

CAT devant *les vomissements de* *l'adulte*

SERVICE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

CHU ORAN

DR SAFIR

plan

- ▶ 1-Introduction.
- ▶ 2-Diagnostic positif.
- ▶ 3-Diagnostic différentiel.
- ▶ 4-Complications et conséquences des vomissements.
- ▶ 5-Diagnostic étiologique.
 - 5-1-Vomissements aigus
 - 5-2-Vomissements chroniques
- ▶ 6-Etiologies.
- ▶ 7-Traitement.
- ▶ 8-Conclusion.

1-Introduction

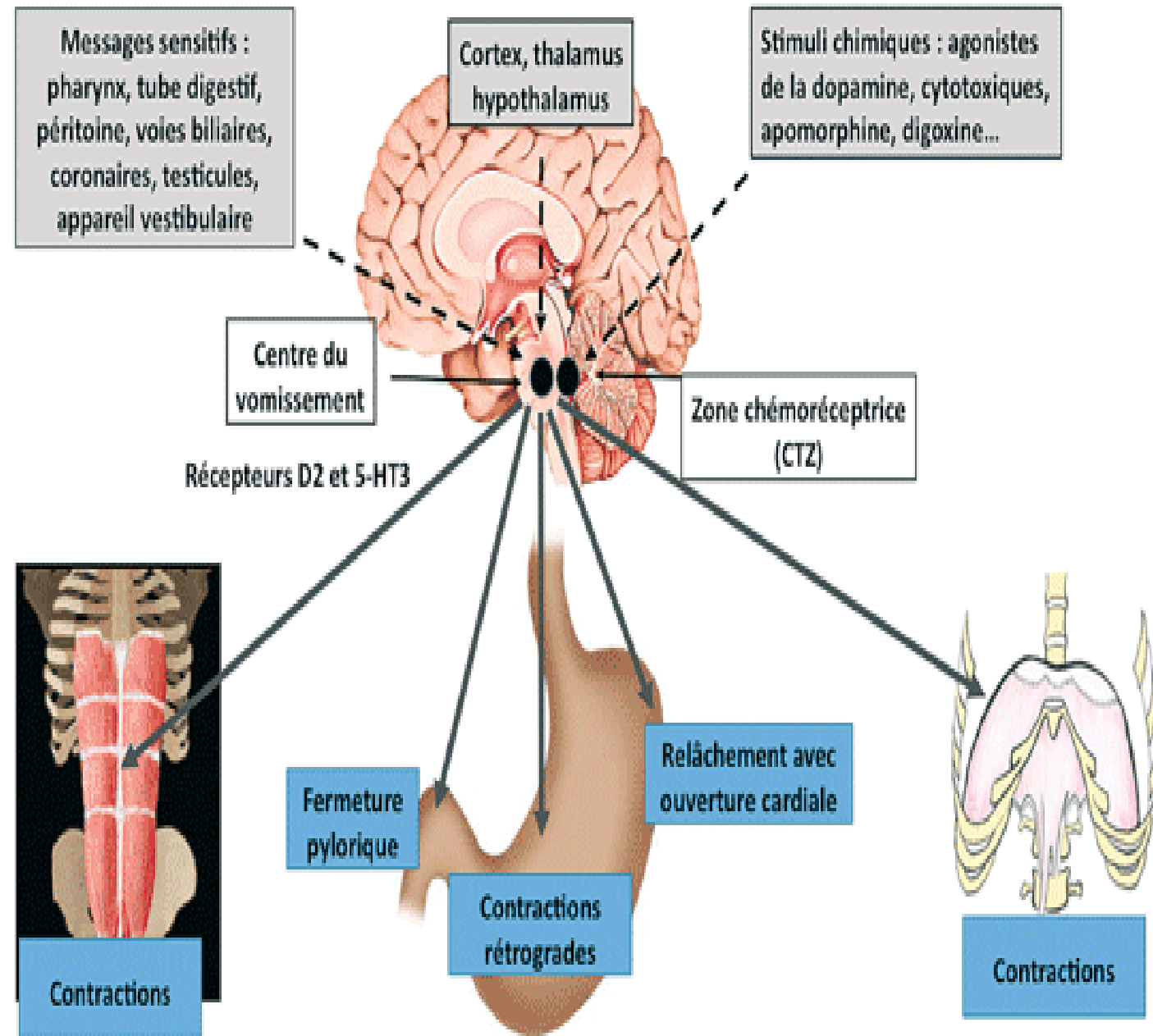
- ▶ Mécanisme actif de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires conduisant au rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac.
- ▶ Précédé ou non de nausées.
- ▶ Peuvent être provoqués ou spontanés.
- ▶ Motif de consultation fréquent.
- ▶ -Diagnostic facile.
- ▶ -Etiologies multiples.



