

Item267-Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'enfant et chez l'adulte. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- HAS 09 : place de l'ASP - Polycopié national: item 195	- Etiologies extra-digestives +++ - BU / ébranlement lombaire / globe - Voyage / dernier repas / DDR - Métabolique: ISA / AC / THE - Enfant: OGE / purpura / otoscopie / BU / nuque - IIA primitive /nourrisson /iléo-caecale / lavement - IIA secondaire / enfant / iléo-iléale / chirurgie	- Médicaments / Alcool - Prise de la température - TR et orifices herniaires - Défense / contracture - BU / ECG / hCG / FGE - Nourrisson = pesée / TRC - Accord parental écrit

A. DOULEUR ABDOMINALE AIGUË CHEZ L'ADULTE

Généralités

Définition:

douleur abdominale est dite aiguë si < 15

Etiologies fréquentes

- en HCD: pathologies biliaires (3) / hépatite aiguë
- en épigastrique: pancréatite aiguë / UGD perforé
- en lombaire: colique néphrétique / pyélonéphrite
- en FID: appendicite aiguë
- en FIG: diverticulite du sigmoïde
- en hypogastrique: pathologie gynécologique / RAU
- diffuse: occlusion aiguë / néoplasique / TFI (!! 35%)

!! savoir évoquer des étiologies non abdominales

- IDM atypique si épigastrique (**A savoir !**)
- Insuffisance surrénale aiguë
- Acido-cétose diabétique
- Crise drépanocytaire
- Hypercalcémie / hyperkaliémie

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: diabète / appendicectomie / FdR CV / DDR si femme
 - Prises: médicamenteuse (AINS / AVK) / alcool (**A savoir !**)
 - Anamnèse: évolution / circonstances / dernier repas / retour de **voyage**
 - Signes fonctionnels
 - Caractériser la douleur
 - siège / irradiation / intensité / type / facteurs modifiants
 - Rechercher des signes associés
 - vomissement / signes urinaires / métrorragie / rectorragie
- Examen physique



- **Prise des constantes: température** / FC-PA / FR-SpO2 (**A savoir !**)
- **Examen abdominal / lombaire**
 - **Inspection:** ictère / pâleur / cicatrice ++ / météorisme
 - **Palpation +++**
 - Masse / douleur / **défense** / contracture
 - **TR** et palpation des **orifices herniaires (A savoir !)**
 - Ebranlement des fosses lombaires / globe vésical
 - **Percussion:** matité (ascite) / tympanisme (météorisme)
 - **Auscultation:** bruits hydro-aériques / souffle (AAA)
- **Evaluation du retentissement**
 - syndrome infectieux: SRIS / sepsis / choc
 - AEG / hydratation / hémodynamique

Examens complémentaires

- **Bilan biologique de 1ère intention**
 - NFS-CRP: pour syndrome infectieux
 - BHC: TA-GGT-PAL et bilirubine
 - Iono-urée-créatinine / glycémie
 - Lipasémie: si douleur épigastrique
 - **!! NPO selon le contexte (A savoir !)**
 - **BU +/- ECBU:** dès que signes urinaires
 - **ECG +/- troponine:** dès que FdR CV
 - **hémocultures** si fièvre > 38.5°C
 - **hCG** plasmatiques si femme jeune
 - **Frottis-goutte épaisse** si retour de voyage
- **Imagerie: selon orientation étiologique**
 - **Abdomen sans préparation : non indiqué(HAS 09)**
 - Occlusion intestinale aiguë
 - Colique néphrétique
 - **Echographie abdominale**
 - Appendicite (femme/enfant)
 - Lithiase biliaire / cholécystite
 - **TDM abdominale :** de plus en plus en indiquée 1ère intention devant un abdomen chirurgical
 - Pancréatite aiguë
 - Diverticulite sigmoïdienne
 - **Endoscopie (EOGD)**
 - Hémorragie digestive

Diagnostic étiologique

	douleur	signes associés	paraclinique
UGD	<ul style="list-style-type: none"> • Siège = épigastrique, peut migrer dans le flanc droit • Irradiation = aucune • Type = crampe >> brûlure • Post-prandiale tardive • Calmée par les repas 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes atypiques • Syndrome dyspeptique 	<ul style="list-style-type: none"> • EOGD (sauf si perforé !)+ biopsie
appendicite	<ul style="list-style-type: none"> • Siège = fosse iliaque droite, peut être initialement localisée en épigastre • Pas d'irradiation • Survenue brutale / continue 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes digestifs • Fièvre modérée ++ • TR douloureux 	<ul style="list-style-type: none"> • TDM • échographie
diverticulite	<ul style="list-style-type: none"> • Sujet âgé / diverticulose • Douleur +/- défense en FIG 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes digestifs • Fièvre +/- élevée • TR: rectorragies 	<ul style="list-style-type: none"> • TDM adominale

