

## ITEM 271 : VOMISSEMENTS

<p>- <b>Vomissement</b> = mécanisme <b>actif</b> de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires → rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac. <b>Provoqués ou spontanés.</b></p> <p>- <b>Nausée</b> = sensation subjective désagréable non douloureuse provenant du tractus digestif haut, associé au besoin de vomir ou à la sensation que les vomissements sont imminents</p> <p>- <b>Signes d'accompagnement</b> : - Sympathiques : <b>tachycardie, sueurs froides, vasoconstriction cutanée</b> avec <b>pâleur, mydriase</b>                  - Parasympathiques : <b>hypersalivation</b></p>		
<b>DD</b>	<p>- <b>Régurgitation</b> : remontée passive du contenu gastrique ou oesophagien dans la bouche, sans effort de vomissement</p> <p>- <b>Mérycisme</b> ou <b>rumination</b> : remontée <b>volontaire</b> dans la bouche d'aliments récemment ingérés qui sont ensuite de nouveau déglutis après mastication</p>	
<b>Physiopatho</b>	<p>- Centre : <b>substance réticulée du tronc cérébral</b> qui coordonne les phénomènes moteurs (efférences motrices)</p> <p>- Afférences : - <b>Zone chémoréceptrice du plancher du 4<sup>ème</sup> ventricule = area postrema</b> : sensible aux stimuli chimiques</p> <p>- <b>Cortex cérébrale</b> (pensée, odeur, émotion)</p> <p>- <b>Appareil vestibulaire</b></p> <p>- <b>Nerfs vague et sympathiques</b> du <b>tube digestif</b> et du <b>pharynx</b></p>	
<b>Complications</b>	<p><b>Troubles hydro-électrolytiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hypochlorémie</b></li> <li>- <b>Hypokaliémie</b></li> <li>- <b>Alcalose métabolique</b></li> <li>- <b>Déshydratation puis insuffisance rénale aiguë fonctionnelle</b></li> </ul>	
	<p><b>Syndrome de Mallory-Weiss</b></p> <p>= <b>Déchirure longitudinale de la muqueuse du cardia</b> : hématomèse à la suite de vomissements non sanglants ou d'efforts de vomissements répétés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correction spontanée dans la majorité des cas (90%)</li> <li>- <b>Endoscopie</b> systématique : diagnostique ± d'hémostase</li> </ul>	
	<p><b>Syndrome de Boerhaave</b></p> <p>= <b>Rupture de la paroi de l'œsophage</b> : exceptionnel, très grave → urgence chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur thoracique violente</b> avec <b>dyspnée, emphysème sous-cutané</b> et <b>odynophagie</b></li> <li>- <b>TDM</b> : pneumo-médiastin, emphysème sous-cutané, épanchement pleural, fuite oesophagienne de produit de contraste hydrosoluble</li> </ul>	
	<p><b>Syndrome de Mendelssohn</b></p> <p>= <b>Inhalation bronchique avec pneumopathie</b> : surtout en cas de trouble de conscience ou neuro</p>	
	<p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Oesophagite</b></li> <li>- Complication mécanique : <b>hémorragie sous-conjonctivale</b> (non grave), <b>fracture de côte</b></li> <li>- <b>Interruption des traitements oraux</b> (non pris ou évacués)</li> <li>- <b>Encéphalopathie de Gayet Wernicke</b> : vomissements répétés → dénutrition → carence en B1</li> </ul>	
<b>Démarche diagnostique</b>	<b>Situations fréquentes</b>	<p>Matinaux, à jeun de liquide un peu glaireux (pituite) avec haut-le-cœur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alcoolisme, médicament, tabac</b></li> <li>- <b>Grossesse</b></li> </ul>
	<p>Matinaux, en jet, sans nausée ni haut le cœur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hypertension intra-crânienne</b></li> </ul>	
	<p>Post-prandiaux tardifs répétés Aliments nauséabonds partiellement digérés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Obstruction chronique gastro-duodénale</b> (organique ou fonctionnelle)</li> </ul>	
