

Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement)

Orientation diagnostique

1^{re} partie – Vomissements de l'adulte (avec le traitement)

D^r Katel Rougnant, D^r Martial Richecoeur, P^r Jean-Ariel Bronstein

Service de pathologie digestive, hôpital d'instruction des Armées Clermont-Tonnerre, 29240 Brest Naval

ariel.bronstein@free.fr

Objectifs

- **Devant des vomissements de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**
- **Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution.**

Le vomissement est défini par l'expulsion par la bouche du contenu gastrique. Il s'agit d'un phénomène réflexe de défense ayant pour finalité physiologique l'expulsion d'un toxique ingéré. C'est un symptôme fréquent, témoin de nombreuses pathologies, pour lequel la démarche diagnostique repose sur un interrogatoire précis et un examen clinique complet.

De nombreuses affections, digestives ou non, entraînent des vomissements. Cependant, leur difficulté diagnostique et leur gravité diffèrent.

PHYSIOPATHOLOGIE

« Le centre du vomissement » est situé dans le plancher du 4^e ventricule. De ce centre convergent tous les influx. De lui, partent les voies efférentes du vomissement. Il ne correspond pas à une entité anatomique circonscrite mais plutôt à une population neuronale localisée dans le bulbe rachidien. Celle-ci comprend l'*area postrema*, le noyau du tractus solitaire, le noyau dorsal moteur du nerf vague et la formation réticulée bulbaire. L'*area postrema* est située à l'extérieur de la barrière hémato-méningée. Elle est sensible aux variations de concentration de 5HT₃, impliquées dans les vomissements post-chimiothérapie ; des toxiques endogènes (acétone, azotémie) ; des médicaments comme l'apomorphine, la digitaline.

Les influx afférents sont d'origine corticale (vue, odeur, goût, représentations mentales), cérébelleuse, labyrinthique, chimique, ou associés à des mécanismes réflexes à partir de n'importe quel

point du corps (viscères abdominaux, péritoine, parois postérieures du pharynx et du voile du palais). Les transmissions nerveuses sont effectuées par les nerfs vague et sympathique.

Le signal efférent comprend : l'innervation autonome, responsable des signes neurovégétatifs (sueurs, pâleur...), l'innervation somatique via le nerf vague, les nerfs phréniques et les nerfs rachidiens déclenchant la contraction du diaphragme, des muscles abdominaux et intercostaux provoquant les vomissements.

DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic positif est clinique. Les vomissements sont définis par le rejet actif par la bouche du contenu gastro-intestinal. Ils peuvent être précédés par des nausées qui correspondent à une sensation subjective, désagréable, de menace de vomissement. D'autres signes prodromiques complètent le tableau : sueurs froides, pâleur, mydriase, tachycardie liée à une stimulation sympathique.

Les vomissements sont à différencier :

- des régurgitations : remontées passives dans la cavité buccale du contenu œsophagien ou gastrique ; on ne retrouve pas de contraction musculaire ou de signe neurovégétatif ;
- du mérycisme : remontées volontaires, conscientes ou non, du contenu gastrique dans la cavité buccale où il est mastiqué avant d'être à nouveau dégluti.

EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire

Il précise :

- les caractères des vomissements : date d'apparition, modalités évolutives (aigus ou chroniques), fréquence, émission facile, en jet, ou précédée de nausées, survenue spontanée ou provoquée, horaire par rapport aux repas, facteurs favorisants (changement de position, émotion), type (bilieux, alimentaire, fécaloïde, sanglant). Ces caractères ont une faible spécificité étiologique ;
- les signes d'accompagnement : syndrome ulcéreux, tableau d'appendicite, distension abdominale avec un arrêt des matières et des gaz évocateurs d'occlusion, signes d'infection pelvienne etc., permettent rapidement de rapporter les vomissements à leurs causes. Des céphalées, une obnubilation font évoquer un syndrome méningé ou une tumeur cérébrale. Des vertiges évoquent une lésion ORL, une atteinte cérébelleuse. Des vomissements isolés évoquent une intoxication, une tumeur cérébrale ;
- l'efficacité d'éventuels médicaments : antimigraineux, prokinétiques, etc. ;
- les antécédents médicaux (alcoolo-tabagisme, prise de médicaments gastro- ou hépatotoxiques, ingestion de caustique...) et chirurgicaux (chirurgie gastrique...);
- les habitudes alimentaires (alcool) ;
- la prise éventuelle de médicaments, une exposition à des toxiques industriels ou domestiques (CO, hydrocarbures, etc.) ;
- la date des dernières règles, chez une femme en âge de procréer.

