

UE3- Appareil digestif

Laura Cohen remplaçante du Pr BOUHNİK

Le 09/10/2018 à 15h30

Ronéotypeur : Camille VORMS

Ronéoficheur : Agathe WEERAHENNADIGE FERNANDO

Cours 19 : Diarrhée et malabsorption

Plan

I) Diarrhée aiguë

- A) Généralités
- B) Approche diagnostique
- C) Examens complémentaires
- D) Principes thérapeutiques

II) Diarrhée chronique

- A) Définition
- B) Approche diagnostique
- C) Examens complémentaires
- D) Les types de diarrhées chroniques
 - 1) Avec malabsorption
 - 2) Sans malabsorption

III) Conclusion et points importants

I) **Diarrhée aigüe**
 A) **Généralités**

Définition de l’OMS :

Emission de plus de 3 selles liquides ou très molles par jour depuis moins de 15 jours.

Epidémiologie :


- Elle est responsable de plus de 2 millions de décès par an dans le monde, ce qui implique qu’elle est la 5^{ème} cause de décès toute cause confondue (+++ *pays en voie de développement*).
- Aux USA le nombre d’épisode de diarrhée aigüe est estimé à 300 millions (1,4 épisode/personnes/an) ce qui représente 900 000 hospitalisations et 6000 décès chaque année. Cela représente donc un coût très important.

Etiologies :

- Diarrhée d’origine **infectieuse** :

La très grande **majorité** des diarrhées aigües sont d’origines infectieuses.

Diarrhée	Bactérienne	Virale +++	Parasitaire
Germes	<ul style="list-style-type: none"> - Salmonelle - Campylobacter - Shigella - E. coli - Clostridium difficile - Yersinia 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotavirus (<i>pédiatrique</i>) - Calcivirus - Adénovirus - Astrovirus 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cryptosporidium</i> - <i>Giardia</i> - <i>Cyclospora</i> - <i>Entamoeba histolytica</i>

 **Attention les noms des bactéries et des virus sont à retenir !!! Tous les noms de germes qui vont suivre dans cette ronéo sont à savoir !!**

Les diarrhées bactériennes sont moins fréquentes que les diarrhées virales cependant elles sont **plus sévères**.

- Toxi-infections alimentaires : le contexte clinique est évocateur d’une contamination par germes.

Cela survient en particulier en cas d’absorption de produits laitiers non pasteurisés, viandes ou poissons crus ou peu cuits +++.

Chaque contamination a un calendrier permettant d’identifier le germe en cause :

- Symptômes < 6H : **Staphylococcus aureus** ou Bacillus cereus
- Symptômes 6H – 18H : Clostridium perfringens
- Symptômes > 16H: **infection virale ou bactérienne** (aliments contaminés par E. coli entérotoxigène ou entérohémorragique).

On doit également prêter attention aux syndromes avec **diarrhée** puis **fièvre** et **signes généraux** (céphalées, douleurs musculaire et articulaires) doivent suggérer une infection par **Listeria monocytogenes**, surtout chez la **femme enceinte**. Le risque de contracter la listériose en étant enceinte est multiplié par 20 et survient surtout après l’absorption de viande crue ou de produits laitiers non pasteurisés.


➤ Diarrhées d'origine **médicamenteuse** :

Les diarrhées peuvent également être causées par des médicaments et on les identifie grâce à la chronicisation de celles-ci. Beaucoup de médicaments peuvent causer des diarrhées mais certains médicaments sont très pourvoyeurs :

- **TOUS les antibiotiques** +++
- **Antimitotiques** (des anticancéreux qui ont une toxicité digestive)
- **AINS** (qui ont aussi une toxicité digestive) comme la colchicine
- *Cardiologie : Aldomet, Captopril...*
- *Gastroentérologie : acides biliaires, anti-acides, antiH2, dérivés salicylés, 5-ASA...*

B) Approche diagnostique

Anamnèse : on commence par un interrogatoire où l'on recherche la cause de la diarrhée et les conséquences de celle-ci. On demande au patient :

