



Collège Hospitalier et Universitaire de Chirurgie Pédiatrique

Examen Classant National / Programme Officiel (2013)

Question N° 267

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant.

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

Pr Frédéric AUBER (Chirurgie Pédiatrique, Besançon)

Pr Christophe CHARDOT (Chirurgie Pédiatrique, Paris) et Pr Pierre VERGNES (Chirurgie Pédiatrique, Bordeaux)

I. Introduction.

Les douleurs abdominales et lombaires sont des motifs très fréquents de consultation chez l'enfant, aussi bien au cabinet d'un praticien qu'aux urgences. Dans la majorité des cas, ces douleurs sont en relation avec des étiologies bénignes ou fonctionnelles. Toutefois des étiologies très diverses peuvent être en cause, y compris des situations où le pronostic vital est susceptible d'être engagé à court terme. La priorité est d'identifier les situations et étiologies susceptibles d'engager à court terme le pronostic vital ou fonctionnel des patients. L'anamnèse et l'examen clinique sont les bases fondamentales du diagnostic. Aucun examen complémentaire n'est systématique : ils seront demandés en fonction des constatations de l'anamnèse et de l'examen clinique.

II. Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë.

A. Démarche diagnostique

La démarche diagnostique débute toujours par le recueil de données issues des éléments démographiques, anamnestiques et cliniques. Le motif de consultation, l'interrogatoire des parents et de l'enfant (s'il est en âge de décrire ses symptômes), la lecture du carnet de santé, peuvent donner des orientations diagnostiques très pertinentes. Les extrêmes urgences médicales ou chirurgicales doivent être identifiées au sein d'un large éventail de causes aux douleurs abdominales et lombaires aiguës ou chroniques. Dans certaines circonstances de détresse vitale, en particulier en cas de polytraumatisme, la démarche diagnostique sera subordonnée à la prise en charge thérapeutique urgente.

En matière de douleurs abdominales, il est souvent très utile de raisonner de manière anatomique, pour ne rien oublier :

- Quel est ou quels sont les organes qu'on palpe sous les doigts ?
- Quels sont les organes de voisinage, intra ou rétropéritonéaux ? (on passe en revue tous les organes abdominaux)
- S'agit-il d'une pathologie extra-abdominale ? (thoracique, ORL, neurologique)
- Enfin, s'agit-il d'une pathologie générale ? (diabète, maladie périodique, purpura rhumatoïde, intoxication, etc.)

1. Caractéristiques démographiques.

L'âge et le sexe du patient sont des éléments de base mais permettent déjà de hiérarchiser les étiologies. Le tableau 1 montre une distribution des diagnostics en fonction de leur fréquence et de la tranche d'âge des patients. Des diagnostics sont également spécifiques selon le sexe des patients (torsion du testicule, torsion d'annexe, kystes de l'ovaire, par exemple).

2. Motif de consultation.

Le motif de consultation est un élément d'orientation important : Le motif principal est-il la douleur ? Ou bien s'agit-il d'un autre motif (traumatisme, vomissements, fièvre, hématurie, malaise), la douleur n'étant qu'un signe associé ?

3. Anamnèse.

L'interrogatoire va chercher à déterminer si il s'agit d'une symptomatologie aiguë (évoluant depuis quelques jours), récurrente (périodiquement ou non) ou chronique (depuis plusieurs mois ou années). La date de début des signes doit être recherchée précisément, de même que la nature des premiers signes (la douleur proprement dite, ou bien la fièvre, ou les vomissements). Une description précise de l'évolution chronologique des signes sera établie. L'interrogatoire fera préciser le contexte de la symptomatologie (traumatisme, retour de pays étrangers, situations de précarité) et les éventuelles prises médicamenteuses au cours de l'évolution.

4. Antécédents.

L'interrogatoire va rechercher les antécédents (chirurgie abdominale en particulier, maladie chronique ou rare, prise médicamenteuse au long cours) ainsi que les éventuelles allergies, en particulier médicamenteuses. Certains terrains peuvent favoriser la survenue de douleurs abdominales spécifiques : mucoviscidose, drépanocytose, maladies inflammatoires du tube digestif, maladie périodique.

5. Signes fonctionnels et examen clinique

a) Généralités

La priorité est la stabilisation des enfants gravement malades ou blessés avec la prise en compte des signes de détresse vitale : les défaillances respiratoires, circulatoires ou neurologiques doivent être identifiées et prises en charge. Les gestes d'urgences nécessaires

au traitement d'une détresse vitale sont réalisés, associés à la mise en place des outils de surveillance (cardioscope et saturomètre). La douleur doit être évaluée et traitée, initialement avec des antalgiques adaptés.

Les constantes fondamentales (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle et température) doivent être mesurées et interprétées selon les valeurs normales pour l'âge. La qualité de la perfusion périphérique sera évaluée (couleur et température des extrémités, temps de recoloration cutanée). Le retentissement général (asthénie, anorexie, amaigrissement) doit être apprécié. En particulier le poids doit être noté, de même que ses variations éventuelles.

L'intensité de la douleur doit être mesurée selon des échelles validées et adaptées à l'âge : échelles d'auto-évaluation : EVS (échelle verbale simple), EVA (échelle visuelle analogique), ENS (échelle numérique simple) ; échelles d'observation comportementale chez l'enfant de 0 à 4 ans : EVENDOL par exemple (échelle Evaluation ENfant DOuLeur), ou EDIN chez le nouveau-né (Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né) ; échelles spécifiques en situations de handicap : échelle FLACC-modifiée (« Face Legs Activity Cry Consolability »). Chez le nourrisson, les douleurs peuvent se traduire par des accès de pleurs, des grimaces, ou la flexion des hanches, cuisses fléchies vers l'abdomen. Les caractéristiques de la douleur doivent être précisées : localisation initiale et migration éventuelle, zone d'intensité maximale et irradiation, durée et évolution, survenue diurne ou nocturne, périodicité éventuelle, type de sensation (crampes, brûlures, pesanteur, « coup de poignard »), facteurs d'exacerbation ou de soulagement.

