

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

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

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

## INVAGINATION INTESTINALE AIGUË

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

## APPENDICITE AIGUË

**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	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Forme clinique typique : <b>appendice latéro-caecale</b> (2/3 des cas)</li> <li>- Contexte : douleur abdominale aiguë évoluant depuis moins de 48h exacerbée par la toux et le cloche-pied droit.</li> <li>- <b>Douleur abdominale aiguë</b> spontanée, initialement péri-ombilicale puis migrant en FID, généralement fixe, continue et croissante, sans irradiation</li> <li>- <b>Fièvre modérée</b> (généralement autour de 38°C), <b>altération du faciès</b></li> <li>- <b>Nausées, vomissements alimentaires, inappétence, constipation</b></li> <li>- <b>Diarrhée</b> : évoquer une complication</li> </ul>	
	SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur provoquée au point de Mac Burney, défense</b> à la palpation profonde</li> <li>- <b>Signe de Blumberg</b> (douleur à décompression brutale de FID) et <b>Rosving</b> (douleur FID à décompression de la FIG)</li> <li>- Boiterie par psoïtis (cuisse droite fléchie en position antalgique), langue saburrale, inclinaison antalgique du rachis sur la droite</li> <li>- <b>TR</b> (rarement fait) : souvent douloureux, peu spécifique</li> </ul>	
	Autres localisations	<b>Rétro-caecale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur en FID</b>, rarement défense</li> <li>- Attitude antalgique en <b>psoïtis</b></li> </ul>
		<b>Sous-hépatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur en HCD</b> (≈ tableau de cholécystite)</li> </ul>
		<b>Pelvienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur sus-pubienne</b>, sans défense ; diagnostic difficile souvent retardé</li> <li>- <b>Signes fonctionnels urinaires</b> à BU-, et <b>rectaux</b> (ténesme), parfois signes de gastroentérite</li> </ul>
		<b>Méso-coeliaque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nausées/vomissements</b> prédominant : <b>syndrome occlusif fébrile</b> précoce</li> </ul>
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hyperleucocytose</b> (PNN &gt; 12) précoce, <b>CRP</b> d'élévation retardée. Examens peu spécifiques mais sensibles. Si ils sont tous les deux négatifs : exclusion du diagnostic d'appendicite.</li> <li>- <b>Bilan pré-opératoire</b> en cas d'indication chirurgicale</li> <li>- BU négative (ou <b>leucocyturie isolée</b> en cas d'appendicite pelvienne)</li> </ul>	
	PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Aucun examen complémentaire systématique : diagnostic possiblement clinique</li> </ul>	
		<b>Echographie abdominale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Examen de référence (Se/Sp = 95%) : opérateur-dépendant</li> <li>- Appendice de diamètre <b>&gt; 6 mm</b>, 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</li> <li>- Signes indirects : stercolithe, graisse péri-appendiculaire hyperémie, épanchement FID</li> <li>- Recherche de complications : <b>abcès, plastron, épanchement rétropéritonéal, nécrose</b></li> <li>- DD : adénolymphite mésentérique, pathologie annexielle, diverticule de Meckel</li> <li>→ Ne peut pas éliminer le diagnostic si l'appendice n'est pas visualisé en entier</li> </ul>
		Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ASP</b> non indiqué</li> <li>- <b>Scanner abdomino-pelvien/IRM</b> : formes atypiques, notamment de l'enfant obèse</li> </ul>
	DD	<b>Adéno-lymphite mésentérique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>ADP mésentériques secondaires à une virose</b> (ORL ou respiratoire) :</li> <li>- <b>Douleurs abdominales</b> diffuses, prédominantes en FID</li> <li>- <b>Echo abdo</b> : ADP mésentériques supra-centimétriques avec appendice normal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de doute diagnostique : <b>surveillance clinique pendant 24h</b> sous traitement antalgique → élimine le diagnostic en cas d'amélioration ou de stabilisation clinique</li> </ul>			
TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Urgence thérapeutique médicale et chirurgicale</b> : hospitalisation, mise à jeun</li> </ul>		
	<b>Mise en conditions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Correction des troubles hémodynamiques</b> et <b>hydro-électrolytiques</b> (réhydratation IV)</li> <li>- <b>Enfant à jeun, VVP, antalgique IV + antibiothérapie IV</b> à débuter dès le diagnostic affirmé</li> <li>- <b>CPA, bilan préopératoire, autorisation parentale d'opérer</b></li> </ul>	
	<b>TTT chirurgical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voie d'abord : <b>coelioscopie</b> (visualisation de l'ensemble de la cavité abdominale, moindre préjudice cicatriciel) ou <b>laparotomie de Mc Burney</b> (surtout en cas de péritonite)</li> <li>- Temps explorateur : inspection de la cavité abdominale, prélèvements bactériologiques</li> <li>- Temps curateur : <b>appendicectomie</b> avec envoi de la pièce en anatomopathologie</li> <li>+ <b>Antibiothérapie probabiliste IV</b> peropératoire</li> </ul>	
	Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance : hémodynamique, douleur, diurèse, transit, reprise précoce de l'alimentation, cicatrice</li> </ul>	
	<b>Complication post-opératoire</b>	<b>Infectieuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Abcès de paroi, abcès du cul-de-sac de Douglas, abcès sous-phrénique</b></li> <li>- <b>Péritonite</b> par lâchage du moignon appendiculaire, autre péritonite 2<sup>ndr</sup></li> </ul>
	<b>Occlusive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Occlusion précoce (iléus réflexe) ou tardive (adhérences, brides)</b></li> </ul>	

