

Diarrhée chronique

Orientation diagnostique

Dr Isabelle Nion-Larmurier, Pr Jacques Cosnes

Service de gastro-entérologie et nutrition, hôpital Saint-Antoine, 75012 Paris

jacques.cosnes@sat.aphp.fr

Objectifs

- **Devant une diarrhée chronique, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

La diarrhée chronique peut être définie comme l'émission quotidienne de selles non formées, liquides ou molles pendant plus de **4 semaines**. Cela correspond en règle générale à un poids moyen des selles supérieur à 250 g/j. La diarrhée chronique doit être distinguée par l'interrogatoire de l'incontinence fécale, parfois présentée par le patient comme une diarrhée, de l'émission nombreuse de petites selles formées, de l'alternance diarrhée-constipation, et de la fausse diarrhée secondaire à une constipation terminale.

Les causes de diarrhée chronique sont multiples sans aucune classification simple (plusieurs mécanismes impliqués pour une même cause, plusieurs causes impliquées pour un même mécanisme). Les principaux mécanismes sont la diarrhée par malabsorption (qui regroupe maldigestion luminale et malabsorption proprement dite), la diarrhée motrice (accélération du transit), la diarrhée osmotique (appel d'eau par hyperosmolalité intraluminaire) et la diarrhée sécrétoire, qui regroupe diarrhée sécrétoire sans lésions intestinales et diarrhée lésionnelle (ou inflammatoire). Schématiquement, on distingue d'une part la diarrhée par malabsorption et, d'autre part, la diarrhée hydroélectrolytique, qui est secondairement classée en diarrhée motrice, osmotique et sécrétoire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose avant tout sur l'interrogatoire, l'examen clinique, la pesée des selles, les examens biologiques standard dits « de débrouillage » et les explorations morphologiques habituelles endoscopiques, échographiques ou radiologiques.

Interrogatoire

1. Caractéristiques des selles

Les caractéristiques des selles doivent être recherchées afin d'orienter vers le type de diarrhée, et éventuellement sa cause :
– mode d'installation de la diarrhée (brutal ou progressif),

- ancienneté de la diarrhée,
- caractère continu ou intermittent,
- durée et profil d'évolution des symptômes (selles liquides quotidiennes, intervalles de selles moulées ou dures),
- nombre de selles par 24 heures,
- aspect des selles (aqueuses, grasses, décolorées, mousseuses, homogènes ou non ; présence de sang, de glaires, de pus, d'aliments non digérés et ingérés le jour même),
- horaire des selles : matinales, post-prandiales, diurnes et/ou nocturnes (le caractère nocturne est un très bon signe d'organicité),
- urgence ou non de la défécation (impériosité), incontinence ou suintements anaux,
- facteurs déclenchants ou aggravants tels que retour de voyage, stress, prise médicamenteuse, notamment sans prescription médicale (laxatifs), et consommation chronique d'alcool,
- efficacité des ralentisseurs du transit, des antibiotiques.

2. Signes fonctionnels associés

Il faut rechercher :

- amaigrissement (exprimé en % du poids habituel), perte d'appétit, hyperphagie,
- douleurs abdominales et leurs caractères (soulagées ou non par les selles), ballonnement abdominal, nausées, vomissements,
- manifestations systémiques articulaires, cutanées, oculaires des maladies inflammatoires de l'intestin et de la maladie de Whipple,
- signes de carence en vitamines et sels minéraux (peau, phanères, cavité buccale).

3. Antécédents personnels et familiaux

Les principaux sont :

- facteurs épidémiologiques (voyage récent dans une zone à risque, présence de symptômes identiques dans l'entourage),

- antécédents personnels particuliers (chirurgie, radiothérapie abdominopelvienne),
- maladies associées : diabète, hyperthyroïdie, pathologie VIH...,
- antécédents familiaux, en particulier de polype ou cancer rectocolique, d'affections digestives chroniques, endocriniennes et rhumatismales.

Examen physique

Il renseigne avant tout sur le retentissement nutritionnel de la diarrhée et recherche une déshydratation éventuelle, l'existence de manifestations carenciales et de pathologies associées (articulations, peau, yeux, cavité buccale, signes thyroïdiens).

Examens complémentaires

1. Examens sanguins standard

Le bilan standard de débrouillage à réaliser devant une diarrhée chronique comprend : hémogramme, ionogramme sanguin, transaminases, phosphatases alcalines, gamma-GT, ferritinémie, albuminémie, cholestérolémie, calcémie, taux de prothrombine, électrophorèse des protéines sériques, CRP et VS (vitesse de sédimentation). Une sérologie VIH doit être proposée dans les groupes à risque. Certains auteurs recommandent la recherche précoce d'anticorps de la maladie cœliaque en raison de sa prévalence élevée en Europe.

