

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

2^e partie – Chez l'enfant

Pr Alain Lachaux

Service pédiatrie, hôpital Édouard-Herriot, pavillon S, 69437 Lyon Cedex 03

alain.lachaux@chu-lyon.fr

Objectifs

Les douleurs abdominales aiguës de l'enfant sont un motif fréquent de consultation. Leur prise en charge est un challenge difficile, car le tableau clinique peut témoigner de pathologies variées.

Il faut en particulier savoir :

- ne pas méconnaître une affection médicale ou chirurgicale nécessitant un traitement urgent ;
- évoquer les différentes pathologies en tenant compte de l'âge du malade ;
- reconnaître une crise douloureuse abdominale aiguë révélant une maladie chronique se traduisant de « temps en temps » par des douleurs aiguës ;
- savoir, par les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des explorations complémentaires, rechercher les manifestations associées aux douleurs pouvant orienter vers une pathologie précise ;
- penser à une origine fonctionnelle après avoir évoqué systématiquement les pathologies chirurgicales ou médicales les plus fréquentes (rétention stercorale...) et sans méconnaître les causes rares.

- Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

DOULEURS ABDOMINALES AIGÜES

De très nombreuses affections peuvent être à l'origine de douleurs abdominales aiguës.

Toutefois, les données de l'interrogatoire (circonstances de survenue, localisation, signes d'accompagnement, etc.) et de l'examen clinique permettent souvent une orientation étiologique. Des examens complémentaires simples (hémogramme, abdomen sans préparation [ASP], échographie abdominale) permettent le plus souvent de confirmer les diagnostics les plus fréquents.

Affections chirurgicales

Elles doivent être systématiquement évoquées, car leur diagnostic débouche en règle générale sur une sanction thérapeutique immédiate, et tout retard au diagnostic peut engager le pronostic vital.

1. Appendicite aiguë et péritonite

L'appendicite aiguë est exceptionnelle avant l'âge de 6 mois et rare avant l'âge de 3 ans.

On retient, en faveur de ce diagnostic, l'existence d'une fièvre, d'une douleur de la fosse iliaque droite retrouvée au toucher rectal.

L'ASP peut retrouver des niveaux liquides localisés dans la fosse iliaque droite ou un stercolithe. L'échographie abdominale peut être une aide précieuse au diagnostic (fig. 1).

2. Invagination intestinale aiguë

Primitive, elle est observée chez le nourrisson de moins de 2 ans (iléocolique, iléo-iléale) ou secondaire, chez un enfant plus grand (diverticule de Meckel, tumeur, purpura rhumatoïde).

On retient en faveur de ce diagnostic des crises douloureuses paroxystiques cédant brusquement, associées à des accès de pâleur. Des vomissements sont souvent retrouvés ainsi que des rectorragies. L'examen clinique permet parfois de palper un « boudin d'invagination » dans la fosse iliaque droite ou l'hypocondre droit. Le toucher rectal permet parfois de sentir le boudin ou de mettre en évidence une rectorragie non extériorisée.

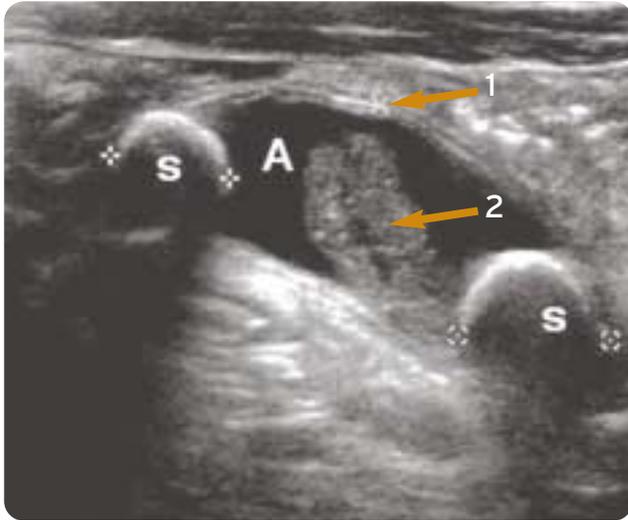


Figure 1 Échographie - Appendicite aiguë sur stercolithe. Appendicite rétentionnel (A), présence de 2 stercolithes (S), paroi appendiculaire épaissie (1) et résidus intra-appendiculaires (2).

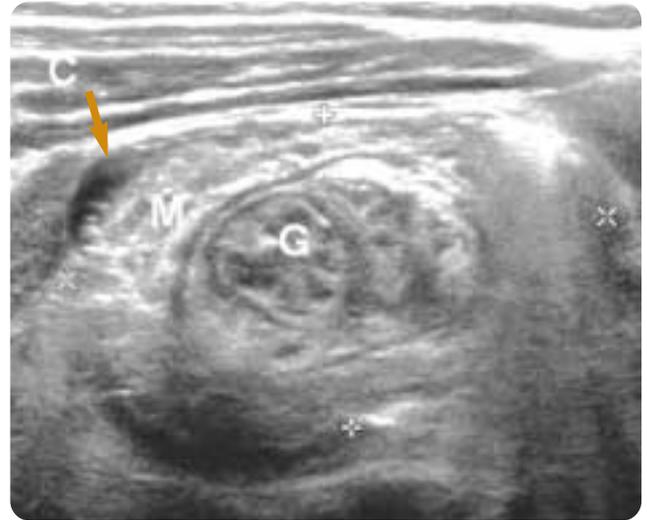


Figure 2 Échographie - Invagination iléo-cæcale. Image en cocarde correspondant à l'intestin grêle (G) et son méso (M) invaginé dans le côlon (C).

L'ASP peut révéler des images d'occlusion (inconstantes), un abdomen « pauvre en gaz et en matières » ou la tête du boudin moulée par l'air colique. Le diagnostic est réalisé par échographie abdominale (fig. 2). Le lavement permet souvent une réduction de l'invagination.

3. Autres pathologies chirurgicales

L'occlusion intervient le plus souvent par volvulus sur bride ou sur malrotation. L'ASP reste l'examen de base qui permet de révéler des niveaux liquides (fig. 3). Il est complété selon l'état clinique du patient et l'orientation étiologique par des examens

complémentaires. L'examen échographique avec doppler précise la position des vaisseaux mésentériques et permet de confirmer le volvulus. Un scanner ou une opacification du côlon ou du grêle peuvent être utiles (fig. 4).

