

N°303 - Diarrhée chronique.

R. Jian, J.C. Rambaud

Objectifs

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

Points importants

- Les causes de diarrhée chronique sont très nombreuses et le diagnostic étiologique requiert une solide expérience clinique et des moyens techniques fiables.
- Un interrogatoire et un examen clinique complets et attentifs, complétés par quelques examens biologiques simples éviteront souvent bien des examens complémentaires inutiles.
- En l'absence d'éléments d'orientation, l'exploration d'une diarrhée chronique débute par des examens morphologiques : iléo-coloscopie et endoscopie haute avec biopsies étagées, transit du grêle.
- L'examen fonctionnel de la digestion n'a aucun intérêt. En revanche, un examen coprologique avec dosage de graisses fécales, ionogramme fécal et recherche de laxatifs est parfois utile.
- L'examen parasitologique des selles est utile dans l'exploration d'une diarrhée chronique, la coproculture ne l'est pas (sauf chez l'immunodéprimé).
- Les diarrhées hydro-électrolytiques sont plus fréquentes que les diarrhées par malabsorption (de nutriments et/ou de vitamines).
- La maladie cœliaque, les lésions inflammatoires du grêle et la pancréatite chronique sont les causes les plus fréquentes des diarrhées par malabsorption
- Les lésions intestinales tumorales, inflammatoires et, infectieuses chez l'immuno-déprimé, sont les causes organiques les plus fréquentes d'une diarrhée hydro-électrolytique.
- Les diarrhées hydro-électrolytiques sont le plus souvent idiopathiques correspondant au syndrome de l'intestin irritable, mais il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

1 INTRODUCTION

Sous alimentation de type occidental, habituellement pauvre en fibres alimentaires, une diarrhée se définit par un débit fécal moyen supérieur à 200 g ; une diarrhée devient chronique quand elle évolue pendant plus d'un mois. En pratique clinique, on parle de diarrhée lorsque les selles sont trop nombreuses (> 3 / jour) et/ou liquides, ce qui peut conduire à des erreurs de diagnostic par excès ou par défaut. Il faut donc recourir à la mesure du débit fécal en cas de difficulté diagnostique.

Les causes d'une diarrhée chronique, très nombreuses, recouvrent une grande partie de pathologie digestive, mais un interrogatoire et un examen clinique complets, aidés de quelques examens biologiques simples, apportent souvent des éléments d'orientation décisifs.

On oppose les *diarrhées dites par malabsorption* (sous-entendu de nutriments et/ou de vitamines) aux *diarrhées hydro-électrolytiques*, les plus fréquentes. Les principaux mécanismes d'une diarrhée chronique sont donnés dans le tableau 1, une même affection pouvant relever de plusieurs mécanismes. La diarrhée du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), affection qui doit être toujours évoquée en présence d'une altération de l'état général et qui pose des problèmes très spécifiques sera abordée en annexe 1.

Tableau 1 – Classification des diarrhées chroniques

Type de la diarrhée	Mécanisme	Causes majeures	Fréquence
Motrice	Accélération du transit	TFI*, Hyperthyroïdie	+++
Malabsorption	Malabsorption entérocytaire Maldigestion	Maladie cœliaque Insuffisance pancréatique	+ +
Sécrétoire	Sécrétion intestinale (hydro-électrolytique)	Vipome**, Colites microscopiques	- +
Osmotique	Appel d'eau par hyper-osmolarité intraluminaire	Laxatifs (PEG, lactulose) Déficit lactase....	+
Exsudative	Fuite de lymphe Fuite de plasma	Lymphangiectasies Tumeurs, colites inflammatoires	- ++
Volumogénique	Hypersécrétion gastrique et pancréatique	Gastrinome**	-

* TFI : troubles fonctionnels intestinaux.

** Tumeur pancréatique sécrétant du vaso-active polypeptide, ou de la gastrine.

2 DIARRHÉES LÉSIONNELLES

2.1 Orientation, confirmation

Les diarrhées comportant des *lésions intestinales macroscopiques*, le plus souvent ulcérées, méritent d'être individualisées. Elles correspondent à un ou plusieurs des mécanismes décrits

dans le tableau 1, mais peu importe ici le mécanisme et le type de la diarrhée : le diagnostic, est aisé, reposant sur l'iléo-coloscopie avec biopsies et, en cas de négativité, sur le transit du grêle et/ou l'entérocopie. La diarrhée peut s'accompagner d'un syndrome biologique inflammatoire. La présence de sang dans les selles est très évocatrice, mais inconstante.

