

ITEM 269 (ex-267) : DOULEUR ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT

Orientation clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Chez le nourrisson, à évoquer devant : accès de pleurs, cris incessants, mouvements de jambes, tortillements - Chez l'enfant : douleur abdominale plus facilement exprimée, mais de topographie souvent vague, péri-ombilicale - Examen clinique complet, enfant totalement déshabillé, en décubitus dorsal, jambes demi-fléchies 	
	<div>Orientation vers une cause organique</div> <ul style="list-style-type: none"> - Localisation précise, avec irradiation - Rythme continu, horaire diurne et nocturne (réveil) - Signes associés : AEG, signes digestifs... - Examen abdominal anormal (le plus souvent) 	<div>Orientation vers une cause fonctionnelle</div> <ul style="list-style-type: none"> - Localisation péri-ombilicale, sans irradiation - Rythme sporadique, horaire diurne seulement - Aucun signe associé, bon état général - Examen abdominal normal
Situation d'urgence	Terrain à risque	<ul style="list-style-type: none"> - Prématurés, nouveau-nés, nourrissons - Maladie chronique invalidante, handicap
	Urgence chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte : trauma de haute cinétique, chute de hauteur élevée, polytraumatisme, maltraitance - Douleur : à début brutal, puis permanente (y compris nocturne, réveillant l'enfant), intense - SP : défense abdo, contracture, douleur à la décompression, masse abdo, tuméfaction inguinale ou scrotale douloureuse, plaie pénétrante - SF : vomissements bilieux (syndrome occlusif), méléna, rectorragies
	Urgence médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de l'état générale (dont perte de poids) - Déshydratation, voire hypovolémie - Syndrome polyuro-polydipsique, dyspnée - Sepsis sévère avec troubles hémodynamiques, troubles de conscience - Signes évocateurs d'anaphylaxie
	PEC en urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement symptomatique : antalgiques IV, réhydratation ± remplissage IV - Préparation à une intervention chirurgicale : autorisation parentale, mise à jeun consultation anesthésique, groupage-hémostase, hydratation IV
Enquête étiologique	Int	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de la douleur : brutale ou progressive, description (striction, brûlure...), rythme, intensité, retentissement (insomniant, arrêt de l'activité), topographie, irradiation, facteurs aggravants et améliorants... - Contexte : antécédents, comorbidité, régime alimentaire, heure du dernier repas, croissance staturo-pondérale, facteur déclenchant, traumatisme abdominal, possibilité d'une grossesse chez l'adolescence
	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Infectieux : fièvre, asthénie, pâleur - Digestifs : soif, anorexie, vomissements, diarrhée/constipation - ORL, pulmonaire : dyspnée, toux, otalgie,odynophagie - Urinaire : SFU, polyuro-polydipsie, hématurie - Céphalées, arthralgie, éruption cutanée...
	SC	<ul style="list-style-type: none"> - Constantes, état nutritionnel (IMC), perte de poids - Examen abdomino-pelvien : ballonnement, bruits hydro-aériques, douleur provoquée, défense ou contracture, hépatomégalie, splénomégalie, masse abdominale, contact lombaire, orifices herniaires, testicules - TR : douleur au cul-de-sac de Douglas, rectorragie, masse - Recherche d'un foyer infectieux extra-digestif : tympans, amygdales, pulmonaire - Examen cutané : purpura des membres inférieurs, ictère, mélanodermie
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de SFU : BU ± ECBU - En cas de fièvre et/ou défense : NFS, CRP, BU - En cas de suspicion de diabète : glycémie capillaire/veineuse, BU ± GDS, ionogramme sanguin - Selon les cas : ionogramme sanguin, bilan hépatique, lipasémie, β-hCG chez l'adolescente...
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie abdominale = 1^{ère} intention : suspicion d'appendicite aiguë, d'invagination intestinale aiguë et de colique néphrétique, bilan de pyélonéphrite (sous 48h) ou douleurs abdominales récidivantes - ASP = indication très limitée : ingestion de corps étranger radio-opaque, ou en 2^{ème} intention après l'échographie si jugée nécessaire par le radiologue. - RT : polypnée fébrile

