

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

Université des Sciences, des
Techniques et des Technologies
de Bamako (U.S.T.T.B)

Faculté de Médecine
et d'Odonto -
Stomatologie (FMOS)

Année Académique : 2018 – 2019

N° : /.....



TITRE :

**LES HEMORRAGIES DIGESTIVES CHEZ
L'ENFANT DANS LE DEPARTEMENT DE
PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE**

THESE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 07/ 02 / 2020 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par M. KIDA Aboubacar

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président du jury :

Pr Moussa T DIARRA

Membre :

D^r Souleymane SAGARA

Codirecteur :

D^r Karamoko SACKO

Directeur de Thèse :

Pr Abdoul Aziz DIAKITE

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

- **A ALLAH**, le tout puissant, le clément, le très miséricordieux et à son **PROPHETE (Paix et Salut sur Lui)** de m'avoir accordé la santé, le courage et la force pour mener à bien ce travail.

- **A mon père Feu Ousmane Kida**

Papa, j'aimerais tant que tu sois là ce jour avec nous. Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que tu as consentis pour notre éducation et notre bien-être. Tu as été un père exemplaire pour nous, toujours à nos côtés prêts à satisfaire nos besoins. Je ne saurais te dire merci pour tout l'amour que tu as porté à notre égard. Aujourd'hui, où que tu sois, je sais tu es fier de ton fils.

Que le tout puissant t'accueille dans son paradis.

Dors en paix PAPA !

- **A ma mère Daya Kamana**

Maman, aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je te porte. Toi qui m'as donné la vie et qui me l'a embelli, toi qui m'as donné tant de bonheur. Ton amour, ta patience et ta générosité ont contribué à la stabilité de notre famille. Ce travail est le fruit de toutes les années de patience, d'effort et de sacrifices consentis à mon endroit. Que ce modeste travail te donne réconfort et fierté.

Je pris le bon Dieu, que tu restes à nos côtés aussi longtemps que possible et continues à récolter les fruits de tes efforts.

- **A mes pères et mères : Lobo Kida, Mamoudou Kida, Youma Kida, Youma Sylla**

Les mots n'exprimeront pas assez ce que j'éprouve pour vous. Je vous remercie de votre bonne hospitalité que vous m'avez offerte durant une partie de mon cycle. J'ajoute ceci « quiconque fait un bien fût-ce du poids d'un atome le verra, et quiconque fait un mal fût-ce du poids d'un atome le verra ». (S 99 V7-8).

- **A ma mère Feue Mamou Damba**

Les mots me manquent pour t'exprimer toute ma gratitude. Je n'oublierai jamais de la manière dont tu t'es occupé de nous. Toi qui m'as appris à lire au début de mes études et maintenant que je termine sans toi. Sache que nous t'aimons et que nous ne t'oublierons jamais. Je te dédie ce travail en te disant merci le cœur plein d'émotions et de reconnaissance. Repose en paix chère mère. Amen !

- A mes frères et sœurs : Ibrahim, Alou, Astan, Founé, Mohamed

Vous avez été plus que des frères et sœurs pour moi, mais des amis, des confidents. Vos encouragements, conseils et soutiens sur tous les plans ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez été d'un appui inestimable tout au long de ce trajet et dans la réalisation de ce travail qui est le vôtre. Trouvez-y toute mon affection et mon profond attachement.

Que nos liens fraternels se resserrent davantage.

- A mon épouse Bintou Camara

Les mots me manquent pour te remercier du soutien sans faille que tu n'as cessé de m'apporter. Avec une attention particulière et beaucoup de sincérité, tu es plus qu'une épouse mais une amie, une sœur. Ce travail est la marque de ta patience, ton soutien sur tous les plans, tes conseils, tes encouragements et surtout ton amour que ne m'a jamais fait défaut. Ce travail te revient tout simplement.

Que Dieu te donne une longue vie et permet la réalisation de tous tes projets.

Trouve ici l'expression de mes sentiments les plus affectueux

- A mes fils Ousmane Kida et le nouveau venu Ibrahim Kida

Votre présence à mes côtés m'a toujours donné beaucoup de courage pour venir à bout de ce travail. Vous savez mes fils, j'ai toujours voulu être accompagné par ma petite famille pour ce genre de moment solennel. Sachez que c'est l'un des plus beaux jours de ma vie tout comme les jours de vos naissances respectives. Je suis content de vous avoir comme fils et je pense que vous êtes fiers de votre père.

Que le tout puissant vous donne longévité afin que vous puissiez porter très haut le drapeau de notre famille.

- A mes oncles et tantes : Fatoumata Kamana, Sory Macinaké, Feu Kandé Macinaké

Vos conseils m'ont été d'un grand secours ; trouvez dans ce travail un motif de fierté.

- A mes frères : Soya, Bahathie, Sambourou, Mamadou

Vous avez une grande part dans la réalisation de ce document qui est aussi le vôtre. Que Dieu me donne la force de vous en être reconnaissant toute ma vie.

- A mes cousins et cousines

De peur de ne pas en omettre, je me suis sciemment gardé de ne citer aucun nom.

J'espère que ce travail, qui est d'ailleurs le vôtre, vous servira d'exemple. Que le bon Dieu nous laisse toujours unis par les liens fraternels qui de tout le temps existent entre nous.

A mes enfants : Makan Tounkara, Maimouna Tounkara, Maimouna Bâh, Soya Kida, Koumba Kida, Fatoumata Tounkara, Fatoumata Kida, Sira Dianka, Daya Kida, Bama Kida, Babani Tounkara, Dianka, Mamoudou Kida, Alou Kida, Rokia Kida

Merci pour tout le respect que vous avez à mon égard. Ce travail est le vôtre.

- A mon fils Ibrahim Kida dit Bafitini

Laisse-moi te dire que tu es plus qu'un fils, mais un frère, un ami, un confident. Le lien qui nous a unis depuis notre enfance jusqu'à ce jour a toujours été fort. Merci pour ta disponibilité, ton soutien, tes conseils. Que ce travail soit pour toi une source d'inspiration et de fierté.

- A mes femmes : Adam Kida, Sitan Dembélé, Adam Kassé

Merci pour votre soutien. Que Dieu vous accorde longue vie...Amen !!!

- A mes amis Kaba Sissoko, Moussa Koné, Konimba Coulibaly

L'amitié n'a pas de prix. Mon amitié pour vous sera votre récompense. Vous qui avez cru en moi, qui avez été au début, pendant et à la fin de cette thèse, jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Tous mes enseignants depuis l'école primaire (école fondamentale de Sogoniko et de garantiguibougou) jusqu'au lycée (Soundiata Keita) et mes maitres de la faculté de Médecine

L'heure est venue pour moi de vous dire merci avec le cœur plein de reconnaissance pour votre encadrement et de la transmission du savoir.

Tous mes maitres de la Pédiatrie du CHU Gabriel Touré : Pr Togo Boubacar, Pr Sylla Mariam, Pr Dicko Fatoumata, Pr Diakité Abdoul Aziz, Dr Touré Ladji, Dr Traoré Fousseyni, Dr Maiga Belco, Dr Sacko Karamoko, Dr Konaté Djeneba, Dr Dembélé Adama, Dr Doumbia Abdoul Karim, Dr Diall Hawa, Dr Cissé Elmoud, Dr Togo Pierre, Dr Coulibaly Cheick, Dr Konaré Hawa, Dr Souleymane Sagara, Dr Traoré Kalilou

Travailler à vos côtés fut vraiment enrichissant ! Merci de m'avoir fait profiter de vos immenses connaissances médicales, pédagogiques et humaines.

Dr vivor Célestin

Je ne saurai te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Je n'oublierai jamais le fait d'avoir guidé mes pas à la pédiatrie. Trouve ici mes sentiments de reconnaissances.

Dr Amadou Diarra

Tu as été un grand artisan dans la réalisation de cette thèse. Tu as été pour moi une source de conseil inestimable à la pédiatrie. Merci pour tes conseils précieux et ton enseignement. Que Dieu te garde et te procure santé et bonheur.

Tous les DES de la pédiatrie

Pour les conseils, les enseignements et les moments passés ensemble.

Tous mes aînés de la pédiatrie

Vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup édifié. Merci de nous avoir montrer le chemin.

Au chef des internes Fafré Berthé

Merci pour la franche collaboration dont j'ai bénéficié durant toute notre période de thèse.

Tous mes collègues internes de la pédiatrie du CHUGT

Les hémorragies digestives chez l'enfant dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Mes frères et sœurs merci pour votre soutien, votre compréhension, l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité et le partage. Que Dieu vous donne la chance et le courage d'en finir avec la vôtre.

Mes camarades et amis de la Faculté : Hassane Touré, Lassana Konaté, Ousmane I Touré, Mamadou K Doumbia

Je n'oublierai jamais nos années de souffrance passées ensemble pendant notre cycle Universitaire. Que nos efforts ne soient pas vains !

Aux majors de la pédiatrie Particulièrement Simone Dembélé

Aux infirmières de la pédiatrie particulièrement Fadé de la pédiatrie II

Merci pour tous ses moments de distraction malgré notre différence d'âge.

A toutes les personnels de la pédiatrie du CHU GT.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Pr Moussa T DIARRA

- **Professeur titulaire en Hépatogastroentérologie à la FMOS**
- **Président de la SOMMAD**
- **Praticien hospitalier**
- **Enseignant-chercheur**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre humilité, votre facilité d'abord, votre sociabilité, votre quête constante du savoir, votre rigueur scientifique sont des qualités qui font de vous non seulement un homme aimable et respecté mais un gastroentérologue et enseignant apprécié par tous.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre grande reconnaissance.

A notre maître et juge :

Dr Souleymane SAGARA

- **Pédiatre**
- **Praticien hospitalier**

Cher maître,

Nous sommes très fier et ravi de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous avons été très touchés par votre abord facile dès notre premier contact. Votre simplicité et votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré par tous. Nous avons pleinement bénéficié de votre encadrement malgré le peu de temps qui nous a uni en pédiatrie.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et Co-directeur de thèse :

Docteur Karamoko SACKO

- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Diplômé en pathologie fonctionnelle et digestive de l'enfant ;**
- **Praticien hospitalier**

Cher maître,

Ce fut pour nous une grande fierté de compter parmi vos élèves.

Votre amour pour la profession, votre souci pour le travail bien fait, votre engagement pour nous procurer une bonne formation, votre simplicité, votre disponibilité, votre générosité, vos qualités d'homme de science très méthodique font de vous une référence, un pédiatre admiré et très sollicité. Si ce travail est une réussite il le doit à votre compétence et à votre savoir-faire.

Soyez rassuré cher maître de notre haute considération et de notre profond respect

Qu'Allah vous donne longue vie et vous accorde tous ceux dont vous désirez.

A notre maître et Directeur de thèse :

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Maître de conférences agrégé en pédiatrie à la FMOS ;**
- **Chef de service de la pédiatrie générale du CHU-GT ;**
- **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie du CHU-GT ;**
- **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales ;**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique.**

Cher maître,

C'était un véritable plaisir d'être encadré par vous pour l'élaboration de ce travail. Nous tenons à vous remercier d'abord pour votre enseignement et pour vos conseils tout au long de ce travail. Votre accueil bienveillant, votre simplicité, votre esprit de recherche scientifique et votre disponibilité à tout moment, malgré vos multiples occupations, étaient pour nous d'une aide permanente.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression d'un vif témoignage de notre reconnaissance.

Qu'Allah vous protège

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

% : Pourcentage

AINS : Anti-inflammatoire non-stéroïdien

ATCD : Antécédent

ATB : Antibiotique

AEG : Altération de l'état général

APLV : Allergie aux protéines de lait de vache

ARV : Antirétroviral

ASAT : Aspartate aminotransférases

ALAT : Alanine aminotransférases

BT : Bilirubine totale

BL : Bilirubine libre

BC : Bilirubine conjuguée

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHU PG : Centre hospitalier universitaire Point-G

CHU GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

CAT : Conduite à tenir

Cm : Centimètre

CVC : Circulation veineuse collatérale

CI : Contre-indication

CE : Corps étranger

CVD : Centre de développement du vaccin

CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée

DES : Diplôme d'études spécialisés

D1 : 1^{er} duodénum

D2 : 2^e duodénum

D3 : 3^e duodénum

D4 : 4^e duodénum

EOGD : Endoscopie oeso-gastro-duodénale

FC : Fréquence cardiaque

FR : Fréquence respiratoire

FOGD : Fibroscopie œsogastroduodénale

FID : Fosse iliaque droite

GR : Groupage

Gamma-GT : Gamma-glutamyl transpeptidase

H : Heure

HD : Hémorragie digestive

HDH : Hémorragie digestive haute

HDB : Hémorragie digestive basse

HB : Hémoglobine

HT : Hématocrite

HTP : Hypertension portale

Hp : Hélicobacter pylori

IV : Intraveineuse

IM : Intramusculaire

IPP : Inhibiteur de la pompe à proton

IHC : Insuffisance hépatocellulaire

IRM : Imagerie par résonance magnétique

IIA : Invagination intestinale aiguë

IGE : Immunoglobuline E

MMHG : Millimètre de mercure

MM : Millimètre

MG : Milligramme

ML : Millilitre

MICI : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

MC : Maladie de Crohn

NFS : Numération formule sanguine

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OGD : Oesogastroduodéno-scopie

OMI : Œdème du membre inférieur

PVC : Pression veineuse centrale

PEC : Prise en charge

PH : Potentiel en ion hydrogène

PR : Purpura rhumatoïde

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

PAL : Phosphatase alcaline

PTI : Purpura thrombopénique idiopathique

RH : Rhésus

RAI : Agglutinines irrégulières

RGO : Reflux gastro-œsophagien

RCH : Rectocolite ulcérohémorragique

Spo2 : Saturation en oxygène

SHU : Syndrome hémolytique et urémique

TR : Toucher rectal

TA : Tension artérielle

TRC : Temps de recoloration cutanée

TP : Taux de prothrombine

TCA : Temps de céphaline activée

TDM : Tomodensitométrie

TIPS : Shunt intrahépatique par voie Trans jugulaire

TCK : Temps de céphaline kaolin

UGD : Ulcère gastroduodéal

UG : Ulcère gastrique

URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

VO : Varice œsophagienne

VVP : Voie veineuse périphérique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION.....	1
II- GENERALITES.....	7
III- METHODOLOGIE.....	54
IV- RESULTATS.....	60
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	76
VI- CONCLUSION.....	84
VII- RECOMMANDATIONS.....	86
VIII- REFERENCES.....	88
- ANNEXES	

I-INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

L'hémorragie digestive (HD) se définit comme une perte de sang provenant d'une lésion de l'appareil digestif. Elle peut être extériorisée ou non, digérée ou non [1].

On distingue deux types d'hémorragies digestives : les hémorragies digestives hautes et les hémorragies digestives basses [2]. Les hémorragies digestives hautes (HDH) ou hémorragies survenant en amont de l'angle duodénojéjunal ou de l'angle de Treitz [3], sont les plus fréquentes des hémorragies digestives avec 80 à 90% [4]. Les hémorragies digestives basses (HDB) sont des saignements dont l'origine se situe en aval de l'angle duodénojéjunal ou angle de Treitz [5], représentent environ 20% des hémorragies digestives [5].

Les HD chez l'enfant constituent une urgence médico-chirurgicale car elles peuvent compromettre le pronostic vital du patient. Le patient présentant une HD est exposé à un risque de choc hypovolémique, d'où l'évaluation systématique de l'état hémodynamique [1]. Elles nécessitent une hémostase rapide et un diagnostic étiologique sans retard afin d'en assurer le traitement spécifique.

Dans le monde, elles constituent un problème de santé majeur, vu sa gravité potentielle et l'urgence qu'elle suscite autant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Dans les pays en voie de développement dont le nôtre, la morbi-mortalité reste élevée du fait du retard diagnostique, de prise en charge, de problème péculaire et de l'inaccessibilité à l'endoscopie d'urgence. L'utilisation de l'endoscopie digestive en pédiatrie est devenue de nos jours fréquente et régulièrement indispensable dans le diagnostic étiologique des HD, quel que soit l'âge de l'enfant (6). La prise en charge des HD est multidisciplinaire et fait appel aux compétences des réanimateurs, des gastroentérologues, des radiologues et des chirurgiens.

En France, l'incidence des hémorragies digestives hautes est de 65.000/ an et celle des hémorragies digestives basses est de 9 pour 100.000. La mortalité hospitalière des HDH est de 14% [7].

Au Maroc, Es-Sabir au cours d'une étude rétrospective de janvier 2006 au janvier 2013 sur 175 enfants âgés de 1 mois à 15 ans avait trouvé 154 cas d'hémorragies digestives hautes contre 21 cas d'hémorragies digestives basses [1].

Selon une étude réalisée au Mali portant sur les HDH chez l'adulte, les principales causes étaient respectivement une rupture de varices œsophagiennes (55,2%), des ulcères gastroduodénaux (16%), et les tumeurs gastriques (12%) **[8]**.

Au Mali, très peu de données sont disponibles sur les hémorragies digestives chez l'enfant, d'où l'intérêt de cette étude dont le but est de déterminer les aspects épidémiocliniques et évolutives des hémorragies digestives chez l'enfant dans le Département de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif Général

Etudier les aspects épidémio-cliniques et évolutifs des hémorragies digestives chez l'enfant dans le Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré

2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des HD chez l'enfant,
- Décrire les aspects cliniques des HD chez l'enfant,
- Identifier les principales étiologies des HD chez l'enfant,
- Déterminer les modalités thérapeutiques des HD,
- Déterminer le devenir immédiat des enfants atteints d'HD dans le département.

II-GENERALITES

II-GENERALITES

1- Définitions

1-1-L'hématémèse : C'est un rejet par la bouche au cours d'un effort de vomissement d'une quantité plus ou moins abondante de sang rouge ou noirâtre mêlé à des débris alimentaires et à des caillots de sang [4]. L'hématémèse doit être différenciée d'une hémoptysie, d'une hémossalémèse, d'une épistaxis déglutie et revomie, des vomissements colorés par betteraves, vin.

1-2-Le méléna : C'est l'émission de selles noirâtres (rappelant le goudron), gluantes et nauséabondes, correspondant à du sang digéré. Le méléna doit être distingué des selles noircies par des facteurs d'origine exogènes (alimentaires ou médicamenteux) [1].

1-3-l'hématochézie : C'est l'émission par l'anus du sang rouge vif, soit pur, soit mêlé de caillots, ou de sang enrobant les selles, ou d'une diarrhée sanglante [9].

1-4-L'hémorragie digestive non extériorisée ou saignement occulte : L'hémorragie peut être minime chronique et être responsable d'une anémie ferriprive. L'hémorragie digestive non extériorisée se traduit par une anémie aiguë avec signes de choc. Le diagnostic repose dans ce cas sur :

- l'aspiration nasogastrique qui ramène du sang
- et /ou le TR qui ramène un méléna ou du sang rouge

2- Epidémiologie

Les données épidémiologiques concernant les hémorragies digestives chez l'enfant sont rares. En France, l'incidence annuelle des hémorragies digestives basses est de 20 cas / épisodes pour 100.000 habitants [10]. Près de 80% des HD sont hospitalisées [11].

Une étude menée aux États-Unis en septembre 2010 sur l'aspect épidémiologique des hémorragies digestives chez l'enfant avait montré que l'HD s'extériorisait sous forme de rectorragie dans 74% des cas, de méléna dans seulement 1% et d'hématémèse dans 19% des cas [9]. En Afrique, au Maroc, selon une étude les étiologies des HD chez l'enfant étaient dominées par les gastrites (30%), les œsophagites (20%), les varices œsophagiennes (7%), les polypes juvéniles (7%) et la bulbite (5%) [12]. Selon LAHLOU, l'âge de survenue des HDB variait de 4 mois à 15 ans avec une moyenne de 7,1 ans [5]. En Afrique intertropical, en

Coté d'Ivoire, la fréquence hospitalière des HD chez l'enfant était de 0,36% [13] et l'endoscopie était concluante dans 77% [14].

