

Les vomissements de l'enfant

Introduction :

Les vomissements sont un motif fréquent de consultation aux urgences qui est source d'inquiétude pour les parents. Quelque soit l'âge de l'enfant, il est important d'éliminer une urgence médicale ou chirurgicale.

I. Définition :

Les vomissements se définissent comme des rejets actifs du contenu gastrique ou intestinal par la bouche, secondaires à des contractions du diaphragme et de la musculature abdominale. Ils peuvent être alimentaires, bilieux, fécaloïdes ou hémorragiques.

II. Diagnostic différentiel :

Les vomissements sont un symptôme qu'il faut distinguer :

- Des **régurgitations** qui sont physiologiques, elles correspondent à une remontée passive du bol alimentaire, sans effort accompagnant le rô, après la tétée.
- Du rare **mérycisme**, équivalent d'une rumination volontairement régurgitée, remâchée puis à nouveau déglutie, considéré comme un trouble du comportement alimentaire qui nécessite parfois une prise en charge spécifique, d'ordre psychiatrique.
- D'une **toux émétisante**, surtout chez le nourrisson, chez qui elle s'accompagne fréquemment de vomissements alimentaires provoqués mécaniquement par les efforts de toux

III. Démarche diagnostique :

En présence de vomissements, la démarche diagnostique est avant tout clinique. Les éventuels examens complémentaires ne sont demandés qu'en fonction des orientations.

Cette démarche sera 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.

1. L'interrogatoire : Il doit préciser

- **La chronologie d'apparition des vomissements** qui peut dans certain cas orienter vers une étiologie.
 - *En période néonatale*: **Tout vomissement bilieux néonatal est une urgence chirurgicale jusqu'à preuve du contraire.**
 - *Peu après un sevrage*: Allergie aux protéines de Lait de vache (APLV)
 - *Après un intervalle libre de 2 à 8 semaines* : sténose hypertrophique du pylore
- **Les caractères des vomissements** :
 - Aigus ou chroniques.
 - fréquence, abondance.
 - 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), fécaloïdes.
- **Modalités de provocation** : changement de position, traumatisme, modification du régime, prise médicamenteuse,...
- **L'alimentation de l'enfant** : Mode de préparation des biberons, nombre de prise alimentaire et quantités, historique de l'alimentation depuis la naissance.
- **Symptomatologie associée** :
 - Fièvre, diarrhée, constipation, ballonnement abdominal, pleurs lors des tétées, rectorragies, ...

2. L'examen clinique : Il doit être complet et ne pas se localiser uniquement sur la sphère digestive.

Il appréciera le retentissement des vomissements : Signes de déshydratation, état nutritionnel (courbe de poids et de taille ++), pneumopathie d'inhalation.

Il recherchera :

- Des signes abdominaux : Ventre plat ou météorisme, ondes péristaltiques, défense, boudin d'invagination, olive pylorique, clapotage à jeun, hépatomégalie, orifices herniaires, toucher rectal en fonction du contexte.
- Des signes neurologiques: Augmentation du périmètre crânien, fontanelle tendue, signes d'hypertension intracrânienne ou syndrome méningé.
- Un foyer infectieux : Otoscopie, bandelette urinaire (Nitrite/ Leucocytes).
- Une odeur acétonémique de l'haleine.
- Une anomalie de la différenciation sexuelle par l'examen des organes génitaux externes.

Au terme de cet examen clinique, on peut déjà suspecter ou éliminer une urgence médicale ou chirurgicale.

Urgence médicale:

- * Entérocolite ulcéro-nécrosante
- * Infection sévère
- * Méningite
- * Acido-cétose diabétique
- * Insuffisance surrénalienne aigue

Urgence chirurgicale:

- *Occlusion duodénale
- *Invagination intestinale aigue
- * Etranglement herniaire
- * Appendicite
- * Sténose hypertrophique du pylore

3. Examens complémentaires :

La réalisation et hiérarchisation des examens complémentaires sont dictées par l'orientation clinique. Aucun de ces examens ne doit retarder la prise en charge thérapeutique en cas d'urgence manifeste.

