

Diarrhée aigüe

Définition

- C'est une émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles) et de poids > 300 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 3 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 2 ans.
- **Gravité** : en rapport avec le risque de déshydratation et de malnutrition.
- **Mortalité** : 3-5 millions de décès par an (monde), première cause de mortalité infantile en Algérie
- **Etiologies** : multiples, dominées par les causes infectieuses (virales).
- **Prévention** : individuelle et collective.
- 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 extracellulaire est libérée chaque jour dans l'intestin, plus de 95% de ce volume est réabsorbé par l'intestin et 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
 - **Absorption** : sous la dépendance du Na⁺, absorption active augmentée par certains éléments : glucose et chlore
 - **Sécrétion** : l'ion moteur est le Cl⁻, l'eau suit passivement les mouvements du Cl⁻. L'augmentation de l'AMP_c entraîne une augmentation de la sécrétion du Cl⁻ et celle d'eau

Physiopathologie

- Toute diarrhée aigüe 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 :
 - **Diarrhée par diminution de l'absorption** :
 - **Destruction de l'épithélium** : Rotavirus, E. Coli entérotoxigène, Giardia, *Cryptosporidium*
 - **Production de cytotoxines** : Shigella, E. Coli entérotoxigène et hémorragique, *Clostridium difficile*
 - **Invasion épithéliale (dysenterie)** : Salmonella, Shigella, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, E. Coli entéro-invasive
 - **Troubles de la motricité digestive**
 - **Diarrhée sécrétoire** : le vibron cholérique, par l'intermédiaire de sa toxine, agit en stimulant l'adényl cyclase qui augmente l'AMP_c ce qui augmente la sécrétion de Chlore et d'eau. Les capacités d'absorption d'eau sont intactes
 - **Autres germes** : E. Coli entérotoxigène, Staphylocoque doré

Diagnostic positif

- Diagnostic facile et évident.

Diagnostic différentiel

- Diarrhée post-prandiale du nourrisson au sein.

Diagnostic de gravité

- **Anamnèse** : âge < 3 mois.
- **Clinique** :
 - **Etat d'hydratation** :
 - **Perte de poids** : < 5% → déshydratation légère, 5-10% → déshydratation modérée, > 10% → déshydratation sévère
 - Signes de la déshydratation
 - **Etat hémodynamique** (signes de collapsus) : tachycardie, pouls filant, hypotension artérielle, Temps de Recoloration Cutanée > 3s, froideur des extrémités, oligo-anurie.
 - **Signes d'acidose** : polypnée, myosis, marbrures
 - **Troubles neurologiques**
 - **Etat nutritionnel** : paramètres anthropométriques, panicule adipeux, masse musculaire
 - **Degré de la déshydratation** :

	Etat général	Bon	Moyen	Mauvais
Observer	Examen neurologique	Eveillé, actif	Agité, irritable	Léthargique, inconscient ou apathique
	Yeux	Normaux	Enfoncés	Très enfoncés et secs
	Larmes	Présentes	Absentes	Absentes
	Langue	Humide	Sèche	Très sèche
	Soif	Boit normalement, pas assoiffé	Assoiffé, boit avec avidité	Boit à peine, incapable de boire
	Palper	Pli cutané	S'efface rapidement	S'efface lentement
Fontanelle antérieure		Normale	Déprimée	Très déprimée
Conclure		Pas de déshydratation < 5% (légère)	≥ 2 signes (au moins 1) : signes évidents de déshydratation : 5-10% (modérée)	≥ 2 signes (+1) = déshydratation sévère > 10%
Traiter		Plan A	Plan B	Plan C

- **Pièges cliniques** :
 - Pli cutané tardif ou absent → nourrisson potelé
 - Absence de perte de poids → 3^e secteur (fiabilité du poids ?)
 - Rythme des selles → paramètre clé (plus d'une selle par heure pendant plus de 6h)
 - Si consultation le soir → attention à la nuit
- **Paraclinique** : insuffisance rénale, acidose
- **Facteurs favorisants** :
 - **Environnementaux** : charge infectieuse importante, mauvaises conditions d'hygiène, préparation et conservation inadéquates des aliments, approvisionnement en eau insuffisant
 - **Individuels** : allaitement maternel interrompu précocement, jeune âge < 6 mois, malnutrition protéino-calorique
- **Facteurs de risque de déshydratation** : âge < 6 mois, antécédents (retard de croissance intra-utérin, prématurité), maladie chronique (cardiopathie, insuffisance respiratoire, rénale, surrénale, maladie métabolique, diabète), selles > 8/j, vomissements > 4/j.

