

Dr Latroch Charef

VOMISSEMENTS DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

OBJECTIFS

- Savoir reconnaître un vomissement
- Savoir détecter les signes de gravité
- Savoir repérer les signes accompagnateurs
- Développer une démarche diagnostique pour en identifier la cause.
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents
- Argumenter l'attitude thérapeutique (P) et planifier le suivi de l'évolution

PLAN

1- DEFINITION

2- ENQUETE CLINIQUE

2-1 Interrogatoire et carnet de santé

2-1-1 Caractéristiques des vomissements

2-1-2 Alimentation

2-1-3 Antécédents

Autres symptômes associés

2-2 Examen clinique

2-2-1 Retentissement clinique

2-2-2 Les signes cliniques associés

3- ETIOLOGIES

3-1 Vomissements aigus

3-1-1 Causes chirurgicales

i. Syndrome occlusif

ii. Sténose hypertrophique du pylore

iii. Syndrome péritonéal

iv. Origine génitale

3-1-2 Causes médicales

i. Infections communes

ii. Hypertension intracrânienne

iii. Intoxications

- iv. Autres
- 3-2 Vomissements chroniques
 - i. Erreurs diététiques
 - ii. Reflux gastro-oesophagien
 - iii. Allergie aux protéines du lait de vache
 - iv. Intolérance au gluten
 - v. Autres
- 4- TRAITEMENT

1-DEFINITION

Rejet actif du contenu gastrique ou intestinal par la bouche, c'est à dire s'accompagnant de contractions musculaires abdominales.

A différencier :

- Des régurgitations** : remontées passives par la bouche de petites quantités de lait ou de liquide gastrique, qui accompagnent parfois l'éructation physiologique chez le petit nourrisson.
- Du mérycisme** : remontée volontaire ou automatique d'aliments dans la bouche (ruminant), symptôme rare, conséquence d'un trouble grave du comportement.

2-ENQUETE CLINIQUE

Va permettre de guider l'enquête étiologique et de déterminer la gravité des vomissements.

2- 1- Interrogatoire et carnet de santé

Ils précisent divers éléments.

2-1-1 Caractéristiques des vomissements

- Age de début** : existence ou non d'un intervalle libre par rapport à la naissance
- Horaire** par rapport aux prises alimentaires
- Fréquence**
- Aspect** : alimentaire, bilieux ou hémorragique
- Type** : émis avec ou sans effort, leur provocation par les changements de position
- Caractère douloureux ou non
- Abondance** : souvent majorée, difficile à apprécier.

Les vomissements abondants s'accompagnent toujours d'une mauvaise prise pondérale : la courbe pondérale est un bon élément d'orientation.

2-1-2Alimentation

Il faut recueillir, surtout chez le nourrisson :

- Mode de préparation et de reconstitution des laits artificiels
- Quantité proposée et l'apport énergétique reçu
- Nombre de prises alimentaires
- Nature des aliments proposés depuis la naissance, avec leur date d'introduction (protéines du lait de vache, gluten notamment) et éventuels changements diététiques pratiqués depuis l'apparition des symptômes.

2-1-3Antécédents

Suivant l'âge de l'enfant, on s'attarde sur :

- Grossesse normale ou pathologique
- Période néonatale
- Développement staturo-pondéral et psychomoteur
- Examens cliniques antérieurs
- Prise de médicaments : vitamines D ou A, antibiotiques, digitaliques, théophylline...
- Traumatisme récent
- Antécédents familiaux (parents et collatéraux)

2-1-4Association à d'autres symptômes

- Autres symptômes digestifs : diarrhée ou à l'inverse transit ralenti, rectorragies, douleurs abdominales
- Contexte infectieux
- Anorexie
- Signes respiratoires ou cardiovasculaires : chez le nourrisson avant 3 mois, quelle que soit leur étiologie, les vomissements peuvent entraîner :
 - *une toux quinteuse persistante, essentiellement nocturne
 - * des bronchopneumopathies à répétition d'allure infectieuse mais anormalement fréquente
 - *des images radiologiques anormales : atélectasies surtout à droite ;
 - *des épisodes d'apnée et/ou bradycardie et de cyanose chez le nouveau-né
 - *des malaises graves.

