



DOULEURS ABDOMINALES FONCTIONNELLES DE L'ENFANT

Dr Nakhli A

Service de Gastroentérologie
Hôpital Mongi Slim La Marsa

Pr Siala N

Service de Pédiatrie
Hôpital Mongi Slim La Marsa

Journée DPC 2 Mai 2026 - Atelier Gastro-entérologie / Pédiatrie

INTRODUCTION (1)

Définition des TFI/TIIC (Rome Foundation)



ROME I

ROME II

ROME III

ROME IV

ROME V



1990

1999

2006

2016

2026



Troubles fonctionnels
Gastro-intestinaux

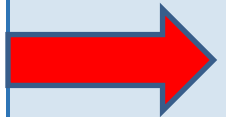


Troubles de l'Interaction
Intestin-Cerveau

INTRODUCTION (1)

ROME V

- Met davantage l'accent sur les troubles des Interactions Intestin-Cerveau
- Insiste sur une **vision multifactorielle** (neurobiologie, microbiote, facteurs psychologiques)



C'est plus qu'un changement de nom
C'est un **changement de modèle explicatif**

ROME IV

DOULEURS ABDOMINALES FONCTIONNELLES DE L'ENFANT (DAF)



ROME V

**Abdominal pain related disorders
of gut–brain interaction (AP DGBIs)**

**Douleurs abdominales liées aux Troubles de l'Intéraction
Intestin-cerveau (DA TIIC)**

INTRODUCTION (1)

Gastroenterology 2026;170:1347–1366

Rome V Pediatric Upper Gastrointestinal Disorders of Gut–Brain Interaction



Rachel Rosen,¹ Osvaldo Borrelli,² Christophe Faure,³ Katja Karrento,⁴ Usha Krishnan,^{5,6} Samuel Nurko,¹ Nathalie Rommel,^{7,8} Alan Silverman,⁹ Michiel van Wijk,^{10,11} and Marc Benninga¹⁰

Lower and Biliary Disorders of Gut–Brain Interaction: Child and Adolescent



Carlo Di Lorenzo,^{1,*} Miguel Saps,^{2,*} Bruno P. Chumpitazi,³ Shaman Rajindrajith,⁴ Annamaria Staiano,⁵ Nikhil Thapar,^{6,7} Miranda van Tilburg,⁸ Carlos Velasco-Benítez,⁹ and Arine Vlieger¹⁰

ROME IV 2016

ENFANT

ROME V 2026

FIGURE 2 : LES TFI SELON ROME IV²

A. Troubles œsophagiens

- A1. Douleur thoracique fonctionnelle
- A2. Pyrosis fonctionnel
- A3. Hypersensibilité au reflux
- A4. Globus
- A5. Dysphagie fonctionnelle

B. Troubles gastroduodénaux

- B1. Dyspepsie fonctionnelle
 - B1a. Syndrome de dyspepsie postprandiale
 - B1b. Syndrome douloureux épigastrique
- B2. Troubles digestifs avec éructations
 - B2a. Éructations supragastriques excessives
 - B2b. Éructations gastriques excessives
- B3. Troubles digestifs avec nausées et vomissements
 - B3a. Syndrome des nausées et des vomissements chroniques
 - B3b. Syndrome des vomissements cycliques
 - B3c. Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde
- B4. Mérycisme

C. Troubles intestinaux

- C1. Syndrome de l'intestin irritable (SII)
 - SII avec constipation prédominante (SII-C)
 - SII avec diarrhée prédominante (SII-D)
 - SII mixte (SII-M)
 - SII indéterminé
- C2. Constipation fonctionnelle
- C3. Diarrhée fonctionnelle
- C4. Ballonnements/distension abdominale fonctionnelle
- C5. Trouble fonctionnel intestinal non spécifique
- C6. Constipation induite par les opioïdes

D. Troubles douloureux intestinaux médiés centralement

- D1. Syndrome douloureux abdominal médié centralement
- D2. Syndrome de l'intestin narcotique / hyperalgésie gastrointestinale induite par les opioïdes

E. Troubles de la vésicule biliaire et du sphincter d'Oddi

- E1. Douleur biliaire
 - E1a. Trouble fonctionnel de la vésicule biliaire
 - E1b. Trouble fonctionnel biliaire du sphincter d'Oddi
- E2. Trouble fonctionnel pancréatique du sphincter d'Oddi

F. Troubles anorectaux

- F1. Incontinence fécale
- F2. Douleur fonctionnelle anorectale
 - F2a. Syndrome du releveur de l'anus
 - F2b. Douleur fonctionnelle anorectale non spécifique
 - F2c. Proctalgie fugace
- F3. Troubles fonctionnels de la défécation
 - F3a. Propulsion défécatoire inadéquate
 - F3b. Défécation dyssynergique

G. Troubles fonctionnels intestinaux pédiatriques : nouveau-né/jeune enfant

- G1. Régurgitation du nourrisson
- G2. Mérycisme
- G3. Syndrome des vomissements cycliques
- G4. Coliques du nourrisson
- G5. Diarrhée fonctionnelle
- G6. Dyschésie infantile
- G7. Constipation fonctionnelle

H. Troubles fonctionnels intestinaux pédiatriques : enfant/adolescent

- H1. Troubles fonctionnels avec nausées et vomissements
 - H1a. Syndrome des vomissements cycliques
 - H1b. Nausées fonctionnelles et vomissements fonctionnels
 - H1b1. Nausées fonctionnelles
 - H1b2. Vomissements fonctionnels
 - H1c. Mérycisme
 - H1d. Aérophagie
- H2. Troubles fonctionnels douloureux abdominaux
 - H2a. Dyspepsie fonctionnelle
 - H2a1. Syndrome de dyspepsie postprandiale
 - H2a2. Syndrome douloureux épigastrique
 - H2b. Syndrome de l'intestin irritable (SII)
 - H2c. Migraine abdominale
 - H2d. Douleur abdominale fonctionnelle non spécifique
- H3. Troubles fonctionnels de la défécation
 - H3a. Constipation fonctionnelle
 - H3b. Incontinence fécale non rétentive

May 2026

Rome V Disorders of Gut-Brain Interaction 1085

Table 2. Overview of Rome V Disorders of Gut-Brain Interaction

Overview
A. Esophageal disorders - A1. Functional chest pain - A2. Functional heartburn - A3. Reflux hypersensitivity - A4. Globus - A5. Functional dysphagia
B. Gastroduodenal disorders - B1. Functional dyspepsia - B1a. PDS - B1b. Epigastric pain syndrome - B2. Nausea and vomiting disorders - B2a. Chronic nausea vomiting syndrome - B2b. Cyclic vomiting syndrome - B2c. Cannabinoid hyperemesis syndrome - B3. Belching disorders - B3a. Supragastric belching - B3b. Gastric belching - B3c. Inability to belch syndrome - B4. Rumination syndrome
C. Bowel disorders - C1. IBS - C1a. IBS with predominant constipation - C1b. IBS with predominant diarrhea - C1c. IBS with mixed bowel habits - C1d. IBS unclassified - C2. Chronic constipation - C3. Functional diarrhea - C4. Functional abdominal bloating - C5. Unclassified bowel disorders - C6. Opioid-induced constipation
D. Centrally mediated disorders of GI pain - D1. Centrally mediated abdominal pain syndrome - D2. Abdominal migraine - D3. Narcotic bowel syndrome/opioid-induced GI hyperalgesia
E. Gallbladder and SOD disorders - E1. Biliary-type abdominal pain - E2. Dysfunctional gallbladder disorder - E3. Biliary SOD - E4. Pancreatic SOD
F. Anorectal disorders - F1. Fecal incontinence - F2. Anorectal pain disorders - F2a. Levator ani syndrome - F2b. Unexplained anorectal pain - F2c. Proctalgia fugax - F3. Dyssynergic defecation - F4. Anorectal sensory dysfunction disorders - F4a. Rectal hyposensitivity - F4b. Rectal hypersensitivity

Table 2. Continued

Overview
G. Pediatric upper DGBI - G1. Esophageal disorders - G1a. Reflux hypersensitivity - G1b. Reflux-negative esophageal pain disorder - G1c. Disorders of esophageal air transit - G1c.i. Aerophagia syndrome - G1c.ii. Supragastric belching syndrome - G2. Functional pediatric feeding disorders - G2a. Hypersensitive dysphagia - G2b. Anticipatory restrictive feeding - G2c. Hunger dysregulation feeding disorder - G2d. Medically triggered functional feeding disorder - G3. Gastroduodenal disorders - G3a. Rumination syndrome - G3b. Cyclic vomiting syndrome - G3b.i. Cannabinoid hyperemesis syndrome - G3c. Chronic nausea syndrome - G3d. Functional dyspepsia - G3d.i. PDS - G3d.ii. Epigastric pain syndrome
H. Pediatric lower and biliary DGBI - H1. Abdominal pain disorders - H1a. Irritable bowel syndrome - H1b. Abdominal pain syndrome— not otherwise specified - H1c. Biliary pain syndrome - H1d. Abdominal migraine - H1e. Centrally mediated abdominal pain syndrome - H2. Defecation and anorectal disorders - H2a. Functional constipation - H2b. Nonretentive fecal incontinence - H2c. Infant dyschezia - H2d. Proctalgia fugax - H2e. Functional diarrhea - H3. Discomfort disorders - H3a. Functional abdominal bloating - H3b. Infant distress syndrome

SOD, Sphincter of Oddi.

