

Université de Ferhat Abass, Sétif1  
Faculté de Médecine  
Service de Médecine interne

**Module: Gastro-entérologie**

**Titre du cours : Diarrhées chroniques**

**Enseignant : Dr N/ ZIGHMI**

**Date : 12 /04/2020**

# Définition

- La diarrhée se définit par l'émission de selles :
  - **non formés (trop liquides )**
  - **et/ou trop fréquentes > 3/j**
  - **trop abondantes Poids > 250 g/j**
- Elle est dite **chronique** lorsqu'elle évolue depuis **> 04 semaines.**

# Intérêt de la question

- Motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en gastroentérologie.
- Le diagnostic positif est généralement facile.
- Les étiologies sont multiples.
- Rôle important de l'endoscopie digestive haute et basse dans l'orientation étiologique.
- Le pronostic et le traitement dépendent de l'étiologie.

# Mécanismes physiopathologiques

Les mécanismes sont souvent intriqués, on identifie:

- 1-**Diarrhée motrice**: accélération du transit dans le grêle ou le colon.
- 2-**Diarrhée sécrétoire**: Stimulation de la sécrétion de l'eau et des électrolytes au niveau du grêle et du colon qui dépasse les capacités d'absorption.
- 3-**Diarrhée exsudative** :Perte dans la lumière intestinale: protéines, mucus, sang, pus à partir de la paroi intestinale (entéropathie exsudative)
- 4-**Diarrhée osmotique**: Accumulation dans la lumière intestinale de substances non absorbables et osmotiquement active → appel d'eau dans la lumière digestive.
- 5-**Diarrhée par malabsorption** : présence de nutriments non absorbés dans le grêle.

# Diagnostic différentiel

## 1- **Eliminer ce qui n'est pas diarrhée :**

- 1) **La fausse diarrhée du constipé** , sera reconnue sur :
  - La notion d'une constipation alternant avec des phases de diarrhée
- 2) **L'émission isolée de glaires** : lorsqu'elle se répète plusieurs fois par jour, qui peut se voir dans certaines colopathies fonctionnelles et au cours des tumeurs villeuses bas situées au niveau du rectum ou du sigmoïde.
- 3) **Incontinence anale** (Hypotonie du sphincter anal).

# Diagnostic différentiel

- **Éliminer ce qui n'est pas une diarrhée chronique:**
  - Une diarrhée aiguë dont la durée n'excède pas 15 jours
  - Une diarrhée prolongée (durée = 15 jours à 4 semaines)
- **Éliminer une diarrhée chronique provoquée :**

C'est essentiellement le problème posé par une **diarrhée factice**

Il s'agit d'une diarrhée authentique induite volontairement par **l'ingestion de laxatifs** (elle est alors avouée ou non avouée) ou involontairement (elle est alors masquée et doit être recherchée systématiquement par l'interrogatoire dirigé ( désordre psychique +++)).

# Démarche diagnostique

## ➤ Interrogatoire

### ● Caractères de la diarrhée :

- Mode d'installation (brutal ou progressif)
- Ancienneté de la diarrhée ,évolution dans le temps.
- Nombre de selles par jour
- Aspect des selles (aqueuses, grasses,décolorées, présence de sang, de glaires,d'aliments non digérés et ingérés le jour même )
- Horaire (matinales ,post-prandiales, diurnes et/ou nocturnes )
- Facteurs déclenchants ou aggravants** (retour d'un voyage, stress, prise médicamenteuse : laxatifs ,consommation chronique d'alcool )
- facteurs sédatifs** :ralentisseurs du transit ,antibiotiques

- **Signes fonctionnels associés:**

- Douleurs abdominales ,ballonnement abdominal,Nausées, vomissements, amaigrissement, anorexie
- manifestations systemiques articulaires,cutanées,oculaires
- signes de carence en vitamines et sels minéraux(peau,phanères, cavité buccale,douleurs osseuses... )

- **Antécédents personnels :**

- Chirurgie digestive (gastrectomie, vagotomie, résection intestinale ),infections ORL / pulmonaires récidivantes, Diabète,hyperthyroïdie,infection VIH,radiothérapie abdomino-pelvienne.

- **Antécédents familiaux:**Maladie cœliaque , Dysthyroïdie, MICI,cancer colorectal.



## ➤ **Examen clinique**

- **Syndrome carentiel :**

- Pâleur cutaneo-muqueuse.

- Pli cutané de dénutrition/ déshydratation.

- Fonte musculaire.

- oedèmes des membres inférieurs.

