DIARRHEES CHRONIQUES
Enfant et nourrisson

09.01.2017

Pr A.HAMADA

INTRODUCTION

-Motif fréquent de consultation en pédiatrie

-posant un problème de diagnostic étiologique

*malabsorption

*maldigestion

*fermentation

*inflammatoires…

-retentissement nutritionnel

DEFINITION

Ce sont des selles liquidiennes, fréquentes, ou abondantes, survenant de façon permanente ou intermittente, au-delà de 15 jours

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

CONFIRMER LA DIARRHEE CHRONIQUE

Ce sont des selles anormalement fréquentes, d'aspect anormal (hydriques, liquidiennes, graisseuses, glairo-sanglantes), anormalement abondantes (volume+++)

Eliminer les fausses diarrhées:

-Diarrhée du nourrisson au sein

-Fausse diarrhée des constipés

-Diarrhée aigue qui traine (mal traitée).

Circonstances de découverte

-Diarrhée chronique ou aigue répétée

-Autres troubles digestifs: Ballonnement abdominal, vomissements, constipation.

-Retard de croissance pondérale ou staturale.

-Anémie ferriprive

-Œdèmes nutritionnels.

-Découverte fortuite

ANAMNESE

-Date de début de la diarrhée

-Relation avec l'introduction des ≠ aliments

-retentissement sur la croissance staturo-pondérale.

-Rechercher des signes associés à la diarrhée.

*Digestifs: Vmts, doul abdo, anorexie…

*Respiratoires: infection resp, toux

*ORL: Otites…

-Recherche d'une notion familiale

EXAMEN CLINIQUE

-Le poids peut être faussement normal (œdèmes)
-Signes de dénutrition: amyotrophie, panicule adipeux
-Mesure du périmètre brachial
-Teint de l'enfant
-Etat des phanères: peau, ongles, cheveux
-Rechercher des œdèmes
-Apprécier le comportement de l'enfant
-Rechercher des signes associés
-Examen macroscopique des selles, pH des selles

Examens complémentaires
Obligatoires

-FNS, fer sérique

-Electrophorèse des protéines

-TP (absorption de la vitamine K)

-Ionogramme sanguin

Examens complémentaires orientant le diagnostic

-Stéatorrhée

-Biopsie intestinale

-Test de la sueur

-Immunoélectrophorèse des protéines

-Dosage des enzymes pancréatiques par tubage duodénal

-Endoscopie

EVALUATION DU RETENTISSEMENT

RETENTISSEMENT NUTRITIONNEL

-stagnation ou perte pondérale

-perte du pannicule adipeux

-amyotrophie

-recherche de signes carentiels chroniques: troubles phanériens, œdèmes, anémie

RETENTISSEMENT SUR LE DPM

-Hypotonie

-Retard des acquisitions psychomotrices

-Troubles du comportement: apathie, perte de l'activité ludique, tristesse

RETENTISSEMENT SUR LA CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE

-Estimé sur les courbes de croissance (intérêt de la prise de poids, taille, PC et PB).

-Evaluation du développement pubertaire selon la classification de Tanner

ORIENTATION ETIOLOGIQUE

Les éléments essentiels d'orientation étiologique

1. L'Age
2. L'enquête diététique
   - Nature et date d'introduction des aliments : sucres - protéines du lait de vache - gluten.

Aucun régime ne doit être entrepris sans diagnostic précis.

3 .L'aspect des selles :
   - liquidiennes,
   - graisseuses,
   - glairo-sanglantes.

4. Les signes associés :
   - digestifs,
   - extradigestifs.

AGE

L’âge est essentiel car certaines pathologies ont un début néonatal, d’autres s’expriment chez le nourrisson, et d’autres chez le grand enfant.

HISTOIRE DIETETIQUE

-préciser le type d'alimentation lactée (au sein ou artificiel)

-date de début et modalités de diversification et d'introduction de certains aliments (protéines de lait de vache, gluten)

-apparition des troubles par rapport à l'introduction de ces produits

TYPE DE DIARRHEE

-Diarrhées par malabsorption:

*selles molles ou semi-liquides et aspect bouse de vache.

*ballonnement abdominal (météorisme)

*retentissement nutritionnel variable selon l'ancienneté et le degré de la malabsorption.

