

## Item282-Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<p>- <a href="#">Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie coeliaque ? / HAS / 2008</a></p> <p>- Polycopié national: <a href="#">item 303</a></p>	<p>- Selles &gt; 3x/J (300g/J) depuis &gt; 4S</p> <p>- Malabsorption / motrice / sécrétoire / osmotique</p> <p>- Syndrome carenciel: bilan et clinique</p> <p>- EOGD + iléo-coloscopie avec biopsie</p> <p>- MC = Ac anti-transglutaminase / EOGD: atrophie villositaire / régime sans gluten A VIE</p> <p>- Motrice: test rouge carmin: &lt; 8H</p> <p>- Insuffisance pancréatique: élastase</p> <p>- Entéropathie exsudative: α1-antitrypsine</p> <p>- Sécrétoire = colite microscopique ++</p>	<p>- Réhydratation / renutrition</p> <p>- Prise médicamenteuse</p> <p>- Penser thyroïde: TSH / CMT</p>

### Généralités

#### Définition

- En pratique: selles molles ou liquides  $\geq 3$  /jour pendant > 4 semaines
- En théorie: débit fécal moyen > 300g/j au fécalogramme pendant > 4 semaines
- Remarque: si durée < 2 semaines: diarrhée aiguë / entre 2S et 4S: persistante

#### Physiopathologie

- !! Plusieurs mécanismes le plus souvent intriqués (ex: Crohn: malabsorption + sécrétion)
- [Diarrhée chronique par malabsorption](#)
  - = diarrhée par défaut d'absorption des nutriments: restent dans l'intestin
  - On distingue: « maldigestion » (pré-entérocytaire) et malabsorption entérocytaire
- [Diarrhée chronique hydro-électrolytique, comprend](#)
  - [diarrhée motrice](#): par accélération anormale du transit intestinal
  - [diarrhée sécrétoire](#): hypersécrétion sur lésion (entéro-exsudative) ou non
  - [diarrhée osmotique](#): appel d'eau par une substance hyperosmotique

### Etiologies

#### Causes de diarrhée avec malabsorption

- [Malabsorption pré-entérocytaire \(« maldigestion »\)](#)
  - Insuffisance pancréatique **exocrine** (PC / tumeur / pancréatectomie)
  - **Cholestase** chronique (insuffisance de sels biliaires)
  - Autres: gastrinome, colonisation bactérienne chronique
- [Malabsorption entérocytaire](#)
  - Maladie **coeliaque** / maladie de Whipple
  - **Réssection** du grêle / syndrome du grêle court
  - Autres: **Crohn** / déficit immunitaire / parasitose / MALT..
- [Avec/sans entéropathie exsudative](#)
  - Inflammatoire (MICI): maladie de **Crohn** / RCH
  - Entéro-colite: infectieuse / ischémique / radique

#### Causes de diarrhée motrice

- [Fonctionnelle \(TFI\) +++](#): intestin irritable (> 80% des cas; cf [Colopathie fonctionnelle.](#))
- [Endocrinologiques: hyperthyroïdie](#) / CMT / syndrome carcinoïde

- **Neurologiques:** dysautonomie (diabète / amylose) / vagotomie
- **Digestives:** gastrectomie / cholécystectomie / résection iléale

#### Causes de diarrhée sécrétoire

- **Lésionnelle**
  - **Colite microscopique** ++
- **Non lésionnelle**
  - Tumeurs endocrines: gastrinome (Zollinger-Ellison) / vipome
  - Médicaments: laxatifs irritants ++ / autres

#### Causes de diarrhée osmotique

- **latrogène:** prise de laxatifs osmotiques +++
- **Autres:** chewing-gum ou soda light / malabsorption des glucides

## Orientation diagnostique

### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain:** atcd de pancréatite / résection digestive / diabète / MICI / TCA
  - **Prises:** médicamenteuse (laxatifs ++ / **A savoir !**) / toxique (alcool)
  - **Anamnèse:** ancienneté / évolution / notion de voyage
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser la diarrhée +++**
      - aspect (grasse / liquide / glairo-sanglante) / horaire (post-prandiale)
      - fréquence / continue ou intermittente / efficacité des ralentisseurs
    - **Rechercher des signes associés**
      - amaigrissement (!! quantifier) / douleurs abdominales +/- ballonnement
      - signes de carences / signes systémiques / flush / thyroxicose
- **Examen physique**
  - **Prise des constantes:** **pesée** / PA-FC / température (**A savoir !**)
  - **Examen abdominal:** douleur / masse / **TR** et orifices herniaires (**A savoir !**)
  - **Pour retentissement:** signes de déshydratation +++ / syndrome carentiel
  - **Pour orientation étiologique:** thyrotoxicose / érythème noueux / aphtes...

### Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif:** AUCUN, il est clinique
- **Pour évaluation du retentissement**
  - **Pour une malabsorption: bilan carentiel (6) +++**
    - **EPP** avec albumine / pré-albumine (carence protéique)
    - **NFS:** recherche anémie (carence en Vit B9-B12 / Fer)
    - **Ionogramme** (carence en K/Mg)
    - **Bilan phospho-calcique** (carence en Ca/P)
    - **Hémostase:** TP-TCA (carence en Vit K)
    - **Ferritinémie:** ↓ si carence martiale
  - **En cas de malabsorption confirmée**
    - **Ostéodensitométrie:** ostéopénie du fait de la carence en Vit.D (ostéomalacie)
- **Pour diagnostic étiologique**
  - **Bilan biologique de 1ère intention**
    - **Glycémie:** pour diabète
    - **TSH:** pour hyperthyroïdie
    - **Examen parasitologique des selles ++ :** surtout si notion de voyage
    - **Maladie coeliaque: IgA anti-transglutaminase** (+ IgA totales)
    - **Sérologie VIH:** surtout si groupe à risque
    - **!! Remarque:** pas de coprocultures: diarrhées bactériennes = aiguës
  - **Examens morphologiques**
    - **EOGD et iléo-coloscopie +++**
      - En 1ère intention devant une diarrhée chronique / lors de la même AG
      - Biospies + ex. anapath: pose le diagnostic de M. coeliaque, Crohn, etc.
    - **Echo/TDM abdominale**
      - Seulement si suspicion d'une pathologie biliaire ou pancréatique
  - **Examen fonctionnel des selles (« coprologie fonctionnelle »)**
    - **Indications**
      - En **2nde intention** si bilan biologique et imagerie non concluants
      - Recueil des selles sur 3 jours successifs / en ambulatoire
    - **Systematiquement**

- **Poids fécal** (fécalogramme): diarrhée si poids > 250-300g/j
- **Stéatorrhée +++** : malabsorption si > 14g/j / maldigestion ou diarrhée motrice si entre 6 et 14 g/j
- **Selon le contexte**
  - **Elastase-1 fécale**: insuffisance pancréatique exocrine si abaissée
  - **Test au rouge carmin**: diarrhée motrice si selles colorées < **8H**
  - **Clairance de l'α1-antitrypsine**: entéropathie exsudative si ↑ (> 20mL/j)
  - **pH fécal**: malabsorption glucidique si abaissé (< 5.3)
  - **Trou osmotique fécal**: diarrhée osmotique si ↑ / sécrétoire si ↓

#### Diagnostics différentiels

- **Fausse diarrhée du constipé +++**
  - Constipation → hypersécrétion digestive réactionnelle = émissions liquides
  - « selles » liquides avec scybales (petites selles dures) alternant avec constipation
- **Incontinence anale**: émission involontaire des selles
- **Syndrome rectal**: émission impérieuse (« faux-besoins »)

## Diagnostic étiologique

### Diarrhée avec malabsorption

- **Syndrome de malabsorption**
  - **Syndromes carenciels** dosage des vitamines

carence	clinique	biologie
Albumine	OMI +/- anasarque	■ EPP / albuminémie
FerB9-B12	syndrome anémique	■ anémie microcytaire (fer) ■ anémie macrocytaire (B12-B9)
B1-B6	Neuropathie carencielle Gayet-Wernicke (B1)	B1-B6
Vit. K	syndrome hémorragique	■ TP ↓ avec facteur V normal ++ ■ hypovitaminose K (cf <b>Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant</b> )
K+ / Mg	crampes	■ Iono sg = hypokaliémie ■ Hypomagnésémie
Ca / Vit D	ostéomalacie: douleurs crise de tétanie si hypoCa	■ Iono sg et dosage Vit D ■ Hypocalcémie / hypocalciurie
Fer / Zinc	alopécie / ongles cassants	■ Ferritinémie

