Douleurs abdominales chroniques de la jeune fille – connaître et reconnaître les causes

Anja Wüest[1], Irène Dingeldein[1], Berne
Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Douleurs abdominales chroniques récurrentes

Les douleurs abdominales chroniques récurrentes (DAC) sont un problème fréquent dont souffrent en moyenne 8% des enfants dans les pays occidentaux[1]. On observe, toutes tranches d'âge confondues, une légère prévalence des filles – et des enfants migrants.
Les DAC sont définies par plus de trois épisodes de douleurs abdominales aiguës pendant plus de trois mois, allant de pair avec une perturbation des activités quotidiennes. De nombreuses maladies organiques peuvent en être à l'origine, néanmoins on considère, dans la pratique quotidienne, que la plupart des enfants et adolescents ne souffrent pas d'une maladie somatique (structurelle ou biochimique) mais de douleurs abdominales dites fonctionnelles, dont la pathogénèse est multifactorielle:



1. Altérations intestinales inflammatoires minimes avec une perméabilité gastro-intestinale accrue, éventuellement déclenchées par une infection intestinale
2. Hypersensibilité intestinale
3. Prédisposition génétique avec anamnèse familiale positive de colon irritable
4. Des facteurs psychosociaux comme un comportement de malade appris, orientation sexuelle, stress à l'école/dans l'entourage social, peur de l'échec
5. Abus sexuel (?)

En relevant l'anamnèse le dernier point notamment devrait toujours être abordé prudemment et discrètement.

Platon, 427-347 avant J.C.: Car c'est une erreur fondamentale des médecins d'aujourd'hui: séparer dès l'abord l'âme et le corps.

Anamnèse / diagnostic

L'anamnèse détaillée est suivie d'un examen physique complet avec palpation de l'abdomen, évaluation du système musculo-squelettique et des points algogènes spécifiques (indiqués avec le doigt). Selon l'âge un examen gynécologique pédiatrique sera pratiqué. Dans le cadre de l'anamnèse et du status il est important d'exclure le signes d'alarme (red flags) indiquant une maladie organique à l'origine des DAC de l'enfant et de l'adolescente[2] *(tabl. 1)*.

Il est conseillé d'effectuer un bilan biologique de base (formule sanguine complète, enzymes hépatiques, lipase, sérologie pour la cœliakie, TSH) ainsi qu'un status urinaire et une recherche de parasites dans les selles[3]. Les résultats de ces analyses étant normaux, d'autres examens complémentaires ne sont pas nécessaires. Il n'y pas d'évidence que des examens radiologiques ou échographiques de l'abdomen, la pH-métrie ou l'endoscopie permettent de différencier entre une cause fonctionnelle ou organique des DAC[4].

Traitement/pronostic

Comme décrit dans plusieurs études, l'élaboration d'un modèle bio-psychosocial des douleurs abdominales fonctionnelles de l'enfant et de l'adolescent devient impératif. Pour moduler la sensibilité et la motilité intestinale on favorise, en lieu et place d'interventions médicamenteuses, les changements de style de vie et de comportement.
Les parents jouent un rôle essentiel par rapport à la chronicisation des douleurs et leur pronostic; ils sont donc intégrés dans le modèle. Il est très important d'expliquer aux parents que distraire l'enfant de ses symptôme plutôt que la surprotéger aura un influence positive sur le pronostic[5),6)].

Douleurs loin du nombril, notamment douleurs du quadrant droit supérieur et inférieur
Dysphagie
Vomissements récidivants
Saignements gastro-intestinaux
Diarrhée chronique et/ou nocturne
Douleurs nocturnes qui réveillent l'enfant
Fièvre inexpliquée
Arthrite
Perte de poids involontaire
Retard de croissance
Chute des performances
Retard du développement pubertaire
Troubles de la menstruation
Anomalies au status (résistance pathologique, hépatomégalie, splénomégalie, anomalies péri-anales)
Anamnèse familiale positive (maladies intestinales inflammatoires chroniques, ulcères peptiques)

Tableau 1: Red flags lors de douleurs abdominales chroniques récurrentes (DAC)

[1] Département gynécologie et obstétrique, Clinique gynécologique universitaire, Hôpital de l'Ile, Berne

Il a été démontré que les enfants souffrant de douleurs abdominales chroniques ont un risque élevé de développer plus tard des maladies psychiques, notamment des troubles anxieux. Il est d'autant plus important de développer un concept thérapeutique efficace.

