DIARRHEES CHRONIQUES

DR SAFIR

CHU ORAN

Objectifs pédagogiques

- 1-Définir une diarrhée chronique.
- 2-Elaborer une conduite à tenir cohérente.
- 3-Connaitre les principaux diagnostics différentiels.
- 4-Prescrir les examens complémentaires pertinents.
- 5-Citez et argumenter les principales étiologies.
- 6-Proposer un traitement symptomatique ou idéalement étiologique

PLAN

1-Définition –Généralités

2-Physiologie de la digestion

3-Conduite à tenir

4-Diagnostic différentiel

5-Principales étiologies

6-Conduite thérapeutique

7-Conclusions

1-Définitions-Généralités

-La diarrhée est définie par un **poids moyen des selles supérieur à 300 g/24 h**

- **Aigue:** 2 semaines
- **Prolongé:** entre 2 et 4 semaines
- ***Chronique: au delà de 4 semaines***

-**Problème** fréquemment rencontré en pratique clinique.

-Les étiologies sont **très nombreuses.**

-Les mécanismes physiopathologiques sont multiples

un interrogatoire soigneux **un examen clinique complet +++**

- **2** types de diarrhée chronique:

- **Les diarrhées chroniques avec syndrome de malabsorption**
- **Les diarrhées chroniques sans syndrome de malabsorption,** dites **diarrhées hydriques ou hydro-électrolytiques**

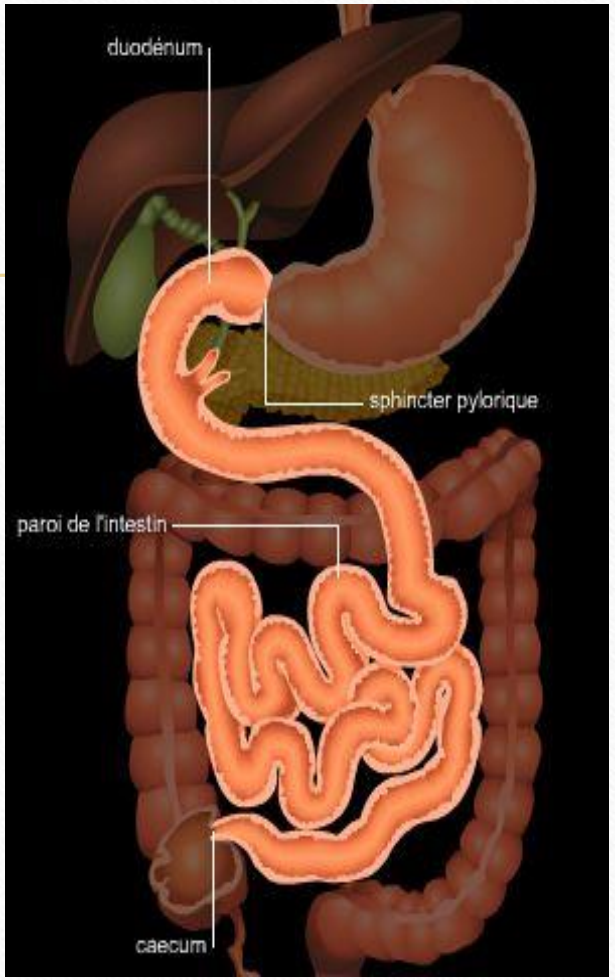
2-Physiologie de la digestion

- L'intestin grêle: site quasi-exclusif de l'absorption.
- long de 4 à 7m s'étand de l'angle de Treitz à la valvule de Bauhin, composé du jéjunum (2/5) et de l'iléon (3/5).

➢ **La digestion:** dégradation des grosses molécules alimentaires en unités de base, facilement assimilables.

➢ **L'absorption:** passage des produits de la digestion de la lumière du TD à la circulation (sanguine ou lymphatique)

- En pratique le terme de malabsorption est utilisé pour désigner toute anomalie de la séquence digestion-absorption.