Limitations for Using Standard Rome Criteria for Diagnosis and Management in Clinical Practice and Efforts to Reconcile Them

The Rome classification system relies on criteria allowing a reliable categorical diagnosis. This is of particular value for clinical research and pharmaceutical trials because it provides a clearly defined and sufficiently symptomatic cohort, allowing us to gather new knowledge and evaluate treatments reliably. This diagnostic classification system has been approved by regulatory agencies and used by investigators and pharmaceutical companies for clinical trials around the

ROME IV 2016

G. Troubles fonctionnels intestinaux pédiatriques : nouveau-né/jeune enfant

- G1. Régurgitation du nourrisson
- G2. Mérycisme
- G3. Syndrome des vomissements cycliques
- G4. Coliques du nourrisson
- G5. Diarrhée fonctionnelle
- G6. Dyschésie infantile
- G7. Constipation fonctionnelle

H. Troubles fonctionnels intestinaux pédiatriques : enfant/adolescent

H1. Troubles fonctionnels avec nausées et vomissements

- H1a. Syndrome des vomissements cycliques
- H1b. Nausées fonctionnelles et vomissements fonctionnels
 - H1b1. Nausées fonctionnelles
 - H1b2. Vomissements fonctionnels
- H1c. Mérycisme
- H1d. Aérophagie

H2. Troubles fonctionnels douloureux abdominaux

- H2a. Dyspepsie fonctionnelle
 - H2a1. Syndrome de dyspepsie postprandiale
 - H2a2. Syndrome douloureux épigastrique
- H2b. Syndrome de l'intestin irritable (SII)
- H2c. Migraine abdominale
- H2d. Douleur abdominale fonctionnelle non spécifique

H3. Troubles fonctionnels de la défécation

- H3a. Constipation fonctionnelle
- H3b. Incontinence fécale non rétentionnelle

ENFANT

ROME V 2026

G. Pediatric upper DGBI

- G1. Esophageal disorders
 - G1a. Reflux hypersensitivity
 - G1b. Reflux-negative esophageal pain disorder
 - G1c. Disorders of esophageal air transit
 - G1c.i. Aerophagia syndrome
 - G1c.ii. Supragastric belching syndrome
- G2. Functional pediatric feeding disorders
 - G2a. Hypersensitive dysphagia
 - G2b. Anticipatory restrictive feeding
 - G2c. Hunger dysregulation feeding disorder
 - G2d. Medically triggered functional feeding disorder
- G3. Gastrointestinal disorders
 - G3a. Rumination syndrome
 - G3b. Cyclic vomiting syndrome
 - G3b.i. Cannabinoid hyperemesis syndrome
 - G3c. Chronic nausea syndrome
 - G3d. Functional dyspepsia
 - G3d.i. PDS
 - G3d.ii. Epigastric pain syndrome

H. Pediatric lower and biliary DGBI

- H1. Abdominal pain disorders
 - H1a. Irritable bowel syndrome
 - H1b. Abdominal pain syndrome- not otherwise specified
 - H1c. Biliary pain syndrome
 - H1d. Abdominal migraine
 - H1e. Centrally mediated abdominal pain syndrome
- H2. Defecation and anorectal disorders
 - H2a. Functional constipation
 - H2b. Nonretentive fecal incontinence
 - H2c. Infant dyschezia
 - H2d. Proctalgia fugax
 - H2e. Functional diarrhea
- H3. Discomfort disorders
 - H3a. Functional abdominal bloating
 - H3b. Infant distress syndrome

ROME V 2026

Upper DGBI/TICC HAUTS (H1-H2/G3d) - Dyspepsie fonctionnelle (DF) :

- G3di: **PDS** (Postprandial Distress Syndrome) : plénitude, satiété précoce, nausées post-prandiales
- G3dii: **EPS** (Epigastric Pain Syndrome) : douleur/brûlure épigastrique

Lower DGBI/TICC BAS (H2b-H2c-H2d/H1a-H1b-H1d) - Douleurs abdominales :

- **SII** (Syndrome Intestin Irritable) : douleur + trouble transit | ROME V : 'gene' réintégrée, seuil abaissé à 3j/mois
- **Migraine abdominale** : épisodes intenses >1h, signes végétatifs, intervalles libres
- **APS-NOS** : ne répond à aucun autre critère (Abdominal pain syndrome not otherwise specified)

INTRODUCTION (1)

DEFINITION « ENFANT »

DEFINITION OMS

NN: 0 – 28j

Nourrisson: 28j – 1 an

Jeune enfant: 1 – 5 ans

Enfant: 5 – 9 ans

Adolescent: 10 – 18 ans

DEFINITION ONU

(Convention relative aux
droits de l'enfant)

Tout être humain âgé de
moins de 18 ans

INTRODUCTION (1)

DEFINITION « ENFANT »

DEFINITION MEDICALE

Période de la vie caractérisée par

- Une **croissance** physique continue
- Un **développement neurologique cognitif et émotionnel**
- Une **immaturité des organes et des fonctions biologiques**



Un ENFANT $\neq$ Petit adulte

EPIDEMIOLOGIE

FREQUENTES +++

1/4 : au moins 1 TIIC

Prévalence : 11,7%

SII : 5,8%

Dyspepsie fonctionnelle : 28,4% des
> 4 ans en consultation

Pic : 4-12 ans

**Prédominance féminine après 12
ans (17,1% vs 11,3%)**

IMPACT IMPORTANT +++

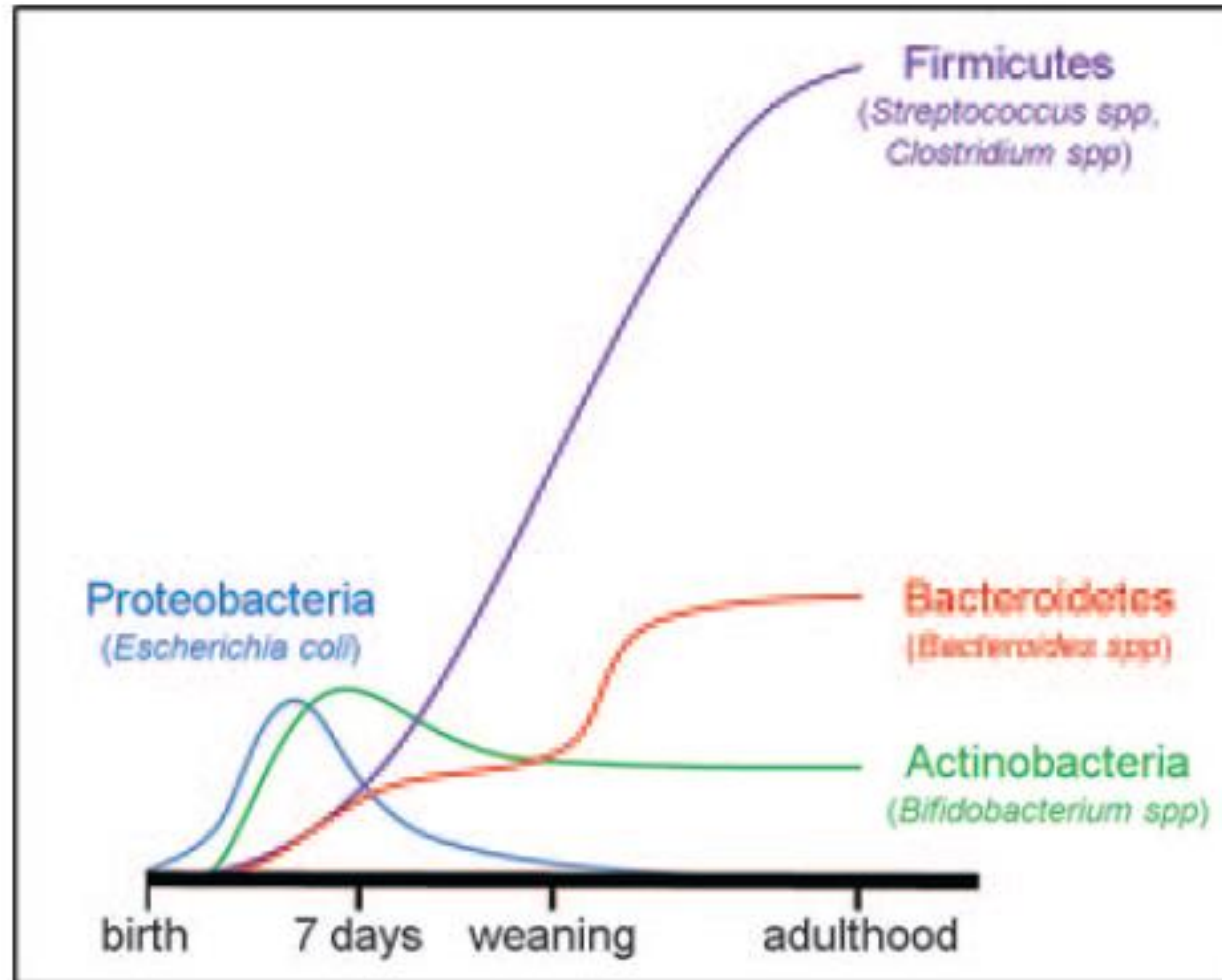
Impact : absentéisme scolaire,
altération QdV ...