Les signes fonctionnels associés sont recherchés : vomissements (alimentaires ou bilieux), troubles du transit (arrêt des matières et des gaz, diarrhée) sans oublier les signes fonctionnels des autres appareils : urinaire, pulmonaire, ORL, neurologique, cutané, etc...

L'examen clinique est réalisé chez un enfant en décubitus dorsal, avec hanches et genoux fléchis pour détendre les muscles abdominaux. Alors que la conduite de l'examen clinique d'un enfant âgé est proche de celle pour un adulte, il est souvent utile de débiter l'examen d'un enfant jeune d'abord dans les bras d'un parent pour diminuer ses craintes. Des méthodes de distractions ludiques peuvent être utiles. Dans tous les cas, l'examen doit être conduit de façon douce, calme, les mains réchauffées et en maintenant un contact verbal ou en expliquant ses gestes. L'examen doit être complet, mais la pudeur de l'enfant doit être respectée (en utilisant un drap par exemple). Les enfants âgés peuvent demander que l'examen se déroule en dehors de la présence des parents. Dans ce cas, il est utile de se faire assister d'un autre membre de l'équipe médicale ou paramédicale. L'examen clinique doit être complet, appareil par appareil, car les douleurs abdominales et lombaires sont des symptômes peu spécifiques et rencontrés dans un très grand nombre de pathologies aiguës ou chroniques, et concernant tous les appareils. Les signes fonctionnels et les signes physiques sont recherchés en parallèle pour chaque appareil. Dans le cadre des douleurs abdominales, il est en obligatoire d'examiner les organes génitaux externes.

b) Spécificités d'appareil :

Examen abdominal : il commence par l'inspection et l'auscultation. La palpation abdominale va chercher en particulier l'existence d'une défense localisée ou généralisée très évocatrice d'une urgence chirurgicale. Les signes d'irritation péritonéale, avec la douleur à la décompression, sont peu spécifiques mais orientent également vers une origine « chirurgicale ». La présence d'une masse doit être recherchée (abcès ou plastron appendiculaire, invagination, tumeur ou simplement fécalome). Les orifices herniaires doivent être inspectés à la recherche d'un étranglement herniaire. Il faut rechercher une cicatrice d'une éventuelle chirurgie abdominale.

Le toucher rectal n'est pas systématique et le bénéfice de cette exploration clinique doit être évalué selon la situation. Le consentement oral de l'enfant et des parents est nécessaire. Le toucher rectal peut être utile en cas de suspicion d'invagination (rectorragies liées au saignement de l'extrémité distale de l'invagination), ou en cas de masse (fécalome, abcès pelvien, tumeur, torsion d'annexe). Dans les autres situations, il s'agit d'un examen qui apporte peu d'information pertinente. S'il est nécessaire, il doit être réalisé avec tact et douceur, après avoir expliqué l'utilité et le déroulement de l'examen, et de préférence en utilisant une anxiolyse par administration d'un mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote (MEOPA).

Appareil génital : l'examen des organes génitaux externes doit être systématique (recherche d'une douleur scrotale, d'une imperforation hyménéale par exemple). Un interrogatoire spécifique doit être conduit chez la fille en âge d'être pubère (date des ménarches, régularité des cycles, règles douloureuses, date des dernières règles) ou d'avoir une activité sexuelle (rapports protégés ou non, contraception). Par contre, le toucher vaginal et l'examen vaginal au speculum ne sont pas indiqués chez l'enfant.

Appareil urinaire : Les signes fonctionnels urinaires sont importants à rechercher aussi bien pour les douleurs lombaires (en rapport avec une pyélonéphrite, ou une colique néphrétique), que pour les douleurs abdominales (en rapport avec une appendicite pelvienne). En particulier, on cherchera des brûlures mictionnelles, des douleurs hypogastriques permictionnelles, une hématurie, un syndrome polyuro-polydipsique. On recherchera un contact lombaire par la palpation. La bandelette urinaire est très utile pour rechercher des signes d'infection urinaire ou une hématurie microscopique. Elle permet également de vérifier l'absence de glycosurie pouvant mettre en relation les douleurs abdominales avec une acido-cétose diabétique.

Examen de l'appareil locomoteur : La mobilisation des hanches peut provoquer des douleurs abdominales ou lombaires (psôitisme dans l'appendicite par exemple). A contrario, des douleurs lombaires ou abdominales peuvent être des irradiations douloureuses en rapport avec des pathologies ostéo-articulaires (épiphysiolyse, sacro-illites, spondylodiscites par exemple).

Examen cardio-respiratoire : une toux et un foyer de râles crépitants à l'auscultation peuvent faire relier les douleurs abdominales à un foyer infectieux pulmonaire.

Examen neurologique : Certaines urgences chirurgicales, comme l'invagination intestinale aiguë, peuvent se présenter sous des formes pseudo-neurologiques avec léthargie, obnubilation et torpeur. A contrario, certaines pathologies neurologiques peuvent s'associer à des douleurs abdominales : méningites infectieuses, migraines,...

Examen cutané : pâleur, ictère, éruption cutanée. En particulier la recherche d'un purpura a une grande valeur diagnostique.

Examen ORL : recherche de signes d'infections de la sphère ORL (en particulier pharyngite, otalgie, odynophagie), pouvant s'associer à une adéno-lymphite mésentérique.

6. Synthèse de la situation clinique et identification des situations d'urgences

Au terme du recueil des données anamnestiques et cliniques, une synthèse de la situation clinique permet d'orienter la suite de la prise en charge :

- Identification des situations d'urgence.

