

Sémiologie digestive pédiatrique








jean-pierre.hugot@rdb.aphp.fr

Troubles du transit intestinal

Analyse du transit

- Selles de consistance normale
 - Moulées
 - Molles (sein, hydrolysats de protéines)
- Marron si transit suffisant
 - sein, hydrolysats, médicaments.
- En fréquence normale
 - 1/tétée à 1/semaine au sein
 - 2/j à 3/semaine (NRS)
 - 2/j à 2/semaine (enfant).

Bristol Stool Chart

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. Entirely Liquid

Diarrhée

- Traduit toujours un trouble du cycle entéro-systémique de l'eau et des électrolytes :
 - 8 à 10l d'alimentation et sécrétions digestives par jour chez l'adulte.
 - 1 à 2l d'eau passent la VIC tous les jours.
 - Seulement 150 à 180ml d'eau sont excrétées dans les selles/j
- Chez le nourrisson jusqu'à 40% du poids du corps

Diarrhée

- Perte de selles excessive par leur fréquence, leur volume ou leur qualité.
- Critère le plus objectif : pds de selles/pds du corps (nle <1% du pds par jour).
- Normes très flexibles selon l'âge et le régime.
- Démarche
 - Analyser la qualité des selles cliniquement (et par analyse coprologique).
 - Rechercher son retentissement (deshydratation et dénutrition).
 - Analyser le contexte en faveur d'une étiologie.

Mécanismes et séméiologie

- Diarrhée osmotique : les aliments non digérés/absorbés par le grêle passent dans le colon ou ils retiennent l'eau par simple pression osmotique. Selles volumineuses, en bouse.
- Diarrhée sécrétoire : sécrétion active par l'intestin d'eau et d'électrolytes. Diarrhée profuse aqueuse.
- Diarrhée motrice : volume des selles modéré. Selles volontiers vertes, avec aliments non digérés, favorisées par les repas.
- Diarrhée inflammatoire : selles peu augmentées de volume voire afécales mais glaires et sang (origine colique) avec défécation impérieuse et douleurs avant la défécation (épreintes).

Diarrhée aiguë

- Diarrhée d'apparition soudaine
- Avec souvent des vomissements et de la fièvre
- Souvent dans un contexte de contagion , recrudescence automno-hivernale, voyage à l'étranger, etc..
- D'évolution régressive en quelques jours.

Causes

- Médicaments, antibiotiques, erreurs de régime, infection parentérale (ORL, urologique), début ou exacerbation de diarrhée chronique.
- Infection entérale avec augmentation de la sécrétion par effet des toxines, lésions entérocytaires, invasion de la lamina propria et malabsorption.

Tableaux cliniques

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Rotavirus | <ul style="list-style-type: none">• Entéroinvasifs |
| <ul style="list-style-type: none">• Déshydratation : 69%• Vomissements : 73%• Selles liquides : 76% | <ul style="list-style-type: none">• Déshydratation : 31%• Vomissements : 35%• Selles liquides : 51% |
| <ul style="list-style-type: none">• Fièvre : 17%• Douleurs : 27%• Sang : 7%• Leucocytes : 10% | <ul style="list-style-type: none">• Fièvre : 60%• Douleurs : 45%• Sang : 41%• Leucocytes : 59% |

Diarrhée aigue

- Le risque est dominé par la déshydratation.
- Le maître signe de la déshydratation est **la perte de poids** :
 - Valeur objective
 - Corrélée à la gravité de la déshydratation
 - Mesure simple, immédiate, renouvelable, non douloureuse et peu chère.
- A interpréter avec bon sens (corrélation autres signes, courbe antérieure, état nutritionnel, troisième secteur).