	<p>Fécaloïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Obstruction basse</b> (rare)</li> <li>- <b>Fistule gastro-colique</b> (exceptionnelle)</li> </ul>	
	<p>Per-prandiaux ou immédiatement après le repas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cause psychogène</b> (diagnostic d'élimination)</li> </ul>	
	<p>Alimentaires en fin de journée précédés de l'apparition progressive de nausées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome obstructif</b> (obstacle organique incomplet)</li> </ul>	
<b>C</b>	<p>→ Evoquer systématiquement : <b>grossesse, surdosage/intolérance</b> à un <b>médicament</b> (digitaline, théophylline, opiacé...) ou <b>toxique</b>, métabolique (<b>insuffisance rénale ou surrénalienne</b>), <b>hypertension intracrânienne</b></p> <p>- Examen clinique : signes de déshydratation, dénutrition ou autres complication</p>	
<b>PC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si signe de déshydratation, perte de poids, AEG, vomissement chronique ou sujet à risque (sujet âgé, diabète, insuffisance cardiaque ou rénale) : <b>iono, NFS, urée, créatininémie, ionogramme urinaire</b></li> <li>- Vomissements chroniques : <b>albuminémie, pré-albuminémie</b></li> <li>- Explorations complémentaires non systématiques : selon les points d'appels (FOGD, TDM avec opacification, etc)</li> </ul>	

Vomissements aigus < 7 jours	Cause abdomino-pelvienne		Cause métabolique		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastro-entérite ou toxi-infection alimentaire</li> <li>- Hépatite aiguë</li> <li>- Douleur biliaire : colique hépatique, cholécystite aiguë</li> <li>- Pancréatite aiguë</li> <li>- Syndrome occlusif</li> <li>- Péritonite</li> <li>- Infarctus mésentérique</li> <li>- Sténose du pylore (sur ulcère)</li> <li>- Réactionnel : colique néphrétique, torsion de kyste...</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acidocétose diabétique</li> <li>- Insuffisance rénale aiguë</li> <li>- Hypercalcémie</li> <li>- Hypoglycémie</li> <li>- Insuffisance surrénalienne aiguë</li> <li>- Hyponatrémie</li> <li>- Hyperthyroïdie</li> </ul>		
	Cause médicamenteuse ou toxique		Cause neurologique		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antimitotique ++</li> <li>- Antibiotique : érythromycine, aminoside...</li> <li>- Colchicine</li> <li>- Dérivé de l'ergot de seigle</li> <li>- Dérivés de la théophylline ++</li> <li>- Quinine</li> <li>- Toxique : alcool, nicotine</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Digitaliques ++</li> <li>- Salicylés</li> <li>- Lévodopa</li> <li>- Opiacés</li> <li>- Radiothérapie</li> </ul>		
Vomissements chroniques > 7 jours	Autres causes		Pièges diagnostiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse et GEU ++</li> <li>- Post-opératoire</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mal des transports</li> <li>- Vomissements psychogènes</li> </ul>		
	Cause digestive	Obstruction mécanique	Tractus digestif supérieur		Intestin/colon
		Obstruction fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer gastrique ou duodéal</li> <li>- Cancer du pancréas</li> <li>- Sténose du pylore (sur ulcère)</li> <li>- Pseudokyste pancréatique</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumorale : cancer colorectal, carcinose péritonéale</li> <li>- Non tumorale : maladie de Crohn, radique, AINS, adhérence/bride...</li> </ul>
Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychogène : anorexie mentale, boulimie, vomissements psychogènes</li> <li>- Neurologique : HTIC (tumorale ou non), épilepsie</li> <li>- Médicaments/toxiques</li> <li>- Grossesse : évoquer un <i>hyperemesis gravidarum</i> ou une môle hydatiforme si prolongés</li> </ul>				
