

Aspects cliniques de la diarrhée aiguë chez le nourrisson et le jeune enfant

Pr. Aderrahmane ABID¹, Pr. Zineb JOUHADI²

¹ 55, Boulevard Zerktouni, Casablanca

² Pédiatrie 1, Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi, CHU Ibn Rochd, Casablanca

La diarrhée aiguë (DA) constitue en pratique quotidienne encore un motif important de consultation. Les cas sévères et/ou compliqués de déshydratation aiguë grave ont nettement régressé grâce à de nombreuses interventions, entre autres, les progrès de l'hygiène alimentaire, l'approvisionnement en eau potable et l'élimination des déchets, la mise en place en 1980-87 du Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et la généralisation de la vaccination anti-rotavirus depuis Octobre 2010.

Quels sont les professionnels de soins qui voient en premier lieu les cas de DA chez le nourrisson et l'enfant ? Dans notre contexte, plus de 95% des cas de DA sont non compliquées et sont vues en pratique ambulatoire par les professionnels de soins de première ligne, à savoir : personnel infirmier et médecins généralistes dans les dispensaires et les centres de santé ; pharmaciens en automédication ; médecins généralistes et pédiatres du secteur libéral (cabinets). Les cas de DA sévères et/ou compliquées sont rares et elles sont directement référées aux urgences des hôpitaux régionaux, universitaires et cliniques privées.

Ainsi, le diagnostic des aspects cliniques de la DA doit être un diagnostic standardisé et sa rédaction doit être adaptée à toutes les catégories des professionnels de soins afin qu'il soit en pratique le plus utilisable et le plus rentable. Les items diagnostiques cliniques à proposer doivent être simples et fiables, praticables par tous les professionnels de soins et en tout lieu de travail, faciles à apprendre et à enseigner. La plupart de ces items cliniques répondant à ces conditions sont utilisés dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) depuis 2000.

Comment retenir le diagnostic de DA ? Celui-ci reste très facile quand il y'a une modification franche et brutale des selles dans leur fréquence et leur abondance (nombre supérieur à 3 selles par jour tout en tenant compte chez les jeunes nourrissons du nombre de selles du transit antérieur, surtout pour les bébés au sein) ; et/ou dans leur aspect et leur consistance (selles très liquides à semi-liquides). Quoi qu'il en soit, la mère sait parfaitement dans la plupart des cas quand son enfant a de la DA. La présence de sang dans les selles définit la DA invasive ou dysenterie. Le terme de DA signifie une durée de celle-ci de moins de 14 jours et celui de diarrhée persistante quand cette durée dépasse ce délai. Néanmoins, au cours de la consultation médicale, il faut toujours faire une bonne anamnèse et un examen clinique complet, pour pouvoir distinguer entre une vraie DA d'origine infectieuse par gastro-entérite aiguë et une DA en rapport avec une autre cause, telle qu'une cause parentérale (OMA, méningite, infection urinaire, grippe), une cause chirurgicale (invagination intestinale aiguë, appendicite), une erreur diététique, une intolérance ou une allergie alimentaire, une DA induite par les antibiotiques.

Quels sont les principaux objectifs de l'évaluation clinique d'un nourrisson et d'un jeune enfant atteint de DA ?

- Le premier objectif et le plus urgent est celui de déterminer la sévérité de la DA et le degré de son retentissement sur l'état d'hydratation du malade en recherchant activement les signes cliniques de déshydratation aiguë (DHA) pour décider d'une réhydratation orale à domicile ou d'une réhydratation intraveineuse en milieu hospitalier.
- L'objectif secondaire consiste à distinguer entre une DA virale et une DA bactérienne, en particulier une DA invasive, sur les données de l'anamnèse et du tableau clinique incluant l'aspect macroscopique des selles (sang dans les selles ?). Ceci permettra au médecin de bien réfléchir avant de prescrire, en plus de la réhydratation, un éventuel traitement médicamenteux et notamment un antibiotique.

Comment dépister les signes cliniques de DHA et évaluer son degré de gravité ?

1- Le critère clinique de référence reste le pourcentage de la perte du poids de l'enfant, qui est calculé en comparant le poids actuel au cours de la consultation pour DA par rapport au poids antérieur de date récente (poids pris au moins dans les dix jours à un mois auparavant). Mais ce bon critère ne peut être utilisé en pratique car le plus souvent, le poids antérieur du malade n'est pas connu. Ce n'est qu'à posteriori, après la réhydratation de l'enfant, que l'on pourra calculer ce pourcentage de la perte de poids.

