

SYNDROME DE MALABSORPTION

Diarrhée chronique
Maladie coeliaque

SYNDROME DE MALABSORPTION

Association :-syndrome carentiel clinique et biologique
- diarrhée chronique

A- Syndrome carentiel :

- 1- Asthénie –amaigrissement- anémie- chute de cheveux –oedemes des membres inférieurs –douleurs osseuses- ecchymoses
- 2- Hypoprotidemie –hypoalbuminemie- hypocholestérolémie- anémie hypochrome, ou mégaloblastique -hypocalcémie- parfois hypoprothrombinémie « chute du TP »

B-Diarrhée chronique :

Augmentation du poids de la selle sup> 300g/24Hpendant une durée minimum De 4/semaines.

I-BILAN ETHIOLOGIQUE :

A/ malabsorption par perte anatomique d'un segment du grêle :

Ceci se rencontre lors des résections > à 1m de l' intestin grêle -lors des courts circuits grêliques – lors des fistules grêlo- grêlique –ou grêlo- colique.

B/malabsorption post Enterocytaire :

Les principales causes de diarrhées exudatives, elles sont en rapport avec un mauvais drainage lymphatico- veineux, les causes sont multiples : cirrhose – Pancréatite chronique –ADP mésentériques –fibrose rétro-péritoniale .

DC+ : scanner –lymphographie

Traitement : fonction de l'étiologie.

C/malabsorption d'origine pré -entérocytaire :

- pullulation microbienne intraluminaire : lors d'une gastrectomie –sténoses grêliques - diverticule du grêle – troubles de la motricité du grêle.

DC+ : **1-** Tubage duodénal protégé avec culture aéroanaérobie, la présence de germe >10⁹ /ml

2 -Les tests respiratoires doivent être fait soit au C14 soit H₂

- Causes parasitaires :

Lambliaze -coccidiose –anguillulose.....

D/ malabsorption d'origine Enteroctaire :

1-les causes villositaires par atrophie totale :

1-1 : maladie coeliaque : allergie au gluten plus précisément à sa fraction appelée GLIADINE, il s'agit d'une maladie auto-immune .

- Cette substance se trouve dans le BLE – ORGE –LE SEIGLE – moins dans l'AVOINE TOUS LES PRODUITS INDUSTRIELS « les conserves-les colorants –conservateurs »Se voit chez l'enfant ainsi que l'adulte,

a/CLINIQUE :

Le tableau est polymorphe , le plus souvent fait d'une diarrhée chronique – stéatorrhée avec un syndrome carenciel clinico- biologique.
Parfois la maladie coeliaque peut se révéler par des manifestations extra – digestives « -hépatiques- dermatologiques –endocriniennes

b/DIAGNOSTIC :

1-Biopsie duodénale : Etude histologique retrouve :

1-atrophie villositaire totale

2-hypertrophie compensatrice des cryptes

3-infiltrat inflammatoire lympho –plasmocytaire du chorion

4-présence de lymphocytes intra épithéliaux >20%

5-rapport cryptes/villosités>1

2-Immunologie : présence d'anticorps spécifiques

Ac anti gliadine type IgA-IgG

Ac anti Endomysium

Ac anti transglutaminase

3-Radiologie :

Transit du grêle met en évidence des signes de malabsorption :

- ❖ Moulage des anses
- ❖ Flocculation de la baryte
- ❖ Disparition de l'aspect en feuille de fougère du jéjunum
- ❖ Accélération du transit

d/TRAITEMENT :

-Régime sans GLUTEN stricte en attendant la « pilule miracle PROLYL-ENDOPEPTIDASE »

- La réponse clinique en 4-5mois
- La réponse biologique en 4-6 semaines
- La réponse histologique en 9-12 mois
- La réponse immunologique en 4-6 mois

NB/une résistance au régime peut nécessiter une corticothérapie ou une alimentation parentérale.

• AUTRES CAUSES D'ATROPHIE VILLOSITAIRE /

Sprue tropicale –toutes les carences en Ig globales –lambliaze- dermatite herpétiforme.....

2- Malabsorption IIaire à une infiltration du chorion :

A/Maladie de whipple : Etiologie inconnue due à une infiltration par des macrophages PAS+correspondants à des Bactéries.

L'âge = 40-50 ans –polyarthrite sero—ADP – fièvre –hyper pigmentation – Diarrhée avec malabsorption.

DC+ : biopsie du grêle ou d'une des adénopathies « ADP »

TRT : très favorable sous antibiothérapie

B/lymphomes primitifs du grêle « voir cours »

Lymphome occidental

Lymphome méditerranéen

E/ Malabsorption par déficit enzymatique :

Dès l'enfance

a/ carence en disaccharidase :

Diarrhée hydroélectrolytique –souvent précédée de douleurs –de ballonnements.

- ❖ DC+ : courbe plate après ingestion de disaccharide
- ❖ La preuve formelle : dosage de la disaccharidase dans la muqueuse jéjunale.

b/ autres carences :

-Anomalies d'absorption des acides aminées

-A β lipoprotéinémie.

-défaut d'absorption en vitamine B12.

II. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

1 Biologiques : FNS- VS- bilan métabolique et nutritionnel

2 Tests fonctionnels :

- Test au D- xylose « test d'absorption duodeno- jéjunale » -
- Test Schilling « test l'absorption iléale »

3 Fibroscopie avec biopsies

4 Coloiéscopie avec biopsies

5 Tomodensitométrie abdominale

6 Transit du grêle

SYNDROME DE MALABSORPTION

Diarrhée chronique

Maladie coeliaque

Professeur : C.MANOUNI
SERVICE DE GASTRO-ENTEROLOGIE
EHU ORAN

Quel examen permet d'établir le diagnostic de malabsorption ?

Quels sont les deux mécanismes pouvant entraîner une malabsorption ?

Quelles sont les principales causes de malabsorption ?

Quelles sont les principales maladies intestinales s'accompagnant de malabsorption ?

Quelle est la principale cause d'atrophie villositaire totale ?

Qu'est ce que la maladie coeliaque ?

Quelles sont les anomalies sur les biopsies du grêle lors de la maladie coeliaque ?

Comment la prise de sang peut-elle faire envisager une maladie coeliaque ?

Quel est le principe du traitement de la maladie coeliaque ?

Qu'est ce que la maladie de Whipple ?

Quelles sont les causes et les conséquences de la pullulation microbienne dans le grêle ?

Comment faire le diagnostic de pullulation microbienne dans l'intestin grêle ?

1. Quels sont les symptômes devant faire rechercher une malabsorption ?

On doit évoquer une malabsorption si on constate les signes cliniques suivants même en l'absence de diarrhée chronique, et d'autant plus que plusieurs d'entre eux sont associés :

- une diarrhée chronique ;
- une altération de l'état général, amaigrissement ;
- des oedèmes déclives ;
- une anémie microcytaire ferriprive ;
- des douleurs osseuses révélatrices d'une ostéomalacie ;
- des crises de tétanie ;
- un syndrome hémorragique sans insuffisance hépatocellulaire ni maladie hématologique connue ;
- des altérations de la peau et des phanères (koïlonychie)

2. Quels sont les signes biologiques évocateurs de malabsorption ?

Ce sont :

- une hypoalbuminémie ;
- une hypocalciurie, une hypocalcémie, une hypophosphorémie ou une hypomagnésémie ;
- une augmentation des phosphatases alcalines (d'origine osseuse)
- une anémie microcytaire par carence en fer, ou, plus rarement, macrocytaire par carence en folates ou en vitamine B₁₂ ;
- une sidéropénie avec élévation de la capacité totale de saturation de la sidérophiline ;
- une ferritinémie basse,
- la chute des facteurs de coagulation vitamine K-dépendants.

3-

C'est le dosage des lipides dans les selles. On trouve en général plus de 20 g par 24 heures.

4. Quels sont les deux mécanismes pouvant entraîner une malabsorption ?

Le premier est une digestion insuffisante des lipides dans la lumière du grêle. La cause peut être une insuffisance de sécrétion pancréatique exocrine, une inactivation des enzymes pancréatiques ou une insuffisance de sels biliaires dans la lumière (quantitative par cholestase chronique ou réduction du pool), ou qualitative par déconjugaison bactérienne résultant d'une pullulation dans la lumière intestinale.

Le second est une anomalie du grêle, presque toujours de la muqueuse, qui empêche l'absorption des produits de la digestion luminale, laquelle s'est faite normalement.

5. Quelles sont les principales causes de malabsorption ?

Ce sont les insuffisances pancréatiques surtout par pancréatite chronique, les cholestases chroniques comme dans la cirrhose biliaire primitive, l'exceptionnel syndrome de Zollinger-Ellison, les pullulations microbiennes entériques, les maladies entériques (surtout maladie coeliaque

.6. Quelles sont les principales maladies intestinales s'accompagnant de malabsorption ?

Ce sont :

- les atrophies villositaires (de loin les plus fréquentes, les autres sont très rares)
- les infections ou inflammations étendues du grêle (maladie de Crohn, tuberculose ou maladie de Whipple) ;
- les localisations intestinales des maladies générales (amylose et sclérodermie) ;
- la lambliaze, en général associée à un déficit immunitaire (déficit en IgA ou carence globale en immunoglobulines) ;
- les insuffisances circulatoires intestinales ;
- les causes iatrogènes (entérectomie étendue), la radiothérapie et médicaments (colestyramine, néomycine)
- les infiltrations tumorales (lymphomes).

7. Quelle est la principale cause d'atrophie villositaire totale ?

C'est la maladie coeliaque.

Les autres causes sont exceptionnelles :

- sprue tropicale ;
- carence globale en immunoglobulines ;
- médicaments, notamment antibiotiques (néomycine) et anticancéreux ;
- radiothérapie abdominale.

.8. Qu'est ce que la maladie coeliaque ?

La maladie coeliaque est définie par :

- un syndrome clinique et/ou biologique de malabsorption entérique globale ou plus souvent dissociée (anémie microcytaire isolée par exemple) ;
- histologiquement, une atrophie villositaire totale ou subtotale ;
- la régression de la diarrhée et des carences par le régime sans gluten. La régression des signes histologiques, également nécessaire, se fait en plusieurs mois.

La maladie coeliaque est due à une sensibilisation au gluten et à une réaction immuno-allergique aux protéines du gluten (gliadine) chez des sujets génétiquement prédisposés. Selon les pays et les critères diagnostiques retenus, la prévalence de la maladie dans la population va de 1/250 à 1/6 500 sujets. Les formes peu symptomatiques voire asymptomatiques sont les plus fréquentes.

