



Cas clinique RFA 2018: Diarrhée chronique de l'enfant Penser à l'Eosinophile

S. Ettair, Y. El Gueddari

Rabat- Maroc



Mona

- Fille de 3 ans
- 2ème d'une fratrie de 2
- Antécédents: RAS, PN:2500g
- Allaitement maternel exclusif pendant 2 mois puis allaitement mixte (lait 1^{er} âge)
- Diversification alimentaire à l'âge de 7 mois
- Antécédents familiaux : rhinite allergique chez le père, tante cœliaque sous régime sans gluten



Mona

- Consulte à l'âge de 15 mois pour une diarrhée évoluant depuis l'âge d'un an
 - Diarrhée liquidienne, glaireuse et +/- graisseuse
 - 10 selles / jour
- Ballonnement abdominal
- Appétit conservé
- P=9 kg(-1DS) , T =75 cm (-1DS)
- Abdomen distendu et douloureux à la palpation
- Le reste de l'examen = sans particularités



Hypothèses diagnostic ?

- Maladie cœliaque
- Allergie alimentaire
- Entéropathie induite par les PA
- MPE carencielle
- Déficit immunitaire
- Insuffisance pancréatique exocrine (mucoviscidose)



Mona

Bilan

- NFS : Hb: 12 , GB : 9100 , PNE: 1720, PLT : 348000
- Ionogramme : Na+:138, K+: 4.36, Ca++: 96,
- Protéines : 68 , Alb : 44
- ferritine : 4, VS:12, CRP<6
- Copro-parasitologie des selles : kystes de giardia intestinalis → traitée par métronidazole



Bilan complémentaire

- Sérologie maladie cœliaque :
 - Anticorps anti gliadine IgA : négatifs
 - Anticorps anti transglutaminases IgA: négatifs
- FOGD avec biopsie jéjunale : jéjunite interstitielle avec atrophie villositaire subtotale et lymphocytes intra- épithéliaux à 25% évoquant une maladie cœliaque

➡ Début de régime sans gluten



Évolution

- Amélioration partielle
- Persistance de la diarrhée
- Complément de bilan : Bilan allergologique
 - IgE totales : 85KUI/l (VN:<30)
 - IgE spécifiques aux protéines de lait de vache positifs
 - Lait de vache : 4.66 (+)
 - Béta lactoglobulines : 6.07 (+)
 - Caséine : 1.85 (+)
 - Alpha lactoglobuline : (-)



- autres aliments :
blé: 0.51
Poissons : (-)
Soja : (-)
Œuf : (-)
- bilan immunitaire (sérologie HIV, dosage pondéral des Ig)
normal

Alimentation : HPLV puis formule lactée à base d'acides aminés, céréales sans gluten



Évolution

- Persistance de la diarrhée...
- Selles moins fréquentes, grasses
- Bilan ????

- 
- Dosage de l'élastase fécale : 51microgrammes /g de selles ↘↘

- 
- Dosage de l'élastase fécale : 51microgrammes /g de selles 
→ Insuffisance pancréatique sévère
 - bilan étiologique :
 - test de la sueur : 36 (normal)
 - IRM abdominale : pancréas d'aspect normal
 - Mise sous extraits pancréatiques:
 - ➔ Amélioration clinique spectaculaire après une semaine de ttt



Mais ... reprise de la diarrhée
après 3mois



- Elastase fécale de contrôle : 315 (normale)
- Bilan allergologique :
 - tests cutanés : négatifs
 - Alpha lactoglobuline, bêta-lactoglobuline , caséine : négatifs



- FOGD avec biopsies étagées:

- 
- FOGD avec biopsies étagées:
 - Résultat : lésion de duodénite interstitielle subaiguë **riche en polynucléaires éosinophiles** sans atrophie
 - Estomac et œsophage : RAS

- 
- FOGD avec biopsies étagées:
 - Résultat : lésion de duodénite interstitielle subaiguë **riche en polynucléaires éosinophiles** sans atrophie
 - Estomac et œsophage : RAS

→ **Entéropathie à éosinophiles**

- 
- FOGD avec biopsies étagées:
 - Résultat : lésion de duodénite interstitielle subaiguë **riche en polynucléaires éosinophiles** sans atrophie
 - Estomac et œsophage : RAS

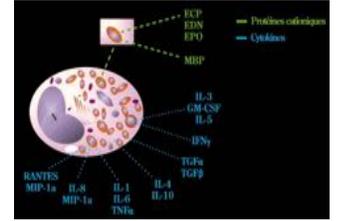
➡ **Entéropathie à éosinophiles**

➡ Traitement par corticothérapie

➡ Évolution favorable dès le 3^{ème} jour
Recul 6 mois

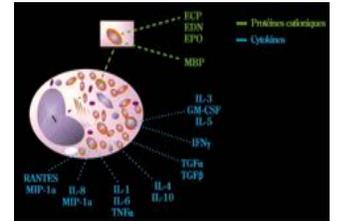
Entéropathie à éosinophiles

- 3 critères diagnostiques :
 - Une symptomatologie digestive
 - Une infiltration des différentes tuniques de la paroi digestive par des PN éosinophiles matures
 - Exclusion d'une parasitose intestinale et l'absence de cause systémique
- diagnostic d'élimination



