

## Item271-Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: <a href="#">item 345</a>	- Aigu si < 7J / chronique si > 7J - Digestif / neuro / endoc / iatrogène - Alcalose métabolique / hypokaliémie - DEC / hypoTA / IRA fonctionnelle - Pneumopathie d'inhalation +++ - Syndrome de Mallory-Weiss - Métopropramide 10mg x3/j PO - OGE / orifices herniaires / otoscopie - Chez l'enfant: fébrile ou non / foyers - Sténose hypertrophique du pylore	- Prise médicaments / alcool - Déshydratation / réhydrater - TR et orifices herniaires - Syndrome méningé / HTIC - DDR / hCG si femme jeune - IDM: ECG-tropo si FdR CV - SNG = compensation / IPP - Pesée / TRC pour nourrisson

### A. VOMISSEMENTS DE L'ADULTE

#### Généralités

##### Définition

- **Vomissement**: expulsion active par la bouche du contenu gastrique avec contractions
- **On distingue**: vomissements aigus si < 7J ≠ vomissements chroniques si > 7J
- **!! NPC avec régurgitations** = pas d'effort de vomissement ni de nausées

##### Physiopathologie

- Area postrema: « centre du vomissement » = mésencéphale (plancher du V4)
- **Influx** (facteurs déclenchant) nombreux: odeur / vue / réflexe nauséeux, etc.
- **Efférences**:
  - nerfs vague / phrénique / rachidiens = contraction → vomissement
  - stimulation SNA = signes végétatifs → nausée, pâleur, sueur

#### Etiologies

##### Vomissements aigus

- **Etiologies digestives**
  - Gastro-entérite aiguë infectieuse +++
  - Occlusion digestive ++: grêle > colon
  - **Autres**: appendicite / péritonite / colique hépatique / pancréatite aiguë, etc.
- **Etiologies neurologiques**
  - Méningite ou hémorragie méningée (syndrome méningé)
  - HTIC: sur processus expansif: HED-HSD / tumeur / abcès..
  - Vertiges: syndrome vestibulaire: périphérique ou central (AVC)
- **Etiologies métaboliques**
  - Insuffisance surrénale aiguë (ISA)
  - Acidose métabolique / acido-cétose
  - Hypercalcémie / IRA

- **Iatrogénie / toxique**
  - Iatrogène +++ : chimiothérapie / post-AG / AINS / opiacés, etc.
  - Intoxication alcoolique aiguë: à éliminer systématiquement
- **Autres étiologies**
  - Infarctus du myocarde (**IDM**): à évoquer devant tout terrain vasculaire
  - !! **Grossesse** (« fonctionnels » à T1 / rechercher une complication si T2/T3)

#### Vomissements chroniques

- **Etiologies digestives**
  - **Obstructives chroniques +++**
    - **Sténose chronique du grêle**
      - MICI: Maladie de Crohn
      - Compression extrinsèque: carcinose péritonéale ++, bride.
      - Cancer: adénocarcinome du grêle, lymphome
    - **Obstacles gastro-duodénaux**
      - UGD: sténose ulcéreuse ++
      - Compression extrinsèque: pseudo-kyste ou cancer du pancréas
      - Cancer: adénocarcinome: gastrique / duodéal / pancréas
  - **Etiologies fonctionnelles**
    - Gastroparésie = troubles de la vidange gastrique (neuropathie diabétique)
    - POIC: pseudo-obstructions chroniques de l'intestin grêle
- **Autres étiologies à rechercher**
  - **Psychiatriques +++** : mais doit toujours rester un diagnostic d'élimination
  - Chimiothérapie / Grossesse / HTIC

