie inexplicables.** La mise en place d'une sonde nasogastrique peut aider au diagnostic en cas d'hémorragie digestive haute

### 2. Rechercher des signes de gravité et de mauvaise tolérance

- hémodynamique : fréquence cardiaque (la tachycardie est un signe précoce), tension artérielle (la chute de la TA est tardive et grave), diurèse (oligurie), temps de recoloration cutanée, fréquence respiratoire
- signes généraux : pâleur, lipothymie, agitation, anxiété, soif...
- hématocrite ou hémoglobine : se méfier car l'anémie peut être retardée de 2-3 heures !

### 3. CAT en urgence

Cette conduite s'applique aux hématémèses dans tous les cas, et aux méléna et aux rectorragies abondantes avec retentissement hémodynamique.

- **prévenir le médecin d'astreinte** en gastroentérologie et hépatologie pédiatrique

- **Mettre 2 voies veineuses périphériques** de bon calibre ; en cas d'échec, voie centrale ou intra-osseuse
- **Corriger le collapsus** : macromolécules 20 cc/kg en 15 minutes
- faire un **bilan EN URGENCE** : groupage ABO et Rhésus Kell, RAI, hémostase, NFS-plaquettes, BES et **faire une commande de sang (2 CGA en réserve)**
- surveillance toutes les 15 min puis horaire après stabilisation : **SCOPE (TA, FC, FR), diurèse** (poche à pipi ou sonde urinaire si choc), conscience, hémorragie
- **Hématocrite/2h (ou Hémocue®)**
- **Arrêt alimentaire** + plan de perfusion adapté à l'âge
- **sonde nasogastrique** en silicone (12 FR nourrisson et 14-16 FR grand)
- corriger la perte sanguine : **transfusion de culots globulaires**
  - **pour obtenir une hématocrite à 30% ou une Hb à 10 g/dl** (et pas plus +++)
  - **en urgence groupe O<sup>-</sup>**, sinon sang compatible ABO- Rh
  - **si transfusion massive alterner avec PFC (1 PFC /2CGA)**
- **O<sub>2</sub> nasal**
- surveillance en soins intensifs (réanimation ou UP)

#### **4. Approche étiologique et prise en charge**

Elle découle d'un interrogatoire et d'un examen clinique complets, et de la connaissance des causes les plus fréquentes d'hémorragies hautes et basses (tableau 1).

##### **• Hémorragies hautes (hématémèse et méléna)**

- **Nouveau-né** : oesogastroduodénite (rechercher de principe une carence en vitamine K)
- **Nourrisson** : oesophagite secondaire à un RGO
- **Enfant** : penser aux médicaments (**aspirine, AINS, corticoïdes**) et aux toxiques (acides forts) responsables de gastrite et/ou d'ulcère
- **Rechercher des signes d'hypertension portale**
  - o même en l'absence de pathologie hépatique connue
  - o la splénomégalie est parfois discrète en raison de la splénocontraction

Les examens à faire en urgence sont :

- **ASP** : élimine un pneumopéritoine (contre-indication à l'endoscopie)
- **endoscopie oesogastroduodénale sous AG**
  - prévenir l'anesthésiste de garde)
  - en urgence, dès que hémodynamique et anémie corrigées (HT à 30 %)
  - le plus tôt possible et au plus tard dans les 12-24 heures suivant l'hémorragie.

**Il existe 1 urgence formelle** : l'hémorragie massive persistante sous traitement médical

Un traitement symptomatique est toujours débuté sans attendre l'endoscopie :

- **antisécrétoire : Oméprazole** (Mopral®) (fl = 40 mg) intraveineux à la dose de 1mg/kg/24h en IVL/1 h
- **en cas d'hypertension portale connue ou suspectée : Octréotide** (Sandostatine®) dilué dans G 5% (hors AMM)  
!!! ampoules de 1 ml à 50 µg/ml, 100 µg/ml et 500 µg/ml !!!
  
- bolus de 2 µg/kg en IVL/15 mn (attention pâleur +++)
- puis entretien à 4 µg/kg/h pdt 12h
- puis 3 µg/kg/h pendant 12 h
- puis 2 µg/kg/h pour durée totale de ttt vasoactif de 2 à 5j
- surveillance des dextro

## • **Hémorragies basses (rectorragies et méléna)**

**L'hémorragie digestive basse n'est une urgence que dans 2 cas :**

- quand elle est **d'origine haute** (voir ci-dessus)...
- et quand elle révèle une **pathologie aiguë chirurgicale** :
  - invagination intestinale aiguë
  - volvulus du grêle
  - diverticule de Meckel
  - ou potentiellement chirurgicale enterocolite ulcéronécrosante (ECUN)

Dans les autres cas, l'urgence est plutôt ressentie par l'entourage.

**Bien examiner la marge anale et faire un TR +++**

toujours possible, même chez le nouveau-né en « amadouant » la marge anale, avec une bonne lubrification et un bon éclairage !

**Quelques remarques :**

- les hémorroïdes n'existent pas chez l'enfant
- dans un contexte de diarrhée aiguë : se méfier d'un SHU
- les polypes se manifestent par des rectorragies répétées souvent minimales (2-8 ans)
- le diverticule de Meckel peut se révéler par une hémorragie massive avec déglobulisation aiguë ou par une hémorragie récidivante de petite abondance
- le cavernome porte se découvre souvent devant une hémorragie digestive haute

## EN PRATIQUE

**Hématémèse minime** (pas de déglobulisation, hémodynamique stable) :

- rechercher un contexte favorisant (prise d'Aspirine ou d'AINS)
- vérifier l'absence de cause ORL
- rechercher une splénomégalie (HTP)
- surveillance et endoscopie en fonction de l'évolution et du contexte

**Hématémèse massive ou méléna frais** :

- mesures hémodynamiques
- endoscopie en urgence

**« Vieux » méléna ou rectorragies abondantes** ± douleurs abdominales

- équiper le malade
- faire une scintigraphie en urgence

## Étiologies des hémorragies digestives par ordre de fréquence selon l'âge (sauf Meckel)

	<b>0-1 mois</b>	<b>1-24 mois</b>	<b>2-7 ans</b>	<b>7-17 ans</b>
<b>Hémorragies hautes</b>	oesophagite	oesophagite	gastrite	gastrite
	gastrite	gastrite ulcère Mallory-Weiss varices oesophagiennes	Mallory-Weiss oesophagite ulcères varices oesophagiennes	oesophagite ulcère Mallory-Weiss varices oesophagiennes
<b>Hémorragies basses</b>	fissures	fissures	polypes	colite (dont Crohn, RCH)
	colite (APLV)	colite (APLV surtout) HNL	fissure  HNL colite	fissure  HNL polypes

**HNL** : hyperplasie nodulaire

**RCH** : rectocolite hémorragique