



Douleurs Abdominales Chroniques



H. Rahmoune

MA en pédiatrie, Université Sétif-1
CHU Sétif

- Motif fréquent de consultation en pédiatrie (des plus fréquents en gastro-pédiatrie), les Douleurs Abdominales Chroniques constituent en réalité une myriade de diagnostics différents
- Elles ont un impact significatif sur
 - les familles
 - la qualité de vie
 - l'utilisation des soins de santé et les coûts associés

- Il s'agit donc d'un symptôme:

- Soit d'une pathologie fonctionnelle
 - par atteinte surtout de l'axe "Gut-Brain"
 - Notamment le fameux "Si du Côlon Irritable"
- Soit, moins fréquemment, d'une pathologie organique d'origine digestive ou extra-digestive

Définition(s)

- Définition "Historique"

«Au moins **3 crises** douloureuses abdominales ayant perturbé l'activité de l'enfant pendant une période de 3 mois consécutifs»

RECURRENT ABDOMINAL PAIN:
A FIELD SURVEY OF 1400 SCHOOL CHILDREN
Pitts R., Hyman S.
J Pediatr 1988;113:1011-1016

- Définitions « Modernes »

- «Au moins **4 crises** douloureuses abdominales ayant perturbé l'activité de l'enfant **chaque mois pendant les 02 derniers**»

Chronic and Recurrent Abdominal Pain
Pitts R., Hyman S.
Pediatrics 1986;77:377-377

- « Crises douloureuses abdominales, **intermittente ou constante**, d'origine **fonctionnelle ou organique** »

A. D. Lawrence G., Cohen R., Lawrence R. et al. Review
of Pediatric Recurrent Abdominal Pain: A Review
of the Literature. J Pediatr 2016;175:377-377

Epidémiologie

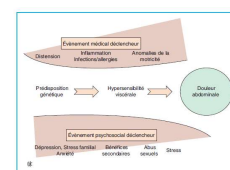
- Entre 4% et 25% des enfants d'âge scolaire se plaignent de douleurs abdominales récurrentes assez graves pour interférer avec leurs activités quotidiennes et consulter.
- La plupart étant Fonctionnelles
 - Organiques de 6 à 30 %

RECURRENT ABDOMINAL PAIN:
A FIELD SURVEY OF 1400 SCHOOL CHILDREN
Pitts R., Hyman S.
J Pediatr 1988;113:1011-1016

El-Matary W., Spry C., Sandhu B. (2004). Irritable
bowel syndrome: the commonest cause of recurrent
abdominal pain in children. Eur J Pediatr 165(10):
584-8.

Physiopathologie

- Physiopathologie complexe, probablement multi-intriquée
- Facteurs:
 - Génétiques / Précoces
 - Neurophysiologiques
 - Psychologiques



Physiopathologie des douleurs fonctionnelles.

Diagnostic Positif

1. Reconnaître
 - Selon les critères déjà cités

Diagnostic Positif

2. Rechercher les causes éventuelles
 - Organiques: véritable hantise
 - Fonctionnelles: les plus fréquentes, plutôt bénignes mais rebelles***

Diagnostic Positif

2. Rechercher les causes éventuelles

↓
Démarche systématique :

- Anamnèse
- Clinique
- Paraclinique (éventuelle)

Causes Organiques

- Il convient de rechercher des signes d'alerte
 - Digestifs
 - Extra-digestifs

Causes Organiques

- Signes d'alerte digestifs
 - "Hauts"
 - "Bas"

Causes Organiques

- Signes d'alerte digestifs "Hauts"
 - Signes dyspeptiques : épigastralgies, pyrosis, brûlures rétrosternales, nausées/vomissements, signes prandiaux ?
 - Retentissement systémique (anthropométrie, croissance, puberté, coloration, AEG, fièvre...)

- Il s'agit alors plutôt de
 - RGO / Œsophagite
 - Ulcères GD
 - Pathologies biliaires (tableau de LV)
 - Pathologies pancréatiques, rarement chroniques

Causes Organiques

- Signes d'alerte digestifs "Bas"
 - Troubles du transit (constipation, diarrhées chroniques); ballonnements/flatulences rectorragies
 - Retentissement systémique (anthropométrie, croissance , puberté, coloration, AEG, fièvre...)

