

## Item 282 – Diarrhée chronique

<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Emission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale.</b> Au moins 3 selles très molles à liquides par jour</li> <li>▪ Diarrhée aigüe &lt; 2 semaines, prolongée &gt; 2-4 semaines, <b>chronique &gt; 1 mois</b></li> <li>▪ <b>Poids de selles &gt; 300g/24h</b> en moyenne sur 72h =&gt; diarrhée</li> </ul>																				
<b>Diagnostics #1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Polyexonération liée à un syndrome dyschésique et/ou trouble de la statique perlvienne</li> <li>▪ Incontinence fécale</li> <li>▪ Fausse diarrhée du constipé</li> </ul>																				
<b>Interrogatoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>ATCD</b> familiaux de maladie cœliaque, de MICI, de MAI, de néoplasies (polypes et cancers colorectaux)</li> <li>▪ ATCD de <b>chir abdo</b> (résection intestinale/colique, gastrectomie, cholécystectomie), <b>d'irradiation</b> abdominopelvienne, <b>d'endocrinopathie</b> (diabète, affection thyroïdienne)</li> <li>▪ <b>Ethylisme excessif</b></li> <li>▪ <b>Voyages</b></li> <li>▪ <b>Médicaments</b> des 3 derniers mois : ATB, AINS, colchicine, veinotoxiques, antimétaboliques, digitaliques, quinidiniques, hormones thyroïdiennes, hypolipémiants, biguanides (metformine), acarbose, olmésartan, mycophénolate mofétil, lansoprazole, ticlopidine, sertraline, aspartame, antiacides, prostaglandines, laxatifs, fer, magnésium, vit C, acétylcystéine</li> <li>▪ Signes <b>digestifs associés</b> (dlr abdo, RGO, vomissements, signes d'occlusion)</li> <li>▪ Signes <b>extradigestifs</b> : crampes, arthralgies, asthénie, fièvre, perte de poids</li> <li>▪ Aspect des selles, mode de début, horaire, rôle alimentation, degré d'impériosité, efficacité des ralentisseurs du transit</li> </ul>																				
<b>Examen clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ictère, hépatomégalie, masse, signes de carcinose péritonéale, cicatrices abdo</li> <li>▪ TR + examen de la marge anale</li> <li>▪ Mesure du poids, taille, calcul de IMC, estimation de la cinétique de perte pondérale</li> <li>▪ FC, PA, rech HTO</li> <li>▪ Examen : téguments, cavité buccale (pâleur, œdèmes, signes de déshydratation, dénutrition), glande thyroïde, vaisseaux périph et abdo (ischémie mésentérique ?), gg périphériques, yeux</li> </ul> <table border="1" data-bbox="355 1182 1469 1697" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Signes cliniques</th> <th style="text-align: center;">Syndromes et/ou maladies explorés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tachycardie</td> <td>Hyperthyroïdie, déshydratation</td> </tr> <tr> <td>Glossite</td> <td>Carence en micronutriments</td> </tr> <tr> <td>Anomalies des phanères (alopécie, ongles cassants), hyperpigmentation cutanée</td> <td>Carences multiples en micronutriments</td> </tr> <tr> <td>Dermatite herpétiforme</td> <td>Maladie cœliaque</td> </tr> <tr> <td>Hématomes et hémorragies pour trauma mineurs</td> <td>Carence en vit K</td> </tr> <tr> <td>PolyADP périphérique</td> <td>Lymphome, VIH, mycobactériose</td> </tr> <tr> <td>Goitre</td> <td>Hyperthyroïdie, cancer médullaire de la thyroïde</td> </tr> <tr> <td>Hypotension orthostatique sans tachycardie compensatrice</td> <td>Dysautonomie 2aire à diabète ou primitive</td> </tr> <tr> <td>Flushs</td> <td>Syndrome carcinoïde</td> </tr> </tbody> </table>	Signes cliniques	Syndromes et/ou maladies explorés	Tachycardie	Hyperthyroïdie, déshydratation	Glossite	Carence en micronutriments	Anomalies des phanères (alopécie, ongles cassants), hyperpigmentation cutanée	Carences multiples en micronutriments	Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque	Hématomes et hémorragies pour trauma mineurs	Carence en vit K	PolyADP périphérique	Lymphome, VIH, mycobactériose	Goitre	Hyperthyroïdie, cancer médullaire de la thyroïde	Hypotension orthostatique sans tachycardie compensatrice	Dysautonomie 2aire à diabète ou primitive	Flushs	Syndrome carcinoïde
Signes cliniques	Syndromes et/ou maladies explorés																				
Tachycardie	Hyperthyroïdie, déshydratation																				
Glossite	Carence en micronutriments																				
Anomalies des phanères (alopécie, ongles cassants), hyperpigmentation cutanée	Carences multiples en micronutriments																				
Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque																				
Hématomes et hémorragies pour trauma mineurs	Carence en vit K																				
PolyADP périphérique	Lymphome, VIH, mycobactériose																				
Goitre	Hyperthyroïdie, cancer médullaire de la thyroïde																				
Hypotension orthostatique sans tachycardie compensatrice	Dysautonomie 2aire à diabète ou primitive																				
Flushs	Syndrome carcinoïde																				
<b>Examens complémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Examens biologiques</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NFS</b> (anémie carencielle)</li> <li>- <b>CRP</b> (SIB)</li> <li>- <b>Glycémie, iono, créat, calémie, phosphorémie, magnésémie</b> (troubles hydroélectrolytiques)</li> <li>- <b>Ferritinémie, vit B12 et folates</b> sériques</li> <li>- <b>Temps de Quick</b></li> <li>- <b>EPS</b> (hypoalbuminémie par exsudation)</li> <li>- <b>TSH</b> (hyperthyroïdie)</li> <li>- <b>Examen parasito des selles</b></li> </ul> </li> </ul>																				

