

Chapitre 11 - Item 271 - UE 8

Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte

- I. Définitions et diagnostic
- II. Physiopathologie
- III. Complications et conséquences des vomissements
- IV. Démarche diagnostique
- V. Traitement

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution.

I. Définitions et diagnostic

A- Définitions

Vomissements

Mécanisme actif de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires conduisant au rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac. Les vomissements peuvent être provoqués ou spontanés. Ils sont souvent précédés de haut-le-cœur : contractions synchrones du diaphragme, des muscles abdominaux et des muscles intercostaux externes, contre la glotte fermée.

Nausées

Sensation subjective désagréable non douloureuse provenant du tractus digestif haut, associée au besoin de vomir ou à la sensation que les vomissements sont imminents.

Nausées et vomissements s'accompagnent souvent de signes d'activation des systèmes nerveux sympathique (tachycardie, sueurs froides, vasoconstriction cutanée avec pâleur, mydriase) et parasympathique (hypersalivation).

B- Diagnostics différentiels

- *Régurgitations* : remontée passive du contenu gastrique ou œsophagien dans la bouche, sans effort de vomissement ni nausée.
- *Mérycisme* ou *ruminantion* : remontée volontaire dans la bouche d'aliments récemment ingérés qui sont ensuite de nouveau déglutis après mastication.

II. Physiopathologie

Les éléments importants de la coordination des mécanismes conduisant aux vomissements sont :

- le centre du vomissement, situé dans la substance réticulée du tronc cérébral qui coordonne les phénomènes moteurs du vomissement ;
- les stimulations nerveuses afférentes au centre du vomissement provenant :
 - de la zone chémo-réceptrice située dans le plancher du 4^e ventricule (*area postrema*), sensible aux stimuli chimiques,
 - du cortex cérébral (ex. : pensée, odeurs, émotions),
 - de l'appareil vestibulaire (ex. : mal des transports, syndrome de Ménière),
 - des nerfs vague et sympathique provenant du tube digestif, du pharynx ;
- les efférences motrices conduisant aux vomissements eux-mêmes.

III. Complications et conséquences des vomissements

Les vomissements peuvent se compliquer de :

- troubles hydro-électrolytiques (hypochlorémie, hypokaliémie, insuffisance rénale, alcalose métabolique) et déshydratation : pronostic vital parfois mis en jeu, notamment chez les sujets âgés et les nourrissons, en cas de diarrhée associée, en cas de troubles de la conscience ou en cas d'impossibilité d'absorber des liquides ;
- syndrome de Mallory-Weiss (déchirure longitudinale de la muqueuse du cardia lors des efforts de vomissements) : symptomatologie typique dans la moitié des cas : survenue d'une hématomèse à la suite de vomissements initialement non sanglants ou d'efforts de vomissements répétés. L'endoscopie digestive haute est nécessaire pour confirmer le diagnostic et, si besoin, faire l'hémostase ;
- rupture de l'œsophage (syndrome de Boerhaave) : exceptionnel, très grave, urgence chirurgicale ; violente douleur thoracique à la suite de vomissements avec dyspnée, emphysème sous-cutané et odynophagie. Le diagnostic est confirmé par la tomodensitométrie thoracique : pneumomédiastin, emphysème sous-cutané, épanchement pleural, fuite œsophagienne du produit de contraste hydrosoluble ;
- inhalation bronchique avec pneumopathie (syndrome de Mendelson), surtout en cas de troubles de la conscience ou de troubles neurologiques associés ; peut mettre en jeu le pronostic vital ;
- œsophagite ;
- hémorragie sous-conjonctivale (sans gravité) ;
- fractures de côtes ;
- dénutrition en cas de vomissements chroniques ;
- interruption des traitements oraux (médicaments non pris ou évacués avec les vomissements).

IV. Démarche diagnostique

Les causes de vomissement sont très nombreuses. On distingue les vomissements aigus et chroniques (plus de 7 jours) ; il existe un recouvrement des causes entre ces 2 catégories.