2. Explorations morphologiques

- ✓ **Les explorations endoscopiques** à entreprendre en première intention devant une diarrhée chronique confirmée sont l'endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies duodénales et l'iléocoloscopie avec biopsies iléales, coliques droites et coliques gauches (ces 2 examens sont réalisés lors de la même anesthésie).
- ✓ **Les explorations radiologiques** du grêle par transit baryté, entéroscanner, entérocopie, capsule endoscopique complètent si besoin dans un second temps ce bilan.

- ✓ **En cas de suspicion de pathologie biliaire ou pancréatique**, une échographie, un examen tomodensitométrie abdominal, voire une échoendoscopie, doivent être proposés.

3. Examens des selles

- ✓ **L'examen parasitologique des selles**, éventuellement répété, recherche principalement une lambliaose (giardiose) mais aussi des parasites moins fréquents (*cryptosporidies*, *cyclospora*, *Isospora belli*). Il est indispensable en cas de séjour du patient dans une région à risque (régions tropicales et intertropicales à hygiène précaire).
 - ✓ **La coproculture**, en revanche, ne doit pas être réalisée en première intention, sauf chez l'immunodéprimé. La présence de candida dans les selles est fréquente et en règle générale sans caractère pathogène.
 - ✓ **Les examens fonctionnels des fèces** sont prescrits en deuxième intention lorsque l'étiologie de la diarrhée chronique reste inexplicite après réalisation des examens biologiques standard et des explorations morphologiques habituelles. Il s'agit avant tout de différencier, d'une part, la malabsorption et/ou une entéropathie exsudative et, d'autre part, une diarrhée hydroélectrolytique. Ils comprennent au minimum :
 - la mesure du poids fécal des 24 heures sur recueil complet d'au moins 2 jours consécutifs,
 - le débit de graisses fécales. La stéatorrhée est caractérisée par une valeur supérieure à 6 g/j qui peut se voir en cas de malabsorption-maldigestion. Une stéatorrhée de plus de 14 g/j suggère une malabsorption, une valeur entre 6 et 14 traduit soit une malabsorption, soit une diarrhée motrice.
- Selon le contexte clinique et biologique, d'autres recherches sont réalisées :
- le dosage de l'élastase 1 fécale est réalisable sur un échantillon de selles et est un marqueur d'insuffisance pancréatique (l'élastase est une enzyme pancréatique qui résiste à la dégradation endoluminale),

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Diarrhée chronique – Orientation diagnostique ».

La diarrhée chronique se prête bien à des dossiers transversaux, dans lesquels la diarrhée peut être présentée comme le symptôme inaugural d'une pathologie digestive (maladie cœliaque, maladie de Crohn, cancer du pancréas) ou extra-digestive (hyperthyroïdie, tumeur endocrinienne).

Exemple de cas clinique :

Une femme de 50 ans vous consulte pour une diarrhée avec amaigrissement

apparue il y a 6 mois au décours d'un voyage en Égypte. L'appétit est conservé. L'examen clinique est normal. La biologie montre une hypoferritinémie sans anémie, une discrète hypocalcémie, une augmentation des phosphatases alcalines. La biologie standard est sans autres anomalies. La coloscopie normale.

- 1 Le poids fécal est mesuré à 500 g/24h avec une stéatorrhée de 20 g. Quelle est la signification de ces résultats ?

- 2 Quels éléments clinico-biologiques peuvent faire évoquer une malabsorption ?
- 3 Quelle pathologie endocrinienne faut-il rechercher ? Comment ?
- 4 Vous suspectez une infection contractée en Égypte. Quels examens devez-vous réaliser pour la rechercher ?
- 5 Quels examens faut-il demander pour diagnostiquer une maladie cœliaque ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

- la mesure de la clairance de l'alpha-1 antitrypsine chez les malades présentant des œdèmes et une hypoalbuminémie sans cause usuelle retrouvée. Son augmentation traduit une entéropathie exsudative,
- la recherche systématique d'une diarrhée induite ou factice, en cas de diarrhée chronique restant inexplicée (recherche de laxatifs osmotiques ou sécrétagogues, dilution volontaire des selles par de l'eau ou de l'urine),
- le pH fécal qui, lorsqu'il est inférieur à 5,3, témoigne d'une malabsorption des glucides,
- le trou osmotique déterminé par la mesure de la concentration fécale du Na⁺ et du K⁺ selon la formule : $290 - 2 (Na + K)$. La mesure directe de l'osmolalité fécale n'est pas réalisée, car non fiable. Un trou osmotique supérieur à 125 mOsm/kg oriente vers une diarrhée osmotique, une valeur inférieure à 50 mOsm/kg (c'est la normalité) vers une diarrhée sécrétoire (colite microscopique, diarrhée endocrinienne, tumeur vilieuse, prise de laxatifs non osmotiques...) ou liée à la prise de phosphate ou de sulfate de sodium.

