

Profil épidémio-clinique des hémorragies digestives de l'enfant vues au Service de Réanimation Chirurgicale de l'HUJRA

Rakotoarison RCN^{*1}, Rabesalama F², Riel AM¹,
Raveloson NE³



¹Service des Urgences Chirurgicales, HUJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar
²Service de Réanimation Chirurgicale, HUJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar
³Service des Urgences et de Réanimation Médicale, HUJRB Befelatanana, CHU Antananarivo Madagascar

Résumé

Introduction: Les hémorragies digestives de l'enfant sont relativement fréquentes. Sa fréquence est estimée à 1% des hospitalisations pédiatriques. Elles constituent toujours un signe d'alarme lorsque leurs causes ne sont pas clairement identifiées.

Matériels et méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur 76 enfants admis en Réanimation Chirurgicale de l'HUJRA pour hémorragie digestive durant une période de 5 ans. Notre objectif est d'en décrire le profil épidémio-clinique.

Résultats: L'hémorragie survenait chez des enfants âgés d'un mois à 15 ans avec une prédominance masculine (sex ratio 2/1). Le saignement se manifestait essentiellement sous forme d'hématémèse (80,3%). Sept enfants (9,2%) décédaient suite à une décompensation. Les étiologies étaient l'ulcère gastroduodénal (55,2%), la bulbite (19,7%), la gastrite (10,5%) et les varices œsophagiennes (3,9%). La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien était un facteur favorisant fréquent. Le traitement était fonction de l'étiologie et de l'état hémodynamique à l'admission.

Conclusion: La décompensation éventuelle de ces hémorragies nécessite un diagnostic clinique et endoscopique précoce chez tout enfant ayant eu des saignements digestifs.

Mots clés: Enfant; Endoscopie; Etiologie; Hémorragie digestive; Réanimation

Abstract

Titre en anglais: Epidemiological and clinical profiles of child gastrointestinal bleeding seen at Surgical Intensive Care Unit of HUJRA.

Introduction: Child gastrointestinal bleeding is relatively common. Its frequency is estimated at 1% of pediatric hospitalizations. They are always a warning sign when their causes are not clearly identified.

Materials and method: This is a retrospective and descriptive study of 76 children admitted to the Surgical Intensive Care Unit of HUJRA for gastrointestinal bleeding during a period of 5 years. Our aim is to describe its epidemiological and clinical profile.

Results: Bleeding occurred in children aged one month to 15 years with male predominance (sex ratio 2/1). It is mainly manifested as hematemesis (80.3%). Seven children (9.2%) died due to decompensating. Etiologies were peptic ulcer (55.2%), bulbitis (19.7%), gastritis (10.5%) and esophageal varicose (3.9%). Taking nonsteroidal anti-inflammatory was a frequent favoring factor. The treatment was based on etiology and hemodynamic status on admission.

Conclusion: The possible decompensating of bleeding requires that early clinical diagnosis and endoscopy were performed in any child who had gastrointestinal bleeding.

Key words: Child; Endoscopy; Etiology; Gastrointestinal bleeding; Intensive Care

Introduction

L'hémorragie digestive de l'enfant est une urgence médico-chirurgicale. Elle constitue 1% de toutes les hospitalisations pédiatriques [1]. La rupture de varices œsophagiennes est responsable du tiers des décès. L'endoscopie tient une place importante dans la démarche diagnostique avec une efficacité à 90% et elle est de plus en plus interventionnelle [2]. Dans les pays en développement, la morbi-mortalité reste élevée du fait du retard d'hospitalisation et de problèmes péculinaires. Ainsi, nos objectifs sont de décrire les aspects épidémio-cliniques et étiologiques des hémorragies digestives de l'enfant et un survol du traitement pour qu'à plus ou moins long terme la morbi-mortalité régresse.