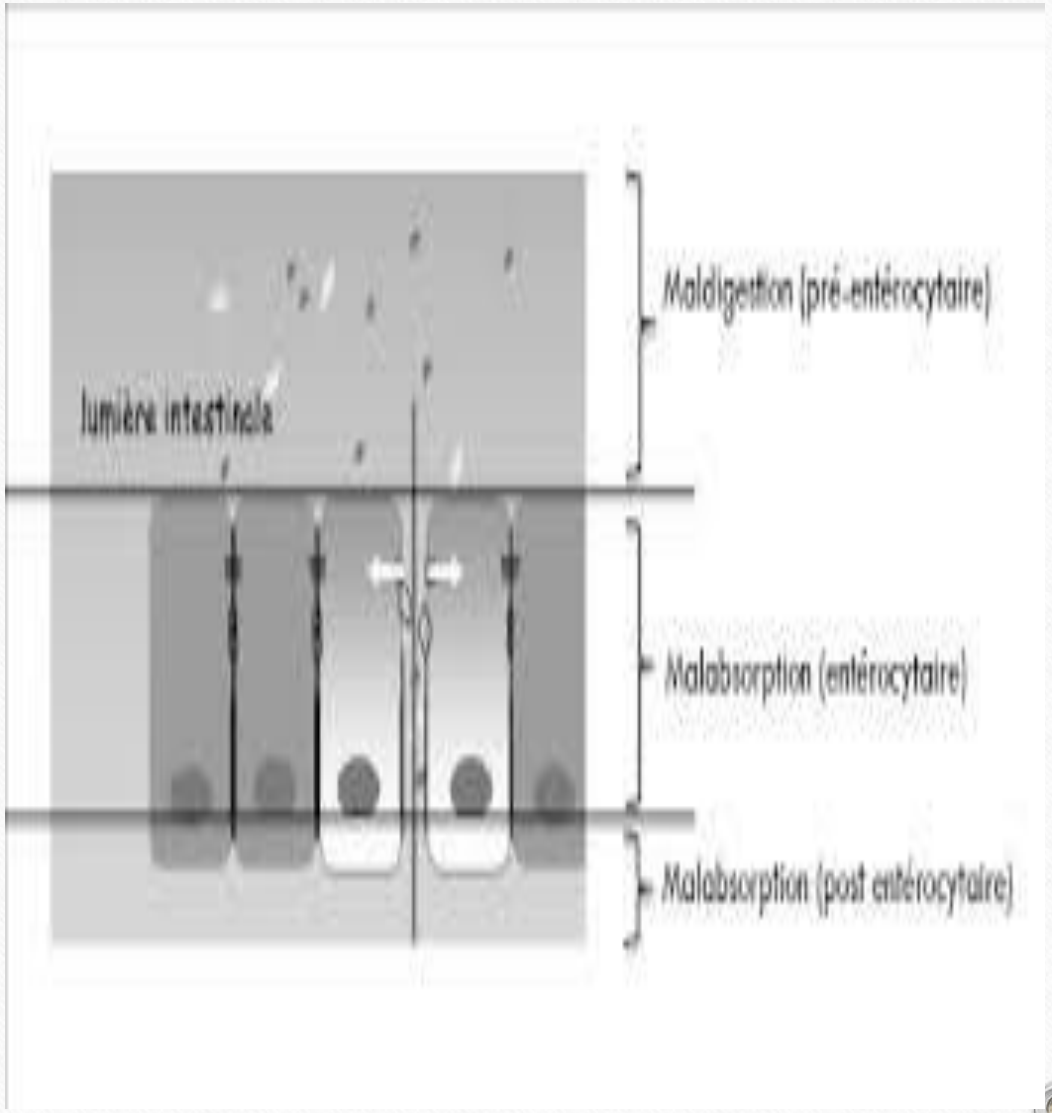


Mécanismes de malabsorption:

- ***Malabsorption pré-entérocytaire :*** une **maldigestion** des nutriments qui empêche leur absorption ensuite par les entérocytes.

- ***Malabsorption entérocytaire*** **:** une **altération** de la paroi digestive et des entérocytes

- ***Malabsorption post-entérocytaire*** **:** **le transport** des nutriments vers les vaisseaux lymphatiques et sanguins est altéré.



