

Module de pédiatrie

Diarrhées chroniques de l'enfant et du nourrisson

Dr. F. KADOUN

Responsable pédagogique

Chef du département

CPRS

Plan du cours

1. Définition
2. Intérêt de la question
3. Diagnostic positif
4. Diagnostic différentiel
5. **Evaluation du retentissement**
 - Retentissement nutritionnel
 - Retentissement sur l'état général
 - Retentissement sur l'état d'hydratation
 - Retentissement sur le développement psychomoteur
 - Retentissement sur la croissance
 - Retentissement sur le développement pubertaire
6. **Diagnostic étiologique et orientation diagnostic**
 - Enquête étiologique
 - Anamnèse
 - Examen clinique
 - examens complémentaires
 - Résultats de l'enquête étiologique
 - Diarrhées chroniques sans retentissement sur l'état général ou nutritionnel
 - Diarrhées prandiales du premier trimestre de vie
 - Colopathies fonctionnelles
 - Diarrhées chroniques avec retentissement sur l'état général et/ou nutritionnel
 - Syndrome de mal absorption
 - Description clinique, biologique et anatomopathologique
 - Maladie cœliaque
 - Allergie aux protéines de lait vache
 - Syndrome de mal digestion
 - Description clinique, biochimie des selles, tubage duodénal, test à la sueur.
 - Mucoviscidose
 - Autres atteintes pancréatiques
 - Syndrome de fermentation
 - Description clinique, biochimie des selles
 - Intolérance congénitale aux sucres
 - Déficit acquis en disaccharidases
 - Les colites

- Description clinique, biologie, endoscopie et biopsie, imagerie.
- Maladie de Crohn
- RCH

7. Prise en charge

- But
- Traitement des complications
- Traitement de la cause

8. Prévention

9. Conclusion

10. Bibliographie

1. Définition

La diarrhée chronique (DC) est une diarrhée évoluant depuis plus de 15j .

L'anomalie des selles peut porter :

Sur leur nombre : émission de selles anormalement fréquentes.

Sur leur volume : poids des selles supérieur à 2 % du poids du corps.

Sur leur consistance : modification de la texture initiale avec aspect anormal (hydriques, liquidiennes, graisseuses, glairo-sanglante).

2. Intérêt de la question

* Fréquence : les DC sont relativement fréquentes surtout chez le nourrisson.

*Gravité : elles peuvent être graves par leur retentissement sur l'état nutritionnel ainsi que sur le développement psychomoteur, staturo pondéral et pubertaire.

*Étiologies : dominées par le syndrome de malabsorption.

*Importance d'un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

3. Diagnostic positif

A. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE:

Diarrhée chronique ou aigue répétée.

Autres troubles digestifs: Ballonnement abdominal, vomissements..

Retard de croissance pondérale ou staturale.

Anémie ferriprive.

Œdèmes nutritionnels.

Découverte fortuite.

B. LE DIAGNOSTIC SERA PORTÉ devant la présence de selles anormalement fréquentes, d'aspect anormal (hydriques, liquidiennes, graisseuses, glairosanglante), anormalement abondantes (volume+++) et d'une durée > 15j.

4. Diagnostic différentiel

Diarrhée du nourrisson nourri au sein

Fausse diarrhée des constipés

Diarrhée aigue qui traîne (mal traitée).

5. Evaluation du retentissement

A/ Retentissement nutritionnel:

1. Clinique

Stagnation ou perte pondérale

Perte du pannicule adipeux

Amyotrophie

Recherche de signes carenciels chroniques: troubles des phanères, œdèmes, anémie.

2. Classification de la malnutrition :

GOMEZ

WELCOME

WATERLOO

B/ Retentissement sur l'état général : apathie, perte de l'activité, tristesse

C/ Retentissement sur l'état d'hydratation : FA, GO, muqueuses

D/ Retentissement sur le DPM : Hypotonie, retard des acquisitions psychomotrices

E/

Retentissement sur la croissance : courbes de croissance, retard de l'âge osseux

F/ Retentissement sur développement pubertaire : la classification de Tanner.

6. Diagnostic étiologique

1/ Enquête étiologique:

A. anamnèse: Etape très importante, elle consiste à préciser:

L'âge de l'enfant: nouveau-né, nourrisson, jeune enfant.

