

Université Ferhat Abbas Sétif 1

Faculté de médecine

Service de médecine interne

Module: Sémiologie Gastro-entérologique

Titre du cours: Syndrome de malabsorption

Enseignant: Pr Mekideche

Date: 03/05/2020

Syndrome de malabsorption

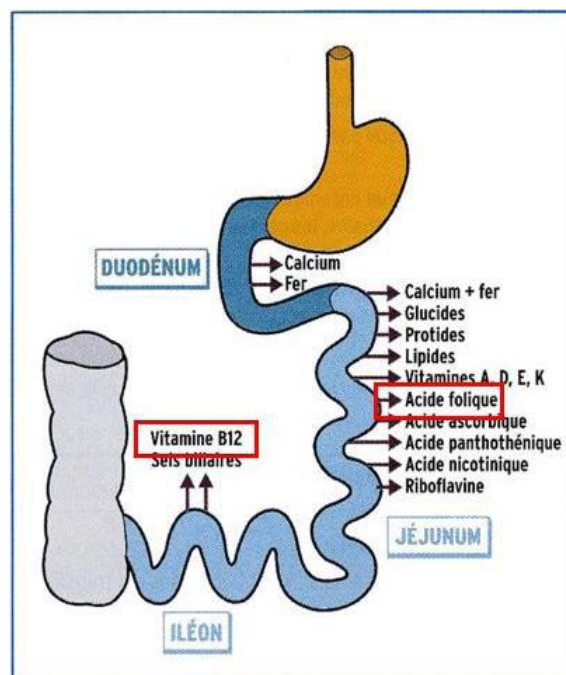
Définition

Le syndrome de malabsorption correspond à un groupe de maladies caractérisées par un défaut d'assimilation d'un ou de plusieurs nutriments. L'expression clinique du syndrome de malabsorption va de la latence la plus complète avec anomalies biologiques révélatrices à la plus grande diarrhée avec cachexie.

Le tube digestif est un organe très actif. Il assure :

- La digestion qui va concerner tous les phénomènes qui permettent de transformer les aliments ingérés en nutriments afin qu'ils puissent être absorbés. Cela se produit sous l'action des enzymes présentes dans les sécrétions digestives, dans la lumière du tube digestif.
- L'absorption qui se déroule à la surface et à l'intérieur des entérocytes. C'est le transport des nutriments du tube digestif au sang, le franchissement de la barrière intestinale.

Donc toute anomalie au niveau de ces deux phénomènes, aura un retentissement sur l'état général du patient. On distingue des maladies dues à un déficit de digestion et d'autres dues à un déficit d'absorption, mais les symptômes sont identiques. La diarrhée chronique en est le symptôme prévalent.



Mécanismes physiopathologiques

Les mécanismes pouvant entraîner une malabsorption sont :

- une digestion insuffisante des lipides dans la lumière du grêle. La cause peut être une insuffisance de sécrétion pancréatique exocrine, une inactivation des enzymes pancréatiques ou une insuffisance de sels biliaires dans la lumière (quantitative par cholestase chronique ou réduction du pool), ou qualitative par déconjugaison bactérienne résultant d'une pullulation dans la lumière intestinale.
- une anomalie du grêle, presque toujours de la muqueuse, qui empêche l'absorption des produits de la digestion luminale.

Sièges de la malabsorption

Différents sièges de malabsorption sont possibles :

- Malabsorption pré-entérocytaire : maldigestion intra luminale
- Malabsorption entérocytaire : atteinte de la paroi intestinale
- Malabsorption post-entérocytaire : atteinte lymphatique avec lymphangiectasie (la lymphe ne pourra plus être drainée et sera renfloué dans la lumière intestinale).

Clinique

Un syndrome de malabsorption est évoquée devant les signes cliniques suivants, même en l'absence de diarrhée et d'autant plus que plusieurs d'entre eux sont associés :

- **Une diarrhée chronique graisseuse (stéatorrhée):** les selles sont peu nombreuses mais volumineuses pouvant atteindre un poids quotidien de 500 à 1000 g, luisantes, graissant le papier, jaunâtres ou grisâtres, mal odorantes. Parfois la diarrhée peut manquer et la stéatorrhée est purement chimique avec présence sous régime normal de plus de 7 g de lipides fécaux par 24 heures.
- **Une altération de l'état général, amaigrissement** lentement progressif et considérable souvent masqué par les œdèmes ;
- **Des œdèmes blancs et déclives** variables d'un jour à l'autre dus à l'hypoprotidémie ;
- **Asthénie intense**
- **Une anémie fréquente** souvent microcytaire ferriprive;
- **Des douleurs osseuses** révélatrices d'une ostéomalacie ;
- **Des crises de tétanie ;**
- **Un syndrome hémorragique** en rapport avec un déficit en vitamine K ;
- **Des altérations de la peau et des phanères** habituelles à type de glossite, ulcérations buccales aphtoïdes, coloration brunâtre de la peau.

Ce tableau clinique n'est pas toujours aussi complet et il existe même des malabsorptions sélectives pour certains nutriments, le fer par exemple avec anémie isolée.