Examen physique

Il recherche des signes de complication et des signes d'orientation. On insiste sur l'examen de l'abdomen, avec le toucher rectal et la palpation des orifices herniaires, l'examen neurologique et ORL.

Examens complémentaires

Ils ne sont pas systématiques mais guidés par l'examen clinique. Ils apprécient le retentissement des vomissements et recherchent leur origine. Leur indication est orientée par les données cliniques.

COMPLICATIONS

Troubles hydro-électrolytiques

Ils sont d'autant plus fréquents que les vomissements sont abondants et/ou répétés : déshydratation extracellulaire avec persistance du pli cutané, langue sèche, hypotonie des globes oculaires, cerne périorbitaire, hypotension orthostatique puis globale, oligurie, tachycardie ; biologiquement : hémococoncentration avec insuffisance rénale fonctionnelle, alcalose métabolique avec hypokaliémie et hypochlorémie.

Complications œsophagiennes

1. Syndrome de Mallory-Weiss

Il correspond à une déchirure longitudinale plus ou moins profonde de la jonction œsogastrique, liée aux efforts de vomissements. Une hématomérose faisant suite à des vomissements initialement non sanglants est évocatrice. Le diagnostic est confirmé par la gastroscopie qui retrouve la fissure, parfois recouverte d'un caillot.

2. Rupture spontanée de l'œsophage (syndrome de Boerhaave)

Cette complication exceptionnelle est une urgence chirurgicale. La survenue au cours des efforts de vomissement d'une douleur thoracique pouvant irradier dans le dos et le cou, plus

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Vomissements de l'adulte (avec le traitement) ».

Un dossier complet sur les vomissements semble peu probable. En revanche, les vomissements peuvent constituer le premier symptôme d'un cas clinique. Il est alors important de connaître la démarche diagnostique ainsi que la hiérarchisation des examens complémentaires pour pouvoir rapidement s'orienter et éliminer les urgences chirurgicales et médicales. Le cas clinique suivant pourrait, par exemple, être proposé.

Monsieur G., 65 ans, consulte pour des vomissements postprandiaux précoces associés à des douleurs abdominales dif-

fuses, évoluant depuis 15 jours. Il n'a pas de trouble du transit. Il signale la perte de 2 kg en une semaine.

Ses principaux antécédents sont deux infarctus du myocarde avec une cardiopathie ischémique sévère, un diabète de type 2 devenu insulino-nécessitant, une dyslipidémie, une insuffisance rénale chronique, une appendicectomie et une cure de hernie inguinale.

Son traitement comporte un bêtabloquant, des anti-agrégants plaquettaire, une statine, de la digoxine et une insulinothérapie.

- 1 Quels diagnostics évoquez-vous ?
- 2 Quels examens complémentaires prévoyez-vous en première intention ?
- 3 Devant la normalité du bilan, vous demandez une gastroscopie. Vous retenez le diagnostic d'ulcère du bulbe. Quelles sont les complications des ulcères duodénaux ?
- 4 Citez un test pratique permettant de poser le diagnostic d'infection active à *Helicobacter pylori*.
- 5 Vos tests sont positifs, quel traitement proposez-vous ?
- 6 Comment vérifieriez-vous que votre patient est bien guéri ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

ou moins associée à une dyspnée, une odynophagie, et à un emphysème sous-cutané évoque le diagnostic. La radiographie thoracique recherche un emphysème sous-cutané, un pneumomédiastin, un épanchement gazeux ou mixte de la plèvre, une pneumopathie. Le diagnostic peut être confirmé par le scanner thoracique et le transit œsophagien aux hydrosolubles.

3. Œsophage peptique

Elle accompagne des vomissements répétés. Elle est confirmée par la gastroscopie.

Complications respiratoires

Des vomissements abondants, associés à des troubles de la déglutition ou de la vigilance (postanesthésie, ivresse aiguë...), peuvent être responsables d'une pneumopathie d'inhalation siégeant habituellement à droite (syndrome de Mendelson), dont la suspicion impose une radiographie du thorax en urgence et une gazométrie artérielle.

Autres complications

Ce sont :

- l'hémorragie sous-conjonctivale ;
- le lâchage de suture en période postopératoire.

ÉTIOLOGIE

Vomissements aigus évoluant dans un contexte d'urgence

L'apparition brutale de vomissements est souvent le signe d'une urgence médicale ou chirurgicale. La conduite à tenir est schématisée figure 1.

1. Urgences chirurgicales

La douleur précédant les vomissements est évocatrice. La douleur est en fait le principal symptôme de l'urgence abdominale et c'est son analyse sémiologique qui apporte le plus de renseignements.