- Il s'agit alors plutôt de
 - Constipation chronique***
 - Parasitoses (Giardia, Oxyures...)
 - Allergies alimentaires / Intolérances digestives (lactose...)
 - Pathologies inflammatoires type MICI

- Signes d'alerte extra-digestifs
 - Par atteinte de "voisinage"
 - Par retentissement digestif

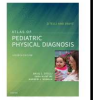
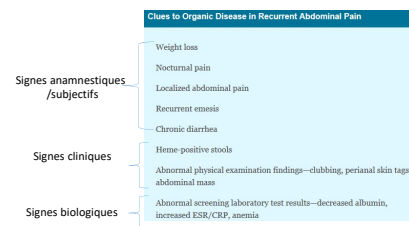
- Signes d'alerte extra-digestifs
 - Par atteinte de "voisinage"
 - Urologique
 - Infection urinaire
 - Lithiase rénale
 - Hydronéphrose
 - Gynécologique
 - Dysménorrhée
 - «Mittelschmerz»
 - Hématocolpos
 - Endométriose
 - Causes ovariennes
 - Testiculaire (irradiation ascendante !!!)
 - Pulmonaires (pneumonie***)
 - Rachidienne, rare

- Signes d'alerte extra-digestifs
 - Par retentissement digestif
 - Causes Neurologiques
 - (porphyries, saturnisme, MHM...)
 - Causes Vasculaires
 - (angioedème, drépanocytose...)
 - Causes Inflammatoires = Séroites
 - Maladies auto-immunes (Lupus), Maladies auto-inflammatoires (FMF)...etc

Éléments d'organicité majeurs

- Retentissement sur le jeu, l'école, l'absentéisme...
- Antécédents familiaux d'ulcère, de maladie inflammatoire digestive
- **Type de Douleur:**
 - constante et/ou nocturne, loin de l'ombilic, provoquée par l'alimentation
- **Signes digestifs associés:**
 - Vomissements / diarrhées chroniques associés; masse abdominale, météorisme abdominal; fissure ou fistule anale...
- **Retentissement**
 - anthropométrique, perte de poids, fièvre, anorexie, anémie...
- **Signes extra-digestifs (arthralgies, éruptions, uvéite, fièvre, signes de pathologies non digestives..)**
- Parfois:
 - Bilan radiologique/ biologique en faveur...

En résumé...



Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, Seventh Edition
Copyright © 2018 by Elsevier Inc.

Tableau 2 Les causes organiques de douleurs abdominales récurrentes.

Causes digestives Signes dyspeptiques Reflux gastro-œsophagien/Gastrite à <i>Helicobacter pylori</i> /Pancréatite chronique/Lithase biliaire/Œsophagite à éosinophiles (OE)	Signes intestinaux Constipation/intolérance au lactose/Maladies inflammatoires chroniques intestinales/Maladie cœliaque/Allergies alimentaires/Déglutition d'air/Syndrome de Child/Idi
Causes uro-génitales Lithase urinaire/Uropathies malformatives/Tumeur ou kyste de l'ovaire/Dysménorrhées	
Causes neurologiques Tumeur spinale Myélite transverse	
Causes endocrinologiques Insuffisance surrénalienne Pheochromocytome	
Autres Fièvre méditerranéenne Drépanocytose/Purpurie Œdème angioneurotique héréditaire	



Causes Fonctionnelles

- De loin les plus fréquentes
- A retenir si et seulement si
 - (-) critères d'organicité
 - (+) une ou plusieurs caractéristiques "bénignes"

Causes Fonctionnelles

- A retenir si et seulement si
 - Absence de critères d'organicité ou de signes orientant vers une pathologie digestive ou extra-digestive ;
 - Certaines **Caractéristiques Fonctionnelles** des DAR

Caractéristiques des DAR Fonctionnelles

- localisation **péri-ombilicale**, sans irradiation
- intensité **variable**
- uniquement **diurne**
- évoluant depuis de **nombreux mois**
- influencées par des **facteurs extérieurs** (stress ; environnement familial (séparation, divorce, maladie, décès) ou scolaire (changement d'école, tension avec un enseignant, pression pour un rendement)
- le **caractère de l'enfant** : émotif, anxieux, perfectionniste
- des **symptômes associés** : insomnie, terreurs nocturnes, énurésie

Causes Fonctionnelles

– Absence de critères d'organicité ou de signes orientant vers une pathologie digestive ou extra-digestive ;

– Certaines Caractéristiques Fonctionnelles des DAR

↓
Démarche systématique :

- Anamnèse
- Clinique
- Paraclinique (éventuelle)

Etiologies selon l'âge

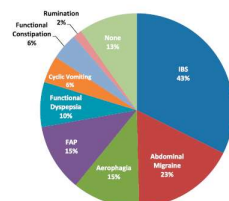
Attention !