Etiologies		< 1 mois	1 mois – 2 ans	2 ans – 12 ans	> 12 ans
	Fréquentes	<ul style="list-style-type: none"> - Coliques du nourrisson - Hernie inguinale étranglée 	<ul style="list-style-type: none"> - Coliques du nourrisson (surtout avant 5 mois) - Gastroentérite aiguë - Infections ORL, otites, angines - Invagination intestinale - Hernie inguinale étranglée 	<ul style="list-style-type: none"> - Adénolymphite mésentérique - Constipation, douleurs abdominales fonctionnelles - Gastroentérite aiguë - Migraines abdominales - Pyélonéphrite - Pneumopathie - Infections ORL, otites, angines - Appendicite, péritonite appendiculaire - Traumatisme - Crise drépanocytaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs abdominales fonctionnelles - Constipation - Adénolymphite mésentérique - Migraines abdominales - Pyélonéphrite - Gastroentérite aiguë - Pneumopathie, infections ORL - Appendicite, péritonite appendiculaire - Traumatismes - Kystes ovariens, torsion d'ovaire - Dysménorrhée, douleurs ovulatoires - Colites infectieuses - Crise drépanocytaire
	Peu fréquentes	<ul style="list-style-type: none"> - APLV - Traumatisme - Volvulus - Occlusions néonatales - ECUN (prématurés) - Maladie de Hirschsprung 	<ul style="list-style-type: none"> - Pyélonéphrite - Pneumopathie - Adénolymphite mésentérique - APLV - Torsion testiculaire, épидидymites - Traumatismes - Volvulus 	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Purpura rhumatoïde - Hernie inguinale étranglée - Occlusion sur bride - Diverticule de Meckel - Invagination intestinale - Torsion testiculaire, épидидymites - Cholécytite, lithiase biliaire - Pancréatite - Syndrome néphrotique - Toxiques - Mucoviscidose - MICI - Vascularites - Tumeurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Hernie inguinale étranglée - Occlusion sur bride - Diverticule de Meckel - Cholécytite, lithiase biliaire - Torsion testiculaire, épидидymites - Lithiase urinaire - Hématocolpos - Pancréatite - Gastrites, ulcères - Hépatites, hépatite fulminante - Diabète - Toxiques - RGO - Mucoviscidose - Intolérance au lactose - MICI
	Rares	<ul style="list-style-type: none"> - Appendicite - Occlusion sur bride - Torsion testiculaire, épидидymites - Toxiques - Tumeurs - Malabsorption 	<ul style="list-style-type: none"> - Appendicite, péritonite appendiculaire - Occlusion sur bride - Maladie de Hirschsprung - Toxiques - Tumeurs - Malabsorption - Crise drépanocytaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Lithiase urinaire - Torsion d'ovaire - Gastrites, ulcère - Syndrome hémolytique et urémique - Hépatites, hépatite fulminante - Myocardite, péricardite - Rhumatisme articulaire aigu - Toxiques - Anémie hémolytique - Porphyrurie 	<ul style="list-style-type: none"> - Saplingites, grossesse, GEU - Invagination intestinale - Péritonite primitive ou sur cathéter - Overdose, intoxications alcooliques - Rhumatisme articulaire aigu - Tumeurs - Vascularites
	<p>En italique : avis chirurgical en urgence</p> <p>En gras : pronostic vital impliqué à court terme</p>				

INVAGINATION INTESTINALE AIGÜE

Invagination intestinale aiguë (IIA) = pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent par retournement en doigt de gant (boudin d'invagination) : localisation **iléo-caecale** (90% : transvalvulaire ou avec invagination du caecum et de l'appendice dans le côlon droit), ou **iléo-iléale**.