2.2 Etiologie

2.2.1 Lésions tumorales

Il s'agit essentiellement des cancers recto-coliques et des tumeurs villeuses. Des antécédents personnels ou familiaux, des signes fonctionnels ou objectifs d'appel ou d'alarme sont parfois présents, mais ces lésions doivent être recherchées systématiquement chez tous sujets de plus de 45 ans se plaignant d'une diarrhée chronique sans autre élément d'orientation. Beaucoup plus rarement, un lymphome est en cause.

2.2.2 Lésions inflammatoires

Elles correspondent à des maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin, à une colite ischémique, à une entéocolite radique, médicamenteuse (AINS) ou infectieuse chez l'immunodéprimé.

3 DIARRHÉES MOTRICES

3.1 Orientation

La diarrhée hydro-électrolytique est liée à une *accélération du transit intestinal* dans l'intestin grêle et surtout dans le côlon. Il n'y a pas de malabsorption franche des nutriments (en dehors d'une stéatorrhée modérée). Le caractère moteur de la diarrhée se traduit par des selles fréquentes mais de faible volume, impérieuses, matinales et post-prandiales précoces, par la présence d'aliments non digérés ingérés lors du repas précédent l'émission de la selle, et par une régression spectaculaire de la diarrhée sous l'effet des ralentisseurs du transit (Imodium[®], Diarsed[®], codéine).

3.2 Confirmation, étiologie

Le caractère moteur d'une diarrhée est confirmé par le test au carmin : le temps séparant l'ingestion de deux gélules de carmin et son apparition dans les selles est inférieur à 6 heures (normale 24 à 48 heures) et son élimination totale inférieure à 24 heures.

Les causes principales de diarrhée motrice et les éléments du diagnostic étiologique sont donnés dans le tableau 2. Toutes sont en fait détectées ou fortement suspectées par l'examen clinique

Tableau 2 – Causes des diarrhées motrices

Causes	Diagnostic
<i>Endocriniennes</i> Cancer médullaire de la thyroïde Hyperthyroïdie Syndrome carcinoïde*	Tumeur palpable, thyrocalcitonine, échographie thyroïdienne TSH Foie tumoral, 5 HIAA urinaire, sérotoninémie, échographie du foie, transit du grêle
<i>Neurologiques</i> Vagotomie, sympathectomie Neuropathies viscérales et dysautonomies (diabète, amylose)	Anamnèse Anamnèse, hypotension orthostatique, examen neurologique
<i>Anatomiques</i> Grêle court, fistule gastro-colique	Anamnèse, examens morphologiques.
<i>Diarrhée motrice idiopathique</i> (plus de 80 % des cas)	Contexte de troubles fonctionnels digestifs, élimination des autres causes

* Comprend en plus de la diarrhée motrice, des flushes, parfois une insuffisance cardiaque droite, et presque toujours une hépatomégalie tumorale.

4 DIARRHÉES PAR MALABSORPTION

4.1 Orientation

Une diarrhée par malabsorption sous entend une *malabsorption de nutriments et/ou de vitamines*. La malabsorption est souvent suspectée sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique : amaigrissement ou maigreur avec conservation de l'appétit, selles grasses, signes cliniques de carences vitaminiques ou nutritionnelles. Les examens biologiques de routine peuvent montrer : une anémie microcytaire (carence martiale), ou macrocytaire (carence en folates ou en vitamine B12) ou mixte (très évocatrice) ; un syndrome ostéomalacique (carence en vitamine D), une baisse du TP (carence en vitamine K).

4.2 Confirmation, étiologie

La confirmation de la malabsorption et l'enquête étiologique reposent sur des examens morphologiques choisis en fonction du contexte clinique : endoscopie haute avec biopsies duodénales, transit du grêle, iléo-coloscopie avec biopsies iléales, échographie ou tomodensitométrie pour étude des voies biliaires et du pancréas. La confirmation biologique de la malabsorption sera effectuée à titre pronostique (quantification de la malabsorption) ou lorsque les explorations morphologiques sont négatives mais qu'une malabsorption reste plausible (*tableau 3* et chapitre I.7). Une stéatorrhée majeure, supérieure à 30 g/24 h, s'observe dans les lésions pariétales et les résections étendues du grêle ou dans l'insuffisance pancréatique exocrine.

