

ITEM 303 : DIARRHÉE CHRONIQUE

= Emissions fécales > 300g/j en moyenne pendant > 1 mois

DD : Fausse diarrhée du constipé – Incontinence anale – Sd rectal

MECANISMES / ETIOLOGIES

Diarrhée motrice	<p>Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selles fréquentes peu abondantes - Post-prandiales précoces – Impérieuses (ne peuvent être retenue > 15 min) - Présence d'aliments non digérés du précédent repas - Calmé par le jeûne et les ralentisseurs de transit - Absence de selles nocturnes – Selle matinale fréquente <p>Paraclinique : Temps de transit (Test au rouge carmin)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} selle colorée < 6h après ingestion du colorant - Dernière selle colorée < 24h après ingestion <p>Etiologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TFI +++ (>80% des diarrhées motrices) - Hyperthyroïdie - CMT - Tumeurs carcinoïdes - Grêle court - Dysautonomie : Diabète (> 10 ans) – Amylose – Parkinson – Neuropathie centrale
Diarrhée sécrétoire	<p>Clinique : Diarrhée abondante > 500g/j ne cédant pas au jeûne</p> <p>Paraclinique : Trou osmotique fécal < 50mosm/kg – Acidose métabolique – HypoK</p> <p>Etiologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colite microscopique +++ Dg : Biopsies étagées lors d'une colos normale : Colite lymphocytaire ou colite collagène - Maladie des laxatifs Dg : Mélanose colique – HypoK – pH selles N ou ↓ - MEE du laxatif dans les selles/urines - VIP-ome – Adénome tubulo-villeux - Parasite digestif : Lambliase - Cryptosporidie
Diarrhée osmotique	<p>Clinique : Cède au jeûne – Sauf prise cachée d'osmoles</p> <p>Paraclinique : TO fécal > 50 mosm/kg (DD Diarrhée sécrétoire)</p> <p>Mise en évidence de la substance osmotiquement active dans les selles</p> <p>Etiologies : Prise de laxatifs osmotiques – Prise excessive de produits « light » - Intolérance au lactose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée chronique survenant après prise de lait - pH fécal acide - Reproductibilité + test respiratoire après ingestion de 50g de lactose
Diarrhée exsudative	<p>Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée glairo-sanglante - OMI – Ascite – Epanchement pleural - Dénutrition/Carence - ATCD d'infection ORL/pulmonaire à répétition (hypoy) <p>Paraclinique :</p> <p>Hypoprotidémie – Hypoosmolarité plasmatique – HypoCH – HypoTG – Fausse hypocalcémie (hypoalbuminémie) – Lymphopénie</p> <p>Clairance fécale de l'α1 antitrypsine > 20ml/j</p> <p>Etiologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulcérations épithéliales : Entérocolites infectieuses – Entérocolites radiques – MICI – Tumeurs intestinales ulcérées - Rupture épithéliale sans ulcérations Maladie coeliaque – Maladie de Ménétrier – Maladie de Whipple – Anomalies du drainage lymphatique
Diarrhée volumogénique	<p>Hypersécrétion gastrique ou pancréatique</p> <p>Etiologie : Sd de Zollinger-Ellison (TTT = IPP jusqu'à chir / A vie si NEM1)</p> <p>!/ Penser à NEM1</p>

Diarrhée par malabsorption	Clinique : Polyphagie paradoxale + Sd carentiel
	Paraclinique : Stéatorrhée > 6g/j – Elastase fécale /!\ Dosage de l'elastase fécale non modifiée par la prise d'extraits pancréatiques
	Etiologies : Malabsorption pré-entérocytaire : - Insuffisance pancréatique chronique : PCC – K du pancréas – Pancréatectomie - Cholestase prolongée - Pullulation microbienne du grêle : Anses intestinales borgnes – Sténoses – Diverticules – Achlorhydrie (IPP au long cours – Biermer) – Déficit immun Dg : Test respiratoire au glucose : ↑ Hydrogène expiré TTT : Etio si possible + ATB sur 1 mois x 2 : Augmentin 10j – FQ 10j – Rien 10j
	Etiologies : Malabsorption entérocytaire : - Maladie coeliaque ++ - Maladie de Crohn - DICV - Maladie de Whipple - Grêle court / Gréliste radique - Lymphome digestif - Parasite dig : Lambliase – Parasitose chez l'ID
	Etiologies : Malabsorption entérocytaire - Lymphangiectasie primitive : hypoplasie des canaux lymphatiques - Lymphangiectasies IIaire : Obstacle lymphatique (Lymphome – BK – Carcinose péritonéale) – Hyperpression en aval du canal thoracique (ICD) → EOGD + biopsie – TDM TA – ETT - Lymphographie
Diarrhée + VIH	- Infection : Parasite (cryptosporidie – microsporidie – isospora) – Mycobactéries (M. avium) – Virus (CMV – VIH) - Tumeurs : Kaposi – Lymphome intestinal - Médicament : AP
Diarrhée médicamenteuse	- Laxatif ++ - Biguanides - Colchicine - ATB