✓ **L'occlusion intestinale aiguë** est le premier diagnostic à évoquer devant des vomissements aigus. Le tableau associe des douleurs abdominales, un arrêt des matières et des gaz, des vomissements, parfois fécaloïdes, et un météorisme plus ou moins marqué. Un arrêt des matières et des gaz tardif, des vomissements précoces et l'absence de météorisme orientent vers une occlusion haute. Au contraire, un arrêt des matières et des gaz précoce, des vomissements tardifs et un météorisme important évoquent une occlusion basse. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), debout, de face et couché, montre des niveaux hydro-aériques dont la répartition oriente vers un obstacle grêlique ou colique. L'ASP centré sur les coupes diaphragmatiques recherche un pneumopéritoine. Le scanner abdominal est plus performant pour préciser le siège et le mécanisme. L'intervention chirurgicale permet de lever l'obstacle (volvulus, brides postopératoires, tumeur digestive...).

POINTS FORTS

à retenir

- Les vomissements constituent un symptôme extrêmement fréquent mais peu spécifique, ce qui rend la démarche diagnostique difficile.
- On distingue les vomissements aigus et les vomissements chroniques (> 1 mois).
- Il faut toujours évoquer en priorité les urgences médicales et chirurgicales, bien que les affections bénignes soient beaucoup plus fréquentes. Pensez aux urgences métaboliques et endocriniennes, de diagnostic moins évident, afin de ne pas retarder leur mise en évidence et leur prise en charge.
- Face aux vomissements aigus, il est important de ne pas méconnaître une urgence médicale ou chirurgicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital. La clinique est primordiale mais l'électrocardiogramme sera réalisé au moindre doute, voire systématiquement s'il existe des facteurs de risque cardiovasculaires.
- Face aux vomissements chroniques, il faut éliminer une cause organique, à l'aide de quelques examens complémentaires incontournables, avant d'évoquer des vomissements d'origine psychogène.
- Le traitement est avant tout étiologique. Le traitement symptomatique fait appel à différentes molécules dont le choix dépend du contexte et des contre-indications liées au terrain.
- L'interrogatoire précis et l'examen clinique complet sont primordiaux, permettant, dans la plupart des cas, d'évoquer un diagnostic sans réaliser d'examen complémentaire.
- Toujours penser à une grossesse, chez une femme en âge de procréer.
- Toujours penser à l'infarctus du myocarde, chez le sujet âgé ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaire.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2186)

✓ **La péritonite** est une inflammation ou une infection brutale de la séreuse péritonéale. Les péritonites secondaires sont les plus fréquentes. Initialement localisées puis diffuses, elles sont liées à une perforation d'un organe creux dans le péritoine responsable d'une diffusion septique (appendicite, ulcère perforé, diverticulite compliquée, cancer perforé, pycholécyste). Le diagnostic est clinique. La palpation retrouve une contracture intense, permanente, invincible et douloureuse de tous les muscles pariétaux. L'absence de mouvement respiratoire abdominal est souvent notée. On constate une hyperesthésie. Le toucher rectal déclenche une vive douleur (cri de Douglas).

✓ **Dans l'appendicite**, les vomissements sont présents dans 70 % des cas. Une douleur brutale, initialement épigastrique puis migrant vers la fosse iliaque droite et devenant continue, est évo-