Tableau 3 – Diagnostic biologique d'une malabsorption.

Stigmates biologiques	Tests dynamiques*
Anémie m fer, folates, B12 m Calcémie (vitamine D) m TP (vitamine K) m Albuminémie m Cholestérolémie	Graisses fécales > 6 g/24 h Xylosémie <250 mg/l à 2 heures Test de Schilling avec facteur intrinsèque < 10 %

* Description des tests : cf. chapitre I.5.

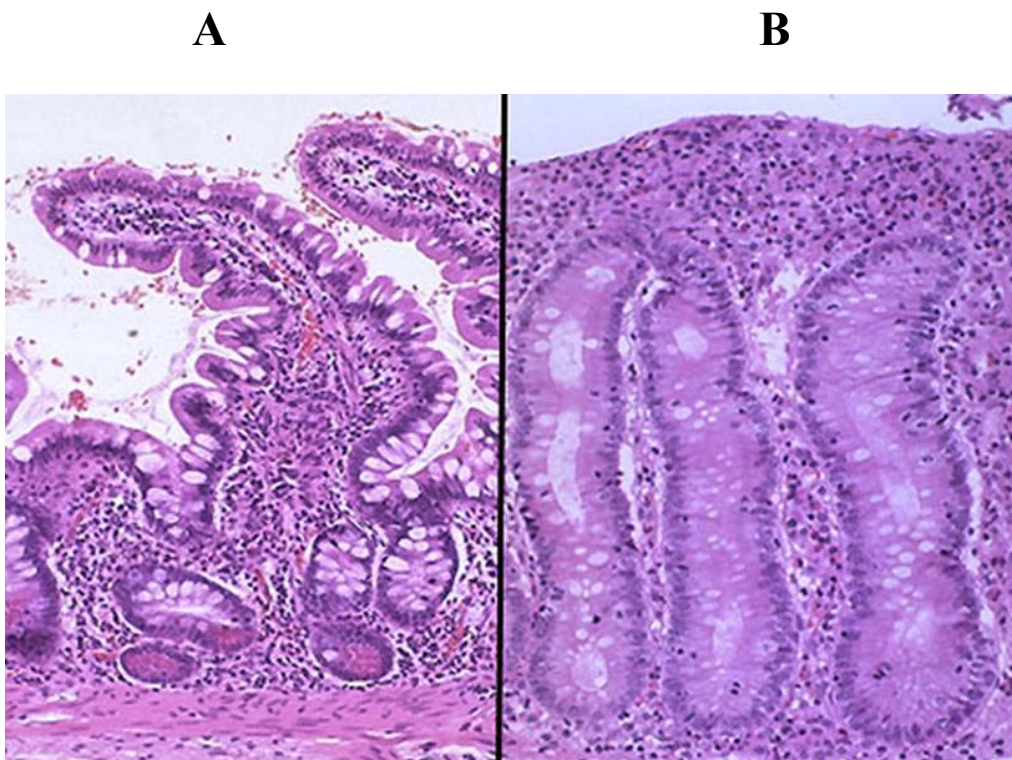
Les principales causes de malabsorption et les éléments majeurs du diagnostic étiologique sont rassemblés dans le tableau 4. Les causes les plus fréquentes sont abordées ci-dessous. Il est finalement rare qu'un syndrome de malabsorption reste totalement inexpliqué (malabsorption illégitime).