Compression au collet des vx → stase lymphatique et veineuse (saignement de la muqueuse, rectorragies) puis ischémie artérielle et nécrose en absence de traitement, aboutissant à une occlusion intestinale aiguë et parfois une perforation

- **Primitive** (plus fréquente) = contexte d'adénolymphite (**hypertrophie des plaques de Peyer** et **hyperplasie lymphoïde**) : nourrisson (pic à **9 mois**) et enfant < 3 ans, prédominance masculine, période automno-hivernale. Classiquement iléo-caecal

- **Secondaire** (plus rare) = pathologie sous-jacente causale :

. **Locale** : surtout sur le grêle (diverticule de Meckel, duplication digestive, polype, lymphome) : syndrome occlusif du grêle rapide, traitement chirurgical avec biopsie (lymphome) ou résection intestinale

. **Générale** : **purpura rhumatoïde**, **mucoviscidose**, **vaccins à rotavirus**, **chimiothérapie** : le plus souvent forme iléo-iléale, fréquemment favorable sans lavement ni chirurgie

→ Recherche systématique de cause secondaire en cas d'IIA chez l'enfant > **2 ans**

Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte : nourrisson de 2 mois à 2 ans (pic : 9 mois) en bonne santé ± précédé d'un épisode infectieux récent - Triade clinique parfois incomplète : <ul style="list-style-type: none"> . Crises douloureuses abdominales paroxystiques, avec périodes d'accalmie, de plus en plus rapprochées (parfois résumées à des accès d'hypotonie avec pâleur (malaise) au décours des crises douloureuses (pleurs)) . Vomissements alimentaires puis bilieux, intolérance alimentaire (refus du biberon) . Rectorragie : plus tardives, d'intensité variable
	SC	= Examen clinique en période d'accalmie <ul style="list-style-type: none"> - Palpation d'une fosse iliaque droite déshabillée, douleur de l'hypochondre droit le plus souvent - Palpation du boudin d'invagination : masse abdominale mobile plus ou moins perceptible - TR : sang, palpation du boudin d'invagination
	PC	- Echographie abdominale = confirmation diagnostique : aspect de boudin (en cocarde en transversal et en sandwich en longitudinal), recherche d'épanchement intra-péritonéal, étude des flux artériels et veineux
TTT	→ Urgence thérapeutique : hospitalisation, mise à jeun - Forme iléo-caecale : désinvagination par lavement thérapeutique rétrograde ou ttt chirurgical si échec/complication - Forme iléo-iléale : évolution spontanément favorable si idiopathique, persistante si secondaire	
	Lavement thérapeutique	= Lavement hydrostatique (aux hydrosolubles) ou pneumatique ± répété 3 fois , voire sous AG : réduction de l'invagination par refoulement du boudin à la pression → 80-90% de succès <ul style="list-style-type: none"> - Indication = forme non compliquée d'IIA iléo-caecale : <ul style="list-style-type: none"> - Hémodynamique stable - Absence de péritonite - Absence de pneumopéritoine - Réalisé sous contrôle scopique, sous sédation, en présence d'un radiologue et d'un chirurgien - Efficacité : <ul style="list-style-type: none"> - Clinique : disparition des douleurs abdominales - Imagerie : <ul style="list-style-type: none"> - Opacification (si produit de contraste) de l'ensemble du cadre colique - Inondation franche et massive des dernières anses grêles - Absence de ré-invagination sur le cliché en évacuation
	Traitement chirurgical	= Expression manuelle du boudin d'invagination , sans traction excessive, avec appendicectomie de principe ± résection intestinale en cas d'échec ou de nécrose apparente ou de malformation <ul style="list-style-type: none"> - Indication : <ul style="list-style-type: none"> - Forme compliquée d'IIA : choc, péritonite, pneumopéritoine - Echec de lavement opaque thérapeutique (10% des cas) - Récidives multiples : 10 à 15% des cas (même opéré), recherche d'IIA secondaire

APPENDICITE AIGÜE

Appendicite = inflammation de l'appendice iléo-caecale (ou vermiforme), prolongement du caecum de localisation variable
 - Atteint 0,3% des enfants de 0 à 15 ans, pic entre 7 et 13 ans. Forme toujours compliquées avant 6 ans.