- Etablissement d'un diagnostic, ou d'une liste de diagnostics possibles.

Cette synthèse prendra en compte l'anamnèse, l'âge de l'enfant, son sexe, les signes positifs en faveur de tel ou tel diagnostic, mais aussi les signes négatifs, et les signes atypiques

pouvant orienter vers des diagnostics différentiels. Une liste hiérarchisée de diagnostics peut être établie. Il est parfois nécessaire de revenir vers l'examen clinique pour rechercher des signes supplémentaires en faveur de ces diagnostics. Une appréciation du degré de gravité et d'urgence est réalisée.

Les signes de gravité en cas de douleurs abdominales sont les suivants :

- Terrain : nouveau-nés, nourrissons, prématurés, maladie chronique invalidante, handicap.
- Contexte : traumatisme à haute cinétique, chute d'une hauteur élevée, polytraumatisme, maltraitance.
- Caractéristiques de la douleur : douleur à début brutal, puis permanente ; douleur intense, diurne et nocturne, réveillant le patient.
- Signes fonctionnels associés : vomissements bilieux, mélaena, rectorragies.
- Signes physiques : plaie pénétrante, défense abdominale, contracture, douleur à la décompression, masse abdominale.
- Signes généraux : détresse vitale, signes de choc, altération de l'état général, altération de la conscience, déshydratation, perte de poids, fièvre.

Aucun examen complémentaire ne doit être réalisé de façon systématique. Selon les hypothèses diagnostiques, ils seront choisis en fonction de leur sensibilité, spécificité et caractères invasifs ou non. Les contre-indications et risques de certains examens à visée diagnostique doivent être pris en compte (allergie aux produits de contrastes intraveineux, importance de l'irradiation, par exemple). Dans certaines circonstances (hernie inguinale étranglée par exemple), la réalisation d'examens complémentaires est inutile, voire délétère car ils sont susceptibles de retarder la prise en charge thérapeutique. Dans la plupart des situations, si un examen d'imagerie est nécessaire pour l'établissement d'un diagnostic, l'échographie abdominale est l'examen de première intention. Les indications de la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) sont limitées. Le tableau 2 synthétise les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les indications de l'ASP chez l'enfant.

Si une origine chirurgicale est envisagée, il faudra maintenir l'enfant à jeun, la plupart du temps en mettant en place une voie veineuse périphérique pour hydratation et un traitement antalgique. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être invités à rester auprès de leur enfant, ou contactés rapidement si ils ne sont pas présents initialement.

B. Caractéristiques de certains diagnostics et examens complémentaires pertinents

Certains diagnostics d'une particulière gravité, ou fréquents en pédiatrie, sont décrits ci-dessous. Des chapitres plus détaillés existent pour certains diagnostics correspondant à des items du programme de l'ECN.

1. Urgences « chirurgicales »

a) Traumatisme abdominal (cf item 329).

Dans un contexte de traumatisme abdominal sans équivoque, ou d'un polytraumatisme, une douleur abdominale ou lombaire devra faire suspecter une complication : contusion ou fracture d'un organe plein, hémorragie interne, perforation d'un organe creux. Il peut s'agir d'un traumatisme avec ou sans rupture de la continuité cutanée : plaie (traumatisme pénétrant) ou contusion (traumatisme non pénétrant) de l'abdomen respectivement. La démarche diagnostique sera menée en parallèle de la prise en charge thérapeutique. L'identification et la prise en charge d'une éventuelle détresse vitale seront les priorités : perméabilité des voies aériennes supérieures, identification d'une défaillance respiratoire ou circulatoire, recherche d'une altération de l'état de conscience ou de signes neurologiques. Un examen clinique complet, appareil par appareil, recherchera les zones de traumatisme (zones douloureuses, abrasions cutanées, ecchymoses, hématome, déformation).

Les facteurs de gravités sont les suivants : traumatisme à haute cinétique, éjection d'un véhicule, chute d'une hauteur élevée, existence d'un polytraumatisme, détresse vitale, traumatisme pénétrant ou défense abdominale. Dans ce contexte, la prise en charge doit être multidisciplinaire avec le concours des médecins urgentistes ou des réanimateurs, des chirurgiens et de l'équipe paramédicale.

Examens paracliniques : Une fois le patient stabilisé et mis en condition de sécurité (surveillance des paramètres vitaux, voies d'abord veineuses) les examens paracliniques pourront être choisis, comportant souvent une échographie abdominale, ou un examen tomodensitométrique en cas de polytraumatisme. La radiographie d'abdomen sans préparation est rarement indiquée.

Le lecteur est invité à se référer au chapitre spécifique pour la suite de la prise en charge. Une attention particulière devra être portée si les caractéristiques du traumatisme font suspecter une maltraitance. Ces caractéristiques sont les suivantes : traumatismes rares, équivoques ou répétitifs ; incohérence entre les lésions observées et l'âge ou le mécanisme invoqué ; incohérence entre la gravité des lésions et le mécanisme invoqué ; variations dans les explications concernant les circonstances ; retard de recours aux soins ; plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire ; ecchymoses ou hématomes chez l'enfant qui ne marche pas encore, ou sur des zones cutanées non habituellement exposées ; ecchymoses multiples d'âge différent ; ecchymose reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main ; maltraitance révélée par l'enfant lui-même, un parent ou un tiers ; comportement inapproprié de l'entourage (agressivité, attitude défensive, ou indifférence vis-à-vis de l'enfant).

b) Occlusion intestinale (cf item 349).

Les douleurs abdominales sont associées à des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. Un arrêt d'émission des selles et des gaz (AMG) va s'installer. Les bruits hydro-aériques peuvent être accrus à la phase précoce, puis ils vont disparaître plus tardivement.

