

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
Université BADJI MOKHTAR ANNABA  
Faculté de Médecine  
Département de Médecine

Module de Pédiatrie  
5<sup>ème</sup> année de médecine  
Année universitaire 2019 – 2020

Enseignant :  
**Dr. BOUSTIL A.L.**

Intitulé :  
**Vomissements de l'enfant**

### **Objectifs**

- Reconnaître les vomissements et savoir les différencier des régurgitations.
- Décrire les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique à rechercher dans un but d'évaluation de la gravité et d'orientation étiologique.
- Énumérer les examens paracliniques pertinents utiles au raisonnement diagnostique.
- Prescrire de façon appropriée un traitement symptomatique, et identifier les situations requérant une prise en charge spécialisée.

## Plan du cours

1. Introduction
  - 1.1. Définition
  - 1.2. Intérêt
2. Physiopathologie
3. Démarche diagnostic
  - 3.1. L'interrogatoire
  - 3.2. L'examen clinique
    - 3.2.1. Apprécier le retentissement des vomissements
    - 3.2.2. Rechercher des éléments d'orientation étiologique
  - 3.3. Les examens complémentaires
4. Diagnostic de gravité
5. Diagnostic étiologique
  - 5.1. Chez le nouveau né
    - 5.1.1. Les vomissements bilieux
    - 5.1.2. Les vomissements sanglants
    - 5.1.3. Les vomissements clairs ou alimentaires
  - 5.2. Chez le nourrisson
    - 5.2.1. Vomissements aigus
      - Causes médicales
      - Causes chirurgicales
        - Invagination intestinale aigue (IIA)
        - Autres causes chirurgicales
    - 5.2.2. Vomissements chroniques
      - Causes chirurgicales
        - Sténose hypertrophique du pylore (SHP)
        - Autres causes chirurgicales
      - Causes médicales
        - Reflux gastro-œsophagien (RGO)
        - Autres causes médicales
  - 5.3. Chez le grand enfant
    - 5.3.1. Vomissements aigus
      - Causes chirurgicales
      - Causes médicales
    - 5.3.2. Vomissements chroniques
6. Prise en charge
  - 6.1. Traitement symptomatique
  - 6.2. Traitement étiologique
7. Conclusion

## 1. Introduction

### 1.1. Définition

Les vomissements se définissent comme des rejets actifs de tout ou d'une partie du contenu gastrique et/ou intestinal par la bouche. Ils associent une contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale. Ils doivent être distingués :

- des *réurgitations* qui correspondent à une remontée passive du contenu gastrique, sans effort, fréquentes chez le nourrisson après la tétée ;
- du rare *mérycisme*, équivalent d'une rumination volontairement régurgitée, remâchée puis à nouveau déglutie, qui s'apparente à un trouble psychiatrique ;
- du rejet d'aliments non déglutis par refus de l'alimentation ou troubles de la succion.

### 1.2. Intérêt

Le vomissement est l'un des symptômes les plus fréquents en pédiatrie.

Il est non spécifique, et relève de causes multiples, tant médicales que chirurgicales.

## 2. Physiopathologie

Le vomissement est un réflexe complexe résultant de la stimulation du centre des vomissements situé au niveau du bulbe rachidien, et qui a pour origine des récepteurs à différentes régions de l'organisme :

- Distension de l'estomac ou de l'intestin grêle lors d'occlusion intestinale.
- Action de substances ingérées sur les chémorécepteurs de la paroi intestinale.
- Hypertension intracrânienne lors de tumeurs cérébrales, etc.

## 3. Démarche diagnostic

Le vomissement est un symptôme qui réclame une démarche diagnostique rigoureuse basée sur :

### 3.1. L'interrogatoire

Il devra préciser :

- L'âge de l'enfant.
- Le type de vomissement :
  - L'ancienneté : aigus ou chroniques, et l'intervalle libre depuis la naissance.
  - La fréquence dans la journée, la semaine.
  - L'horaire postprandial précoce ou tardif, voire pendant l'alimentation, ou nocturne.
  - L'abondance.
  - L'aspect : présence de débris alimentaires, de lait caillé, hématomèse ou sang noir digéré, glaires, aspect bilieux ou fécaloïde.
  - Les modalités de survenue : au changement de position, à la moindre contrariété, lors des efforts de toux, à chaque repas, avec des efforts ou faciles, en jets.