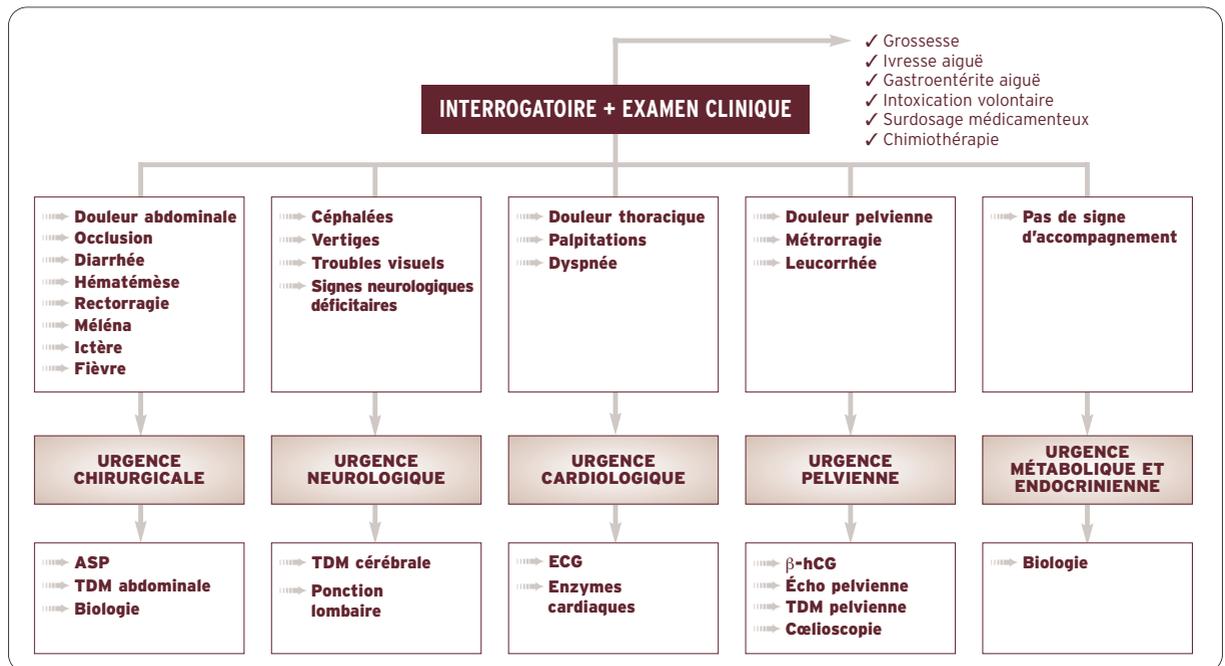


Figure 1 Vomissements aigus : stratégie diagnostique.

catrice. L'hyperesthésie cutanée au point de Mac Burney, la présence d'une défense sont le témoin d'une réaction pariétale. Une fièvre modérée et inconstante autour de 38 °C, une polynucléose dépassant 10 000 éléments/mm³ confortent l'hypothèse infectieuse. Lorsque tous ces signes sont présents, le diagnostic est posé et l'intervention suit, sans aucun autre examen nécessaire. Les formes incomplètes justifient une surveillance et un nouvel examen 6 à 12 heures plus tard. Les examens d'imagerie (échographie abdominale, tomodensitométrie) peuvent être utiles.

✓ **Les affections biliaires, hépatiques et pancréatiques** s'accompagnent de vomissements.

✓ **L'infarctus mésentérique** doit être évoqué chez les patients ayant un « terrain vasculaire » ou un trouble du rythme. L'intensité des douleurs contraste au début avec la pauvreté des signes physiques et généraux. Les vomissements apparaissent dans un second temps, ils sont abondants et fétides, associés à un météorisme, à une diarrhée sanglante, à un choc. L'angioscanner permet de poser le diagnostic.

✓ **Les affections gynécologiques** sont évoquées par l'interrogatoire et l'examen clinique qui sont primordiaux. Il faut s'aider de quelques examens biologiques (β-hCG plasmatique, NFS, CRP) et de l'échographie. Il faut éliminer en priorité une grossesse extra-utérine ou une infection pelvienne. La nécrose d'un fibrome utérin se voit chez les femmes de plus de 40 ans. Un kyste ovarien compliqué d'une torsion d'annexe, d'une rupture ou d'une hémorragie, est plus difficile à diagnostiquer. La cœlioscopie pose le diagnostic et permet le traitement.

2. Urgences neurologiques

Le vomissement est souvent brutal, en jet. Il survient sans effort, spontanément ou aux changements de position. Il est fréquemment associé à des céphalées, parfois à des vertiges ou à des symptômes déficitaires. Il impose la réalisation d'un scanner cérébral en urgence, puis parfois l'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR).

✓ **Le syndrome méningé** : avec les céphalées et la constipation, les vomissements font partie du trépied méningitique. Il existe parfois une photophobie et une obnubilation. L'examen retrouve une raideur de nuque, un signe de Kernig ou de Brudzinski, et le patient est souvent recroquevillé en chien de fusil. Selon la brutalité de survenue, le contexte infectieux ou non, on suspecte une hémorragie méningée par rupture anévrysmale (souvent visible au scanner) ou une méningite, plus souvent bactérienne que virale (scanner normal, LCR pathologique).

✓ **L'hypertension intracrânienne** (HTIC) est liée à un défaut d'écoulement ou de résorption du LCR. Les causes sont surtout les abcès, les tumeurs, les hématomes sous- ou extra-duraux et les accidents vasculaires cérébraux. Les céphalées sont frontales, à prédominance matinale. Les vomissements sont en jet aux changements de position, ils surviennent à l'acmé de la douleur et sont suivis d'une sensation de soulagement. Le scanner cérébral ou l'imagerie par résonance magnétique éclairent le diagnostic.