Diagnostic	SF	→ Forme clinique typique : appendice latéro-caecale (2/3 des cas) - Contexte : douleur abdominale aiguë évoluant depuis moins de 48h exacerbée par la toux et le cloche-pied droit. - Douleur abdominale aiguë spontanée, initialement péri-ombilicale puis migrant en FID, généralement fixe, continue et croissante, sans irradiation - Fièvre modérée (généralement autour de 38°C), altération du faciès - Nausées, vomissements alimentaires, inappétence, constipation - Diarrhée : évoquer une complication	
	SC	- Douleur provoquée au point de Mac Burney , défense à la palpation profonde - Signe de Blumberg (douleur à décompression brutale de FID) et Rosving (douleur FID à décompression de la FIG) - Boiterie par psoïtis (cuisse droite fléchie en position antalgique), langue saburrale, inclinaison antalgique du rachis sur la droite - TR (rarement fait) : souvent douloureux, peu spécifique	
	Autres localisations	Rétro-caecale	- Douleur en FID , rarement défense - Attitude antalgique en psoïtis
		Sous-hépatique	- Douleur en HCD (≈ tableau de cholécystite)
		Pelvienne	- Douleur sus-pubienne , sans défense ; diagnostic difficile souvent retardé - Signes fonctionnels urinaires à BU-, et rectaux (ténésme), parfois signes de gastroentérite
		Méso-coeliaque	- Nausées/vomissements prédominant : syndrome occlusif fébrile précoce
	Bio	- Hyperleucocytose (PNN > 12) précoce, CRP d'élévation retardée. Examens peu spécifiques mais sensibles. Si ils sont tous les deux négatifs : exclusion du diagnostic d'appendicite. - Bilan pré-opératoire en cas d'indication chirurgicale - BU négative (ou leucocyturie isolée en cas d'appendicite pelvienne)	
	PC	→ Aucun examen complémentaire systématique : diagnostic possiblement clinique	
		Echographie abdominale	= Examen de référence (Se/Sp = 95%) : opérateur-dépendant - Appendice de diamètre > 6 mm , image en cible, Mc Burney échographique, parois épaisses, sans visualisation de la lumière appendiculaire, non compressible, hyperémie au Doppler, perte de la différenciation des couches pariétales - Signes indirects : stercolithe, graisse péri-appendiculaire hyperémisée, épanchement FID - Recherche de complications : abcès, plastron, épanchement rétropéritonéal, nécrose - DD : adénolymphite mésentérique, pathologie annexielle, diverticule de Meckel → Ne peut pas éliminer le diagnostic si l'appendice n'est pas visualisé en entier
		Autres	- ASP non indiqué - Scanner abdomino-pelvien/IRM : formes atypiques, notamment de l'enfant obèse
DD	Adéno-lymphite mésentérique	= ADP mésentériques secondaires à une virose (ORL ou respiratoire) : - Douleurs abdominales diffuses, prédominantes en FID - Echo abdo : ADP mésentériques supra-centimétriques avec appendice normal	
- En cas de doute diagnostique : surveillance clinique pendant 24h sous traitement antalgique → élimine le diagnostic en cas d'amélioration ou de stabilisation clinique			
TTT	→ Urgence thérapeutique médicale et chirurgicale : hospitalisation, mise à jeun		
	Mise en conditions	- Correction des troubles hémodynamiques et hydro-électrolytiques (réhydratation IV) - Enfant à jeun, VVP, antalgique IV + antibiothérapie IV à débiter dès le diagnostic affirmé - CPA, bilan préopératoire, autorisation parentale d'opérer	
	TTT chirurgical	- Voie d'abord : coelioscopie (visualisation de l'ensemble de la cavité abdominale, moindre préjudice cicatriciel) ou laparotomie de Mc Burney (surtout en cas de péritonite) - Temps explorateur : inspection de la cavité abdominale, prélèvements bactériologiques - Temps curateur : appendicectomie avec envoi de la pièce en anatomopathologie + Antibiothérapie probabiliste IV peropératoire	
	Suivi	- Surveillance : hémodynamique, douleur, diurèse, transit, reprise précoce de l'alimentation, cicatrice	
	Complication post-opératoire	Infectieuse	- Abscès de paroi, abcès du cul-de-sac de Douglas, abcès sous-phrénique - Péritonite par lâchage du moignon appendiculaire, autre péritonite 2 ^{ndr}
Occlusive		- Occlusion précoce (iléus réflexe) ou tardive (adhérences, brides)	