L'abdomen est souvent ballonné et très douloureux, voire tendu, avec une défense ou une contracture. En fonction du niveau de l'occlusion (haute ou basse) et du mécanisme (obstruction ou strangulation) la symptomatologie peut varier dans son intensité et sa sémiologie. Il faut distinguer les occlusions hautes (en amont de la valvule de Bauhin) dans lesquelles les vomissements sont souvent précoces et l'AMG plus tardives, et les occlusions « basses » (en aval de la valvule) dans lesquelles les vomissements sont plus tardifs et l'AMG plus précoce. Dans les occlusions par obstruction (tumeur, bézoard par exemple), la symptomatologie peut s'installer de façon plus progressive et moins intense, alors que dans les occlusions par strangulation (occlusion sur bride ou sur hernie étranglée par exemple) la douleur est intense, avec des signes de souffrance intestinale (défense), ou un retentissement sur l'état général (altération, détresse vitale). L'âge de l'enfant et ses antécédents sont des éléments d'orientation importants. Survenant chez le nouveau-né (occlusions néonatales), plusieurs étiologies sont à évoquer : atésie digestive, iléus méconial et volvulus intestinal pour les occlusions néonatales hautes ; maladie de Hirschsprung et syndrome du petit colon gauche pour les occlusions néonatales basses. Chez l'enfant entre 2 mois et 2 ans, voire chez l'enfant plus âgé, une invagination intestinale vue tardivement se présentera comme une occlusion intestinale par strangulation. Chez l'enfant plus grand, une occlusion fébrile est le plus souvent causée par une appendicite aiguë mésocœliaque. Un antécédent d'intervention chirurgicale devra faire suspecter une occlusion sur bride. La palpation des orifices herniaires permettra de diagnostiquer facilement une occlusion intestinale par hernie étranglée.

Les signes de gravités sont les suivants : fièvre, altération de l'état général, signes de choc, vomissements bilieux ou fécaloïdes, évolution prolongée, défense abdominale.

Examens paracliniques : En cas de tableau clinique d'occlusion chez l'enfant, avec des vomissements bilieux, la radiographie d'abdomen sans préparation est indiquée. En fonction du diagnostic suspecté, d'autres examens peuvent être utiles : échographie pour une invagination, échographie-doppler des vaisseaux mésentériques ou opacification digestive haute avec produit de contraste pour un volvulus, opacification digestive par voie rectale avec produit de contraste pour les occlusions basses, examen tomodensitométrique de l'abdomen pour les occlusions sur bride. Dans certains cas le diagnostic est purement clinique : hernie inguinale étranglée par exemple.

c) Appendicite aiguë (cf item 351).

Bien que l'appendicite puisse survenir à tout âge, le pic de fréquence en pédiatrie se situe entre 8 et 13 ans, aussi bien chez la fille que le garçon. La douleur est d'évolution récente, a fréquemment débuté dans la région péri-ombilicale pour se localiser en fosse iliaque droite (FID). Une fièvre peu élevée entre 37,8 et 38,5 °C est fréquente, de même que des vomissements. L'enfant est souvent asthénique, avec une langue saburrale, et parfois un psoriasis. Le signe clinique le plus évocateur est la présence d'une défense en FID. Des signes d'irritation péritonéale (douleur à la décompression) sont fréquemment présents.

La symptomatologie de l'appendicite aiguë peut être modifiée selon l'âge du patient, la localisation de l'appendice, le stade évolutif, et l'éventuelle prise d'antibiotiques.

Chez l'enfant jeune, avant l'âge de 5 ans, les signes infectieux sont souvent plus marqués. L'appendicite est souvent diagnostiquée à un stade plus évolué avec une fréquence accrue des appendicites perforées.

Les variations de position de l'extrémité de l'appendice vont modifier la symptomatologie :

- En cas de position sous hépatique, la douleur et la défense vont prédominer dans l'hypochondre droit, pouvant mimer la symptomatologie d'une cholécystite aiguë.

- En cas de position rétro-cæcale, la douleur peut être lombaire droite, sans défense. Le psoïtis est plus marqué, avec des douleurs lors de la mobilisation de la hanche droite en rapport avec l'irritation du muscle psoas.
- En cas de position mésocœliaque, il peut exister un iléus avec un tableau clinique d'occlusion fébrile.
- En cas d'appendicite pelvienne, il peut exister une diarrhée par irritation du rectum, éventuellement avec des épéintes et des ténésmes. Il peut également exister une pollakiurie et des douleurs abdominales hypogastriques lors des mictions, ainsi qu'une leucocyturie sur la bandelette urinaire.

Au stade d'abcès, une masse peut être identifiée à la palpation abdominale ou bien au toucher rectal, parfois associée à une fièvre fluctuante. Au stade de péritonite, les douleurs abdominales sont diffuses, avec une intense douleur provoquée par la décompression. La défense abdominale va se généraliser pour aboutir à une contracture abdominale. Une altération de l'état général va se développer, voire un état de choc d'origine infectieuse, et le pronostic vital de l'enfant est engagé.

Sous l'effet d'un traitement antibiotique inapproprié, la symptomatologie peut être amoindrie, ou bien l'évolution sera ralentie avec constitution progressive d'un abcès.

