

DIARRHÉE AIGUE

= Emission de > 3 selles liquides ou très molles par jour depuis moins de 2 semaines (OMS)

- Responsable de plus de **2 millions de décès par an**
- **5^{ème} cause de décès** dans le monde (par déshydratation aiguë ++)
- Aux USA : 300 millions de diarrhées aiguës (=1,4 épisode/pers/an)
=> 900 000 hospitalisations et 6 000 décès chaque année

ETIOLOGIES :

INFECTIEUSE	MÉDICAMENTEUSE	TOXI-INFECTIIONS ALIMENTAIRES
<p>Très grande majorité des diarrhées aiguës.</p> <p>Les causes à rechercher en premier chez un patient sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bactéries - virus - parasites <p>⇒ fqce diarrhées virales > bactér. MAIS diarrhées bactériennes sont plus sévères</p> <p>Les causes non infectieuses sont d'autant plus fréquentes que la diarrhée persiste et devient chronique (c'est surtout le cas pour les diarrhées d'origine médicamenteuse, qui sont d'abord aiguës puis se chronicisent)</p>	<p>= Effets secondaires des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TOUS les antibiotiques +++ - +/- tous les antimitotiques - Acides biliaires, anti-acides, anti H2, IPP... - AINS, Colchicine - Certains médicaments utilisés en cardiologie - Certains antidiabétiques oraux 	<p>contexte clinique évocateur ++ (<i>produits laitiers non pasteurisés, viandes ou poissons crus ou peu cuits</i>) ⇒ Contamination bactérienne</p> <p>Selon le délai d'apparition des symptômes depuis la prise du repas, cela nous oriente certaines bactéries ou d'autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 6h après → <i>Staphylococcus aureus</i> ou <i>Bacillus cereus</i> - Entre 6 et 18h après → <i>Clostridium perfringens</i> - > 16h après → infection virale ou bactérienne (aliments contaminés par E.coli) <p>⇒ En pratique, on recherche ces germes par des examens complémentaires</p>

APPROCHE DIAGNOSTIQUE

Anamnèse = Interrogatoire +++

1) bien faire le diagnostic de diarrhée aiguë :

- **durée** des symptômes, **fréquence** et **caractéristiques des selles** (sang, graisse, glaires)

Rappel : > 3 selles liquides ou très molles/j depuis moins de 2 semaines

2) trouver la cause :

- notion de **voyages dans les 2 derniers mois** (cause **infectieuse**, parasitaire ++)
- prise de **médicaments** ou **d'antibiotiques** (automédication ++)
- autres cas dans l'entourage

Examen physique

- Recherche des signes de **déshydratation** (complication majeure de la diarrhée aiguë)
- Recherche des **signes orientant vers une origine infectieuse (bactérienne ++ car c'est la + grave) : fièvre et signes péritonéaux**

- **FIÈVRE** → Infection bactérienne +++ ou + rarement par un virus entérique
- **DIARRHÉE SANGLANTE** → Infection à E.Coli +++
- **GROSSESSE** → Listériose

Les syndromes avec diarrhée, fièvre et signes généraux, surtout chez la femme enceinte, doivent faire suggérer une infection par = Listériose

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (différents types selon le contexte)

SIGNES D'ALERTE (au moins 1 des signes)

- Evolution > 48h ou > 6 selles par jour
- **Diarrhée profuse** avec **signes de déshydratation**
- **Sang ou pus** dans les selles
- **Douleurs abdominales** sévères (voire une défense)
- Fièvre > 38,5°C
- Sujet âgé > 70 ans (+ fragile, + à risque de déshydratation), sujet **immunodéprimé** (+ à risque d'infection)
- **Hospitalisation** ou prise récente d'**antibiotiques**
- Contexte **épidémique**
- **Grossesse** (suspicion de Listériose)

BIOLOGIQUES	MICROBIOLOGIQUES +++	MORPHOLOGIQUES
NFS, VS, CRP -> Sd inflammatoire ionogramme sanguin -> Déshydratation Hémocultures -> en cas de fièvre	Coproculture standard + recherche spécifique <i>(cf p5 de la ronéo pour plus de précisions sur la coproculture)</i> Parasitologie des selles 3 jours de suite	ASP (rarement) -> colectasie TDM +++ Rectosigmoidoscopie ou iléoscopie + biopsies

