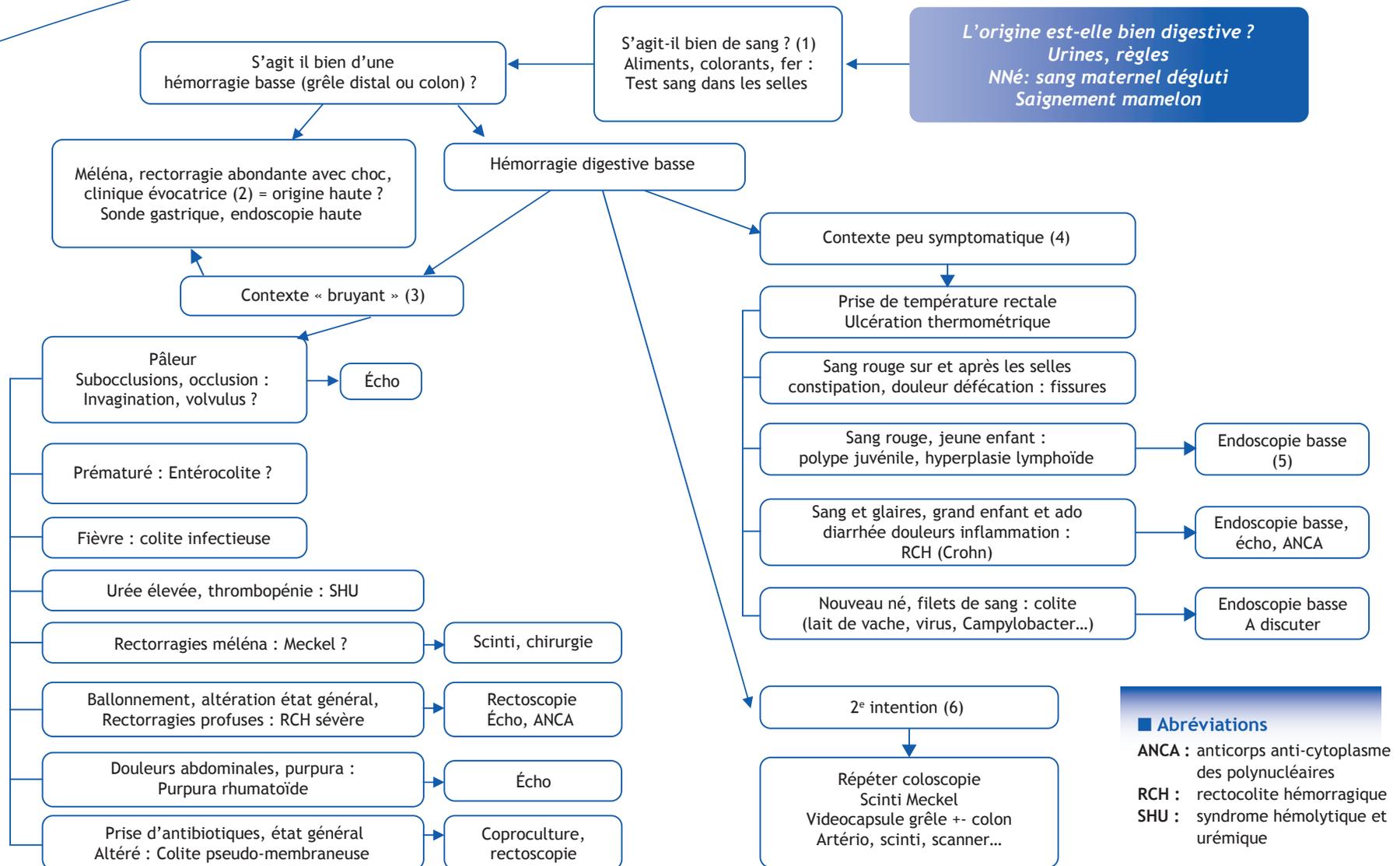


M. Ben Hariz^{1,*}, O. Mouterde²

¹Service de Pédiatrie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

²Service de Pédiatrie, Hôpital Carles Nicolle 76031 Rouen, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Certains aliments ou médicaments peuvent colorer les selles : colorants artificiels (en particulier les boissons), peau de certains légumes (tomates) ou fruits (pêches) ou des betteraves... Une confusion est aussi possible avec un méléna en cas de traitement par le fer, avec les épinards, le chocolat noir, les myrtilles et les canneberges. Les selles des enfants constipés sont parfois très foncées. Réaliser au moindre doute une recherche de sang dans les selles. Le sang observé dans les selles peut être chez le nouveau né d'origine maternelle (sang déglutit à l'accouchement ou saignement du mamelon).

