

Douleurs abdominales fonctionnelles chez les enfants et adolescents: une mise à jour

Beatrice Müller et Marc Sidler, pour la Société Suisse de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition pédiatriques (SSGHNP)
Traduction: Alexandre Corboz

Introduction

Les douleurs abdominales fonctionnelles sont un problème fréquent: en moyenne, 8% des enfants en sont atteints dans les pays occidentaux¹). Lors d'une enquête réalisée à l'occasion des examens scolaires bâlois (1300 enfants par groupe d'âge), les douleurs abdominales constituaient, chez les d'enfants d'école maternelle et primaire, la symptomatologie algique la plus fréquente (6% en maternelle, 10% en primaire), avant les céphalées. Chez les adolescents de 9^{ème} primaire, les douleurs abdominales venaient en 3^{ème} position (13% de tous les adolescents) après les céphalées et les douleurs de l'appareil locomoteur. Les filles s'en plaignaient davantage que les garçons et les enfants de familles migrantes davantage que les Suisses²). La plupart de ces douleurs ne reposent pas sur une cause dangereuse; mais elles entravent fréquemment la qualité de vie des enfants concernés et de leurs familles. Les enfants consultant pour des douleurs abdominales et leurs familles s'attendent à des investigations soigneuses, des explications claires de l'origine de leurs maux et à un traitement adéquat. De temps à autre, le médecin traitant est confronté à un dilemme. D'une part, il ne faut pas manquer de diagnostics potentiellement dangereux, d'autre part, il faut éviter des démarches inutiles tant investigationnelles

que thérapeutiques. Les explications ci-après servent à classer correctement, à l'aide d'algorithmes, les douleurs abdominales chez les enfants et adolescents. De plus, des modèles expliquant la physiopathologie et des recommandations pour le diagnostic et le traitement seront détaillés. Les recommandations sont essentiellement basées sur directives consensuelles allemandes pour la définition, la physiopathologie et la prise en charge du syndrome du côlon irritable³) et sur les critères de Rome III pédiatriques⁴).

Définitions

Les critères de diagnostic pour les maladies gastro-intestinales fonctionnelles chez les enfants et adolescents furent pour la première fois établis en 1999 par un groupe de travail international. Ils furent modifiés en 2006 et publiés en termes de critères de Rome III pédiatriques⁴). Selon eux, les vomissements et l'aérophagie ainsi que la constipation et l'incontinence fécale se retrouvent classifiés séparément, tout comme les douleurs abdominales fonctionnelles (maladies gastro-intestinales fonctionnelles associées à des douleurs abdominales) (Tableau 1).

Au sein du groupe des douleurs abdominales fonctionnelles, on distingue encore 4 sous-groupes:

- Dyspepsie fonctionnelle (épigastralgies)
- Syndrome du côlon irritable (CI)
- Migraine abdominale
- Douleurs abdominales infantiles fonctionnelles, Syndrome des douleurs abdominales infantiles fonctionnelles (Tableau 2)

Les critères de Rome III permettent pour la première fois d'établir positivement une définition et une classification. La suite du texte sera centrée sur le syndrome du côlon irritable (CI) et les douleurs abdominales infantiles fonctionnelles.

Pathogénèse

En comparaison avec la médecine d'adultes, chez l'enfant, la pathogénèse des douleurs abdominales infantiles fonctionnelles et du CI n'est que médiocrement explorée: quelques résultats pourraient insinuer une pathogénie multifactorielle⁵):