- **Confirmation paraclinique**
  - **Dosage de la stéatorrhée**
    - Recueil des selles après surcharge en beurre (60g/j) pendant 3j
    - → stéatorrhée par malabsorption si > **14g/j** (maldigestion si 6-14g/j)
    - **!! Remarque**: test dynamiques (D-Xylose, Schilling) obsolètes
- **Maladie coeliaque +++** (cf **Retard de croissance staturo-pondérale**)
  - **Généralités**
    - Maladie auto-immune avec intolérance à la gliadine contenue dans le gluten
    - → donc intolérance aux céréales: blé / orge / seigle
    - !! avoine peut être consommé
  - **Diagnostic**
    - **Dosage des Ac spécifiques** (!! **Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie coeliaque ? / HAS / 2008**)
      - **IgA anti-transglutaminase** (+ IgA totales) en 1ère intention
      - Si déficit en IgA : IgG anti trans-glutaminase ou IgG anti-endomysium
      - Si Ig A anti- transglutaminases negatives et absence déficit en IgA et si tableau évocateur **seulement chez l'enfant** : IgA anti-endomysium
      - Remarque: les Ac anti-gliadine n'ont plus d'indication
    - **EOGD avec biopsies duodénales = certitude**:
      - **Macro**: aspect en mosaïque de la muqueuse duodéno-jéjunéale
      - **Micro**: atrophie villositaire + hypertrophie cryptique + lymphocytes ↑
  - **Complications**
    - Maladie coeliaque réfractaire: échec du régime sans gluten

- Evolutives: lymphome non hodgkinien T / adénocarcinome du grêle
- **Traitement**
  - **Modalités:** pluridisciplinaire et global / suivi par **nutritionniste** +++
  - **Régime sans gluten A VIE**
    - Interdiction de tout aliment avec gluten: blé / orge / seigle
      - !! avoine peut être consommé
    - Céréales ou féculents autorisés: pomme de terre / riz / maïs
  - **NPO suppléments:** fer / folate-B12 / calcium-vitamine D (**A savoir !**)
  - **Mesures associées:** soutien psychologique / associations / éducation / 100%
  - **Surveillance:** ↓ clinique sous 3 mois / négativation Ac-EOGD sous 12 mois
- **Autres causes de malabsorption**
  - **Insuffisance pancréatique exocrine**
    - **Causes:** cancer du pancréas / pancréatite chronique / pancréatectomie
    - **Diagnostic:** stéatorrhée +++ / **élastase-1 fécale** ↓ / chymotrypsine ↓
  - **Cholestase chronique**
    - **Causes:** intra ou extra-hépatique: cf **ictère**.
    - **Diagnostic:** carence en Vit. liposolubles (ADEK) + ictère
  - **Flore microbienne du grêle anormale = « pullulation »**
    - **Causes:** achlorhydrie (IPP ou Biermer) / diverticules / sténoses, etc.
    - **Diagnostic:** Breath-test® au glucose
  - **Maladie de Crohn**
    - Malabsorption associée à une diarrhée entéro-exsudative
    - → clairance α1-antitrypsine ↑ / confirmation par iléo-coloscopie
  - **Maladie de Whipple**
    - A évoquer devant polyarthrite d'évolution paroxystique + malabsorption
    - Histo = MP infiltrant le chorion / atrophie villositaire partielle (≠ MC)
    - Traitement = ABT par doxycycline au long cours / !! risque de C° psychiatriques

#### Diarrhée exsudative (= gastro-entéropathie exsudative)

- **Diagnostic positif**
  - **Examen clinique**
    - **Oedème** des membres inférieurs +/- anasarque
  - **Examens complémentaires**
    - **Biologie:** hypoprotidémie / hypoalbuminémie
    - **EFS:** clairance de l'**α1-antitrypsine** élevée si > 20mL/j
    - **Endoscopie:** iléo-coloscopie pour diagnostic étiologique
- **Etiologies**
  - **Perte de substance muqueuse = toute ulcération**
    - **MICI** +++: maladie de Crohn et RCH
    - Entérocolite infectieuse, radique, tumeur ulcérée, etc.
  - **Autres causes**
    - Lymphangiectasie / obstacle lymphatique / cirrhose..