4.2.1 Maladie cœliaque

- La maladie cœliaque est la cause la plus fréquente de malabsorption de l'adulte et de l'enfant. Elle est liée à une intolérance digestive à des fragments de protéines contenues dans le gluten des céréales, notamment les gliadines.
- La forme majeure de cette affection, comportant de multiples carences vitaminiques, une dénutrition et un retard staturo-pondéral, est actuellement exceptionnelle. Le diagnostic doit donc être évoqué devant des signes mineurs et dissociés de malabsorption associés à une diarrhée chronique, parfois très discrète. Dans certains cas, seuls les signes carenciels révèlent la maladie (formes sèches). Ainsi, le diagnostic est souvent porté devant une simple anémie (hyposidérémique et plus rarement macrocytaire ou mixte) ou un syndrome ostéomalacique (douleurs osseuses, hypocalcémie, élévation des phosphatases alcalines). Des manifestations extra-digestives peuvent accompagner ou révéler la maladie digestive : dermatite herpétiforme, arthralgies, manifestations auto-immunes diverses.
- Le diagnostic sera confirmé par :
 - La recherche d'anticorps anti-endomysium ou anti-transglutaminase de type IgA. Ces examens ont une sensibilité et une spécificité proches de 100 % (elles sont mises à défaut uniquement dans les déficits immunitaires en IgA).
 - La gastroscopie avec biopsies duodénales. En effet, l'atrophie villositaire totale est quasiment pathognomonique de cette affection (*figure 1*). Les lésions histologiques peuvent être plus ou moins étendues sur le grêle, mais prédominent toujours au niveau du duodénum ou du jéjunum proximal. Elles se réparent toujours de bas en haut.
- La prise en charge sera poursuivie en milieu spécialisé et comportera :
 - La réalisation d'autres explorations en fonction du contexte clinique (transit baryté du grêle pour déceler des complications, ostéodensitométrie....
 - La mise en route d'un régime sans gluten dont l'efficacité confirmera le diagnostic.
- Le traitement repose sur le régime visant à supprimer les céréales contenant du gluten (blé, seigle, orge) ; le riz et le maïs et à un moindre degré l'avoine sont autorisés. Ce

régime est très difficile à suivre et exige un diagnostic formel et un apprentissage pour en déjouer les nombreux pièges (médicament enrobés de gluten, présence de gluten dans de nombreux plats précuisinés ne contenant a priori pas de céréales...). La résistance au régime sans gluten est le plus souvent liée à une mauvaise observance du régime, mais d'authentiques résistances sont possibles. Le suivi du régime sans gluten est nécessaire pour faire régresser les signes de malabsorption, mais aussi, dans l'espoir de prévenir les complications majeures de cette affection, l'ostéoporose et le lymphome du grêle.

Figure 1 – Biopsies duodénales



A : aspect normal des villosités ; B : atrophie villositaire totale avec hypertrophie des cryptes et infiltrat inflammatoire du chorion au cours d'une maladie cœliaque.

4.2.2 Pullulation bactérienne du grêle

Elle doit être évoquée en présence d'un facteur favorisant anatomique (anse borgne, sténose partielle ou diverticules du grêle) ou fonctionnel (sclérodermie, pseudo-obstruction intestinale chronique du grêle, achlorhydrie gastrique). Le diagnostic repose sur un test respiratoire au glucose (en cas de pullulation le glucose est rapidement métabolisé par les bactéries qui produisent de l'hydrogène détectable dans l'air expiré), éventuellement complété par un tubage bactériologique du grêle proximal. Son rôle pathogénique dans la diarrhée sera confirmé par la régression du syndrome de malabsorption sous antibiotiques.

4.2.3 Insuffisance pancréatique (Voir Question XXX)

4.2.4 Maladie de Whipple

Elle est due à une infection par *Tropheryma whippelii*, associe un syndrome de malabsorption

et des signes extra-digestifs (polyarthrite, fièvre, manifestations neurologiques). Le diagnostic repose sur les biopsies duodéno-jéjunales. L'évolution est favorable sous traitement antibiotique prolongé.

Tableau 4 – Principales causes des malabsorption

Causes	Diagnostic
<i>Pré-entérocytaires (luminales)</i> Pancréatites chroniques, cancer du pancréas Cholestase, fistules biliaires Pullulation bactérienne du grêle	ASP, échographie ou scanner Biologie hépatique, échographie Tests respiratoires, transit du grêle
<i>Entérocytaires</i> Maladie cœliaque Déficit immunitaire en immunoglobulines Lamblia Maladie de Whipple Lésions anatomiques du grêle : maladie de Crohn, résections et fistules du grêle, grêle radique, lymphome...)	Biopsies duodénales Dosage des immunoglobulines Parasitologie selles Biopsies duodénales Anamnèse Transit du grêle Entéroscopie
<i>Post-entérocytaires</i> Lymphangiectasies primitives ou secondaires	Examens morphologiques, biopsies, clairance de l'alpha-1-antitrypsine