Souvent, le contexte est évident (erreur diététique, gastroentérite, RGO simple, otite,..) et aucun examen complémentaire n'est indiqué.

Dans d'autres cas, ils sont indispensables tel que :

- Les examens d'imagerie digestive (Abdomen sans préparation, échographie abdominale, TOGD) devant des vomissements bilieux, lorsqu'une cause mécanique est suspectée.
- Une Fibroscopie œsogastrique en cas de vomissements sanglants ou de signes évocateurs d'œsophagite.
- Des examens neuroradiologiques et un Fond d'œil devant une macrocrânie avec signes d'hypertension intracrânienne.
- Un bilan infectieux et des examens bactériologiques devant des vomissements associés à une fièvre et un facies toxique (NFS, CRP, ECB/U, PL, hémoculture ...).
- Un ionogramme sanguin devant une anomalie de la différenciation sexuelle.
- Une recherche de toxiques peut s'avérer utile en l'absence de contexte clinique malgré une anamnèse négative.
- Une chromatographie des acides aminés et des acides organiques plasmatiques et urinaires en cas de suspicion de maladie métabolique.
- De plus certains examens biologiques (Ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, gaz du sang, bilan rénal) permettent d'évaluer le retentissement sur l'équilibre hydroélectrolytique. Les vomissements peuvent entraîner une alcalose métabolique, un déséquilibre hydrosodé, ou une cétose de jeûne avec parfois acidose.

IV. Diagnostic étiologique :

Les causes des vomissements sont nombreuses, certaines sont fréquentes, d'autres plus rarement rencontrées L'orientation étiologique varie en fonction de l'âge et du caractère aigu ou chronique des vomissements.

Face à des **vomissements aigus occasionnels** associés à une fièvre, il faut évoquer une cause infectieuse

En l'absence de fièvre, il faut éliminer une cause chirurgicale

Devant des **vomissements chroniques répétés**, il faut rechercher une erreur diététique, RGO, APLV, ...

Les principales étiologies seront abordées en fonction de l'âge et selon le caractère aigu ou chronique.

1. Etiologies chez le Nouveau-né :

Chez le nouveau-né, les vomissements peuvent accompagner un syndrome digestif aigu, être alimentaires ou sanglants.

1.1. Vomissements associés à un syndrome digestif aigu :

a) **Les occlusions** : l'existence d'une anomalie anténatale (Hydramnios, anses intestinales dilatées, anomalie chromosomique Trisomie 21) est souvent suggestive d'un obstacle mécanique malformatif.

L'absence de méconium, l'émission d'un méconium anormal ou une émission anormalement prolongée de méconium ont une grande valeur sémiologique.

Des vomissements bilieux survenant dès la naissance ou dès les premières tétés sont avant tout synonymes d'occlusion intestinale haute sous vatricienne.

Cette occlusion peut être **organique** (atrésie du duodénum ou du grêle, vice de rotation de l'anse primitive), ou **fonctionnelle** (iléus méconial de la mucoviscidose, maladie de Hirschprung).

- **Occlusions duodénales :**

Vomissements bilieux associés à un ventre plat

ASP: Image en double estomacs (2 niveaux hydroaériques, estomac à gauche, anse duodénale distendue à droite)

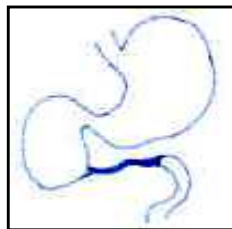
Obstacle complet:

* Atrésie duodénale

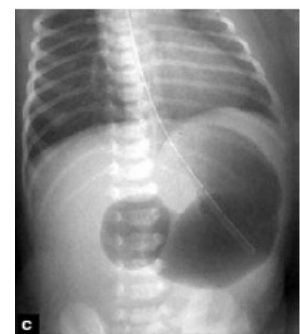
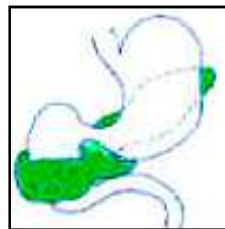


Obstacle incomplet :

