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

Orientation diagnostique

2^e partie – Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement)

Pr Bruno Bachy¹, Dr Olivier Mouterde²

1. Clinique chirurgicale infantile CHU, 76031 Rouen Cedex.

2. Gastro-entérologie pédiatrique CHU, 76031 Rouen Cedex.

Bruno.Bachy@chu-rouen.fr

Objectifs

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

Le vomissement se définit comme le rejet par la bouche de liquides d'origine digestive, habituellement avec efforts. Il s'agit d'un symptôme dont les causes peuvent être multiples et qui nécessite une démarche clinique rigoureuse. Les vomissements orientent facilement vers une origine digestive, mais ils peuvent avoir des causes extradiigestives (vomissements réflexes). Ils peuvent survenir de façon aiguë et, dans certains cas, la pathologie responsable peut mettre en jeu le pronostic vital (volvulus, hypertension intracrânienne). Les vomissements bilieux, surtout chez le nourrisson, doivent faire rechercher une occlusion. Les vomissements chroniques doivent impérativement avoir un diagnostic étiologique avant de proposer une thérapie. Le traitement des vomissements est essentiellement le traitement de leur cause ; un traitement symptomatique sans diagnostic précis serait illogique.

En présence de vomissements, la démarche diagnostique est avant tout clinique. Les éventuels examens complémentaires ne sont demandés qu'en fonction des orientations. Le vomissement est un signe peu spécifique pouvant se retrouver dans de nombreuses pathologies pédiatriques. Il ne doit jamais être négligé. Cette démarche doit aboutir à un diagnostic étiologique qui oriente le traitement. La démarche peut être différente en fonction du contexte : les vomissements chroniques justifient une analyse clinique et d'éventuels examens complémentaires mais sans la notion d'urgence qu'imposent les vomissements aigus.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

La démarche clinique repose sur l'interrogatoire : les vomissements peuvent être alimentaires (faits d'aliments digérés ou non digérés), bilieux, sanglants ou fécaloïdes. L'aspect des vomissements a déjà une valeur d'orientation. L'examen clinique doit être particulièrement rigoureux avec l'arrière-pensée d'une pathologie urgente pouvant engager le pronostic vital.

Il recherche rapidement des signes orientant vers une occlusion organique : ballonnement abdominal, orifices herniaires, cicatrice abdominale et d'éventuels signes de gravité, notamment défense abdominale, voire contracture, imposant alors une prise en charge urgente adaptée. La notion de fièvre dans ce tableau de vomissement a une grande importance. Elle traduit une note infectieuse ou inflammatoire et oriente le diagnostic dans ce sens. Dans tous les cas, l'examen clinique doit être complet et ne pas se localiser uniquement sur la sphère digestive (importance du fond d'œil à la recherche d'une hypertension intracrânienne par exemple).

Les vomissements doivent être différenciés d'une éventuelle toux émetisante, surtout chez le nourrisson, chez qui elle s'accompagne fréquemment de vomissements alimentaires provoqués mécaniquement par les efforts de toux, et des régurgitations qui sont surtout l'apanage du jeune nourrisson, survenant sans effort, le plus souvent après les repas liquides.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les examens d'imagerie sont dictés par l'orientation clinique. Une suspicion de syndrome occlusif impose avant tout un examen radiographique simple de l'abdomen chez l'enfant, habituellement réalisé couché, éventuellement complété par un cliché en position debout à la recherche de niveaux hydroaériques. Simple, il peut être complété, à la demande, par une échographie, une opacification (par voie haute ou basse), un scanner ou une image par résonance magnétique (IRM). Aucun de ces examens ne doit retarder la prise en charge thérapeutique en cas d'urgence manifeste.

Les examens biologiques permettent surtout de guider la réanimation en précisant le retentissement sur l'équilibre hydro-électrolytique. Les vomissements peuvent entraîner une alcalose métabolique par perte des ions chlore, un déséquilibre hydrosodé, ou une cétose de jeûne avec parfois acidose. Ils peuvent s'accompagner d'une insuffisance rénale fonctionnelle.