NB : Manifestations du syndrome carentiel

Hypoalbuminémie	OMI – Anasarque
Fer – B9 – B12	Sd anémique : Pâleur – Malaise – Tachycardie – Neuropathie périphérique Anémie normocytaire à double population
Vitamine	Sd hémorragique - ↓ TP – FV normal
HypoK – HypoMg – Hypocalcémie	Crampe
Vitamine D	Ostéomalacie – Ostéoporose
Fer - Zinc	Tb des phanères (alopécie – ongles cassants)
Vitamine A	Héméralopie

MALADIE DE WHIPPLE (BGP)

Clinique	Triade : Arthralgie + Amaigrissement + Diarrhée chronique - Terrain : Homme HLA B27 - Polyarthrite périphérique récidivante – Grosses articulations – Séronégatives - Fièvre modérée intermittente - Diarrhée exsudatives chroniques – Anorexie – DI abdo - Neuro : Sd démentiel avec méningite lymphocytaire – Tb du comportement – Myoclonie - Ophtalmoplégie - Atteinte cutanée : mélanodermie - Sérite : épanchement pleural – ascite - PolyADP - Cardio : Péricardite – Endocardite à HC négative
Paraclinique	FOGD + Biopsies : Macrophages spumeux PAS + - PCR

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

TTT	Cotrimoxazole au long cours (Test dg + TTT)
------------	---

TUMEURS CARCINOÏDES

Clinique	Sd carcinoïde : - Flush - Diarrhée motrice - Arthralgie - Cardiopathie : Insuffisance tricuspide - Dysrégulation de la TA - Bronchoconstriction
Biologie	Sérotonine plasmatique ↑ - 5HIAA urinaire ↑
Imagerie	- Endoscopie digestive haute + basse + biopsies - TDM AP - Octréoscan (méta = malin)
TTT	TTT chirurgical systématique (même si méta car risque d'occlusion : d'infarctus intestinal) +/- chimio TTT symptomatique par analogue de la SMS

MALADIE COELIAQUE

/!\ Triade diagnostique :

- Immuno : IgA anti TG
- Histo : Atrophie villositaire totale ou sub-totale
- Evolution : Amélioration des sptmes sous régime sans gluten

/!\ Pathologies associées : CD4

- Cirrhose biliaire primitive
- Dysthyroïdie
- Déficit en IgA
- Diabète de type 1
- Dermatite herpétiforme

Clinique	- ATCD AI NB : Dermatite herpétiforme = Eruption bulleuse ou papulovésiculeuse – Prurit – Disposition annulaire sur fesse et face d'extension des membres /!\ Formes atypiques incomplètes fréquente - Cassure de la courbe pondérale puis staturale / Amaigrissement - Douleur abdo - Diarrhée chronique + stéatorrhée - Sd carenciel
Paraclinique	- Bilan immuno : IgA anti TG + dosage pondéral des IgA (car déficit congénital en IgA fréquent) IgG anti TG ou anti-endomysium si déficit en IgA - Frottis sanguin : Corps de Joly (asplénie fonctionnelle – 1 ^{ère} cause) - EOGD si sérologies + : * Macroscopie : Disparition du plissement normal du duodénum – Aspect en mosaïque au bleu de méthylène * Biopsie du 2 ^{ème} duodénum : Atrophie villositaire totale ou sub-totale prédominant au niveau du duodénum Augmentation du nbre de lymphocytes intra-épithéliaux Hyperplasie des cryptes Infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion - TOGD : Anses jéjunales dilatées hypotoniques – Raréfaction des plis
TTT	- Exclusion totale du gluten à vie : SABO (Seigle – Avoine – Blé – Orge) – Suivi diététique - Correction des carences