Examens paracliniques : en cas de tableau typique d'appendicite, le diagnostic clinique peut suffire. En cas de doute diagnostique ou d'éléments atypiques, des examens complémentaires sont utiles. L'examen d'imagerie de référence chez l'enfant est **l'échographie abdominale**. Il s'agit d'un examen non irradiant et facilement accessible dans les services d'urgence. L'échographie peut mettre en évidence des signes directs d'appendicite aiguë (appendice augmenté de taille, hypervascularisé, présence d'un stercolithe éventuellement), ou des signes indirects (épanchement intrapéritonéal, méso appendiculaire hyperéchogène et épaissi). L'échographie est également susceptible de mettre en évidence un diagnostic différentiel (adénolymphite mésentérique, pathologie annexielle chez la fille, tumeur, lithiase biliaire ou urinaire). Il faut toutefois rester critique sur l'interprétation des résultats de l'échographie qui **doivent être cohérents avec les signes cliniques**, car il peut exister des faux positifs ou des faux négatifs comme pour tout examen complémentaire. La radiographie d'abdomen sans préparation n'est pas recommandée pour le diagnostic d'appendicite, car peu sensible et irradiante. La radiographie d'abdomen sans préparation n'est indiquée qu'en deuxième intention en cas de suspicion d'occlusion ou de présentation clinique atypique. De même, l'examen tomodensitométrique n'est pas indiqué en première intention car irradiant, et n'apportant pas de bénéfice significativement supérieur à l'échographie chez l'enfant. Les examens biologiques ne permettent pas d'affirmer le diagnostic d'appendicite aiguë, mais peuvent soit apporter des arguments supplémentaires (hyperleucocytose), soit servir pour le diagnostic différentiel (dosage des bêta-HCG chez la fille pubère pour éliminer une grossesse ou une GEU), ou guider la surveillance. En cas d'appendicite, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et une ascension de la C-réactive protéine sont fréquentes, quoique inconstantes au début de l'évolution. En cas de doute persistant, une surveillance en hospitalisation ou en ambulatoire avec examen clinique répété peut être très utile pour poser le diagnostic une fois la symptomatologie devenue plus typique.

Les signes cliniques de gravité sont représentés par une altération de l'état général, un état de choc septique, une masse palpable, une défense généralisée, et a fortiori une contracture.

d) Invagination intestinale aiguë (cf item 349 & 350).

Survenant de façon prédominante entre l'âge de 2 mois et 2 ans, mais parfois plus tard, la symptomatologie la plus typique comporte une triade : crises douloureuses paroxystiques, vomissements, rectorragies. Parfois la symptomatologie est plus trompeuse avec des formes dites « neurologiques » dans lesquelles l'enfant est léthargique. Il faut rechercher une masse à la palpation abdominale, correspondant au segment intestinal invaginé (parfois dénommé « boudin d'invagination »), le plus souvent située dans l'hypochondre droit.

L'examen complémentaire de référence pour faire le diagnostic d'invagination est l'échographie abdominale qui va visualiser directement le segment intestinal invaginé.

Les signes de gravité sont les suivants : une évolution prolongée de plusieurs jours, une altération de l'état général, un état de choc septique, des signes de péritonite ou d'occlusion intestinale, un pneumopéritoine.

e) Péritonite (cf item 352).

Le plus souvent en rapport avec une appendicite aiguë, d'autres causes rares sont possibles et le contexte sera évocateur : entérocolite ulcéro-nécrosante chez le nourrisson prématuré, péritonite en cas de matériel prothétique dans le péritoine (drain de dialyse péritonéale, dérivation ventriculo-péritonéale). Les péritonites primitives, survenant chez l'enfant plus grand, en particulier dans le contexte d'un syndrome néphrotique, sont exceptionnelles.

Le diagnostic de péritonite est clinique. L'origine appendiculaire peut être identifiée par l'échographie mais cet examen est peu sensible pour le diagnostic de péritonite et la demande d'examen complémentaire ne doit pas retarder une prise en charge thérapeutique d'urgence. Chez le nourrisson prématuré pour lequel on suspecte cliniquement une entérocolite ulcéro-nécrosante, la radiographie d'abdomen sans préparation est utile pour confirmer le diagnostic et rechercher un pneumopéritoine.

f) Lithiase biliaire (cf item 274).

Les douleurs de l'hypochondre droit peuvent être causées par une cholécystite aiguë lithiasique. L'examen clinique recherchera des signes de complications : ictère et fièvre en rapport avec une angiocholite par migration d'un calcul dans le cholédoque ou la voie biliaire principale, ou bien douleur épigastrique transfixiante et ictère en cas de pancréatite d'origine biliaire. L'examen d'imagerie de référence est l'échographie abdominale. En cas d'ictère, un bilan sanguin hépatique est indiqué (transaminases, bilirubine totale et conjuguée) éventuellement complété par un dosage de la lipasémie.

g) Lithiase urinaire (cf item 262).

La douleur est lombaire avec des irradiations vers la région iliaque et inguinale. En l'absence d'hématurie macroscopique évocatrice, la bandelette urinaire pourra mettre en évidence une hématurie microscopique. L'examen d'imagerie de référence est l'échographie abdominale.

h) Diverticule de Meckel.

Il s'agit d'une étiologie rare de douleurs abdominales et pour cette raison difficile à diagnostiquer. Les complications d'un diverticule de Meckel sont variées : occlusion intestinale brutale sur une bride omphalo-mésentérique, occlusion fébrile sur Meckelite, ou encore hémorragie digestive avec rectorragies abondantes et déglobulisation.

i) Rétention aigue d'urines (cf item 342).

Une rétention aigue d'urines sera responsable de douleurs abdominales hypogastriques intenses. Palpation d'une masse hypogastrique douloureuse et mate à la percussion, en rapport avec le globe vésical. Les étiologies sont variées : infection urinaire, calcul, tumeur pelvienne, et parfois simplement un fécalome.

j) Hernie étranglée (cf item 48 & 286).

La palpation des orifices herniaires doit-être systématique. La palpation d'une tuméfaction douloureuse et irréductible dans la région inguinale permettra de rattacher la douleur abdominale à une hernie inguinale étranglée. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic. Les signes de gravités sont : la durée d'évolution prolongée de plusieurs heures, des signes cliniques d'occlusion, des signes inflammatoires en regard de la tuméfaction inguinale.

k) Diagnostics spécifiques du garçon : torsion du cordon spermatique, orchi-épididymite (cf item 48).