2-2Examen clinique

Complet avec mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien, il va rechercher :

2-2-1Le retentissement clinique

Déshydratation en cas de vomissements aigus abondants

-Dénutrition: en cas de chronicité

2-2-2 Les signes cliniques associés

- Signes généraux : fièvre, altération de l'état général

- Signes abdominaux: météorisme, sensibilité abdominale, défense, absence de bruit hydroaérique, anomalies des orifices herniaires, sang au toucher rectal, hépatomégalie, splénomégalie

- Signes neurologiques évocateurs d'hypertension intracrânienne ou de méningite

- Signes ORL ou pulmonaires

- Odeur acétonémique de l'haleine

- Anomalie des organes génitaux : ambiguïté sexuelle ?

3-ETIOLOGIES

La pratique systématique d'examens complémentaires n'est pas justifiée. Les données cliniques permettent habituellement de préciser l'étiologie des vomissements, et chaque examen complémentaire sera demandé en fonction de l'orientation diagnostique

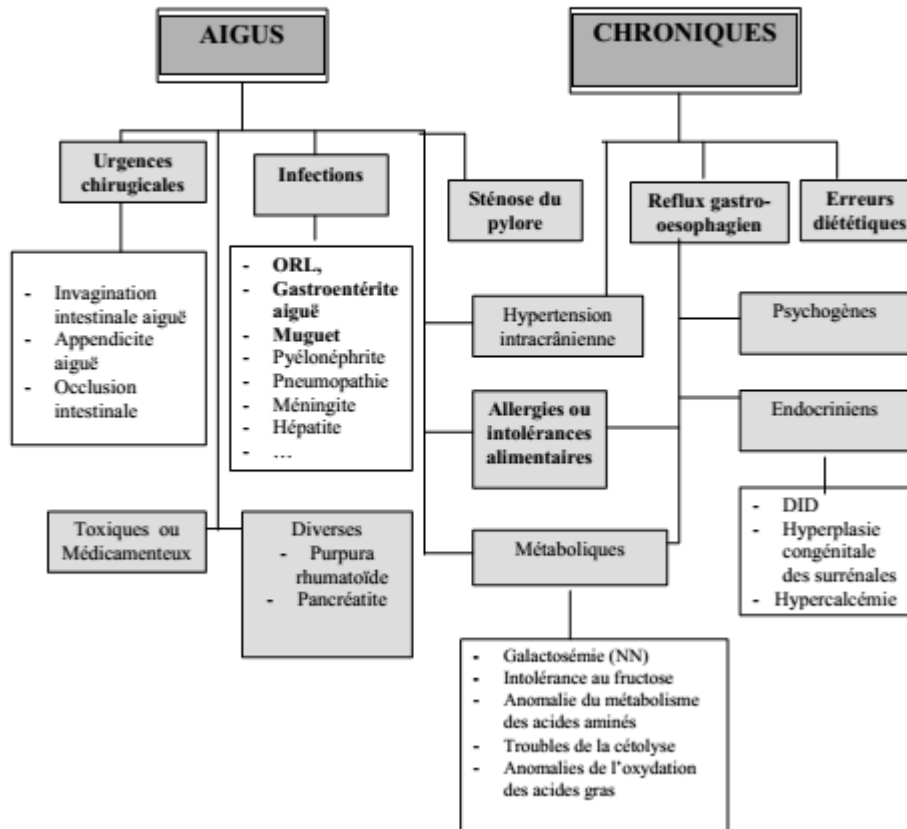
. En pratique il faut distinguer les vomissements aigus des vomissements chroniques, bien que certaines étiologies puissent

Appartenir aux 2 catégories.

Les principales étiologies sont résumées dans la figure 1.

Figure 1

PRINCIPALES ETIOLOGIES DES VOMISSEMENTS DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT



3-1 VOMISSEMENTS AIGUS

3-1-1 Causes chirurgicales

L'examen abdominal peut être franchement anormal et orienter vers une urgence chirurgicale. Dans ce contexte, la radiographie de l'abdomen(ASP) est l'examen primordial : le syndrome occlusif, suspecté sur les vomissements bilieux, le météorisme abdominal et l'altération de l'état général, sera confirmé par la présence de niveaux liquides et de distension des anses.

*Syndrome occlusif

Les étiologies sont variables selon l'âge du patient.

