

Séminaire S.F.M.U. 2001  
Douleurs abdominales non traumatiques

**SEMINAIRE S.F.M.U. 2001**  
**DOULEURS ABDOMINALES NON**  
**TRAUMATIQUES :**  
**prise en charge aux Urgences**

**DOULEURS ABDOMINALES DE L'ENFANT**

**Antoine BOURRILLON – Chef du service de Pédiatrie Générale et des Urgences  
pédiatriques médicales – Hôpital Robert DEBRE**

**Organisation : Collège de Médecine d'Urgence d'Ile de France**



*Société Francophone de Médecine d'Urgence*



## DOULEURS ABDOMINALES DE L'ENFANT

Les douleurs abdominales sont des symptômes très fréquents en pathologie pédiatrique.

Il existe deux types de douleurs abdominales:

- Les douleurs abdominales aiguës, récentes, diagnostic d'urgence, souvent associées à d'autres symptômes et qui relèvent habituellement d'une cause précise, médicale ou chirurgicale.
- Les douleurs abdominales chroniques, ou récidivantes, diagnostic de consultation, motivées souvent à distance des premiers symptômes et dont l'étiologie peut être difficile à cerner.

### Douleurs abdominales aiguës :

L'objectif de l'examen d'un enfant ayant des douleurs abdominales aiguës est de ne pas méconnaître une affection chirurgicale.

Un interrogatoire bien conduit, un examen clinique complet, et s'il y a lieu des examens complémentaires limités suffisent le plus souvent à préciser les étiologies.

### Éléments du diagnostic clinique

#### **1. Interrogatoire**

L'interrogatoire de l'enfant, s'il est en âge de s'exprimer, ou celui de sa famille, est rigoureux et non suggestif.

Il doit faire préciser:

- **Le contexte:**

- conflit familial apparent ou difficultés scolaire,
- antécédents de douleurs abdominales aiguës ou du même type.

Une telle éventualité pourrait inscrire, avec prudence, des douleurs abdominales aiguës dans un contexte de douleurs abdominales récidivantes.

• **Les caractères de la douleur:**

- modalités initiales: date et heure de début, situation éventuelle par rapport aux repas;
- mode brutal (en quelques secondes), rapide (en quelques minutes), progressif (en quelques heures);

siège: initial et actuel (péri-ombilical, épigastrique, hypochondre droit ou gauche, fosse iliaque droite ou gauche);

L'enfant désigne le plus souvent la région péri-ombilicale. Une topographie dans un autre territoire précisément désigné peut orienter vers une affection organique (chirurgicale).

- intensité: sévère si elle conduit à l'arrêt de l'activité des jeux ou si elle est insomnante;
  - facteurs d'exacerbation: marche, toux, inspiration profonde, mictions;
  - facteurs de soulagement: repos, vomissements, alimentation, antéflexion;
  - évolution immédiate: diminuée, inchangée, augmentée;
- évolution prolongée (sur quelques heures): intermittente, continue, paroxystique).

• **Les signes associés:**

- avant tout généraux: surtout la **fièvre** (parfois asthénie, anorexie, perte de poids);
- mais aussi:
  - digestifs: nausées, vomissements (préciser s'il y a du sang), troubles du transit inférieur: constipation ou arrêt des matières ou des gaz (préciser la date de la dernière selle et faire décrire l'aspect de celle-ci); diarrhée (préciser le nombre de selles, leur aspect, l'existence éventuelle de glaires et de pus ou de sang);
  - respiratoires: rhinorrhée, toux;
  - urinaires: brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie, anomalie de la couleur des urines: hématurie, urines foncées;
  - neurologiques: céphalées, troubles du comportement ou de la conscience;
  - arthralgies, myalgies;

Séminaire S.F.M.U. 2001

**Douleurs abdominales non traumatiques**

- purpura ou éruptions;
- signes pubertaires: premières règles.

## **2. Examen clinique**

Il comporte une étude méthodique de l'abdomen et un examen général mené de façon systématique et complète.