Au Mali, aucune étude ne s'est portée sur les hémorragies digestives chez l'enfant. Mais une étude a été menée au service de médecine interne CHU PG de Bamako portant sur les HDH chez l'adulte en 2009. Cette étude a permis de montrer que l'HD survenait chez 60% des malades après la prise des AINS [4].

3- Rappel anatomique : [1,6]

3-1- L'œsophage :

L'œsophage est le segment digestif reliant le pharynx à l'estomac, il s'agit d'un conduit musculo-membraneux facile à l'exploration radiologique et endoscopique. La paroi de ce conduit est composée de trois tuniques : interne (la muqueuse, solide, de type malpighien) ; moyenne (le sous-muqueux : mince et comportant des glandes acineuses) et externe (la musculuse avec deux couches de fibres lisses : longitudinal externe visible et circulaire interne).

La vascularisation de l'œsophage est de type terminal et assurée par les artères œsophagiennes : supérieure, moyenne et inférieure. Elles prennent respectivement naissance des artères thyroïdiennes inférieures, bronchiques et intercostales, coronaire stomacique et diaphragmatique inférieure gauche. Les veines de l'œsophage forment le plexus veineux sous muqueux qui se déverse à son tour dans le plexus péri-œsophagien. La confluence se fait d'une part dans la veine cave inférieure en haut et d'autre part dans la veine porte en bas, réalisant ainsi une anastomose porto cave.

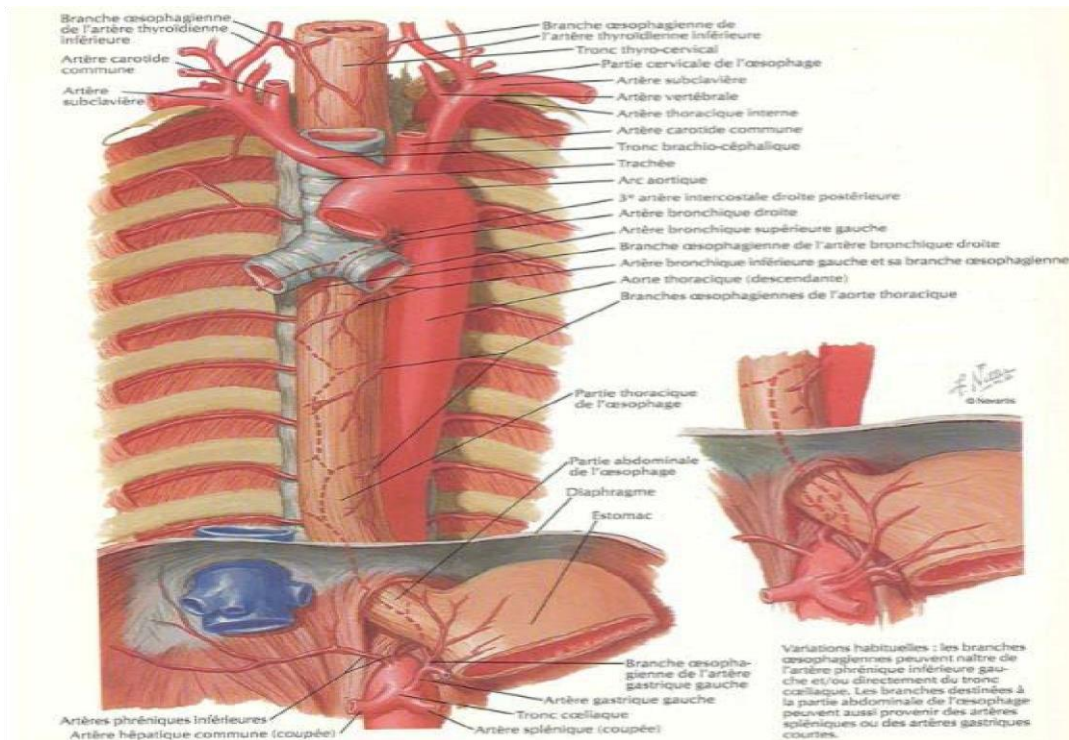


Fig 1 : L'œsophage [1]

3-2- L'estomac :

C'est une glande digestive en forme de poche interposée entre l'œsophage et le duodénum et occupant l'épigastre et la région sous phrénique gauche .Classiquement on lui décrit quatre parties qui sont la grosse tubérosité, le corps, la petite tubérosité et l'antré ; deux orifices qui sont le cardia et le pylore ; deux faces: antérosupérieure et postéro-inferieure ; et deux bords: un droit (La petite courbure) et un gauche (La grande courbure).La configuration interne de l'estomac est bien étudiée par les investigations endoscopiques: La paroi gastrique est composée de quatre couches qui sont de dehors en dedans: la séreuse, la musculuse, la sous muqueuse, et la muqueuse.

La vascularisation de l'estomac provient de deux systèmes d'arcades artérielles situées le long de ses bords, cette vascularisation a pour source les trois branches de division du tronc cœliaque : L'artère coronaire stomacique destinée entièrement à l'estomac donne des rameaux cardio-œsophagiens, un rameau tubérositaire antérieur et deux branches terminales qui s'anastomosent avec les rameaux de l'artère pylorique de la petite courbure, formant ainsi le cercle de la petite courbure. L'artère hépatique fournit aussi l'artère gastro-épiploïque droite, branche de l'artère gastroduodénale, cette dernière souvent à l'origine des ulcères de la face postérieure du bulbe s'anastomose le long de la grande courbure avec

l'artère splénique, formant ainsi le cercle de la grande courbure. L'artère splénique, qui donne également les vaisseaux courts destinés à la grande courbure et les vaisseaux cardio-tubérositaire postérieurs.

La circulation veineuse est calquée sur la circulation artérielle et se rend à la Veine de tête de méduse autour de l'ombilic (circulation veineuse collatérale).

L'anus où la veine rectale supérieure du système porte s'anastomose avec les veines rectales : moyenne et inférieure du système cave ; donnant des hémorroïdes en cas de pression importante.

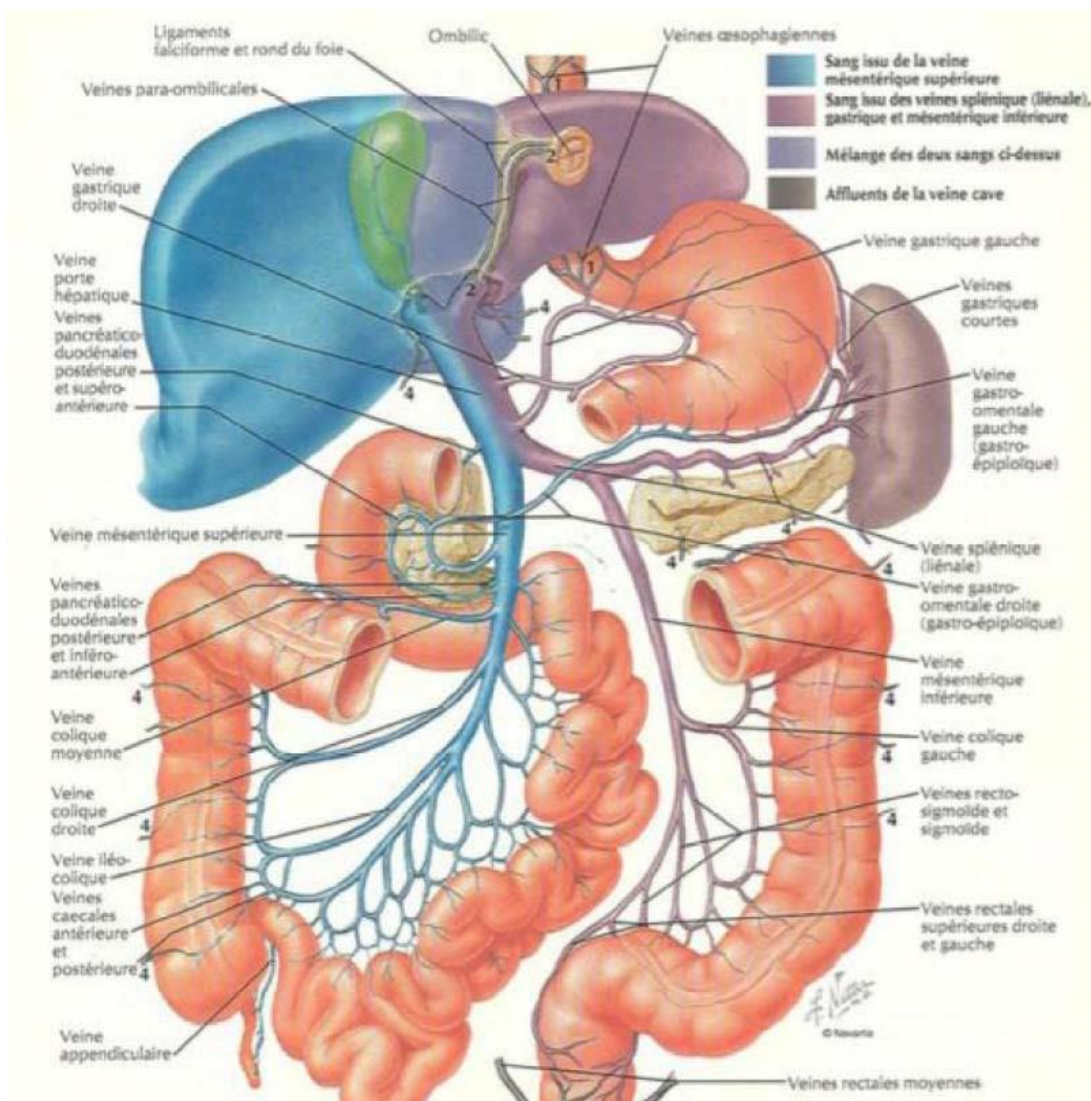


Fig 2: L'anastomose Porto-cave_[1]

3-3-L'intestin grêle:

Est un segment du tube digestif, mesurant en moyenne 7 mètres de long, à peu près cylindrique, allant du pylore au gros intestin. Il comprend deux parties principales : une partie relativement fixe, le duodénum, et une partie mobile, le Jéjuno-iléon.

3-3-1-Le duodénum :

Commence au pylore et son origine est indiquée par le sillon duodéno-pylorique. Il finit en formant avec la partie mobile de l'intestin grêle un angle appelé angle duodéno-jéjunal ou angle de Treitz. Il a la forme d'un anneau enroulé autour de la tête du pancréas et dont la courbe n'est pas régulière ce qui permet de distinguer au duodénum quatre portions :

- Une première portion (D1) oblique en arrière, en haut et un peu à droite.
- Une deuxième portion (D2) descendante et verticale.
- Une troisième portion (D3) dirigée horizontalement de droite à gauche, mais en décrivant une courbe concave en haut et surtout en arrière.
- Une quatrième portion (D4) ascendante, à peu près verticale, un peu penchée vers la gauche, et qui se termine à l'angle duodénojéjunal.

La surface intérieure ou muqueuse du duodénum a les caractères généraux de la muqueuse de tout l'intestin grêle ; elle présente :

- Des villosités : sont des saillies filiformes très courtes, visibles à la loupe, pressées les unes contre les autres. Elles recouvrent toute la muqueuse et lui donnent un aspect velouté.
- Des valvules conniventes : sont des replis permanents de la muqueuse, allongés perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Elles n'existent que dans les trois dernières portions du duodénum et ne sont bien apparentes qu'à partir du rétrécissement supravatérien. Les valvules des deux dernières portions du duodénum sont, avec celles des premières anses du jéjuno-iléon, les plus développées de toute la muqueuse intestinale.
- Des follicules clos : sont de petits amas lymphoïdes, arrondis, blanchâtres, saillants à la surface de la muqueuse.

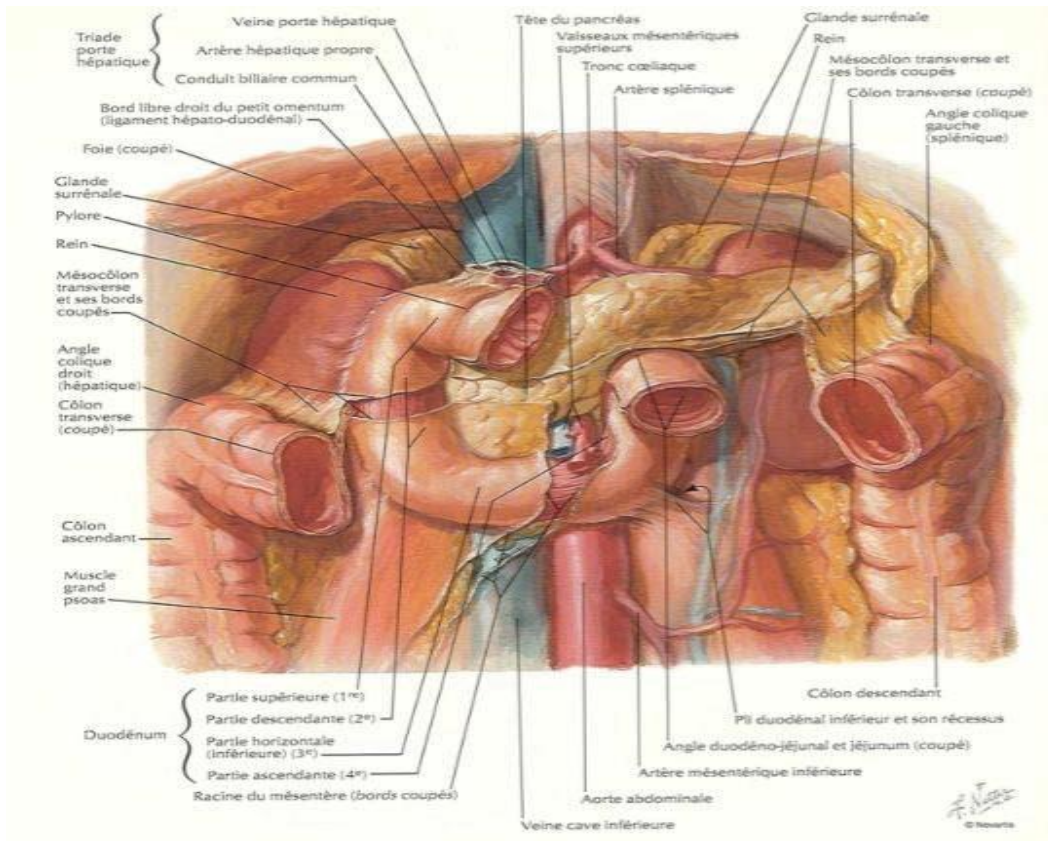


Fig 3 : Le duodénum

La vascularisation est assurée par les artères pancréatico-duodénales supérieures et inférieures droites, branches de la gastroduodénale, et l'artère pancréatico-duodénale gauche, branche de la mésentérique supérieure. Les veines sont en général satellites des artères et se drainent vers la veine porte. Les lymphatiques se jettent dans les ganglions duodéno pancréatiques antérieurs et postérieurs. Les nerfs viennent surtout du pneumogastrique et du ganglion semi-lunaire.

3-3-2-Le jéjuno-iléon :

Commence à l'angle duodéno-jéjunal et se termine dans le côlon ascendant. Il est relié à la paroi abdominale par le mésentère. Sa longueur est d'environ 6.5m, son calibre qui est de 3cm à l'angle duodéno-jéjunal, diminue graduellement jusqu'au gros intestin et ne mesure que 2cm au voisinage de sa terminaison. Il décrit, de son origine à sa terminaison, de 15 à 16 grandes flexuosités appelées anses intestinales. Chacune d'elles a la forme d'un U dont les branches plus ou moins parallèles sont en contact l'une avec l'autre. On reconnaît deux groupes principaux d'anses intestinales : Un groupe supérieur gauche, formé d'anses

horizontales, placées les unes au-dessous des autres, et un groupe inférieur droit, formé d'anses verticales, juxtaposées de gauche à droite et d'avant en arrière. La paroi du jéjuno-iléon est constituée, comme celle du duodénum, par quatre tuniques ; séreuse, musculaire, sous-muqueuse et muqueuse. Cette dernière présente, comme celle du duodénum, 1- des villosités, 2- des valvules conniventes dont les dimensions et le nombre diminuent graduellement de l'angle duodéno-jéjunal vers la terminaison du jéjuno-iléon ; elles disparaissent même complètement à 50cm environ en amont du gros intestin, 3- des follicules clos. On trouve, de plus, dans le jéjuno-iléon, des plaques de Peyer qui sont des amas de follicules clos qui dessinent à la surface de la muqueuse des plaques Blanchâtres, d'aspect gaufré, de forme elliptique, de 5 à 6cm de longueur ; elles siègent particulièrement dans la deuxième moitié du jéjuno-iléon et le long du bord libre de l'intestin.

Les artères sont des branches intestinales de la mésentérique supérieure. Les veines sont disposées comme les artères et se jettent dans la grande veine mésentérique.

Les lymphatiques qui sortent de la paroi du jéjuno-iléon sont les chylifères d'Asellius qui conduisent la lymphe vers le tronc lombaire gauche ou dans la citerne de Pecquet. Les nerfs viennent du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur.

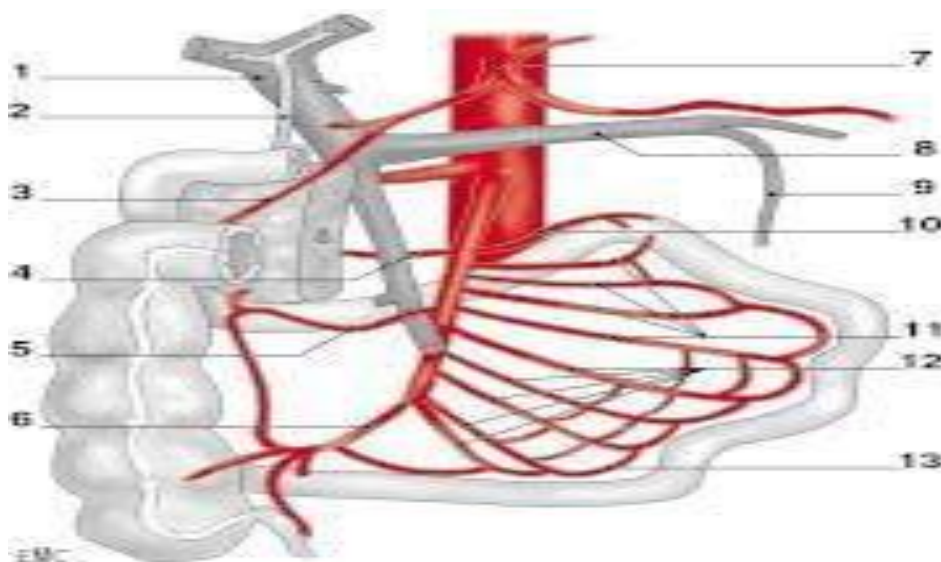


Fig 4 : Vascularisation mésentérique [6]

1. Veine porte ; 2. Cholédoque ; 3. Artère pancréatico-duodénale droite ; 4. Artère pancréaticoduodénale gauche ; 5. Artère colique supérieure droite ; 6. Artère colique

inférieure droite ; 7. Tronc cœliaque ; 8. tronc splénomésaraïque ;9. Veine mésentérique inférieure ; 10. Artère de l'angle duodéno-jéjunal ; 11. Artères jéjunales ; 12. Artères iléales ; 13. Vaisseau parallèle.

3-4- Le colon :

C'est le segment du tube digestif qui s'étend de la valvule iléo-caecale à l'anus. D'une longueur totale de 1,50 mètre environ, il débute à la fosse iliaque droite par le caecum, puis se continue par plusieurs segments disposés en cadre à la périphérie de l'abdomen.