✓ **Dans le syndrome vestibulaire**, les vertiges sont vrais, associés à des troubles de l'équilibre, une déviation des index et à un nystagmus. Les vomissements sont majorés par le changement

de position. S'y associent de nombreux signes orthosympathiques d'accompagnement (pâleur, sueurs, tachycardie). Les symptômes digestifs semblent plus fréquents dans les atteintes vestibulaires périphériques.

3. Urgences métaboliques et endocriniennes

Lorsque l'examen n'a pas permis de s'orienter, il faut se méfier d'un trouble endocrinien ou d'un désordre métabolique. Ces urgences ne sont pas fréquentes, il est donc important de les évoquer systématiquement pour ne pas retarder leur diagnostic et leur prise en charge.

✓ **Dans l'acidocétose diabétique**, les douleurs abdominales sont souvent au premier plan. L'interrogatoire recherche un syndrome cardinal (asthénie, polyurie, polydipsie et amaigrissement). Le diagnostic est confirmé au lit du malade par la bandelette urinaire (présence d'une glycosurie et d'une cétonurie).

✓ **L'insuffisance surrénalienne** aiguë est souvent secondaire au sevrage d'une corticothérapie à long terme. Elle provoque asthénie, amaigrissement, myalgies, malaises liés à l'hypotension orthostatique ou parfois à l'hypoglycémie. Le diagnostic est confirmé par le dosage du cortisol et le test au Synacthène. Le traitement doit débiter en urgence sans attendre les résultats des dosages.

✓ **Les signes d'hypercalcémie** sont nombreux, et varient selon les causes de l'hypercalcémie : asthénie, anorexie, constipation, nausées, vomissements pouvant parfois évoquer une urgence chirurgicale. Le diagnostic doit toujours être évoqué systématiquement. Les étiologies sont dominées par les cancers et l'hyperparathyroïdie primaire.

4. Causes toxiques

Elles sont rappelées tableau 1.

5. Causes iatrogéniques

Ce sont :

- les intoxications médicamenteuses volontaires ;
- les surdosages médicamenteux (surtout digitaliques, neuroleptiques) confirmés par le dosage de la concentration sanguine ;

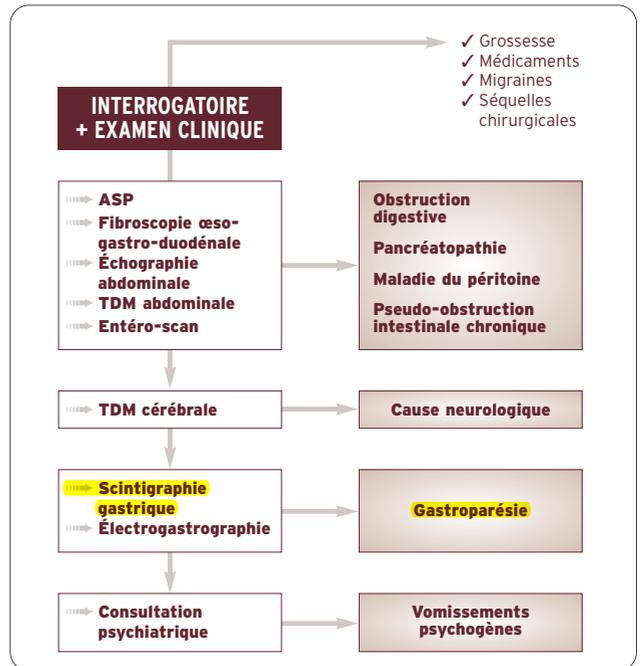


Figure 2 Vomissements chroniques : stratégie diagnostique.

- la mauvaise tolérance digestive de certains médicaments (antimitotiques, antibiotiques, quinidiniques) ;
- les intoxications alimentaires (champignons vénéneux...).

6. Autres causes

On peut citer :

- l'ivresse aiguë,
- l'infarctus du myocarde, surtout dans sa localisation postéro-diaphragmatique. Il constitue un piège surtout chez un sujet âgé et impose la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) et le dosage des enzymes cardiaques en cas de vomissements,

Tableau 1 Principaux produits industriels, ménagers ou agricoles susceptibles d'entraîner des vomissements au cours d'intoxications volontaires ou accidentelles

Acides forts Alcalins forts Antirouille Produits oxydants ■ eau de Javel ■ KM04 ■ acide sulfamique et sulfanilique (détartrants pour cafetières)	Métaux ■ arsenic ■ plomb ■ mercure ■ sels de fer Hydrocarbures ■ essence ■ White-Spirit ■ kérosène ■ méthanol	Produits agricoles ■ insecticides : → organochlorés → organophosphorés → carbamates → pyréthriinoïdes ■ herbicides : → paraquat → chlorates de sodium et de potassium	■ raticides : → phosphore blanc Benzène et dérivés ■ toluène ■ xylène Solvants Monoxyde de carbone
--	--	--	---

