

# **Conduite à tenir devant un vomissement chez l'enfant (nouveau né exclu)**

---

**Présenté par : Dr F. ABDELAZIZ**

**Dirigé par : Pr H. ALLAS**

**Avril 2007**

# PLAN DE TRAVAIL

---

- ❑ **INTRODUCTION** : Définition, Intérêt
  - ❑ **PHYSIOPATHOLOGIE**
  - ❑ **RECONNAITRE LES VOMISSEMENT**
  - ❑ **ELIMINER CE QUI N'EST PAS UN VOMISSEMENT**
  - ❑ **DIAGNOSTIC DE GRAVITE**
  - ❑ **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**
  - ***Enquête étiologique***
  - ***Résultats de l'enquête***
  - ✓ *Chez le nourrisson* : Vomissement; occasionnels, habituels
  - ✓ *Chez l'enfant de plus de 2 ans* : Vomissement; occasionnels, habituels
  - ❑ **TRAITEMENT**
  - ❑ **CONCLUSION**
-

# INTRODUCTION

---

## □ Définition :

Rejets alimentaires ou non, gastriques et/ou intestinaux, provoqués par la contraction des muscles abdominaux et l'antipéristaltisme gastrique.

## □ Intérêt :

- fréquence
  - Étiologies multiples
  - Gravité (retentissement)
  - Prévention
-

# PHYSIOPATHOLOGIE

---

## ❖ **Fonctionnement particulier de la jonction œsogastrique:**

- Importance de la déglutition d'air
- Faiblesse de la tonicité du cardia
- Violence de l'antipéristaltisme gastrique

## ❖ **Répétition, abondance et prolongation:**

- Déshydratation
  - Dénutrition
-

# RECONNAITRE LES VOMISSEMENT

---

- **Diagnostic facile** : si le médecin assiste aux vomissements
  
  - **Diagnostic difficile** : rapporté par les parents
-

# ELIMINER CE QUI N'EST PAS UN VOMISSEMENT

---

- ❑ **Régurgitation** : postprandial, sans effort
  - ❑ **Mérycisme** : régurgitation volontaire, rumination, trouble affectif.
  - ❑ **Pseudo vomissement** : pathologie œsophagienne
  - ❑ **Vomique** : expectoration du contenu d'une cavité intra thoracique
-

# DIAGNOSTIC DE GRAVITE (1)

---

## Vomissement

- ✓ à début brutal,
- ✓ incoercibles, permanents,
- ✓ bilieux, sanglants, fécaloïdes,
- ✓ avec intolérance alimentaire absolue.

## Altération de l'état général :

- ✓ fièvre,
  - ✓ amaigrissement, déshydratation,
  - ✓ teint gris, fontanelle déprimée ou bombée,
  - ✓ troubles de la conscience, du tonus.
  - ✓ Abdomen douloureux et/ou météorisé
  - ✓ Transit irrégulier (diarrhée, arrêt des matières et des gaz, rectorragie)
-

# DIAGNOSTIC DE GRAVITE (2)

---

## Conduite à tenir :

- ✓ Hospitalisation en urgence
  - ✓ Biologie en urgence (NFS, ionogramme sanguin et urinaire, glycémie, glycosurie, cétonurie, calcémie, phosphorémie),
  - ✓ ASP et RP
  - ✓ Restaurer l'état général
  - ✓ Enquête étiologique rapide
-



# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

---

## **1. Enquête étiologique**

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Examens complémentaires

# Interrogatoire (1):

---

- ❑ **caractéristiques des vomissements proprement dits**
    - ✓ **type** : abondance, effort, explosif en jet, douleur
    - ✓ **aspect** : alimentaire, hémorragique, bilieux ou fécaloïde.
    - ✓ **Fréquence**
    - ✓ **Horaire** (prise alimentaire)
    - ✓ **modalités de survenue** : position, contrariété, toux, effort
    - ✓ **ancienneté** : aigus, chronique, intervalle libre depuis la naissance
  