Une douleur abdominale peut correspondre à une irradiation d'une douleur inguino-scrotale en rapport avec une torsion du cordon spermatique. Certains enfants très pudiques sont susceptibles de ne pas signaler que la douleur qu'ils ressentent provient des organes génitaux externes. Pour cette raison l'examen des OGE doit être systématique en cas de douleurs abdominales. En cas de torsion du cordon spermatique, la douleur apparait de façon brutale, sans fièvre initialement. Le diagnostic est clinique et aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour l'établir. Des examens complémentaires (NFS, CRP, ECBU, et échographie scrotale) sont utiles en cas de symptomatologie faisant évoquer une orchi-épididymite : inflammation scrotale douloureuse d'apparition progressive dans un contexte fébrile.

l) Diagnostics spécifiques de la fille : torsion d'annexe, kyste ovarien hémorragique, rétention utéro-vaginale, salpingite, grossesse intra-utérine, grossesse extra-utérine (cf items 158, 22 & 24).

Torsion d'annexe et kyste ovarien hémorragique : la douleur débute de façon brutale, souvent accompagnée de vomissements. Après quelques heures d'évolution les douleurs peuvent être moins intenses, faussement rassurantes. Il peut exister une masse pelvienne douloureuse palpable dans la région hypogastrique ou au toucher rectal. L'examen de référence est l'échographie abdominale, qui doit être réalisée « vessie pleine » pour améliorer sa performance. L'échographie endo-vaginale est contre-indiquée chez la fille.

Rétention utéro-vaginale. Certaines malformations de la filière génitale peuvent se révéler à l'adolescence en raison de la rétention des menstruations en amont d'un obstacle. L'imperforation hyménéale est la plus fréquente de ces malformations, responsable de douleurs abdominales hypogastriques cycliques chez une adolescente non réglée. Une atrésie vaginale a la même symptomatologie. Le diagnostic clinique est aisé par l'examen systématique des OGE. Des malformations plus complexes (duplications utéro-vaginales) peuvent également se révéler par des douleurs abdominales hypogastriques cycliques. L'échographie abdominale est l'examen de référence pour mettre en évidence un hématoocolpos.

Salpingite, grossesse intra-utérine ou extra-utérine. Chez l'adolescente ayant une activité sexuelle, il faudra évoquer ces diagnostics. Un dosage de béta-HCG est utile en cas de douleurs abdominales chez l'adolescente. Pour la symptomatologie et la prise en charge, le lecteur est invité à se référer aux chapitres spécifiques de ces items de gynécologie.

2. Urgences « médicales »

a) Pyélonéphrite aiguë (cf item 157).

Dans un contexte de fièvre, l'étiologie d'une pyélonéphrite aiguë est évoquée quand la douleur est lombaire, mais il peut exister des irradiations antéro-postérieures vers le flanc. Des brûlures mictionnelles et une bandelette urinaire positive seront des signes évocateurs, toutefois certaines appendicites pelviennes peuvent également s'accompagner d'une leucocyturie sur la bandelette. A l'interrogatoire, il faudra s'attacher à différencier les douleurs par brûlures mictionnelles (infection urinaire probable) des douleurs hypogastriques au cours des mictions (appendicite pelvienne probable). L'ECBU est l'examen diagnostique de référence, mais l'échographie peut être utile en cas de doute diagnostique avec une origine appendiculaire.

b) Pneumopathie (cf item 151).

Une authentique pneumopathie de la base droite peut donner des douleurs de la fosse iliaque droite avec réaction de défense, et donc simuler une appendicite aiguë. Dans un contexte de fièvre, l'étiologie d'une pneumopathie sera évoquée devant une toux, des douleurs localisées dans l'hypochondre et une auscultation pulmonaire anormale. Une radiographie de thorax de face permettra de confirmer le diagnostic.

c) Purpura rhumatoïde – Syndrome hémolytique et urémique (cf item 211).

Les douleurs sont souvent très intenses, et peuvent précéder l'apparition de l'éruption cutanée purpurique typique, débutant au niveau des chevilles. Les douleurs peuvent être en rapport avec des hématomes de la paroi intestinale, mais aussi causées par des complications « chirurgicales » du purpura, en particulier l'invagination intestinale (et plus exceptionnellement une perforation intestinale). L'existence d'arthralgies est évocatrice. L'examen de référence est l'échographie abdominale. Une bandelette urinaire va rechercher une protéinurie. Le syndrome hémolytique et urémique peut se présenter avec une symptomatologie abdominale proche. Il peut exister une oligo-anurie, une diarrhée sanglante et un purpura périphérique. La numération formule sanguine mettra en évidence une anémie et une thrombopénie. Le diagnostic sera confirmé par la recherche de schizocytes dans le sang.

d) Gastro-entérite aiguë, et colites infectieuses (cf item 283).

Autre cause fréquente de douleurs abdominales, il faudra se méfier de ne pas confondre la diarrhée d'une gastro-entérite aiguë (absence de défense abdominale) avec la diarrhée réactionnelle à une irritation péritonéale (défense abdominale, douleur à la décompression et douleurs hypogastriques per-mictionnelles en rapport avec une appendicite pelvienne). Si ces signes atypiques sont présents, l'échographie abdominale permet de vérifier l'absence d'une origine appendiculaire. L'examen coprologique ou virologique des selles n'est pas

systematique. Ils seront demandés en cas de diarrhée sanglante, ou bien de retour d'un voyage à l'étranger.

e) Acido-cétose diabétique (cf item 245).