## Orientation diagnostique

### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain**: atcd: chirurgie digestive / diabète / FdR CV
  - **Prises**: **médicamenteuses** / caustiques / **alcool (A savoir !)**
  - **Anamnèse**: installation / évolution / **DDR** chez une femme
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser les vomissements**
      - Ancienneté (+/-1M) / évolution / fréquence / horaires (repas)
      - Type et contenu: bilieux / alimentaire / fécaloïde / sanglant
    - **Rechercher des signes associés**
      - **signes digestifs**: douleur / **arrêt M&G** / météorisme / ictère
      - **signes neurologiques**: **céphalées** / troubles de la conscience
      - **autres**: douleur thoracique (IDM) +++
- **Examen physique**
  - **Prise des constantes**: **température** / PA-FC / FR-SpO2 (**A savoir !**)
  - **Pour évaluation du retentissement**
    - **Déshydratation +++** : hypoTA / tachycardie / sécheresse (**A savoir !**)
    - Autres: dénutrition (si chronique) / troubles de la conscience
  - **Pour orientation étiologique**
    - **Examen abdominal**
      - Palpation abdominale: douleur / défense / contracture / masse..
      - Syndrome occlusif: arrêt du transit / météorisme, etc (cf [Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte.](#))
      - Palpation des orifices herniaires et **TR**: toujours systématiques (**A savoir !**)
    - **Examen neurologique (A savoir !)**
      - Syndrome **méningé**: céphalées / raideur de nuque / photophobie, etc.
      - Syndrome **d'HTIC**: céphalées / troubles oculo-moteurs / conscience
      - Autres: vertiges (syndrome vestibulaire) / migraines / glaucome aigu

### Examens complémentaires

- **Pour évaluation du retentissement**
  - **Systématique = rechercher une déshydratation**
    - **NFS**: hémococoncentration (DEC) / anémie (Mallory-Weiss)
    - **Iono-urée-créatinine**: alcalose / hypokaliémie / IRA fonctionnelle
  - **+/- selon la clinique**:
    - **Radio thorax**: pour pneumopathie d'inhalation (si fièvre / conscience)
    - **FOGD** pour Mallory-Weiss, oesophagite peptique (si hématémèse)
- **Pour diagnostic étiologique = selon la clinique**

- si vomissements aigus
  - Si orientation vers digestif
    - Bilan hépatique / lipasémie (PA) / NFS-CRP (appendicite)
    - ASP (occlusion) / échographie (appendicite) / TDM (PA)
  - Si orientation vers neuro
    - Ponction lombaire si syndrome méningé
    - TDM cérébrale si HTIC ou trauma
  - Si orientation vers métabolique
    - Glycémie et BU (acido-cétose)
    - Ionogramme / calcémie (THE)
  - !! NPO (A savoir !)
    - hCG pour grossesse: systématique si femme jeune
    - ECG et troponine si FdR CV (pour IDM inférieur)
- si vomissements chroniques
  - Si orientation vers grêle: entéroscanner ou transit du grêle
  - Si orientation vers gastro-duodéal: FOGD

## Complications

### Troubles hydro-électrolytiques +++

- **Déshydratation** extra-cellulaire (hémococoncentration / natrémie normale)
- Troubles ioniques: **alcalose métabolique** / **hypokaliémie** / hypochlorémie
- Hypovolémie: IRA fonctionnelle / hypotension voire collapsus

### Pneumopathie d'inhalation (A savoir !)

- Pneumopathie du lobe inférieur droit / germes anaérobies ++
- Syndrome de Mendelson = lRespA par inhalation de liquide gastrique

### Syndrôme de Mallory-Weiss

- = déchirure de la muqueuse oesophagienne au niveau du cardia
- → hématomèse post-vomissements (mais vomissements non sanglants)

### Rupture de l'oesophage (syndrôme de Boerhaave)

- Clinique: violente DT à la suite d'un vomissement / dyspnée
- Paraclinique: pneumédiastin à la RTx / confirmation par TDM

### Autres complications

- Oesophagite peptique (si vomissements chroniques / FOGD)
- Amaigrissement +/- dénutrition (si vomissements chroniques)
- Impossibilité de prendre un médicament vital PO

## Traitement

### Mise en condition

- Indications de l'hospitalisation
  - Déshydratation majeure (cf rehydratation IV nécessaire)
  - Echec du traitement anti-émétique: vomissements **incoercibles**
  - Empêche la prise d'un médicament vital (AVK / traitement IS..)
  - Patient diabétique (cf risque d'hypoglycémie / d'acido-cétose)
  - Etiologie nécessitant en soi l'hospitalisation (occlusion, appendicite, etc.)
- → Maintenir patient à jeun +/- pose VVP

