

LES VOMISSEMENTS DU NOUVEAU NE ET DU NOURRISSON

Fréquents ; peuvent cacher diverses maladies ; à ne jamais banaliser.

I/ Définition

Vomissement = rejet actif, par la bouche, de tout ou partie du contenu gastrique, par un effort des muscles de la paroi abdominal et du diaphragme.

II/ Déroulement du vomissement

- ◆ Contraction violente des muscles striés thoracique, abdominaux et du diaphragme, bloqués en position basse.
- ◆ Associé à :
 - une fermeture du pylore
 - une hypertonie antral qui rejette les aliments vers la grande courbure de l'estomac
 - une béance cardiale
 - une hypotonie oesophagienne

III/ Déclenchement du vomissement

Celui ci est sous la dépendance des 2 centres bulbaires placés dans le plancher du 4ème ventricule :

■ *Un chimorécepteur*

sensible notamment : aux médicaments (digitaline, théophylline, salicylés) ; aux métabolites endogènes ; aux incitations labyrinthiques

■ *Un centre moteur*

excité par les influx venant du diencéphale, du cervelet, du pharynx, du centre chimiorécepteur, et des viscères essentiellement digestifs.

Toute douleur vive peut entraîner des vomissements.

● **Particularités du nourrisson =**

- ~ il absorbe l'air par le nez pendant les repas
- ~ consistance liquide des repas qu'il ingurgite
- ~ un volume gastrique diminué

~ la position en décubitus

IV/ **Diagnostiques différentiels**

1. Rejet mucosalivaire d'origine supragastrique de l'atrésie oesophagienne.
2. Le mérycisme = rumination volontaire traduisant un trouble psychologique.
3. La réurgitation = émission par la bouche, d'un volume peu abondant, sans effort, s'écoulant au coin de la bouche. Elle accompagne le rot après le biberon et est physiologique.

V/ **Conduite du diagnostic**

★ *Caractères des vomissements :*

- date d'apparition, notion d'intervalle libre, caractère aigu ou chronique, horaire (vomissements post-prandiaux, nocturnes, ...), fréquence, abondance
- modalités de provocation : changement de position, contrariétés, modification du régime, prise médicamenteuse
- aspect : blanc (lait non caillé ayant peu séjourné dans l'estomac ou lait caillé ayant séjourné plus longtemps dans l'estomac), rouge ou noir (sanguinant), vert bilieux (GRAVE, origine post-pylorique est sous-vatérienne), fécaloïdes

★ *Interrogatoire :*

- date d'apparition (vomissements récents, inhabituels)
- récidivants
- caractère familial
- survenant dans un contexte précis (rentrée scolaire, ...)

★ *Les signes associés :*

- syndrome infectieux
- appétit conservé ou diminué
- comportement : malaises ou souffrance après la tétée, état des selles, ...

La courbe de croissance montre la gravité d'un symptôme!

★ *Faire expliquer le régime de l'enfant :*

il faut noter

- le mode de préparation, le mode de reconstitution des laits en poudre
- la quantité proposée, l'apport calorique reçu
- le nombre de prise alimentaire par jour
- la nature des aliments proposés et leur date d'introduction (protéine de lait de vache, gluten)
- modification diététique après l'apparition des symptômes

★ *Les ATCD de l'enfant :*

- la grossesse, l'accouchement
- la période néonatale
- le développement staturo- pondéral et psychomoteur
- la prise de médicaments
- les ATCD familiaux (sténose du pylore, ...)

VI/ L'examen clinique

A. Juger du retentissement des vomissements
état de déshydratation (le plus souvent extra- cellulaire et hypochlorémique), état nutritionnel, retentissement respiratoire, ...