Les vomissements répétés peuvent engendrer des complications pouvant compliquer l'analyse clinique : déshydratation, dénutrition ou inhalation. Des vomissements répétés avec efforts importants peuvent entraîner des lacérations hémorragiques du bas œsophage (syndrome de Mallory-Weiss). Il s'agit de conséquences des vomissements et non de leur cause.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Les causes des vomissements sont nombreuses, certaines sont fréquentes, d'autres plus rarement rencontrées. Certaines sont potentiellement graves et d'autres nécessitent une prise en charge urgente, souvent chirurgicale. Cette étude n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle vise à aider à une prise en charge logique des principales causes de vomissements du nourrisson et de l'enfant.

Vomissements d'origine digestive

Ils peuvent partager la sémiologie des vomissements d'autres origines. Bilioux, ils doivent retenir toute l'attention car ils révèlent souvent une pathologie occlusive. Alimentaires, ils peuvent être réflexes ou traduire une irritation péritonéale. Une hémorragie digestive haute peut être responsable, à elle seule, de vomissements sanglants (varice œsophagienne, ulcère gastroduodéal).

1. Occlusions néonatales

Chez le nouveau-né, les vomissements bilioux sont avant tout synonyme d'occlusion néonatale qui peut être organique (atrésie du duodénum ou du grêle, vice de rotation de l'anse primitive), fonctionnelle (iléus méconial de la mucoviscidose, maladie de Hirschsprung) ou inflammatoire (entérococolite ulcéro-nécrosante). Cependant, si l'obstacle siège au-dessus de l'ampoule de Vater, les vomissements sont clairs. L'absence de méconium, l'émission d'un méconium anormal ou une émission anormalement prolongée de méconium ont une grande valeur sémiologique. Les malformations anorectales doivent avoir été dépistées dès la naissance. Les échographies anténatales peuvent éventuellement avoir

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

Voici des séries de questions/réponses qui, à partir d'exemples de cas cliniques, pourraient concerner l'item « Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement) ».

Il ne s'agira probablement pas d'une question générale du genre « diagnostic d'un vomissement chez l'enfant » mais plus vraisemblablement des questions sur des pathologies où les vomissements peuvent être révélateurs.

Par exemple :

1 Un nourrisson de 3 semaines, jusque-là sans aucun problème, a depuis 48 heures des vomissements. Quelles sont les données de l'examen clinique orientant vers une sténose du pylore ? (Caractère purement alimentaire, nourrisson affamé, perte de poids récente, ondulations péristaltiques et éventuellement olive pylorique palpable).

2 Un nourrisson de 18 mois a, depuis quelques heures, des crises douloureuses violentes accompagnées de vomissements. Précisez la conduite de l'examen clinique et la stratégie de prise en charge. (Interrogatoire : caractère paroxystique des crises, pâleur, intolérance gastrique. Vérification des orifices herniaires, toucher rectal prudent à la recherche de rectorragies. Palpation abdominale à la recherche d'un boudin palpable. Indication à une échographie et à un lavement thérapeutique si l'invagination intestinale aiguë est confirmée. Chirurgie si la réduction n'est pas obtenue par le lavement).

3 Un jeune garçon de 10 ans a depuis quelques semaines des vomissements, au réveil, accompagnés de céphalées intenses. Précisez votre démarche diagnostique. (Penser d'emblée à une hypertension intracrânienne par tumeur : pas de notion de traumatisme crânien récent, examen neurologique, examen du fond d'œil, scanner crânien ou IRM en urgence).

4 Devant des vomissements chez un enfant prostré et fébrile, quels sont les arguments en faveur d'une origine méningée ?

Et bien d'autres dossiers cliniques dont les vomissements sont un des éléments.

attiré l'attention sur le tube digestif. Toute occlusion néonatale impose le transfert du nouveau-né dans un centre spécialisé. La radiographie simple de l'abdomen permet souvent l'orientation étiologique ; elle a valeur de transit à l'air puisque, avant la naissance, il n'y a pas d'air dans le tube digestif : la progression de l'aération s'interrompt au niveau de l'obstacle. En présence d'une occlusion fonctionnelle, les opacifications sont indiquées, surtout réalisées par voie basse. La prise en charge des occlusions organiques est chirurgicale. Le passage d'une sonde rectale entraînant une débâcle de gaz et de selles est très évocateur d'une maladie de Hirschsprung, anomalie fonctionnelle de la partie terminale du tube digestif.