4. Tests fonctionnels spécifiques

Certains tests spécifiques peuvent être réalisés en fonction du contexte clinique et jamais en première intention.

Pour mettre en évidence une diarrhée motrice, on réalise une mesure du temps de transit orofécal d'un colorant, ou test au rouge carmin qui consiste à ingérer lors d'un repas deux sachets de rouge carmin, qui colorera les selles en rouge avec un délai d'apparition en cas d'accélération du transit inférieur à 8 heures.

Pour mettre en évidence une pullulation chronique du grêle, on réalisera un test respiratoire à l'hydrogène après ingestion de glucose qui a une sensibilité et une spécificité diagnostique de 80 %.

Pour mettre en évidence une diarrhée sécrétoire, on réalisera une épreuve de jeûne de 48 heures (absence de selles le 2^e jour).

Les tests d'absorption intestinale de la vitamine B12 (test de Schilling) et du D-xylose ne sont plus utilisés.

Enfin, un traitement empirique d'épreuve peut être conduit afin de mettre en évidence, de façon simple, l'existence d'une insuffisance pancréatique (enzymes pancréatiques), une malabsorption des acides biliaires (cholestyramine) et une pullulation bactérienne chronique du grêle (antibiothérapie).

5. Autres examens

La diarrhée secondaire à une tumeur endocrine digestive est rare et ne justifie pas de dosage hormonal systématique. Celui-ci ne sera réalisé qu'en fonction du contexte clinique (*cf. infra* : sérotonine, chromogranine A, 5-HIAA urinaire, gastrine, calcitonine, VIP).

PRINCIPALES CAUSES ET CONDUITE À TENIR PRATIQUE

La stratégie diagnostique devant une diarrhée chronique est résumée dans la figure 1.

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent généralement d'orienter vers les principales hypothèses diagnostiques de la diarrhée chronique.

POINTS FORTS

à retenir

- La diarrhée chronique est définie par l'émission quotidienne de selles molles à liquides pendant plus de 4 semaines.
- On distingue d'une part la diarrhée par malabsorption et, d'autre part, la diarrhée hydroélectrolytique. Celle-ci est secondairement classée en diarrhée motrice, osmotique et sécrétoire non lésionnelle ou sécrétoire lésionnelle.
- L'examen parasitologique des selles est le principal examen recherchant une cause infectieuse. Une diarrhée chronique a exceptionnellement une étiologie bactérienne ou virale chez le sujet non immunodéprimé.
- L'endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies duodénales et l'iléocoloscopie avec biopsies iléales, coliques droites et coliques gauches, examens réalisés pendant la même anesthésie, permettent le diagnostic de la majorité des causes, en particulier maladie cœliaque, maladies inflammatoires, colite microscopique.
- Une malabsorption doit être suspectée devant des signes cliniques ou biologiques de carence et démontrée par le dosage des graisses fécales. Elle peut être secondaire à une maldigestion (pancréas ++, pullulation) ou une entéropathie (malabsorption entérocytaire).
- Les diarrhées osmotiques sont soit d'origine alimentaire (polyols ++), soit en rapport avec la prise cachée de laxatifs.
- Toujours penser à la thyroïde (hyperthyroïdie, cancer médullaire) devant une diarrhée motrice.
- La principale cause de diarrhée sécrétoire est la colite microscopique.

(*v. MINI TEST DE LECTURE*, p. 1128)

Dans un premier temps, après avoir confirmé la diarrhée et éliminé une fausse diarrhée (pesée des selles en cas de doute), doivent être réalisés les examens biologiques standard, si besoin complétés de la sérologie VIH et d'un examen parasitologique des selles, associés à des explorations morphologiques endoscopiques (endoscopie digestive haute avec biopsies et iléocoloscopie avec biopsies étagées), échographique et radiologique (tomodensitométrie abdominale). Noter l'importance des biopsies, qui doivent être pratiquées même si la muqueuse paraît endoscopiquement normale (atrophie villositaire de la maladie cœliaque, épaissement de la membrane basale de la colite collagène). Ces examens permettent le plus souvent de porter un diagnostic étiologique.

Dans un deuxième temps, en l'absence de diagnostic, dans le but de différencier diarrhée de malabsorption et diarrhée hydroélectrolytique, on effectue une recherche de stéatorrhée et, en cas d'hypoalbuminémie, une mesure de la clairance de l'alpha-1 antitrypsine.

