

Stratégie d'exploration face à une diarrhée chronique chez un adulte

Philippe MARTEAU et Raymond JIAN

Service de Gastro-entérologie

Hôpital Européen Georges Pompidou

Exploration des diarrhées chroniques

- Diagnostic positif facile
- Diagnostic étiologique parfois difficile
- Eviter les examens complémentaires inutiles, coûteux et parfois dangereux
- -> Examens hiérarchisés

Diagnostic positif et différentiel

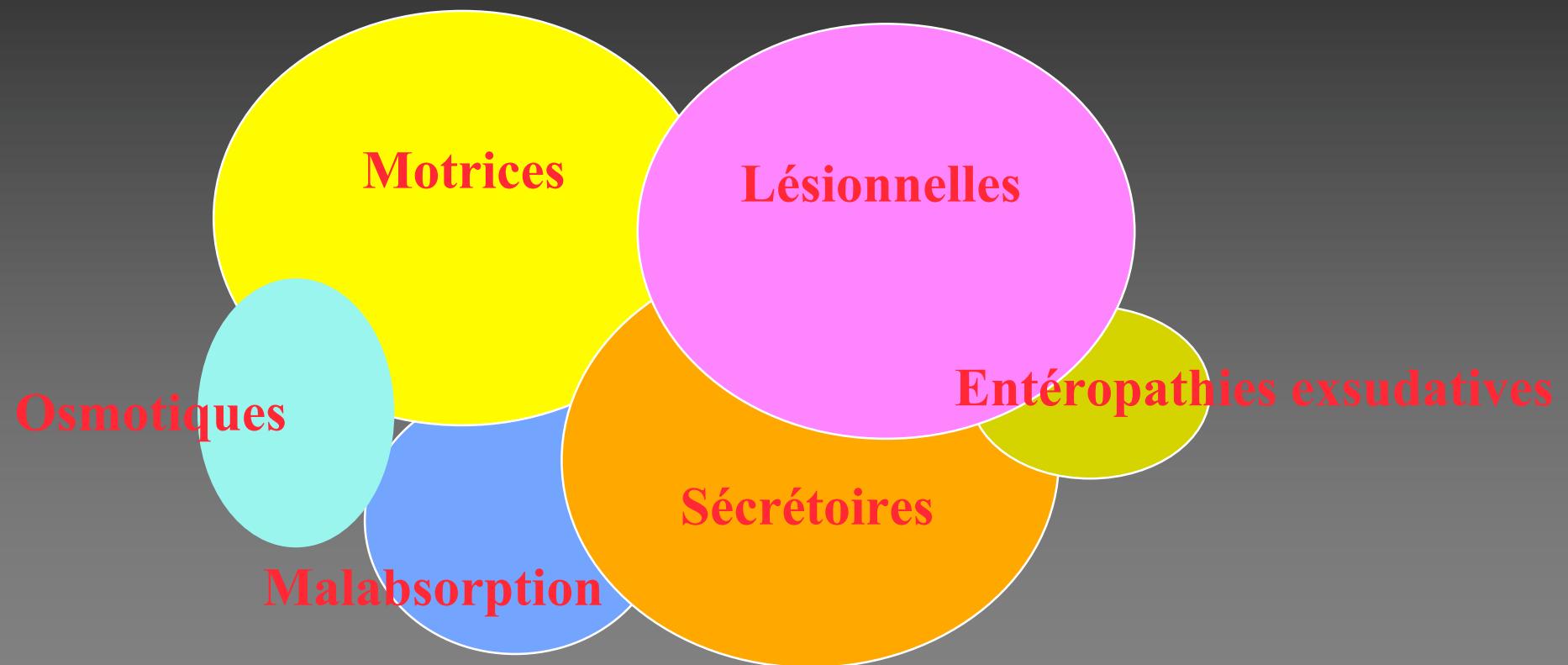
- Débit fécal > 200 g / j depuis plus d'un mois
- Selles > 3 / j et/ou liquides
- Dans les cas douteux: mesure du débit fécal

3 diagnostics différentiels :



- fausse diarrhée de constipation
- syndrome rectal
- incontinence anale

Groupes de causes de diarrhée chronique



Diarrhées lésionnelles

Causes : Tumeurs ou maladies inflammatoires

Quand y penser ?