### Traitement symptomatique

- Pose sonde naso-gastrique (SNG)
  - Si vomissements abondants / deshydratation / troubles de la conscience
  - !! NPO compensation volumique (RL) / IPP pour ulcère de stress (A savoir !)
- Rééquilibrage hydro-électrolytique
  - Réhydratation = soluté isotonique (NaCl 0.9% en IVL)
  - Hypokaliémie = supplémentation potassique (Diffu-K® ou KCl)
- Médicaments anti-émétiques
  - En 1ère intention = **PO** chaque fois que possible (sinon IV)
  - Antidopaminergiques dans le cadre de vomissements non chimio-induits
    - Dompéridone (Motilium®) **10mg x3/24h** / PO seulement
    - Métoclopramide (Primperan®) 10mg x3/24h / PO ou IV
    - Métopimazine (Vogalène®) 15-30mg/j PO / 10-20mg/j IV

Anti-émétiques dans le cadre d'une chimiothérapie (cf Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements

médicaux des cancers(chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade.)

- **corticoïdes**
  - systématique à la phase aiguë (J1) et retardée (J2-J3)
  - MP IV ou prednisolone PO / 40-60mg en 1 prise / le matin
- **anti-neurokinine 1**
  - systématique à la phase aiguë (J1) et retardée (J2-J3)
  - apripitant (Emend®) 125mg (J1) et 80mg (J2-J3) PO
- **anti-5HT3 = sétrons**
  - systématique à la phase aiguë (J1) seulement
  - Odansétron (Zophren®) 8mg PO le matin
- **anti-D2**
  - !! non efficaces en préventif / seulement en interventionnel
  - métoclopramide (Primpéran®) 10mg x3 /24h PO ou IV

**Traitement étiologique + + +**

- ABT si méningite / traitement chirurgical si appendicite ou occlusion digestive
- Hydrocortisone si ISA / biphosphonate si hyperCa / insuline si acido-cétose, etc.

**Surveillance**

- **Clinique seulement**
  - **Efficacité:** disparition des vomissements, de la DEC, etc.
  - **Tolérance:** syndrome extrapyramidal + + + , inhalation, etc.

## B. VOMISSEMENTS DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

### Etiologies

**Vomissements aigus (< 1 mois)**

- **Fébriles = étiologies médicales + +**
  - Méningite / PNA / infection ORL
  - Acido-cétose diabétique / ISA
  - Gastro-entérite virale ( + + + mais diagnostic d'élimination: **A savoir !**)
  - **Chirurgical:** appendicite
- **Apyrétiques = étiologies chirurgicales + +**
  - Invagination intestinale aiguë (IIA)
  - Hernie étranglée / torsion du testicule / volvulus
  - **Médical**
    - HTIC / HSD aigu
    - Intoxication: médicamenteuse / CO
    - Purpura rhumatoïde

**Vomissements chroniques (> 1 mois)**

- **Etiologies mécaniques + +**
  - Sténose du pylore
  - Reflux gastro-oesophagien
- **Alimentation**
  - Allergie aux protéine de lait de vache
  - Maladie coeliaque / intolérance au fructose (rare)
  - Erreur diététique (biberons trop fréquents / mal donnés)
- **Métabolique:** hyperplasie congénitale des surrénales
- **Psychiatrique:** anorexie-boulimie: diagnostic d'élimination

### Orientation diagnostique

**Examen clinique**

- **Interrogatoire**
  - **Terrain:** atcd (infectieux / digestifs): **carnet de santé**
  - **Prises:** régime alimentaire / prise de médicaments
  - **Anamnèse:** ancienneté mode d'installation / évolution
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser le vomissement**