  - ❑ **autres troubles digestifs associés**
    - ✓ constipation
    - ✓ diarrhée
    - ✓ arrêt des matières et des gaz, météorisme
    - ✓ douleurs abdominales
    - ✓ modifications de l'appétit ; conservation, anorexie, alimentation refusée ou douloureuse.
-

# Interrogatoire (2):

---

## **régime alimentaire**

- ✓ mode de préparation, reconstitution du lait artificiel.
- ✓ quantité, apport calorique, nombre de prise
- ✓ nature des aliments, date d'introduction (PLV, gluten).
- ✓ Changements diététiques

## **circonstances de survenue et contexte clinique**

- ✓ Age de l'enfant
- ✓ Retentissement nutritionnel, biométrie, plis cutanés, déshydratation.
- ✓ Retentissement respiratoire : toux, polypnée, broncho-pneumopathie.
- ✓ Douleurs thoraciques
- ✓ Odeurs acétonémique de l'haleine
- ✓ Hépatomégalie, Splénomégalie
- ✓ Syndrome infectieux : fièvre, rhinorrhée, otalgies
- ✓ Signes neuroméningés : état de conscience, convulsions, troubles du tonus, troubles oculaires, céphalées, état de l'activité

## **Antécédents**

- ✓ Médicochirurgicaux, obstétricaux, néonataux
  - ✓ prise médicamenteuse, contexte socio familial
-

# Examen clinique :

---

## **retentissement sur l'état général**

- ✓ pouls, TA, Ture
- ✓ courbe staturo-pondérale
- ✓ Déshydratation

## **Éléments d'orientation étiologique :**

- ✓ **Signes abdominaux :** Inspection, Palpation (défense, contracture, hépato splénomégalie, masse abdominale), toucher rectal, exploration des orifices herniaires
  - ✓ **Examen somatique :** signes
    - Respiratoire et ORL
    - cardiovasculaire
    - neurologique
    - cutanés
    - urinaires
-

# Examens complémentaires :

---

- ❑ **appréciation du retentissement des vomissements chroniques**
    - ✓ ionogramme sanguin, azotémie, taux de protides totaux
    - ✓ NFS, recherche de cétose
    - ✓ RP
  
  - ❑ **recherche étiologique** : selon l'orientation clinique
    - ✓ **Digestive** : amylase, transaminases, BRB T et C, PAL,  $\gamma$ -GT, ASP, opacifications aux hydrosolubles (estomac, colon), endoscopie haute, écho abdominale, parasitologie des selles et coproculture ;
    - ✓ **Infectieuse** : NFS, VS, hémocultures, CRP, RP, examen ORL, écho vésicorénale, UIV;
    - ✓ **Neurologique** : FO, PL, EEG, radiographie de crâne, ETF, voire TDM, IRM
    - ✓ **Toxique ou métabolique** : gaz du sang (oxymétrie, pH sanguin), créatininémie, ionogramme sanguin et urinaire, glycémie, ammoniémie, glycosurie et cétonurie, dosage de toxiques (médicaments, plombémie, oxyde de carbone...).
    - ✓ (Retentissement + enquête) négative → cause **psychologique** possible
-

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

---

## 2. Résultats de l'enquête :

- ❖ *Principales causes chez le nourrisson*
- Vomissement occasionnels
- Vomissements habituels

# Vomissement occasionnels (1) :

---

## ■ Infections aiguës

- ✓ gastro-entérites
  - ✓ infections respiratoires, ORL
  - ✓ méningite purulente (vomissements fébriles), PL
  - ✓ infection urinaire (bandelette urinaires multiréactive)
  - ✓ hépatite virale
-