- La durée des symptômes (qui permet de classer la diarrhée comme aiguë, persistante ou chronique)
- La fréquence et les caractéristiques des selles (+liquides, impériosité)
- La présence sang et de glaires dans les selles ou des signes associés (douleur abdominales ou articulaires, fièvre)
-  Si au cours des deux mois précédents il est parti en voyage ou s'il a été sous médicaments (antibiotiques) ou s'il y a d'autres cas dans son entourage

Examen physique :

On recherche essentiellement des signes de déshydratation (tachycardie, pli cutané persistant, hypotonie des globes oculaires, sensation de soif, oligurie...) qui est la complication majeure de la diarrhée aiguë.

On cherche également des signes pouvant nous orienter sur une origine infectieuse et plus particulièrement bactérienne : la fièvre et les signes péritonéaux sont des signes d'infection bactérienne.

- **FIEVRE** : infection bactérienne (Salmonelle, Shigella et Campylobacter, souche toxinique de *Clostridium difficile*) ou rarement certains virus
- **DIARRHÉE SANGLANTE** : E. Coli 0157 et klebsiella oxytoca (+Salmonelle, Shigella et Campylobacter)
-
- **GROSSESSE** : listériose

C) Examens complémentaires

Ils sont à réalisés si le patient présente **un ou plusieurs signes d'alerte** suivants :

- Evolution depuis **plus de 48h** ou s'il y a **plus de 6 selles** liquides par jour
- Diarrhée profuse avec signes de **déshydratation**
- **Sang ou glaires** dans les selles
- Douleurs abdominales sévères
- Fièvre supérieure à 38,5° C
- Les bébés
- Sujet âgé de plus de 70 ans ou immunodéprimé
- Hospitalisation ou prise récente d'antibiotiques
- Contexte épidémique
- Grossesse

On demande des examens complémentaires en cas de suspicion d'infections bactériennes et en fonction du caractère à risque du patient (vieux, immunodéprimé, femme enceinte...).

Examens complémentaires :

- **Biologiques : prise de sang**
 - NFS avec une hyperleucocytose (bactérienne), anémie (diarrhée hémorragique), thrombopénie (E.Coli)
 - CRP augmentée (*autour de 20 pour les diarrhées virales, peut aller jusqu'à 200/300 pour les diarrhées d'origine bactérienne*)
 - Ionogramme sanguin, urée et créat pour chercher des signes de déshydratation
 - Hémoculture quand il y a une fièvre importante ou quand on suspecte un diagnostic de listériose.
- **Microbiologiques :**
 - **Coproculture** : examen fait de façon systématique quand on suspecte une diarrhée bactérienne
 - On commence par un examen direct des selles par frottis : on observe les bactéries et le nombre de leucocytes fécaux (pour déceler une éventuelle inflammation pariétale intestinale)
 - On fait ensuite un ensemencement : Selles < 2h après collection et on obtient les résultats pour les 3 germes les plus fréquents (Salmonella, Shigella, Campylobacter)
 - On peut également faire des recherches particulières qui demande des milieux de cultures différents :
 - Yersiniose
 - clostridium difficile + toxines A et B (contexte diarrhée post antibiotique)
 - diarrhée hémorragique : E. Coli et Klebsiella oxytoca
 - Parasitologie des selles en cas de voyage récent
- **Morphologiques :**
 - Scanner : on cherche des signes de complications comme une coléctasie (=dilatation du colon avec risque de perforation) ou une infection à clostridium difficile avec des signes de sévérité
 - Rectosigmoidoscopie ou illéoscopie + biopsies (signes d'inflammations aigus ou chroniques) en cas d'échec de l'antibiothérapie



Les deux examens importants à connaître sont la **prise de sang** (examen biologique) et la **coproculture**. Le reste des examens se fait en fonction de la clinique.