Systématiquement

On est parfois très orienté:

- sang, pus, glaires dans les selles, douleurs abdominales, signes généraux, signes extradigestifs, lésion au toucher rectal, masse abdominale, syndrome inflammatoire

Comment faire un diagnostic précis ?

iléo-coloscopie avec biopsies, transit du grêle (entéroscopie)

Principales causes des diarrhées lésionnelles & principaux moyens diagnostiques spécifiques

Causes

Lésions tumorales :

adénocarcinomes, tumeurs villoses

Lésions inflammatoires :

maladie de Crohn,

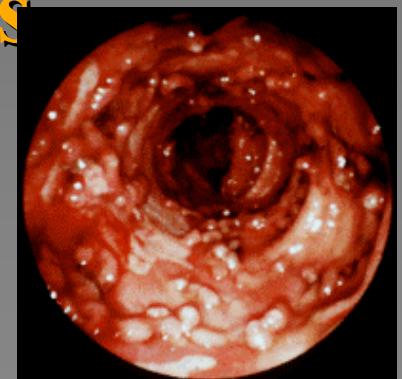
rectocolite hémorragique,

entérocolites infectieuses,

médicamenteuses, radiques...

Diagnostic

**Endoscopies,
biopsies des
lésions**



Diarrhées par malabsorption

Assez rares

Quand y penser ?

- Amaigrissement
- Selles grasses, stéatorrhée > à 7 g / j
- Signes de carences vitaminiques et nutritionnelles (anémie, perlèche, glossite, douleurs osseuses, œdèmes, ecchymoses, hypocalcémie, fer sérique bas ...)
- Cholestase, douleurs pancréatiques
- Terrain à risque : alcool, antécédents familiaux de maladie coeliaque ou de mucoviscidose, toux chronique

Diarrhées par malabsorption

Confirmation de la malabsorption

- * stéatorrhée après surcharge en beurre
- * fer sérique - calcémie - vitamine B12
- * rarement D-xylose (jéjunum) ou Schilling (iléon)

Diagnostic précis

- La maladie cœliaque et l'insuffisance pancréatique sont les 2 causes les plus fréquentes en France
- Examens morphologiques en fonction du contexte :
 - ♦ endoscopie haute avec biopsies duodénales, transit du grêle,
 - ♦ iléo-coloscopie avec biopsies iléales,
 - ♦ échographie ou tomodensitométrie pour étude des voies biliaires et du pancréas

Principales causes des malabsorptions & principaux moyens diagnostiques spécifiques

Causes

Pré-entérocytaires (luminales)

Pancréatites chroniques, K pancr.
Cholestase
Pullulation bactérienne du grêle

Entérocytaires

Maladie cœliaque
Déficit en immunoglobulines
Lambliase
Maladie de Whipple
Crohn, grêle radique, lymphome