- **Infections/inflammations:** chez des enfants et adolescents souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles et de CI, on a pu mettre en évidence de minimes altérations intestinales inflammatoires, une augmentation de la perméabilité intestinale⁶) et que les plaintes, notamment d'un CI, pouvaient être déclenchées par une infection digestive⁷).
- **Hyperalgésie digestive:** comme chez l'adulte, une hyperalgésie digestive a pu être démontrée chez l'enfant et chez l'adolescent souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles et de CI. Les mécanismes pathogéniques suivants peuvent être – avec toute réserve – extrapolés à partir de l'adulte: altérations des mécanisme sérotoninergiques au niveau du substrat et du récepteur, augmentation de l'innervation de la muqueuse intestinale, altérations des médiateurs au niveau de la muqueuse, provoquant une activation du système nerveux entérique et des nerfs nociceptifs, augmentation de la transmission médullaire des signaux digestifs, activation de secteurs corticaux différents ou plus grands en comparant des malades avec douleurs abdominales fonctionnelles à des témoins, altérations de l'activation du sympathique et parasymphatique³).
- **Facteurs génétiques:** la prédisposition au CI est possiblement d'origine génétique. La concordance pour le CI est plus grande chez les jumeaux homozygotes que chez les dizygotes (17,2% versus 8,4%). Simultanément, le risque pour un jumeau dizygote

H. Troubles fonctionnels: enfants et adolescents

H1. Vomissements et aérophagie

- H1a. Rumination de l'adolescent
- H1b. Vomissements cycliques
- H1c. Aérophagie

H2. Maladies gastro-intestinales fonctionnelles associées à des douleurs abdominales

- H2a. Dyspepsie fonctionnelle
- H2b. Syndrome du côlon irritable
- H2c. Migraine abdominale
- H2d. Douleurs abdominales infantiles fonctionnelles
- H2d1. Syndrome des douleurs abdominales infantiles fonctionnelles

H3. Constipation et incontinence fécale

- H3a. Constipation fonctionnelle
- H3b. Incontinence fécale sans comportement rétentif

Tableau 1: Maladies gastro-intestinales fonctionnelles selon critères de Rome III pédiatriques⁴)

de développer un CI était 2 fois plus grand si sa mère en souffrait (15,2%) que si l'autre jumeau en était atteint (6.7%): ceci pourrait être un indice pour le rôle important de l'apprentissage social⁹⁾.

- **Facteurs psycho-sociaux:** tous les enfants souffrant de douleurs abdominales ne consultent pas. La décision de faire consulter son enfant dépend de l'ampleur des douleurs vécues par l'enfant, de la pénibilité émotionnelle (souffrance, tristesse, angoisse) vécue par la maman et de la propension à une attitude de voir les choses en noir⁵⁾. De plus, le comportement acquis par rapport à une maladie joue un rôle capital: les enfants copient leurs pa-

rents et répètent les comportements récompensés. Lors d'absentéisme scolaire pour douleurs abdominales, les parents réagissent préférentiellement aux plaintes par soucis et ménagement.

Diagnostic

Il faut en premier lieu exclure des conditions inflammatoires, anatomiques ou métaboliques. Selon la directive «Colon irritable» de la Société allemande des maladies digestives et métaboliques (DGVS¹⁾ et de la Société allemande pour la neurogastroentérologie et motricité (DGNM²⁾, certaines maladies telles que la malabsorption d'hydrates de carbones

ressemblent cliniquement au CI. La prise en charge commence par une anamnèse ainsi que par un examen clinique soigneux et détaillé: il convient particulièrement d'exclure des signes d'alertes («red flag signs³⁾) (Tableau 3). Bien qu'en absence de signes d'alerte, des analyses de laboratoire ne soient pas universellement obligatoires, une batterie d'analyses élémentaires est recommandée³⁾ (Tableau 4).