- Les signes d'accompagnement :
  - Les signes digestifs : anorexie, alimentation refusée ou douloureuse, diarrhées, constipation, rectorragies, arrêt des matières et des gaz, douleurs abdominales.
  - Les signes respiratoires : toux, polypnée, tirage sus-sternal ou intercostal.
  - Les signes infectieux : fièvre, rhinorrhée, otalgies.
  - Les signes neuroméningés : état de conscience, convulsions, troubles du tonus (hypo- ou hypertonie), troubles oculaires (photophobie, plafonnement du regard), céphalées, état de l'activité (normale, prostration, agitation).
- Les antécédents médicochirurgicaux, obstétricaux, néonataux.
- Les prises médicamenteuses récentes ou au long cours.
- Le contexte socio-familial : vie à la maison, en crèche, contact avec d'autres malades, erreur diététique dans la confection des repas, ingestion de toxique, nature de l'habitat.

### 3.2. L'examen clinique

- Il appréciera le retentissement des vomissements sur :
  - l'état d'hydratation ;
  - l'état nutritionnel (la courbe staturo-pondérale, l'importance de la perte de poids et sa rapidité d'installation).
- Il recherchera des éléments d'orientation étiologique :
  - signes abdominaux (défense ou véritable contracture, point douloureux électif, palpation d'une hépato-splénomégalie, d'une masse abdominale, météorisme) ;
  - palpation des orifices herniaires et examen des organes génitaux externes ;
  - le toucher rectal recherchera la présence de selles ou de sang ;
  - signes pulmonaires : tirage, polypnée, anomalies auscultatoires pulmonaires ;
  - signes cutanés (purpura, éruptions) ;
  - signes neuroméningés (raideur de la nuque, déficit moteur) ;
  - examen de la gorge et des tympans.

### 3.3. Les examens complémentaires

Devant une mauvaise tolérance clinique, des examens biologiques simples de première intention donneront un premier aperçu sur les fonctions vitales de l'enfant et les répercussions de la maladie causale :

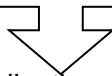
- numération formule sanguine (NFS),
- ionogrammes sanguin et urinaire,
- glycémie et Labstix® urinaire (glycosurie, cétonurie),
- calcémie et phosphorémie,
- radiographie pulmonaire et abdomen sans préparation (ASP) debout et de face.

Des examens plus spécifiques, fonction de l'étiologie suspectée, seront par la suite prescrits.

## 4. Diagnostic de gravité

Il permet de différencier les vomissements graves nécessitant une hospitalisation en urgence des vomissements dont le problème peut être élucidé lors d'une simple consultation

- Vomissements : à début brutal, incoercibles, permanents, bilieux, sanglants, ou fécaloïdes, avec intolérance alimentaire absolue.
- Altération de l'état général : fièvre, amaigrissement, déshydratation, teint gris, Trouble de la conscience, du tonus.
- Abdomen douloureux et/ou météorisé, arrêt des matières et des gaz, rectorragies.

  
Hospitalisation urgente !

## 5. Diagnostic étiologique

**5.1. Chez le nouveau né** il importe de différencier les vomissements selon leur aspect :

**5.1.1. Les vomissements bilieux**, doivent être considérés comme urgence chirurgicale jusqu'à preuve du contraire. Les étiologies possibles sont :

- Les obstructions totales ou partielles du tube digestif :
  - Mécaniques (occlusions malformatives).
  - Fonctionnelles (maladie de Hirschprung, immaturité intestinale et syndrome du petit colon gauche chez le prématuré et le nouveau né de mère diabétique).
- Entérocolite ulcéro-nécrosante.

**5.1.2. Les vomissements sanglants**, peuvent être en rapport avec soit :

- la déglutition de sang maternel lors de la tétée lorsque la mère a des crevasses aux mamelons ;
- une *maladie hémorragique du nouveau né* par déficit en vitamine K ;
- une *œsophagite peptique* compliquant un reflux gastro-œsophagien (RGO).