2-Diagnostic positif

- ▶ Facile à reconnaître.
- ▶ -S'accompagne souvent d'une hyper activité du système nerveux végétatif : pâleur, sueurs, hypotension, bradycardie.

Le mécanisme du vomissement est essentiellement d'origine centrale : dans le **tronc cérébral** se trouve le centre du vomissement recevant des informations du cortex, de la pression des ventricules cérébraux, des viscères et d'une zone de chimiorécepteurs. Il envoie des efférences vers le tube digestif, plus particulièrement vers le duodénum.



3-Diagnostic différentiel

- ▶ *Régurgitations* : remontée passive du contenu gastrique ou œsophagien dans la bouche, sans effort de vomissement ni nausée.
- ▶ *Mérycisme ou rumination* : remontée volontaire dans la bouche d'aliments récemment ingérés qui sont ensuite de nouveau déglutis après mastication.
- ▶ *Pituite*: Rejet de liquide filant survenant le matin.

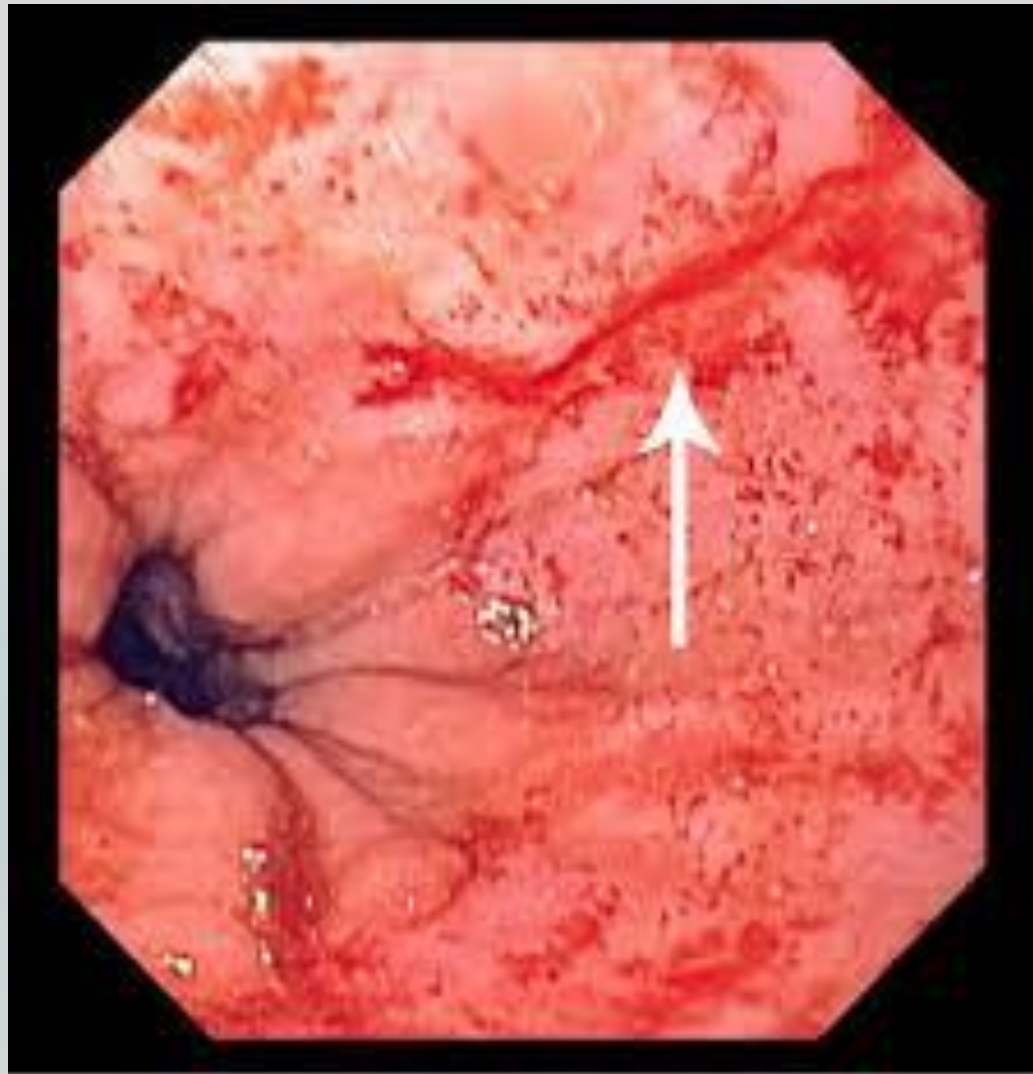
4-Complications et conséquences des vomissements.