Parmi les autres pathologies chirurgicales, on retrouve :

- la hernie étranglée ;
- la torsion du testicule ou d'une annexe (kyste ovarien) ;
- le diverticule de Meckel, qui peut être à l'origine d'invagination, d'occlusion sur bride ou de douleurs abdominales associées à des rectorragies ;
- les adhérences et brides postopératoires ;

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant ».

François est âgé de 4 ans. Il a une mucoviscidose dépistée en période néonatale (dépistage systématique) pour laquelle il est régulièrement suivi dans un centre de référence. Son traitement comporte une vitaminothérapie substitutive (A, D, K, E), des adaptations diététiques (régime hypercalorique, hyperprotidique) et 2 séances de kinésithérapie respiratoire par semaine. La stéatorrhée était à 3,3 g/24 h avec un traitement substitutif par extraits pancréatiques

(Créon). La croissance staturale et pondérale est satisfaisante. Il a depuis plusieurs semaines des douleurs abdominales épigastriques survenant pendant ou après le repas, sans réveil nocturne, associées à un ballonnement abdominal modéré et une anite érythémateuse. Il existe aussi un syndrome de reflux gastro-œsophagien (RGO) avec pyrosis.

1 Quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) classique(s) de douleurs abdominales chez un patient ayant une mucoviscidose ?

2 Devant le tableau de suspicion de RGO avec œsophagite, quel(s) examen(s) ou conduite à tenir vous semble(nt) le plus pertinents ?

3 Vous évoquez la possibilité d'une maladie coeliaque associée à la mucoviscidose et décidez de réaliser un test sérologique. Quel(s) examen(s) demandez-vous ?

4 L'interrogatoire vous apprenant que ce patient tolère mal un apport, même en petite quantité, de lait, vous évoquez le diagnostic d'intolérance au lactose. Quel(s) examen(s) vous permet(tent) de confirmer une telle hypothèse ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro



Figure 3 Radiographie de l'ASP : occlusion basse. Présence de deux niveaux liquides sur l'intestin grêle.



Figure 4 Transit œsogastroduodénal. Malrotation intestinale sur mésentère commun. Angle de Treitz non fixé ne se projetant pas à gauche du rachis (flèche).



Figure 5 Radiographie pulmonaire et de l'abdomen : hernie hiatale. Image aérienne thoracique correspondant à une hernie hiatale

– des malformations de l'appareil urinaire, digestif (duplication, anomalie biliopancréatique...), génital ou du diaphragme : hernie hiatale (fig. 5).

La maladie de Hirschsprung peut aussi être de révélation tardive.

Affections médicales

Les caractéristiques de la douleur peuvent orienter vers les affections suivantes.

1. Affections digestives

- ✓ **L'œsophagite** peut être peptique ou virale.
- ✓ **Une gastrite ou un ulcère** (gastrite à *Helicobacter pylori*, gastrite médicamenteuse...).
- ✓ **Une gastroentérite**, virale ou bactérienne, peut comporter pendant plusieurs heures des douleurs vives de la fosse iliaque droite, avec ou sans vomissement. La diarrhée se révélera secondairement. L'ASP peut aider au diagnostic (niveaux liquides).
- ✓ **L'adénolymphite mésentérique** réalise un tableau pseudo-appendiculaire avec une température souvent supérieure à 38,5 °C dans un contexte d'infection rhinopharyngée ou respiratoire.
- ✓ **Le purpura rhumatoïde** est de diagnostic facile devant la triade évocatrice. Toutefois, les douleurs abdominales sont parfois isolées avant qu'apparaissent les arthralgies et le purpura lui-même, qui peut être discret. Il ne faut pas oublier de rechercher des signes rénaux (hématurie, protéinurie).
- ✓ **Les colites peuvent être infectieuses ou inflammatoires** (fig. 6).
- ✓ **La rétention stercorale et la constipation** sont des causes parmi les plus fréquentes.

2. Atteinte pancréatique

La douleur est typiquement « en barre » au niveau de l'ombilic, parfois très intense (patient « plié en deux »). Des vomissements

(alimentaires puis bilieux) sont souvent associés. Un iléus est parfois présent. Les causes peuvent être variées :

- pancréatite aiguë virale, post-traumatique, obstructive, métabolique... ;
- ou poussée aiguë d'une pancréatite chronique (familiale, etc...).

Le bilan doit évaluer la sévérité de l'atteinte pancréatique (dosages biologiques, échographie et scanner). La recherche de la cause de la pancréatite est, elle aussi, indispensable. Selon les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des premières explorations complémentaires, des examens plus spécialisés peuvent être indiqués (fig. 7 et 8).



Figure 6 Échographie – Image de colite. Épaississement de la paroi du côlon (zone située entre les deux croix blanches).

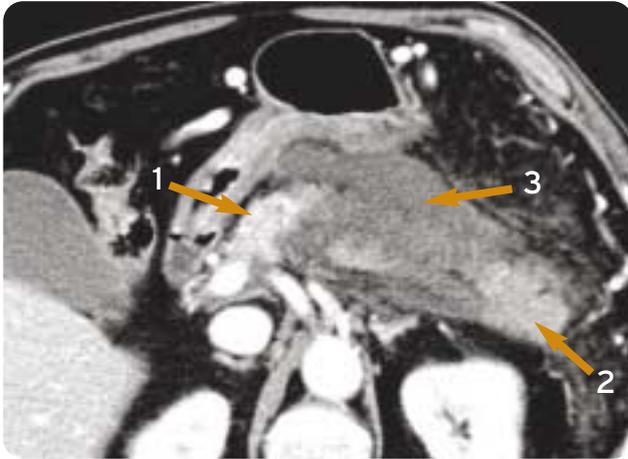


Figure 7 Scanner abdominal injecté – Pancréatite aiguë nécrotique. Rehaussement de la tête (1) et de la queue du pancréas (2) et lésions sévères du corps du pancréas avec l'absence de rehaussement (3).

