

# **DIARRHEES CHRONIQUES**

## **I◆ Définition :**

C'est une diarrhée évoluant plus de 21 jours, certains auteurs la considèrent plus de 15 jours. L'anomalie des selles peut porter soit :

- Sur leurs nombre, augmentées,
- Sur leur volume : poids selles > 2 % du poids du corps,
- Sur leur consistance.

Les diarrhées chroniques sont relativement fréquentes, elles peuvent être graves par leur retentissement sur l'état nutritionnel.

Les mécanismes pouvant engendrer une diarrhée chronique sont multiples : intestin, pancréas, foie.

## **II◆ Diagnostic positif :**

### **1© Circonstances de découverte :**

- Devant un nourrisson ou un enfant qui consulte pour une anomalie des selles (nombre, volume, aspect, odeur),
- Vomissements, douleurs abdominales, ballonnement abdominal, constipations,
- Amaigrissement ou des oedèmes,
- Elle peut être également de découverte fortuite.

### **2© Interrogatoire :**

Le diagnostic sera porté à l'interrogatoire pour préciser la durée d'évolution et à l'observation de l'aspect des selles.

## **III◆ Diagnostic différentiel :**

Il faut éliminer les fausses diarrhées qui sont :

- La débâcle après constipation opiniâtre,
- Les selles afécales (mucus).

## **IV◆ Diagnostic étiologique :**

L'enquête étiologique

### **1© Anamnèse : Précise :**

- L'âge de l'enfant (nouveau-né, nourrisson, jeune enfant),
- Date du début de la maladie,
- Diététique de l'enfant,
- L'évolution continue ou par poussées,
- La présence ou pas de l'appétit,
- La présence des signes associés : douleurs abdominales, vomissements, fièvre,
- Les antécédents familiaux de diarrhées chroniques ou l'existence éventuelle d'un terrain atopique (eczéma, asthme).

## **2@ Examen clinique :**

Apprécie le retentissement de la diarrhée sur l'état général :

- Teint de l'enfant,
- Panicule adipeux,
- Abdomen : ballonné ou rétracté,
- Rechercher la présence d'œdèmes des membres inférieurs,
- Rechercher une infection ORL, broncho-pulmonaire, troubles de la peau et des phanères.

## **3@ Examen complémentaires :**

### **A> Tests simples d'orientation :**

- Examen macroscopique des selles :
  - Couleur :
    - Pâle : malabsorption ou affection hépatique.
    - Huileuse : insuffisance pancréatique exocrine.
    - Muqueuse : infection ou colite,
    - Liquide : intolérance au sucre, diarrhée chlorée.
  - La recherche de sang ou de pus,
  - Etude microscopique des selles : à la recherche de bactéries ou de parasites,
  - pH des selles :
    - au sein : il est de 4,5 à 6,
    - lait de vache : 6,5 à 7,5.
  - Recherche de sucre dans les selles: se fait à l'aide d'un réactif, le **Clinitest**, la réaction est positive à partir de 7,5 g/L.
  - Dosage de la stéatorrhée : elle n'excède pas 03g/24H chez le nourrisson, elle est très élevée en cas de mal digestion ou malabsorption des graisses,
  - Test au D-Xylose : il apprécie le taux de xylosémie 1H après ingestion d'une dose de 05g de D-Xylose chez un enfant à jeun, normalement ce taux est > 20 mg pour 100ml.

### **B> Investigations générales :**

- Au niveau du sang : on peut avoir
  - une anémie hypochrome hyposidérémique,
  - la calcémie et la phosphorémie sont diminuées,
  - électrophorèse des protides : hypoprotidémie modérée dans les malabsorptions globales, sévères dans les entéropathies exsudatives,
  - taux du TP diminué (corrigé par l'injection de vitamines K).
- au niveau des urines : rechercher une infection urinaire.
- Radiographie du squelette, poignet et main gauche :
  - retard de l'âge osseux,
  - rechercher une ostéopénie,
  - calculer le rapport corticomédullaire au niveau de la diaphyse tibiale (normale < à 0,50).