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

## HERNIE PARIETALE

Hernie inguinale	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Persistance du canal péritonéovaginal</b> avec paroi musculo-aponévrotique normale (≠ adulte) : <b>hernie oblique externe</b></li> <li>- Affection congénitale fréquente (1-4%) et bénigne, prédominance masculine (85%), dans 50% des cas &lt; 1 an</li> <li>- Plus fréquente à droite (60%), bilatérale dans 15% des cas</li> <li>- Facteurs de risque = prématuroité, terrain familial</li> <li>- Contenu habituellement <b>intestinal</b> (sauf chez la fille &lt; 1 an : <b>hernie de l'ovaire</b> le plus souvent)</li> </ul>		
	Dg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tuméfaction inguinale</b> intermittente, lors des cris ou des efforts de poussées, arrondie, molle, indolore, réductible spontanément ou par pression en haut et en dehors</li> <li>- Si tuméfaction non vue : <b>orifice inguinale superficiel élargi</b></li> </ul>	
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Toute hernie inguinale doit être opérée pour éviter le risque d'étranglement herniaire</li> <li>- Consignes aux parents (en attendant la chirurgie) : réduire la hernie, consulter en cas de signe d'étranglement</li> <li>- <b>Intervention chirurgicale</b> sans urgence (dans le mois) ou en <b>semi-urgence</b> en cas d'hernie de l'ovaire (<b>2-3 jours</b>)</li> <li>→ Chirurgie <b>bilatérale</b> chez le prématuré</li> </ul>	
Hernie inguinale étranglée	Dg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Période initiale de gémissements et refus de prise alimentaire</li> <li>- <b>Tuméfaction inguinale</b> douloureuse, fixée, irréductible ; testicule en place chez le garçon</li> <li>- <b>Signes d'occlusion digestive tardifs</b> : vomissements, météorismes, AMG tardif</li> <li>→ Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge</li> </ul>	
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Urgence thérapeutique : hospitalisation, mise à jeun, rééquilibration hydriélectrolytique</li> <li>- <b>Taxis</b> = 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</li> <li>→ Contre-indiqué chez la fille &lt; 1 an : risque de lésion de l'ovaire</li> <li>- <b>Intervention chirurgicale</b> : - <b>D'emblée</b> : - Hernie de l'ovaire chez la fille (taxis contre-indiqué) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hernie inguinale étranglée évoluée (AEG)</li> <li>- Echec du taxis</li> </ul> </li> <li>- <b>Différée</b> (2 à 3 jours) : après succès du taxis</li> </ul>	
Ombilicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Hernie au travers de l'orifice ombilical : très fréquente chez l'enfant, souvent dans les premières semaines de vie</li> <li>- <b>Tuméfaction</b> centrée sur l'ombilic, intermittente, extériorisée aux pleurs ou à la poussée abdominale, molle, réductible</li> <li>- <b>Etranglement herniaire</b> exceptionnel</li> <li>- Guérison généralement spontanée &lt; <b>2 ans</b></li> <li>- <b>Abstention thérapeutique</b> généralement, sauf si persistante chez l'enfant &gt; <b>3 ans</b></li> </ul>		