5 DIARRHÉES OSMOTIQUES

5.1 Généralités, orientation

Une diarrhée osmotique est due à l'ingestion de *solutés de faible poids moléculaire, peu ou pas absorbables par le grêle*. Cette malabsorption étant soit physiologique (soluté naturellement non absorbable), soit pathologique (déficit enzymatique rendant le soluté non absorbable) (*tableau 5*). Les solutés malabsorbés entraînent un appel osmotique d'eau et d'électrolytes dans le grêle puis dans le côlon. Si la substance malabsorbée est fermentescible (par les bactéries coliques), d'autres symptômes peuvent accompagner la diarrhée : borborygmes, météorisme, flatulences, douleurs abdominales. Le jeûne supprime la diarrhée, sauf si la substance malabsorbée est avalée « en cachette » par le malade (pathomimie).

5.2 Confirmation, étiologie

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, sur la mise en évidence dans les selles substances responsables, ou sur des tests respiratoires spécifiques. Dans les cas difficiles, un ionogramme fécal est utile. Une partie (substances fermentescibles) ou la totalité (ions di- et tri-valents) des solutés malabsorbés se retrouve dans les selles et sont responsable d'un trou anionique : l'osmolarité calculée ($[Na] + [K] \times 2$) est inférieure à l'isosmolarité (290 mOsm) d'au moins 50 mOsm.

Tableau 5 – Causes des diarrhées osmotiques

Causes	Éléments du diagnostic
<i>Malabsorption « physiologique » de substances osmotiques</i> Lactulose ou lactitol Mannitol, sorbitol Ions sulfate, phosphate et magnésium	Anamnèse Dosages fécaux
<i>Malabsorption « pathologique » des sucres</i> Déficit en lactase Déficit en saccharase-isomaltase	Tests respiratoires, dosages enzymatiques, épreuve d'exclusion

6 DIARRHÉES SÉCRÉTOIRES

La diarrhée sécrétoire a pour caractères essentiels d'être généralement abondante (> 500 g/24 h), de ne pas céder au jeûne, de donner une osmolarité calculée de l'eau fécale ($([Na]+[K]) \times 2$) voisine de 290 mOsm. Lorsque les débits fécaux sont importants (vipomes), une hypokaliémie, une acidose métabolique, une tubulopathie hypokaliémique et une insuffisance rénale fonctionnelle peuvent s'observer. La liste des causes de diarrhée sécrétoire et les examens permettant de les affirmer est donnée dans le tableau 6.

Tableau 6 – Causes des diarrhées sécrétoires

Causes	Diagnostic
Vipome (tumeur pancréatique endocrine)	VIPémie, échographie, tomодensitométrie
Laxatifs irritants, biguanides, colchicine	Interrogatoire, dosage dans selles et urines
Lambliase, crypto- et microsporidiose (immunodéprimé)	Parasitologie des selles, biopsies du grêle Sérologie HIV
Adénome vilieux hypersécrétant Colites microscopiques (collagène ou lymphocytaire)	Coloscopie avec biopsies étagées systématiques

7 AUTRES TYPES DE DIARRHÉES

7.1 Diarrhées volumogéniques

Une diarrhée volumogénique est due à « l'inondation » de l'intestin par les sécrétions digestives hautes (estomac + sécrétion pancréatique réactionnelle). Elle est due principalement à un gastrinome (tumeur duodénale ou pancréatique sécrétant de la gastrine ou syndrome de Zollinger Ellison). La diarrhée, peu abondante, s'accompagne souvent d'une discrète malabsorption par inactivation des enzymes pancréatiques. Le contexte (néoplasie endocrine multiple familiale de type 1, maladie ulcéreuse, œsophagite et surtout duodénite endoscopique) permet d'évoquer le diagnostic, qui sera confirmé par des test spécifiques (tableau 7).

7.2 Entéropathies exsudatives

Toutes les lésions diffuses intestinales provoquent une exsudation plasmatique. On parle d'entéropathie exsudative lorsque *l'exsudation plasmatique domine le tableau clinique*. Œdèmes, polysérite sont alors au premier plan, la diarrhée est souvent très modérée. La biologie traduit la fuite protéique : hypo-albuminémie majeure et hypocalcémie ; lorsqu'il s'agit d'une fuite lymphatique, il existe une lymphopénie et une stéatorrhée. C'est, en effet, le plus souvent un obstacle lymphatique qui est responsable de telles exsudations. Il peut être secondaire à un lymphome, une compression tumorale, ou une péricardite constrictive. Il peut s'agir aussi d'une maladie primitive des lymphatiques (lymphangiectasie primitive ou maladie de Waldman).