### **C> Investigations spécialisées :**

- Test de la sueur : dosage du chlore sudoral, il est positif si il est >80meq/l, à trois examens successifs.
- Biopsie jéjunale : la biopsie de la muqueuse de l'intestin grêle proximal (l'étude morphologique, enzymatique, parasitaire).

## Résultat de l'enquête étiologique

### 1⊙ Diarrhée chronique sans retentissement sur l'état général :

Diarrhées prandiales du 1<sup>er</sup> trimestre de la vie : diarrhées prandiales du nourrisson au sein ; le mécanisme évoqué est l'exagération du réflexe gastrocolique provoqué par le régime avec les laits lactosés, elle est fréquemment associée à d'autres maladies digestives (colique, régurgitation).

### 2⊙ Diarrhée bénigne du jeune enfant :

Ces diarrhées se manifestent entre 06 mois et 04 ans :

- Surcharge alimentaire en hydrate de carbone,
- Surcharge en aliments protéiques,
- Régime pauvre en graisse,
- Excès en eau et boissons,
- Le côlon irritable.

### 3⊙ Diarrhée chronique avec retentissement sur l'état général :

Selon le résultat de la biopsie duodéno-jéjunale, on distingue : I / syndrome de malabsorption

#### A ➤ Atrophie villositaire totale ou subtotale :

dominée par la maladie coeliaque (intolérance permanente au gluten)

- Définition : c'est une entéropathie chronique due à une protéine de gluten : la gliadine caractérisée par un syndrome de malabsorption associé à une atrophie villositaire totale ou subtotale intestinale apparue après introduction du gluten dans l'alimentation.
- Fréquence : elle est fréquente en Algérie, 1 cas / 500.
- Génétique : on trouve une incidence familiale dans 10 % des cas, elle est plus fréquente (10 fois) chez le sujet porteur de HLA B<sub>8</sub>DR<sub>3</sub> ou DR<sub>7</sub>, elle est fréquemment associée à d'autres maladies auto-immunes.
- Etiologie - Etiopathogénie : *théorie immunologique*, la fraction toxique de la Gliadine jouerait le rôle d'un antigène déclenchant des phénomènes immunologiques qui aboutissent à l'atrophie des muqueuses.
- Clinique : *dans sa forme classique*, retrouvée chez un nourrisson de 08 mois à 02 ans caractérisée par un début clinique décalé de quelques semaines à quelques mois de l'introduction du gluten dans l'alimentation, on observe la triade classique :
  - *diarrhée chronique faite de selles bouse de vache, abondantes et grasses.*
  - Carence de la courbe staturale ou pondérale.
  - Distension abdominale : avec membres grêles associée à une anorexie parfois irritabilité.

