

LES DOULEURS ABDOMINALES PAROXYSTIQUES CHEZ L'ENFANT

P. ERPICUM (1), M. DEMARCHE (1)

RÉSUMÉ : La douleur abdominale aiguë est une plainte fréquente en pédiatrie. Elle concerne des pathologies abdominales et extra-abdominales variées qu'il importe de connaître pour orienter la démarche diagnostique et thérapeutique sans délai. Certaines pathologies concernent plus spécifiquement certaines tranches de vie. Si l'intervention chirurgicale urgente s'impose dans les situations de perforation, de torsion, d'ischémie ou de nécrose, il est par ailleurs des circonstances où la mise en œuvre d'un traitement médical adapté permet d'éviter une laparotomie inutile.

INTRODUCTION

Les douleurs abdominales de l'enfant sont un motif fréquent de consultation en chirurgie pédiatrique. Les causes en sont multiples, généralement bénignes, et toute la difficulté est de ne pas ignorer une pathologie grave.

Les douleurs abdominales paroxystiques, moins fréquentes et plus spectaculaires, suggèrent une affection susceptible de menacer le pronostic vital. Elles font craindre une torsion, une ischémie avec nécrose, une perforation... autant de situations nécessitant une prise en charge rapide.

L'établissement du diagnostic est l'étape la plus difficile et, bien que les moyens d'investigation aient considérablement évolués ces dernières années, l'anamnèse et l'examen clinique en restent les éléments clés.

Le but de cet article est de décrire une ligne de conduite clinique de la prise en charge des douleurs abdominales aiguës de l'enfant.

L'ANAMNÈSE

Étape essentielle, une bonne anamnèse oriente au mieux l'examen clinique et les investigations complémentaires. Elle sera différente en fonction de l'âge car les pathologies varient et, surtout, parce que les plus jeunes verront leurs plaintes exprimées par les parents. L'écoute est importante; la maman est une observatrice très fiable et ses propos ne peuvent être mis en doute.

L'interrogatoire, centré d'abord sur la douleur abdominale, permettra de définir le mode d'apparition, le siège de départ, le site actuel, le caractère continu ou intermittent, l'intensité, la

PAROXYSTIC ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN

SUMMARY : Acute abdominal pain in children is a frequent symptom of a wide spectrum of abdominal and extra-abdominal pathologies. Some of them are more common in specific age groups. Prompt diagnosis and treatment are facilitated by a good knowledge of the etiologies. Although surgery is mandatory in most of the cases of perforation, torsion, ischemia or necrosis, a medical treatment will prevent an unnecessary laparotomy in some circumstances.

KEYWORDS : *Acute abdominal pain - Medical history - Clinical examination*

répercussion sur les activités, la perturbation du sommeil, l'évolution, l'irradiation éventuelle, un facteur déclenchant (traumatisme), les facteurs d'exacerbation (toux, marche, inspiration...), un élément de soulagement (vomissement, alimentation, repos...), un épisode similaire antérieur...

L'apparition brutale, paroxystique d'emblée, évoque une perforation, un volvulus sur bride, un étranglement herniaire, une torsion ovarienne. Une douleur paroxystique avec accalmies : une invagination intestinale aiguë, une occlusion sur bride... Une douleur permanente: une péritonite.

Les symptômes associés sont recherchés de façon systématique. Outre les symptômes digestifs tels les vomissements, nausées, diarrhée, constipation, perte d'appétit, on s'enquiert de la présence d'une fièvre, de symptômes respiratoires (toux, dyspnée, cyanose...), urinaires (dysurie, pollakiurie...), gynécologiques (retard de règles, pertes vaginales...), de troubles du comportement, de la conscience...

L'examineur s'appliquera tout spécialement à établir la chronologie d'apparition et d'évolution des différents symptômes. Une fièvre, comme les vomissements, suivie de douleurs signera le plus souvent un problème médical et, inversement, une douleur suivie de fièvre une pathologie chirurgicale.

Bien entendu, les antécédents personnels, tant médicaux que chirurgicaux, et familiaux seront notés et comprendront, pour les plus jeunes, le terme, le poids et la taille à la naissance, l'expulsion du méconium.

L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique constitue le deuxième volet de la démarche diagnostique. Il doit se dérouler dans les meilleures conditions et, pour être complet et fiable, nécessite la collaboration

(1) Service de Chirurgie Pédiatrique, CHR de la Citadelle, Liège

de l'enfant. Un accueil chaleureux, des mots doux, une atmosphère détendue peuvent être réunis et cela même dans un contexte d'urgence. Un examen bien mené sera suffisant dans bien des cas et permettra d'éviter le recours à des investigations complémentaires inutiles et coûteuses.

