

COMMUNICATION COURTE

Angiomatose gastrique congénitale révélée par une hémorragie digestive chez le nourrisson de moins de 6 mois : à propos de deux cas et revue de la littérature

Congenital gastric angiomatosis presenting as gastrointestinal bleeding in an Infant under 6 months of age: Two case reports and Review of the literature

Moumouni Garba^{a,b*}, Aissa Moussa Garba^a, Aboubacar Samaila^{a,b}, Djafar Mamoudou Abdou^c, Amadou Saidou^c, Moumouni Kamaye^{b,c}

a) Service de Pédiatrie, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey, Niamey, Niger

b) Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni de Niamey, Niamey, Niger

c) Service de Pédiatrie, Hôpital National de Niamey, Niamey, Niger

Historique de l'article : Reçu le 06 Août 2026 ; Révisé le 31 Août 2026 ; Accepté le 08 Septembre 2026 ; Publié en ligne le 12 Septembre 2026

Résumé

Nous rapportons une cause rare d'hémorragie gastro-intestinale chez deux nourrissons de moins de 6 mois présentant tous des hématémèses et des mélénas sans autres lésions cutanées apparentes. Les explorations endoscopiques ont permis d'objectiver un saignement actif muqueux plan, en nappe, dû à des lésions pétéchiales du fundus chez l'un et de l'antrum chez l'autre évoquant une angiomatose gastrique congénitale. Le premier patient a bénéficié d'une prise en charge à base d'hémostatique par voie générale et de pansement gastrique avec une bonne évolution clinique. Le second patient, qui a un syndrome hémorragique plus persistant, a été mis sous hémostatique, pansement gastrique, inhibiteur de la pompe à proton et bêtabloquant avec une bonne évolution clinique des symptômes.

Mots-clés : hémorragie digestive, hématémèse, méléna, angiomatose gastrique, nourrisson

Abstract

We report a rare cause of gastrointestinal bleeding in two infants under 6 months of age, both presenting with hematemesis and melena without other apparent skin lesions. Endoscopic examinations revealed flat, diffuse, active mucosal bleeding due to petechial lesions of the fundus in one infant and of the antrum in the other, suggestive of congenital gastric angiomatosis. The first patient received systemic hemostatic therapy and gastric protection with good clinical outcome. The second patient, who had a more persistent bleeding syndrome, was treated with hemostatic therapy, gastric protection, a proton pump inhibitor, and a beta-blocker, with good clinical resolution of symptoms.

Keywords: gastrointestinal bleeding, hematemesis, melena, gastric angiomatosis, infant

Introduction

Le terme d'angiome regroupe des lésions et malformation vasculaire souvent complexes, hétérogènes tant au plan clinique, structurel et évolutif. L'angiome gastrique ou hémangiome, est une malformation vasculaire rare chez

l'enfant et bénigne mais à haut risque hémorragique [1]. L'angiomatose gastrique congénitale se caractérise par la présence de multiples lésions angiomatoses diffuses au niveau de la muqueuse et de la sous-muqueuse gastrique

présentes dès la naissance. Cette affection fait partie du spectre des malformations vasculaires du tractus gastro-intestinal. Leur manifestation est variée, allant de saignements occultes asymptomatiques à des hémorragies massives potentiellement mortelles. Les saignements de l'angiomatose débutent généralement durant les premiers mois de vie et ont tendance à être intermittents [2]. Dans une série d'endoscopies digestives pédiatriques on retrouve 0,01 % d'angiomes gastriques sur 600 fibroscopies réalisées en urgence pour une hémorragie digestive aiguë haute [3]. L'angiomatose gastrique du nourrisson se manifeste par des hématoméses et des mélénas isolés pouvant engager le pronostic vital. Nous rapportons ici deux cas d'angiomatose gastrique congénitale chez des nourrissons de moins de 6 mois.

