



L'abominable douleur abdominale

Catherine Déry

Gabrielle, une adolescente de 14 ans dont vous assurez le suivi pour un trouble déficitaire de l'attention (TDAH), se présente à son rendez-vous. Depuis quelques mois, elle se plaint quotidiennement de ballonnements postprandiaux, particulièrement lorsqu'elle mange du « fast-food », parfois accompagnés de nausées et de pyrosis. Elle prend, tous les matins après le déjeuner, 27 mg de Concerta et 60 mg de Stratterra avec un grand verre d'eau.

Sa mère est inquiète, car son père et son grand-père paternel souffrent de dyspepsie tandis que sa grand-mère maternelle a une maladie ulcéreuse duodénale.

Comment pouvez-vous l'aider ?

RECEVOIR EN CONSULTATION un enfant ou un adolescent souffrant de douleurs abdominales chroniques est un défi pour tout professionnel de la santé. Comment ne pas passer à côté d'une maladie organique plus insidieuse, sans toutefois délaissier l'aspect psychologique, en évitant une série de tests désagréables, effractifs et onéreux pour arriver à un plan de traitement acceptable, sûr et efficace à long terme ?

C'est ce dont nous discuterons dans cet article qui porte sur la douleur abdominale chronique chez l'enfant et l'adolescent. Nous ne traiterons donc pas des nombreuses causes de douleur abdominale aiguë.

Quelle est l'importance et quelles sont les causes de la douleur abdominale chronique ?

La douleur abdominale chronique est un des syndromes douloureux les plus fréquents chez les enfants, en plus des céphalées et des douleurs des mem-

bres inférieurs. On estime que sa prévalence est de 10 % à 15 % entre l'âge de 4 à 16 ans^{1,2}. La douleur abdominale chronique serait le motif de consultation de 2 % à 4 % des jeunes patients vus au cabinet^{1,2}. Peu fréquente chez les enfants de moins de 4 ans, elle doit donc nous orienter dans ce groupe d'âge vers une cause organique^{1,2}. Les répercussions sur la qualité de vie ainsi que les coûts économiques sont mal connus, mais de nombreuses études scientifiques ont établi un lien entre la douleur abdominale chronique de l'enfant et le risque de symptômes émotifs de troubles psychiatriques à l'âge adulte. Tout cela justifie l'importance de s'attarder à cette problématique².

Une difficulté sémantique doit être explicitée. Le terme « douleur abdominale chronique » est souvent utilisé comme diagnostic alors qu'il s'agit plutôt d'une description : douleur abdominale constante ou intermittente, de cause organique ou fonctionnelle, d'une durée minimale de trois mois (en clinique, une durée de 1 à 2 mois est acceptée)². Les termes « douleur abdominale fonctionnelle, non organique ou psychogène » font référence à une douleur abdominale en l'absence de cause anatomique.

La D^{re} Catherine Déry, pédiatre, exerce au Centre de santé et de services sociaux de Beauce et est chargée de stage au Département de médecine familiale de l'Université Laval.

Chez l'enfant de moins de 4 ans, la présence d'une douleur abdominale chronique est le plus souvent associée à une cause organique.

Repère

Tableau I

Causes de la douleur abdominale chronique selon la classification tripartite proposée par Barr^{2,3,6}

Organiques

- ⊗ Constipation
- ⊗ Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- ⊗ Intolérance au lactose
- ⊗ Maladie cœliaque
- ⊗ Infection à *H. pylori* et autres causes de maladie gastroduodénale ulcéreuse
- ⊗ Infection bactérienne ou parasitaire de l'intestin
- ⊗ Autres affections intestinales (diverticule de Meckel, malrotation)
- ⊗ Maladies hépatobiliaires (hépatites, lithiase, pancréatite chronique)
- ⊗ Causes urologiques (infection, hydronéphrose, lithiase, prostatite)
- ⊗ Causes gynécologiques
- ⊗ Douleurs pariétales et hernies
- ⊗ Anémie falciforme et fièvre méditerranéenne
- ⊗ Sévices physiques et sexuels