-Diarrhées par maldigestion:

*selles volumineuses, pâteuses ou molles, décolorées, aspect graisseux, souvent nauséabondes

*stéatorrhée massive (20 à 30g/j) avec un coefficient d'absorption des graisses effondré (<70%)

*effondrement du taux d'élastase-1 en faveur de maldigestion d'origine pancréatique

-Diarrhées par fermentation:

*selles liquides et acides, bruyantes à l'émission

*pH des selles<5

*présence de sucres réducteurs (clinitest)

-Diarrhées des colites:

*selles peu volumineuses mais fréquentes, parfois afécales, glaireuses ou glairo-sanglantes.

*fièvre

*douleurs abdominales

-Diarrhées sécrétoires:

*selles très abondantes et liquides, persistant au repos digestif

*analyse des selles: concentration très élevée en sodium, chlore et potassium

*retentissement fréquent sur l'ionogramme sanguin.

SIGNES ASSOCIES

-Fièvre

-Vomissements

-Toux chronique

-Signes cutanés

-Déficit immunitaire

CLASSIFICATION

D.C avec anomalies villositaires

-Intolérance au gluten

-Malnutrition

-Allergie aux protéines de lait de vache

-Giardiase

-Carence martiale→atrophie villositaire

-Tum abdominales traitées par radiothérapie

-Médicaments: Néomycine

D.C avec atteinte fonctionnelle du grêle

-Intolérance aux sucres

-Entéropathies exsudatives

-Anomalies de transfert intestinal des lipides:
A-β-lipoprotéinémie

Maladies immunologiques

-Déficit en IgA

-Déficits immunitaires combinés sévères

-maladie des chaines lourdes α:

→Diarrhée chronique

→Atrophie villositaire

→Immunoélectrophorèse: Diagnostic

Insuffisances pancréatiques

-Mucoviscidose

-Syndrome de Shwachman:

détresse respiratoire néonatale

dystrophie thoracique

cytopénie ou pancytopénie

Diarrhée chronique

retard de croissance, anorexie

cytolyse hépatique

eczéma , ichtyose

Maladies chroniques inflammatoires

-RCUH

-Crohn

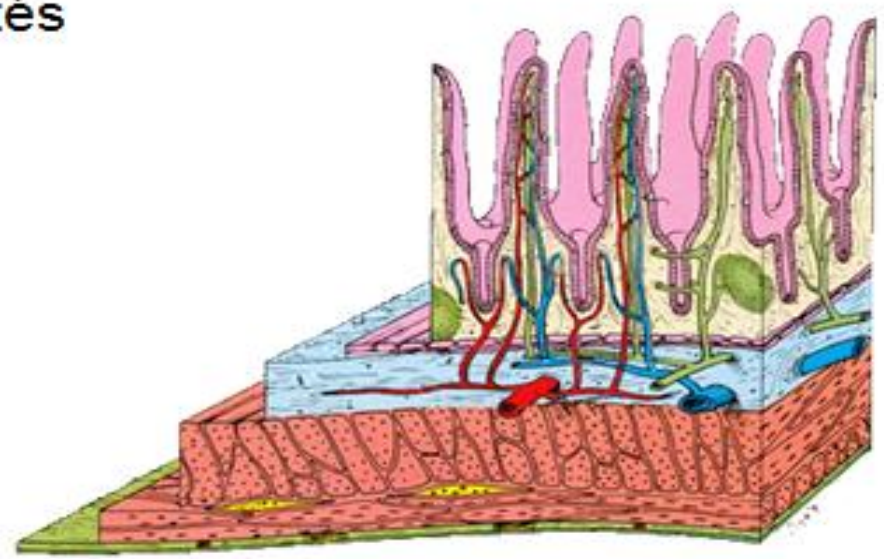
-TBC intestinale (iléon terminal)

PRINCIPALES ETIOLOGIES

MALABSORPTION

Muqueuse intestinale

Villosités



Syndrome de malabsorption

Selles abondantes, bouse de vache

Asthénie, anorexie, AEG

Bilan: FNS, taux de protides, EPP,

cholestérol, lipides, bilan phosphocalcique

TP, folates

Syndrome de malabsorption

Biopsie jéjunale: Atrophie villositaire

Test d'hyperfolicémie

Test de Schilling (vit B12 marquée)

Etude chimique des selles

Parasitologie des selles

Examens radiologiques: Age osseux, ostéopénie, ICD

Syndrome de malabsorption

-Maladie cœliaque

-Parasitoses: Giardiase, amibiase

-Déficits immunitaires:

*IgA,

*Wiskott-Aldrich

*Di George (délétion22q11)

*SIDA

-MPC

-Carence martiale sévère

Wiskott-Aldrich

*micro-thrombocytopénie,

*eczéma,

*infections,

*risque accru de manifestations auto-immunes et/ou onco-hématologiques.