1-Troubles hydro-électrolytiques: hypochlorémie, hypokaliémie, insuffisance rénale, alcalose métabolique.

2-Déshydratation : pronostic vital parfois mis en jeu.

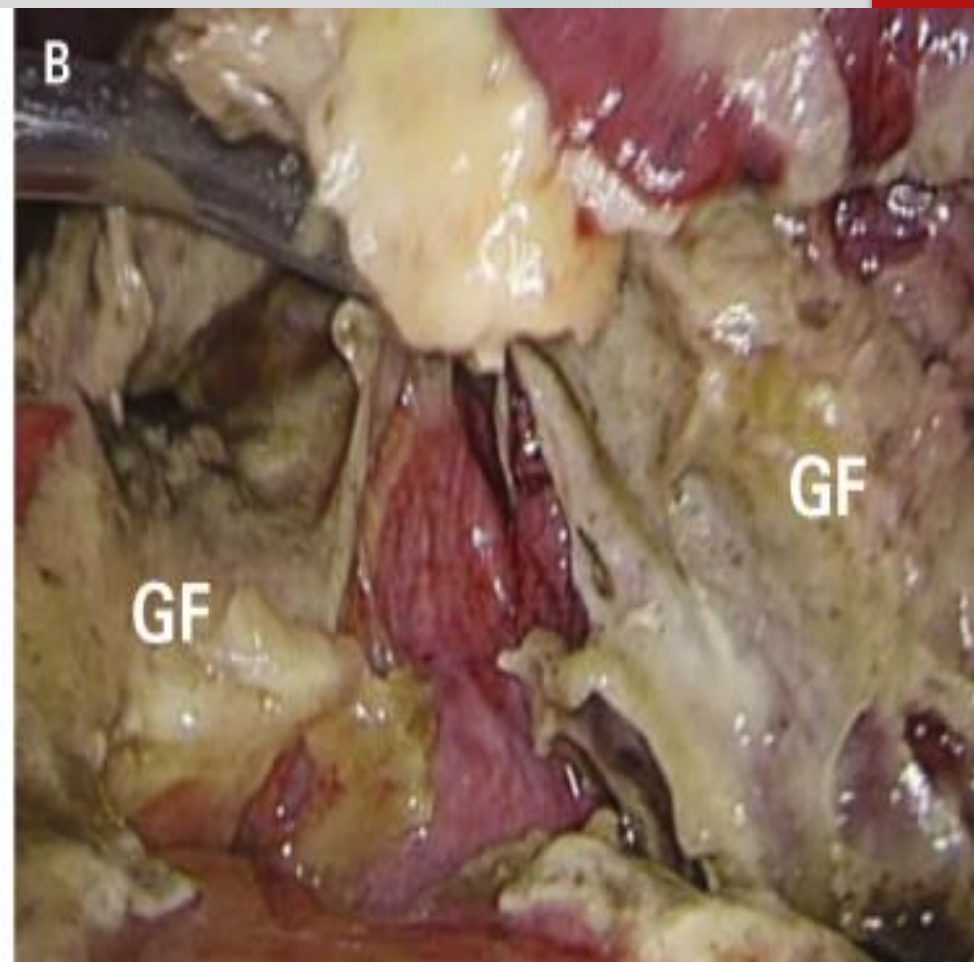
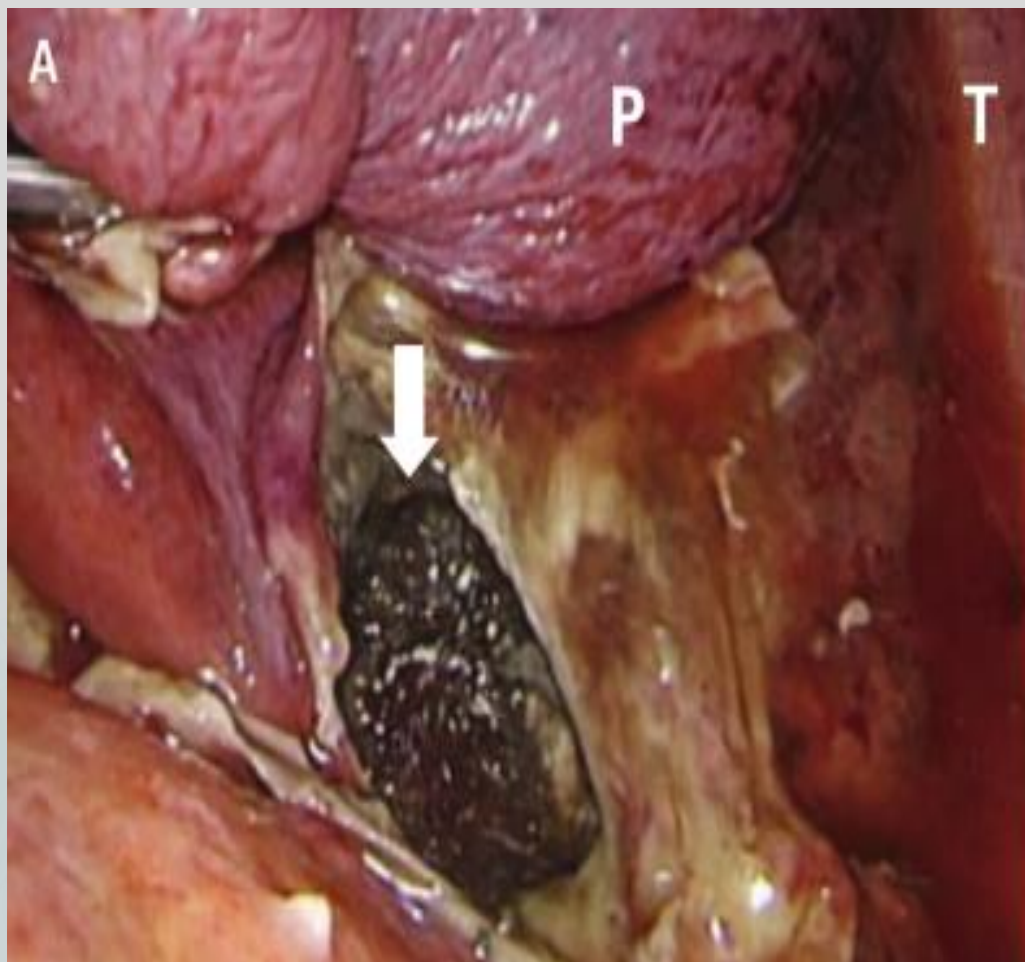
3-Syndrome de Mallory-Weiss : déchirure longitudinale du cardia liée aux efforts de vomissements : survenue d'une hématemèse à la suite de vomissements initialement non sanglants ou d'efforts de vomissements répétés.