7.3 Malabsorption des sels biliaires

Toute lésion iléale peut comporter une malabsorption des sels biliaires. Dans certains cas la diarrhée est due à une malabsorption des sels biliaires isolée (iléon normal morphologiquement). Les sels biliaires malabsorbés induisent une diarrhée en perturbant l'absorption hydro-électrolytique colique. Un chélateur des sels biliaires (Questran®) est prescrit dans ce type de diarrhée (*tableau 7*).

7.4 Diarrhées des troubles fonctionnels intestinaux (voir question XXX)

Une diarrhée hydro-électrolytique peut correspondre à un TFI. Dans ce cas, la diarrhée est toujours modérée, évoluant volontiers depuis plusieurs années sans retentissement général ni biologique ; elle peut être isolée, avec ou sans caractères moteurs, ou associée à des douleurs abdominales avec alternance fréquente à une constipation (cf. chapitre III.6 et *tableau 7*).

7.5 Fausses diarrhées

Une fausse diarrhée peut masquer une constipation (voir question). Les selles diarrhéiques sont souvent précédées par l'élimination d'un bouchon dur et des scyballes (petites selles dures) sont mêlées aux selles liquides. Le traitement d'épreuve de la constipation améliore alors la diarrhée.

Tableau 7 – Autres types de diarrhées

Causes	Diagnostic
<i>Diarrhées volumogéniques</i> Gastrinome	Tubage gastrique, gastrinémie en période basale et après injection de sécrétine
<i>Entéropathies exsudatives</i> Lymphangiectasies Lésions digestives	Clairance alpha-1-antitrypsine Tomodensitométrie, lymphographie Voir diarrhées lésionnelles
<i>Malabsorption des sels biliaires</i>	Test d'absorption au SeHCAT (cf. chapitre I.5)
<i>Diarrhées idiopathiques (intestin irritable)</i>	Clinique ou diagnostic élimination

8 DIARRHÉES DU SIDA

Des symptômes digestifs sont retrouvés au cours du SIDA avec une fréquence de 50 à 90 p.100. La diarrhée en est la principale manifestation et son caractère chronique est, pour

certain auteurs, un critère suffisant pour porter le diagnostic de SIDA chez un sujet HIV+. La fréquence et la gravité des atteintes digestives sont liées au déficit immunitaire de l'hôte qui permet aux micro-organismes pathogènes souvent opportunistes d'exprimer leur virulence, l'atteinte digestive cachectisante étant elle-même un facteur aggravant de l'immunodépression.

Le taux de lymphocytes T4 permet d'emblée d'orienter l'enquête : T4 entre 150 et 200/ μ l = Kaposi, lymphome, cryptosporidiose ; T4 < 100/ μ l = mycobactériose atypique, microsporidiose ; T4 < 50 = cytomégalovirus (CMV). Les explorations doivent être menées par étapes, en commençant par les examens les plus simples et les moins invasifs.

- *L'examen répété de selles (coproculture, parasitologie) et du produit d'écouvillonnage rectal* doivent être d'indication très large et prescrits en première intention. Ils permettent d'identifier un agent pathogène dans 55 % des cas. Les colorations spéciales permettent la détection par des laboratoires avertis de *Cryptosporidium*, de *Microsporidium* et d'*Isospora belli*. La recherche de *C. difficile* et de ses toxines doit être largement demandée en raison de la fréquence relativement élevée de la colite pseudo-membraneuse chez ces sujets.

- Lorsque ces recherches sont négatives ou si le traitement spécifique d'un agent pathogène isolé a été inefficace, on peut procéder d'emblée à une *endoscopie digestive haute* comportant des prélèvements multiples pour études histologiques, bactériologiques, virologiques et parasitologiques.

- En cas de rectorragies, ténésme et faux besoins, ou lorsque l'exploration haute est négative, la *recto-sigmoïdoscopie* et, au mieux, l'iléo-coloscopie, permettent d'effectuer des prélèvements à la recherche de l'agent pathogène (CMV, adénovirus, mycobactéries atypiques).