Les complications des anomalies de rotation (disposition en mésentère commun) sont une véritable urgence car les volvulus conduisent rapidement à des nécroses étendues du grêle. Ces volvulus se produisent volontiers après un intervalle libre de quelques jours ou de quelques semaines après la naissance. Les conséquences en sont graves : l'association vomissements bilieux et rectorragie chez un nourrisson est une véritable urgence.

Les vomissements dans cette tranche d'âge peuvent également être révélateurs de maladies métaboliques. La normalité de l'examen clinique et de l'imagerie, et d'éventuels antécédents familiaux peuvent orienter.

2. Sténose de pylore

Les vomissements de la sténose hypertrophique du pylore sont assez caractéristiques. Il s'agit de vomissements apparaissant après un intervalle libre de quelques semaines, habituellement à la fin du premier mois, chez un nourrisson jusque-là en pleine forme. Il s'agit de vomissements non bilieux (puisque l'obstacle est au-dessus de l'ampoule de Vater), faits de lait caillé etsurvenant après le biberon chez un nourrisson qui reste affamé ; il s'agit de vomissements puissants, en jets, faciles et qui peuvent se produire également très à distance du dernier biberon. L'examen clinique recherche les ondulations péristaltiques témoignant de la lutte de l'estomac contre l'obstacle pylorique. La palpation de l'olive pylorique est souvent difficile mais le diagnostic est facilement affirmé par l'échographie. Dès lors, il faut corriger les désordres hydro-électrolytiques et organiser l'intervention chirurgicale.

Chez l'enfant plus grand, en présence de vomissements incoercibles, non bilieux, parfois sanglants, il faut savoir évoquer la sténose du pylore ulcéreuse. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont les premiers responsables, entraînant des ulcères péripyloriques qui peuvent se compliquer de sténose de l'antré. La primo-infection à *Helicobacter pylori* peut également se révéler par des vomissements quelquefois sanglants. Des gastrites virales sont également, parfois, cause de vomissements. De tels tableaux sont une indication à une endoscopie digestive.

3. Syndrome occlusif du nourrisson et de l'enfant

Chez le nourrisson et l'enfant, des vomissements bilieux doivent en premier faire rechercher un syndrome occlusif et une cause chirurgicale. L'examen clinique apprécie l'éventuel retentissement sur l'état général (cernes oculaires, déshydratation) et doit éliminer

POINTS FORTS

à retenir

- **Le vomissement est un symptôme pouvant connaître des causes nombreuses. Certaines mettent en jeu le pronostic vital (hypertension intracrânienne, volvulus intestinal). Une démarche clinique rigoureuse permet une orientation diagnostique.**
- **Une origine organique doit toujours être évoquée en premier.**
- **En présence de vomissements, dans un contexte fébrile, il faut évoquer le diagnostic de **méningite** et rechercher les signes méningés et surtout des signes cutanés (purpura) témoignant d'une particulière gravité.**
- **En présence d'une cause digestive, les vomissements peuvent traduire un obstacle sur le tube digestif (occlusion) et sont volontiers bilieux dans ce cas, ou une irritation péritonéale par un foyer inflammatoire ou infectieux.**
- **L'examen des orifices herniaires est impératif chez le nourrisson (se méfier des couches et des collecteurs d'urines chez les tout-petits).**
- **Les vomissements de la sténose hypertrophique du pylore sont caractéristiques par leur date de survenue, leur caractère alimentaire pur chez un nourrisson affamé.**
- **Une origine psychologique à des vomissements ne peut être évoquée qu'avec la plus extrême prudence.**
- **Le traitement des vomissements est avant tout le traitement de la cause (et éventuellement de leurs conséquences : hypochlorémie et alcalose).**

en premier une hernie étranglée pouvant être méconnue et se révélant par un étranglement surtout chez le petit nourrisson. La radiographie simple de l'abdomen recherche une distension intestinale et des niveaux hydroaériques témoignant de l'obstacle organique. Un étranglement herniaire chez un petit nourrisson nécessite une prise en charge rapide dans un centre spécialisé, où la réduction est souvent obtenue par taxis (manipulation douce de la hernie), éventuellement sous prémédication. Tout retard dans cette prise en charge expose à la nécrose de l'intestinhernié.

