



RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ FERHAT ABBAS – SÉTIF 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

SERVICE DE CHIRURGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT -- CHU DE SÉTIF --

CAUSES CHIRURGICALES DES VOMISSEMENTS CHEZ L'ENFANT

Année universitaire
2023 - 2024

Pr A. HAIF

Cours de 5ème année de médecine

Module de Pédiatrie

INTRODUCTION

- Les Vomissements sont une situation fréquente en pathologie chirurgicale chez l'enfant,
- Peuvent survenir à n'importe quel âge depuis la naissance jusqu'à l'adolescence,
- Et être à l'origine de complications sévères (déshydratation, dénutrition)
- Nécessitent une démarche diagnostique rigoureuse,
- Les examens complémentaires seront demandés en fonction de l'orientation diagnostique.
- Le trt symptomatique ne doit pas retarder la recherche de la cause

Objectifs

- L'objectif est de :
 - ✓ Préciser le retentissement sur l'état général (déshydratation → PEC en urgence)
 - ✓ Repérer les pathologies digestives nécessitant une prise en charge urgente, à partir d'un interrogatoire minutieux et un examen clinique bien conduit.

DEFINITION

- Rejet actif du contenu gastrique ou intestinal par la bouche: contractions musculaires abdominales.
- Ils sont dus à un phénomène réflexe lié à la stimulation du centre du vomissement (au niveau du bulbe)
- A différencier :
 - Des régurgitations : remontées passives par la bouche de petites quantités de lait ou de liquide gastrique, qui accompagnent parfois l'éructation physiologique chez le petit nourrisson (immaturité du sphincter inférieur de l'œsophage).
 - Du mérycisme : remontée volontaire ou automatique d'aliments dans la bouche : symptôme rare, conséquence d'un trouble grave du comportement.

PHYSIOPATHOLOGIE

- Les vomissements : réflexes qui passent par le centre du vomissement au niveau du bulbe dans le tronc cérébral.
- Sous l'effet de stimuli divers (chimiques, physiques, neurologiques...), déclenche les contractions musculaires abdominales, relâche le cardia, ferme le pylore → les vomissements.

DEMARCHE DIAGNOSTIC

- La démarche étiologique doit donc être rigoureuse, essentiellement clinique, basée sur l'interrogatoire puis l'examen.
- 1) Interrogatoire: permet de préciser :
 - ✓ Les caractéristiques des vomissements :
 - Age de début : intervalle libre par rapport à la naissance.
 - Horaire par rapport aux repas.
 - Aspect : bilieux (faisant craindre alors une étiologie dont le traitement est chirurgical), alimentaires, hémorragiques.
 - Fréquence : répétés, journaliers, épisodiques.

DEMARCHE DIAGNOSTIC

- Caractère douloureux.
- Facteurs déclenchant : changements de position, effort, toux.
- Abondance
- ✓ L'alimentation de l'enfant: nombre des repas, types d'aliments
- ✓ L'association à d'autres symptômes :
 - Généraux : fièvre et/ou contexte infectieux, soif, anorexie, amaigrissement, malaise

DEMARCHE DIAGNOSTIC

- Digestifs : diarrhée ou au contraire transit ralenti.
- Douleurs abdominales, rectorragies.
- Respiratoires : toux, broncho-pneumopathie à répétition
- Analyse des courbes de croissance : retard staturo-pondéral
- ✓ Les antécédents du patient et de la famille :
 - Grossesse normale ou pathologique
 - Naissance prématurée, hypotrophie
 - Traumatisme récent

DEMARCHE DIAGNOSTIC

2) Examen clinique:

- ✓ Un retentissement des vomissements :
 - Déshydratation, en cas de vomissements aigus et abondants
 - Dénutrition en cas de vomissements chroniques chez le jeune nourrisson
- ✓ Des signes orientant vers une cause :
 - Fièvre et altération de l'état général

DEMARCHE DIAGNOSTIC

- Foyer infectieux ORL.
- Météorisme abdominal, sensibilité ou douleur provoquée à la palpation, défense voire contracture, hépatomégalie.
- Anomalies des organes génitaux et/ou des orifices herniaires (hernie inguinale, douleur du cordon spermatique, ambiguïté des organes génitaux externes)

DEMARCHE DIAGNOSTIC

3) Les examens complémentaires:

Il n'y a pas d'examen complémentaire à réaliser de façon systématique devant des vomissements chez l'enfant. Ils seront demandés exclusivement pour confirmer une orientation clinique.