D) Principes thérapeutiques

Les traitements sont symptomatiques :

- Réhydratation si besoin (par voie orale ou IV)
- Antibiotiques si forme sévère :
 - Fluoroquinolones 3 à 5j = traitement de première intention (+++*Salmonelle, Shigella, Campylobacter et yersinia*)
 - Azithromycine (macrolides) 3j = si infection au Campylobacter
- Ralentisseurs du transit (immodium) uniquement s'il n'y a pas de signes invasifs (fièvre, sang)

II) Diarrhée chronique

A) Généralités

Définition :

Emission de selles de plus de **300g/jour** (sous régime occidental) évoluant depuis plus de 4 semaines.



ce n'est pas le nombre de selles qui compte contrairement à la diarrhée aigue mais bien le poids !!

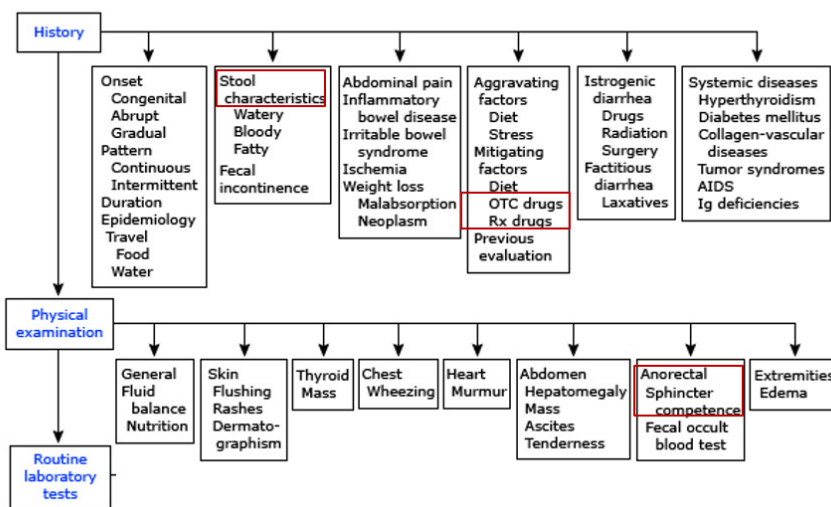
- En pratique clinique, la diarrhée est évoquée (par les patients) lorsque les selles sont trop nombreuses (plus de 3/24 heures), trop abondantes et/ou liquides, ce qui peut conduire à des diagnostics par excès.

- ATTENTION : Dans les pays industrialisés, **fausse diarrhée de constipation** et/ou **incontinence fécale** sont la première cause de consultation pour diarrhée chronique+++ . Au moindre doute on fait un toucher rectal pour déceler une incontinence fécale ou un éventuel **fécalome**.

Faux diagnostique	Fausse diarrhée de constipation	Incontinence fécale/anale
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient ne va pas à la selle pendant 3j - Quand il y va c'est liquide et abondant - Traitements ; pas de ralentisseurs du transit mais des laxatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient a des fuites et va à la selle tout le temps mais pas de véritable émission de selles = ce n'est pas une diarrhée !!

B) Approche diagnostique

Diagnostic approach to chronic diarrhea - part I



Cette partie n'a pas été traitée à l'oral par la prof, je vous mets quand même la diapo au cas où.

On doit retenir que la diarrhée chronique n'est **jamais** de cause bactérienne sauf chez les **immunodéprimés**, c'est pourquoi il faut bien interroger les patients là-dessus ou sur la séropositivité de ceux-ci.