- Troubles des phanères: cheveux fins et cassants...

- Troubles neurologiques.

- **Examen proctologique +++:** Fissure, fistule, ..
  - TR: tumeur, apprécier la tonicité sphinctérienne.
- **Examen général:**
  - Erythème noueux, aphtes buccaux et génitaux.
  - Arthrite
  - Hypertrophie thyroïdienne, splénomégalie, hépatomégalie.

## ➤ Examen para clinique

### 1) Bilan de retentissement:

Hemogramme (anémie, taux de plaquettes)

Albuminémie

calcémie (hypocalcémie )

Taux de Prothrombine ( malabsorption de vit K)

ferritinémie, folates et vit B12,

Cholesterol

ionogramme sanguin (hypokaliémie ), bilan renal ( IR fonctionnelle)

## 2) Bilan à visée étiologique:

- Bilan thyroïdien, sérologie HIV, sérologie coeliaque, IDR à la tuberculine, dosage pondéral des immunoglobulines, gastrinémie...
- Examen des selles: poids, stéathorrhée (débit de graisses fécales supérieur à 6 g/j ), parasitologie des selles(parasitose chronique :giardia... )
- FOGD avec biopsies gastriques et duodénales.
- Iléo-coloscopie avec biopsies iléales et coliques.
- enteroscopie ou enteroscanner,videocapsule endoscopique

- Selon le contexte clinique et biologique :
  - **Dosage de l'élastase 1 fécale** (marqueur de l'insuffisance pancréatique )
  - **Mesure de la clairance fécale de l'alpha-1 antitrypsine** (son augmentation traduit une entéropathie exsudative )
  - **Test respiratoire à l'H<sub>2</sub>** pour mettre en évidence une pullulation bactérienne du grêle : mesure de l'H<sub>2</sub> expiré après l'ingestion de 50g de glucose qui est le reflet de l'hydrolyse de ce dernier par les bactéries intestinales
  - **Test respiratoire au lactose** (pour mettre en évidence une intolérance au lactose ) : l'H<sub>2</sub> expiré mesuré au cours d'un test au lactose témoigne de la non dégradation de ce dernier dans l'intestin grêle
  - **Test au rouge carmin** : mesure du temps de transit oro-anal d'un colorant (rouge carmin) qui colore les selles en rouge (normalement le temps de transit oro-anal est entre 8-72h )  
Diarrhée motrice : première selle colorée apparaît < 8 H, la dernière selle colorée disparaît en moins de 24 H
  - **Epreuve de jeûne de 48h** : diarrhée sécrétoire ne cède pas au jeûne
  - **Ionogramme fécal** (mesure de la concentration fécale du Na et du K selon la formule :  $290 - 2 \times (\text{Na} + \text{K})$ ). un trou osmotique > 125 mosmol /Kg oriente vers une diarrhée osmotique

# Etiologies

## 1- Diarrhées par malabsorption intestinale :

Une diarrhée par malabsorption survient du fait du rattrapage fermentaire colique insuffisant d'aliments malabsorbés dans l'intestin grêle.

Les graisses, en particulier les acides gras à chaîne longue, sont peu ou pas digérées dans le côlon.

### Typiquement :

- les selles sont abondantes, volontiers bouseuses, parfois visiblement graisseuses (taches grasses surnageant à la surface de la cuvette des toilettes) ;
- leur fréquence peut être normale
- la diarrhée est dépendante de l'alimentation ; elle ne persiste pas à son arrêt.

## ➤ Malabsorption pré-enterocytaire : anomalie intraluminaire

- 1) insuffisance pancréatique exocrine : -Pancréatite chronique, Cancer du pancréas.
- 2) Inactivation des enzymes pancréatiques : -syndrome de **Zollinger -Ellison** en rapport avec une sécrétion excessive de gastrine par une tumeur endocrine (Gastrinome)
- 3) défaut de solubilisation des graisses :
  - diminution de la production hépatocytaire des AB : Hépatopathie
  - diminution de l'excrétion biliaire : Cholestase intra et extra hépatique
  - diminution de la concentration des AB dans la lumière intestinale (médicament chélateur des sels biliaires)
- 4) Déconjugaison des sels biliaires : Pullulation microbienne
  - Syndrome de l'anse stagnante ou anse borgne (conséquence de certains montages chirurgicaux)
  - Fistules entéro-entérales, Sténoses (origine tumorale, infectieuse, inflammatoire ou après radiothérapie)
  - Achlorhydrie gastrique
  - Hypomotilité diffuse du grêle : Sclérodermie, Neuropathie diabétique .
  - Reflux colo - intestinal : Résection de la valvule ileo-caecale .

