

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1988

N° - 17

APPORTS DE L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIC
DES VOMISSEMENTS PAR ANOMALIES ORGANIQUES DE L'ESTOMAC ET
DU DUODENUM CHEZ LE NOURRISSON.

(A Propos de 5 Cas)

T H E S E

Présentée et Soutenue publiquement le _____
devant l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du MALI

P A R

Mademoiselle SARAN DIAKITE

Pour obtenir le Grade du Docteur en Medecine
(Diplome d'Etat).

E X A M I N A T E U R S

Président : ABDEL KADER KOUMARE

Membres

Dr. MADANI	TOURE
Dr. BALLA	COULIBALY
Pr. ISSA	TRAORE

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Demba DOUCOURE	Sécretaire Général
Hama B. TRAORE	Econome.

D. E. R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R Chirurgie Générale- Medecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie Secourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aida SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Soins Infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini AG MOHAMED	O. R. L. L
Docteur Madani TOURE	Chirurgie Infantile
Docteur Tahirou BA	Chirurgie Générale
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie Générale

Docteur Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme Fanta KONIPO	O. R. L
Docteur Nouhoum BA	Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Chirurgie

3. ASSISTANTS ET C.E.S

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P Soins Infirmiers.

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE Chef de D.E.R	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Medecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Medecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Issa TRAORE	Radiologie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Jean Pierre COUDRAY	Psychiatrie

Docteur Eric PICHARD	Medecine Interne
Docteur Gérard GROSSETETE	Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie.

3. ASSISTANTS ET C.E.S

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Medecine Interne
Docteur Souminta M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Medecine Interne.

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histologie-Embryologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique-Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques.
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Professeur Yéniomégué Albert DEMBELE	Chimie Organique

Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaines
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie.

4. ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale.

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	T.P Anatomie.

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
------------------------	----------------------

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R	Toxicologie
Professeur Mamadou KOUMARE	Matière Médicale Pharmacologie.

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharmaceutiques
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Souleymane DIA	Pharmacie Chimique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie galénique
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion.

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale.

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. Professeur Sidi Yaya SIMAGA, chef de D.E.R Santé Publique

Docteur Hubert BALIQUE Maitre de Conférence Santé Publique
Agrégé

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahim KABA Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA Santé Publique
Docteur Georges SOULA Santé Publique
Docteur Pascal FABRE Santé Publique.

3. CHARFES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBIER Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS Biochimie
Professeur François MIRANDA Biochimie
Professeur Alain GERAULT Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT Pharmacie Galénique
Docteur François TOUX Biophysique
Docteur Alain LAURENS Pharmacie chimique
Monsieur El hadj Makhtar WADE Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX C.E.S Dermatologie
Professeur LAGOUTTE C.E.S Ophtalmologie

Professeur Philippe VERIN

C.E.S Ophtalmologie

Professeur Jean Pierre BISSET

Biophysique

Professeur Mme Paulette GIONO-BARBIER Anatomie -Physiologie Humaines.

D E D I C A C E

A Mon Pays

Au glorieux peuple qui le compose la santé de ce peuple devra me
préoccuper le reste de ma vie.

A Mon Père

Je ne trouve pas dans cette langue un mot pour t'exprimer ma joie,
ma reconnaissance et mon attachement.

Que Dieu t'accorde longue vie et meilleure sante.

A Ma Mère

Ton courage, tes affections m'ont toujours apporté reconfort et consolation.

Trouve-ici le modeste hommage de tes immenses sacrifices, la récompense de tes lourdes privations, la consolation de tes profondes angoisses.

A Ma Marâtre

Hommage et respect.

Puisse ce travail te témoigner de ma profonde affection, de ma gratitude pour tout ce que tu fus et fis pour moi.

A Mes Frères Et Soeurs

Je vous encourage à surmonter vents et tempêtes pour mieux
faire que moi.

Sincère Fraternité.

A ma Tante Krouny et son Mari

Votre devouement à ma cause, les conseils que vous m'avez
donnés au début de ma carrière m'ont servi de guide pour ce
travail accompli aujourd'hui.

Que vos enfants trouvent auprès de moi la meme sollicitude.

A mes Oncles et Tantes

A mes Grands Parents

A mes Cousins et Cousines

A tous les Miens.

Qu'ils trouvent ici la recompense du soutien qu'ils n'ont
cessé de m'accorder tout au long de mes études.

A tous mes Camarades de Promotion

SOUVENIR INOUBLIABLE

A tous mes Amis

AVEC TOUTE MA TENDRESSE.

A notre Maître et Président de Thèse :

Pr. Abdel Karim. KOUMARE.

- Anatomiste
- Chirurgien des Hôpitaux
- Médecin Chef du service de chirurgie "B" Hôpital du
Point G

vos qualités professionnelles et pédagogiques, votre dévouement
et votre haute compétence seront pour nous un exemple à suivre.

Nous vous remercions de l'Honneur que vous nous faites en acceptant,
malgré vos lourdes charges de juger notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance
et notre profond respect.

A Notre Maitre et Juge de Thèse

Dr. Madani TOURE
- Chirurgien infantil
- Medecin-chef du Service de chirurgie infantile de l'Hopital
Gabriel TOURE.

Des sentiments sincèrement admiratifs.

Puissent votre sourire communicatif et votre ardeur au travail
nous servir de guide dans l'exercice de nos responsabilité
en medecine.

Sincère reconnaissance.

A notre Maitre et Juge de Thèse

Dr. Balla COULIBALY
Pediatre à l'Hôpital Gabriel TOURE

Nous vous remercions de l'Honneur que vous nous faites en
présidant ce jury.

Vous nous avez accueilli dans votre service et vous nous avez
confirmé dans l'intérêt que nous portions à la radiologie.

Veillez bien trouver ici l'expression de notre admiration
et notre reconnaissance.

A notre Maitre de Thèse

Pr. Issa TRAORE
Medecin-chef du service de Radiologie et de Medecine nucléaire
du Point-G.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez
faites en nous proposant ce travail.

Nous appreçons grandement le dynamisme, la disponibilité,
la recherche obstinée du mieux qui vous caractérisent.

Trouvez en ce travail pour lequel vous nous avez aidé, ~~Tout~~
notre respect sans compter l'expression de votre attachement
et notre sincère gratitude.

A tous les Maitres de cette Ecole Nationale de Medecine et de
Pharmacie de Bamako.

Qui ont su m'inculquer un enseignement valable et auprès desquels
j'ai toujours trouvé explication et patience.

Expression de mes sentiments affectueux et respectueux.

P L A N

I.	<u>INTRODUCTION</u>	I
II.	<u>EXAMEN CLINIQUE</u>	3
III.	<u>EXPLORATION RADIOLOGIQUE</u>	
	A - Technique	8
	B - Resultats	11
IV.	<u>OBSERVATIONS</u>	
	A_ Patients et Méthode	24
	B Commentaires	35
V	<u>CONCLUSION</u>	37
VI.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	38

I N T R O D U C T I O N

I N T R O D U C T I O N

Ce n'est pas sans appréhension que nous avons abordé ce travail relatif à l'exploration radiologique de l'estomac et du duodenum chez un nourrisson vomisseur parce que les vomissements sont un symptôme fréquent chez un nourrisson et peuvent être des signes révélateurs d'affections chirurgicales ou médicales variées.