• **L'examen de l'abdomen**, l'enfant déshabillé et placé en décubitus dorsal, jambes demi-fléchies, comporte:

- un temps d'inspection avec recherche d'une cicatrice, d'un météorisme localisé ou diffus, l'appréciation de la respiration abdominale;
- un temps de palpation effectué de manière douce, les mains réchauffées en commençant par les régions supposées les moins douloureuses avec une attention particulière s'attachant aux réactions de l'enfant. On apprécie ainsi:
  - la souplesse, la dépressivité de l'abdomen,
  - l'existence d'un point douloureux localisé,
  - l'éventualité d'une défense (paroi partiellement dépressible) ou d'une contracture (paroi non dépressible).

On évalue aussi le volume du foie et de la rate, les fosses lombaires, les orifices herniaire;

- un temps de percussion à la recherche d'un tympanisme ou d'une matité fixe ou déclive;
- un temps d'auscultation pour l'appréciation de la pression et des bruits hydroaériques (normaux, exagérés ou absents).

Le toucher rectal, pratiqué avec douceur, peut contribuer à la recherche d'une douleur (droite, gauche, cul-de-sac de Douglas), d'une masse ou de sang.

• **L'examen général** doit avoir le même caractère systématique.

- Il apprécie le faciès de l'enfant: pâle, gris, ictérique.
- Il ne saurait omettre:
  - un examen cardio-vasculaire complet: auscultation, pouls, pression artérielle;
  - un examen pulmonaire: fréquence respiratoire, auscultation, percussion en position assise;
  - un examen des articulations et des téguments: éruption, purpura.

- un examen ORL complet.

Au terme de cet examen purement clinique, trois éventualités sont possibles:

– Une **origine chirurgicale**, la plus souvent redoutée, apparaît probable ou certaine.

L'hospitalisation urgente est décidée dans un environnement chirurgical à compétence pédiatrique où les indications de l'intervention seront précisées.

– Une **origine médicale**, la plus fréquente, est mise en évidence. Les examens complémentaires "orientés" peuvent si nécessaire confirmer le diagnostic et justifier le traitement.

– Le diagnostic est **imprécis**. Les règles d'une surveillance étroite doivent être proposées.

### Diagnostic étiologique

#### 1. Cause chirurgicale

L'origine chirurgicale recherchée en premier lieu est évidente ou probable.

##### • **L'appendicite aiguë:**

– Elle est évoquée dans sa forme typique: douleur localisée de la fosse iliaque droite, troubles digestifs (nausées, vomissements), fièvre le plus souvent modérée (38 °C), douleur à la palpation ou à la décompression de la fosse iliaque droite s'accompagnant d'une défense et parfois d'une douleur au toucher rectal. Les examens complémentaires sont le plus souvent de peu d'appoint (hyperleucocytose avec polynucléose; visualisation éventuelle d'un coprolithe appendiculaire sur l'abdomen sans préparation, niveaux liquides au niveau de la fosse iliaque droite).

– Le diagnostic, avant tout clinique, peut être plus difficile chez le jeune enfant (inférieur à 2 ans: nourrisson), ce d'autant qu'il peut être égaré par des troubles digestifs (vomissements ou diarrhée). L'enfant est le plus souvent inexaminable. Le flanc gauche est palpé en premier lieu. L'enfant retire souvent la main de l'examineur à l'abord du flanc droit. L'intervention doit être "facile" dans un tel contexte.

- **L'invagination intestinale aiguë** peut toujours être évoquée chez un nourrisson (surtout entre 6 et 18 mois) qui refuse brutalement son biberon, vomit et présente des cris aigus. Ce diagnostic est parfois plus difficile au cours de certains tableaux cliniques (formes neurologiques avec troubles du comportement, voire convulsions, ou formes "pseudo-entériques" avec diarrhée aiguë). Une tuméfaction abdominale (boudin d'invagination) peut être perçue au toucher rectal. Le diagnostic est confirmé par le lavement baryté. L'échographie pratiquée par un médecin radiologue entraîné avec un appareillage adéquat apporte actuellement des arguments diagnostiques décisifs.

Chez l'enfant plus grand, l'invagination est avant tout secondaire (75%: adénolymphite, diverticule de Meckel, rarement tumeur) et se manifeste par un tableau d'occlusion intestinale aiguë.

Le diagnostic d'invagination intestinale aiguë doit enfin toujours être évoqué dans les douleurs abdominales avec vomissements survenant chez un enfant ayant un purpura rhumatoïde.

- **L'étranglement herniaire** doit être évoqué systématiquement (palpation des orifices herniaires).