3. Maladie du foie ou des voies biliaires

La douleur est localisée dans l'hypocondre droit, le foie peut être sensible à la palpation (hépatalgies).

Les causes sont variées : hépatite virale (virus A, B, virus Epstein Barr [EBV]...), lithiase vésiculaire ou des voies biliaires, cholécystite aiguë, hydrocholécyste, canal biliopancréatique commun long.

4. Douleurs d'origine urinaire et pelvienne

Il peut s'agir :

- d'infections urinaires, d'un syndrome de la jonction pyélo-urétrale ou d'une méga-uretère ;
- de problèmes gynécologiques : hémato-colpos, kyste de l'ovaire (fig. 9)...

5. Douleurs projetées

Elles peuvent être la traduction :

- d'une affection thoracique : pneumonie lobaire aiguë, péricardite et pleurésie sont plus rares ;
- d'une angine à streptocoque ;
- d'affections vertébrales, paravertébrales, du bassin ou de la hanche. Une grande variété de pathologies peuvent être évoquées : fractures, abcès, hématome du psoas (fig. 10)...

6. Douleurs d'origine tumorale

Le syndrome tumoral peut affecter un organe précis ou non (fig. 11).

DOULEURS ABDOMINALES RÉCIDIVANTES

De nombreuses affections peuvent être à l'origine d'épisodes de douleurs abdominales aiguës se répétant à une fréquence variable. Elles sont parfois en relation avec une pathologie chirurgicale,

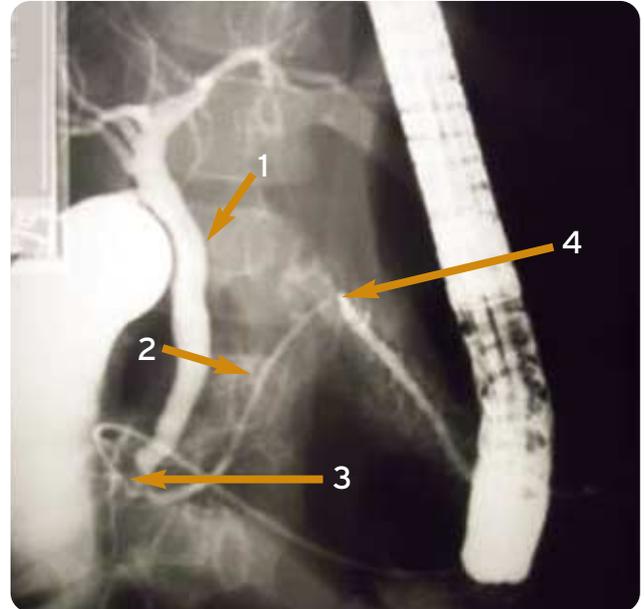


Figure 8 Cathétérisme rétrograde – Fracture du pancréas d'origine traumatique. Opacification des voies biliaires intra- et extra-hépatiques (1) et du canal de Wirsung (2) à partir de la papille (3). On note une sténose serrée du canal de Wirsung (4) associée à une dilatation sus-jacente.

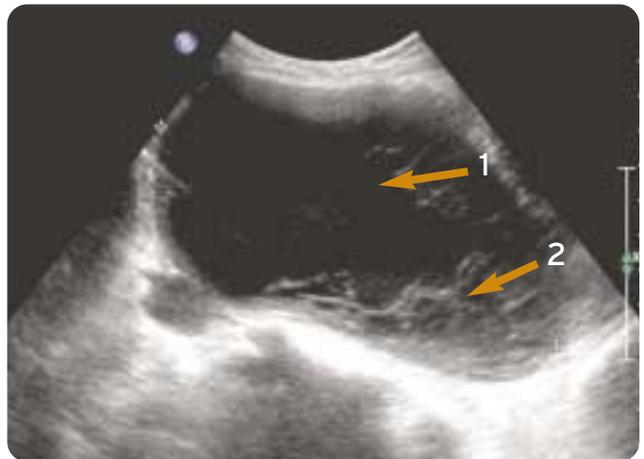


Figure 9 Échographie : kyste de l'ovaire. À l'intérieur du kyste (1) on observe une zone échogène et hétérogène (2) orientant vers une hémorragie intrakystique.

mais elles correspondent le plus souvent à une affection nécessitant une prise en charge médicale.

Les douleurs abdominales aiguës (DAR) apparaissent souvent comme la répétition d'épisodes aigus. Elles sont définies comme correspondant à la survenue d'au moins 3 épisodes de douleurs sur 3 mois. Il s'agit d'une pathologie fréquente, puisqu'elle est observée dans 10 % de la population d'âge scolaire. Une étiologie organique n'est retrouvée que dans 5 à 10 % des cas.



Figure 10 Scanner non injecté avec opacification digestive – Hématome du psoas. Image hétérogène hypodense (1) située à la partie antérieure du psoas gauche (2).

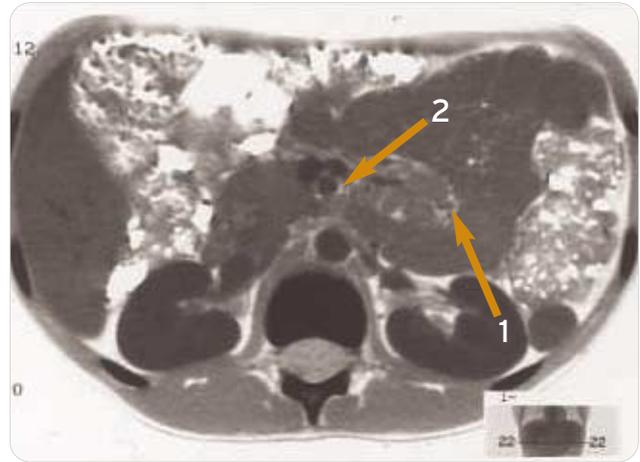


Figure 11 Scanner – Syndrome tumoral. Agrégation de ganglions (1) au sein du mésentère. Vaisseaux mésentériques (2).

