

## Chapitre 39 : Item 345 – Vomissements de l'adulte (avec le traitement)

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

### OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Devant des vomissements de l'adulte, 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-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 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 rumination* : 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 chémoréceptrice située dans le plancher du 4<sup>e</sup> 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 du cardia liée aux efforts de vomissements) : symptomatologie typique dans la moitié des cas : survenue d'une hématomatose 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 tomодensitométrie thoracique : pneumomédiastin, emphysème sous-cutané, épanchement pleural, fuite œsophagienne du produit de contraste hydrosoluble ;

- inhalation bronchique avec pneumopathie (syndrome de Mendelssohn), 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 gastrocolique (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 39.1), causes métaboliques (dont l'insuffisance rénale aiguë et surrénalienne) et hypertension intracrânienne.

Tableau 39.1 Principaux médicaments et toxiques responsables de vomissements.

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, pré-albuminémie.

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 39.2.

Tableau 39.2 Causes les plus fréquentes de vomissements aigus.

Causes abdomino-pelviennes	
<b>Médicales :</b>	
- Gastro-entérite aiguë et toxi-infection alimentaire +++	
- Hépatite aiguë	
- Sténose du pylore (ulcère)	
- Colique hépatique	
- Colique néphrétique	
	<b>Chirurgicales :</b>
- Syndrome occlusif	
- Péritonite	
- 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	
Voir tableau 39.1	

Causes neurologiques	
Maladies vestibulaires (syndrome labyrinthique) Migraine Traumatisme cérébral	Méningite Hypertension intracrânienne Hémorragie méningée ou cérébro-méningée

Causes métaboliques et endocriniennes	
Acidocétose diabétique Insuffisance rénale aiguë Hypercalcémie	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 gastro-entérite 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 39.3) ; les plus fréquentes sont les sténoses digestives et les causes psychologiques ou psychiatriques.

Tableau 39.3 Causes des vomissements chroniques.

Tractus digestif supérieur	
<b>Obstruction mécanique :</b>	
– Ulcère et cancer gastrique ou duodénal, cancer du pancréas envahissant le duodénum, compression par pseudo-kyste pancréatique	
	<b>Obstruction fonctionnelle :</b>
– Gastroparésie : diabète,	

sclérodermie, amylose	
– Après chirurgie gastrique, vagotomie	

Intestin et côlon	
<b>Obstruction mécanique tumorale :</b>	
– Adénocarcinome	
– Carcinose péritonéale	
<b>Sténose mécanique non tumorale :</b>	
– Maladie de Crohn	
– Post-radiothérapie	
– AINS	
– Adhérences, brides	
– Hernies	
– Volvulus	
– Invagination	
	<b>Obstruction fonctionnelle :</b>
– Pseudo-obstruction intestinale chronique primitive ou secondaire	
– Sclérodermie	
– Diabète	
– Amylose	

Psychogène/psychiatrique	
Anorexie mentale, boulimie	Vomissements psychogènes

Système nerveux central	
Hypertension intracrânienne tumorale ou non	Épilepsie

Médicaments et toxiques	
Voir tableau 39.1	

Grossesse	
Grossesse (1 <sup>er</sup> trimestre)	<i>Hyperemesis gravidarum</i> Môle hydatiforme

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 du grêle).

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 cérébral).

Causes métaboliques, endocrines et grossesse doivent être systématiquement envisagées et éliminées en l'absence d'autre orientation diagnostique : bêta-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.

#### **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 cytolyse 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 pré-éclampsie. Ces deux 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, bévacicumab, 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 l'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 anti-dopaminergique central et périphérique et un effet cholinergique central et périphérique via l'activation d'un récepteur 5-HT<sub>4</sub>. Il bloque les récepteurs 5-HT<sub>3</sub> 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 anti-dopaminergique 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-HT<sub>3</sub>** : 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 CLES**

- 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 h après le début du traitement) ; retardés (> 24 h après le début du traitement) ; anticipés (avant administration).
- Corriger les désordres hydroélectrolytiques et privilégier le traitement de la cause.
- Les vomissements liés à la chimiothérapie peuvent être traités en fonction des cas par : anti 5-HT3, aprépitant, corticostéroïdes, métoclopramide.