* Sténose duodénale



* Pancréas annulaire



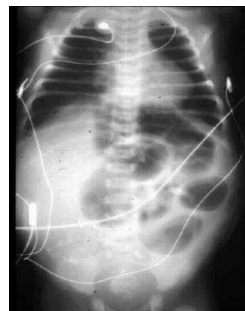
en double estomacs

- **Les occlusions du grêle : siège jéjunum / iléon**

Vomissements bilieux associés à un ballonnement abdominal



Distension abdominale marquée



ASP : niveaux hydroaériques avec absence d'air en aval

- **Maladie d'Hirschsprung (Mégacolon congénital) à révélation néonatale :**

Elle correspond à une absence congénitale des cellules ganglionnaires des plexus nerveux sous muqueux et intramusculaires à un niveau variable du colon. Dans 80% des cas le niveau est recto-sigmoïdien. Ne touche jamais l'anus (qui est un muscle strié).

C'est un tableau d'occlusion basse fonctionnelle.

Fréquence 1/5000 naissances. Prédominance masculine. Il existe une notion de **retard d'émission du méconium à 48h**, un syndrome d'occlusion colique avec ballonnement abdominal parfois vomissements bilieux.

Une **débâcle de selles est obtenue après stimulation anale** (Toucher rectal, prise de température, ..). Souvent on note une mauvaise prise pondérale.

Dans 2% des cas, le tableau est celui d'une entérocolite de stase avec perforation colique chez un nouveau-né à terme.

L'ASP objective une distension colique avec niveaux hydroaériques et absence d'air dans le rectum. Le lavement opaque met en évidence une zone de disparité de calibre. L'étude histologique par la biopsie rectale est le diagnostic de certitude.

Le traitement est chirurgical.

b) L'entérocolite **ulcéro-nécrosante** : c'est une urgence médicale absolue qui se voit surtout en cas de prématurité, notion d'asphyxie néonatale.

Tableau de septicémie avec iléus paralytique qui peut se compliquer de péritonite et perforation intestinale.

1.2. Vomissements alimentaires :

a) **Erreurs diététiques** : A éliminer par l'interrogatoire : quantités excessives, «forcing» alimentaire.

b) **Affections du tube digestif** :

❖ **RGO** : Début précoce dès les premiers jours de vie.

Vomissements post-prandiaux plus ou moins tardifs, souvent associés à des régurgitations, favorisés par les changements de position et le décubitus, sans retentissement majeur sur la courbe de poids.

❖ **Sténose hypertrophique du pylore** :

Chez un garçon dans ¾ des cas

Souvent un premier-né .Fréquence 2/1000 naissances

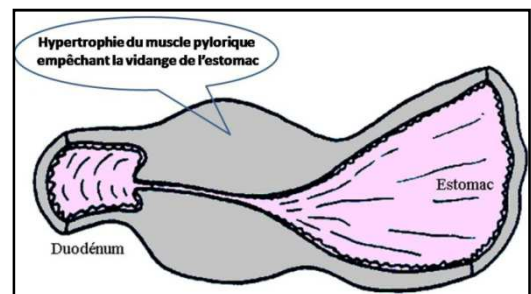
Récurrence familiale dans 13% des cas.

Notion d'intervalle libre de 8jours à 8 semaines

(1mois en moyenne).

Les vomissements sont **toujours alimentaires lait**

« **caillé** » **jamais bilieux**, faciles explosifs, en jet, abondants et surviennent classiquement à distance du repas (30 minutes – 1 heure). L'appétit conservé contraste avec la cassure de la courbe de poids. La dénutrition s'accompagne d'une constipation et d'une déshydratation avec alcalose hypochlorémique.



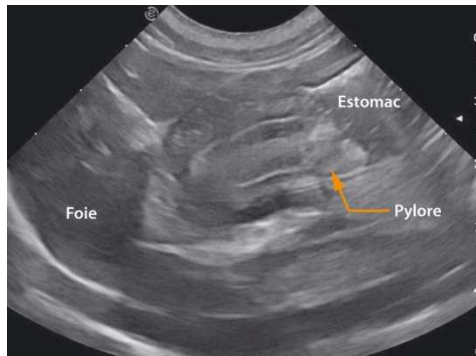
L'examen clinique recherche l'**olive pylorique** (petite masse sous hépatique rarement retrouvée), des **ondulations péristaltiques** visualisées transversalement de gauche à droite après une chiquenaude sous costale gauche et un **clapotage à jeun**.

