

REPUBLIQUE ALGERRIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE

Module d'Hépto-gastroentérologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

DIARRHEES CHRONIQUES

Dr M. BOUMENDJEL

Maitre assistant

Service Hépto-gastroentérologie

CHU Constantine

PLAN

I-INTRODUCTION :

- 1- Définitions
- 2- Diagnostic différentiel

II-DEMARCHE CLINIQUE ET PARA CLINIQUE :

- 1- Interrogatoire :
 - a- Le terrain et les antécédents
 - b- Les caractères de la diarrhée
 - c- Les signes associés
- 2- Examen clinique
- 3- Examens complémentaires :
 - a- examens biologiques :
 - Bilan de retentissement et d'exploration systématique
 - Bilan spécifique : à demander en fonction de l'orientation étiologique
 - b- examens morphologiques

III-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

- 1- Diarrhée chronique avec malabsorption :
 - a-Signes cliniques
 - b-Les tests biologiques
 - c-Mécanismes et causes de la malabsorption :
 - Maldigestion
 - Malabsorption entérocytaire
 - Malabsorption post entérocytaire
- 2- Diarrhée chronique sans malabsorption :
 - a-Diarrhée motrice
 - b-Diarrhée sécrétoire
 - c-Diarrhée osmotique
 - d-Diarrhée exsudative

IV-CONCLUSION

Diarrhées Chroniques

I-INTRODUCTION :

1-Définitions :

- *La diarrhée est définie par des émissions quotidiennes de selles :
 - trop abondantes Poids > 300g/j
 - et/ou trop fréquentes > 3émissions/j
 - et/ou trop liquides
- *Une diarrhée est dite :
 - aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de 2 semaines
 - prolongée lorsqu'elle évolue depuis 2 à 4 semaines
 - chronique lorsqu'elle évolue depuis plus d'un mois.**

2-Diagnostic différentiel :

- La fausse diarrhée des constipés : due à l'exsudation de la muqueuse colique au contact de selles dures
- L'incontinence anale
- La diarrhée factice induite par les laxatifs

II-DEMARCHE CLINIQUE ET PARA CLINIQUE :

1-Interrogatoire :

a-Le terrain et les antécédents :

- les antécédents familiaux ou personnels de troubles fonctionnels intestinaux, de maladies auto-immunes, d'affection rhumatismale ou de néoplasies (cancer colorectal, néoplasies endocriniennes multiples).
- les antécédents personnels de résection intestinale, d'irradiation abdomino-pelvienne, d'endocrinopathie (diabète, affection thyroïdienne).
- les antécédents familiaux de MICI, de maladie cœliaque et de polypose recto colique
- notion d'intolérance alimentaire.
- les voyages avant le début de la diarrhée.
- les médicaments pris depuis que la diarrhée est apparue et dans les 3 mois précédant son apparition, en particulier les AINS et les antibiotiques.

b-Les caractères de la diarrhée :

-l'ancienneté de la diarrhée : ancienne ou récente

-le mode d'apparition : brutal ou progressif

-facteurs déclenchants : aliments, médicaments, stress...

-caractères de la selle :

/Nombre de selles par jour : les selles nombreuses orientent vers une origine colique

/Abondance des selles : les selles abondantes et volumineuses orientent vers une origine grêlique

/Horaire de la selle : per ou post prandiale (diarrhée motrice), uniquement diurne (colon irritable), diurne et nocturne (diarrhée de cause organique)

/Aspect des selles : aspect graisseux (diarrhée avec malabsorption), présence d'aliments non digérés (diarrhée motrice), présence de glaires, de sang, de pus (diarrhée exsudative).

/Facteurs sédatifs : le jeûne, les antibiotiques, les ralentisseurs du transit

c-Les signes associés :

-signes digestifs : douleurs abdominales, hémorragie digestive, syndrome rectal (ténésme, faux besoins), syndrome de Koenig, ballonnement abdominal

-signes extra digestifs : fièvre, crampes, arthralgies, céphalées, asthénie, perte de poids.