Post-entérocytaires

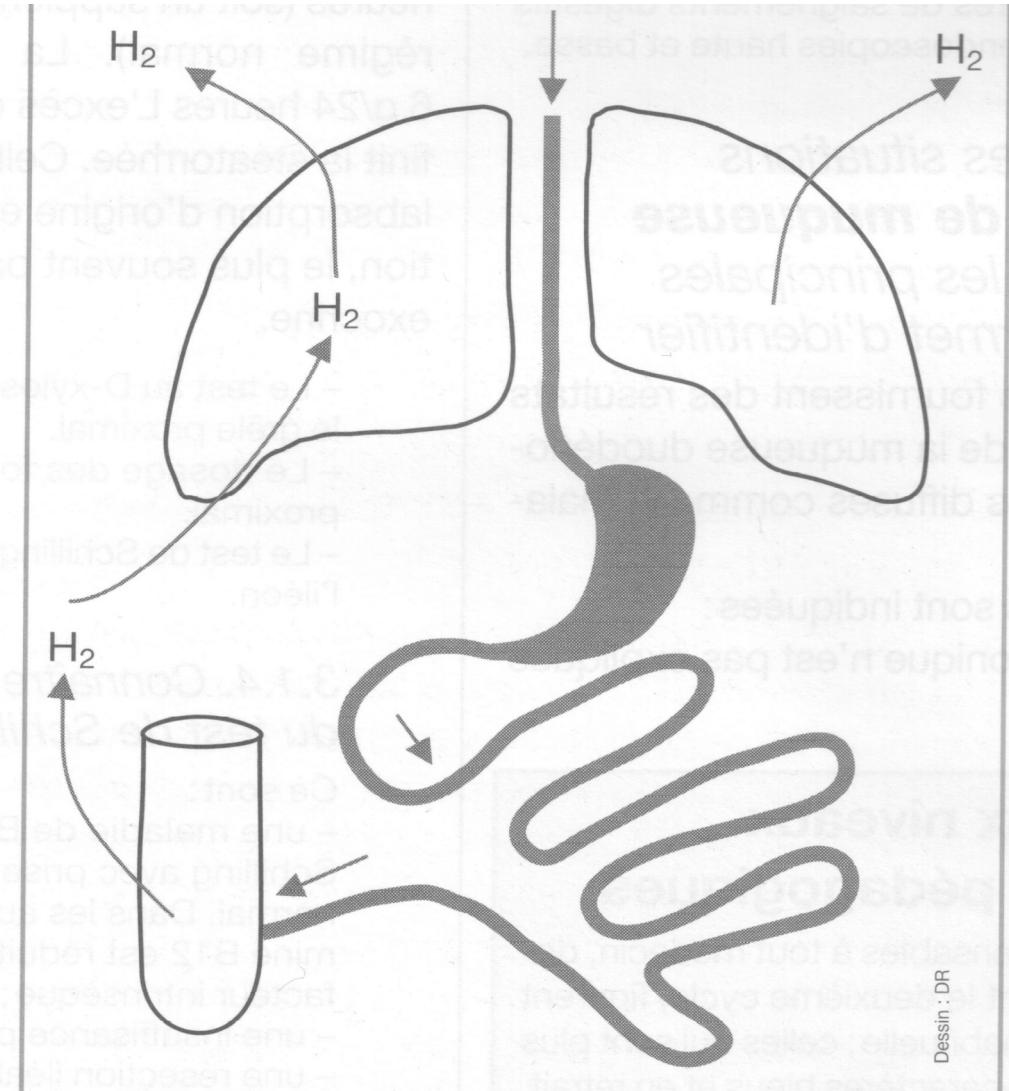
Lymphangiectasies I ou II

Diagnostic

échographie TDM
Biologie et échographie hépatiques
Test respiratoire au glucose, TG
Biopsies duodénales et
anticorps anti-endomysium
dosage des immunoglobulines
parasitologie des selles
transit du grêle

Test respiratoire au glucose- hydrogène

Glucose ingéré à jeun



Mesure H₂ dans le gaz expiré

$\Delta > 20 \text{ ppm}$: pullulation bactérienne du grêle

! si grêle court

Sensibilité 70 %

Entéropathie exsudative

Quand y penser ?

- Les formes les plus sévères se caractérisent par des oedèmes, une polysérite et une hypo-albuminémie
- Lorsqu'il s'agit d'une fuite lymphatique, il existe parfois une lymphopénie

Comment faire le diagnostic ?

- augmentation de la clairance fécale de l'α-1-antitrypsine

Principales causes des entéropathies exsudatives & principaux moyens diagnostiques spécifiques

Causes

Lésions muqueuses

(entérite ou colite,
maladie de Crohn, ...)

Lymphangiectasies
primitives ou
secondaires à un
obstacle lymphatique,
ou du canal thoracique
ou cardiaque droit

