



## **HYPERTENSION PORTALE**

### **Traitement de l'hémorragie digestive**

#### **Episode aigu**

Apprécier l'origine de l'hémorragie digestive:

Haute : Hématémèse de sang rouge, mélaena (sang noir)

Basse : Rectorragie

Anémie chronique hypochrome, microcytaire

Apprécier l'abondance de l'hémorragie et sa tolérance :

FC – TA – signes de collapsus périphérique

#### **Conduite à tenir en urgence :**

- Scope – monitoring de la tension artérielle (Dynamap)
- Pose de 2 voies d'abord périphériques ou d'une voie centrale
- Pose d'une sonde gastrique et aspirations – lavages gastriques à la potion de Lévy glacée jusqu'à ce que les résidus gastriques soient clairs (toutes les 15 min).
- Potion de Levy : Phospalugel, 10 sachets ; Exacyl, 16 ampoules buvables à 1g/10ml ;eau distillée, qsp 1000ml ; se conserve 24h à +4 °C.
- Prélever (résultat à demander en urgence), NFS, groupe, RAI, hémostase, transaminases, GGT, bilirubine, albumine. La surveillance de l'hémoglobine doit être poursuivie toutes les 8 heures pendant les premiers jours.
- Traitement antiacide par Omeprazole (40 mg/1.73 m<sup>2</sup> iv une fois/jour).
- Remplissage :
  - PFC ou albumine à 20 % dilué de ½ ou ¼ si besoin
  - Transfusion de culots globulaires si hémoglobine inférieure à 8 g/dL (ne pas remonter l'Hb au delà de 10 g/dl car risque de récurrence de l'hémorragie).
- SANDOSTATINE (octréotide) IV (ampoule de 50, 100 ou 500 µg)  
2 µg/Kg en bolus IVD puis en perfusion continue de 2 µg/Kg/h pendant 2 à 3 jours puis diminution progressive.
- Si échec ou d'emblée si hémorragie majeure non contrôlée  
Sonde de BLAKEMORE
- Fibroscopie œsogastrique le plus tôt possible pour apprécier l'origine du saignement

- Au décours de l'épisode hémorragique
    - A jeun, puis
      - Alimentation lactée liquide glacée
      - Puis ½ liquide
      - Puis normale
- } Sur une semaine

### Dans tous les cas

- **Si cirrhose hépatique** (risque d'encéphalopathie +++)
  - DUPHALAC en lavement rectal : 15 ml/Kg (dilué au 1/3 avec de l'eau tiède)
  - Au décours de l'hémorragie : Régime limité en protides
  - Discuter antibiothérapie prophylactique iv
- **Cirrhose ou non**
  - Perfusion d'albumine au décours car hémorragie = hypoalbuminémie (+ HTP) = ascite
- **Si ascite** (risque de surinfection +++)
  - Ponction à visée bactériologique si fièvre, puis antibiothérapie iv

### Prévention des récives

- **Contre indication formelle** de tous les médicaments contenant de l'aspirine et de tous les médicaments anti inflammatoires non stéroïdiens chez tous les enfants porteurs d'une maladie susceptible de se compliquer d'hypertension portale. Liste à remettre aux parents.
- Ligature des varices oesophagiennes. Sclérothérapie si ligature pas possible.
- Antiacides po: Mopral, Inexium.
- Discuter un traitement par AVLOCARDYL (3 à 10 mg/Kg/jour en fonction de la FC)
- Discuter une dérivation chirurgicale si échec des ligatures/sclérothérapie.

### Causes les plus fréquentes d'hypertension portale chez l'enfant

- Cirrhoses,
- Obstructions (cavernome) porte,
- Fibrose hépatique congénitale.