-Chez le nourrisson :

Syndrome occlusif haut (vomissements bilieux, abdomen plat):Malrotation digestive compliquée ou non de volvulus du grêle : A évoquer systématique en cas de vomissements bilieux. Lier à une rotation digestive incomplète lors de l'organogénèse le plus souvent arrêtée à 180°. Aboutit à une racine du mésentère courte depuis l'angle de Treitz situé anormalement à droite de la ligne médiane et la jonction iléocaecale

située anormalement en sous hépatique. Le diagnostic et le traitement sont une urgence vitale et fonctionnelle en raison du risque de volvulus du grêle sur cette racine courte qui peut aboutir à une nécrose du grêle. Le diagnostic repose sur l'imagerie :

- ASP : absence d'aération digestive distale, distension duodénale
- EchoDoppler abdominal: inversion des vaisseaux mésentériques, signe de spire en cas de volvulus
- TOGD éventuel en absence d'Echo Doppler : arrêt de la progression du produit de contraste après un angle de Treitz malpositionné.

Le traitement consiste en une laparotomie transverse droite en urgence pour :

- dévolvuler le grêle
- évaluer les capacités de récupération du grêle
- réaliser une procédure de Ladd :
 - *élargissement de la racine du mésentère,
 - *positionnement dit en « mésentère commun complet » pour maintenir élargie la racine du mésentère (ensemble du grêle situé à droite, ensemble du colon situé à gauche) Syndrome occlusif bas (vomissements alimentaires puis bilieux, abdomen ballonné)

Invagination intestinale aigüe de cause primitive ou secondaire

Maladie de Hirschsprung

-Chez l'enfant :

Invagination intestinale aigüe de cause secondaire

- A tout âge : Hernie étranglée
- Malrotation digestive compliquée ou non d'un volvulus du grêle
- Occlusion sur brides: Mode de cicatrisation du péritoine viscéral et pariétal sous forme d'adhérences plus ou moins lâches et /ou de brides charnues entre les anses grêles et/ ou entre les anses grêles et la paroi abdominale.

Elles sont favorisées par une infection intra-péritonéale (péritonite aigüe) et toute cicatrice péritonéale (post-opératoires).

Le diagnostic est posé chez un patient présentant un syndrome occlusif du grêle avec des ATCD chirurgicaux abdominaux.

Le traitement médical premier est tenté (antalgique, aspiration nasogastrique) ; une intervention pour adhésiolyse s'impose après 48 heures de mesures médicales si le syndrome occlusif n'est pas levé.

***Sténose hypertrophique du pylore /**

Physiopathologie et épidémiologie :

Liée à l'hypertrophie de la couche musculuse interne et circonférentielle du pylore.

La pathogénie est mal connue. Elle aboutit à une intolérance alimentaire complète.

Concerne le nourrisson entre 2 et 8 semaines de vie.

Affection fréquente : 2% des nourrissons de cette tranche d'âge. Plus fréquent chez le garçon.

Diagnostic clinique :

Vomissements alimentaires, jamais bilieux, post-prandiaux, abondants, en jets, d'aggravation progressive.

Perte de poids variable,

Signes de déshydratation extra cellulaire.

Peut aggraver un reflux gastro-oesophagien pré-existant.

Appétit conservé, altération de l'état général tardive.

Visualisation d'ondulations péristaltiques à jour frisant, parcourant l'abdomen de l'hypochondre gauche vers l'ombilic reflétant les contractions gastriques en amont de l'obstacle
Palpation d'une olive pylorique +++ : masse oblongue, ferme, mobile, sous le bord antérieur du foie

Clapotage à jeun (stase gastrique)

Examens complémentaires

Biologie :

Ionogramme sanguin et gazométrie veineuse : alcalose métabolique ,hypochlorémie, hypokaliémie

Imagerie :

ASP en procubitus : Distension gastrique, Aération digestive distale faible

Echographie pylorique +++ : établit un diagnostic de certitude :

Olive pylorique : image en cible (coupe transversale), en sandwich (longitudinale)

longueur pylorique > 17 mm, musculuse pylorique épaissie > 4 mm, diamètre pylorique > 13 mm estomac de stase, absence de passage liquidiens trans-pylorique

Transit Oeso Gastro Duodéal (TOGD) : Non systématique, réalisé selon les centres en cas de doute.

