

VOMISSEMENT CHEZ L ENFANT

DR BOURENANE HAYETTE

MAITRE ASSISTANTE EN PEDIATRIE

EPH ELBESBES

I INTRODUCTION

1 DEFINITION: C'est le rejet par la bouche du contenu gastrique et / ou intestinal, volontaire ou non , il s'accompagne d'une participation de la musculature abdominale.

2- INTERET

- Symptôme très fréquent en pédiatrie
- Gravité réside dans le retentissement général
- Étiologies nombreuses

II. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Régurgitations

Rejets alimentaires post-prandiaux, sans effort, accompagnant le rot physiologique.

- Mérycisme

La rumination volontaire répétée ou automatique d'un aliment. Il s'agit d'un trouble du comportement psychologique touchant l'enfant d'âge préscolaire.

□ Vomique

Expectoration brutale et abondante de pus ou de sérosités, d'origine bronchique.

III. DIAGNOSTIC DE GRAVITE

-DÉSHYDRATATION

-BRONCHOPNEUMOPATHIE D'INHALATION

Accès de toux, Cyanose, Dyspnée

Infections broncho-pulmonaires à répétition

-DENUTRITION

Retard staturo-pondéral

Diminution du pannicule adipeux

Pâleur cutanéomuqueuse

Trouble des phanères

IV. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1. ANAMNESE

❖ Age _et date d'apparition

❖ Caractères des vomissements :

Nature : alimentaire ; bilieux ; sanguin ; fécaloïde

Volume : petite abondance ou VMS massif

Modalité de survenue : sans effort ; changement de position

❖ Mode évolutif au cours de la journée ; la fréquence

❖ Régime: Quantité, Qualité; notion d'introduction d'un nouvel aliment,

Date et chronologie de la diversification alimentaire

❖ Notion de contagio sd infectieux : fièvre ; frisson

❖ Signes d'accompagnement:

Comportement: cris , agitation , sensation de malaise

S. digestifs: transit; météorisme; arrêt des matières

et des gaz; dl abdominales ; hémorragies digestives

2. EXAMEN CLINIQUE

❖ L'état général :

-État d'hydratation : FA , yeux , plis cutané

-Etat nutritionnel : poids , taille , PC , pannicule adipeux , masse musculaire

❖ Examen digestif:

* météorisme abdominal ; ondulation péristaltique , masse ;défense ;
HPM; SPM; orifices herniaires

* TR

❖ Examen neurologique: des signes méningé ,HIC Examen pleuro
pulmonaire et cardiovasculaire

❖ Examen ORL : angine; rhinopharyngite; laryngite; otite....

❖ Examen urogénital

❖ Examen ostéo-articulaire: ostéomyélite....

3.EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ Biologie :

-FNS , CRP ,glycémie,

- HMC PL, ECBU, coproculture,

- bilan hépatique, tubage gastrique à la recherche de toxique...

Radiologie :

-Rx du thorax, ASP,

-Échographie abdomino-pelvienne,

-fibroscopie, TOGD, ETF, scanner,

-FO, Rx du crâne, EEG, ECG...

4. ETIOLOGIES

A. PERIODE NEONATALE

A.1 -Les vomissements sanglants :

Sang maternel dégluti : crevasses chez la mère.

Maladie hémorragique.

Ulcère de stress.

Septicémie avec CIVD.

Œsophagite néonatale

A.2 -Les vomissements bilieux

Occlusions duodénales

atrésie.

Atrésie du grêle : iléale ou jéjunale.....

Volvulus total du grêle

Iléus méconial.

- Entérocolite ulcéro-nécrosante : Elle touche le prématuré réalisant des lésions ischémiques du tube digestif après anoxie néonatale. Elle se manifeste par des vomissements bilieux avec parfois perforation intestinale.

A.3- Les vomissements alimentaires

- Erreur diététique.
- APLV
- RGO avec ou sans hernie hiatale
- Sténose hypertrophique du pylore
- Infections néonatales
- Maladies métaboliques :Galactosémie, Fructosémie, Phénylcétonurie.
- Le syndrome de perte de sel : Hyperplasie congénitale des surrénales.

B-NOURRISSON

B.1-CAUSES AIGUES

B.1.a-VOMISSEMENTS AIGUS MEDICALES

- Erreur dietetique

Gastroenterite

Méningite

Infection urinaire

INTOXICATION:

vitamine A et D; l'acide acétyl salicylique; digoxine

Intoxication au CO

B.1.b-VOMISSEMENTS AIGUS CHIRURGICALES

Les causes chirurgicales des vomissements ne sont pas les plus fréquentes chez le nourrisson et cela rend le diagnostic souvent difficile à poser.

❖ INVAGINATION INTESTINALE AIGUE

-douleurs abdominales paroxystiques avec des périodes d'accalmie

-L'ex clinique peut trouver le boudin d'invagination

-Le TR peut ramener du sang

Devant la suspicion d'une invagination intestinale le diagnostic peut être confirmé par une échographie qui peut mettre en évidence des images typiques: en cocarde(de face) et en cupule (profil)

❖ Appendicite aigue :Dc svt difficile

- ❖ L'ex clinique de l'abdomen; la FNS et l'échographie peut aider au dc
- ❖ Volvulus du grêle
- ❖ Torsion du testicule
- ❖ Torsion de l'ovaire
- ❖ Hernie étranglée

B.2- CAUSES DES VOMISSEMENTS CHRONIQUES

B.2.a-VOMISSEMENTS CHRONIQUES MEDICALES

- ❖ Hyperplasie congénitale des surrénales:

-urgence endocrinienne ,survient chez le N né et le jeune nourrisson

C'est le syndrome de perte de sel par un déficit en 21 hydroxylase

Se présente par des vomissements subaigus à chroniques chez un enfant geignard; en ambiguïté ou cryptorchidie chez le garçon.