Qu'un nourrisson vomisse de temps à autre n'est guère alarmant, que ces vomissements soient fréquents et affectent le développement de l'enfant, voilà qui peut inquiéter et doit conduire à un examen clinique et radiologique minutieux, condition indispensable pour déceler la raison du vomissement car c'est de là que découle la conduite thérapeutique.

Il convient d'abord de distinguer les vomissements de la regurgitation et de la rumination.

Le véritable vomissement : est le rejet violent par la bouche de tout ou partie du contenu gastrique. Il est souvent précédé d'une période assez courte pendant laquelle, le nourrisson paraît ressentir une gêne et une certaine anxiété.

La regurgitation : est le retour des aliments de l'estomac et de l'oesophage dans la bouche sans effort apparent. Les regurgitations peuvent se répéter à plusieurs reprises dans l'intervalle des repas. Certains enfants ne regurgitent jamais. Par ailleurs l'importance des regurgitations varie d'un cas à l'autre.

La rumination ou merycisme : est comparable à ce qu'on observe au cours de la digestion des bovidés. C'est un phénomène assez rare, caractérisé par le retour volontaire ou involontaire des aliments de l'estomac dans la bouche où il peuvent être remastiqués. Le merycisme qui débute une demi-heure après les repas peut se poursuivre pendant une heure ou deux. Le merycisme est du à un trouble particulier du comportement.

Notre étude sera consacrée aux vomissements de cause organique nécessitant un transit oeso-gastro duodénal.

Son but est de montrer l'apport de l'examen radiologique dans le diagnostic de ces vomissements et leur importance relative en consultation pédiatrique à travers 5 observations dans le service de Pédiatrie de l'Hopital Gabriel Touré (H.G.T).

EXAMEN

CLINIQUE

EXAMEN CLINIQUE

A/Interrogatoire

C'est l'étape la plus importante de l'examen clinique du nourrisson vomisseur. Il est souvent difficile de cerner le problème dans son ensemble, le malade étant dans l'impossibilité de répondre lui-même aux questions, tout se ramène enfin de compte à un dialogue entre le médecin et la mère ou les membres de la famille.

Il convient tout d'abord d'analyser les caractères des vomissements :

- La première préoccupation est de situer le début des vomissements par rapport à la naissance.

Est-il intervenu dès les premiers repas, ou plus tard ?

- S'il s'agit d'un enfant âgé de quelques semaines, il est capital de rechercher un intervalle libre de trois semaines environ entre la naissance et le premier vomissement. Si cette notion existe, surtout chez un garçon, elle permet d'évoquer une sténose hypertrophique du pylore (S H P).

Ce diagnostic peut-être évoqué sur le seul critère avant tout examen de l'enfant.

- Les vomissements sont-ils faciles ? ou au contraire nécessitent-ils un effort apparent ?

- Sont-ils explosifs conduisant à un rejet massif et violent des aliments ?

Cette constatation permet d'évoquer l'hypothèse d'un obstacle pylorique ou duodénal.

- La fréquence des vomissements est importante à préciser et surtout leur caractère habituel ou non. L'orientation clinique n'est pas la même, si les vomissements sont un symptôme souvent répété, ce qui conduit à rechercher une cause permanente surtout organique, ou s'il s'agit d'un symptôme nouveau survenant chez un sujet jusque là indemne de trouble digestif. Cette éventualité conduit à rechercher des causes infectieuses telle une meningite ou une toxoinfection cause fréquente de vomissements chez le tout-petit.

- L'horaire des vomissements mérite aussi d'être bien précisé, ^{bien} qu'il soit difficile d'accorder à ce caractère une valeur semeiologique certaine. Schématiquement on peut retenir que les vomissements dans les malpositions cardiotuberositaires et dans l'aerophagie sont plutôt précoces et que les vomissements dans la stenose hypertrophique du pylore sont plutôt tardifs par rapport à la prise alimentaire.

- Apprécier l'abondance des vomissements peut avoir un certain intérêt. C'est ainsi que dans la S H P, on observe assez souvent des vomissements dont le volume excède celui du dernier repas. Ceci est la conséquence de la stase gastrique. Cette appréciation de l'abondance des vomissements, si on ne l'a pas constaté soi-même peut-être malaisée.

La quantité peut être exagérée dans de très importantes proportions par le récit maternel.

Parfois l'enfant ne vomit pas à l'occasion de tous les repas mais toujours après l'absorption de certains aliments ceci doit être noté en particulier en fonction de la qualité des aliments composant ce repas.

En effet le nourrisson peut présenter une intolérance alimentaire pour un aliment donné.

L'aspect du vomissement donne une indication utile. Que le lait soit caillé ou non, cela est fonction du caractère tardif ou précoce du vomissement.

Si du sang se mêle aux aliments rejétés, on est orienté vers le diagnostic de Hernie hiatale, le reflux gastro-oesophagien étant générateur d'oesophagite et d'ulcère peptique de l'oesophage.

Si les vomissements sont franchement bilieux, le diagnostic d'obstacle sous-vétarien est vraisemblable.

Ces précisions une fois acquises sur les caractères des vomissements, il faut rechercher par l'examen clinique d'autres renseignements utiles.

L'étude du développement pondéral est indissociable de l'examen clinique d'un nourrisson vomisseur.

Nous savons que les vomissements sont une manifestation fréquente chez le nourrisson, aussi si l'on tient compte des récits abusifs de la famille, on risque de concevoir d'inutiles alarmes.

A priori il n'ya pas lieu de s'inquiéter lorsque la croissance pondérale normale de l'enfant n'est pas perturbée par la fréquence et l'abondance des vomissements.

Le rôle du médecin est en de pareil cas d'éviter des examens inutiles susceptibles d'accroître l'inquiétude de la famille. Avec un peu d'autorité et une amicale persuasion il n'est pas difficile de faire admettre à une mère anxieuse que le bon développement du nourrisson est un élément suffisant pour dénier aux vomissements tout caractère alarmant, on peut demander des pesées régulières (mais pas trop fréquentes) et si la situation se modifiait dans un sens défavorable, on pourra toujours changer la conduite à tenir.

B/ Examen physique

Il est orienté vers la recherche de certains signes :

- Savoir regarder le nourrisson est indispensable.
- On doit étudier son degré d'hydratation.
- Apprécier son comportement, la qualité de son éveil, la coloration de ses teguments. Est-il calme ? somnolent ? ou agité ? A-t-il l'air de souffrir ?

Telles sont les questions qu'il faut se poser en le regardant.

1. L'inspection de l'abdomen : a pour but de se rendre compte si le ventre est plat ou au contraire distendu avec ou sans circulation veineuse collatérale. Mais surtout elle permet de rechercher un peristaltisme anormal, témoin d'un obstacle anatomique en un point du tube digestif.

La S H P est la plus fréquente, aussi en présence d'un enfant âgé de trois à six semaines pour lequel le diagnostic de S H P est soupçonné, c'est en regardant la région épigastrique qu'on recherche les ondulations peristaltiques de l'estomac. Il faut du temps et de la patience pour les observer. Il est indispensable de faire absorber auparavant un biberon ou une tasse d'eau sucrée de façon à déclencher les contractions gastriques. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes, l'enfant étant couché sur le dos.

L'abdomen inspecté à jour frisant dans de bonnes conditions d'éclairage que l'on voit soulevant la paroi, les ondulations partant de l'estomac en une véritable reptation.