➤ **Malabsorption enterocytaire** : Anomalie pariétale intéressant les enterocytes

**1-1- La maladie cœliaque:**

- ➔ Entéropathie auto-immune induite par l'ingestion du gluten chez des sujets génétiquement prédisposés.
- Clinique: Diarrhée chronique , rarement constipation/ transit normal. Syndrome carentiel: œdèmes (hypoalbuminémie), hématomes ou saignements faciles ou spontanés (carence en vitamine K), crampes et tétanie (hypocalcémie par carence en vitamine D), des troubles des phanères (cheveux fins et cassants, anomalies des ongles) et une glossite par carence en micronutriments, un syndrome anémique (carence en fer, folates, vitamine B12)
  - **Biologie:** Syndrome carentiel biologique ...  
sérologie coeliaque: Ac anti endomysium, anti transglutaminases sont positifs.



- **FOGD** : avec biopsies duodénales
  - Diminution du plissement duodéal.
  - Aspect en mosaïque, aspect hachuré du plissement duodéal.
- **Etude anat-path des biopsies duodénales**: 2 signes histologiques majeurs
  - 1 -Atrophie villositaire partielle ou totale
  - 2 -Augmentation du taux des lymphocytes intra-épitheliaux ( LIE  $\geq$  30% )
- **Complications**:
  - Néoplasies: Lymphome intestinal type T, adénocarcinome du grêle, autres tumeurs digestives.
  - Sprue réfractaire.
  - Ulcerations duodéno- jéjuno-iléales.
- **Traitement** : **Régime sans gluten a vie** excluant l'orge ,le blé et le seigle (l'avoine est autorisée)

## **1-2 ) La maladie de whipple:** Maladie rare, infectieuse.

- Infiltration du chorion du grêle surtout proximal par des macrophages pathologiques, PAS(+)+ bacilles gram(+)(tropheryma whippellii).
- **Clinique:** diarrhée chronique + stéathorrhée, fièvre, ADP, arthralgies, érythème noueux, péricardite, endocardite, uvéite...
- **Traitement:** Tétracycline, Bactrim.

## **1-3) Les lymphomes primitifs intestinaux:** - prolifération mono clonale B, synthétisant une immunoglobuline incomplète.

- **Terrain:** Sujet jeune, niveau socio économiques bas.

- **Clinique: Diarrhée chronique** , masse abdominale, fièvre, AEG.
- **Duodéno-scopie → jéjunoscopie:** épaissement des plis, des nodules, sténose, ulcérations, fistules, compression extrinsèque.
- **Histologie:** (04 stades) prolifération de plasmocytes matures → lymphome immunoblastique.
- **Atteinte d'autres organes:** moelle osseuse, anneau de Waldeyer (ORL), thyroïde, foie...
- **Traitement:** chimiothérapie: R-CHOP.

#### **1.4) Tuberculose intestinale:**

culture des biopsies à la recherche de BK, avec étude anat-path

#### **1.5) inflammatoire:** Maladie de Crohn

➤ **Malabsorption post-enterocytaire:** anomalie du transport des nutriments vers le système porte ou lymphatique

1) obstruction lymphatique:

- lymphangiectasie intestinale primitive=maladie de Waldmann
  - rare; touche enfant et adulte <30 ans
  - défaut primitif de développement des canaux lymphatiques entraînant une entéropathie exsudative
- lymphangiectasie secondaire: obstruction par des adénopathies (TBC, sarcoidose, lymphome), pancréatite chronique, cancer du pancréas

2) anomalie du transport vasculaire: -Ischémie intestinale chronique (terrain athéromateux)

## 2) Diarrhée osmotique:

Elle est due à l'effet osmotique de molécules ingérées peu ou pas absorbées dans l'intestin grêle.

le diagnostic repose sur la présence d'un trou osmotique ,et l'arrêt de la diarrhée à l'épreuve de jeune

- **Clinique:**

- \_ les selles sont liquides, d'abondance proportionnelle au nombre de molécules ingérées exerçant leur pouvoir osmotique
- l'horaire et le rythme des selles sont dictés par ceux de la prise alimentaire des molécules osmotiques ;
- la diarrhée cesse lors du jeûne ou de l'éviction du répertoire alimentaire des molécules en cause.