B. Signes infectieux

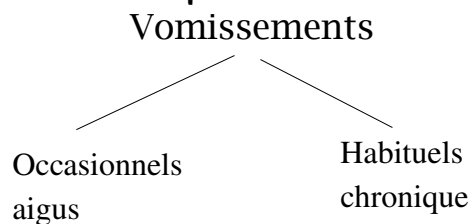
signes généraux (frissons, teint gris, fièvre), éruption cutanée, dysphagie, otalgie, écoulement nasal purulent, symptômes urinaires, signes neurologiques

VII/ Les examens complémentaires

Ils vont dépendre de l'orientation étiologique :

- appréciation du retentissement des vomissements
- ~ ionogramme, NFS, recherche d'une cétose, radiographie pulmonaire
- recherche d'une étiologie
- coproculture
- ASP
- examen ORL systématique
- uroculture, hémoculture
- ...

VIII/ Les causes organiques



1. Causes des régurgitations

La plupart du temps elles sont physiologiques.

Sinon : faute technique d'alimentation, pathologie oesophagienne (RGO⁺⁺, spasmes, atrésie de l'oesophage⁺⁺⁺, ...)

2. Les vomissements en période néonatale

● Vomissements d'origine digestive :

- Obstacle anatomique⁺⁺⁺ (atrésie, malformation, volvulus, ...)
- entérocolite nécrosante⁺⁺
- ulcère gastro- duodéal⁺
- imperforation anale⁺
- iléus méconial⁺⁺

*Chez le nouveau- né = **GRAVE** jusqu'à preuve du contraire.*

● Vomissements du nourrisson :

- obstacles anatomiques incomplets
- RGO⁺⁺
- gastrite allergique, gastro-entérite infectieuse⁺⁺
- sténose du pylore
- allergie aux protéines du lait de vache⁺⁺⁺

● Vomissements des enfants âgé de plus de 2 ans :

- appendicite⁺⁺⁺
- ulcère gastroduodéal⁺⁺⁺
- parasitose intestinale (ascaris)
- ...

IX/ Les vomissements occasionnels ou aigus

a) Les urgences chirurgicales

~ les occlusions néonatales congénitales (atrésie, ...)

b) Les causes médicales

~ infections de tout types : digestives (virale ou bactérienne) / extra-digestives (méningite, infection ORL, infection urinaire, ...)

~ les causes métaboliques = hyperammoniémie, insuffisance surrénalienne aigue, intoxication médicamenteuse, ...

X/ Les vomissements habituels ou chroniques

a) LES CAUSES DIGESTIVES

● La sténose du pylore (touche les petits nourrissons) :

- leiomyomatose bénigne du muscle pylorique
- **terrain favorisant** : garçon, prématurité, poids de croissance normal à terme, caractère familial, alimenté par le lait maternel

- **clinique** : vomissements juste après les repas, puis un peu plus tard, l'estomac s'adapte, ...
- **les signes associés** : constipation, ictère à bilirubine libre, persistance de l'appétit
- **examen clinique** : clapotage à jeun, ondulation péristaltique
- **la paraclinique** : échographie abdominale qui met en évidence un pylore trop large et trop épais et qui regarde la fonction dynamique du pylore dans le temps / radiographie (ASP qui montre une absence de gaz, un TOGD qui montre une stase du produit dans l'estomac)
- **le retentissement biologique** : alcalose hypochlorémique, déshydratation
- **le ttt** : correction des troubles hydroélectrolytiques, pylorotomie extra-muqueuses sur la ligne avasculaire, réalimentation rapide

● La plicature gastrique :

affection liée à une brièveté anormale du mésocolon

● Le RGO :

