



■ Abréviations

- APLV : Allergie aux protéines lait vache
- IIA : Invagination intestinale aiguë
- MICI : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Objectif principal : ne pas méconnaître une affection chirurgicale :

- notion de traumatisme, d'intervention (recherche de cicatrices abdominales) et le contexte général en particulier familial ;
- les caractéristiques de la douleur, le siège. L'enfant désigne souvent la région péri-ombilicale, une topographie localisée peut orienter vers une cause organique ;
- les signes associés généraux (en particulier la fièvre) ;
- l'examen clinique spécifique apprécie la souplesse et la dépressivité de l'abdomen, un point douloureux localisé, des signes d'irritation péritonéale (douleur aggravée par la mobilisation, la décompression), les fosses lombaires, les orifices herniaires et la présence d'une masse abdominale.

(2) Occlusions : douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement abdominal. Présence de liquides sur la radiographie de l'abdomen sans préparation. L'existence de niveaux liquides avec distension intestinale doit conduire à un avis chirurgical (bride, volvulus, maladie de Hirschsprung).

(3) Appendicite aiguë :

- Forme typique : douleur de la fosse iliaque droite, 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 souvent peu contributifs (polynucléose, visualisation d'une stercolithe appendiculaire sur l'abdomen sans préparation, niveaux liquides au niveau de la fosse iliaque droite). L'échographie abdominale peut retrouver une douleur au passage de la sonde, visualiser l'appendice, sa taille, une infiltration des tissus environnants, une hypervascularisation locorégionale, voire un épanchement.
- Le diagnostic est difficile avant 2 ans (parfois fièvre élevée, vomissements ou diarrhées).
- La péritonite, avant tout appendiculaire, est à évoquer devant une contracture associée, ou un pneumopéritoine sur l'abdomen sans préparation.

(4) L'adénolymphite mésentérique réalise un tableau fébrile et douloureux survenant au décours d'une infection rhino-pharyngée ou respiratoire. Le diagnostic différentiel avec l'appendice

aigu est difficile et justifie que les enfants soient surveillés et réexaminés.

(5) IIA à évoquer surtout avant 2 ans : refus du biberon, vomissements et cris aigus par crises. Diagnostic parfois difficile dans certains tableaux cliniques : formes neurologiques, convulsions, ou formes « pseudo-entériques » avec diarrhée. Une masse abdominale (boudin d'invagination) peut être perçue au toucher rectal. Le diagnostic est confirmé par l'échographie, ainsi que par le lavement à l'air qui permettra le plus souvent la réduction.

Chez l'enfant plus grand, l'IIA est avant tout secondaire et se manifeste par un tableau d'occlusion. Le diagnostic doit toujours être évoqué dans les douleurs abdominales avec vomissements survenant chez un enfant présentant un purpura rhumatoïde.

(6) L'étranglement herniaire : palpation systématique des orifices herniaires.

(7) Jeune fille : une masse pelvienne ou pelvi-abdominale, associée à des douleurs abdominales et des vomissements, doit faire évoquer la torsion d'une tumeur ovarienne. En période pubertaire, il faut examiner la vulve et penser à un hématoocolpos. La possibilité d'une grossesse doit être présente à l'esprit, y compris extra-utérine.

(8) Garçon : des douleurs scrotales associées à un testicule augmenté de volume et très douloureux à la palpation doivent faire évoquer le diagnostic de torsion du testicule et une intervention urgente.

(9) Une pneumonie franche lobaire aiguë : une fièvre élevée (> 39 °C), une asthénie, une toux sèche, parfois la rougeur d'une pommette ou un herpès labial sont en faveur de ce diagnostic. Le foyer radiologique peut être retardé. La polynucléose est fréquente.

(10) Infections urinaires : les douleurs abdominales peuvent être révélatrices. La recherche positive de leucocytes et/ou nitrites par bandelette doit faire pratiquer un examen cytotobactériologique des urines.

(11) Hépatite virale : peut s'accompagner à la phase prodromique de vomissements. Un subictère conjonctival, une décoloration des selles et/ou des urines foncées et le dosage des transaminases orienteront le diagnostic.

(12) Purpura rhumatoïde : les douleurs abdominales peuvent être présentes avec ou sans invagination aiguë. La coexistence des signes cutanés et articulaires facilite le diagnostic mais le tableau peut être plus trompeur lorsque les douleurs abdominales sont inaugurales.

(13) Les angines streptococciques s'accompagnent souvent de douleurs abdominales.

(14) Atteinte du myocarde ou du péricarde : une fatigue anormale, un essoufflement important d'abord à l'effort puis au repos, des douleurs thoraciques, des palpitations peuvent être associés aux douleurs abdominales, évoquant une défaillance cardiaque. Hospitalisation urgente.

(15) En cas d'APLV, les signes digestifs et notamment les douleurs abdominales sont présents dans plus de la moitié des cas.

(16) La maladie périodique dans sa phase aiguë : douleurs abdominales aiguës d'évolution le plus souvent spontanément favorable, fièvre et douleurs articulaires. L'origine ethnique et l'histoire familiale, voire l'enquête génétique peuvent aider au diagnostic.

(17) En l'absence de troubles digestifs, penser :

- aux parasitoses intestinales (oxyures, ascaris) ;
- selon le contexte :
 - ethnique : une drépanocytose,
 - pâleur : une anémie hémolytique aiguë,
 - syndrome œdémateux et oligurie : une glomérulonéphrite, un syndrome néphrotique,
 - syndrome polyuro-polydipsique : un diabète sucré,
 - douleurs prémenstruelles : dysménorrhées ;
- sans méconnaître :
 - un ulcère gastroduodéal qui peut justifier une fibroscopie,
 - une lithiase urinaire ou biliaire (abdomen sans préparation, échographie...).

(18) Imagerie : peu d'exams sont nécessaires : abdomen sans préparation, échographie abdominale, voire tomographie dans les situations les plus difficiles.

■ Liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Correspondance :

Adresse e-mail : haas.h@pediatrie-chulival-nice.fr (H. Haas)

■ Références

Bourrillon A. Douleurs abdominales aiguës. Pédiatrie pour le Praticien, 6^e édition. Elsevier-Masson. Paris. 2011, p. 365-73.

Gary Fleisher, Stephen Ludwig MD. Textbook Of Pediatric Emergency Medicine, 6th edition. Lippincott. Williams & Wilkins. 2010.