Ce qui caractérise ces ondes se succédant une à une c'est de les voir traverser la ligne médiane.

2. Palpation et percussion :

Recherchant à établir s'il y a une éventuelle défense ou si l'abdomen est sonore ou muet.

La palpation en profondeur de la région de l'hypochondre droit met en évidence chez un nourrisson atteint de S H P une petite tumeur dure de dimension et de la consistance d'une olive.

EXPLORATION RADIOLOGIQUE

- Technique

- Resultats

EXPLORATION RADIOLOGIQUE

Devant des vomissements chez un enfant, il importe tout d'abord d'éliminer un certain nombre de causes qui ne nécessitent pas de transit oesogastro duodenal.

Ce sont :

- . Les causes centrales : méningites, hémorragies méningées, encéphalite, toxiinfection (otite).
- . Les causes locales : Peritonite, appendicite, occlusion intestinale, hernie étranglée, imperforation anale.
- . Des troubles métaboliques : hyperplasie des surrénales (Syndrome de Debré Fibiger), intolérance au galactose.

Technique Radiologique

Préparation

Le nourrisson doit être examiné à jeun ; si l'exploration n'a pas lieu en début de matinée avant le premier biberon, il y a lieu de respecter une période de jeûne de 6 heures.

Matériel

Il importe d'utiliser un générateur puissant donnant des temps de pose ultra-courts.

La radioscopie doit être effectuée à l'aide d'un amplificateur de luminance. L'enregistrement des images peut se faire soit sur film conventionnel, soit en ampliphotographie.

Contention

Les appareillages spécialement destinés aux enfants (Pédiatrix, Infantoscope) permettent une contention parfaite et facilitant la réalisation des différentes incidences.

Les statifs, type roue d'Aimé, Babyscope, sont les plus employés. L'enfant est fixé sur le support en oblique antérieure droite (OAD), les bras au-dessus de la tête. Il est important d'approcher le système le plus près possible du plan de la table d'examen.

Enfin, il est possible de réaliser un bon examen sur une table conventionnelle sans accessoire. La totalité de l'exploration est alors conduite table horizontale, les membres supérieurs du nourrisson étant immobilisés par une aide protégée par une chasuble et des gans plombés, les membres inférieurs étant immobilisés par des sacs.

Produits de Contraste

L'air injecté à l'aide d'une sonde gastrique constitue un bon agent de contraste, en particulier lorsqu'il existe sur le cliché sans préparation des signes d'atresie duodenale.

Le sulfate de baryum, en suspension aqueuse, a une concentration comprise entre 30 - 50g pour 100 ml d'eau, il nous paraît le produit de choix, le moins cher et le moins nocif.

Conduite de l'Examen

Cliché sans préparation

L'enfant étant correctement immobilisé, on réalise un cliché sans préparation, si possible de face, en orthostatisme.

Ce cliché doit être lu avant toute ingestion de contraste par l'enfant, toute suspicion de résidu alimentaire dans l'estomac doit entraîner la mise en place d'une soude et l'aspiration du contenu gastrique.

Opacification

L'administration du produit opaque se fait au biberon, l'examen doit toujours comporter un temps d'étude radioscopique de l'oesophage et éventuellement, en cas d'image anormale la prise de clichés centrés sur cet organe.

Lorsque l'estomac est rempli, il est préférable d'attendre ou de provoquer l'eructation physiologique avant de prendre des clichés.

En orthostatisme, on réalise un cliché de face, un cliché en OAD, éventuellement un cliché de profil.

L'enfant est ensuite basculé en position horizontale. En procubitus, oblique antérieure droite, on déroulera la petite courbure, l'antrum et le duodenum et l'on prendra dans cette position 3 à 4 clichés.

On procède ensuite lors de la déglutition de quelques gorgées de baryum, à la recherche d'une hernie hiatale.

La recherche de reflux gastro-oesophagien s'effectue en décubitus dorsal. On note :

- Le caractère spontané ou provoqué du reflux.
- S'il persiste et s'auto-entretient.
- Le niveau de la remontée du produit opaque vers l'oesophage supérieur et le carrefour aéro-digestif.

Enfin, tout examen doit se terminer par un cliché strictement de face montrant les anses grêles injectées pour ne pas méconnaître une malrotation intestinale.

R E S U L T A T S

Un certain nombre d'affections survenant in utero ou en période néonatale s'accompagnent de vomissements répétés.

A/ La Stenose Hypertrophique du pylore

a) Sur le cliché sans préparation, il existe une distension hydro-aérique de l'estomac et une pauvreté des gaz intestinaux.

b) Après évacuation du contenu gastrique et opacification barytée

Il existe deux ordres de signes :

des signes directs:

- le défilé antro-pylorique long de 2 à 3 cm curviligne à convexité droite et inférieure,
- l'étalement de la base du bulbe,
- l'empreinte arciforme de l'olive pylorique sur le versant gastrique.

Des signes indirects

- retard d'évacuation gastrique qui contient encore du produit opaque 6 heures après l'ingestion,
- Peristaltisme accru,
- dilatation gastrique vers la droite de l'abdomen,
- stase gastrique 6 heures après ingestion, de valeur à condition que l'enfant ait été placé en decubitus lateral droit ou en procubitus.

Remarque

Les signes indirects peuvent être moins marqués. C'est le cas des stenoses peu serrées ou lorsque l'examen radiologique intervient peu de temps après le début des signes cliniques alors que la distension gastrique n'est pas encore importante, dans ces formes le liquide de stase peut manquer, le peristaltisme apparait sub-normal.

La dilatation peut être nulle et même des passages pyloriques peuvent survenir assez précocement et paraître faciles.

Les signes directs eux-mêmes peuvent être difficiles à interpréter. Les causes d'erreur ne sont pas tellement rares lorsque la sténose est peu serrée et que les passages dans ^{le} duodénum et le jejunum initial sont relativement précoces et abondants.

L'opacification du duodénum et du jejunum peut venir masquer l'image du défilé pylorique.

En réalité lorsque la technique est correcte, on dispose d'images variées dont l'analyse rigoureuse permet d'éviter de telles erreurs.

c) Diagnostic différentiel

Il s'agit essentiellement de :

1. La dyskinesie antro pylorique : celle-ci est fréquemment associée à un reflux gastro oesophagien.

Dans la dyskinesie antrale, l'image de l'antra est filiforme mais rectiligne n'ayant pas la courbe à convexité inférieure droite habituelle dans la SHP.

Surtout la longueur et le calibre du segment hypertrophié ne restent pas uniformes sur les différents clichés. Il est rare que sur au moins un des films de la série, on ne perçoit pas le renflement caractéristique du stade de contraction intermédiaire.

Les signes indirects de sténose sont absents. Il n'y a ni distension gastrique, ni liquide de stase, de plus la dyskinesie est temporaire et les films tardifs montrent souvent une sédation du spasme et un aspect normal de l'antra. Enfin le temps d'évacuation gastrique est dans la limite de la normale.

2. La duplication de l'antra : marque une empreinte arciforme sur la grande courbure gastrique

3. Le diaphragme antral : est très rare

4 Une suspicion d'ulcère antral : rare à cet age doit faire rechercher l'image directe de la niche.

d) Contrôle radiologique post-opératoire :

Il faut savoir que l'aspect de l'olive peut persister radiologiquement deux à quatre mois alors que l'enfant est cliniquement guéri.