PRINCIPES THERAPEUTIQUES

Traitement SYMPTOMATIQUE le + souvent :

- **Réhydratation** si besoin +++ (par voie orale IV si déshydratation trop sévère)
- **Antibiotiques** si forme sévère, en fonction des résultats des examens (*fluoroquinolones, Azithromycine*)
- **Ralentisseurs du transit** (*Immodium*) uniquement s'il n'y a pas de signes invasifs (= signes de gravité : fièvre, sang..) car on risque d'aggraver l'infection en faisant stagner le germe

DIARRHEE CHRONIQUE

= **Emission de selles de > 300g/jour (sous un régime occidental), évoluant depuis > 4 semaines**
(/!\ ce n'est pas le nombre de selles qui compte mais le poids de selles)

En pratique, la diarrhée est évoquée par les patients quand les selles sont trop nombreuses (> 3/ jour), trop abondantes (1 selle de 400-500g/j) et/ou trop liquides = cela peut conduire à des diagnostics par excès

/!\ Dans les pays industrialisés, les premières causes de consultation pour diarrhée chronique sont :

- **La fausse diarrhée de constipation**
= Le patient est constipé : il ne va pas aux toilettes pendant 3 jours, mais au bout de 3 jours quand il y va c'est liquide et abondant → ce n'est pas de la diarrhée !!
→ Importance clinique = on ne donne pas des ralentisseurs du transit (pour la diarrhée) mais des laxatifs (pour justement améliorer le transit)
 - **L'incontinence fécale/anale**
= ce sont des fuites, le patient va aux toilettes tout le temps mais ce n'est pas une vraie émission de selle → ce n'est pas de la diarrhée !!
- ⇒ **Il faut éliminer ces faux diagnostics de diarrhée chronique**

APPROCHE DIAGNOSTIQUE

Interrogatoire

- contexte / ATCD perso
- signes évocateurs d'un diagnostic particulier
- symptômes associés
- = par exple : ongles cassants, perte des cheveux, évoquent un syndrome de malabsorption
- aspect des selles
- prise de médicaments +++

Examen physique

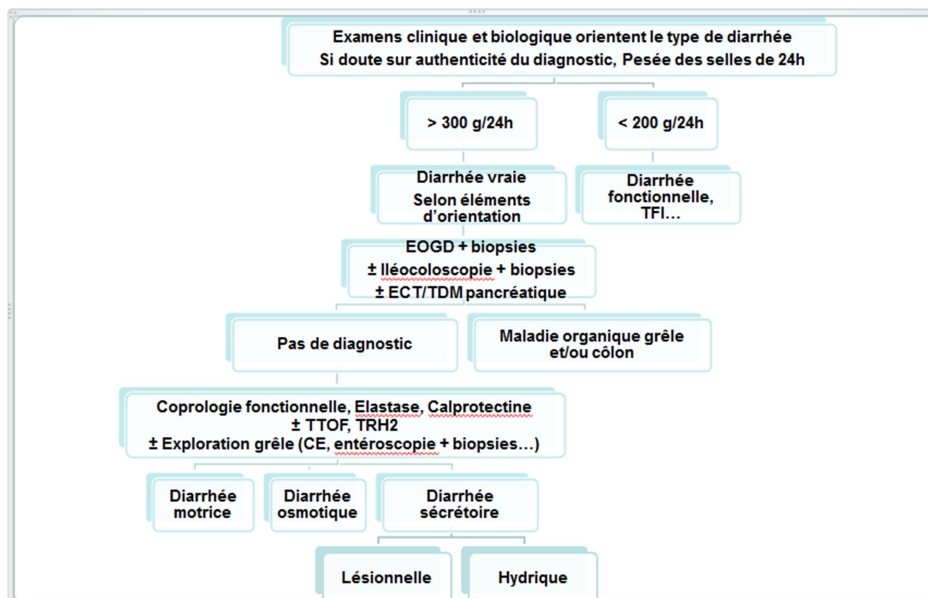
Examens complémentaires

⇒ Au moindre doute sur l'authenticité d'une diarrhée : on fait un **toucher rectal** pour rechercher notamment un **fécérome** ou une **incontinence fécale**