Psychogènes

- ⊗ Trouble de l'humeur
- ⊗ Trouble anxieux

Fonctionnelles

- ⊗ Absence de cause organique et de facteurs psychogènes

Présence d'un symptôme ou d'une combinaison des syndromes suivants :

- | | |
|--|---|
| ⊗ dyspepsie fonctionnelle | ⊗ Douleur abdominale fonctionnelle à l'hémiabdomen supérieur |
| ⊗ syndrome du côlon irritable | ⊗ Douleur abdominale fonctionnelle associée à une altération des mouvements intestinaux |
| ⊗ migraine abdominale | ⊗ Douleur abdominale fonctionnelle avec critères de migraine |
| ⊗ syndrome de douleur abdominale fonctionnelle | ⊗ Douleur abdominale fonctionnelle sans les caractéristiques des syndromes précédents |

La classification tripartite proposée par Barr est probablement la plus utile en clinique^{1,3} (tableau I).

Quels sont les aspects cliniques des douleurs abdominales ?

Douleur abdominale fonctionnelle

La majorité des douleurs abdominales chroniques chez l'enfant ont une cause fonctionnelle^{4,5}. La douleur est habituellement intermittente, sans facteur déclenchant ni aggravant (activités spécifiques ou repas) et cause rarement des réveils nocturnes. Ni la fréquence, ni la gravité, ni les répercussions sur la qualité de vie et ni l'absentéisme scolaire ne permettent de différencier une cause fonctionnelle d'une cause organique. La présence de facteurs de stress ne permet pas non plus de faire une distinction, mais est associée à des douleurs abdominales plus fréquentes et plus persistantes. La famille des enfants souffrant de

douleur abdominale chronique n'est pas plus dysfonctionnelle que d'autres, mais les parents présentent plus de symptômes anxieux, dépressifs et de somatisation².

La **dyspepsie fonctionnelle** est définie comme un inconfort ou une douleur épigastrique avec ballonnements malgré une endoscopie et des biopsies normales².

Le **syndrome du côlon irritable** est, comme chez l'adulte, une douleur abdominale soulagée par la défécation, dont le début est associé à une modification de la fréquence et de l'apparence des selles, avec passage de mucus et ballonnements. Il faut demander au patient s'il s'est produit des modifications dans ses habitudes de défécation. Les enfants ou les adolescents, souvent timides ou dédaigneux face à ce sujet², peuvent fréquemment être réticents à répondre à cette question.

La **migraine abdominale** se caractérise par des ac-

cès paroxystiques de douleur périombilicale intense, d'une durée de plus d'une heure, pouvant être associés à divers symptômes (nausées, vomissements, anorexie, pâleur, photophobie et céphalées avec ou sans aura) s'intercalant entre des périodes prolongées totalement asymptomatiques. Un lien avec une maladie migraineuse maternelle est noté. Le traitement ressemble à celui de la migraine².

Constipation

Cause très fréquente de douleur abdominale chronique, la constipation peut cependant passer inaperçue du fait que les parents ignorent les habitudes de défécation de leur enfant qui passe la journée à l'école et en milieu de garde ou qui a plusieurs milieux familiaux. La palpation abdominale ainsi que le toucher rectal ne confirment pas toujours le diagnostic. Une radiographie simple de l'abdomen peut donc être utile. Pour plus de détails, consultez l'article sur la constipation chez l'enfant de la D^{re} Geneviève Caron-Fauconnier dans ce numéro.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

La colite ulcéreuse est généralement accompagnée d'une douleur abdominale associée à des rectorragies et à du ténesme. Le tableau clinique de la maladie de Crohn peut être plus insidieux et comprendre de vagues douleurs abdominales associées ou non à de la diarrhée. Le clinicien doit être à l'affût de signes moins précis, comme l'asthénie, un ralentissement de la croissance, un retard pubertaire ou des manifestations extra-intestinales (atteinte orale, périanale ou articulaire). L'endoscopie est l'examen diagnostique de choix.