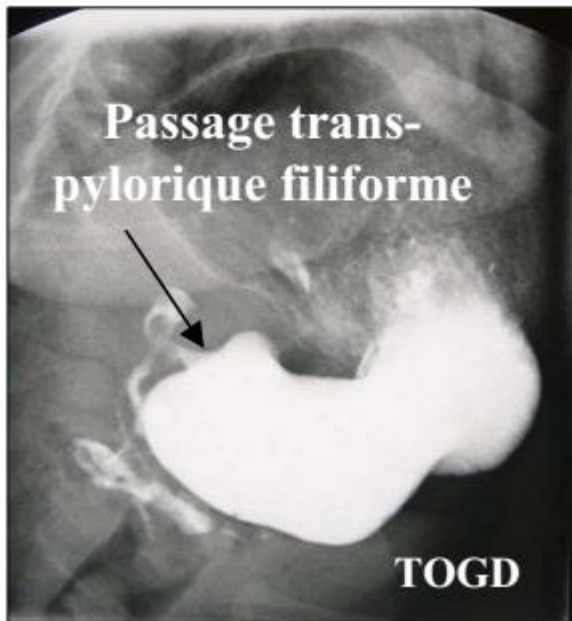
Dilatation et stase gastrique, emprunte de l'olive sur l'antré

Passages trans-pyloriques du produit de contraste rares, filiformes
Canal pylorique allongé



Muscleuse épaissie de
part de d'autre du canal
pylorique





Traitement : il est chirurgical mais l'urgence est la correction des troubles ioniques

-Rééquilibration hydroélectrolytique intra-veineuse pendant 24 à 48 heures et contrôle du ionogramme sanguin avant toute intervention
-Pose de sonde naso-gastrique si persistance des vomissements malgré le jeûne.

-Traitement chirurgical après normalisation ionique
: pyloromyotomie extra-muqueuse par laparotomie transverse droite ou sus-ombilicale

Incision longitudinale de la musculature pylorique en respectant la muqueuse

-Suites opératoires :

*Réalimentation précoce 4 heures après la chirurgie

*Contrôle de la prise de poids

*+/- traitement anti RGO

***Syndrome péritonéal**

Il est dominé par l'appendicite aigüe, compliquée ou non.

Le diagnostic est à évoquer systématiquement devant une occlusion fébrile.

***Origine génitale :**

-Chez le garçon pubère ou pré-pubère, l'étiologie à évoquer systématiquement est une torsion de testicule

-Chez la fille, on évoquera une complication de kyste ovarien à type detorsion d'annexe sur kyste ovarien fonctionnel ou organique.

3-1-2Cause médicales Les plus fréquentes.

***Un facteur diététique:** à rechercher systématiquement, erreur quantitative, qualitatives ou non respect des rythmes biologiques chez le nourrisson

***Infections communes**

= les causes les plus fréquentes de vomissements, surtout chez le nourrisson :

•Infections ORL : rhinopharyngites, sinusites, otites sans oublier le muguet buccal ;

•Infections respiratoires (habituellement d'origine virale)

•Infections digestives :

-Diarrhées aiguës saisonnières

-Hépatites aiguës

•Infections urinaires : cause fréquente et mal connue de troubles digestifs chez le nourrisson : il faut avoir l'ECBU facile

•Méningites: nettement moins courantes que les infections précédentes, elles peuvent se révéler par des vomissements fébriles. Les signes méningés classiques sont souvent absents chez le petit nourrisson : pratiquer une ponction lombaire au moindre doute.

***Hypertension intracrânienne:** typiquement vomissements matinaux, en jet avec signes neurologiques ou troubles du comportement, augmentation rapide du périmètre crânien chez le nourrisson.

Hématome sous-dural .

Tumeur

L'examen à demander : tomodensitométrie cérébrale (scanner)

Autres

- Des vomissements associés à un tableau douloureux abdominal, peuvent révéler un ulcère gastrique ou duodéal, une gastrite, une pancréatite ou un purpura rhumatoïde(même en l'absence d'éruption cutanée).

- En l'absence de tout signe d'orientation : penser à la possibilité d'une intoxication accidentelle médicamenteuse ou par des produits ménagers ou industriels.

- Des vomissements hémorragiques conduisent à indiquer une endoscopie oesogastroduodénale en urgence, qui retrouve habituellement un tableau d'oesogastrite ulcérohémorragique, des gastrites ulcérées ou pétéchiales, plus rarement un ulcère aigu gastrique ou duodéal.

3-2 VOMISSEMENTS CHRONIQUES

Le plus souvent la cause est médicale

La recherche d'une étiologie se conduit différemment en fonction de l'âge.