Diagnostic

Endoscopie et biopsies

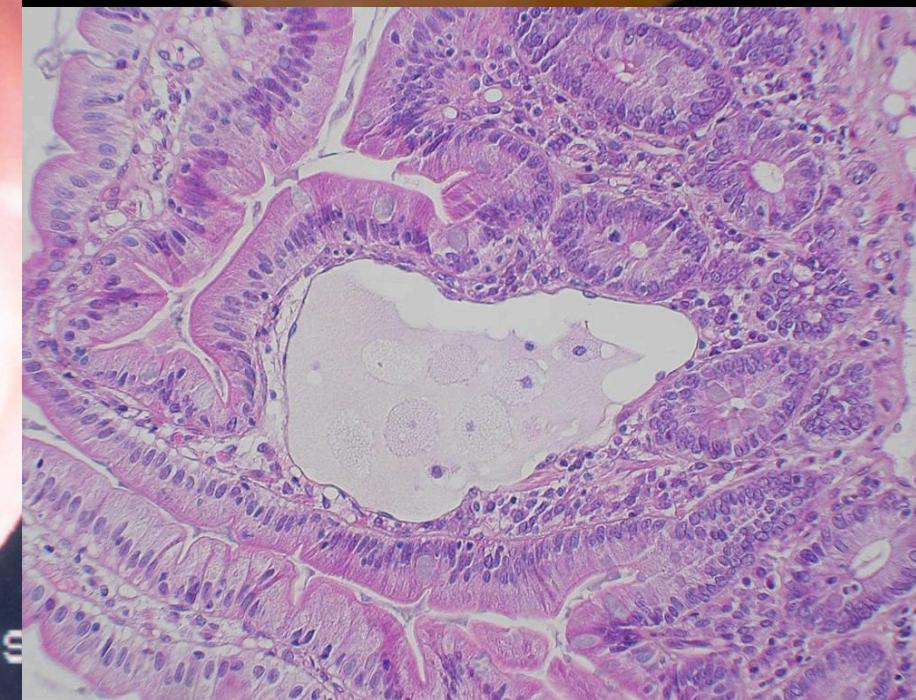
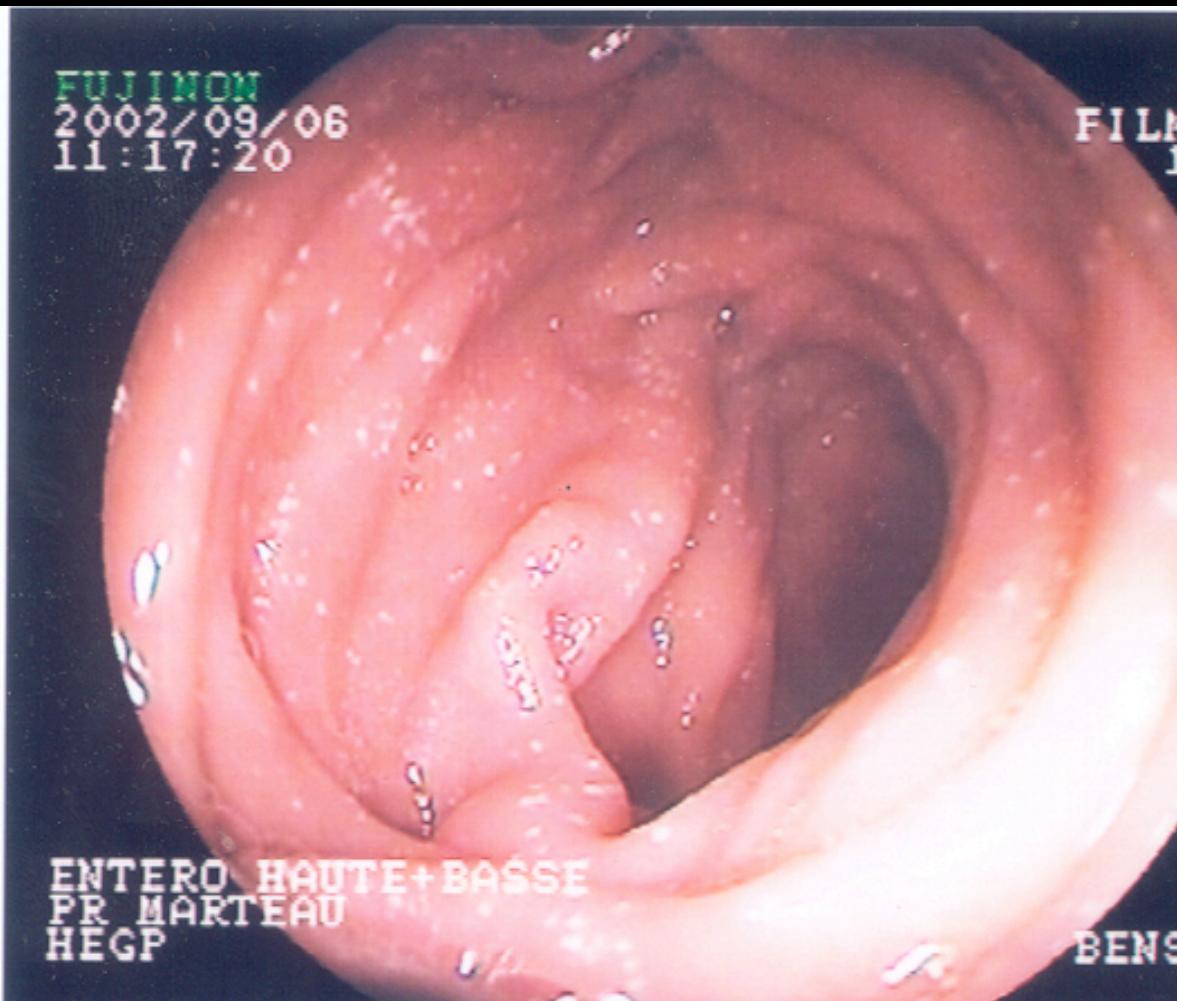
Endoscopie et biopsies,
scanner abdominal et
thoracique,
échocardiographie,
lymphographie