L'endoscopie digestive haute est nécessaire pour confirmer le diagnostic et, si besoin, faire l'hémostase.



4-Rupture spontanée de l'œsophage (syndrome de BOERHAAVE)

- Se voit après un effort violent de vomissement.
- Douleurs thoraciques intenses irradiant vers l'épaule gauche, Détresse respiratoire + état de choc, dysphagie, odynophagie et des signes de médiastinite.
- TLT et TDM thoracique: pneumo-médiastin.
- TOGD: siège exact de la perforation.
- La FOGD est contre indiquée
- Traitement repose sur la chirurgie + réanimation intensive
 - Avant 24h:traitement est conservateur(suture de la brèche)
 - Au delà de 24h,oesophagectomie ou exclusion oesophagienne



Images thoracoscopiques intra-opératoires du site de perforation au niveau du médiastin avec nécroses (flèche dans **A**) et gangue fibreuse (GF dans **B**) du poumon (P); paroi thoracique (T)

5-Hématome intra mural de l'oesophage

- Douleur rétro sternale+ dysphagie récente.
- Diagnostic: Endoscopie haute.
- Traitement: médical, si échec ou complication =>Chirurgie

6-Œsophagite peptique

- patients ayant des vomissements répétés.
- Dysphagie douloureuse, hématemèse.
- Diagnostic: FOGD

7-Pneumopathie d'inhalation (Syndrome de Mendelson)

- survenant chez un sujet inconscient ou alité.
- Aspiration douce du contenu gastrique.

5-Diagnostic étiologique

- ▶ Vomissements aigus
- ▶ Vomissements chroniques

5-1-Vomissements aigus

▶ *A. Enquête étiologique*

a-Interrogatoire

- ▶ Caractères des vomissements.
- ▶ Recherche d'un terrain particulier
- ▶ Recherche de signes associés, digestifs ou extra digestifs
- ▶ Recherche de signes d'orientation étiologique

b-Clinique

- Signes digestifs: siège de la douleur, défense, contracture
 - Signes évoquant une urgence chirurgicale : OIA/péritonite aiguë
- Neurologiques : syndrome méningé, signes de localisation neurologique
- ORL : vertige, syndrome vestibulaire
- Cardiologique: IDM
- Urologique: colique néphrétique
- Métabolique: diabète

C-Para clinique

- En urgence : Ionogramme, urée, créatinine
- Si suspicion d'une urgence chirurgicale: ASP en urgence
- bilan biologique (enzymes pancréatiques), échographie abdominale(voire TDM),FOGD
- Exploration cardiaque : ECG, dosage des CPK, LDH
- Exploration neurologique : TDM cérébrale, FO, PL

6-Etiologies

A-VOMISSEMENTS AIGUES

1-Causes digestives :

-Urgences médico-chirurgicales:

- Occlusion intestinale aigue.
- Péritonite aiguë.
- Infarctus mésentérique.
- Appendicite aigue.
- Pancréatite aiguë ou poussée de PC.
- Colique hépatique et ses complication.

-Causes médicales:

- Intoxication alimentaire. -Hépatite aiguës. -Gastro-entérite aiguë.