- +/- dosage pondéral des Ig, sérologie VIH
- Selon le contexte :
  - **Fécalogramme** (selles émises pendant 72h) : poids des selles moyen, stéatorrhée, teneur fécale en sodium et potassium (trou osmotique > 50mOsm/kg => laxatifs salins, sucre-alcool), clairance de  $\alpha$ 1-antitrypsine (si > 20mL/min => entéropathie exsudative), élastase décale (basse si insuffisance pancréatique exocrine)
  - Recherche de **Cryptosporidium** et **Microsporidium** (si ID)
  - **Test au rouge carmin** (temps < 8h = accélération du transit intestinal ; < 5h = diarrhée motrice)
  - Si suspicion maladie cœliaque : dosage des **Ac anti-transglutaminase** ou **antiendomysium IgA**
  - Si suspicion de tumeurs neuroendocrines : **dosage des 5-HIAA** urinaires 2 jours de suite (syndrome carcinoïde), **gastrinémie** (sd de Zollinger-Ellison)
  - **Epreuve de jeûne 48h** (réduit à 0 le poids de selles à J2, sauf en cas de diarrhée sécrétoire)
- Examens morphologiques :
  - **Endoscopie digestive haute du 2<sup>ème</sup> duodénum** (recherche atrophie villositaire et de parasites/lambliaose)
  - **Coloscopie totale avec iléoscopie et biopsies** iléales et coliques étagés (rech colite microscopique)
  - **Examen TDM abdomino-pelvien** : pancréatite chronique ? tumeur pancréatique ? cancer colique ?, carcinose péritonéale ?, anomalies mésentériques, ADP, lésions compatibles avec lymphome digestif, maladie de Crohn
  - +/- IRM, vidéocapsule du grêle, entéroscopie +/- biopsies

- Indications d'exploration**
- Diarrhée chronique chez sujet jeune +/- signes de malabsorption : maladie cœliaque ?
  - Diarrhée modérée ancienne d'allure motrice chez adulte jeune : maladie cœliaque ?
  - Diarrhée chronique au retour de voyage : suspecter parasitoses chroniques, troubles fonctionnels post-infectieux
  - Diarrhée modérée à âge tardif : cancer ?
  - Diarrhée soudaine avec selles réparties et parfois nocturnes chez les F > 50 ans + contexte AI : colite microscopique ?

	Type de diarrhée	Mécanisme	Principales causes
<b>Etiologies</b>	<b>Diarrhée motrice +++</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Accélération du transit</b></li> <li>▪ Selles au <b>réveil / post-prandial</b>, Ø AEG, Ø malabsorption, <b>impérieuses, faible volume</b>, groupées en salves, débris alimentaires</li> <li>▪ <b>Temps de transit au rouge carmin accéléré</b></li> <li>▪ Répond <b>partiellement</b> aux ralentisseurs du transit, <b>cède au jeûne</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Troubles fonctionnels intestinaux</li> <li>○ Hyperthyroïdie</li> <li>○ Sd carcinoïde, cancers médullaires de la thyroïde, dysautonomies (diabète, amylose)</li> </ul>
	<b>Diarrhée osmotique +</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingestion <b>d'agents osmotiques</b> peu ou pas absorbés par le grêle</li> <li>▪ Selles <b>liquides</b>, ØAEG, Ø malabsorption</li> <li>▪ <b>Cède au jeûne</b> et quand agents osmotiques <b>ne sont plus présents</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingestion de frande qté de lactose ou polyols</li> <li>○ Prise de Mg</li> <li>○ Ingestion cachée de laxatifs</li> </ul>
	<b>Malabsorption +</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Malabsorption entérocytaire, maldigestion</b></li> <li>▪ <b>Carences</b> =&gt; macronutriments (malabsorption des lipides, protéines, hydrates de carbone), électrolytes (calcium, Mg), vit (ADEK,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maladie cœliaque</li> <li>○ Maladie de Crohn</li> <li>○ Insuffisance pancréatique exocrine</li> <li>○ Cholestase</li> <li>○ Causes rares : entérites radiques, diarrhée 2aire à</li> </ul>