**30% des DAF enfant
persistent à l'âge adulte**

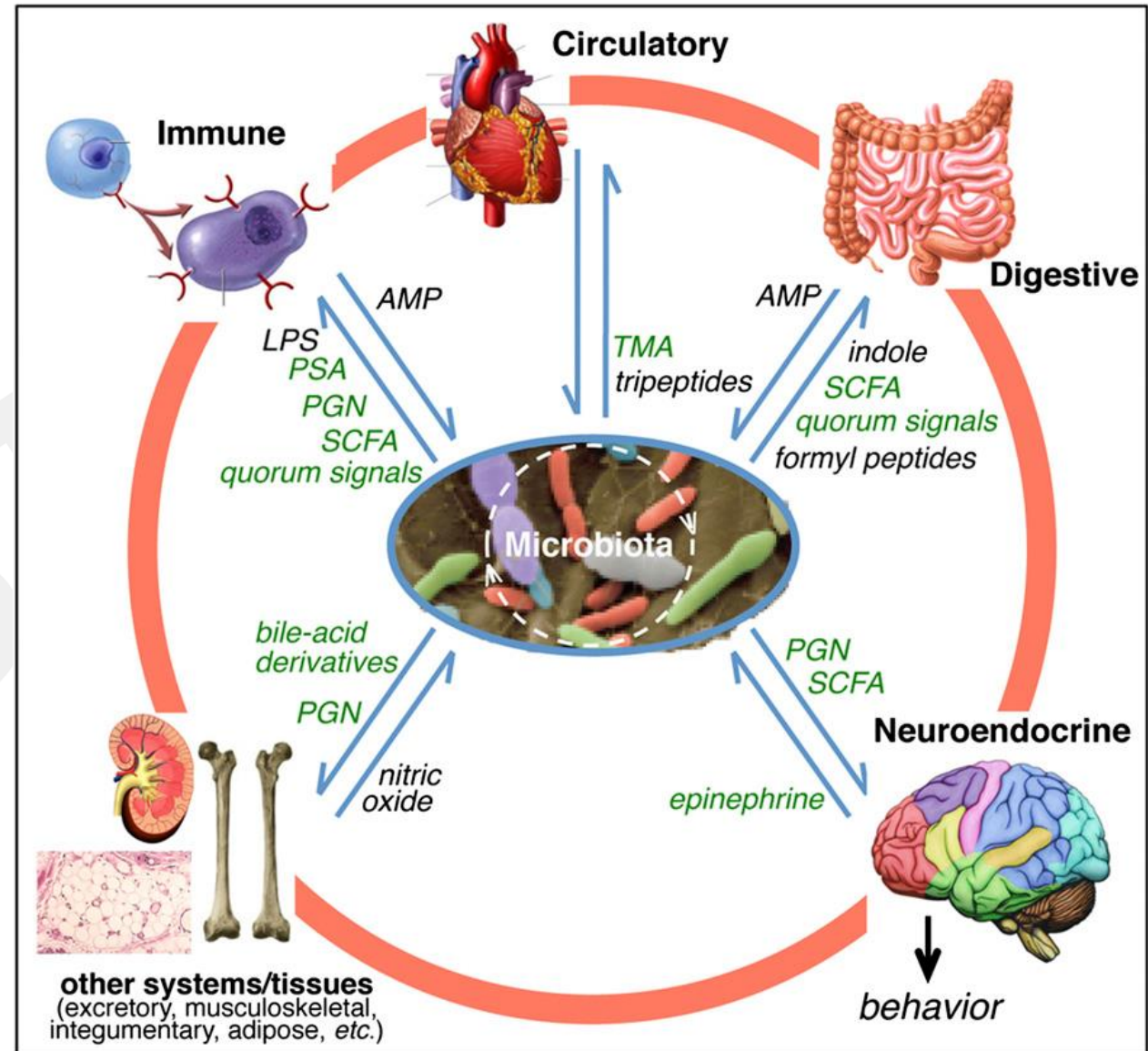
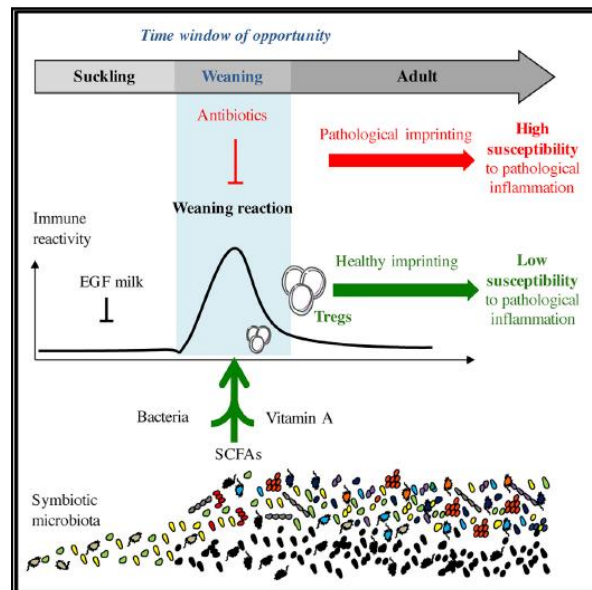
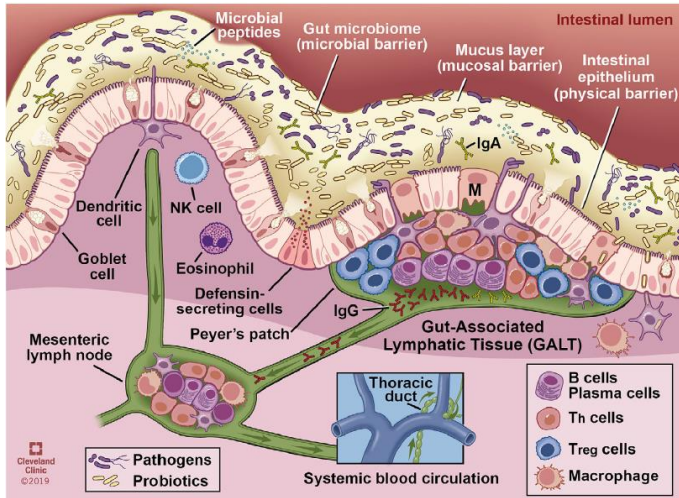
Facteurs de risque :

- Sexe féminin (x2 après puberté)
- Antécédents familiaux de TIIC
- Infections GI antérieures (post-infectieux)
- Anxiété / stress scolaire / événements de vie

Mise en place et développement du Microbiote intestinal



Intéraction Hôte - Microbiote

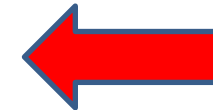


Facteurs influençant le microbiote intestinal

ATB
Médicaments



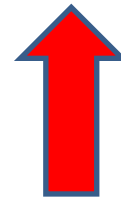
Alimentation



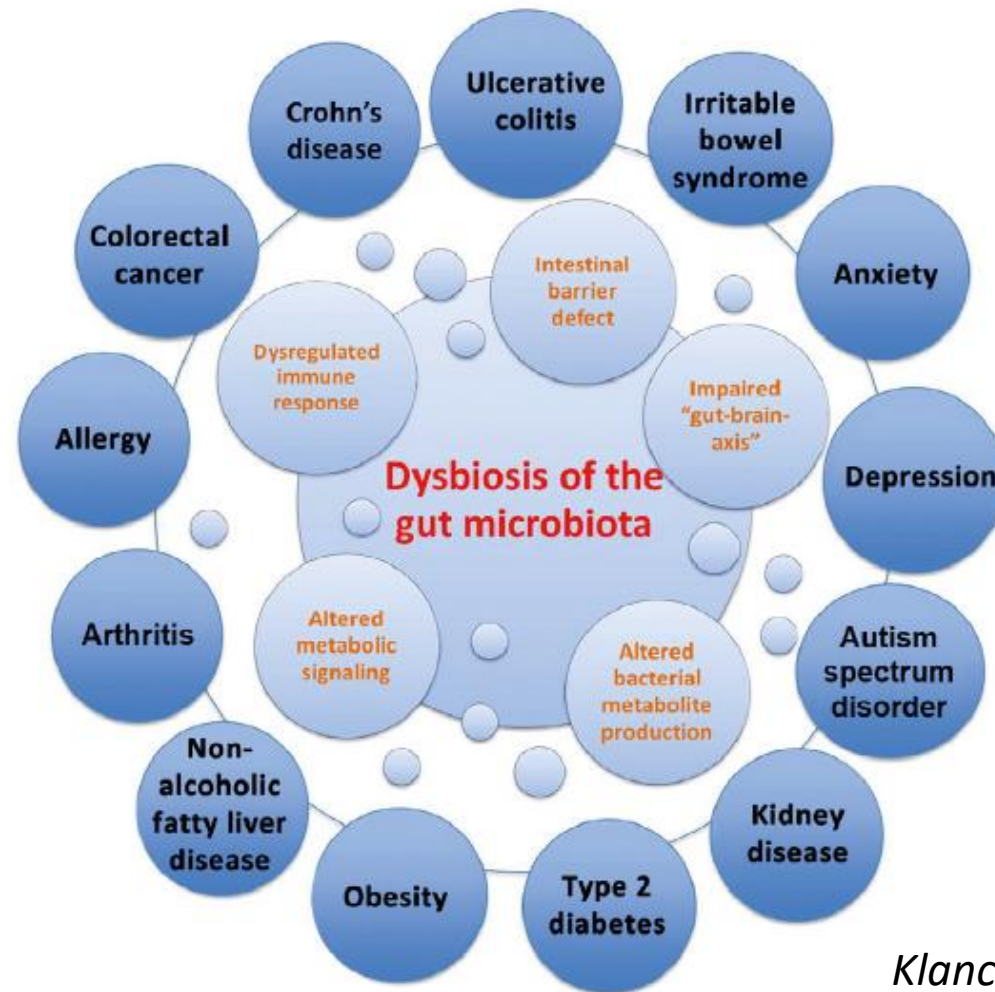
Génétique
Allaitement
Mode
d'accouchement
Terme
(prématurité)?



