

VOMISSEMENTS CHEZ L'ENFANT

Dr Moufida DJALLEB
Maitre assistante en Pédiatrie.
Service de Pédiatrie

Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine

I- INTRODUCTION

A- DÉFINITION

C'est le rejet par la bouche du contenu gastrique et / ou intestinal, volontaires ou non, il s'accompagne d'une participation de la musculature abdominale.

B- INTERET

Symptôme très fréquent en pédiatrie

Les étiologies sont nombreuses

Sa gravité réside dans le retentissement général

Le principe :

Procéder à une enquête étiologique précise

Éliminer une urgence médicale ou chirurgicale

II- DIAGNOSTIC POSITIF

Facile : Lorsqu'on assiste au vomissements → L'ANALYSE SEMIOLOGIQUE

Difficile : Lorsque l'histoire clinique est rapportée par les parents

III- DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Régurgitations : Rejets alimentaires post-prandiaux sans effort accompagnant le rot physiologique

Mérycisme : La rumination volontaire répétée ou automatique d'un aliment. Il s'agit d'un trouble du comportement psychologique touchant l'enfant d'âge pré scolaire

La vomique : Expectoration brutale et abondante de pus ou de sérosités d'origine bronchique

IV- DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

Clinique :

Déshydratation: Perte de poids FA déprimée, excavation des globes oculaires, pli cutané Collapsus, choc et hypo volémie, trouble de la conscience

Bronchopneumopathie d'inhalation: Accès de toux, cyanose, dyspnée, infections broncho-pulmonaires à répétition

Dénutrition: Retard staturo-pondéral, diminution du pannicule adipeux, pâleur cutanéomuqueuse, trouble des phanères

Paraclinique :

- ❖ Trouble hydro électrolytique et acido-basique:
 - Hémococoncentration
 - Insuffisance rénale aigue fonctionnelle
 - Ionogramme sanguin :hypo Na⁺,K⁺ Cl⁻
 - Osmolarité sanguine augmentée
 - Gazométrie : alcalose métabolique
 - Osmolarité urinaire augmentée

❖ Signes d'hypokaliémie:

ECG : Apparition de l'onde U, aplatissement de l'onde T Extrasystoles, fibrillation auriculaire

ASP : Iléus paralytique

❖ Retentissement nutritionnel:

Ionogramme : hypo Na⁺ ; hypo k⁺

Bilan hépatique: PT bas, Alb bas , TG bas Anémie carencielle

❖ Radiologie

Rx thorax : pneumopathie ; rachitisme

Rx du poignet gauche : retard d'ossification

V- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
1- ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

A/ Anamnèse

- Age et date d'apparition
- Caractères des vomissements :
 - Nature : alimentaire ; bilieux ; sanguin ; fécaloïde
 - Volume : petite abondance ou VMS massif
- Modalité de survenue : sans effort ; changement de position
- Mode évolutif au cours de la journée ; la fréquence
- **Régime** : Quantité , Qualité; notion d'introduction d'un nouvel aliment, date et la chronologie de la diversification alimentaire
- **Notion de contagé** : infectieux ou de syndrome infectieux : fièvre ; frisson
- **Signes d'accompagnement:**
 - Comportement: cris, agitation, sensation de malaise
 - Signes digestifs: trouble de transit; météorisme; arrêt des matières et des gaz; douleurs abdominales; hémorragies digestives
 - Autre : signes neuro-méningés....
 - Hépatomégalie : maladies métaboliques.

B/ Examen clinique :

- L'état général : État d'hydratation : FA , yeux , plis cutané
- Etat nutritionnel : poids , taille , PC , pannicule adipeux , masse musculaire
- Examen digestif:
 - * météorisme abdominal ; ondulation péristaltique
 - * masse ; défense ; HPM; SPM; orifices herniaires
 - * TR
- Examen neurologique: des signes méningé, HIC
- Examen pleuro pulmonaire et cardiovasculaire
- Examen ORL : angine; rhinopharyngite; laryngite; otite....
- Examen urogénital

- Examen ostéo-articulaire: ostéomyélite....

C/ Examens complémentaires :

- **Biologie:** FNS, CRP, glycémie, HMC PL, ECBU, coproculture, bilan hépatique, tubage gastrique à la recherche de toxique
- **Radiologie :** Rx du thorax; ASP, Échographie abdominale, fibroscopie, TOGD, ETF, scanner, FO, RX du crâne, EEG, ECG.