B/ Hernies Hiatales et Malpositions Cardio-Tuberositaires

Selon la morphologie de la jonction oeso-gastrique, on distingue:

- la grande hernie droite compliquée de hernie para-hiatale
- la grosse poche médiastinale non reductible
- les formes mineures : béance avec reflux, cardiamobile, petite poche reductible.

1. La grande hernie droite : elle peut parfois être soupçonnée sur une simple radiographique du thorax où un niveau liquide attire l'attention dans l'angle cardiophrenique droit.

Le transit établit facilement le diagnostic en montrant l'oesophage qui longe de façon sinueuse une poche hydro aérique. Le cardia est légèrement sus diaphragmatique. La baryte remplit ensuite la volumineuse poche médiastinale droite puis la portion sus diaphragmatique de l'estomac étiré vers l'antre et le pylore. Il faut également apprécier la taille du collet.

2. La grosse poche médiastinale non reductible : est de diagnostic facile lors du TOGD qui met en évidence une poche gastrique intrathoracique reconnaissable à son plissement caractéristique. L'oesophage sus-jacent est flexueux, large. L'analyse du plissement muqueux en couche mince permet de bien préciser la limite de l'oesophage-estomac. La taille du collet herniaire renseigne sur l'état du hiatus oesophagien du diaphragme. Il est de meilleure qualité quand le collet est étroit l'estomac est de petite taille. La grosse tubérosité a disparu et le corps gastrique se verticalise, le reflux gastro-oesophagien est possible mais non constant.

3. Les formes mineures

b) Béance du cardia avec reflux: se traduit par la communication en plein canal sans réduction du calibre de l'oesophage avec l'estomac. La partie inférieure de l'oesophage est distendue, son plissement est affacé.

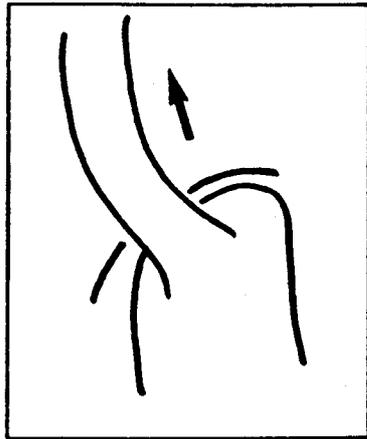
l'angle de His est ouvert ou absent. Le phénomène peut-être intermittent au cours d'un meme examen.

b) Le cardia mobile : est d'apparition plutôt en decubitus au niveau de la jonction oeso-gastrique d'une formations en cône parcourue de gros plis gastriques plus nombreux que les plis oesophagiens et dont le sommet correspondant au cardia se situe au-dessus de la coupe diaphragmatique. Certains autres aspects peuvent avoir la meme signification : visualisation des plis gastriques au-dessus du diaphragme. Un spasme transitoire du bas oesophage donnant au sphincter un aspect très long.

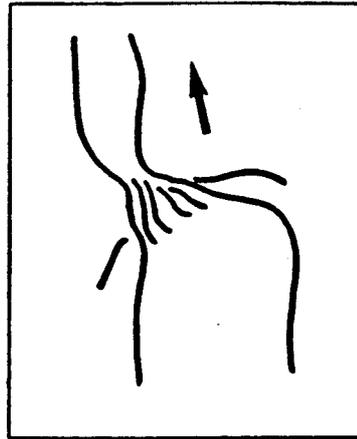
En procubitus la distension par l'air d'un petit prolongement gastrique sus hiatal donnant le "signe de Trou". Une incisure du bas oesophage, tous ces aspects quelquefois difficiles à reconnaître temoignent d'une ectopie cardiale.

c) La petite poche reductible : forme une petite poche gastrique sus-diaphragmatique à travers l'orifice hiatale se traduisant par une image en champignon ou en parachute. Cette anomalie est favorisée par le decubitus ou le procubitus et disparaît spontanément en position debout, le poids de la baryte entraine le corps gastrique. L'étude en couche mince permet de reconnaître les plissements gastriques. Cette analyse permet de ne pas confondre une petite hernie avec une ampoule épiphrenique.

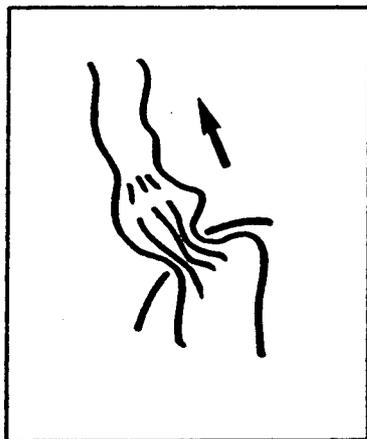
Ces anomalies sont les plus fréquentes et sont presque constamment associées à un reflux. Elles peuvent également être associées à une autre anomalie sous-jacente fonctionnelle (Dyskinésie antro-pylorique ou plicature gastrique) ou organique. (Stenose Hypertrophique du Pylore) Dans tous les cas, il importe de rechercher un reflux gastro-oesophagien. Ce reflux doit être distingué de l'éructation physiologique, d'un vomissement, d'un merycisme.



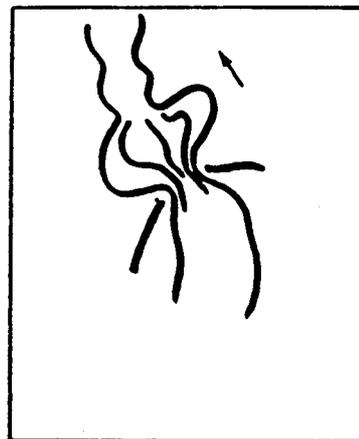
CARDIA BEANT 1



CARDIA MOBILE 2



HERNIE INTERMITTENTE 3



HERNIE NON REDUCTIBLE 4

Figure 11. MALPOSITIONS CARDIO-TUBEROSITAIRES MINEURES
ET HERNIE NON REDUCTIBLE

4. Le Reflux gastro oesophagien (RGO)

Le RGO peut être suspecté sur une radiographie standard du thorax devant la constatation d'un oesophage anormalement plei d'air en dehors des cris ; il faut noter différents éléments pour apprécier sa gravité,

- Les conditions d'apparition : constantes ou favorisées par certaines positions en particulier le decubitus, le reflux doit se répéter au cours de l'examen et être distinct de l'éruclation ; c'est-à-dire survenu sur un estomac non distendu par l'air.

- L'importance du reflux : discret ou massif en appréciant le niveau atteint par la colonne par rapport à la carène. Dans les reflux massifs les complications sont possibles : Reflux naso-pharyngé, inhalation tracheale ou tracheo-bronchique (les inhalations sont le plus souvent sans gravité mais nécessitent une surveillance pulmonaire pendant les premières 24 heures).

- La rapidité de vidange du reflux : est également importante à considérer car la durée de stagnation du liquide refoulé dans l'oesophage est en partie responsable des lésions d'oesophage. Plusieurs classifications ont été proposées. On peut opposer les reflux mineurs sous carenaires à lavage rapide aux reflux majeurs sus carenaires à lavage lent qui peuvent se compliquer de fausse route.

Le reflux est plus fréquent et plus important dans les malpositions mineures à cardia béant mobile que des les hernies permanentes ou le cardia concervz mieux sa contenance. Ce reflux en période néo-natale est plus fréquent et peut être considéré comme phénomène d'imaturité de la jonction oesogastrique. En général, il apparait spontanément vers le 15^e jour. Il ne doit cependant pas être considéré comme purement physiologique car il peut entrainer une oesophagite.