DIARRHEE CHRONIQUE SANS MALABSORPTION

- Quatre mécanismes :

- Motrice
- Sécrétoire
- Osmotique
- Exsudative

3-Conduite à tenir

- La démarche diagnostique : rigoureuse et passe par 3 étapes :

1. Une enquête clinique initiale et surtout **l'interrogatoire +++** avec prescription d'un **minimum** d'examens biologiques.
2. Une étape d'explorations morphologiques et biologiques.
3. Des examens biochimiques des selles et des explorations fonctionnelles.

-Intérrogatoire

- **Complet** et **systématisé**

Bien conduit → des renseignements de grande valeur

- On étudiera successivement:

1- Les antécédents

2- Le terrain

3- Les caractères de la diarrhée

4- Les signes associés

1-Les antécédents:

1-a-Antécédents personnels :

- Chirurgie digestive (vagotomie, gastrectomie, résection du grêle ou du côlon)
- Polypes et cancers coliques, autres cancers
- Pathologie préexistante : hépatobiliaire, endocrinien (Diabète ou hyperthyroïdie), vasculaire, neurologique, psychiatrique, maladie de système, vascularite …)
- Statut sérologique (VIH).
- Intolérance au lait.
- Alcoolisme chronique et/ou tabagisme.
- Prise des médicaments: veino-toniques, hormones thyroïdiennes, biguanides, laxatifs, AINS, antibiotiques …
- Radiothérapie avec irradiation abdominale et pelvienne,

1-b:Antécédents familiaux :

- Terrain génétique prédisposant :

  Pathologie thyroïdienne , Diabète insulino-dépendant, Maladie coeliaque, MICI.

- - Polypes ou cancers colorectaux.
- -Maladies à transmission génétique : Polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch, Néoplasie endocrine multiple (types 1 ou 2)

2-Terrain:

-Alimentation habituelle.

- Profession.

- Voyages en zone tropicale.

- Profil psychologique.

3-Caractéres de la diarrhée :

- Installation brutale ou progressive
  - Ancienneté
  - continu ou rémissions spontanées
  - Facteurs déclenchant ou aggravant (aliments, stress, médicaments)
- Fréquence
- Horaire des exonérations (nocturnes, « réveille-matin », postprandiales)
- Impériosité ou non, incontinence ou suintements anaux
- Aspect des selles : fécales, afécales, grasses, décolorées, mousseuses, présence d'aliments non digérés et ingérés le jour même, glaires, pus, sang
- Efficacité des ralentisseurs du transit ou d'autres médicaments (antibiotiques, corticoïdes…)

- **Signes associés:**

➢ **Digestifs :**

-Douleurs abdominales : crampes, brûlures, pyrosis, coliques, épreintes, Koenig, siège,localisées ou non, anorectales.

-Ballonnement abdominal, borborygmes, émissions rectales de gaz,

-Nausées, vomissements, anorexie, polyphagie.

Diarrhée grêlique: selles abondantes, fétides parfois graisseuses associées à des douleurs abdominales diffuses ou péri-ombilicales avec retentissement sur l'état général +/- signes de MA.

Diarrhée colique: selles fréquentes, urgentes , peu abondantes + mucus ou sang rouge ou du pus, associée a des douleurs abdominales sur le cadre colique +/- retentissement sur EG (fonction de l'étiologie).

Extra-digestifs :

- Asthénie
- Amaigrissement
- Signes de carence en vitamines ou sels minéraux
- Manifestations des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) (fièvre, arthrites, signes oculaires, lésions cutanées, aphtes …)
- Flushes et autres manifestations du syndrome carcinoïde : bronchospasme, insuffisance cardiaque droite, souffle d'insuffisance tricuspidienne ou pulmonaire.