Tableau 2 Principales causes des vomissements chroniques

<p>Obstruction du tractus digestif</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sténose antro-pyloro-bulbaire par : <ul style="list-style-type: none"> → ulcère pylorique → ulcère du bulbe duodénal → tumeur antropylorique ■ sténose duodénale post-bulbaire (tumeur, compression extrinsèque) ■ sténose de l'intestin grêle (tumorale, inflammatoire, compression extrinsèque, iatrogène [AINS])
<p>Cause digestives non obstructives</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ulcère gastro-duodénal et cancer gastrique ■ pancréatite chronique ■ gastroparésie ■ pseudo-obstruction intestinale chronique ■ fistule gastro-colique ■ divers : syndrome de Zollinger-Ellison ■ contexte post-chirurgical : bride, chirurgie de l'estomac (petit estomac, gastroparésie, syndrome de l'anse afférente, ulcère, récurrence tumorale...)
<p>Lésions péritonéales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ péritonites tuberculeuses ■ carcinose péritonéale ■ maladie périodique
<p>Causes extradiigestives</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ grossesse ■ causes médicamenteuses, métaboliques ou toxiques ■ hypertension intracrânienne chronique ■ migraines ■ vomissements psychogènes

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- la gastroentérite aiguë, qui est une cause fréquente de vomissements, mais évolue dans un contexte évocateur et non urgent,
- le glaucome aigu,
- le mal des transports (cinétose).

Vomissements chroniques (fig. 2)

On parle de vomissements chroniques lorsque la symptomatologie persiste au-delà de un mois. Il peut s'agir de vomissements quotidiens et persistants, associés ou non à une altération de l'état général, ou de vomissements récidivants après des périodes asymptomatiques plus ou moins longues. Les principales causes sont détaillées dans le tableau 2.

1. Causes digestives

- ✓ **L'obstruction du tractus digestif** est la première à évoquer :
 - les vomissements sont postprandiaux, plus ou moins tardifs selon le siège de l'obstacle, précédés d'une sensation de plénitude épigastrique, de douleur ou de ballonnement qu'ils soulagent temporairement. L'examen clinique peut mettre en évidence un météorisme, une masse abdominale, des ondulations péristaltiques, une voussure épigastrique, siège d'un clapotage chez le sujet à jeun

Pour en savoir plus

■ **Nausées et vomissements chez les patients atteints de cancer**
Lévy É, Scotté F, Médioni J, Oudard S
(Rev Prat 2006;56[18]:2015-9)

- l'ASP peut mettre en évidence une stase gastrique à jeun. Les autres examens morphologiques, gastroscopie après mise sous aspiration gastrique en cas de stase, échographie et scanner abdominal, entérosscanner, assurent facilement le diagnostic.
- ✓ **Dans les causes digestives non obstructives**, les vomissements sont récidivants, souvent de façon intermittente et doivent faire évoquer des troubles moteurs. Leur diagnostic est souvent évocateur, d'autant plus qu'ils surviennent dans un contexte de maladie chronique. Les examens cités plus hauts sont habituellement normaux. Deux diagnostics doivent être envisagés : la gastroparésie et la pseudo-obstruction intestinale chronique (v. encadré).

2. Causes extradiigestives

- ✓ **L'hypertension intracrânienne** (HTIC) peut être d'installation progressive, liée à une tumeur cérébrale. Elle provoque alors des vomissements chroniques, longtemps isolés. Leur caractère matinal, en jet, sans effort ni nausée, est très évocateur. Les céphalées peuvent être absentes ou au second plan. Il faut s'attarder à rechercher des signes neurologiques déficitaires. Le diagnostic repose sur le fond d'œil (œdème papillaire) et surtout sur le scanner cérébral qui met en évidence des signes d'HTIC et oriente le diagnostic.
- ✓ **Le diagnostic de migraine** est orienté par l'interrogatoire : céphalées intenses, paroxystiques, à topographie hémicrânienne, avec photophobie.
- ✓ **Les causes médicamenteuses, métaboliques ou toxiques** sont rappelées dans le tableau 1.
- ✓ **Les vomissements psychogènes** sont intermittents et anciens, déclenchés par des périodes de stress et d'anxiété. Ils surviennent volontiers à jeun ou en phase postprandiale précoce et évoluent sans altération de l'état général. Ces vomissements disparaissent lors des périodes d'hospitalisation.
- ✓ **Les vomissements provoqués** s'observent chez les patients boulimiques ou en cas d'anorexie mentale.