Constipation ou rétention stercorale

1. Définition et présentation

Elle se définit comme correspondant à la diminution de la fréquence d'émission des selles. La symptomatologie et la circonstance de découverte sont variées : rareté dans l'émission des selles ou émission difficile des selles dures ; douleurs abdominales aiguës ou chroniques diffuses (le plus souvent à type de « coliques » post-prandiales souvent périombilicales) douleurs anales à la défécation. D'autres symptômes font évoquer une constipation : fissures anales, prolapsus rectal, encoprésie ou énurésie.

2. Étiologie

Les causes organiques sont exceptionnelles. La plus fréquente est la maladie de Hirschsprung. Cette affection se révèle le plus souvent en période néonatale par un retard d'évacuation du méconium et/ou un tableau occlusif. Elle peut aussi se traduire par une constipation sévère précoce, rebelle.

Le diagnostic est réalisé par manométrie anorectale qui montre l'absence de réflexe anorectal inhibiteur. La biopsie de la muqueuse rectale montre l'absence de cellule ganglionnaire et une hyperplasie des cellules schwanniennes.

Les autres causes de constipation organique sont exceptionnelles chez l'enfant : origine neurologique ou anomalie anorectale.

Le plus souvent, la constipation est fonctionnelle. Son origine reste discutée et de nombreux facteurs interviennent : terrain (troubles de l'absorption et de la sécrétion de l'eau) ; troubles de la motricité colique (terrain familial) et facteurs diététiques (d'hydratation et d'apports de fibres). Chez le jeune nourrisson, les erreurs liées à une mauvaise reconstitution du lait ou des excès d'apport de farine ou d'épaississant sont fréquentes. Des facteurs médicamenteux sont rarement en cause (codéine, anti-diarrhéique, atropinique...).

Il faut noter que, chez l'enfant, l'acquisition de la propreté est dépendante des différents stades du développement psychomoteur. Le contrôle de la défécation apparaît à peu près en même temps que l'acquisition de la station debout et de la marche. Le contrôle de la propreté est plus tardif, nécessitant la coordination d'efforts de pression abdominale et de relaxation du sphincter externe (vers 4-5 ans). Il existe souvent des facteurs psychologiques interférant avec l'acquisition de la propreté.

3. Formes cliniques

Les principaux tableaux cliniques de constipation sont :
 – le syndrome du refus du pot : il s'agit de manifestations observées entre l'âge de 18 mois et de 3-4 ans alors que le contrôle de la défécation est plus ou moins acquis. Typiquement, après un incident souvent négligé (fissure, manœuvre externe...), la défécation est perçue comme angoissante et traumatisante, l'enfant se retenant alors et refusant d'aller au pot. En pratique, il ne fera que dans ses couches ou dans sa culotte ;
 – l'encoprésie : il s'agit de l'émission régulière de selles de façon non contrôlée (incontinence fécale). Le plus souvent, elle traduit une constipation sévère et négligée avec des défécations involontaires liées à la présence d'un fécalome. Plus rarement, cette situation correspond à des troubles psychiatriques.

4. Traitement

Des lavements évacuateurs peuvent être utilisés en cas d'encombrement stercoral majeur et en cas de présence de fécalomes obstructifs. Un traitement local (pommade ou suppositoires) est proposé en cas de fissures. Les principes de base de la diététique sont rappelés : hydratation, apports de fibres.

Deux types de médicaments sont utilisés. Les laxatifs osmotiques, en traitement prolongé, sont associés aux laxatifs lubrifiants chaque fois qu'il existe des difficultés d'exonération et des selles dures.

Ce traitement doit être associé à un soutien psychologique adapté aux circonstances et à une rééducation de la défécation en demandant à l'enfant d'aller aux toilettes et de faire des efforts de poussée.

Reflux gastro-œsophagien et œsophagite peptique

1. Définition et présentation

Il s'agit d'une pathologie fréquente chez le jeune nourrisson qui régresse très rapidement lorsque l'enfant se « verticalise ». La persistance chez l'enfant d'un syndrome de reflux ou l'existence d'un important reflux chez un jeune nourrisson expose à des complications :

- digestives : œsophagite peptique, sténose œsophagienne et endobrachyœsophage. L'œsophagite peptique est responsable de douleurs et d'hémorragies. Toutefois, si la douleur peut être évocatrice chez le grand enfant (brûlure rétrosternale), chez le petit nourrisson, il faut savoir évoquer une œsophagite devant : un refus alimentaire, une réduction volontaire de l'alimentation, des pleurs ou une agitation en début de repas. Plus trompeurs sont les pleurs inexplicables, une irritabilité ou des troubles du sommeil ;
- extradiigestives : le syndrome de reflux gastro-œsophagien (RGO) peut être responsable de complications respiratoires (pneumopathie récidivante, asthme), ORL (stridor laryngé congénital, dysphonie), de malaise ou encore de mort subite du nourrisson.

2. Exploration du reflux

- ✓ La **pHmétrie de 24 heures**, technique de référence, affirme le RGO et le quantifie.
- ✓ L'œso-gastro-duodéoscopie apprécie le retentissement du reflux sur l'œsophage, recherche une œsophagite ou une de ses complications.

3. Traitement

Les adaptations diététiques (nombre et volume des repas) et le *nursing* (position proclive ventrale pour le rot, rot répété pendant le biberon) sont mis en œuvre ainsi que l'épaississement des biberons (épaississants ou laits pré-épaissis).

Le traitement positionnel est systématiquement proposé : surélévation de la tête de lit (30°) et la position de couchage de l'enfant. Il est préconisé de coucher les enfants sur le dos. Ce n'est qu'en cas de reflux sévère que le positionnement orthostatique ventral sera proposé.

Les traitements associés comportent :

- les prokinétiques : il s'agit essentiellement du dompéridone (Motilium, Péridis) ;
- les antiacides : ils ont pour fonction de neutraliser l'acidité gastrique. L'efficacité serait assez proche de celle des antisécrétoires ;
- les antisécrétoires : ils sont utilisés de façon élective en cas de suspicion d'œsophagite. L'oméprazole a montré son efficacité dans le traitement de l'œsophagite par reflux ; il est donné à la posologie de 1 mg/kg/j en 2 ou 3 prises.

Le traitement chirurgical du RGO de l'enfant a une place limitée. Les éléments décisionnels sont : reflux persistant après l'âge de 2 ans, la présence d'anomalies anatomiques (hernie hiatale ou fonctionnelle (hypotonie du sphincter inférieur).