- Horaire: par rapport aux repas (post-prandial / à distance)
- Modalités: en jet / aux changements de position
- Contenu: alimentaire / sanglant / bilieux / sécrétoire
- Rechercher des signes associés
  - **Fièvre** / anorexie (perte de l'appétit) / pâleur
  - Troubles du **transit** (diarrhée +++ ) / rectorragie
- Examen physique
  - Prise des constantes
    - **Température** / PA -FC / FR-SpO2
    - **Pesée** +++ : comparaison avec dernier poids connu (**A savoir !**)
  - Pour évaluation du retentissement
    - Rechercher signes de déshydratation +++
      - **DEC**: pli cutané / fontanelles / yeux cernés / tachycardie
      - **DIC**: sécheresse des muqueuses / soif / fébricule / hypotonie oculaire
    - Si déshydratation: signes de gravité
      - **DEC** = hémodynamiques (**TRC** > 3s / marbrures / collapsus)
      - **DIC** = neurologiques (troubles conscience / hypotonie axiale)
  - Pour orientation étiologique
    - Examen abdominal
      - Palpation abdominale / des **OGE** (cf HCS) / **orifices herniaires**
      - Recherche d'une cicatrice / HSM / masse abdominale (boudin = IIA)
      - TR pour rectorragie / fécalome (en présence et accord des parents: **A savoir !**)
    - Examen neurologique: signes de gravité (**A savoir !**)
      - Recherche d'un **syndrome méningé** (pâleur / geignard / !! apyrétique)
      - Recherche d'une **HTIC** (fontanelle bombée / PC ↑ / hypotonie)
    - Recherche d'un foyer infectieux
      - Ex. ORL: **otoscopie**: recherche otite / angine
      - Ex. pulmonaire: recherche pneumopathie
      - **BU** pour recherche pyélonéphrite / acido-cétose

#### Examens complémentaires

- **!! Si vomissements aigus avec examen clinique normal = AUCUN**
  - Si orientation clinique forte (ex: diarrhée = GEA): le diagnostic est clinique
  - Dans tous les cas: aucun examen n'est systématique / tous sont orientés !
- Si déshydratation sévère (SdG ou > 10%)
  - Ionogramme sanguin / urée / créatinine (THE-IRA)
  - NFS / protidémie / glycémie (DEC-HyperG de stress)
- Si orientation vers:
  - **Urgence chirurgicale**: ASP puis échographie abdominale
  - **Cause neurologique**: syndrome méningé = PL / HTIC = TDM cérébrale+ FO
  - **Cause infectieuse**: NFS / CRP / hémocultures / ECBU / Radio thorax
  - **Cause métabolique**: BU (acido-cétose) / calcémie / GDS

## Diagnostic étiologique

### Sténose du pylore

- Généralités
  - **Définition**: hypertrophie des fibres circulaires du muscle pylorique
  - **Epidémiologie**: garçons > filles / 1/500 naissances / FdR = prématurité
- Diagnostic
  - Examen clinique
    - **Intervalle libre** après la naissance (1M en moyenne)
    - Vomissements répétés / **alimentaires** / post-prandiaux
    - Palpation de l'olive pylorique / ondulations péristaltiques (rares)
    - Enfants affamés +++ / !! Pas de fièvre
    - Cassure pondérale
  - Examens complémentaires
    - **Echographie pylorique** +++ : visualise l'hypertrophie du muscle pylorique
      - coupe transversal : aspect en cocarde
      - coupe longitudinal : hypertrophie du muscle pylorique (>4mm), allongement du canal pylorique
    - **ASP de face**: retrouve des NHA / distension gastrique
    - **Ionogramme sanguin** : alcalose hypochlorémique, hypoK
    - **Remarque**: FOGD seulement si hématémèse / TOFD non indiquée

- **Complications**
    - Hématémèse et oesophagite: cf vomissements répétés
    - Déshydratation souvent sévère avec THE et signes hémodynamiques
    - Si ictère associé: évoquer une maladie de Gilbert révélée par les vomissements
  - **Traitement**
    - **Traitement symptomatique: réhydratation** 20mL/kg/ rééquilibration hydro-électrique
    - **Traitement étiologique = chirurgical:** pyloromyotomie longitudinal extra-muqueuse
      - !! NPO autorisation parentale écrite devant toute chirurgie chez mineur
- Reflux gastro-oesophagien**
- cf [Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.](#)

## Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 3 antiémétiques utilisés en préventif dans les chimiothérapies ? (avec posologie)

- Prednisone 60 mg per os en 1 prise le matin
- Anti-neurokinine 1 Aprepitant (Emend®) 125mg J1 et 80mg J2, J3 per os
- Anti-5HT3 Odansétron (zophren®) 8 mg per os le matin

Quel est l'examen d'imagerie de 1ère intention dans la sténose du pylore ? Que recherche t-on ?

- Echographie abdominale- Visualise l'hypertrophie du muscle pylorique (coupe transversale = aspect en cocarde / coupe longitudinale = hypertrophie du muscle pylorique [ $>4$ mm)

Quel est le traitement étiologique de 1ère intention ?

- Traitement chirurgical : pylorotomie longitudinal extra-muqueuse
- Si traitement médical = 0