Vomissements et grossesse

Ils apparaissent vers la 4^e semaine d'aménorrhée et disparaissent vers le 4^e mois. Ils sont considérés comme physiologiques lorsqu'ils n'entraînent ni altération de l'état général ni anomalie biologique. Leur physiopathologie est mal connue. Il s'agit de vomissements plutôt matinaux, survenant sans effort, favorisés par certains aliments ou odeurs. Certaines formes peuvent être graves.

- ✓ **Au cours du premier trimestre**, il faut penser à l'*hyperemesis gravidarum*. Il s'agit de vomissements incoercibles dont l'origine reste inconnue (prévalence 0,5 % des grossesses). Les vomissements s'accompagnent d'un amaigrissement et de troubles hydro-électrolytiques. On peut également observer une cytolysie et/ou une cholestase. Il faut également rechercher une anomalie thyroïdienne, une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (liée à une carence en vitamine B1). Le traitement repose sur une rééquilibration hydro-électrolytique, un apport en vitamine B1, une nutrition parentérale et des antiémétiques.

Tableau 3 Principaux médicaments antiémétiques

	DCI	NOM COMMERCIAL	FORME
Antihistaminique I	■ Diphénhydramine	■ Nautamine ■ Dramamine	po po
Phénothiazines	■ Alizapride ■ Métopimazine ■ Chlorpromazine	■ Plitican ■ Vogalène ■ Largactil	po, iv, im po, iv, im po, iv, im
Butyrophénones	■ Halopéridol ■ Dropéridol	■ Haldol ■ Droleptan	po, im im
Antidopaminergiques	■ Métoclopramide ■ Dompéridone	■ Pimpéran ■ Anausin ■ Motilium ■ Motilyo ■ Péri dys	po, iv, im po po po po
Inhibiteurs des récepteurs 5-HT3 de la sérotonine	■ Ondasétron ■ Granisétron ■ Aprépitant	■ Zophren ■ Kytril ■ Emend	po, iv po, iv po
Cholinergique spécifique	■ Cisapride	■ Prépulsid	po
Agoniste de la motiline	■ Érythromycine	■ Érythrocline	po, iv

po : per os ; iv : intraveineux ; im : intramusculaire.

✓ **Au cours du troisième trimestre**, les vomissements sont toujours pathologiques. Il faut rechercher : une stéatose hépatique aiguë gravidique (ictère à bilirubine conjuguée à des douleurs abdominales, nausées, vomissements, asthénie et parfois une anorexie). Une prééclampsie (association d'une hypertension artérielle à une protéinurie) ; une cause sans rapport avec la grossesse.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des vomissements est avant tout étiologique.

Traitement symptomatique

L'aspiration digestive par la pose d'une sonde naso-gastrique est indiquée en cas de vomissements abondants ou de troubles de la conscience.

La correction des troubles hydro-électrolytiques se fait par voie veineuse, et perfusion de soluté salé ou glucosé (G 5 % ou G 10 %) associé à une vitaminothérapie (vitamines B1, B6 et PP). En cas de compensation d'une aspiration gastrique, on utilisera de préférence un soluté de Ringer lactate à perfuser volume par volume. L'efficacité et le rythme de la réhydratation sont basés sur la surveillance clinique (pouls, tension artérielle, diurèse, poids) et biologique (ionogramme sanguin).

Les antiémétiques ne sont indiqués qu'en cas de vomissements abondants ou persistants. Les principaux médicaments antiémétiques sont détaillés dans le tableau 3.

Indications particulières

- ✓ **Vomissements post-chimiothérapiques** : les inhibiteurs des récepteurs 5-HT3 de la sérotonine sont associés ou non à une corticothérapie (méthylprednisone). Ils ont un intérêt surtout dans les chimiothérapies contenant des platines.
- ✓ **Au cours de la grossesse** : le seul antiémétique autorisé est le métoclopramide.
- ✓ **Vertiges** : il faut installer le patient au calme, dans l'obscurité et proposer de l'acétylleucine (Tanganil).
- ✓ **Mal des transports** : sont utilisés les anticholinergiques, Scopoderm TTS, ou les anti-H1, Nautamine.

À PARAÎTRE : • 2^{de} partie : « Vomissements de l'enfant (avec le traitement) »

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

TROUBLES MOTEURS DIGESTIFS

Gastroparésie

Les vomissements sont secondaires à une stase gastrique liée à une atteinte de l'innervation intrinsèque.

