

Commission Scientifique SFMU



Commission Scientifique 2002/2003 :

H. CARDOT (Argenteuil)
G. CHERON (Paris)
V. DANEL (Grenoble)
G. DUVAL (Pontoise)
A. FREY (Poissy)
P. GERBEAUX (Marseille)
T. JACQUET-FRANCILLON (Bourg-en-Bresse)
P. LEVEAU (Thouars)
M. MAIGNAN (Nancy)
P. MIROUD (Amiens)
P. PATERON (Bondy) • Secrétaire
F. POCHARD (Paris)
PM. ROY (Angers)
C. VITOUX-BROT (Paris)

DOULEURS ABDOMINALES DU NOURRISSON AUX URGENCES

*Urgences Pédiatriques
Hôpital Timone-Enfants
Rue St Pierre
13385 Marseille cedex 05*

60

de ne pas faire un catalogue trop rébarbatif, nous essaierons d'adopter la conduite pratique d'une démarche diagnostique. Rappelons que le nourrisson concerne la période de 28 jours à 2 ans, excluant ainsi de notre sujet les occlusions néonatales.

La première difficulté peut être simplement de reconnaître une douleur abdominale chez un nourrisson. Les parents l'évoquent souvent devant un enfant qui se tortille, pleure beaucoup. Le point d'appel peut cependant être digestif autre (vomissement, diarrhée...) ou non spécifique (fièvre, modification du comportement...). L'abdomen peut être globuleux, météorisé, très tendu avec une perte des mouvements respiratoires abdominaux chez un enfant qui économise ses mouvements, ne gesticule plus et peut avoir un geignement expiratoire. L'enfant peut aussi être douloureux à la mobilisation, lorsqu'on le porte. Cependant un nourrisson peut paraître tout à fait calme, ayant parfois adopté une position antalgique et seule la palpation patiente, si possible en dehors des pleurs, met en évidence un point douloureux, une défense, un plastron.

Comme toujours en pédiatrie, il est indispensable de réaliser un interrogatoire complet précisant les antécédents, l'histoire de la symptomatologie, les modifications alimentaires récentes (changement de lait, introduction...), les troubles de l'appétit, l'existence de régurgitations, l'apparition de nausées ou de vomissement, les modifications du transit.

Un examen clinique, l'enfant étant entièrement déshabillé, doit toujours commencer par l'observation:

- l'existence d'une tuméfaction inguinale, douloureuse à la palpation, permet de faire rapidement le diagnostic de hernie inguinale étranglée.
- l'observation du comportement spontané de l'enfant permet de repérer une attitude d'évitement antalgique.
- un teint gris, un geignement expiratoire, la disparition des mouvements respiratoires abdominaux sont des signes de gravité.

L'examen clinique doit ensuite être complet afin de ne pas manquer un souffle cardiaque, une affection respiratoire ou ORL, une raideur méningée, une hépato- ou splénomégalie, une douleur articulaire, une éruption purpurique...ou toute affection extra digestive pouvant s'accompagner de douleurs abdominales.

L'examen de l'abdomen est le plus souvent d'autant plus difficile que l'enfant a mal.

La démarche diagnostique doit conduire à éliminer, en premier lieu, les causes chirurgicales fréquentes ou graves:

- Hernie inguinale étranglée☐

Il s'agit d'une tuméfaction inguinale douloureuse à la palpation qui peut survenir à tout âge. Le diagnostic différentiel peut être difficile avec une poussée aiguë d'un kyste du cordon plus que d'une hydrocèle mais la transillumination et le caractère peu douloureux peuvent faire la différence. En l'absence de signes de gravité que sont un retard à la consultation de plusieurs heures, un teint gris, l'apparition de vomissements et éventuellement de la fièvre, il faut essayer une réduction de la hernie par *taxis*. En cas d'échec, l'indication chirurgicale est urgente.

- Volvulus du grêle☐

Cette urgence chirurgicale grave survient le plus souvent chez le petit nourrisson, par des vomissements bilieux, un malaise puis un choc hypovolémique, une rectorragie plus tardivement. L'abdomen peut être plat ou présenter un ballonnement épigastrique. La radiographie de l'abdomen sans préparation peut montrer une dilatation gastrique et duodénale avec une faible aération du grêle d'aval mais elle peut être normale ; c'est l'échographie-doppler qui met en évidence la spire des vaisseaux mésentériques ou à défaut un TOGD qui montre la position anormale de l'angle duodéno-jéjunal.

- Invagination intestinale aiguë☐

Liée à un péristaltisme anarchique, cette urgence chirurgicale fréquente du nourrisson de plus de 3 mois doit être évoquée très facilement devant un tableau classique de douleurs abdominales paroxystiques récurrentes, entrecoupées d'intervalles parfaitement libres, avec un refus de toute alimentation. La rectorragie de nos maîtres est un signe tardif et toute suspicion doit être confirmée ou infirmée par une échographie abdominale. Il faut avoir à l'esprit les nombreuses formes cliniques et notamment les formes neurologiques qui se présentent comme des malaises de type vagal.

Les autres causes chirurgicales sont plus rares mais doivent néanmoins être évoquées☐

- Torsion du testicule☐

Quel que soit l'âge, l'examen des bourses doit être systématique. Il peut aussi s'agir d'une torsion sur cryptorchidie.