Diarrhée chronique

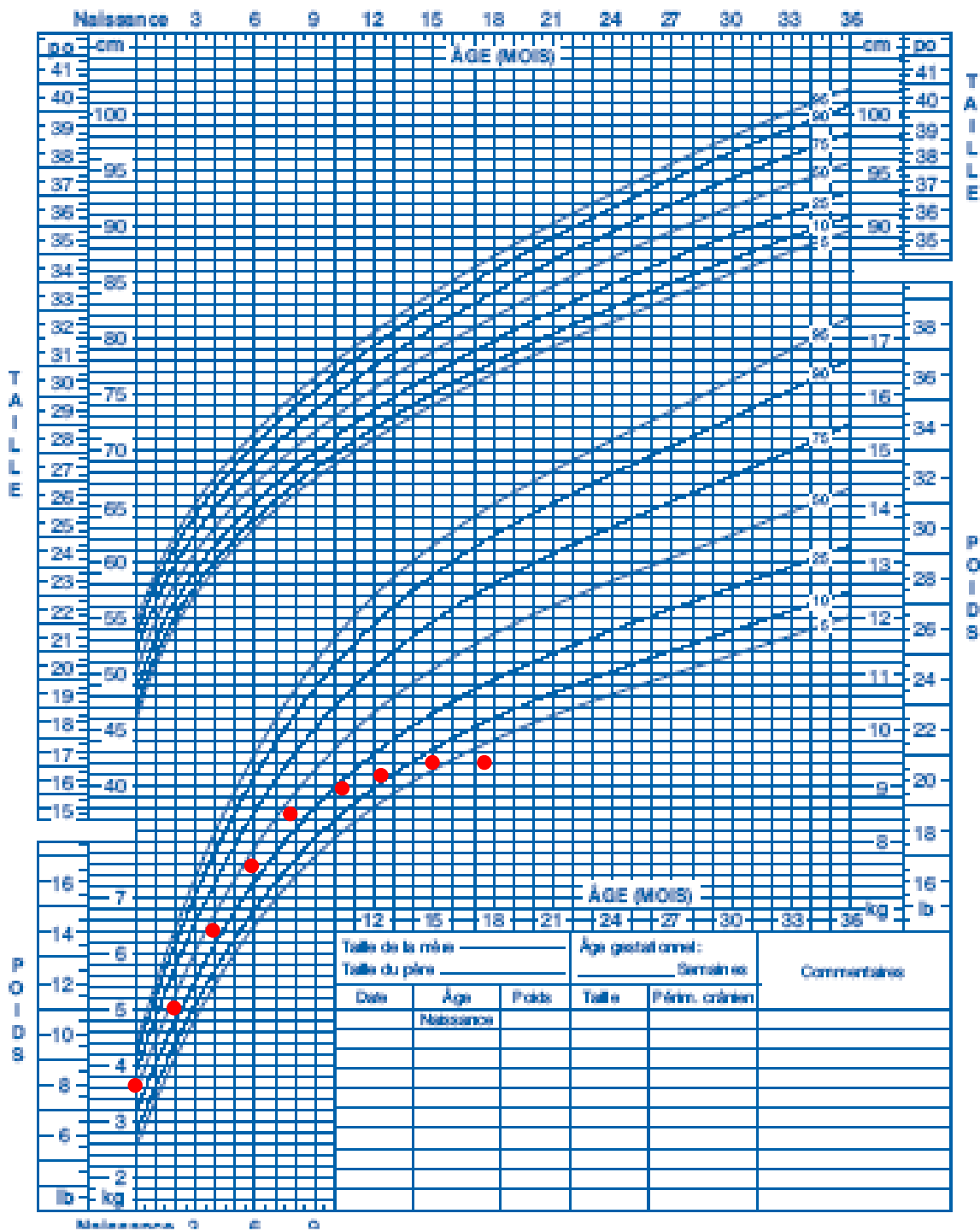
- Durée > 2 à 4 semaines
- Plus ou moins associée à des vomissements.
- Le problème est de distinguer les diarrhées de maldigestion (pancréas) et de malabsorption (grêle) des diarrhées motrices (le plus souvent fonctionnelles).
- En pratique : évaluer la dénutrition.

Analyse sémiologique

- Sémiologie de la diarrhée
 - Maldigestion : selles pâteuses, grasses et volumineuses. Stéatorrhée ($>5\text{g/j}$, CAG $<90\%$). Elastase fécale effondrée.
 - Malabsorption : selle en bouse, acide, irritant le siège. Carences. Retentissement nutritionnel.
 - Colite : selles glairo-sanglantes. Lésions endoscopiques et radiologiques.
 - Motrice : selles variables, vertes, aliments non digérés. Importance de l'analyse du régime.

Evaluation état nutritionnel

- Courbe de croissance P/T : cassure
- Diminution du panicule adipeux
- Amyotrophie
- Pâleur, troubles de phanères
- Tristesse, apathie

