

# SYNDROME DE MALABSORPTION - DIARRHÉE CHRONIQUE - MALADIE CŒLIAQUE

## I. SYNDROME DE MALABSORPTION :

**Association :** syndrome carenciel clinique et biologique, diarrhée chronique.

### a) SYNDROME CARENCIEL :

- Asthénie, amaigrissement, anémie, chute des cheveux, œdème des membres inférieurs, douleurs osseuses, ecchymoses.
- Hypo protidémie, hypo albuminémie, hypo cholestérolémie, anémie hypochrome, ou mégaloblastique, hypo calcémie, parfois hypo prothrombinémie (chute du TP).

### b) DIARRHÉE CHRONIQUE :

Augmentation du poids de la selle supérieur à 300g/24h pendant une durée minimum de 4 semaines.

## II. BILAN ÉTIOLOGIQUE :

### A. MALABSORPTION PAR PERTE ANATOMIQUE D'UN SEGMENT DU GRÊLE :

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

### B. MALABSORPTION POST ENTÉROCYTAIRE :

Les principales causes de diarrhées exsudatives, sont en rapport avec un mauvais drainage lymphatico-veineux, les causes sont multiples : cirrhose, pancréatite chronique, adénopathies mésentériques, fibrose rétro péritonéale.

**Diagnostic positif :** Scanner, lymphographie.

**Traitement :** fonction de l'étiologie.

### C. MALABSORPTION D'ORIGINE PRÉ-ENTÉROCYTAIRE :

- **Pullulation microbienne intra luminale :** lors d'une gastrectomie, sténoses grêliques, diverticule du grêle, troubles de la motricité du grêle.

**Diagnostic positif :** tubage duodéal protégé avec culture anaérobie, la présence de germes supérieur à  $10^9$ /ml et les tests respiratoires doivent être fait soit au  $C^{14}$  soit  $H_2$ .

- **Causes parasitaires :** lambliaze, coccidiose, anguillulose.

### D. MALABSORPTION D'ORIGINE ENTÉROCYTAIRE :

#### 1) LES CAUSES VILLOSITAIRES PAR ATROPHIE TOTALE :

**Maladie cœliaque :** allergie au gluten, plus précisément à sa fraction appelée GLIADINE, il s'agit d'une maladie auto-immune. Cette substance se trouve dans le blé, orge, le seigle, moins dans l'avoine et tous les produits industriels (les conserves, colorants, conservateurs, ..). Se voit chez l'enfant ainsi que l'adulte.

#### **Clinique :**

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

#### **Diagnostic :**

**Biopsie duodénale :** étude histologique, retrouve :

- Atrophie villositaire totale.
- Hypertrophie compensatrice des cryptes.
- Infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire du chorion.
- Présence de lymphocytes intra épithéliaux supérieur à 20%.
- Rapport cryptes/villosités supérieur à 1.

**Immunologie** : présence d'anticorps spécifiques :

- Anticorps anti gliadine type IgA-IgG.
- Anticorps anti endomésium.
- Anticorps anti transglutaminase.

**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.

**Traitement** :

- Régime sans gluten stricte en attendant la pilule miracle PROLYL-ENDOPEPTIDASE.
- La réponse clinique en 4-5 mois.
- La réponse biologique en 4-6 semaines.
- La réponse en 9-12 mois.
- La réponse immunologique en 4-6 mois.

**N.B** : une résistance au régime peut nécessiter une corticothérapie ou une alimentation parentérale.

2) AUTRES CAUSES D'ATROPHIE VILLOSITAIRE :

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

3) MALABSORPTION SECONDAIRE À UNE INFILTRATION DU CHORION :

**Maladie de Whipple** :

Étiologie inconnue due à une infiltration par des macrophages PAS<sup>+</sup> correspondant à des bactéries.  
Age : 40-50 ans, polyarthrite séronégative, adénopathies, fièvre, hyperpigmentation, diarrhée avec malabsorption.

**Diagnostic positif** : biopsie du grêle ou d'une des adénopathies.

**Traitement** : très favorable sous antibiothérapie.

**Lymphomes primitifs du grêle** : (voir cours)

Lymphome occidental, lymphome méditerranéen.

E. MALABSORPTION PAR DÉFICIT ENZYMATIQUE :

Dès l'enfance.

CARENCE EN DISACCHARIDASE :

Diarrhée hydro électrolytique, souvent précédée de douleurs, de ballonnements.

**Diagnostic positif** : courbe plate après ingestion de disaccharide.

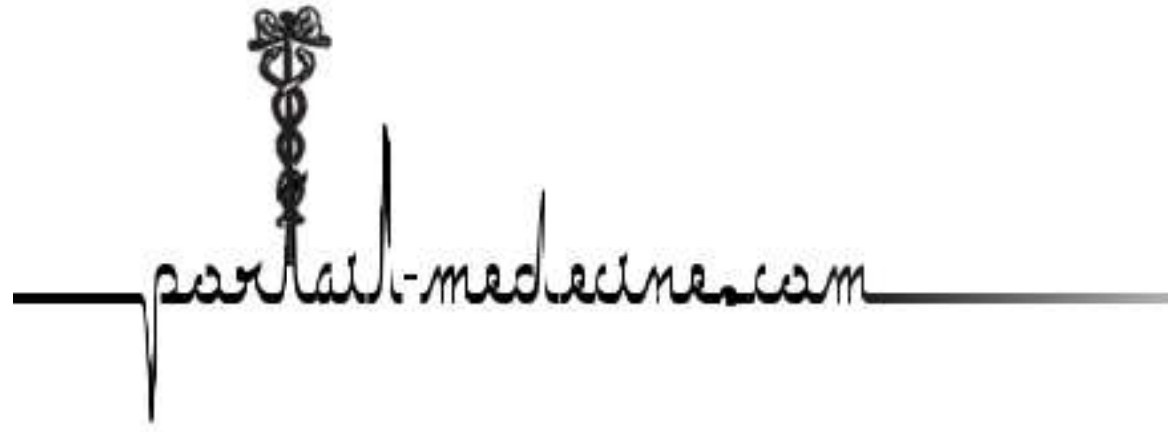
**Preuve formelle** : dosage de la disaccharidase dans la muqueuse jéjunale.

AUTRES CARENCES :

- Anomalies d'absorption des acides aminés.
- $\alpha\beta$  lipoprotéïnémie.
- Défaut d'absorption de vitamine B12.

### III. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

- Biologiques : NFS, VS, bilan métabolique et nutritionnel.
- Tests fonctionnels :
  - Test au D-xylose (test d'absorption duodéno-jéjunale).
  - Test de Schilling (test de l'absorption iléale).
- Fibroscopie avec biopsies.
- Colo-iléo scopie avec biopsies.
- Tomodensitométrie abdominale.
- Transit du grêle.



**Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.**

*Auteur :*

*Numérisation: Amine Meghaizerou, Zino Belaib le 23 September 2014*