ETIOLOGIES

- En pratique il faut distinguer:

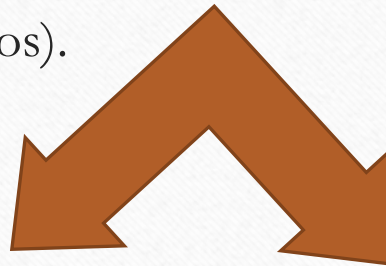
Les vomissements aigus

Les vomissements chroniques

VOMISSEMENTS AIGUES

- Ce sont les moins fréquentes mais elles constituent des urgences et doivent donc être rapidement diagnostiquées.
- Chez le nouveau-né:
 - ✓ Vomissements bilieux précoces survenant dès la naissance sans ou avec intervalle libre.
 - ✓ Diagnostic anténatal (hydramnios).

Occlusions hautes



Occlusions basses

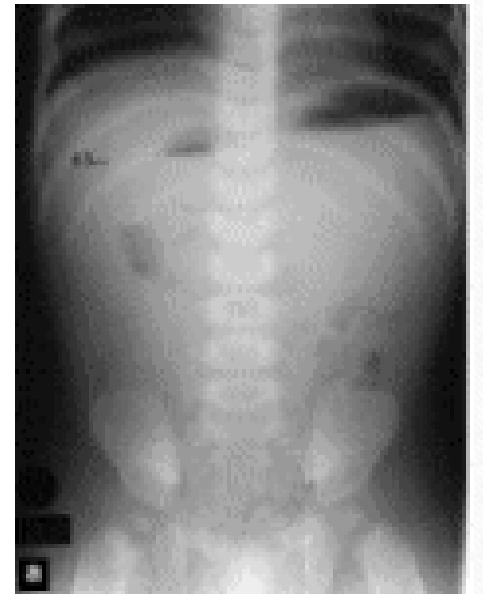
VOMISSEMENTS AIGUES

- Occlusions hautes:
- ✓ L'obstruction duodénale intrinsèque : l'examen clinique retrouve un abdomen plat, avec émission de méconium normale.
- ✓ Une image aérique est visible sur le cliché d'abdomen sans préparation (ASP) dite « image en double bulle » après la naissance.
- ✓ Le type anatomique est chirurgical : sténose, diaphragme ou atrésie.
- ✓ Association à d'autres malformations est fréquente,



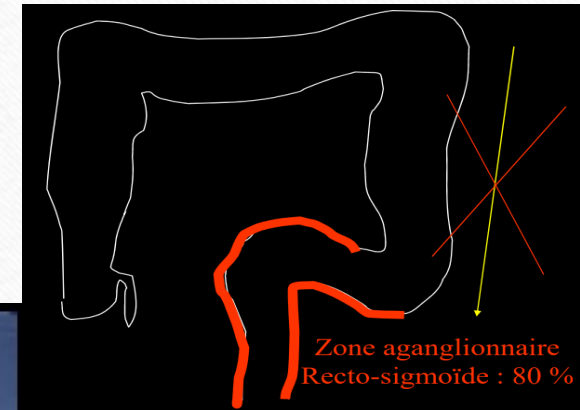
VOMISSEMENTS AIGUES

- L'obstruction extrinsèque: soit :
 1. Volvulus sur malrotation
 - ✓ Intervalle libre, même tableau clinique.
 - ✓ ASP : absence d'aération digestive distale
 - ✓ EchoDoppler abdominal: inversion des vaisseaux mésentériques: (VMS) située anormalement à gauche (AMS)
 - ✓ Urgence vitale et fonctionnelle en raison du risque de volvulus du grêle sur cette racine courte qui peut aboutir à une nécrose du grêle.
 2. Plus rarement la cause est une compression externe : pancréas annulaire, duplication digestive.



VOMISSEMENTS AIGUES

- Occlusions basses:
- ✓ Clinique: abdomen très distendu, retard d'élimination du méconium
- ✓ Maladie de Hirschsprung ou rarement les atrésies iléales ou colique.