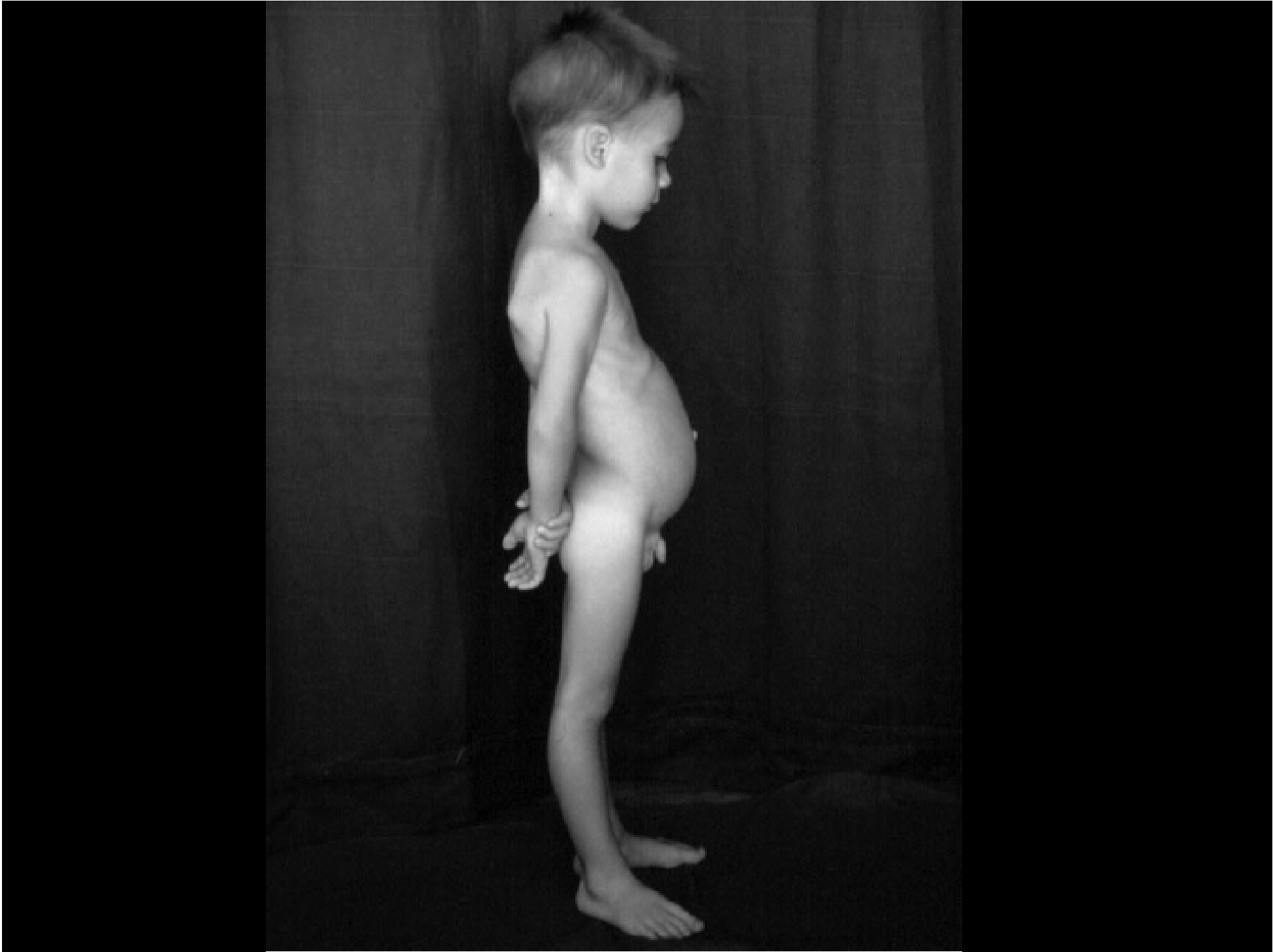


TAILLE

TAILLE

POIDS

POIDS



Analyse du régime

- Date d'introduction des aliments
 - Intolérance aux protéines de lait de vache
 - Maladie coeliaque
- Qualité du régime
 - Colopathie fonctionnelle
 - Intolérance au lactose
- Conséquences alimentaires de la diarrhée sur le régime.