## 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	<p>= Généralement dans l'enfance &lt; <b>10 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Occlusion</b> (50%) : - <b>Invagination intestinale aiguë</b> secondaire : <b>iléo-iléale ± caecal</b>, résistant au lavement, récidivant</li> <li>- <b>Occlusion intestinale</b> (capotage ou volvulus sur bride ombilicale)</li> <li>- <b>Hémorragie intestinale</b> (hétérotopie gastrique avec sécrétion d'HCl), risque de <b>perforation</b></li> <li>- <b>Diverticulite</b> : tableau d'appendicite aiguë</li> <li>- <b>Tumeur bénigne ou maligne</b></li> </ul>
TTT		<p>= Systématique en cas de complication, discutée en cas de diverticule asymptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Chirurgical</b> : <b>exérèse du segment de grêle + anastomose termino-terminale</b></li> <li>→ En cas d'opération pour syndrome appendiculaire : résection du diverticule seulement si appendice sain</li> </ul>

## PERITONITE AIGUË

**Péritonite aiguë** = inflammation aiguë de la séreuse péritonale 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"> <li>- <b>Fièvre habituellement élevée</b> (39-40°), retardée en cas de péritonite chimique</li> <li>- <b>Douleur abdominale</b> : volontiers brutale, intense et continue, parfois en coup de poignard en cas de perforation d'un organe creux, initialement localisée puis rapidement généralisée</li> <li>- <b>Nausées, refus de l'alimentation</b>, puis <b>vomissements alimentaires</b> puis <b>bilieux</b></li> <li>- <b>Trouble du transit</b> : <b>météorisme abdominal, arrêt des matières et des gaz</b>, ou parfois diarrhées paradoxales (péritonites appendiculaires pelviennes ou mésocoeliaques)</li> </ul>					
	SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Position antalgique en <b>chien de fusil ou blockpnée</b> (petits enfants)</li> <li>- Frissons</li> <li>- <b>Signes de déshydratation</b> (3<sup>ème</sup> secteur abdominal : cerné, langue sèche, pli cutané)</li> <li>- <b>Signes hémodynamiques</b> : TRC &gt; 3s, pouls rapide filant, pincement de la PA différentielle, voire marbrures</li> <li>- Palpation abdominale : - <b>Contracture</b> dans les formes évoluées chez le grand enfant : résistance douloureuse invincible de l'ensemble de la paroi abdominale</li> <li>- <b>Défense généralisée</b>, plus volontiers chez le petit enfant</li> <li>- <b>Douleur diffuse, plus intense à l'ombilic</b> chez le nourrisson ± <b>omphalite</b></li> <li>- Absence de bruits hydro-aériques</li> </ul>					
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hyperleucocytose à PNN (ou neutropénie témoin de sepsis)</b>, CRP élevée, PCT en cas d'infection bactérienne</li> <li>- <b>Ionogramme sanguin</b> : évaluation du retentissement hydro-électrolytique</li> <li>- <b>Hémocultures</b> systématiques en cas de sepsis/troubles hémodynamiques</li> </ul>					
	PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echographie abdominale</b> : épanchement abdominal diffus, recherche d'appendicite (la perforation rend l'appendicite de taille normal et le météorisme peut compliquer sa recherche)</li> <li>- <b>Scanner abdominal injecté</b> en 2<sup>nd</sup> intention (en cas de doute après avis spécialisé)</li> </ul>					
	Grand enfant	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <b>Péritonite secondaire</b> </td><td style="width: 70%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Péritonite appendiculaire</b> (plus fréquente) : à évoquer systématiquement</li> <li>- <b>Diverticule de Meckel</b> (méckélite)</li> <li>- <b>Perforation traumatique</b> (contusion abdominale, plaie de l'abdomen) : dont le <b>syndrome de Chance</b> lors d'un AVP (perforation de l'intestin grêle + lésions pancréatiques + fracture du rachis lombaire)</li> <li>- Plus rarement : <b>ulcère gastro-duodénal perforé</b>, origine <b>biliaire ou génitale</b>, <b>évolution d'une occlusion mécanique</b> (invagination, volvulus)...</li> </ul> </td></tr> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <b>Péritonite primitive</b> </td><td style="width: 70%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>= Péritonite spontanée, idiopathique, majoritairement à pneumocoque :</li> <li>- Cause : - <b>Syndrome néphrotique</b> - <b>Cirrhose hépatique, IRC</b> → Traitement uniquement médical</li> <li>- <b>MAI : lupus, dermatomyosite...