DAR et diarrhée chronique

Dans ce contexte, il faut évoquer une maladie inflammatoire (Crohn ou rectocolite hémorragique) et les malabsorptions (maladie cœliaque...).

Douleurs fonctionnelles

On reconnaît actuellement 5 types de troubles fonctionnels intestinaux (critères de Rome II) chez l'enfant.

1. Dyspepsie fonctionnelle

Il s'agit de douleurs persistantes ou récurrentes, de localisation épigastrique, évoluant depuis au moins 12 semaines, au cours des 12 mois précédents. En cas de symptômes associés pouvant mimer une pathologie organique, il faut réaliser une endoscopie haute (douleurs rythmées par les repas, douleurs réveillant l'enfant la nuit, nausées, vomissements, altération de l'état général...). Une infection à *H. pylori* peut être évoquée. Chez l'adulte, le traitement médicamenteux le plus utilisé fait appel aux prokinétiques.

2. Syndrome de l'intestin irritable

Les douleurs abdominales sont récidivantes, pendant au moins 12 semaines, au cours des 12 mois précédents, associées à l'un des éléments suivants :

- soulagement par la défécation ;
- association à une modification du transit (diarrhée ou constipation) ;
- symptômes fréquemment associés : envie impérieuse, sensation d'évacuation incomplète, présence de glaires dans les selles, météorisme intermittent...

Plusieurs facteurs étiologiques (motricité intestinale, diététique...) semblent en jeu dans ce type de pathologie. Toutefois, l'existence d'une dysmotilité intestinale semble être en cause de

Tableau 1 Fréquence de l'hypolactasie de type adulte selon les groupes ethniques

GROUPE ETHNIQUE	INTOLÉRANCE AU LACTOSE (%)
■ Africains	95 à 100
■ Indiens	90 à 100
■ Asiatiques	90 à 95
■ Américains (natifs)	70 à 90
■ Américains (origine africaine)	70 à 80
■ Natifs du Bassin méditerranéen	60 à 75
■ Américains (origine européenne)	10 à 15
■ Européens du Nord	5 à 10

façon prédominante. Les selles contiennent des résidus alimentaires non digérés et du mucus.

L'état général est parfaitement conservé et l'examen clinique est sans particularité. La prise en charge consiste à rassurer la famille et le patient, en abordant les facteurs de stress et d'anxiété.

Au traitement diététique (restriction de l'ingestion de fibres), on associe parfois un régime pauvre en lactose, des antispasmodiques et des régulateurs du transit (trimébutine : Débridat, Modulon).

3. Douleurs abdominales fonctionnelles

Sous ce terme, sont regroupées les douleurs abdominales habituellement périombilicales, ne répondant pas aux critères de la dyspepsie fonctionnelle ou du syndrome de l'intestin irritable. Ces douleurs sont habituellement observées chez des enfants ayant un profil particulier : perfectionnistes ou ayant des difficultés scolaires. Des manifestations associées sont fréquentes : céphalées, nausées, asthénie...

4. Migraines abdominales

Ce tableau douloureux est en règle générale très invalidant, avec des douleurs médianes durant plusieurs heures associées à une pâleur et/ou une anorexie. Le diagnostic est évoqué quand au moins 2 des critères suivants sont présents :

- céphalées ou photophobie concomitantes ;
- céphalées unilatérales récidivantes ;
- notion familiale de migraine ;
- prodrome (troubles visuels, sensoriels ou moteurs).

5. Aérophagie

Le diagnostic est retenu lorsque, avec les douleurs abdominales, on observe au moins 2 des critères suivants :

- la preuve d'une ingestion anormale d'air ;
- une distension abdominale concomitante ;
- une éructation et des gaz rectaux fréquents.

En règle générale, le météorisme abdominal se constitue pendant la journée et disparaît en période nocturne. Le diagnostic pourra être facilité par la réalisation d'un ASP, le matin et le soir.

Intolérance au lactose (hypolactasie de type adulte)

1. Définitions

Elle est évoquée lorsque les douleurs abdominales sont associées à la prise d'aliments lactés.

Ce déficit qui se constitue progressivement doit être différencié :
- du déficit congénital en lactase et présent dès la naissance ;
- des déficits secondaires en lactase.

Dans près de trois quarts de la population mondiale, on observe une disparition progressive et génétiquement déterminée de la lactase. Cette enzyme située au sommet des villosités intestinales est responsable de l'hydrolyse du lactose (glucose + galactose), principal sucre contenu dans le lait et la plupart des produits dérivés du lait.

POINTS FORTS

à retenir

- Connaître les principales pathologies médicales ou chirurgicales.
- Évoquer les différentes pathologies en tenant compte de l'âge du malade.
- Reconnaître une crise douloureuse abdominale aiguë révélant une maladie chronique.
- Savoir évoquer, par les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des explorations complémentaires, les principales pathologies.
- Penser à une origine fonctionnelle uniquement après avoir évoqué systématiquement les pathologies chirurgicales ou médicales les plus fréquentes.

Ce déficit se constitue progressivement à partir du sevrage, c'est-à-dire qu'il n'existe pas en période néonatale et chez le jeune nourrisson. L'âge de début des troubles varie selon les groupes ethniques (tableau 1) et se situe habituellement après l'âge de 2 ans, vers l'âge de 3 ans chez les sujets de race noire et les Mexicains, quelques années plus tard ou à l'adolescence dans les populations européennes et américaines. La baisse de l'activité lactasique est importante et peut s'établir à 5 ou 10 % des taux de lactase observés à la naissance, expliquant une tolérance variable à la charge alimentaire en lactose.

La symptomatologie est expliquée par un double phénomène :
- d'abord, le lactose non digéré dans l'intestin grêle est responsable d'une arrivée d'eau par hyperosmolarité intraluminaire, ce qui explique des douleurs abdominales, des borborygmes, des ballonnements et une diarrhée ;
- lorsque le lactose non digéré atteint le côlon, il est fermenté par les bactéries coliques avec production d'acide lactique, de gaz carbonique et d'hydrogène. Ces molécules expliquent les troubles digestifs (gaz, flatulences, diarrhée, coliques abdominales), l'émission de selles molles ou liquides à pH acide.