- **Fréquent** (1/ 300 à 1/ 1000 nourrissons)
- Formes classiques à expression digestive chez le petit nourrisson
- Formes particulières : néonatales sévères (hémorragies, oesophagite) ; à expression extra- digestives
- **Mécanismes** du RGO :
 - ➔ défaillance du dispositif anti- reflux
 - ➔ facteurs anatomiques : peu importants (hernie hiatale vraie rare, béance cardiale simple plus fréquente, ...)
 - ➔ études de pHmétrie et de manométrie
 - ➔ rôle conjoint d'anomalies motrices : cardiaque, oesophage, estomac, sphincter inférieur de l'oesophage
 - ➔ RGO = baisse continue du tonus de base / épisodes de relaxation inappropriés / non déclenché par la déglutition / favorisé par l'augmentation de la pression abdominale (cri, toux, défécation, ...)
 - ➔ anomalies de la motricité oesophagienne : diminution du péristaltisme oesophagien et de la clairance oesophagienne
 - ➔ anomalies de la motricité gastrique : retard de vidange gastrique
- La compétence pylorique et la vidange gastrique :
 - ◆ peuvent constituer des facteurs favorisants (l'exposition de la muqueuse oesophagienne aux sécrétions gastriques et pancréatiques)
 - ◆ augmente le risque d'apparition d'une oesophagite

- **Pathogénicité** du RGO :

- un reflux peut exister sans conséquence clinique
- les reflux brefs sont physiologiques en post- prandiale
- les facteurs pathogènes sont = le degré du reflux, la durée d'exposition de la muqueuse oesophagienne au pH acide, la capacité de l'oesophage à vidanger son contenu (clairance), l'étendue et la sévérité des lésions de la muqueuse oesophagienne

- **Classification** des RGO :

- *Le reflux simple* (80% des cas) = nouveau- né et nourrissons de moins de 3 mois ; du à l'immaturité du système anti- reflux et du sphincter inférieur de l'oesophage.

Début entre la naissance et 3 mois. Régurgitation indolores et sans effort. Liés temporellement à l'alimentation. Nourrisson par ailleurs bien portant. Amélioration habituelle vers 7- 8 mois (âge de la station assise stable). Il est donné du lait anti- reflux.

- *Le reflux avec complication* = complications nutritionnelles, oesophagiennes ou autres.

Reflux avec oesophagite (10% des cas) : vomissements avec filets de sang ; hématomèse vraie rare ; douleurs, pleurs au cours des biberons.

Complication respiratoire : accidents aigus d'inhalation, bronchite, pneumonie à répétition, pathologies ORL, toux nocturnes chroniques, ...

Pathologie respiratoire intriquées : asthme, mucoviscidose.

- *Le reflux secondaire* (10% des cas) = enfants atteints d'encéphalopathies, de mucoviscidose, d'une volumineuse hernie hiatale

- **Examens complémentaires** : ils sont non indiqués en cas de RGO cliniquement typique et non compliqué / références médicales opposables / examens si complication =

- la pHmétrie de longue durée (18 à 24h)++. Le pH ne doit pas être inférieur à 4. Au dessus de 4% du temps avec un pH inférieur à 4 = RGO pathologique
- la radiographie = le transit baryté oeso- gastrique ; examen médiocre qui précise l'aspect anatomique (hernie)
- endoscopie oesophagienne++ et gastro- duodénale

- **Ttt** du RGO : 3 phases

- ◆ Phase 1 = ttt non invasif, non médicamenteux (position demi- assis après les repas ; le plus utilisé)
- ◆ Phase 2 = ttt médicamenteux ; le plus utilisé dans le RGO compliqué (Motilium avant les repas + Gaviscon = anti- acide)
- ◆ Phase 3 = ttt chirurgical, réservé aux formes les plus sévères ou quand échec du ttt médical bien conduit

- **Conclusion :**

RGO = pathologie très fréquente, mais qui peut- être grave.

XI/ Vomissements acétonémiques

1. Etiologie

= Hypoglycémie transitoire évoluant par crise.

Surtout le garçon à partir de 4 ans ; enfant nerveux, anxieux, émotif, instable.

Disparaît vers 7- 9 ans.

2. Clinique

Malaise, anorexie, asthénie, vomissements soudains du matin, abondant, cétonémie, ...

3. Ttt

Mettre une perfusion de glucose⁺⁺⁺

XII/ Le mal des transports

= problème vestibulaire⁺⁺⁺