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

BIOLOGIQUES	EXAMENS FECAUX	TESTS FONCTIONNELS	MORPHOLOGIQUES
<ul style="list-style-type: none"> - NFS, VS, CRP - ionogramme sanguin - Glycémie, calcémie, EPP, cholestérol, TSH - Dosage des vitamines B9, B12 et de la ferritinémie - Recherche des Anticorps anti-transglutaminases de type IgA - Sérologie VIH et examen parasitologique des selles 	<ul style="list-style-type: none"> - Coprologie fonctionnelle standard +++ → le poids des selles sur 24h → stéatorrhée → Clairance fécale de l'α-1-anti-trypsine → Ionogramme fécal = $[290 - (Na + K) \times 2]$ avec $N < 50$ - Examens spéciaux sur demande → laxatifs +++ → Elastase fécale → Calprotéine fécale 	<ul style="list-style-type: none"> = pour mesurer le temps de transit - Test au Carmin = ingestion de gélules de colorant alimentaire rouge on note l'heure de la prise l'heure de l'émission de la première selle rouge et l'heure de la dernière selle rouge. - Test respiratoire au glucose 	<ul style="list-style-type: none"> ENTEROPATHIE : → Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD) + biopsies (maladie Cœliaque ++) → Iléocoloscopie + biopsies (recherche de MICI ++) → Exploration du grêle : - Radiologique (entéro-TDM, entéro-IRM) - Endoscopique (vidéo-capsule ++, entéroscopie) PANCREATOPATHIE : → Echographie bilio-pancréatique → scanner abdominal

Diagnostic étiologique d'une diarrhée chronique



DIFFERENTS TYPES DE DIARRHEES CHRONIQUES

1) Avec malabsorption

La 1^{ère} cause de diarrhée chronique par malabsorption est la **MALADIE COELIAQUE** +++
 = (celle qu'on recherche le + facilement) -> Maladie entérocytaire

2) Sans malabsorption

DIARRHEE MOTRICE	DIARRHEE OSMOTIQUE						
<p><u>Caractéristiques cliniques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - selles nombreuses de faible poids -émissions impérieuses, incontinence - présence d'aliments non digérés +++ - efficacité des ralentisseurs du transit <p><u>Diagnostic</u> : Test au rouge Carmin +++ -> la 1^{ère} selle rouge qui apparait en < 8h (N > 24h)</p> <p><u>Principales causes</u> :</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>Endocriniennes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cancer médullaire de la thyroïde - Hyperthyroïdie -Syndrome carcinoïde </td> </tr> <tr> <td> <p>Neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vagotomie, sympathectomie -Neuropathies viscérales (diabète, amylose) </td> </tr> <tr> <td> <p>Anatomiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grêle court -fistule gastro-colique </td> </tr> <tr> <td> <p>Diarrhée motrice idiopathique</p> <ul style="list-style-type: none"> -(> 80% des cas) </td> </tr> </table>	<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, sympathectomie -Neuropathies viscérales (diabète, amylose) 	<p>Anatomiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grêle court -fistule gastro-colique 	<p>Diarrhée motrice idiopathique</p> <ul style="list-style-type: none"> -(> 80% des cas) 	<p><u>Cause</u> :HYPER-OSMOLARITE INTESTINALE : afflux d'eau et d'électrolytes dans le TD → accélération du transit qui diminue les capacités d'absorption colique → augmentation des fermentations coliques si le soluté osmotiquement actif est fermentescible</p> <p><u>Diagnostic</u> : Trou osmotique élevé dans les selles ++ Arrêt de la diarrhée au cours du jeûne +++</p> <p><u>Principales causes</u> :</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>Malabsorption physiologique de substances osmotiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lactulose ou lactitol, mannitol, sorbitol, ions sulfate, phosphate et magnésium </td> </tr> <tr> <td> <p>Malabsorption pathologique des sucres</p> <ul style="list-style-type: none"> -Déficit en lactase et en saccharase-<u>isomaltase</u> </td> </tr> </table>	<p>Malabsorption physiologique de substances osmotiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lactulose ou lactitol, mannitol, sorbitol, ions sulfate, phosphate et magnésium 	<p>Malabsorption pathologique des sucres</p> <ul style="list-style-type: none"> -Déficit en lactase et en saccharase-<u>isomaltase</u>
<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, sympathectomie -Neuropathies viscérales (diabète, amylose) 							
<p>Anatomiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grêle court -fistule gastro-colique 							
<p>Diarrhée motrice idiopathique</p> <ul style="list-style-type: none"> -(> 80% des cas) 							
<p>Malabsorption physiologique de substances osmotiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lactulose ou lactitol, mannitol, sorbitol, ions sulfate, phosphate et magnésium 							
<p>Malabsorption pathologique des sucres</p> <ul style="list-style-type: none"> -Déficit en lactase et en saccharase-<u>isomaltase</u> 							

