

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

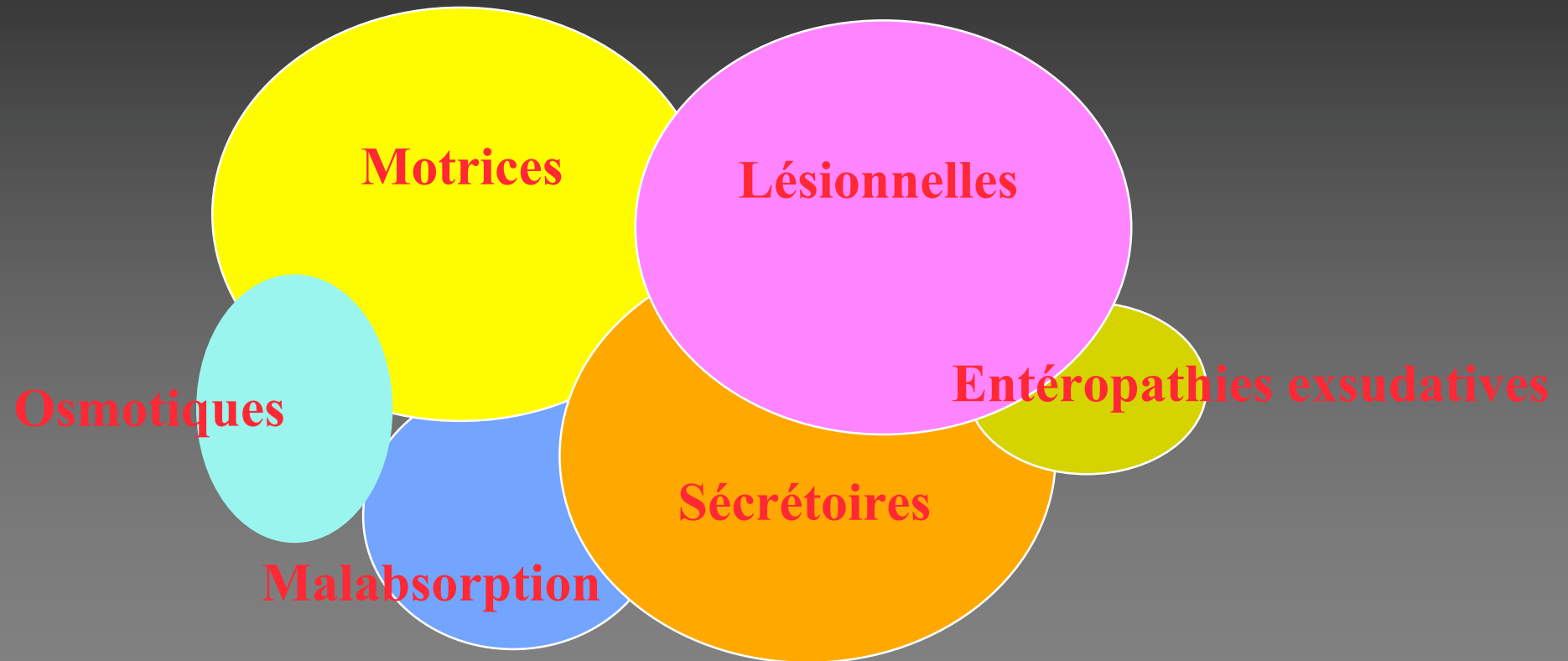
- Débit fécal > 200 g / j depuis plus d'un mois
- Selles > 3 / j et/ou liquides
- Dans les cas douteux: mesure du débit fécal

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 ?

Systematiquement

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 villeuses

Lésions inflammatoires :

maladie de Crohn,

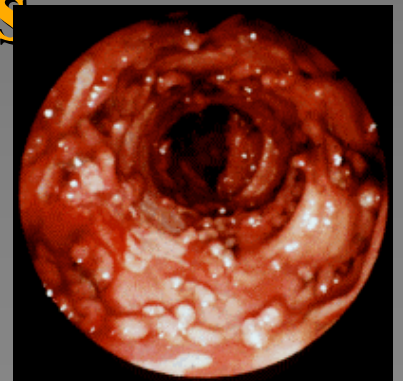
rectocolite hémorragique,

entérocolites infectieuses,

médicamenteuses, radiques...

