

Troisième partie :
gastro-entérologie

1)- Diagnostic des tumeurs abdominales

I. Circonstances de découverte :

Découverte d'une masse abdominale :

- ✓ Lors d'un examen systématique
- ✓ Devant une distension abdominale
- ✓ Signes d'appels généraux
- ✓ Signes de compression pelvienne
- ✓ Invagination intestinale (complication aigüe)

II. Examen physique :

- ✓ Préciser les caractéristiques de la tumeur : siège, consistance, mobilité, sensibilité, topographie et rapports
- ✓ Rechercher une hépatomégalie, une splénomégalie
- ✓ Rechercher des localisations pathologiques
- ✓ Rechercher des anomalies associées : hémihypertrophie corporelle
- ✓ Prendre la TA
- ✓ Faire un TR

III. Diagnostic différentiel :

- ✓ Vessie distendue, fécalome
- ✓ Boudin d'invagination intestinale
- ✓ Hématocolpos
- ✓ Splénomégalie, hépatomégalie

IV. Examens complémentaires :

1. *Echographie abdomino-pelvienne :*

- ✓ Siège : intra ou rétro-péritonéal
- ✓ Nature : échogène
- ✓ Rapports avec les organes de voisinage

2. *TDM abdominale :*

- ✓ Précise le siège de la tumeur et son extension
- ✓ Précise les rapports avec les vaisseaux
- ✓ Nécessaire au bilan d'extension, bilan post-chimiothérapie et au bilan préopératoire

3. *ASP* :

- ✓ Refoulement des clartés digestives par la masse
- ✓ Recherche de calcifications
- ✓ Destruction osseuse

4. *TLT et squelette* : métastases

5. *Scintigraphie osseuse au technétium* : métastases osseuses

6. *Scintigraphie au MIBG*

7. *IRM*

8. *UIV* : en cas de malformations rénales

V. Examens biologiques spécifiques :

- ✓ Dosage des catécholamines urinaires
- ✓ Dosage de l' α fœto-protéine
- ✓ Sérologie du kyste hydatique

VI. Autres examens biologiques :

- ✓ Hémogramme : anémie
- ✓ Bilan inflammatoire : VS
- ✓ Dosages hormonaux
- ✓ Recherche d'une infection rénale

VII. Examens histologiques :

- ✓ Ponction d'un épanchement péritonéal
- ✓ Ponction de masse à aiguille fine pour les tumeurs antérieures
- ✓ Médullogramme et biopsie osseuse

VIII. Etude anatomo-pathologique

2)- Maladie cœliaque

I. Définition :

Entéropathie chronique due à une intolérance à la gliadine

II. Tableaux cliniques :

1. Forme typique :

- ✓ Nourrisson > 6mois
- ✓ Diarrhée chronique avec selles volumineuses, graisseuses ou pâteuses (bouse de vache), molles, pâles et fétides
- ✓ Anorexie tenace, parfois vomissements
- ✓ Météorisme abdominal
- ✓ Pâleur
- ✓ Cassure de la courbe staturo-pondérale
- ✓ Signes de dénutrition : amyotrophie, fente du panicule adipeux, parfois œdèmes de carence
- ✓ Changement de caractère

2. Forme mono symptomatique :

- ✓ Anorexie
- ✓ Hypotrophie isolée
- ✓ Nanisme > 2 ans
- ✓ Pseudo-constipation

3. Forme asymptomatique : forme familiale

III. Examens para cliniques :

1. Biologie :

- ✓ Anémie microcytaire hypochrome hyposidérémique
- ✓ Stéatorrhée
- ✓ Hypo protidémie avec hypo albuminémie
- ✓ Lipides totaux diminués, hypocholestérolémie
- ✓ Baisse du taux de prothrombine et des facteurs vit. K dépendants
- ✓ Hypo Ig G et hyper Ig A
- ✓ Baisse de la xylosémie

2. Radiologie :

- ✓ Ostéoporose
- ✓ Retard osseux (indice cortico-diaphysaire < 0.4)

3. Sérologie :

- ✓ Ac anti-gliadine (+)
- ✓ Ac anti-réticuline (type R1) dans 50% des cas
- ✓ Ac anti-endomysium (+)