Intolérance au lactose

L'absorption incomplète du lactose entraîne, lors de son ingestion, des flatulences accompagnées de diarrhée et de douleur abdominale crampiforme. Ce diagnostic doit être présent à l'esprit, surtout si l'enfant ou l'adolescent appartient à un groupe ethnique dans lequel la déficience en lactase est élevée (Asiatiques, Noirs, Méditerranéens). Étant donné la faible disponibilité du test de mesure de la concen-

tration d'hydrogène expiré, il est possible de poser ce diagnostic par un essai diététique en éliminant complètement les produits laitiers de l'alimentation pendant d'une à deux semaines avec consignation des symptômes dans un journal. Si l'essai n'est pas concluant, on peut alors réintroduire le lactose pour une période de temps similaire et observer l'effet de cette démarche. Si le diagnostic est établi, une alimentation avec produits laitiers à faible teneur en lactose ou sans lactose est proposée. Il est important de se rappeler que l'intolérance au lactose n'est pas une cause en soi de malnutrition ou de retard de croissance.

Maladie coéliqua

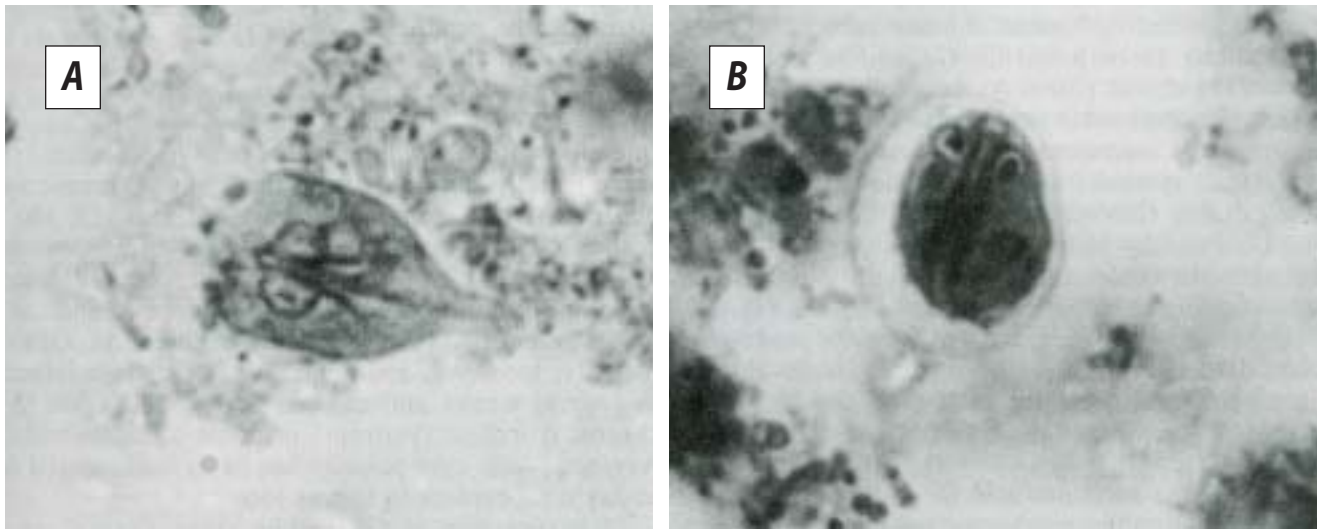
La maladie coéliqua peut apparaître à tout âge après l'introduction du gluten dans l'alimentation. Depuis 20 ans, l'âge moyen du diagnostic a augmenté considérablement : la majorité des nouveaux cas sont découverts chez des enfants de plus de 5 ans qui présentent des symptômes gastro-intestinaux légers (douleur abdominale, anorexie, diarrhée, nausées, symptômes de reflux gastro-intestinal) ou des symptômes extra-intestinaux (anémie microcytaire, retard de croissance, retard de puberté, trouble de l'humeur, dermatite, arthrite ou arthralgie, hippocratisme digital, etc.)⁶. Il est important de poser le diagnostic de maladie coéliqua et de traiter l'enfant pour les raisons suivantes : un risque élevé de tumeurs malignes (augmentation de 8 fois pour un cancer gastro-intestinal et de 20 à 30 fois pour un lymphome non hodgkinien)⁶, la présence de carences nutritionnelles pouvant entraîner des séquelles permanentes et l'association avec d'autres maladies auto-immunes. Les marqueurs sérologiques (anticorps antigliadines, antiendomysiaux et transglutaminases) ont une sensibilité et une spécificité élevées. Le diagnostic est confirmé par une biopsie de l'intestin grêle démontrant une atrophie des villosités intestinales et par la résolution des symptômes après l'instauration d'un régime sans gluten, qui est habituellement recommandé pour la vie.