Cause organique difficile à éliminer chez le nouveau-né / nourrisson
→ Intérêt majeur de la réévaluation

Etiologies selon leur épidémiologie

• Troubles fonctionnels dominés par:

- >66% {
- Côlon irritable
 - Migraine abdominale
 - Autres...



Chronic and Recurrent Abdominal Pain
Paul E. Hyman
Pediatrics in Review 2016;37:377

Prise en charge

- PEC
 - Si possible: Etiologique
 - Cause Organique
 - Cause Fonctionnelle
 - Facteur déclenchant à proscrire

Prise en charge

- PEC
 - Sinon, isolément ou en association
 - Diététique
 - Pharmacologique
 - Psychologique

Prise en charge

- Alimentaire
 - PEC Diététique
- Neuro-cognitive
 - PEC Psychologique
- Stimulation de récepteurs
 - PEC Pharmacologique

Prise en charge

- Diététique: plusieurs interventions basées sur

- Régimes d'exclusion/éviction :

- Pauvres en FODMAP
 - Pauvres en Fructose/Lactose

- Supplémentation :

- Probiotiques
 - Fibres

Prise en charge

- Pharmacologique

Basée notamment sur les mécanismes neurophysiologiques

- Antidépresseurs
- Antagonistes récepteurs de Dopamine
- Antispasmodiques
- Antibiotiques
- Antihistaminiques

Prise en charge

- Psychologique

- Plusieurs approches

- Thérapie comportementale cognitive
 - Hypnothérapie
 - Yoga
 - Auto-divulgence écrite
(exprimer par écrit ses pensées & sentiments
à propos de quelque chose de pénible).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Douleurs Abdominales Aigües en Pédiatrie

(traumatismes exclus)



Dr. H. Rahmoune

MA en Pédiatrie, Université Sétif-1

Messages clés

- Décider rapidement si l'enfant a un «abdomen chirurgical».
 - < 10% de toutes les causes de douleurs abdominales aiguës mais mettant en jeu le pronostic vital
- Environ :
 - 55% des enfants ont un diagnostic médical spécifique
 - Dans 45% des cas, la cause n'est jamais définie !

Introduction

- La douleur abdominale est un des motifs les plus fréquents de consultation en urgence chez l'enfant.
- Les étiologies des douleurs abdominales de l'enfant sont très nombreuses et la plupart sont d'origine médicale ou fonctionnelle (colique de nourrisson, constipation, gastro-entérite, etc.).
- L'échographie est largement utilisée dans cette indication pour rechercher d'éventuelles étiologies chirurgicales ou préciser le diagnostic.

Causes des douleurs abdominales

- Digestives / Extra-digestives
- Médicale*** / Chirurgicale
- Selon l'âge ***

TABLE 10.7 Current or Past Aspects of Medical History That May Suggest Cause of Abdominal Pain

Historical Factor	Cause of Pain
Cystic fibrosis	Pancreatitis, diabetes mellitus, meconium ileus equivalent, appendicitis, intussusception, biliary or urinary stones
Sickle cell anemia	Vasoocclusive crisis, cholelithiasis, hepatitis, hemolytic crisis, renal infarction, splenic sequestration
Diabetes mellitus	Pancreatitis, gastric neuropathy
Cirrhosis, nephrotic syndrome	Primary bacterial peritonitis
SLE, other autoimmune disorders	Vasculitis, pancreatitis, serositis, infarction
Corticosteroids	Gastric ulceration, pancreatitis
NSAID	Ileal perforation, gastric ulceration, renal-papillary necrosis
HIV	Gastroenteritis, hepatitis, pancreatitis, esophagitis, lymphoma
Mononucleosis	Hepatitis, splenic rupture
Henoch-Schönlein purpura	Mucosal hemorrhage, intussusception
Hemolytic uremic syndrome	Colitis
Upper respiratory tract infection	Pneumonia, mesenteric adenitis
Pneumonia	Mesenteric adenitis
Prior surgery	Abscess, adhesions, obstruction, stricture, pancreatitis, ectopic pregnancy
Inborn errors of metabolism, hypertriglyceridemia, hypercalcemia	Pancreatitis
Drugs (valproic acid)	Pancreatitis