Le gros intestin se distingue de l'intestin grêle par quatre caractères principaux :

- Il est plus volumineux que l'intestin grêle.
- Il est parcouru dans toute sa longueur par des bandelettes musculaires longitudinales, au nombre de trois sur le caecum, les colons ascendant, transverse et descendant ; au nombre de deux sur le colon ilio-pelvien et elles disparaissent sur le rectum. Sur le caecum, le colon ascendant et le colon descendant, ces bandelettes se distinguent en antérieure, postéro-interne et postéro-externe ; sur le colon transverse, la bandelette postéro-interne devient postéro-supérieure et répond à l'attache du mésocôlon transverse, l'antérieure devient postéro-inférieure et la postéro-externe devient antérieure.
- Dans l'intervalle des bandelettes, le colon présente des bosselures séparées par des sillons transversaux. Ces bosselures s'atténuent et disparaissent au voisinage du rectum.
- Le long des bandelettes longitudinales s'implante de petits corps graisseux appelés appendices épiploïques.

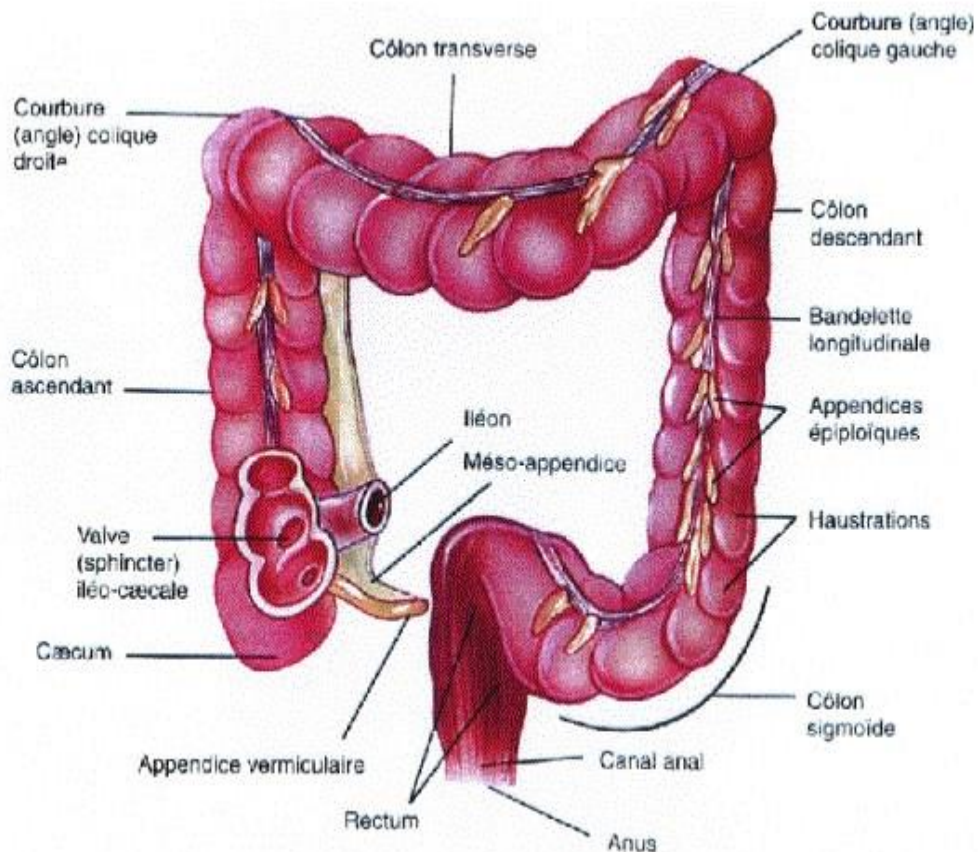


Fig 5 : configuration externe du colon [6]

Par ailleurs, la muqueuse du colon ne présente ni villosités, ni valvules conniventes. Elle est soulevée par des plis appelés crêtes ou valvules coliques. Ces valvules répondent aux sillons de la surface externe et limitent des dépressions ou cellules, qui correspondent aux bosselures externes.

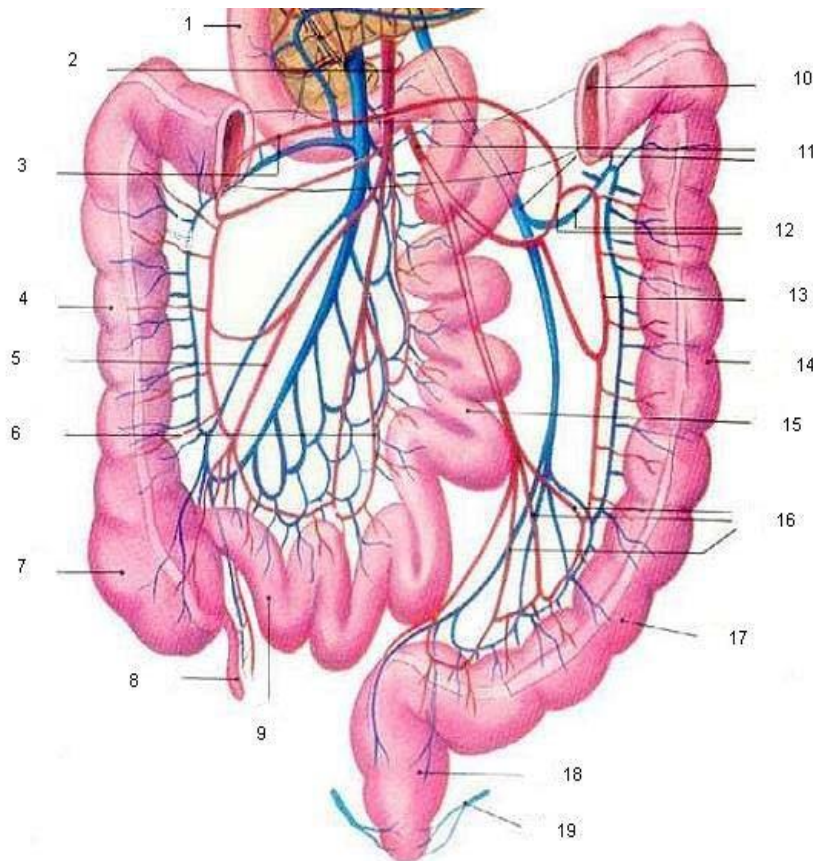


Fig 6 : Vascolarisation artérielle et veineuse du côlon et de l'intestin grêle [6]

1. Duodénum ; 2. Artère et Veine mésentériques supérieures ; 3. Artère et Veine coliques supérieures droites ; 4. Côlon ascendant ; 5. Artère iléo-coeco-colo appendiculaire ; 6. Arcades artérielles et veineuses jéjuno-iléon ; 7. Cæcum ; 8. Appendice cæcale ; 9. Intestin Grêle (Iléon) ; 10. Côlon Transverse ; 11. Artère et Veine mésentériques inférieures ; 12. Artère et Veine coliques supérieures gauches ; 13. Arcades bordantes ; 14. Côlons descendants ; 15. Intestin Grêle (Jéjunum) ; 16. Artères sigmoïdes ; 17. Côlon Sigmoide ; 18. Rectum ; 19. Veine hémorroïdale.

On distingue au colon plusieurs segments qui sont :

3-4-1- Le caecum :

C'est la partie du gros intestin qui a la forme d'un sac ouvert en haut, mesurant environ 6cm de hauteur, et de 6 à 8cm de largeur. Sa limite supérieure correspond à la ligne horizontale passant par le bord inférieur de la jonction iléo-colique (l'extrémité inférieure de l'iléon forme un bourrelet arrondi qui pénètre dans la lumière du caecum à la manière d'une papille représentant la valvule iléo-colique, appelée quelque fois valvule iléo-caecale). Son

extrémité inférieure, ou bas-fond caecale, est verticale de façon permanente chez l'enfant, recourbée en bas et en dedans chez l'adulte.

3-4-2- L'appendice vermiculaire :

C'est un prolongement du caecum qui naît à deux ou trois centimètres au-dessous de l'orifice iléo colique. Sa longueur est en moyenne de 8 à 9cm, son diamètre est de 7mm.

3-4-3- Le colon droit ou ascendant :

Compris entre le caecum et l'angle hépatique (angle colique droit). Dans le plus grand nombre de cas, il mesure de 8 à 15cm de longueur, sa direction est à peu près verticale, un peu oblique en haut et en arrière et il décrit une légère courbe concave en dedans et concave en avant. De plus, le colon ascendant est fixé à la paroi postérieure par l'intermédiaire du fascia de Toldt droit.

3-4-4- L'angle colique droit ou angle hépatique du colon :

C'est l'angle que fait le colon pour prendre une direction transversale. Son ouverture regarde en avant, en bas et en dedans. Cette orientation est due à la position du colon ascendant, oblique en haut et en arrière, et la direction du colon transverse, oblique en avant et en dedans.

3-4-5- Le colon transverse :

C'est un segment libre à concavité postérieure tendu de droite à gauche, du colon ascendant au colon descendant. Sa longueur varie entre 40 et 80cm, elle mesure en moyenne 50cm. Il est un peu rectiligne dans sa partie droite, il prend une direction oblique en haut et à gauche jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate. Il est fixé d'une part à la paroi abdominale postérieure par le mésocolon transverse et à l'estomac d'autre part, par le ligament gastrocolique.

3-4-6- L'angle colique gauche ou angle splénique du colon :

C'est l'union du colon transverse avec le colon descendant. Il est plus haut et plus aigu que l'angle droit. Il est orienté dans un plan vertical et son ouverture regarde en avant, en bas et en dedans. Par sa plicature, l'angle colique gauche constitue un obstacle au contenu intestinal dont le passage demande un péristaltisme intensifié.

3-4-7- Le colon descendant :

Il commence à l'angle splénique du colon et se termine à la crête iliaque, où il se continue avec le colon ilio-pelvien. Plus profondément situé et de calibre plus petit que le colon

ascendant, il descend à peu près verticalement dans la gouttière comprise entre le rein et la paroi abdominale. Sa longueur moyenne est de 12cm.

3-4-8- Le colon ilio-pelvien :

S'étend de la crête iliaque gauche, où il fait suite au colon descendant, à la troisième vertèbre sacrée, où il se continue avec le rectum. On lui distingue deux parties : l'une fixe, le colon iliaque ; l'autre mobile, le colon pelvien. Le colon iliaque occupe la fosse iliaque gauche fixé au plan postérieur par le fascia de Toldt gauche et s'étend de la crête iliaque jusqu'au bord médial du muscle psoas, décrivant une courbe concave en dedans.

Le colon pelvien ou sigmoïde : c'est un segment libre, fixé par ses deux extrémités à la paroi postérieure par le méso sigmoïde. Il correspond à une boucle d'importance et de longueur variables qui se porte du bord gauche au bord droit du détroit supérieur, en décrivant une convexité antérieure, puis regagne son point fixe terminal au niveau de la troisième vertèbre sacrée en se portant en bas, en arrière et en dedans.

3-5- Le rectum et l'anus :

C'est un organe postérieur du petit bassin, long de 15 à 20cm, suit d'abord la concavité du sacrum, puis à la hauteur du coccyx il se réfléchit vers l'arrière et traverse le périnée. On lui distingue deux segments, l'un supérieur ou pelvien, contenu dans la cavité pelvienne ; l'autre inférieur, périnéal ou canal anal. Devenant le canal anal il se termine par l'anus. Le tiers supérieur du rectum comporte un segment très dilatable, l'ampoule rectale, dont le remplissage provoque le besoin de défécation. En dessous de l'ampoule naissent trois plis transversaux constants qui pénètrent dans la lumière rectale.

Le canal anal représente le rectum périnéal qui fait suite au segment pelvien du rectum et se continue par le revêtement cutané. Long de 2 à 3cm. Sa direction est franchement oblique en bas et en arrière et on lui distingue trois territoires superposés : une zone rectale, une zone ano-cutanée et une zone cutanée.

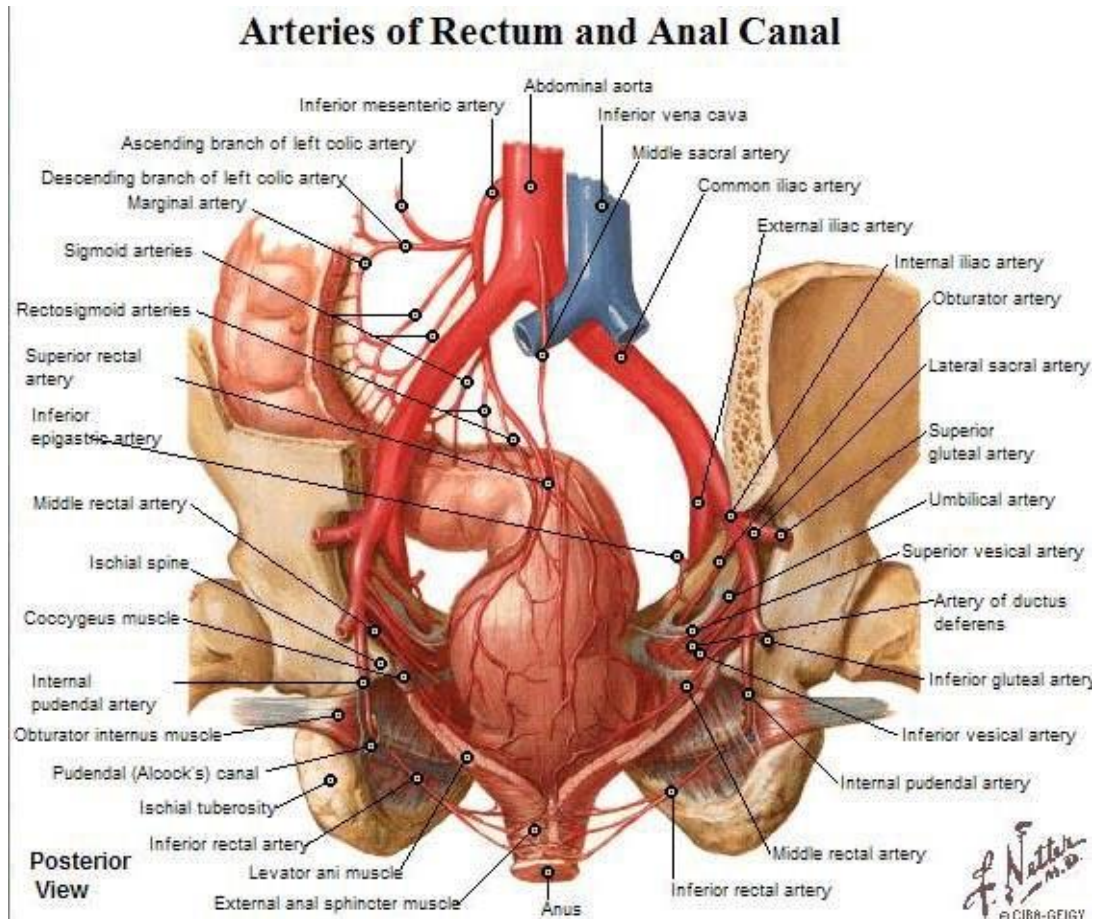


Fig 7 : Vascularisation artérielle du rectum [1]

La vascularisation du colon est assurée essentiellement par l'artère mésentérique supérieure, l'artère mésentérique inférieure et les artères hypogastriques pour le rectum. Les veines du colon sont satellites des artères et se rendent à la veine porte. Par ailleurs, les veines du rectum naissent d'un riche plexus veineux sous muqueux commun aux veines hémorroïdales ; les veines hémorroïdales supérieures droite et gauche se jettent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure, alors que les veines hémorroïdales moyennes et inférieures vont à la veine cave inférieure par les veines iliaques internes, réalisant ainsi une très importante anastomose porto-cave.

Les nerfs proviennent du plexus mésentérique supérieur et inférieur. Le drainage lymphatique est tributaire de troncs lymphatiques intestinaux le long des artères et qui parviennent au tronc lombaire gauche puis à la citerne de Pecquet.

4- Diagnostic positif (reconnaitre l'hémorragie digestive) [15]

4-1- Hémorragie extériorisée : Elle est reconnue par :

- Interrogatoire du patient et /ou de l'entourage

Une hémorragie digestive peut se manifester de différentes manières :

- ✓ Une hématomèse : hémorragie extériorisée par vomissements, elle est le signe d'une hémorragie digestive haute,
- ✓ Un méléna : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide. L'origine de l'hémorragie est alors en règle générale située en amont de l'angle colique droit,
- ✓ Une rectorragie : émission par l'anus de sang rouge vif non digéré. Elle est en règle générale le signe d'une hémorragie digestive basse. Cependant, en cas d'HDH massive, le sang peut arriver à l'anus non digéré et donc rouge ;
- ✓ Observations des déjections
- ✓ Toucher rectal (TR) : méléna, rectorragie.

4-2- Hémorragie non extériorisée : Sera recherchée par :

- ✓ Signes cliniques d'hypovolémie : hypotension, tachycardie, pâleur, polypnée, vertiges, cyanose, refroidissement des extrémités
- ✓ Le diagnostic peut être apporté par la mise en place d'une sonde gastrique lorsqu'elle ramène du sang rouge
- ✓ Toucher rectal (TR) : méléna, rectorragie.

5- Diagnostic différentiel

5-1- L'hématémèse doit être différenciée de : [15]

- ✓ Hémoptysie : rejet par la bouche de sang rouge rutilant, aéré spumeux, sans débris alimentaires au cours d'un effort de toux.
- ✓ L'hémotémèse : rejet par la bouche du sang mêlé de salive provenant des gencives ou du pharynx.
- ✓ L'épistaxis postérieure déglutie et revomée secondairement
- ✓ Vomissements colorés par le vin ou la betterave

5-2- Le méléna doit être différencié de :

- ✓ Selles colorées par les médicaments et aliments : fer, bismuth, charbon, betterave

5-3- La rectorragie ne doit pas être confondre avec :

Les selles dysentériques et les hémorragies d'origine génitale ou urinaire

6- Diagnostic de gravité : La gravité est jugée sur des critères : [16]

6-1- Cliniques :

➤ **Terrain :**

- ✓ Age, physiologique (âges extrêmes)
- ✓ Tares associées : Insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire et cirrrose
- ✓ Traitement par bêtabloquants peut masquer une tachycardie, une hypotension artérielle

➤ **Signes de choc :**

- ✓ Tachycardie, dyspnée, syncope, agitation
- ✓ Hypotension orthostatique (témoin de 20% volume sanguin)
- ✓ Hypotension et tachycardie témoin d'une perte de 20-40% du volume sanguin
- ✓ Pâleur des téguments, soif, marbrures
- ✓ Choc avec TA inférieure 80mmHg
- ✓ Troubles de la conscience

6-2- Biologiques :

- ✓ Une chute de l'hémoglobine et l'hématocrite
- ✓ Une élévation de l'urée et de la créatininémie
- ✓ Une anomalie des tests de coagulation et des tests hépatiques selon la pathologie sous-jacente

6- CAT en urgence :

- En dehors des rectorragies d'allure proctologique, minimales et sans retentissement hémodynamique, hospitalisation de tout patient décrivant une HD
- Installation du patient en position latérale de sécurité
- Voie(s) veineuse(s) parallèlement à l'examen clinique
- Prélèvement sanguin en urgence : NFS – GR – RH – RAI – TP – TCA – Ionogramme sanguin complet
- Commande et mise en réserve de culots globulaires compatibles
- Remplissage vasculaire par macromolécule et / ou sang (prudence si signes d'HTP) si retentissement hémodynamique
- Oxygénothérapie
- Prévention d'une encéphalopathie hépatique, si signes d'hépatopathie chronique
- Surveillance : pouls, TA, spo2, coloration muqueuse, conscience, diurèse, PVC, Hb, Ht

7- Diagnostic étiologique et prise en charge spécifique

7-1- Enquête étiologique

7-1-1- Interrogatoire : du malade ou son entourage

- **En cas d'hématémèse et / ou méléna : [15]**
 - ✓ Un antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal ;
 - ✓ Des douleurs épigastriques d'allure ulcéreuse
 - ✓ La prise de médicaments gastro-toxiques (AINS+++ ou d'autres antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants)
 - ✓ Un antécédent d'ictère voire d'affection hépatique ou de varices œsophagiennes ;
 - ✓ Des vomissements ayant précédé le saignement ;
 - ✓ Un antécédent de bilharziose
 - ✓ Des antécédents chirurgicaux sur le tube digestif ;
 - ✓ Un antécédent de prothèse aortique ;
 - ✓ Une affection pancréatique ;
 - ✓ Les modes de vie : éthylisme, prise de tabac
 - ✓ A caractériser l'hémorragie et les signes d'accompagnement.
- **En cas d'HDB :**

- ✓ ATCD médicaux et chirurgicaux
- ✓ Modification récente du transit
- ✓ ATCD vasculaire
- ✓ Séquence symptomatique : douleur abdominale brutale, diarrhée sanglante
- ✓ Traumatisme anorectale
- ✓ Aspect des selles accompagnant le sang

7-1-2- Examen physique : on examinera :

- L'état général
- La conscience
- Les conjonctives
- Les constantes : TA, Température, FC, FR, Pouls
- Les signes de choc
- L'examen abdominal : à la recherche :
 - ✓ CVC
 - ✓ Splénomégalie
 - ✓ Hépatomégalie
 - ✓ Ascite
 - ✓ Masse palpable
 - ✓ TR : examen de la marge anale
- L'examen cutanée :
 - ✓ Ictère
 - ✓ Angiomes stellaires
 - ✓ Erythrose palmaire
 - ✓ Ecchymose
 - ✓ Purpura
- Dénutrition
- Examen ORL

7-1-3- Examen para clinique

7-1-3-1- HDH : [17 -18]

Fibroscopie OGD :

- En respectant les contre-indications :

CI absolues : [17]

- Collapsus
- Perforation digestive
- Traumatisme du rachis cervical

CI relatives

- ATCD récent de chirurgie digestive
- Coagulopathies ou thrombopénies

- Afin d'assurer la vacuité de la cavité gastrique avant réalisation de l'EOGD, il faut administrer de l'érythromycine à la posologie de 250 mg (5 mg /kg chez l'enfant) en IV [18].