01:05:43

RA

21 Jul 04

Lymphangiectasies





Diarrhées motrices

Fréquentes

Accélération du transit entre la bouche et l'anus (côlon ++)

Quand y penser ?

- selles fréquentes, de faible volume, impérieuses, matinales et post-prandiales
- présence dans les selles d'aliments non digérés ingérés lors du repas précédent
- régression spectaculaire de la diarrhée sous l'effet des ralentisseurs du transit

Diarrhées motrices

Comment faire le diagnostic précis ?

Le caractère moteur d'une diarrhée est confirmé par le test au carmin : temps d'apparition < 8 h

Principales causes des diarrhées motrices & principaux moyens diagnostiques spécifiques

Causes

*Endocrinien*nes

Hyperthyroïdie

Cancer médullaire de la thyroïde

Syndrome carcinoïde

Neurologiques

Vagotomie, sympathectomie

Neurop. viscérales, dysautonomies
(diabète, amylose)

Anatomiques

Grêle court, fistule gastro-colique

Diarrhée motrice idiopathique

(> 80 %)

Diagnostic

TSH

Thyrocalcitonine, échographie
5 HIAA, sérotoninémie,

Anamnèse, hypotension orthostatique, examen neuro., glycémie ...

Anamnèse, examens morphologiques
Contexte de troubles fonctionnels digestifs, élimination des autres causes

Diarrhées osmotiques

Assez fréquentes et dues à l'ingestion de substances osmotiquement actives, médicaments ou des aliments (laxatifs, magnésium, lactose, sorbitol ...)

Quand y penser ?

La diarrhée osmotique est de type hydro-électrolytique, cesse à jeun et est parfois manifestement déclenchée par l'ingestion d'un aliment ou d'un médicament.

Comment faire le diagnostic ?

- Interrogatoire +++
- Ionogramme fécal (trou osmotique)

Principales causes des diarrhées osmotiques & principaux moyens diagnostiques spécifiques

Causes

- ◆ *Médicament osmotique*
(laxatifs, magnésium,
sorbitol, autres)
- ◆ *Aliment malabsorbé*
physiologiquement ou
de manière
pathologique (lactose,
sorbitol, autres sucres)

Diagnostic

- ◆ Enquête médicaments
- ◆ Enquête alimentaire,
tests respiratoires

Diarrhées sécrétoires

◆ Causes

- tumeurs (en particulier villoses)
- maladies inflammatoires intestinales et colites microscopiques
- parasitoses
- médicaments ++
- tumeur endocrine sécrétant du VIP

◆ Orientation

- hydro-électrolytique, souvent abondante, persiste à jeun
- hypokaliémie

◆ Confirmation, diagnostic précis

- Chercher les médicaments
- Coloscopie avec biopsies
- Examen parasitologique de selles
- Dosage éventuel du VIP

Principales causes des diarrhées sécrétoires & principaux moyens diagnostiques spécifiques

Causes

- ◆ Laxatifs irritants, biguanides, colchicine
- ◆ Lambliase, cryptosporidiose et microsporidiose (immunodéprimé)
- ◆ Adénome villeux , colites microscopiques
- ◆ Vipome

Diagnostic

- ◆ Interrogatoire, dosage dans les selles et urines
- ◆ Parasitologie des selles, biopsies intestinales, sérologie HIV
- ◆ Coloscopie avec biopsies étagées
- ◆ VIPémie, échographie ou tomodensitométrie abdominale

Explorations d 'une diarrhée chronique quand la cause n'est pas cliniquement évidente

- Examens biologiques de "débrouillage"



- Examens des selles



- Examens morphologiques

Explorations quand la cause n'est pas cliniquement évidente

- Examens biologiques de "débrouillage" : ionogramme sanguin, NFS, VS, TP, calcémie, glycémie, électrophorèse des protides, cholestérol, TSH