- **Les autres occlusions intestinales aiguës** évoluent dans un contexte le plus souvent évident: douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement abdominal dans les occlusions basses, et doivent faire pratiquer un examen sans préparation. L'existence de niveaux liquides sur l'abdomen sans préparation avec distension intestinale doit conduire à l'intervention qui permettra de préciser l'étiologie (bride, volvulus, syndrome de Meckel).

- La pathologie du **diverticule de Meckel** peut ainsi se révéler à l'occasion d'une intervention chirurgicale pour occlusion. Elle doit être aussi suspectée devant des douleurs abdominales récidivantes associées à des hémorragies digestives basses.

- Chez la jeune fille, la découverte d'une tumeur pelvienne ou pelvi-abdominale (toucher rectal) s'associant à des douleurs abdominales et à des vomissements, doit faire évoquer la **torsion d'une tumeur ovarienne** (kyste ou tératome).

En période pubertaire, il faut examiner la vulve et penser à un hématocolpos.

- Chez le garçon, le diagnostic de **torsion du testicule** ne peut échapper au clinicien devant des douleurs scrotales associées à un testicule augmenté de volume et très douloureux à la palpation. L'intervention chirurgicale urgente s'impose.

- On évoquera enfin plus facilement, du fait de leurs contextes d'accompagnement, d'**autres diagnostics** sévères mais rares:

- traumatisme abdominal avec tableau évoquant une perforation digestive ou une hémorragie interne;

- péritonite (avant tout appendiculaire), devant une contracture ou un pneumopéritoine sur l'abdomen sans préparation.

L'intervention chirurgicale en milieu chirurgical spécialisé proche d'une réanimation ne se discute pas dans un tel contexte.

## 2. Causes médicales

Elles sont les plus fréquentes mais ne sauraient être retenues qu'après l'exclusion de toute étiologie chirurgicale. Elles sont le plus souvent fébriles, conduisant à rechercher une cause infectieuse ou plus rarement inflammatoire, le plus souvent orientée par la coexistence de signes fonctionnels divers.

- **L'enfant est fébrile:** il faut rechercher avant tout:

Une pneumonie franche lobaire aiguë: on retiendra en faveur de ce diagnostic une fièvre élevée (supérieure à 39 °C), une asthénie, une toux, volontiers sèche, parfois la rougeur d'une pommette ou un herpès labial. Le foyer pulmonaire clinique et radiologique peut être retardé.

L'hyperleucocytose avec polynucléaires est un bon élément d'appui. La défervescence, en règle rapide sous bêta-lactamines, est habituelle.

Penser à une pneumonie franche lobaire aiguë devant toute douleur abdominale aiguë hautement fébrile, parfois apparemment isolée.

- Toutes les gastro-entérites aiguës peuvent s’accompagner ou être précédées par des douleurs abdominales: l’abdomen sans préparation peut montrer dans un tel contexte des niveaux hydroaériques.
  - Les infections de l’appareil urinaire peuvent être révélées par des douleurs abdominales parfois localisées [fosse lombaire ou hypochondre droit... (pyélonéphrite aiguë)]. Elles accompagnent plus rarement des infections urinaires basses (brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie). La recherche de nitrites par les bandelettes et l’examen cyto bactériologique des urines orienté doivent être pratiqués.
  - L’hépatite virale à la phase habituellement prodromique peut s’accompagner de vomissements dans un contexte modérément fébrile. On recherchera un subictère conjonctival, une décoloration débutante des selles ou des urines foncées. Le dosage des transaminases orientera le diagnostic.
  - Le purpura rhumatoïde peut être à l’origine de douleurs abdominales (avec ou sans invagination aiguë). Le diagnostic en est facile devant la coexistence des signes cutanés et articulaires. Il peut être plus trompeur lorsque les douleurs abdominales sont inaugurales.
  - Les angines s’accompagnent souvent de douleurs abdominales. La physiopathologie de ces douleurs n’est pas claire. Dans certains cas une adénolymphite mésentérique est mise en évidence.
- L’adénolymphite mésentérique est une éventualité fréquente chez l’enfant: il s’agit d’un tableau fébrile et douloureux survenant au cours ou au décours d’une infection rhinopharyngée ou respiratoire. Les enfants suspects d’être atteints d’une adénolymphite aiguë doivent être surveillés et réexaminés. Le diagnostic différentiel avec l’appendice aiguë est en effet difficile et peut conduire à l’intervention chirurgicale dans bon nombre de cas.