Que les vomissements soient aigus ou chroniques, le diagnostic de leur cause est évoqué sur le contexte clinique, le mode évolutif, les signes associés, la nature et le moment de survenue par rapport aux repas et les données de l'anamnèse et de l'examen clinique. Souvent les vomissements ne sont qu'un signe associé, mineur par rapport aux autres symptômes, c'est le cas des urgences abdominales par exemple. Parfois les vomissements sont le symptôme prédominant et le diagnostic étiologique peut être plus difficile s'il n'y a pas d'élément d'orientation.

Sémiologie de quelques situations fréquentes :

- vomissements matinaux à jeun de liquide un peu glaireux avec haut-le-cœur (pituites) : évocateurs d'un alcoolisme ou d'autres intoxications ou intolérances (médicaments, tabac) et de la grossesse (très fréquent) ;
- vomissements en jet matinaux sans nausée ni haut-le-cœur : évocateurs d'une hypertension intracrânienne (rare) ;
- vomissements post-prandiaux tardifs répétés d'aliments nauséabonds partiellement digérés : évocateurs d'une obstruction chronique gastro-duodénale organique ou fonctionnelle (non rare) ;
- vomissements fécaloïdes évocateurs d'une obstruction basse (rare) ou d'une fistule gastro-colique (exceptionnel) ;
- vomissements per-prandiaux ou immédiatement après le repas : évocateurs d'une cause psychogène (très fréquent, mais diagnostic d'élimination) ;
- vomissements alimentaires plutôt en fin de journée en cas de syndrome obstructif (obstacle organique incomplet) précédés de l'apparition progressive de nausées, ballonnements, satiété et possibles crampes dans la journée.

Certains diagnostics doivent toujours être évoqués : grossesse, surdosage ou intolérance à certains médicaments (digitaline, théophylline, opiacés...) ou toxiques (tableau 11.1), causes métaboliques (dont l'insuffisance rénale aiguë et surrénalienne) et hypertension intracrânienne. Si la consommation de drogues peut s'accompagner de vomissements (cannabis), les vomissements peuvent aussi s'observer au cours du syndrome de sevrage (héroïne).

Tableau 11.1
Principaux médicaments et toxiques responsables de vomissements

Médicaments	Toxiques
– Antibiotiques (érythromycine, aminosides...)	
– Antimitotiques +++	
– Colchicine	
– Dérivés de l'ergot de seigle	
– Dérivés de la théophylline ++	
– Digitaliques +++	
– Lévodopa	
– Opiacés	
– Quinine	
– Salicylés	
– Alcool	
– Nicotine	

L'examen clinique (complet incluant l'examen neurologique) doit chercher des signes de complications notamment des signes de déshydratation et, en cas de vomissements chroniques, des signes de dénutrition, et des éléments en faveur des causes énumérées ci-dessous.

A- Explorations complémentaires

En cas de signes cliniques de déshydratation, de perte de poids, d'altération de l'état général, de vomissements chroniques et systématiquement chez les sujets à risque (sujets âgés, diabète, insuffisance cardiaque ou rénale connue) : évaluation du retentissement biologique :

- ionogramme sanguin (alcalose métabolique avec hypochlorémie et hypokaliémie sont caractéristiques de troubles métaboliques induits par des vomissements), NFS pour l'hématocrite, urée, créatinine sérique et ionogramme urinaire (à la recherche de signes d'insuffisance rénale fonctionnelle) ;
- recherche de signes biologiques de dénutrition en cas de vomissements chroniques : albuminémie, préalbuminémie.

Les explorations complémentaires à la recherche de la cause ne sont pas systématiques ; c'est surtout quand il n'y a pas d'orientation diagnostique qu'elles sont nécessaires ou pour confirmer une cause évoquée sur l'anamnèse.

B- Vomissements aigus

Les causes les plus fréquentes de vomissements aigus sont indiquées dans le tableau 11.2.

