

# DOULEURS ABDOMINALES CHEZ L'ENFANT

---

ORATRICE: DR PAIN LAURENCE - PÉDIATRE

MODÉRATRICE: DR SEBAHAT DERSAN – MÉDECIN GÉNÉRALISTE



# PLAN

---

1. Quelques histoires cliniques
2. Détecter l'urgence chirurgicale
3. Démarche à suivre devant des D+ abdominales
  - Anamnèse
  - Examen clinique
  - Quand référer? « Red flags »
  - Examens complémentaires (?)
4. Troubles fonctionnels intestinaux (TFI)
  - Définition
  - Modèle bio-psycho-social
  - Traitement des TFI
5. Pièges à éviter !
4. Take Home Message



# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Thomas, 12 ans

- D+ abdominales « depuis toujours »
- Péri-ombilicales
- Pas de réveil nocturne
- Transit à priori normal
- Pas de N\* ni V\* associés
- Absentéisme scolaire
- Pas de répercussion sur appétit

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Examen clinique normal
- Courbe de croissance normale

→ Quel bilan réaliser ?

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Agathe, 9 ans

- Selles glairo-sanguinolentes depuis 2 mois
- Se réveille la nuit pour aller à selles
- Douleurs abdominales flanc D, fluctuantes et des douleurs au niveau de l'anus
- Pas de N\* ni V\* associés
- Appétit conservé

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Sensibilité FID et flanc D, sans défense
- Fissures anales
- Cassure de la courbe de poids

→ Quel bilan réaliser?

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Mathéo, 13 ans

- Epigastralgie depuis 2 mois
- N\* sans V\*
- Appétit fluctuant
- Transit normal

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Sensibilité épigastrique à l'examen clinique
- Pas de cassure de la courbe de poids

→ Quelles questions supplémentaires poser ?

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Julie, 15 ans

- D+ épigastriques récurrentes depuis 2 semaines, décrites en coup de poignard
- Transit normal
- N\* et V\* lors des crises douloureuses

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Sensibilité épigastrique et hypochondre D
- Pâlotte, subictérique

→ Quel bilan réaliser?

# I. QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Eleonore, 10 ans

- Vomissements « cycliques »
- D+ abdominales diffuses
- Décrochage scolaire

→ Que redoutez-vous?

---

**2. Avant toute chose, détecter  
l'urgence chirurgicale!**

## 2. AVANT TOUTE CHOSE, DÉTECTER L'URGENCE CHIRURGICALE!

---

Clovis, 12 ans

- D+ FID depuis 1 semaine
- Subfébrile
- Selles + liquides
- Bio: CRP à 40mg/dL GB normaux
- Ex clinique: obèse, sensibilité FID, sans défense ni rebond. Pas de psoïtis
- US 1: appendice normal
- US 2: appendice non visualisé, adénite mésentérique, pas de liquide dans le ventre

## 2. AVANT TOUTE CHOSE, DÉTECTER L'URGENCE CHIRURGICALE!

---

### Georges, 6 semaines

- Vomissements alimentaires, puis bilieux depuis moins de 24h
- Altération de l'état général
- Ex clin: grincheux, FANT, ACP nle, abdo ballonné, transit très lent
- Bio: pas de SI, glyc normale, Bicar 16
- US: peu contributive, liquide anses digestives (GEA?)

## 2. AVANT TOUTE CHOSE, DÉTECTER L'URGENCE CHIRURGICALE!

---

Les plus fréquentes étant:

- Appendicite aiguë
- Invagination
- Torsion de l'ovaire
- Hernie inguinale étranglée

# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

Exclure une pathologie organique ...

Attention que l'intensité des douleurs et la gravité de la  
maladie sont 2 choses différentes

# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---



- Anamnèse

- 1) Caractériser la D+ →

- Ancienneté
    - Mode de début
    - Type, durée, intensité
    - Allure évolutive (paroxystique ou permanente)
    - Siège, irradiation
    - Rythme dans la journée - P/r aux repas, aux selles, au stress, au sommeil



# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

- Anamnèse

- 2) Signes d'accompagnement →

- Fièvre, AEG
- Céphalées
- Vomissements
- Diarrhée
- Ictère
- Aphtes



# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

- Anamnèse

- 2) Signes d'accompagnement →

- Anorexie
- Constipation
- Prurit anal
- Lien avec les règles
- Lien avec aliments (lait, ...)
- Troubles urinaires