Syndrome de Di-George

Délétion située sur le locus 22q11 du chromosome 22 qui entraine la perte du gène TBX1.

*Malformations cardiaques

*Fente palatine

*Hypocalcémie par agénésie parathyroïdienne

*Déficit immunitaire

Syndrome de maldigestion

Selles pâteuses, grasses, fétides, mastic et pales.

Appétit conservé

Examens complémentaires:

-étude biochimique des selles

-stéatorrhée massive: 20-30 g/j (N=5 à 20)

-créatorrhée: 1-3 g/j

-Test de la sueur: 2 examens successifs

(+ si>80mEq/l)

-Tubage duodénal: dosage enzymes pancréatiques, sels biliaires, étude flore bactérienne

Syndrome de maldigestion

ETIOLOGIES

-Mucoviscidose (FKP)

-Lipomatose pancréatique

-Syndrome de Schwachman

-Déficit en lipase

-Déficit en entérokinase

Syndrome de fermentation

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

-pH des selles: acide

-Clinitest des selles(recherche de sucres réducteurs):>7,5 g/l

-Examen biochimique des selles

-Acide lactique et acides volatiles: augmentés dans les selles

Syndrome de fermentation

ETIOLOGIES

-Intolérance congénitale aux sucres

-Déficits acquis en dissacharidases secondaires à:

*maladie cœliaque

*GEI

*Lambliase

DIARRHEES SECRETOIRES

Exceptionnelles

Tumeurs dérivant des cellules du système APUD

(Amine Precursor Uptake and Decarboxylation), secrétant divers peptides: VIP, gastrine, sérotonine…

COLITES INFLAMMATOIRES

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique débutent dans la petite enfance et notamment avant 10 ans.

A évoquer devant une diarrhée glairo-sanglante, sans cause infectieuse avec atteinte de l'état général.

Diagnostic: Coloscopie (biopsies).

T.D.D: Intolérance au gluten =maladie cœliaque

Le gluten (gliadine) est une protéine présente dans le blé, le seigle, l'orge et l'avoine.

L'intolérance au gluten est fréquente dans les pays en développement, due à une introduction précoce de gluten.

Elle réalise un syndrome de malabsorption globale, dont le diagnostic repose sur la biopsie intestinale

SIGNES CLINIQUES

-Ils apparaissent toujours chez les nourrissons après introduction des farines dans l'alimentation après un délai variant entre 15 jours et 3 mois.

-La diarrhée et la cassure de la courbe pondérale sont les 2 signes les plus constants.

Diarrhée: faite de selles molles, pâteuses, volumineuses, mais dont la fréquence n'est pas augmentée (1-2 selles/j).

Elle alterne souvent avec des épisodes de constipation.

Ralentissement de la croissance pondérale, voire stagnation pondérale objectivée par la courbe de poids, qui révèle la cassure, élément primordial du diagnostic.

Autres signes fréquemment associés:

-Vomissements, anorexie

-Troubles du caractère: apathie, tristesse

-Teint pale

-Signes de malnutrition: ballonnement abdominal, fonte et hypotonie musculaire, cheveux fins, secs, et cassants.

Examens complémentaires

Appréciation du retentissement:

-Hémogramme: anémie hypochrome, microcytaire arégénérative

-Fer sérique: bas

-saturation de la sidérophiline basse

-Hypoprotidémie

-Rx tibia: déminéralisation osseuse avec diminution de l'ICD

Examens objectivant la malabsorption:

-stéatorrhée augmentée

-Vitamines liposolubles basses: A.D.E.K

-troubles de l'hémostase: TP bas

-Biopsie intestinale: Atrophie villositaire totale ou subtotale

***Avec recherche de Giardiase**

Sérologie de la maladie cœliaque

-Anticorps anti-gliadine

-Anticorps anti-réticuline

-Anticorps anti-endomysium

-Anticorps anti-glutaminase

TRAITEMENT DE LA MALADIE COELIAQUE

-Il est diététique. Il consiste à exclure de l'alimentation tous les aliments contenant du gluten, notamment: farines de blé, seigle, orge, et avoine; le pain et les pâtisseries, les pates alimentaires.