VOMISSEMENTS AIGUES

- Chez le nourrisson et le grand enfant: Elles sont plus rares :
 - ✓ hernies étranglées, accidents occlusifs sur anomalies de rotation ou mésentère commun,
 - ✓ IIA qui sera de cause secondaire chez le grand enfant (diverticule de Meckel, lymphome digestif, purpura rhumatoïde).
 - ✓ Bride chez un enfant déjà opéré: le diagnostic est posé chez un patient présentant un syndrome occlusif avec des ATCD chirurgicaux abdominaux

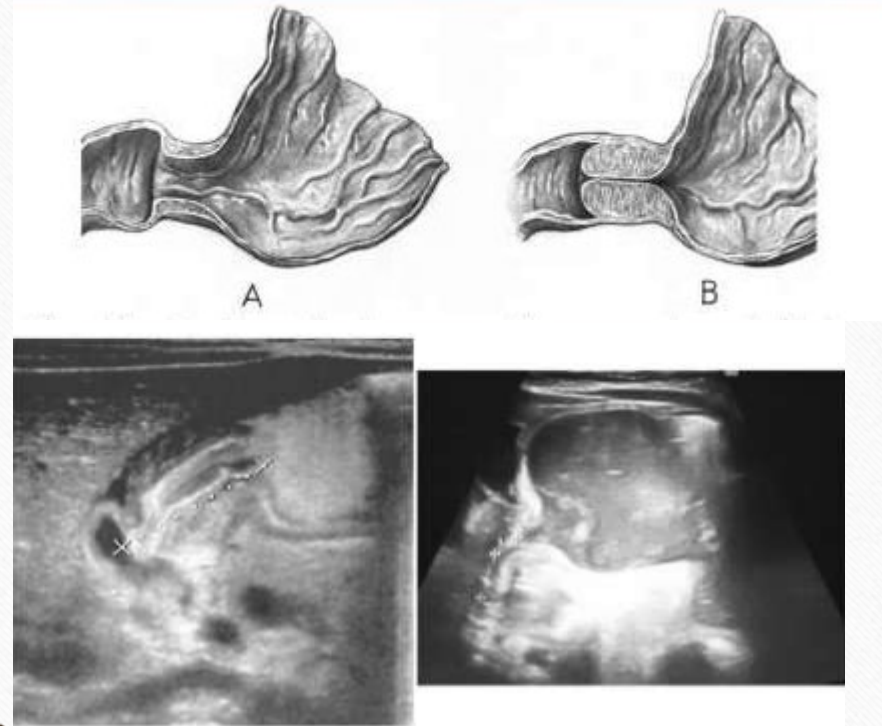
CAT: mesures de réanimation sinon chirurgie pour adhésiolyse,

VOMISSEMENTS AIGUES

- Sténose hypertrophique du pylore
- ✓ Physiopathologie : liée à l'hypertrophie de la couche musculieuse interne et circonférentielle du pylore.
- ✓ Concerne le nourrisson entre 2 et 8 semaines de vie.
- ✓ Affection fréquente : 2% des nourrissons de cette tranche d'âge.
- ✓ Vomissements alimentaires, jamais bilieux, post-prandiaux, abondants, en jets, d'aggravation progressive.
- ✓ Perte de poids variable, signes de déshydratation extra cellulaire.