pancréatite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Siège: épigastrique • en barre / transfixiante • Antéflexion antalgique 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes digestifs • SdG (sepsis / choc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lipasémie > 3N • Echographie (cause lithiasique) • TDM à 48h
colique hépatique	<ul style="list-style-type: none"> • Siège = épigastrique > HCD • Irradiation: épaule droite • Intensité = +++ • brutale / continue • dure moins de 6h 	<ul style="list-style-type: none"> • Signe de Murphy • Pas de défense • Pas de fièvre • Pas d'ictère 	<ul style="list-style-type: none"> • Echographie
colique néphrétique	<ul style="list-style-type: none"> • Siège: fosse lombaire • Irradiation: vers OGE • Intensité: +++ • Pas de position antalgique 	<ul style="list-style-type: none"> • Apyrétique +++ • Douleur à l'ébranlement lombaire • BU: sang + 	<ul style="list-style-type: none"> • TDM
Occlusion du grêle	<ul style="list-style-type: none"> • Abdominale diffuse • Intensité +++ 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements précoces • Arrêt M&G tardif • Météorisme: + 	<ul style="list-style-type: none"> • TDM
Occlusion du colon	<ul style="list-style-type: none"> • Abdominale localisée • Intensité + 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements tardifs • Arrêt M&G précoces • Météorisme +++ 	

B. DOULEUR ABDOMINALE AIGUË CHEZ L'ENFANT

Etiologies

		Fébrile	Apyrétique
Etiologies digestives	chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> • Appendicite • Péritonite 	<ul style="list-style-type: none"> • Invagination intestinale aiguë • Etranglement herniaire • Torsion de testicule / annexe
	médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Gastroentérite aiguë • Adénolymphite • Pancréatite / hépatite 	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation (+++) • Troubles fonctionnels
Etiologies extra-digestives		<ul style="list-style-type: none"> • Pneumopathie basale • Pyélonéphrite aiguë • !! Toute infection +++ 	<ul style="list-style-type: none"> • Purpura rhumatoïde • Acido-cétose / ISA • Crise drépanocytaire

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: appendicite / diabète / drépanocytose / **carnet de santé** (5)
 - Prises: médicamenteuses / alimentation (allaitement / diversifiée)
 - Anamnèse: installation / notion de voyage / de contagé / épisode ORL récent
 - Signes fonctionnels
 - Caractériser la douleur: siège / type / intensité / irradiation / facteurs modifiants
 - Rechercher des signes associés +++
 - Digestifs: **transit** (AMG ; diarrhée) / vomissements / rectorragie
 - Généraux: fièvre / **AEG** (« grognon ») / polyuro-polydipsie
- Examen physique
 - Prise des constantes: **température** / PA-FC / FR-SpO2 / **pesée (A savoir !)**
 - Signes de gravité: évaluation du **retentissement (A savoir !)**
 - Déshydratation: pli cutané / pesée: perte de poids
 - Hémodynamique: **TRC** / tachycardie / marbrures

- **Neurologique:** somnolence / **syndrome méningé** / HTIC
- **Examen abdominal**
 - Inspection: recherche météorisme / cicatrice (appendicectomie)
 - Palpation +++ : douleur / masse / **défense** / contracture
 - Vérification des **orifices herniaires** / **OGE** / fosse lombaires (**A savoir !**)
 - **TR:** moins systématique que chez l'adulte (si rectorragie)
- **Examen général: rechercher une cause extra-digestive +++**
 - Ex. cardio-pulmonaire: auscultation / pouls / percussion
 - Ex. cutané: rechercher éruption / **pupura** (cf PR)
 - Ex. ORL: **otoscopie** (!! OMA) / examen oro-pharyngé
 - Ex. néphro: fosses lombaires / **BU** systématique (cf PNA)
 - Ex. rhumato: rechercher des arthralgies (cf purpura rhumatoïde)
- **!! En pratique, caractéristiques signant un « abdomen chirurgical » +++**
 - Douleur **localisée** (montre avec son doigt) / loin de l'ombilic
 - Douleur **continue** / permanente / insomniaque
 - **Défense** / contracture / irritation péritonéale
- Examens complémentaires**
 - **!! AUCUN** n'est systématique devant une douleur abdominale de l'enfant
 - **Si allure chirurgicale sans orientation**
 - **échographie** : si suspicion d'IIA ou d'appendicite aiguë,
 - **ASP** : indications limitées HAS 09 (orientation chirurgicale, douleurs nocturnes ou récidivantes)
 - **Si allure infectieuse sans orientation**
 - **Bilan infectieux en 1ère intention**
 - NFS-CRP / hémocultures
 - ECBU et Radio thorax +++
 - **En 2nde intention**
 - Lipasémie / TA-GGT-bilirubine
 - Scotch-test pour oxyurose