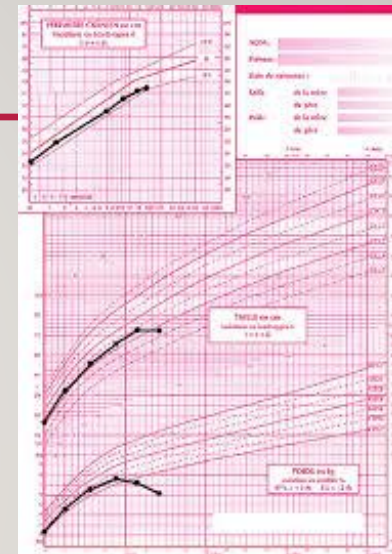
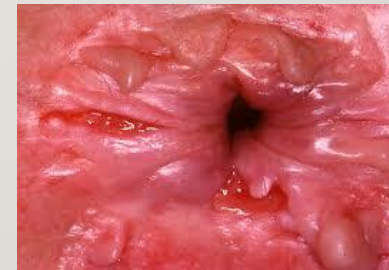



- 3) ATCD familiaux

# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

- Examen clinique

- 1) Le poids et la taille
- 2) La puberté
- 3) L'état général
- 4) La tension artérielle
- 5) L'examen neurologique
- 6) L'abdomen (selles, masse, HSM)
- 7) L'anus
- 8) La bouche



	ÂGE	MIN	NORMALE	MAX
	1 à 12 mois	75 / 50	90 / 60	100 / 75
	1 à 5 ans	80 / 55	95 / 65	110 / 79
	6 à 13 ans	90 / 60	105 / 70	115 / 80
	14 à 19 ans	105 / 73	117 / 77	120 / 81

# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

- Quand référer ? « Red flags »
  - 1) Douleurs à distance du nombril, en particulier si persistance en FID ou dans l'hypochondre droit
  - 2) Dysphagie
  - 3) Vomissements répétés
  - 4) Pertes de sang digestives
  - 5) Diarrhées chroniques ou nocturnes



# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

- Quand référer ? « Red flags »

- 6) Douleur nocturne réveillant l'enfant
- 7) Fièvre non expliquée
- 8) Arthrite
- 9) Perte de poids involontaire
- 10) Perturbation de la croissance



# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

- Quand référer ? « Red flags »

- l1) Pertes des performances
- l2) Retard pubertaire
- l0) Troubles du cycle menstruel
- l1) Anamnèse familiale (MICI, cœliaquie, maladie ulcéreuse, H. Pylori)
- l2) Examen clinique anormal (palpation pathologique, HM, SM, anomalies périanales)



### 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

En cas d'anamnèse rassurante, d'examen clinique complet normal, plaidant pour des d+ abdominales fonctionnelles → pas d'examen complémentaire  
mais ...

# 3. DÉMARCHE À SUIVRE DEVANT DES D+ ABDOMINALES

---

- Examens complémentaires

- 1) Biologie (Cofo, VS/CRP, enz hep, lipase, électrophorèse des protéines, Ac anti-transglutaminase + IgA )
- 2) TU - SUCU
- 3) Échographie abdomino-pelvienne - ASP ?
- 4) Coproculture (classique + avec recherche de parasites)
- 5) Test au lactose
- 6) Calprotectine ?
- 7) Endoscopie ?
- 8) Entero-IRM ?

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

- Définition
  - Combinaison variable de symptômes gastro-intestinaux chroniques ou récurrents, non expliqués par une anomalie structurelle ou biochimique
  
  - TFI regroupent:
    - a. Dyspepsie fonctionnelle
    - b. Colon irritable
    - c. Migraine abdominale
    - d. Douleurs abdominales fonctionnelles
  - Syndrome des douleurs abdominales fonctionnelles

