

## **LES VOMISSEMENTS en Pédiatrie ;**

### **I- DÉFINITION :**

Le vomissement est le rejet par la bouche, du contenu gastrique et/ou intestinal, liquide ou solide, accompagné d'une contraction des muscles abdominaux.

### **II- DIAGNOSTIC CLINIQUE :**

#### **A- *L'interrogatoire:*** Apprécie

##### **Les caractères des vomissements,**

- Volume (simple régurgitation ou vomissement massif.)
  - Aspect (alimentaire, bilieux ou fécaloïde.)
- Horaire de survenue (post-prandial précoce, tardif, nocturne.)
  - Date d'apparition (récents, habituels, intervalle libre.)
- Les facteurs déclenchants (changement de position, colère.)
  - L'apparition en période néonatale ;
  - Les traitements antérieurs.

##### **Le régime alimentaire**

- Calendrier diététique depuis la naissance. • Notion d'introduction d'un nouvel aliment.

##### **Le contexte clinique**

- **Signes digestifs** (diarrhées, constipation, arrêt des matières et des gaz, météorisme, crises douloureuses abdominales, etc.)
- **Signes extra-digestifs** (odeur acétonémique de l'haleine, signes neurologiques, infectieux, respiratoires, etc.)

#### **B- *L'examen clinique:*** Apprécie

- L'état nutritionnel par l'évaluation du poids, taille, périmètre crânien, panicule adipeux et masse musculaire.
- L'état d'hydratation en recherchant les signes de déshydratation.
- La fonction pulmonaire car tout enfant qui vomit présente le risque de fausse-roues alimentaires, à l'origine de bronchopneumopathies à répétition.

### **III- *Examens para-clinique :***

#### **A- *Examens généraux:*** Apprécient le retentissement sur l'état général.

- FNS.  Ionogramme sanguin.
- Glycémie.  Protidémie.  Triglycéridémie.  Cholestérolémie.
- Chimie des urines.  Radiographie pulmonaire.

#### **B- *Examens étiologiques:*** Demandés en fonction de l'orientation

##### **↳ *Orientation digestive:***

- Radiographie d'ASP.  Echographie abdominale  Fibroscopie.  TOGD
- Coproculture.  Amylasémie.  Transaminases.

##### **↳ *Orientation infectieuse:***

- FNS.

- Hémoculture.  ECBU.  Ponction lombaire.  Examen ORL.

↳ **Orientation neurologique:**

- Fond d'oeil.  EEG.  Radiographie du crâne.  Echographie trans-fontanelle.
- Scanner.

**IV- DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :**

- La régurgitation:** C'est un rejet alimentaire post-prandial, sans effort et accompagnant l'éruption physiologique.
- Le mérycisme:** C'est la réascension des aliments déglutis vers la bouche, suite à un effort volontaire.
- La vomique:** C'est une expectoration brutale et abondante de liquide hydatique, de pus ou de sérosité provenant d'une cavité, naturelle ou néoformée, du thorax.

**V- DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :**

**A. CHEZ LE NOUVEAU-NE :**

**LES VOMISSEMENTS SANGLANTS:**

- Sang maternel dégluti (crevasse chez la mère.)
- Maladie hémorragiques du nouveau-né.
- Ulcère de stress.
- OEsophagite néonatale (se distingue de la maladie hémorragique par les récurrences.)
- Septicémies avec CIVD.

**LES VOMISSEMENTS BILIEUX:**

C'est une urgence chirurgicale jusqu'à preuve du contraire

- Occlusion duodénale: Par *Obstacle complet* (atrésie duodénale.), *Obstacle incomplet* (sténose, pancréas annulaire.)
- Atrésie du grêle (iléale ou jéjunale.)
- Volvulus total du grêle sur anomalie de rotation mésentérique.
- Iléus méconial.
- Entérocolite ulcéro-hémorragique: Touche le prématuré et donne des lésions digestives ischémiques après anoxiéonatale.
- La clinique: Révèle des vomissements bilieux et parfois une perforation intestinale.
- L'ASP montre une pneumatose intestinale.

**LES VOMISSEMENTS ALIMENTAIRES:**

- Erreur diététique.  Intolérance ou allergie aux protéines du lait de vache.
- Reflux gastro-oesophagien avec ou sans hernie hiatale.
- Sténose hypertrophique du pylore.
- Infections néonatales.
- Maladies métaboliques:  
Galactosemie, fructosmie, phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales.