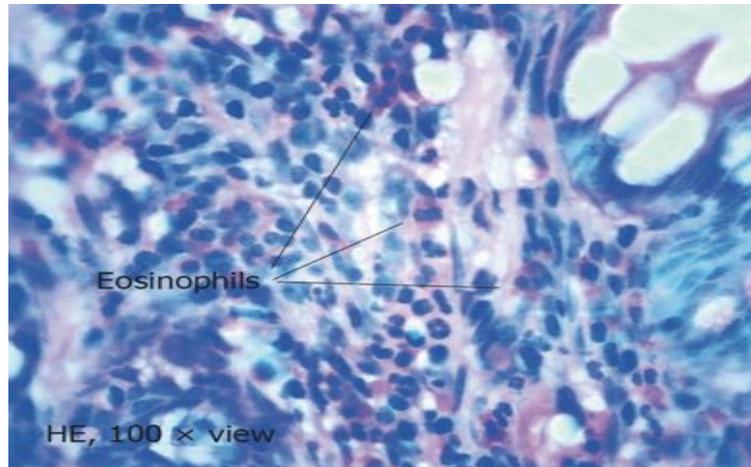
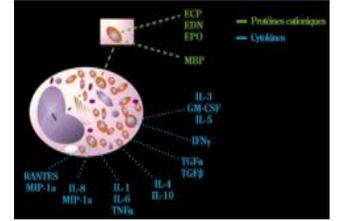
Symptomatologie clinique

- Varie en fonction de l'infiltration de la paroi digestive (classification de Klein)
 - Muqueuse: nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée avec malabsorption voire entéropathie exsudative
 - Musculeuse : syndromes obstructifs au premier plan (sténose duodénale)
 - Séreuse : ascite riche en éosinophiles à plus de 90 %
- L'atteinte extra intestinale : pancréatique+++ (sténose du canal pancréatique), hépatique et vésiculaire .



Diagnostic

- Orienté par la biologie : augmentation des IgE sériques(50%), hyperéosinophilie(50%), bilan de malabsorption.
- Posé par la fibroscopie associée à la biopsie qui montre l'infiltration par les éosinophiles

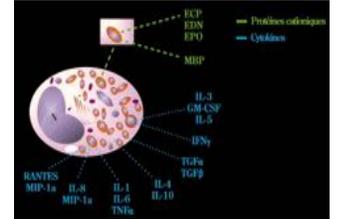


Kim NI et al , Clinical features of eosinophilic gastroenteritis. Korean J Gastroenterol. 2004

Prise en charge

La conduite à tenir thérapeutique : mal définie

- Absence de protocole thérapeutique contrôlé
- Régression parfois spontanée de la maladie
- Traitement non pharmacologique : régime d'exclusion
- Traitement pharmacologique : plusieurs molécules





Régime d'éviction

- La recherche d'un allergène alimentaire spécifique ou aéroallergène est souvent indiquée chez les patients ayant GEE.
- En cas de sensibilisation, un régime alimentaire améliore souvent les symptômes et réduit le nombre d'éosinophiles dans les biopsies de contrôle.

Annals of Allergy, Asthma and Immunology, 2005.

- Un régime d'éviction empirique (6 aliments) a été proposé chez l'enfant et l'adulte.

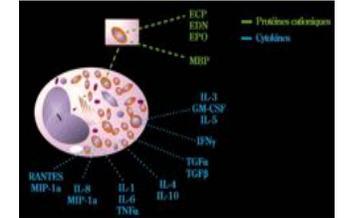
Yamada Y et al. Allergol Int. 2014;63(Suppl 1):53–56.

Okimoto E et al. ACG Case Rep J 2018;5:e38.

- Parfois, une résolution complète des symptômes nécessite l'utilisation d'une diète élémentaire à base d'acides aminés pendant au moins 6 à 8 semaines.

Chehade M et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006

Traitement médicamenteux



- corticothérapie et mesures adjuvantes
 - Traitement d'attaque: 0.5mg/kg de prednisone pendant 15 jours, puis décroissance progressive / Budesonide
 - Si cortico-dépendance : maintien de faibles doses de CST
- Si cortico-résistance : cromoglycate disodique, antihistaminiques, anticorps humanisés anti-IL5, anticorps anti-IgE (omalizumab),
- Si formes sévères : immunosuppresseurs (azathioprine, méthotrexate, anti-TNF α)

Foroughi S. J Allergy ClinImmunol, 2007

Caliskan C et al, langenbecks arch chir 2011

Turner et al. JPGN 2013;56: 492-497

Pineton de Chambrun et al. Current Gastroenterology Reports (2018) 20:37

Evolution



Figure 1. Types of evolution of eosinophilic gastroenteritis. After a mean follow-up period of 13 years, de Chambrun et al identified different types of evolution of EoE (14). **(A)** Patients with a single outbreak of disease without recurrence (42% of cases); **(B)** Patients with a recurrent course characterized by multiple outbreaks and periods of complete remission lasting from 2 months to several years (37% of cases) and **(C)** patients with a continuous course (21% of cases). EoE: Eosinophilic gastroenteritis. Reproduced with permission from (14).



Take home messages

- GEE : maladies rares
- La symptomatologie clinique est variée et non spécifique rendant son diagnostic difficile
- Le diagnostic est histologique et doit être fait par un anatomopathologiste expérimenté
- L'évolution naturelle est inconnue.
- La prise en charge comprend :
 - régimes d'éviction alimentaire
 - traitement médicamenteux (corticoïdes systémiques, immunosuppresseurs ou biothérapies)



L'ASSOCIATION MAROCAINE DE FORMATION
CONTINUE EN ALLERGOLOGIE
AMAFORCAL



FEDERATION ANAFORCAL
INTERNATIONALE



2019
Rabat

XVIIIèmes Rencontres Francophones d'Allergologie

XXVèmes Journées de l'Amajorcal

RABAT 09 – 12 Octobre 2019
Hôtel FARAH

Fil Rouge : Actualités en Allergologie à l'aube de 2020

- *Sessions plénières à thèmes*
- *1 Session : Actualités en Allergologie*
- *4 ateliers avec Synthèse*
- *1 Session : Cas Cliniques*
- *Promenade Botanique*