Complication	Péritonite appendiculaire		<ul style="list-style-type: none"> - Signes généraux prédominant (AEG, asthénie, fièvre élevée) voire sepsis grave/choc septique - Défense généralisée/contracture à la palpation abdominale - Tardivement : disparition de la défense généralisée/contracture (péritonite asthénique)
		TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Réhydratation IV systématique - TTT chirurgical en urgence : appendicectomie + lavage péritonéal - Antibiothérapie poursuivie > 48h en post-opératoire, adaptée aux prélèvements per-op
	Abscess appendiculaire avec plastron		- Fièvre plus élevée, défense puis empâtement , voire masse en FID ; évolution >48H
		TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Bon état général : - Antibiothérapie probabiliste IV, avec relai oral à 48h si amélioration clinique et biologique, poursuivi pendant 3 semaines - Traitement chirurgical après ATB : appendicectomie à froid - Mauvaise tolérance ou non amélioration à 48h → traitement chirurgical en urgence : appendicectomie + drainage de l'abcès

HERNIE PARIETALE		
Hernie inguinale	= Persistance du canal péritonéovaginal avec paroi musculo-aponévrotique normale (≠ adulte) : hernie oblique externe - Affection congénitale fréquente (1-4%) et bénigne, prédominance masculine (85%), dans 50% des cas < 1 an - Plus fréquente à droite (60%), bilatérale dans 15% des cas - Facteurs de risque = prématurité, terrain familial - Contenu habituellement intestinal (sauf chez la fille < 1 an : hernie de l'ovaire le plus souvent)	
	Dg	- Tuméfaction inguinale intermittente, lors des cris ou des efforts de poussées, arrondie, molle, indolore, réductible spontanément ou par pression en haut et en dehors - Si tuméfaction non vue : orifice inguinale superficiel élargi
	TTT	→ Toute hernie inguinale doit être opérée pour éviter le risque d'étranglement herniaire - Consignes aux parents (en attendant la chirurgie) : réduire la hernie, consulter en cas de signe d'étranglement - Intervention chirurgicale sans urgence (dans le mois) ou en semi-urgence en cas d'hernie de l'ovaire (2-3 jours) → Chirurgie bilatérale chez le prématuré
	Hernie inguinale étranglée	Dg
TTT		= Urgence thérapeutique : hospitalisation, mise à jeun, rééquilibration hydroélectrolytique - Taxis = réduction manuelle 30 min après prémédication, par un praticien expérimenté (compression prolongée en haut et dehors) : réservé à la hernie inguinale étranglée du garçon, sans signes locaux inflammatoires, en bon état général → Contre-indiqué chez la fille < 1 an : risque de lésion de l'ovaire - Intervention chirurgicale : - D'emblée : - Hernie de l'ovaire chez la fille (taxis contre-indiqué) - Hernie inguinale étranglée évoluée (AEG) - Echec du taxis - Différée (2 à 3 jours) : après succès du taxis
Ombilicale	= Hernie au travers de l'orifice ombilical : très fréquente chez l'enfant, souvent dans les premières semaines de vie - Tuméfaction centrée sur l'ombilic, intermittente, extériorisée aux pleurs ou à la poussée abdominale, molle, réductible - Etranglement herniaire exceptionnel - Guérison généralement spontanée < 2 ans - Abstention thérapeutique généralement, sauf si persistante chez l'enfant > 3 ans	

DIVERTICULE DE MECKEL

= **Reliquat du canal mésentérique** : diverticule de 1 à 5 cm situé sur le bord anti-mésentérique du dernier tiers de l'intestin grêle, en amont de la valvule de Bauhin, **pédiculé** ou **sessile** avec possible présence de **tissu hétérotopique**

- Retrouvé chez **2%** de la population, révélation à tout âge

Manifestations	Asymptomatique	= Découverte fortuite per-opératoire (généralement pour appendicite) : dans la majorité des cas
	Complication	= Généralement dans l'enfance < 10 ans - Occlusion (50%) : - Invagination intestinale aiguë secondaire : iléο-ιλέale ± caecal , résistant au lavement, récidivant - Occlusion intestinale (capotage ou volvulus sur bride ombilicale) - Hémorragie intestinale (hétérotopie gastrique avec sécrétion d'HCl), risque de perforation - Diverticulite : tableau d'appendicite aiguë - Tumeur bénigne ou maligne
TTT	= Systématique en cas de complication, discutée en cas de diverticule asymptomatique - Chirurgical : exérèse du segment de grêle + anastomose termino-terminale → En cas d'opération pour syndrome appendiculaire : résection du diverticule seulement si appendice sain	