Sur le plan biologique :

c'est une alcalose métabolique avec hypochlorémie et hypokaliémie

L'ASP objective une **distension gastrique chez un nouveau-né à jeun avec niveau hydroaérique gastrique**





Le diagnostic est confirmé par l'échographie abdominale

Le recours au TOGD se fait uniquement en cas de doute à l'échographie, il montre :

- Une dilatation gastrique avec retard à l'évacuation de la baryte
- Un défilé pylorique étroit et allongé
- Empreinte de l'olive sur l'antré gastrique

C'est **une urgence chirurgicale différée** (après la réhydratation hydroélectrolytique préopératoire).

La chirurgie consiste en une pyloromyotomie longitudinale extra-muqueuse.

❖ **L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV)** est suspectée sur la notion d'apparition des vomissements au sevrage, d'antécédents allergiques familiaux et de symptômes associés (Diarrhée, rash).

Elle est confortée par les tests cutanés et le dosage des IgE totales et spécifiques du lait. Elle est confirmée par un test d'éviction-réintroduction.

c) Affections extra-digestives :

❖ **Maladies métaboliques :**

- Hyperplasie congénitale des surrénales : Maladie autosomique récessive, souvent secondaire à un bloc en 21 hydroxylase.

Elle associe une anomalie de la différenciation sexuelle avec syndrome de perte sodée urinaire ainsi qu'une insuffisance surrénalienne aiguë, se compliquant rapidement d'une déshydratation, le ionogramme sanguin objective une hyponatrémie avec hyperkaliémie +/- hypoglycémie, c'est une urgence médicale absolue.

- Galactosémie, Fructosémie (Hépatomégalie avec altérations du bilan hépatique)
- Anomalies du cycle de l'urée (hyperammoniémie).

❖ **Autres : infections néonatale, Insuffisance cardiaque, tubulopathies, ...**

1.3. Vomissement sanglants :

- a) Maladie hémorragique du nouveau né : se voit lorsque le nouveau-né n'a pas reçu sa dose de Vitamine K, une hématomérose ou vomissements sanglants peuvent être le symptôme révélateur, sur le plan biologique le TP est bas corrigé par une injection de vitamine K.
- b) RGO avec œsophagite peptique
- c) Sang maternel dégluti : L'examen des seins de la mère objective des crevasses.
- d) Septicémie compliquée de CIVD*

2. Etiologies chez le nourrisson:

Que les vomissements soient aigus ou chroniques, il existe des causes médicales ou chirurgicales auxquelles il faudra penser.

2.1. En cas de vomissements aigus :

a) Les urgences chirurgicales digestives sont :

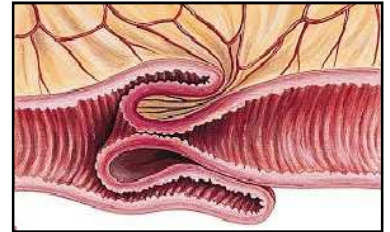
❖ *L'invagination intestinale aiguë :*

Elle doit être évoquée chez tout nourrisson jusqu'à l'âge de 3 ans qui présente brutalement des **douleurs abdominales paroxystiques, cris, agitation, vomissements et un refus d'alimentation puis accalmie**

Le nourrisson paraît pâle et anxieux entre les crises.

Il faudra se méfier des formes neurologiques où le malaise et la torpeur sont au premier plan et des tableaux avec HTA menaçante qui font errer le diagnostic.

La palpation abdominale recherche dans le flanc droit ou au niveau épigastrique, une masse mobile, qui est le boudin d'invagination. Parfois le toucher rectal ramène du sang.



*Ecographie abdominale :
Image en cocarde*



*Ecographie abdominale :
image en sandwich*



ASP : Image « en pinces de homard »

L'ASP peut être proposé s'il existe un syndrome occlusif. Il objective une fosse iliaque droite déshabillée et des niveaux hydroaériques sur le grêle.