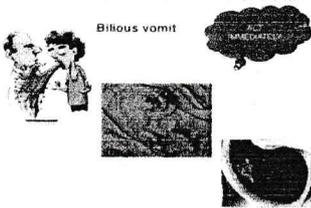
2- RESULTATS DE L'ENQUETE :

Période néonatale

1.1 Les vomissements sanglants :

- Sang maternel dégluti : crevasses chez la mère.
- Maladie hémorragique.
- Ulcère de stress.
- Septicémie avec CIVD.
- Œsophagite néonatale

1.2 Les vomissements bilieux



Maitre symptôme des malformations obstructives congénitales, les vomissements bilieux doivent être considérés comme une urgence chirurgicale jusqu'à preuve du contraire.

1. Occlusions duodénales :

- Obstacle complet : atrésie.
- Obstacle incomplet : sténose, pancréas annulaire.
- Dans le 1/3 des cas surviennent chez les mongoliens, les vomissements sont bilieux avec un abdomen plat. La radiographie sans préparation de l'abdomen montre une image en double bulle gastrique et duodénale en amont de l'obstacle.

2. Atrésie du grêle : iléale ou jéjunale.

Vomissement bilieux avec ballonnement d'autant plus important que l'obstacle est situé. La radiographie sans préparation de l'abdomen montre des niveaux hydroaériques avec absence d'air en aval.

3. Volvulus total du grêle sur anomalie de rotation méésentérique.

4. Iléus méconial.

5. Entérocolite ulcéro-nécrosante :

Elle touche le prématuré réalisant des lésions ischémiques du tube digestif après anoxie néonatale. Elle se manifeste par des vomissements bilieux avec parfois perforation intestinale. L'abdomen sans préparation montre une pneumatose intestinale

Les vomissements alimentaires

1. Erreur diététique.
2. Intolérance alimentaire aux protéines de lait de vache
3. Reflux gastro-œsophagien avec ou sans hernie hiatale
4. Sténose hypertrophique du pylore
5. Infections néonatales
6. Maladies métaboliques :
 1. Galactosémie:
 2. Fructosémie
 3. Phénylcétonurie.
7. Le syndrome de perte de sel : Hyperplasie congénitale des surrénales.

Chez le nourrisson :

Vomissements aigus

Causes médicales :

Erreur diététique : À mettre en évidence par un interrogatoire soigneux

GEA : La notion de contagé et l'association avec une fièvre ou une diarrhée sont des signes évocateurs

Infection bactérienne : Avec ou sans atteinte méningée

- ⊙ La fièvre et AEG de l'enfant sont des signes évocateurs; sauf en cas d'infection urinaire où la fièvre fait souvent défaut
- ⊙ Le diagnostic est posé grâce au bilan infectieux: HMC; PL....

Intox médicamenteuse :

Là aussi l'interrogatoire est essentiel

- ⊙ Les drogues les plus en cause sont: vitamine A et D; l'acide acétyl salicylique; la théophylline; la digoxine
- ⊙ Et en dehors des médicaments l'intoxication au CO est à envisager

Causes chirurgicales :

Les causes chirurgicales des vomissements ne sont pas les plus fréquentes chez le nourrisson et cela rend le diagnostic souvent difficile à poser

Toute suspicion d'une cause chirurgicale devra faire observer l'enfant au moins quelques heures en milieu spécialisé sans hésité à réaliser des examens complémentaires: ASP; un bilan biologique ou une échographie abdominale

Invagination intestinale aigue (IIA) :

- ⊙ Peut présenter un tableau particulier qui associe: des douleurs abdominales brutales et intenses; agitation; cris; pâleur; sueurs alternés avec des périodes d'accalmie
- ⊙ L'examen clinique peut trouver le boudin d'invagination, une masse élastique située sous le bord libre du foie; avec une FID libre
- ⊙ Le TR peut ramener du sang
- ⊙ Devant la suspicion d'une invagination intestinale le diagnostic peut être confirmé par une échographie qui peut mettre en évidence des images typiques: en cocarde(de face) et en cupule (profil)
- ⊙ La réduction peut être obtenue par le lavement baryté; et en cas d'échec elle doit être réalisée chirurgicalement

Appendicite aigue :

- ⊙ Diagnostic souvent difficile
- ⊙ L'examen clinique de l'abdomen et le TR; la FNS et l'échographie peut aider au diagnostic
- ⊙ Le traitement est chirurgical

