

Diagnostic d'une douleur abdominale

F Gottrand, Clinique de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU Lille.

correspondance : F Gottrand,
Unité de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition,
Clinique de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre,
1 place de Verdun
59037 Lille cedex
tel : 03 20 44 68 85
fax : 03 20 44 59 63
e-mail : fgottrand@chru-lille.fr

Les douleurs abdominales représentent un des motifs les plus fréquents de consultation en pédiatrie. On distingue habituellement les douleurs abdominales aiguës de causes le plus souvent organiques dominées par des affections chirurgicales des douleurs abdominales récurrentes le plus souvent fonctionnelles. Le diagnostic d'une douleur abdominale sera avant tout déterminé par une analyse sémiologique (anamnèse, interrogatoire) la plus précise possible, et par l'examen clinique. La place des examens complémentaires doit rester limitée, fonction des hypothèses cliniques ou se résumer à des examens d'orientation simples. Le clinicien se trouve en pratique devant un double piège : banaliser des douleurs abdominales qui se révéleront être d'origine organique ou envisager à tort une organicité avec le risque de proposer à l'enfant et sa famille des examens complémentaires coûteux et invasifs, et qui risquent de les fixer encore plus sur ce symptôme.

1) Douleurs abdominales aiguës. Chez le nourrisson les douleurs abdominales aiguës sont dominées par les causes chirurgicales (invagination, étranglement herniaires, torsion de testicule...) (Tableau I). Si la sémiologie classique de l'invagination intestinale est très caractéristique (douleurs abdominales intermittentes associées à des vomissements et la présence de sang dans les selles), le tableau initial peut se limiter à des coliques fréquentes avec changement ou modifications des cris du nourrisson. L'échographie permet le diagnostic et le lavement baryté ou à l'air constitue le traitement de première intention de l'invagination. Chez l'enfant plus grand, les douleurs abdominales aiguës sont dominées par l'appendicite aiguë, se révélant volontiers chez les plus jeunes (âge inférieur à 5 ans) par une complication (perforation, péritonite) alors que le tableau classique de l'adulte est plutôt rencontré chez l'enfant de 10-11 ans. Les signes généraux sont au début peu marqués, associant une fièvre à 38°C, 38,5°C, un syndrome inflammatoire et une polynucléose neutrophile uniquement chez l'enfant plus âgé. L'examen abdominal peut être difficile et ne retrouve pas toujours une défense de l'hypochondre droit. La radiographie d'abdomen sans préparation élimine une complication, mais peut retrouver un stercolithe qui signe le diagnostic. L'échographie abdominale peut être très contributive au diagnostic d'appendicite, par la mise en évidence du stercolithe, d'un épaissement pariétal, de signes d'inflammation avec hypervascularisation, épanchement localisé voire masse périappendiculaire.

Peu de données existent sur la prévalence et la part respective des différentes étiologies de douleur abdominale aiguë de l'enfant. Ainsi les douleurs abdominales évoluant depuis moins de 3 jours représentaient 5,1 % des consultations en urgence des enfants de 2 à 12 ans dans un hôpital américain [1]. Les 6 diagnostics principaux, représentant 84 % des étiologies étaient une infection respiratoire haute ou une otite (18,6 %), une pharyngite (16,6 %), un syndrome viral (16 %), une douleur abdominale sans cause retrouvée (15,6 %), une gastroentérite (10,9

%) et une maladie aiguë fébrile (7,8 %). Seuls 1 % des patients présentaient une affection chirurgicale (majoritairement une appendicite) [1].

2) Les douleurs abdominales chroniques ou récidivantes sont fréquentes, touchant 10 à 15 % des enfants d'âge scolaire [2]. La définition la plus communément admise des douleurs abdominales récurrentes comporte la présence d'au moins 3 crises douloureuses d'intensité suffisante pour perturber l'activité habituelle de l'enfant depuis au moins 3 mois (critères d'Apley) [3]. Même si les progrès récents des examens complémentaires ont permis de leur reconnaître plus souvent une cause organique (Tableau II), les douleurs abdominales restent dans la grande majorité des cas d'origine fonctionnelle. La présence de caractéristiques sémiologiques évocatrices d'une cause fonctionnelle (Tableau III) permet de rassurer l'enfant et sa famille, d'éviter tout examen complémentaire inutile. Une prise en charge de l'enfant et de sa famille (correction des déséquilibres diététiques et d'hygiène de vie éventuels, suivi médico-psychologique, cahier de la douleur...) doit être proposée à ce stade sans nier ni banaliser le symptôme. Une évaluation sémiologique précise permet de distinguer les douleurs récidivantes hautes (type dyspepsie dans laquelle on peut distinguer les dyspepsies type reflux, type gastrite et type moteur), basses (syndrome de l'intestin irritable ou colopathie avec constipation ou diarrhée), ou sans localisation (douleur abdominale chronique fonctionnelle) ou mixtes [4]. Cette démarche, parfois difficile chez le petit enfant qui sait mal localiser ses symptômes et souvent mal décrire le type de douleur, permet cependant de mieux orienter la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique. Des études de suivi au long cours de patients porteurs de douleurs abdominales récurrentes ont montré que 1/3 à 1/4 d'entre eux gardaient des symptômes abdominaux ou des céphalées à l'âge adulte [5].