2-Examen clinique :

-signes de retentissement de la diarrhée : perte de poids, syndrome anémique (pâleur cutanéomuqueuse, glossite et trouble des phanères), signes de déshydratation

-signes d'orientation étiologique : masse abdominale, hépatomégalie, ascite, fistule anale, ballonnement abdominal, adénopathies périphériques, dermatite herpétiforme, érythème noueux, mélanodermie, goitre, hypotension orthostatique, examen des vaisseaux périphériques et abdominaux...

3-Examens complémentaires :

a-examens biologiques :

-Bilan de retentissement et d'exploration systématique :

/FNS (recherche d'anémie carentielle)

/VS et CRP (syndrome inflammatoire)

/Ionogramme sanguin avec natrémie, kaliémie, calcémie, phosphorémie, magnésémie,

/La fonction rénale (urémie, créatininémie)

- /Ferritinémie, vitamine B12 et folates sériques
- /TP (taux bas en cas de malabsorption de la vitamine K)
- /Électrophorèse des protéines (hypo-albuminémie par exsudation).
- /Bilan lipidique : cholestérol et triglycérides
- /Coproculture et parasitologie des selles
- /Glycémie à jeun (diabète)
- /TSH (hyperthyroïdie)
- /sérologie VIH

-Bilan spécifique : à demander en fonction de l'orientation étiologique

- /Examen des selles :
 - * dosage de la stéatorrhée après recueil des selles de 3J (traduit une maldigestion ou malabsorption des graisses si elle est $> 6 \text{ g /24h}$)
 - * calcul de la clairance fécale d'alpha 1 antitrypsine (traduit l'existence d'une entéropathie exsudative)
 - * calcul de l'osmolarité fécale et le trou osmotique selon la formule $(290 - 2 \times [\text{Na} + \text{K}])$, dont une valeur > 50 suggère une diarrhée osmotique par la présence anormale de substances osmotiquement actives dans les selles
- /Le test au rouge carmin consiste à mesurer le temps séparant l'ingestion de rouge carmin et l'apparition de la première selle rouge. Un temps < 8 heures témoigne d'une accélération franche du transit intestinal (diarrhée motrice)
- /Le test respiratoire au glucose : perturbé en cas de pullulation microbienne
- /Le test respiratoire au lactose : perturbé en cas de déficit en lactase
- /Le test au D xylose et le test de Shilling (pour mettre en évidence une malabsorption au niveau du grêle proximal et l'iléon terminal respectivement)
- /Sérologie de la maladie cœliaque : anticorps anti transglutaminases, anti endomysium, anti gliadine et anti réticuline
- /Dosage de la gastrine : si suspicion d'un gastrinome (syndrome de Zollinger Ellison)
- /Dosage de la chromogranine A, sérotonine et 5 HIA urinaire : si suspicion de tumeur carcinoïde
- /Dosage de l'histamine : si suspicion de mastocytose
- /Dosage de VIP : si suspicion de VIPome
- /Dosage de thyrocalcitonine : si suspicion de cancer médullaire de la thyroïde
- /IDR à la tuberculine

b-examens morphologiques :

- La fibroscopie digestive haute avec biopsies du deuxième duodénum (à la recherche d'une atrophie villositaire et de parasites)
- La coloscopie totale avec iléoscopie et biopsies iléales et coliques étagées systématiques pour examen histologique et microbiologique

- Le lavement baryté si refus ou échec de la coloscopie ou si sténose infranchissable au coloscope
- L'entérocapsule qui permet d'explorer une grande partie de l'intestin grêle et de réaliser des biopsies
- La vidéocapsule du grêle. Une fois ingérée, la capsule enregistre les images de tout ou partie de la muqueuse de l'intestin grêle, mais elle ne permet pas de faire des biopsies.
- La TDM abdomino-pelvienne qui permet d'explorer le pancréas et peut mettre en évidence une tumeur abdominale ou des lésions compatibles avec une maladie de Crohn
- Le transit baryté du grêle et mieux encore l'entéro-TDM et l'entéro-IRM pour l'évaluation morphologique de la paroi de l'ensemble de l'intestin grêle
- L'Octréoscan seulement en cas de suspicion de tumeur endocrine

III-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

1-Diarrhée chronique avec malabsorption :

a-Signes cliniques :

-**Diarrhée chronique graisseuse** associée à un **syndrome carenciel** (syndrome anémique, douleurs osseuses liées à une ostéomalacie, crises de tétanie par carence en calcium et/ou magnésium, troubles visuels par carence en vitamine A...) et à **une perte du poids avec altération de l'état général**

b-Les tests biologiques :

-Syndrome carenciel biologique : anémie ferriprive, troubles ioniques, déficit vitaminiq, diminution du TP, du taux des protides, d'albumine, de cholestérol et de triglycéride...