PERITONITE AIGÜE

Péritonite aiguë = inflammation aiguë de la séreuse péritonéale avec œdème, hyperhémie et hypersécrétion, généralement d'origine infectieuse bactérienne (primitive ou secondaire à une perforation digestive ou une plaie pénétrante de l'abdomen), ou parfois d'origine chimique (bile, enzymes pancréatiques, acide chlorhydrique)
→ Urgence diagnostique et thérapeutique

Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre habituellement élevée (39-40°), retardée en cas de péritonite chimique - Douleur abdominale : volontiers brutale, intense et continue, parfois en coup de poignard en cas de perforation d'un organe creux, initialement localisée puis rapidement généralisée - Nausées, refus de l'alimentation, puis vomissements alimentaires puis bilieux - Trouble du transit : météorisme abdominal, arrêt des matières et des gaz, ou parfois diarrhées paradoxales (péritonites appendiculaires pelviennes ou mésocoliaques) 	
	SC	<ul style="list-style-type: none"> - Position antalgique en chien de fusil ou blockpnée (petits enfants) - Frissons - Signes de déshydratation (3^{ème} secteur abdominal : cerné, langue sèche, pli cutané) - Signes hémodynamiques : TRC > 3s, pouls rapide filant, pincement de la PA différentielle, voire marbrures - Palpation abdominale : - Contracture dans les formes évoluées chez le grand enfant : résistance douloureuse invincible de l'ensemble de la paroi abdominale <ul style="list-style-type: none"> - Défense généralisée, plus volontiers chez le petit enfant - Douleur diffuse, plus intense à l'ombilic chez le nourrisson ± omphalite - Absence de bruits hydro-aériques 	
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperleucocytose à PNN (ou neutropénie témoin de sepsis), CRP élevée, PCT en cas d'infection bactérienne - Ionogramme sanguin : évaluation du retentissement hydro-électrolytique - Hémocultures systématiques en cas de sepsis/troubles hémodynamiques 	
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie abdominale : épanchement abdominal diffus, recherche d'appendicite (la perforation rend l'appendicite de taille normal et le météorisme peut compliquer sa recherche) - Scanner abdominal injecté en 2nd intention (en cas de doute après avis spécialisé) 	
Etiologie	Grand enfant	Péritonite secondaire	<ul style="list-style-type: none"> - Péritonite appendiculaire (plus fréquente) : à évoquer systématiquement - Diverticule de Meckel (mékélite) - Perforation traumatique (contusion abdominale, plaie de l'abdomen) : dont le syndrome de Chance lors d'un AVP (perforation de l'intestin grêle + lésions pancréatiques + fracture du rachis lombaire) - Plus rarement : ulcère gastro-duodéal perforé, origine biliaire ou génitale, évolution d'une occlusion mécanique (invagination, volvulus)...
		Péritonite primitive	= Péritonite spontanée, idiopathique, majoritairement à pneumocoque : - Cause : - Syndrome néphrotique - MAI : lupus, dermatomyosite... - Cirrhose hépatique, IRC - Péritonite tuberculeuse (rare) → Traitement uniquement médical
		Péritonite post-opératoire	= Lâchage de suture d'un organe creux ou d'un moignon appendiculaire, fistule anastomotique, perforation après endoscopie colique... :
	Nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> - Péritonite appendiculaire = plus fréquente : appendicite plus rare que chez l'enfant > 3 ans, mais plus souvent compliquée d'abcès ou de péritonite, souvent de diagnostic tardif (tableau trompeur de gastro-entérite fébrile avec diarrhée ou tableau d'infection urinaire), contracture abdominale moins marquée - Diverticule de Meckel : fréquent, souvent de découverte opératoire 	
	Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> - Entérocolite ulcéronécrosante : dans les 1^{ers} mois de vie - Perforation digestive anténatale ou post-natale 	
TTT	TTT médical	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en condition : SNG, VVP ± VVC, scope - Antalgie adaptée - Rééquilibration hydro-électrolytique - Antibiothérapie précoce à large spectre 	
	TTT chirurgical	→ En urgence, dès que l'état clinique est stabilisé (généralement 2 à 3h après admission) - Voie d'abord : laparotomie ou coelioscopie (préférée) - Prélèvements de l'épanchement intra-péritonéal - Traitement de cause : appendicectomie, suture de perforation digestive, résection-anastomose, stomie - Lavage abondant de la cavité péritonéale - Drainage en cas de poches abcédées enkystées ou si entérocolite ulcéronécrosante du prématuré	