- Médicale

TABLE 10.6 Systemic Causes of Acute Abdominal Pain	
Metabolic, Hematologic Acute porphyria Familial Mediterranean fever Hereditary angioedema Sickle cell crisis Leukemia Acute hemolytic states Diabetic ketoacidosis Hemolytic uremic syndrome Addison disease Uremia Electrolyte disturbances Hyperparathyroidism-hypercalcemia (urolithiasis, pancreatitis) Hypertriglyceridemia (pancreatitis) Fabry disease	Drugs, Toxins Heavy metal poisoning Lead Arsenic Mercury Mushroom ingestion Narcotic withdrawal Black widow spider bite
Musculoskeletal Arthritis/diskitis Osteomyelitis Thoracic nerve root dysfunction Trauma/child abuse Hernia Psoas abscess or hemorrhage	Infectious, Inflammatory Acute rheumatic fever Infectious mononucleosis Rocky Mountain spotted fever Measles Mumps Pneumonia (lower lobe) Pericarditis Pharyngitis Epididymitis/orchitis Henoch-Schönlein purpura Hemolytic uremic syndrome Systemic lupus erythematosus Endocarditis Anaphylaxis
Neurologic Abdominal epilepsy Abdominal migraine Brain tumor Multiple sclerosis Radiculopathy Neuropathy Herpes zoster Dysautonomia (Riley-Day syndrome)	Other Pneumothorax Pulmonary embolism Functional Aerophagia

- Selon l'âge

TABLE 10.2 Causes of Acute Abdominal Pain by Age Group	
Neonate Necrotizing enterocolitis* Obstruction* Malrotation with volvulus* Idiopathic or drug (indomethacin, steroid)-induced intestinal perforation	Incarcerated hernia Typhlitis Pharyngitis/tonsillitis Meckel diverticulitis Superior mesenteric artery syndrome Mesenteric adenitis Spontaneous bacterial peritonitis DKA Streptococcal pharyngitis Idiopathic*
Infant (<2 yr) Intussusception* Incarcerated hernia* Urinary tract infection* Gastroenteritis*† Intestinal obstruction Malrotation with volvulus Trauma (e.g., abuse) Pneumonitis (lower lobe) Hirschsprung disease Aerophagia Spontaneous bacterial peritonitis Gastroesophageal reflux	Adolescent (12-19 yr) Appendicitis* Pelvic inflammatory disease* Trauma* Tubo-ovarian abscess Fitz-Hugh-Curtis syndrome Labor (pregnancy) Hepatitis Pancreatitis (any cause) Ectopic pregnancy Crohn disease Ovarian cyst/mittelschmerz* Sickle cell crisis Peptic ulcer disease Omental torsion Psoas abscess or hemorrhage Mesenteric adenitis Urinary tract infection Muscle strain (exercise, coughing) DKA Testicular torsion Idiopathic*
Child (2-11 yr) Appendicitis* Gastroenteritis*† Trauma* Henoch-Schönlein purpura Hemolytic uremic syndrome Hepatitis Peptic ulcer disease Sickle cell anemia: vasoocclusive crisis Pancreatitis Pneumonia (lower lobe) Abdominal tumors Pyelonephritis/cystitis Testicular torsion Torsed cryptorchid testis	

Causes des douleurs abdominales

- Digestives / Extra-digestives

- Digestives
 - Médicales
 - Chirurgicales

- Extra-Digestives

- Infections (Angine, OMA, PNA, PNP, Méningite...)
- Pathologies systémiques
 - SHU
 - Purpura rhumatoïde
 - Drépanocytose
 - Porphyrrie
- Acidocétose diabétique
- SNC (migraine, épilepsie)
- Psychogènes (?)

Diagnostic Positif

Rechercher les causes éventuelles

- Organiques: véritable hantise
- Fonctionnelles: les plus fréquentes, plutôt bénignes mais rebelles***

Diagnostic Positif

Rechercher les causes éventuelles



Démarche systématique :

- Anamnèse
- Clinique
- Paraclinique (éventuelle)

Causes Organiques

- Il convient de rechercher des signes d'alerte
 - Digestifs
 - Extra-digestifs

Causes Organiques

- Il convient de rechercher des signes d'alerte
 - Digestifs

TABLE 10.8 Red Flags and Clues to an Organic Cause of Abdominal Pain

Age <4 years old
Localized pain in nonperiumbilical site
Referred pain
Pain awakes child from sleep
Sudden onset of excruciating pain
Crescendo nature of pain
Sudden worsening of pain
Fever (high fever >39.4°C suggests pneumonia, pyelonephritis, dysentery, cholangitis, more than perforation or abscess)
Jaundice
Distention*
Dysuria
Emesis (especially bilious)
Anorexia
Weight loss
Positive family history (metabolic disorders, peptic ulcer disease)[†]
Change in urine or stool color (blood, acholic) or frequency
Vaginal discharge
Sexual activity
Delayed sexual development (chronic pain)
Anemia
Elevated erythrocyte sedimentation rate
Specific physical findings (hepatomegaly, absent bowel sounds, adnexal tenderness, involuntary guarding, focal or diffuse tenderness, positive rectal examination results, perianal disease, joint swelling)