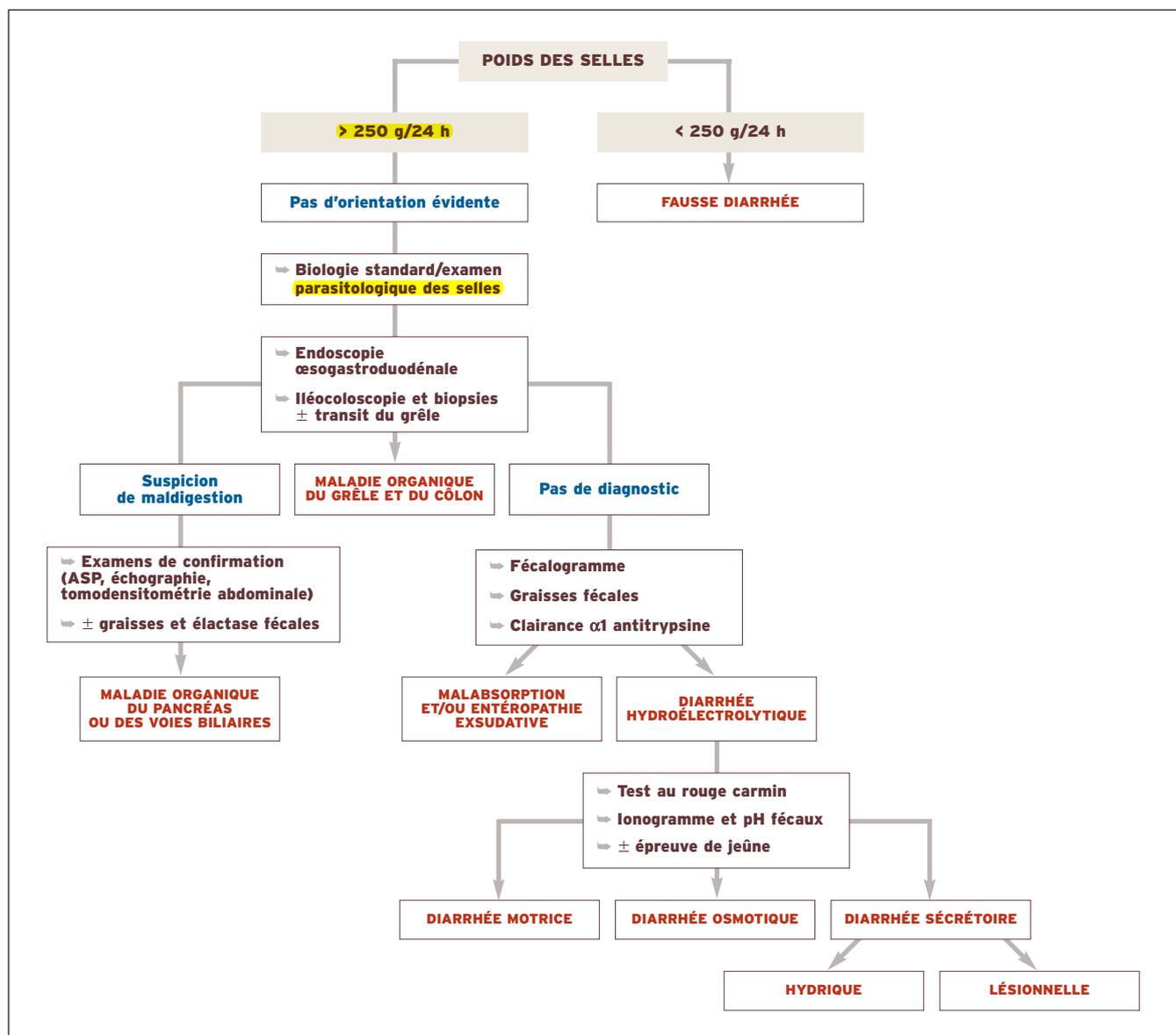


Figure 1 Stratégie diagnostique devant une diarrhée chronique.

Dans un dernier temps, si ces examens ne sont pas contributifs, sont réalisés un test au carmin pour rechercher une diarrhée motrice, des analyses fécales plus complètes (ionogramme, pH, recherche de laxatifs), et éventuellement une épreuve de jeûne, la persistance de la diarrhée lors du jeûne orientant vers une diarrhée sécrétoire.

Diarrhée par malabsorption

Le syndrome de malabsorption correspond à un groupe de maladies nombreuses et variées, caractérisées par un défaut d'assimilation d'un ou plusieurs nutriments. Ce défaut peut être la conséquence d'une affection gastro-intestinale, pancréatique, hépatobiliaire ou lymphatique.