L'invagination intestinale aiguë, qui doit être évoquée de principe chez tout nourrisson jusqu'à 3 ans, peut se révéler par des vomissements. Habituellement il s'agit plutôt d'une intolérance gastrique absolue : l'enfant rejetant immédiatement le biberon qui lui est proposé. Les douleurs abdominales peuvent ne pas être au premier plan, la notion de rectorragie, extériorisée ou simplement retrouvée au toucher rectal, a une grande valeur sémiologique dans ce contexte. La radiographie simple montre souvent une raréfaction des images gazeuses au début, mais dans les formes évoluées, le tableau occlusif se complète. C'est l'échographie qui confirme le diagnostic en objectivant le boudin d'invagination. Il faut se méfier des formes neurologiques où le malaise et la torpeur sont au premier plan. Si l'invagination est confirmée par l'échographie, une désinvagination par lavement

(à l'air, aux nitrates ou à la baryte) doit être entreprise rapidement ; en cas d'échec ou de doute sur la réalité de la désinvagination, l'intervention chirurgicale s'impose.

Plus rarement une occlusion mécanique du grêle, chez un nourrisson, révélera une complication du diverticule de Meckel, ou d'une bride omphalo-mésentérique.

4. Occlusion mécanique

Une occlusion mécanique du grêle, quel que soit l'âge, évolue dans un contexte apyrétique. La cause la plus fréquente d'occlusion mécanique, chez l'enfant plus grand, est l'occlusion sur bride, facile à évoquer chez un enfant ayant des antécédents chirurgicaux et souffrant de vomissements bilieux. L'arrêt du transit, notamment l'arrêt des gaz, peut être difficile à faire préciser chez un jeune enfant. La radiographie simple de l'abdomen confirmant l'occlusion est suffisante pour poser l'indication chirurgicale (laparotomie ou cœlioscopie).

5. Pathologie appendiculaire

Des vomissements dans un contexte de fièvre, chez l'enfant, doivent faire évoquer une pathologie appendiculaire. L'appendicite chez l'enfant, quel que soit l'âge, s'accompagne volontiers de vomissements, mais habituellement les douleurs abdominales, spontanées ou à la palpation de la fosse iliaque droite, orientent facilement vers ce diagnostic. Cependant en présence d'une appendicite pelvienne ou mésocœliaque, ou chez le nourrisson, les douleurs peuvent ne pas être évidentes. En cas d'appendicite pelvienne, le toucher rectal peut redresser le diagnostic. Mais en cas d'appendicite mésocœliaque, la seule notion d'occlusion fébrile doit conduire à l'intervention. Les examens complémentaires : radiographie, échographie ou scanner, doivent être limités au maximum. La notion d'une hyperleucocytose ou d'une élévation des paramètres de l'inflammation a une grande valeur d'orientation.

6. Autres causes digestives

D'autres pathologies digestives dans cette tranche d'âge peuvent se révéler par des vomissements ou s'accompagnent de vomissements : les gastro-entérites, fréquentes, volontiers épidémiques, débutent souvent par des vomissements précédant de plusieurs heures l'épisode diarrhéique venant confirmer le diagnostic.

Les pathologies hépatiques : hépatites virales, métaboliques, toxiques ou les pathologies biliaires peuvent au début être dominées par les vomissements avant même toute note ictérique. L'échographie et la biologie hépatique doivent orienter vers le foie.

De même les vomissements sont constants dans les pathologies pancréatiques toxiques ou d'origines biliaires (importance de l'échographie et de la lipasémie).