L'examen doit être complet et ne pas se limiter à la sphère abdominale. Il débute par l'observation du comportement spontané, d'une éventuelle position antalgique et des mouvements respiratoires. Les téguments et les conjonctives sont inspectés soigneusement à la recherche d'une pâleur, cyanose, subictère, taches purpuriques, cicatrice... La sphère ORL fait l'objet d'une attention toute particulière. L'adénolymphite mésentérique qui accompagne un foyer infectieux à ce niveau peut mimer un tableau appendiculaire chez le jeune enfant. La propédeutique pulmonaire s'attache à exclure un foyer broncho-pulmonaire. Les paramètres généraux: température, poids, taille, pouls et pression artérielle sont mesurés systématiquement.

L'examen de l'abdomen comprend classiquement l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. On décrit communément 9 quadrants: l'épigastre, la région périombilicale, l'hypogastre, les hypochondres droit et gauche, les flancs droit et gauche, les fosses iliaques droite et gauche. L'existence d'une cicatrice abdominale, d'une voussure pariétale, d'un ballonnement, d'une circulation veineuse collatérale sera repérée à l'inspection.

La palpation s'attache à définir une masse, une accentuation de la douleur, une contracture, une défense localisée à un quadrant ou généralisée et à exclure une hernie inguinale ou crurale.

La percussion permet de révéler une matité, un tympanisme, une irritation péritonéale tandis qu'un péristaltisme harmonieux, un iléus, des bruits de lutte, un transit métallique seront perçus à l'auscultation.

Les organes génitaux externes sont toujours examinés. Il importe de noter une éventuelle cryptorchidie qui permettra de suspecter une torsion testiculaire chez le garçon.

Autant l'examen de la marge anale est utile, notamment lors de la recherche d'une fissure, autant le toucher rectal "de principe" est inutile chez l'enfant sauf dans des cas très précis de suspicion de polype, d'invagination ou de tumeur pelvienne. Il n'a, en général, aucune valeur diagnostique car il est toujours douloureux chez l'enfant.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'anamnèse et l'examen clinique orientent vers une première idée diagnostique qui, selon les cas, pourra être précisée par un complément d'examen tel un bilan biologique, une analyse d'urine, une exploration radiologique.

La biologie réalisée en urgence comprend le plus souvent une numération et formule sanguine, des tests inflammatoires, l'ionogramme, les tests des fonctions rénale, hépatique et pancréatique, les tests de coagulation. Le sédiment urinaire permet d'orienter vers une pathologie néphro-urologique; la culture n'est réalisée qu'en cas de perturbation du sédiment.

Si des examens d'imagerie médicale sont nécessaires, on en pratique presque toujours deux, à savoir l'abdomen sans préparation (ASP) et l'échographie, très performante chez l'enfant. Ces examens sont suffisants dans l'immense majorité des cas. Dans certains cas particuliers, on pourra pratiquer des opacifications digestives, urinaires, vasculaires, voire une tomodensitométrie ou une résonance magnétique nucléaire. La radiographie pulmonaire est utile dans un contexte fébrile, car la pneumonie de l'enfant peut mimer un tableau de péritonite appendiculaire.

L'ASP (debout et couché) reste un excellent élément d'orientation. Un pneumopéritoine signe la perforation d'un organe creux. Une calcification peut, en fonction de sa localisation et de sa forme, évoquer un appendicolithe, une lithiase vésiculaire, une lithiase urinaire, une tumeur calcifiée (neuroblastome, tératome...). Une distension intestinale avec niveaux hydroaériques oriente vers une occlusion intestinale ou une péritonite. Une anse sentinelle peut révéler un processus inflammatoire. L'absence d'air dans l'abdomen accompagne classiquement l'appendicite, mais peut simplement traduire la présence de liquide au sein des anses intestinales...

L'échographie est le complément parfait de l'ASP dans des mains entraînées (radiologue pédiatre rompu à la pathologie pédiatrique). Elle permet soit de conforter un diagnostic suspecté, soit de révéler une anomalie insoupçonnée. Elle met en évidence des anomalies variées comme un épanchement péritonéal, un abcès, une invagination intestinale aiguë, un volvulus intestinal sur malrotation, une dilatation de l'arbre urinaire, une torsion ovarienne...

LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Une fois le diagnostic posé, le traitement étiologique est généralement aisé. En cas d'incertitude diagnostique, l'examen sera répété par le même intervenant à intervalles rapprochés. La douleur sera soulagée par un traitement symptomatique dès que l'étiologie est fortement suspectée ou confirmée. L'administration d'un traitement antalgique n'occulte pas la pathologie, mais permet, au contraire, un examen plus approfondi sur un enfant plus collaborant.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DOULEURS ABDOMINALES AIGÜES

CHEZ LE NOURRISSON

Rappelons que le nourrisson concerne la période de 28 jours à 2 ans ("infant" en anglais, de "infans" en latin: qui ne parle pas) et que la première difficulté peut être simplement de reconnaître une douleur abdominale. Les parents l'évoquent lors d'accès de pâleur, de tortillements, de mouvements stéréotypés des jambes; la mise en évidence de signes digestifs associés est ici particulièrement importante. Nous décrivons trois pathologies prédominantes qui ne doivent pas occulter l'ensemble du diagnostic différentiel.

L'invagination intestinale aiguë

Cette urgence chirurgicale fréquente du nourrisson de plus de 3 mois doit être évoquée très facilement devant le tableau classique associant des douleurs abdominales paroxystiques, entrecoupées d'accalmies, à des vomissements et à une rectorragie d'abondance variable. Les douleurs sont présentes dans plus de 80% des cas, elles surviennent à l'emporte-pièce et se manifestent par des pleurs et des cris. L'enfant est inconsolable pendant l'épisode paroxystique. On note souvent une pâleur inhabituelle lors des pleurs. La palpation abdominale entre les crises permet, de façon quasi constante, de trouver le boudin d'invagination.

Le diagnostic est posé plus tardivement lorsque la symptomatologie est frustrée et se limite à des signes d'occlusion non fébrile ou de diarrhée.

L'échographie est l'examen complémentaire de choix pour tout enfant suspect d'invagination intestinale. Elle permet de s'assurer de la présence d'un boudin d'invagination et de contrôler la réduction par un lavement à l'eau ou à l'air. Ce dernier est contre-indiqué s'il existe un pneumopéritoine ou si la souffrance de l'intestin fait courir un risque de perforation. L'examen doit

être réalisé après avoir prévenu le chirurgien, l'enfant étant perfusé, ayant reçu une antibiothérapie et été éventuellement prémédiqué. La réduction complète de l'invagination est obtenue dans 50 à 80% des cas selon les séries. Le risque de récurrence s'élève à 10% et une hospitalisation de 24 heures pour surveillance est souhaitable. En cas de récurrence, une nouvelle réduction par lavement sera tentée.

Les invaginations intestinales non réduites par le lavement, celles qui surviennent sur une lésion anatomique (duplication intestinale, diverticule de Meckel...) et celles pour lesquelles le lavement a été contre-indiqué sont opérées par laparoscopie (fig 1). La réduction est possible dans une majorité de cas. Dans les cas où l'invagination est irréductible ou lorsqu'il existe une nécrose ou une anomalie anatomique, une résection intestinale est nécessaire.

La hernie étranglée

Il s'agit d'une tuméfaction inguinale douloureuse à la palpation (douleur exquise) qui peut survenir à tout âge mais qui est plus fréquente chez le nourrisson puisque 70% des hernies congénitales se présentent avant l'âge de deux ans. Pour rappel, 20% des hernies inguinales de l'enfant de moins de trois mois se présentent sous la forme d'une hernie incarcerated ou difficilement réductible, ce qui a pour corollaire de proposer une cure chirurgicale dès l'établissement du diagnostic de hernie inguinale non compliquée du jeune enfant. Il peut parfois être difficile de distinguer une hernie étranglée d'un kyste du cordon haut situé ou d'une volumineuse hydrocèle. Dans la toute grande majorité