Diagnostic

**Endoscopies,
biopsies des
lésions**



Diarrhées par malabsorption

Assez rares

Quand y penser ?

- Amaigrissement
- Selles grasses, stéatorrhée $> 7 \text{ g / j}$
- 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 tomодensitométrie 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

Lamblase

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

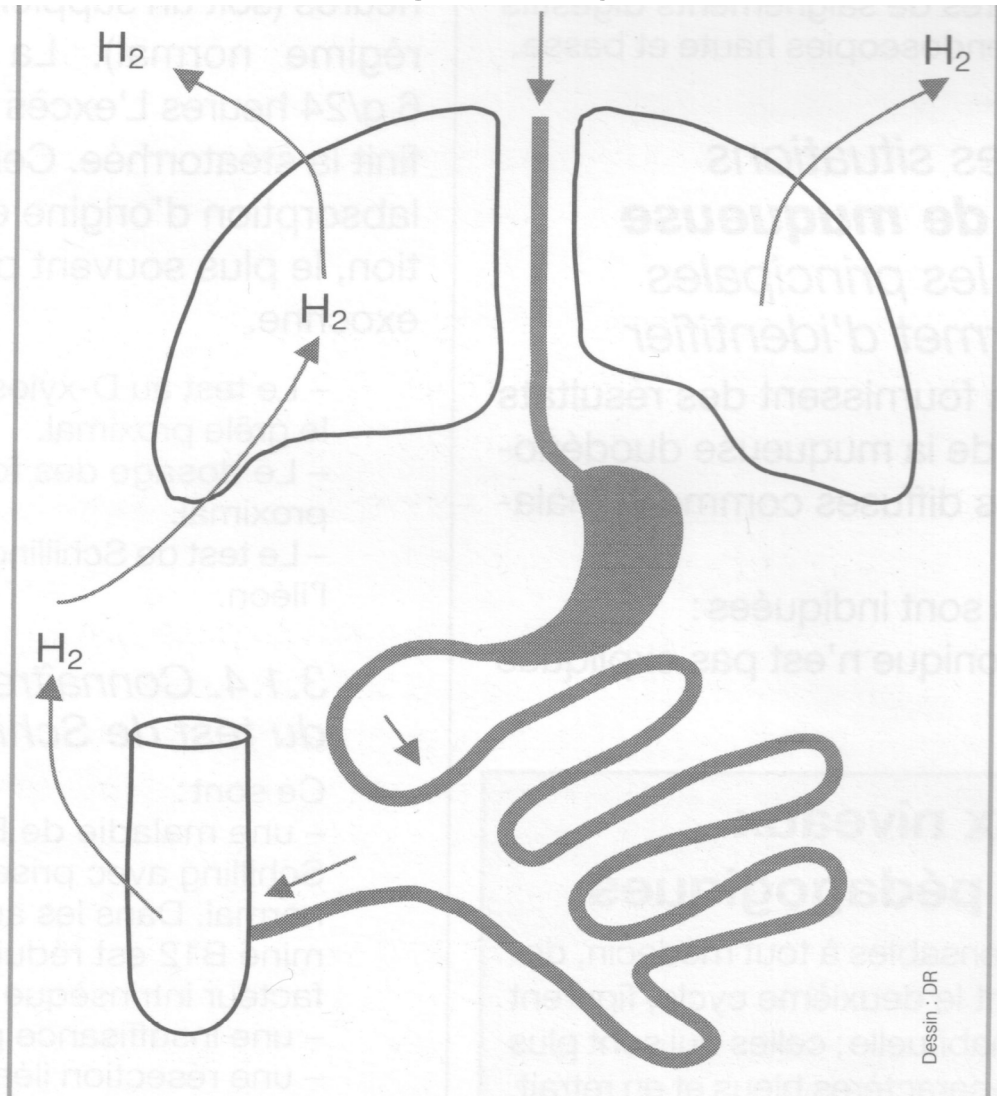
dosage des immunoglobulines

parasitologie des selles

transit du grêle

Test respiratoire au glucose- hydrogène

Glucose ingéré à jeun



Mesure H₂ dans le gaz expiré

$\Delta > 20$ 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

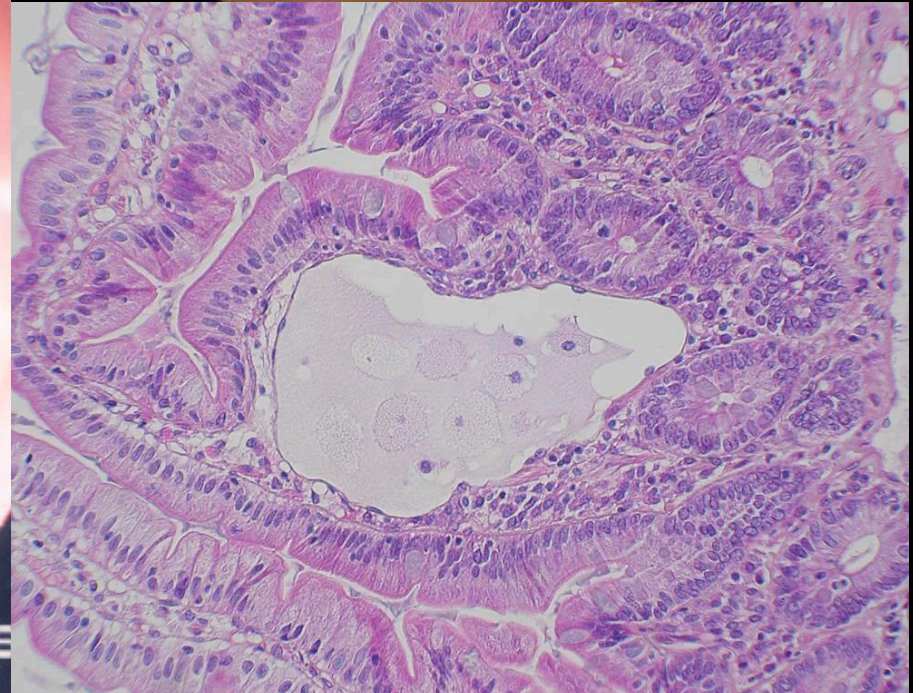
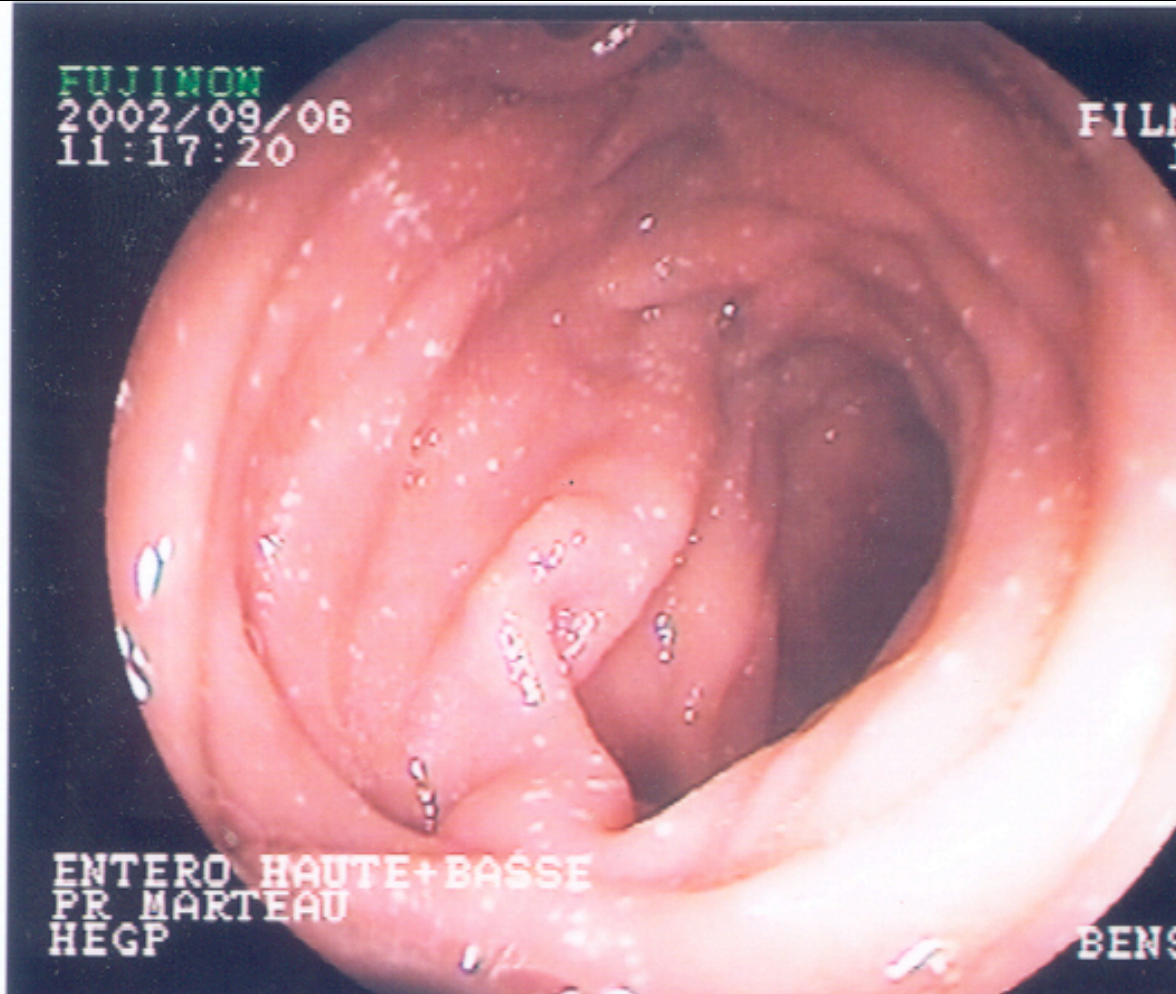
Endoscopie et biopsies