Il faut également étudier le bas oesophage à la recherche de signes d'oesophagite peptique, voire de stenose peptique.

Le diagnostic de l'oesophage^{te} est peu radiologique, on voit parfois de petites irrégularités de la muqueuse

La stenose peptique de l'oesophage se traduit radiologiquement par un rétrécissement harmonieux et concentrique et une dilatation sus-stricturale L'oesophage paraît parfois raccourci radiologiquement.

Enfin il importe de vérifier le fonctionnement antro-pylorique, une dyskinésie antro-pylorique étant fréquemment associée.

C / La Plicature Gastrique

Se définit comme une bascule transverso-axial de l'estomac. C'est en station verticale quel'aspect radiologique est caractéristique. Dans l'estomac en cascade, le baryum s'accumule dans la grosse tubérosité, puis lorsque cette première poche est remplie le produit opaque opacifie la région antrale normalement haute repliée sous le diaphragme. A partir de ce moment, les passages pyloriques surviennent immédiatement. L'antré plonge vers la droite et le bulbe poursuit sa direction. En outre le colon transverse facilement identifiable grace à une forte aérocolie se situe anormalement en haut.

Au cours de l'examen, on peut voir se modifier la silhouette gastrique. En position verticale lorsque la quantité de baryum ingérée est importante, son poids peut-être suffisant pour vaincre la poussée colique et déplisser la région antrale. Lors du passage en orthostatisme en procubitus le résultat peut-etre le meme en mettant l'enfant, tête en bas, le contenu aérique du colon transverse à tendance à s'élever et à laisser l'estomac reprendre son aspect normal. Inversement le decubitus exagère la plicature.

L'examen radiologique aura donc également l'intéret de déterminer la position optima qu'il faudra recommander pour appliquer le traitement postural, c'est-à-dire celle qui permet l'évacuation gastrique la plus facile.

Si on repète l'examen radiologique chez le meme malade, on retrouve parfois un aspect strictement superposable, dans d'autres cas au contraire lors d'un contrôle ultérieur, l'estomac a repris une place normale

Les deux évolutions correspondent à peu près aux deux étiologies mentionnées ci-dessous : anomalie d'accollement et plicature gastrique par aéro-entérie.

Quel que soit l'aspect radiologique, l'évolution favorable à la suite d'un traitement postural permet d'incriminer la plicature gastrique comme une cause benigne des vomissements du nourrisson.

D/ Atresies et Stenoses Duodénales

On fait un examen radiologique de l'abdomen sans préparation de face et de profil en position verticale. Cet examen radiographique fondamental permet de saisir les images caractéristiques des atresies et stenoses duodénales, il existe en effet sous la coupole diaphragmatique gauche, une image hydro-aérique correspondant à la rétention du liquide et de gaz dans l'estomac. Le niveau est plus ou moins important et s'étale horizontalement sous la coupole gauche.

A droite de la ligne médiane sous la matité hépatique, on distingue une deuxième image hydro-aérique qui correspond elle, à la rétention liquidienne dans la poche duodénale distendue.

Cette rétention liquidienne est séparée par un niveau liquide horizontal plus ou moins large d'une rétention gazeuse en forme de bulbe. L'image dite de "Double Estomac" ou de double niveau hydro-aérique disposé à droite et à gauche de la médiane est caractéristique de l'atresie et de la stenose duodénales.

L'analyse de l'ensemble de l'abdomen sur de bons clichés est importante, l'image de "Double-Estomac" mis à part, le reste de l'abdomen est rigoureusement opaque, aucune trace d'air n'est visible ni sur les clichés de face, ni sur ceux de profil.

Par contre les petites images gazeuses témoignent d'une occlusion incomplète relevant d'un diaphragme ou d'un pancréas annulaire ou d'une malrotation qui n'obstruent pas la totalité de la lumière duodénale.

Les atresies ou les diaphragmes complets n'ont pas d'air en aval, par contre les diaphragmes incomplets ou les pancréas annulaires laissent passer de l'air dans les anses d'aval.

Pour faire le diagnostic, on utilise habituellement l'air. Après aspiration du contenu gastrique 50 à 100 cc d'air injectés dans l'estomac, l'enfant étant placé dans différentes positions (face debout et couché, decubitus latéral gauche, rayon horizontal). Ce contraste est habituellement suffisant pour montrer l'aspect radiologique caractéristique de la stenose duodénale: "la double bulle" : une bulle gastrique et une bulle duodénale.

Cet aspect est si caractéristique qu'il est inutile de compléter par un transit baryté par voie haute. Mais ^{le} transit par voie haute est surtout indiqué en cas d'occlusion duodénale partielle et subaiguë. La baryte opacifie l'estomac et le duodénum distendus en amont d'un obstacle dont le siège varie en fonction de la cause même de l'occlusion. Il peut s'agir de l'angle D2-D3 en cas de bride de LADD, ou de la partie moyenne de D3 ou de l'angle duodéno-jéjunal en cas d'excès d'accollement. Si l'examen est poursuivi, on remarque que l'anneau duodénal est dans son ensemble mal dessiné et que la masse du grêle se dispose de façon anormale dans la partie droite de l'abdomen.

Par ailleurs, le transit baryté a permis dans certains cas de saisir les caractères particuliers de certains obstacles congénitaux. Le pancréas annulaire interrompt la continuité du duodénum à la partie moyenne ou inférieure de son deuxième segment, l'atresie siège plus volontiers à la partie basse du deuxième segment ou du troisième segment duodénal. La dilatation souvent monstrueuse de l'intestin sus-structural rend cependant difficile l'appréciation exacte du niveau de l'obstacle.

Dans les formes de l'enfant, voire du grand enfant, les sténoses duodénales incomplètes se manifestent par une distension considérable du duodénum d'amont, le diaphragme distendu n'est le plus souvent pas mis en évidence radiologiquement.

Enfin citons une autre forme de sténose duodénale, la sténose par volvulus incomplet sur mésentère commun. En effet, dans le cas d'un mésentère commun, il peut exister un volvulus incomplet qui réalise une sténose de siège duodénal ou un peu plus bas située, sur la première ou la deuxième anse jéjunale.

Il importe donc, dans tout transit oesogastro-duodénal de vérifier la position de l'angle de Treitz par un cliché de face.

Si l'angle duodéno-jéjunal n'est pas en place correcte, il faut poursuivre le transit pour s'assurer qu'il n'existe pas de tour de spire.

