

# LES VOMISSEMENTS CHEZ L'ENFANT

## **DEFINITION :**

On appelle vomissement le rejet actif du contenu gastrique en dehors par la bouche par contraction des muscles abdominaux, diaphragmatique et muscle lisse de l'estomac

C'est un symptôme fréquent chez les nourrissons en raison :

- L'importante déglutition d'air lors des repas (AEROPHAGIE)
- La moindre continence du cardia

## **DIAGNOSTIC POSITIF :**

Souvent facile quand-t-on assiste au vomissement, parfois difficile ; 3dgc différentiel doivent être éliminé :

- 1- Régurgitation : rejet alimentaire peu abondant qui accompagne l'éructation physiologique
- 2- Vomique : expectoration brutale et abondante de pus ; de sérosité ou de sang provenant d'une cavité naturelle ou néoformée du thorax après effraction de cette cavité dans une grosse bronche
- 3- Mérycisme : conséquence d'un trouble grave du comportement ; les aliments dégluties sont à la suite d'un effort volontaire remonté dans la bouche avec ou sans mastication puis recracher ou de nouveau dégluti

## **EXAMEN CLINIQUE :** triple but

- 1- Apprécier le retentissement des vomissements sur l'état général :
  - Existence de signe de déshydratation
  - Existence de signe de dénutrition (le poids est u éléments important a préciser)
- 2- Apprécier le retentissement des vomissements sur la fonction respiratoire :
  - Notion des fausses routes
  - Notion de bronchpneumopathies a répétitions
- 3- Préciser l'étiologie :
  - Interrogatoire :
    - Condition de survenue : mode de début récent ou ancien
    - Apprécier l'intervalle libre par rapport à la naissance
    - L'horaire : post prandiale immédiat ou a distance des repas
    - Fréquence des vomissements
    - Modalités d'expulsion : en jet ou lors des changements de positions
    - Nature des vomissements : alimentaire, bilieux ou sanglant
    - Régime alimentaire : mode d'allaitement artificiel, naturel, mixte
    - Contexte psychologique familial : mamans anxieuses

- Examen clinique :
  - Complet, minutieux
  - Les données anthropométriques doivent être précisées
  - Les bruits abdominaux
  - Les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée
  - Les organes génitaux externes : torsion des testicules, ambiguïté sexuelle (cryptorchidie)
  - Examiner la sphère ORL
  - Fontanelle antérieure (bombée=méningite)
  - Examen abdominal : défense, sensation évocatrice d'une olive pylorique (sténose hypertrophique du pylore) ou bout d'invagination
  - TR (fct du contexte)

Au terme de cet examen clinique soit une étiologie est identifiée et dans ce cas on fait des examens complémentaires pour la confirmer et la traiter soit aucune étiologie n'est identifiée on fait des examens complémentaires guidée par la clinique : FNS, ECBU, PL, ex ORL, ASP, écho abdominal, télé thorax, TOGD

### **ETIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE :**

#### 1- **NRS 1mois -2ans** : 2 situations

- Vomissements aigues : il faut penser
  - Urgences chirurgicales ;
    - \_ Appendicite aigue
    - \_ Invagination intestinale aigue : associe des douleurs intenses et brutales, agitation, cris, pâleurs, sueurs puis période d'accalmie  
L'examen physique peut retrouver
      - \*le boudin d'invagination : masse élastique située sous le bord libre du foie
      - \*au TR : toucher sanglant (infarctus mésentérique, témoin d'un stade tardif)
 Le dgc est confirmé par écho abdominal qui trouve une image en cocard  
TRT : lavement puis chirurgie
    - \_ Volvulus
    - \_ Hernie étranglée
    - \_ Torsion de testicule
    - \_ Péritonite
  - Si aucune cause chirurgicale n'est retrouvée penser :
    - \*En cas de fièvre :
      - \_ Infection méningée
      - \_ Infection ORL : otite, RP
      - \_ Infection urinaire
    - \*en cas d'absence de fièvre :
      - \_ Sd d'HIC en rapport avec u traumatisme, un hématome sous dural, tmr cérébral, poussée évolutive d'une hydrocéphalie, hypervitaminose
      - \_ Erreur diététique : suralimentation
      - \_ Mauvaise technique de la tété ou du biberon