A l'inverse certains signes cliniques doivent faire évoquer une étiologie organique : douleurs réveillant l'enfant, provoquée par les aliments, s'associant à une altération de l'état général, une diarrhée chronique, une fièvre, ou irradiant dans le dos ou les flancs.

La constipation ou rétention stercorale occupe une place importante par sa fréquence dans les douleurs abdominales récidivantes de l'enfant et parfois même se présente comme une douleur aiguë pseudoappendiculaire. Son diagnostic clinique repose tout autant sur la rareté d'émission des selles (moins de 3 selles par semaine chez l'enfant de plus de 3 ans), que sur la difficulté d'émission des selles ou la consistance anormale des selles [6]. Le toucher rectal peut être réalisé à tout âge après avoir rassuré l'enfant et lui avoir expliqué le geste, et permet le diagnostic en retrouvant un encombrement stercoral de l'ampoule rectale. La radiographie d'abdomen sans préparation est également souvent contributive montrant l'encombrement du rectum et/ou du cadre colique. Son interprétation reste cependant subjective en l'absence de critères validés chez l'enfant et peut parfois faire porter à tort ce diagnostic, alors qu'une autre cause de douleur abdominale est présente.

3) Place d'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) dans les douleurs abdominales récurrentes.

Si la relation causale entre les symptômes et l'infection à *H. pylori* est parfaitement démontrée pour les (très rares) enfants porteurs d'ulcère gastrique ou duodéal, il n'en est pas de même pour la gastrite où les liens entre les symptômes (et en particulier les douleurs abdominales) et l'infection restent à prouver [7]. Parmi les symptômes rapportés chez les enfants infectés, les douleurs abdominales sont les plus fréquents, observées chez 40 à 90 % des enfants selon les séries. Cette fréquence très élevée est probablement biaisée par le fait qu'il s'agit d'enfants vus en consultations spécialisées pour des symptômes récidivants ou adressés pour endoscopie, parmi lesquels se rencontrent souvent des enfants porteurs d'un ulcère gastrique ou duodéal. Il faut par ailleurs rappeler que l'infection à *H. pylori* peut être

complètement asymptomatique, retrouvée lors de dépistage systématique chez 7 à 13 % des enfants autochtones dans les pays développés et 19 à 50 % des enfants d'origine étrangère [7].

L'ulcère gastrique ou duodéal est rare chez l'enfant mais fréquemment associé à une infection à *H. pylori*, respectivement dans 11 à 75 % et 33 à 100 % des cas. Dans ce cas, des douleurs abdominales sont le plus souvent présentes et peuvent être rattachées à l'infection. Elles sont fréquemment intenses, épigastriques, rythmées par l'alimentation, s'accompagnant volontiers d'un amaigrissement et d'hémorragie digestive. Le traitement de l'ulcère et l'éradication de l'infection à *H. pylori* permet la disparition des symptômes et prévient la récurrence de l'ulcère.

A l'inverse, en l'absence d'ulcère, l'existence de douleurs abdominales ne permet pas de différencier les enfants infectés des non infectés [8]. De plus parmi les enfants infectés il n'y a pas plus d'enfants présentant des douleurs abdominales que chez les non infectés [9]. En fait, la définition des douleurs abdominales habituellement prise en compte dans ces études varie d'une équipe à l'autre, et n'est le plus souvent pas précisée du fait des difficultés pour l'enfant jeune d'en dégager les caractéristiques sémiologiques et de l'absence de score de douleurs abdominales validé en pédiatrie. Cependant certaines études, utilisant des questionnaires cliniques évaluant plus finement la sémiologie font apparaître quelques caractéristiques de la douleur liées à l'infection telle leur localisation épigastrique ou leur caractère à type de brûlure [10].