Le traitement médicamenteux est indiqué lorsque les douleurs abdominales fonctionnelles sont associées à une constipation et/ou des ballonnements; dans ces cas un bref traitement laxatif est indiqué. On devrait par contre renoncer à l'administration régulière de spasmolytiques et d'analgésiques.

Douleurs abdominales d'origine gynécologique

Pendant la phase de latence de la fillette – qui débute après la période néonatale – les douleurs abdominales sont rarement dues à des pathologies ovariennes ou des annexes. Les kystes de l'ovaire, qui produisent aussi des œstrogènes, peuvent occasionner outre des douleurs abdominales un gonflement des seins et des saignements utérins. Ces kystes ovariens sont en général bénins et régressent spontanément. Les kystes plus grands, dépassant 3 cm, nécessitent une surveillance, le risque de torsion augmentant avec la taille; une tumeur des annexes de plus de 5 cm à l'échographie, associée à des douleurs, est hautement suspecte d'une torsion de l'ovaire. La torsion de l'ovaire se manifeste par un changement du caractère de la douleur: elle augmente de manière abrupte et devient insupportable. Les filles entre 9 et 14 ans, au début de la stimulation de l'axe gonadique, encourent le plus grand risque de former des kystes, ceci en raison des cycles anovulatoires et des taux élevés de FSH. À cet âge le risque statistique de torsion est significativement plus élevé que pour les autres tranches d'âge[7].

Les vraies tumeurs ovariennes sont très rares pendant l'enfance (environ 2.6:100'000), s'agissant pour la plupart de tératomes murs (kystes dermoïdes). Dans 10-15 % bilatéraux, ils ont une croissance lente qui s'accompagne d'une sensation de pression dans le bas-ventre. D'après la littérature 10 % des tumeurs ovariennes pendant l'enfance sont malignes. Une maladie très rare s'accompagnant de la formation récidivante de kystes de l'ovaire est le syndrome de McCune-Albright. Il est défini par la présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants: taches café-au-lait, puberté précoce (par hyperfonction endocrine autonome) et dysplasie fibreuse des os.

Anamnèse

L'anamnèse minutieuse de l'adolescente nous donne des renseignements importants sur l'origine des douleurs abdominales chroniques: s'agit-il de douleurs cycliques? Prend-elle des analgésiques pendant les menstruations? Est-ce que les douleurs occasionnent des absences scolaires? Est-ce que la jeune fille souffre de douleurs aussi en allant à selles ou lors de relations sexuelles (si sexuellement active)? Est-ce qu'elle a un nouveau partenaire et souhaite-t-elle une contraception? Est-ce qu'elle a eu des relations sexuelles non protégées?

Diagnostic

Si la fille est sexuellement active on effectuera toujours un test de grossesse. Il faut exclure une grossesse intra- ou extra-utérine. L'examen gynécologique (examen au spéculum et palpation, y compris frottis pour recherche de chlamydias) sera fait minutieusement et prudemment. L'échographie transvaginale est aussi indiquée pour exclure une pathologie ovarienne (kyste, torsion des annexes, endométriome), une pathologie inflammatoire de la trompe (pyosalpinx, liquide libre) ou une pathologie utérine (adénomyose, utérus myomateux, obstacles à l'écoulement). Chez la jeune fille sans expérience sexuelle on renonce à l'examen gynécologique par palpation et au spéculum ainsi qu'à l'échographie transvaginale. L'examen se limitera alors à la palpation et à l'échographie abdominale.

Les analyses biologiques ne sont en général pas nécessaires, sauf pour l'exclusion d'une grossesse (HCG plasmatique) ou lors de suspicion d'une pathologie inflammatoire (annexite).

Traitement

Pour les adolescentes souffrant de douleurs abdominales cycliques ont peut essayer le gatillier phytothérapeutique[8),9)] et/ou le magnésium (effet spasmolytique). La situation est réévaluée après 3 mois et en l'absence d'effet on introduira un traitement hormonal (pilule combinée ou à base de gestagènes), avec l'adjonction éventuelle d'AINS.