		folates, vit B12), oligo-éléments (zinc, sélénium) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +/- douleurs osseuses, crises de tétanie (Ca, Mg), trb visuels (vit A), retard de croissance</li> <li>▪ Selles réparties sur la journée, <b>volumineuses</b>, +/- <b>graisseuses</b></li> </ul>	résorption étendue du grêle, lymphomes intestinaux, entéropathies médicamenteuses, ischémie artérielle chronique intestinale, pullulation microbienne chronique (2aire à achlorhydrie gastrique, déficit en Ig, trb moteurs, cause anat favorisant stase) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maladie de Whipple</li> </ul>
	<b>Diarrhée sécrétoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Diarrhée abondante</b> (&gt; 500ml/j), <b>hydrique =&gt; fuite de K+ ++++ et HCO3-</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colites (Crohn...)</li> <li>○ Colites microscopiques</li> <li>○ Parasitoses chroniques (si ID : Giardia intestinalis, Isospora belli, Cryptosporidium)</li> <li>○ Tumeurs neuroendocrines sécrétant gastrine (sd de Zollinger-Ellisson), du VIP</li> <li>○ Mastocytoses</li> </ul>
	<b>Diarrhée exsudative ou lésionnelle (entéropathie exsudative)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fuite</b> dans la lumière digestive des <b>composants du sang</b> (protéines, CT, Ly) car lésions ulcérées ou <b>fuite lymphatique intestinale</b></li> <li>▪ <b>Exsudation</b> = Clairance fécale de <math>\alpha</math>1-antitrypsine &gt; 20mL/min</li> <li>▪ Risque de <b>carence</b> sérique en albumine, Ig, CT, lymphopénie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entéropathies organiques</li> <li>○ Obstacles au drainage lymphatique (maladie de Waldmann = lymphangiectasies intestinales primitives)</li> <li>○ Lymphome</li> <li>○ Compression tumorale mésentérique ou rétropancréatique</li> <li>○ Péricardite constrictive (hyperpression dans canal thoracique)</li> </ul>

### Maladie de Whipple

- Maladie infectieuse due à *Tropheryma whipplei* => PCR dans sang et muqueuse duodénale
- Clinique :
  - **Polyarthrite séronégative + diarrhée chronique + malabsorption**
  - Fièvre, AEG, polyadénomégalie, pigmentation cutanée
  - +/- atteintes neuro (démence, ophtalmoplégie, myoclonies) et cardiaques
- Evolution capricieuse et prolongée
- **Biopsie du duodénum** : infiltration du chorion par **MΦ + inclusions PAS-positives**, +/- atrophie villositaire
- Tt : ATB **tétracyclines** ou **triméthoprime-sulfaméthoxazole** 1an

Maladie cœliaque	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cause la + fréquente de malabsorption</li> <li>▪ <b>Maladie AI</b> (HLA DQ2 ou DQ8) par intolérance aux protéines contenues dans le gluten (blé, seigle, orge) : gliadines</li> <li>▪ 2-3F&gt;H</li> <li>▪ 1-200-1/100</li> <li>▪ 2 pics de révélation : <b>enfance</b> et <b>20-40 ans</b></li> </ul>
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Apparentés du 1<sup>er</sup> degré</b></li> <li>▪ <b>Dermatite herpétiforme</b></li> <li>▪ <b>MAI</b> (diabète, thyroïdite, cirrhose biliaire primitive, vitiligo)</li> </ul>
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Pauci-symptomatique ++</b></li> <li>▪ <b>Diarrhée chronique</b></li> <li>▪ Signes de <b>malabsorption</b></li> <li>▪ Contextes variés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes bio de malabsorption : fer, folates, vit B12)</li> <li>- Cytolyse hépatique inexplicquée</li> <li>- Aphthose buccale récidivante</li> <li>- Arthralgies, déminéralisation diffuse</li> <li>- Trb neuro (épilepsie, neuropathie carencielle, ataxie)</li> <li>- Trb reproduction chez la femme (aménorrhée, infertilité, hypotrophie fœtale, fausses couches à répétition)</li> </ul> </li> </ul>
Histologie	<p><b>Biopsies duodénales</b> lors endoscopie dig haute</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation des <b>Ly intra-épithéliaux</b></li> <li>▪ <b>Atrophie villositaire</b> totale ou subtotale</li> <li>▪ <b>Infiltration lymphoplasmocytaire</b> du chorion</li> <li>▪ <b>Hypertrophie des cryptes</b></li> </ul> 
Sérologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ac sériques antitransglutaminase IgA</b></li> <li>▪ <b>Ac antiendomysium IgA</b></li> <li>▪ Si déficit complet en IgA =&gt; recherche des IgG</li> </ul>
Complications	<p>Rares :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lymphome invasif</li> <li>▪ Adénocarcinome du grêle</li> <li>▪ Sprue réfractaire (lymphome intra-épithélial)</li> </ul>
PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qd dg posé =&gt; <b>dosage sanguin</b> (Ca<sup>2+</sup>, Mg, fer, folates, vit B12), TP, bilan hépatique + <b>ostéodensitométrie</b></li> <li>▪ <u>Tt</u> : <b>régime sans gluten</b> +/- correction de certaines carences</li> <li>▪ Régression des signes en 1-3 mois, Ac en 1 an, atrophie villositaire &gt; 12 mois</li> </ul>