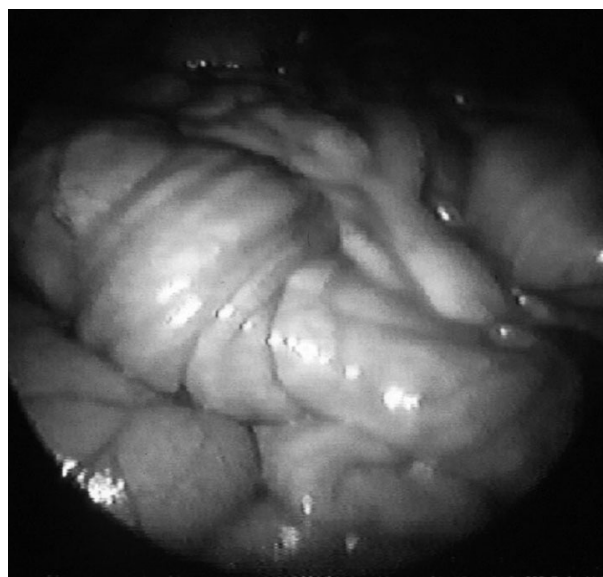


Fig. 1. Invagination iléo-iléale



Fig. 2. Volvulus de l'intestin grêle

des cas, lorsque la nécrose intestinale est peu probable, il faut essayer de réduire la hernie et, au besoin, administrer une sédation pour l'obtenir. En cas de succès, l'enfant sera gardé en observation et opéré 24 à 48 heures plus tard, après régression de l'œdème du cordon spermatique. En cas d'échec, l'indication chirurgicale est urgente.

Le volvulus

La hantise du chirurgien pédiatre! Cette urgence chirurgicale grave survient le plus souvent chez le petit nourrisson. Le volvulus sur malrotation se manifeste en premier lieu par des vomissements bilieux sur l'occlusion isolée du volvulus peu serré. Suivent ensuite un malaise, un choc hypovolémique, puis, parfois et plus tardivement, une rectorragie. L'abdomen peut être un peu ballonné en région épigastrique ou plat. La douleur est plus spécifique de la nécrose intestinale sur volvulus isolé d'une anse grêle (fig. 2). Elle est alors brutale, paroxystique d'emblée et relativement constante. La palpation révèle le plus souvent une contracture généralisée.

La réalisation des examens complémentaires ne peut retarder une prise en charge dont le délai aggraverait le pronostic vital. L'examen complémentaire de choix est l'échographie qui permet de mettre en évidence une position anormale des vaisseaux mésentériques en cas de malrotation (veine mésentérique à gauche de l'artère), une spire vasculaire, la veine tournant autour de l'artère, en cas de volvulus et une souffrance digestive.

Devant un volvulus du grêle sur malrotation, l'intervention chirurgicale est urgente et ne peut souffrir aucun délai. Réalisée après administration d'antibiotiques par voie intraveineuse et pose d'une sonde gastrique, elle permet la "détorsion" de l'intestin et la section des brides

de Ladd. L'appendicectomie termine le geste et l'intestin est remis en position de "non rotation", le colon à gauche, le grêle à droite. En cas de vitalité douteuse, les anses intestinales sont laissées dans la cavité abdominale et réévaluées 24 ou 48 heures plus tard. L'intestin nécrosé est réséqué.

La mortalité est liée à la nécrose complète du grêle. Celle-ci représente 20 % des syndromes de grêle court chez l'enfant.

CHEZ L'ENFANT PLUS GRAND

L'approche est ici simplifiée par des réponses plus précises à l'interrogatoire, une description plus détaillée des symptômes et de leur évolution chronologique et topographique. Dans cette tranche d'âge, l'appendicite aiguë sera immanquablement évoquée.

L'appendicite aiguë

Ce diagnostic est souvent évoqué abusivement par les familles et ne doit cependant pas souffrir de retard.

Les arguments anamnestiques et cliniques permettant de suspecter le diagnostic sont une histoire récente, une douleur abdominale d'abord mal systématisée, préférentiellement épigastrique et sa migration secondaire en fosse iliaque droite, des nausées et vomissements, voire une simple anorexie, un fébricule ne dépassant pas 38°C dans sa présentation initiale, une constipation inhabituelle chez l'enfant. L'existence d'une dysurie avec sédiment normal est très évocateur d'une appendicite sur appendice pelvien.

L'évolution vers la péritonite purulente et ou stercorale peut être rapide chez l'enfant. La fièvre compliquera alors le tableau et la douleur devient très importante. L'existence de selles diarrhéiques à ce stade ne doit pas faire rejeter le diagnostic.

Le diagnostic différentiel le plus commun est une adénolymphite dans un contexte infectieux rhynopharyngé. La fièvre est souvent plus élevée et présente plus tôt dans le décours de la pathologie.

Chez le garçon, il faut penser à la torsion du testicule, car un retard diagnostique et thérapeutique aboutit à la nécrose du testicule.