Observations

Cas N°1

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 4 mois, de sexe masculin. Il est né à terme avec un bon poids de naissance et sans anomalie congénitale associée. Il est troisième d'une fratrie de trois enfants. Il a été hospitalisé à un mois de vie pour une anémie de cause inconnue. A 2 mois de vie, il a présenté des épisodes itératifs d'hématémèses et des mélénas pour lesquels il a été mis sous métronidazole en périphérie sans amélioration et avec apparition de selles sanglantes. Il a été transfusé avant son transfert chez nous. A son admission il avait un bon état hémodynamique, l'abdomen était souple sans olive pylorique, pas de pâleur ni de lésions cutanées. Le bilan biologique a objectivé un taux d'hémoglobine à 16,6 g/dl ; les plaquettes à 331 000 éléments / μ l. Une échographie abdomino-pelvienne pour des selles sanglantes et hématémèses à la recherche d'invagination intestinale a objectivé un aspect échographique abdomino-pelvien normal. Une endoscopie haute et basse a été réalisée objectivant un saignement diffus actif du fundus dû à des lésions pétéchiales (**Fig. 1**) faisant évoquer une angiomatose congénitale. Il a été sous étamcylate injectable et un pansement gastrique à type de bicarbonate de sodium + sodium alginate (Gaviscon® nourrisson) avec un amendement rapide des saignements.

Cas N°2

Il s'agit d'un nourrisson de 3 mois et demi, de sexe masculin, référé pour hématémèse persistante. Il est né à terme avec un poids de 3100 g et une taille de 53 cm. Les hématémèses ont commencé à 2 mois de vie, de moyenne abondance, accompagnées souvent de vomissements. Les parents l'ont

amené en consultation après 2 semaines d'évolution pour léthargie et pâleur cutanéomuqueuse. Il a été hospitalisé pour déshydratation et anémie modérée. Il a bénéficié d'une réhydratation, d'un traitement antibiotique (ceftriaxone) et d'un traitement symptomatique : oméprazole, ondansetron pendant 3 jours sans amélioration.



Fig. 1 : Lésions pétéchiales du fundus (Flèches) d'angiomatose gastrique congénitale.

Fig. 1: Petechial lesions of the fundus (Arrows) in congenital gastric angiomatosis.

Le tableau s'est aggravé par l'apparition de méléna. Il nous a été référé pour prise en charge d'un syndrome hémorragique digestif. A l'admission, il était conscient avec une pâleur palmo-plantaire modérée, il ne présentait pas de lésion cutanée ni de malformation visible. Il pesait 4,750 kg pour une taille de 64 cm. Le rapport poids/taille Z Score des standards de l'OMS le classait en dénutrition aiguë sévère. Un premier hémogramme a objectivé un taux d'hémoglobine à 5 g/dl, un volume globulaire moyen à 84 femtolitres une concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine à 33,9 g/dl et un taux de plaquette à 434 000/ μ l. Il a été hospitalisé pour une prise en charge globale. Il a bénéficié d'une transfusion sanguine et mis dans un programme de récupération nutritionnelle intensif. Pour le saignement digestif, il a été mis sous pansement gastrique à type de bicarbonate de sodium + sodium alginate (Gaviscon® nourrisson), inhibiteur de la pompe à protons (esoméprazole), un hémostatique (étamsylate). Une endoscopie digestive haute a objectivé un saignement en nappe au niveau du fundus et du pylore (**Fig. 2**) confirmant l'angiomatose digestive. Par la suite il a été mis sous propranolol. Les épisodes de saignement ont diminué de fréquence et en abondance avant de s'arrêter au bout de 2 mois. Néanmoins, il a été transfusé à deux reprises avant l'arrêt des symptômes.

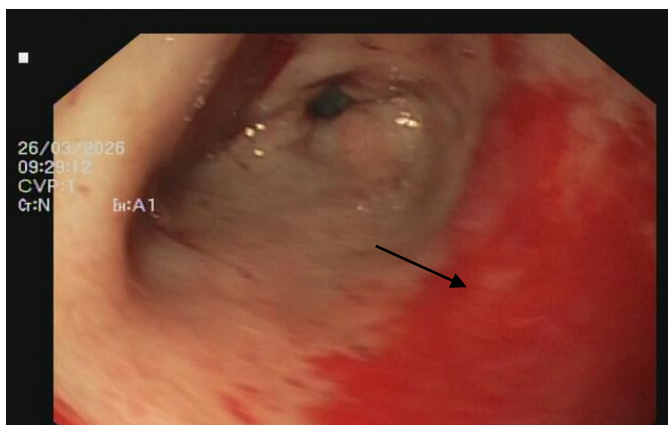


Fig. 2 : Saignement actif de l'antrum et du pylore d'angiomatose gastrique (Flèche).

Fig. 2: Active bleeding from the antrum and pylorus due to gastric angiomatosis (Arrow).

