


Diarrhées chroniques de l'enfant

Dr O.Khemici
Service de pédiatrie B
CHU BENIMESSOUS

Définition

- Diarrhée évoluant depuis 21j, 15 j pour certains auteurs
- Anomalies des Selles :
 - Nombre augmenté 
 - Volume sup à 2% poids du corps
 - Consistance :liquide

Physiopathologie

- **Mécanismes** : multiples

DC par Malabsorption/Maldigestion

DC De fermentation / type colique

- **03 organes atteints** : 

Foie

Pancréas

Intestin : altération de la muqueuse intestinale ++

Diagnostic positif

- **Diagnostic:** clinique

1-interrogatoire

2-observation de l'aspect des selles



Diagnostic différentiel

- **Fausse diarrhées:**

Débâcle diarrhéique après constipation opiniâtre



Enquête étiologique

- **Enquête:**

Anamnèse: étape importante

Age

Début diététique



Conservation ou pas de l'appétit

Signes associés

ATCDS familiaux de DC

TRT déjà reçu

Enquête étiologique

Examen clinique:

Signes de malabsorption:

Cassure de la courbe pondérale ,anémie, œdèmes ,signes hémorragiques

Appréciation de l'état d'hydratation

Examen abdomino-pelvien



Examen des selles +++

Molle ou liquide ,fétide: malabsorption

Pâteuse, grasse, mastic ou liquide: insuffisance pancréatique

Jaune, pale blanchâtre, d'odeur fétide: maldigestion

Acide : fermentation

Enquête étiologique

- **Bilan biologique:**

PH des selles

Rechercher de sucres dans les selles positif si $\geq 7,5\text{g/l}$

Coproculture et parasitologie des selles

Etude chimique des selles

Dosage de l'élastase fécale



Dosage de l'alpha 1 antitrypsine dans les selles

- Endoscopie digestive haute avec biopsie intestinale
- Endoscopie digestive basse avec biopsie rectale, colique et iléo-caecale
- Le test de la sueur
- Test respiratoire d'hydrogene expiré
- Test respiratoire au lactose

Enquête étiologique

- Résultats de l'enquête:

DC SANS RETENTISSEMENT SUR L'ETAT GENERAL :