**5.1.3. Les vomissements clairs ou alimentaires**

- Erreur diététique.
- Allergie aux protéines de lait de vache (APLV).
- Reflux gastro-œsophagien (RGO).
- Sténose hypertrophique du pylore (SHP).
- Maladies métaboliques (galactosémie, phénylcétonurie).
- Hyperplasie congénitale des surrénales (HCS).

**5.2. Chez le nourrisson** en fonction de la durée d'évolution on distingue :

**5.2.1. Les Vomissements aigus** devant lesquels sera évoqué :

- En tant que cause médicale ;
  - une erreur diététique,
  - une cause infectieuse (infection ORL, broncho-pulmonaire, urinaire, gastroentérite, méningite),
  - une cause neurologique (hématome sous dural, tumeur cérébrale, hydrocéphalie en poussée, abcès cérébral),
  - une intoxication médicamenteuse (hypervitaminose A et D, acide acétyl salicylique, théophylline, digoxine).

- En tant que cause chirurgicale ;
  - **L'invagination intestinale aigue (IIA)**  
L'IIA est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans un segment sous-jacent (figure 1).

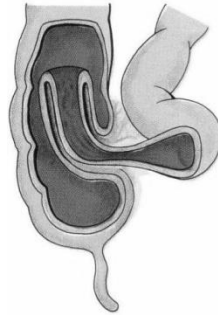


Figure 1 : Représentation schématique d'une invagination iléo-cæcale.

Il existe deux types d'IIA :

- 1) L'IIA idiopathique du nourrisson (survient classiquement entre 2 mois et 2 ans avec un pic de fréquence entre 6 et 9 mois) au décours d'un épisode infectieux ORL récent. Elle représente 90 à 95 % des invaginations de l'enfant ;
- 2) L'IIA secondaire à une lésion locale isolée ou survenant dans un contexte particulier (purpura rhumatoïde, mucoviscidose, chimiothérapie, postopératoire).

Cliniquement on assiste à la triade classique des signes révélateurs :

- 1) Crises douloureuses paroxystiques entraînant des accès de pleurs et de cris avec flexion des cuisses sur l'abdomen. Ces crises cessent au bout de quelques minutes. Entre les crises, l'enfant se comporte normalement.
- 2) Vomissements.
- 3) Émissions de sang par l'anus.

La palpation de l'abdomen retrouvera la vacuité de la fosse iliaque droite et le boudin d'invagination.

Trois examens sont couramment utilisés pour le diagnostic d'invagination :

- 1) L'abdomen sans préparation (ASP).
- 2) L'échographie en objectivant une image en « cocarde » en coupe longitudinale, et une image dite en « sandwich » ou en « pseudo-rein » en coupe transversale.
- 3) Le lavement avec produit de contraste hydrosoluble iodé ou de la baryte en montrant l'image classique de « pince de homard ».

- Autres causes chirurgicales :  
Hernie étranglée.  
Appendicite aigue.  
Volvulus du grêle.  
Torsion du testicule.

## 5.2.2. Vomissements chroniques

- Parmi les causes chirurgicales :
  - **La sténose hypertrophique du pylore (SHP)**  
La SHP se définit comme un épaissement progressif des fibres musculaires du pylore. Cette hypertrophie intéresse une zone anatomique qui va de la portion terminale de l'antra gastrique jusqu'au duodénum (figure 2).

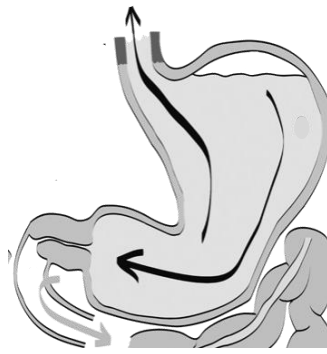


Figure 2 : Représentation schématique de la sténose hypertrophique du pylore.