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale et descriptive traitant de l'hémorragie digestive infantile. Elle était effectuée au Service de Réanimation Chirurgicale de l'HUJRA sur une période de 5 ans, de 2007 à 2012. Étaient inclus les enfants de moins de 15 ans admis pour hémorragie digestive haute et/ou basse dont les dossiers médicaux étaient complets, en particulier comportant des résultats endoscopiques. Une exception était faite pour les moins de 2 ans où l'endoscopie n'était pas réalisable.

Résultats

Nous avons inclus 76 patients (36 patients exclus) âgés d'un mois à 15 ans. Trente enfants (39,5%) étaient pâles et tachycardes à l'admission. L'hémorragie survenait notamment chez les grands enfants avec une prédominance masculine (sex ratio 2/1), sous forme d'hématémèse (80,3%), d'hématémèse et méléna (18,4%) et de rectorragie isolée (1,3%). Les saignements étaient précédés d'épigastralgie (21%), de reflux gastro-œsophagien (9%) et d'hypertension portale (3,9%). Dans 37% des cas, le saignement faisait suite à la prise de médicaments gastrotoxiques (AINS) et dans un cas la prise d'anti-vitamine K (AVK). Les principales étiologies étaient l'ulcère gastroduodénal (55,2%), la bulbite (19,7%), la gastrite (10,5%), les varices œsophagiennes (3,9%) et la fissure anale (1,3%) (Tableau 1). Sur le plan thérapeutique, une transfusion de produit sanguin labile était prescrite chez 47% des patients dont du sang total (43,4%) et du plasma (3,9%). Tous les patients bénéficiaient d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) à l'admission et pour les pathologies ulcéreuses gastroduodénales, une trithérapie était de règle. Chez les enfants porteurs de varices œsophagiennes, de la vitamine K1, de l'ocytocine et des bêtabloquants non cardio-sélectifs étaient instaurés. Aucune intervention endoscopique hémostatique n'était effectuée. Sur le plan évolutif, 90,8% de nos patients avaient une évolution favorable et 9,2% étaient décédés.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: nicklefr@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service des Urgences Chirurgicales, HUJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

Discussion

Les hémorragies digestives sont plus fréquentes chez les grands enfants avec une prédominance masculine [1,3]. Elles se manifestent sous forme d'hématémèse dans 84% des cas [1]. L'histoire clinique retrouve habituellement des antécédents d'épigastralgie, de douleurs abdominales, de troubles de la coagulation, d'ictère ou de saignement digestif [4]. Bon nombre d'auteurs décrivent des facteurs de risques tels que: prise de médicaments gastrotoxiques (AINS, détergents), stress surtout chez les grands enfants, niveau socio-économique bas, hémopathie avec trouble de l'hémostase, diabète, insuffisance rénale, angiopathie, malformation artério-veineuse [1,5,6]. Dans notre étude, la prise d'AINS et d'AVK étaient les facteurs les plus relevés. Chez les nouveaux nés et les nourrissons de moins de deux ans, les étiologies du saignement sont essentiellement l'ulcère duodénal, la gastrite hémorragique et l'œsophagite responsables d'hématémèse; tandis que la fissure anale, les colites infectieuses et l'ulcère thermométrique sont à l'origine de rectorragies [7]. Selon Leung, la fissure anale est la plus fréquente dans cette tranche d'âge, causée par le passage d'un grand bol de tabouret de constipation [8]. Dans notre étude, les étiologies chez les tous petits manquaient de précision faute d'endoscope adapté. Entre 2 à 7 ans, gastrite, œsophagite, varices œsophagiennes et ulcères gastroduodénaux ou de stress sont les étiologies des hémorragies digestives hautes. Celles basses sont occasionnées par l'hyperplasie nodulaire lymphoïde, les polypes juvéniles, le diverticule de Meckel et les colites inflammatoires ou infectieuses [9]. De 7 à 17 ans, les varices œsophagiennes, les gastrites hémorragiques, les ulcères gastro-duodénaux, le syndrome de Mallory-Weiss et l'ulcère de Dieulafoy sont à l'origine des saignements hauts. En bas, les causes souvent évoquées sont les colites, les hémorroïdes et les ischémies intestinales [9]. Notre étude dans l'ensemble était dominée par les hémorragies digestives d'origine haute, comparable à celle de Guerbelmous qui en rapporte 84% sur une population de 276 enfants [1]. D'autres étiologies rares sont rapportées dans la littérature: rupture d'anévrysme pouvant concerner les artères splénique, gastrique et intra-pancréatique, hémangiome gastrique, tumeur stromale [1,10-12]. Concernant la prise en charge thérapeutique en urgence, 47% de nos patients étaient transfusés. La littérature préconise plutôt de débuter le remplissage vasculaire par des cristalloïdes à raison de 20ml/kg renouvelable. La transfusion n'est instaurée qu'en cas d'hypovolémie persistante, d'hémorragie encore active ou de comorbidités particulières [4]. Du plasma frais est alterné en cas de trouble de la coagulation comme la coagulopathie de dilution. Il est administré à raison de 10 à 20ml/kg sachant qu'il n'est pas indiqué pour le remplissage [13]. En cas d'hypertension portale, l'hématocrite cible ne devrait pas dépasser 30% pour éviter la récurrence. Après l'obtention d'une stabilité hémodynamique, la fibroscopie digestive haute à visée diagnostique et thérapeutique doit être effectuée par un gastro-pédiatre [14]. Ultérieurement, le traitement étiologique est institué. Pour les ulcères gastroduodénaux, la trithérapie est recommandée associant IPP (Omeprazole) et deux antibiotiques (Amoxicilline et Clarithromycine). Tous nos patients ont bénéficiés d'une prise d'IPP. En effet, les dernières recommandations formalisées d'experts (RFE) le préconise même chez les enfants présentant des ruptures de varices œsophagiennes ou gastriques [15]. Les traitements endoscopiques sont indiqués en cas d'un risque de la récurrence immédiate ("vaisseau visible", saignement actif) [16,17]. Pour la rupture de varices œsophagiennes,