Diagnostic étiologique

Invagination intestinale aiguë (IIA)

- **Généralités**
 - IIA = **occlusion** par invagination « en doigt de gant » dans segment d'aval
 - **3 formes topographiques:** iléo-colique / **iléo-caecale** / iléo-iléale
 - **On distingue +++**
 - Forme primitive = **nourrisson** = iléo-caecale ++ / (85% des cas)
 - Forme secondaire = **enfant** = iléo-iléale ++ / (15% des cas)
- **Etiologie d'IIA secondaire**
 - Purpura rhumatoïde +++ (cf **Purpuras chez l'adulte et l'enfant**) / mucoviscidose / SHU
 - Appendicite / diverticule de Meckel / adénolymphite mésentérique
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Terrain**
 - Nourrisson dans forme typique +++ (à tout âge si forme secondaire)
 - **Signes fonctionnels**
 - **Douleurs paroxystiques** avec pleurs/pâleur puis périodes d'accalmie
 - **Modification du transit:** selles absentes ou anormales / rectorragies
 - **Signes associés:** refus du biberon ++ / pâleur / vomissements
 - **Examen physique**
 - **Palpation:** boudin d'invagination en FID (rare) / **défense**
 - **TR:** recherche rectorragie / ampoule rectale vide évocatrice
 - **Retentissement:** rechercher déshydratation / signes hémodynamiques
 - **!! NPO: orifices herniaires** / OGE / cicatrice (car occlusion)
 - **Examens complémentaires**
 - **Abdomen sans préparation**
 - En 1ère intention devant tout Sd occlusif / !! n'élimine pas le diagnostic
 - **Signes directs:** opacité sous-hépatique (= boudin): rare ++
 - **Signes indirects:** **NHA** du grêle / FID non aérée / bord inférieur du foie effacé
 - **Echographie abdominale +++**
 - Systématique devant toute suspicion d'IIA même si ASP normal
 - Visualise le boudin: image en « sandwich » ou en « **cocarde**»

- Recherche une étiologie: adénite / diverticule de Meckel, etc.
 - **Lavement opaques aux hydrosolubles**
 - **A visée diagnostique:** image en « pince de crabe » (P) / en cocarde (F)
 - **A visée thérapeutique +++ :** cf infra
 - **Diagnostic différentiel**
 - Engouement herniaire: orifices herniaires +++
- **Traitement**
 - **Mise en condition**
 - Hospitalisation / en urgence / en chirurgie
 - Maintenir l'enfant à jeun / Appel du chirurgien
 - **!! Accord parental écrit (A savoir !)**
 - **Traitement symptomatique**
 - Sédation légère: Valium® en intra-rectal
 - Antalgiques: paracétamol PO ou IR
 - **Désinvagination par lavement aux hydrosolubles**
 - **Indication**
 - Forme primitive du **nourrisson** (forme iléo-caecale entre 2M et 2ans)
 - **!!** Si stabilité hémodynamique et pas de complication (péritonéale)
 - **Modalités**
 - En présence d'un radiologue et d'un chirurgien +++
 - Sous contrôle radioscopique et faible pression
 - **Critères de désinvagination (5)**
 - Opacification de tout le colon
 - Opacification dernière anse grêle
 - Absence d'encoche pariétale et caecum en place
 - Absence de réinvagination sur le cliché en évacuation
 - Cliniquement: enfant se calme rapidement
 - **Traitement chirurgical**
 - **Indications**
 - Forme secondaire de **l'enfant** (forme iléo-iléale après 2ans)
 - En cas de rectorragies abondantes ou de **complication**
 - En cas d'échec ou récurrence après lavement
 - **Modalités**
 - Après accord parental écrit (**A savoir !**)
 - Laparotomie de Mac Burney
 - Désinvagination manuelle douce
 - **Surveillance**

Synthèse pour questions fermées

3 examens systématiques devant une douleur abdominale chez une femme ?

- ECG
- BU
- Bêta-HCG

Interne aux urgences, vous revoyez à la demande de l'infirmière le patient que vous avez admis il y a 4 heures pour OAP sur FA, il se plaint maintenant d'une douleur abdominale aiguë. Quel diagnostic évoquez vous ?

- Ischémie mésentérique

Douleur abdominale aiguë apyrétique chez un adolescent, 1 diagnostic à ne pas louper ?

- Torsion testiculaire

Un diagnostic à évoquer devant des douleurs abdominales chez plusieurs enfants en bas âge de la même fratrie ?

- Saturnisme