COLIQUES DU NOURRISSON

Colique du nourrisson = survenue paroxystique chez un petit nourrisson de pleurs prolongés (jusqu'à plusieurs heures/jour), et de phase d'agitation, de cause inconnue : motif de consultation fréquent, totalement bénin

- Source de sentiments d'incompétence parentale et d'inquiétude

Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Nourrisson < 5 mois - Pleurs prolongés, inconsolables et/ou phases d'agitation inexpliquées en post-prandial - Faciès vultueux, abdomen tendu et membres inférieurs repliés - Interruption de la crise avec émission spontanée ou provoquée de gaz intestinaux (air avalé lors des pleurs) - Caractère paroxystique et répété de la crise - Isolée : appétit conservé, croissance pondérale normale, transit normal, éveil normal, périodes de calme → Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Réassurance des parents sur le caractère bénin et transitoire : disparition spontanée en 3 à 4 mois - Conseils pour calmer l'enfant : prise dans les bras, emmaillotage, trajet en voiture, massage abdominal : mais sans efficacité démontrée - L'administration de <i>Lactobacillus reuteri</i> a démontré un effet prophylactique et une efficacité thérapeutique, en particulier chez les nourrissons allaités. Certains travaux ont également trouvé une efficacité des extraits de fenouils. - Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité (trimébutine Débridat®, Calmosine®...) - Les modifications diététiques (lait sans lactose, hydrolysé poussé) doivent être limités et argumentés - Les IPP ne sont pas indiqués devant des pleurs inexpliqués ou des coliques du nourrisson sans RGO acide prouvé

DOULEURS ABDOMINALES FONCTIONNELLES

1) Éliminer les drapeaux rouges imposant la recherche d'une maladie organique sous-jacente :

- Douleur « loin » de l'ombilic
- **Symptômes digestifs associés** : diarrhée nocturne, hématurie, rectorragie, atteinte périnéale.
- **Symptômes extra-intestinaux** : fièvre, douleurs articulaires, rash cutané, aphtes buccaux, perte de poids, retard de croissance, retard pubertaire.
- **Histoire familiale de MICI**

2) Préciser le diagnostic = critères de Rome IV : douleurs récurrentes fonctionnelles avec intervalles libres qui durent depuis au moins 2 mois, après élimination des causes organiques.

Étiologies	Dyspepsie non ulcéreuse	Douleur persistante ou inconfort dans l'épigastre ou en sus-ombilical, s'aggravant au cours des repas ; sans relation avec une modification du transit.
	Migraine Abdominale	Épisodes paroxystiques avec fatigabilité inhabituelle et douleurs péri-ombilicales qui durent > 1 heure ; associés à au moins 2 des items (anorexie, nausées, vomissement, céphalées, photophobie, pâleur) ; antécédents familiaux de migraine volontiers observés et représentant un critère diagnostique important.
	Syndrome de l'intestin irritable	Inconfort abdominal ou douleur apparus au moins une fois par semaine au cours de 3 derniers mois. Associés à au moins 2 items (amélioration par la défécation, modification de la fréquence des selles, modification consistance des selles)
Dg	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic clinique : aucun bilan nécessaire - Douleurs possibles au cours de pathologies organiques : maladie cœliaque, MICI... mais adénolymphite mésentérique et infection à <i>Helicobacter Pylori</i> ne sont pas à rechercher dans ce contexte 	
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Réassurance avec empathie. - Hypnothérapie et prise en charge comportementale - Aucun traitement antalgique de palier I, II ou III n'a d'efficacité démontrée - Traitement des troubles du transit s'ils existent - Possible efficacité de certains probiotiques - Un régime pauvre en lactose, voire sans FODMAP peut améliorer les douleurs mais contraignant. 	