La date du début de la maladie.

La diététique: et surtout chronologie de la diversification alimentaire, en particulier date d'introduction :- des protéines de lait de vache- du gluten.

L'évolution continue ou par poussées.

La conservation ou pas de l'appétit

La présence de signes associés: douleurs abdominales, fièvre, vomissements, constipation.

Les antécédents familiaux de D.C ou l'existence éventuelle d'un terrain atopique (eczéma, asthme).

Les thérapeutiques déjà reçues et leurs résultats.

B. L'examen clinique

1) Rechercher

un foyer infectieux ORL, broncho-pulmonaire

2) Examiner les selles au lit du malade +++ :

Consistance : selles molles «bouse de vache» (malabsorption), pâteuses, grasses, mastic ou liquides (maldigestion).

Aspect : jaune pâles, blanchâtres

Odeur : fétide (hypersécrétion ou putréfaction) ou aigrelette (maldigestion)

Présence éventuelle de sang, de glaires, de pus (maladies inflammatoires du tube digestif) ou de résidus alimentaires (côlon irritable)

3) Rechercher les signes cliniques d'orientation : signes cutanés, terrain atopique, maladies auto immunes, signes neurologique, Ballonnement abdominal, Œdèmes des membres inférieurs, Signes respiratoires, Hippocratisme digital

Diagnostic étiologique

C. Examens complémentaires (Si retentissement)

1) Obligatoires :

FNS, fer sérique

Albuminémie, protidémie, Electrophorèse des protéines

TP (absorption de la vitamine K)

Ionogramme sanguin

Coproculture et la parasitologie des selles

2) D'orientation :

Etude chimique des selles : Stéatorrhée , Créatorrhée , Recherche de sucres dans les selles " Clinitest"

Sérologie cœliaque

Prick test, IgE spécifique, TPO

Biopsie intestinale

Test de la sueur

Dosage des enzymes pancréatiques par tubage duodénal

Endoscopie digestive

Diagnostic étiologique

2/ Résultats de l'enquête étiologique:

A / Diarrhées chroniques sans retentissement sur l'état général ou nutritionnel

1) Diarrhée prandiale du 1er trimestre de vie

Diarrhées prandiales ou postprandiales précoces fréquemment associée à des régurgitations et de coliques sans aucun retentissement sur la courbe de poids.

2) Colopathie fonctionnelle = côlon irritable

Diarrhée chronique sans signes spécifiques et sans retentissement nutritionnel.

Transit irrégulier: selles moulées à liquides.

Aliments mal digérés, débris alimentaires

Selles nauséabondes

Poussées influencées par : Infections, ATB.

Rarement associée à des douleurs abdominales.

Age électif: 9 mois- 36 mois

Peut-être dû à un régime hypercalorique ou hyperprotidique, un déséquilibre de la flore microbienne intestinale, un facteur psychologique..

*Prise en charge du côlon irritable :

Correction des erreurs diététiques

Pas de régime d'exclusion

Pas d'antibiotiques

TRT par « pansement » type Smecta* en poussée

Rassurer la famille et surveiller la courbe de poids

B/ Diarrhées chroniques avec retentissement sur l'état général et/ ou nutritionnel :

➤ Syndrome de malabsorption

Clinique :

Selles abondantes, molles en bouse de vache, rarement graisseuse

Altération de l'état général, anorexie, asthénie

Biologie: stigmates biologiques de malabsorption:

Anémie ferriprive

Hypoprotidémie , hypoalbuminémie, hypolipidémie, hypocalcémie, TP bas

Etude chimique des selles : retrouve une stéatorrhée modérée et une créatorrhée modérée

Biopsie jéjunale: examen clé devant un sd de malabsorption +++

*atrophie villositaire

*Etude parasitaire

*étude enzymatique

*étude ultrastructurale au microscope électronique

La maladie cœliaque : INTOLERANCE AU GLUTEN

*Forme typique: 12-24 mois

Cassure de la courbe de poids
Amyotrophie (cuisses).
Diarrhée: selles molles, abondantes, décolorées.
Ballonnement
Troubles de l'humeur

*Formes atypiques:

Constipation, vomissements.
Age différent.
Retard staturo-pondéral ou pubertaire isolé.
Anomalies biologiques isolées
Carence martiale
Carence vitaminique
Démminéralisation osseuse

*Diagnostic positif d'une maladie coeliaque :

Marqueurs biologiques

Antigliadine Ig A et IgG
Antiendomysium Ig A
Antitransglutaminase IgA
Dosage des IgA

Biopsie jéjunale : Atrophie villositaire totale ou subtotale

*Maladie cœliaque: démarche diagnostique

Recommandations pour le diagnostic de la maladie cœliaque (ESPGHAN 2012)

Enfant présentant des symptômes évocateurs de maladie cœliaque : Dosage pondéral des IgA et recherche des IgA antitransglutaminase.

Si IgA totaux normales et IgA anti-transglutaminase négatifs ce n'est pas une maladie cœliaque.

Si IgA anti-transglutaminase > 10 X N : consultation gastropédiatre + recherche des Ac anti endomysium et étude génétique (HLA DQ2 et DQ8).

Si les 2 examens sont positifs, le diagnostic peut être affirmé sans biopsie.

Si les IgA anti-transglutaminase sont < 10 x N, il est recommandé de faire une biopsie duodénale car il peut s'agir d'un faux positif ou d'une intolérance au gluten à ses débuts.

*Prise en charge d'une maladie cœliaque :

Régime sans gluten

Exclusion complète et définitive des farines contenant de la gliadine: Blé, orge, seigle

Aliments de substitution

Durée du régime: A vie

Surveillance de la survenue d'un :

Retentissement nutritionnel
Cancer (lymphome)
Auto-immunité

APLV : Allergie aux protéines du lait de vache

Incidence: 0,1 à 5%.
ATCD familiaux et /ou personnelle d'atopie +++.
Protéines allergisantes: Toutes !!!
Beta lactoglobuline, alphaséoglobuline ...
Caséine le plus souvent responsable dans les préparations pour nourrisson.

Examens complémentaires pour le diagnostic

Examen de référence: test de provocation orale après épreuve d'exclusion.
Tests cutanés (Prick tests)
Dosage des IgE spécifiques
Biopsie intestinale: infiltrat éosinophile.
En pratique: réponse au régime d'exclusion = éviction de tout produit alimentaire contenant des protéines de lait de vache
Favorisé l'allaitement maternel.

➤ Sd de mal digestion :

Clinique :

Selles pâteuses, grasses, fétides de couleur pâle
Appétit est conservé, parfois boulimie

Biochimie des selles: stéatorrhée massive, créatorrhée variable

Tubage duodénal: dosage des enzymes pancréatiques, des sels biliaires..

Test à la sueur : dosage du chlore et du sodium dans la sueur.

Parmi les étiologies :

* La mucoviscidose

*Autres atteintes pancréatiques:

Lipomatose pancréatique

Sd de Schwachman

La mucoviscidose :

mutations génétiques (F508 homozygote)
atteinte du pancréas exocrine

Diarrhée chronique-ballonnement-appétit féroce

Stagnation pondérale puis staturale
Signes cliniques : Carences nutritionnelle

Bio = vit ADEK, Fer, Zc

- hypoprotidémie
- cholestase
- stéatorrhée > 5 g/H24
- Test sudoral pathologique

➤ Sd de fermentation

Clinique:

Selles liquides , aqueuses , mousseuses, bruyantes à l'émission, d'odeur aigrelette, irritante pour le siège.

Biochimie: ni stéatorrhée, ni créatorrhée, Ph très acide.

Étiologies

*Intolérance congénitale aux sucres:

- Intolérance au saccharose
- Intolérance au lactose
- Intolérance au glucose et au galactose

*Déficit acquis en disaccharidases.

➤ Les colites

Clinique:

Selles hétérogènes, glaires, sang

Fièvre , douleur abdominale, cachexie, altération de l'état général

Biologie: signes biologiques d'inflammation

Intérêt d'une endoscopie avec biopsie et étude anapath

Entero scan, entero IRM

*La maladie de Crohn :

Arguments cliniques :

Tableau d'entéocolite invasive associée à :

Douleurs abdominales, anorexie, fièvre, amaigrissement, fistules

Arthralgies, uvéite, aphtes.....

