

## plan:

- I. Généralités
- II. Définition
- III. Physiopathologie
- IV. Diagnostic positif
- V. Diagnostic étiologique
- VI. Diagnostic différentiel
- VII. Complications
- VIII. Traitement
- IX. Conclusion

## I. Généralités:

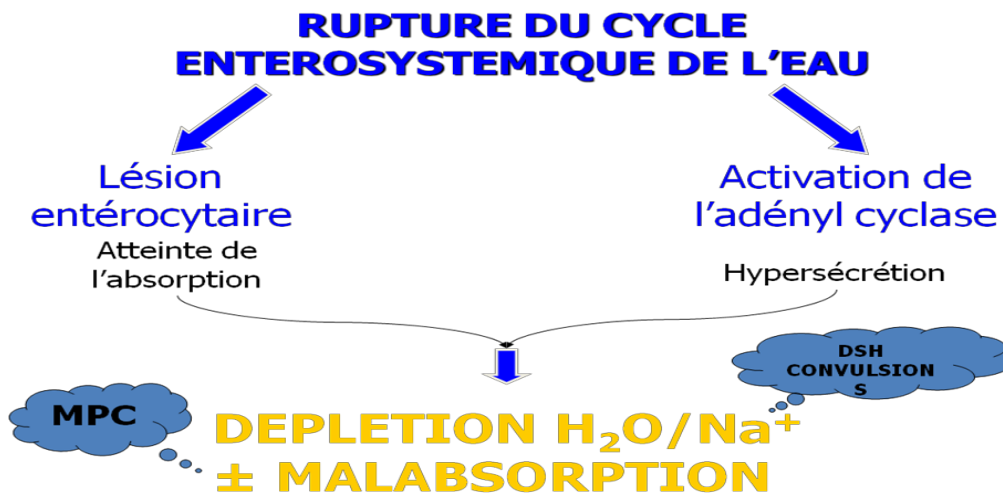
- Problème fréquent en pédiatrie, caractérisé par la présence de pics épidémiques
- Le plus souvent, la diarrhée est d'intensité modérée et d'évolution spontanément favorable
- Il ne faut pourtant pas négliger le risque de déshydratation pouvant aller jusqu'au choc hypovolémique

## II. Définition:

Une diarrhée aiguë se définit par:

une modification brutale de l'exonération fécale pouvant entraîner une perte de poids: les selles devenant plus nombreuses (> 03 selles / jour) molles ou liquides à évolution rapide en moins d'une semaine vers l'aggravation ou la guérison.

## III. Physiopathologie:



- On distingue schématiquement trois grands types de diarrhée aiguë dont l'identification permet souvent d'orienter le diagnostic étiologique:
  - Diarrhée toxinique.
  - Diarrhée invasive.
  - Diarrhée motrice.

#### a- diarrhée toxinique:

- Liée à une toxine d'origine bactérienne (activation de l'adénylcyclase membranaire à sécrétion active d'eau et d'électrolytes).
- Les selles sont aqueuses et abondantes (cholériformes).

#### b- diarrhée invasive:

- Liée à un envahissement et une destruction des entérocytes (diminution des phénomènes d'absorption intestinale et d'une réaction inflammatoire avec exsudation et saignement).
- Les selles sont sanglantes et glaireuses, voire purulentes.

#### c- diarrhée motrice:

- Liée à une simple accélération du transit intestinal.
- Les selles sont molles et peu abondantes.

### IV. clinique:

#### 1. Motif de consultation:

- a. Apparition généralement brutale d'une accélération du transit accompagnée ou non de vomissements, de fièvre ou de douleurs abdominales.
- b. pour des troubles digestifs associés (vomissements, douleur abdominale) ou extra digestifs (fièvre, convulsions)
- c. Parfois, en raison de l'extrême brutalité de la diarrhée ou l'ignorance des parents on va se trouver d'emblée devant un nourrisson gravement déshydraté.

#### 2. Anamnèse:

- L'âge de l'enfant
- ATCD
- Alimentation
- Carnet de santé
- Données concertants la diarrhées

### 3. Examen somatique:

- Etat général
- Paramètres anthropométriques
- Etat d'hydratation
- Etat nutritionnel
- Examen complet de l'enfant (rechercher un foyer infectieux)

## V. Diagnostic étiologique:

### a. les diarrhées infectieuses:

- 1)- virales
- 2)-bactériennes
- 3)- parasitaires

b. diarrhées d'origine extradigestive.

c. erreur diététique.

d. diarrhées d'origine médicamenteuse.