#### Formes atypiques :

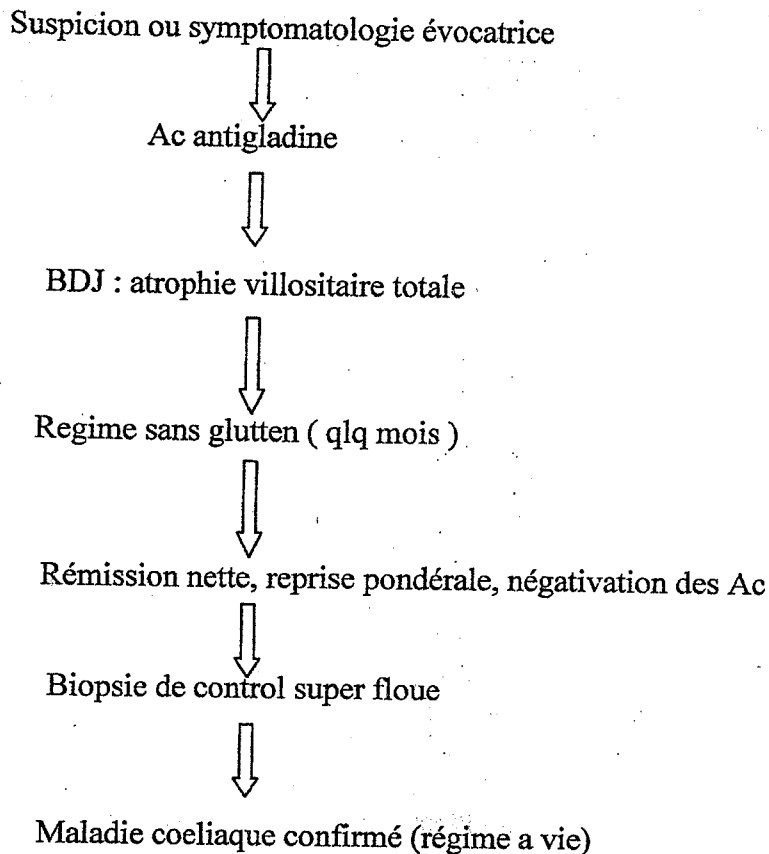
- La forme à début précoce dès l'âge de 03 mois,
- Les formes à prédominance monosymptomatique : souvent trompeuse comme : œdèmes pâles hypoprotidémiques, anémie hypochrome hyposidérémique, un syndrome hémorragique par baisse des facteurs de la coagulation (II, V, VII, X), petite taille voir nanisme.

#### ❖ Critères diagnostiques :

Propose par l'association de gastrologie de pédiatrie 1969 :

- La présence d'un syndrôme clinique et étiologique de malabsorption avec atrophie villositaire totale (AVT) ou subtotale au stade initial (sans régime normal)
  - Examen clinique, biologique, histologique : normal sous régime sans gluten
  - Rechute au moins histologique, lors du test diététique de reprise du gluten dans l'alimentation
- Ce 3<sup>ème</sup> critère n'exige que lorsque le Dc initial est douteux (BDJ non faite, ou non caractéristique)  
 Suspicion ou symptomatologie évocatrice : dosage de Ac antigliadine ; antireticuline ; antimuscle lisse. *anti gliadine, anti endomysium, anti transglutaminase.*

### Nouveau critère Dc



### ❖ Traitement :

C'est le régime sans gluten : régime d'exclusion totale et strict du gluten soit tous les aliments renfermant : blé, l'avoine, orge, seigle

On exclut ainsi de l'alimentation le pain, les pâtes, les gâteaux, les biscuits, pâtisseries, confiseries, conserves et les farines contenant du gluten, les préparations médicamenteuses notamment les comprimés. Le régime alimentaire sera basé sur : le riz, viandes fraîches, poissons, maïs, œufs frais, légumes, fruits frais, une liste détaillée des aliments interdits et permis aussi exhaustive que possible devra être remise aux patients avec des recettes.

### **B> Autres causes d'atrophie villositaire totale:**

- Parasitose,
- Déficit immunitaire notamment en IgA,
- Carence martiale sévère,
- Malnutrition protéino-calorique,
- Déficit en Zinc.

### **C> Atrophie villositaire partielle :**

Dominée par l'intolérance primitive aux protéines de lait de vache :

- **Définition** : elle appartient à un ensemble plus vaste de sensibilisation aux protéines alimentaires, le risque est augmenté s'il existe déjà un cas atteint dans la fratrie. Les protéines allergisantes sont la caséine et la bêta-lactoglobuline.
  - **Dans la forme habituelle** : l'affection débute précocement, elle est transitoire, les arguments cliniques en faveur sont :
    - Le début des troubles survenant 10 jours après introduction du lait de vache,
    - Diarrhée avec malabsorption associée à des vomissements liés à la prise alimentaire, stagnation, voir chute pondérale et une possibilité de présence de sang dans les selles.
  - **Biologie – immunologie** : Taux d'IgE normal,
    - ↑ des éosinophiles sanguins
    - Le test de la transformation lymphoblastiques par fois +
    - Présence d'Ac anti PLV ds □ des cas
- La BDG montre une atrophie villositaire partielle