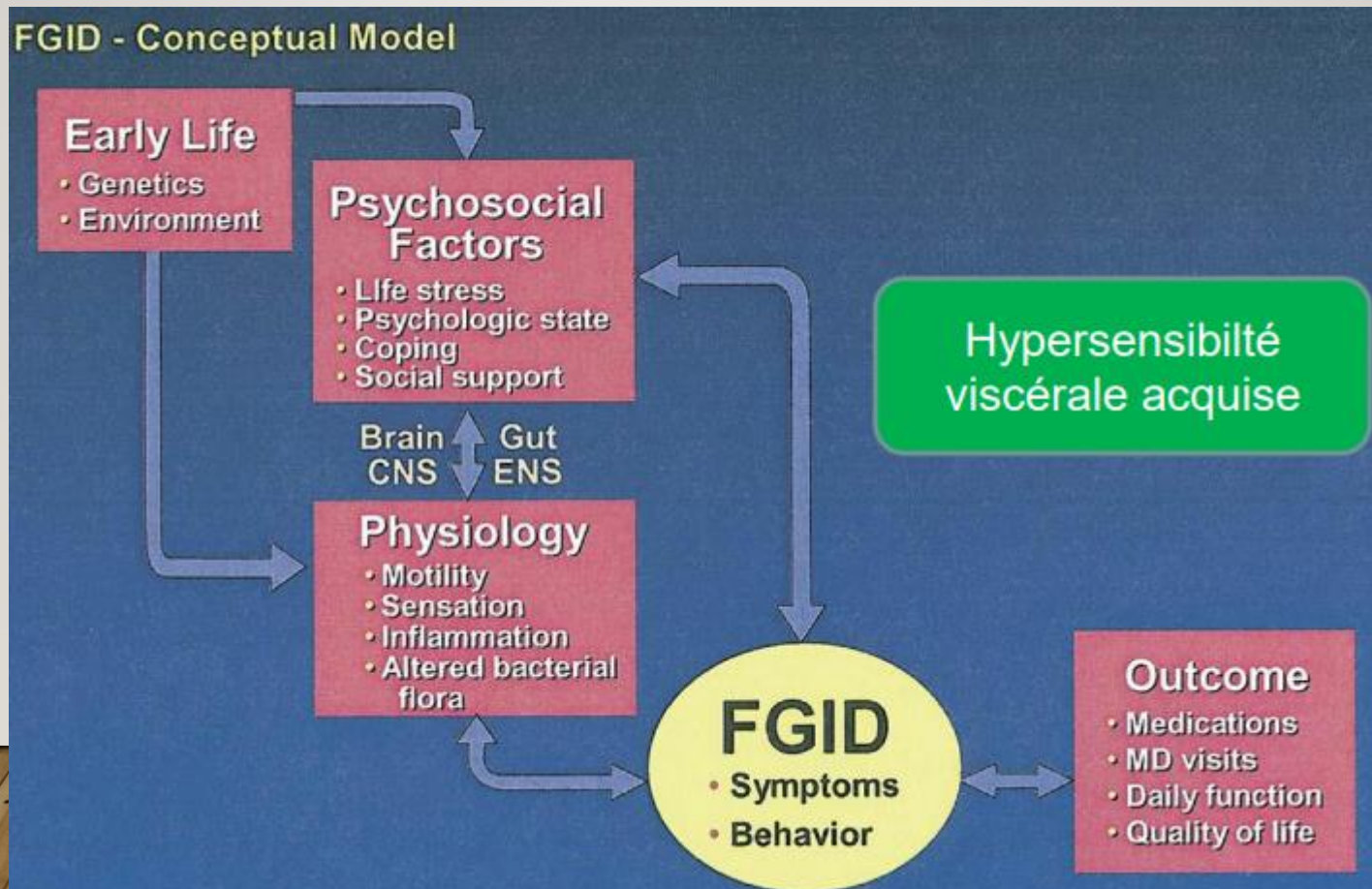
# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

- Motif très fréquent de consultation
- 10-25% enfants d'âge scolaire
- Mécanisme reste obscur (modèle bio-psycho-social)
- Facteurs prédisposants → problèmes familiaux, difficulté d'intégration, manque de confiance en soi
- Intestin = 2<sup>ème</sup> cerveau

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

- Modèle bio-psycho-social



# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

Notre rôle en tant que médecin,

- exclure toute pathologie organique
- éviter toute escalade thérapeutique, toute investigation inutile
- être à l'écoute de l'enfant et de sa famille
- importance de suivre ces patients



# 5. TRAITEMENT DES TFI

---

- Probiotiques ?
- Régime riche en fibres ?
- Régime sans gluten ?
- Régime pauvre en FODMAP's ?
- La thérapie cognitivo-comportementale?
- L'hypnothérapie ?
- L'huile de menthe poivrée (Tempocol®) ?