# Vomissement occasionnels (2) :

---

## ■ Causes chirurgicales

### □ invagination intestinale aigue

- ✓ Fréquente, NRS 4-9 M
- ✓ Primitive
- ✓ Début brutal : crise paroxystique (pâleur+rectorragie)
- ✓ FID : boudin d'invagination
- ✓ ASP, échographie, lavement opaque ou à l'air (diagnostic et thérapeutique si échec chirurgie)

### □ appendicite aigue du nourrisson

- ✓ Rare, tableau atypique→ diagnostic tardif

### □ autres causes

- ✓ Etranglement herniaire, Péritonite aigue, torsion du testicule
-



# Vomissement occasionnels (3) :

---

## ■ Causes neurologiques : rare

- HIC (vomissement matinaux, en jet) → FO, TDM
- ✓ Hématome sous dural post traumatique, tumeur,
- ✓ HIC médicamenteuse, hydrocéphalie congénitale, craniosténose

## ■ Causes toxiques :

- ✓ Médicamenteuse (dose correcte mal supportés, surdosage, intoxication iatrogène chronique)
- ✓ Produits ménagers ou industriels

## ■ Erreurs diététiques :

- Suralimentation : « forcing alimentaire »
  - Sous-alimentation :
-

# Vomissements habituels (1):

---

## ■ Causes digestives

### □ Vomissements fonctionnels

- ✓ dyskinésie par aérogastrie
  - ✓ hypokinésie gastrique (post prandiaux tardifs, anorexie, hypotrophie, infection)
  - ✓ hyperkinésie gastrique de l'enfant au sein (précoce+diarrhée post prandiale)
  - ✓ plicature gastrique (Vom alim, capricieux, intervalle libre, irrégulier, ASP : image en double poche à air gastrique)
-

# Vomissements habituels (2):

---

## □ Reflux Gastro-Œsophagien :

- ✓ Dysfonctionnement du bas œsophage
  - ✓ Vom précoce (1ers jours de vie), post prandiaux (+/- tardifs) favorisés par Changement de position, décubitus
  - ✓ Régurgitations
  - ✓ Oesophagite peptique
  - ✓ Manifestations extradigestives : (pulmonaire ; toux chronique, broncho-pneumopathies récidivantes, asthme / ORL ; laryngite, otite, rhinopharyngite/ retard pondéral / malaise paroxystique)
  - ✓ TOGD, Endoscopie, pH-métrie, manométrie
  - ✓ Evolution favorable sous traitement médical
-

# Vomissements habituels (3):

---

## □ Sténose hypertrophique du pylore

- ✓ Hypertrophie obstructive des fibres lisses du pylore → entrave à la vidange gastrique
  - ✓ Garçon, premier né
  - ✓ Intervalle libre 2-8 S
  - ✓ Vom en jet, explosifs, abondant, pendant la tété ou post prandial immédiat
  - ✓ Appétit conservé, cassure de la courbe pondérale, dénutrition, déshydratation, alcalose hypochlorémique, constipation
  - ✓ Palpation : olive pylorique, ondulations péristaltiques
  - ✓ Echographie
  - ✓ Traitement chirurgical
-

# Vomissements habituels (4):

---

## Intolérance aux protéines du lait de vache

- ✓ Sevrage, antécédents allergiques familiaux
- ✓ Symptômes associés (diarrhée, rashes cutanés)
- ✓ Tests cutanés, dosage des IgE totaux et spécifiques du lait
- ✓ Test d'éviction-réintroduction

## Intolérance au gluten

- ✓ Diarrhée prolongée, cassure de la courbe pondérale (après introduction farines)
  - ✓ Etude histologique de la muqueuse jéjunale, Recherche Anticorps
-

# Vomissements habituels (5):

---

## ■ Causes extra digestives

- psycho affectives :
    - ✓ trouble de la relation mère- enfant
  - Infectieuses (infections latentes)
    - Fièvre discrète, anorexie, stagnation de la courbe pondérale, hyperleucocytose.
    - ✓ Infections urinaires+/- uropathies malformatives.
    - ✓ Infections ORL chronique (otite, antrite, ethmoïdite, adénoïdite)
    - ✓ Tuberculose
  - métaboliques et endocriniennes
    - ✓ hyperplasie congénitale des surrénales
    - ✓ galactosémie, fructosémie, acidoses métaboliques
  - cardiopathies congénitales mal tolérées
  - Insuffisances rénales chroniques
-