Pour être assimilé, un aliment doit être digéré et absorbé.

La digestion des aliments est l'hydrolyse des molécules alimentaires, produisant les nutriments qui vont être absorbés par l'entérocyte.

La maldigestion peut être gastrique, biliaire ou pancréatique. L'absorption intestinale des nutriments est le transport des nutriments, de l'eau, des électrolytes et de certaines substances endogènes et exogènes (vitamines, oligo-éléments) de la lumière digestive vers le milieu intérieur, sang ou lymphé.

La malabsorption est liée à une pathologie du grêle.

Le terme de malabsorption est utilisé en pratique courante pour désigner toute anomalie survenant dans la séquence digestion-absorption.

1. Signes cliniques et biologiques

Les manifestations cliniques d'un syndrome de malabsorption sont très variables d'un sujet à l'autre. L'expression clinique varie ainsi de la latence la plus complète avec anomalie biologique révélatrice à la grande diarrhée avec cachexie. La présentation clinique classique de la malabsorption est celle d'une diarrhée associée à des manifestations carentielles de traduction initiale seulement biologique (hypocalcémie, augmentation des phosphatases alcalines avec γ -GT normales, baisse du taux de prothrombine, macrocytose).

L'aspect stéatorrhéique des selles se traduit par un aspect grisâtre ou jaunâtre, luisant et gras, d'odeur fétide ou rance, et de consistance molle à pâteuse.

Les manifestations carentielles cliniques associées à des degrés divers une altération de l'état général, un amaigrissement, une asthénie, un syndrome anémique (anémie macrocytaire par carence en folates et/ou B12, microcytaire par carence en fer), des troubles neurologiques à type de mono- ou multinévrite ou sclérose combinée de la moelle par carence en vitamine B1, B6, B12, ou folates, des troubles neuromusculaires à type de crise de téτανie ou crises convulsives par carence en calcium (Ca), magnésium (Mg), ou vitamine D, des troubles osseux (carence en Ca, Mg, Vit D) avec ostéoporose ou ostéomalacie, des ecchymoses ou un syndrome hémorragique par carence en vitamine K, des troubles cutanéomuqueux tels que glossite, aphtose et troubles de la pigmentation par carences respectives en vitamine B12 et vitamine PP, des troubles visuels par carence en vitamine A.

2. Principales causes de malabsorption

On distingue les malabsorptions de cause préentérocytaire (maldigestion intraluminaire, pullulation), entérocytaire (pariétale) et postentérocytaire (obstacle ou anomalie veino-lymphatique (tableau 1).

Dans ce tableau, comme dans les suivants, les causes les plus fréquentes de diarrhée sont soulignées.

3. Stratégie diagnostique

L'approche clinique consiste à prouver la malabsorption, puis à identifier la cause et l'organe atteint. La suspicion clinique débute avec l'interrogatoire et l'examen physique. Les examens biologiques de routine confirment la ou les carences, mais ne suffisent pas au diagnostic étiologique.

L'analyse des fèces confirme la stéatorrhée.

L'enquête étiologique repose donc avant tout sur des examens morphologiques tels que l'endoscopie œsogastro-duodénale avec biopsies duodénales, l'iléocoloscopie avec biopsies, le transit du grêle, une échographie ou une tomographie abdominale pour l'exploration des voies biliaires et du pancréas, qui sont parfois complétées par un nombre limité d'examen complémentaires spécifiques et/ou un traitement qui confirment la cause.

Le tableau 1 résume les principales causes de malabsorption, les signes cliniques et biologiques évocateurs et les examens complémentaires nécessaires au diagnostic.