# LE RÉGIME PAUVRE EN FODMAPs

POUR QUI ? POURQUOI ? COMMENT ?  
DIGESTSCIENCE DÉCRYPTE POUR VOUS

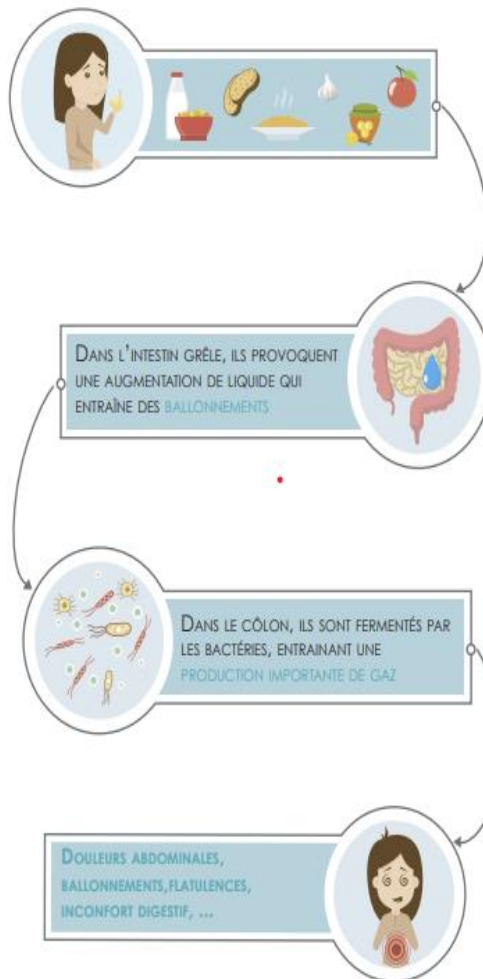


## QUE SONT LES FODMAPs ?

**F**ERMENTABLE  
**O**LIGOSACCHARIDES  
**D**ISACCHARIDES  
**M**ONOSACCHARIDES  
**A**ND  
**P**OLYOLS

UN ENSEMBLE DE SUCRES QUI FERMENTENT ET PROVOQUENT DES TROUBLES INTESTINAUX.

TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX ?  
QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS MANGEZ DES FODMAPs ?



### CHEZ QUI ?

GÉNÉRALEMENT, LES PERSONNES AYANT UN SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE (SII) – L'HYPERSENSIBILITÉ DE LEUR INTESTIN ET LEUR MICROBIOTE ALTÉRÉ SERONT DES FACTEURS AGGRAVANTS.

ET TOUTE PERSONNE INTOLÉRANTE AUX FODMAPs, QUI NE PARVIENDRA PAS À DIGÉRER ET ABSORBER CORRECTEMENT CES SUCRES.

## QUELLES SONT LES ÉTAPES D'UN RÉGIME PAUVRE EN FODMAPs ?



VOUS RESSENTEZ SOUVENT UN INCONFORT DIGESTIF (DOULEURS, BALLONNEMENTS, FLATULENCES, MODIFICATIONS DU TRANSIT...)



VOTRE GASTRO-ENTÉROLOGUE VOUS PRESCRIT UN RÉGIME PAUVRE EN FODMAPs



AFIN DE METTRE CE RÉGIME EN PLACE, IL EST NÉCESSAIRE DE CONSULTER UN(E) DIÉTÉTIEN(NE) SPÉCIALISÉ(E).

LORS DE VOTRE 1<sup>er</sup> RENDEZ-VOUS, LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU RÉGIME PAUVRE EN FODMAPs SERONT EXPLIQUÉES, UNE LISTE DES ALIMENTS AUTORISÉS & DÉCONSEILLÉS VOUS SERA REMISE ET LE RÉGIME SERA PERSONNALISÉ\*.

VOICI LES 3 GRANDES ÉTAPES QUI SERONT DÉTAILLÉES PAR VOTRE DIÉTÉTIEN(NE) :