TABLE 10.9 Peritoneal Signs of a “Surgical Abdomen”

Severe pain
Patient’s eyes anxiously open during examiner’s palpation
Patient is motionless
Absent bowel sounds
Extreme tenderness to palpation
Voluntary guarding with gentle palpation
Involuntary guarding: board-like rigidity
Rebound tenderness (do not intentionally elicit)
Pain with movement or cough

If Shock Is Present, Consider:

Severe pancreatitis
Trauma: intraabdominal hemorrhage
Ruptured spleen (trauma, mononucleosis)
Spontaneous bacterial peritonitis
Secondary peritonitis (appendicitis, intussusception, perforated ulcer)
Urosepsis
Associated severe gastrointestinal bleeding
Rupture of fallopian tube from ectopic pregnancy
Pulmonary embolism
Aortic dissection
Volvulus
Child abuse
Addisonian crisis (adrenal insufficiency)

TABLE 10.5 Localization of Abdominal Pain: Referred or Radiated

REFERRED	
Extraabdominal Lesion Pain Referred to Abdomen	Intraabdominal Extraperitoneal Origin
Thorax	Pancreas
Spine	Kidney
Hips	Ureters
Pelvis	Great vessels
	Pelvic organs
	Retroperitoneal space
RADIATED	
Origin Is Primary Site with Simultaneously Perceived Pain in a Secondary Site	
Cholecystitis radiates to subscapular area	
Splenic injury radiates to shoulder	
Ureteral colic (stones) radiates to testis, upper leg or groin	
Pancreatitis radiates to back	

Causes Organiques

- Signes d'alerte digestifs
 - “Hauts”
 - “Bas”

Causes Organiques

- Signes d'alerte digestifs “Hauts”
 - Signes dyspeptiques : épigastralgies, pyrosis, brûlures rétrosternales, nausées/vomissements, signes prandiaux ?
 - Retentissement systémique (coloration, AEG, fièvre...)

- Il s'agit alors plutôt de
 - RGO / Œsophagite
 - Ulcères GD
 - Pathologies biliaires (tableau de LV)
 - Pathologies pancréatiques, rarement chroniques

Causes Organiques

- Signes d'alerte digestifs “Bas”
 - Troubles du transit (constipation, diarrhées chroniques); ballonnements/flatulences rectorragies
 - Retentissement systémique (coloration, AEG, fièvre...)

- Il s'agit alors plutôt de
 - Constipation aigue ***
 - Parasitoses (Giardia, Oxyures...)
 - Allergies alimentaires / Intolérances digestives (lactose...)
 - Pathologies inflammatoires type MICI

- Signes d'alerte extra-digestifs
 - Par atteinte de “voisinage”
 - Par retentissement digestif

- Signes d'alerte extra-digestifs
 - Par atteinte de “voisinage”
 - Urologique
 - Infection urinaire
 - Lithiase rénale
 - Hydronéphrose
 - Gynécologique
 - Dysménorrhée
 - «Mittelschmerz»
 - Hématocolpos
 - Endométriose
 - Causes ovariennes
 - Rachidienne, rare

- Signes d'alerte extra-digestifs
 - Par retentissement digestif
 - Causes Neurologiques
 - (porphyries, saturnisme, MHM...)
 - Causes Vasculaires
 - (angioedème, drépanocytose...)
 - Causes Inflammatoires = Sérites
 - Maladies auto-immunes (Lupus), Maladies auto-inflammatoires (FMF)...etc

Petit Nourrisson

- Coliques***

- Sténose hypertrophique du pylore

- Garçon
- 1-3 semaines
- Vomissements tardifs de lait caillé
- Hyper-Cl
- Déshydraté
- +/- ictérique