- 1) Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 2) Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität
- 3) En anglais dans le texte original, n.d.t.)

sous-groupe	Critères de diagnostic
H2a. Dyspepsie fonctionnelle	Tous les critères doivent être remplis: (au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic) 1. Épigastralgies permanentes ou récurrentes et sensation de malaise épigastrique 2. Absence d'amélioration lors de l'exonération, ou lors de la modification de la fréquence ou de la consistance de selles (Pas de CI) 3. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique
H2b. syndrome du Côlon irritable	Tous les critères doivent être remplis: (au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic) 1. Plaintes abdominales (malaise non décrit comme douleur) ou douleurs abdominales associées pendant au moins 25 % du temps à a) soulagement post exonération b) début associé à une altération de la fréquence des selles c) début associé à une altération de la consistance des selles 2. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique
H2c. Migraine abdominale	Tous les critères doivent être remplis: (au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic) 1. Fortes douleurs paroxysmales, aiguës, durant 1 heure ou plus 2. Intervalles libres, de bonne santé habituelle, durant des semaines, voir des mois 3. La douleur entrave l'activité quotidienne 4. La douleur est associée à au moins 2 des critères suivants: a) anorexie b) nausée c) vomissements d) céphalées e) photophobie f) pâleur 5. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique
H2d. Douleurs abdominales infantiles fonctionnelles	Tous les critères doivent être remplis: (au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic) 1. douleurs abdominales épisodiques ou continues 2. les critères pour d'autres maladies gastro-intestinales fonctionnelles ne sont pas remplis 3. Absence d'arguments militant pour une pathologie inflammatoire, anatomique, métabolique, néoplasique
H2d1. Syndrome des douleurs abdominales infantiles fonctionnelles	Tous les critères doivent être remplis: (au moins 1 x/semaine pendant au moins 2 mois avant l'établissement du diagnostic) Les critères de diagnostic de douleurs abdominales infantiles fonctionnelles doivent être remplis au moins 25% du temps, et correspondre à au moins 1 des 2 points suivants: 1. Diminution de l'activité habituelle 2. Autres symptômes supplémentaires tels que céphalées, meralgies ou troubles du sommeil

Tableau 2: Classification et critères de diagnostic pour les douleurs abdominales fonctionnelles chez les enfants et adolescents de 4 à 18 ans, selon les critères de Rome III⁴⁾

En l'absence de signe d'alerte et d'anomalie des analyses élémentaires, on peut renoncer à des investigations plus poussées telles que endoscopie, pH-métrie et iconographies. L'échographie abdominale n'a pas de valeur prédictive prouvée³⁾. La recherche d'*Helicobacter pylori* est inutile, une association entre des douleurs abdominales chroniques et une infection à *Helicobacter pylori* n'ayant jamais pu être prouvée lors de différentes études³⁾. Lors de suspicion de malabsorption ou maldigestion d'hydrates de carbone, l'on pourra envisager une éviction probatoire du lactose ou du fructose. Les tests respiratoires ne sont pas toujours indispensables.

Thérapie

La prémisses la plus importante pour un traitement efficace est une bonne relation malade-médecin imprégnée de confiance réciproque. Une interaction favorable entre malade et médecin diminue le nombre de consultations subséquentes. Les malades souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles et CI, ainsi que leurs familles, désirent la reconnaissance de leur maux, un support émotionnel, des explications quant à l'origine des symptômes et la confirmation qu'il n'y a pas de maladie potentiellement dangereuse cachée derrière les plaintes¹¹⁾. L'élaboration commune d'un modèle plausible de la maladie (modèle bio-psycho-social) constituera une étape capitale du traitement: elle permettra d'en déduire une prise en charge personnalisée. Le modèle bio-psycho-social permet d'identifier les déclencheurs spécifiques aux plaintes, et d'éclaircir l'interdépendance de stress, émotions et symptômes physiques (Tableau 5).

La prise en charge d'enfants et d'adolescents souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles devrait être entreprise en collaboration avec des spécialistes dans les domaines psycho-sociaux et gastroentérologiques, en particulier lors de douleurs rebelles aux traitements ou de perturbations

importantes des activités usuelles correspondants à l'âge.