### a- Les diarrhées infectieuses:

#### 1)- virales:

- Les diarrhées virales représentent 50 à 80 % des diarrhées aiguës de l'enfant.
- elles sont habituellement abondantes et aqueuses, et souvent précédées ou accompagnées de fièvre et de vomissements.
- Il n'existe pas de traitement spécifique
  
- Le rotavirus est le virus le plus fréquemment responsable, mais d'autres agents viraux sont parfois retrouvés
- Le rotavirus sévit de façon endémique avec une recrudescence en hiver
- contagiosité extrême : épidémies

#### 2)- bactérienne:

- Les diarrhées d'origine bactérienne ne représentent que 5 à 10 % des diarrhées aiguës de l'enfant
  
- ✓ Campylobacter :
- entéro-invasif, et parfois entéro-toxigène,
- pic estivo-automnal, parfois responsables d'épidémies dans les collectivités,
- l'infection se manifeste habituellement par une diarrhée glairo-sanglante fébrile accompagnée de vomissements et de douleurs abdominales intenses.
- Les bactériémies sont exceptionnelles.
- Des arthrites réactionnelles sont possible

- ✓ salmonelles :
  - entéro-invasif au niveau de l'iléon et du côlon, parfois toxinique
  - souvent très fébriles, parfois iléus trompeur (constipation)
  - les bactériémies et les localisations secondaires ne sont pas exceptionnelles chez le nourrisson,
  - les salmonelles sont facilement retrouvées par coproculture
  - des épidémies peuvent se rencontrer dans les collectivités
  
- ✓ Escherichia coli: classés en fonction de leur mécanisme d'action :
  - E. coli entérotoxigène : agissent par leur capacité d'adhérence à l'entérocyte. Fixées, ces bactéries sécrètent une entérotoxine qui stimule l'adényl ou la guanyl cyclase membranaire qui augmente la sécrétion intestinale.
  - E. coli entéro-invasifs : envahissent et détruisent les cellules épithéliales intestinales, surtout dans la portion distale du grêle et le côlon.
  - E. coli entéro-pathogènes : entraînent, après adhésion à l'entérocyte, des modifications ultrastructurales et une diminution des activités enzymatiques. Ils sont parfois à l'origine d'épidémies de diarrhées infantiles.
  - E. coli entéro-hémorragiques : ont un tropisme particulier pour le côlon. Ils entraînent des colites hémorragiques responsables de diarrhées sanglantes parfois compliquées par un syndrome hémolytique et urémique
  
- ✓ Yersinia enterocolitica:
  - entéro-invasif,
  - l'infection survient plus fréquemment sur les terrains débilisés ou chez les enfants porteurs d'une hémoglobinopathie,
  - gastro-entérite aiguë fébrile ou douleurs abdominales pseudo-appendiculaires en rapport avec une adénite mésentérique. Un érythème noueux ou des arthralgies des petites articulations peuvent parfois survenir au cours de l'évolution.
  
- ✓ Shigelles :
  - invasives, parfois entérotoxigène
  - syndromes dysentériques fébriles sévères
  - L'existence de signes neurologiques (convulsions, obnubilation) ou d'une hyponatrémie sévère est évocatrice,
  
- ✓ Toxines du staphylocoque :
  - toxine thermostable pouvant être responsable d'une toxi-infection alimentaire,

- une diarrhée toxique apparaît 2 à 4 heures après l'ingestion d'un aliment suspect (pâtisserie)

### 3)- parasitaire:

- L'appanage de l'enfant immunodéprimé
- diarrhée traînante voir chronique
- retour d'un pays tropical
- lambliaoses massives , amibiase, ankylostomiase, anguillulose, ou une bilharziose intestinale

### b- Diarrhée associée à une infection extradigestive:

Une accélération modérée du transit intestinal plus qu'une véritable diarrhée est fréquemment constatée au cours d'une infection extradigestive, notamment ORL. Cette diarrhée est de type motrice.

### c- Erreurs diététiques:

Il peut s'agir d'une erreur de reconstitution du lait des biberons, d'une utilisation excessive de farines ou d'une diversification de l'alimentation mal conduite.

### d- Causes médicamenteuses:

Des selles molles peuvent apparaître lors de l'utilisation de certaines thérapeutiques, notamment antibiotiques, sans qu'il soit généralement nécessaire d'interrompre le traitement.