Biologie

Certains examens biologiques de réalisation courante permettent d'évoquer un syndrome de malabsorption. Ces examens peuvent également orienter vers le siège de la malabsorption. Ce sont :

- Hypoprotidémie et hypoalbuminémie ;
- Hypocalcémie avec hypocalciurie très évocatrice ;
- Hypophosphorémie
- Hypomagnésémie ;
- une augmentation des phosphatases alcalines (d'origine osseuse) ;
- Anémie microcytaire par carence en fer, ou, plus rarement, macrocytaire par carence en folates ou en vitamine B12 ;
- Sidéropénie avec élévation de la capacité totale de saturation de la sidérophiline;
- Ferritinémie basse,
- Allongement du taux de prothrombine par chute des facteurs de coagulation vitamine K-dépendants.

Examens biologiques affirmant la malabsorption

- ✓ **Mesure des graisses fécales** par la méthode de Van de Kamer : examen de référence qui consiste à recueillir les selles sur 3j sous régime lipidique normal (apport oral de 80 à 100g de lipides). La mesure est pathologique si la stéatorrhée > 14g/j, douteuse si comprise entre 6 et 14g/j. En fait la stéatorrhée est souvent importante supérieure à 20 g/j.
- ✓ **Test d'absorption du D-xylose (sucre)**: méthode non invasive d'exploration d'une malabsorption secondaire à une atteinte du grêle proximal ; en effet le sucre est absorbé préférentiellement dans la partie proximale de l'intestin, au niveau du jéjunum. Le test consiste à doser la xylosémie 2h après absorption de 25 g de xylose (N> 250 mg/l).
- ✓ **Test de Schilling** : méthode permettant d'affirmer une malabsorption de la vitamine B 12. Elle consiste à mesurer la radioactivité des urines des 24 heures après ingestion orale d'une petite dose de vitamine B12 marquée au cobalt radioactif et ce après avoir saturé la moelle par une injection de vitamine B12. Normalement, la vitamine B12 marquée est absorbée puis éliminée dans les urines et une élimination urinaire supérieure à 10 % de la vitamine B12 ingérée traduit une absorption digestive normale. Lorsque moins de 10 % de la radioactivité ingérée est retrouvée dans l'urine, cela signifie que la vitamine B12 n'a pas été absorbée. Une mauvaise absorption de cette vitamine oriente vers une atteinte de la portion terminale de l'iléon.

Principales causes de malabsorption

1. Les malabsorptions pré-entérocytaire : maldigestion.

a. D'origine pancréatique : il existe un déficit en enzymes pancréatiques qui sont absolument indispensables à la digestion et l'absorption des glucides, des lipides et des protéides. On note cependant une prédominance sur la digestion/absorption des lipides, les stéatorrhées les plus importantes sont observées en cas d'insuffisance pancréatique exocrine. Les causes sont dominées par le cancer du pancréas et la pancréatite chronique.

b. D'origine biliaire : il existe une rétention des sels biliaires qui sont essentiels à la digestion des graisses. Les protéides et les glucides seront digérés et absorbés tout à fait normalement.

c. La pullulation microbienne intestinale : la flore intestinale pathologique va déconjuguer les sels biliaires et les rendre inefficaces, et on observera une diminution, voir une perte de la digestion des graisses. Pour le diagnostic, on réalise un test respiratoire à l'hydrogène. La fermentation des sucres produit de l'hydrogène en excès qui sera mesuré dans l'air expiré. Cette fermentation anormale des sucres est provoquée par les bactéries présentes en trop grande quantité.

2. Les malabsorptions entérocytaires : ce sont des maladies de la paroi intestinale. Elles sont très nombreuses, on citera :

- **La maladie coeliaque :** la malabsorption porte sur toutes les classes de nutriments. Il s'agit d'une intolérance constitutive au gluten qui est un composé protéique présent dans plusieurs classes de nutriments, comme le blé, le seigle et l'orge. Il existe une atrophie villositaire à la biopsie de la muqueuse intestinale et des anticorps spécifiques de la maladie (anticorps anti endomysium et anti transglutaminase).
- **La maladie de Whipple :** maladie infectieuse due à une bactérie (*Tropheryma whippelii*) caractérisée par une infiltration macrophagique de la muqueuse du grêle responsable de la malabsorption. Le diagnostic repose sur l'examen histologique d'une biopsie du grêle qui montre une infiltration du chorion par des macrophages contenant des inclusions PAS positives.
- **La maladie de Crohn :** maladie inflammatoire, intestinale chronique. Il s'agit d'un conflit immunitaire au niveau de la paroi intestinale. Le diagnostic se fait grâce à des examens endoscopiques.

3. Les malabsorptions post-entérocytaire : ces maladies sont moins fréquentes et sont dues à des anomalies morphologiques ou fonctionnelles à la sortie de la cellule intestinale au niveau de la jonction avec les vaisseaux sanguins. Les protéines sont concernées le plus généralement avec fuite anormale des protéines, on appelle cela le syndrome d'entéropathie exsudative.