En fonction du terrain : sérologie HIV, anticorps anti-endomysium

Explorations quand la cause n'est pas cliniquement évidente

- Examens des selles
 - Examen parasitologique
 - Coproculture sans intérêt en l'absence d'un déficit immunitaire acquis ou congénital ou d'une prise récente d'antibiotiques (*Clostridium difficile*)
 - Fécalogramme sur 3 j pour mesure du débit fécal, des graisses et de la clairance de l'alpha-1-antitrypsine
 - Recherche de laxatifs anthraquinoniques en cas de doute
 - Ionogramme fécal si les selles sont très liquides

Rentabilité de l'examen parasitologique des selles (EPS) dans la Diarrhée parasitaire

- Diagnostic 1^{er} EPS 58-76%

- Diagnostic 2^{ème} EPS + 16-21%

- Diagnostic 3^{ème} EPS + 8-21%

◆ Cas particuliers:

- Si hyper-éosinophilie répéter EPS à 15j (phase d'invasion)
- VIH: préciser recherche cryptosporidie, microsporidie

Stéatorrhée, modalités de recherche

Tableau 1. Méthode de recueil des selles pour le dosage de la stéatorrhée

| Jour | Ingestion | Recueil |
|------|-----------------|----------------------|
| J-3 | 50 g de beurre* | |
| J-2 | 50 g de beurre* | |
| J-1 | 50 g de beurre* | |
| J1 | 50 g de beurre | Selles des 24 heures |
| J2 | 50 g de beurre* | Selles des 24 heures |
| J3 | 50 g de beurre* | Selles des 24 heures |

* En plus d'une alimentation normale qui apporte elle-même environ 50g de lipides par jour.

Clairance fécale alpha-1 -antitrypsine

Prélèvement synchrone sang/selles: totalité sur 3 jours

Interprétation:

- >20 ml/j gastro-entéropathie exsudative
- 13-20ml/j peut être du aussi à une accélération transit

Trou anionique

Trou anionique = $290 - (\text{Na}^+ + \text{K}^+ \text{ fécaux}) \times 2$

Interprétation:

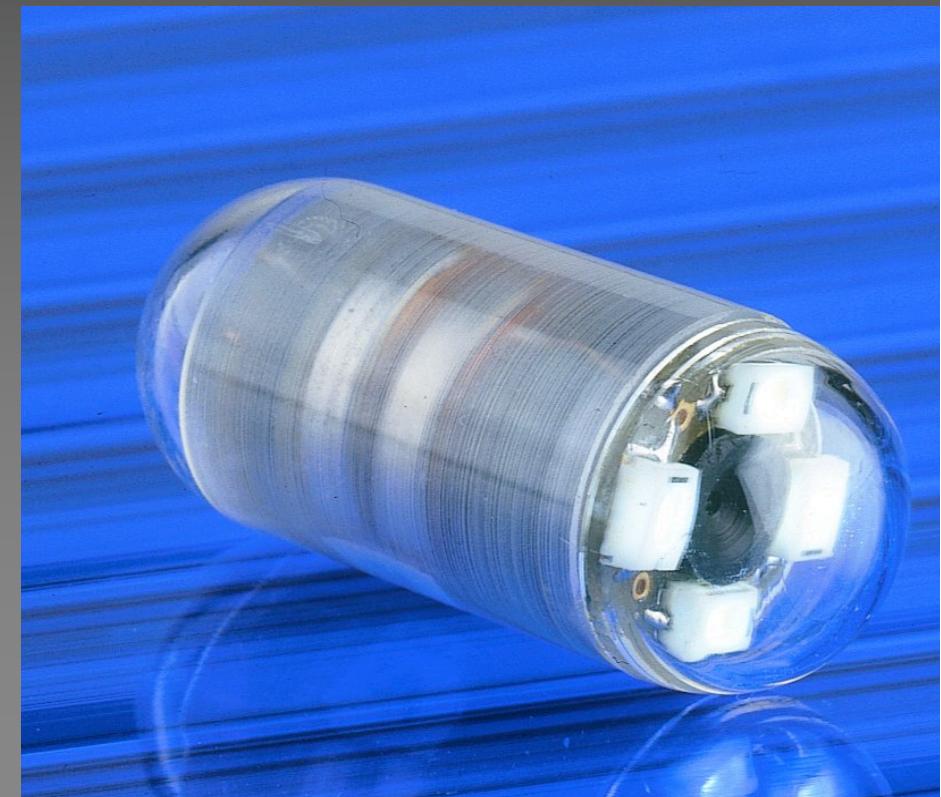
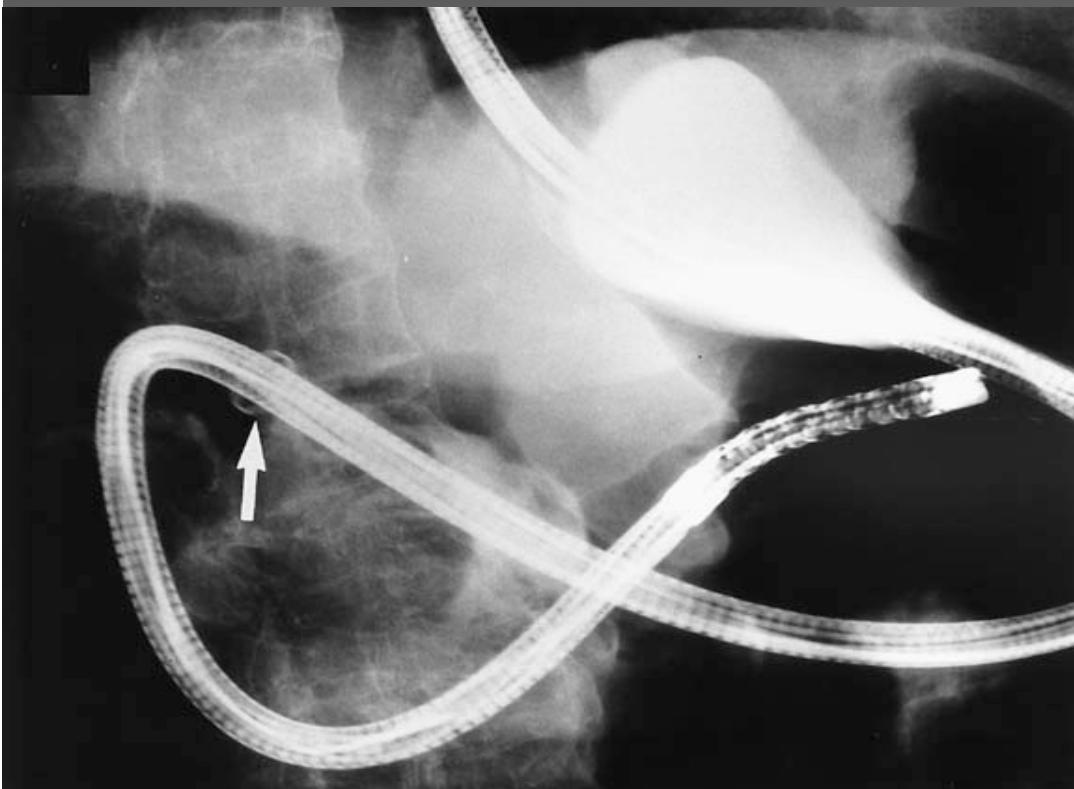
- Si $> 125 \text{ mosm/l}$: Diarrhée osmotique
- Si $< 50 \text{ mosm/l}$: Diarrhée sécrétoire

Explorations quand la cause n'est pas cliniquement évidente

- Examens morphologiques
 - Dominent la démarche diagnostique
 - Rentabilité diagnostique élevée
 - Endoscopie haute et basse
 - Biopsies sur toute lésion mais aussi systématiques, aux niveaux duodénal, iléal et colique
 - Transit du grêle, TDM (pancréas)
 - Place pour entéroscopie poussée ou par vidéo-capsule ?

ENTEROSCOPIE et DIARRHEE CHRONIQUE

Rentabilité basse si diarrhée inexpliquée par endoscopie haute et iléo-coloscopie et biopsies systématiques



Points à retenir

- **Faire d'abord un dg d'un groupe de diarrhées → examens ciblés**
- Souvent bien orienté grâce à la clinique +++
- En l'absence d'orientation clinique:
 - Iono - NFS - VS - TP - Ca - Glycémie - protides - TSH (HIV)
 - AC anti-endomysium (y penser)
 - Endoscopie digestive haute et basse avec biopsies
 - Stéatorrhée - clairance fécale de l'alpha-1-antitrypsine, parasito des selles
 - Plus rarement iono des selles, enteroscopie ou vidéocapsule ?

Groupes de causes de diarrhée chronique