## Intérêt de l'examen des selles:

### a) La coproculture

- diarrhée glairo-sanglante très fébrile
- manifestations systémiques sévères
- diarrhée prolongée
- terrain débilité (nouveau-né, immunodépression, drépanocytose)
- épidémies en collectivité (si une cause virale a été exclue)
- voyage récent dans un pays chaud

### b) La recherche de virus dans les selles

- Seuls le rotavirus et l'adénovirus peuvent être détectés avec des moyens simples (techniques immuno-enzymatiques) dans les selles.
- La recherche n'a aucun intérêt pratique et peut être réalisée dans un but épidémiologique ou au cours de certaines situations épidémiques, en particulier chez les enfants vivants en collectivité

## VI. Diagnostic différentiel:

- La diarrhée aiguë du nourrisson doit être distinguée :  
a)- Des selles d'un nourrisson nourri au lait de femme, qui peut faire des selles liquides au nombre de 6 à 8 par jour mais prend du poids régulièrement  
b)- Des causes de diarrhée chronique qu'elle révèle

## VII. Complications:

1. Complications liées à la perte hydroélectrolytique dans les selles +++
  - Déshydratation aiguë et ses complications, notamment choc hypovolémique.
  - Acidose par perte de bicarbonates.
  - Hypokaliémie.

### 2. Complications liées à une réalimentation tardive:

Une réalimentation trop tardive (après 48 heures) entraîne une dénutrition rapide qui peut pérenniser la diarrhée et ainsi aboutir à un cercle vicieux et donc une diarrhée rebelle. Cela est d'autant plus vrai que l'enfant est plus jeune.

### 3. Syndrome hémolytique et urémique: E.COLI entéro- hémorragique.

## VIII. Traitement:

### 1. Principes fondamentaux du TRT:

- Prévention dès le début de la maladie de la DSH par la réhydratation orale
  - La réalimentation doit être précoce

### 2. Armes thérapeutiques:

**a- Les sels de réhydratation orale (SRO/OMS) :** sachet de poudre à reconstitué dans 1 litre d'eau stérilisée (pour le NNé : 1.5 L )

**- La composition des SRO :**

Glucose	20g
NaCl	3.5g
Citrate de Na	2.9g
KCL	1.5g
Bicarbonate de Na <sup>+</sup>	2,5 g

**- NRS à la cuillère et petits enfants a la tasse en petites quantités et a brefs intervalles.**

**- Ne doit pas être conservée plus de 24H**

### b- Les agents anti microbiens :

- Métronidazole (flagyl) : 15-30 mg/Kg/j pendant 5 a 10 jours
- Les antiseptiques intestinaux : n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Ils peuvent entraîner la pérennisation de la diarrhée

### **c- ATB rarement utilisés:**

- Trimétoprime sulfaméthoxazol (bactrim) : 10 mg/Kg/j de TMP en 2 prises pendant 5J en cas de shiguelle ou de salmonelle:
- Azithromycine: 50mg/Kg/J/3j
- C3G:ceftriaxone 50 à 75mg/Kg/j/3J

### **d- Les autres médicaments sont de peu d'utilité:**

- Le loperamide (Imodium) est contre-indiqué avant 2 ans (risques de septicémie à point de départ digestif)
- L'intérêt des protecteurs de la muqueuse intestinale (smecta)
- Le racécadotril (Tiorfan) est le seul médicament dont l'efficacité et l'innocuité ont réellement été démontrées dans les diarrhées aiguës de l'enfant.

## **Conduite du TRT:**

### **1. La réhydratation doit être proposée systématiquement**

- La réhydratation se fait par voie orale dans la majorité des cas
- Elle sera presque toujours tentée dans un premier temps, même en cas de vomissements,
- De plus, quelle que soient la gravité de la diarrhée et sa cause, les entérocytes conservent toujours un pouvoir potentiel d'absorption du sodium et de l'eau.
  
- La voie parentérale est cependant parfois nécessaire:
  - en cas d'échec de la réhydratation orale ;
  - d'emblée en cas de déshydratation sévère (perte de poids supérieure à 10 %) ; de choc hypovolémique (après correction de celui-ci).

### **2. La réalimentation doit être précoce**

- une réalimentation précoce est toujours nécessaire.
- avant 4 mois, en cas d'allaitement maternel, celui-ci sera poursuivi .
- elle se fait avec un substitut du lait contenant des protéines hydrolysées, si allaitement artificiel
- après 4 mois, l'allaitement est repris d'emblée avec le lait habituel ; ce n'est que lorsque la diarrhée persiste qu'un lait sans lactose pourra y être substitué.

## **Traitement préventif :**

- Respect des règles d'hygiène communautaire (eau courante, évacuation des eaux usées) et individuelles (propreté des mains, stérilisation des biberons, alimentation saine)
- Promotion de l'allaitement maternel
- Surveillance de la croissance de tous les enfants en particulier des malnutris

- Intégration de la lutte contre la diarrhée aigue dans un programme de soins primaires
- Education nutritionnelle des mères (rôle des PMI, hôpitaux, médias...)

### **Conclusion:**

- La diarrhée aigue reste un danger permanent.
- Elle présente une urgence dont la prise en charge immédiate consiste en la réhydratation et la réalimentation précoce.
- Son meilleur traitement reste la prévention