Certains travaux ont montré une amélioration des symptômes après traitement de l'infection, mais il est difficile de distinguer, dans ces études ouvertes, l'efficacité du traitement de l'effet placebo. Cette évolution favorable de la symptomatologie après éradication n'a, de plus, pas été retrouvée dans la majorité des autres études publiées. Ainsi dans une revue de toutes les études publiées avant 1995, si on applique les critères d'Apley pour définir les douleurs abdominales récidivantes (cf supra), seuls 0 à 9 % (médiane : 6 %)

des enfants infectés par *H. pylori* sont symptomatiques [11]. Au total, comme le suggèrent plusieurs travaux chez l'adulte dans la dyspepsie non ulcéreuse où *H. pylori* est responsable de douleur abdominale chez moins de 10% des patients, on peut conclure que *H. pylori* est sans doute responsable de douleurs abdominales chez l'enfant mais chez une très faible proportion d'entre eux.

4) La stratégie des examens complémentaires n'est pas parfaitement codifiée, dépendant du type de recrutement et de la disponibilité des explorations. Une enquête réalisée il y a quelques années auprès de 44 membres du Groupe Francophone d'Hépatologie Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques retrouvait que les examens pratiqués en première intention devant des douleurs abdominales récurrentes étaient une enquête diététique dans 80 % des cas, une radiographie d'abdomen sans préparation dans 50 % des cas, une fibroscopie digestive haute en cas de trouble dyspeptique dans 50 % des cas, une échographie abdominale dans 40 % des cas et plus rarement un bilan inflammatoire, un examen cytobactériologique des urines, un examen parasitologique des selles dans 30 % des cas. D'autres examens (transit oesogastroduodéal, pH-métrie, rectosigmoidoscopie, test respiratoire, bilan allergologique, test de perméabilité intestinale, manométrie anorectale) n'étaient réalisés que beaucoup plus rarement, en deuxième intention et en fonction de l'orientation clinique.

Devant des douleurs abdominales sans caractère sémiologique d'organicité, aucun examen complémentaire n'est utile. Cependant, en cas d'échec de la prise en charge de la douleur, ou pérenisation des symptômes, des examens complémentaires d'orientation peuvent être nécessaires (Tableau IV). La coproculture n'est d'aucune utilité dans cette indication.

La place de l'endoscopie digestive haute est bien codifiée et se justifie quand une pathologie organique oesophagienne, gastrique ou duodénale est suspectée (Tableau V) [12].

La place de l'échographie abdominale est par contre plus difficile à apprécier. Ainsi dans une série de 120 enfants ayant eu une échographie systématique pour exploration de douleur abdominale récurrente, cet examen ne permettait de mettre en évidence la cause des douleurs que chez 2 patients [13]. Il faut noter de plus que dans cette étude, l'échographie révélait des anomalies chez 6 autres patients (lithiase vésiculaire, anomalie urologique) qui n'étaient pas en rapport avec les douleurs ("incidentalome") qui portaient le risque de renforcer à tort l'enfant et/ou sa famille dans le sentiment qu'il y a une cause organique à ces douleurs.

Chez l'adulte, bien qu'il existe un certain nombre de stratégies décisionnelles publiées définissant la place respective des examens complémentaires et du traitement empirique en fonction du type de dyspepsie présentée par le patient, peu ont été évalués sur le plan de leur utilité (confort pour le malade, coût, bénéfice en terme de santé...) [14]. Ainsi le problème n'est actuellement pas réglé chez l'adulte non plus et une démarche individuelle adaptée à chaque patient reste recommandé par la plupart des auteurs [14].

Conclusion

Les douleurs abdominales constituent un syndrome hétérogène recouvrant des étiologies très diverses. Seule une démarche sémiologique rigoureuse permet le démembrement de ce symptôme et une meilleure définition des douleurs à explorer.