Discussion

L'angiomatose gastrique du nourrisson est une pathologie vasculaire bénigne mais potentiellement fatale. Elle représente moins de 1% des anomalies vasculaires pédiatriques [4]. Elle peut s'intégrer dans les angiomatoses cutanées et digestives. Les lésions cutanées apparaissent souvent dès la naissance. Elles peuvent se développer ou rester à l'état. Les lésions viscérales surtout gastriques et intestinales peuvent être à l'origine de saignement digestif de gravité variable. L'âge de révélation de la maladie survient au cours des 4 premiers de la vie [1]. Les hématoméses et les mélénas sont les principaux modes de révélation de la maladie. Chez certains patients, elle est diagnostiquée au décours d'une anémie microcytaire hypochromes secondaires à des saignements digestifs occultes [1, 3]. Elle peut aussi prendre le masque d'une sténose hypertrophique du pylore par des vomissements postprandiaux précoces par obstruction antropylorique si la lésion est volumineuse [5]. Les deux cas que nous avons rapportés ont tous présenté des saignements digestifs d'abondance variable. Ils sont tous de sexe masculin et ne présentent pas de lésions cutanées au moment du diagnostic. La cause de ce syndrome n'est pas encore connue. La plupart des cas surviennent de manière sporadique. L'étude de certains cas familiaux suggère une transmission autosomique dominante non encore élucidée [6]. Le diagnostic est basé sur la fibroscopie oeso-gastro-duodénale. Nos patients ont présenté des lésions hémorragiques en nappe au niveau du fundus et de la région antropylorique. Les lésions apparaissent violacées, bleutées, polypoides sous-muqueux parfois ulcérées ou saignantes [3].

La prise en charge comprend en plus d'une réanimation en cas de spoliation sanguine importante, la perfusion d'octréotide ou de somatostatine pour réduire le débit sanguin splanchnique, l'utilisation de propranolol induisant une vasoconstriction vasculaire et des inhibiteurs de la pompe à proton [7]. Nous avons utilisé beaucoup plus les pansements gastriques, les inhibiteurs de la pompe à proton les hémostatiques comme étamsylate. Le deuxième patient a un syndrome hémorragique plus itératif qui a cédé après un traitement à base propranolol. Le pronostic à court terme de nos patients a été favorable sans récurrence du saignement digestif sur un suivi de 3 mois. Certains patients nécessitent une résection partielle en cas d'hémorragie réfractaire.

Conclusion

L'angiomatose gastrique congénitale du nourrisson est une maladie très rare. Elle est révélée par une hémorragie digestive à type de méléna et d'hématémèse. Le pronostic est très souvent favorable avec une prise en charge adaptée.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Considération éthique et consentement du patient

La présente étude respecte les principes éthiques énoncés dans la Déclaration d'Helsinki et le consentement éclairé écrit des parents des patients a été obtenu autorisant la publication de leurs informations dans cette étude.

Références

1. Mulliken JB, Burrows PE, Fishman SJ. *Mulliken and Young's Vascular Anomalies: Hemangiomas and Malformations* (New York, 2013; online edn, Oxford Academic, 1 Nov. 2013), <https://doi.org/10.1093/med/9780195145052.001.0001>. Accessed 8 Sept. 2026.
2. Mulliken JB, Glowacki J. *Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics*. *Plast Reconstr Surg*. 1982;69(3):412-422. <https://doi.org/10.1097/00006534-198203000-00002>.
3. Dubois J, Rypens F, Garel L, Yazbeck S, Therasse E, Soulez G. *Pediatric gastrointestinal vascular anomalies: imaging and therapeutic issues*. *Pediatr Radiol*. 2007;37(6):566-574. <https://doi.org/10.1007/s00247-007-0448-7>.
4. Fishman SJ, Fox VL. *Visceral vascular anomalies*. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2001;11(4):813-834. [https://doi.org/10.1016/S1052-5157\(18\)30048-5](https://doi.org/10.1016/S1052-5157(18)30048-5).
5. Gordon FH, Watkinson A, Hodgson H. *Vascular malformations of the gastrointestinal tract*. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2001;15(1):41-58. <https://doi.org/10.1053/bega.2000.0155>.

6. Uebelhoer M, Boon LM, Vikkula M. *Vascular anomalies: from genetics toward models for therapeutic trials*. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012;2(8):a009688. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a009688>.

7. Kaya H, Gokce IK, Gungor S, Turgut H, Ozdemir R. *A Newborn with Gastric Hemangioma Treated Using Propranolol*. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2018;21(4):341-346. <https://doi.org/10.5223/pghn.2018.21.4.341>.