Autres :

Ce sont les autres étiologies chirurgicales à prendre en urgence dans un service de chirurgie infantile

Volvulus du grêle

Torsion du testicule

Torsion de l'ovaire

Hernie étranglée

Vomissements Chroniques :

Médicales :

A/ Hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) :

- ⊙ C'est l'urgence endocrinienne type
- ⊙ Elle survient chez le N né et le jeune nourrisson
- ⊙ C'est le syndrome de perte de sel par un déficit en 21 hydroxylase
- ⊙ Se présente par des vomissements subaigus à chroniques chez un enfant geignard; en mauvais état général; déshydraté et/ou dénutri
- ⊙ Toujours penser à examiner les OGE de l'enfant: ambiguïté ou cryptorchidie chez le garçon
- ⊙ Le diagnostic rapide se fait par le dosage de Na⁺ et Cl⁻ dans les urines qui sont élevés et le dosage de 17-OH progestérone plasmatique qui est très élevée
- ⊙ La natrémie et la chlorémie sont basses alors que la kaliémie est très élevée
- ⊙ Le traitement comporte l'association d'hydrocortisone; de 9 alpha fluoro-hydrocortisone; de NaCl et une réhydratation en cas de déshydratation

B/ Maladies métaboliques :

1- la galactosémie congénitale:

- Déficit en galactose-1- phosphate uridyli transférase
- Se manifeste dans sa forme majeure par des vomissements accompagnés d'un ictère; HPM; puis d'une cataracte et d'un arrêt de la croissance somatique
- Le traitement fait appel à la diète sans galactose et ses précurseurs surtout le lactose

2- la fructosémie congénitale:

- Déficit en fructose-1- phosphate aldolase hépatique
- Les vomissements sont souvent plus tardifs associés à une HPM; un ictère; un retard de croissance en taille et à des accidents d'hypoglycémie
- Le traitement consiste en un régime d'exclusion du fructose et de ses précurseurs

C/ Intolérances alimentaires :

1- Allergie aux protéines de lait de vache:

- peut se manifester par des diarrhées et/ou des vomissements chroniques
- Envisager ce Dc même devant des vomissements isolés; surtout s'ils coïncident avec le sevrage
- S'associent à une mauvaise prise du poids et l'anamnèse peut retrouver un terrain allergique familial ou un eczéma chez le nourrisson

2- la maladie cœliaque:

- Les vomissements apparaissent quelque semaines après introduction du gluten
- Il faut se méfier en cas de vomissements même isolés de la maladie cœliaque dans sa forme vomitive
- Le Dc se fait par dosage des Ac (anti trans-glutaminases.....) et par la biopsie jéjunale

D/ Reflux gastro-oesophagien (RGO) :

- ❖ Passage involontaire du contenu gastrique dans l'œsophage .c'est un dysfonctionnement de l'œsophage distal lié à une anomalie de contrôle hormonal ou vagal
- ❖ C'est la cause la plus fréquente des vomissements chez le nourrisson et le jeune enfant.
- ❖ On y pense devant des vomissements post – prandiaux en général faciles, survenant aux changements de position ou au coucher. Les symptômes sont différents selon l'âge. Il peut se révéler par une pathologie respiratoire par inhalation pulmonaire, malaise grave, ou un retard staturo – pondéral
- ❖ Le plus souvent c'est un RGO simple sans retentissement sur l'état général. Et qui disparaît à l'âge de 2ans
- ❖ On parle de RGO compliqué devant tout RGO persistant après 2ans ou ne répondant pas au traitement; ou devant la présence des signes d'œsophagite
- ❖ Les complications à craindre sont: œsophagite peptique; hématomésés; les sténoses peptiques; les broncho-pneumopathies à répétition...

Le diagnostic se fait par :

*le Transit oeso-gastro – duodéal (TOGD) qui identifie une malposition cardiotubérositaire ou une sténose.

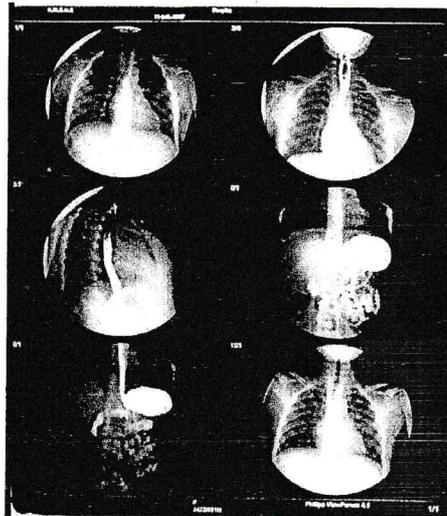
*l'endoscopie : en présence d'une hématomésè ou d'une dysphagie ou d'une anémie qui évoquent une œsophagite.