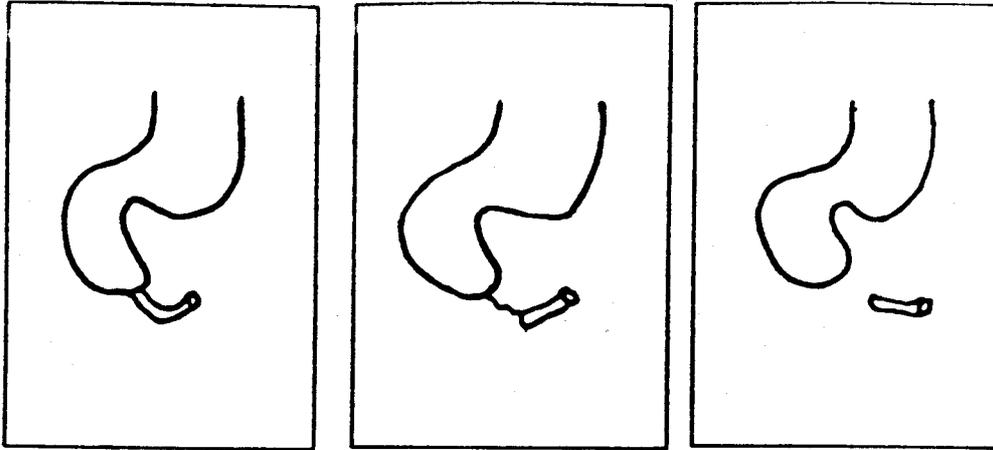


Figure 14. FORMES ANATOMIQUES D'ATRESIE DUODENALE

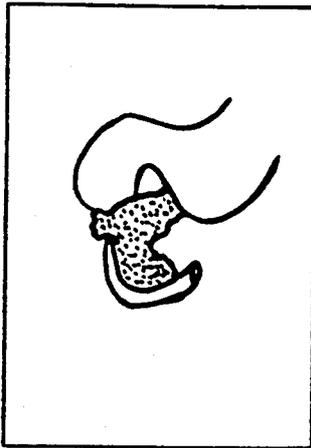


Figure 16. PANCREAS ANNULAIRE

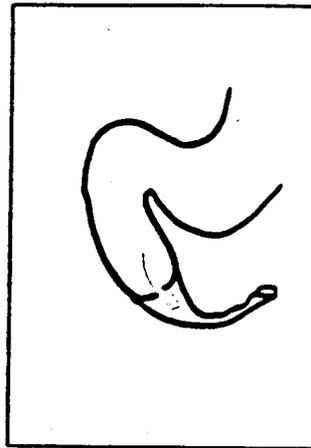
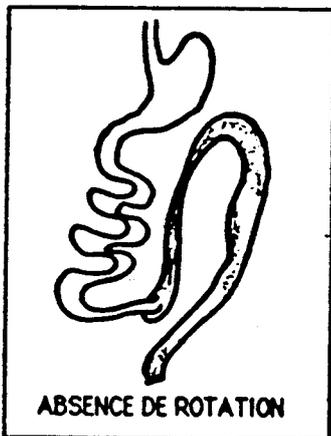
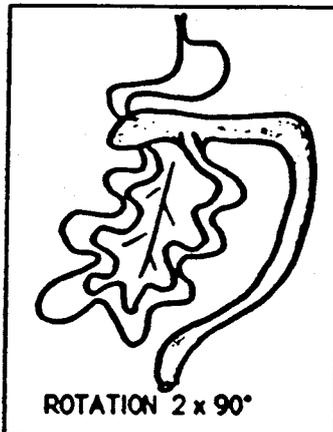


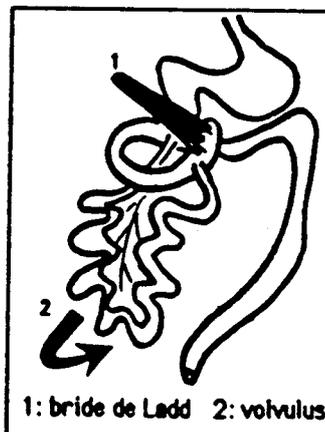
Figure 17. DIAPHRAGME INCOMPLET



ABSENCE DE ROTATION



ROTATION 2 x 90°



1: bride de Ladd 2: volvulus

Figure 18. ANOMALIES DE ROTATION. MECANISMES DES COMPLICATIONS

O B S E R V A T I O N S

- Patients et Méthode

- Commentaires.

- 24 -

NOS OBSERVATIONS

Patients et Méthode

Nous avons mené une étude prospective d'Octobre 1987 à Septembre 1988 chez les nourrissons vus en consultation pour vomissements répétés au service de Pédiatrie de l'Hopital Gabriel Touré.

Pendant cette période 80 cas de vomissements répétés ont été observés sur lesquels 37 patients ont bénéficié d'une exploration radiologique comprenant un abdomen sans préparation (A.S.P) et un transit baryté oeso-gastro-duodenal (T.O.G.D).

Les différentes affections rencontrées se répartissent en :

- 3 cas de sténoses hypertrophiques du pylore
- 1 cas de Malposition Cardio tuberositaire
- 1 cas de plicature gastrique.

Observation N° 1

Enfant Djibril.S

- 2 mois
- Sexe masculin
- Poids à la naissance : 2 kg 300
- Poids à la consultation : 1 kg 200.

Consulte pour vomissements fréquents depuis la naissance.

. A l'interrogatoire, on note :

- l'existence d'un intervalle libre de 3 semaines puis sont survenus des vomissements en jets, une constipation avec des selles dures peu abondantes et très colorées.

- Antécédents familiaux : 1er enfant de sa famille, on ne note rien de particulier.

. A l'examen : l'enfant présente un état cachectique avec deshydratation aigüe, plis cutanés persistants, l'enfant est agité, il crie.

. A l'inspection : le ventre est distendu sans circulation collatérale ; mais on note des ondulations peristaltiques partant de l'hypochondre gauche gagnant l'hypochondre droit et le flanc droit, dessinant ainsi les contours de l'estomac.

. La palpation découvre une petite masse dure correspondant au pylore hypertrophié ayant la consistance et la taille d'une olive.

- Devant ce tableau, un transit baryté oeso-gastro-duodenal (T.O.G.D) est demandé :

Il montre :

- Sur les clichés précoces

- . la présence de liquide de sténose après 6 heures de diète
- . la distension de l'estomac.

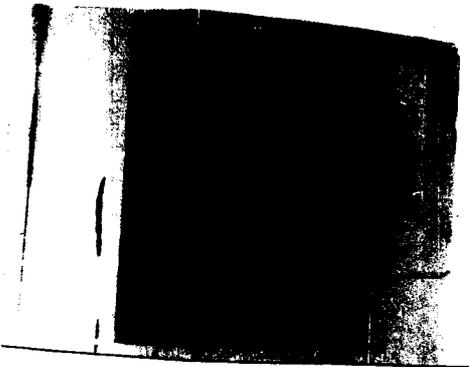
- Sur les clichés tardifs

- . le retard à l'évacuation de l'estomac.

Conclusion : une sténose hypertrophique du pylore.

Avec ce résultat, l'intervention chirurgicale décidée immédiatement confirme le diagnostic de la S.H.P.

Le lendemain de l'intervention l'enfant peut téter le sein les vomissements ont disparu.



Cliché précoce

- Distension gastrique
- Présence de liquide de stase à la partie supérieure de l'estomac
- Pas de passage intestinale.



Cliché tardif (6 heures plus tard)
Retard à l'évacuation gastrique

Observation N° 2

Enfant Arouna . S

- 14 jours

- Sexe masculin .

Consulte pour vomissements répétés qui entraînent un état de denutrition sévère.

. A l'interrogatoire : on apprend que l'enfant a vomi dès le 3^e jour jour de sa naissance et son poids est passé de 3 kg 200 à la naissance à 2 kg 500 à 14 jours.

Grossesse et accouchement sans histoire.

. A l'examen : l'enfant présente un état assez inquiétant (deshydratation sévère, sécheresse des teguments, fontanelle creuse) en rapport avec des vomissements répétés 4 à 6 fois par jour.

Mais on n'observe pas d'ondulation peristaltique et on ne palpe pas d'olive bulbaire.