- Dans tous les cas ni trop tôt ni trop tard : mieux dans les 6 premières heures sinon dans les 24 heures.

- Intérêt :

- La FOGD permet le diagnostic de l'HDH dans 90% des cas
- La FOGD à un intérêt pronostic (Classification de FORREST)
- La FOGD à un intérêt thérapeutique

Autres examens : artériographie coelio-mésentérique, TDM spiralée, angioscanner.

7-1-3-2- HDB : coloscopie, enteroscanner, capsule vidéo-endoscopique, scintigraphie aux hématies marquées au TC 99m

7-2- Etiologies et traitements spécifiques

La PEC des hémorragies digestives occultes repose sur le traitement de la cause et la supplémentation en fer pendant 3-6 mois.

7-2-1- Les HDH

80% des hémorragies digestives sont des hémorragies hautes [1].

Tableau I : Les causes les plus fréquentes d'HDH de l'enfant

1 mois à 2ans	Œsophagite UGD Ulcère induite par les AINS Ingestion de corps étrangers
2ans et plus	VO Varices gastriques Syndrome de Malory Weiss Lésions de Dieulafoy

Les lésions hémorragiques sans rapport avec l'HTP :

A-L'œsophagite peptique : [19, 20, 21]

1-Définition : L'œsophagite peptique est une inflammation de la muqueuse œsophagienne causée par l'agression de cette muqueuse par le contenu acide de l'estomac. Elle représente 32% des hémorragies digestives haute de l'enfant [19]. Elle complique le RGO dans 20% des cas et constitue l'étiologie la plus fréquente des HDH de l'enfant tout âge confondu et en particulier chez le nourrisson.

2- Contexte évocateur : [20]

- Pleurs excessifs
- Irritabilité
- Hyper extension du tronc
- Refus alimentaire
- Episodes d'hématémèse
- Anémie

3- Endoscopie : Classification d'œsophagite peptique de MOUGENOT : [21]

- **Grade 0 :** muqueuse normale.
- **Grade 1 :** érythème ou exsudat plus ou moins marqué, ovalaire ou linéaire, unique ou multiple, siégeant sur un ou plusieurs plis œsophagiens. Mais ces érosions longitudinales sont isolées et non confluentes.
- **Grade 2 :** érosions multiples siégeant sur plusieurs plis œsophagiens, longitudinales, confluentes, mais non circonférentielles.

➤ **Grade 3** : lésions identiques mais intéressant la totalité de la circonférence œsophagienne.

➤ **Grade 4** : ulcères (3A) et /ou sténose peptique (4B), isolés ou plus souvent associés à des lésions de grades 1 à 3.

➤ **Grade 5** : endobrachyoesophage associé ou non aux précédentes lésions.

4-Traitement :

➤ Mesures hygiéno-diététiques

➤ IPP

➤ Anti H2

➤ Prokinétique

➤ Traitement endoscopique

B-Hémorragie par UGD :

1- Définition : L'ulcère gastro-duodénale se définit comme une perte de substance de la paroi gastrique ou duodénale atteignant en profondeur la musculature [22]. L'UGD classiquement rare en pédiatrie et de fréquence sous-estimée jusqu'à l'apparition de l'endoscopie, connaît de nos jours un regain d'intérêt. Il convient de différencier l'ulcère secondaire à un facteur étiopathogénique identifiable, des ulcères primitifs rattachés à la maladie ulcéreuse ou à l'*Helicobacter pylori*. L'ulcère secondaire se manifeste le plus souvent par une complication et n'évolue pas vers la chronicité. Cette classification est utile dans la discussion étiologique, diagnostique et thérapeutique. Les facteurs étiologiques de l'UGD sont : Hp, familiaux et génétiques, ethniques, alimentaires (soda), médicamenteuses (AINS, aspirines, corticoïdes), psychologique, crohn, Zollinger-Ellison. Dans 30 à 50% des observations, une complication hémorragique (hématémèse ou méléna) apparaît dans l'évolution des ulcères primaires ou secondaires.

L'hémorragie digestive par UGD représente 19% des HDH en pédiatrie [19].

2- Signes cliniques

2-1-Mode de révélation d'une HDH par UGD :

Il peut s'agir :

-**D'une hématémèse :** rejet de sang rouge ou noir par la bouche dans un effort de vomissement, aéré, mêlé à des débris alimentaires

- **Méléna :** émission de selles noirâtres, malodorantes et nauséabondes

- **Anémie :** asthénie brutale, dyspnée récente, syncope

-**Collapsus :** voire état de choc hémodynamique

Dans ce cas intérêt du :

- TR systématique
- Pose d'une sonde nasogastrique qui ramène du sang

2-2-Examen physique : Pauvre

- Sensibilité épigastrique

-Éliminer les autres causes d'HDH

-Apprécier le retentissement sur l'état général

- Toucher rectal

3- Endoscopie digestive : précise les lésions selon la classification de FORREST : [23]

- Ia= saignement en jet

- Ib= en nappe
 - IIa = vaisseau visible
 - IIb= caillot adhérent
 - IIc= tâche noire ou pigmentée
 - III= absence de stigmate

4- Méthodes thérapeutiques

4-1-Traitement médicamenteux :

- Réanimation
- Anti sécrétoires

Tableau II : Les drogues utilisées dans le traitement de l'HD

Ranitidine	4 à 6 mg/kg /j, 2 fois/j Voie orale /IV Perfusion continue 0,1 à 0,25mg/kg/h
Oméprazole	0,7 à 3,3 mg/kg/J VO/IV
Somatostatine	Bolus IV : 1 à 2 ug/kg (2 à 5 minutes) Perfusion continue (IV) : 1 à 2 ug/kg/h
Octréotide	<u>Adolescents</u> Bolus (IV) : 50mg (5 minutes) Perfusion (IV) : 50ug/h <u>Jeunes enfants</u> Bolus IV :1ug/kg (5 minutes)

Si *Helicobacter pylori* (Hp) associé, plusieurs schémas sont proposés : [24]

La quadrithérapie bismuthée

IPP + Sulfate de bismuth + Tétracycline + Métronidazole x 10 jours

La quadrithérapie non bismuthée

Amoxicilline + Clarithromycine + Métronidazole + IPP x 10 – 14 jours

4-2-Traitement endoscopique : 03 méthodes :

-Méthodes thermiques

- Méthodes mécaniques

- Méthodes d'injections

4-3-Traitement chirurgical :

- Suture simple si ulcère duodéal
- Excision- suture si ulcère gastrique

4-4-Traitement radiologique :

5- Indications :

- Si hémorragie en jet (Fla) ou vaisseau visible (Fla) = injection + méthode thermique.
- Si suintement diffus (Flb) non sévère = injection d'adrénaline.
- Si caillot (Flb) = lavage pour chute du caillot puis injection si ulcère ou injection +méthode thermique si hémorragie déclenchée.
- Si 2 échecs d'hémostase endoscopique ou hémorragie cataclysmique ou hémorragie en jet inaccessible au traitement endoscopique = Chirurgie.
- Dans tous les cas, après hémostase rechercher et éradiquer HP par IPP et 2 ATB (traitement de l'ulcère y compris mode de vie) = contrôle endoscopique systématique + biopsies si UG.

6- Résultats :

- 90% arrêt hémorragie
- 10% récidence surtout les 3 premiers jours
- Environ 10% de mortalité

C- Les gastrites :

1-Définition : La définition de la gastrite est histologique car aucun signe clinique, radiologique et / ou sécrétoire ne semble être spécifique de l'affection. Il s'agit d'une inflammation du chorion associée à des degrés divers d'atrophie glandulaire et d'altération de l'épithélium de revêtement des cryptes [25]. On distingue :

- **Les gastrites érosives ou hémorragiques** correspondant pour la plupart à des gastrites aiguës, sont caractérisées à l'endoscopie par la présence d'érosions qui sont des pertes de substances au niveau de la muqueuse, souvent associées à des pétéchies, à un érythème et à une fragilité de la muqueuse. Ces gastrites ont comme principale cause chez l'enfant la prise d'AINS et d'aspirine et elles guérissent rapidement à la suppression du facteur causal [25].

- **Les gastrites non érosives antrales** correspondent schématiquement aux gastrites chroniques qui désignent un infiltrat inflammatoire persistant de la muqueuse gastrique à prédominance lympho-plasmocytaire. Le Hp apparait impliqué dans la plupart des gastrites chroniques [25].

-**Les gastrites spécifiques** : ce sont des maladies rares qui s'intègrent pour certains dans le cadre de maladies générales ou systémiques.

Les gastrites représentent 24% des HDH chez l'enfant [19].

2- Contexte évocateur :

- Douleurs abdominales récurrentes
- Vomissements
- Hémorragie digestive
- Retard staturo-pondéral
- Anémie
- Dyspepsie
- Halitose

3- Endoscopie : La sémiologie endoscopique des gastrites retient : [26]

- **9 types de lésions** : œdème, érythème, friabilité, exsudat, érosion plane ou varioliforme, atrophie ou hypertrophie des plis, nodularité, visibilité des vaisseaux sous-muqueux, hémorragies pétéchiale ou ecchymotique.
- **7 types de gastrites, selon la classification de Sidney** : érythémateuses ou exsudations, érosives, hémorragiques, hypertrophiques, atrophiques, varioliformes et biliaires par reflux duodéno-gastrique.
- **3 types de gastrites selon la topographie des lésions** : fundique, antrale, pan gastrite.

4-Traitement :

4-1- Gastrite sans Hp :

- IPP seul

4-2-Gastrite à Hp : Si *Helicobacter pylori* (Hp) associé, plusieurs schémas sont proposés : **[24]**

La quadrithérapie bismuthée

IPP + Sulfate de bismuth + Tétracycline + Métronidazole X 10 jours

La quadrithérapie non bismuthée

Amoxicilline + Clarithromycine + Métronidazole + IPP × 10 – 14 jours

D- Le syndrome de Mallory-Weiss

1-Définition : Déchirure muqueuse cardiaale provoquée par hyperpression abdominale violente. Le syndrome de Mallory Weiss est rare chez l'enfant et représente 5% des HDH [19]. Généralement guérison spontanée, rares cas d'hémorragie sévère. Ses facteurs favorisants sont : vomissements répétés+++ , traumatisme abdominal, hoquet, toux chronique, constipation, iatrogène (post fibroscopie œsogastroduodénale). Dans 1/3 des cas, absence de facteur favorisant retrouvé.

2- Contexte évocateur :

- Vomissements initialement non sanglants suivi d'hématémèse de faible abondance
- 50% hématémèse isolé, 15% méléna isolé

3- Endoscopie :

- Ulcération ou ulcère à la jonction œsogastrique généralement unique à 1-2 cm
- Saignement par suintement ou en jet
- Parfois vaisseau visible
- Ulcérations multiples
- Associée à une hernie hiatale (40%)

4- Traitement :

4-1-Médical exclusif :

- Surveillance simple
- Antis sécrétoires
- Si saignement actif : injection d'adrénaline, clip

4-2- Hémostase endoscopique : uniquement si saignement actif : injection d'adrénaline, hémostase thermique, hémostase mécanique.

4-3-Traitement chirurgical : Rare

La mortalité est généralement nulle sauf si terrain associée.

E- L'œsophagite caustique

1-Définition : On définit un caustique comme toute substance susceptible du fait de son PH ou de son pouvoir oxydant d'induire des lésions tissulaires au niveau de son site d'application. L'ingestion de caustique est fréquente, souvent accidentelle et faible quantité chez l'enfant de moins de 5ans qui est inconscient du danger qui l'entoure, mais elle est souvent volontaire dans le but d'autolyse chez l'adolescent. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 1 à 5ans avec un pic au 24^{ème} mois [27]. L'hémorragie digestive est une complication fréquente de l'œsophagite caustique. L'hématémèse survient dans 3,2% des cas [27].

Les types de caustiques fréquemment utilisés sont :

- **Acides forts** : acide chloridrique (HCL), acide sulfurique (H2SO4), acide nitrique (NO3H), acide fluoridrique (AF)
- **Bases fortes** : soude caustique (NaOH), ammoniacque (NH3), potasse (KOH)
- **Acides faibles** : acide acétique (CH3COOH)
- **Oxydants** : permanganate de potassium (KMNOH), eau de javel, peroxyde d'hydrogène (H2O2)

2- Signes cliniques :

2-1- signes fonctionnelles :

2-1-1- Signes fonctionnels ORL : douleur ou sécheresse buccale, hyper sialorrhée, salive sanguinolente, dysphagie, odynophagie, trouble de la déglutition, dyspnée laryngée, dysphonie

2-1-2- Signes fonctionnels digestifs : douleurs abdominales, douleurs retro sternales ou épigastriques, vomissements, hématomèmes

2-2- Signes physique :

-Recherche des lésions locales (buccales et oropharyngées)

-Aspect des muqueuses :

Devant une coloration :

- Grise = acide chloridrique
- Jaune = acide nitrique
- Noire = acide sulfurique

-Palpation : signes de défense ou contracture abdominale

- Auscultation : cardiaques (souffles tachycardie) et pulmonaires

3- Endoscopie digestive : Classification d'œsophagite caustique de DI CANSTANZO [21] :

-Stade I : pétéchie ou érythème,

-Stade II

- II-a- ulcérations linéaires ou rondes
- II-b- ulcérations circulaires ou confluentes

-Stade III

- III-a- nécrose localisée
- III-b- nécrose étendue

- Stade IV : perforation

4- Traitement

4-1- Pré-hospitalier :

- Eviter l'absorption de médicament, de lait, produit neutralisant, etc...
- Proscrire toute manœuvre intempestive servant à provoquer des vomissements et les lavages gastriques
- Il est important de récupérer un échantillon du produit en cause afin de préciser la nature avec l'aide du centre antipoison
- Eviter le décubitus dorsal car elle exagère le risque de vomissement et l'inhalation
- Conduire le patient dans une unité spécialisée

4-2- CAT en urgence :

- Quelque soit le produit, il faut laver les yeux et la face à l'eau stérile, retirer les vêtements imprégnés et laisser à jeun
- Nettoyer la bouche avec des compresses sèches
- Mettre en place une VVP et éviter le cathéter sous-clavier et jugulaire gauche pouvant gêner une cervicotomie en urgence
- Corriger l'hypovolémie en milieu spécialisé (réanimation, chirurgie viscérale)

4-3- Traitement médical :

4-3-1- Lésions bénignes (stade 1) :

Observation pdt 24h et traitement symptomatique

4-3-2- Lésions modérées (stade 2) :

- Perfusion macromolécules, plasma, ou transfusion (état de choc), hémisuccinate d'hydrocortisone si obstruction du carrefour pharyngolaryngé par un œdème (détresse respiratoire)
- Mise en place d'une sonde nasogastrique (prévention des sténoses)

- Alimentation parentérale ou entérale par jejunostomie permettent la mise au repos totale du tractus digestif jusqu'à la cicatrisation des lésions
- Antalgiques (en fonction du palier de douleur)
- Pansement gastrique (antiacides IV ou IM)
- Hyposulfène 50 à 200ml per os (javel concentré, KMNOH)

4-4- Traitement chirurgical :

Si complication : perforation gastrique, hémorragie digestive, abcès sous phrénique par perforation cloisonnée ou de fistule gastro-colique.

F- Ingestion de corps étranger

1-Définition

Elle représente 44% de l'ensemble des ingestions accidentelles en pédiatrie [17]. Les enfants de moins de 4 ans sont les plus concernés [17]. Il peut-être de diverses natures : des arêtes et des os, des pièces de monnaie, des boutons, des morceaux d'aliments, des jouets, des noyaux de fruits, des épingles, des piles boutons. L'œsophage représente la principale localisation des CE. L'hématémèse peut révéler un corps étranger œsophagien.

2- Les signes cliniques :

La symptomatologie est parfois différée de plusieurs minutes à plusieurs heures, voir n'apparaît que lorsque les complications surviennent.

2-1- Les signes fonctionnels

2-1-1-Signes digestifs :

- Dysphagie
- Hyper sialorrhée
- Vomissements
- Refus d'alimentation
- Refus des solides pour revenir à une alimentation liquide
- Hémorragie digestive

- Douleur retro sternales

2-1-2-Les signes respiratoires :

- Dyspnée
- Stridor
- Pneumopathies à répétition
- Toux

2-2-Examen physique

L'examen physique est le plus souvent normal. Toutefois, on recherchera :

- Traumatismes pharyngés
- Présence d'un emphysème sous-cutané au niveau du manubrium sternal et du cou évocateur d'une perforation œsophagienne
- Défense abdominale, un signe de rebond ou une masse abcédée peuvent être notés en cas de perforation œsophagienne basse ou à d'autres niveaux du tube digestif

3- Traitement :

3-1- Traitement endoscopique : Repose la base du traitement. Plusieurs techniques d'extractions sont utilisées (laryngoscopie, œsophagoscope rigide, fibroscopie).

3-2-Traitement chirurgical d'extraction : En cas d'échec de l'extraction endoscopique

G- Le purpura rhumatoïde :

- 1- Définition :** Il s'agit de la vascularite la plus fréquente chez l'enfant. Cette pathologie concerne plus fréquemment le garçon, d'âge 8 ans (rarement 2 ans), en période automno-hivernale. Les hémorragies digestives sont retrouvées dans 30% des cas et sont rarement massives (5%). Elles sont dues à des hématomes de la paroi digestive.