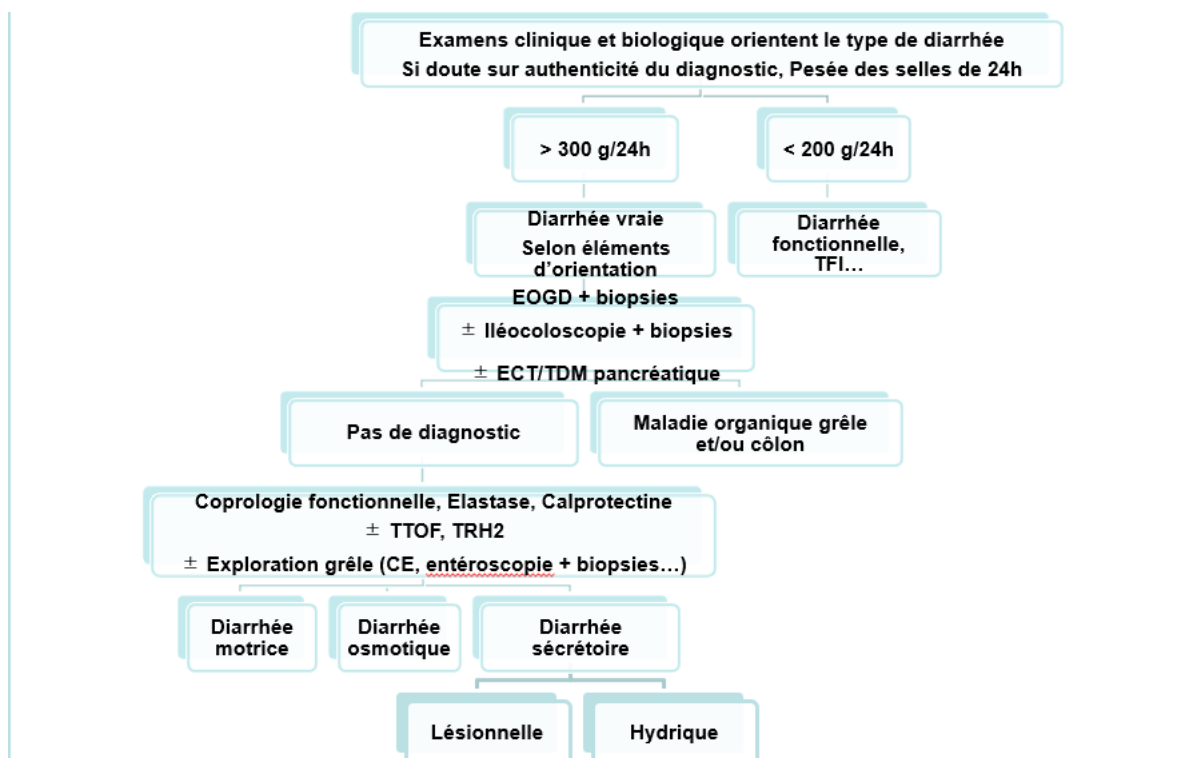
C) Examens complémentaires

On cherche grâce à ces examens à déterminer la **cause** et les **conséquences** de cette diarrhée chronique. Les retentissements de la diarrhée chronique sur l'organisme peuvent notamment être la **malnutrition** et les **carences vitaminiques**.