Chez la fille, les causes génitales diverses sont évoquées : torsion d'annexe sur kyste ou tumeur ovarienne, mais aussi sans pathologie sous-jacente, voire torsion tubaire isolée; hémorragie intrakystique; une ovulation douloureuse sera évoquée devant une douleur survenant

TABLEAU I. DOULEURS ABDOMINALES AIGUËS D'ORIGINE DIGESTIVE

Intestin	Foie	Pancréas	Rate
Invagination intestinale	Hépatite aiguë	Pancréatite aiguë	Torsion splénique
Hernie étranglée	Hydrocholécyste	Rupture de faux kyste	Infarctus splénique
Volvulus intestinal	Cholécystite aiguë		
Occlusion sur brides	Migration lithiasique		
Appendicite			
Péritonite			
Diverticule de Meckel			
Iléite infectieuse			
MII*			
Adénolymphite			
Ulcère duodénal			
Coliques			
Constipation			
Allergie aux protéines de lait de vache			
Oesophagite			
Intoxication alimentaire			

*MII : Maladies inflammatoires intestinales (Crohn, rectocolite)

à mi-cycle. Un hémocolpos sera suspecté en cas de crises répétées à intervalle menstruel.

Un tableau occlusif oriente vers une occlusion sur bride en cas d'antécédent chirurgical. Chez l'enfant indemne de cicatrice, une invagination intestinale aiguë doit être évoquée et devra, alors, toujours faire suspecter une pathologie organique sous-jacente tel un lymphome, un diverticule de Meckel, une duplication digestive, voire un purpura rhumatoïde dans le contexte très particulier de taches purpuriques des membres inférieurs associées à des arthralgies, ces derniers signes pouvant, d'ailleurs, parfois manquer en phase débutante.

L'association de douleurs abdominales parfois vives, de diarrhée et souvent de fièvre, doit en première intention faire évoquer le diagnostic de gastro-entérite aiguë virale ou bactérienne.

Plus exceptionnelle est la survenue d'une pancréatite aiguë qui sera facilement objectivée par la biologie (amylasémie) et l'imagerie.

Une hépatomégalie brutale et douloureuse peut accompagner une hépatite aiguë à sa phase débutante. Il faut également se rappeler ce diagnostic en présence de vomissements; l'analyse des tests hépatiques sera discriminative.

Un diabète méconnu peut être révélé par des douleurs abdominales bruyantes. L'examen des urines donnera le diagnostic.

Exceptionnellement, une tumeur abdominale ou rétropéritonéale (neuroblastome, néphroblastome) sera révélée par des douleurs abdominales paroxystiques signant alors sa rupture ou une hémorragie.

TABLEAU II. DOULEURS ABDOMINALES AIGUËS D'ORIGINE EXTRA-DIGESTIVE

Thoracique	Uro-génitale	Neurologique
Pneumonie	Lithiase urinaire	Atteinte médullaire
Pleurésie	Uropathie malformative	Atteinte radiculaire
(zona)		
Pneumothorax	Torsion testicule	Migraine abdominale
Péricardite	Torsion d'annexe	
	Torsion tubaire	
	Mittelschmerz	
	Hématocolpos	
Hématologique	Métabolique	Divers
Drépanocytose	Diabète	Tumeur
SHU*	ISA**	Torsion épiploïque
Purpura d'Henoch-Shönlein	Porphyrie	Intoxication aux métaux lourds
		Maladie périodique
		Origine psychogène

*SHU: syndrome hémolytique urémique

**ISA: insuffisance surrénalienne aiguë

Enfin, des causes extra-abdominales devront, selon le contexte, être suspectées : pneumonie, pyélonéphrite, uropathie malformative, intoxication au plomb, intoxication alimentaire, maladie périodique... La liste est longue et les tableaux I et II sont loin d'être exhaustifs.

CONCLUSIONS

La douleur abdominale de l'enfant fait partie d'une pratique quotidienne en pédiatrie. Sa fréquence ne doit pas faire oublier les étiologies ne souffrant aucun retard diagnostique et thérapeutique sous peine d'encourir une morbidité sévère, voire un décès de l'enfant.

Le diagnostic reste dépendant d'une maîtrise de la pathologie infantile, d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien menés, voire d'examen complémentaires simples. L'approche systématique a l'avantage d'une prise en charge adaptée sans délai et réduit le recours abusif à des explorations chirurgicales superflues.

LECTURES CONSEILLÉES

Navarro J, Schmitz J.— *Douleurs abdominales du nourrisson et de l'enfant*. Gastro-entérologie pédiatrique, 2e édition, Médecine Sciences. Flammarion, Paris, 2000, 601-606.

Leung, A.K, Sigalet, D.L.— Acute abdominal pain in children. *Am Fam Physician*, 2003, 67 (11), 2321-2326

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr P. Erpicum, Chirurgie pédiatrique, CHR Citadelle, Boulevard du 12^{ème} de Ligne, 1, 4000 Liège.