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

---

## 2. Résultats de l'enquête :

❖ *Principales causes chez l'enfant de plus de 2 ans:*

- Vomissement occasionnels
- Vomissements habituels

# Vomissement occasionnels :

---

## ■ **urgences chirurgicales**

- appendicite aigue
- péritonite aigue
- étranglement herniaire
- occlusion intestinale
- invagination intestinale aigue

## ■ **l'adénolymphite mésentérique**

## ■ **gastro entérites**

## ■ **infections (ORL +++ )**

## ■ **syndrome de Reye**

- ✓ vom incoercibles, encéphalopathie aigue, convulsions
  - ✓ stéatose hépatique, hypoglycémie, hyperammoniémie, transaminases élevés
-



# Vomissements habituels

---

## ■ causes digestives

- RGO, Ulcère, Parasitoses

## ■ causes neurologiques

- Migraine, épilepsie, processus expansif intracrânien

## ■ vomissements périodiques ou acétonémiques

- ✓ Vom récidivants chez le même enfant (2-10 ans)
  - ✓ Circonstances identiques : jeûne, excès de graisse, voyage, infection rhinopharyngé
  - ✓ Dgc : Odeur de l'haleine, cétonémie, cétonurie, dysrégulations glycémiques
  - ✓ Traitement : réhydratation, antispasmodiques, triple compensation
-

# TRAITEMENT

---

Traitement symptomatique

Traitement étiologique

# Traitement symptomatique

---

## ☐ **Traitement postural**

- ✓ Mise en orthostatisme
- ✓ Plan incliné
- ✓ Durée : 24/24 h → post prandial (1-2h)
- ✓ Mise en procubitus

## ☐ **Mesures diététiques**

- ✓ Épaississement des repas
- ✓ Farines (graines de caroube, pectines)
- ✓ Fractionnement des repas

## ☐ **Traitement médicamenteux**

- Antiémétiques
  - ✓ Métopimazine (Vogalène®) : 1mg/kg/j
  - ✓ Dompéridone (Motilium® Périidys®) : 1 à 2 mg/kg/j
  - ✓ Cisapride (Prépulsid®) : 0.8 mg/kg/j
  - anti spasmodiques
  - ✓ Trimébutine (Débridat ®) : 5mg/kg/j
  - ✓ Pipital pédiatrique phénobarbital : 5 à 10 gtte/kg/j
-

# Traitement étiologique

---

## □ **Traitement médical du RGO**

- ✓ traitement postural
  - ✓ Mesures diététiques
  - ✓ Modificateurs du sphincter inférieur œsophagien
  - ✓ Pansements protecteurs de la muqueuse œsophagienne : Gaviscon®
  - ✓ Si échec → Traitement chirurgical
-

# CONCLUSION

---

- En pratique, toutes les affections organiques aiguës ou chroniques entraînent des vomissements chez le nourrisson.
  - Nombre d'étiologies très élevé ; un bon interrogatoire et un examen clinique soigneux → les causes les plus fréquentes, dans l'ordre : les erreurs diététiques, les infections communes du nourrisson, le reflux gastro-oesophagien et la sténose hypertrophique du pylore.
  - Les urgences chirurgicales, plus rares, et en particulier l'invagination intestinale aiguë, doivent cependant être éliminées par une hospitalisation de surveillance et/ou des examens complémentaires au moindre doute.
  - Chez l'enfant plus grand, les infections digestives et les causes psychogènes dominant.
-

# Et enfin...

---

**Merci pour  
votre  
attention!**

Dr F. Abdelaziz