Interventions psycho-sociales

Après les démarches diagnostics appropriées, l'élaboration consensuelle d'un modèle bio-psycho-social constitue une base importante pour le traitement. L'acceptation de l'image de la maladie par les parents améliore le devenir des enfants souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles¹²⁾. Les conseils donnés aux parents pour la gestion des plaintes de leur enfant sont également bien importants. Un comportement parental visant à détourner l'attention des plaintes (plutôt qu'une attitude de ménagement et surprotection) favorisera l'amélioration de la symptomatologie algique¹³⁾. D'autres stratégies de traitement pour les d'enfants et adolescents souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles sont un traitement comportemental cognitif⁴⁾,¹⁵⁾ et l'hypnose¹⁶⁾,¹⁷⁾.

Un journal des plaintes et des techniques de relaxation (par exemple le Yoga ou le training autogène) constituent des apports utiles au traitement comportemental³⁾,¹⁰⁾.

Médicaments

Une prise chronique d'analgésiques ou de spasmolytiques doit être évitée et remplacée par d'autres approches thérapeutiques. Exceptionnellement, ils (les analgésiques etc.) sont admissibles pour une analgésie ponctuelle. De l'huile de menthe (Colpermin®) peut être prescrite aux enfants et adolescents à titre de spasmolytique lors de douleurs abdominales aiguës³⁾. Il vaut mieux s'abstenir de l'amitriptyline lors du traitement d'enfants et adolescents souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles ou colon irritable³⁾. Lorsque les douleurs abdominales fonctionnelles sont accompagnées de ballonnements ou constipation, un traite-

- Douleurs à distance du nombril, en particulier si persistance en FID ou dans l'hypochondre droit
- Dysphagie
- Vomissements répétitifs
- Pertes de sang digestives
- Diarrhées chroniques ou nocturnes
- Douleur nocturne réveillant l'enfant
- Fièvre non expliquée
- Arthrite
- Perte de poids involontaire
- Perturbation de la croissance
- Pertes de performances
- Retard pubertaire
- Troubles du cycle menstruel
- Anamnèse familiale (MICI, cœliaquie, maladie ulcéreuse)
- Anomalie au status (palpation pathologique, hépatomégalie, splénomégalie, anomalies périanales)

Tableau 3: Signes d'alerte anamnestiques et cliniques en faveur d'une cause organique chez les enfants et adolescents se plaignant de douleurs abdominales chroniques («red flag signs») ⁴⁾, ⁹⁾, ¹⁰⁾

- Hémogramme complet, marqueurs d'inflammation (VS ou CRP), ALAT, gamma-GT, lipase
- Sérologie recherchant la cœliaquie (IgA totales, anticorps antitransglutaminase IgA)
- TSH (avec anamnèse de constipation)
- Status urinaire
- Parasitologie dans les selles
- Si diarrhées: marqueurs fécaux d'inflammation (calprotectine fécale)

Tableau 4: Analyses de laboratoire lors de douleurs abdominales chroniques³⁾, ¹⁰⁾

	Biologiques	Psychologiques	Sociaux
Facteurs prédisposant	Tendance à la constipation	Manque de confiance en soi	Conflits familiaux, séparation parentale
Facteurs déclencheurs	Coup dans le ventre par un autre élève	Surmenage scolaire; risque de non-promotion	Marginalisation/mise à l'écart dans le groupe social de référence
Facteurs perpétuant	Exonérations irrégulières	Stress scolaire permanent, incertitude concernant l'avenir scolaire	«mère poule», Père non impliqué

Tableau 5: modèle bio-psycho-social. Exemple d'un adolescent souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles, avec absentéisme scolaire

ment anticonstipant de macrogol est recommandé^{3), 10)}.