2-Causes extradigestives :

-Causes médicamenteuses

- Chimiothérapie
- Antibiotiques(macrolides, métronidazole)
- AINS/5ASA
- Antituberculeux
- Radiothérapie
- Digitaliques

- Intoxication alcoolique

-Intoxication au CO

-Causes neurologiques

- Méningite
- Hémorragie méningée
- HIC
- Migraine
- Syndrome vestibulaire

-Causes métaboliques et endocriniennes:

- Acidocétose diabétique:
- Hypercalcémie
- Dysthyroïdie
- Insuffisance rénale aiguë
- Insuffisance surrénale aiguë

-Causes gynécologiques:

- Grossesse extra utérine
- Salpingite
- Torsion d'un kyste ovarien

-Causes cardiaques: IDM

-Autres: glaucome aigu, mal de transport, , colique Néphrétique, rétention d'urines, hématome rétro-péritonéal.

2) Vomissements Chroniques

A. Enquête étiologique

Interrogatoire

- Vomissements pendant plus de 7 jours.
- Caractères des vomissements
- Terrain
- Signes d'orientation

Para clinique

- FOGD(biopsies)+++ ,ASP,TOGD, écho abdominale voire TDM
- Si (-) => exploration fonctionnelle

B. Etiologies

1) Causes digestives

-Sténose antro-pylorique ou duodénale

-Vomissements post prandiaux tardifs ,clapotage à jeun, sensation de plénitude épigastrique.

-FOGD + biopsies

-Etiologies: Ulcère bulbaire ou antral,cancer antral, fundique, compression extrinsèque

-Sténose du grêle:

-Notion de tableau sub- occlusif,vomissements bilieux ou fécaloïdes

-Météorisme abdominal

-ASP/ Transit du grêle/ EntéroTDM/ entéroscopie poussée+biopsies

-Etiologies

- Tumorales: lymphomes, ADK, Tm endocrines.

- Inflammatoire: maladie de CROHN

- Tuberculose, sténose médicamenteuse, entérite radique

- Extrinsèques: carcinose péritonéale, brides post-operatoires.

-La Gatroparésie : Trouble fonctionnel digestif

-FOGD: stase sans sténose

-TOGD

-Scintigraphie gastrique réalisée par un repas marqué

-Causes:

- Diabète
- Amylose digestive
- Sclérodermie
- Lupus érythémateux disséminé
- Idiopathique

-Pseudo obstruction intestinale chronique :

- Sub occlusions à répétition entrecoupées de périodes de rémission de durée variable
- ASP: Niveaux hydro aériques
- Diagnostic : faisceau d'argument: clinique, morphologique.
manométrique (+++)

-Causes :

- Endocriniennes:hyperparathyroïdie,Phéochromocytome
hypothyroïdie, diabète.
- Neurologique: parkinson
- Musculaire
- Primitive

2)Causes extra digestives

Causes neurologiques:Migraine,Vertige de Meniere,HIC

Causes psychogènes:Anorexie mentale,Hystérie

7-Traitement

Traitement des complications

Traitement étiologique

Traitement symptomatique

1) *Traitement symptomatique*

- *Prokinétiques*

1-Primpéran (Métoclopramide):

CI: maladie de Parkinson, hyper-prolactinémie

N'est pas CI en cas de grossesse

2-Motilium (dompéridone)

3- Neuroleptiques phéno-thiazidiques

-Vogalène, Plitican

Effets anticholinergiques

CI: glaucome aigu, hypertrophie bénigne de la prostate

Sétrons

- Action centrale
- Antagoniste des récepteurs 5 HT3 de la sérotonine
- Indication: post-chimiothérapie et radiothérapie

Antihistaminiques H1

- Indiqués dans le mal du transport
- Dramamine, Nautamine

2) Traitement étiologique : selon l'étiologie

8-Conclusion

- Motif fréquent de consultation.
- Etiologies diverses.
- On distingue les vomissements aigus et chroniques.
- Le traitement repose sur un traitement des désordres hydro électrolytiques, symptomatique et étiologique.