Bilan de première intention	<p>Biologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - NFS (à la recherche d'anémie), CRP, Ionogramme sanguin, urée, créat, calcémie, phosphore, magnésium, électrophorèse des protéines dont albumine - Vitamine B12, ferritinémie, folates (à la recherche de carences qui indiquerait une malabsorption), TP, facteur V - Dosage pondéral des Ig, Anticorps anti-transglutaminase de type IgA (qui sont positifs en cas de maladie cœliaque, cela permet de confirmer le diagnostic) - Sérologie VIH (qui peut causer des diarrhées bactériennes car ils sont immunodéprimés et demande si conduite à risque) - TSH : recherche d'une hyperthyroïdie - Examen parasitologique des selles si immunodéprimé, voyageur <p>Morphologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endoscopiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endoscopie oeso-gastro-duodénale + biopsies (biopsie duodénale à la recherche de la maladie cœliaque)
------------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloscopie totale et iléocoloscopie + biopsies - Radiologiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ TDM abdomino-pelvien
Bilan de deuxième intention	<p>Examens fécaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coprologie fonctionnelle standard (différent de la coproculture) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids des selles de 24 heures+++ ▪ Stéatorrhée : malabsorption ou maldigestion (augmentation de la quantité de lipides dans les selles) ▪ Clairance fécale de l'α-anti-trypsine : si augmentation \rightarrow perte de protéines par le TD \rightarrow <i>entéropathie exsudative</i> ▪ Ionogramme fécal [290 – (Na+K) x 2] (N<50) : <i>diarrhée osmotique</i> - Examens spéciaux : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche de laxatifs+++ , magnésium fécal++ (pour détecter les diarrhées factices) ▪ Elastase fécale : <i>Insuffisance pancréatique exocrine si</i> \blacktriangledown ▪ Calprotectine fécale : <i>Inflammation intestinale</i> <p>Tests fonctionnels : dynamiques pour mesurer le temps de transit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test au carmin : Mesure du temps de transit orofécal. Le patient ingère des gélules colorant en rouge les selles. On note l'apparition des premières selles rouges à partir de la prise. Si celles-ci apparaissent avant 8h le patient présente une diarrhée motrice. - Test respiratoire au glucose : ce test permet de révéler la présence d'une pullulation de bactéries notamment dans les anses des intestins shuntés en mesurant la quantité de glucose consommé par ces bactéries. <p>Morphologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploration du grêle : vidéo capsule endoscopique, entéro TDM, entéro IRM

Arbre décisionnel face à une possible diarrhée chronique :



D) Les types des diarrhées chroniques

1) Avec malabsorption

Ce sont des maladies entérocytaires ou à maldigestion.

Siège de la malabsorption	Causes
Pré-entérocytaire	Pancréatite chronique, cancer du pancréas
Entérocytaire	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie cœliaque +++ (intolérance au gluten pour les moldus) est la première cause de malabsorption - Maladie de Whipple - Parasitose
Post-entérocytaire	Lymphangiéctasie intestinale primitive ou secondaire

2) Sans malabsorption

DIARRHÉE MOTRICE = accélération du transit

Caractéristiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Selles nombreuses de faible poids - émissions impérieuses ± incontinence, matinales et post-prandiales++ Présence d'aliments non digérés - Efficacité des ralentisseurs du transit (immodium par exemple)
Diagnostic	Test au carmin : apparition de selles rouges <8 heures (N> 24h)
Principales causes	Endocriniennes : <ul style="list-style-type: none"> - Cancer médullaire de la thyroïde - Hyperthyroïdie - Syndrome carcinoïde Neurologiques : <ul style="list-style-type: none"> - Vagotomie, sympathectomie - Neuropathies viscérales (diabète, amylose) Anatomiques : <ul style="list-style-type: none"> - grêle court (temps de transit plus court) - fistule gastro-colique Diarrhée motrice idiopathique : <ul style="list-style-type: none"> - plus de 80% des cas

DIARRHÉE OSMOTIQUE :

Elles sont dues à l'ingestion de petits solutés peu ou pas absorbables osmotiquement actifs. Cela entraîne une accélération du transit et quand les capacités d'absorption du colo sont dépassées, la diarrhée osmotique apparaît.

Physiopathologie	Hyperosmolarité intestinale : afflux d'eau et d'électrolytes <ul style="list-style-type: none"> - accélération du transit - capacités d'absorption colique dépassées Augmentation des fermentations coliques si le soluté osmotiquement actif est fermentescible (lait, chewing-gum et boissons « light » ...)
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Trou osmotique élevé dans les selles - Arrêt de la diarrhée au cours du jeûne (sauf en cas de prise clandestine persistante du soluté osmotique de type chewing-gum +++)
Principales causes	Malabsorption physiologique de substances osmotiques : <ul style="list-style-type: none"> - Lactulose ou lactilol, mannitol, sorbitol, ions sulfates, phosphate et magnésium Malabsorption pathologique des sucres : <ul style="list-style-type: none"> - Déficit en lactase et en saccharase-isomaltase

DIARRHÉE SECRETORIE :