Si l'anamnèse et la clinique évoquent une torsion de l'ovaire, on visera la détorsion par laparoscopie dans les 48 heures après l'exacerbation des douleurs afin de préserver l'ovaire et les annexes. En cas de suspicion de tératome, le diagnostic est vérifié histologiquement, par laparoscopie en préservant les annexes.

Dysménorrhée

Des douleurs cycliques peuvent être dus à une ovulation douloureuse, à des douleurs prémenstruelles avec des symptômes psychiques (syndrome prémenstruel) et/ou des troubles menstruels (dysménorrhée). On distingue la dysménorrhée primaire (fonctionnelle) de la dysménorrhée secondaire due à une endométriose ou un obstacle à l'écoulement occasionné par une malformation.

Étendue des douleurs (jambes, dos, fesses)
Durée de la dysménorrhée
Signes végétatifs concomitants (nausées, diarrhée, vomissements, inappétence, vertige, céphalées)
Prise et effet de médicaments (AINS? contraception?)
Durée des saignements
Anamnèse sexuelle, maladies sexuellement transmissibles (MST) antérieures
Anamnèse sociale (problèmes scolaires? harcèlement?)
Anamnèse familiale (dysménorrhée?)
Abus sexuel

Tableau 2: Éléments anamnestiques supplémentaires importants lors de douleurs abdominales d'origine gynécologique.



Figure 1: Torsion des annexes avec tératome mûr

Stade	Aptitude au travail	Symptômes concomitants	Utilisation d'analgésiques
0	bonne	absents	rare
1	généralement bonne	absents	rare
2	le plus souvent limitée	occasionnels	oui, bon effet
3	limitée	toujours	oui, peu d'effet

Tableau 3: Classification selon la gravité de 0 à 3 de la dysménorrhée (Score d'après Björn Andersch et Ian Milsom). On peut utiliser en complément, pour les adolescentes aussi, le questionnaire standardisé Pelvic pain (de l'International Pain Society)[13]

L'âge moyen de la ménarche se situe en Suisse à 12.5 ans. 60% des filles de 12-17 ans souffrent, du moins temporairement, d'une dysménorrhée nécessitant des analgésiques, et chez 14% les troubles menstruels occasionnent des absences scolaires. D'autres répercussions de la dysménorrhée sont une qualité moindre du sommeil, une baisse des performances et une augmentation de symptômes dépressifs[10),11),12)].

Endométriose de l'adolescente

Une revue systématique de 24 articles choisis a mis en évidence une prévalence d'endométriose confirmée chirurgicalement chez 70-80% des adolescentes avec une dysménorrhée résistante au traitement. C'est nettement plus important que supposé jusqu'ici[14),15)].

Chez la jeune fille les douleurs d'une endométriose peuvent aussi être acycliques ou chroniques et fréquemment associées à des symptômes gastro-intestinaux.

L'endométriose est diagnostiquée histologiquement par laparoscopie, en tenant compte du fait que chez l'adolescente les lésions intra-abdominales peuvent être atypiques (lésions blanchâtres, vésicules claires, lésions rougeâtres, ressemblant à des pétéchies); l'intervention devrait donc être faite par une personne ayant de l'expérience.

Des indices anamnestiques connus indiquant un risque de développer une endométriose sont l'anamnèse familiale positive (mère ou sœur atteintes d'une endométriose), des absences fréquentes de l'école en raison de douleurs abdominales invalidantes, la prescription précoce de contraceptifs oraux combinés (COC) en raison d'une dysménorrhée et la prise de COC à long terme[16)].

Il est important de relever minutieusement l'anamnèse concernant les douleurs et utile de conseiller la tenue d'un calendrier pour les douleurs. L'échographie (abdominale ou transvaginale) est conseillée afin d'exclure un processus pelvien ou un kyste de l'ovaire, l'endométriome étant très rare chez l'adolescente. Le traitement de première intention en cas de suspicion clinique et anamnestique d'une endométriose consiste en une analgésie par AINS et COC en long cycle (3 mois, 1 semaine pause, 3 mois) ou bien un traitement hormonal par gestagènes (diénogest 2 mg/jour, spirale contenant du lévonorgestrel). Les analgésiques doivent être pris avant le début des douleurs et régulièrement. Chez l'adolescente une réduction statistiquement significative de la douleur a été constatée avec diénogest 2 mg/jour, sans effets indésirables notables, et par ailleurs également une régression des foyers d'endométriose après un traitement de 6 mois. L'étude VISADO effectuée auprès de jeunes filles de 11 à 18 ans a mis en évidence, après 52 semaines de diénogest 2 mg/jour, une discrète diminution de la densité osseuse, néanmoins réversible après l'interruption du traitement[17)].