-De nombreux aliments industriels contiennent du gluten sous forme masquée: certains petits pots de commerce, conserves et desserts.

-Le régime sans gluten doit être observé pendant au moins deux ans, avant d'envisager un contrôle histologique ou sérologique.

-Si l'évolution sous régime est favorable, une réintroduction progressive du gluten est tentée. Si pas de rechute= guérison, mais si rechute après épreuve de réintroduction= régime d'exclusion à vie.

EVOLUTION

-Sous traitement bien suivi l'évolution est favorable, la diarrhée disparaît et on observe un rattrapage pondéral (catch up).

-Si régime mal suivi: risque de développement de lymphosarcome intestinal.

ALLERGIE AUX PROTEINES DE LAIT DE VACHE

Il s'agit d'une cause fréquente de diarrhée chronique chez le nourrisson, mais temporaire qui guérit généralement vers l'âge de 18 mois à 2 ans.

La cause est une allergie à différentes protéines contenues dans le lait de vache, notamment la lactoglobuline.

Le lait de vache contient énormément plus de protéines que le lait de femme (trois fois plus), les plus allergisantes sont:

-la Béta lactoglobuline,

-l'alpha lactalbumine,

-les caséines.

Il existe deux types d'allergies.

-L'une, dite IgE-dépendante (dépendante des immunoglobulines E), est responsable de manifestations immédiates, dans les deux heures suivant l'ingestion de lait : diarrhées, vomissements, urticaire, choc anaphylactique…

-L'autre, non dépendante des IgE, est à l'origine de manifestations retardées : douleurs abdominales, constipation sévère ou inversement, diarrhées chroniques, eczéma, rhinite, toux chronique, asthme…

L'allergie aux protéines de lait de vache est parfois difficile à diagnostiquer car ses manifestations cliniques sont variables : symptômes digestifs, cutanés ou respiratoires.

Diagnostic

-Chronologie des signes cliniques: apparition dès l'introduction du lait de vache et disparition après suppression.

-Réapparition après chaque tentative de réintroduction

Signes cliniques

Ils apparaissent dès l'introduction du lait de vache, pouvant réaliser des tableaux différents:

***Rarement, choc anaphylactique grave avec collapsus.**

***Tableau aigu de vomissements et diarrhées à chaque ingestion de lait.**

***Tableau insidieux avec selles molles et quelques vomissements**

***Stagnation pondérale et signes de dénutrition.**

Examens complémentaires

Les tests cutanés sont positifs dans l'immense majorité des cas d'allergie IgE-médiées et permettent, avec le dosage des IgE sériques spécifiques, de définir les protéines en cause.

Le test de provocation, ou l'épreuve d'éviction-réintroduction authentifie l'APLV.

Seulement 8 à 30% des cas d'allergie aux protéines du lait de vache soupçonnées par la clinique et / ou la biologie sont confirmées .

Le test de provocation est potentiellement dangereux, le risque d'anaphylaxie non écarté, et il doit être réalisé en milieu hospitalier.

Aujourd'hui, il existe un nouvel outil diagnostique des allergies aux protéines de lait de vache non-dépendantes des IgE.

Il s'agit du patch-test, lequel peut être proposé en première intention. Il consiste à mettre l'allergène, soit une goutte de lait, au contact de la peau pendant 48 heures. La lecture se fait ensuite 24 heures après avoir retiré le patch.

TRAITEMENT

Le traitement de l'APLV repose sur l'éviction des protéines lactées bovines. Un régime de remplacement est assuré par des substituts du lait ayant subi une hydrolyse extensive des protéines. Cependant, il peut aussi exister une allergie à ces hydrolysats de protéines, dans 1 à 2% des cas, probablement par présence de peptides de poids moléculaire supérieur à 5000 daltons dans certains hydrolysats de caséine et de protéines du lactosérum. On a pu proposer de réaliser des tests cutanés vis à vis des différents hydrolysats pour guider le choix, et également d'introduire en milieu hospitalier le substitut du lait proposé.

L'éviction totale des protéines est parfois

EVOLUTION

-L'allergie aux protéines du lait de vache guérit dans 80 à 90% des cas, d'autant qu'elle aura débuté précocement et que la réintroduction sera suffisamment précoce.

-La plupart des enfants tolèrent le lait de vache avant l'âge de trois ans.

-Ultérieurement, les enfants pourront développer d'autres manifestations d'atopie.