Infection à *Helicobacter pylori*

La prévalence mondiale de l'infection à *H. pylori*

Chez l'enfant et l'adolescent, la majorité des douleurs abdominales chroniques ont une cause fonctionnelle.

Repère



Photos 1. Trophozoïte (a) et kyste (b) de *Giardia lamblia* vus dans un prélèvement fécal à coloration trichrome
 Source : Mandell GL, Douglas RG et Bennett JE. Principles and practices of infectious diseases. 3^e éd. New York : Churchill Livingstone ; 1990. p. 2111.

est de l'ordre de 50 %⁷. Il faut cependant distinguer l'infection de la maladie. La majorité des personnes infectées ne présentent aucun signe ni aucun symptôme. La maladie ulcéreuse associée à *H. pylori* est rare chez l'enfant. De nombreuses études ont mis en évidence un lien entre la gastrite à *H. pylori* et la maladie ulcéreuse duodénale chez l'enfant, mais aucune association n'est reconnue entre l'infection à *H. pylori* et la douleur abdominale chronique. Les recommandations actuelles sont donc de traiter les enfants infectés chez qui l'on a diagnostiqué une atrophie gastrique ou une maladie ulcéreuse. Cependant, la tendance actuelle, malgré l'absence de données cliniques dans les études, est de traiter les enfants qui présentent des symptômes et chez qui l'on peut établir avec certitude la présence d'une infection⁷.

La présence d'une douleur abdominale épigastrique éveillant l'enfant la nuit et d'anorexie, de nausées, de vomissements récurrents, d'anémie ou de saignements gastro-intestinaux, évoque une infection à *H. pylori*. L'endoscopie avec biopsie est le moyen diagnostique optimal, étant donné les faibles sensibilité et spécificité des tests non effractifs. Le traitement médicamenteux est semblable à celui de l'adulte¹.

Environ 70 % des ulcères gastroduodénaux primaires de l'enfant sont causés par *H. pylori* tandis que les ulcères secondaires sont dus aux AINS, à la maladie de Crohn et à d'autres formes de gastrites érosives¹.

Infections

Il est bien connu qu'une infection parasitaire par *Giardia lamblia* (photos 1 a et b) ou bactérienne par *Yersinia enterocolitica* cause des douleurs abdominales chroniques avec diarrhée. L'association avec d'autres pathogènes est moins reconnue en l'absence de diarrhée. On recherchera donc, par cultures de selles ou recherche de parasites, ces pathogènes seulement si la douleur abdominale s'accompagne de diarrhées.

Causes urologiques et gynécologiques

Plusieurs maladies néphrologiques, urologiques et gynécologiques peuvent se présenter par une douleur abdominale récurrente. En général, elles sont associées à des signes et symptômes plus spécifiques qui sont détectables à l'anamnèse ou à l'examen physique. Il faut être particulièrement vigilant chez la jeune fille pubère. En cas de doute, l'échographie abdominopelvienne permet d'élucider les différentes causes.

Violence physique et sexuelle

Lors de l'évaluation d'une douleur abdominale chronique, il est essentiel d'interroger l'enfant et la famille sur la possibilité de sévices sexuels.

Quels sont les symptômes et les signes d'alarme à rechercher ?