4. Biopsie :

- ✓ Atrophie villositaire sub-totale ou totale
- ✓ Etude enzymatique : diminution des disaccharides

3)- Traitement des diarrhées aiguës

I. Définition :

Modification brutale de de l'exonération fécale, les selles devenant plus nombreuses, molles ou liquides

II. Armes thérapeutiques :

1. Sels de réhydratation orale (SRO) :

Att !!! : Ces sels sont contre-indiqués dans les cas suivants :

- ✓ Insuffisance rénale (en particulier lorsque l'enfant n'urine pas)
- ✓ Malabsorption de glucose
- ✓ Coma
- ✓ Etat de choc
- ✓ Vomissements persistants et incoercibles
- ✓ Alcalose métabolique...

2. Préparation à base de carottes ou de caroubes

3. Eau de riz

4. Coca cola : pas d'indication

5. Moyens médicamenteux :

a) *Les agents pharmacologiques* :

- ✓ Opiacés, loperamide
- ✓ Absorbants : produits à base de caroube et de pectine
- ✓ Silicates : diosmectine (smecta)

b) *Les agents antimicrobiens* :

- ✓ Ampicilline 100mg/kg/j en 4 prises
- ✓ Trimétoprime-sulfaméthoxazol (Bactrim) : 10mg/kg/j en 2 prises pendant 5 j
- ✓ Métronidazole (Flagyl) : 15-30mg/kg/j pendant 5-10j

III. Conduite du traitement :

1. Diarrhée sans déshydratation :

- ✓ Donner à boire plus que d'habitude
- ✓ SRO pendant 3 jours
- ✓ Ne pas interrompre l'allaitement maternel ni l'alimentation
- ✓ Pas d'antibiothérapie

2. Diarrhée avec signes de déshydratation :

a. *DHA* <5% :

- ✓ 4-6 premières heures : 50 cc/kg de SRO
- ✓ 6-24 heures : 100 cc/kg/j jusqu'à l'arrêt de la diarrhée

b. *DHA* 5-10% :

- ✓ 4-6 premières heures : 100 cc/kg de SRO
- ✓ 6-24 heures : remplacer volume par volume

c. *DHA* >10% :

- ✓ Hospitalisation
- ✓ Réhydratation par voie parentérale

3. Indication des antibiotiques :

- ✓ Shigellose et giardiase
- ✓ Nourrisson < 3mois
- ✓ Diarrhée glairo-sanglante depuis plus de 7 jrs
- ✓ Tableau de toxi-infection
- ✓ Dénutrition sévère
- ✓ Déficit immunitaire : Drépanocytose

Indications des ATB selon les germes :

Cotrimoxazol (Bactrim) → Shigellose, Salmonellose mineure (ou Ampicilline), cholera (ou phénicolés), E. coli entéro-invasive

Métronidazole (Flagyl) → Amibiase, Giardiase

Erythromycine → Campilobacter

IV. Traitement préventif :

- ✓ Respect des règles d'hygiène communautaire et individuelle
- ✓ Promotion de l'allaitement maternel
- ✓ Surveillance de la croissance
- ✓ Intégration de la lutte contre la diarrhée aigüe dans un programme de soins primaires
- ✓ Education nutritionnelle des mères
- ✓ Vaccination anti-rotavirus : le vaccin rhésus rotavirus tétravalent

4)- Etiologies des diarrhées chroniques

I. Définition :

Emission quotidienne de selles anormales par leur poids et leur nombre excessif pendant une période prolongée (> 4 semaines)

II. Etiologies :

- ✓ Maladie cœliaque
- ✓ Intolérance aux protéines de lait de vache (IPLV)
- ✓ Intolérance aux sucres
- ✓ Diarrhées graves rebelles du jeune nourrisson
- ✓ Mucoviscidose
- ✓ Déficit immunitaire
- ✓ Lymphangiectasie intestinale primitive
- ✓ Malabsorption des graisses
- ✓ Acrodermatitis entéropatica
- ✓ Syndromes inflammatoires chroniques (maladie de Crohn et RCUH)
- ✓ Lymphome malin méditerranéen
- ✓ Diarrhée chlorée congénitale