Références

1. Choler S.J., Pituch K., Orr D., Dittus R.S. 1996. Clinical outcome of children with acute abdominal pain. *Pediatrics* 98: 680-685
2. Turck D. 1998. Douleurs abdominales chroniques de l'enfant. *Rev Prat (Paris)* 48 : 369-375.
3. Apley J., Naish N. 1958. Recurrent abdominal pain. A field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 33 : 165-170.
4. Hyams J.S., Hyman P.E. 1998. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr* 133 : 473-478.
5. Lindberg T. 1994. Recurrent abdominal pain in childhood. *Acta Paediatr* 83 : 775-776.
6. Gottrand F. La constipation de l'enfant : stratégie des examens complémentaires. In : J Navarro, C Faure eds, La constipation de l'enfant, Laboratoires Zyma, Paris, 1995 : 57-61
7. Gottrand F. 2000. Place d'*Helicobacter pylori* dans les douleurs abdominales de l'enfant. *Arch Pédiatr* 7 : 197-200.
8. Blecker U., Hauser B., Lanciers S., Keymolen K., Vandenplas Y. 1996. Symptomatology of *H. pylori* infection in children. *Acta Paediatr* 85: 1156-1158.
9. Bode G., Rothenbacher D., Brenner H., Adler G. 1998. *Helicobacter pylori* and abdominal symptoms : a population-based study among preschool children in southern Germany. *Pediatrics* 101 : 634-637.
10. Rutigliano V., Ieradi E., Francavilla R., Castellaneta S., Margiotta M., Amoruso A., et al. 1999. *H. pylori* and nonulcer dyspepsia in childhood: clinical pattern, diagnostic techniques, and bacterial strains. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 28 : 296-300.
11. Macarthur C., Saunders N., Feldman W. 1995. *H. pylori*, gastroduodenal disease, and recurrent abdominal pain in children. *JAMA* 273 : 729-734.
12. Lifschitz C.H. 1994. Indications de l'endoscopie du tractus digestif supérieur chez le nourrisson, l'enfant, l'adolescent. *Acta Endosc* 24 : 125-130.
13. Wever V., Strandberg C., Paerregaard A., Krasilnikoff PA. 1997. Abdominal ultrasonography in the diagnostic work-up in children with recurrent abdominal pain. *Eur J Pediatr* 156 : 787-788.
14. Talley N.J., silverstein M.D., Agreus L., Nyren O., Sonnenberg A., Holtmann G. 1998. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 114 : 582-595.

Tableau I : Principales causes de douleurs abdominales aiguës de l'enfant

Causes chirurgicales

- Appendicite
- Invagination intestinale
- Torsion d'annexe ou de testicule
- Occlusion sur bride
- Etranglement herniaire
- Volvulus intestinal sur mésentère commun
- Accident sur diverticule de Meckel

Causes médicales

- Adénolymphite mésentérique
- Gastroentérite
- Infection urinaire
- Pneumopathie
- Infections ORL (angine, sinusite)
- Purpura rhumatoïde
- Hépatite virale
- Hydrocholécyste
- Glomérulonéphrite aiguë, syndrome néphrotique
- Pancréatite
- Acidocétose diabétique

Tableau II : Principales causes organiques de douleurs abdominales récurrentes de l'enfant

Causes digestives

- Reflux gastro-oesophagien
- Dyspepsie non ulcéreuse
- Gastrite (*H. pylori*)
- Ulcère gastrique ou duodéal
- Intolérance au lactose
- Parasitoses intestinales
- Maladies inflammatoires du tube digestif
- Troubles fonctionnels intestinaux
- Constipation
- Pancréatite chronique
- Lithiase vésiculaire
- Kyste du cholédoque

Causes extradigestives

- Uropathie malformative
- Lithiase urinaire
- Causes gynécologiques
- Migraine abdominale
- Hypertension intracrânienne
- Epilepsie abdominale
- Hypertension artérielle
- Maladie périodique
- Drépanocytose
- Saturnisme

Tableau III : Caractéristiques des douleurs abdominales récurrentes fonctionnelles

- Chroniques évoluant souvent depuis de nombreux mois
- Périombilicale sans irradiation
- De survenue diurne exclusive
- Sans altération de l'état général
- Isolées sur le plan clinique
- Influencées par des facteurs extérieurs de stress (activité scolaire...)

Tableau IV : Examens complémentaires d'orientation devant des douleurs abdominales récidivantes

- Numération formule sanguine
- Vitesse de sédimentation
- Transaminases plasmatiques
- Amylasémie
- Bandelette urinaire +/- examen cytbactériologique des urines
- Echographie abdomino-pelvienne
- Radiographie d'abdomen sans préparation
- Recherche de sang dans les selles
- Examen parasitologique des selles
- Test à l'hydrogène expiré (lactose)

Tableau V : Caractéristiques des douleurs abdominales justifiant la réalisation d'une endoscopie digestive haute (d'après [12])

- Localisées dans l'épigastre
- Invalidantes
- Rythmées par les repas
- Associées à un réveil nocturne
- Associées à des nausées et vomissements
- S'accompagnant d'une altération de l'état général
- Associées à une hémorragie digestive