On découvre alors un appendice sain ou très peu inflammatoire et des adénopathies mésentériques uniques ou multiples parfois associées à une discrète réaction péritonéale.

Mieux vaut opérer une adénolymphite que méconnaître une appendicite.

• **L'enfant n'est pas fébrile:**

Des troubles digestifs sont associés: on peut évoquer une banale "indigestion", des vomissements "acétonémiques".

En l'absence de troubles digestifs, il faut:

- Penser avant tout aux parasitoses intestinales (oxyures, ascaris) pouvant conduire souvent à un traitement d'épreuve par Fluvermal 100 mg (1 comprimé ou 1 cuillère à café en prise unique), ou par Combantrin (1 comprimé ou 1 cuillère/mesure par 10 kg de poids chez l'enfant en une seule prise, à renouveler éventuellement deux à trois semaines plus tard en cas d'oxyurose pour éviter une auto-réinfestation).
- Rechercher selon le contexte:
  - ethnique: une drépanocytose,
  - pâleur: une anémie hémolytique aiguë,
  - syndrome œdémateux + oligurie: une glomérulonéphrite, un syndrome néphrotique,
  - syndrome polyuro-polydypsique: un diabète sucré,
  - douleurs prémenstruelles: des douleurs annexielles.
- Ne pas méconnaître enfin:
  - un reflux gastro-œsophagien,
  - un ulcère gastro-duodéal (fibroscopie gastro-duodénale),
  - une lithiase urinaire (coliques, néphrétiques) ou biliaires (abdomen sans préparation, échographie...).

### 3. Cause imprécise

Une courte hospitalisation est parfois nécessaire pour déceler la réalité de la douleur, répéter les examens cliniques, faire les examens complémentaires et juger de l'évolution immédiate.

Cette surveillance exigeante et étroite nécessite:

- le maintien à jeun ou la diète hydrique;
- l'absence de tout traitement antalgique susceptible de masquer la symptomatologie;
- des examens répétés: abdominaux mais aussi somatiques complets;
- la pratique, au besoin renouvelée, d'examens complémentaires simples: numération formule sanguine, radiographie de thorax ou abdomen sans préparation, échographie abdominale en sachant que cet examen doit être orienté vers une recherche particulière (uropathie, kyste de l'ovaire), recherche de sucres et de protéines dans les urines.

La mise en observation ne saurait se concevoir à domicile que selon certaines conditions:

- absence de toute hypothèse chirurgicale;
- contacts faciles avec la famille;
- compréhension claire par l'entourage des instructions transmises;
- surveillance régulière de la température, des urines, du transit;
- réexamens cliniques systématiques et réguliers de l'enfant.

Dès lors, trois éventualités sont possibles:

- l'apparition de signes cliniques nouveaux qui viennent secondairement apporter une certitude diagnostique;
- la disparition complète et prolongée de la douleur. Une telle symptomatologie, "non spécifique" ne saurait a posteriori être rattachée trop rapidement à une origine "spasmodique" ou "psychosomatique" sans que tous les arguments en faveur d'une organicité n'aient été soigneusement éliminés. Leur contexte est parfois le reflet d'un climat psychoaffectif particulier (anxiété, irritabilité...) qui peut tendre à la chronicité;
- la persistance de l'incertitude, qui conduit à rechercher à tout prix une origine chirurgicale en retenant comme argument probable une douleur à topographie fixe, tenace, s'accompagnant de vomissements et d'une paroi difficilement examinable si la défense n'est pas évidente.

L'intervention chirurgicale de "conviction" ou de "sécurité" peut révéler dans ce contexte une appendicite aiguë ou authentifier une adénolymphite mésentérique.

**Séminaire S.F.M.U. 2001**  
**Douleurs abdominales non traumatiques**

**Références :**

BOURRILLON A.

Douleurs abdominales aiguës – Pédiatrie pour le Praticien – Masson édition – Paris 2000

SANNIER M., CHERON G. in BOURRILLON A, CHERON G.

Douleurs abdominales de l'enfant – Urgences pédiatriques – Masson édition – Paris 2000