- Vomissements chroniques ou répétées : 2 situations

→ NRS en bon état général : (examen normal)

- Erreur diététique
- Vmst fonctionnel

→ NRS en mauvais état général : (hypotrophique, pale, asthénique, dénutrie, DSH)

✓ Sténose hypertrophique du pylore :

- Fréquente chez les garçons
- Vmst post prandiaux tardifs en jet
- Y a un intervalle libre, débute 2-3 semaines après la naissance (dilatation de l'estomac)
- Appétit conservé
- L'examen recherchera : l'olive pylorique, clapotage a jeu, ondes péristaltiques a jour frison (onde qui ne se transmette pas, estomac qui lutte contre un obstacle)
- Le dgc peut être posé grâce à l'écho abdominal qui montre l'olive pylorique, TOGD : montre une stase a jeun, retard d'évacuation gastrique et un retard de passage de la baryte et surtout un défilé pylorique rétréci allongé et filiforme (image en flocons de neige)
- TRT médico-chirurgical : chirurgicale après réhydratation et réparation des désordres électrolytique

✓ Hernie hiatale et RGO :

- Représentent une des causes les plus fréquentes des Vmst chronique du NRS
- Les Vmst sont due sa une incontinence du sphincter œsophagien inferieur soit du faite de sa position intra thoracique soit du faite d'un dysfonctionnement
- Les Vmst sont isolées, positionnelles sr tt position allongé, sans fièvre, sans troubles du transit
- Des les premiers jours de la vie
- Le dgc est confirmer par : TOGD, PH metrie œsophagienne en continue (24h), fibro
- La fibro digestive haute objective : \* ascension du cardia (hernie)
  - \* signe d'œsophagite
  - \* opacification de l'œsophage
- TRT :
  - \* mesure hygièno diététique :
    - \_ Position déclive 30°
    - \_ Fractionnement des repas
    - \_ Epaissement des repas
    - \_ éviter les changements brutales de position
    - \_ éviter les vêtements serrés
  - \* trt symptomatique :
    - \_ Antiémétique : primperan
    - \_ Pansement gastrique
    - \_ Anti Acide

- ✓ Plicature de l'estomac :
  - Volvulus de l'estomac selon son grand axe
  - Dgc par TOGD : image en cornu
  - Régresse avec l'âge
  
- ✓ Intolérance alimentaire : si diarrhée associée
  - APLV
  - Intolérance au gluten
  
- ✓ Cause rénale :
  - Uropathie obstructive entraînant des infections urinaires a répétition
  - IRC
  
- ✓ Cause métabolique :
  - Galactosémie congénitale :
    - \_ associe : ictère, HPM, cataracte, Vmst
    - \_ due à un déficit enzymatique en galactose -1- phosphate
    - \_ TRT éviter les produits lactées
  - Fructosemie congénitales :
    - \_ Retard SP, accident hypoglycémique, HPM, ictère
    - \_ TRT : régime pauvre en fructose
  - Hyperplasie congénitale des surrénales :
    - \_ Déficit en 21 hydroxylase
    - \_ débute après un intervalle libre (qq jours-qq semaines)
    - \_ Vmst, diarrhée, anorexie
    - \_ Dgc évoqué chez une fille masculinisée ou un garçon cryptorchide
    - \_ DGC : \* 17OH progestérone très élevée
      - \*Natrémie et chlorémie basse
      - \*Potassium augmenté

## **2- chez l'enfant > 2ans :**

- Vmst aigue :
  - Avec selle normal : →en cas de fièvre : rhinite, RP, otite, infection urinaire  
→pas de fièvre : HIC
  - Avec diarrhée : GEA
  - Avec constipation : →fièvre avec des dlrs abd : \_ appendicite aigue
    - \_ Méningite aigue
    - \_ PFLA
    - \_ Adenolymphite mésentérique
  - absence de fièvre mais dlr : \_ occlusion intestinale aigue
    - \_ Invagination intestinale aigue

- Vmst chronique : même chose que chez le NRS
- Cause psychoaffectif
- Vmst acétonémique : défaut de glycogénèse et utilisation de lipides pour lutter contre l'hypoglycémie ; trt par aliments très sucrés