2- Tableau clinique :

Tableau IV : Triade clinique du PR [28]

Purpura	<ul style="list-style-type: none">-Constant (100%), parfois retardé (au décours des douleurs abdominales)-Vasculaire (infiltré, pas d'atteintes muqueuses, polymorphisme lésionnel)-Localisations prédominante aux membres inférieurs-Evolution par poussées, déclenchées par l'orthostatisme-Urticaire, érythème polymorphe, œdème localisé péri articulaire et des extrémités
Manifestations articulaires	<ul style="list-style-type: none">-Inconstant (75%) et transitoires (3-5 jours), parfois inaugurales-Arthralgies et/ou arthrites bilatérales et symétrique-Localisation prédominant aux membres inférieurs-Evolution vers la régression sans séquelles, récives possibles
Dx abdominales	<ul style="list-style-type: none">-Inconstantes (50%), parfois inaugurales, d'intensité variable-Témoin du purpura digestif ou d'une complication (invagination intestinale aiguë)-Localisation variable-Vomissements, diarrhée sanglante

3- Le traitement : Essentiellement symptomatique

- Repos

-Corticothérapie brève en cas de dx abdominales gênantes sous formes de perfusions en cas de néphropathie évolutive

-Antalgique si atteinte articulaire

K- Les hémorragies digestives par troubles de la crase sanguine :

Les troubles de la crase sanguine peuvent être secondaires à une affection constitutionnelle ou acquise, il peut s'agir soit d'une pathologie de l'hémostase primaire ou secondaire.

L'hémophilie A et B, le purpura thrombopénique idiopathique ainsi que la maladie de Willebrand ne sont pas directement responsables des lésions gastro-intestinales hémorragiques, mais une lésion minime peut saigner abondamment et l'on comprend pourquoi la fréquence des HDH est plus élevée chez les personnes présentant les troubles de la crase.

M- Les polypes gastriques

Sont exceptionnels et s'intègrent volontiers dans une polypose familiale. On distingue 2 types : sessile et pédiculé, leur aspect endoscopique est habituellement polyploïde, elles sont recouvertes d'une muqueuse normale ou ulcérée et la muqueuse avoisinante est normale et souple.

Leur découverte est dans 90% des cas fortuite chez un patient asymptomatique ou présentant une HD, une anémie voire une polypose digestive.

N- Les traumatismes œsophagiens :

Les traumatismes subis par la muqueuse gastro-intestinale supérieure sont un problème relativement fréquent dans la pratique clinique.

M-Les angiodysplasies :

Ce sont des lésions dégénératives des veines sous-muqueuses.

Endoscopiquement, les lésions sont souvent multiples apparaissent comme des tâches rouges de 4 à 8 mm, plates ou légèrement saillantes d'où peut partir une veine de drainage.

Traitement : Coagulation par voie endoscopique, coagulation au plasma argon

Les HDH par HTP

1-Definition : L'hypertension portale est définie par une élévation de la pression dans le système porte au-dessus de 15 mm Hg, ou par une élévation du gradient de pression porto-

cave au-delà de 5 mm Hg [29]. Celle-ci est liée à l'augmentation de la résistance à l'écoulement du sang dans le système porte [1]. En dehors du bloc intra hépatique (cirrhose), le plus souvent l'origine chez l'enfant est pré hépatique.

L'hémorragie digestive constitue une complication fréquente et sévère de l'HTP. La cause la plus fréquente du saignement est la rupture de varices œsophagiennes et cardiotubérositaires.

Au cours de l'HTP, l'hémorragie digestive est retrouvée dans 66% des cas [29].

2- Diagnostic étiologique :

L'anamnèse et l'examen clinique représente une étape importante dans la stratégie diagnostique. L'endoscopie diagnostique joue éventuellement un rôle primordial devant toute HD compliquant une HTP en précisant l'origine du saignement, ainsi qu'un rôle thérapeutique important.

2-1-Interrogatoire :

- Age
- Sexe
- ATCD personnels: notion d'ictère, hépatopathie connue, hémorragie digestive, notion de syndrome hémorragique associé (épistaxis, gingivorragie), notion de cathétérisme de la veine ombilicale
- ATCD familiaux : une histoire d'hépatopathie connue dans la famille et de cas similaire est recherché
- Prise médicamenteuse : AINS, aspirine car ces médicaments déclenchent souvent des épisodes d'HD au cours de l'HTP

2-2-Examen clinique :

- Splénomégalie
- Hépatomégalie
- Ascite le plus souvent associé aux OMI, parfois à une pleurésie
- CVC

- Signes d'IHC : angiome stellaire, érythrose palmaire, ecchymoses, purpura, épistaxis, gingivorragie, ongles blancs et striés encéphalopathie hépatique, ictère, infections bactériennes

2-3-Examens complémentaires :

-Biologie : NFS, transaminases hépatiques, TP, urée, créatininémie, natrémie, kaliémie, groupage sanguin avec RAI, bilan cuprique, bilan d'auto-immunité, sérologies des hépatites virales

- FOGD

-Radiologie : échographie, TDM, IRM,

Les causes de l'hémorragie digestive au cours de l'hypertension portale chez l'enfant

A- Rupture de varices œsogastriques et duodénales :

1-Définition : C'est la dilatation pathologique des veines inférieures de l'œsophage. Elle représente 67% des cas d'HD sur HTP de l'enfant [29]. L'hématémèse en est l'extériorisation la plus fréquente.

2- Endoscopie :

Les varices apparaissent comme de longs cordons veineux de couleur blanche ou bleutée, situé juste au-dessus du cardia. : Voici la classification des varices œsophagiennes [21] :

- **Grade I :** lorsque les VO s'affaissent lors de l'insufflation
- **Grade II :** si les VO, non jointives, ne s'effacent plus lors de l'insufflation
- **Grade III :** devant des VO jointes, obstruant la lumière œsophagienne

4- Méthodes thérapeutiques :

4-1- Mesures générales :

- Etat ventilatoire correct
- Bonne perfusion rénale sans excès de remplissage (risque de récurrence)
- Prévention de l'encéphalopathie : administration d'ATB surtout, lactulose
- Evacuation prudente d'une ascite tendue

4-2-Traitement vasoactif :

- Somatostatine et dérivé
- Vasopressine et dérivé
- Bétabloquant (propranolol) : prévention secondaire

4-3- Hémostase endoscopique :

- Ligature élastique
- Sclérose au polidocanol
- Injection de colle biologique (histoacryl)

4-4- Hémostase mécanique :

- Tamponnement par sonde de Blake more

4-5-TIPS

4-6-Traitement chirurgical :

- Transsection œsophagienne
- Dérivation portale

4- Indications :

- VO :

- Si saignement actif : vasoactif + ligature (ou sclérose)
- Hémorragie cataclysmique ou persistante malgré vasoactif et / ou ligature (sclérose) ou traitement endoscopique impossible = Blake more
- Echecs des techniques précédentes : TIPS ou chirurgie
- Prévention secondaire : Bétabloquant + traitement endoscopique

- **VG** : injection de colle biologique + vasoactif

5 – Résultats :

- Arrêt de l'hémorragie dans 90% des cas

- Mortalité moyenne de 15%.

B- Gastropathie d'HTP (mosaïque) :

La gastropathie hypertensive est également fréquemment à l'origine d'hématémèse. Cette pathologie est fréquente en cas d'HTP. Elle est associée aux VO dans 35,7% des cas et être responsable d'HD dans 30% des cas au cours de l'HTP [29].

Ce syndrome comprend 2 stades endoscopiques selon la classification de **MC COMACK** : le stade modéré est essentiellement caractérisé par la présence d'une **mosaïque** et le stade sévère par des macules rouges [29].

Le traitement par vasoactif semble efficace.

Etiologies d'HTP au cours des HDH chez l'enfant

- **Bloc sous-hépatique** : cavernome portale
- **Bloc intra-hépatique** : Cholangites, cirrhoses métaboliques, fibrose hépatique congénitale, polykystose hépatorénale, cirrhoses indéterminées
- **Bloc sus-hépatique** : syndrome de Budd-Chiari

Evolution des HDH :

L'évolution des HDH est fonction de la gravité de l'hémorragie, de la cause et du terrain.

Toute HDH met le pronostic vital du patient en jeu. Le fait qu'elle se révèle par un méléna ou une hématémèse n'influence pas le pronostic ultérieur. En revanche, s'il y a conjointement hématémèse et méléna, cela signe l'intensité de l'hémorragie.

L'évolution est surtout dominée par la persistance ou la récurrence de l'hémorragie.

La survenue d'une récurrence hémorragique majore le risque de décès. C'est la raison pour laquelle le traitement endoscopique précoce doit être optimal et vise à obtenir une hémostase définitive.

Une hémorragie ulcéreuse cesse spontanément dans environ 80% des cas et persiste ou récidive dans près de 30% des cas en absence de traitement.

Une HD par rupture de VO met en jeu le pronostic vital de façon immédiate et représente un tournant évolutif. Par ailleurs, les enfants semblent tolérer l'hémorragie variqueuse mieux que les adultes, comme en témoigne leur taux de mortalité à court terme de 10% ou moins.

LES hémorragies digestives basses (HDB)

Les HDB correspondent à des lésions situées en aval de l'angle de Treitz : au niveau de l'intestin grêle, du colon, du rectum ou de l'anus [5]. Elles représentent 20% des HD.

Tableau V : Les causes les plus fréquentes de rectorragie chez l'enfant [30]

Groupe d'âge	Causes	Diagnostic
Chez les nourrissons	Fissure anale	Examen clinique
	Invagination intestinale aiguë	Echo abdominale
	Diverticule de Meckel	Chirurgie
	Ulcération thermométrique	Interrogatoire, rectoscopie
	Hyperplasie nodulaire lymphoïde	Recto-sigmoïdoscopie, histologie
	Colite allergique	Biopsies endoscopiques, bilan allergique, régime d'éviction
De 2 à 7 ans	Fissure anale	Examen clinique
	Polypes	Coloscopie
	Diverticule de Meckel	Chirurgie
	Purpura rhumatoïde	Examen cutané
	SHU	NFS-Urée sanguine
	Hyperplasie nodulaire lymphoïde	Coloscopie
	Angiomes et malformations vasculaires	Coloscopie
Chez le grand enfant et l'adolescent	MICI	Coloscopie

A- L'invagination intestinale aiguë

1- Définition : L'IIA se définit par la pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent, créant le boudin d'invagination, qui provoque une obstruction mécanique digestive et une ischémie par strangulation mésentérique [30]. C'est une urgence médico-chirurgicale. Première cause d'occlusion chez l'enfant. La forme idiopathique est la plus fréquente de l'enfant (90%) qui est iléo-colique, la forme secondaire est en rapport avec une lésion locale ou surviennent dans un contexte particulier. L'IIA correspond à 0,6% des HDB de l'enfant [1]. Les rectorragies ne sont notées que chez 16% des malades dont les douleurs évoluent depuis moins de 12 h [9].

Plus de 80% des IIA surviennent avant l'âge de 2 ans dont 45% entre 4 et 10 mois [1 -9].

2- Contexte évocateur :

- Crises douloureuses paroxystiques : maître symptôme, survient par accès séparés d'intervalles libres, arrêt de toute activité, crie, replie ses jambes, devient pâle. Répétition des crises à intervalles variables
- Vomissement : alimentaire au début puis bilieux
- Rectorragies
- L'inspection : pâleur, hypotonie, signes de déshydratation
- Palpation : orifices herniaires puis abdomen montre une vacuité de la FID et le boudin d'invagination : tuméfaction ovalaire, ferme et mobile, située sur le cadre colique, sensible voire douloureuse
- Le TR peut percevoir la tête du boudin d'invagination et ramené du sang

3-Examens complémentaires

- L'échographie abdominale visualise le boudin d'invagination :

En coupe transversale : image en cocarde avec centre hyperéchogène (intestin invaginé) et couronne hypoéchogène

En coupe longitudinale : image en sandwich

- ASP

-Lavement hydrostatique ou à air

4- Traitement

4-1- Moyens non chirurgicaux : [30]

Lavement à air, eau, opaque après mise en condition : perfusion, antalgiques, réchauffement

Le lavement permet de confirmer le diagnostic en visualisant le boudin d'invagination

Facile, non invasif, efficace dans 80% des cas

Les contre-indications au lavement : **[30]**

- Sepsis
- Péritonite
- Pneumopéritoine

4-2- Traitement chirurgical en cas d'échec du lavement

B- La fissure anale

1-Définition : La fissure anale est un type d'ulcération allongée, en forme de crevasse, siégeant au niveau du canal anal. C'est la pathologie proctologique pédiatrique la plus fréquente **[31]**, surtout chez l'enfant âgé entre 1 à 3 ans **[32]**. La physiopathologie est multifactorielle, faisant intervenir une constipation, une diarrhée, un facteur traumatique et une hypertonie anale de repos. 8,8% des hémorragies digestives basses sont dues à la fissure anale **[5]**

2- Signes cliniques : [32]

- Douleur survenant exclusivement pendant l'exonération et aggravant la constipation (appréhension de la selle)
- Rectorragies souvent mineures visibles sur la selle ou les couches

3- Présentation clinique : [32]

- Ulcération mise en évidence en écartant les plis radiés de l'anus
- Forme en raquette (2/3 des cas) sinon linéaire ou arrondie
- Siège généralement médian et antérieur chez l'enfant
- Parfois repérée par capuchon cicatriciel

4- Traitement [32] :

4-1- Médical ++++

- Traiter la constipation ++++
- Traitements locaux (crèmes cicatrisantes)

4-2- Chirurgical (exceptionnellement)

- Excision chirurgicale

C- La colite allergique

1- Définition : L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est fréquente, particulièrement chez le nourrisson. L'APLV se caractérise comme une réaction adverse reproductible, par hypersensibilité immunologique aux protéines lactées bovines, qui sont reconnues par l'organisme comme des allergènes [33]. Elle est responsable de 1,5 % des HDB chez l'enfant [5].

2- Tableau clinique

2-1- Manifestations immédiates ou IgE dépendant : Les signes surviennent moins de 2h après l'ingestion de lait à type de :

- Signes cutanés : urticaire, angio-œdème
- Signes digestifs : diarrhée, vomissements
- Signes respiratoires : rhinite, conjonctivite voire crise d'asthme
- Une réaction allergique sévère généralisée ou systémique (choc anaphylactique) peut survenir et définit l'anaphylaxie

2-2-Manifestations retardées :

-L'eczéma

-Les troubles digestifs à type de diarrhée de régurgitations persistantes, de rectorragies, de prise de poids insuffisante.

3- Diagnostic : [1]

Le diagnostic repose sur plusieurs démarches :

-L'interrogatoire : atonie personnelle, familiale, allaitement, sevrage, diversification, type de symptômes

-l'examen clinique

-Les tests cutanés

-Le bilan biologique

-Les tests de provocation

4- Traitement :

-Les mesures préventives sont essentiellement : éviction préconisation de l'allaitement maternel, une utilisation en France de l'allaitement maternel exclusif prolongé.

-La prise en charge consiste à supprimer les apports de protéines de lait en les remplaçant par une préparation artificielle contenant des protéines hydrolysées de caséine ou de lactose.

D- Le diverticule de Meckel

1- Définition : Le diverticule de Meckel à une définition embryologique, il est la conséquence de la résorption incomplète du canal omphalo-mésentérique qui relie le sac vitellin à l'anse intestinale primitive [9]. Les complications hémorragiques représentent 30% des complications dans le diverticule de Meckel [1]. Avant l'âge de 2 ans, l'HDB est liée à un diverticule de Meckel dans 2/3 des cas. On note une prédominance masculine.

2- Contexte évocateur

Elle réalise des rectorragies de sang rouge ou noir qui :

- Soit enrobe les selles
- Soit surviennent en dehors des selles

- Imprévisibles et souvent par crise successive pendant un ou quelques jours et s'arrêtent
- D'abondance modérées, répétitives

3-Diagnostic et traitement :

L'imagerie est souvent décevante pour le diagnostic de ce diverticule, quel que soit l'échographie ou le scanner. La scintigraphie au ^{99m}Tc pertechnetate permet le diagnostic dans 60 à 80% des cas, en cas de saignement important mais il existe de nombreux faux négatifs [30].

En pratique, seule la laparotomie ou la cœlioscopie permettent un acte diagnostique et thérapeutique.

E- Les colites infectieuses

1- Définition : La colite infectieuse est une pathologie courante qui engendre habituellement des diarrhées aiguës.

Elles représentent 17, 6% des HDB chez l'enfant [5].

Les germes en causes sont : bactérie entéro-invasive, virus, champignon

2- Contexte évocateur : Dépend du germe en cause : diarrhée glairo-sanglante, fièvre, douleur abdominale, ténésme, épreintes, diarrhée hydrique.

3-Diagnostic et aspect endoscopique : [1]

-Le diagnostic repose essentiellement sur la coproculture et l'examen parasitologique des selles.

-L'aspect endoscopique des colites infectieuses est très variable : la muqueuse est le plus souvent congestive, érythémateuse et pétéchiale, parfois pétéchiale et ulcéreuse.

4- Traitement :

- Macrolide si campylobacter, ceftriaxone dans les autres cas. Les fluoroquinolones en cas de fièvre typhoïde.

-Le traitement de l'amibiase consiste en l'administration de médicaments appelés amoébiocides tissulaires (métronidazole, déhydroémétine) et d'amoébiocides de contact (hydroxykinoleine).

F- L'hyperplasie nodulaire lymphoïde

1- Contexte évocateur :

Les rectorragies sont isolées, sans aucune altération de l'état générale ni aucun signe d'accompagnement

2- Définition endoscopique :

Elle se définit endoscopiquement par un aspect de petits nodules multiples mesurant 1 à 4cm, revêtus d'une muqueuse pâle, souvent congestive en périphérie. Histologiquement, les follicules lymphoïdes sont hypertrophiés sans atypie cellulaire.

3- Diagnostic [30] : recto-sigmoidoscopie, histologie

4- Traitement :

Aucun traitement, ni médical ni chirurgical n'est requis et l'évolution en est toujours bénigne.

G- Les MICI

1-Les MICI se divisent en deux catégories : la rectocolite hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC). Avant l'âge de 8ans, les MICI sont rares chez l'enfant et la plupart des malades déclarent leur affection à l'adolescence.

Le principal facteur de risque des MICI à l'âge pédiatrique est la présence d'antécédents familiaux de MICI [34].

2- Contexte évocateur et aspect endoscopique :

- **Crohn** : douleurs abdominales, diarrhées, souvent non sanglante, signes généraux (fièvre, asthénie, anorexie), ATCD d'aphtose (buccale ou génitale), lésions anales ou périanales (fissures, fistules, abcès), retard de croissance staturo-pondérale [35].

Les lésions sont aphtoides, irrégulières, profonde avec intervalle de muqueuse saine

-**RCH** : douleurs abdominales, diarrhée sanglante, voire un ténésme, une perte de poids et une franche AEG peut survenir dans les formes avancées [36].

Les lésions sont rectocolites, sans intervalles de muqueuses saines <<muqueuse pleurant le sang

3-Diagnostic : Repose sur un faisceau d'arguments cliniques + biologiques + radiologiques + endoscopiques+anatomopathologiques [35].

4- Traitement : Spécifique d'une MICI

K-Le SHU

1-Définition : Le SHU est défini par l'association d'une anémie hémolytique avec présence de schizocytes, d'une thrombopénie et d'une insuffisance rénale. C'est une complication évolutive des gastroentérites aiguës (EAG) en particulier à *Escherichia coli* de l'enfant [37]. La forme typique est très fréquente chez dans la population pédiatrique [38].

2-Contexte évocateur : Diarrhée glairo-sanglante, oligoanurie, thrombopénie, anémie, fièvre, atteinte neurologique (obnubilation, coma aréactif, convulsions, syndrome pyramidal ou extrapyramidal), atteinte hépatique

3-Traitement : le traitement est purement symptomatique et consiste en :

- restriction hydrique
- la transfusion de culots érythrocytaires
- les diurétiques
- la dialyse péritonéale et l'hémodialyse

L- Le prolapsus rectal

1-Definition : Par définition, il est l'issue par l'anus de façon permanente ou à l'effort de la paroi rectale retournée. Ses facteurs étiologiques sont représentés par : une constipation, une diarrhée, une mucoviscidose, une maladie de Hirschprung, une station prolongée sur le pot. Il s'observe habituellement entre 1 et 5 ans, souvent avant 3 ans.