**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

Endocriniennes

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 villeuses)
- 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
- ◆ Lamblia, cryptosporidiose et microsporidiose (immunodéprimé)
- ◆ Adénome villositaire, colites microscopiques
- ◆ Viprome

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

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

Interprétation:

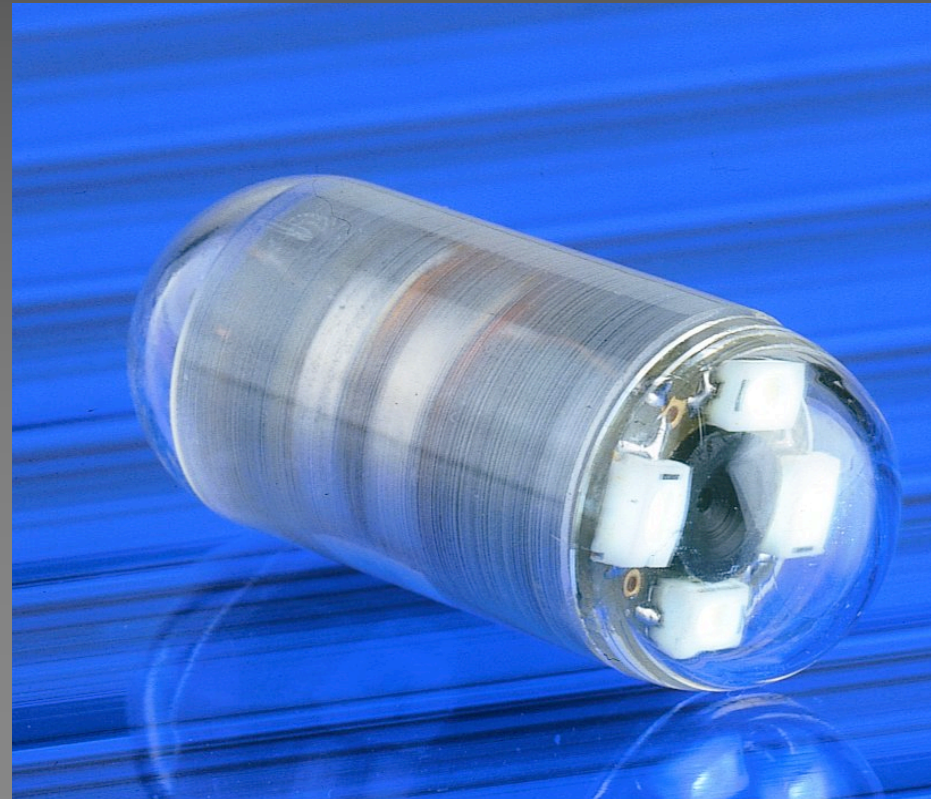
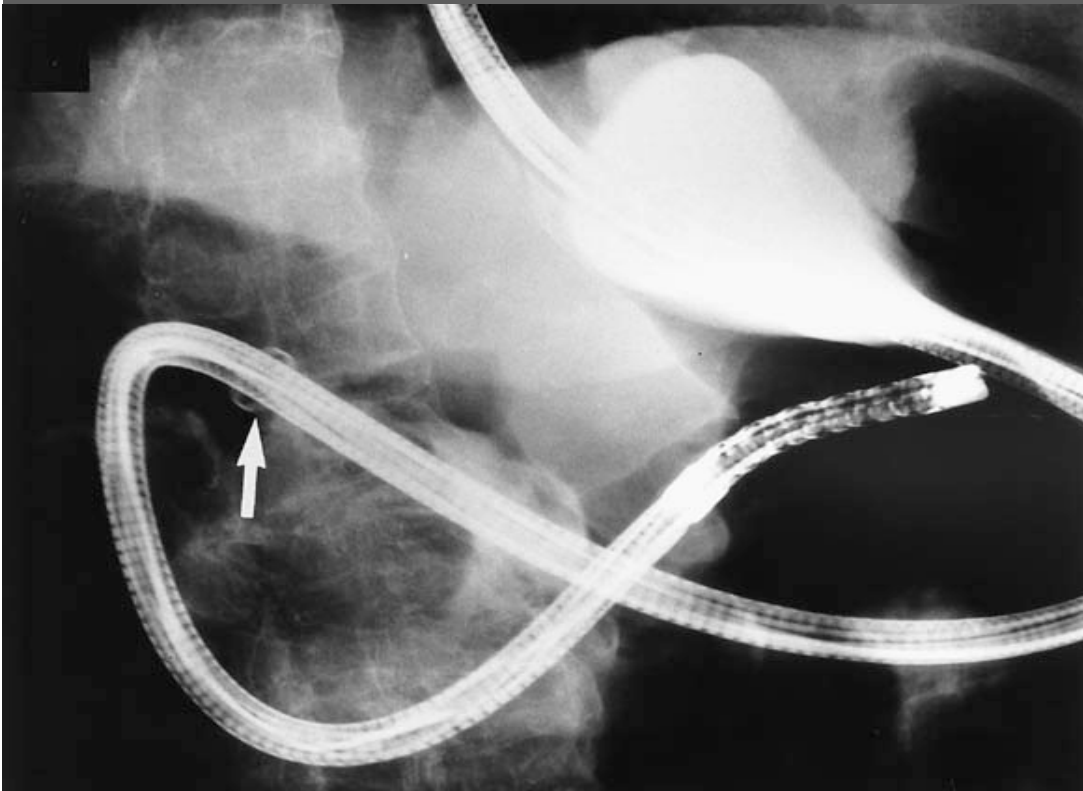
- Si $> 125 \text{ mosm/l}$: Diarrhée osmotique
- Si $< 50 \text{ mosm/l}$: Diarrhée sécrétoire

Explorations quand la cause n'est pas cliniquement évidente

- Examens morphologiques
 - Dominant 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 DIARRHÉE CHRONIQUE

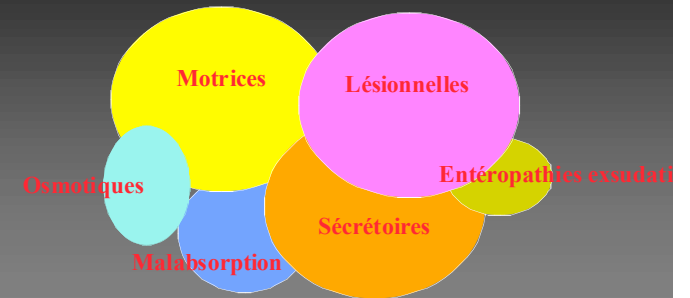
Rentabilité basse si diarrhée inexpliquée par endoscopie haute et iléo-coloscopie et biopsies systématiques



Points à retenir

- **Faire d'abord un dg d'un groupe de diarrhées --> examens ciblés**

Groupes de causes de diarrhée chronique



- **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 ?