Signes cliniques	Syndromes et/ou maladies explorés
Glossite	Carence en micronutriments (carence d'apports ou malabsorption)
Anomalies des phanères (alopécie, ongles cassants), hyperpigmentation cutanée	Carences multiples en micronutriments
Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque
Hématomes, et hémorragies pour des traumatismes mineurs	Carence en vitamine K
Urticaire pigmentaire chronique	Mastocystose
Polyadénopathie périphérique	Lymphome, infection par le VIH, mycobactériose
Goître	Hyperthyroïdie Cancer médullaire de la thyroïde
Hypotension orthostatique sans tachycardie compensatrice	Dysautonomie secondaire à un diabète ou primitive

4-EXAMEN CLINIQUE

Général :

Poids, taille +++ → BMI

Etat général

Signes de dénutrition +++,Signes de déshydratation +++

Pâleur,oedèmes, fièvre

Examen digestif :

Inspection :

Météorisme, cicatrice abdominale

Palpation :

Masse abdominale inflammatoire, tumorale ou vasculaire, HPM tumorale ou non , SPM

Percussion :

Une matité déclive traduisant une ascite isolée ou associée à des OMI.

Examen proctologique :

Examen de la marge anale : fissure, fistule anale

Toucher rectal:

- Tonicité et contraction sphinctérienne
- Ampoule rectale : tumeur, fécalome, nodules dans le cul de sac de Douglas
- Examen du doigtier au retrait (aspect des selles)

Examen extra digestif :

-**Examen cutanéomuqueux :** Ictère , lésions cutanées (érythème noueux, pyoderma) buccales (aphtes, glossite, chéilite), génitales (aphtes)

-**Examen ostéo-articulaire :** articulations périphériques et axe pelvi-rachidien.

-**Examen neurologique :** Neuropathie périphérique , syndrome pyramidal.

-**Examen de la thyroïde :** goitre ou nodules.

-**Examen des aires ganglionnaires :** surtout ganglion de Troisier

-**Examen cardio-vasculaire:** souffle cardiaque (insuffisance tricuspidienne)

-Examen oculaire : rougeur, iritis, uvéite, épisclérite.

5-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En absence d'orientation (examens de 1ère ligne) :

Biologique :

- NFS plaquettes, ionogramme sanguin avec kaliémie, créatininémie, calcémie, TP, protidémie, ferritinémie.
- électrophorèse des protides →Bilan de retentissement
- VS, CRP → Sd inflammatoire
- Sérologie VIH et TSH
- Etude parasitologique des selles :3 jours de suite (coproculture sans intérêt)

Examens endoscopiques : ++++

-FOGD avec biopsies gastrique et duodénale :

-la maladie cœliaque (atrophie duodénale) ou un lymphome intestinal (gros plis, nodules, ulcérations, sténose au niveau du duodénum)

-une maladie de Crohn (lésions antroduodénales :gros plis ulcération)

-Coloscopie totale et iléoscopie : affections tumorales ou inflammatoires avec biopsies ileo-coliques systématiques étagées (au moins 8).

Examens d'imagerie :

- **ASP**
- **Echographie abdominale :** épaississement pariétal intestinal, adénopathies, anomalies morphologiques du pancréas…
- **TDM abdominopelvienne** (+++ coupes pancréatiques)

Si orientation étiologique , ou en fonction des résultats du bilan de 1ère ligne ci dessus, on peut demander un ou plusieurs des examens suivants

Les examens de 2ème ligne :

Examens des selles :

- ***Le fécalogramme:***

- *Le poids* moyen des selles (< 200mg/24h).
- *Stéatorrhée:* taux de graisses fécales > 6 g/24 heurs
  -entre 6 et 14 g/24 heurs peut se voir au cours d'une diarrhée motrice (stéatorrhée d'entrainement)
  - une stéatorrhée > 14g/24 heurs = une malabsorption.

- *Clairance de l'alpha-1- antitrypsine: glycoprotéines synthétisée par le foie, présente dans les liquides biologiques et dans les selles,* élevée dans les entéropathies exsudatives.

- *Le taux d'élastase fécale*: bas est un bon marqueur d'une insuffisance pancréatique exocrine.

- *Le taux de la calprotectine fécale:* élevé est un bon marqueur d'une inflammation colique (et parfois iléale).