Environnement
Vie urbaine
Pollution

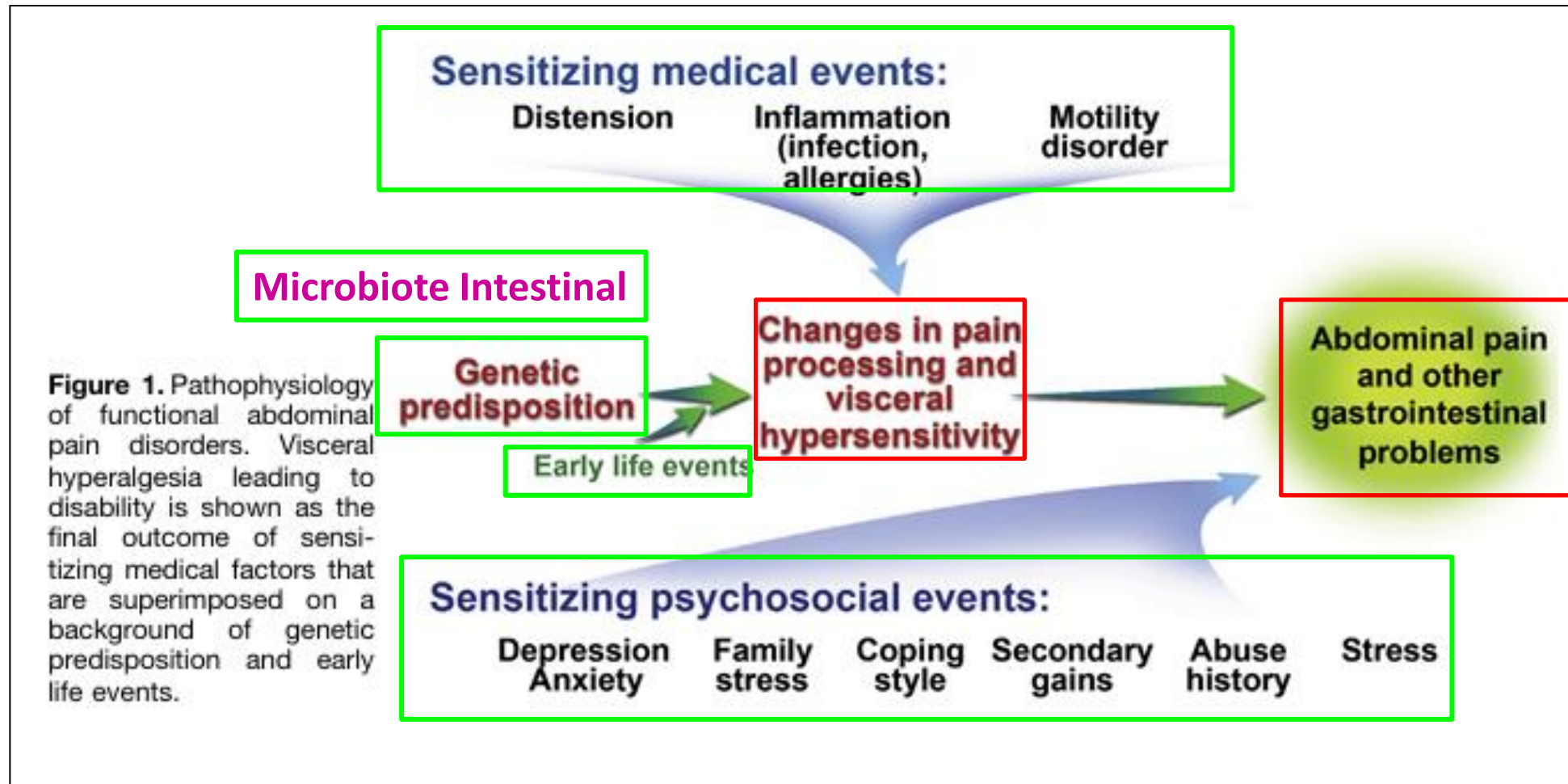


Conséquences à long terme de la dysbiose



Klancic, J of sport and Health Science 2020

PHYSIOPATHOLOGIE DES DGBI (Troubles de l'Interaction Intestin Cerveau)



Changement

« Vous n'avez rien »

« C'est fonctionnel »

« C'est un diagnostic
d'élimination »

« Ce que vous avez
n'est pas grave »

« C'est un trouble de
l'interaction intestin-
cerveau »

« C'est un diagnostic
positif »

CAS CLINIQUE 1

Yasmine, 11 ans, 6^e année primaire, bonne élève, pas d'ATCD personnels significatifs

Brûlures épigastriques depuis 3 mois

Nausées post-prandiales fréquentes SANS vomissements

Rythme : diurnes, apparition lors des repas (début de repas) | 4-5 épisodes par semaine

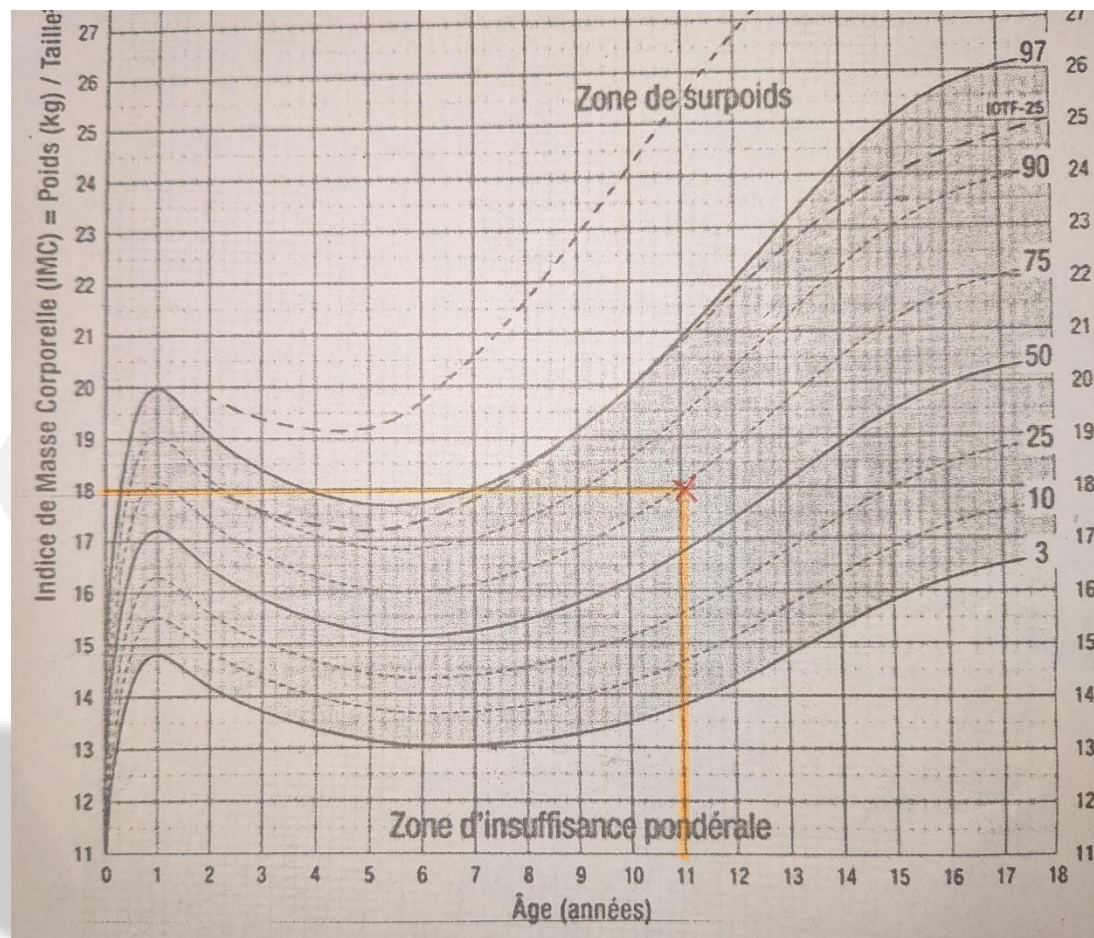
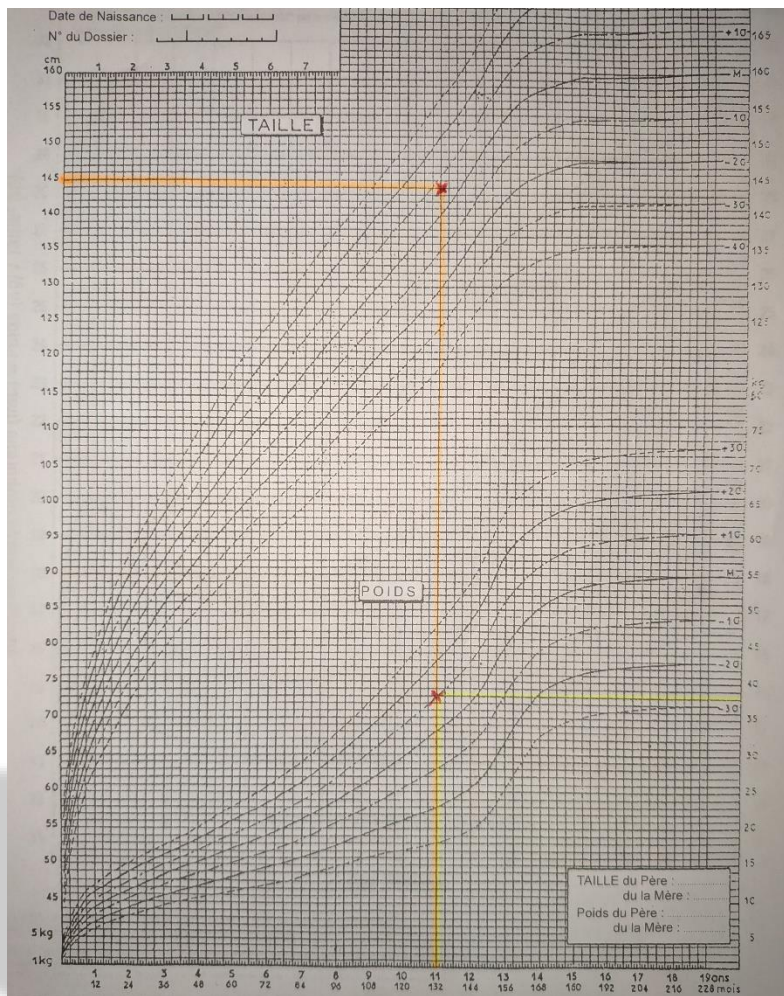
Contexte psychosocial : rentrée scolaire stressante | examen en fin d'année | maman anxieuse

ATCD familiaux : mère suivie pour SII

Poids : 38 kg (-300g en 6 mois) | Taille 145 cm | IMC 18 | Tanner II

Abdomen souple, non douloureux, pas d'HSM, pas de masse

CAS CLINIQUE 1



Poids +1 DS

Taille +1 DS

IMC=18: 75^{ème} p

Q1 - Quelle est votre hypothese diagnostique principale ?