- Hernie Hiatale



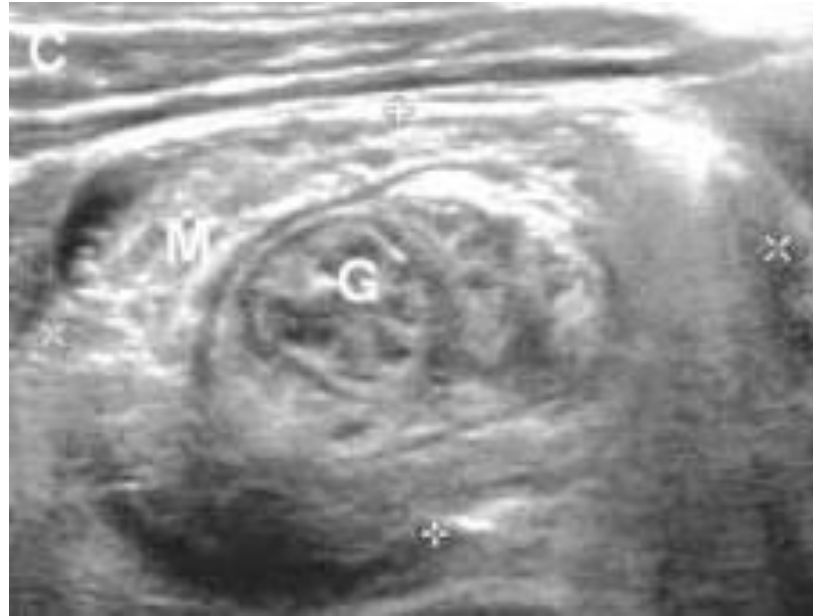
- ECUN

- Critères
- Grave +/-
- Médicochirurgicale
- Préma ***

- IIA

- 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 (Sd occlusif) survenant chez un enfant présentant un purpura rhumatoïde ou des rectorragies.

- IIA



Enfant

- Diverticule de Meckel***

Appendicite Aigue = Hantise !

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. La péritonite, avant tout appendiculaire, est à évoquer devant une contracture associée, ou un pneumopéritoine sur l'abdomen sans préparation

Les examens complémentaires sont souvent peu contributifs
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).



- Volvulus (mésentère commun)



- Hernie étranglée
 - Inguinale ***
 - Ombilicale: **NON**

- Hépatites...

Hépatite virale (virus A, B, virus Epstein Barr [EBV]...), lithiase vésiculaire ou des voies biliaires, cholécystite aiguë, hydrocholécyste, canal biliopancréatique commun long.

- Pancr  atite Aigue



- UGD

- Enfant / Ado
 - Idem adulte

- GEAigüe
 - Rota ***

TABLE 10.11 Comparison of Gastroenteritis and Appendicitis

	Gastroenteritis	Appendicitis
Pain	Diffuse, cramps, intermittent	Periumbilical shifting to RLQ; constant Exacerbated by movement, coughing
Vomiting	With or before pain	Follows pain
Diarrhea	Frequent, large volume	Can occur; small volume (from irritation of bowel); may be watery, too
Fever	Variable	Low grade, goes up with gangrene or perforation
Course	Intermittently improves	Worsens with time
Systemic symptoms	Variable: headache, malaise, myalgia, arthralgia, sore throat	Rare
Physical examination	General: fussy, restless, frequent motion Abdomen: soft, mild, diffuse tenderness, hyperactive bowel sounds	Quiet, discomfort with movement Abdomen: RLQ tenderness, guarding peritoneal signs, with/without rectal tenderness/mass, absent bowel sounds
Laboratory values	WBC count: variable, may be quite high Urine: nonspecific	WBC count: mild elevation, early left shift; becomes high only with gangrene or perforation Urine: may have WBCs and/or RBCs if bladder irritated, ketosis if vomiting is prolonged
Imaging studies	Abdominal films: nonspecific ileus Ultrasonography: not indicated	Abdominal films: often nonspecific, with/without fecalith, with/without loss of psoas definition, with/without scoliosis caused by inflammation in RLQ Ultrasonography: enlarged appendix, peritoneal fluid, RLQ abscess, absent appendix, fecalith

- Constipation(s)

- Fonctionnelle; Diététique
- Hirschprung
- Hypothyroïdie
- Masse abdominale
- Hypo Ca
- Hypo K

« Dolicho-Méga- Côlon » ...!?!?

- Para-digestives
 - Colique néphrétique ***
 - Ovaires
 - Testicules

Traitement

- Symptomatique
 - Paracétamol *
 - Spasfon *
 - Glaçon
 - (+/-) Sucrose

- Etiologique***

- Médical

- Etiologique***

- Médical
- Chirurgical

- Etiologique***

- Médical
- Chirurgical
- Diététique

- Etiologique***

- Médical
- Chirurgical
- Diététique
- *Parental...!!!*

CAT et Démarche diagnostique

= recherche en 1^e une urgence chirurgicale ou médicale !