❖ **Forme réagenique** : c'est la survenue précoce ds la minute suivant la tété (trouble brusquement apparu et de durée brève)

- oédème des lèvres, de la face
- un rash urticarien
- vomissement en jet
- /× diarrhée aigue
- Choc anaphylactique et exceptionnel

Le teste cutanés sont + : rast aux PLV sont +

→ Dans tous les cas le Dc+ repose sur des critères cliniques

#### Début des troubles

- Moins d'1 mois après introduction de lait de vache
- Disparition des troubles sous régime d'exclusion
- Rechute lors d'épreuve de réintroduction du lait de vache (celle-ci doit être faite en milieu hospitalier)

→ Après élimination des autres causes de diarrhées chroniques

→ Sensibilisation et intolérance a d'autre protéines alimentaires , protéine de l'oeuf ,soja ,bovine.

**TRT** : lait de régime ne contient pas de PLV cad : pégestimil nutromigel peptijunior (hydrolysant)

La réintroduction peut être tentée dès 10-12 mois ;la tolerance et aqoise entre 02-04ans

## II syndrome de mal digestion

- Les signes orientant vers ce synd sont :
  - selles pateuses grasses fetides , mastique pale
  - appetit conservé
- ex complémentaire :
  - etude biochimique des selles montre une **steatorrhée** massive entre 20-30 g/j avec un coefficient d'absorption des graisses d'environ 50% , l'excrétion azotée varie entre 1-3g/j
  - test de la sueur + a partir de 80meq/l a 3 ex successifs
- Étiologie
  - mucoviscidose ou fibrose kystique du pancréas
  - la lipomatose pancreatique (insuffisance pancréatique exocrine) dominée par le synd de schwaman

## III synd de fermentation

- Les signes orientant vers ce synd sont
  - selles liquides, acqueuse, mousses, d'odeur vinaigrée irritante pour le siège, brouillant à l'emission, PH selles acide = 4-5
  - clinitest pour les selles >7,5g/j ; PH<5

- Ex complémentaires
  - ex biochimique des selles montre qu'il n'y a ni steatorrhée ni creatorrhée
  - test respiratoire à l'hydrogène est +
- L'étiologie
  - intolérance congénitale au saccharose au lactose au glucose, galactose (fructose et le seul sucre toléré)

#### IV diarrhée d'origine colique (colites)

- selles sont volontier hétérogènes, glaireuses, fétides, de volume variable, striées de sang, associées à des douleurs abdominales, ténésme et la fièvre
- Ex complémentaires
  - endoscopie
  - transite du grêle
  - lavement baryté
  - radiographie baryté du colon
- L'étiologie
  - RCH
  - Maladie de crhon

#### IV) Traitement :

##### A. Mesures générales :

1. Déshydratation : réhydratation
2. Dénutrition : réalimentation progressive
  - a) Dans les formes graves : nutrition entérale à débit constants par nutripompe (24h)
  - b) Dans les formes très graves : nutrition parentérale à la seringue électrique (A.A, lipides et glucides)
3. Supplémentation en oligoéléments : fer, zinc, cuivre.
4. Supplémentation : en Vit B<sub>12</sub> et acide folique, Vit K A D C
5. Traitement des infections bactériennes et parasitaires

##### B. Traitement étiologique :

- 1) Régime sans gluten strict à vie : exclusion des aliments contenant du blé, du seigle et de l'orge ; autoriser l'avoine, le riz et le maïs
- 2) Régime sans PLV jusqu'à 1an : Laits de régime (Pepti junior, Pregestimil, Nutrimigen) *adulte optamine pepti junior, jusqu'à 3 ans, max 2ans*
- 3) Mucoviscidose :
  - Régime hyper-protidique, hyper-lipidique, hyper-glucidique

- Opothérapie pancréatique substitutive (CREON ou EUROBIOL)
- Vitaminothérapie à forte dose
- Antibiotiques et kinésithérapie : infections pulmonaire.
- Supplémentation en NaCl : en été