Tableau 1 Principales causes de diarrhée avec syndrome de malabsorption

| CAUSES | DIAGNOSTIC ÉVOQUÉ PAR / CONFIRMÉ PAR |
|---|--|
| <p>Malabsorption préentérocytaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pancréatite chronique, pancréatectomie, cancer du pancréas ■ Cholestase <p>■ Colonisation bactérienne chronique du grêle (anse borgne, diverticules du grêle, syndrome de pseudoobstruction)</p> <p>■ Gastrinome</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Douleur, amaigrissement / ASP, TDM abdominal, échoendoscopie ■ Ictère, prurit, hépatomégalie, cholestase biologique / échographie abdominale ■ Anamnèse, syndrome de sténose du grêle / test respiratoire au glucose, transit du grêle, traitement antibiotique d'épreuve ■ Maladie ulcéreuse, œsophagite, diarrhée, amaigrissement / gastrinémie |
| <p>Malabsorption entérocytaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Maladie cœliaque ■ Syndrome du grêle court, résection iléale <p>■ Maladie de Whipple</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Déficit immunitaire en immunoglobulines (carence en IgA, déficit commun variable) ■ Parasitose (lamblia, parasitoses de l'immunodéprimé), sprue tropicale ■ Lymphome, syndrome immunoprolifératif de l'intestin grêle (maladie des chaînes alpha) ■ Maladie de Crohn, grêle radique, tumeurs | |
| <p>Malabsorption postentérocytaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lymphangiectasies intestinales (maladie de Waldman) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ac anti-endomysium et/ou antitransglutaminase / biopsies duodénales ■ Anamnèse, diarrhée, dénutrition, carences en vitamines et minéraux / transit du grêle ■ Fièvre, arthralgies ou arthrites, polyadénopathies, pigmentation cutanée, diarrhée / biopsie duodénales, recherche <i>Tropheryma whipplei</i> par PCR ■ Électrophorèse des protéines / dosage pondéral des immunoglobulines <p>■ Parasitologie des selles, sérologie VIH, biopsies duodénales</p> <p>■ Endoscopie avec biopsies, recherche de protéine de la maladie des chaînes alpha dans le sérum. PCR <i>Campylobacter</i></p> <p>■ TDM abdominal, transit du grêle, iléocoloscopie</p> <p>■ Clairance de l'alpha-1 antitrypsine, capsule, entéroscopie et biopsies</p> |

Tableau 2 Principales causes de diarrhée motrice

| CAUSES | DIAGNOSTIC |
|---|---|
| <p>Endocriniennes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer médullaire de la thyroïde ■ Hyperthyroïdie ■ Syndrome carcinoïde <p>Neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vagotomie tronculaire ou sélective ■ Neuropathies viscérales (diabète, amylose) <p>Lésions du tube digestif</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Gastrectomie. Cholécystectomie ■ Lésions iléales terminales < 1 m (résection, grêle radique, Crohn) <p>Syndrome de l'intestin irritable (> 80 % des cas)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Thyrocalcitonine, antigène carcino-embryonnaire ■ Échographie thyroïdienne, TSH, scintigraphie thyroïdienne ■ 5-HIAA urinaire, chromogranine A, sérotoninémie, échographie ou TDM du foie (métastases) <ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnèse ■ Anamnèse, hypotension orthostatique, protéinurie, examen neurologique <ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnèse ■ Transit du grêle, entéroscanner <ul style="list-style-type: none"> ■ Ancienneté des troubles, douleurs abdominales, diagnostic d'exclusion (élimination des causes précédentes) |

Tableau 3 Principales causes de diarrhée osmotique

| CAUSES | DIAGNOSTIC |
|---|---|
| <p>Malabsorption physiologique de substances osmotiques (iatrogène ++)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de laxatifs osmotiques (lactulose, lactitol, sorbitol, macrogols) ou d'antiacides (sels de magnésium) ■ Chewing-gum et boissons « allégées » consommés en grande quantité <p>Malabsorption pathologique des glucides</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Déficit en lactase ■ Déficit en saccharase-isomaltase | <ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnèse, recherche de laxatifs ■ Magnésium et ionogramme fécal, trou osmotique <ul style="list-style-type: none"> ■ Intolérance au lait. Test respiratoire au lactose ■ Test d'exclusion-réintroduction des produits suspects |

Tableau 4 Principales causes de diarrhée sécrétoire

| CAUSES | DIAGNOSTIC ÉVOQUÉ PAR / CONFIRMÉ PAR |
|---|--|
| <p>Non lésionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tumeurs endocrines digestives dont vipome ■ Médicaments (biguanides, colchicine...) ■ Laxatifs irritants (anthraquinones, bisacodyl) ■ Lamblia ■ Cryptosporidiose, microsporidiose (immunodéprimé) <p>Lésionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Colite microscopique (collagène ou lymphocytaire) ■ Maladies inflammatoires chroniques intestinales (Crohn, RCH) ■ Entéocolites infectieuses invasives (immunodéprimé) ■ Entéocolite ischémique, entérite radique ■ Tumeur villeuse, cancer rectocolique | <ul style="list-style-type: none"> ■ Chromogranine A, sérotonine, VIP, etc., échographie, tomodensitométrie, scintigraphie récepteurs à la somatostatine (Octréoscan) ■ Interrogatoire ■ Recherche de laxatifs dans selles et urines, épreuve de jeûne ■ Parasitologie des selles, biopsies duodénales ■ Sérologie VIH <ul style="list-style-type: none"> ■ Coloscopie avec biopsies coliques droites + gauches (épaississement basal, hyperlymphocytose épithéliale et infiltrat inflammatoire) ■ Iléocoloscopie et biopsies ■ id ■ id ■ id |

Diarrhée chronique sans malabsorption

1. Diarrhée motrice

Le caractère moteur d'une diarrhée peut être suspecté sur l'allure clinique. Il s'agit de selles liquides fécales, postprandiales, impérieuses (pouvant aller jusqu'à l'incontinence), groupées, à la suite, « en salve », avec des aliments non digérés ingérés le jour même, rôle aggravant du stress et efficacité des ralentisseurs du transit. L'état général est conservé malgré une évolution longue.