Diagnostic étiologique

- **Anamnèse** : âge, diététique, niveau socioéconomique, type d'eau ingérée, hygiène, prise d'antibiotiques, signes associés (vomissements, fièvre), fréquence et aspect des selles (selles aqueuses liquides → virale, présence de glaire et de sang → processus entéro-invasif)
- **Examen clinique** : état d'hydratation et de nutrition, examen soigneux (appareil par appareil), recherche d'un foyer infectieux (ORL, pleuropulmonaire, urinaire, méningé), orifices herniaires
- **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
- **Résultats de l'enquête** :
 - **Causes entérales** :
 - **Causes non infectieuses** :
 - ✓ **Erreur diététique** : non-respect de la concentration du lait, passage intempestif à un lait entier, introduction prématurée de farine, abus de jus de fruit
 - ✓ **Intolérance alimentaire** :
 - ❖ **Primitive** : Allergie aux Protéines du Lait de Vache (APLV)
 - ❖ **Secondaire** : syndrome post-entérique
 - ✓ **Colite pseudo-membraneuse** : due à un abus d'antibiotiques
 - **Causes infectieuses** :
 - ✓ **Causes virales** : 70-80% des cas, le plus retrouvé est le Rota virus (atteinte des voies aériennes supérieures, selles aqueuses en jet)
 - ❖ **Autres** : Adénovirus, Norovirus
 - ✓ **Causes bactériennes** :
 - ❖ **Diarrhées sécrétoires** : vibrion cholérique, E. Coli entérotoxinique, Staphylocoque doré
 - ❖ **Diarrhées entéro-invasives** (syndrome dysentérique) : diarrhée glairo-sanglante : salmonellose, shigellose (convulsions++), Yersinia, Campylobacter, E. Coli entéro-invasive
 - ✓ **Causes parasitaires** : amibiase, giardase
 - ✓ **Candidoses**
 - **Causes parentérales** :
 - **Infections** : ORL, pulmonaire, urinaire, méningée
 - Poussée dentaire
 - Neuroblastome (sécrétion du Vasoactive Intestinal Polypeptide (VIP))

Traitement et prise en charge

- **Buts** : prévenir la déshydratation dès le début de la diarrhée, restaurer l'équilibre hydro-électrolytique, prévenir les troubles nutritionnels, traitement de la cause
- **Moyens** :
 - **Réhydratation orale** : doit être proposée devant toute diarrhée aigüe quel que soit son mécanisme d'action, cette thérapeutique se base sur le Soluté de Réhydratation par voie Orale (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'eau) : 2,6 g/L de NaCl, 1,5 g/L de K⁺, 2,9 g/L de citrate trisodique dihydraté, 13,5 g/L de glucose anhydre, osmolalité = 245 mOsm/kg

- **Règles d'utilisation** : les SRO se présentent sous forme d'une poudre contenue dans un sachet, elle est prête à l'emploi et doit être reconstituée dans un litre d'eau bouillie et refroidie : ne pas bouillir la constitution à nouveau, donner à la cuillère chez le nourrisson (tasse chez l'enfant), les vomissements ne sont ni une contre-indication ni une cause d'échec des SRO, il faut fractionner les prises chaque 1-2 minutes, conserver 24h au frais, les SRO peuvent être administrés chez le nouveau-né
 - **Soluté de réhydrations par voie intraveineuse** : déshydratation sévère
 - **Antibiotiques**
 - **Lait sans lactose** : syndrome post-entérique (intolérance transitoire au Lactose)
 - **Lait de régime** : APLV (diarrhée > 14 jours + test cutané positif)
- **Conduite du traitement** : selon le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques :
 - **Plan de traitement A** :
 - **Prévenir la déshydratation** : faire boire l'enfant plus de liquides que d'habitudes (eau de riz, soupe, yaourt), après chaque selle liquide, donner 50-100 cc de SRO : ¼-½ tasse si < 2 ans (100-200 cc de SRO : ½-1 tasse si > 2 ans)
 - **Prévenir la malnutrition** : continuer l'allaitement maternel, si allaitement artificiel quel que soit l'âge ne pas arrêter le lait, ne pas diluer, 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 heures : quantité = poids (kg) x 75 = cc, réévaluer l'état de l'enfant au bout de 4 heures :
 - **Si A** : même plan
 - **Si B** : réhydratation + alimentation
 - **Si signes de déshydratation sévère** : plan C
 - **Plan de traitement C** : schéma national de réhydratation intraveineuse
 - **Traitement médicamenteux** :
 - ✓ **Infection parentérale** : antibiotiques
 - ✓ **Infection entérale** :
 - ❖ **Antibiotiques** : non systématiques
 - Salmonellose, shigellose, E. Coli entéro-invasive : Sulfaméthoxazole + Triméthoprim (Bactrim) : comprimé de 240 mg : 40 mg/kg/j pendant 5 jours
 - Amibiase, giardiase : Métronidazole (Flagyl) : 30 mg/kg/j pendant 5 jours
 - Campylobacter : Erythromycine 40-50 mg/kg/j pendant 15 jours
 - ❖ **Zinc** : si < 6 mois → ½ comprimé/j pendant 10-14 jours, si > 6 mois → 1 comprimé/j
 - ❖ **Autres médicaments** : anti-diarrhéiques (Lopéramide), anti-septiques, anti-sécrétoires (Racécadotril : Tiorfan®), Diosmectite (Smecta®), probiotique (Ultralevure)

Prévention

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

Conclusion

La diarrhée aigue est un danger permanent, la prise en charge doit être immédiate par une réhydratation et une réalimentation précoce mais le meilleur traitement reste cependant la prévention.