#### Diarrhée motrice

- **Diagnostic positif**
  - **Examen clinique**
    - Selles post-prandiales précoces et impérieuses
    - Présence d'aliments fibreux non digérés dans les selles (du repas d'avant...)
    - Diarrhée peu abondante et cédant au jeune / !! absence de selles nocturnes
  - **Examens complémentaires**
    - **Test au rouge carmin:** pose le diagnostic si selles colorées < **8h**
      - (Transit normal = 1ère selle rouge entre 18 et 24h)
- **Etiologies**
  - **Colopathie fonctionnelle (TFI) +++** (cf **Colopathie fonctionnelle**.)
    - 1ère cause de diarrhée motrice (**80%**) mais diagnostic d'élimination (**A savoir !**)
    - → au moins éliminer une hypertyroïdie / un CMT / une dysautonomie
  - **Hyperthyroïdie** cf **Hyperthyroïdie**
    - Clinique = thyrotoxicose / **TSH** devant toute diarrhée chronique +++
  - **Cancer médullaire de la thyroïde (CMT)** cf **Goitre, nodules thyroïdiens et cancers thyroïdiens**
    - Hypersécrétion de calcitonine / Flush: diarrhée + bouffées vasomotrices
    - Palpation de la thyroïde + dosage de la calcitonine / NPO: rechercher **NEM2**
  - **Tumeurs carcinoïdes**
    - **Généralités**
      - Tumeurs issues de c. des crêtes neurales / sécrétions vasoactives (5-HT)
      - !! Localisations diverses et multiples (iléon +++ / appendice-rectum ++)

- Clinique = syndrome carcinoïde (« de Bjork »)
  - Diarrhée chronique motrice
  - Flushs du visage (!! signent de probables métastases hépatiques)
  - Cardio-vasculaire = tachycardie / palpitation / Hypo ou hyperTA
  - Palpation abdominale = masse: FID ++ (appendice) / TR
- Neuropathies végétatives (dysautonomie)
  - Périphérique: **diabète** et amylose (cf neuropathie végétative)
  - Centrale: MSA (Shy-Drager)
- Traitement
  - Traitement symptomatique = ralentisseurs du transit +++ (à heures fixes)
  - Traitement étiologique chaque fois que possible (thyroïdectomie, diabète..)
- Diarrhée sécrétoire
- Diagnostic
  - Examen clinique
    - Diarrhée souvent abondante (> 500g/j)
    - !! la seule qui **ne cède pas au jeûne**
  - Examens complémentaires
    - Ionogramme sg = acidose métabolique / hypokaliémie
    - EFS = « trou osmotique »: osmolarité < 50mOsm/kg (≠ diarrhée osmotique)
- Etiologies
  - Colite microscopique +++
    - !! **1ère** cause de diarrhée sécrétoire / est une MICI à part entière (cf [Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin \(MICI\) chez l'adulte et l'enfant.](#))
    - Typiquement: femme > 50ans avec atcd auto-immuns (PR ou M. coeliaque)
    - Souvent iatrogène: rechercher une prise médicamenteuse (IPP, AD, ticlodipine..)
    - Diagnostic par **iléo-coloscopie avec biopsie**
      - !! aspect macroscopique **normal**/ biopsies = colite micro lymphocytaire:
      - → épaississement basal / hyperlymphocytose / infiltrat inflammatoire
  - Maladie des laxatifs
    - Prise cachée de laxatifs irritant pour se mettre en danger (psychiatrique)
    - Diagnostic: « mélanose colique » à la coloscopie (colon noir par laxatifs)
  - Autres: adénome tubulo-villeux, vipomes, parasites, etc
- Diarrhée osmotique
- Diagnostic
  - Clinique: diarrhée aqueuse cédant au jeûne (faire épreuve de jeûne si doute)
  - Paraclinique: iono fécal → « trou osmotique »: osmolarité fécale > 125mOsm/kg
- Etiologies
  - Médicaments +++: **laxatifs** osmotiques (autre: abus de coca-light..)
  - Déficit en lactase ou saccharase-isomaltase → sucres non digérés

## Synthèse pour questions fermées

Quel est LE signe de gravité à rechercher à l'interrogatoire devant une diarrhée chronique ?

- Perte de poids (AEG ok)

2 complications néoplasiques de la maladie coeliaque ?

- Lymphome T du grêle  
 - Adénocarcinome du grêle

(Si on vous en demande une 3ème: sprue réfractaire)

Quels sont les 2 grands principes du traitement d'un patient avec une maladie coeliaque (hors surveillance, et prise en charge financière) ?

- Régime sans gluten  
 - Correction des carences

