

Diarrhée chronique chez l'enfant

I. Introduction :

1. Définition : c'est une diarrhée évoluant depuis plus de **3 semaines** et pour certains auteurs depuis plus de **4 semaines**

- L'anomalie des selles peut porter :

▶ Soit sur leur nombre : supérieur à la normale : plus de 4 selles par jour avant l'âge de 04 mois, plus de 03 selles par jour entre 4 et 12 mois et plus de 2 selles par jour chez l'enfant âgé de plus de 12 mois.

▶ Soit sur leur volume > **2% du poids du corps**.

▶ Soit sur leur consistance anormalement molle, liquidienne,...

2. Intérêt

▶ Motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en pédiatrie.

▶ Intérêt **d'un diagnostic précoce** afin de prévenir les complications

▶ problème de diagnostic étiologique, **les étiologies sont multiples** dominés par la maladie cœliaque après l'âge de 06 mois et l'intolérance aux protéines de lait de vache chez le petit nourrisson < 06 mois.

▶ La gravité est liée au risque de **retentissement sur l'état nutritionnel et sur l'état d'hydratation en cas d'exacerbation aigue**.

II. Physiopathologie :

▶ Les mécanismes qui peuvent engendrer une diarrhée chronique sont multiples :

- Diarrhée par malabsorption secondaire aux lésions de la muqueuse intestinale altérant les villosités intestinales

- Diarrhée par maldigestion en rapport avec des déficits des enzymes de la digestion

- Diarrhée de fermentation par intolérance aux sucres

- Diarrhée colique secondaire aux lésions inflammatoires étendues du colon et de l'intestin grêle

▶ 3 organes peuvent être en concernés : le foie, le pancréas mais surtout le tube digestif +++ l'intestin

III. Diagnostic positif : il est facile chez le grand enfant et parfois difficile chez le NRS et le NNE

Circonstances de découverte :

- Anomalies des selles : nombre, volume, aspect ou odeur.

- Autres troubles : vomissement, douleurs abdominales, ballonnement abdominal, amaigrissement, déshydratation

- Parfois de découverte fortuite

▪ **Interrogatoire** : précise la fréquence des selles, la durée d'évolution et l'aspect évolutif.

▪ **Observation de l'aspect des selles** a une très grande valeur dans le diagnostic

IV. Diagnostic différentiel :

Débâcle diarrhéique après une constipation opiniâtre

V. Diagnostic de gravité: il faut évaluer toujours le retentissement d'une diarrhée chronique sur :

- **L'état nutritionnel :** amaigrissement, cassure de la courbe pondérale, diminution des pannicules adipeux, Amyotrophie
- **Retentissement sur le développement psychomoteur/ comportement :** retard des acquisitions PM en cas de syndrome diarrhéique très prolongé, apathie...
- **L'état d'hydratation :** signes de déshydratation surtout en cas d'exacerbation aigüe d'une diarrhée chronique.

VI. Diagnostic étiologique : toute diarrhée chronique nécessite une enquête étiologique bien entretenue afin d'aboutir à une prise en charge adéquate.

A- Enquête étiologique :

✓ **Anamnèse :**

- ♦ Age : NNE, NRS ou grand enfant.
- ♦ Reprendre la diététique (introduction de lait industriel ou des farines).
- ♦ Date de début des symptômes.
- ♦ Aspect évolutif : continu ou par poussées.
- ♦ Troubles associées : anorexie, vomissement, douleurs abdominales, fièvre, alternance avec une constipation...
- ♦ ATCDs personnels : chirurgie sur le tube digestif, déficit immunitaire, BPP à répétition...
- ♦ ATCDs familiaux de diarrhée chronique ou d'atopie familiale.
- ♦ Traitements déjà reçus et leurs résultats.

✓ **Examen clinique :**

- ♦ Rechercher les signes de malabsorption :
 - Cassure de la courbe pondérale +/- staturale.
 - Pâleur cutanée et muqueuse.
 - Diminution des pannicules adipeux.
 - Amyotrophie.
 - Œdème.
 - Syndrome hémorragique.
 - ♦ Apprécier l'état d'hydratation
 - ♦ Rechercher un foyer infectieux : ORL, broncho-pulmonaire ou urinaire.
 - ♦ Examen des selles+++ très utile pour l'orientation étiologique
 - Aspect : molle, pâte, grasse, mastique
 - Couleur : jaune, blanche, verdâtre
 - Odeur fétide, aigrelette
 - PH : (Nrs au sein « 4.5-6 », lait de vache « 6.5-7 »)
 - Clinitest : à la recherche des sucres dans les selles, il est positif s'il est ≥ 7.5

✓ **Bilan paraclinique :**

- **Bilan d'orientation :**
 - ♦ **Coprocultures et Parasitologie de selles :** répétées à 3 reprises.