- Pathologie du diverticule de Meckel□

La symptomatologie peut être pseudo-appendiculaire lors d'une inflammation mais le mode de révélation le plus fréquent, dans cette tranche d'âge, est hémorragique par une rectorragie souvent abondante ou plus rarement par une invagination intestinale aiguë qui s'avérera irréductible au lavement□

- Appendicite aiguë□

Plus rare dans cette tranche d'âge mais aussi toujours plus grave, la mortalité est importante dans les premiers mois de vie. Le diagnostic est presque toujours tardif, au stade de péritonite, en raison d'une symptomatologie non spécifique (fièvre, vomissement et diarrhée) et d'un examen clinique toujours difficile.

- Tumeurs abdominales:

La douleur peut être révélatrice d'une tumeur abdominale ayant une augmentation de volume rapide ou une nécrose hémorragique. Les tumeurs abdominales les plus fréquentes dans cette tranche d'âge sont le néphroblastome au dépend du rein et le neuroblastome de localisation plus médiane.

La démarche clinique doit ensuite pouvoir éliminer les causes médicales fréquentes□

- Pyélonéphrite□

Le tableau infectieux prédomine mais l'examen systématique des urines d'un nourrisson fébrile, en l'absence de foyer infectieux patent, permet de faire le diagnostic. La palpation des fosses lombaires est douloureuse. Les signes digestifs autres ne sont pas rares□ diminution de l'appétit, diarrhée.... Une pyélonéphrite peut être révélatrice d'une pathologie urinaire congénitale (reflux vésico-urétéral, syndrome de la jonction pyélo-calicielle, mégauretère sténotique..□) L'exploration ultérieure par échographie et cystographie rétrograde sera donc systématique.

- Foyer infectieux autre□

Les infections de la sphère ORL, les pneumopathies, les méningites, peuvent se présenter par une symptomatologie digestive prédominante mais la douleur abdominale est isolée sans vomissement ni trouble du transit ou bien les vomissements ne sont pas associés à une douleur abdominale. Les adénites mésentériques entraînent aussi des douleurs abdominales mais il n'y a pas de défense□ Enfin une arthrite septique de hanche peut être prise pour des douleurs abdominales en raison de la flexion antalgique de la cuisse sur l'abdomen.

- Constipation□

Plus fréquente à l'âge de l'acquisition de la propreté, la constipation peut aussi être chronique, aggravée par l'existence d'une fissure anale. Les douleurs abdominales sont souvent importantes mais sans fièvre ni nausée ou vomissement, l'appétit n'est pas modifié chez le petit nourrisson. La palpation d'une corde colique en fosse iliaque gauche et le soulagement après un lavement évacuateur sont significatifs. L'ancienneté de la constipation ou l'association à une fissure anale nécessite une prise en charge spécialisée.

- Gastro-entérite□

Souvent épidémiques, les gastro-entérites sont essentiellement virales mais doivent- être redoutées car, en dehors du risque de déshydratation important dans cette tranche d'âge, elles comportent le risque d'ignorer d'autres causes de douleurs abdominales. En outre, elles peuvent entraîner des douleurs abdominales très intenses, avec un volumineux météorisme et une importante dilatation aérique des anses digestives sur une radiographie sans préparation de l'abdomen mais sans syndrome occlusif franc clinique. Ces coliques nécessitent le plus souvent une hospitalisation afin de contrôler les douleurs par perfusion continue d'antalgiques et d'antispasmodiques.

Enfin la démarche diagnostique évoquera les causes médicales plus rares□

- Oesophagite□

Complication de régurgitations importantes ou très fréquentes du petit nourrisson, l'oesophagite entraîne des douleurs et des pleurs lors de la prise du biberon. Elles sont en général rapidement calmées par un pansement gastrique et un traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien.

- Intolérance aux protéines du lait de vache

Cette allergie aux protéines du lait de vache particulière au petit nourrisson se présente rarement par des douleurs abdominales isolées mais plus souvent elle est associée à une éruption cutanée; des vomissements ou

de mauvaises tétées, ou de la diarrhée. L'amélioration immédiate après éviction de toute alimentation contenant les protéines de lait de vache est souvent le meilleur test diagnostique et thérapeutique.

- **Purpura rhumatoïde**

Cette pathologie inflammatoire peut être révélée par des douleurs abdominales ou même une invagination intestinale avant l'apparition des lésions cutanées déclives et des atteintes articulaires classiques.

En dernier lieu, lorsque l'examen d'un enfant de moins de 3 mois est tout à fait rassurant avec une bonne courbe pondérale et une alimentation normale, on peut alors évoquer le diagnostic de «**coliques du nourrisson**» pour lesquelles les moyens thérapeutiques sont empiriques et en général peu efficaces. Il est important de rassurer les parents sur la bonne santé de leur enfant, car le facteur d'anxiété maternelle amplifie les douleurs.

Chez le nourrisson plus grand, l'examen peut ne pas permettre de diagnostic affirmatif, et, en dehors de tout critère de gravité, il est alors important de prévoir un nouvel examen clinique à distance afin d'apprécier l'évolution de la symptomatologie.

NOTES