Orientation diagnostique en fonction de l'age

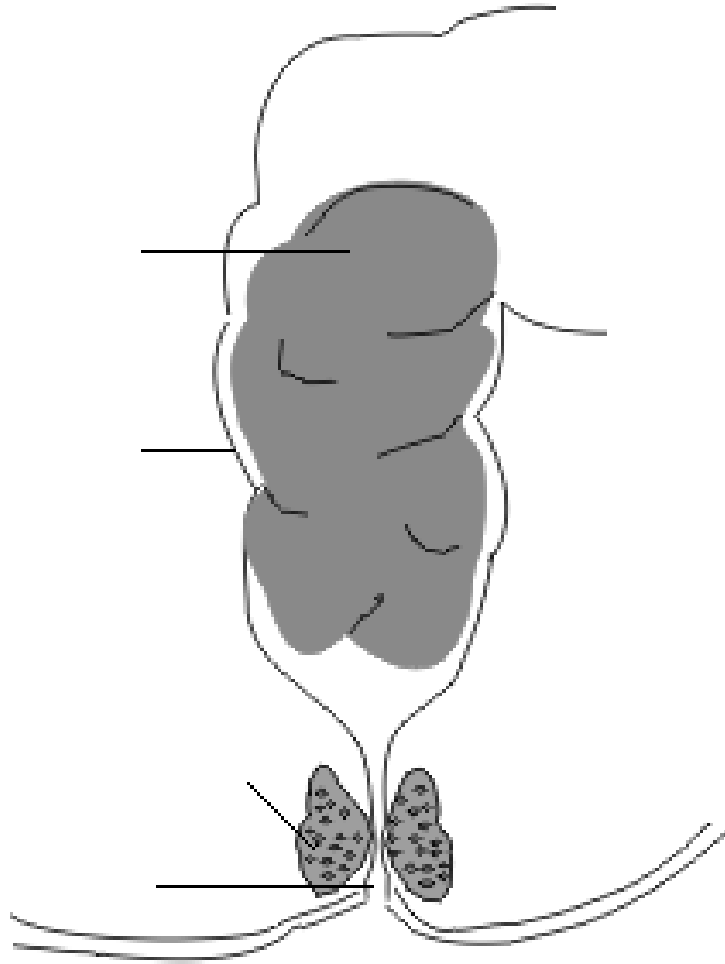
- Nouveau-né : APLV, déficits congénitaux
- Nourrisson : APLV, maladie coeliaque, colon irritable
- Enfant : intolérance au lactose, colopathie fonctionnelle
- Adolescent : Maladies inflammatoires de l'intestin
- Tout age : mucoviscidose

CONSTIPATION

- ***Définition*** : diminution de la fréquence des selles quelque soit leur volume ou leur consistance. Il existe donc une augmentation du temps de transit et une diminution du débit fécal.
- Limites admises de la constipation
 - <3/semaine nourrisson
 - <2/semaine enfant
- En fait, il s'agit d'un symptome avec un aspect subjectif et qui nécessite une analyse pour en comprendre la signification.

Orientation diagnostique

- Date de début (retard à l'émission du méconium?)
- Arguments en faveur d'une organicité : vomissements, croissance, signes associés, etc...
- Analyse du régime : pauvre en fibres?
- Examen clinique : recherche de complications : fissures, prolapsus, encoprésie, fécalome, douleurs
- Retentissement sur la vie de l'enfant.



Normal



Constipation

Table 1. Mécanisme de la constipation et de ses complications.

<u>Mécanisme en cause</u> <u>cliniques</u>	<u>Symptomes</u>
Constipation aigue volumineuses Douleur à l'exonération et/ou fissure anale rectorragies	Selles dures et/ou Exonération douloureuse,
Asynchronisme abdomino-périnéal	Défécation difficile, douloureuse,
appréhendée par l'enfant, comportement	anormal de la défécation
Stase stercorale palpable à l'examen de l'adomen ou au toucher rectal.	Impaction fécale
Troubles de la sensibilité/motricité perçus par l'enfant	Besoins rares ou absents mal
Incontinence rétentionnelle	Pertes incontrôlables par l'enfant

Fissure anale



Vomissements de l'enfant

- Extériorisation par la bouche du bol alimentaire :
 - Vomissements : associés à une contraction de l'estomac;
 - Régurgitations : caractère passif et souvent positionnel.
 - Mérycisme : phénomène volontaire.
- Souvent intriqué et d'analyse difficile chez l'enfant
- Peu de valeur : en jet, par le nez, horaire,

Vomissements de l'enfant

Orientation étiologique

- Caractère : alimentaire, bilieux, sanglant
- Chronicité
- Age de l'enfant
- Signes associés : fièvre, douleurs, diarrhée, signes neurologiques
- Complications : déshydratation, dénutrition, malaises, pneumopathies, lésions de l'oesophage

Nature des vomissements

- Tout vomissement bilieux est à considérer comme une occlusion et une urgence chirurgicale (+++).
- Toute hémorragie digestive est une urgence diagnostique (lésion?) et thérapeutique (risque hémorragique). L'endoscopie est l'examen clé le plus souvent.

Analyse du retentissement des vomissements

- Dénutrition/deshydratation
- Malaises
- Pneumopathies
- Lésions oesophagiennes et saignement digestif