La SHP touche préférentiellement le garçon (en moyenne 3,7 garçons atteints pour 1 fille). Elle se révèle après un intervalle libre (entre 3 semaines et 3 mois de vie). Les vomissements sont constitués de lait caillé, jamais bilieux, survenant à distance des repas, faciles, en jet, et laissant l'enfant affamé. Le volume vomi est supérieur au volume du dernier biberon.

L'examen clinique retrouve les classiques ondes péristaltiques de l'estomac, une nette diminution des bruits hydroaériques avec clapotage à jeun. L'olive pylorique peut être difficilement palpée. Sa mise en évidence est considérée comme pathognomonique de la SHP.

L'échographie abdominale est actuellement l'examen de référence dans le diagnostic de SHP. Typiquement le pylore hypertrophié présente les mensurations suivantes : épaisseur de la musculature supérieure à 4 mm, diamètre transversal supérieur à 13 mm, et longueur de plus de 20 mm.

Le transit oeso-gastro-duodéal (TOGD) n'a pratiquement plus sa place, puisque l'absence de passages pyloriques est objectivée par l'échographie.

A la biologie on retrouve habituellement une alcalose métabolique, avec hypokaliémie et hypochlorémie.

- Autres causes chirurgicales : les occlusions partielles (diaphragme duodéal, duplication digestive, pancréas annulaire).
- Parmi les causes médicales :
  - **Le reflux gastro-œsophagien (RGO)**  
Le RGO se définit par le reflux du contenu gastrique dans l'œsophage.

La physiopathologie du RGO est multiple. Les principaux mécanismes de sa survenue sont :

- Les relaxations transitoires du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO),
- Une clairance acide œsophagienne insuffisante,
- Un retard de l'évacuation gastrique,
- Une salivation insuffisante et une résistance muqueuse diminuée.

Dans le RGO les vomissements surviennent immédiatement en période postprandiale favorisés par le changement de position.

Les manifestations cliniques sont larges et variées. Elles différencient le « RGO non gênant » du « RGO pathologique » ou « compliqué » (tableau 1).

Tableau 1 - Symptomatologies des reflux gastro-œsophagiens (RGO) non gênants et pathologiques.

<b>RGO non gênants</b>	<b>RGO pathologiques</b>
Régurgitations ou vomissements avec croissance staturo-pondérale normale.	Régurgitations ou vomissements avec prise de poids insuffisante ou excessive (nourrisson et nouveau-né) ; Rots et hoquets retardés.
Absence de signes ou de symptômes d'œsophagite.	Irritabilité ; douleurs ; pleurs ; Difficultés à manger des morceaux (12-18 mois) ; Hématémèse ; anémie ferriprive.
Absence de signes respiratoires ou ORL.	Apnée pathologique, cyanose ; Laryngospasme, malaises graves ; Pneumopathie récurrente (lobaire droite) ; Toux chronique, laryngite chronique, stridor ; Otite moyenne séreuse
Absence de posture anormale.	Torticolis (syndrome de Sandifer) ; Troubles du sommeil.

La PH-métrie de 24h est l'examen de référence pour le diagnostic du RGO acide. L'impédancemétrie couplée à l'enregistrement du PH, permet de distinguer les reflux acides des reflux alcalins.

La fibroscopie œsophagienne est l'examen de référence pour diagnostiquer les complications digestives liées au RGO, en particulier l'œsophagite.

- Autres causes médicales :
  - Plicature gastrique.
  - APLV.
  - Maladie cœliaque.
  - Maladies métaboliques (galactosémie et fructosémie congénitales, aminoacidopathie, tyrosinémie).
  - Maladies endocriniennes telles que syndrome de perte des sels (HCS).
  - Encéphalopathie chronique.

### **5.3. Chez le grand enfant**

#### **5.3.1. Vomissements aigus**

- Causes chirurgicales :
  - Appendicite aigue.
  - Occlusion intestinale.
  - IIA secondaire.
- Causes médicales :
  - Causes infectieuses.
  - Toxi-infections alimentaires.
  - Intoxication médicamenteuse.
  - Causes rénales (GNA, coliques néphrétiques, insuffisance rénale aigue).
  - Causes métaboliques (acidocétose diabétique, insuffisance surrénalienne aigue, hypercalcémie).