*La PH métrie qui quantifie le reflux et teste l'efficacité du traitement.

*La manométrie qui mesure la pression du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)

- ❖ Le traitement repose sur les mesures hygiéno-diététiques associé ou non à un traitement médical (anti reflux et pansement gastrique)

- ❖ Le recours au traitement chirurgical est parfois nécessaire en cas de présence de malformation associées ou de trouble majeurs de la motilité œsophagienne ou en cas de résistance au traitement conservateur bien conduit
- ❖ RGO évolue spontanément vers la guérison avec l'âge : il s'améliore nettement vers 10 MOIS (quand il commence à s'asseoir) puis disparaît avec l'acquisition de la marche vers 18 MOIS. Certaines formes se prolongent jusqu'à 4ans.



E/ Maladies rénales :

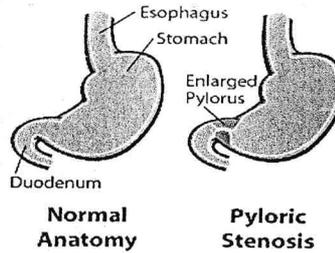
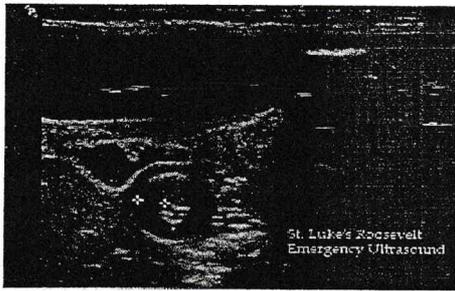
- ❖ Infections urinaires; pyélonéphrites; malformations rénales avec ou sans insuffisance rénale peuvent donner des vomissements chroniques chez les enfants avec anorexie; croissance ralentie et parfois pâleur et anémie
- ❖ L'ECBU doit donc toujours être pratiqué chez des enfants avec vomissements chroniques

F/ Infectieuses:

Chirurgicales :

A/ Sténose hypertrophique du pylore (SHP):

- ⊙ C'est l'hypertrophie du muscle circulaire du pylore; c'est un myome développé autour du pylore d'étiologie imprécise qui va progressivement sténoser la lumière pylorique
- ⊙ 1/5000 naissance; $\frac{3}{4}$ chez le garçon; et touche plus fréquemment les premiers nés et les prématurés
- ⊙ Clinique: Après un intervalle libre de 3 à 5 semaines de vie, chez un garçon, surviennent des vomissements alimentaires; postprandiaux tardifs; facile en jet; abondants et jamais bilieux et laissant l'enfant affamé et réclamant à nouveau
- ⊙ Pas de fièvre et l'enfant est parfois constipé et garde un ictère prolongé
- ⊙ olive pylorique pathognomonique à la palpation; une voussure épigastrique; une notion de clapotage à jeun ainsi que des ondes péristaltiques visualisées transversalement de gauche à droite. Le ionogramme sanguin montre une alcalose hypochlorémique et hypokaliémique
- ⊙ Le diagnostic de certitude est posé par l'échographie abdominale
- ⊙ Le traitement est chirurgical: pylorotomie longitudinale extra muqueuse



B/ Les autres causes chirurgicale

Les occlusions partielles: diaphragme duodéal
Les subocclusions

Chez l'enfant

Vomissements aigus

Causes médicales

Les infections
Intoxication médicamenteuse

Causes chirurgicales

Invagination intestinale aigue
Appendicite aigues
Volvulus du gréle
Hernie étranglée
Torsion de l'ovaire
Torsion du testicule

Vomissements chroniques

En plus des étiologies citées chez le nourrisson, pour cette tranche d'âge il faut penser à:

❖ L'hypertension intracrânienne

- L'enfant se plaint de céphalées associées et les vomissements surviennent surtout le matin au réveil
- Evoquer alors une possible tumeur cérébrale et pratiquer un examen neurologique minutieux et des examens complémentaires: TDM; Fo