- Lésionnelles ou organiques : correspondent à un ou **plusieurs** mécanismes qui abiment la muqueuse

Diagnostic	Illéoscopie + biopsies : <ul style="list-style-type: none"> - En cas de négativité : exploration du grêle avec la vidéo capsule endoscopique ou une entéroscopie
Signes associés	+/- syndrome inflammatoire biologique +/- sang dans les selles (mais ce n'est pas spécifique)
Principales causes	Maladies inflammatoires chroniques intestinales : <ul style="list-style-type: none"> - Colite ischémique - Entérocolite radique (après une radiothérapie) - Colite infectieuse (immunodéprimés +++) - <i>Cancer rectocolique et tumeur villeuse</i>

- Hydriques :

Physiopathologie	Due à une augmentation de la sécrétion hydroélectrolytique au niveau du grêle et/ou du colon. Une entéropathie exsudative peut s'y associer.
Caractéristiques cliniques et biologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Abondance >500 g/24 heures, parfois plusieurs litres (cause endocrine) - Hypokaliémie et acidose métabolique - Trou osmotique normal avec K⁺ fécal élevé - Persistance malgré le jeun
Principales causes	<ul style="list-style-type: none"> - Colites microscopiques (collagène ou lymphocytaire) diagnostiqué grâce aux biopsies systématiques durant les endoscopies - <i>Adénome villeux hypersécrétant</i> - <i>Vipome, gastrinome (tumeur pancréatique endocrine)</i> - <i>Mastocytose systématique</i> - Médicaments (biguanides, colchicine) - <i>Laxatifs irritants (anthraquinones, phénolphthaléine)</i> - <i>Diarrhée de Brainerd</i> - <i>Lamblia, Blastocystis hominis</i> - <i>Cryptosporidiose (immunodéprimés)</i>

AUTRES TYPES DE DIARRHÉE SANS MALABSORPTION :

<p>Diarrhée par malabsorption des sels biliaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lésion ou résection iléale • Diarrhée après cholecystectomie (5 à 12% des cas)
<p>Diarrhée des troubles fonctionnels intestinaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée hydroélectrolytiques • Modérée, ancienne, sans retentissement • Douleurs abdominales • Alternance avec constipation.
<p>Diarrhée fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Différente des TFI depuis la classification de Rome III • Passage continu ou récurrent de selles molles (purée) ou aqueuses • > 75% des selles pendant > trois mois sans douleur ou gêne abdominale

Points importants

- Une diarrhée chronique est définie par un poids moyen de selles > **300 g/j** évoluant depuis > **4 semaines**.
- La « **fausse diarrhée** » de constipation et l'**incontinence fécale** sont des causes d'erreur dans l'exploration d'une diarrhée chronique :
TR+++
- Un examen clinique et un bilan biologique permettent de distinguer d'emblée les **diarrhées avec ou sans syndrome de malabsorption**.
- Les examens morphologiques (**endoscopie oesogastroduodénale et iléocoloscopie avec biopsies**, +/-TDM abdomino-pelvien) reconnaissent la majeure partie des diarrhées organiques.
- La première cause de diarrhée chronique par malabsorption reste la **maladie cœliaque**, qui doit être formellement confirmée avant d'imposer un RSG+++
- Les causes les plus fréquentes de diarrhée chronique sans malabsorption sont les **MICI**, les **colites microscopiques** et la **diarrhée fonctionnelle** ou celle associée au **syndrome de l'intestin irritable**.

Petite dédicace :

- Grosse dédicace à la meilleure des co-ronéotypeuse qui me supporte déjà depuis plus de 3 ans et toujours avec le sourire <3 Agathe tu es la meilleure je ne pourrais pas rêver mieux !!
- A la secte Victorieuse et à nos délires qui illuminent mes journées je vous aime : Agathe, Charlotte, Kasia, Manon, Pablo <3, Julia, Meghan, Philippine, Harnee, Sindy et Assa < 3 <3