(2) Il peut s'agir d'une hémorragie digestive haute (en amont de l'angle de Treitz) même s'il s'agit de sang rouge et non de méléna. L'évoquer en cas d'hémorragie sévère avec troubles hémodynamiques. Cette situation est facilement évoquée en cas d'hypertension portale connue ou d'hématémèse associée (mais aussi épistaxis abondant). Une sonde nasogastrique ou une endoscopie haute lèvent en général le doute.

Une fois l'hémorragie digestive basse (HDB) retenue, la prise en charge immédiate et l'orientation étiologique sont d'abord basés sur les éléments cliniques. Les explorations digestives, non

toujours obligatoires, sont programmées en fonction de cette orientation et aussi de leur disponibilité.

En général l'hémorragie digestive est modérée et souvent surestimée par des parents inquiets. Cette hémorragie est aussi habituellement spontanément résolutive. L'hospitalisation est obligatoire en cas d'hémorragie sévère.

(3) Le contexte, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent souvent de suspecter la cause du saignement : purpura rhumatoïde, invagination intestinale aiguë, entérocolite ulcéro-nécrosante, maladie inflammatoires du tube digestif sévère (des rectorragies abondantes évoquent plus une RCH qu'une maladie de Crohn)...

(4) Devant une HDB modérée, à priori isolée et spontanément résolutive, la clinique est fondamentale avec en premier lieu l'âge de l'enfant. Les fissures sont le premier diagnostic à tous âges, parfois difficile à voir à l'examen. À des âges croissants on rencontre des colites (nourrisson) hyperplasies lymphoïdes (jeune enfant), des polypes juvéniles (enfant) et des maladies inflammatoires de l'intestin (enfant et surtout adolescent).

(5) Une hémorragie basse non expliquée, surtout si elle est abon-

dante et/ou récurrente nécessite une exploration plus poussée. La colonoscopie totale nécessite une bonne préparation et est réalisée sous anesthésie générale. Ses indications sont multiples et en particulier pour le diagnostic des maladies inflammatoires du tube digestif (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) et le diagnostic ainsi que la résection de polypes. La scintigraphie au Tc 99 est indiquée en cas de suspicion de diverticule de Meckel, son manque de sensibilité et de spécificité font adresser l'enfant au chirurgien en cas de doute.

(6) Dans quelques cas la cause et la localisation du site hémorragique restent obscurs d'autres examens sont envisageables en pédiatrie (angiographie avec embolisation artérielle sélective, entéroscopie, scintigraphie aux hématies marquées...). L'utilisation récente de la capsule endoscopique semble donner des résultats prometteurs. Dans l'avenir la généralisation de l'utilisation pédiatrique de la capsule endoscopique limitera le recours à des techniques lourdes comme l'endoscopie peropératoire et la laparoscopie. Dans les situations peu fréquentes ou l'HDB est sévère et reste en apparence isolée il faut parfois réitérer les examens.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Mongi.benhariz@rns.tn (M. Ben Hariz).

■ Références

El-Matary W. Wireless capsule endoscopy: indication, limitations and futures challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 2008;46:4-12.

Leung AK, Wong AL. Lower gastrointestinal bleeding in children. *Pediatr Emerg Care* 2002;18:319-23.

Turck D, Michaud L. Lower gastrointestinal bleeding in: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE et al, editors. *Pediatric gastrointestinal disease*. Vol 1, 4th Ed. BC Decker Inc ; Hamilton, Ontario ; 2004 : p. 266-80.

Mouterde O, Chamouni P. Hémorragies digestives chez l'enfant : attitude pratique en urgence. In : *Prise en charge des hémorragies digestives*. Monographie de la Société francophone de médecine d'urgence, Masson éditeur Paris 2002 : 117-32.