-tests de malabsorption positifs : stéatorrhée > 6g/24h , test au D xylose et test de Shilling perturbés

c-Mécanismes et causes de la malabsorption :

-**Maldigestion** : digestion insuffisante des lipides dans la lumière de l'intestin grêle, la cause peut être :

/ une insuffisance de la sécrétion exocrine pancréatique (pancréatite chronique, cancer du pancréas à évolution lente)

/une insuffisance des sels biliaires dans la lumière intestinale, soit quantitative par cholestase chronique ou réduction du pool (résection iléale étendue), soit qualitative par déconjugaison bactérienne résultant d'une pullulation microbienne dans la lumière intestinale (favorisée par une stase intestinale au cours du diabète ou de la sclérodermie, ou bien favorisée par une anse borgne, une diverticulose, une obstruction chronique ou une achlorhydrie)

/Syndrome de Zollinger Ellison : lié à un gastrinome avec hypergastrinémie à

l'origine d'une hyperacidité qui a pour conséquence une inactivation de la lipase pancréatique

-Malabsorption entérocytaire : par atteinte de la muqueuse de l'intestin grêle, la cause peut être :

/la maladie coeliaque : c'est la cause la plus fréquente, elle est due à une intolérance aux protéines contenues dans le gluten entraînant une atrophie villositaire à l'origine d'un syndrome de malabsorption.

*sur le plan clinique : diarrhée chronique avec syndrome carenciel et Altération de l'état général

*sur le plan biologique : Syndrome carenciel de degrés variable
Stéatorrhée
Perturbation du test au D xylose
Positivité de la sérologie cœliaque

*sur le plan endoscopique : effacement ou diminution de la taille des valvules conniventes, parfois aspect de pavage ou aspect en mosaïque

*sur le plan histologique : l'étude au microscope des biopsies duodénales met en évidence une atrophie villositaire partielle, sub totale ou totale avec hypertrophie des cryptes et infiltration du chorion par des cellules mononuclées

*le traitement repose sur le régime sans gluten strict à vie

/la maladie de Whipple : maladie infectieuse due à *Tropheryma whipplei* entraînant une atrophie villositaire. Elle associe une diarrhée chronique à une polyarthrite et à des adénopathies périphériques. Le diagnostic repose sur la PCR dans le sang et l'étude histologique des biopsies duodénales qui met en évidence un infiltrat massif de la lamina propria par des macrophages PAS(+). Le traitement repose sur une antibiothérapie au long court

/les lymphomes intestinaux : prolifération lympho plasmocytaire du grêle, le diagnostic repose sur l'étude histologique et immuno histochimique des biopsies duodénales per endoscopiques

/l'entérite ischémique : souvent en rapport avec une insuffisance circulatoire chronique du territoire mésentérique chez un sujet âgé porteur d'une athérosclérose, le diagnostic repose sur l'échodoppler mais surtout l'artériographie abdominale

/l'entérite radique : après radiothérapie abdominale

/les Parasitoses intestinales : Lambliase

/l'Amylose : le diagnostic repose sur la mise en évidence de dépôts amyloïdes dans l'étude histologique des biopsies duodénales

/la tuberculose intestinale

/la maladie de crohn grêlique

/la gastroentérite à éosinophile

/résection grêlique étendue

-**Malabsorption post entérocytaire** : lymphangiectasie intestinale primitive « maladie de Waldmann » en rapport avec un défaut de développement des lymphatiques

2- Diarrhée chronique sans malabsorption :

-Caractérisée par :

- /Selles non graisseuses
- /Absence de syndrome carenciel
- /Absence de stéatorrhée.

