

LES DIARRHÉES AIGUËS DE L'ENFANT

OKKA Kamelia

INTRODUCTION

Définition

C'est une émission de selles :

- ✓ Trop fréquentes,
- ✓ Trop abondantes,
- ✓ De consistances anormales (liquides ou très molles)
- ✓ Et de poids $>300\text{g/j}$

Le tout évoluant depuis moins d'une semaine et toujours moins de 14 jours

Selon l'OMS un enfant est diarrhéique à partir de 03 selles liquides ou aqueuses par jour

INTÉRÊT

- **Fréquence** : l'un des motifs de consultation et d'hospitalisation les plus fréquents, des nourrissons de moins de 02 ans.
- **Gravité** : en rapport avec le risque de déshydratation et de malnutrition.
- **Mortalité** :
 - ✓ 3-5 millions de décès par an (monde)
 - ✓ Deuxième cause de mortalité et de morbidité infantile en Algérie après les IRA
- **Étiologies** : multiples, dominées par les causes infectieuses (virales)
- **Prévention** : Individuelle et collective
Programme nationale de lutte contre les maladies diarrhéiques 2005
- **La compréhension** des mécanismes physiopathologiques permet une meilleure thérapeutique

PHYSIOLOGIE

- **l'homme est un être fait** d'eau (75% à la naissance) ; (60% après six mois).
- **la moitié d'eau extra cellulaire** est libérée chaque jour dans l'intestin ; plus de 95% de ce volume est réabsorbé par l'intestin ; (5% est sécrété) : l'intestin joue un rôle très important dans l'équilibre hydro électrolytique de l'organisme ; la muqueuse intestinale est le siège de mouvements permanents d'absorption et de sécrétion d'eau et de sels minéraux.
- Les mouvements de l'eau sont toujours passifs et suivent le sens des échanges des électrolytes
- **l'absorption** : sous la dépendance du Na^+ ; absorption active augmentée par certains éléments : glucose
- la sécrétion : l'ion moteur (Cl^-) ; l'eau suit passivement les mouvements du Cl^-
- **L'augmentation de l'AMP cyclique** : adénosine monophosphate cyclique entraîne une augmentation de la sécrétion du Cl^- et celle d'eau

PHYSIOPATHOLOGIE

- Toute diarrhée aigue résulte du dérèglement des processus d'absorption ou de sécrétion des électrolytes et surtout de sodium : **rupture du cycle entéro- systémique** de l'eau :
- **Inhibition des phénomènes d'absorption**
- **Hypersécrétion** ou par **intrication des deux phénomènes**.
- On distingue :

1-Diarrhée par diminution de l'absorption :

- **Destruction de l'épithélium** : Rotavirus, E.coli entéro-pathogène, Giardia, Cryptosporidium
- **Production de cytotoxines** : Shigella, E.coli entéro-pathogène et hémorragique, Clostridium difficile
- **Invasion épithéliale** : Dysentérie : Salmonella, Shigella, Campylobacter Jejuni, Yersinia entérolitica, E.coli entéro-invasif
- **Troubles de la motricité digestive** : Réaction inflammatoire, excès de liquide intra-luminal

2-Diarrhées sécrétoires :

Le vibron cholérique : par l'intermédiaire de sa toxine ; il agit en stimulant l'adényl cyclase qui augmente l'AMPC ce qui augmente la sécrétion de CL⁻ et d'H₂O

- Capacités d'absorption d'eau sont intactes
- Autres germes : E . coli entéro-toxinique , Staphylocoque doré

DIAGNOSTIC POSITIF

- **Diagnostic facile et évident**
- Accélération brutale du transit ; avec ou sans fièvre/vomissements/douleurs abdominales
- Ou déshydratation d'emblée

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- **Diarrhée post prandiale** du nourrisson au sein
- Épisode de diarrhée aigue sur fond de **diarrhée chronique**
- **Débâcle diarrhéique après constipation**

DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

Anamnèse : âge < 3 mois (6 mois)

Clinique :

1-État d'hydratation :

Perte de poids :

- < 5% : DHA légère
- 5-10% : DHA modérée
- > 10% : DHA sévère

Signes de la déshydratation

2-État hémodynamique : signes de collapsus : tachycardie, pouls filant, hypotension artérielle ; TRC > 3 secondes ; froideur des extrémités ; oligo-anurie.