VOMISSEMENTS AIGUES

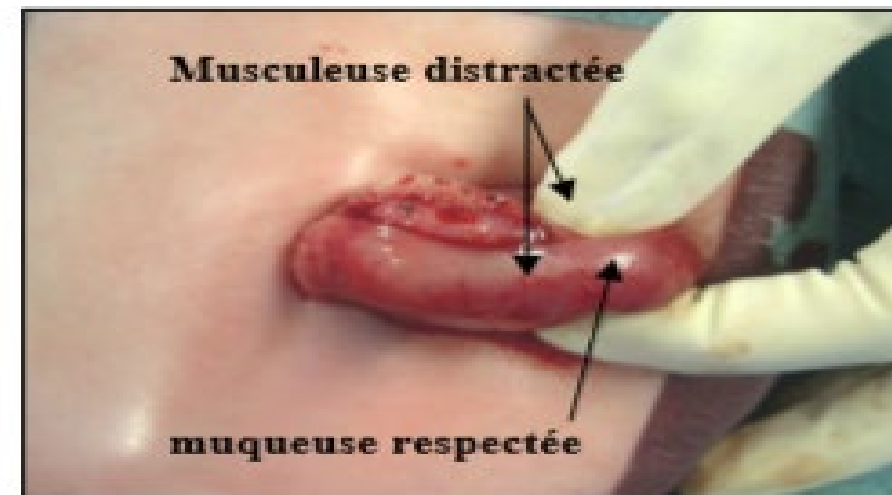
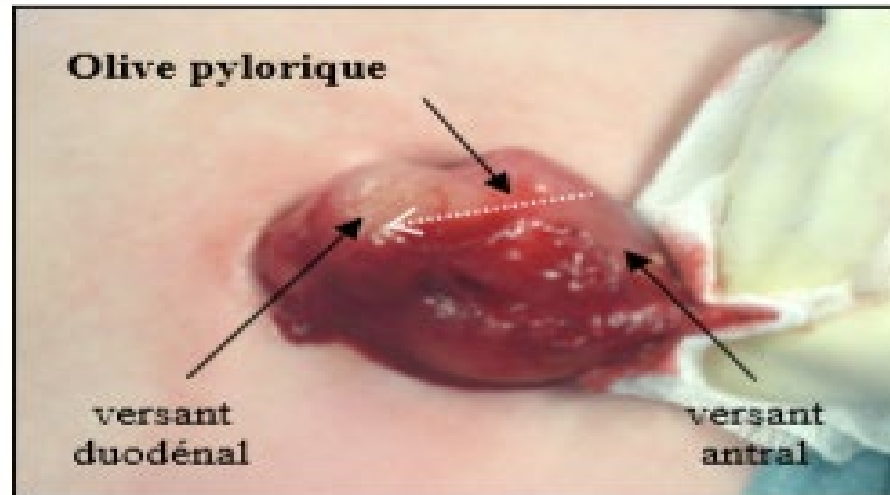
- ✓ Appétit conservé, altération de l'état général tardive.
- ✓ Palpation d'une olive pylorique +++ : masse oblongue, ferme, mobile, sous le bord antérieur du foie
- ✓ Echographie pylorique +++ : établit un diagnostic de certitude
- ✓ Image en cocarde en coupe transversale et en sandwich en longitudinale
- ✓ - longueur du pylore > 20 mm
- ✓ - largeur > 15 mm
- ✓ - épaisseur de la paroi musculaire > 4 mm



VOMISSEMENTS AIGUES

- Ionogramme sanguin: désordres hydroélectrolytiques qu'il faudra corriger par une réhydratation intra-veineuse avant l'anesthésie générale nécessaire à l'intervention chirurgicale.
- CAT: pylorotomie extramuqueuse