-D'abord il faut éliminer certaines situations fréquentes dont l'orientation est apportée par l'interrogatoire :

- /diarrhée chronique au retour d'un voyage : Suspecter les parasitoses chroniques, les troubles fonctionnels post-infectieux et la sprue tropicale
- /diarrhée modérée apparaissant à un âge tardif, sans antécédent personnel de colopathie fonctionnelle. Éliminer par les examens morphologiques les cancers (côlon, pancréas, carcinose)

-Les diarrhées chroniques sans malabsorption relèvent de quatre principaux mécanismes :

- /Diarrhée Motrice
- /Diarrhée Sécrétoire
- /Diarrhée Osmotique
- /Diarrhée Exsudative

a-Diarrhée motrice :

-Les selles liquides surviennent typiquement **au réveil et en post-prandial** ; elles sont impérieuses et contiennent des **débris alimentaires non digérés**

-La diarrhée **cède au jeûne**

-La diarrhée **répond bien aux médicaments ralentisseurs du transit**

-Le temps de transit du rouge carmin est accéléré

-La cause peut être :

- /Les troubles fonctionnels intestinaux (cause la plus fréquente)
- /L'hyperthyroïdie
- /Les tumeurs carcinoïdes
- /Les cancers médullaires de la thyroïde (sécrétant la thyrocalcitonine)
- /La dysautonomie compliquant un diabète insulino-requérant ancien et mal équilibré ou une amylose.

b-Diarrhée sécrétoire :

-La diarrhée est typiquement **abondante** (> 500 mL/jour), **hydrique**, source d'une fuite importante de potassium (hypokaliémie) et de bicarbonates.

-La diarrhée **ne régresse pas complètement au cours du jeûne.**

-La cause peut être :

/Les colites qu'elle qu'en soit la cause (maladie de Crohn, RCH, colite ischémique, colite radique, colite médicamenteuse « AINS ») : intérêt de la coloscopie et des biopsies

/Les colites microscopiques « lymphocytaire et collagène » : intérêt de la coloscopie avec biopsies systématiques

/Certaines parasitoses chroniques (*Giardia intestinalis*, *Cryptosporidium*).

/Les tumeurs endocrines sécrétant de la gastrine (syndrome de Zollinger-Ellison = gastrinome), du VIP (syndrome de Verner Morrisson) et les mastocytoses.

/Les tumeurs villeuses

/Les causes médicamenteuses : laxatifs irritants, biguanide, colchicine

c-Diarrhée osmotique :

-Les selles sont **liquides**, il n'y a **pas d'altération de l'état général** ni malabsorption

-La diarrhée **cède lorsque les agents osmotiques ne sont plus présents** dans la lumière intestinale.

-La diarrhée **cède au jeûne**

-Présence d'un **trou osmotique élevé**

-La cause peut être :

/déficit en lactase ou ingestion de grandes quantités de lactose (forte diminution à l'âge adulte de l'activité lactasique dans l'intestin grêle)

/la prise de magnésium

/Les diarrhées factices par ingestion cachée de laxatifs.

d-Diarrhée exsudative :

-L'exsudation consiste en la fuite dans la lumière digestive de composants du sang (protéines, cholestérol, lymphocytes) du fait de l'existence de lésions ulcérées de la muqueuse digestive ou d'une fuite lymphatique intestinale.

-Elle peut aboutir à une carence sérique en albumine, immunoglobulines, cholestérol et à une lymphopénie.

-Elle peut se traduire par l'existence d'œdèmes, d'épanchements séreux.

-Elle est confirmée par une clairance fécale de l' α 1-antitrypsine supérieure à 20 mL/jour.

-La cause peut être :

/Une entéropathies organiques (ex : maladie de Crohn étendue).

/Un obstacles au drainage lymphatique intestinal, en particulier au cours de la très rare maladie de Waldmann (lymphangiectasies intestinales primitives), au cours des lymphomes, de compression tumorale mésentérique ou retro-pancréatique, de péricardite constrictive

IV-CONCLUSION :

- Une diarrhée est dite chronique lorsqu'elle évolue depuis plus d'un mois
- Les causes de diarrhée chronique sont très nombreuses, et le diagnostic étiologique requiert une bonne connaissance des mécanismes et des causes de diarrhée chronique.