Lorsque l'examen physique de l'enfant de 4 à 18 ans est normal, le médecin de première ligne

Tableau II**Symptômes d'alarme à l'anamnèse^{1,2}**

- ⊗ Douleur non périombilicale
- ⊗ Vomissements répétitifs
- ⊗ Diarrhée grave chronique, rectorragie, constipation, défécation nocturne
- ⊗ Douleur qui réveille le patient la nuit
- ⊗ Symptômes généraux (fièvre récurrente, anorexie, asthénie)
- ⊗ Âge : enfant de moins de 4 ans
- ⊗ Antécédents familiaux de maladie inflammatoire de l'intestin

Tableau III**Signes d'alarme à l'examen^{1,2}**

- ⊗ Perte pondérale ou ralentissement de la croissance
- ⊗ Effet de masse
- ⊗ Hépatosplénomégalie
- ⊗ Douleur localisée qui n'est pas périombilicale
- ⊗ Anomalies périanales
- ⊗ Punch rénal
- ⊗ Douleur vertébrale, atteinte articulaire
- ⊗ Hernie

peut généralement diagnostiquer la douleur abdominale fonctionnelle sans autre test diagnostique en l'absence de symptômes d'alarme à l'anamnèse et de sang dans les selles.

L'anamnèse détaillée et un examen physique complet permettent aussi d'établir un lien de confiance et de crédibilité entre le médecin, l'enfant et ses parents. Les questions doivent s'attarder aux caractéristiques de la douleur, aux symptômes associés, à la prise de médicaments, à l'alimentation ainsi qu'aux habitudes de défécation et de sommeil. Le clinicien doit reconnaître les symptômes d'alarme (*tableau II*). Il doit aussi s'informer des facteurs de stress familiaux et scolaires ainsi que de la fréquence de la douleur et des gains secondaires possiblement réalisés dans les différents milieux de vie (Ex. : absentéisme scolaire). On doit permettre à l'enfant de s'exprimer et à l'adolescent de le faire sans la présence de ses parents.

À l'examen physique, il faut rechercher les signes d'atteinte de l'état général et les manifestations extra-intestinales. La mesure du poids et de la taille, reportée sur les courbes de croissance appropriées, est de norme. La région périanale doit être examinée, mais le toucher rectal n'est pas toujours essentiel, surtout lors de la première visite. Le clinicien doit porter une attention particulière aux signes d'alarme (*tableau III*). Un diagnostic final ne devrait pas être posé après une première visite.

Étant donné que seulement de 10 % à 15 % des douleurs abdominales chroniques sont d'origine organique, il est important de cibler adéquatement l'évaluation¹. La prescription d'une série de tests désagréables et onéreux peut donner la fausse impression à l'enfant et aux parents qu'une maladie sérieuse est soupçonnée au lieu de les réassurer¹. Si une douleur fonctionnelle est évoquée, le médecin peut se limiter à la recherche de sang occulte¹. Lorsque la douleur nuit particulièrement à la qualité de vie de l'enfant, un bilan plus complet avec consultation en pédiatrie peut être demandé pour rassurer le clinicien, les parents et l'enfant. Lorsque l'anamnèse ou l'examen sont anormaux, l'évaluation est dirigée vers la cause soupçonnée. Une consultation en pédiatrie peut être requise.

Chez l'enfant plus jeune, en raison de la plus grande fréquence de cause organique, une évaluation avec bilan sanguin et imagerie ou endoscopie est plus souvent recommandée. L'échographie est préférable du fait de son bon rendement dans l'évaluation de troubles abdominaux chez l'enfant et l'absence d'irradiation.

Quel est le traitement ?

La prise en charge d'un enfant souffrant de douleur abdominale fonctionnelle passe par une approche biopsychosociale personnalisée^{1,8}. Il est important d'informer la famille des différents aspects de la douleur

La douleur abdominale fonctionnelle peut être diagnostiquée adéquatement chez l'enfant s'il y a absence de symptômes, de signes d'alarme et de sang occulte dans les selles.

Repère

fonctionnelle qui, bien qu'elle soit réelle, n'a pas de fondement organique. On peut la comparer aux maux de tête, troubles fonctionnels très fréquents mais très rarement associés à une maladie organique. L'enfant doit être encouragé à fréquenter l'école et doit être soutenu par l'équipe scolaire.