C'est l'échographie qui confirme le diagnostic en objectivant une image en cocarde (coupe transversale) ou en sandwich (coupe longitudinale) correspondant à l'invagination.

Le lavement opaque confirmera l'invagination et permettra éventuellement sa réduction.

En cas de contre-indication (mauvais état général, perforation digestive) ou d'échec du lavement, l'intervention chirurgicale en urgence permettra la désinvagination et la résection éventuelle d'une lésion intestinale.

Toute occlusion intestinale aigue du petit enfant est une invagination intestinale jusqu'à preuve du contraire.

❖ ***Appendicite aigue du nourrisson :*** Chez le nourrisson, l'appendicite est plus rare, se manifestant par des selles liquides, vomissements et fièvre, évoquant une gastro-entérite aigüe, mais avec une altération de l'état général et un météorisme abdominal douloureux.

❖ *Péritonite aigue*

❖ *Etranglement herniaire*

❖ *Diverticule de Meckel*

❖ *Occlusion sur bride*

❖ *Torsion testiculaire ou ovarienne*

b) Les urgences chirurgicales neurologiques :

Elles sont à évoquer en cas de vomissements faciles, en jets, associés à des céphalées, des troubles de la conscience ou du comportement. Il n'y a aucun intérêt à demander une radiographie de crâne. L'examen du fond d'œil est surtout utile chez le nourrisson.

L'Echographie Trans-Fontanelle (ETF) peut contribuer au diagnostic lorsque la fontanelle antérieure est toujours perméable.

Pour le diagnostic de lésions intracrâniennes, le scanner doit être réalisé en urgence et l'IRM est l'examen de référence si elle est accessible. Ils confirment la présence :

- ❖ D'une hémorragie cérébro-méningée spontanée ou post-traumatique
- ❖ Un hématome sous-dural
- ❖ Une hypertension intracrânienne aiguë pouvant être en relation avec une thrombophlébite cérébrale (post-otitique), un processus tumoral ou une hydrocéphalie en poussée.

c) Les causes médicales :

❖ Les infections dominent ce groupe d'étiologies :

Chez le nourrisson, le vomissement est parfois le signe inaugural.

L'association « fièvre et vomissements » fera rechercher :

- Une infection ORL : rhinopharyngite, otite, parotidite.
- Une infection pulmonaire : pneumonie, bronchiolite, coqueluche émetisante.
- Une gastro-entérite aiguë car les vomissements peuvent précéder l'apparition de la diarrhée.
- Une pyélonéphrite dont la présentation clinique comprend fréquemment des vomissements.
- Une hépatite virale.
- Une méningite virale ou bactérienne, une méningo-encéphalite : les signes méningés peuvent être frustes ou absents chez le nourrisson.

❖ En cas de vomissements sanglants chez le nourrisson : Après avoir éliminé une épistaxis déglutie, on évoquera :

- Une cause œsophagienne (œsophagite peptique ou virale)
- Une cause gastrique, un ulcère gastrique ou duodénal (secondaires à HP ou une prise d'AINS ou d'acide salicylique).
- En cas d'hématémèse massive, il faut évoquer le saignement d'un ulcère duodénal ou une rupture de varices œsophagiennes (dans le cadre d'une hypertension portale).

❖ Les intoxications aiguës : Souvent par ingestion accidentelle dans le cadre des accidents domestiques.

- Prise médicamenteuse : Digitaliques, neuroleptiques, acide salicylique, vitamine D,...
- Ingestion accidentelle de produit toxique ou caustique : Les vomissements sont peu spécifiques d'un produit, mais témoignent par contre de la réalité de l'ingestion lorsqu'elle n'a pas été constatée.

2.2. En cas de vomissement chroniques :

Les causes des vomissements chroniques ou récidivants sont en règle médicales

a) L'erreur diététique : On recherchera à l'interrogatoire une erreur quantitative et/ou qualitative, surtout lors du premier mois de diversification.

b) Le RGO

c) La plicature gastrique : Elle correspond à un estomac se positionnant en bissac : La partie inférieure de l'estomac se pliant et remontant devant sa partie supérieure, séparant la cavité gastrique en deux poches, l'une correspondant à la grosse tubérosité et l'autre à l'antrum. Lors de la tétée, la première poche, de capacité réduite, est rapidement remplie expliquant que les régurgitations surviennent en cours du biberon.