7. Erreurs diététiques

Le diagnostic d'« indigestion » ne doit pas être porté trop facilement chez l'enfant, même si souvent des erreurs diététiques ou des alimentations inadaptées sont constatées. La suralimentation peut générer des vomissements chez un très jeune enfant.

Pour en savoir plus

► Urgences pédiatriques
Monographie
(Rev Prat 2001;51(17):1871-921)

Vomissements d'origine gynécologique

Chez la fillette et l'adolescente, une torsion d'annexe (saine ou pathologique) entraîne rapidement un tableau de vomissements en raison de la nécrose tissulaire. L'échographie pelvienne permet souvent le diagnostic, mais devant un tel tableau la cœlioscopie s'impose en urgence.

Vomissements d'origine neurologique

Ils sont la hantise du clinicien qui doit craindre, de principe, une hypertension intracrânienne et au premier plan une tumeur cérébrale. Des céphalées sont le plus souvent associées, décrites classiquement comme matinales et soulagées par les vomissements. Le diagnostic différentiel est essentiellement la migraine, autre cause de vomissements. Le traumatisme crânien chez l'enfant s'accompagne volontiers de vomissements, et il faut savoir l'envisager si les circonstances sont suspectes. Certains accidents peuvent être cachés par l'enfant, ou par l'entourage. Chez le nourrisson, il faut savoir évoquer de principe l'hématome sous-dural. L'étiologie neurologique est fortement suggérée par les signes neurologiques associés. Pour le diagnostic de lésions intracrâniennes, le scanner doit être réalisé en urgence ; si elle est accessible, l'IRM est l'examen de référence. L'examen du fond d'œil est surtout utile chez le nourrisson. Il n'y a aucun intérêt à demander une radiographie de crâne. En cas de fièvre, et en l'absence de signes d'hypertension intracrânienne, la ponction lombaire est indispensable pour confirmer ou éliminer une méningite bactérienne ou virale, l'examen cutané recherche des lésions purpuriques accompagnant le *purpura fulminans* d'une particulière gravité.

Vomissements d'origine métabolique

Ils sont rares, en dehors de l'acidocétose diabétique, mais plus fréquents en cas de consanguinité qui doit être recherchée systématiquement. L'étude des circonstances déclenchantes : prise de certains aliments, jeûne, et les signes associés (signes neurologiques, hépatomégalie...) doit être soigneuse. Le diagnostic différentiel est l'intoxication. Un bilan biologique standard : hémostasie, bilan hépatique et métabolique, orientera le diagnostic. Il faut penser à prélever les premières urines devant toute suspicion. L'intolérance au fructose, les aminoacidopathies, les défauts de bêta-oxydation, le déficit en OTC, la porphyrie ou l'hyperplasie des surrénales peuvent également se révéler par des vomissements.

Vomissements d'origine rénale et circulatoire

Classiquement, l'insuffisance rénale et l'hypertension artérielle peuvent être cause de vomissements. La prise systématique de la pression artérielle, un bilan biologique standard, la recherche d'une infection en cas de fièvre et d'une protéinurie (glomérulonéphrite) permettent d'éviter ces pièges.

Vomissements d'origine psychologique

Trois circonstances distinctes peuvent se rencontrer : les vomissements réactionnels du jeune enfant (pression alimentaire, autre bénéfique secondaire), le mérycisme (vomissements provoqués avec rumination chez un nourrisson ou jeune enfant) et les vomissements lors d'une anorexie ou d'une boulimie de l'adolescent(e). Ces diagnostics sont évoqués sur l'âge, le contexte psychologique, les circonstances déclenchantes, le déroulement des épisodes et surtout l'examen physique normal. Il faut cependant toujours se méfier dans un tel tableau d'une tumeur cérébrale. La demande d'une imagerie cérébrale (scanner ou IRM), n'est jamais déraisonnable avant de retenir une cause psychologique...