CAT et Démarche diagnostique

- Interrogatoire avec description de la douleur et recherche de signes d'accompagnement :
 - digestifs, extradigestifs (urinaires, génitaux, hépatiques)
 - extra-abdominaux (respiratoires, cardiaques, neurologiques, ORL, cutanés, -articulaires)

CAT et Démarche diagnostique

- Interrogatoire avec description de la douleur et recherche de signes d'accompagnement :
 - digestifs, extradigestifs (urinaires, génitaux, hépatiques)
 - extra-abdominaux (respiratoires, cardiaques, neurologiques, ORL, cutanés, -articulaires)
- Examen clinique complet: abdominal mais aussi extra-abdominal

CAT et Démarche diagnostique

- Interrogatoire avec description de la douleur et recherche de signes d'accompagnement :
 - digestifs, extradigestifs (urinaires, génitaux, hépatiques)
 - extra-abdominaux (respiratoires, cardiaques, neurologiques, ORL, cutanés, -articulaires)
- Examen clinique complet: abdominal mais aussi extra-abdominal
- Echographie abdominale: examen le plus souvent indiqué (invagination intestinale aiguë, torsion d'annexe, suspicion d'appendicite).

L'ASP n'est pas indiquée devant une douleur abdominale.

- En cas de doute persistant :

avis chirurgical et échographie
puis surveillance clinique médico-chirurgicale

Algorithmes...

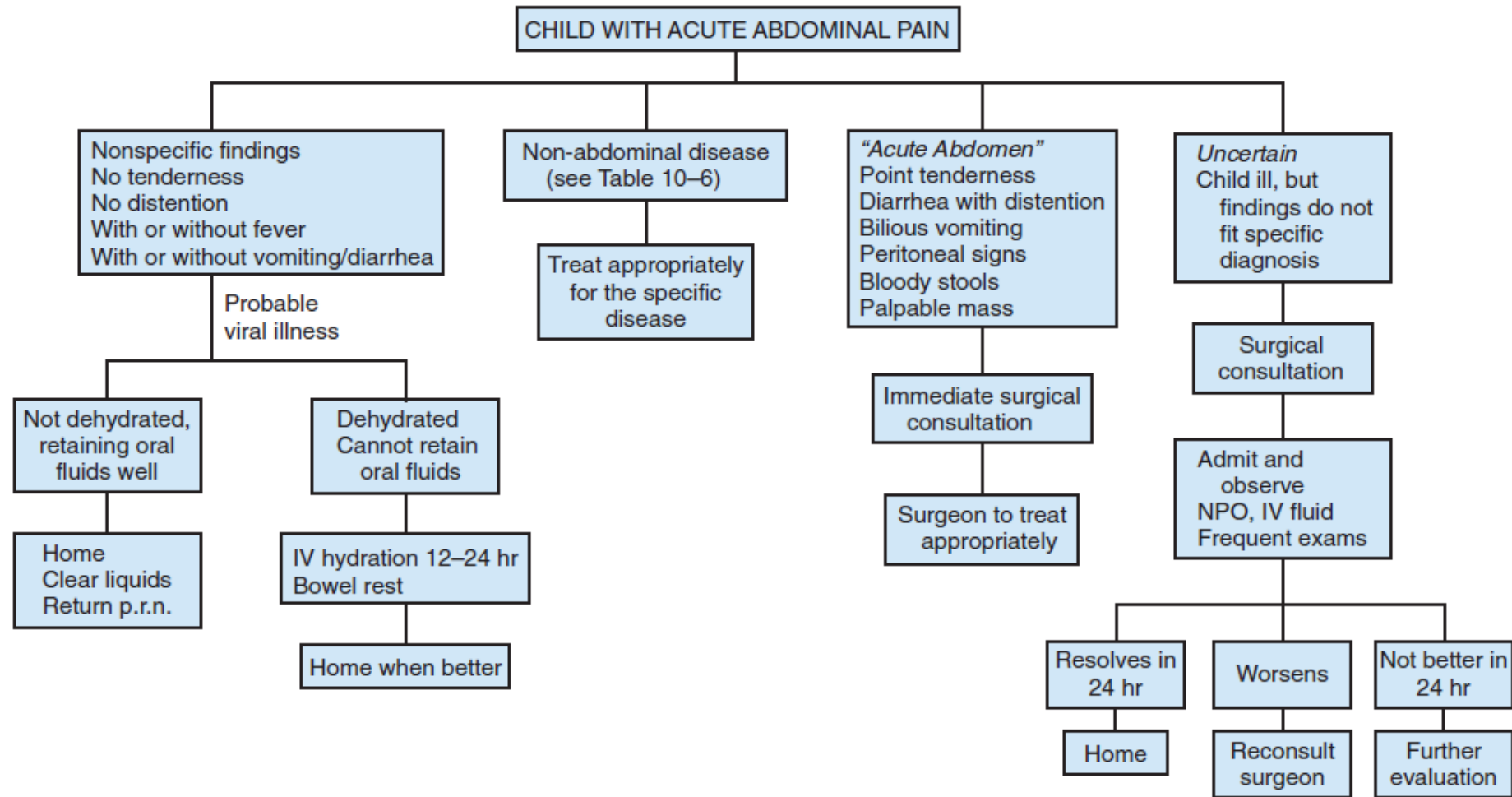


FIGURE 10.6 Algorithm for evaluating acute abdominal pain. IV, intravenous; NPO, nil per os (no oral intake); p.r.n., as needed.