❖ Les vomissements acétonique de l'enfant

Suite à une cétose par apport insuffisant des éléments de la néoglucogénèse

Survient chez l'enfant de 2 à 5 ans

Le début est rapide; succédant parfois à un épisode fébrile et s'accompagne d'une anorexie

L'examen clinique est normal

On note une odeur acétonique de l'haleine et une hypoglycémie modérée

La guérison est obtenue par la prise per os de solutés sucrés

La mauvaise tolérance de certains sujets au jeune par déficit de substrat de la néoglucogénèse

❖ Les vomissements cycliques de l'enfant

- Considérés comme des équivalents migraineux
- Plus fréquent chez les filles que chez les garçons
- La moyenne d'âge est de 7ans
- Ce sont des épisodes récurrents de VMS durant Qq heures à Qq jours pendant lesquels l'enfant s'alimente peu ou pas du tout; est en retrait social; évite les stimuli sonores et visuels
- L'examen clinique et la croissance sont normales
- Certains auteurs propose le traitement antimigraineux; des anti émétiques ou des anti épileptiques au long cours
- L'évolution est le plus souvent favorable en période de pré adolescence

❖ Les vomissements provoqués

- Survient sur des causes psychoaffectives variables
- C'est un diagnostic d'élimination
- Nécessite une prise en charge psychologique de l'enfant et de ses parents

VI- Prise en charge:

1- Mesures hygiéno-diététiques:

- Traitement postural : position proclive dorsale (30-45°)
- Fractionnement des repas
- Epaississement des biberons : laits AR
- Si nourrisson diversifié : Eviter les aliments acides ou trop gras
- Eviter le tabagisme passif

2- traitement médical:

A- les antiémétiques:

- Prokinétique : Domperidone (Motilium®) (sirop 2,5mg/ml) : 2mg/kg/j en 4 prises 15' avant les repas
- Métoclopramide (Primpéran®): 0.1mg/kg; 3fois/j. 20min avant les repas

B- les pansements gastriques:

- Gaviscon® Alginate : Gaviscon sirop (si âge < 3mois : 2ml/kg/j en 4 fois ; si âge 3-18 mois : ½ càcx4/j ; si âge>18 mois : 1càcx4/j) à donner 1h après les repas
- Bedelix®, Smecta®

C- les anti sécrétoires gastriques :

Oméprazole 1mg/kg/j en 1 prise matinale en mélangeant les granules gastroprotégées à de la compote ou du yaourt →indications des anti-sécrétoires gastriques: ® RGO acide documenté par pH-métrie (4 semaines de trt) ® Œsophagite (2 mois de trt puis contrôle FDH) ® Manifestations extra-digestives d'un RGO documenté par pH-métrie (3 mois de trt)

Ranitidine : 10-15mg/kg/j

3- TRT étiologique

- Antibiotiques adaptés pour les **causes infectieuses**

- **RGO:** traitement médical; sinon traitement chirurgical (indications chirurgicales d'emblé : hernie hiatale volumineuse ou sténose peptique sévère)
- **Intolérances alimentaires:** régimes adaptés
- **Maladies métaboliques:** régimes adaptés
- **Hyperplasie congénitale des surrénales:** l'association d'hydrocortisone; de 9 alpha fluoro-hydrocortisone; de NaCl et une réhydratation en cas de déshydratation
- **Les occlusions intestinales et les autres causes chirurgicales:** traitement chirurgicale
- **Sténose hypertrophique du pylore:** pylorotomie longitudinale extra muqueuse
- **Les vomissements provoqués:** Nécessite une prise en charge psychologique de l'enfant et de ses parents
- En cas de vomissements isolés; sans autres signes et sans retentissement sur l'état général; il est possible de traiter l'enfant d'une manière symptomatique

4- Traitement des complications

- Correction des troubles hydro-électrolytiques par réhydratation selon le schéma national
- **Prise en charge de la dénutrition:** régime hyper protidique; hyper calorique
- Traitement des manifestations respiratoires: kinésithérapie; ATB
- Correction d'une anémie; supplémentation en oligoéléments

VII- CONCLUSION

- Les vomissements sont un motif fréquent de consultation, pouvant être révélateur d'une affection grave, d'où la nécessité de rechercher toujours une étiologie avant tout traitement symptomatique
- La prévention joue un rôle important surtout dans les erreurs diététiques et le respect des règles d'hygiène