5)- Traitement des diarrhées chroniques

I. Maladie cœliaque :

1. Modalités :

- ✓ Exclusion du gluten
- ✓ Traitement de la malnutrition, compensation des carences
- ✓ Régime pauvre en lactose au début

2. Surveillance :

- ✓ Prise de poids
- ✓ Normalisation de l'appétit en quelques jours
- ✓ Normalisation et disparition de la stéatorrhée en quelques semaines
- ✓ Négativation des Ac anti-réticuline
- ✓ Régression lente des signes histologiques à la biopsie jéjunale

3. Contrôle :

- ✓ Biopsie après 2 ans de régime (< 2 ans)
- ✓ Régime à vie

II. Intolérance aux protéines de lait de vache (IPLV) :

1. Principes :

- ✓ Exclusion totale de l'allergène (lait de vache et lait aux protéines de soja)
- ✓ Exclusion transitoire des protéines bovine

2. Modalités :

- ✓ Utilisation des laits hypo allergiques : Progestimil, Nutramigen
- ✓ Légumes, fruits, viande et poulet, poisson

III. Intolérance aux sucres :

Intolérance II^{aire} : lait sans lactose pendant quelques semaines ou mois

Intolérance I^{aire} : exclusion à vie du sucre incriminé

IV. Diarrhée grave du jeune NRS :

Nutrition parentérale

6)- Étiologies des vomissements du nouveau-né et du nourrisson

I. Vomissements du nouveau-né :

1. Vomissements accompagnant un syndrome digestif aigu :

a. *Occlusion :*

- ✓ Duodénale : atrésie, sténose, pancréas annulaire

b. *Entérocolite ulcéro-nécrosante*

c. *Péritonite néonatale :*

- ✓ Primitive : infection néonatale
- ✓ Péritonite par perforation

2. Vomissements alimentaires :

- ✓ Erreur diététique
- ✓ Intolérance aux protéines bovines
- ✓ Reflux gastroduodéal (RGO)
- ✓ Sténose hypertrophique du pylore
- ✓ Infections néonatales
- ✓ Maladies métaboliques (galactosémie, fructosémie, phénylcétonurie)
- ✓ Hyperplasie congénitale des surrénales

3. Vomissements sanglants :

- ✓ Maladies hémorragiques du nouveau-né
- ✓ Ulcère de stress : infection sévère, anorexie sévère
- ✓ Septicémie avec CIVD
- ✓ RGO avec œsophagite peptique
- ✓ Sang maternel dégluti

II. Vomissements du nourrisson :

1. Vomissements aigus :

a. *Causes médicales :*

- ✓ Infections aiguës
- ✓ Intoxications aiguës :
 - Médicamenteuses accidentelles ou iatrogènes : *Ac acétylsalicylique (aspirine), digoxine*
 - Non médicamenteuse : *produits ménagers*

b. Causes chirurgicales :

- ✓ Invagination intestinale aiguë
- ✓ Appendicite du nourrisson
- ✓ Hernie étranglée
- ✓ Péritonite aiguë
- ✓ Torsion du testicule
- ✓ Causes neurologiques : HIC, hémorragie cérébro-méningée, hydrocéphalie

c. Erreur diététique

2. Vomissements chroniques :

a. Causes digestives :

- ✓ RGO avec ou sans hernie hiatale
- ✓ Sténose hypertrophique du pylore
- ✓ Plicature gastrique
- ✓ Intolérance alimentaire

b. Causes métaboliques :

- ✓ Galactosémie, fructosémie
- ✓ Aminoacidopathie : phénylcétonurie

c. Causes endocriniennes :

- ✓ Hyperplasie congénitale des surrénales

d. Causes psycho-affectives :

- ✓ Conflit mère-enfant
- ✓ Séparation mère-enfant

e. Autres causes :

- ✓ Infection urinaire
- ✓ Insuffisance rénale chronique
- ✓ Cardiopathie congénitale mal tolérée
- ✓ Encéphalopathie chronique