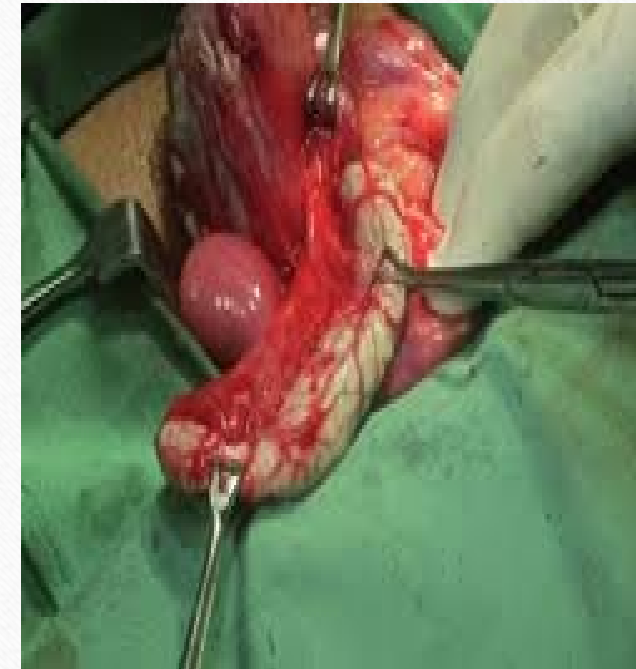
VOMISSEMENTS AIGUES



Vues per-opératoires
Pyloromyotomie extra-muqueuse

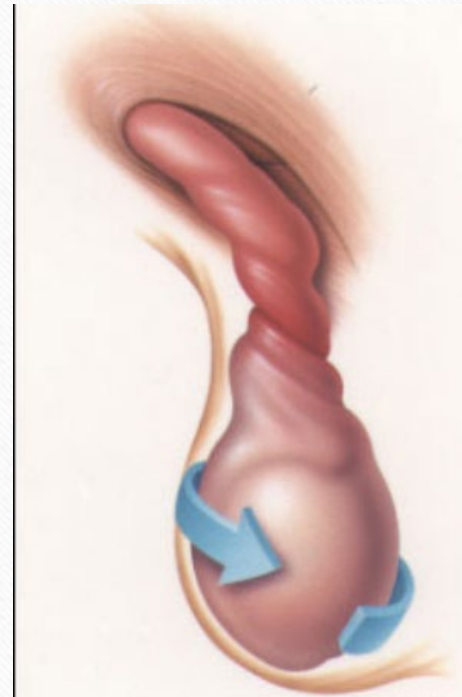
VOMISSEMENTS AIGUES

- ✓ Syndrome péritonéal
- Il est dominé par l'appendicite aigue, compliquée ou non.
- Le diagnostic est évoqué systématiquement devant une occlusion fébrile, très difficile chez le moins de 3 ans
- L'examen: à la palpation une défense de la FID
- CAT: appendicectomie



VOMISSEMENTS AIGUES

- Origine génitale
- Chez le garçon pubère ou pré-pubère, l'étiologie à évoquer systématiquement est une torsion de testicule
- Chez la fille, on évoquera une complication de kyste ovarien à type de torsion d'annexe sur kyste ovarien



VOMISSEMENTS AIGUES

- ✓ Invagination intestinale aigue:
- Des douleurs abdominales paroxystiques brutales, des rectorragies et refus de tétée.
- La palpation abdominale : une masse évoquant un boudin, devront faire évoquer une invagination intestinale aiguë (IIA) qui est la première cause d'occlusion intestinale du nourrisson et du petit enfant
- Dgc: Echographie abdominale: image en cocarde ou en sandwich
- Le lavement opaque: confirme l'invagination et permet sa réduction
- CAT: urgence chirurgicale: soit désinvagination pneumatique ou chirurgicale



VOMISSEMENTS AIGUES

- Rarement des causes digestives et urinaires: si vomissements sont associés à des douleurs abdominales ou lombaires :
 - Cholécystite, angiocholite : douleur de l'hypochondre droit et ictère
 - Lithiase des voies excrétrices urinaires : douleur lombaire ou inguinale, souvent associée à une hématurie
 - Ingestion accidentelle de produit caustique.

VOMISSEMENTS CHRONIQUES

La recherche d'une étiologie se fait en fonction de l'âge.

Le plus souvent la cause est médicale

- Chez le nouveau-né:
 - ✓ L'existence de vomissements bilieux chroniques peut révéler un obstacle organique malgré l'absence de symptomatologie occlusive évidente type sténose duodénale, du grêle, anomalie de rotation ou Hirschsprung

VOMISSEMENTS CHRONIQUES

- Chez le nourrisson et le grand enfant:
- ✓ RGO: Les vomissements hémorragiques révèlent habituellement une œsophagite peptique. Complication du RGO après l'âge de la marche devient une indication à la chirurgie.
- Chez la jeune fille en âge de procréer, la grossesse est aussi à évoquer.

PRISE EN CHARGE

- Prise en charge symptomatique: En phase aiguë: soluté de réhydratation/éviter les complications de type déshydratation (hypernatrémie, hypochlorémie, hypokaliémie...), métabolique ou hypoglycémie. Une voie intraveineuse chez le nourrisson
- Prise en charge médicamenteuse aiguë: prescription d'antiémétique (Dompéridone, Métoclopramide, Métopimazine) doit rester exceptionnelle chez le nourrisson de moins de 1 an (problème de sécurité)
- Ces médicaments ne doivent jamais empêcher de faire un bilan étiologique complet

PRISE EN CHARGE

- Prise en charge chronique:
 - ✓ La recherche d'une cause
 - ✓ Evaluation de l'état métabolique et nutritionnel du patient.

Le recours aux antiémétiques comme traitement chronique doit rester épisodique pour éviter les effets secondaires, le surdosage.

L'enquête étiologique et le soutien pédopsychiatrique sont les principaux axes pour traiter ces patients.

CONCLUSION

- Le traitement des vomissements est étiologique.
- Les vomissements bilieux témoignent d'une étiologie chirurgicale jusqu'à preuve du contraire.
- Les urgences chirurgicales, plus rares, en particulier l'invagination intestinale aiguë, constitue l'urgence la plus urgente et doit cependant être éliminées par une hospitalisation et/ou des examens complémentaires au moindre doute.



MERCI