DC prandiale du 1^{er} trimestre

DC bénigne de la petite enfance 🍌

DC par surcharge en hydrate de carbone

DC par surcharge en protéine

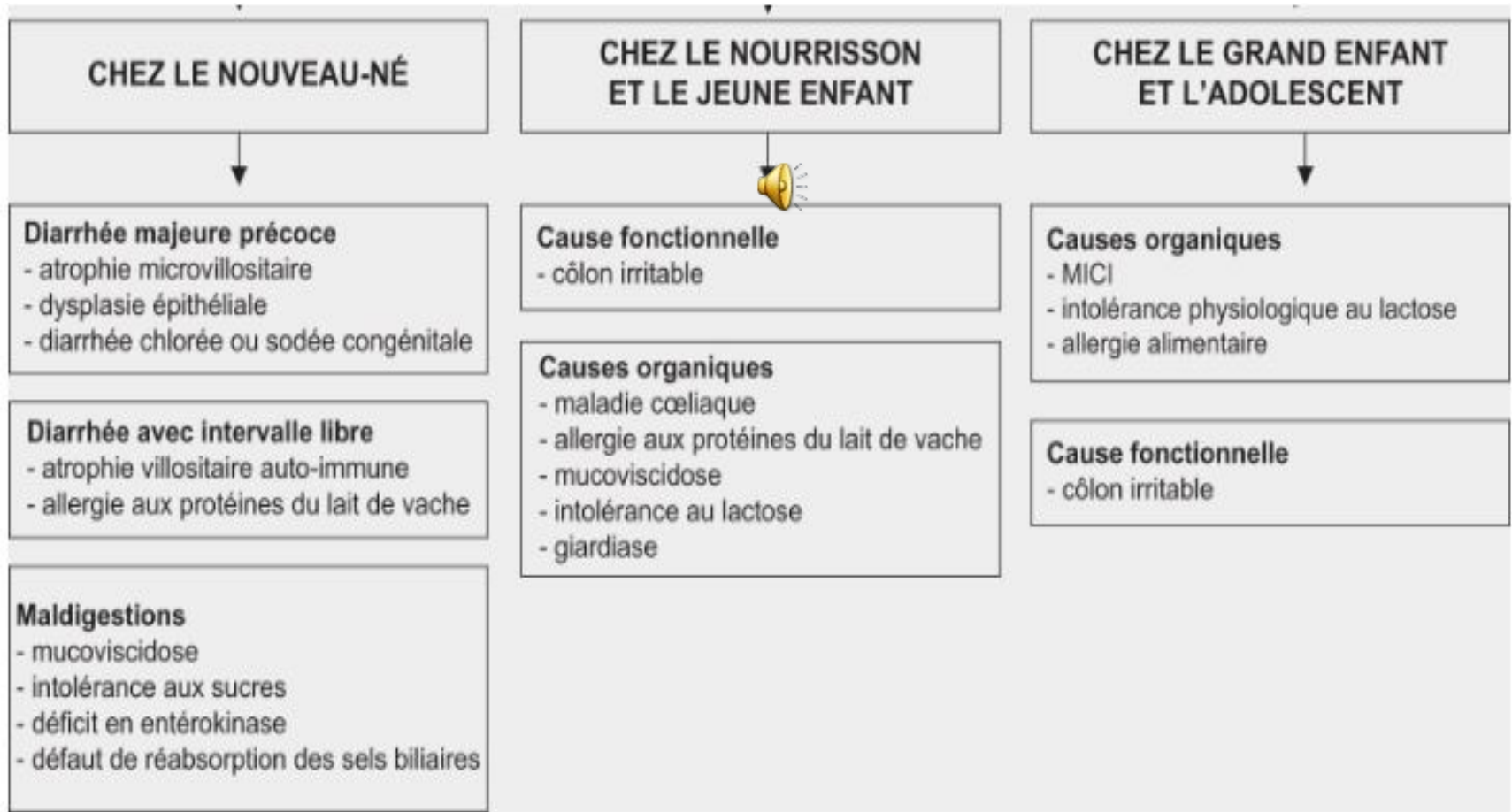
Erreurs diététique

Colon irritable

DC AVEC RETENTISSEMENT SUR L'ETAT GENERAL:

Enquête étiologique

- Résultats de l'enquête:



Allergie aux protéines de lait de vache

APLV

- Rechercher systématiquement
- Interrogatoire : terrain atopique ,ATCDS APLV

Introduction de LV, début de la DC

- 02 tableaux cliniques : 

Les manifestations immédiates

Les manifestations retardées

Diagnostic :critères anamnestique + clinique


- TRT : Eviction PLV

REINTRODUCTION à 12 mois

Maladie cœliaque

- Predisposition génétique : HLA DQ2 et DQ8
- Clinique :

Maladie cœliaque classique :

- Introduction de gluten ; âge :6-24 mois
- DC , cassure de la courbe pondérale, distension abdominale, fesses tristes, dermatite 
- Aspect des selles :BOSSE DE VACHE

Maladie cœliaque atypique :


- Forme vomitive
- Douleurs abdominales isolée
- Signes extradigestifs

Maladie cœliaque asymptomatique : -découverte fortuite endoscopique ou lors d'un dépistage ex T21

Maladie cœliaque

- **Diagnostic positif:**


Test diagnostique essentiel 1^{re} intention : IgA antitransglutaminases et dosage pondéral des IgA totales.

Selon le taux d'anticorps (si  positif) : biopsie duodénale
ANAPATH: Atrophie villositaire totale ou subtotale
,hyperplasie de crypte ,augmentation des lymphocytes

- TRT :


REGIME STRICTE SANS GLUTEN +++++

Mucoviscidose

- Maladie génétique à transmission selon mode autosomique récessif
 - Manifestations digestives : Ileus méconial : occlusion intestinale due à un méconium anormalement épais.
 - Insuffisance pancréatique exocrine (85% des cas) due à l'obstruction des canaux excréteurs
 - Maldigestion lipidoprotéique et malabsorption 
 - Etude biochimique des selles : 20 à 30g/j, coeff d'absorption des graisses à 50%, azotée 1-3g/j
 - Test à la sueur : $Cl > 60$ $NA > 30$ meq/l et la différence $NA - Cl < 15$
- TRT: sur le plan digestif : régime hypercalorique, supplémentation
- Respiratoire : ATB + kinésithérapie respiratoire

MICI

MICI : diarrhées parfois sanglantes –retard de croissance
–douleurs abdominales récurrentes

	MC	RCH
Diarrhée Sanglante	Quasi toujours Occasionnelle	Quasi toujours Quasi toujours
Douleurs abdominales	Quasi toujours 	Fréquentes
Symptomatologie périnéale	Fréquente	Rare/absente
Retard de croissance	Fréquent	Rare
Malnutrition	Fréquent	Rare

Débrouillage : bilan inflammatoire, ASCA/ANCA, calprotectine, écho-Doppler intestinale.

Confirmation : endoscopie avec histologie (ulcérations et infiltrats inflammatoires)

Traitement :

AEDC

CORTICOIDES

IMMUNOSUPPRESSEURS

Prise en charge

02 volets :

- Traitement étiologique 
- Traitement des complications: dénutrition+++

Conclusion

DC pose un problème de diagnostic étiologique
Qui doit être bien mené afin d'éviter
l'installation d'une dénutrition



Référence:

- Éléments de pédiatrie CHU Benimessous