La laparoscopie est conseillée après 6 mois de traitement sans effet. Il n'existe actuellement pas suffisamment de données concernant les résultats à long terme du traitement chirurgical. Certaines études relèvent une réduction significative de la dysménorrhée/des douleurs pelviennes chroniques après l'ablation des foyers d'endométriose[18),19),20)]. Les patientes devraient par contre être informées avant l'intervention qu'un traitement postopératoire par COC en long cycle ou par une pilule/spirale contenant des gestagènes est nécessaire, le risque de rechute étant sinon de 34-74%[21)-25)].

L'endométriose est une maladie progressive qui doit être reconnue précocement, car sans traitement son évolution mène à des douleurs chroniques avec une qualité de vie nettement réduite et à l'infertilité[26)].

Malformations

Atrésie hyménale

L'absence de fluor vaginal après la naissance est un signe indiquant une anomalie anatomique. La plus fréquente est l'atrésie hyménale, dont la fréquence est de 1:1000. En général on constate, lors du premier examen préventif, un hydro- ou mucocolpos; éventuellement la protubérance jaune-blanchâtre ne devient visible que lorsque le bébé pleure. Afin de prévenir une aménorrhée primaire et des douleurs abdominales cycliques avec hématocolpos, la correction chirurgicale devrait se faire après la thélarche mais avant la ménarche. La ponction post-partale avec aspiration du liquide est à éviter en raison du danger d'infection ascendante et du risque élevé de récidive[27),28)].

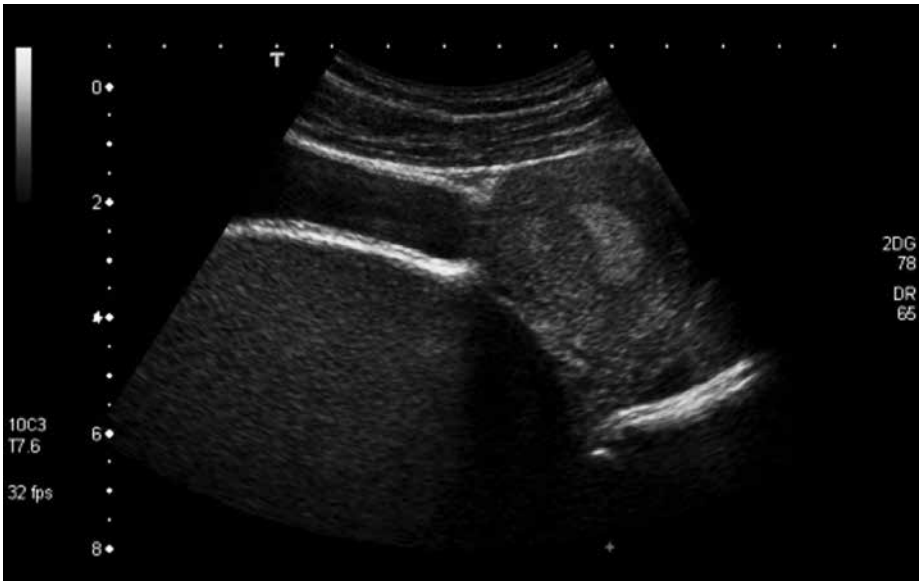


Figure 2: Échographie abdominale: atrésie hyménale avec hématocolpos

L'essentiel en bref

Nous devons toujours nous efforcer à aider les enfants et adolescents à exprimer leurs sentiments sans devoir faire le détour par le corps. Les douleurs abdominales sont fréquentes et leur cause pas toujours facile à déterminer. Il est important de connaître les différentes pathologies et d'y penser. Un objectif important est le diagnostic précoce de l'endométriose de l'adolescente, afin d'interrompre sa progression et réduire la période douloureuse, et enfin de se rappeler que les malformations des organes génitaux internes ne sont pas rares même en présence d'un organe génital externe normal.

