



HEMATEMESE : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET CONDUITE A TENIR

Dr G. Massé



AFFIRMER LE DIAGNOSTIC (1)

Extériorisation de sang rouge ou noir

Par la bouche ou le nez

Lors d'un effort de vomissement

Provenant du TD haut, en amont de l'angle de Treitz



AFFIRMER LE DIAGNOSTIC (2)

ELIMINER UNE AUTRE ORIGINE

- Colorants/aliments ou médicaments
- Hémoptysie
- Sang dégluti (NN/épistaxis/saignement amygdalien)



AFFIRMER LE DIAGNOSTIC (3)

Y penser devant un collapsus ou une tachycardie inexpliqués

Diagnostic par la mise en place d'une sonde nasogastrique



Urgence vitale ?

Urgence pédiatrique fréquente

Pronostic vital rarement en jeu en pédiatrie

Peut révéler une pathologie grave

Peut récidiver de façon imprévisible et cataclysmique

=> Hospitalisation pour surveillance et diagnostic



Rechercher des signes de gravité et de mauvaise tolérance :

Abondance du saignement difficile à apprécier (surestimée / non extériorisée)...

... donc évaluation de l'hémodynamique : signes généraux (pâleur, lipothymie, agitation, anxiété, soif) ; fréquence cardiaque (tachycardie précoce), pression artérielle (chute tardive et grave), temps de recoloration cutanée, fréquence respiratoire, diurèse (oligurie)

+ dosage de l'hématocrite/hémoglobine



CONDUITE A TENIR en urgence (1)

- Voie(s) veineuse(s)
- Arrêt alimentaire
- SNG +/- lavages gastriques
- Remplissage si besoin
+/- transfusion, 1 g/kg d'albumine
- O2 si besoin
- Scope
- Surveillance hémorragie, Hb



CONDUITE A TENIR (2)

Bilan biologique :

NFS, plaquettes
Groupe sanguin, RAI
Hémostase (TP, TCA, Fg)
+/- BH, ammoniémie



CONDUITE A TENIR (3)

Endoscopie OGD

< 24h

Identifier des lésions

Evaluer le risque de récurrence (caillot, clou
plaquettaire, vx visibles)

+/- Traiter par voie endoscopique



ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (1) :

INTERROGATOIRE :

- Méléna, rectorragies, vomissements associés
- Antécédents (KTVO, anémie, RGO, hépatopathie...)
- Prise médicamenteuse
- Douleur



ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (2) :

EXAMEN CLINIQUE :

- Retentissement
- Signes d'HTP
- Défense
- Lésions cutanées : purpura, angiomes stellaires
- Examen ORL et de la bouche



ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (3) :

Selon la localisation :

- oesophage = oesophagite, VO
- estomac = gastrite, ulcère, M. Weiss, varices
- duodénum = duodénite, ulcère



Étiologies des hématoméses de l'enfant : A propos de 100 cas

[JOUVENCEL P.](#) ; [LAMIREAU T.](#) ; [LLANAS B.](#) ; [RAZANAMPARANY V.](#) ;

[Annales de pédiatrie](#) ISSN [0066-2097](#) CODEN APSHAE

1998, vol. 45, n°9, pp. 637-642 (21 ref.)

Expansion scientifique publications, Paris, FRANCE (1954-1999) (Revue)

100 enfants , FOGD pour hématomèse

Facteurs favorisants retrouvés dans 67 % des cas : prise de médicaments gastrotoxiques (aspirine surtout), antécédents de RGO, encéphalopathie, contextes de stress, ingestion de caustiques.

Oesophagite peptique, première étiologie (32 %) puis gastroduodénites (24%), ulcères gastroduodénaux (19%), lésions de Mallory-Weiss (5 %), rupture de VO (3 %) et les lésions caustiques (3 %). FOGD normale dans 14% des cas.

Avant l'âge de 2 ans prédomine l'oesophagite peptique, entre 2 et 7 ans les gastroduodénites et l'ulcère gastroduodéal ; après 7 ans répartition égale entre oesophagite, gastroduodénites et ulcère.

Helicobacter pylori, recherché dans 34 cas, retrouvé dans 3 cas de gastrites, 2 ulcères duodénaux, une oesophagite avec gastroduodénite et une fibroscopie normale.



ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (4) :

Par ordre de fréquence selon l'âge :

- 0-1 mois : oesophagite peptique, oesogastroduodénite
- 1-24 mois : oesophagite peptique, lésions aiguës des muqueuses gastroduodénales, ulcères, Mallory-Weiss, VO
- 2-7 ans : gastrite, Mallory-Weiss, oesophagite, ulcère, VO
- 7-17 ans : gastrite, oesophagite peptique, ulcère, Mallory-Weiss, varices oesophagiennes



ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (5) :

- 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 caustiques (acides forts) responsables de gastrite et/ou d'ulcère



OESOGASTRO-DUODENITE NEONATALE

Signes d'appel

Dans premiers jours de vie

Hématémèse, méléna,
rectorragie

Refus alimentation

Régurgitations, vomissements

Malaise, bradycardie

Endoscopie

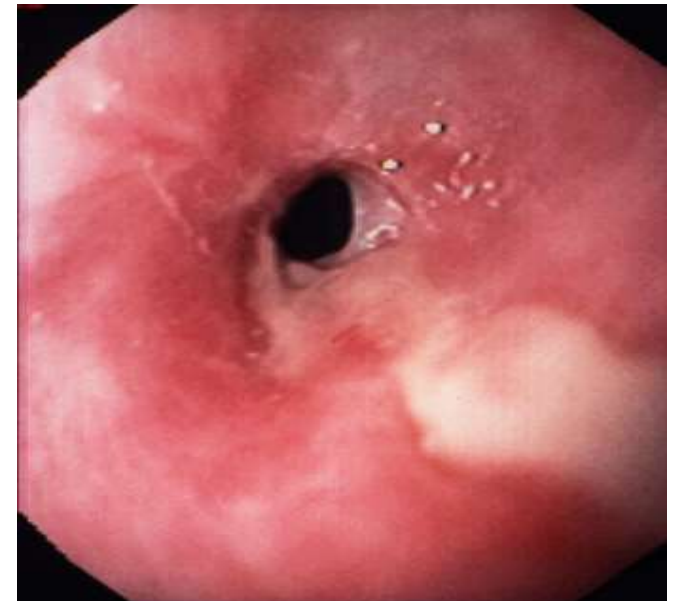
Erythème, ulcérations

Evolution

Rapidement favorable

Alimentation

Ranitidine 1 mois, IPP ?





ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (5) :

- 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 caustiques (acides forts) responsables de gastrite et/ou d'ulcère



CAUSES RARES :

Cause rare d'hématémèse chez l'enfant : la rupture d'anévrisme de l'artère splénique ...

www.em-consulte.com/.../digestif-cause-rare-dhematemese-chez-lenfant-...

de L Sbihi - 2009

Journal de radiologie - Vol. 90 - N° 3-C1 - p. 315-317 - Digestif -

Une cause inhabituelle d'hématémèse chez l'enfant : le déficit en facteur XI

Archives de Pédiatrie, Volume 21, Issue 3, Pages 296-298

F. Kamoun, L. Sfaihi, M. Wali, T. Kamoun, M. Hachicha



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 :

- Mesures hémodynamiques
- Endoscopie en urgence



Traitement symptomatique toujours débuté sans attendre l'endoscopie :

- Antisécrétoire : Oméprazole 1mg/kg/24h en IVL/1 h
 - En cas d'hypertension portale connue ou suspectée :
Octréotide (Sandostatine®) bolus puis entretien pour durée totale de ttt vasoactif de 2 à 5j – surveillance glycémie et FC
ou Glypressine® (30µg/Kg dose de charge, puis 15µg/Kg toutes les 3 à 6 heures sans dépasser 120µg/Kg/j. IVL 30 mn)
- Parfois sonde de Blakmore



Traitement spécifique orienté par l'endoscopie :

- Oesogastroduodénite du NN : ranitidine, IPP?
- Oesophagite peptique : IPP
- Gastrite et ulcère : IPP+/- ttt HP

- Prévention secondaire en cas de varices oesophagiennes :

CI AINS

Eradication des VO / ligatures

Dérivation porto-cave

B Bloquants ?