#### **5.3.2. Vomissements chroniques**

- Causes neurologiques (tumeur cérébrale, épilepsie, migraine) ;
- Causes digestives (ulcère gastroduodéal, gastrite, hépatite, pancréatite) ;
- Causes psycho-affectives et anorexie mentale ;



- Les vomissements cycliques et la migraine abdominale.

## 6. Prise en charge

En dehors de toute cause retrouvée et seulement si le nourrisson a un examen somatique et neurologique normal, une prise de poids adéquate, et en absence de fièvre ou trouble du transit, on peut se permettre de traiter symptomatiquement.

### 6.1. Traitement symptomatique

- Fractionnement des repas ;
- Hydratation progressive et prudente ;
- Anti-émétiques (20 minutes avant les repas) :
  - *Métoclopramide (primpéran\*)* : 0.1mg/kg en 3 prises par jour. Risque de syndrome extra pyramidal en cas de surdosage.
  - *Dompéridone (motilium\*)* : 1.5 à 2 mg/kg en 4 prises par jour.

### 6.2. Traitement étiologique

- Correction d'une erreur diététique.
- Régime adapté en cas de maladie métabolique, d'allergie ou d'intolérance alimentaire.
- Traitement antibiotique de tout foyer infectieux bactérien.
- Tentative de réduction des invaginations par lavement hydrostatique ou pneumatique. En cas d'échec ou de contre-indication (péritonite, pneumopéritoine, état de choc), le traitement chirurgical s'impose.
- La SHP est traitée chirurgicalement (pylorotomie extramuqueuse de Fredet), après correction des troubles métaboliques.
- Cas particulier du RGO :
  - *Le traitement hygiéno-diététique* vise avant tout à rechercher une suralimentation et à adapter le nombre et le volume des repas : épaississement des biberons par l'emploi de laits préépaissis, surélévation de la tête du lit de 30° en position dorsale.
    - ⇒ Ces mesures hygiéno-diététiques suffisent à elles seules dans les cas de régurgitations simples ou RGO non pathologique.
  - *Les traitements médicamenteux* font appel à deux types de thérapeutiques :
    - 1) Les médicaments prokinétiques :
      - La dompéridone (Motilium®) 2 mg/kg/j en 4 prises, avant les repas ;
      - Le baclofène (Lioresal®) à partir de 6 ans 0,75 à 2 mg/kg en 3 prises.
    - 2) Les anti-acides :
      - Antagonistes H<sub>2</sub> des récepteurs de l'histamine :  
La cimétidine (Tagamet®) 40 mg/kg/j en 4 prises ;  
La ranitidine (Azantac®) 6 à 10 mg/kg/j.
      - Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) :  
L'oméprazole (Mopral®) 1 mg/kg /j en 1 ou 2 prises ;  
L'ésoméprazole (Inexium®) 0,5 à 1 mg/kg/j en une prise.

- ⇒ Les IPP sont indiqués dans les cas de RGO pathologiques notamment ceux compliqués d'œsophagite ou avec manifestations extradigestives.
- *Le traitement chirurgical* n'a d'intérêt que sur terrains à risque (hernie hiatale, encéphalopathes).

## 7. Conclusion

Les vomissements sont un des symptômes digestifs les plus couramment observés en pédiatrie. Il importe toutefois d'en faire une analyse sémiologique rigoureuse car leur banalité n'exclut pas qu'ils puissent avoir éventuellement une signification grave.

### Pour en savoir plus

1. Mathieu Duché, Bénédicte Broussin. Vomissements de l'enfant. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 1993:1-0 [Article 4-014-G-10].
2. S. Franchi, H. Martelli, A. Paye-Jaouen, D. Goldszmidt, D. Pariente. Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2005:1-9 [Article 4-018-P-10].
3. E. Dobremez, L. Leflot, T. Lamireau, Y. Meymat, J.-M. Bondonny. Sténose hypertrophique du pylore. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2005:1-7 [Article 4-018-N-10].
4. C. Jung, M. Bellaïche. Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2012;7(3):1-9 [Article 4-014-L-10].