Références

1) Chitkara DK et al. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: A systematic review. Am J Gastroenterol 2005; 100: 1868–75
2) Müller B, Sidler M, pour la Société Suisse de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition pédiatriques (SSGHNP). Douleurs abdominales fonctionnelles chez les enfants et adolescents: une mise à jour. Paediatrica 2014; 25(1): 8-11
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) American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology, and Nutrition. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics 2005; 115:e370-81
5) Crushell E et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain. Pediatrics 2003; 112: 1368–72
6) Berger MY et al. Chronic abdominal pain in children. BMJ 2007; 334:997-1002
7) Oltmann SC et al. Cannot exclude torsion-a 15-year review. J Pedriatic surgery 2009; 44: 1212-6
8) Schellenberg et al. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. BMJ 2001; Jan 20; 322(7279): 134-7
9) Eltbogen R et al. Vitex-agnus-castus-Extrakt (Ze 440) zur Symptombehandlung bei Frauen mit menstruellen Zyklusstörungen. J Gynäkol Endokrinol 2015; 25 (2)
10) Negriff S et al. The measurement of menstrual symptoms - Factor structure of the menstrual symptom questionnaire in adolescent girls. J Health Psychol 2009 Oct; 14(7): 899–908.
11) Smorgick et al. Prevalence of pain syndromes, mood conditions, and asthma in adolescents and young women with endometriosis. J Pediatr Adolesc Gynecol 2013; 26: 171–5
12) Beal SJ et al. Characterizing the longitudinal relations between depressive and menstrual symptoms in adolescent girls. Psychosom Med. 2014 Sep; 76(7): 547-54
13) Gordon CM et al. International pain society: Pelvic pain Questionnaire. J Pediatric Adolesc Gynecol 1997; 10: 35 - 38
14) Yeung et al. Endometriosis in adolescents: a systematic review. J Endometr Pelvic Pain Disord 2017; 9 (1): 17-29
15) Laufer et al. Prevalence of Endometriosis in Adolescent Girls With Chronic Pelvic Pain Not Responding to Conventional Therapy. J Pediatr Adolesc Gynecol 1997; 10: 199-202
16) Chapron C et al. Questioning patients about their adolescent history can identify markers associated with deep infiltrating endometriosis. Fertility and Sterility 2011; Vol. 95, No. 3, March 1
17) Dienogest 2 mg Daily in the Treatment of Adolescents with Clinically Suspected Endometriosis: The VISanne Study to Assess Safety in ADOlescents (Article in press, J Pediatr Adolesc Gynecol)
18) Dun EC et al. Endometriosis in Adolescents. JSLS April-June 2015; Volume 19 Issue 2 e2015.00019
19) Stavroulis AI et al. Laparoscopic treatment of endometriosis in teenagers. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 125(2): 248–50
20) Roman JD et al. Adolescent endometriosis in the Waikato region of New Zealand – a comparative cohort study with a mean follow-up time of 2.6 years. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2010; 50(2): 179–83
21) Tandoi I et al. High rate of endometriosis recurrence in young women. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011; 24: 376–9
22) Doyle JO et al. The Effect of Combined Surgical-Medical Intervention on the Progression of Endometriosis in an Adolescent and Young Adult Population. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009; 22: 257e263
23) ACOG Committee Opinion: Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. Obstet Gynecol 2005 Apr; 105(4): 921-7
24) Unger CA et al. Progression of Endometriosis in Non-medically Managed Adolescents: A Case Series. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011 Apr; 24(2) e21-3
25) Audebert A. et al. Adolescent Endometriosis: Report of a Series of 55 Cases With a Focus on Clinical Presentation and Long-Term Issues. JMIG Volume 22, Issue 5, Pages 834–840
26) Brosens I et al. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. Human Reproduction 2013; 28(8): 2026–31
27) Anthuber S et al. Anormalities of external and internal genitalia. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 2003 Jun; 43(3): 136-45
28) Dane C et al. Imperforate Hymen- A Rare Cause of Abdominal Pain: Two Cases and Review of the Literature. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007; 20: 245-7

Correspondance

Dr Irène Dingeldein
Departement Gynäkologie und Geburtshilfe
Universitätsfrauenklinik, Inselspital
3000 Bern
praxis.dingeldein@hin.ch

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