L'enfant est mis en observation et une réanimation est instituée par des perfusions de serum salé et de serum glucosé.

Un certain nombre d'examens complémentaires est demandé parmi lesquels le transit baryté oeso-grastro-duodenal (T.O.G.D).

Sur les clichés de T.O.G.D : on note :

- un défilé antro-pylorique étroit et filiforme de forme concave
- l'empreinte de l'olive sur le bulbe
- la rareté des passages antro-pyloriques.

Devant ces images on évoque la stenose hypertrophique du pylore et l'enfant est confié au chirurgien. Celui-ci trouve à l'intervention une hypertrophie du pylore et pratique une pylorotomie extra muqueuse de FREDET.

La reprise alimentaire a lieu quelques heures après l'intervention.



Aspect typique de stenose hypertrophique du pylore

- Défilé antro-pylorique étroit et concave
- Empreinte del'olive sur le bulbe
- Peu de passage antro-pylorique.

Observation N° 3

Enfant Sira . S

- Sexe féminin
- Nourrisson de 9 mois né à terme et nourri au sein
- Les vomissements commencent à l'âge de 45 jours (2 à 3 vomissements par jour) puis s'aggravent progressivement amenant les parents à consulter :
- Poids à la naissance : non connu
- Poids à la consultation : 4kg 700
- 9è enfant de la famille : pas d'antécédent notable.

A l'examen : Enfant denutri et deshydraté avec plis cutanés et cerne des yeux.

Le ventre est ballonné.

Devant ce tableau de deshydratation sévère, l'hospitalisation a été proposée à la famille qui a refusé. On a demandé malgré tout à la famille de faire un transit baryté oeso-gastro-duedonal.

Resultat

- l'estomac frappe par sa forme inhabituelle il est basculé dans le sens transverso-axial ;
- la baryte s'accumule dans la poche de la grosse tuberosité puis envahit la région antrale qui est haut située sous le diagphragme.

Conclusion : plicature gastrique.

Avec ce resultat, on conseille à la mère des mesures diététiques et un traitement postural.



Cliché debout de face



Cliché debout de profil

Aspect typique de la
plicature gastrique.

Observation N° 4

Enfant Djibril. D

- 10 mois
- Sexe masculin
- Poids à la naissance : 2kgs 800
- Poids à la consultation : 6kg 100.

Consulte pour vomissements répétés depuis la naissance.

- Intervalle libre : 15 jours
- 5è enfant de la famille, on ne note rien de particulier dans les antécédents familiaux.

A l'examen : état général acceptable avec deshydratation moyenne.

Devant ce tableau, l'enfant est hospitalisé en Pédiatrie et des examens complémentaires sont effectués, parmi lesquels le transit baryté oeso-gastro-duodenal (T.O.G.D).

Le T.O G D montre

- Une elongation du pylore
- = Les passages antro-pyloriques sont retardés mais non supprimés.

Conclusion : Stenose légère du pylore.



-
- Elongation du pylore
 - Passages antro-pyloriques retardés

Avec ces signes radiologiques, le diagnostic de stenose hypertrophique légère du nourrisson est porté.

On conseille à la mère de donner à l'enfant des aliments liquides, de manière fractionnée et espacée. L'enfant sera mis en position verticale pour qu'il fasse son rot.

Medication associée : Dibromuré d'Atropine 15 gouttes x 3/jour.

Observation N° 5

Enfant Sidi. S

- 3 mois
- Sexe masculin
- Poids à la naissance : non connu
- Poids à la consultation : 3kg 300.

Est amené en consultation pour vomissements répétés depuis la naissance.

- Intervalle libre : 2 jours
- 1er enfant de la famille, pas d'antécédant particulier.

L'examen clinique est normal, l'enfant présente un bon état général. Cependant devant la notion de vomissements répétés, un transit baryté oeso-gastro-duodenal est demandé.

En attendant le résultat, l'enfant est mis sous Dibromure d'Atropine en raison de 10 gouttes x 3 par jour. On conseille à la mère de le mettre en orthostatisme après les tétées.

Resultat du T.O.G.D

- L'orifice oesophagien du diaphragme est large et l'oesophage thoracique se continue avec l'estomac à travers un hiatus béant.
- L'angle de His est très ouvert.

Conclusion : béance du Cardia.

Avec ce résultat, on conseille à la mère de mettre l'enfant en position verticale après les tétées, l'enfant continue son Dibromure d'Atropine 10 gouttes x 3 par jour.

L'épaississement des repas est également conseillé.



Aspect de la bicuspidie du Cardia

Commentaires

Les causes de vomissements répétés de nourrisson sont variées :

- Certaines affections qui ne nécessitent pas d'exploration radiologique s'accompagnant de vomissements : ce sont :

. Les causes centrales: méningites, hémorragies méningées, encéphalite, toxiinfection (otite).

. Les causes locales : Peritonite, appendicite, occlusion intestinale, hernie étranglée, imperforation anale.

. Les troubles métaboliques : Hyperplasie des surrénales (Syndrome de Débré Fibiger), intolérance au galactose.

- D'autres affections plus rares, par anomalie de l'estomac et du duodenum entraînent au cours de évolution des vomissements répétés du nourrisson.

Dans notre étude ; nous nous sommes intéressés à ce groupe d'affections.

Quelle que soit leur étiologie, les vomissements par anomalie organique manquent souvent de spécificité et l'exploration radiologique de l'estomac et du duodenum devient nécessaire pour porter le diagnostic.

Dans notre série tous les 80 nourrissons suspects d'avoir des vomissements de cause organique n'ont pas bénéficié de transit baryté oeso-gastro duodénal. Cet examen n'a été pratiqué que dans 37 cas chez des enfants dont les parents pourraient supporter les frais occasionnés par cette exploration radiologique.

Le T.O.G.D, précédé quelquefois d'un cliché d'A.S.P a permis la mise en évidence de 3 cas de S.H.P, 1 cas de plicature gastrique, 1 cas de malposition cardiotubérositaire.

Dans tous les cas de S.H.P, la pylorotomie extra-muqueuse a été pratiquée suivie de l'arrêt immédiat des vomissements.

La S.H.P semble ainsi constituer la cause la plus fréquente des vomissements par anomalie organique de l'estomac et du duodenum chez le nourrisson.

Selon les données de la littérature cette affection s'observe chez un enfant sur 5.000 et frappe 5 fois plus de garçons que de filles et atteint le premier enfant de la famille dans 50% des cas.

CONCLUSIONS

Conclusions

Les nourrissons que l'on suspecte d'avoir des vomissements de cause organique doivent bénéficier d'un transit baryté gastro-duodenal.

Cet examen a pour intérêt majeur de confirmer une anomalie organique évoquée quelquefois par le tableau clinique permettant ainsi de poser les indications d'une intervention chirurgicale, d'un traitement postural ou d'une thérapeutique médicale.

BIBLIOGRAPHIE

BOEDE (J)

Les hernies de l'Hiatus oesophagien chez le nourrisson et chez l'enfant
Thèse. Paris 1954.

BORDE (J)

Vomissements par anomalie cardiotuberositaire ou diaphragmatique
Rev. Prat: 1969 Tome XIX N° 1 PP 17-24.