Le traitement est postural. L'enfant est couché sur le ventre pendant 1 à 2 heures après chaque repas. Fréquente dans les premières semaines de vie, cette anomalie s'atténue progressivement dans les premiers mois de vie.

d) Les allergies et intolérances alimentaires : APLV, Maladie coéliquue

e) Les causes rénales : insuffisance rénale chronique ou tubulopathies.

f) Causes métaboliques :

- ❖ Un diabète décompensé
- ❖ Une insuffisance surrénalienne aigue chez un patient avec hyperplasie congénitales des surrénales
- ❖ Décompensation d'une maladie métabolique : Phénylcétonurie, Galactosémie, Fructosémie, Tyrosinémie,...

g) Cause psychoaffective : Dans le cadre d'un conflit mère-enfant associé ou non à un forcing alimentaire

3. Etiologies chez l'enfant:

Les causes chez l'enfant sont superposables à celles du nourrisson.

3.1. En cas de vomissements aigus :

a) Les causes médicales :

- ❖ **Dans un contexte fébrile**, elles sont dominées par **les infections**
 - Les gastroentérites
 - Les infections ORL, pneumonies
 - La méningite, qu'elle soit virale ou bactérienne, le syndrome méningé est évident.
 - Les hépatites aiguës : les vomissements sont associés à un sub-ictère, céphalées, des douleurs abdominales, des nausées et une asthénie marquée (mimant le tableau d'une gastroentérite). Le foie est souvent normal, parfois hépatomégalie modérée ou sensible ; les urines sont foncées et les selles décolorées. Sur le plan biologique, il existe une cytolysé importante, prédominant sur les TGP, la cholestase est variable, l'insuffisance hépatocellulaire est à rechercher et fait craindre le tableau d'hépatite fulminante. Le diagnostic est confirmé par les sérologies virales (A, B, C).
 - Pancréatite aigue : y penser après une parotidite ourlienne. Intérêt du dosage de l'amylasémie, Lipasémie
- ❖ **Les intoxications** : Souvent volontaires chez le grand enfant dans le cadre d'une tentative d'autolyse. Elles peuvent être médicamenteuses, toxiques ou caustiques. Ou être iatrogènes, comme dans le cadre des effets secondaires d'une chimiothérapie.

- ❖ **Cétose ou acidocétose diabétique** : inaugurant un diabète ou chez un diabétique connu.
- ❖ **Syndrome de Reye** : C'est une affection rare et grave. Il s'agit d'une encéphalopathie aiguë avec stéatose hépatique, qui survient lors d'une virose (Varicelle, grippe..) avec notion de prise d'Aspirine. Elle associe des troubles de la conscience type coma, convulsions, hépatomégalie avec une cytolysé majeure et insuffisance hépatocellulaire.
- ❖ **Causes rénales** : Classiquement, l'insuffisance rénale aiguë 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, hématurie macroscopique (glomérulonéphrite) permettent d'éviter ces pièges.

b) Les causes chirurgicales :

- ❖ **L'appendicite aiguë** : Le tableau est plus évident chez le grand enfant.
Douleur de la fosse iliaque droite avec signe de Mc Burney positif, dans les formes où le diagnostic est tardif, c'est un tableau de péritonite.
- ❖ **Péritonite aiguë**: Secondaire à une appendicite aiguë, perforation d'ulcère, Fièvre typhoïde.
- ❖ **Hernie étranglée, torsion testiculaire ou ovarienne.**
- ❖ **Invagination intestinale aiguë** :
Elle doit faire craindre, chez l'enfant, un Lymphome.
Peut survenir au cours d'un Purpura Rhumatoïde, ou révéler un diverticule de Meckel.