2- Les autres signes cliniques sont nombreux, mais ils ne possèdent pas tous la même valeur sémiologique et diagnostique. Parmi ces signes, on peut retenir ce qui suit :

- L'observation du malade : l'aspect général (bon et alerte, agité et irritable, léthargique et inconscient) ; l'hypotonie des globes oculaires (normaux ou enfoncés) ; les larmes (présentes ou absentes) ; la muqueuse de la cavité buccale (humide ou sèche) ; la soif (n'a pas soif ou boit normalement, assoiffé et boit avidement, boit peu ou incapable de boire).
- La palpation de la fontanelle antérieure chez les jeunes nourrissons (tension normale ou déprimée) ; la palpation du pouls radial (normal, rapide ou faible) ; la mesure de la fréquence respiratoire (normale ou accélérée) ; le pincement de la peau (pli cutané normal, pli paresseux ou persistant) ; l'appréciation du temps de recoloration cutané (inférieur ou supérieur à 2 secondes) ; l'appréciation des extrémités (normales et chaudes ou froides et cyanosées) ; et enfin, le recueil des urines (présentes, réduites ou absentes).

Plusieurs travaux ont montré que la sensibilité et la spécificité de chacun de ces signes, pris isolément, étaient médiocres et que l'évaluation de la DHA devrait se fonder plutôt sur la combinaison de plusieurs de ces signes. Ainsi, des échelles et des scores de mesure associant plusieurs de ces signes ont été utilisés, mais restent toujours confrontés aux performances, à l'exactitude, à la fiabilité, au pouvoir de discrimination et à la reproductibilité de chacun des signes proposés.

Dans le cadre de la PCIME, une échelle de cotation simple et pratique, d'abord à six signes, puis récemment à quatre signes (aspect général, yeux, soif et pli cutané) permet de classer les cas de DA avec ou sans DHA selon trois niveaux différents :

- *En vert* = Aucun signe détectable de DHA ou DHA légère dont la perte de poids ne doit pas dépasser les 3%.
- *En jaune* = Signes de DHA modérée avec au moins deux signes ou plus (agité et irritable ;

yeux enfoncés, assoiffé et boit avidement ; pli cutané pâteux), ce qui correspond à un déficit pondéral autour de 5%.

- *En rouge* = DHA sévère dont le déficit pondéral est de 10 % et plus, avec au moins deux signes (léthargique ou inconscient ; yeux enfoncés ; incapable de boire ou boit difficilement ; pli cutané persistant).

Y a-t-il des facteurs de risque qui prédisent la sévérité de la DA ?

- L'âge de moins de 6 mois prédispose au risque élevé de DHA et de complications à type de bactériémie et de septicémie.

- La prématurité, le faible poids de naissance, la malnutrition, un déficit immunitaire, une maladie chronique sous-jacente, un déficit en vitamine A et en folates, le mode d'allaitement artificiel, une antibiothérapie antérieure, sont aussi des facteurs qui interviennent et majorent le risque élevé de la sévérité et des complications de la DA.

- L'existence de vomissements incoercibles et d'un nombre élevé de selles profuses et abondantes peut empêcher la réhydratation orale et conduire rapidement l'enfant à la DHA.

Quelle est la valeur diagnostique de l'approche clinique pour différencier entre l'origine virale et bactérienne de la DA ? Cette approche reste possible en présence d'un certain contexte évocateur, épidémiologique et clinique. Mais, elle n'est qu'approximative et reste très peu fiable.

- La survenue en hiver, l'association avec des signes respiratoires, la présence de vomissements importants, de selles très liquides et de fièvre plaiderait pour une atteinte virale.

- La présence de selles glairo-sanglantes avec de la fièvre et des douleurs abdominales serait plutôt en faveur d'une atteinte bactérienne.

Enfin, en consultation ambulatoire de routine, un cas de DA par gastroentérite simple et non compliquée ne nécessite aucun bilan para-clinique. L'objectif de la prise en charge est de réhydrater et de nourrir. La mesure de la CRP et de la procalcitonine ainsi que l'examen microbiologique de selles n'ont aucune indication et ne seront demandés éventuellement que dans les cas de DA sévères hospitalisées.