La preuve de l'accélération de transit est apportée par le test au carmin qui est anormalement court (temps d'apparition < 8 h).

Les principales causes et leurs moyens diagnostiques sont rapportés dans le tableau 2. Il existe souvent un contexte clinique particulier : antécédent chirurgical (vagotomie, résection iléo-cœcale), diabète insulino-dépendant ancien, signes d'hyperthyroïdie. Noter que la diarrhée motrice peut avoir une composante sécrétoire (cancer médullaire de la thyroïde, carcinoïde).

Le traitement est étiologique et symptomatique avec prescription de ralentisseurs du transit administrés avant les repas à dose adaptée.

2. Diarrhée osmotique

Elle est due à l'ingestion de petits solutés naturellement peu ou pas absorbables (osmotiquement actifs) ou malabsorbés de façon élective.

Le diagnostic repose sur la présence d'un trou osmotique, l'acidité du pH fécal en cas de malabsorption de sucres et l'arrêt de la diarrhée à l'épreuve de jeûne (fig. 2).

Les principales causes de diarrhée osmotique figurent dans le tableau 3. Schématiquement, on distingue une malabsorption des glucides (lactose, fructose et sucre-alcools [chewing-gum, boissons allégées] en cas d'ingesta élevés) ou une origine iatrogène (prise d'acarbose ou de laxatifs osmotiques : lactulose, lactitol, sorbitol, PEG, hydroxyde de magnésium). Noter que si le

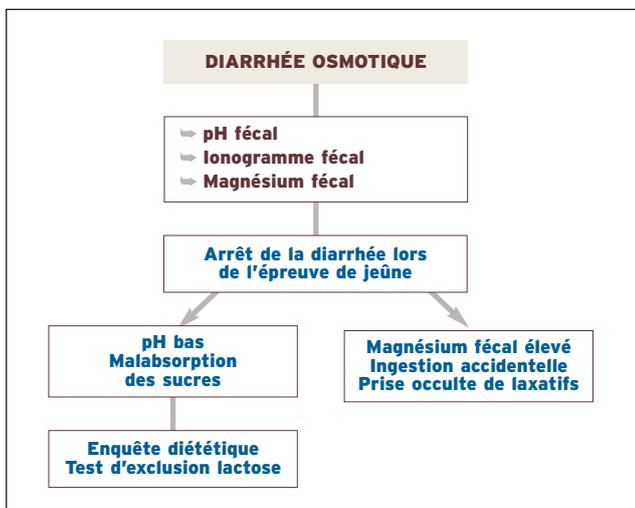


Figure 2 Diarrhée osmotique : stratégie diagnostique.

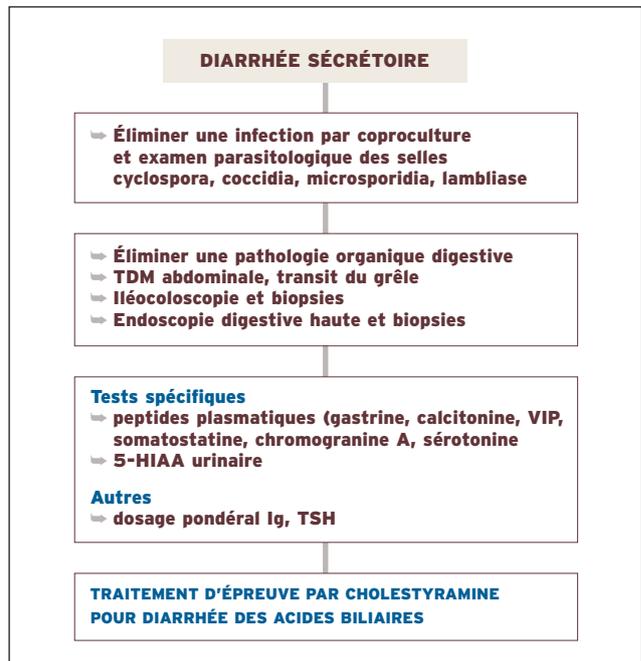


Figure 3 Diarrhée sécrétoire : stratégie diagnostique.

lactose est souvent malabsorbé du fait d'un déficit en lactase, fréquent chez l'adulte méditerranéen, le lactose est rarement responsable isolément d'une diarrhée chronique.