3-2-1 Chez le nourrisson

*Erreur diététique

*Reflux gastro-oesophagien (RGO)

1ère cause de vomissements chez le nourrisson

Vomissements chroniques ou intermittents

Peut aussi être responsable de :

-Toux à répétition, bronchopneumopathies ou accidents de déglutition

-Accidents aigus, apparemment isolés ou associés à des vomissements : malaises, troubles du comportement, apnées et équivalent de mort subite

VOMISSEMENTS ET FIEVRE

-Infections entérales ou autres: les vomissements ne sont souvent qu'un épiphénomène

. -Appendicite aiguë: plus souvent fébricule ($\leq 38,5^{\circ}\text{C}$) que véritable fièvre sauf chez le nourrisson (rare) chez qui le tableau est souvent trompeur (fièvre élevée, diarrhée fébrile) et donc le diagnostic difficile et souvent retardé au stade des complications (abcès, péritonite ...).

-Pancréatite aiguë, purpura rhumatoïde : peuvent s'accompagner d'une hyperthermie généralement modérée.

-Une infection peut être responsable de la décompensation d'une maladie métabolique connue ou inconnue

. L'examen complémentaire de choix devant des symptômes

extradigestifs : pHmétrie oesophagienne continue sur 24 heures .Pas

d'examen complémentaire devant une RGO à symptomatologie digestive et non compliqué (absence d'oesophagite et/ou de retentissement pondéral)

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU RGO ET DE LA STENOSE DU PYLORE		
	Reflux gastro-oesophagien	Sténose du pylore
Age	1 à 10 mois, sexe indifférent	2 à 12 semaines, ♂ >> ♀
Diagnostic clinique	Vomissements faciles, aux changements de position, ± postprandiaux, évolution chronique, signes respiratoires ± associés	Vomissements en jets postprandiaux tardifs, vont en s'aggravant
Confirmation	Non obligatoire si non compliqué (RMO)	ASP et échographie abdominale
Traitement	Médical	Chirurgical

***Allergie aux protéines du lait de vache (APLV) :**

Vomissements isolés ou accompagnés de manifestations réagiques (éruption, diarrhée dyspnée) ou de manifestations chroniques (cassure pondérale, diarrhée chronique, anorexie, douleurs, rectorragies par colites hémorragique)

Terrain atopique familial fréquent

Symptômes après introduction des PLV chez le nourrisson

Tests paracliniques : pas toujours contributifs

-Prick tests et/ou IgE spécifiques pour les formes réagiques

-Patch test pour les formes retardées

Le diagnostic de certitude repose sur le test de provocation orale

En pratique : diagnostic souvent empirique, avec une réintroduction des PLV proposée avec l'âge de 12 mois

Traitement régime d'exclusion des PLV (hydrolysats poussés)

***Maladie coeliaque (intolérance au gluten)**

Hypotrophie fréquent

v. Autres

◆ Maladies métaboliques

-Rares

-Galactosémie, Intolérance héréditaire au fructose (hépatomégalie avec hypoglycémie), les anomalies du métabolisme des acides aminés, les déficit de la cétolyse et les anomalies de l'oxydation des acides gras.

◆ L'insuffisance surrénale primitive ou l'hyperplasie congénitale des surrénales (syndrome de Debré-fibiger)

-perte anormale de sodium et des troubles de l'hémodynamique

◆ L'hypercalcémie peut être responsable de vomissements notamment dans le cadre d'hyperparathyroïdie.

3-2-2 Chez l'enfant plus grand

Les causes organiques sont moins fréquentes

. Il convient cependant d'éliminer un ulcère, une tumeur cérébrale (fosse postérieure) ou un reflux gastro-oesophagien.

- Syndrome des vomissements cycliques (vomissements périodiques avec cétose) :

survenant souvent sans cause évidente ou après un jeûne ou une infection banale, ils entraînent une intolérance gastrique avec vomissements incoercibles. L'haleine est caractéristique, acétonémique ; la cétonémie et la cétonurie sont le reflet du déficit énergétique. Ces vomissements se répètent souvent pendant plusieurs années chez un même enfant.

L'étiopathogénie de ce syndrome est discutée.

- Le mal des transports: extrêmement fréquent, il survient préférentiellement chez des enfants plutôt émotifs entre 3 et 12 ans.

- Enfin, le syndrome émétisant peut être un facteur révélant un conflit parents-enfant et le témoin de manifestations psychologiques ou de phénomènes de conversion somatique.

Ce diagnostic ne doit être retenu qu'après avoir éliminé formellement une cause organique.

4-TRAITEMENT

Le traitement des vomissements est étiologique.

Le traitement symptomatique est surtout celui de la déshydratation.

L'efficacité des prokinétiques au cours du RGO n'est pas démontrée.