- **ÉVICTIION TOTALE DES FODMAPs** PENDANT 4-6 SEMAINES MINIMUM

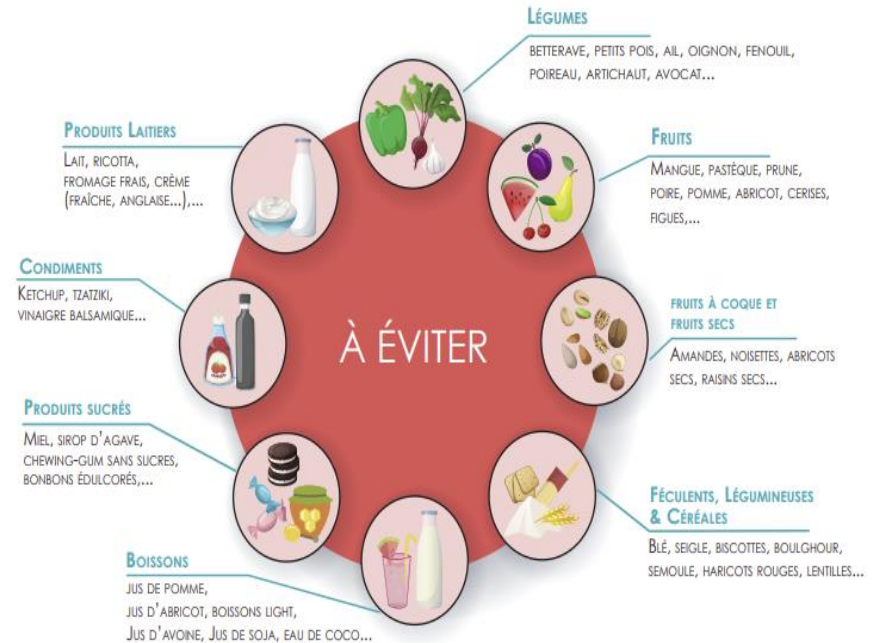
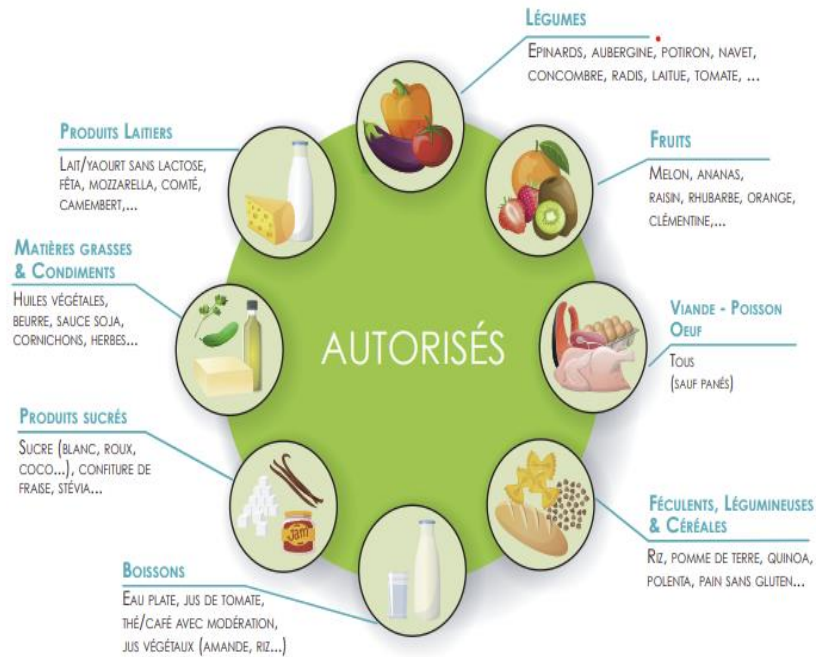
- **RÉINTRODUCTION PROGRESSIVE ET CALIBRÉE** DES ALIMENTS PAR CATÉGORIE DE FODMAP, ANALYSE DE LA TOLÉRANCE ET ADAPTATION DES QUANTITÉS

- **PERSONNALISATION** DU RÉGIME POUR ATTEINDRE UNE ALIMENTATION DIVERSIFIÉE ET VARIÉE

LA TENUE D'UN **JOURNAL ALIMENTAIRE** VOUS SERA DEMANDÉE. CE DERNIER DEVRA DÉTAILLER VOS REPAS ET, LE CAS ÉCHÉANT, LES SYMPTÔMES RESSENTIS APRÈS LA PRISE ALIMENTAIRE (TYPE, INTENSITÉ, DURÉE...).

\*UN RÉGIME PAUVRE EN FODMAPs EST UN RÉGIME D'EXCLUSION TEMPORAIRE, DESTINÉ À SOULAGER LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES. IL NE S'AGIT PAS D'UNE MÉTHODE D'AMAIGRISSEMENT. IL SERA MIS EN PLACE APRÈS PRESCRIPTION MÉDICALE, DANS LE CADRE D'UN SUIVI DIÉTÉTIQUE PROFESSIONNEL. IL EST ADAPTÉ À VOS BESOINS PARTICULIERS.