Yasmine 11 ans | Depuis 3 mois | 4-5x/semaine

Brulures épigastriques | Nausees | Perte de 300g, examen RAS

A Dyspepsie fonctionnelle sous-type EPS (epigastric pain syndrom)

B Ulcere gastro-duodéal

C Syndrome de l'intestin irritable

D Gastrite à HP

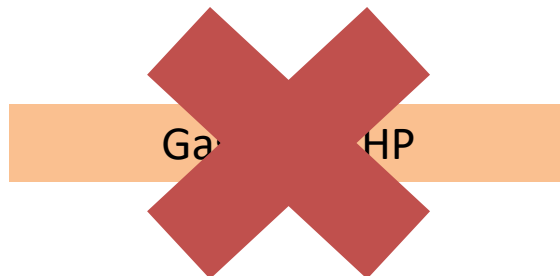
Reponse Q 1 - Hypothese diagnostique

Reponse correcte : A - Dyspepsie fonctionnelle EPS

Arguments pour DF-EPS (Epigastric pain syndrom) :

- Brûlure/ douleurs épigastriques (satiété précoce, nausée post prand pour le PDS)
- ≥ 1 j/semaine (≥ 3 pour PDS)
- Depuis ≥ 2 mois
- Sans arguments pour une autre pathologie (**ici pas d'arguments pour UGD ou SII**)
- Sans red flag

Critères de ROME remplis



Practice points:

1. *H. pylori*-associated gastritis may be an incidental histopathologic finding during upper endoscopy performed for other GI diseases such as IBD, celiac disease, or EoE, especially in areas with a high prevalence of infection.

2. We recommend that testing for *H. pylori* be performed in children with gastric or duodenal ulcers and/or erosions. If *H. pylori* infection is identified, then treatment should be administered, and eradication confirmed. (Similar to previous guidelines)

GRADE: strong recommendation. Quality of evidence: no new evidence (Prior guidelines rated as high). Agreement: 100%

Recommandations

Signes d'alarme

Red flags a rechercher systematiquement (ESPGHAN 2017) :

Arret de croissance staturo-ponderale (!) | Perte de poids > 5-10%
Douleur nocturne réveillant l'enfant | Fièvre persistante inexpliquée
Sang dans les selles ou vomissements | Hématémèse | Dysphagie
Ulcères buccaux | Arthrite | Rash | Retard pubertaire
Hepatosplenomegalie | Masse abdominale | ATCD familiaux MICI/cancer

Chez Yasmine : -300g en 6 mois = à surveiller mais non alarmant | Pas de red flag

Q 2 - Quelles explorations paracliniques prescrivez-vous ?

A NFS, CRP, Sérologie cœliaque

B FOGD + biopsies statut HP

C Test non invasif de HP (sérologie / AgHP dans les selles / Breath test)

D Aucune exploration

Q 2 - Quelles explorations paracliniques prescrivez-vous ?

Yasmine 11 ans | Depuis 3 mois | 4-5x/semaine

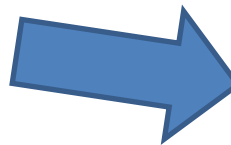
Brûlures épigastriques | Nausées | Perte de 300g, examen RAS

Brûlures épigastriques depuis 3 mois
évoquant une DF type EPS

Pas de retentissement
staturopondéral



Pas d'explorations
Surveillance de la croissance SP/
apparition d'autres signes



Bilan à minima

Reponse Q2 - Bilan paraclinique

**Reponse correcte : - Bilan biologique minimal, SANS FOGD ni test HP
-Aucun bilan**

Bilan minimal :

NFS, CRP | Serologie coeliaque : IgA anti-TG2 + IgA totales

(Bilan hepatique, lipase si éléments d'orientation)

FOGD : NON en 1ere intention (pas de red flag, pas d'echec therapeutique)

Test HP non invasif : NON - pas de 'test and treat' en pediatrie pour DF

Expert consensus supports esophagogastroduodenoscopy in selected cases, for example, older children, symptoms lasting longer than 6 months, family history of ulcers, or significant impact on daily life

Resultats du bilan biologique de Yasmine

NFS : normale | CRP : 2 mg/L (N) | Serologie coeliaque : IgA anti-TG2 = 2 UI/mL (N < 10) | IgA totales : normales

→ **BILAN BIOLOGIQUE ENTIEREMENT NORMAL**
On retient: Dyspepsie Fonctionnelle type EPS

La PEC biopsychosociale

Pourquoi cette approche ?

Les TIIC sont des troubles BIO-PSYCHO-SOCIAUX

BIO : hypersensibilité viscérale + motricité anormale + dysbiose etc

PSYCHO : hypervigilance centrale + anxiété + dépression

SOCIAL : famille, école, stress, qualité de vie

Les 3 piliers thérapeutiques

1. MESURES BIOLOGIQUES (RHD + pharmacologie)

2. THERAPIES GUT-CERVEAU (psychologique) :

- **Annonce diagnostique adéquate**
- **Psychologue ++**
- Hypnothérapie intestinale (ESPGHAN) si anxiété importante
- TCC : anxiété importante
-

3. INTERVENTIONS SOCIALES :

- **Annonce diagnostique adéquate**
- Réduction absentéisme
- Soutien familial
- Assistante sociale, médecin scolaire

L'annonce diagnostique

- Valider + expliquer + rassurer + objectif

Les 4 temps de l'annonce :

1. **Valider** : 'Yasmine, ta douleur est réelle. On te croit. Ce n'est pas inventé.'
2. Expliquer : 'L'estomac et le cerveau ne se coordonnent pas bien - il est hyper-sensible au stress'
3. Rassurer : 'Ce n'est pas dangereux, pas un cancer, pas une maladie grave'
4. Objectif : 'On va travailler ensemble pour que tu puisses manger normalement et être bien à l'école'

« c'est psychologique » **FAUX : stigmatise et renforce l'anxiété**

L'annonce diagnostique = Un acte thérapeutique

**PEC multidisciplinaire : gastro / pédiatre + nutritionniste +
psychologue +/- assistante sociale**



1. ÉDUCATION & RÉASSURANCE

PILIER

- ✓ Expliquer l'axe intestin-cerveau
- ✓ Valider la douleur
- ✓ Rassurer : pas de maladie grave
- ✓ Impliquer parents + enfant



2. MESURES NON MÉDICAMENTEUSES

Hygiène alimentaire

- Repas réguliers
- ↓ graisses / boissons gazeuses

Diététicien

Approche psychologique

SI ANXIÉTÉ IMPORTANTE :

- TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale)
- Hypnose dirigée vers l'intestin

- Psychologue: enfant et parents
- Med scolaire
- Ass sociale

Q 2 - Médicaments en 1ere intention?

Yasmine 11 ans | Dyspepsie fonctionnelle type EPS

**Pas en 1ere
intention**

Comment organiser la PEC ?

Objectifs et suivi

Objectifs de la PEC biopsychosociale :

- Reduire la douleur et ameliorer la qualite de vie
- Restaurer le fonctionnement (scolarite, activites)
- **Eviter: examens repetitifs, arrêts scolaires prolonges, catastrophisation**
- **Prevenir la chronicite (30% persistent a l'adulte)**

Suivi structure :

- RDV a 6-8 semaines systematique | EVA + agenda douleur
- Reevaluation si : red flag apparu | Perte de poids | Echec ttt

Pronostic :

- Favorable si PEC précoce et complète
- **30% persistance a l'âge adulte si inadequatement pris en charge**



Q 3 - Quelle est votre prescription thérapeutique si échec des 1eres mesures ?

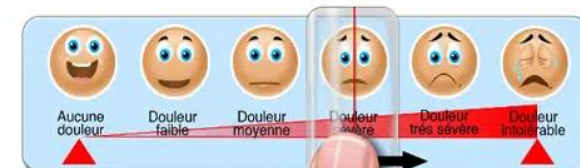
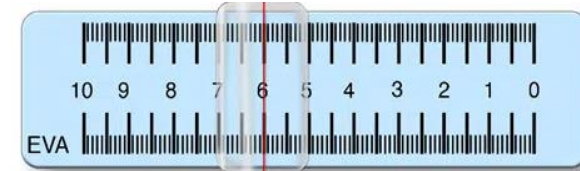
Yasmine | DF-SDD | Bilan normal | Diagnostic annonce | Parents rassurés | **Amélioration partielle**

A IPP

C Dompéridone 0,25 mg/kg x 3/j

B Cyproheptadine 0,25 mg/kg/j

D Amitriptyline faible dose en 1^{ère} ligne





3. PHÉNOTYPE CLINIQUE

◆ EPS

Syndrome de douleur épigastrique

◆ PDS

Satiété précoce / Plénitude postprandiale



4. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX (SI ÉCHEC)

2E LIGNE

◆ CAS EPS

- IPP (4-8 semaines)
- ± Anti-H2

◆ CAS PDS

- Prokinétiques
- Cyproheptadine
- Adaptation alimentaire

Autres options : Probiotiques (preuves limitées), Neuromodulateurs (avis spécialisé).