</b></li> <li>- <b>Péritonite tuberculeuse</b> (rare)</li> </ul> </td></tr> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <b>Péritonite post-opératoire</b> </td><td style="width: 70%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Lâchage de suture d'un organe creux ou d'un moignon appendiculaire, fistule anastomotique, perforation après endoscopie colique...</b> :</li> </ul> </td></tr> </table>	<b>Péritonite secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Péritonite appendiculaire</b> (plus fréquente) : à évoquer systématiquement</li> <li>- <b>Diverticule de Meckel</b> (méckélite)</li> <li>- <b>Perforation traumatique</b> (contusion abdominale, plaie de l'abdomen) : dont le <b>syndrome de Chance</b> lors d'un AVP (perforation de l'intestin grêle + lésions pancréatiques + fracture du rachis lombaire)</li> <li>- Plus rarement : <b>ulcère gastro-duodénal perforé</b>, origine <b>biliaire ou génitale</b>, <b>évolution d'une occlusion mécanique</b> (invagination, volvulus)...</li> </ul>	<b>Péritonite primitive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Péritonite spontanée, idiopathique, majoritairement à pneumocoque :</li> <li>- Cause : - <b>Syndrome néphrotique</b> - <b>Cirrhose hépatique, IRC</b> → Traitement uniquement médical</li> <li>- <b>MAI : lupus, dermatomyosite...</b></li> <li>- <b>Péritonite tuberculeuse</b> (rare)</li> </ul>	<b>Péritonite post-opératoire</b>
<b>Péritonite secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Péritonite appendiculaire</b> (plus fréquente) : à évoquer systématiquement</li> <li>- <b>Diverticule de Meckel</b> (méckélite)</li> <li>- <b>Perforation traumatique</b> (contusion abdominale, plaie de l'abdomen) : dont le <b>syndrome de Chance</b> lors d'un AVP (perforation de l'intestin grêle + lésions pancréatiques + fracture du rachis lombaire)</li> <li>- Plus rarement : <b>ulcère gastro-duodénal perforé</b>, origine <b>biliaire ou génitale</b>, <b>évolution d'une occlusion mécanique</b> (invagination, volvulus)...</li> </ul>						
<b>Péritonite primitive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Péritonite spontanée, idiopathique, majoritairement à pneumocoque :</li> <li>- Cause : - <b>Syndrome néphrotique</b> - <b>Cirrhose hépatique, IRC</b> → Traitement uniquement médical</li> <li>- <b>MAI : lupus, dermatomyosite...</b></li> <li>- <b>Péritonite tuberculeuse</b> (rare)</li> </ul>						
<b>Péritonite post-opératoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Lâchage de suture d'un organe creux ou d'un moignon appendiculaire, fistule anastomotique, perforation après endoscopie colique...</b> :</li> </ul>						
Etiologie	Nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Péritonite appendiculaire</b> = plus fréquente : appendicite plus rare que chez l'enfant &gt; 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</li> <li>- <b>Diverticule de Meckel</b> : fréquent, souvent de découverte opératoire</li> </ul>					
	Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Entérocolite ulcéronécrosante</b> : dans les 1<sup>ers</sup> mois de vie</li> <li>- <b>Perforation digestive anténatale ou post-natale</b></li> </ul>					
TTT	TTT médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en condition : SNG, VVP ± VVC, scope</li> <li>- Antalgie adaptée</li> <li>- <b>Rééquilibration hydro-électrolytique</b></li> <li>- <b>Antibiothérapie</b> précoce à large spectre</li> </ul>					
	TTT chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ En urgence, dès que l'état clinique est stabilisé (généralement 2 à 3h après admission)</li> <li>- Voie d'abord : <b>laparotomie</b> ou <b>coelioscopie</b> (préférée)</li> <li>- <b>Prélèvements de l'épanchement</b> intra-péritonéal</li> <li>- Traitement de cause : appendicectomie, suture de perforation digestive, résection-anastomose, stomie</li> <li>- <b>Lavage abondant</b> de la cavité péritonéale</li> <li>- <b>Drainage</b> en cas de poches abcédées enkystées ou si entérocolite ulcéronécrosante du prématuré</li> </ul>					