Un diabète peut se révéler dans un contexte d'urgence par une acido-cétose avec des douleurs abdominales peu spécifiques. L'interrogatoire va rechercher un syndrome polyuro-polydipsique récent. La bandelette urinaire doit faire partie du bilan clinique à réaliser en cas de douleurs abdominales. En cas de glycosurie, une glycémie capillaire sera réalisée.

f) Crise vaso-occlusive.

Il s'agit d'une cause fréquente de douleurs abdominales chez l'enfant drépanocytaire. Le diagnostic est clinique.

g) Origine œso-gastrique (cf item 268 & 269).

La pathologie ulcéreuse est rare en pédiatrie. Une gastrite ou un reflux gastro-œsophagien peuvent provoquer des douleurs épigastriques. Les caractéristiques cliniques de la douleur sont évocatrices (douleur épigastrique sans défense ni fièvre, pyrosis). Aucun examen complémentaire n'est nécessaire en urgence.

h) Origine toxique (cf item 332).

Les intoxications alimentaires, alcooliques, au cannabis, médicamenteuses, ou bien au plomb, peuvent être responsables de douleurs abdominales. C'est l'interrogatoire qui va permettre d'évoquer le diagnostic.

i) Origine migraineuse (cf item 97).

La migraine peut être une cause rare de douleurs abdominales aiguës. Toutefois, il s'agit le plus souvent de douleurs récurrentes et périodiques. Les signes évocateurs sont un terrain familial migraineux, l'existence de causes déclenchantes ou de circonstances de survenue répétées et l'existence de signes associés (céphalées, acouphènes, phosphènes, vertiges, paresthésies). La douleur disparaît au repos en quelques heures. Le diagnostic est clinique.

3. Des causes fréquentes et bénignes de douleurs abdominales.

a) Adénolymphite mésentérique.

Très fréquente chez l'enfant de moins de 10 ans. L'adénolymphite mésentérique peut être en relation avec de nombreuses infections virales bénignes. La douleur est souvent localisée en fosse iliaque droite, parfois intense, mais il n'y a pas de défense, le plus souvent. La fièvre est souvent supérieure à 38,5 °C et il peut exister de façon concomitante, mais pas toujours, des signes d'infection ORL ou respiratoire. L'état général est conservé. L'échographie abdominale est l'examen de référence, mettant en évidence la présence d'adénomégalias douloureuses au passage de la sonde, en fosse iliaque droite, alors que l'appendice est de taille normale, sans signes inflammatoires.

b) Troubles fonctionnels du transit intestinal (cf item 280 & 281).

Cause fréquente de douleurs abdominales chez l'enfant, un encombrement stercoral, le plus souvent sur un terrain de constipation chronique, peut provoquer des douleurs abdominales aiguës. Quand la symptomatologie clinique est typique aucun examen complémentaire n'est nécessaire en urgence. Toutefois l'examen clinique vérifiera l'absence de signes atypiques (présence d'une fièvre, de vomissements) et l'absence de signes de gravité (défense à la palpation). Chez le nourrisson, les coliques abdominales sont très fréquentes, mais l'examen clinique ne retrouvera aucun signe de gravité. Il faudra différencier une douleur de coliques, souvent associée à un érythème cutané par congestion vasculaire, d'une douleur d'invagination, souvent associée à une pâleur cutanée.

4. D'autres causes rares et graves de douleurs abdominales.

a) Tumeur abdominale (cf item 294).

Il faudra rechercher systématiquement une masse lombaire ou abdominale en rapport avec une tumeur. Bien qu'il s'agisse d'une cause rare de douleurs abdominales parmi les enfants consultant aux urgences, la présence d'une masse douloureuse est un mode de révélation « classique » des tumeurs abdominales. L'échographie abdominale est l'examen de référence. La découverte d'une tumeur abdominale sur l'échographie motivera la réalisation d'un examen tomodensitométrique de l'abdomen permettant de mieux préciser la nature et la localisation de la tumeur.

b) Maladies inflammatoires du tube digestif (cf item 279).

Le diagnostic est aisé si la pathologie est déjà connue, mais il s'agit parfois du mode de révélation de ces maladies inflammatoires. Des épisodes répétés de diarrhées glairo-sanglantes, des lésions abcédées de la marge anale, ou bien une cassure de la courbe staturo-pondérale sont des éléments évocateurs.

5. Douleurs abdominales d'origine psychogène

Un certain nombre d'enfants se présentent aux urgences avec des douleurs abdominales alors qu'il n'y a aucun substratum organique, ces douleurs n'étant que le reflet d'une situation psychologique difficile. C'est en général un diagnostic d'élimination effectué après plusieurs consultations ou hospitalisations. Les arguments en faveur d'une telle étiologie sont les suivants : bon état général ; douleurs ne réveillant pas l'enfant la nuit ; douleurs de siège ombilical ; exagération des douleurs à l'examen disparaissant quand on détourne l'attention de l'enfant en l'interrogeant sur ses activités, sa famille, ses jeux ; contexte de décès parmi les proches, de difficultés à l'école (« amis », enseignants), séparation des parents. Une prise en charge psychologique est alors indiquée après discussion et accord des parents.

III. Conclusion

La majorité des causes de douleurs abdominales chez l'enfant sont bénignes. En prenant en charge un enfant avec des douleurs abdominales, la priorité est la stabilisation des enfants gravement malades ou blessés avec la prise en compte des signes de détresse vitale. La seconde étape est d'identifier les étiologies engageant le pronostic vital et nécessitant une prise en charge chirurgicale ou médicale urgente. La démarche étiologique repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Les examens complémentaires seront choisis en fonction du tableau clinique, mais l'échographie est l'examen de choix dans de nombreuses situations ; d'autres examens complémentaires pourront se révéler nécessaires pour confirmer certaines hypothèses diagnostiques.

Tableau 1. Liste des principales étiologies des douleurs abdominales et lombaires de l'enfant.