3-Signes d'acidose : polypnée ; myosis ; marbrures

4-Troubles neurologiques :

5-État nutritionnel : paramètres anthropométriques ; panicule adipeux ; masse musculaire

6-Degré de la déshydratation :

		A	B	C
Observer	EG et neurologique	Bon Eveillé, actif	Moyen* Agité*irritable*	Mauvais* Léthargique*, inconscient *ou apathique*
	Yeux	Normaux	Enfoncés	Très enfoncés et secs
	Larmes	Présentes	Absentes	Absentes
	Langue	Humide	Sèche	Très sèche
	Soif	Boit NL pas assoiffé	Assoiffé* boit avec avidité*	Boit à peine* Incapable de boire
Palper	Pli cutané Fontanelle Ant Pouls radial TRC TA	S'efface Rapidement Normale Normale < 3 sec N	S'efface lentement* Déprimée Rapide N ou > 3 sec N	Très lentement* Très déprimée Rapide et faible > 3 sec N ou ↓
Conclure		Pas de DHA	≥ 2 signes (au moins 1*) Signes évidents de DHA	≥ 2 signes(+1*) DHA sévère

7-Évaluation des pertes antérieures (déficit liquidien)

Degré de la DSH	DHA < 5% Légère	DHA 5-10% Modérée	DHA > 10% Sévère
Déficit liquidien	50 cc /kg	50-100 cc/kg	> 100 cc/kg

Pièges cliniques :

- **Pli cutané tardif ou absent** : nourrisson potelé
- **Absence de perte de poids** : troisième secteur (fiabilité du poids?)
- **Rythme des selles** : paramètre clé (+d'une selle/h pendant + de 6 h)
- **Si consultation le soir** : attention à la nuit

Para clinique

- Insuffisance rénale
- Acidose

Facteurs favorisants

1-Environnementaux :

- Charge infectieuse importante
- Mauvaises conditions d'hygiène
- Préparation et conservation inadéquates des aliments
- Approvisionnement en eau insuffisant

2-Individuels :

- AM interrompu précocement
- Jeune âge < 6 mois
- MPE

Facteurs de risque de déshydratation

- Âge < 6 mois
- ATCD : RCIU, prématurité
- Maladie chronique : cardiopathie, I-respiratoire, rénale, surrénale, maladie métabolique, diabète
- Selles > 8/j, vomissements > 4/j

A-Anamnèse :

- Âge
- Diététique
- Niveau socio-économique
- Type d'eau ingérée
- Hygiène
- Prise d'ATB
- Signes associés : vomissements ; fièvre
- Fréquence et aspect des selles : selles aqueuses liquides : virale
- Présence de glaire et de sang : processus entéro-invasif

B-Examen clinique :

- État d'hydratation et de nutrition
- Examen soigneux : appareil par appareil
- Recherche d'un foyer infectieux : ORL, pleuro-pulmonaire, urinaire, méningée.....
- Orifices herniaires

C-Examens complémentaires :

Non systématiques ; demandés surtout si la diarrhée est trainante, grave ou en cas de rechute :

- **Coproculture :**
 - Diarrhée invasive glairo-sanglante
 - Diarrhée très fébrile > 48h
 - Signes de sepsis
 - À visée épidémiologique
 - Collectivité
 - Infection nosocomiale
- **Bilan infectieux :** en fonction du contexte clinique

D-Résultats de l'enquête :

a-Causes entérales :

Causes non infectieuses

1-Erreur diététique :

- Non-respect de la concentration du lait

- Passage intempestif à un lait entier
- Introduction prématurée de farine
- Abus de jus de fruit

2 - Intolérance alimentaire :

- Primitive : APLV
- Secondaire : Syndrome post entérique

3- Colite pseudo membraneuse due à un abus d'ATB

Causes infectieuses :

1-Causes virales :

- 70-80% des cas
- Le plus retrouvé : Rota virus : atteinte des VAS ; selles aqueuses en jet
- Autres : Adénovirus, Norovirus

2-Causes bactériennes :

- Diarrhées sécrétoires : VC ; Escherichia.coli enterotoxinique; staphylocoque doré
- Diarrhées entéroinvasives : syndrome dysentérique : diarrhée glairo sanglante : Salmonellose ; Shigellose (convulsions++); Yersinia , Campylobacter ; E coli-EI

3-Parasitaires : Amibiase ; Giardiasis

4-Candidoses

- Infections : ORL ; pulmonaire ; urinaire ; ostéo-articulaire ; méningée...
- Poussée dentaire
- Neuroblastome : sécrétion de VIP

TRAITEMENT ET PEC

1-Buts :

- Prévenir la déshydratation dès le début de la diarrhée
- Restaurer l'équilibre hydro électrolytique
- Prévenir les troubles nutritionnels
- Traitement de la cause

2-Moyens :

a-Réhydratation orale :

- Doit être proposée devant toute diarrhée aiguë quel que soit son mécanisme d'action, cette thérapeutique se base sur **le soluté de réhydratation par voie orale ou SRO**.
- Les bases physiopathologiques de ces solutés reposent essentiellement sur les capacités résiduelles d'absorption de l'intestin qui sont suffisantes pour rétablir l'équilibre hydro électrolytique ; notamment grâce au transport couplé glucose-sodium.