Régimes et probiotiques

Il ne faut pas changer l'alimentation des enfants et adolescents, lorsque celle-ci est (déjà) normale, adéquate et adaptée à l'âge. Des prescriptions diététiques sont indiquées lors de troubles alimentaires ou carences nutritionnelles, ou lors d'intolérances alimentaires bien documentées, la preuve formelle de ces dernières excluant au fond le diagnostic de douleurs abdominales fonctionnelles ou colon irritable^{3), 10)}. La prescription de probiotiques est recommandée chez des enfants et adolescents, dont les symptômes sont apparus après une gastroentérite ou qui souffrent d'un colon irritable accompagné de diarrhées^{3), 10)}.

Médecines alternatives/parallèles

Il n'existe pas de recommandations au sujet de traitements alternatifs ou médecine parallèle chez des enfants et adolescents souffrant de douleurs abdominales fonctionnelles ou colon irritable^{3), 10)}.

Résumé/Take home message

Les douleurs abdominales sont fréquentes chez les enfants et adolescents: dans la majorité des cas, elles n'ont pas de cause organique. Le diagnostic de douleurs abdominales fonctionnelles devrait être posé de manière affirmative et non pas par exclusion: un modèle explicatif bio-psycho-social sera utile à cet effet, et construit avec le malade et les parents. Des interventions de traitement comportemental, des techniques de relaxation et l'hypnose sont à même d'amener à un soulagement des maux. Des médicaments et des probiotiques ne sont que d'une utilité restreinte. Il faut se garder de manipulations diététiques inutiles et superflues.

Références

- 1) Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1868-75.
- 2) Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht 2010. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Baselstadt. www.gesundheitsdienste.bs.ch
- 3) Layer P et al, S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-93.
- 4) Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/ Adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-37.
- 5) Levy RL, van Tilburg M. Functional abdominal pain in childhood: Background studies and recent research trends. *Pain Res Manage* 2012; 17 (6): 413-17.
- 6) Shulman RJ, Eakin MN, Czyzewski DI et al. Increased gastrointestinal permeability and gut inflammation in children with functional abdominal pain and irritable bowel syndrome. *J Pediatr* 2008; 153: 646-50.
- 7) Saps M, Pensabene L, Di Martino L et al. Post-infectious functional gastrointestinal disorders in children. *J Pediatr* 2008; 152: 812-16.
- 8) Levy RL, Jones KR, Whitehead WE et al. Irritable bowel syndrome in twins: Hereditary and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology* 2001; 121: 799-804.
- 9) Di Lorenzo, Colletti RB, Lehmann HP et al. Chronic abdominal pain in children: a technical Report of the American Academy of Pediatrics and the Northern American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 249-61.
- 10) Bufler P, Gross M, Uhlig HH. Chronische Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Aertzblatt* 2011; 108 (17): 295-303.
- 11) Owens DM, Nelson DK, Talley NJ et al. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-12.
- 12) Crushell E, Rowland M, Doherty M et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain. *Pediatrics* 2003; 112: 1368-72
- 13) Walker LS, Williams SE, Smith CA et al. Parent attention versus distraction: impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain* 2006; 122: 43-52.
- 14) Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C et al. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1: CD003014.
- 15) Levy RL, Langer SL, Walker LS et al. Cognitive-behavioral therapy for children with functional abdominal pain and their parents decreases pain and other symptoms. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 946-56.
- 16) Vlioger AM, Menko-Frankenhuys C, Wolfkamp SC et al. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2007; 133: 1430-36.
- 17) Vlioger AM, Rutten Jm, Govers AM et al. Long term follow-up of gut directed hypnotherapy vs standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2012; 107 (4): 627-31.

Correspondance

Dr. med. Beatrice Müller-Schenker
FMH Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunkt Gastroenterologie und Ernährung
FAPPM
Kaspar Pfeiffer-Strasse 4
4142 Münchenstein
bbmueller@hin.ch

Dr. med. Marc Sidler
Pädiatrische Gastroenterologie
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
4056 Basel
marc.sidler@ukbb.ch

Les auteurs certifient qu'aucun soutien financier ou autre conflit d'intérêt n'est lié à cet article.