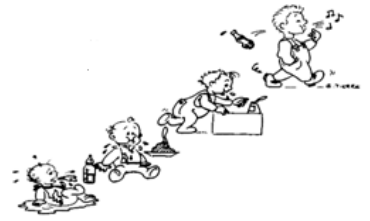
3.2. En cas de vomissements chroniques :

- ❖ **Gastrite ou ulcère gastroduodéal à HP**
- ❖ **Insuffisance rénale chronique**
- ❖ **Causes neurologiques** : tumeurs cérébrales, Migraine, hématome sous dural.
- ❖ **Les vomissements acétonémiques** : Surviennent chez l'enfant âgé de 2 à 8ans.
Souvent au cours d'une infection des VAS. Les vomissements sont incoercibles, causant une déshydratation. sur le plan biologique : Acétonémie, tendance à l'hypoglycémie et cétonurie large à la chimie des urines sans glycosurie.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO)

1. Définition :

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) définit le passage, à travers le cardia, du contenu de l'estomac dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement. C'est une pathologie fréquente avec une prévalence estimée à 10% dans la population de 0 à 17 ans.



Sur le plan épidémiologique : Selon les observations cliniques, des régurgitations récidivantes s'observent chez 2/3 des nourrissons de 4 mois; à l'âge de 12 mois un RGO n'apparaît plus que chez 5 % des enfants. L'évolution spontanée d'un GER non compliqué est favorable chez pratiquement tous ces enfants.

2. Physiopathologie :

La survenue d'un RGO fait intervenir plusieurs facteurs anatomiques et physiologiques qui peuvent s'associer :

- **La défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage :** Le SIO est un sphincter virtuel qui correspond à une zone de haute pression qui s'oppose au gradient de pression abdomino-thoracique. Une baisse permanente de ce tonus de base ou la survenue de relaxations transitoires inappropriées favorisent le RGO.
- **les facteurs anatomiques** peuvent également intervenir : Une hernie hiatale par glissement, une malposition cardiotubérositaire avec ouverture de l'angle de His.
- **Inadéquation entre le volume œsogastrique et la quantité de lait ingérée**
- **Défaut de vidange gastrique :** Un retard à l'évacuation des aliments de l'estomac vers le duodénum est source de RGO.

L'amélioration de ces facteurs explique la disparition progressive des régurgitations dans les premiers mois de vie.

3. Diagnostic clinique : On distingue deux formes cliniques

Formes digestives

- * **Vomissements :** Post prandiaux, volontiers tardifs
Jamais bilieux, déclenchés par changements de positions.
Favorisés par l'alimentation liquide surtout chez nourrisson qui ne tient pas assis.
- * **Complications digestives :**
 - **Œsophagite :** refus de téter, pleurs lors de la tétée, suggérant une dysphagie.
 - **Hématémèse ou vomissements striés de sang, ou méléna.**
Parfois simple anémie microcytaire par hémorragie occulte
 - **Sténose peptique**

Formes extra-digestives

- * **Manifestations pulmonaires :**
 - Toux à prédominance nocturne
 - Bronchites ou pneumonies à répétition sans prédominance saisonnière
 - Asthme (RGO cause/Conséquence)
- * **Manifestations ORL à répétitions :**
Otite, sinusite, laryngites
- * **Malaise du nourrisson**

*En général la croissance est normale sauf cas de RGO compliqué (rechercher une APLV associée si hypotrophie).

Et deux formes pronostiques sont retenues: **RGO simple ou RGO compliqué**

RGO simple Tous les critères suivants	RGO compliqué Un ou plusieurs critères
Rejets non sanguins et non bilieux	Œsophagite
Appétit normal	Malaise
Croissance normale	Manifestations ORL
Manifestations de RGO isolées	Manifestations pulmonaires

Il existe des terrains à risque de développer un RGO compliqué :
Encéphalopathie, atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique.