Des complications hémorragiques sont dues à la congestion muqueuse ; ou à la rupture de dilatations hémorroïdaires [39].

2-Contexte évocateur : Masse rougeâtre au moment de la défécation remarquée par les parents

3-Diagnostic : Essentiellement clinique

4-Traitement : [32]

- Réduction manuelle du prolapsus par simple pression
- Règles hygiéno-diététiques ++++
 - Lutter contre les troubles du transit
 - Eviter les stations prolongées sur le pot
 - Contention des fesses, par des bandes adhésives entre les défécations ?

-Injections sclérosantes

-Procédées chirurgicaux (méchage retro-rectal, cerclage de l'anus, suspension rectale selon Orr-Loygue-Cerbonnet

M- Les polypes et polyposes colorectaux

1-Définition : Le terme de polype désigne toute formation bien circonscrite sessile ou pédiculé qui saillie dans la lumière intestinale [1]. La polypose est un ensemble de symptômes dans lesquels existent de nombreux polypes sur un segment de grêle, de côlon ou des deux. Il existe 3 types histologiques principaux : les polypes juvéniles, les polypes adénomateux, les polypes hamartomateux [32]. Leurs fréquences sont de 4% des HD pédiatriques [1].

2-Contexte évocateur :

- Rectorragies récidivantes
- Absence de toutes lésions anales
- Peut se prolaber par l'anus

3- Diagnostic : Coloscopie, histologie

4- Traitement : Exérèse endoscopique

N- Les hémorroïdes internes

1- Contexte évocateur : Saignement intermittent, indolore, à la fin de la défécation

2- Diagnostic : anoscopie, surtout la normalité de la coloscopie

3- Traitement : instrumental, chirurgical, régulariser le transit

Autres causes d'HDB chez l'enfant :

- Malformations vasculaires angiodysplasies
- Ulcération thermométrique
- Trouble de la crase sanguine
- Varices intestinales etc....
- Anite
- Rectite
- Duplication digestive
- Purpura rhumatoïde
- Corps étranger intra-rectale

III-METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

1- Lieu d'étude :

Le Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) constitue avec l'hôpital du Point-G, l'hôpital de Kati, l'hôpital du Mali, le troisième niveau de référence ou sommet de la pyramide sanitaire de la République du Mali. C'est l'un des plus anciens établissements nationaux de troisième référence. Le CHU Gabriel Touré est situé en pleine ville de la capitale du Mali en Commune III. Son département de pédiatrie où l'étude a eu lieu est un service pédiatrique de niveau national et qui prend en charge tous les enfants malades de 0 à 15 ans.

1-1-Le Département de pédiatrie : Il est composé de :

- **Un service de pédiatrie générale :** qui comprend :
 - Une unité d'oncologie pédiatrique
 - Une unité de Pédiatrie 1
 - Une unité de Pédiatrie 2
 - Une unité de Pédiatrie 4
- **Un service des urgences pédiatriques.**
- **Un service de néonatalogie**
- **Un hôpital de jour : composé de :**
 - Un centre d'excellence assurant la prise en charge des enfants infectés par le VIH et le suivi des enfants nés de mères séropositives
 - Une unité de prise en charge nutritionnelle (URENI)
 - Une unité pour le suivi des enfants drépanocytaires
 - Une unité pour les enfants atteints de pathologie oncologique

Tableau VI : Répartition des lits d'hospitalisation par unité :

Nom de l'unité	Nombre de salle	Nombre de lits
Unité Kangourou	1	11
Oncologie	10	10
Néonatalogie	4	47
Urgences pédiatriques	3	26
Pédiatrie 1	4	16
Pédiatrie 2	6	24
Pédiatrie 4	4	16
Salle VIP	2	4
Total	34	154

1-2- Le personnel : il se compose de :

- Quatre professeurs ;
- Six maitres-assistants ;
- Sept Chargés de recherche ;
- Huit médecins pédiatres ;
- Quarante-trois infirmiers ;
- Dix-huit infirmiers contractuels de garde ;
- Quarante-six DES ;
- Trente-deux étudiants thésards ;
- Deux Secrétaires ;
- Cinq aides-soignants ;
- Cinq manœuvres
- Deux animatrices ;

1-3-Activités menées dans le service :

1-3-1-Les types d'activités :

Elles sont nombreuses et diversifiées.

-La prise en charge des patients à travers les consultations externes, les hospitalisations et les gardes

-La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio-sanitaires

-La recherche assurée dans le cadre des thèses et par le Centre pour développement des vaccins (CVD-Mali) dont le but est la surveillance à base hospitalière et communautaire des infections bactériennes invasives chez les enfants.

-L'appui aux différents programmes nationaux de santé (PNLP, PNLT, Nutrition, ARV/PTME)

1-3-2-L'organisation des activités :

1-3-2-1-La prise en charge des malades

Se fait tous les jours ouvrables et est supervisée par un médecin pédiatre. Chaque pédiatre à son jour de consultation et les médecins en spécialisation travaillent en rotation. Outre les consultations de pédiatrie générale, le département offre une fois par semaine des consultations de neurologie et d'hématologie pédiatrique.

1-3-2-2-La formation

- Circuit du malade
- Les visites quotidiennes des malades hospitalisés
- La garde
- Un Staff quotidien en vue d'apprécier les prestations de la garde
- Présentation des cas cliniques une fois par semaine
- Cours de DES

2-Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à collecte prospective allant du 01 Janvier 2018 au 31 Décembre 2018.

3-Population d'étude :

Les enfants âgés de 1 mois à 15 ans hospitalisés pour hémorragie digestive dans le Département de Pédiatrie pendant la période d'étude.

3-1-Critères d'inclusion :

- Être âgé de 1 mois à 15 ans
- Présenter une hémorragie digestive
- Accord préalable des parents

3-2-Critères de non inclusion :

- suspicion d'hémorragie digestive non soutenue cliniquement,
- Refus des parents de participer à l'étude

3-3-Echantillonnage : Exhaustive de tous les enfants remplissant les critères d'inclusion

4-Variables étudiées :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle à partir des dossiers médicaux. Les variables suivantes ont été analysées :

- Les variables sociodémographiques des parents et des patients.
- Les variables cliniques des patients.

5 -Analyses des données :

Les données ont été colligées sur des fiches d'enquêtes. L'analyse a été faite avec le logiciel SPSS version 21 et le traitement de texte avec le logiciel Microsoft Word et Excel 2016

6 - Définitions opérationnelles

6-1- Hémorragie : Ecoulement de sang hors des vaisseaux sanguins.

6-2- Hémorragie digestive : Perte de sang provenant d'une lésion de l'appareil digestif.

6-3- Hémorragie digestive haute : Hémorragie survenant en amont de l'angle duodénojejunal ou de l'angle de Treitz.

6-4- Hémorragie digestive basse : Saignement dont l'origine se situe en aval de l'angle duodénojejunal ou de l'angle de Treitz.

6-5- Angle de Treitz : Angle qui délimite la fin du duodénum et le début du jéjunum.

6-6- Hématémèse : Rejet par la bouche au cours d'un effort de vomissement d'une quantité plus ou moins abondante de sang rouge ou noirâtre mêlé à des débris alimentaires et à des caillots de sang.

6-7- Méléna : Emission de selles noirâtres (rappelant le goudron), gluantes et nauséabondes, correspondant à du sang digéré.

6-8- Rectorragie : Evacuation de sang rouge par l'anus.

6-9- Hémorragie digestive de faible abondance : C'est une hémorragie dont la perte en volume sanguin est inférieure à 20% et qui ne s'accompagne pas de signes généraux d'hémorragie.

6-10- Hémorragie digestive de moyenne abondance : C'est une hémorragie dont la perte en volume sanguin est estimée à 25% et qui s'accompagne de signes généraux d'hémorragie.

6-11- Hémorragie digestive de grande abondance : La perte sanguine est estimée à 40% et qui s'accompagne de signes généraux d'hémorragies.

6-12- Sang : Liquide rouge, visqueux, circulant dans les artères et dans les veines sous l'action de la pompe cardiaque.

6-13- Altération de l'état général : Désigne un syndrome associant trois signes cliniques : anorexie, asthénie et amaigrissement.

6-14- Anémie sévère : Définit par une anémie dont le taux d'hémoglobine est en dessous de 7g /dl.

7- Considérations éthiques :

Cette étude a été soumise à l'approbation du CNESS (Comité National d'Éthique des Sciences de la Santé) du Mali avant le démarrage des activités.

Le consentement éclairé des parents ou du tuteur ont obtenu.

Tous les renseignements obtenus ont été gardés confidentiels et les documents de l'étude ont été stockés dans une armoire à clé à laquelle seuls les investigateurs et la coordinatrice de l'étude avaient accès sous la responsabilité de l'investigateur principal.

IV-RESULTATS

IV-RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques :

1-1- Fréquence :

Durant notre période d'étude du 1 Janvier 2018- 31 Décembre 2018, il a été hospitalisé **4464 enfants** dans le Département de Pédiatrie du CHU-Gabriel Touré et **26 cas** d'hémorragies digestives ont été recensés pendant la même période, soit une fréquence hospitalière de **0,58%**.

1-2- Age :

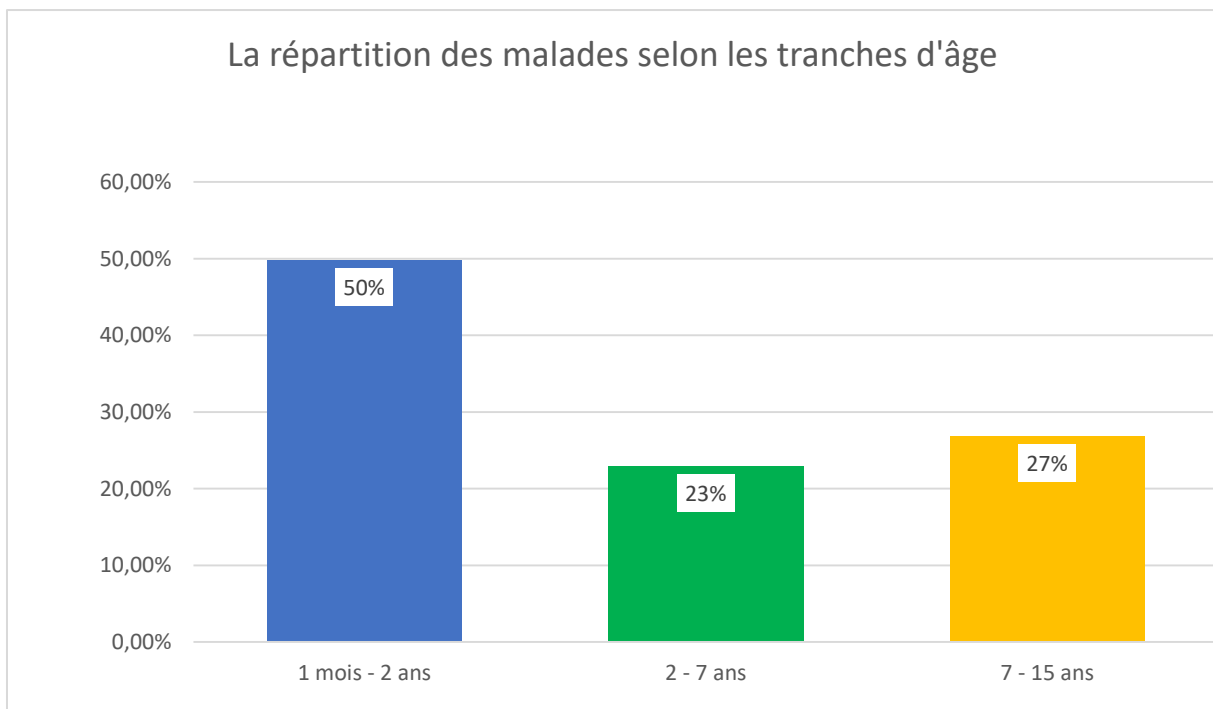


Figure 8 : La répartition des malades selon la tranche d'âge

Les enfants âgés de 1 mois à 2 ans étaient les plus représentés (50%). La moyenne d'âge était de 4,2 ans avec des extrêmes de 4 mois à 11 ans.

1-3-Sexe :

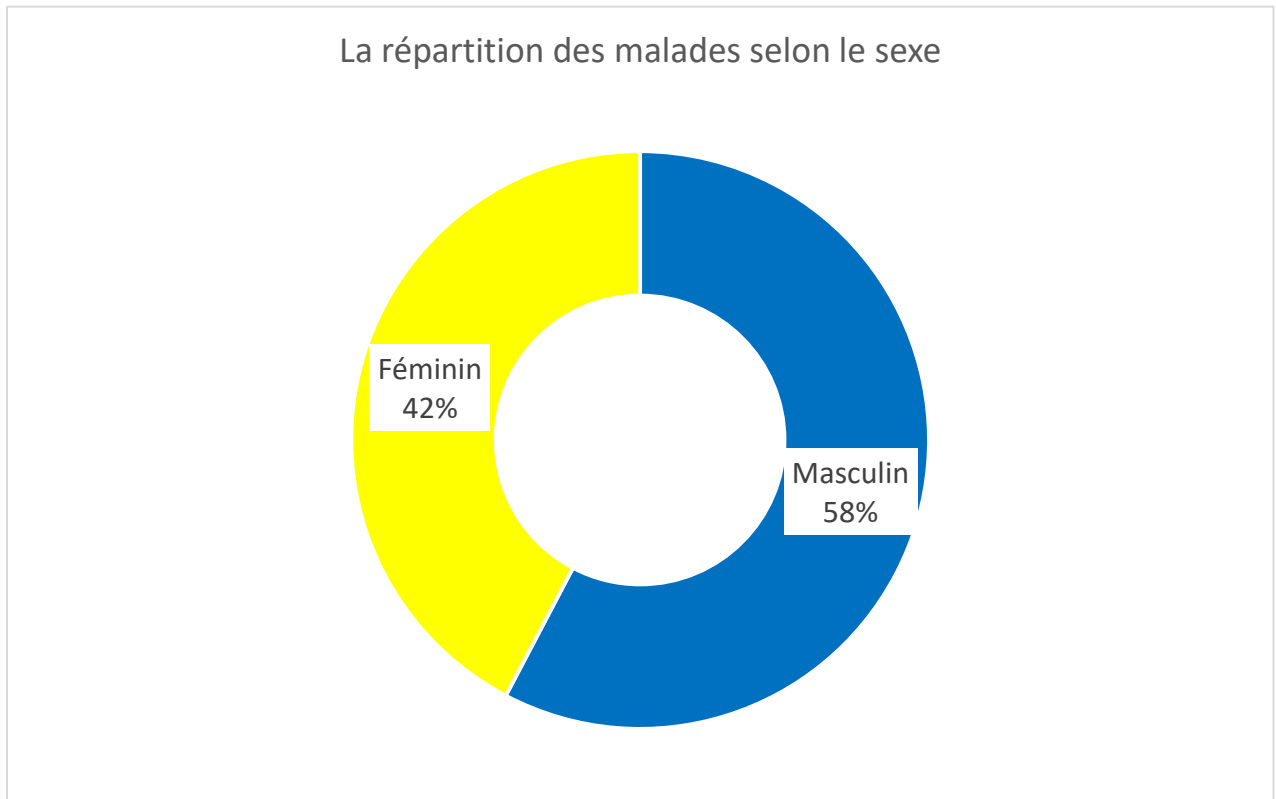


Figure 9 : La répartition des malades selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté (58%).

La sex-ratio : 1,3

1-4- Résidence :

Tableau VII : La répartition des malades selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage %
Commune I	5	19
Commune II	1	4
Commune III	1	4
Commune IV	3	11
Commune V	3	11
Commune VI	1	4
Hors Bamako	12	47
Total	26	100

Plus de 47% des patients résidaient hors Bamako.

2- Antécédents :

2-1- Nature des antécédents personnels :

Tableau VIII : La répartition des malades en fonction de la nature des antécédents personnels

Natures des antécédent	Effectif	Pourcentage %
Ictère + HTP	1	3,8
Prolapsus rectal	1	3,8
PTI	1	3,8
Epistaxis	1	3,8
Pyélonéphrite	1	3,8
Méningite	1	3,8
Valve de l'urètre postérieur	1	3,8
Anémie	2	7,7
Hémorragie digestive	2	7,7
Aucun	15	58
Total	26	100

Deux patients avaient un ATCD d'hémorragie digestive et d'anémie, un autre avait comme ATCD ictère + HTP.

2-2- Prise médicamenteuse :

Tableau IX : La répartition des malades selon la notion de prise médicamenteuse

Notion de prise médicamenteuse		Effectif	Pourcentage%
Oui	AINS (Ibuprofène)	2	7,7
	Corticoïde (Célestène)	1	3,8
	Médicament non spécifié	1	3,8
Non		22	84,7
Total		26	100

Les AINS étaient les plus incriminés avec 7,7% des cas

2-3- Notion d'ingestion accidentelle :

Tableau X : La répartition des malades selon la survenue d'une ingestion accidentelle

Notion d'ingestion accidentelle	Effectif	Pourcentage%
Oui	2	7,7
Non	24	92,3
Total	26	100

La notion d'ingestion accidentelle était présente chez 2 malades, soit 7,7%.

2-4- Consanguinité :

Tableau XI : La répartition des malades en fonction de la consanguinité

Consanguinité	Effectif	Pourcentage%
Oui	7	26,9
Non	19	73,1
Total	26	100

Parmi les patients ; 26,9% étaient nés d'un mariage consanguin.

3- Données cliniques :

3-1- Délais entre l'hémorragie et l'heure d'admission :

Tableau XII : La répartition des malades selon le délai entre l'hémorragie et l'heure d'admission

Délais	Effectif	Pourcentage%
Avant 6h	13	50
Entre 12h et 24h	6	23
Après 72h	7	27
Total	26	100

Plus de 50% des patients étaient admis avant 06h et 27% après 72h.

3-2- Mode d'extériorisation de l'hémorragie digestive :

Tableau XIII : La répartition des malades selon le mode d'extériorisation de l'HD

Mode d'extériorisation de l'HD	Effectif	Pourcentage%
Hématémèse	5	19,2
Méléna	4	15,4
Rectorragie	12	46
Hématémèse + Méléna	4	15,4
Hématémèse + Rectorragie	1	4
Total	26	100

La rectorragie isolée a été le mode d'extériorisation le plus fréquent (46%) suivi de l'hématémèse isolé avec 19,2%.

3-3- Mode de début de l'hémorragie digestive :

Tableau XIV : La répartition des malades selon le mode de début de l'HD

Mode de début	Effectif	Pourcentage%
Brutal	19	72,4
Progressif	7	26,7
Total	26	100

Dans 72,4% des cas, le mode de début était brutal.

3-4- Abondance de l'hémorragie digestive :

Tableau XV : La répartition des malades selon l'abondance de l'HD

Abondance	Effectif	Pourcentage%
Faible	17	65,80
Moyenne	8	30,40
Abondante	1	3,80
Total	26	100

La majorité de nos patients (65,80%) présentaient une hémorragie de faible abondance

3-5-Types d'hémorragie digestive :

Tableau XVI : La répartition des malades selon le type d'hémorragie digestive

Type d'HD	Effectif	Pourcentage%
HDH	14	54
HDB	12	46
Total	26	100

L'hémorragie digestive haute était prédominante avec 53,80% des cas.

3-6- Autres hémorragies associées :

Tableau XVII : La répartition des malades selon l'existence d'autres hémorragies associées à l'hémorragie digestive

Autres hémorragies	Effectif	Pourcentage%
Oui	4	15,4
Non	22	84,6
Total	26	100

L'hémorragie digestive était associée à d'autres hémorragies chez 4 malades, soit 15,4%.