-***Trou osmotique :*** *en cas de suspicion d'une* une diarrhée osmotique

trou anionique : la différence entre la somme des cations et celle des anions du plasma sanguin.

$([Na^+]+[K^+])-([Cl^-]+[HCO_3^-])$ (en mmol/l)

• Elevé, il évoque la présence d'un soluté osmotiquement actif : lactose, sel de magnésium,laxatif…

-***Recherche de laxatifs dans les selles:*** le prise cachée de laxatifs

-***La mesure de la PH fécal:*** acide = malabsorption des hydrates de carbone

-***Le test au rouge carmin:*** qui mesure la vitesse du transit oro-anal.

Tests dynamiques ou fonctionnels :

- ***Test au D-xylose :***
  - Test global d'absorption
  - Il existe un faux positif dans la pullulation bactérienne chronique du grêle

- ***Test de Schilling avec facteur intrinsèque :***

  Il mesure l'absorption de la vitamine B12 au niveau de l'iléon terminal.(rarement fait)

Autres examens :

- ***Transit de grêle:*** permet de définir les paramètres normaux suivants
  - Le temps de transit pyloro-caecal: N = 3 à 4 heures
    Accéléré si moins de 1h 30mn.
  - Le calibre moyen du grêle en réplétion complète au niveau du jéjunum (25 mm)
  - Le pli (valvule) qu'est de 1,5 mm, l'interpli qui mesure 4 mm en moyenne

- ***L'IRM abdominale*** : signe de pancréatite chronique ou de tumeur (adénocarcinome ou tumeur endocrine).

- ***Entéroscanner, vidéo-capsule endoscopique du grêle et l'entéroscopie à double ballon.***

-***Dosages Hormonaux*** : en cas de négativité du bilan digestif ou lorsqu'il existe une orientation vers ce type de pathologie:

- La gastrinémie = syndrome de Zollinger Ellison.
- La sérotonine, 5 HIAA urinaire = syndrome carcinoïde.
- La thyrocalcitonine = cancer médullaire de la thyroïde
- Le VIP = VIPome.

4-DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL:

1-La fausse diarrhée du constipé : dans le cadre de TFI.

2-**L'incontinence anale** (très fréquente): évoquée à l'interrogatoire et au TR.

3-**Le syndrome rectal :** il associe: d'écoulements anormaux : glaires ou sécrétions muco-purulentes ; de faux besoins : sensation de pesanteur, de corps étranger intra-rectal ; de manifestations douloureuses: ténesmes et épreintes.

5-LES ETIOLOGIES

A-Diarrhée chronique avec syndrome de malabsorption :

Malabsorptions pré-entérocytaires ou luminales	Malabsorptions entérocytaires ou pariètales	Malabsorptions post-entérocytaires
➢ Déficit enzymatique pancréatique = **insuffisance pancréatique exocrine :** pancréatite chronique, tumeur du pancréas ... ➢ **Déficit enzymatique d'origine biliaire :** cholestase, fistule biliaire ... ➢ **Pullulation bactérienne chronique du grêle**	➢ **Maladie cœliaque +++** ➢ Déficit immunitaire en immunoglobulines ➢ **Parasitoses :** lambliase ++, cryptosporidiose... ➢ **Maladie de Crohn du grêle** ➢ **Iatrogénie :** grêle court/ **grêle radique** ➢ **Maladie de Whipple**	➢ **Anomalies lymphatiques primitives :** lymphangiectasies intestinales primitves (Maladie du Waldmann) ➢ **Anomalies lymphatiques secondaires :** compression lymphatique d'origine tumorale, ganglionnaire ...