9 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

9.1 Etape 1

Un interrogatoire et un examen clinique très minutieux et complets seront effectués. Il suppose bien entendu une bonne connaissance des éléments du diagnostic d'une diarrhée chronique décrits dans les chapitres précédents. Les signes cliniques à rechercher et leur signification clinique sont schématisés dans le tableau 8.

Tableau 8 – Éléments d'orientation de l'examen clinique

Éléments d'orientation	Cause évoquée
<i>Caractères des selles et de la diarrhée</i>	
Selles nocturnes	Diarrhée organique
Caractères moteurs de la diarrhée	Diarrhée motrice
Selles grasses	Malabsorption, maldigestion
Pus, sang dans les selles	Diarrhée lésionnelle
Diarrhée très abondante	Vipome
<i>Antécédents familiaux</i>	
Polypes ou cancer colique	Cancer colo-rectal ou tumeur villeuse

<p><i>Signes associés</i></p> <p>Carences nutritionnelles et/ou vitaminiques Intolérance au lait Pathologie rhumatismale Pyoderma gangrenosum, érythème noueux Flushes, insuffisance cardiaque droite Hypotension orthostatique, autres signes de neuropathie viscérale ou périphérique Hyperthyroïdie Maladie ulcéreuse, néoplasie endocrine multiple Syndrome rectal Infections ORL et bronchiques fréquentes Facteurs de risque, infections opportunistes Douleurs pancréatiques, alcoolisme Œdèmes importants Irradiation, médicament</p>	<p>Malabsorption, maldigestion</p> <p>Déficit en lactase MICI, Whipple MICI</p> <p>Syndrome carcinoïde Diarrhée motrice neurologique</p> <p>Diarrhée motrice des hyperthyroïdies Gastrinome</p> <p>Tumeur rectale ou MICI Déficit en immunoglobulines</p> <p>SIDA Maldigestion par pancréatite chronique Entéropathie exsudative Diarrhée iatrogène</p>
--	---

MICI : maladie inflammatoire cryptogénétique intestinale

À l'issue de cette première étape :

- **le plus souvent, une cause ou un mécanisme est fortement suspecté et sera confirmé par des examens complémentaires appropriés (tableaux 2 à 7) ;**
- **il est des cas où aucune orientation diagnostique ne s'impose, l'étape 2 est alors envisagée.**

9.2 Etape 2

Cette phase essentielle, peut être programmée dès la première consultation.

- *Le bilan sanguin* comporte : NFS, V TP, calcémie, glycémie, électrophorèse des protéides, cholestérol, sérologie HIV et TSH.

- *Un test au carmin* sera réalisé en ambulatoire et en phase de diarrhée.

- *L'examen parasitologique des selles* sera réalisé sur des selles émises au laboratoire.

- *L'examen coprologique* sera fait en ambulatoire, sous surcharge en beurre (60 g/ 24 heures). Les selles seront recueillies sur 3 jours pour mesure du débit fécal, dosage des graisses fécales et de la clairance de l'alpha-1-antitrypsine, recherche de laxatifs (et si les selles sont très liquides ionogramme fécal). Il permettra : (a) d'exclure les « fausses diarrhées » des constipations ou une incontinence fécale (parfois qualifiée à tort de diarrhée par le malade) où le volume journalier des selles est < 200 g, et une pathomimie par prise de laxatifs ; (b) de réunir des éléments en faveur d'une malabsorption, d'une entéropathie exsudative, ou d'une diarrhée motrice.

- **Les examens morphologiques** dominant désormais la démarche diagnostique des diarrhées chroniques du fait de leur rentabilité diagnostique élevée et de leur simplicité. L'endoscopie haute et basse sera souvent réalisée au cours de la même séance sous

neuroleptanalgésie avec biopsies étagées systématiques (duodénales et iléo-coliques même en l'absence de toute anomalie macroscopique). Le transit baryté de l'intestin grêle (ou une entéroscopie) et une échographie abdominale peuvent compléter au besoin ce bilan morphologique.

Si une cause est découverte lors de cette étape, son traitement spécifique est envisagé ; si une simple orientation étiologique découle de cette étape, d'autres examens seront demandés (*tableaux 2 à 7*). Il est exceptionnel, qu'aucune orientation étiologique ne soit apparue : diarrhée hydro-électrolytique idiopathique, malabsorption « illégitime ».