## ● **causes:**

### ➤ Malabsorption pathologique des glucides

- 1) Déficit en lactase (intolérance au lait, test respiratoire au lactose)
- 2) Déficit en saccharase et iso-maltase : test d'exclusion-re-introduction des produits suspects

### ➤ Malabsorption physiologique de substances osmotiques (iatrogènes)

-Ingestion de laxatifs osmotiques (lactulose, Lactitol, sorbitol, PEG ),  
ou d'anti-acides (sels de Mg )

#### - **Examens complémentaires:**

- Test respiratoire à H<sub>2</sub> avec le sucre incriminé.
- Dosage de l'activité enzymatique sur biopsies grêliques.
- Test d'exclusion et de réintroduction du sucre incriminé+++

### 3- Diarrhée sécrétoire:

- Stimulation de la sécrétion de l'eau et des électrolytes au niveau du grêle et du colon qui dépasse les capacités d'absorption

- **Clinique:**

la diarrhée est abondante ; les selles sont le plus souvent complètement liquides

la diarrhée persiste au moins en partie lors du jeûne.

diurne et nocturne

Hypokaliémie, Insuffisance rénale fonctionnelle.

- On distingue deux types de diarrhée sécrétoire :
- **Diarrhée sécrétoire sans lésions intestinales** : elle est due à une augmentation de la sécrétion hydroélectrolytique dans l'intestin grêle et/ou le colon  
Les explorations digestives sont négatives
  - Causes : Parasitose: giardiase, Tumeur sécrétante (gastrinome VIPome ,cancer médullaire de la thyroïde ).
  - Diagnostic : dosages hormonaux, enquête morphologique
- **Diarrhée sécrétoire avec lésions intestinales** (diarrhée inflammatoire)
- Le diagnostic repose sur l'endoscopie digestive avec biopsies



## 4) Diarrhée motrice

- Selles liquides fécales contenant des résidus d'aliments non digérés (lientérie), en général d'origine végétale
- il existe souvent une première selle matinale avant le lever et le petit déjeuner (selle « réveille-matin »)
- les autres selles de la journée sont essentiellement postprandiales précoces, surtout matinales (donc après le petit déjeuner), émises en plusieurs fois, de façon rapprochée et de petit volume (salves) ;
- les selles sont impérieuses (ne peuvent être différées plus de 15 minutes), voire urgentes (ne peuvent être différées plus de 1 à 5 minutes), voire ne peuvent pas être retenues du tout (accidents d'incontinence)
- **l'efficacité des ralentisseurs du transit est remarquable**
- le plus souvent, il n'y a pas de retentissement sur l'état général
- **Diagnostic:**
  - la preuve de l'accélération de transit est apportée par le **test au rouge carmin** (Temps de transit raccourci).
  - Epreuve du jeune: diminution ou disparition des selles.



- **Causes**

- 1) Causes endocriniennes: cancer médullaire de la thyroïde, hyperthyroïdie, tumeurs carcinoïdes
- 2) Causes neurologiques : vagotomie, neuropathie diabétique
- 3) Lésions du tube digestif : gastrectomie, cholécystectomie, lésions iléales terminales < 1 m (résection, crohn ...)
- 4) Syndrome de l'intestin irritable : plus de 80 % des cas

## 5) Diarrhée secondaire à des lésions organiques de la paroi intestinale (exsudative)

- Les lésions organiques de l'intestin peuvent être de cause ischémique et/ou infectieuse et/ou inflammatoire
- une diarrhée cliniquement hémorragique (sang visible mélangé aux selles à chaque évacuation) témoigne d'une lésion organique intestinale
- L'exsudation consiste en la fuite dans la lumière digestive de composants du sang ou de la lymphe (protéines [notamment l'albumine et les gammaglobulines], cholestérol, lymphocytes)

- Lorsqu'elle est majeure, l'exsudation peut aboutir à une carence sérique en albumine, cholestérol, immunoglobulines, et à une lymphopénie.
- Elle est confirmée par une clairance de l'alpha-1-antitrypsine supérieure à 20 ml par jour.
- Causes :
  - L'exsudation digestive complique la plupart des entéropathies organiques.
  - Elle est aussi observée dans les causes de mauvais drainage lymphatique intestinal, en particulier au cours de la très rare maladie de Waldmann par agénésie des canaux lymphatiques

# conclusion

- La diarrhée chronique est un motif fréquent de consultation en gastroentérologie.
- Les étiologies multiples
- Le diagnostic étiologique requiert une bonne connaissance des mécanismes physiopathologiques qui sont souvent intriqués
- Dans tous les cas, la prise en charge thérapeutique est fonction de l'étiologie