3-7- Les signes associés digestifs

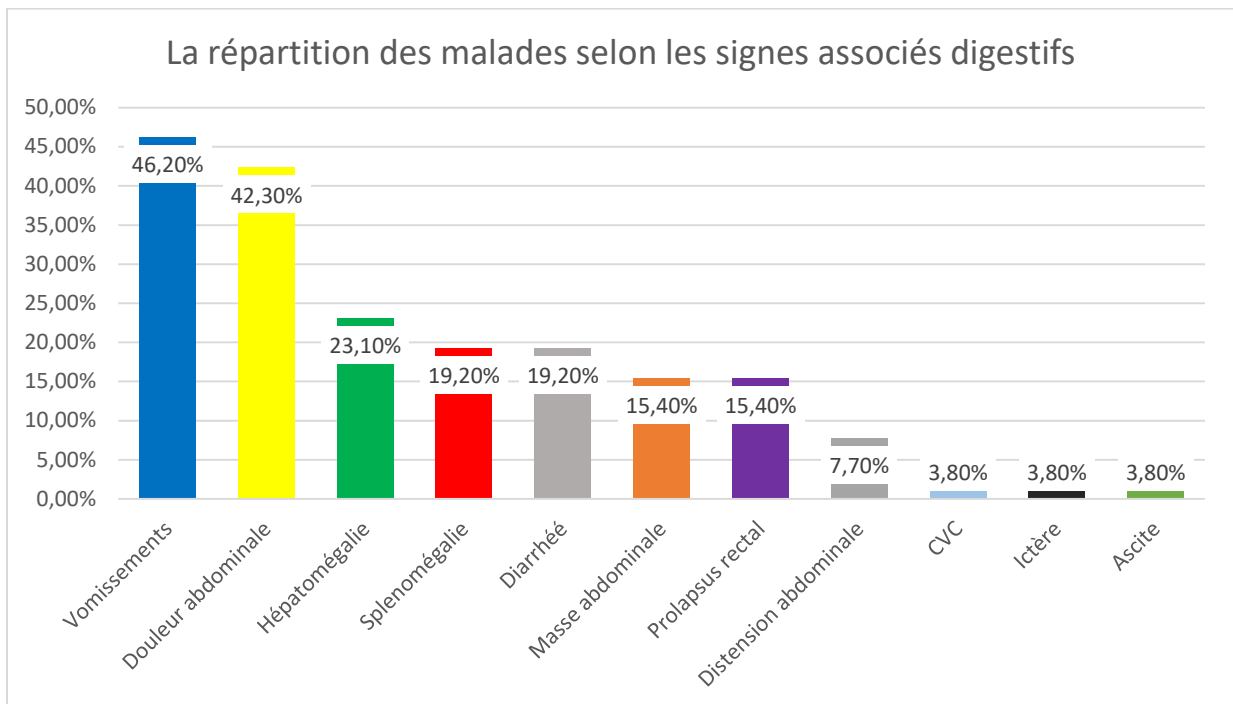


Figure 10 : La répartition des malades selon les signes associés digestifs

Le vomissement était le signe digestif le plus associé à l'hémorragie digestive avec 46,20% des cas.

3-8- Signes associés extra-digestifs :

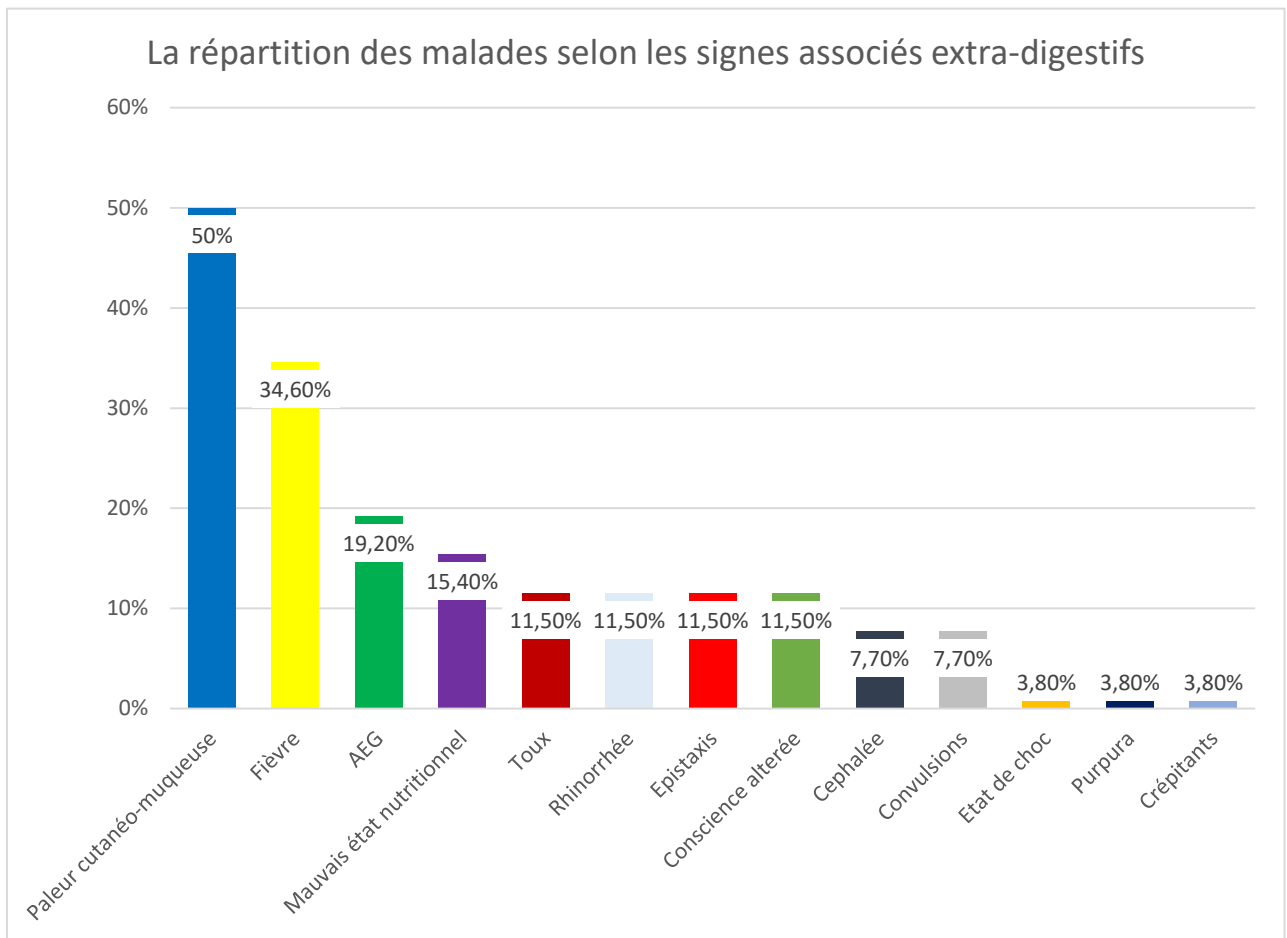


Figure 11 : La répartition des malades selon les signes associés extra-digestifs

L'examen clinique a décelé une pâleur cutanéomuqueuse chez 50% de nos malades.

4- Données paracliniques :

4-1- Valeur du taux d'hémoglobine :

Tableau XVIII : La répartition des malades selon la valeur du taux d'hémoglobine

Valeur du taux d'Hb	Effectif	Pourcentage%
Hb <7g/dl	14	53,90
Hb : 7-10g/dl	4	15,40
Hb : 10-11g/dl	1	3,80
Hb au déla de 11g/dl	5	19,20
Hb non fait	2	7,7
Total	26	100

Le taux d'hémoglobine variait entre 2,1g/dl et 15g/dl. Une anémie sévère (Hb<7g/dl) était présente dans 53,90%.

4-2- Réalisation de l'endoscopie

Tableau XIX : La répartition des malades selon la réalisation de l'endoscopie

Réalisation de l'endoscopie	Effectif	Pourcentage%
Oui	7	26,90
Non	19	73,10
Total	26	100

Seulement 7 malades sur 26 ont bénéficié d'une endoscopie digestive (26,90%).

4-3- Délai écoulé entre l'admission et l'endoscopie :

Tableau XX : La répartition des malades selon le délai écoulé entre l'admission et l'endoscopie

Délai réalisation de l'endoscopie	Effectif	Pourcentage%
Avant 24h	1	14
Entre 24h à 72h	1	14
Après 72h	5	72
Total	7	100

Chez la grande majorité de nos malades (72%), l'endoscopie était réalisée 72h après l'admission

4-4- Type d'endoscopie :

Tableau XXI : La répartition des malades selon le type d'endoscopie

Type d'endoscopie	Effectif	Pourcentage%
FOGD	5	72
Coloscopie	1	14
Sigmoïdoscopie	1	14
Total	7	100

L'endoscopie était haute chez 5 patients et basse chez 2 patients.

4-5- Résultats de l'endoscopie

Tableau XXII : La répartition des malades selon les résultats de l'endoscopie

Résultats de l'endoscopie	Effectif	Pourcentage%
Ulcère bulbaire	1	14
Œsophagite	2	29
MICI	1	14
Normale	3	43
Total	7	100

L'endoscopie est revenue normale chez 3 malades, soit (43%) des cas.

Les étiologies des hémorragies digestives selon les résultats de l'endoscopie étaient :1 cas d'ulcère bulbaire, 2 cas d'œsophagites, 1 cas de MICI.

5- Etiologies :

5-1- Etiologies des hémorragies digestives :

Tableau XXIII : La répartition des malades selon les étiologies

Etiologies	Effectif	Pourcentage%
Mallory Weiss	2	7,8
Œsophagite	2	7,8
Ulcère gastroduodénale	1	3,8
Insuffisance hépatocellulaire	1	3,8
Intoxication à l'essence	1	3,8
CIVD	5	19,2
Invagination intestinale aiguë	5	19,2
Colites infectieuses	2	7,8
Prolapsus rectal	1	3,8
MICI	1	3,8
Causes inconnu	5	19,2
Total	26	100

IIA était l'étiologie la plus fréquente, suivi du CIVD.

5-2- Etiologies des hémorragies digestives hautes :

Tableau XXIV : La répartition des malades selon les étiologies des HDH

HD hautes	Effectif	Pourcentage%
Ulcère gastroduodénale	1	7,14
Mallory Weiss	2	14,28
Œsophagite	2	14,28
IHC	1	7,14
Intoxication à l'essence	1	7,1
CIVD	3	21,52
Inconnu	4	28,50
Total	14	100

Les principales étiologies des HDH étaient : inconnu (28,50%), CIVD (21,52%), Mallory Weiss (14,28%).

5-3- Etiologies des hémorragies digestives basses :

Tableau XXV : La répartition des malades selon les étiologies des HDB

HDB	Effectif	Pourcentage%
Invagination intestinale aiguë	5	42
Colites infectieuses	2	17
CIVD	2	17
Prolapsus rectal	1	8
MICI	1	8
Inconnu	1	8
Total	12	100

L'invagination intestinale aiguë était l'étiologie la plus fréquente des HDB avec 42%.

5-4- Pathologies associés à l'hémorragie digestive :

Tableau XXVI : La répartition des malades selon les pathologies associées à l'hémorragie digestive

Pathologies associés	Effectif	Pourcentage%
Malnutrition aiguë sévère	3	11,5
Paludisme grave	3	11,5
Cirrhose	1	3,8
Leucémie	1	3,8
Pneumonie	1	3,8
Méningite	1	3,8
Rhinopharyngite	1	3,8
Aucun	15	58
Total	26	100

La malnutrition aiguë sévère et le paludisme grave étaient les 2 pathologies le plus souvent associé à l'hémorragie digestive avec respectivement chacun 11,5%.

6- Traitement :

6-1- Traitement médical non spécifique :

Tableau XXVII : La répartition des malades selon le traitement médical non spécifique

Traitement médical non spécifique		Effectif	Pourcentage%
Remplissage vasculaire	Oui	14	53,8
Transfusion	Oui	16	61,5
Oxygénothérapie	Oui	04	15,4

Le remplissage vasculaire a été fait chez 53,8% de nos malades, 61,5% ont été transfusés et 15,4% ont reçu de l'oxygène.

6-2- Traitement médical spécifique

Tableau XXVIII : La répartition des malades selon le traitement médical spécifique

Traitement médical spécifique		Effectif	Pourcentage%
Prokinétiques	Oui	01	3,8
IPP	Oui	03	11,5
Anti-H2	Oui	03	11,5
Antibiothérapie	Oui	24	91,8
Corticothérapie	Oui	06	23,1

3,8% des patients ont bénéficié d'un prokinétique, 11,5% ont reçus des IPP et des Anti-H2 Et 91,8% ont été mis sous antibiotiques.

6-3- Traitement chirurgical :

Tableau XXIX : La répartition des malades selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage%
Oui	06	23,1%
Non	20	76,9
Total	26	100

23,1% des patients ont subi une intervention chirurgicale.

6-4- Evolution :

Tableau XXX : La répartition des malades selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage%
Favorable	18	69
Décès	05	19
Evadé	03	12
Total	26	100

L'évolution a été favorable dans 68,7% des cas, le taux de mortalité était de 19%.

V-COMMENTAIRES

ET

Discussion

V-Commentaires et Discussion

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive à collecte prospective allant du 1 Janvier 2018 au 31 Décembre 2018 au cours de laquelle **26** cas d'hémorragie digestive ont été recensés sur **4 464** hospitalisations dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Nous étions limités dans cette étude car l'endoscopie digestive d'urgence n'était ni accessible ni disponible en urgence dans le CHU Gabriel Touré

1- Aspects épidémiologiques :

1-1 – Fréquence :

Elle était de **0,58%** pour l'ensemble des hospitalisations dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré durant notre période d'étude. Notre résultat se rapproche de celui d'une étude menée par Dahio O sur les hémorragies de l'enfant en milieu hospitalier tropical au CHU de TREICVILLE qui avait trouvé une fréquence de **0,36%** [13]. Par contre, notre résultat était largement inférieur à celui de Kouadio V [14], qui au cours d'une étude sur les hémorragies digestives hautes seulement chez l'enfant avait trouvé une fréquence de **3,3%**. Cette différence pourrait s'expliquer par le type d'étude. En effet pour Kouadio V, il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective sur une période de 4 ans alors que la nôtre était une étude prospective sur une année.

1-2- Age :

Dans notre étude, l'âge moyen de nos patients était de 4,2 ans avec les extrêmes de 4 mois et 11 ans. La tranche d'âge de 1 mois à 2 ans était majoritaire (50%). Nos données étaient proches de celles d'ES-SABIR [1] au Maroc qui avait retrouvé 36% de patients dans cette même tranche d'âge.

1-3- Sexe :

On notait une prédominance masculine avec un taux de 58%, soit une sex-ratio estimée à 1,38. Ce résultat est identique avec deux études réalisées au Maroc : celui d'ES-SABIR [1] et de GUERBELMOUS [12] avec respectivement une prédominance masculine de 57,71% et 58%, et une sex-ratio de 1,36 et 1,38.

1-4- Résidence :

A Bamako, la majorité de nos malades venait de la commune I (19%) ; la commune IV et V avec 11% chacune. Cependant les malades venant hors de Bamako représentaient 47%.

Ce phénomène s'explique par l'absence de service de santé compétente pour la prise en charge des HD dans les structures communautaires d'où la référence au CHU GT.

2- Antécédents :

2-1- Prise médicamenteuse :

Dans 15,4% des cas, il existait une notion de prise médicamenteuse. Il s'agissait essentiellement des AINS= Ibuprofène (7,7%), des corticoïdes= Célestène (3,8%) et de médicament non spécifié (3,8%). Ces résultats sont semblables à ceux d'AMAL [40] qui avait montré que l'hémorragie digestive survenait chez 13/161 malades (8%) après la prise d'AINS. Cela se comprend car les AINS font parties des facteurs favorisant des hémorragies digestives.

3- Données cliniques :

3-1- Délai entre l'hémorragie digestive et de l'heure d'admission :

Dans notre étude, la moitié de nos malades (50%) ont été admises avant 6h après le début de l'épisode hémorragique ; 23% entre 12h et 24h et 27% après la 72^{ème} h après l'hémorragie. Nos résultats sont différents de ceux d'ES-SABIR [1] qui avait trouvé que 18,35% des patients ont été reçus avant 24h après l'hémorragie ; 40,09% entre 24h et 72h et 41,54% après la 72^{ème} h. Cette différence pourrait être due à une mauvaise couverture sanitaire de nos structures secondaires ne disposant pas de plateaux techniques adéquats pour faire la prise en charge initiale des hémorragies digestives.

3-2- Mode d'extériorisation de l'hémorragie digestive :

La rectorragie isolée a été le mode d'extériorisation le plus fréquent de l'hémorragie digestive au cours de notre étude avec 46%, suivis de l'hématémèse seule dans 19,2% et le méléna chez 15,4% de nos malades. Les associations hématémèse + méléna et hématémèse + rectorragie ont été retenue respectivement dans 15,4% et 4% des cas. Notre résultat était différent de ceux de l'étude d'ES-SABIR [1] et d'AMAL [40] qui avaient retrouvés l'hématémèse en premier comme mode d'extériorisation de l'hémorragie avec respectivement 68% et 71,5% des cas.

3-3- Abondance de l'hémorragie digestive :

Elle était de faible abondance chez 65,80% ; de moyenne abondance chez 30,40% et de grande abondance chez 3,8% dans notre étude. Nos données confirment celles d'ES-SABIR

(1) qui avait obtenu les résultats suivants : faible abondance (70,29%), moyenne abondance (25,71%) et de grande abondance (4%).

3-4- Types d'hémorragie digestive :

Dans notre série, l'HDH prédominait (54%) sur l'HDB (46%). Cette prédominance a été prouvée par la littérature et par ES-SABIR [1] qui avait trouvé 154 cas (88%) d'HDH contre 21 cas (12%) d'HDB.

3-5- Signes associés digestifs :

Les vomissements (46,20%) étaient le signe digestif le plus fréquemment associé à l'HD, suivi par la douleur abdominale (42,30%) et l'hépatomégalie (23,10%). Contrairement à notre étude, ES-SABIR [1] a trouvé 96% de cas d'HD isolée, 27% de douleur abdominale et 7% d'hépatomégalie comme signes digestifs associés à l'HD.

3-6- Signes associés extra-digestifs :

Dans notre échantillon, la pâleur cutanéomuqueuse et la fièvre ont constituées les signes extra-digestifs les plus constants avec respectivement (50%) et (34,60%). Nos résultats sont comparables à celui de Kouadio V [14] qui avait trouvé 33% de pâleur et 27% de fièvre.

4- Données paracliniques :

4-1-Valeur du taux d'hémoglobine :

Dans notre étude, le taux d'hémoglobine a été demandé chez 24 malades soit 91,2%. Une anémie était présente dans 72,58% des cas. Notre résultat est proche à ceux d'ES-SABIR [1] et LAHLOU [5] qui ont trouvé une fréquence d'anémie estimée respectivement à 61,5% et 62%.

En revanche, cette anémie était sévère (Hb<7g/dl) chez 53,90% ; modérée (Hb :7-10g/dl) chez 15,4% et légère (Hb :10-11g/dl) chez 3,8%. Contrairement à notre étude, ES-SABIR [1] et AMAL [40] ont trouvé respectivement 14,97% et 13% d'anémie sévère.

4-2- Réalisation de l'endoscopie digestive :

L'endoscopie était réalisée chez 7 patients (26,9%), ce taux est inférieur aux études effectuées par ES-SABIR, AMAL et LAHLOU chez qui l'endoscopie était réalisée respectivement chez 92,57%, 100% et 98,5% des patients. Cette différence s'explique par l'absence de personnel formé en endoscopie digestive dans le département de pédiatrie et la difficulté de réalisation de l'endoscopie en urgence.