Reponse 3 - Traitement

- **IPP = 1er choix pour EPS (douleur/brûlure) 1 mg/kg/j X 4 à 8 semaines**

- **Pour le SDD (satieté precoce predominante) :**

- **Cyproheptadine (Cipractine®)** 0,25 mg/kg/j (max 4 mg/j)

Mécanisme : anti-histaminique H1 + serotoninergique = améliore la relaxation fundique et la satieté

- **Dompéridone** (ECG ++ risque de QT long, **HORS AMM si < 12 ans ou 35 kg**) 0,25 mg/kg X 3 /j (sans dépasser 30 mg / j)

Mesures HD : petits repas frequents | Manger lentement | Eviter aliments gras/epices

Récapitulation

DIAGNOSTIC CLINIQUE

→ DF type **EPS** (Rome V), Pas d'explorations si pas de Red Flags / ou bilan à minima



PRISE EN CHARGE: BIOPSYCHOSOCIALE

→ Annonce dg (4 temps) **+++** règles diététiques, PEC psychologique, Assistante sociale, médecin scolaire

→ **Suivi +++**



→ **Si échec:** **IPP** ou **Prokinétiques** en fonction du phénotype



→ **Si échec tt / apparition red flags:** exploration (**FOGD**) / **neuromodulateurs**

CAS CLINIQUE 2

CAS CLINIQUE 2

Youssef, 9 ans, 4^{ème} année primaire, pas d'ATCD

Douleurs abdominales depuis 4 mois

péri-ombilicales

1 à 2 fois par semaine

parfois soulagées par l'émission de selles

Episodes de selles molles 3 à 4 fois par jour alternant avec des périodes de transit normal

pas de vomissements

pas de fièvre – pas d'anorexie – pas d'amaigrissement

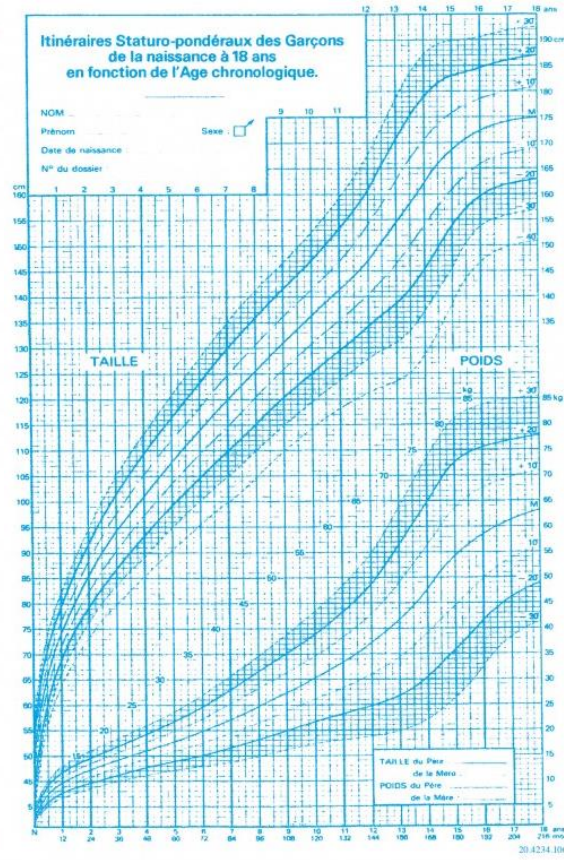
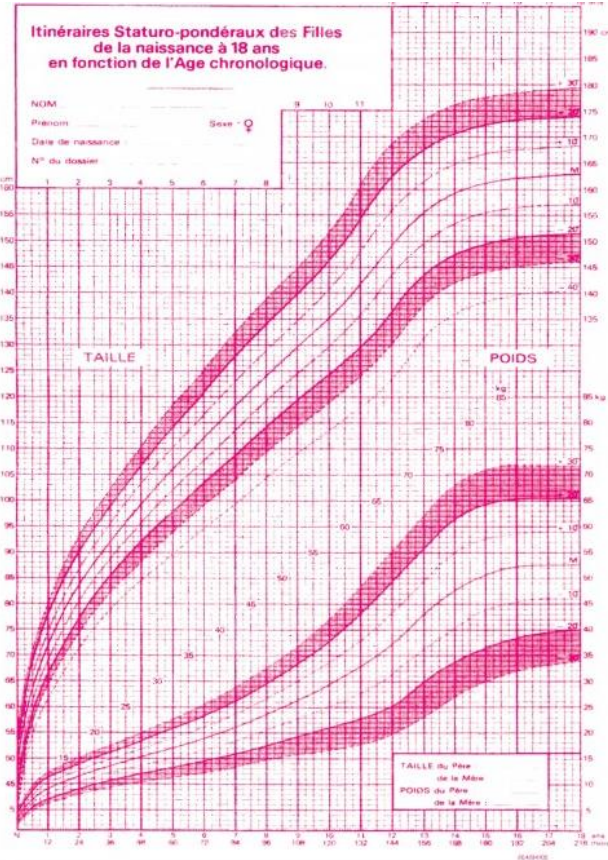
Contexte psychosocial : conflit familial – père alcoolique – agressivité +++
Baisse des résultats scolaires

Poids 26 Kg (M) Taille 131 cm (M) IMC=15 (25^{ème} p)

Abdomen souple, non douloureux, pas d'HSM, pas de masse

Courbe de croissance staturopondérale

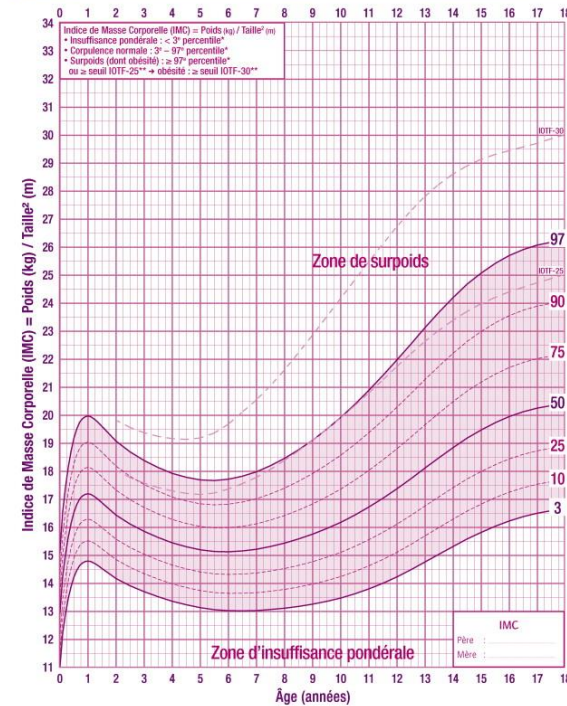
Courbes de corpulence



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

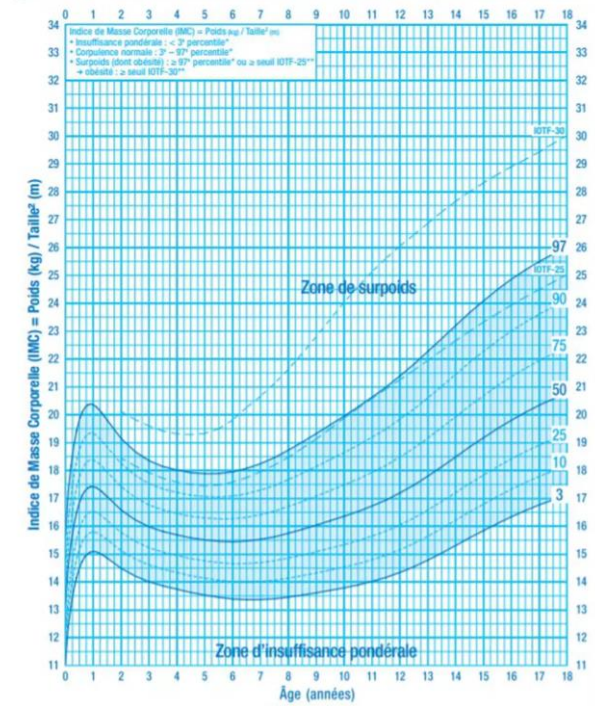
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