Vomissements d'origine infectieuse

Ils sont évoqués en présence d'une fièvre. Ils peuvent accompagner les pharyngites à streptocoque, les otites ou les infections urinaires chez le nourrisson, les méningites virales ou bactériennes, les encéphalites (avec signes neurologiques), les gastroentérites (la diarrhée est parfois absente initialement), mais également les hépatites, les pancréatites ou les gastrites infectieuses... Il faut cependant toujours garder à l'esprit le diagnostic d'appendicite dans une forme trompeuse.

Vomissements d'origine ORL ou respiratoire

Les hypertrophies amygdaliennes peuvent s'accompagner de vomissements nocturnes ou lors de l'ingestion de solides. Des vomissements peuvent accompagner les pathologies de l'oreille moyenne (otites aiguës) et les vertiges ou également le mal des transports. La coqueluche et les bronchiolites s'accompagnent fréquemment de vomissements lors des efforts de toux.

Vomissements cycliques

Il s'agit d'une pathologie mystérieuse dans ses mécanismes, révélant parfois une forme minima de maladie métabolique ou une forme de migraine. Ils sont aussi appelés « vomissements acétonémiques ». Le tableau comporte des accès de vomissements cycliques avec cétose de jeûne, évoluant sur quelques heures ou jours avec intervalles libres. Les principaux diagnostics différentiels à évoquer sont : la tumeur cérébrale, une maladie métabolique, une malrotation intestinale, une duplication ou une autre cause organique.

Vomissements liés à des médicaments

Un grand nombre de médicaments peuvent être concernés, soit lors d'un traitement (chimiothérapie) ou lors d'une prise accidentelle chez le jeune enfant, ou volontaire chez l'enfant plus âgé. Il faut savoir évoquer ce diagnostic par l'interrogatoire, la recherche de toxiques dans le sang et dans les urines. Plus rarement, il faudra penser à l'intoxication à la vitamine D, aux salicylés, au paracétamol. Le diagnostic différentiel reste les maladies métaboliques.

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'appendicite est fréquente chez le nourrisson.
- 2 Un tableau d'occlusion fébrile chez l'enfant évoque avant tout une appendicite mésocœliaque.
- 3 Une péritonite par perforation appendiculaire entraîne un pneumopéritoine radiologique.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Des vomissements dans un contexte fébrile chez un enfant prostré sont une indication à une ponction lombaire en urgence.
- 2 Des taches purpuriques dans ce contexte permettent d'éliminer le diagnostic de méningite.
- 3 Le *purpura fulminans* se traite par antibiothérapie per os et repos strict à domicile.

C / QCM

Parmi les propositions suivantes quelle(s) est (sont) celle(s) que vous retenez ?

- 1 Les vomissements de la sténose hypertrophique du pylore sont bilieux dans les formes les plus sévères.
- 2 L'étranglement herniaire est exceptionnel chez le petit nourrisson.
- 3 Le volvulus aigu du grêle est longtemps bien supporté par l'enfant jeune.
- 4 Une atrésie duodénale peut entraîner des vomissements non bilieux.
- 5 La maladie de Hirschsprung entraîne une occlusion haute avec vomissements précoces et abdomen plat.

Réponses : A : F ; V ; F / B : V ; F ; F / C : 4.

Vomissements d'origine allergique

L'intolérance aux protéines de lait de vache chez le nourrisson entraîne des vomissements post-prandiaux immédiats. De même, l'intolérance au gluten se révèle volontiers par des vomissements.

CONCLUSION

Ce catalogue incomplet des causes de vomissements chez le nourrisson et l'enfant montre bien qu'il n'y a pas de réponse univoque au diagnostic de vomissements. Le clinicien reste attentif aux causes les plus graves et les plus urgentes, et, à ne pas proposer de traitement symptomatique sans un diagnostic étiologique précis. Il doit garder à l'esprit la hantise de l'hypertension intracrânienne, et s'efforce d'éliminer une pathologie organique nécessitant un geste thérapeutique adapté avant de prescrire un traitement antiémétique. ■

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

DÉJÀ TRAITÉ : • 1^{re} partie : « Vomissements de l'adulte (avec le traitement) »
Rev Prat 2006;56(19):2179-86.