3. Diarrhée sécrétoire

Les arguments cliniques et biologiques en faveur du diagnostic sont des selles abondantes sans lien avec le repas, sans facteur déclenchant, ne cédant pas au jeûne et fréquemment associées à une hypokaliémie et une acidose métabolique. Il n'y a pas de trou osmotique notable. On distingue deux types de diarrhée sécrétoire.

✓ **La diarrhée sécrétoire hydrique sans lésions intestinales** est due à une augmentation de la sécrétion hydroélectrolytique dans l'intestin grêle et/ou le côlon. La diarrhée est souvent très abondante, avec déplétion sodée et/ou potassique, les explorations endoscopiques digestives sont négatives. Si l'examen parasitologique des selles et la coproculture ne trouvent pas de cause infectieuse, il faut rechercher activement une tumeur sécrétante (carcinoïde, gastrinome, vipome, cancer médullaire de la thyroïde) par dosages hormonaux et enquête morphologique.

✓ **La diarrhée sécrétoire avec lésions intestinales** (diarrhée inflammatoire). Le diagnostic repose sur l'endoscopie digestive, avec biopsies indispensables. Une cause très fréquente, notamment chez la femme de 50-60 ans, est la colite microscopique, avec une muqueuse macroscopiquement normale, mais histologiquement anormale (hyperlymphocytose intraépithéliale infiltrat inflammatoire du chorion, épaissement de la membrane basale sous-épithéliale). La colite microscopique peut être d'origine médicamenteuse (veinotoniques, certains antisécrétoires gastriques, certains antidépresseurs). Il faut enfin noter que les endo-

scopies conventionnelles peuvent être négatives en cas d'entéropathie localisée au grêle (Crohn) qui peut échapper à la radiologie standard et n'être mise en évidence que par entéroscopie ou vidéocapsule.

Le tableau 4 et la figure 3 résument les principales causes de diarrhée sécrétoire et la stratégie diagnostique. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus



► Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Monographie
(Rev Prat 2005;55[9]:941-94)

Mais aussi...

► Diarrhées

Monographie (Rev Prat 2008;58 : à paraître)

► Diarrhées

Monographie (Rev Prat 2001;51[9]:941-94)

► AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea

Fine, KD, Schiller LR
(Gastroenterology 1999;116:1464-86)

► Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea

Thomas PD, Forbes, A, Green J, Howdle P, Long R, Playford R, et al. (2nd edition)
(Gut 2003;52[suppl V]:V1-15)

► indications des examens de selles chez l'adulte

Recommandations pour la pratique clinique: ANAES
(Gastroenterol Clin Biol 2003;27:627-42)

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La diarrhée est définie par l'émission de selles liquides ou molles.
- 2 Le caractère nocturne des émissions est en faveur d'une pathologie organique.
- 3 Un pH fécal acide indique une malabsorption des sucres.
- 4 Le calcul du trou osmotique nécessite la mesure de l'osmolarité fécale.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La lambliaose entraîne une diarrhée chronique seulement s'il existe une immunodépression.
- 2 La vagotomie peut causer une diarrhée motrice.
- 3 La colite collagène est caractérisée par une muqueuse colique endoscopiquement normale mais histologiquement anormale (épaississement de la membrane basale).

C / QCM

Parmi les signes suivants, lequel est le plus évocateur du diagnostic de diarrhée sécrétoire ?

- 1 Amaigrissement massif.
- 2 Selles impérieuses.
- 3 Hypoalbuminémie.
- 4 Stéatorrhée > 14 g/24 heures.
- 5 Absence de trou osmotique fécal.

Réponses : A : V, V, V, V, V, F / B : F, V, V / C : 5.

MINI TEST DE LECTURE de la question 336, p. 1113

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Une toux chronique est définie par une toux évoluant depuis plus de 2 semaines sans tendance à l'amélioration.
- 2 La toux chronique touche 10 % des adultes jeunes.
- 3 Les récepteurs de la toux sont situés uniquement sur la trachée et les bronches.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La toux de début de nuit est évocatrice d'un RGO.
- 2 La toux du BPCO est productive et survient lors du décubitus.
- 3 La première cause de toux chronique est l'asthme.

- 4 Toute toux chronique ou aiguë doit amener à pratiquer une radiographie de thorax.

C / QCM

Parmi les examens complémentaires suivants, lesquels réaliser en l'absence de signe d'orientation étiologique ou de signe de gravité chez un patient ayant une toux évoluant depuis plus de 4 semaines ?

- 1 Une radiographie de thorax.
- 2 Une fibroscopie bronchique.
- 3 Un bilan immunitaire.
- 4 Des épreuves fonctionnelles respiratoires.
- 5 Un examen ORL.