# ALIMENTS AUTORISÉS ET DÉCONSEILLÉS DANS LE CADRE D'UN RÉGIME PAUVRE EN FODMAPS



## COMMENT CETTE LISTE A ÉTÉ DÉTERMINÉE, ET POURQUOI ?

LES ÉQUIPES DES DR SUE SHEPHERD & PETER GIBSON (UNIVERSITÉ DE MONASH - AUSTRALIE) ONT DRESSÉ UNE LISTE, ISSUE DE LEURS RECHERCHES SUR LE LIEN ENTRE L'INGESTION DE FODMAPS ET LES SYMPTÔMES D'INCONFORT DIGESTIF RESENTIS PAR LES PATIENTS. LES ALIMENTS SONT AINSI RÉPARTIS EN DEUX CATÉGORIES : AUTORISÉS (PAUVRES EN FODMAPS), ET DÉCONSEILLÉS (TENEUR ÉLEVÉE EN FODMAPS). **LA LISTE PRÉSENTÉE ICI N'EST PAS EXHAUSTIVE** - SI UN RÉGIME PAUVRE EN FODMAPS VOUS A ÉTÉ PRESCRIT PAR VOTRE MÉDECIN, RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE DIÉTÉTIICIEN(NE) POUR OBTENIR LA LISTE COMPLÈTE DANS LE CADRE DE VOTRE PRISE EN CHARGE.

# 5. TRAITEMENT DES TFI

---

→ A priori, pas de RI

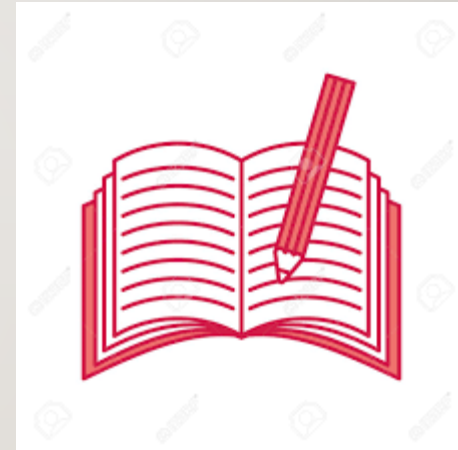
- Rassurer
- Lutter contre la constipation
- Tenir un calendrier
- ! Surtout, éviter les analgésiques !

# 5. TRAITEMENT DES TFI

---

Cahier des douleurs abdominales →

- Date + Heure
- Localisation
- Durée
- Intensité (échelle de 1-10)
- Facteurs précédant le début des symptômes
- Transit intestinal
- Alimentation
- Facteurs soulageant l'enfant
- 3 semaines