Tableau 11.2
Causes les plus fréquentes de vomissements aigus

Causes abdomino-pelviennes	Médicales	
- Gastroentérite aiguë et toxi-infection alimentaire +++		
- Hépatite aiguë		
- Sténose du pylore (ulcère)		
- Colique hépatique		
- Colique néphrétique		
	Chirurgicales	
- Douleur biliaire (colique hépatique, cholécystite aiguë)		
- Pancréatite aiguë ou poussée de pancréatite chronique		
- Infarctus mésentérique		
- Torsion d'un kyste de l'ovaire		
- Grossesse extra-utérine		
Causes médicamenteuses et toxiques		Cf. tableau 11.1
Causes neurologiques		
- Maladies vestibulaires (syndrome labyrinthique)		
- Migraine		

- Traumatisme cérébral		
- Méningite		
- Hypertension intracrânienne		
- Hémorragie méningée ou cérébro-méningée		
Causes métaboliques et endocriniennes		
- Acido-cétose diabétique		
- Insuffisance rénale aiguë		
- Hypercalcémie		
- Hypoglycémie-malaise vagal		
- Insuffisance surrénale aiguë		
- Hyponatrémie		
- Hyperthyroïdie		
Autres		
- Grossesse +++		
- Post-opératoire		
- Mal des transports		
- Glaucome aigu		
- Infarctus du myocarde inférieur		
- Radiothérapie		
- Vomissements psychogènes		
- Colique néphrétique		

Les vomissements aigus sont le plus souvent dus à une gastroentérite virale ou à une toxi-infection alimentaire (contexte évocateur surtout si plusieurs personnes dans l'entourage sont atteintes ou épidémie en cours).

Les vomissements sont au second plan dans les situations de douleurs abdominales aiguës.

L'orientation vers une cause neurologique repose sur les signes associés :

- syndromes vestibulo-labyrinthiques : vertiges ;
- migraine : céphalées, signes prodromiques et évolution par crises ;
- méningite : fièvre, photophobie et raideur méningée ;
- traumatisme crânien : la survenue de vomissements doit faire craindre une contusion cérébrale ou un hématome extra- ou sous-dural.

Les causes métaboliques et endocriniennes sont diagnostiquées par les explorations biologiques spécifiques.

Les pièges, en dehors des causes médicamenteuses et de la grossesse, sont le glaucome aigu et l'infarctus du myocarde inférieur notamment en cas de douleurs abdominales hautes associées et l'insuffisance rénale aiguë.

C- Vomissements chroniques

Les causes de vomissements chroniques (> 7 jours) ou récidivants sont très nombreuses (tableau 11.3) ; les plus fréquentes sont les sténoses digestives et les causes psychologiques ou psychiatriques.

- Obstructions digestives hautes ou basses organiques : diagnostic habituellement facile. La cause de l'obstruction, suspectée sur le contexte, la symptomatologie et les données de l'examen clinique, est confirmée par les explorations complémentaires (endoscopie digestive haute ou basse, tomodensitométrie, entéro-scanner ou entéro-IRM, transit œso-gastro-duodénal).
- Hypertension intracrânienne : diagnostic difficile en cas de tumeur d'évolution lente ou d'hématome intracrânien : vomissements matinaux, discrètes modifications de l'état mental, troubles visuels, céphalées, vomissements sans nausée, vomissements déclenchés par les manœuvres augmentant la pression intracrânienne, discrètes anomalies à l'examen neurologique (syndrome vestibulaire et/ou cérébelleux) sont des éléments d'orientation (TDM cérébrale).
- Causes métaboliques, endocrines et grossesse doivent être systématiquement envisagées et éliminées en l'absence d'autre orientation diagnostique : β -HCG (test de grossesse), créatininémie, natrémie, glycémie, calcémie, cortisolémie, TSH.
- Pseudo-obstruction intestinale chronique, exceptionnelle, de diagnostic difficile.
- Causes psychogènes et psychiatriques : les vomissements de l'anorexie mentale et de la boulimie sont provoqués. Les vomissements psychogènes sans maladie psychiatrique sont très fréquents, souvent déclenchés par des épisodes d'anxiété, sans retentissement sur l'état général. Ils sont plus fréquents chez les femmes. Les vomissements per-prandiaux ou immédiatement post-prandiaux sont évocateurs (soit permanents, soit d'évolution périodique ou capricieuse). C'est un diagnostic d'élimination.