À l'occasion, un traitement médicamenteux de courte durée s'avère efficace pour diminuer la fréquence et la gravité des symptômes : médicament antiacide dans le traitement de la dyspepsie fonctionnelle, ajout de fibres ou de probiotiques à l'alimentation, agents antispasmodiques, relaxants des muscles lisses, laxatifs non stimulants ou antidiarrhéiques dans le cas du syndrome du côlon irritable⁷. Il est essentiel d'élaborer, avec la collaboration d'autres intervenants médicaux ou paramédicaux au besoin, un plan de traitement visant l'atténuation de la douleur plutôt que sa disparition.

Retour au cas de Gabrielle

Gabrielle ne peut trouver de facteurs déclenchants. Son alimentation est généralement équilibrée, mais les douleurs limitent parfois son apport alimentaire. Ses selles sont normales, et ses menstruations sont régulières. Elle a un poids santé stable, n'a pas de préoccupation alimentaire et est sportive. Elle est studieuse et réussit bien à l'école. Elle ne présente pas de troubles du sommeil, mais ses douleurs l'éveillent parfois la nuit. L'interrogatoire psychosocial est sans particularité. Sa mère ajoute que sa fille a toujours un projet en tête et qu'elle est de nature très extravertie. L'examen physique ne révèle aucun signe d'alarme.

En raison des antécédents familiaux de Gabrielle, il faut éliminer la possibilité d'une maladie ulcéreuse. D'ailleurs, les symptômes qu'elle présente sont compatibles avec un tel diagnostic. Le Strattera peut aussi occasionner de la dyspepsie, mais Gabrielle prend ce médicament depuis deux ans de façon adéquate. Le bilan sanguin ne révèle pas d'anémie tandis que la recherche de sang occulte dans les selles est négative. Vous discutez avec Gabrielle et sa mère de votre hypothèse diagnostique et lui fournissez des conseils d'hygiène de vie. Vous lui prescrivez un inhibiteur de la pompe à protons pendant trois semaines et convenez de la revoir dans un mois avec possibilité d'une évaluation plus poussée (endoscopie digestive haute et biopsie) si les symptômes persistent ou récidivent. ☞

Summary

Chronic abdominal pain in children. Chronic abdominal pain is a frequent painful syndrome in children. Organic etiologies are numerous, but functional abdominal pain (without organic or psychogenic cause) is the most frequent. Functional abdominal pain can be diagnosed safely with a thorough history and a normal physical examination (absence of occult blood in the stool is mandatory). Extensive investigation to rule out organic pathologies must be avoided unless children present specific symptoms and warning signals. Appropriate treatment of functional abdominal pain should be individualized and psychologically oriented. Its goal should be the reduction of the pain.

Keywords: chronic abdominal pain, recurrent abdominal pain, functional abdominal pain, children

Date de réception : 15 mars 2007

Date d'acceptation : 29 avril 2007

Mots-clés : douleur abdominale chronique, douleur abdominale fonctionnelle, douleur abdominale psychogène, enfant

La D^{re} Catherine Déry a été invitée à Atlanta par la société pharmaceutique Mead Johnson en octobre 2006.

Bibliographie

1. Thiessen PN. Recurrent abdominal pain. *Pediatr Rev* 2002; 23 (2) : 39-46.
2. American Academy of Pediatrics. North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Technical Report: Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics* 2005; 115 (3) : e370-81.
3. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA et coll. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (suppl. 2) : 43-7.
4. Nakayama Y, Horiuchi A, Kumagai T et coll. Psychiatric, somatic and gastrointestinal disorders, and Helicobacter pylori infection in children with recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child* 2006; 91 (8) : 671-4.
5. Croffie JM, Fitzgerald JF, Chong SK. Recurrent abdominal pain in children. A retrospective study of outcome in a group referred to a pediatric gastroenterology practice. *Clin Pediatr* 2000; 39 (5) : 267-74.
6. Rossi T. Celiac disease. *Adolesc Med Clin* 2004; 15 (1) : 91-103, ix.
7. Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. *Pediatrics* 2003; 111 (1) : e1-e11.
8. American Academy of Pediatrics. North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Clinical Report: Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics* 2005; 115 (3) : 812-5.