

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 !
- Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie coeliaque ? / HAS / 2008 - Polycopié national: item 303	- Selles > 3x/J (300g/J) depuis > 4S - Malabsorption / motrice / sécrétoire / osmotique - Syndrome carenciel: bilan et clinique - EOGD + iléo-coloscopie avec biopsie - MC = Ac anti-transglutaminase / EOGD: atrophie villositaire / régime sans gluten A VIE - Motrice: test rouge carmin: < 8H - Insuffisance pancréatique: élastase - Entéropathie exsudative: α1-antitrypsine - Sécrétoire = colite microscopique ++	- Réhydratation / renutrition - Prise médicamenteuse - Penser thyroïde: TSH / CMT

Généralités

Définition

- En pratique: selles molles ou liquides ≥ 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 carentiels** 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 carentielle Gayet-Wernicke (B1)	B1-B6
Vit. K	syndrome hémorragique	■ TP ↓ avec facteur V normal ++ ■ hypovitaminose K (cf Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant)
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
 - **Examen 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 jeûne / !! 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:
 - → épaissement 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