B- Diarrhée chronique sans syndrome de malabsorption:

1. D. Motrice
2. D. Osmotique
3. D. Sécrétoire
4. D. Volumogénique
5. Autres causes

1-Diarrhée motrice

-Nombreuses (≥ 5/24h), de petit volume (≤ 500 g/24h), hydrique avec des résidus alimentaires ingérés le jour même

-Matinal et postprandial précoce des selles, rareté des selles nocturnes +++

-Besoins d'exonération impérieux, douleurs abdominales

-Amélioration lors de la prise de ralentisseurs du transit (lopéramide, codéine…) +++ et aggravation par le stress

- Conservation de l'EG ++

-Absence de déshydratation et de troubles de l'équilibre hydroélectrolytique

-Absence de signes de carence spécifique (malabsorption)

Diagnostic: Le test au rouge carmin: la première selle rouge après < 8 h
Stéatorrhée!

Les étiologies

-Endocriniennes:

- *Hyperthyroïdie:* dosage de TSH
- *Carcinome médullaire de la thyroïde*: dosage de la thyrocalcitonine
- *Syndrome carcinoïde*: lié à la hypersécrétion de la sérotonine → flushes, HPM tumorale et+/- une atteinte cardiaque droite (IT)

-Causes nerveuses :Vagotomie tronculaire ou sélective, Neuropathie diabétique et amylose , Syndrome dysautonomique

-Lésions organiques du tube digestif :

- Gastrectomisés
- Lésions iléales terminales < 1 m (entéropathies choléréiques : résection intestinale, Crohn

-Les trouble fonctionnels intestinaux (TFI)+++: dgc d'élimination

b-diarrhée osmotique :

Due à l'ingestion de solutés **partiellement ou non absorbables** entraînant un appel osmotique d'eau et d'électrolytes dans le grêle.

Dans les selles, il exister un **trou osmotique** représenté par le soluté malabsorbé (> 125 mOsm/kg).

-Selles hydrique, mousseuses Nombre, volume et horaires des selles dépendent de l'agent responsable, cède à l'arrêt de l'ingestion de l'agent responsable

- Coliques abdominales, borborygmes, excès de gaz, irritation anale
- **Pas de retentissement sur l'état général**
- **étiologies**
  - **-Déficit en lactase :** très fréquent, mais rarement symptomatique(déficit en d'autres enzymes saccharase-isomaltase)
  - **-Laxatifs osmotiques +++ :**mannitol, sorbitol, lactulose.
  - **-Antiacides** à base de magnésium
  - **-Confiseries**, **chewing-gum** « sans sucre » +++

C-diarrhée sécretoire:

-Abondante (> 500 g/24h) ,ne cède pas au jeûne, pas de trou osmotique, risque de déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle, hypokaliémie, Acidose métabolique

Les étiologies :

- Laxatifs irritants.
- Médicaments : biguanide, colchicine, digitaliques …
- Résections iléales < 1 m.
- Lésions organiques coliques : polypose adénomateuse familiale, tumeurs villeuses hypersécrétantes, colite microscopique (collagène ou lymphocytaire,médicamenteuse), sténoses coliques incomplètes, MICI
- Infections : lambliase, amibiase et, en cas de SIDA : cryptosporidiose, microsporidiose, CMV
- Tumeurs endocrines : VIPome → Vipémie.

D-diarrhée volumigénique:

Inondation de l'intestin par une des sécrétions digestives hautes (+++ hypersécrétion gastrique acide)

La diarrhée est rarement le signe prédominant

Les étiologies

Syndrome de Zollinger-Ellison: Tumeurs endocrines sécrétant de la gastrine

6-Conduite thérapeutique

-La correction des troubles hydro-électrolytiques induits par la diarrhée.

-La correction des carences induites par une malabsorption.

- Le traitement de la diarrhée est avant tout étiologique.

- Lorsque l'étiologie n'a pas de traitement spécifique ou si diarrhée fonctionnelle, le traitement est symptomatique et repose essentiellement sur les médicaments ralentisseurs du transit.

7-Conclusions

-Les causes de diarrhée chronique sont nombreuses.

-L'affection responsable peut être gastrique, pancréatique, jéjuno-iléale,
colique, extradigestive, métabolique, endocrinienne ou neurologique.

- Une affection organique doit toujours être recherchée
- l'exploration doit éviter deux erreurs : multiplier les examens coûteux et souvent déplaisants pour une simple colopathie ; et inversement, méconnaître une malabsorption du grêle.