Messages clés

- Décider rapidement si l'enfant a un «abdomen chirurgical».
 - < 10% de toutes les causes de douleurs abdominales aiguës mais mettant en jeu le pronostic vital
- Environ :
 - 55% des enfants ont un diagnostic médical spécifique
 - Dans 45% des cas, la cause n'est jamais définie !

Cris incessants du nourrisson?

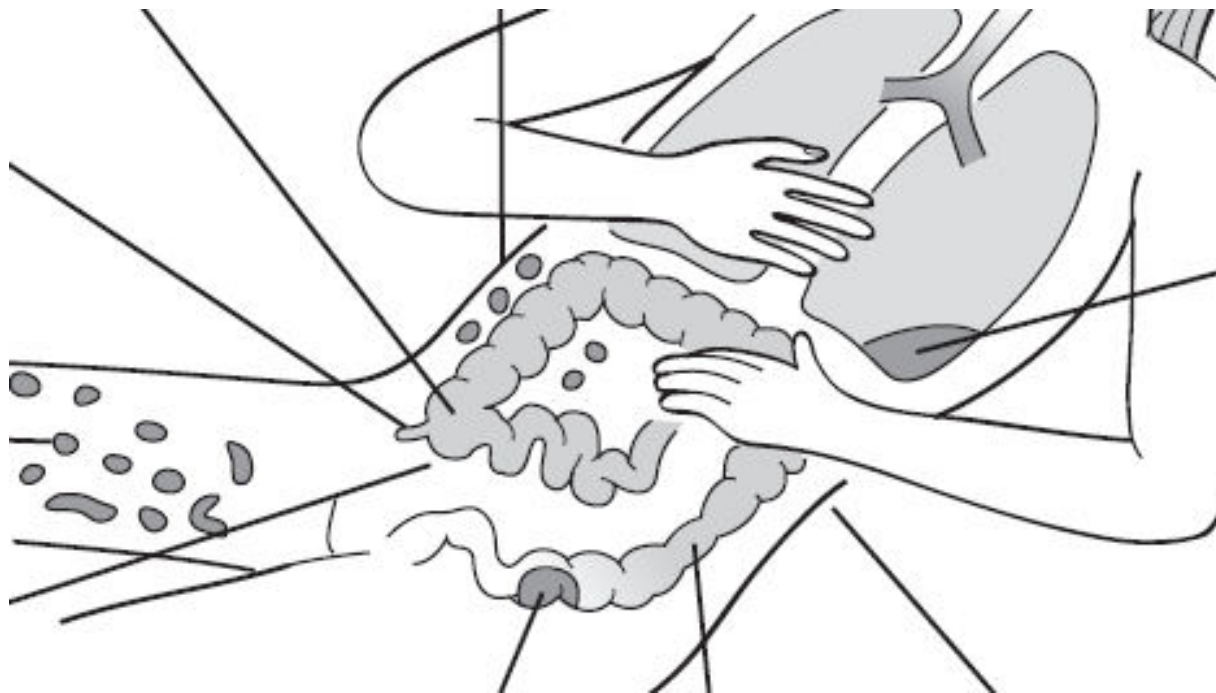
Box 2. IT CRIES mnemonic for infant crying

- I** – Infections (herpes stomatitis, urinary tract infection, meningitis, osteomyelitis, and so forth)
- T** – Trauma (accidental and nonaccidental), testicular torsion
- C** – Cardiac (congestive heart failure, supraventricular tachycardia, myocardial infarction)
- R** – Reflux, reactions to medications, reactions to formulas
- I** – Immunizations, insect bites
- E** – Eye (corneal abrasions, ocular foreign bodies, glaucoma)
- S** – Surgical (volvulus, intussusception, inguinal hernia)
- (S)** – Strangulation (hair/fiber tourniquet)

Conclusion

- Évoquer les différentes pathologies selon l'âge.
- Connaître les principales causes médicales/chirurgicales
 - Reconnaître une crise révélant une maladie chronique
- Penser à une origine fonctionnelle
(uniquement après avoir évoqué systématiquement
les principales pathologies chirurgicales ou médicales)

Tout...



Tout...ou rien !