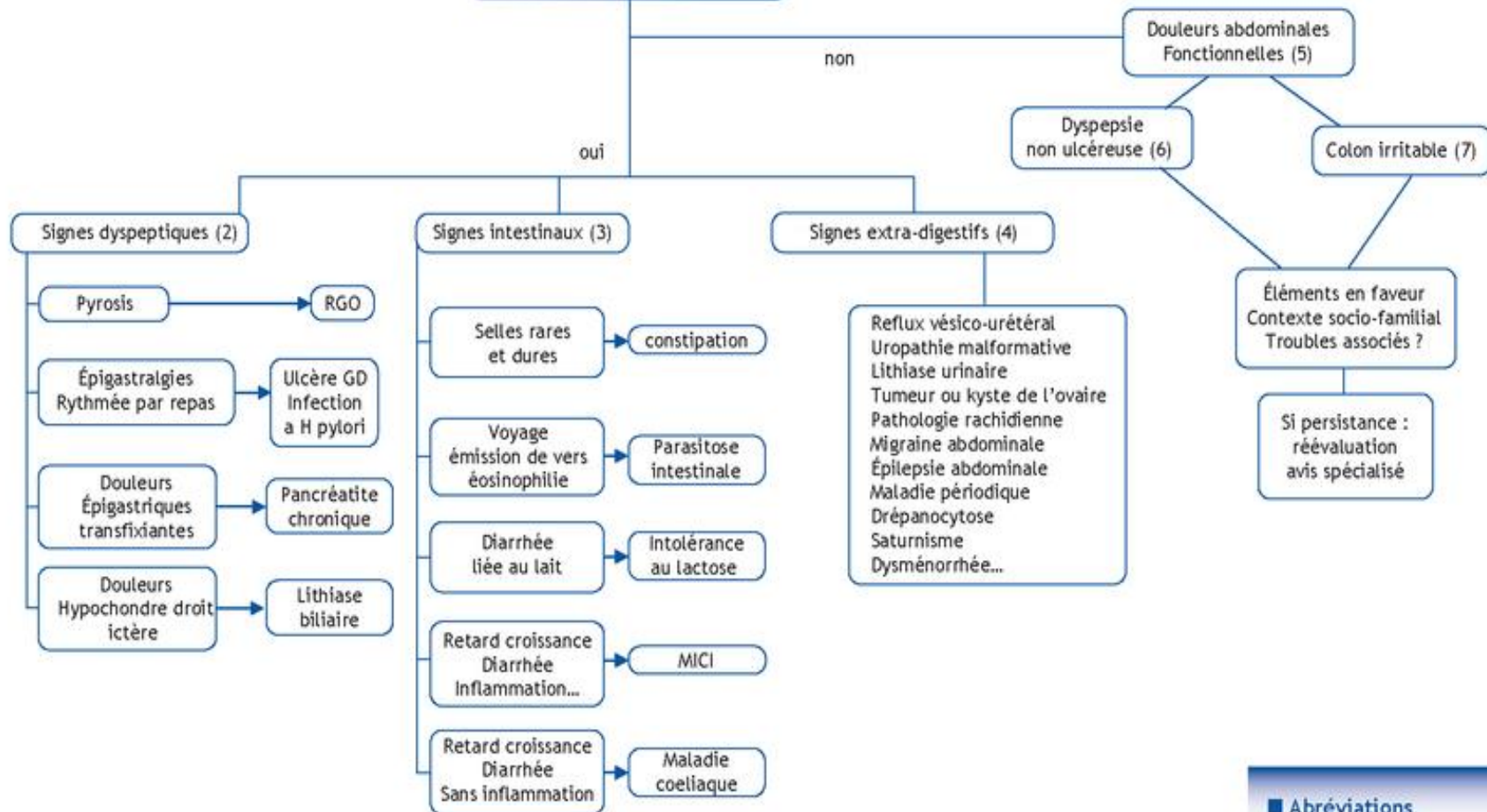


# PIÈGES À ÉVITER!

---

- Toute douleur abdominale n'est pas d'origine digestive !!!!
  - Diabète de novo
  - Tumeur cérébrale (HTIC)
  - IU – Lithiase urinaire
  - Pneumonie
  - ...

## Critères d'organicité (1)



### ■ Abréviations

MICI : maladies inflammatoires chroniques intestinales  
 RGO : reflux gastro-œsophagien

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Thomas, 12 ans

- D+ abdominales « depuis toujours »
- Péri-ombilicales
- Pas de réveil nocturne
- Transit à priori normal
- Pas de N\* ni V\* associés
- Absentéisme scolaire
- Pas de répercussion sur appétit

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Examen clinique normal
- Courbe de croissance normale

→ Quel bilan réaliser ?

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- A. Pas de bilan
- B. Test au lactose
- C. Biologie
- D. US abdo
- E. Coproculture + parasites
- F. B+C+D

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

## Agathe, 9 ans

- Selles glairo-sanguinolentes depuis 2 mois
- Se réveille la nuit pour aller à selles
- Douleurs abdominales flanc D, fluctuantes et des douleurs au niveau de l'anus
- Pas de N\* ni V\* associés
- Appétit conservé

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Sensibilité FID et flanc D, sans défense
- Fissures anales
- Cassure de la courbe de poids

→ Quel bilan réaliser?

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- A. Biologie
- B. Echographie
- C. Coproculture + parasites
- D. Calprotectine
- E. Endoscopie
- F. Entero-IRM
- G. Tous ces examens

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Mathéo, 13 ans

- Epigastralgie depuis 2 mois
- N\* sans V\*
- Appétit fluctuant
- Transit normal

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Sensibilité épigastrique à l'examen clinique
- Pas de cassure de la courbe de poids

→ Quelles questions supplémentaires poser ?

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Julie, 15 ans

- D+ épigastriques récurrentes depuis 2 semaines, décrites en coup de poignard
- Transit normal
- N\* et V\* lors des crises douloureuses

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- Sensibilité épigastrique et hypochondre D
- Pâlotte, subictérique

→ Quel bilan réaliser?

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

- A. Biologie
- B. Echographie abdominale
- C. CT scan non injecté
- D. CT scan injecté

# QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

---

Eleonore, 10 ans

- Vomissements « cycliques »
- D+ abdominales diffuses
- Décrochage scolaire

→ Que redoutez-vous?

# TAKE HOME MESSAGE

---

- La clé du diagnostic est une anamnèse complète ainsi qu'un examen clinique minutieux
  - Les D+ abdominales sont un motif de consultation extrêmement fréquent en Médecine générale et Pédiatrie
- Toutes les D+ abdominales ne sont pas d'origine digestive
- Les troubles fonctionnels intestinaux occupent une place considérable et il est important de pouvoir les prendre en charge

# TAKE HOME MESSAGE

---



Devant un tableau de D+ abdominales fonctionnelles, on devrait →

- 1) Gérer le fait de ne rien trouver cliniquement
- 2) Faire accepter aux parents l'inutilité d'examens complémentaires
- 3) Rassurer l'enfant et sa famille
- 4) Gérer notre propre stress car s'il y avait finalement quelque chose?...