Atteinte anale et périnatale (fissure, ulcération, fistule, abcès)

Biologie : Syndrome inflammatoire

ASCA (+) et ANCA (-)

Endoscopie: Atteinte discontinue multifocale avec ulcérations aphtoides, aspect bosselé en galet

Histologie: inflammation transmurale non spécifique avec présence de granulomes épithélio-giganto-cellulaire sans caséum (caractérisant la maladie).

SIGNES REVELATEURS DIGESTIFS :

Douleur abdominale	75%
Diarrhée	65%
Perte de poids	65%
Retard de croissance	25 à 40%
Nausées/Vomissements	25%
Rectorragies	20%
Atteinte anale	15%

Signes extradigestifs 25%

SIGNES EXTRA-DIGESTIFS/CROHN

Œil (uvéïte)

Bouche (aphte)

Articulations (arthrite)

Peau (érythème noueux)

Retard de croissance staturo ponderale

Evolution crohn

Le Crohn peut atteindre le TD de la bouche à l'anús.

La chirurgie ne guérit pas, une nouvelle localisation peut apparaître après résection.

***RCH: rectocolite ulcère hémorragique**

Clinique : diarrhées sanglantes, glaireuses, douleurs abdominales, ténésmes, épreintes

Biologie : ASCA (-) et ANCA (+)

Endoscopie et transit du grêle

Topographie des lésions : rectum , colon. Pas d' atteinte du grêle.

Atteinte continue sans intervalle de la muqueuse saine : ulcérations superficielles « en coups d'ongle », confluentes reposant sur une muqueuse érythémateuse friable ,abcès des cryptes.

Histologie des biopsies de la muqueuse digestive : lésions superficielles avec absence de granulome épithelio-giganto-cellulaire.

Evolution de la RCH

Poussées évolutives et rémissions

Complications:

Saignements (colite fulminante)

Colectasie (dilatation aigüe)

Carcinome

Le traitement chirurgical guérit la maladie

Maladie de Crohn et RCH

***Traitement des MICI: Crohn / RCH**

BUTS:

Impératifs communs aux adultes:

Anti-inflammatoire

Maintien de l'état nutritionnel

Spécificité pédiatrique: respect de la croissance pondérale et staturale et de la puberté.

MOYENS :

Nutrition artificielle:

Entérale

Parentérale

Anti-inflammatoires:

5 ASA et dérivés

Corticoides

Immuno-suppresseurs

Antibiotiques

7. Prises en charge des diarrhées chroniques

A. BUT :

Traiter la cause de la diarrhée chronique

Traiter les complications et les prévenir.

B. TRT des complications:

Déshydratation aiguë

Dénutrition

Infections

C . TRT de la cause:

Maladie coéliquaue

APLV

Parasitose intestinale (giardiase)

Mucoviscidose

8. Prévention des diarrhées chroniques

Encourager l'allaitement maternel

Respect des règles d'hygiène

Régime alimentaire équilibré

Traitement actif de toute diarrhée aiguë et prise en charge de de la déshydratation et

Alimentation précoce afin de prévenir la dénutrition

Dépistage et conseil génétique.

9. Conclusion

Toute diarrhée chronique doit faire rechercher en premier lieu le retentissement sur l'état nutritionnel et de croissance.

La présence d'un retentissement doit faire rechercher une organicité.

Le syndrome de malabsorption est de loin le plus fréquent, dominé par la maladie cœliaque.

Enfin la prise en charge doit être précoce et rigoureuse afin d'éviter un maximum de complications d'une part et d'assurer à l'enfant d'autre part un bon développement staturo pondéral, psychomoteur et pubertaire.

10. Bibliographie :

1. Schmitz. J. Diarrhées chroniques « gastroentérologie pédiatrique ». Ed Flammarion 2 ème édition 2000. Pp 606-610.

2. Mougenot. JF. Endoscopie digestive « gastroentérologie pédiatrique » . Ed Flammarion. 2ème édition 2000. Pp 670- 663.

3. Bensnouci. A et Mazouni .SM. élément de pédiatrie. pp 239-247.

4. Diarrhées chroniques enfant et nourrisson Pr A.HAMADA 09.01.2017.