La gastroscopie évoque le diagnostic (pas de sténose digestive, mais persistance d'un résidu alimentaire à jeun). Le diagnostic est confirmé par la scintigraphie isotopique qui montre un retard à la vidange gastrique, ou par l'électrogastrographie. Le diabète est la cause la plus fréquente de gastroparésie. Plus rarement, il peut s'agir

d'une séquelle de chirurgie gastrique, d'un lupus érythémateux disséminé, d'amylose digestive, d'une sclérodémie. Parfois, aucune cause n'est retrouvée. On parle alors de gastroparésie « idiopathique ».

Pseudo-obstruction intestinale chronique

C'est une affection rare qui se manifeste par un tableau de subocclusion intestinale évoluant par poussées, entrecoupées de périodes de rémission où l'on note souvent

une diarrhée ou une dénutrition. L'ensemble des examens morphologiques est normal, mais la distension intestinale gêne parfois l'interprétation.

Séquelles de chirurgie gastrique

Les vomissements chroniques peuvent être rattachés à un syndrome du petit estomac, une gastroparésie (vagotomie), un syndrome de l'anse afférente, un ulcère anastomotique, un obstacle (récidive néoplasique...).

MINI TEST DE LECTURE de la question 123, p. 2153

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Le psoriasis n'atteint jamais les muqueuses.
- 2 Le rhumatisme psoriasique atteint toujours les articulations périphériques.
- 3 Le psoriasis de l'enfant succède souvent à une infection rhinopharyngée streptococcique.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Certains médicaments peuvent induire ou aggraver un psoriasis.
- 2 Le traitement du psoriasis par PUVAthérapie peut être effectué chez une femme enceinte.
- 3 L'éthylisme chronique contre-indique le traitement par méthotrexate.

- 4 En cas de traitement par acitrétine (Soriatane), une grossesse peut être envisagée 6 mois après l'arrêt du traitement.

C / QCM

Parmi les items suivants, lesquels sont caractéristiques du psoriasis ?

- 1 Atteinte fréquente du cuir chevelu, des coudes, des ongles.
- 2 Augmentation des IgE.
- 3 Atteinte des articulations interphalangiennes distales.
- 4 Les traumatismes psychologiques déclenchent fréquemment des poussées.
- 5 La corticothérapie générale est un traitement classique du psoriasis.

MINI TEST DE LECTURE de la question 281, p. 2173

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'intensité du souffle est proportionnelle au degré de sévérité du rétrécissement aortique.
- 2 Une augmentation du B2 est retrouvée à l'auscultation du rétrécissement aortique serré.
- 3 Une vitesse transvalvulaire aortique > 3 m/s indique une sténose serrée.
- 4 Une surface aortique > 1,5 cm² indique un RAC peu serré.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Un rétrécissement aortique serré asymptomatique nécessite une surveillance échocardiographique annuelle.
- 2 Une épreuve d'effort peut être utile à la prise en charge d'un patient porteur d'un rétrécissement aortique serré asymptomatique.

- 3 Un remplacement valvulaire par valve mécanique est préférable chez les patients de moins de 70 ans.
- 4 Une fatigabilité à l'effort est fréquente chez les patients porteurs d'un rétrécissement aortique serré asymptomatique.

C / QCM

À propos du rétrécissement aortique serré symptomatique :

- 1 Il nécessite une surveillance échographique rapprochée.
- 2 Il correspond à une surface aortique < 1 cm².
- 3 Il est toujours associé à des vitesses transvalvulaires élevées (> 4 m/s).
- 4 Il expose à un risque accru de mort subite.
- 5 Il nécessite rapidement un remplacement valvulaire.

MINI TEST DE LECTURE de la question 345, p. 2179

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Il faut systématiquement traiter par antiémétique quelqu'un qui vomit.
- 2 Au troisième trimestre de la grossesse, les vomissements sont toujours physiologiques.
- 3 Les vomissements peuvent provoquer des complications pulmonaires.
- 4 Les chimiothérapies à base de platine sont les plus émétisantes.
- 5 Devant une suspicion d'hypertension intracrânienne, il faut toujours réaliser une ponction lombaire en urgence.

- 6 Toute pathologie hépatique, quelle qu'en soit la cause, peut provoquer des nausées ou des vomissements.
- 7 Seul le métoclopramide est autorisé chez la femme enceinte.

B / QCM

Parmi les signes suivants, lesquels évoquent une occlusion intestinale basse ?

- 1 Douleurs abdominales.
- 2 Arrêt précoce des matières et des gaz.
- 3 Absence de météorisme.
- 4 Vomissements fécaloïdes précoces.

Réponses : A : F, F, V / B : V, F, V, F / C : 1, 3, 4.

Réponses : A : F, F, F, V / B : F, V, V, F / C : 2, 4, 5.

Réponses : A : F, F, V, V, V, V / B : 1.