	<ul style="list-style-type: none"> - Association de patient – Soutien psychologique - Si asplénie : vaccin grippe et pneumocoque - Disparition des sptmes clinique en quelques semaines - Négativisation des Ac anti-TG entre M6 et M10 (contrôle à M6 puis /an) - Endoscopie à 1 an de ttt : normalisation en 6 mois – 1 an
C°	<ul style="list-style-type: none"> - Résistance initiale au ttt Eliminer une mauvaise observance du ttt Eliminer une erreur diagnostique : rechercher HLA DQ2DQ8 (VPN) Rechercher une maladie dysimmunitaire associée : colite microscopique (colo + biopsies) - Résistance IIaire au ttt : Abandon du régime Sprue réfractaire = pré-lymphome (TTT : Régime + corticoT et/ou IS) Lymphome T (DI abdo – Masse abdo – Tableau d’occlusion/perforation)

CLINIQUE

Diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> - Ancienneté – Mode de début – Mode évolutif - Abondance – Aspect (débris alimentaires ?) - Horaires – Rapport aux prise alimentaires +/- impériosités - Facteurs modifiants (jeûne – ralentisseurs de transit) - Signes associés : AEG – Douleur abdo – Hémorragies digestives – Flush – Fièvre – Arthralgie – Dysautonomie – Hyperthyroïdie
Terrain	<ul style="list-style-type: none"> - ATCD médicaux : PA – UGD à répétition – Pathologie neuro – VIH+ - ATCD chir : Résection intestinale – Irradiation abdo - TTT en cours - Voyage - Profession – Niveau de stress - Toxique : OH
Examen φ	<ul style="list-style-type: none"> - Etat G – Sd carentiel - Palpation abdominale – Examen proctologique - Palpation thyroïdienne / Signe d’hyperthyroïdie - Cutané : EN – Dermatite herpétiforme – Aphtes - Aires ganglionnaires - Neuropathie périphérique

PARACLINIQUE

Recherche sd carentiel	NFS pq – Iono – Calcémie – GAJ – EAL – Alb, préalb – TP, FV
Dg étio	Bio : TSH – BHC – IgA anti TG + dosage pondéral des IgA – EPP – CRP – Sérologie VIH avec accord Coprologie 3 jours de suite : Fécalogramme – Stéatorrhée – Trou osmotique – EPS – Clairance de l’ α 1AT – Elastase fécale Coloscopie + biopsies dirigées et étagées → Colite microscopique EOGD + biopsies en 2 ^{ème} intention

ITEM 303 : DIARRHÉE CHRONIQUE DE L’ENFANT

ETIOLOGIES

Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée majeure précoce Atrophie microvillositaire Dysplasie épithéliale Diarrhée chlorée ou sodée congénitale
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée avec intervalles libres Atrophie villositaire AI APLV !/ \ Pas de maladie coeliaque - Maldigestion : Mucoviscidose Intolérance aux sucres Défaut en entérokinases / réabsorption des sels biliaires
Nourrisson Jeune enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnelle : Côlon irritable Diarrhée abondante – Isolée – Débris alimentaires Croissance normale et état G normal - Organique Maladie coeliaque APLV Mucoviscidose Intolérance au lactose Giardiase
Grand enfant Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnelle : Alternance diarrhée/constipation + DI abdo sans signes d'organicité - Organiques : MICI – Intolérance au lactose – Allergie alimentaire

PAS DE PERTE DE POIDS	Côlon irritable	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - 6-20 mois - Selles molles - Débris alimentaires
		Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Régression au régime - Amélioration avec l'âge
		TTT	RHD
	Intolérance au lactose	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Précoce : J1 - Tardif : 5 ans - Diarrhée aqueuse - Irritation des fesses
		Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Test respiratoire - Biopsies duodénales : Diminution de l'activité dissaccharidasique
		TTT	Lait sans lactose – Yaourt
AVEC PERTE DE POIDS	APLV	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - 2-6 semaines - Diarrhée prolongée - Vomissements - Coliques - Eruptions – Choc
		Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Exclusion des PLV +/- Pricktests / Patch test / IgE Spé Puis test de réintroduction en milieu médical à 12 – 18 mois
		TTT	Exclusion des PLV
	Maladie coeliaque	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - 8 mois – 3 ans Fonction de l'âge d'introduction du gluten - Diarrhée - Pâleur – Tristesse - Météorisme abdominal - Amyotrophie (fesse ++)
		Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Sd carenciel bio - IgA anti TG - Biopsies duodénales : Atrophie villositaire totale
		TTT	Exclusion à vie du gluten
	Mucoviscidose	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} années de vie - Selles grasses - Signes respiratoire
		Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Elastase fécale - test à la sueur

		TTT	<ul style="list-style-type: none">- Extraits pancréatiques- Vitamines ADEK- Régime hypercalorique
--	--	-----	---