4-3- Délai écoulé entre l'admission et l'endoscopie :

Dans 72% des cas, l'endoscopie a été réalisée 72h après l'admission. Dans la série d'AMAL [40], l'endoscopie était réalisée chez 73% des patients avant la 24^{ème} heure. Cela s'explique par l'inaccessibilité à l'endoscopie digestive dans notre structure de santé.

4-4- Type d'endoscopie :

Dans notre série, l'endoscopie était demandée chez 7 malades, dans 72% des cas elle était haute (FOGD : fibroscopie œsogastroduodénale) et basse dans 28% : coloscopie (14%), sigmoïdoscopie (14%). Notre résultat est proche à celui d'ES-SABIR [1] avec 90,74% d'endoscopie digestive haute.

4-5 – Résultats de l'endoscopie digestive :

L'endoscopie était normale et pathologique respectivement chez 43% et 57% de nos malades. Les résultats pathologiques étaient : ulcère bulbaire (14%), œsophagite (29%), MICI (14%). Ce résultat confirme ceux de LAHLOU [5] et Kouadio V [14] qui ont montré que l'endoscopie était concluante respectivement chez 58% et 77% des cas.

5- Etiologies

Tableau XXXI : Etiologies des hémorragies digestives hautes

Auteurs	Nombres d'HDH	Œsophagite %	Rupture VO %	UGD %	Gastrites %	Mallory Weiss %	CIVD %
ES-SABIR 2017 Maroc [1]	147	30,28	8,21	0,48	29,14	2,42	1,14
AMAL 2013 Maroc [40]	161	27,32	8,1	4,34	41,61	1,24	2,48
JOUVENCEL 2014 France [19]	100	32	3	19	24	5	-
Kouadio V 1996 Côte d'ivoire [14]	30	10	3,3	13,3	43,4	-	-
Notre étude	14	14,28	-	7,14	-	14,28	21,52

Dans notre revue les étiologies des hémorragies digestives hautes étaient dominées par la CIVD (21,52%) suivie de syndrome de Mallory Weiss et de l'œsophagite avec chacun 14,28% des cas, par contre AMAL [40] en 2013 au Maroc avait trouvé une prédominance de gastrite

(41,61%) et des œsophagites (27,32%), la CIVD n'a constitué que 2,48% des causes d'HDH. JOUVENCEL [19] en 2014 en France avait trouvé une prédominance de l'œsophagite avec 32%.

Tableau XXXII : Etiologies des hémorragies digestives basses

Auteurs	Nombres d'HDB	Polype %	Fissures anales %	Colites infectieuses %	APLV %	CIVD %	IIA %	MICI %	Prolapsus rectal %
ES-SABIR Maroc 2017 [1]	15	4	-	2,8	11,1	11,1	0,6	1,7	-
LAHLOU Maroc 2012 [5]	68	44,1	8,8	17,6	1,47	-	-	7,3	-
Notre étude	12	-	-	17	-	17	42	8	8

Les IIA étaient l'étiologie la plus retrouvée d'HDB dans notre étude avec 42% contrairement à LAHLOU (5) au Maroc en 2012 qui trouvait les polypes comme l'étiologie prédominant des HDB (44%).

6- Traitement :

Dépend du type et de la cause de l'hémorragie digestive.

6-1- Traitement médical non spécifique :

Dans notre série, 61,5% des patients ont nécessité une transfusion sanguine. Ce taux est supérieur à celui de AMAL [40] et de LAHLOU [5] qui ont obtenu respectivement 11,8% et 1,47%.

6-2- Traitement médical spécifique :

Les IPP et les Anti-H2 ont été prescrit chez 11,5% des patients, les antibiotiques chez plus de 90% des patients, ce résultat est largement au-dessus de celui de AMAL et de LAHLOU qui ont utilisé des antibiotiques chez respectivement 14,9% et 20,6% des patients.

6-3- Traitement chirurgical :

Dans notre étude, 23,1% de nos cas ont subi une intervention chirurgicale. Les indications de la chirurgie étaient : 5 cas d'invaginations intestinales aiguës et 1 cas de prolapsus rectal.

6-4- Evolution

- une évolution favorable (69% des cas), proche de celui d'ES-SABIR **[1]** (57,71% des cas), mais inférieur à celui d'AMAL **[3]** (85% des malades).
- une mortalité de 19% des patients, un taux supérieur à ceux d'ES-SABIR **[1]** (2,28% des cas) et d'AMAL **[40]** et de LAHLOU **[5]** qui n'ont pas enregistré de décès aux cours de leurs études respectives.

VI-CONCLUSION

VI- CONCLUSION

La survenue d'une hémorragie digestive est un événement grave dans la vie d'un sujet. Ainsi au terme de notre étude, nous avons obtenu une fréquence de **0,58%** d'HD dans le département avec une prédominance masculine de 58%. La tranche d'âge de 1 mois à 2 ans était la plus représentée avec 50% des cas. Les HDH étaient prédominantes avec 54%. Les étiologies étaient dominées par la CIVD et les IIA, ce qui sont exceptionnels dans la plupart des études. L'étiologie était inconnue dans 19% des cas. L'endoscopie était réalisée chez seulement 26,9% des patients et cela le plus souvent après 72h (72%). La majorité de nos patients ont été transfusés et ont reçu une antibiothérapie dans 90% des cas et souvent non justifié. La guérison était de 69%, nous déplorons une mortalité de 19%. Il sera important de former les médecins sur la prise en charge des HD et de doter les structures d'appareils d'endoscopie pour un diagnostic précoce et une prise en charge efficace.

VII- RECOMMANDATIONS

VII-RECOMMANDATIONS

A la population :

- Eviter l'automédication
- Assurer une bonne surveillance des enfants
- Consulter le plus rapidement possible en cas d'HD

Aux autorités sanitaires :

- Doter les structures de base en personnels qualifiés et en matériels pour le diagnostic efficient des HD.
- Assurer la disponibilité de sang dans les différentes structures de santé.
- Promouvoir la formation continue des gastro pédiatres en endoscopie digestive dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.
- De créer une unité d'endoscopie digestive au sein du CHU Gabriel Touré et d'assurer la disponibilité et l'accessibilité en urgence

Aux personnels sanitaires :

- Eviter l'utilisation abusive des antibiotiques
- Assurer une prise en charge correcte des hémorragies digestives
- Veiller à la pluridisciplinarité dans la prise en charge des HD

VIII-REFERENCES

VIII- REFERENCES

1. **Es-Sabir E.** Les hémorragies digestives chez l'enfant. Thèse, Med, Marrakech, 2017 ; 15
2. **Pateron D, Pourriot JL, Carbonell N, Dray X.** Hémorragies digestives non traumatiques de l'adulte. Médecine d'urgence 2012 ;7(2) :1-12
3. **Ouchker I.** Les hémorragies digestives hautes au service des urgences de l'HMN V. Thèse, Med, Rabat, 2012 ; 207
4. **Doumbere M.** Evaluation de la prise en charge des hémorragies digestives hautes à Bamako. Thèse, Med, Bamako, 2009
5. **Lahlou A.** Les hémorragies digestives basses chez l'enfant. Thèse, Med, Fès, 2012 ; 079/12
6. **Aroulandom J, Lemale J, Chappuy H.** Diagnostic des hémorragies digestives du nourrisson et de l'enfant. Medecine d'Urgence 2018 ; 13(3) :1-10
7. **Arpurt JP, Lesur G, Heresbach D et al.** Hémorragie digestive basse aiguë. Acta endoscopica 2010 ; 40(5) : 379-383
8. **Diarra M, Diarra S, Dolo M, Traoré H, Diallo A.** Hémorragies digestives hautes aiguës : Expérience d'un milieu rural. Acta Endoscopica 2007 ; 37(3) :321-326
9. **Abakka H.** Apport de la coelioscopie dans les hémorragies d'origine grêlique chez l'enfant Thèse, Med, Rabat, 2013 ; 154
10. **Ah-Soune P, Barthet M.** Hémorragie digestive basse : algorithme de prise en charge. Acta endoscopica 2015 ; 45 :321-324
11. **Zarhouni H.** Prise en charge pré hospitalière des hémorragies digestives hautes au SAMU 33. Thèse, Med, Bordeaux, 2014
12. **Guerbelmous F, Idrissi M.** Profil épidémiologique des hémorragies digestives chez l'enfant. Paris : Elsevier Masson 2010 ; 17 :64-99
13. **Dahie O.** Hémorragies digestives de l'enfant en milieu hospitalier tropical. Thèse, Med, Treichville, 1984
14. **Kouadio V, Konan T, Marguerite A.** Les hémorragies digestives haute de l'enfant au CHU de Yopougon. UFR des Sciences Médicales 1996 ; 06 :27-49
- 15- **Pateron D, Debuc E.** Prise en charge d'une hémorragie digestive haute dans le cadre de l'urgence. Médecine d'urgence 2005 ; 4 :29-39
- 16- **Nichita C, Maerten P, Viani F, Jornod P, Dorta G.** Hémorragie digestive aiguë. Rev Med Suisse 2010 ; 6 :192-7

17. **Fatima B.** Les ingestions accidentelles chez l'enfant. Thèse, Med, Rabat, 2015 ; 154
- 18 **Lachaux A, Michaud I, Violla A, Hereshach, Laugier S.** Consensus en endoscopie digestive. Acta Endoscopica 2009 ; 39 :322-326
19. **Jouvencel P, Lamireau T, Lanas B, Razanamparany V.** Etiologies des hématémèses : A propos de 100 cas. 15emes journées d'urgences pédiatrique du Sud-Ouest 1998 ; 45(9) :637-642
20. **Marx G, Muller P, Gall ST.** La maladie de reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons et les enfants. Paediatrica 2005 ; 16(2) :17-21
21. **Toufiki S.** Apport de la fibroscopie haute chez l'enfant. Thèse, Med, Marrakech, 2008 ; 24
- 22- **Hépto-gastroentérologie connaissance et pratique collège des universitaires.** Abrégé Hépto-gastroentérologie connaissance et pratique. Paris : Masson,2009 :429p
- 23- **Dicko MY.** Hémorragies digestives hautes aiguës extériorisées : Aspects épidémiologiques-cliniques et pronostique. Thèse, Med, Bamako, 2015
- 24- **Guillemot G.** Epidémiologie de l'infection à Helicobacter pylori et de la résistance à la clarithromycine à la Réunion. Thèse, Med, Bordeaux, 2015 ; 151
25. **Ouakour A.** Les gastrites de l'enfant. Thèse, Med, Marrakech, 2013 ; 130
- 26- Dohil R, Hassal E, Jevon G, Dommick J. Gastritis and gastropathy of childhood. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition 1999 ; 29 :378-394
27. **Tabeliouna K.** L'œsophagite caustique chez l'enfant : Prise en charge à la phase aiguë en Réanimation Pédiatrique. Thèse, Med, Oran, 2015
- 28- Delacourt C. Pédiatrie. Paris : Elsevier Masson 6^{ème} Edition 2014 ; 72 :567-881
29. **Amine H.** Le profil hémorragique de l'HTP chez l'enfant. Thèse, Med, Fès, 2015 ; 116/15
30. **Sauvat F, Turquet A, Chardot C.** Hémorragie digestive de l'enfant. Collège hospitalier et universitaire de la chirurgie pédiatrique 2014 ; 10 : 4-9
31. **Senejoux A.** Proctologie pédiatrique courante. La lettre de l'Hépto-gastroenterologue 2011 ; 14(2) :87-90
32. **Mure P.** Pathologie anorectale acquise. DESC 2007 ; 59 :4-45
33. **Souad M.** Allergie aux protéines de lait de vache. Thèse, Med, Tlemcen, 2017
34. **Turck D.** Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin chez l'enfant. La lettre de l'Hépto-gastroenterologue 2009 ; 12(5) :179-182
35. **Ruemmele F.** La maladie de Cohn de l'enfant. Post'U 2013 :1-6

36. **Guinet-Charpentier C.** Etude comparative des RCH classiques et des RCH associés à d'autres atteintes auto-immunes. Thèse, Med, Nancy, 2014
37. **Thiongane A et al.** Syndrome hémolytique et urémique au CHU de Dakar : à propos de 4 observations. Pan Afr Med 2016 ; 24 :138-453
38. **Kamdje NA, Brasseur E, Fournier L, D'orio V.** Syndrome hémolytique et urémique : à propos d'une présentation atypique. Rev Med Liège 2010 ; 65 (12) : 676-680
39. **Bogola A.** Prolapsus rectal dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2008
40. **Amal A.** Les hémorragies digestives hautes chez l'enfant. Thèse, Med, Fès, 2013 ; 114/13

FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE

I. Identité :

-Nom et Prénom :

Age :

– Sexe : Masculin Féminin

– Ethnie :

– Résidence :

– Niveau socio – économique : Elevé Moyen Bas

– Niveau d'Hygiène : Bonne Mauvaise

– Date d'entrée :

– Date de sortie :

II. Antécédents :

1. Antécédents médicaux liés à l'HD

– Maladie ulcéreuse connue : Oui Non

– HTP connue : Oui Non

– Cirrhose connue : Ou Non

– Hépatite virale : Oui Non

– Ictère : Oui Non

– Atcd d'HTP : Oui Non

– Notion de vomissement chronique : Oui Non

– Atcd de transfusion : Oui Non

– Maladie Cardiaque : Oui Non

– Autre :

2. Atcd chirurgicaux : oui Non

.....
– Prise médicamenteuse : Oui Non

AINS Corticoïde Aspirine tétracycline

– Phénobarbital

Autre médicament

.....

- Ingestion accidentelle ou volontaire de produit caustique
- Syndrome de pénétration
- Atcd familiaux Consanguinité : oui Non

III. Délais entre l'HD et de l'heure d'admission

- Avant 06h
- Entre 06h et 12h
- Entre 12h et 24h
- Après 72 h

IV. Caractéristiques de l'hémorragie digestive

1- Mode d'extériorisation de l'hémorragie

- Hématémèse Méléna Rectorragies
- Hématémèse + Méléna Hématémèse + Rectorragies

2- Mode de début

- Brutal Progressive

3- Durée d'évolution :

4- Abondance :

- Faible Moyenne Abondante

5- Autres hémorragies

V. Données de l'examen clinique

- Etat général : Bon Passable Mauvais
- Conscience : Bonne Altérée
- Conjonctives : Normo colorées Pâles
- TA :mmhg Normale Hypotension
Hypertension
- T° : °C Normale Elevée
- FC : bat / min Normale Bradycardie
Tachycardie

- FR : Bat / min Normale Bradypnée
Tachypnée
- Pouls : Ample Petit Filant Rapide
- Extrémités froides : Oui Non
- TRC : > 3 secondes < 3 secondes
- Examen abdominal :
 Ictère CVC splénomégalie
 Hépatomégalie Ascite Masse palpable
 TR :
- Autre :
- Dénutrition : Oui Non
- Lésions cutanées : purpura Angiomes stellaires
 Erythrose palmaire

VI- Données paraclinique

1- Biologie

Groupage : Rhésus :

NFS= Taux d'HB=..... (VGM.....CCMH.....) HT=.....

GB : Plaquettes :

TP : 35 % 35 – 45% 45%

TCK : Facteur V :

Fibrinogène :

ALAT :ASAT

Gamma GTPAL

BTBL BC

Taux d'albumine

Taux de protides

UréeCréatinémie.....

1) Ionogramme sanguin complet

.....
.....
Autre :

2) Radiologie

- Echographie abdominale :

- TDM abdominale :

- Radiographie du thorax :

- TDM thoracique :

- Endoscopie : Oui Non

Type :

Après quel délai ?

Avant 24h

Entre 24h et 72h

Après 72h

Résultats de l'endoscopie

Lésions vues : Oui Non

Si oui :

Biopsie faite : Oui Non

Résultats de la Biopsie :

Si Oui :

Autre :

VII- Etiologies

- 1- HDH
- Œsophagite peptique
- Varices Œsophagiennes
- Syndrome de Mallory Weiss
- Traumatismes œsophagiens
- Ulcère gastro duodéal

- Gastrites aiguës
- Bulbo duodénites
- Polypes gastriques
- Varices gastriques
- Varices

- Gastroraphie hypertensive
- Intoxication
- Ingestion de corps étrangers
- Trouble de la crase sanguine
- Purpura rhumatoïde

Autre :

.....

2- HDB

- Fissures anorectiques
- Colite allergique (Allergie aux protéines du lait de vache)
- Diarrhées infectieuses
- Polypes juvéniles
- Diverticule de Meckel
- Invagination intestinale aiguë
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Lésions vasculaires
- SHU
- Duplication gastro-intestinale
- Intestin ischémique suite à une valvule
- Maladie hémorroïdaire
- Trouble de la crase sanguine

- Autres.....

.....

VIII- Traitement

1- Traitement médicale non spécifique

- Remplissage vasculaire : Oui Non

SD 0.9% RL SG10%

SG5% Haemacel Dobutamine

Adrénaline

- Transfusions : Oui Non

Culot globulaire : sang total,

PFC Plaquettes

- Oxygénothérapie : Oui Non

- Autre=.....

2-Traitement médicale spécifique :

Prokinétiques

Anti H2.....

IPP

Amoxicilline.....

Métronidazole.....

Clarythromycine.....

Vasopressine

Somatostatine

Béta bloquant

Ceftriaxone.....

Macrolide.....

Fluor quinolone.....

Corticoïdes.....

Méthotrexate.....

Ciclosporine.....

3- Traitement endoscopique : Oui Non

Si oui, le geste endoscopique réalisé :

4- Traitement chirurgical : Oui Non

Type de chirurgie

Evaluation

Favorable :

Décès :

Evadé :

Fiche signalétique

Nom : Kida

Prénom : Aboubacar

Contact : +22378204700

Email : Kidaaboubacar@yahoo.fr

Titre : Les hémorragies digestives chez l'enfant dans le

Département de pédiatrie du CHU GT

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteurs d'intérêts : Pédiatrie, santé publique

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(FMOS)

RESUME :

L'étude que nous avons réalisé avait pour objectif d'étudier les aspects épidémio-cliniques et évolutifs des hémorragies digestives chez les enfants de 1 mois à 15 ans hospitalisés à la pédiatrie du CHU GT. Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à collecte prospective allant du 1 Janvier 2018 au 31 Décembre 2018. Au total 26 cas d'HD ont été hospitalisés, soit une fréquence de 0,58%.

Nous avons noté une prédominance masculine (58%). La tranche d'âge de 1 mois à 2 ans était la plus représentée avec 50% des cas. La majorité des patients venaient de l'intérieur du pays. Dans 15,4% des, il existait une notion de prise médicamenteuse. La moitié de nos malades ont été admise avant 06h après le début de l'HD. La rectorragie isolée était le mode d'exteriorisation le

plus fréquent avec 46% des cas et l'HD était de faible abondance chez 65,8%. Les HDH étaient prédominantes avec 54%. Les vomissements et la douleur abdominale étaient les signes associés digestifs les plus fréquents avec respectivement 46,2% et 42,30% des cas tant que la pâleur cutanéomuqueuse (50%) et la fièvre (34,6%) ont été les plus retrouvés comme signes associés extra-digestifs. Les étiologies étaient dominées par la CIVD et les IIA, qui sont exceptionnels dans la plupart des autres études. L'étiologie était inconnue dans 19% des cas. L'endoscopie était réalisée chez seulement 26,9% des patients et cela le plus souvent après 72h (72%). Les résultats de l'endoscopie étaient : normales (43%), ulcère bulbaire (14%), œsophagite (29%), et MICI (14%). La majorité de nos malades ont été transfusés et ont reçu une antibiothérapie dans 91,8% des cas et souvent non justifier.

La guérison était de 69% avec une mortalité de 19%.

Mots clés : Hémorragie, tube digestif, enfant, Bamako

SERMENT D'HIPOCRATE

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je ne permettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

JE LE JURE !