Il est important de noter que la nature et l'intensité des symptômes sont intimement liées à la dose de lactose ingéré avec de grandes variations interindividuelles et qu'il existe une relation chronologique entre l'ingestion du lait (ou d'un dérivé lacté contenant du lactose) et l'apparition des symptômes.

2. Diagnostic

✓ **Les signes cliniques** : chez le jeune nourrisson, le tableau est celui d'une diarrhée de fermentation et des douleurs de type « coliques ». Chez le grand enfant les signes les plus fréquents sont les douleurs abdominales, les ballonnements, l'émission anormalement importante de gaz et de rots.

✓ **Le diagnostic** repose sur :

- la corrélation entre ingestion du lactose et apparition de la symptomatologie digestive. Chez le nourrisson, les selles ont un pH < 5 ;
- la réalisation d'un test respiratoire après charge orale en lactose ;

Tableau 2 Teneur en lactose des aliments

ALIMENT	GRAMMES DE LACTOSE (pour 100 g)
■ Lait féminin	7
■ Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge	4
■ Lait UHT (entier ou écrémé)	5
■ Lait concentré sucré	55
■ Yaourt nature (+ lactase)	5
■ Fromage blanc	6
■ Crème	3
■ Fromage fondu (Kiri...)	3
■ Beurre	0,4
■ Fromage à pâte molle (camembert, brie...)	Traces
■ Fromage à pâte dure (gruyère)	Traces
■ Lait sans lactose (AL110, Olac, hydrolysé)	0
■ Lait de soja	0

NB : dans les médicaments : l'excipient est souvent du lactose, en particulier dans les comprimés et gélules.

– le dosage de l'activité lactasique à partir de biopsies.

✓ **L'évolution** de la symptomatologie digestive est en règle générale favorable. En effet, il existe un phénomène de tolérance qui tend à s'accroître avec le temps.

En pratique, l'hypolactasie de type adulte est une affection fréquente. Son diagnostic peut être réalisé très facilement grâce aux données de l'interrogatoire et aux épreuves d'exclusion-réintroduction du lactose dans l'alimentation (tableau 2).

Coliques du nourrisson

Elles correspondent à la survenue d'accès paroxystiques, d'agitation avec cris et pleurs chez des nourrissons âgés de moins de 4 mois. La symptomatologie disparaît généralement après l'âge de 5-6 mois. Cris perçants et/ou pleurs violents plus ou moins continus sont souvent angoissants pour l'entourage. On retient comme pathologique la survenue de pleurs pendant plus de 3 heures par jour et ce, pendant plus de 3 jours par semaine, depuis plus de 3 semaines.

Devant un tel tableau, il faut éliminer :

- les autres causes des douleurs abdominales aiguës et chroniques ;
- les erreurs alimentaires et de *nursing* (rythmes du nourrisson) ;

De nombreux facteurs étiologiques semblent pouvoir intervenir :

- des parents angoissés ;
- une déglutition excessive d'air (tétée ou prise d'une sucette...) ;
- un hyperpéristaltisme.

Il faut informer les parents et diminuer leur anxiété, en leur expliquant qu'il faut faire rotter l'enfant en milieu et en fin de tétée. Le traitement médicamenteux utilise de façon empirique des absorbants des gaz (diméticone : Polysilane ; diosmectite : Smecta) ou des modificateurs de la motricité (trimébutine : Débridat).

DOULEURS ABDOMINALES PSYCHOGÈNES

Elles ont été décrites par Appley en 1958. Elles correspondent à des manifestations douloureuses récidivantes sans cause organique reconnue. Si ces douleurs sont souvent invalidantes, leur évolution est favorable sur une période souvent longue (mois ou années).

Elles sont souvent caractérisées par les éléments suivants :

- douleurs chroniques plus souvent qu'aiguës ;
- topographie périombilicale ;
- absence de caractéristique de rythme, de siège ou d'irradiation pouvant faire évoquer un diagnostic précis ;
- absence de relations avec les repas ou la défécation ;
- association à un cortège de signes fonctionnels : pâleur, céphalées, sensations vertigineuses, lipothymie, palpitations, troubles de l'endormissement plus que du sommeil...
- contexte psychologique particulier avec de fréquents facteurs déclenchants (mésentente parentale, difficultés scolaires, conflits variés), un enfant anxieux, perfectionniste et l'absence de retentissement somatique.

On peut parfois retrouver une pathologie d'emprunt avec un phénomène d'identification, l'enfant mimant des manifestations douloureuses d'un membre de la famille (coliques hépatiques, ulcère ou gastrite...).

La prise en charge doit tenir compte de la séméiologie exprimée par l'enfant, le vécu parental (angoisses, énervements...) et la relation entre l'enfant et ses parents.

Les douleurs abdominales (reflet de ce que l'on a mangé et ce que l'on a donné à manger à un enfant) sont souvent représentatives des plaintes et des réclamations qui ont du mal à s'exprimer lorsqu'un enfant veut que l'on s'occupe de lui ou s'il se sent abandonné ou démuné.

SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

Douleurs abdominales et fièvre

Il faut savoir évoquer de nombreuses pathologies chirurgicales (appendicite aiguë...) ou médicales (pneumopathie, angine, gastro-entérite aiguë...).

En cas de douleurs abdominales aiguës récurrentes et de fièvre, il faut évoquer :

- les maladies inflammatoires du tube digestif ;
- les maladies auto-immunes et apparentées : lupus, maladie de Still...
- les fièvres périodiques. La plus fréquente est la fièvre méditerranéenne familiale (FMF) ou maladie périodique (tableau 3).

Douleurs abdominales et « cassure » de la courbe de croissance (staturale et pondérale)

Il faut évoquer une pathologie organique :

- intestinale : maladie inflammatoire (Crohn), maladie cœliaque ;
- extra-intestinale : tumeur abdominale, cérébrale...