TTT	Critères d'hospitalisation		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence (médicale, obstétricale ou chirurgicale)</li> <li>- Troubles hydro-électrolytiques (déshydratation) nécessitant une correction parentérale</li> <li>- Troubles de conscience</li> <li>- Impossibilité de réhydratation par voie orale ou de prise d'un traitement indispensable</li> <li>- Décompensation d'une affection associée</li> <li>- Complication des vomissements</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réhydratation per os ou IV avec correction d'éventuel trouble hydro-électrolytique</li> <li>- Sonde gastrique d'aspiration si : risque d'inhalation, vomissements abondants ou urgence chirurgicale</li> </ul>		
	TTT symptomatique	Anti-émétique	→ Seulement si les vomissements ne peuvent être supprimés par le traitement de la cause		
			Métoclopramide	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Neuroleptique benzamide anti-5HT3, à effet anti-dopaminergique et cholinergique central et périphérique : voie oral, IV ou IM</li> <li>- EI (10-20%) : surtout à forte dose ou traitement prolongé : sédatif, hyperprolactinémie (gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée), syndrome extrapyramidal (dystonie/dyskinésie aiguë ou tardive)</li> <li>- CI : ATCD de dyskinésie tardive aux neuroleptiques, phéochromocytome, consommation d'alcool, association à la lévodopa, hépatopathie</li> </ul>	
Dompéridone			= Neuroleptique butyrophénone, à faible passage hémato-encéphalique (EI moins fréquent, hyperprolactinémie possible): voie orale ou sublinguale		
		Métopimazine	= Neuroleptique phénothiazine, anti-dopaminergique électif à très faible passage hémato-encéphalique : voie orale, sublinguale, IV ou IM		

Chimiothérapie		<p>= 3 types de vomissements induits par chimiothérapie : <b>aigu</b> (&lt; 24h), <b>retardé</b> (&gt; 24h) et <b>anticipé</b> (avant la cure)</p> <p>- <b>FdR</b> : - Mode d'administration : bolus &gt; perfusion continue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anxiété</li> <li>- Sexe féminin, âge jeune</li> <li>- Vomissements lors de chimiothérapies antérieures</li> </ul>
	Potentiel émétisant	<p>= Selon le produit et la dose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fort risque (&gt; 90%) : <b>cisplatine, cyclophosphamide à forte dose</b></li> <li>- Risque moyen (30-90%) : <b>oxaliplatine, carboplatine, cyclophosphamide à faible dose, adriamycine</b></li> <li>- Risque faible (10-30%) : <b>5-FU, méthorexate, taxane, mitomycine</b></li> <li>- Risque minime (&lt; 10%) : <b>bléomycine, bévacizumab, vinblastine, gemcitabine</b></li> </ul>
	Traitement et prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anti-5HT3</b> = <b>granisétron, ondansétron, tropisétron, dolasétron</b> → El fréquents : céphalées, constipation, bouffées de chaleur</li> <li>- <b>Aprépitant</b> : antagoniste sélectif des récepteurs de la substance P neurokinine 1 (NK1) → El fréquents : fatigue, constipation, cytolysé hépatique</li> <li>- <b>Corticostéroïdes</b></li> <li>- <b>Métoclopramide</b></li> <li>- <b>Alizapride</b></li> </ul>
Grossesse		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au 1<sup>er</sup> trimestre : - Vomissements fréquents (50%), physiologiques si aucun retentissement <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hyperhémésis gravidarum</b> : vomissements avec <b>déshydratation, pertes ioniques et dénutrition, cytolysé hépatique</b> et/ou <b>cholestase</b> parfois <b>ictérique</b></li> <li>- <b>Môle hydatiforme</b> : exacerbation des signes sympathiques de grossesse (dont vomissements)</li> </ul> </li> <li>- Au 3<sup>ème</sup> trimestre : <b>cause non liée à la grossesse, stéatose aiguë gravidique</b> ou <b>pré-éclampsie</b> → urgence</li> </ul>