	1 à 2 ans	2 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 15 ans
Taux (n) %	(8) 10,5	(15) 19,7	(19) 25	(34) 44,7
Etiologies (n)	Fissure anale (1) Inconnue (7)	UGD (12) Gastrite (3)	UGD (12) Bulbite (7)	UGD (18) Gastrite (5) Bulbite (8) VO (3)

Tabl.1: Etiologies des hémorragies digestives selon l'âge

la ligature endoscopique est recommandée en première intention avec un taux de succès à 89% [16, 18,19]. En cas d'échec, la sclérose endoscopique est indiquée en deuxième intention, ainsi que l'injection de colle surtout chez le petit enfant de moins de 2 ans [20]. Osman a prouvé l'efficacité de la ligature associée à des médicaments vasopressifs comme la vasopressine ou l'octréotide [15]. Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en dernier recours. Dans notre étude, aucun traitement endoscopique n'était décrit faute de plateau technique adéquate. L'ocytocine, moins onéreuse, était utilisée comme substitut de la vasopressine, du fait de leur analogie structurale, toutes les deux étant issues de la posthypophyse [21]. Elle est prescrite sans preuve scientifique de niveau élevé de son efficacité.

Conclusion

Les hémorragies digestives de l'enfant doivent bénéficier d'une prise en charge précoce et adaptée afin de prévenir les décompensations graves sources de morbidités et de décès. Pour y parvenir, une collaboration multidisciplinaire étroite doit exister entre réanimateurs, gastro-pédiatres et chirurgiens. Une amélioration du plateau technique est primordiale pour que la fibroscopie ne soit pas seulement diagnostique mais aussi interventionnelle, permettant par des techniques non invasives de faire l'hémostase sans avoir recours à la chirurgie.