< 1 mois	1 mois - 2 ans	2-12 ans	> 12 ans
<i>Causes Fréquentes</i>			
Hernie inguinale étranglée Coliques abdominales du nourrisson Reflux gastro-œsophagien	Hernie inguinale étranglée Invagination intestinale Coliques abdominales du nourrisson (< 1 an) Reflux gastro-œsophagien Gastro-entérite aiguë	Appendicite, péritonite appendiculaire Traumatismes Adénolymphite mésentérique Gastro-entérite aiguë Pyélonéphrites Pneumopathies Constipation, douleurs abdominales fonctionnelles Crise drépanocytaire	Appendicite, péritonite appendiculaire Traumatismes Kystes ovariens, torsions d'ovaire Dysménorrhées, Douleurs ovulatoires Gastro-entérite aiguë Douleurs abdominales fonctionnelles, Constipation Adénolymphite mésentérique Pyélonéphrites Colites infectieuses Pneumopathies Crise drépanocytaire
<i>Causes peu fréquentes</i>			
Traumatisme* Volvulus Occlusions néonatales ECUN (prématurés) Maladie de Hirschsprung Allergie aux protéines du lait de vache	Traumatisme* Volvulus Torsion testiculaire, Epididymites Pyélonéphrites Pneumopathies Adénolymphite mésentérique Allergie aux protéines du lait de vache	Hernie inguinale étranglée Occlusion sur bride Diverticule de Meckel Invagination intestinale Torsion testiculaire, Epididymites Cholécystite, lithiase biliaire Pancréatite Syndrome néphrotique Diabète Toxiques Purpura rhumatoïde Mucoviscidose Maladies inflammatoires intestinales Vascularites Tumeurs	Hernie inguinale étranglée Occlusion sur bride Diverticule de Meckel Cholécystite, lithiase biliaire Torsion testiculaire, Epididymites Lithiase urinaire Hématocolpos Pancréatite Gastrites, Ulcères Hépatites, hépatite fulminante Diabète Toxiques Reflux gastro-œsophagien Mucoviscidose Intolérance au lactose Maladies inflammatoires intestinales
<i>Causes rares</i>			
Appendicite, Occlusion sur bride Torsion testiculaire, Epididymites Toxiques Tumeurs Malabsorption	Appendicite, péritonite appendiculaire Occlusion sur bride Maladie de Hirschsprung Toxiques Tumeurs Malabsorption Crise drépanocytaire	Lithiase urinaire Torsion d'ovaire Gastrites, ulcère Syndrome hémolytique et urémique Hépatites, hépatite fulminante Myocardites, péricardites, Rhumatisme articulaire aiguë Toxiques Anémie hémolytique Porphyrie	Salpingites, grossesse, GEU Invagination intestinale Péritonite primitive ou sur cathéter Overdoses , intoxications alcooliques Rhumatisme articulaire aigu Tumeurs Migraine Vascularites

En bleu : diagnostics pour lesquels un avis chirurgical est nécessaire en urgence.

En gras : mise en jeu du pronostic vital du patient à court terme.

Traumatisme* : suspecter une maltraitance en cas de traumatisme équivoque, en particulier avant l'âge de la marche

Tableau 2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les indications de la radiographie d'abdomen sans préparation chez l'enfant (janvier 2009).

<i>Contexte clinique</i>	<i>Examen de première intention</i>	<i>Examen de seconde intention</i>
<i>Suspicion d'appendicite</i>	Si le diagnostic clinique est incertain, l'examen de première intention est l'échographie abdominale. Son interprétation, prudente, devra être confrontée à l'avis chirurgical.	La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) n'est indiquée qu'en deuxième intention en cas de présentation atypique ou de suspicion d'occlusion.
<i>Douleurs abdominales avec examen clinique normal</i>	L'imagerie n'est indiquée qu'en cas de douleurs nocturnes ou récidivantes ou d'orientation chirurgicale. La technique recommandée est l'échographie.	L'ASP est indiqué que si l'échographie n'est pas contributive.
<i>Vomissements</i>	L'ASP n'est indiqué qu'en cas de vomissements bilieux si on soupçonne une occlusion intestinale.	
<i>Rectorragies et méléna</i>	La technique d'imagerie recommandée est l'échographie.	L'ASP n'est indiqué qu'en cas de de suspicion d'entérocolite ulcéro-nécrosante chez le nouveau-né.
<i>Constipation</i>	L'ASP n'est pas indiqué	
<i>Maladies inflammatoires chronique de l'intestin</i>	L'ASP n'est indiqué qu'en cas d'exacerbation aiguë, pour visualiser une colectasie ou un pneumopéritoine.	
<i>Maladie de Hirschsprung</i>	ASP en cas de suspicion d'occlusion ou de perforation	
<i>Masse abdominale ou pelvienne</i>	L'examen de première intention est l'échographie abdominale. Elle est souvent complétée par un examen TDM ou IRM	L'ASP reste indiqué en deuxième intention pour faciliter la reconnaissance de calcifications tumorales.
<i>Suspicion de lithiase urinaire</i>	L'examen de première intention est l'échographie abdominale.	L'ASP est indiqué si l'échographie n'est pas contributive.
<i>Infection urinaire fébrile confirmée par ECBU</i>	L'examen de première intention est l'échographie abdominale.	L'ASP n'est pas indiqué.
<i>Enurésie</i>	Aucune imagerie n'est indiquée.	
<i>Traumatisme abdominal</i>	L'examen de première intention pour un traumatisme abdominal isolé est l'échographie abdominale. En cas de polytraumatisme, un examen TDM est indiqué.	
<i>Ingestion de corps étranger</i>	L'ASP reste indiqué, surtout pour les corps étrangers acérés ou potentiellement toxiques	