- ♦ **L'étude chimique des selles recueillies** : pendant 3-6 jours avec un régime alimentaire bien contrôlé :

- La teneur en graisse : stéatorrhée si elle est >3.5g/j chez le NRS et >4g/j chez l'enfant.
- La teneur en azote : créatorrhée si l'azote fécal >0.5g/j
- La teneur en acide lactique

Actuellement les deux dosages enzymatiques suivants remplacent l'étude chimique des selles :

- **Dosage de l'élastase fécale** : est effondré dans l'insuffisance pancréatique exocrine.
- **Dosage de l'Alpha 1 antitrypsine dans les selles** : son taux est élevé dans l'entéropathie exsudative.

- ♦ **Signes biologiques de malabsorption** :

- Hypo protidémie hypo albuminémie.
- Diminution de taux de Lipides, de triglycérides et de cholestérol.
- Hypocalcémie hypophosphatémie.
- Anémie hypochrome microcytaire Voir macrocytaire.
- TP bas corrigé par la vit k.
- Hypokaliémie.

- ♦ **Signes radiologiques** :

- Radiographie du poignet gauche : âge osseux, ostéoporose.
- Radiographie du tibia gauche indice cortico diaphysaire < 0.5.

➤ **Investigation spécialisées** :

- Sérologie de la maladie cœliaque : dosage des anticorps anti gliadine, anti réticulum, anti endomésium ; si suspicion de maladie cœliaque

Ces dosages sont délaissés actuellement au profit du dosage **des AC antitransglutaminase**

type IgA + dosage des IgA totaux

- Fibroscopie digestive haute avec biopsie jéjunale : permet :
 - l'étude de la morphologie de la muqueuse intestinale
 - Etude enzymatique
 - Etude parasitaire
 - Etude histologique : atrophie villositaire = hauteur des villosités/hauteur totale des muqueuse < 0.5

Partielle si le rapport est compris entre 0.25-0.5

Totale ou sub totale s'il est voisin de 0

- Test de la sueur si suspicion de la mucoviscidose.
- Test respiratoire à l'hydrogène si syndrome de fermentation.
- Test respiratoire au lactose
- Fibroscopie digestive basse avec biopsie si diarrhée colique.
- Transit du grêle avec lavement barytée / entéroIRM

B- Résultats de l'enquête étiologique

- 1- **Diarrhée chronique sans retentissement nutritionnel** : elle est banale en rapport avec le groupe des colopathies fonctionnelles du nourrisson et de l'enfant:

- **diarrhée prandiale du 1er trimestre** due à l'exagération du reflexe gastro colique, elle survient en période prandiale ou post prandiale et elle s'accompagne souvent de coliques et de régurgitation
- **colon irritable** se voit à l'âge scolaire, les selles sont molles, hétérogènes et contenant du mucus et des débris alimentaires
- **diarrhée bénignes de la petite enfance** se voit entre 6mois et 02 ans
 - ◆ Syndrome de fermentation par excès d'apport en hydrates de carbone.
 - ◆ Syndrome de putréfaction par excès d'apport en protéines.

Ces colopathies fonctionnelles nécessitent la mise sous régime diététique en réduisant l'apport en aliments fermentescibles, protides et crudités.

2- diarrhée chronique avec retentissement nutritionnel :

Elle est toujours pathologique et nécessite une exploration avancée selon l'âge et les circonstances de survenue

2-1- chez le NNé : elle peut être acquise ou congénitale

2-1-1- anomalie congénitale de la digestion ou de l'absorption :

- intolérance héréditaire aux sucres (lactose, galactose, isomaltose, saccharose)
- déficit en entérokinase
- troubles de transfert des AA
- Déficit congénitale de l'absorption des sels biliaires
- diarrhée chlorée congénitale
- diarrhée sodée congénitale

2-1-2- diarrhée chronique acquise :

APLV (allergie aux protéines du lait de vache) : se traduit par une diarrhée acide, glaireuse.