## 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"> <li>- Nourrisson &lt; 5 mois</li> <li>- Pleurs prolongés, inconsolables et/ou <b>phases d'agitation</b> inexplicées en post-prandial</li> <li>- <b>Facès vultueux, abdomen tendu et membres inférieurs repliés</b></li> <li>- Interruption de la crise avec <b>émission spontanée ou provoquée de gaz intestinaux</b> (air avalé lors des pleurs)</li> <li>- Caractère <b>paroxystique et répété</b> de la crise</li> <li>- Isolée : appétit conservé, croissance pondérale normale, transit normal, éveil normal, périodes de calme</li> <li>→ Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic</li> </ul>
TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réassurance des parents</b> sur le caractère bénin et transitoire : disparition spontanée en 3 à 4 mois</li> <li>- <b>Conseils pour calmer l'enfant</b> : prise dans les bras, emmaillotage, trajet en voiture, massage abdominal : mais sans efficacité démontrée</li> <li>- 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.</li> <li>- Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité (trimébutine Débridat®, Calmosine®...)</li> <li>- Les modifications diététiques (lait sans lactose, hydrolysat poussé) doivent être limités et argumentés</li> <li>- Les IPP ne sont pas indiqués devant des pleurs inexplicables ou des coliques du nourrisson sans RGO acide prouvé</li> </ul>

## 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, hématémèse, rectorragie, atteinte périnéale.
- **Symptômes extra-intestinaux** : fièvre, douleurs articulaires, rash cutané, aphtes buccaux, perte de poids, retard de croissance, retard pubertaire.
- **Histoire familiale de MCI**

### 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	<p><b>Dyspepsie non ulcéruse</b></p> <p>Douleur persistante ou inconfort dans l'épigastre ou en sus-ombilical, s'aggravant au cours des repas ; sans relation avec une modification du transit.</p>
Dg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic clinique : aucun bilan nécessaire</li> <li>- Douleurs possibles au cours de pathologies organiques : maladie cœliaque, MCI... mais adénolymphite mésentérique et infection à <i>Hélicobacter Pylori</i> ne sont pas à rechercher dans ce contexte</li> </ul>
TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réassurance avec empathie.</li> <li>- Hypnothérapie et prise en charge comportementale</li> <li>- Aucun traitement antalgique de palier I, II ou III n'a d'efficacité démontrée</li> <li>- Traitement des troubles du transit s'ils existent</li> <li>- Possible efficacité de certains probiotiques</li> <li>- Un régime pauvre en lactose, voire sans FODMAP peut améliorer les douleurs mais contraignant.</li> </ul>