Composition : (1L d'H₂O) :

- 2,6 g /L : NaCl
- 1,5 g/L : K⁺
- 2,9 g/L : Citrate trisodique dihydraté
- 13,5g/L : Glucose anhydre
- Osmolalité=245 mosm/kg
- Règles d'utilisation : les sels de réhydratation orale (SRO) se présentent sous forme d'une poudre contenant dans un sachet ; elle est prête à l'emploi et doit être reconstituée dans un litre d'eau bouillie et refroidie (200 cc d'eau pour certaines formes).
- Ne pas bouillir la constitution à nouveau
- Donner à la cuillère chez le nourrisson ; tasse chez l'enfant



- Les vomissements ne sont ni CI ni une cause d'échec des SRO
- Il faut fractionner les prises : 1-2 minutes
- Conserver – 24H au frais
- SRO peuvent être administrés chez le Nouveau-né

b-Soluté de réhydrations par voie intra veineuse : Déshydratation sévère

c-ATB

d-Lait sans lactose: syndrome post entérique : (intolérance transitoire au Lactose)

e-Lait de régime : APLV

3-Conduite du traitement :

Selon le Programme national (PN) de lutte contre les maladies diarrhéiques :

Plan de traitement A :

- Prévenir la DHA :
 - o Faire boire l'enfant plus de liquides que d'habitudes : eau de riz ; soupe ; yaourt
 - o Après chaque selle liquide donner :
 - 50-100 cc SRO : 1/4 - 1/2 tasse : < 2 ans
 - 100-200 cc SRO : 1/2 - 1 tasse : > 2 ans
- Prévenir la malnutrition :
 - o Continuer l'AM, si allaitement artificiel quelque soit l'âge ne pas arrêter le lait ne pas diluer
 - o Donner des purées de légumes ; poisson ; viandes ; céréales ; jus de fruit (K+)
- Revoir l'enfant : j3 ; j7 ; j30

Plan de traitement B :

- Pas d'hospitalisation
 - Réhydratation per os par la mère pendant 4 h :
- Quantité = poids(kg) x 75 = cc
- Réévaluer l'état de l'enfant au bout de 4h :
 - Si A : même plan
 - Si B : réhydratation + alimentation
 - Si signes de DHA sévère : plan C

Selon le Programme national (PN) de lutte contre les maladies diarrhéiques :

Plan de traitement C :

Schéma national de réhydratation IV

TRT médicamenteux

- Infection parentérale bactérienne: Antibiothérapie (ATB)
- Infection entérale :
 - o ATB : non systématiques

Salmonellose /shigellose /E-coli entéro-invasif : Sulfaméthoxazole triméthoprim (Bactrim®) sirop 240 mg/cp 480 mg : 40 mg /kg/j : pendant 5 jours

Amibiase /Giardiase : Métrogonazole (Flagyl®): 30mg/kg/j: 5 jours

Campylobacter : Érythromycine : 40-50mg/kg/j: 15 jours

O Zinc : < 6 mois : 5 mg/j = 1/2 cp /j ou 2,5 ml/J: 10-14 jours

> 6 mois : 10 mg/j = 1 cp/j ou 5 ml/J

O Autres médicaments : Pas de preuve d'efficacité

Anti-diarrhéiques (loperamide); anti-septiques; anti-sécrétoires (Racécadotril: Tiorfan®) ;

Diosmectite (Smecta®); Probiotique: ultralevure®

PRÉVENTION

- Promouvoir l'allaitement maternel (AM) exclusif pendant 6 mois
- Respecter les règles d'hygiène lors de la préparation des repas
- Utilisation d'eau potable
- Lavage fréquent des mains
- Élimination hygiénique des selles
- Vaccination anti –Rotavirus (Rotatec®)



CONCLUSION

La diarrhée aiguë est un danger permanent ; PEC doit être immédiate par une réhydratation et une réalimentation précoce ; mais le meilleur TRT reste cependant la prévention.