Tableau 3 Douleurs abdominales et fièvres périodiques

	FIÈVRE MÉDITERRANÉENNE FAMILIALE	FIÈVRE PÉRIODIQUE AVEC HYPER IgD	TRAPS	PFAPA
Transmission	Récessif	Récessif	Dominant	Dominant
Âge début	< 15 ans (80 %)	< 1 an (83 %)	Enfance	4 ans
Prodrome	Non	Oui	Non	oui
Durée	1 à 4 jours (parfois < 24 h)	3 à 7 jours	> 7 jours	1 à 15 jours
Périodicité	Non	3 à 6 semaines	Non	4 à 6 semaines
Symptômes				
■ Fièvre	> 38 °C	> 39 °C	Variable	> 39 °C
■ Douleurs abdominales	> 80 %	70 %	> 90 %	50 %
■ Douleurs thoraciques	30 %	5 %	±	---
■ Signes cutanés	< 5 %	80 %	Érysipèle <i>like</i>	Stomatite 75 %
■ Autres		Arthrite 80 %	Conjonctive + œdème périorbital	Arthralgies...
Diagnostic	Clinique Étude génétique (80 %) Test thérapeutique (Colchicine)	Clinique IgD > 100 mU/mL → Ac métonique urinaire	Clinique → TNFα (accès) Étude génétique	Clinique Test thérapeutique (prednisolone)
Traitement	Colchicine	aucun validé	Inhibiteur du TNFα : étanercept (Embrel)	Cimétidine Amygdalectomie

TRAPS : TNF *receptor associated periodic syndrome* ; PFAPA : *periodic fever, adenopathies, pharyngitis, aphtous stomatitis* ou syndrome de Marshall ; fièvre périodique avec hyper IgD (HIDS : hyper immunoglobulinémie D syndrome).

Œdème angioneurotique héréditaire

Cette affection est liée à un déficit en inhibiteur de la C1 estérase qui régule l'activité de C1. Ce déficit entraîne une activation non contrôlée de la voie classique du complément avec diminution de C2 et C4 et libération de médiateurs vasoactifs. Il s'agit d'une affection autosomique dominante. La maladie est responsable de poussées d'œdèmes affectant :

- le grêle et le côlon entraînant des tableaux douloureux, parfois des syndromes occlusifs, parfois un épanchement abdominal d'intensité variable (ascite possible) ;
- les tissus sous-cutanés avec constitution d'œdèmes non prurigineux surtout localisés à la face et aux extrémités ;
- le diagnostic repose sur le dosage de l'inhibiteur de la C1 estérase.

Un traitement substitutif en phase aiguë est possible (C1 estérase). Le traitement de fond fait appel aux androgènes anabolisants.

Drépanocytose

Il s'agit d'une anomalie de l'hémoglobine (hémoglobine de type S) responsable d'une falciformation des globules rouges avec anémie hémolytique chronique. Les lithiases biliaires sont fréquentes. Cette anomalie s'accompagne de crises vaso-occlusives liées à des microthromboses responsables d'épisodes douloureux abdominaux et des membres et d'atteintes pluriviscérales (en particulier broncho-pulmonaire et neurologique).

On l'évoque chez le sujet de race noire ou originaire du bassin méditerranéen. La splénomégalie est inconstante. Chez le jeune enfant (< 5 ans), les atteintes des membres (dactylite) prédominent ; ensuite, les douleurs abdominales sont souvent au premier plan. Il faut bien différencier les douleurs des crises vaso-occlusives des douleurs compliquant une lithiase biliaire.

Autres causes

1. Syndrome de Chilaïditi

Il correspond à l'interposition d'un segment du tube digestif (le plus souvent de l'angle colique droit) entre le foie et la coupole diaphragmatique (le plus souvent interposition antérieure). Une radiographie simple de l'abdomen permet d'en réaliser le diagnostic. Asymptomatique le plus souvent, cette anomalie peut se révéler par des douleurs abdominales, des vomissements ou un syndrome subocclusif. Cette interposition est fréquemment intermittente et se réduit habituellement en décubitus dorsal. Elle peut devenir permanente ou se compliquer en réalisant un tableau occlusif aigu.

2. Épilepsie abdominale

Des crises partielles temporales peuvent être responsables de manifestations viscéro-sensitives digestives. On recherche des antécédents de comitialité, des crises stéréotypées (début brutal, durée brève, caractère ascendant de la douleur de l'anus vers l'épigastre), des signes neurologiques associés. L'électro-encéphalogramme peut montrer des pointes ondes temporales. Un test thérapeutique par le Tégrétol est parfois nécessaire.

3. Acidocétose diabétique

Des signes digestifs sous forme de vomissements, douleurs abdominales (parfois pseudo-chirurgicales) sont fréquemment observées en cas d'acidocétose diabétique.

4. Porphyries hépatiques

La porphyrie aiguë intermittente (déficit en porphobilinogène désaminase) est l'affection la plus fréquente. Elle s'observe essentiellement chez la femme jeune en période prémenstruelle.

EXEMPLES DE PRISE CHARGE DE DOULEURS AIGUËS

Prise en charge d'une constipation sévère avec ou sans oncoprésie

→ **Dans tous les cas : examen clinique** (fécalomes abdominaux ? toucher rectal : rectum plein ? Examen de l'anus : anite ? fissure ?) et ASP debout pour éliminer une cause organique.

→ **Si rectum libre :**

traitement de « fond » :

- hydratation, fibres (fruits, légumes) ; graisses naturelles (huile d'olives) ;
- aller aux toilettes, prendre le temps, après le repas, une fois par jour ;
- traiter les fissures (Mitosyl, Proctolog...)
- traiter la constipation : laxatif lubrifiant : huile de paraffine et laxatif osmotique (5, 10 g) toujours de façon prolongée (3 mois) avec diminution lente des doses sur 3 mois ;
- massages abdominaux, activité physique ;
- alerter les parents sur le risque de rechute ;
- revoir le patient en consultation 15 à 30 jours plus tard (apprécier l'adhésion thérapeutique...) et à distance.

→ **Si rectum plein :**

- lavements (Normacol enfant 60 mL), ou goutte-à-goutte rectal : salé isotonique (9 ‰) et lactulose à passer en une heure ;
- traitement de « fond ».