DIARRHEE LESIONNELLES = ORGANIQUES	SECRETOIRE HYDRIQUES									
<p><u>Diagnostic</u> : Iléocoloscopie + biopsies ++ (lésions coliques) OU exploration du transit du grêle et/ou entéroscopie (lésions IG)</p> <p><u>Signes associés</u> : +++ → Syndrome biologique inflammatoire → Présence de sang dans les selles (signe inconstant)</p> <p><u>Principales causes</u> :</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>Maladies inflammatoires chroniques intestinales</p> </td> </tr> <tr> <td>colite ischémique</td> </tr> <tr> <td>entérocrite radique</td> </tr> <tr> <td>colite infectieuse (immunodéprimé++)</td> </tr> <tr> <td>cancer rectocolique et tumeur villeuse</td> </tr> </table>	<p>Maladies inflammatoires chroniques intestinales</p>	colite ischémique	entérocrite radique	colite infectieuse (immunodéprimé++)	cancer rectocolique et tumeur villeuse	<p><u>Cause</u> : augmentation de la sécrétion hydro-électrolytique au niveau du grêle et/ou du colon</p> <p><u>Caractéristiques cliniques et biologiques</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peut être associé à une entéropathie exsudative - Abondance : >500 g/j, parfois plusieurs litres - Hypokaliémie et acidose métabolique - Trou osmotique normal avec K+ fécal élevé - Persistance malgré le jeun <p><u>Principales causes</u> :</p> <table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Colites microscopiques (collagène ou lymphocytaire) - Adénome villosus <u>hypersécrétant</u> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Vipome, gastrinome (tumeur pancréatique endocrine) - Mastocytose systémique </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments (biguanides, colchicine..) - Laxatifs irritants (anthraquinones, phénolphtaleine...) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée de Brainerd - Lambliaze, <u>Blastocystis hominis</u> - <u>cryptosporidiose</u>, <u>cryptosporidiose</u>(immunodéprimé) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> - Colites microscopiques (collagène ou lymphocytaire) - Adénome villosus <u>hypersécrétant</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Vipome, gastrinome (tumeur pancréatique endocrine) - Mastocytose systémique 	<ul style="list-style-type: none"> - Médicaments (biguanides, colchicine..) - Laxatifs irritants (anthraquinones, phénolphtaleine...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée de Brainerd - Lambliaze, <u>Blastocystis hominis</u> - <u>cryptosporidiose</u>, <u>cryptosporidiose</u>(immunodéprimé)
<p>Maladies inflammatoires chroniques intestinales</p>										
colite ischémique										
entérocrite radique										
colite infectieuse (immunodéprimé++)										
cancer rectocolique et tumeur villeuse										
<ul style="list-style-type: none"> - Colites microscopiques (collagène ou lymphocytaire) - Adénome villosus <u>hypersécrétant</u> 										
<ul style="list-style-type: none"> - Vipome, gastrinome (tumeur pancréatique endocrine) - Mastocytose systémique 										
<ul style="list-style-type: none"> - Médicaments (biguanides, colchicine..) - Laxatifs irritants (anthraquinones, phénolphtaleine...) 										
<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée de Brainerd - Lambliaze, <u>Blastocystis hominis</u> - <u>cryptosporidiose</u>, <u>cryptosporidiose</u>(immunodéprimé) 										