Tableau 11.3
Causes des vomissements chroniques

Tractus digestif supérieur	Obstruction mécanique	
– Ulcère et cancer gastrique ou duodénal, cancer du pancréas envahissant le duodénum, compression par pseudo-kyste pancréatique		
	Cause fonctionnelle	
– Gastroparésie : diabète, sclérodermie, amylose		
– Après chirurgie gastrique, vagotomie		
Intestin et côlon	Obstruction mécanique tumorale	
– Adéno-carcinome		
– Carcinose péritonéale		

	Cause fonctionnelle	
- Pseudo-obstruction intestinale chronique primitive ou secondaire		
- Sclérodermie		
- Diabète		
- Amylose		
	Sténose mécanique non tumorale	
- Maladie de Crohn		
- Post-radiothérapie		
- AINS		
- Adhérences, brides		
- Hernies		
- Volvulus		
- Invagination		
Psychogène/psychiatrique		
- Vomissements psychogènes		
- Anorexie mentale, boulimie		
Système nerveux central		
- Hypertension intracrânienne tumorale ou non		
- Épilepsie		
Médicaments et toxiques	Cf. tableau 11.1	
Grossesse		
- Grossesse (1 ^{er} trimestre)		
- <i>Hyperemesis gravidarum</i>		
- Môle hydatiforme		

D- Vomissements de la grossesse

Au premier trimestre de la grossesse :

- les vomissements sont fréquents (50 % des grossesses) et considérés comme physiologiques s'ils n'entraînent pas de retentissement sur l'état général ; ils peuvent précéder le diagnostic de la grossesse et disparaissent spontanément ;
- l'*hyperemesis gravidarum* (vomissements gravidiques) (0,35 % des grossesses) est la forme la plus sévère des vomissements de la grossesse avec déshydratation, pertes ioniques et dénutrition. Il y a une cytolysse et/ou une cholestase parfois ictérique. La cause

reste inconnue, bien qu'une origine psychogène soit suspectée. Toutes les anomalies disparaissent à l'arrêt des vomissements.

Au troisième trimestre de la grossesse :

- soit cause non liée à la grossesse ;
- soit cause spécifique : stéatose aiguë gravidique (0,01 % des grossesses) ou prééclampsie. Ces 2 situations sont des urgences thérapeutiques.

E- Vomissements induits par la chimiothérapie

On distingue 3 types de vomissements induits par la chimiothérapie :

- aigus (< 24 h après le début du traitement) ;
- retardés (> 24 h après le début du traitement) ;
- anticipés (avant administration).

Le potentiel émétisant des chimiothérapies dépend du produit et de la dose (le % indique la fréquence des vomissements) :

- risque émétique fort (> 90 %) : cisplatine, cyclophosphamide à forte dose ;
- risque moyen : (30–90 %) : oxaliplatine, carboplatine, cyclophosphamide à plus faible dose, adriamycine ;
- risque faible (10–30 %) : 5-fluorouracile, méthotrexate, taxanes, mitomycine ;
- risque minime (< 10 %) : bléomycine, bévacizumab, vinblastine, vincristine, gemcitabine.

Les facteurs qui augmentent le risque sont le mode d'administration (bolus plus émétisant qu'une perfusion continue), l'anxiété (surtout pour les vomissements anticipés), le sexe féminin, l'âge jeune et les vomissements lors de chimiothérapies antérieures (d'où l'importance de prévenir correctement les vomissements dès la première cure de chimiothérapie).

V. Traitement

- Le traitement est d'abord celui de la cause, si c'est possible.
- Les antiémétiques ne sont indiqués que si les vomissements ne peuvent être supprimés par le traitement de leur cause.

A- Indications à l'hospitalisation en urgence

Les situations qui doivent conduire à une hospitalisation en urgence sont :

- urgences médicales, obstétricales ou chirurgicales ;
- troubles hydro-électrolytiques (déshydratation) nécessitant une correction par voie parentérale ;
- troubles de la conscience (attention aux risques d'inhalation du contenu gastrique) ;
- impossibilité de réhydratation par voie orale ;
- impossibilité de prendre un traitement indispensable par voie orale (ex. : anticoagulants) ;
- décompensation d'une affection associée ;
- complication des vomissements.

B- Traitement symptomatique

- Réhydratation *per os* ou IV et corrections d'éventuels troubles hydro-électrolytiques.
- Pose d'une sonde gastrique d'aspiration s'il existe un risque d'inhalation, notamment en cas de troubles de la conscience ou si les vomissements sont abondants ou en cas d'urgence chirurgicale (occlusion) ; en cas de coma, une intubation trachéale peut être

nécessaire pour protéger les bronches (en attendant l'intubation, mettre le malade en position latérale de sécurité).