Fréquemment, les antécédents familiaux font penser au diagnostic. Les symptômes digestifs (diarrhée et vomissements) apparaissent avec l'introduction du lait artificiel dans l'alimentation.

Le dosage de IgE spécifiques ainsi que les tests cutanés permettent parfois de confirmer le diagnostic mais en l'absence d'éléments biologiques évocateurs, le diagnostic repose sur la disparition des troubles digestifs avec la suppression des PLV de l'alimentation.

2-2- Nourrisson et grand enfant :

On discute les quatre syndromes

	Sd de malabsorption	Sd de mal digestion	Sd de fermentation	Diarrhées coliques
Examen des selles	Abondantes, fétides, molles ou liquides en bouse de vache Stéatorhée et créatorhée modérées	Pâteuse, grasse, fétides, pales Stéatorhée +++	Selles liquides mousseuses bruyante à l'émission, irritant le siège, PH acide clinitest>7,5	Hétérogène, glairo - sanglantes
Ex clinique	Anorexie, asthénie, AEG, syndrome de malabsorption clinique	Appétit conservée		Fièvre +douleurs abdominales+signes extradiigestifs

Ex para clinique	Sd de malabsorption biologique Biopsie jéjunale : AVT-ST, AVP, Lésion spécifiques	Tubage duodénal Test de la sueur	Test respiratoire à l'hydrogène Test respiratoire au lactose	Bilan inflammatoire positif TG+Lavement baryté Entéro IRM Endoscopie + Biopsie +++
-------------------------	---	-------------------------------------	---	--

2-2-1- diarrhée chronique par malabsorption

En plus aux critères sus cités évocateurs de la malabsorption on complète par **l'étude histologique de la biopsie jéjunale.**

➤ **Atrophie villositaire totale ou subtotale :**

- *Maladie cœliaque cause dominante des AVT +++
- *Anémie ferriprive sévère
- *Malnutrition protéino énergétique
- *Déficit immunitaire
- *Acrodermatite entéropathique

➤ **Atrophie villositaire partielle :**

- *APLV
- *Syndrome post entéritique
- *parasitose intestinale

➤ **Lésions spécifiques:** rares

Infiltration graisseuse
Entéropathie exsudative
Maladie des chaînes lourdes

2-2-2- diarrhée chronique par maldigestion:

- *Insuffisance pancréatique externe : la mucoviscidose est la cause dominante confirmée par le test de la sueur positif, lipomatose pancréatique, syndrome de Chvashmann
- *Déficit enzymatique isolé : déficit en lipase, déficit en entérokinase

2-2-3- diarrhée chronique par fermentation :

Intolérance héréditaire aux sucres : lactose, glucose, galactose, saccharose
Intolérance acquise aux dissaccharides suite à une entérite infectieuse

2-2-4- diarrhée chronique colique :

- *Maladie de CROHN +++
- *RCUH
- *Autres : TBC intestinale, parasitose intestinale

VII. Prise en charge :

▪ TRT des complications :

En présence des signes de retentissement sur l'état nutritionnel ou l'état d'hydratation la prise en charge des complications doit se faire en urgence :

- ✓ Déshydratation : réhydratation avec correction des troubles électrolytiques en tenant compte la gravité de la MPE.

- ✓ Dénutrition : réalimentation progressive, nutrition entérale à débit constant(NEDC), supplémentation en vitamines et oligoéléments.
- ✓ ATB si infection sous-jacente
- **TRT étiologique :**
 - Régime sans gluten si maladie cœliaque
 - Régime d'exclusion des protéines de lait de vache si APLV
 - Traitement antiparasitaire encas de parasitose
 - Traitement martial en cas d'anémie
 - Supplémentation en zinc dans l'acrodermatite entéropathique
 - Salazopyrine et corticoïdes dans les maladies inflammatoires de l'intestin
 - Enzymothérapie substitutive si insuffisance pancréatique externe

VIII. Conclusion : devant une diarrhée chronique une démarche diagnostique rigoureuse s'impose pour éviter une dénutrition sévère et mettre en route une thérapeutique adaptée selon la pathologie causale.