4. Examens complémentaires :

- ❖ **Examens biologiques** : aucune utilité mis à part en cas de pâleur cutanéomuqueuse ou vomissements sanglants à la recherche d'une anémie microcytaire.
- ❖ **L'Exploration fonctionnelle digestive n'a pas d'indication dans le RGO simple.**
 - **Fibroscopie œsophagienne** : En cas de suspicion d'œsophagite.
La présence d'une œsophagite peptique se traduit macroscopiquement par des pertes de substance au moins épithéliales (érosions) plus rarement profondes (ulcérations) dont on précise l'étendue et le caractère circonférentiel ou non.
 - **PH-métrie sur 24h** : A un intérêt dans les formes extra-digestives, couplant des enregistrements dans le bas-œsophage et au niveau de l'œsophage supérieur avec analyse des différents paramètres (nombre de reflux, durée du reflux le plus long, durée moyenne des reflux, et surtout pourcentage de temps passé à pH <4).
Un RGO pathologique est confirmé en cas de pH<4 supérieur à 5% du temps. Il est également utile de rechercher une corrélation temporelle entre des symptômes extra-digestifs recueillis au cours de l'enregistrement et des baisses de pH, permettant de faire le lien avec le RGO pathologique.
 - **Transit Œso-Gastro-Duodéal (TOGD)** : Son intérêt réside dans la recherche des anomalies anatomiques associées au RGO (malposition cardiotubérositaire, hernie hiatale) ou des anomalies responsables de manifestations cliniques proches (arc vasculaires, fistule œso-trachéale). **Il est donc indiqué seulement en cas d'échec du traitement médical ou lors d'un bilan préopératoire.**

- **La manométrie** : Permet d'enregistrer les pressions aux différents niveaux de l'œsophage (corps, sphincters supérieur et inférieur). Elle n'objective pas le RGO mais peut mettre en évidence des facteurs aggravant comme une hypotonie du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien. Elle est indiquée dans les recherches d'achalasie ou en pré-opératoire mais aucune indication dans le RGO simple.

Type de RGO	Examen complémentaire à pratiquer
Simple	Aucun
Complicé : Suspicion d'œsophagite Forme extra-digestive	Fibroskopie œsogastrique PH-métrie

5. Prise en charge :

Le RGO régresse spontanément dans la majorité des cas au cours de la première année de vie. Le TRT repose sur des mesures hygiéno-diététiques dans le RGO simple, qui sont associées à un TRT médical dans le RGO compliqué.

❖ RGO simple :

- **Rassurer les parents**, insister sur le caractère fonctionnel et temporaire de la symptomatologie pour assurer leur adhésion à la prise en charge.
- **TRT hygiéno-diététique** :
 - Epaississement des biberons en cas d'allaitement artificiel (Laits AR Anti-reflux) , diminuer les rations excessives, fractionner l'alimentation en augmentant le nombre de biberons et en réduisant leur volume.
 - Position en décubitus dorsal, enfant incliné avec la tête du lit surélevée (angle de 30° par rapport à l'horizontale).
 - L'éviction du tabagisme passif est recommandée (même si efficacité non prouvée).
 - Les antiacides et prokinétiques n'ont pas d'indication dans les RGO simples.
 - Si le RGO persiste, soulever l'hypothèse d'une APLV et discuter la mise sous hydrolysats poussés de protéines.

❖ RGO compliqué :

- **Traitement hygiéno-diététique.**
- La prescription des antiacides et prokinétiques n'est pas recommandée car le rapport bénéfice-risque n'est pas en faveur du bénéfice.
- **Les inhibiteurs à la pompe à protons (IPP)** si œsophagite confirmée par fibroscopie : **Oméprazole** 1mg/Kg/J (Gélule 10 mg et 20mg). Les IPP n'ont l'AMM qu'à partir d'un an.

- **Traitement chirurgical** (Fundoplicature de Nissen). L'intervention chirurgicale consiste à replacer l'œsophage abdominal en bonne position, resserrer les piliers du hiatus œsophagien et réaliser un montage anti-reflux dynamique. Indiqué en cas de RGO invalidant et rebelle au traitement médical ou RGO compliqué non contrôlé sur un terrain particulier : Encéphalopathie, atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique.

Bibliographie :

1. P.Bach-Segura. Démarche diagnostique devant des vomissements du nouveau-né et nourrisson. *Journal de Radiologie* (2011) 92, 134-141.
2. B. Bachy, O. Mouterde. Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement). *La Revue du praticien*. (2007)31. 1817-1821.
3. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) 2009.
4. C.T. Ferreira. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. *J Pediatr (Rio J)*. (2014)90(2):105-118.