- Surveillance fondée sur les signes cliniques de déshydratation, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la diurèse et sur le ionogramme sanguin avec créatininémie.
- Médicaments à visée symptomatique antiémétique :
 - métoclopramine : neuroleptique de la famille des benzamides. Stimule la motricité gastrique et effet central. A un effet antidopaminergique central et périphérique et un effet cholinergique central et périphérique *via* l'activation d'un récepteur 5-HT₄. Il bloque les récepteurs 5-HT₃ à forte dose. Les effets secondaires sont fréquents (10–20 %), notamment à forte dose et dans les traitements prolongés : effet sédatif, gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée (augmentation de la prolactinémie), syndrome extrapyramidal avec dystonie et dyskinésies aiguës ou tardives. Dose : 5–40 mg/j *per os* ou IV/IM. Contre-indications : antécédent de dyskinésie tardive liée aux neuroleptiques, phéochromocytome, consommation d'alcool, association à la lévodopa. En cas de vomissements en rapport avec une hépatopathie (notamment une hépatite grave), l'utilisation des antiémétiques neuroleptiques doit être proscrite ;
 - dompéridone : neuroleptique de la famille des butyrophénones. Stimule la motricité gastrique. Il passe peu la barrière hémato-encéphalique. Ses effets secondaires centraux sont plus rares que le métoclopramide mais il a les mêmes effets sur la sécrétion de prolactine. Dose : 10–80 mg/j *per os* ou sublingual ;
 - métopimazine : classe des phénothiazines. Activité antidopaminergique élective en raison d'un très faible passage hémato-encéphalique. Dose : 15–30 mg/j *per os* ou sublingual, 10–20 mg/j IV/IM.

C- Traitement et prévention des vomissements induits par la chimiothérapie

La prévention dépend du risque émétique de la chimiothérapie et repose sur la combinaison des classes thérapeutiques suivantes :

- anti-5-HT₃ : granisétron, ondansétron, tropisétron, dolasétron. Effets secondaires fréquents : céphalées, constipation, bouffées de chaleur, flushs ;
- aprépitant : antagoniste sélectif à haute affinité pour les récepteurs de la substance P neurokinine 1 (NK1). Effets secondaires fréquents : fatigue, constipation, augmentation des transaminases ;
- corticostéroïdes ;
- métoclopramide.

POINTS CLEFS

- **Toujours évaluer le retentissement métabolique : déshydratation, troubles ioniques ainsi que dénutrition en cas de vomissements chroniques.**
- **Les vomissements peuvent se compliquer de : troubles hydro-électrolytiques, syndrome de Mallory-Weiss (fréquent), rupture de l'œsophage (exceptionnelle), inhalation bronchique avec pneumopathie, œsophagite, hémorragie sous-conjonctivale (sans gravité), fractures de côtes, dénutrition en cas de vomissements chroniques, interruption des traitements oraux (médicaments non pris ou évacués avec les vomissements).**
- **Rechercher une grossesse, une hypertension intracrânienne, une cause métabolique dont l'insuffisance surrénalienne.**
- **L'orientation vers une cause neurologique repose sur les signes associés.**

- **Penser aux causes médicamenteuses (intolérance ou surdosage).**
- **Les explorations complémentaires ne sont pas systématiques.**
- **Les causes de vomissements chroniques (> 7 jours) ou récidivants sont très nombreuses ; les plus fréquentes sont les sténoses digestives et les causes psychologiques ou psychiatriques.**
- **On distingue 3 types de vomissements induits par la chimiothérapie : aigus (< 24 heures après le début du traitement) ; retardés (> 24 heures après le début du traitement) ; anticipés (avant administration).**
- **Corriger les désordres hydro-électrolytiques et privilégier le traitement de la cause.**
- **Les vomissements liés à la chimiothérapie peuvent être traités en fonction des cas par : anti-5-HT₃, apripitant, corticostéroïdes, métoclopramide.**
- **Hospitalisation si déshydratation, troubles hydro-électrolytiques, nécessité d'administrer des traitements par voie intraveineuse.**