→ **Chez l'enfant de plus de 6 ans :**

une prise en charge multidisciplinaire est souvent nécessaire : médicale, psychologique après évaluation de la situation familiale et par kinésithérapie guidée par la manométrie ano-rectale (asynchronisme abdomino-pelvien).

Gastrite à *Helicobacter pylori*

Chez l'adulte comme chez l'enfant, l'*H. pylori* est un germe responsable de gastrite et de récurrence d'ulcère duodénal.

→ **Tableau clinique de l'infection à *H. pylori* :**

- infection aiguë : on observe des douleurs épigastriques à type de crampes réveillant le patient et calmées par l'alimentation. Inconstamment, on note

nausées, vomissements, hématemèse ou, rarement, méléna. La symptomatologie dure habituellement moins de 7 jours, son intensité est maximale à la 24^e heure ;

- infection chronique : elle est le plus souvent asymptomatique et peut être associée à un ulcère gastrique et duodénal.

→ **Quand et comment faut-il rechercher une infection à *H. pylori* devant des douleurs abdominales récurrentes de l'enfant ?**

H. pylori doit être recherché devant des douleurs abdominales aiguës récidivantes de l'enfant lorsque l'on peut suspecter une origine organique, c'est-à-dire lorsque les douleurs de localisation épigastrique sont invalidantes, rythmées par les repas avec réveils nocturnes, nausées, vomissements et altération de l'état général.

Comment rechercher une infection à *H. pylori* ?

Il faut réaliser une endoscopie avec biopsies (cultures) à titre diagnostique et pour conduire le traitement (antibiogramme).

Le tableau associe douleurs abdominales avec souvent troubles neuropsychiques et urines de couleur porto, puis noires lors de leur exposition à la lumière.

Le diagnostic est porté par la mise en évidence des précurseurs (acide delta aminolévulinique et porphobilinogène) dans les urines. Les crises cèdent par perfusion de sérum glucosé et hémine humaine (Normosang).

5. Intoxication chronique au plomb ou saturnisme

Elle nécessite l'absorption chronique de peinture (pica) ou une exposition chronique à des produits (phytosanitaires...) contenant du plomb.

- Diverses causes peuvent aussi entrer en ligne de compte :
- l'insuffisance surrénalienne (hyponatrémie, hyperkaliémie, hypoglycémie) ;
 - les hypertriglycéridémies qui peuvent être responsables de poussées de pancréatite ;
 - les poussées hypertensives, en particulier dans le cadre des phéochromocytomes ;
 - les tumeurs, en particulier abdominales...

ORIENTATION ÉTIOLOGIQUE**Formes cliniques selon l'âge****1. Nourrisson (< 2 ans)**

L'interrogatoire (des parents) et l'examen clinique sont difficiles.

Il faut évoquer systématiquement les causes les plus fréquentes et les plus graves :

- chirurgicales : invagination intestinale aiguë, étranglement herniaire, volvulus ;
- médicales : isolées (coliques du nourrisson et œsophagite peptique) ou associées à une pathologie infectieuse digestive (gastro-entérite aiguë, GEA) ou extradiigestive (ORL, urinaire...).

2. Enfant

Les pathologies habituellement observées chez l'adulte deviennent plus fréquentes (pancréatite, colites inflammatoires...)

Toutefois, le plus souvent, on sera confronté à :

- des affections chirurgicales : appendicite aiguë ;
- des affections médicales : rétention stercorale, côlon irritable, gastrite, douleurs fonctionnelles.

3. Éléments d'orientation

Doivent être précisés :

- le caractère de la douleur : localisée, invalidante (intensité), réveils nocturnes ;
- les signes associés : altération de l'état général ou asthénie, amaigrissement et « cassure » de la croissance staturale, nausées, vomissements, diarrhée, méléna, rectorragie, dysurie..., fièvre ;
- un examen clinique anormal : hépatomégalie, splénomégalie, ictère, aphtes buccaux, HTA...

Principaux examens complémentaires utiles

Leur indication dépend des données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des hypothèses étiologiques.

Il faut discuter de l'utilité :

- d'un bilan sanguin : vitesse de sédimentation (VS), protéine C réactive (CRP), hémogramme, transaminases, amylases et lipases ;
- d'un bilan urinaire : bandelette (protéines, sucre, nitrites, leucocytes) ;
- d'explorations complémentaires : abdomen sans préparation, échographie abdominale et pelvienne.

Des exemples de prises en charge sont donnés (v. encadré). ■

Remerciements

au Dr Loïc Virmounex pour l'iconographie et au Pr Christophe Faure pour la lecture du manuscrit.

DÉJÀ TRAITÉ : • 1^{re} partie : « Chez l'adulte ». Rev Prat 2006 ; 56 [6] : 659-66

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'œsophagite du nourrisson est diagnostiquée par la pHmétrie.
- 2 Pour traiter l'œsophagite du nourrisson, on utilise un inhibiteur de la pompe à protons.
- 3 L'œsophagite du nourrisson se traduit souvent pas des douleurs nocturnes.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les pancréatites aiguës du nourrisson ne sont jamais douloureuses.
- 2 L'échographie abdominale n'est pas utile pour le diagnostic de pancréatite aiguë.
- 3 L'augmentation du taux de lipase sérique est évocatrice d'une pancréatite aiguë.

C / QCM

Quels sont les arguments en faveur d'une constipation ?

- 1 Il existe des douleurs abdominales aiguës intermittentes et post-prandiales, épisodiques.
- 2 Il existe des rectorragies intermittentes.
- 3 Cet enfant présente des céphalées frontales.
- 4 Il existe une énurésie associée.
- 5 Le transit est irrégulier avec alternance de périodes de diarrhée et de périodes où les selles sont espacées.

Réponses : A : F, V, V / B : F, F, V / C : 1, 2, 4, 5.

Q 195 ▲

FMC

Vos préférences*



FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Donnez du crédit à votre FMC

* Indices d'intérêt les plus élevés
• La Revue du Praticien : **5.5**
• Le Concours Médical : **5.3**
(Données Cessim)

Huveaux France - 114, avenue Charles-de-Gaulle - 92522 Neuilly-sur-Seine cedex - Tél. : 01 55 62 68 00 - Fax : 01 55 62 69 11 - E-mail : contact@huveaux.fr