Le Dc se fait par le dosage de Na⁺ et Cl⁻ dans les urines qui sont élevés et le dosage de 17-OH progestérone plasmatique qui est très élevée. La natrémie et la chlorémie sont basses alors que la kaliémie est très élevée.

Le traitement comporte l'association d'hydrocortisone; de 9 alpha fluro-hydrocortisone; de NaCl et une réhydratation en cas de déshydratation.

mauvais état général; déshydraté et/ou dénutri

❖ La galactosémie congénitale: ictère; HPM; puis d'une cataracte
TRT : régime sans lactose sans galactose et ses précurseurs
surtout le lactose

❖ la fructosémie congénitale:
Les vomissements sont souvent plus tardifs associés à une HPM;
un ictère; accidents d'hypoglycémie

LE TRT : régime d'exclusion du fructose et de ses précurseurs

❖ APLV

❖ la maladie cœliaque: Les vomissements apparaissent quelque
semaines après introduction du gluten.

❖ Intolérances Alimentaires

❖ RGO Passage involontaire du contenu gastrique dans

l'œsophage. c'est un dysfonctionnement de l'œsophage distal
lié à une anomalie de contrôle hormonal ou vagal. C'est la cause
la plus fréquente des vomissements chez le nourrisson et le
jeune

enfant.

vomissements post – prandiaux en général faciles, survenant
aux changements de position ou au couche

Il peut se révéler par une pathologie respiratoire par inhalation pulmonaire, malaise grave,

Le plus souvent c'est un RGO simple sans retentissement sur l'état général. Et qui disparaît à l'âge de 2ans

Le diagnostic se fait par :

-TOGD qui identifie une malposition cardiotubérositaire ou une sténose.

-Endoscopie : en présence d'une hématurie ou d'une dysphagie ou d'une anémie qui évoquent une œsophagite.

-PH-métrie qui quantifie le reflux et teste l'efficacité du traitement.

-Manométrie qui mesure la pression du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) On parle de RGO compliqué devant tout RGO persistant après 2ans ou ne répondant pas au traitement; ou devant la présence des signes d'œsophagite.

Les complications à craindre sont: œsophagite peptique; hématuries; les sténoses

peptiques; les broncho-pneumopathies à répétition...

- TRT: repose sur les mesures hygiéno-diététiques associé ou non à un traitement médical (anti reflux et pansement gastrique)
- Infections urinaires; pyélonéphrites;
- malformations rénales avec ou sans

● insuffisance rénale

● B.2.b-VOMISSEMENTS CHRONIQUES CHIRURGICALES

□ Sténose hypertrophique du pylore:

- intervalle libre de 3 à 5 semaines de vie

-alimentaires; postprandiaux tardifs; faciles en jet; abondants

-Olive pylorique pathognomonique à la palpation; une voussure épigastrique; une notion de clapotage à jeun ainsi que des ondes péristaltiques visualisées transversalement de gauche à droite.

alcalose hypochlorémique et hypokaliémique

Le diagnostic de certitude est posé par l'échographie abdominale

Le traitement est chirurgical

C.ENFANTS

C.1. Vomissements aigus

c.1.a. Causes médicales

- Les infections
- Intoxication médicamenteuse

C.1. b- Causes chirurgicales

- Invagination intestinale aigue
- Appendicite aigues
- Volvulus du gréle
- Torsion de l'ovaire , du testicule, hernie étranglée

C.26-VOMISSEMENTS CHRONIQUES

- HIC : céphalées associées et vomissements matinaux
- Evoquer alors une possible tumeur cérébrale et pratiquer un examen neurologique minutieux et des examens
- complémentaires: TDM; FO
- Les vomissements acétonique de l'enfant

Suite à une cétose par apport insuffisant des éléments de la néoglucogénèse, Survient chez l'enfant de 2 à 5 ans

Le début est rapide; succédant parfois à un épisode fébrile et s'accompagne d'une anorexie.

L'examen clinique est normal

On note une odeur acétonique de l'haleine et une hypoglycémie modérée

La guérison est obtenue par la prise per os de solutés sucrés

- ❑ Les vomissements cycliques de l'enfant Considérés comme des équivalents migraineux: Plus fréquent chez les filles

L'examen clinique et la croissance sont normales

Certains auteurs propose le traitement antimigraineux; des anti émétiques ou des anti épileptiques au long cours

L'évolution est le plus souvent favorable en période de pré adolescence

Survient sur des causes psychoaffectives variables

C'est un diagnostic d'élimination

Nécessite une prise en charge psychologique de l'enfant et de ses parents

Conclusion

motif fréquent de consultation, pouvant être révélateur d'une affection grave,

rechercher toujours une étiologie avant tout traitement
Symptomatique

La prévention joue un rôle important surtout dans les erreurs diététiques et le respect des règles d'hygiène