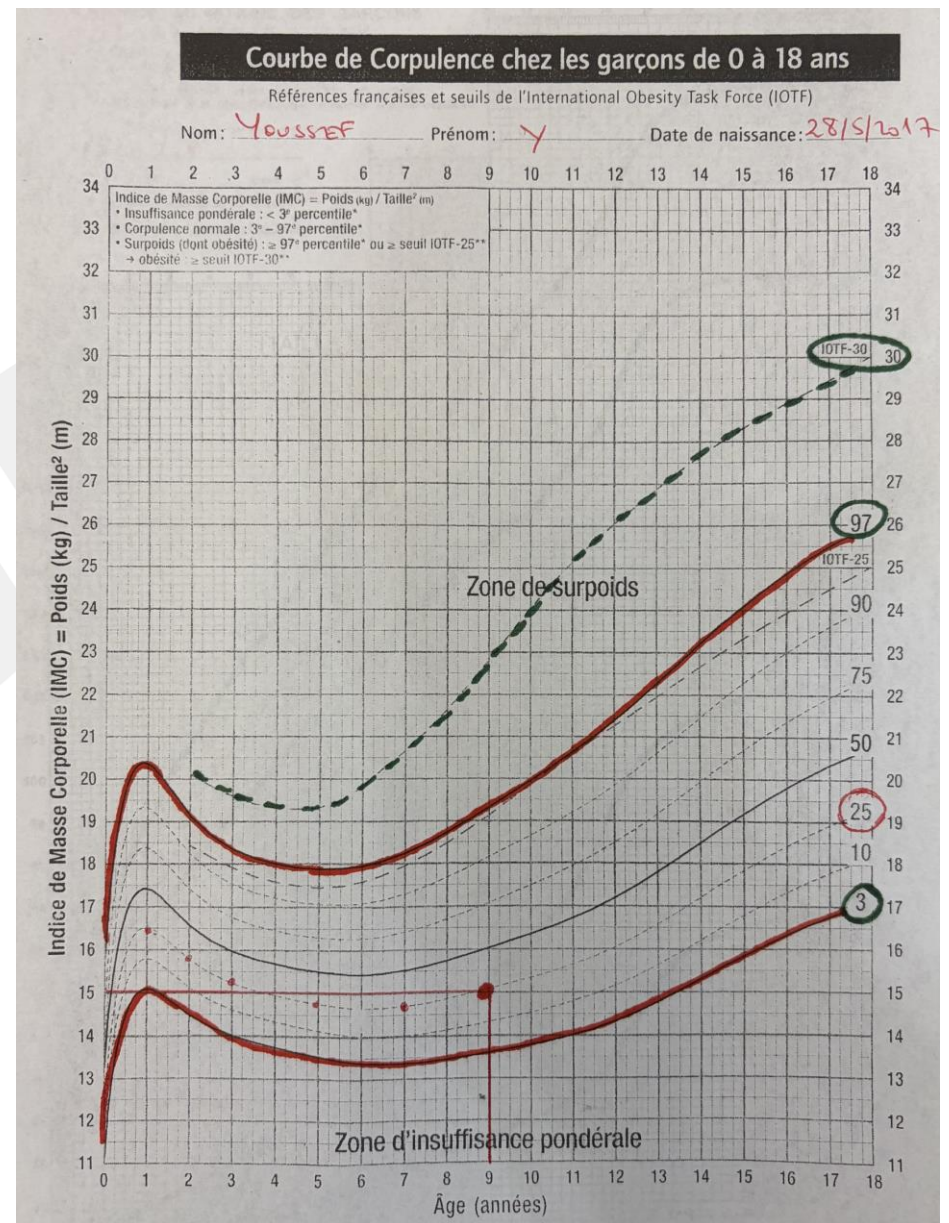
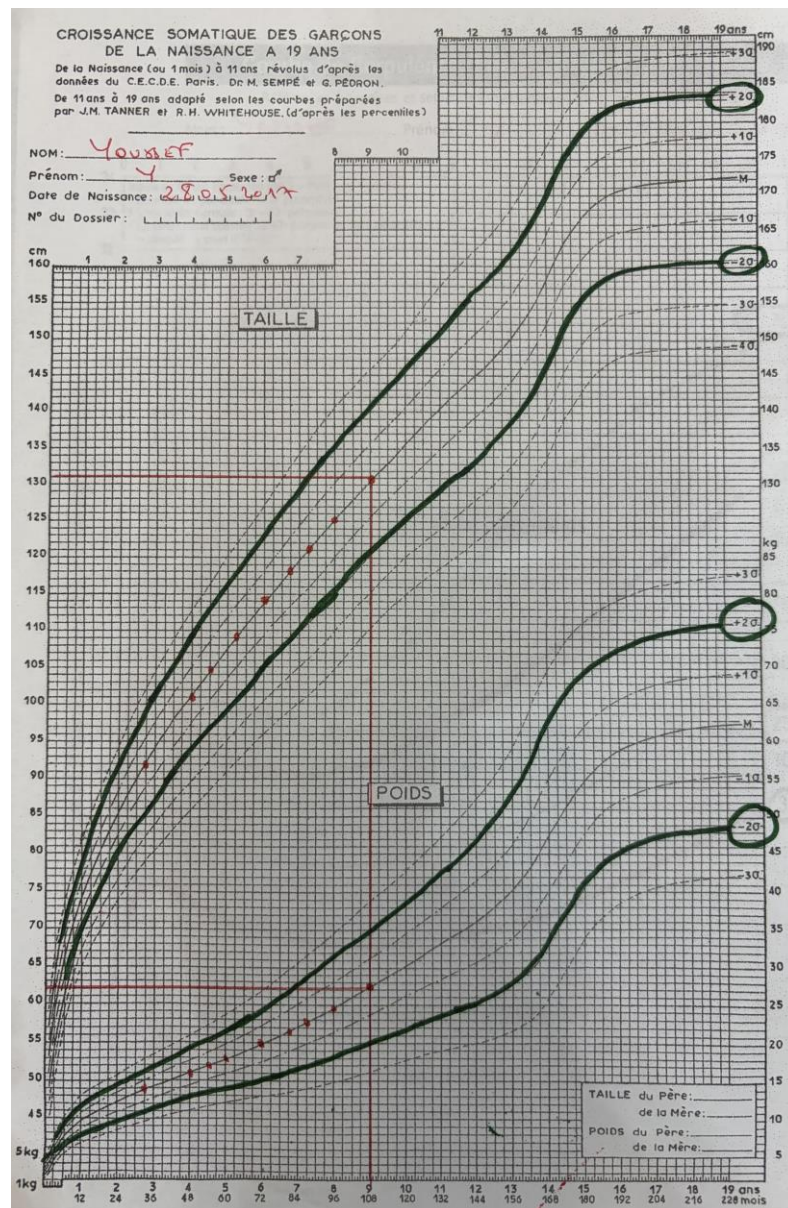


Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____





Hypothèses diagnostiques ?

**Youssef 9 ans | Douleurs abdo depuis 4 mois | 1-2x/semaine
selles molles 3 à 4 fois par jour alternant avec des périodes de transit normal
Absence de retentissement staturopondéral**

A Dyspepsie fonctionnelle

C Syndrome de l'intestin irritable

B Maladie cœliaque

D Maladie de Crohn

Diagnostic le plus probable ?

Syndrome de l'Intestin Irritable (SII)

Douleurs abdominales depuis 4 mois

péri-ombilicales

1 – 2 x fois par semaine

parfois soulagées après la selle

selles molles 3 à 4 fois par jour

alternant avec des périodes de transit normal

pas de vomissements

pas de fièvre

croissance staturopondérale normale

Ex clinique normal

→ Absence d'autres explications à la douleur

Critères diagnostiques (Rome V)

- Douleur abdominale ≥ 4 j / mois
- Depuis ≥ 2 mois
- Associée à ≥ 1 :
 - Liée à la défécation
 - Modification de la fréquence des selles
 - Modification de la consistance des selles
- Douleur abdominale est le symptôme principal
- Après une bonne évaluation, les symptômes ne peuvent pas être expliqués par une autre étiologie

Différents types d'IBS

Table 1. Irritable Bowel Syndrome Subtypes^a

IBS subtype	Definition
IBS-C	$\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 1 or 2 and $< 25\%$ of bowel movements with Bristol stool types 6 or 7.
IBS-D	$\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 6 or 7 and $< 25\%$ of bowel movements with Bristol stool types 1 or 2.
IBS-M	$\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 1 or 2 and $\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 6 or 7
IBS unclassified	$< 1/4$ (25%) of stools hard or lumpy with bowel movements with stool type 1 or 2 and $< 1/4$ (25%) of bowel movements with stool type 6 or 7



SII-Sous-type Diarrhée

Quels signes doivent faire évoquer une cause organique ?

Signes d'alarme +++ RED FLAGS

- **Cassure de la courbe SP / Amaigrissement**
- **Retard pubertaire**
- **Rectorragies / Méléna**
- **Diarrhée nocturne**
- **Vomissements persistants**
- **Douleur abdominale localisée (ex: FID)**
- **AEГ (Asthénie, Anorexie ...)**
- **Fièvre**
- **ATCD Familiaux (MICI, maladie cœliaque)**

Différents types d'IBS

Table 1. Irritable Bowel Syndrome Subtypes^a

IBS subtype	Definition
IBS-C	$\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 1 or 2 and $< 25\%$ of bowel movements with Bristol stool types 6 or 7.
IBS-D	$\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 6 or 7 and $< 25\%$ of bowel movements with Bristol stool types 1 or 2.
IBS-M	$\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 1 or 2 and $\geq 1/4$ (25%) of abnormal stools type 6 or 7
IBS unclassified	$< 1/4$ (25%) of stools hard or lumpy with bowel movements with stool type 1 or 2 and $< 1/4$ (25%) of bowel movements with stool type 6 or 7



SII-Sous-type Diarrhée



Préconisez-vous de faire des explorations?

Préconisez-vous de faire des explorations?

**Youssef 9 ans | Douleurs abdo depuis 4 mois | 1-2x/semaine
selles molles 3 à 4 fois par jour alternant avec des périodes de transit normal
Absence de retentissement staturopondéral**

A Echo abdominale

**B Bilan biologique de malabsorption:
NFS – Calcémie – Ferritinémie- Albuminémie**

C Sérologie cœliaque

**D Bilan biologique inflammatoire
CRP - CF**

E EPS

F Aucune

Différents types d'IBS

Table 1. Irritable Bowel Syndrome Subtypes^a

IBS subtype	Definition
IBS-C	≥1/4 (25%) of abnormal stools type 1 or 2 and <25% of bowel movements with Bristol stool types 6 or 7.
IBS-D	≥1/4 (25%) of abnormal stools type 6 or 7 and <25% of bowel movements with Bristol stool types 1 or 2.
IBS-M	≥1/4 (25%) of abnormal stools type 1 or 2 and ≥1/4 (25%) of abnormal stools type 6 or 7
IBS unclassified	<1/4 (25%) of stools hard or lumpy with bowel movements with stool type 1 or 2 and <1/4 (25%) of bowel movements with stool type 6 or 7

Clinical Evaluation

Testing for celiac disease is recommended in those with IBS-D based on limited data in children with chronic abdominal pain that have suggested a higher prevalence of celiac disease in some but not all pediatric studies.^{38–40}

Parasitic testing should be considered based on the local context. Fecal calprotectin level is used as a screen for intestinal inflammation. In children with IBS-D there is a

Dans le SII sous-type Diarrhée

- La sérologie coeliaque +++
- EPS (en fonction du contexte)
- Calprotectine fécale

Préconisez-vous de faire des explorations?

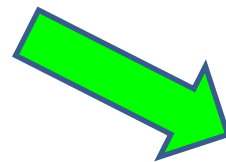
Youssef 9 ans | Douleurs abdo depuis 4 mois | 3-4x/semaine selles molles 3 à 4 fois par jour alternant avec des périodes de transit normal

Douleurs abd + Diarrhée
intermittente depuis 4 mois

Pas de retentissement
staturopondéral



Pas d'explorations
Surveillance de la croissance SP/
apparition d'autres signes



- Sérologie cœliaque
- EPS: J1-J5- J10
- Calprotectine fécale

Bilan à minima strictement normal

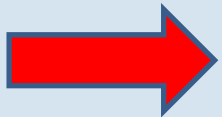
NFS normale

CRP: 2 mg/l

Sérologie coéliquaue: Acc anti-tg IgA négatives- IgA totaux normaux

EPS: 3 Négatifs

Calprotectine fécale: Négative



Diagnostic confirmé SII- sous-type Diarrhée

Quelle prise en charge ?