**B. CHEZ LE NOURRISSON :**

**LES VOMISSEMENTS OCCASIONNELS:**

- Causes toxiques (surtout médicamenteuses, Vitamine D, Théophylline.)
- Infections aiguës (toute infection aiguë peut entraîner des vomissements.)  
Causes chirurgicales:

**Invagination intestinale aiguë:**

Fréquente entre 4 et 8 mois, rare après 2 ans. Le plus souvent primitive.

- La clinique associe un début brutal avec crises paroxystiques, accès de pâleur, sueurs puis des périodes d'accalmie, arrêt des matières et des gaz ou rectorragie, fosse iliaque droite vide avec boudin d'invagination sous-hépatique.
- L'échographie confirme le diagnostic.
- Le lavement baryté révèle un aspect "en cupule" et permet la désinvagination

- Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du lavement baryté.

*Causes plus rares:*

- Appendicite aiguë.  Péritonite aiguë.
- Etranglement herniaire.  Torsion du testicule.

*Causes neurologiques:*

- HIC** (par traumatisme intra-crânien, tumeur cérébrale, hydrocéphalie ou hématome sous-dural.)

*Erreur diététique* (suralimentation ou sous-alimentation.)

## **LES VOMISSEMENTS CHRONIQUES:**

### **Causes digestives:**

#### **Le RGO avec ou sans hernie hiatale:**

C'est un dysfonctionnement de l'oesophage distal, à l'origine d'une incontinence du sphincter inférieur de l'oesophage.

- La clinique associe des vomissements post-prandiaux isolés, faciles, parfois striés de sang et survenant au changement de position. Les signes varient selon l'âge, ils peuvent se révéler par une pneumopathie d'inhalation, un malaise grave ou un retard staturo-pondérale.
- Le TOGD confirme le diagnostic en identifiant la malposition cardio-tubérositaire ou la sténose.
- L'endoscopie révèle la présence d'hématémèse, de dysphagie ou d'anémie évoquant une oesophagite.
- La pH-métrie quantifie le reflux et test l'efficacité du traitement.
- La manométrie mesure la pression du sphincter inférieur de l'oesophage.
- Le traitement repose sur le fractionnement et l'épaississement des repas, la posture .

#### **La sténose hypertrophique du pylore:**

C'est une hypertrophie de la muqueuse pylorique causant une obstruction ± complète.

- La clinique associe après un intervalle libre de 3 à 5 semaines, des vomissements post-prandiaux tardifs, en jet avec perte pondérale, appétit conservé, souvent une déshydratation et parfois un ictère. L'olive pylorique est parfois perçue en sous-hépatique.
- L'échographie et parfois le TOGD confirment le diagnostic.
- Le traitement est chirurgical après stabilisation hydro-electrolytiques.

*La plicature gastrique:*

*Les intolérances et allergies alimentaire*

### **Causes extra-digestives:**

- Les infections traînantes* (otite et infections urinaires.)
- Les cardiopathies congénitales mal-tolérées.*
- L'insuffisance rénale chronique.*
- Les causes métaboliques.*
- Les causes psychoaffectives.*

## C. CHEZ LE GRAND ENFANT :

### LES VOMISSEMENTS OCCASIONNELS:

#### **Les urgences chirurgicales:**

- Appendicite aiguë.  Péritonite aiguë.
- Occlusion intestinale.  Invagination intestinale aiguë.

#### **Causes médicales**

- L'adénolymphite mésentérique
  - Les gastro-entérites infectieuses.
- Les infections (surtout ORL et urinaires.)
- Le syndrome de Reye.

### LES VOMISSEMENTS CHRONIQUES:

#### **Les causes digestives:**

- RGO.  Ulcère.  Parasitoses.

#### **Les causes neurologiques:**

- Migraine.  Epilepsie.  Tumeurs cérébrales.

#### **Autres :**

- Les vomissements périodiques ou acétonémiques.
- Les causes psychoaffectives.

## **VI- TRAITEMENT :**

#### **A- Traitement symptomatique:**

- ↪ Antiémétiques type Méthoclopramide (Pimpéran®) hors AMMA  
Ou Cisapride (Sépride®, Prépulsid®) en milieu hospitalier  
Ou Dompéridone (Motilium®, Périidys®) durée 3j maximum risque de décès syndrome QT long
- ↪ Antispasmodiques, type Trimébutine (Débridat®)

#### **B- Traitement étiologique:**

Primordial, il se fera en fonction de l'étiologie.