

C.A.T DEVANT DES VOMISSEMENTS

I. **DEFINITION** : rejet par la bouche volontaire ou non du contenu gastrique et/ou intestinal. Ces caractères s'opposent :

- **Aux régurgitations** : rejets postprandiaux, sans effort.
- **Au mérycisme** : remontée volontaire ou automatique des aliments dans la bouche suivie de leurs déglutition (ruminantion).

II. EXAMEN D'UN ENFANT VOMISSEUR

A. ANAMNESE

1) les vomissements proprement dits :

1. **La date d'apparition et âge de l'enfant** :
2. **Le type des vomissements** : abondance, facilité, caractère explosif en jet, caractère pénible ou douloureux.
3. **L'aspect** : alimentaire, bilieux ou sanglant.
4. **La fréquence** : aigue ou chronique
5. **L'horaire** : Précoce (perprandial) ou tardif

2) Les autres troubles digestifs :

1. **Troubles du transit** : constipation, diarrhée, douleur abdominale
2. **Modification de l'appétit**
3. **Le retentissement des troubles digestifs** : sur la croissance pondérale et sur l'état de l'enfant.
4. **Le régime alimentaire** : suivi depuis la naissance (vomissements à l'introduction d'un nouvel aliment)

3) ATCD personnel et familiaux et de prise médicamenteuse

B. Examen physique

- Etat général
- Inspection de l'abdomen et exploration des orifices herniaires
- Volume du foie et de la rate et contenu des loges rénales
- TR
- Examen somatique complet (cardiovasculaire, respiratoire, ORL et neurologique)
- L'examen des organes génito-urinaires et des fosses lombaires
- Recherche de signes de DSH et de dénutrition

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A) **Ionogramme, N.F.S, recherche d'une cétose, TTX** : apprécie le retentissement des vomissements

B) **L'examen bactériologique** (coproculture, culot urinaire, LCR): → étiologie infectieuse.

C) **Radiologie digestive** (T.O.G.D) → R.G.O, sténose du pylore ...

D) **ASP, explorations neuroradiologiques ou mmétaboliques**

IV. Trt symptomatique : pendant 1 semaine :

- A) Fractionnement des repas 8 à 10/j
 - B) Position verticale pendant 15 min après chaque tétée (ou biberon), puis position sur le ventre tête sur le coté.
 - C) Epaissir le repas au biberon avec de la **GELOPECTOSE**
 - D) Anti-émétique non obligatoire : **METOCLOPRAMIDE** 0.5 mg/kg/j en gouttes soit le **METOPEMAZINE** 1 mg/kg/j en gouttes.
- ❖ Après une semaine de traitement si la réponse est négative : Echo et T.O.G.D.

V. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE

A) Chez un nouveau-né (0 – 28 jours) :

1) vomissements avant toute prise alimentaire				
<u>Atrésie de l'œsophage</u> : hydramnios maternel, hyper salivation, cathétérisme de l'œsophage, Rx du thorax-abdomen ; CAT : mettre en condition le malade, transférer en chirurgie infantile				
<u>Malformation digestive haute.</u>				
2) vomissements après prise alimentaire				
<u>Vomissements alimentaires</u> (blancs)		<u>Vomissements sanglants</u> (rouges)		<u>Vomissements bilieux</u> (Verts)
Ex clinique normal	Ex clinique pathologique	Ex clinique normal	Ex clinique pathologique	<u>Occlusion intestinale haute</u>
-Erreur diététique -RGO -SHP (sténose hypertrophique du pylore) -IPLV	1. Infections bactériennes - Méningites : PL, hémocultures - Sepsis - Inf urinaire : l'uroculture et/ou ponction de vessie 2. SHP : l'écho abdominale et le T.O.G.D, atteint surtout le garçon. 3. Détresse cérébrale 4. M^{die} métabolique -Galactosémie -Fructosémie -Aminoacidopathie: -Phénylcétonurie -Leucinoase.... 5. Hypertrophie congénitale Surrénales : déficit en 21 hydroxylase avec perte de sel	-Déglutition de sang maternel -Maladie hémorragique du NNé -Œsophagite peptique hémorragique	-Sepsis → CIVD -Urgences chirurgicales	Atrésie Sténose