Références

- 1- Guerbelmous F, Drissi M, Chaouki S, Hida M. Profil épidémiologique des hémorragies digestives chez l'enfant. Arch Pédiatr 2010; 17: 67.
- 2- Fox VL. Hémorragie gastro-intestinale dans la petite enfance et l'enfance. Gastroenterol Clin North Am 2000; 29:37-66.
- 3- Mouterde O, Hadji S, Mallet E, Le Luyer B, Metayer P. Les hémorragies digestives chez l'enfant: à propos de 485 endoscopies. Arch Pédiatr 1996; 3: S395.
- 4- Singhi S, Jain P, Jayashree M, Lal S. Approach to a child with upper gastrointestinal bleeding. Indian J Pediatr 2013; 80: 326-33.
- 5- Chan FKL, Ching JYL, Hung LCT, Wong VWS, Leung VKS, Kung NNS, et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding of children. N Engl J Med 2005; 352: 238-44.
- 6- Battistella M, Mamdami MM, Juurlink DN, Rabeneck L, Laupacis A. Risk of upper gastrointestinal hemorrhage in warfarin users treated with non selective NSAIDs or cox-2-inhibitors. Arch Intern Med 2005; 165: 189-92.
- 7- Chang MH, Wang TH, Hsu JY. L'examen endoscopique du tractus gastro-intestinal supérieur dans la petite enfance. Gastrointest Endosc 1983; 29: 15-7.
- 8- Leung AKC, Wong AL. Lower gastrointestinal bleeding in children. Pediatr Emerg Care 2002; 18: 319-23.
- 9- Boyle JT. Gastrointestinal bleeding in infants and children. Pediatr Rev 2008; 29: 39-52.
- 10- Schettini ST, Ribeiro RC, Brito PL, Viera Abib SDC, Onofre LS, Kawasaki LH, et al. Gastric haemangioma in a 5-year-old boy. J Pediatr Surg 2007; 42: 717- 8.
- 11- Durham MM, Gow KW, Shehata BM, Katzenstein HM, Lorenzo RL, Ricketts RR. Gastrointestinal stromal tumors arising from the stomach: a report of three children. J Pediatr Surg 2004; 39: 1495-9.
- 12- Sbihi L, Dafiri R. Cause rare d'hématémèse chez l'enfant: la rupture d'anévrysme de l'artère splénique. J Radiol 2009; 90: 315-7.
- 13- Charpentier A, Wasier AP, Paut O. Le remplissage vasculaire aux urgences pédiatriques. Les pièges et les erreurs. Arch Ped 2004; 11: 722-25.
- 14- Aloulou H, Maaloul I, Yaich S, Kammoun F, Kammoun T, Hachicha M. La fibroscopie digestive chez l'enfant: indications et résultats: expé-

rience d'un service de pédiatrie générale. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2011; 24: 111-17.

15- Osman D, Djibré M, Da Silva D, Goulénok C. Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children. *Ann Intensive Care* 2012; 2: 46.

16- Michaud L. L'endoscopie digestive interventionnelle chez l'enfant. *Arch Pédiatr* 2006; 13: 399-404.

17- Mougenot JF, Faure C, Olives JP, Chouraqui JP, Codoner P, Gottrand F, et al. Recommendations of the French Hepatology Gastroenterology and Pediatric Nutrition Group. Current indications for digestive system endoscopy in children. *Arch Pédiatr* 2002; 9: 942-4.

18- Gonçalves ME, Cardoso SR, Maksoud JG. Prophylactic sclerotherapy

py in children with esophageal varices: long-term results of a controlled prospective randomized trial. *J Pediatr Surg*. 2000; 35: 401-5.

19- Idrissi ML, Babakhoya A, Hida M. Apport de l'endoscopie digestive dans l'hypertension portale de l'enfant: à propos de 68 cas. *Pan Afr Med J*. 2012; 12: 51.

20- Rivet C, Robles-Medrand C, Dumortier J, Le Gall C, Ponchon T, Lachaux A. Le traitement endoscopique des varices œsophagiennes chez les enfants avec de la colle cyanoacrylate: une étude pilote. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1034-8.

21- Freidinger R M, Pettibone DJ. Small molecule ligands for oxytocin and vasopressin receptors. *Med Res Rev* 1997, 17: 1-16.