C'est un TIIC → Les 4 temps de l'annonce :

1. **Valider** : la douleur est réelle. On le croit. Ce n'est pas inventé
2. **Expliquer** : Problème de coordination entre l'intestin et le cerveau – L'intestin est hypersensible au stress
3. **Rassurer l'enfant et les parents** : Ce n'est pas dangereux, pas un cancer, pas une maladie grave
4. **Objectif** : On va travailler ensemble pour que tu puisses vivre normalement et être bien à l'école

Quelle prise en charge ?

Prise en charge BIOPSYCHOSOCIALE

1. THERAPIES GUT-CERVEAU (psychologue/pédopsy) + + + + +
2. INTERVENTIONS SOCIALES (Assistante sociale, DPE) + + + + +
3. MESURES BIOLOGIQUES (RHD + pharmacologie)

THERAPIES GUT-CERVEAU +++

Psychologue et/ou Pédopsy

- **Hypnothérapie et Thérapie CC → Efficacité prouvée
TTT de 1^{ère} ligne (ESPGHAN/NASPGHAN)**
- **Stimulation nerveuse électrique percutanée (PENFS)**
- **Attention au contexte familial et social (école, stress...)**

INTERVENTIONS SOCIALES +++

Assistante sociale +/- Délégué de protection de l'enfance

- **Conflits familiaux**
- **Maltraitance**
- **Conditions de la famille (maladies des parents, couverture sociale**
- **Problèmes au niveau de l'école: harcèlement, violence ...**

- Mesures Hygiéno Diététiques

Diététicien + + +

- Régularité des repas
- Eviction des écrans au moment des repas
- Régime méditerranéen, éviter les aliments ultra transformés
- Fibres adaptées
- Hydratation

- Mesures Hygiéno Diététiques

Régimes d'exclusion ?

→ Pas de recommandations

- Exclusion du Lactose → non prouvée
- Exclusion du fructose (1 RCT 2 sem → efficacité)
- Régime pauvre en FODMAP (Fermentable oligosaccharide, disaccharide, monosaccharide and polyol carbohydrates) → Fructose, Lactose, Fructanes, Galactanes et Polyols

- Mesures HD (**Diététicien +++**)

Régime pauvre en FODMAP (Fermentable oligosaccharide, disaccharide, monosaccharide and polyol carbohydrates) → Fructose, Lactose, Fructanes, Galactanes et Polyols

- **Efficacité:** (2 études pédiatriques 2015-2020)
- **3 phases:**
 - Restriction ($\leq 4-6$ sem): on supprime le FODMAP pour calmer les symptômes
 - Réintroduction progressive: on teste chaque groupe pour voir ce que l'enfant tolère
 - Personnalisation (**Diététicien +++**): on adapte l'alimentation de l'enfant selon sa tolérance

Médicaments → Place très limitée +++

- **Probiotiques: Lactobacillus rhamnosus GG** (efficace/RCT)
- **Huile de menthe poivrée à enrobage entérique:** diminue la sévérité des douleurs abdominales
- **Psyllium** (fibres solubles) → 2RCT: sup au placebo
- **Traitement pharmacologique**
 - **Placebo +++** (RCT multicentrique)
 - **IBS-D: Lopéramide, chélateurs d'acides biliaires**
 - **IBS-C: Laxatifs osmotiques (PEG)** → ttt de 1^{ère} ligne
 - **Cyproheptadine** (RCT – 2 semaines → sup au placebo) → au cas par cas
 - **Amitriptyline** (données contradictoires) → au cas par cas
 - **Antispasmodiques** → largement prescrits (pas de preuves RCT) → pas de recommandation
 - **Rifaximin** (pas de sup/placebo) → pas de recommandation

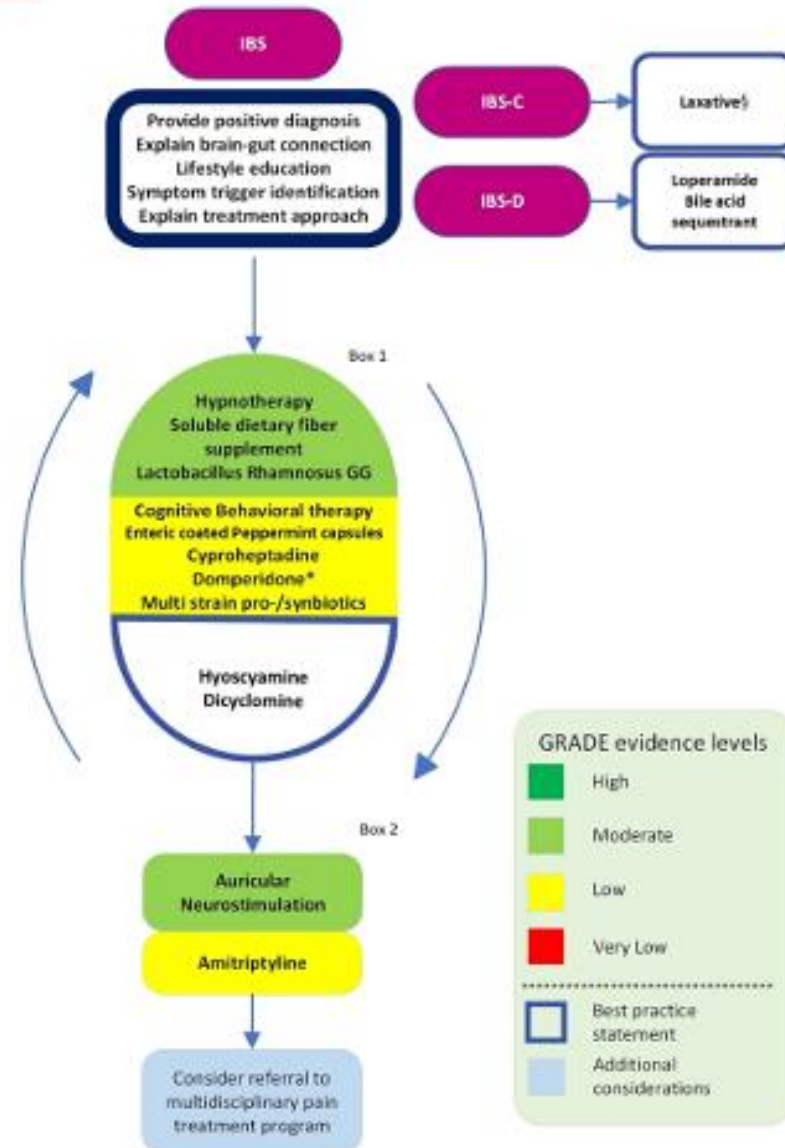


FIGURE 1 Treatment algorithm for irritable bowel syndrome (IBS). The "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation" (GRADE) data synthesis is the primary source informing the flow of treatments. However, best practice statements and additional

Algorithme du Traitement du SII

Récapitulation

DIAGNOSTIC CLINIQUE

→ SII (Rome V), Pas d'explorations si pas de Red Flags/ ou bilan à minima

PRISE EN CHARGE: PSYCHOSOCIALE +++

→ Annonce dg (4 temps) +++

→ PEC psychosociale +++

→ **Hypnothérapie - TCC (ttt de 1^{ère} intention)**

→ Assistante sociale/DPE

PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

Règles diététiques: Résultats non concluants (FODMAP)

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE → Intérêt moindre

Lactobacillus Rhamnosus GG

Huile de Menthe poivrée - Psyllium

SII-D → Lopéramide – Chélateurs d'acides biliaires

SII-C → Laxatifs osmotiques

Take Home Messages

- Les DAF/DA-TIIC de l'enfant: fréquentes et souvent bénignes
- Impact sur la qualité de vie de l'enfant peut être majeur +++
- **Diagnostic repose avant tout sur une évaluation clinique rigoureuse, évitant les explorations inutiles en l'absence de signes d'alarme**
- **TIIC ++** : changement de paradigme avec implications sur la **PEC** qui doit être **biopsychosociale**
- **L'écoute active** de l'enfant et de sa famille constitue une étape clé de la prise en charge
- La **validation** de la douleur sans dramatisation permet de renforcer l'alliance thérapeutique
- Une approche **psychosociale** est indispensable pour une prise en charge globale et efficace

Take Home Messages

- Les traitements médicamenteux ont une place limitée et doivent être ciblés
- Les interventions non pharmacologiques notamment **éducatives et comportementales sont souvent centrales**
- L'objectif principal est le retour à un **fonctionnement normal** plutôt que la disparition complète de la douleur
- Une communication claire et rassurante permet d'éviter la chronicisation et favorise un pronostic favorable



Merci



References bibliographiques

1. Rosen R, Borelli O, Faure C et al. Rome V Pediatric Upper GI Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology* 2026 Feb 17. doi:10.1053/j.gastro.2026.01.039
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M et al. Functional Disorders: Children and Adolescents (ROME IV). *Gastroenterology* 2016;150:1456-1468
3. Groen J, Gordon M, Chogle A, Benninga M et al. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines IBS and FAP-NOS children 4-18 years. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2025;81:442-471
4. Thomson M, Tringali A, Dumonceau JM et al. Paediatric GI Endoscopy ESPGHAN/ESGE Guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64:133-153
5. Homan M, Jones NL et al. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for HP infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024;79
6. Vandenplas Y et al. Understanding FAPD among children: multidisciplinary expert consensus. *Front Pediatr* 2025;13:1576698
7. SEGHNIP Working Group. Recommendations for management of functional dyspepsia in children. *Anales Pediatr* 2025
8. Benninga MA et al. Paediatric functional abdominal pain disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6:89
9. *Pediatrics* 2025 - Meta-analyse epidemiologie FAPD (201 134 enfants, 29 pays)
10. Rome Foundation. Rome V - A Global Framework for DGBI. theromefoundation.org 2026