B) Chez le nourrisson (29 jours – 2 ans)

Aigus		Chroniques	
Causes chirurgicales	Causes Non chirurgicales.	Bon état général (Ex normal)	Mauvaise état Général.
<p>-Appendicite aiguë avec fièvre : examen de l'abdomen, TR, FNS</p> <p>-Invagination intestinale.</p> <p>-Volvulus</p> <p>-Hernie étranglée</p> <p>-Torsion du testicule</p> <p>-Péritonite</p>	<p>Avec fièvre : Méningite aiguë : PL, TRT méningite Infection ORL : antipyrétiques, pénicilline V ou érythromycine per os Infection urinaire.</p>	<p>-Erreur diététique.</p> <p>-Vomissements fonctionnels.</p>	<p>Causes chirurgicales : hernie hiatale. RGO avec ou sans oesophagite peptique. SHP négligée.</p>
	<p>Sans fièvre :</p> <p>-HIC.</p> <p>-Intoxication médicamenteuse.</p> <p>-Erreur diététique : Suralimentation, sous alimentation...</p>		<p>Causes non chirurgicales -plicature gastrique. intolérance alimentaire : IPLV. I au gluten. -causes rénales : uropathies. IRC. -causes métaboliques : galactosémie. fructosémie. amino-acidopathie. hyperplasie congénitale des surrénales.</p>

C) Chez l'enfant de plus de 2 ans

Aigus			
Selles normales	Selles diarrhéiques	Constipation	
<p>Avec fièvre : Rhinite. Rhinopharyngite. Otite. Infection urinaire</p>	Gastro-entérite aiguë infectieuse.	Douleurs abdominales	
		Avec fièvre	Sans fièvre
<p>Sans fièvre : + céphalées = H.I.C</p>		Appendicite aiguë. Méningite aiguë. Pneumonie. Adéno-lymphite méésentérique.	Occlusion intestinale aiguë. invagination intestinale aiguë
Répétés ou chroniques			
Causes organiques :		Causes psychoaffectives	
Idem nourrisson		vomissements acétonémiques (2à5ans)	

A) La sténose hypertrophique du pylore (S.H.P) :

- Confirmée par l'échographie abdominale et T.O.G.D
- Plus fréquente chez le garçon,
- Vomissements post prandiaux tardifs en jet, débutent 2 à 3 semaines après la naissance, entraînant une dénutrition avec parfois DSH avec constipation et alcalose métabolique.
- L'appétit est conservé.

1- L'examen clinique

- Olive pylorique,
- Capotage à jeun et les ondes péristaltiques.

2- Le T.O.G.D :

- Stase à jeun,
- Retard à l'évacuation gastrique,
- Retard de passage de la baryte vers duodénum
- Défilé pylorique rétréci, allongé filiforme.

3- Traitement : chirurgical, après réhydratation et réparation des désordres électrolytiques.

B) Hyperplasie congénitale des surrénales : déficit en 21 hydroxylase avec perte de sel.

1. Le syndrome de perte de sel : débute après un intervalle libre de qlq j à qlq semaines,

- Vomissements répétés, anorexie,
- Parfois diarrhée (DSH et dénutrition)

2. Dg : chez une fille masculinisée ou un garçon normal mais cryptorchidie.

3. Dg rapide :

- Na⁺ et Cl⁻ dans les urines (élevés)
- 17-OH progestérone plasmatique (très élevée).
- Natrémie et chlorémie (basses) et kaliémie (très élevée)

4. Traitement : l'association d'**hydrocortisone**, de **9 α fluorohydrocortisone**, **NaCl** et une **réhydratation** en cas de DSH.

C) La détresse cérébrale : statut neurologique pathologique avec les vomissements :

- ***Asphyxie néonatale***
- ***Maladie métabolique type amino-acidopathie***

Ex : phénylcétonurie : trouble du métabolisme de la phénylalanine.

- **Dg :** test de Guthrie dès 7j.
- **Trt :** régime pauvre en phénylalanine.