BOUREAU (M)

Atresies et stenoses duodenales
Rev Prat. 1970 20, 8, 1113-1123

BOUREAU (M) et DUBOIS (M)

Urgences néonatales Paris 1970

Chapoy (P) ; SALDUCCI (J) ; AMENT (M) ; CARCASONNE (M)
Moyen d'exploration du reflux gastro oesophagien chez l'enfant.
Journées de radiologie. Pédiatrie Hôpital Trousseau. Paris 1982.

DEPRENNE (P)

Un signe précoce et fiable de ^{la} stenose du pylore...
Ann Chirurgical Enfant 1972 13 N° 1 29-35

DIARD (F) CASIERL

Les vomissements du nourrisson.
Radiologie des affections de l'appareil digestif de l'enfant
Journées de Radiologie, Pédiatrie Hôpital Trousseau Paris 1982.

DUHAMEL (B) ; SAUVEGRAIN (J) ; MASSE (N) et DUPARC (JP)

Les formes mineures des malpositions cardiotuberositaires
Arch. Fr. Pédiatr 1959, 9, 10, 1017 - 1026

FERRE (P) COURPOTIN (G)

Vomissements de l'enfant

Encycl. Chir ; Paris Pédiatrie 4014 G¹⁰

FEVRE - LEVESQUE ; GERBEAUX MARIE (J) et MARIE (L)

Trois cas de stenose duodenale par volvulus intestinal.

Diagnostic causal de ces stenoses par examen radiologique du gros intestin.

Arch. Fr. Péd. 1948, 5, 431-32.

GRENET (P) VALAYER (J) et BADOUAL (J)

Vomissements par anomalies organiques de l'estomac et du duodenum chez le nourrisson (à l'exception des anomalies cardio tuberositaires)

Rev. Prat 1969 Tome XIX N° 1 PP 27-44.

GRUNER (M) ; BALQUET ; JABLOUSKI (J P) ; LUPOLD (M) et VOLDMAN (C)

Malformations congenitales du duodenum et de l'intestion grele

Encycl. Med. Chir. (Paris) Pédiatr Française 4014 N° 10. 12- 1970

GRUNER (M) ; LUPOLD (M) et GIRAUT (F)

Stenose hypertrophique du pylore du nourrisson

Rev. Prat. 1980 ; 30 N°5-8 4095-4098.

HOEFFEL (J-C)

Radio-diagnostic des affections de l'appareil digestif du nourrisson et du nouveau-né

Feuillets Delectroradiologie N°33 Mai-Juin 1966.

JULIEN MARIE ; MIGNON (M) ; SEE (G) ; MARTIN du PAN (R)

Sur une variété de vomissements habituels du nourrisson par plicature de la grande courbure de l'estomac.

Arch. FR. Pédiatrie 1950, 7 ; 725-732.

LEFEBVRE (J) ; FAURE (C) ; SAUVEGRAIN (J) ; NAHUM (H) ; FORTIER - BEAULIEU (M) ;
HASSAN (M)

Traité de radio-diagnostic T XVIII radio-Pédiatrie
Masson Edit. Paris 1973.

LEFEBVRE (J) ; FAURE (C) ; SAUVEGRAIN (J) ; NAHUM (M) FORTIER - BEAULIEU (M) ;
HASSAN (M)

Traité de radio-diagnostic Radio-pédiatrie
App digestif. App urinaire
T 18. P 63 - 77. Masson Edit Paris 1973.

LEFEBVRE (J) et LEISSNER (R)

L'examen radiologique au cours de la stenose hypertrophique de nourrisson.
Arch. Fr. Pédiatr 1949 6, 295-298.

LEFEBVRE (J) ; SAUVEGRAIN (J) ; PELLEGRAIN (D) ; ANGUENOT (G) et BENNET (J)
Etude radiologique des stenoses duodénales par brides et volvulus chez le
nourrisson et chez l'enfant (à propos de 45 observations)
J Radial Electral Paris 1956 37 (1-2) ; 1-11.

PANUEL (M) ; DEVRED (P) ; FAURE (F) ; PADOVANI (J)

Malformations congénitales du pharynx, de l'oesophage, de l'estomac et du
duodenum.
Cours Trousseau Paris 1988.

PASQUIE (M) ; GAUBERT (J) et JUSKIEWENSKI (S)

Les stenoses duodénales chez l'enfant (à propos de 46 observations)
Ann Chir 1966, 23, 1338-1386.

POLONOVKI (C)

Pathologie digestive, vomissements
Agrégé de Pédiatrie LAPLANE et COOL
Masson et Cie Edit Paris 1970 (271-315).

RAYBAUD (A) ; GARROUSTE (Melle) et GIRAUD (H)
A propos de stenoses duodenales sous vetariennes avec bride pancreatique
congénitale

Arch Franç. Pédiatre 1948 T5 P 20.

RENE BERNARD et RENE MARSANG
Vomissements des 6 premiers mois de la vie
Arch franç Pediatr 1948-T5 P 219-220

REVILLON (Y) BRUSSIN (G) et BRUNELLE (P)
Stenose Hypertrophique du pylore
Encycl. Med chir (Paris France) Pediatr 4018 N° 18, 9-1988 6P.

ROVIRALTA (F)
La plicature de grande courbure de l'estomac, cause de vomissement chez le
nourrisson
Arch. Fr. Pédiatr. 1950 7, 725-732.

SAUVEGRAIN (J) et FORTIER BEAULIEU (M)
Hernies hiatales, malpositions cardiotuberositaires et stenoses peptidiques
de l'oesophage.
En traité Radio-diagnostic Radio-pédiatrie
Tome XVIII
Masson et Cie Edit Paris 1973, 63-77.

SAUVEGRAIN (J) et LEFEVRE (J)
La kinesie normale de la position horizontale de l'estomac et ses rapports avec
les passages duodenaux.
Arch. Mal. Appareil digestif 1960, 49, 970-980.

SERMENT D'HIPPOCRATE

-o-o-o-o-o-o-o-

"En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères".

"Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".

Conclusions

Les nourrissons que l'on suspecte d'avoir des vomissements de cause organique doivent bénéficier d'un transit baryté gastro-duodenal.

Cet examen a pour intérêt majeur de confirmer une anomalie organique évoquée quelquefois par le tableau clinique permettant ainsi de poser les indications d'une intervention chirurgicale, d'un traitement postural ou d'une thérapeutique médicale.

NOM: D I A K I T E

Prénom: SARAN

TITRE DE LA THESE: Apport de l'exploration Radiologique dans le diagnostic des vomissements par anomalie organique de l'estomac et du duodenum chez le nourrisson (à propos de 5 cas).

ANNEE: 1989

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de l'E.N.M.P

SECTEUR D'INTERET : Radiologie

RESUME : Notre étude a deux buts :

- Montrer l'apport de l'examen radiologique dans le diagnostic des vomissements répétés du nourrisson de cause organique.
- Apprécier l'importance de ces vomissements parmi les autres causes de consultation en Pédiatrie.

Elle a été menée d'octobre 1987 à Septembre 1988 dans le service de Pédiatrie de L'H.G.T. Sur des consultations d'enfants, on a eu 80 cas pour vomissements répétés soit un rapport de 4p 1000. Et parmi ces 80, 37 ont subi une exploration radiologique et on a trouvé 5 cas avec anomalie organique dont 3 cas de stenose, hypertrophique, du pylore
1 cas de plicature gastrique
1 cas de malposition cardio tuberositaire.

MOTS CLES : Radiologie - Vomissement - Nourrisson.

Estomac