→ Le diagnostic de D+ abdominales fonctionnelles devraient être posé de manière affirmative et non pas exclusion !

# TAKE HOME MESSAGE

---

Ce que l'on pourrait dire...

- Reconnaître la D+ « *Tu as vraiment mal* »
- Rassurer « *Tout fonctionne bien, pas de maladie* »
- Expliquer « *Ton organisme te donne trop facilement le signal «douleur»* »
- Solution « *On va t'aider à apprendre à vivre avec, en menant la vie la plus normale possible et en gérant tes inquiétudes et difficultés autrement* »

# TAKE HOME MESSAGE

---

Ce qu'il faut éviter de dire ...

- «Tu n'as rien»
- «On n'a rien trouvé, on ne sait pas ce que tu as»
- «C'est dans ta tête»
- «Va voir un psy»

---

Merci pour votre attention !





*J'Ai Une Question*

A wooden floor texture is visible at the bottom of the image, consisting of vertical wooden planks.

# LEXIQUE

---

- HM: hépatomégalie
- SM: splénomégalie
- HSM: hépatosplénomégalie
- ASP: abdomen sans préparation
- TU: tigestte urinaire
- SUCU: sédiment urinaire – culture urinaire
- FANT: fontanelle antérieure normo-tendue
- ACP: auscultation cardio-pulmonaire
- GEA: gastro-entérite aiguë
- US: échographie
- IU: infection urinaire
- HTIC: hypertension intracrânienne
- MICI: maladie inflammatoire chronique

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

- Critères de Rome IV

- a. *Dyspepsie fonctionnelle* → Douleur ou inconfort centré sur le haut de l'abdomen, sans arguments pour l'organicité ni lien avec le transit, **au moins 1 x par semaine pendant 2 mois.**

H2a.  
Dyspepsie fonctionnelle

Tous les critères doivent être remplis:

*(au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic)*

1. Épigastralgies permanentes ou récurrentes et sensation de malaise épigastrique
2. Absence d'amélioration lors de l'exonération, ou lors de la modification de la fréquence ou de la consistance de selles (Pas de CI)
3. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

## ■ Critères de Rome IV

b. *Colon irritable* → Douleur ou inconfort abdominal soulagé par la défécation ou accompagné de modification du transit, sans anomalie anatomique ou métabolique, **au moins 1x par semaine pendant 2 mois.**

H2b.  
syndrome du Côlon irritable

Tous les critères doivent être remplis:

*(au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic)*

1. Plaintes abdominales (malaise non décrit comme douleur) ou douleurs abdominales associées pendant au moins 25 % du temps à
  - a) soulagement post exonération
  - b) début associé à une altération de la fréquence des selles
  - c) début associé à une altération de la consistance des selles
2. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

- Critères de Rome IV

- c. *Migraine abdominale* → Épisodes de douleurs abdominales aiguës paroxystiques durant deux heures à plusieurs jours, avec intervalles libres, accompagnées de céphalées éventuellement unilatérales, photophobie, ATCD familial de migraines, aura, **au moins 2x pendant 12 mois.**

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

c. *Migraine abdominale* →

La D+ est associée à au moins 2 des critères suivants:

1. Anorexie
2. N\*
3. V\*
4. Céphalées
5. Photophobie
6. Pâleur

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

## ■ Critères de Rome IV

*d. D+ abdominales fonctionnelles de l'enfance* →  
D+ abdominales épisodiques ou continues, pas assez d'arguments pour les classer ailleurs, **au moins 1x par semaine pendant 2 mois.**

H2d.

Douleurs abdominales  
infantiles fonctionnelles

Tous les critères doivent être remplis:

*(au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic)*

1. douleurs abdominales épisodiques ou continues
2. les critères pour d'autres maladies gastro-intestinales fonctionnelles ne sont pas remplis
3. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique

# 4. TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

---

## ■ Critères de Rome IV

*Syndrome des D+ abdominales fonctionnelles* → Idem, gênant dans une certaine mesure l'activité quotidienne, avec signes d'accompagnement (céphalées, problèmes de sommeil, autres douleurs...) **au moins 1 fois par semaine pendant 2 mois.**

H2d.

Douleurs abdominales  
infantiles fonctionnelles

Tous les critères doivent être remplis:

*(au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic)*

1. douleurs abdominales épisodiques ou continues
2. les critères pour d'autres maladies gastro-intestinales fonctionnelles ne sont pas remplis
3. Absence d'arguments militent pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique