

Troubles du transit digestif

Diarrhée

Définition

- = Émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles) et de poids supérieur à 300 g/j (en pratique clinique : lorsqu'il y a au moins trois selles très molles à liquides par jour)
- Aiguë : moins de 2 semaines
 - Prolongée : 2 à 4 semaines
 - Chronique : au-delà de 4 semaines
 - Syndrome dysentérique : évacuations glaireuses et sanglantes

Diarrhée aiguë

Anamnèse

- (saison)
- mode de début
- contexte épidémique
- aliments
- voyage récent
- prises médicamenteuses au cours des dernières semaines (antibiotiques, colchicine, etc.)
- caractéristiques des selles
- terrain à risque : SIDA, chimiothérapie, etc.
- signes associés : douleurs abdominales, fièvre, signes articulaires, cutanés, etc.

Examen physique

- fièvre, signes de sepsis, éventuellement compliqué
- poids, déshydratation, hypovolémie
- abdomen: le plus souvent normal, sensibilité diffuse, sensibilité focale, météorisme
- signes extradigestifs

Approche diagnostique

1. Situations graves :
 - diarrhée hémorragique
 - choc septique
 - choc hypovolémique
2. Situations ordinaires
3. Diarrhée persistante sous traitement de 3 jours
4. Situations particulières
 - Immunodéprimé
 - Diarrhée liée aux antibiotiques
 - Diarrhée nosocomiale

Situations graves

- diarrhée hémorragique et/ou syndrome dysentérique: en cause
 - bactéries invasives (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Escherichia coli* entéro-invasif) ou produisant des toxines (*E. coli* entéro-hémorragiques, dont *E. coli* O157:H7)
 - beaucoup plus rarement parasites (amibiase en cas de séjour en pays d'endémie) et virales (rectite herpétique vénérienne, colite à CMV exceptionnelle chez l'immunocompétent)
- terrains très vulnérables : valvulopathie, grand vieillard avec comorbidités majeures, chimiothérapie anticancéreuse
- choc septique
- déshydratation majeure

Attitude : EHC, CRP, coproculture, examen parasitologique des selles; recto-sigmoïdoscopie si diarrhée hémorragique; réhydratation, réanimation, antibiotiques (type ofloxacine)

Table 4. Selected Complications of Bacterial Enteric Infection.

Complication	Important Bacterial Agents	Clinical Considerations
Dehydration	<i>Vibrio cholerae</i> , any bacterial enteropathogen	Most important complication of all forms of acute watery diarrhea; should prompt aggressive fluid and electrolyte replacement, usually in hospital
Bacteremia	Salmonella, <i>Campylobacter fetus</i>	Organisms that deeply penetrate the intestinal mucosa are prone to cause bacteremia; certain high-risk conditions predispose to systemic salmonella infection
Hemolytic–uremic syndrome	Shiga toxin–producing <i>Escherichia coli</i>	Shiga toxin is absorbed, causing injury to endothelial cells of the glomerular capillaries with intravascular coagulation
Guillain–Barré syndrome	<i>Campylobacter jejuni</i>	Most cases occur as a result of molecular mimicry, with antibodies directed to campylobacter lipooligosaccharides and peripheral-nerve gangliosides; probability of development of Guillain–Barré syndrome within 2 mo after campylobacter infection estimated at <2/10,000 cases ⁴⁰
Reactive arthritis and iritis	Campylobacter, salmonella, <i>Shigella flexneri</i> , yersinia	Occurs in 2.1/100,000 cases of campylobacter infection and 1.4/100,000 cases of salmonella infection; affected persons may be HLA-B27–positive or HLA-B27–negative ⁴¹
Postinfectious irritable bowel syndrome	Inflammatory bacterial pathogens (e.g., campylobacter) are most important, but most bacterial pathogens can produce the syndrome	Enteric bacterial infection with intestinal inflammation in a susceptible host leads to altered intestinal findings and postinfectious irritable bowel syndrome ^{42–44} ; duration is ≥5 yr ^{45–47}

Situations ordinaires

- En majorité des diarrhées infectieuses (virales):
résolution en moins de 5 jours
- En pratique: recommandations d'hydratation,
d'alimentation et d'hygiène et traitement
symptomatique (ralentisseurs du transit ou
antisécrétoires)

Diarrhée persistante

- coproculture et examen parasitologique des selles
- bactéries entéropathogènes: ofloxacine (200 mg x 2/j, per os 3 jours
- Diarrhées et colites à *Campylobacter* :
azithromycine 500 mg/j, per os pendant 3 jours

Toxi-infection alimentaire

TABEAU 2

Agents le plus fréquemment mis en cause en fonction des signes cliniques et du type d'aliment responsable

Symptomatologie Type d'aliments	Incubation courte < 12 heures		Incubation longue
	Absence de fièvre		Fièvre
	Vomissements prédominants	Diarrhée prédominante	Diarrhée
Lait et dérivés	Staphylocoque		<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Shigella</i>
Viandes, produits carnés	Staphylocoque	<i>C. perfringens</i> , <i>Bacillus cereus</i>	<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Shigella</i>
Fruits de mer, poissons		Dinoflagellés	<i>Salmonella</i> , <i>Vibrio parahæmolyticus</i>
Légumes	Staphylocoque	<i>Bacillus cereus</i>	<i>Yersinia</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i>

Principales causes de toxi-infections alimentaires

Symptômes	Durée d'incubation (heures)	Agents possibles
Nausées, vomissements	1-6	■ toxines thermostables diffusées dans l'alimentation par <i>S. aureus</i> ■ <i>Bacillus cereus</i> ■ neurotoxines des dinoflagellés (coquillages) ■ histamine (scombrottoxine) : thon, maquereau ■ ciguëtera ■ produits chimiques, champignons ■ métaux lourds
Diarrhée cholériforme	6-72	■ <i>C. perfringens</i>, <i>B. cereus</i>, <i>E. coli</i> entérotoxigène ■ virus
Diarrhée, dysenterie, fièvre	10-72	■ <i>Salmonella sp.</i>, <i>Shigella sp.</i>, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Vibrio parahæmolyticus</i>, <i>E. coli</i> entéro-invasif, <i>Yersinia enterocolitica</i>
Troubles neurologiques moteurs ou sensitifs sans troubles digestifs		■ <i>C. botulinum</i> ■ neurotoxines des dinoflagellés (coquillages) ■ histamine (scombrottoxine) : thon, maquereau ■ produits chimiques, champignons

Diarrhée liée aux antibiotiques

TABEAU 2 Examens complémentaires potentiellement nécessaires dans l'exploration d'une diarrhée des antibiotiques

Examens	Contextes cliniques les indiquant
Recherche de toxine A ou B de <i>Clostridium difficile</i> (méthode immuno-enzymatique ou test de référence par cytotoxicité des selles) et recherche du germe par culture	D'emblée si diarrhée des antibiotiques accompagnée de fièvre ou de signes physiques faisant évoquer l'existence d'une colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux) Secondairement si la diarrhée se prolonge après l'arrêt des antibiotiques
Coproculture standard comportant la recherche de <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>	Diarrhée des antibiotiques avec fièvre ou se prolongeant malgré une recherche de <i>Clostridium difficile</i> et de ses toxines négative
Recherche de <i>Klebsiella oxytoca</i> par ensemencement des selles sur milieu sélectif	Diarrhée hémorragique sous antibiotiques
Rectosigmoïdoscopie ou coloscopie	Diarrhée hémorragique Signes physiques faisant évoquer l'existence d'une colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux)

Diarrhée nosocomiale

- Si survient plus de trois jours après l'admission du patient en milieu hospitalier
- Facteurs de risque principaux: antibiothérapie, âge, présence d'un voisin de chambre et durée du séjour.
- Agent le plus souvent en cause : *C. difficile*, puis salmonelles, virus, certains parasites (*Giardia intestinalis*)

Immunodéprimé

- infection par le VIH avec taux de lymphocytes $CD4 < 200/mm^3$: *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, CMV
- chimiothérapie anticancéreuse : infection à *Clostridium difficile*, typhlite

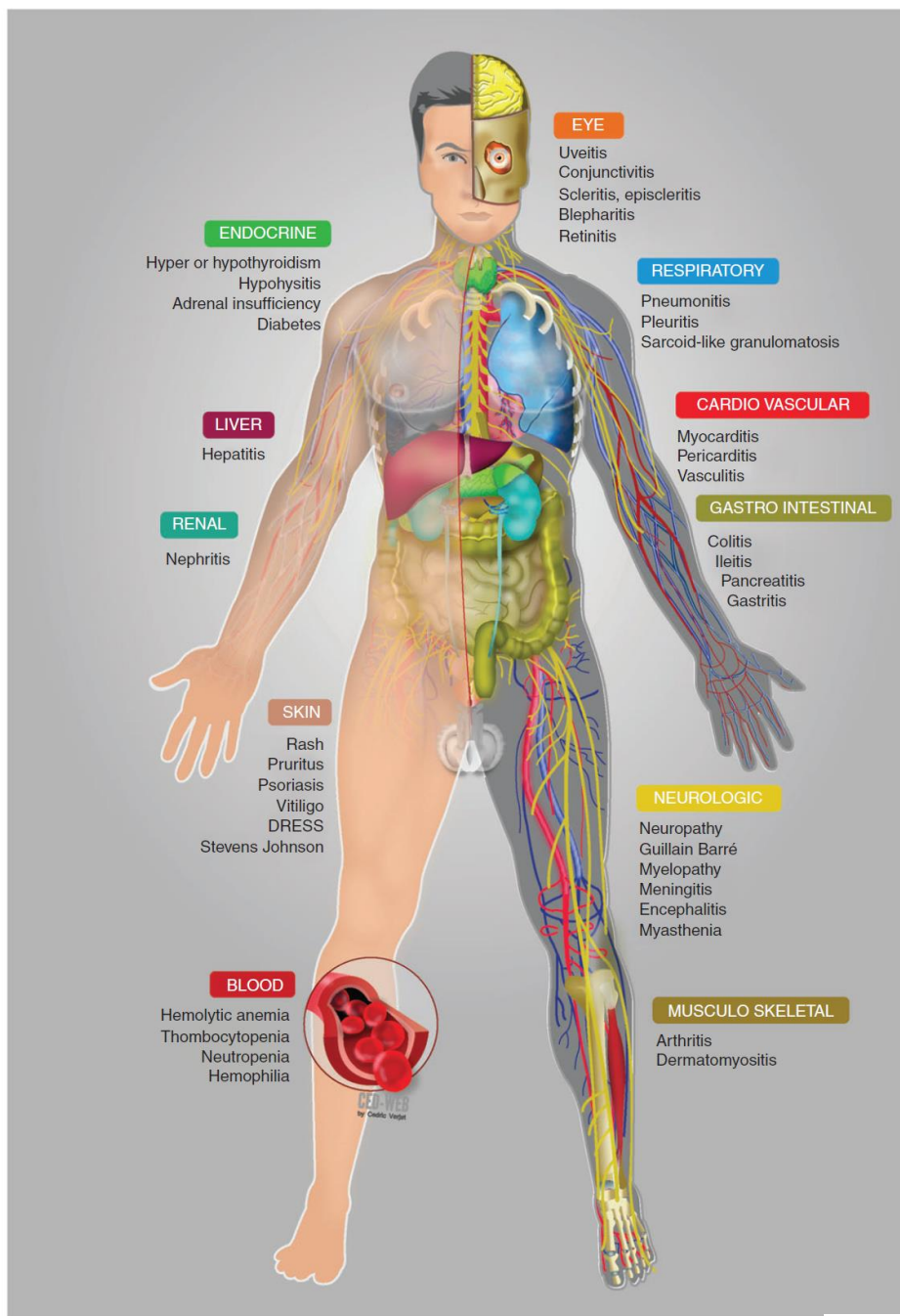


Table 1. Immune checkpoint blockade (ICB) toxicities

Frequent (>10%) ICB toxicities

Ipilimumab (anti-CTLA4): diarrhea, rash, pruritus, fatigue, nausea, vomiting, decreased appetite and abdominal pain

Nivolumab (anti-PD1): fatigue, rash, pruritus, diarrhea and nausea

Pembrolizumab (anti-PD1): diarrhea, nausea, pruritus, rash, arthralgia and fatigue

Rare (<10%) life-threatening ICB toxicities

Colitis and risk of gastrointestinal perforation

Pneumonitis including acute interstitial pneumonia/acute respiratory distress syndrome

Infusion reaction and anaphylactic shock

Type 1 diabetes and risk of diabetic ketoacidosis

Severe skin reactions, DRESS, Stevens Johnson syndrome

Hemolytic anemia or immune thrombocytopenia and hemorrhagic risk

Neutropenia and sepsis risk

Encephalopathy and neurological sequelae

Guillain-Barré syndrome and respiratory risk

Myelitis and motor sequelae

Myocarditis and cardiac insufficiency

Acute adrenal insufficiency and hypovolemic shock

Pleural and pericardial effusion

Nephritis

Table 4. Typical management of irAEs

Severity— CTCAE grade	Ambulatory versus inpatient care	Corticosteroids	Other immunosuppressive drugs	Immunotherapy
1	Ambulatory	Not recommended	Not recommended	Continue
2	Ambulatory	Topical steroids or Systemic steroids oral 0.5–1 mg/kg/day	Not recommended	Suspend temporarily ^a
3	Hospitalization	Systemic steroids Oral or i.v. 1–2 mg/kg/day for 3 days then reduce to 1 mg/kg/day	To be considered for patients with unresolved symptoms after 3–5 days of steroid course Organ Specialist referral advised	Suspend and discuss resumption based on risk/benefit ratio with patient
4	Hospitalization consider intensive care unit	Systemic steroids i.v. methylprednisolone 1–2 mg/kg/day for 3 days then reduce to 1 mg/kg/day	To be considered for patients with unresolved symptoms after 3–5 days of steroid course Organ specialist referral advised	Discontinue permanently

Some dysimmune toxicities may follow a specific management: this has to be discussed with the organ specialist.

^aOutside skin or endocrine disorders where immunotherapy can be maintained.

Entérocolite (typhlite) du neutropénique

- principale cause d'abdomen aigu observée chez le neutropénique
- encore appelée entérolite nécrosante, colite agranulocytaire ou typhlite (en cas d'atteinte du caecum)
- mortalité de 20 à 60 % selon les séries

Tableau clinique

très variable

- neutropénie fébrile
- diarrhée aqueuse
- douleurs abdominales diffuses ou localisées
- complications :
 - perforation digestive
 - abcès
 - *pneumatosis intestinalis*
 - hémorragie digestive
 - obstruction
 - sepsis et choc septique

Mise au point

- abdomen à blanc
- échographie abdomen
- TDM abdomen
- hémocultures: positives dans 30 à 40 % des cas
- diagnostic d'exclusion en fait : exclure
 - Pancréatite
 - Candidiase hépatique
 - Diverticulite
 - Perforation digestive
 - Obstruction colique
 - Infarctus splénique
 - Cholécystite lithiasique
 - Appendicite
 - Gastrite
 - ...



Attitude thérapeutique

conservatrice si possible :

- mise au repos digestive : aspiration digestive, alimentation parentérale
- antibiothérapie i.v. à large spectre (couvrant les anaérobies)
- examens radiologiques (TDM, écho) répétés avec ponction transpariétale des collections identifiées ou intervention chirurgicale en cas de complication ou de sepsis prolongé de plus de 24 h

Diarrhée chronique

Anamnèse : diarrhée

- mode d'installation de la diarrhée (brutal ou progressif)
- ancienneté de la diarrhée
- caractère continu ou intermittent
- durée et profil d'évolution des symptômes (selles liquides quotidiennes, intervalles de selles moulées ou dures)
- nombre de selles par 24 heures
- aspect des selles : aqueuses, grasses, décolorées, mousseuses, homogènes ou non; présence de sang, de glaires, de pus, d'aliments non digérés et ingérés le jour même
- horaire des selles : matinales, postprandiales, diurnes et/ou nocturnes ; le caractère nocturne est un très bon signe d'organicité
- urgence ou non de la défécation (impériosité), incontinence ou suintements anaux
- facteurs déclenchant ou aggravant, tels que retour de voyage, stress, prise médicamenteuse, notamment sans prescription médicale (laxatifs) et consommation chronique d'alcool
- efficacité des ralentisseurs du transit, des antibiotiques

Anamnèse

- En faveur de
 - diarrhée organique : début datant de moins de 3 mois, selles nocturnes, perte de poids, incontinence, émissions de sang.
 - malabsorption : selles molles de gros volume, stéatorrhée, absence de douleur abdominale
 - tumeur ou inflammation de l'iléon ou du côlon : selles sanglantes, douleurs intestinales (syndrome de König ou colique)
 - sécrétion intestinale : selles liquides abondantes
- Symptômes associés :
 - arthrites ou arthralgies (maladie inflammatoire chronique intestinale, vascularite, maladie de Whipple)
 - infections oto-rhino-laryngées ou pulmonaires à répétition (déficit immunitaire inné ou acquis)
 - suppuration anale (maladie de Crohn)
 - flushes (syndrome carcinoïde, vipome).

Anamnèse : antécédents, habitudes, comorbidités

- Antécédents personnels: intervention chirurgicale, radiothérapie abdominale, maladies (dysthyroïdie, athéromatose, etc.), déficit immunitaire (VIH)
- Antécédents familiaux (Crohn, maladie cœliaque, RCHU, etc.)
- Consommation d'alcool
- Voyages
- Médicaments

Examen physique

- masse abdominale (maladie de Crohn, cancer)
 - souffle abdominal (entéropathie ischémique)
 - goitre (hyperthyroïdie, carcinome médullaire de la thyroïde)
 - souffle d'insuffisance tricuspide (syndrome carcinoïde)
 - œdèmes des membres inférieurs (entéropathie exsudative, dénutrition protéique)
 - hypotonie anale, fissure, fistule ou abcès anal (maladie de Crohn)
 - érythème noueux (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)
 - purpura (vascularite)
 - télangiectasies du visage, sclérodactylie (sclérodermie)
 - érythème du visage (syndrome carcinoïde)
 - urticaire (mastocytose)
 - mélanodermie (maladie de Whipple, maladie cœliaque)
 - adénopathies périphériques (maladie de Whipple, lymphome, infection par le VIH)
 - gros foie (cancer colorectal métastatique, tumeur carcinoïde)
 - grosse rate (lymphome)
 - signes de thyrotoxicose
- + retentissement nutritionnel et manifestations carencielles

Biologie de base

- hémogramme
- CRP, VS
- taux de prothrombine, albuminémie,
- dosage du fer des folates sériques, de la vitamine B12
- TSH
- calcémie
- tests hépatiques
- immunoglobuline A (IgA) anti-transglutaminase ou anti-endomysium
- examen parasitologique des selles
- sérologie VIH

L'approche par organe

Causes des diarrhées chroniques

■ Diarrhées d'origine colique

■ Causes fréquentes

- Syndrome de l'intestin irritable
- Cancer du côlon et du rectum
- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique
- Colite microscopique
- Résection du côlon droit

■ Diarrhées d'origine grêlique

■ Causes fréquentes

- Maladie coeliaque
- Maladie de Crohn
- Résection de grêle
- Entérite radique
- Entéropathie alcoolique
- Lambliaze

■ Causes rares

- Maladie de Whipple
- Déficit immunitaire primitif
- Sprue tropicale
- Amylose
- Lymphangiectasies intestinales
- Malabsorption des acides biliaires
- Déficit en disaccharidase
- Contamination bactérienne chronique de l'intestin grêle
- Ischémie mésentérique
- Lymphome

■ Diarrhées d'origine pancréatique

■ Causes fréquentes

- Pancréatite chronique
- Cancer du pancréas
- Tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas
- Mucoviscidose

■ Diarrhées d'origine endocrinienne

■ Causes fréquentes

- Hyperthyroïdie
- Diabète

■ Causes rares

- Syndrome carcinoïde
- Hypoparathyroïdie
- Insuffisance surrénale
- Vipome
- Gastrinome

■ Diarrhées d'origines diverses

■ Causes fréquentes

- Diarrhée d'origine médicamenteuse
- Diarrhée après cholécystectomie ou gastrectomie

■ Causes rares

- Dysautonomie
- Diarrhée factice

1^{ère} étape : cause évidente

- Exemples :
 - résection étendue de l'intestin
 - irradiation abdominale
 - associée à une tumeur du rectum accessible au doigt
 - thyrotoxicose avec TSH effondrée
 - anticorps anti-endomysium ou anti-transglutaminase positif
- Test de confirmation

2^{ème} étape : éléments d'orientation vers un diagnostic d'organe ou de maladie

- tableau de malabsorption avec selles molles de gros volume, hypoprothrombinémie, anémie par carence martiale, absence de douleur abdominale, avec ou sans anticorps anti-transglutaminase ou anti-endomysium : maladie cœliaque ? biopsies duodénales
- lésions anopérinéales, émissions de sang et de glaires, douleurs de la fosse iliaque droite chez un adulte jeune : maladie de Crohn ? iléocoloscopie avec biopsies
- diarrhée glairosanglante : atteinte colique ou rectale (cancer, rectocolite hémorragique, colite ischémique). coloscopie avec biopsies
- diarrhée hydrique abondante chez une femme d'âge mûr : colite microscopique? coloscopie avec biopsies
- douleur pancréatique, diabète, épisodes de pancréatite aiguë : diarrhée d'origine pancréatique (pancréatite chronique ou tumeur du pancréas)? Imagerie pancréatique (TDM, IRM)
- prise d'un médicament entérotoxique : se méfier d'une autre cause sous-jacente
- diarrhée ancienne associée aux critères de Rome, examen physique des examens de sang normaux chez un adulte de moins de 45 ans sans antécédents familiaux : en faveur du syndrome de l'intestin irritable

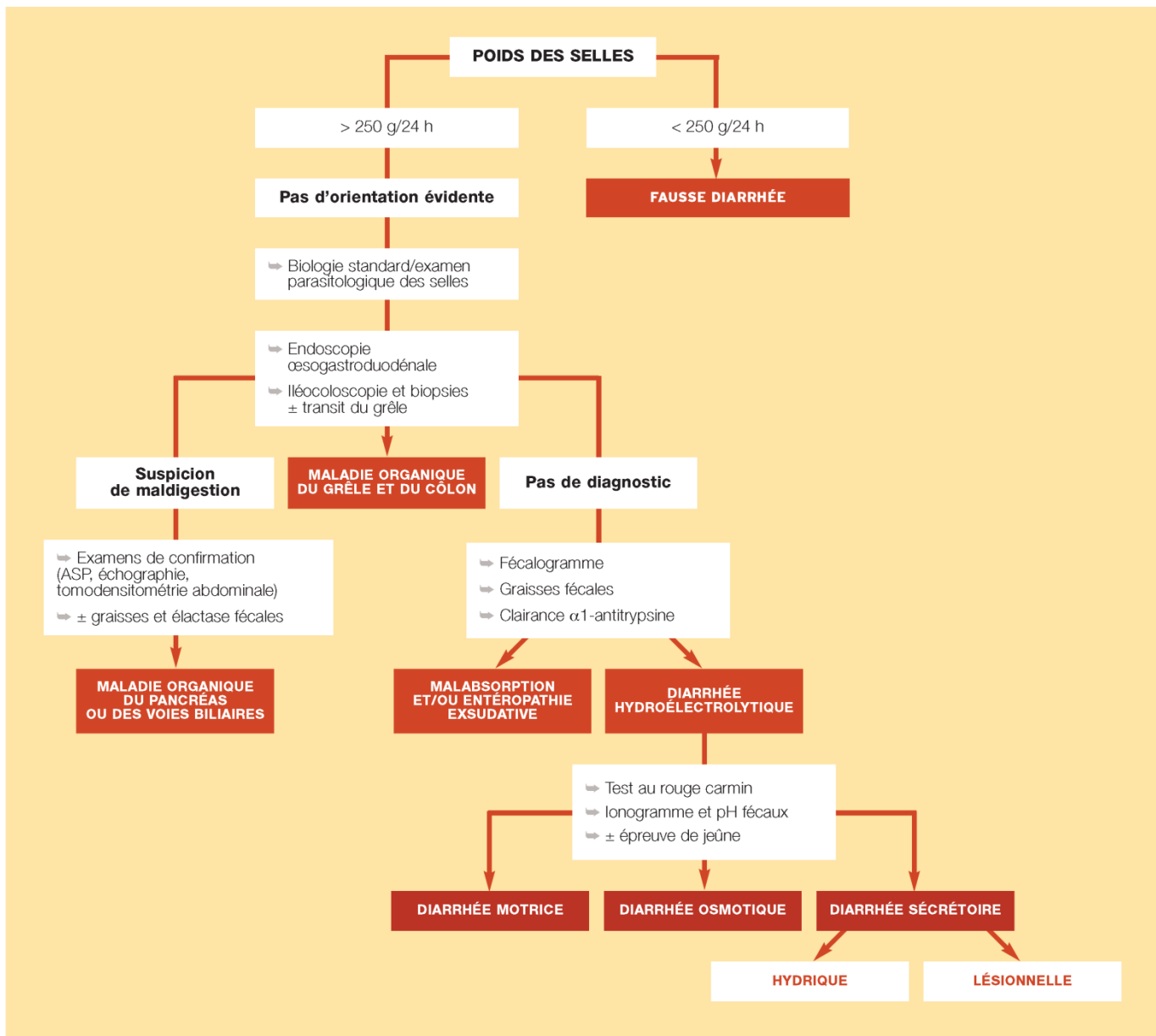
Médicaments associés aux diarrhées chroniques

MÉDICAMENTS	MÉCANISMES
■ Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	Colite microscopique
■ AINS	Colite macroscopique et microscopique, entéropathie aux AINS, diaphragme du grêle et du côlon, entérocolite à éosinophiles, atrophie villositaire
■ Bêtabloquants	Colite microscopique
■ Statines	Colite microscopique
■ Bisphosphonates	Colite microscopique
■ Paclitaxel	Nécrose épithéliale en aires
■ Colchicine	Apoptose des cellules épithéliales
■ Irinotécan	Apoptose des cellules épithéliales, atrophie villositaire, sécrétion colique
■ Ticlopidine	Colite microscopique
■ Ranitidine	Colite microscopique
■ Veinotoniques	Colite microscopique
■ Inhibiteurs de la pompe à protons	Colite microscopique
■ Laxatifs	
■ Sels d'or	Colite macroscopique
■ Antibiotiques	Colites à <i>Clostridium difficile</i> ou à <i>Klebsiella oxytoca</i> (diarrhée aiguë)

3^{ème} étape : exploration endoscopique

- iléocoloscopie avec biopsies iléales et coliques étagées
 - Cancer colique retrouvé dans 27 % des cas
- gastroscopie avec biopsies duodénales
- Sinon:
 - imagerie de l'intestin grêle (transit du grêle ou entérotomodensitométrie ou entéro-IRM ou capsuloscopie ou entéroscopie)
 - fécalogramme
 - recherche de laxatifs dans les selles par chromatographie
 - dosages d'hormones et de leurs métabolites (acide 5-hydroxy-indolacétique, gastrine, thyrocalcitonine, VIP ...)
- Souvent cause non trouvée et résolution spontanée

L'approche par mécanisme



Malabsorption

TABEAU 1

Principales causes de diarrhée avec syndrome de malabsorption

Causes	Diagnostic évoqué par/confirmé par
Malabsorption préentérocytaire ■ pancréatite chronique, pancréatectomie, cancer du pancréas ■ cholestase ■ colonisation bactérienne chronique du grêle (anse borgne, diverticules du grêle, syndrome de pseudo-obstruction) ■ gastrinome	■ douleur, amaigrissement/ASP, TDM abdominal, échoendoscopie ■ ictère, prurit, hépatomégalie, cholestase biologique/échographie abdominale ■ anamnèse, syndrome de sténose du grêle/test respiratoire au glucose, transit du grêle, traitement antibiotique d'épreuve ■ maladie ulcéreuse, œsophagite, diarrhée, amaigrissement/gastrinémie
Malabsorption entérocytaire ■ maladie cœliaque ■ syndrome du grêle court, résection iléale ■ maladie de Whipple ■ déficit immunitaire en immunoglobulines (carence en IgA, déficit commun variable) ■ parasitose (lambliaze, parasitoses de l'immunodéprimé), sprue tropicale ■ lymphome, syndrome immunoprolifératif de l'intestin grêle (maladie des chaînes alpha) ■ maladie de Crohn, grêle radique, tumeurs	■ Ac anti-endomysium et/ou antitransglutaminase/biopsies duodénales ■ anamnèse, diarrhée, dénutrition, carences en vitamines et minéraux/transit du grêle ■ fièvre, arthralgies ou arthrites, polyadénopathies, pigmentation cutanée, diarrhée/biopsies duodénales, recherche <i>Tropheryma whipplei</i> par PCR ■ électrophorèse des protéines/dosage pondéral des immunoglobulines ■ parasitologie des selles, sérologie VIH, biopsies duodénales ■ endoscopie avec biopsies, recherche de protéine de la maladie des chaînes alpha dans le sérum. PCR <i>Campylobacter</i> ■ TDM abdominal, transit du grêle, iléocoloscopie
Malabsorption postentérocytaire ■ lymphangiectasies intestinales (maladie de Waldman)	■ clairance de l'α1-antitrypsine, capsule, entéroscopie et biopsies

Diarrhée motrice

TABEAU 2

Principales causes de diarrhée motrice

Causes	Diagnostic
Endocriniennes ■ cancer médullaire de la thyroïde ■ hyperthyroïdie ■ syndrome carcinoïde	■ thyrocalcitonine, antigène carcino-embryonnaire ■ échographie thyroïdienne, TSH, scintigraphie thyroïdienne ■ 5-HIAA urinaire, chromogranine A, sérotoninémie, échographie ou TDM du foie (métastases)
Neurologiques ■ vagotomie tronculaire ou sélective ■ neuropathies viscérales (diabète, amylose)	■ anamnèse ■ anamnèse, hypotension orthostatique, protéinurie, examen neurologique
Lésions du tube digestif ■ gastrectomie, cholécystectomie ■ lésions iléales terminales < 1 m (résection, grêle radique, Crohn)	■ anamnèse ■ transit du grêle, entéroscanner
Syndrome de l'intestin irritable (> 80 % des cas)	■ ancienneté des troubles, douleurs abdominales, diagnostic d'exclusion (élimination des causes précédentes)

Diarrhée osmotique

TABEAU 3

Principales causes de diarrhée osmotique

Causes

Malabsorption physiologique de substances osmotiques (iatrogène ++)

- prise de laxatifs osmotiques (lactulose, lactitol, sorbitol, macrogols) ou d'antiacides (sels de magnésium)
- chewing-gum et boissons « allégées » consommés en grande quantité

Malabsorption pathologique des glucides

- déficit en lactase
- déficit en saccharase-isomaltase

Diagnostic

- anamnèse, recherche de laxatifs
- magnésium et ionogramme fécal, trou osmotique
- intolérance au lait. Test respiratoire au lactose
- test d'exclusion-réintroduction des produits suspects

DIARRHÉE OSMOTIQUE

- ➔ pH fécal
- ➔ Ionogramme fécal
- ➔ Magnésium fécal

**Arrêt de la diarrhée lors
de l'épreuve de jeûne**

**pH bas
Malabsorption
des sucres**

**Magnésium fécal élevé
Ingestion accidentelle
Prise occulte de laxatifs**

**Enquête diététique
Test d'exclusion lactose**

Diarrhée sécrétoire

TABEAU 4

Principales causes de diarrhée sécrétoire

Causes	Diagnostic évoqué par/confirmé par
Non lésionnelle ■ tumeurs endocrines digestives dont vipome ■ médicaments (biguanides, colchicine...) ■ laxatifs irritants (anthraquinones, bisacodyl) ■ lambliaze ■ cryptosporidiose, microsporidiose (immunodéprimé) Lésionnelle ■ colite microscopique (collagène ou lymphocytaire) ■ maladies inflammatoires chroniques intestinales (Crohn, RCH) ■ entérocolites infectieuses invasives (immunodéprimé) ■ entérocolite ischémique, entérite radique ■ tumeur villeuse, cancer rectocolique	■ chromogranine A, sérotonine, VIP, etc., échographie, tomодensitométrie, scintigraphie récepteurs à la somatostatine (Octreoscan) ■ interrogatoire ■ recherche de laxatifs dans selles et urines, épreuve de jeûne ■ parasitologie des selles, biopsies duodénales ■ sérologie VIH ■ coloscopie avec biopsies coliques droites + gauches (épaississement basal, hyperlymphocytose épithéliale et infiltrat inflammatoire) ■ Iléocoloscopie et biopsies ■ id ■ id ■ id

DIARRHÉE SÉCRÉTOIRE

- Éliminer une infection par coproculture et examen parasitologique des selles
Cyclospora, Coccidia, Microsporidia, lamblase

- Éliminer une pathologie organique digestive
- TDM abdominale, entéro-IRM, transit du grêle
- Iléocoloscopie et biopsies
- Endoscopie digestive haute et biopsies

Tests spécifiques

- peptides plasmatiques (gastrine, calcitonine, VIP, somatostatine, chromogranine A, sérotonine)
- 5-HIAA urinaire

Autres

- dosage pondéral des immunoglobulines, TSH

**Traitement d'épreuve par cholestyramine
pour diarrhée des acides biliaires**

Constipation

Situations aiguës : iléus

Voir clinique sur l'**abdomen aigu**

Ileus mécanique

Présentation clinique :

- Douleurs de type colique durant quelques secondes à quelques minutes
- Début progressif en cas d'obstacle mécanique, début brutal en cas d'étranglement
- Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz
- État de choc (3e espace)
- Péristaltisme accru

Principales étiologies à rechercher

- bride postchirurgicale
- tumeur primitive ou métastatique de l'intestin
- carcinomatose péritonéale
- invagination, volvulus
- hernie étranglée
- diverticulite
- iléite radique
- fécalome

Ileus paralytique

Présentation clinique :

- douleurs persistantes, rarement sous forme de coliques
- abdomen ballonné
- vomissements, arrêt des matières et des gaz
- état de choc
- péristaltisme diminué ou absent

Principales étiologies à rechercher

- péritonite
- hypercalcémie
- stade terminal de l'iléus mécanique
- infarctus mésentérique
- hypokaliémie
- chimiothérapie (alcaloïdes de la pervenche : VCR, VBL, VDS, VNR)
- coma diabétique
- morphiniques (VMI)

Constipation

Définition

- = émission de moins de 3 selles par semaine (à objectiver sur 15 jours), existence de selles dures et/ou difficultés d'exonération (efforts de poussée, sensation de gêne au passage des selles, évacuation incomplète, temps d'exonération allongé, manœuvres digitales)
- constipation chronique : troubles existant depuis au moins 6 mois.

Approche diagnostique

- Cause organique (cancer colorectal) ?
- Cause facilement identifiable et curable (ex prise médicamenteuse) ?
- Gêne et demande du patient?
 - mécanisme (constipation de transit, distale ou fonctionnelle) : prise en charge initiale (règles hygiéno-diététiques et des laxatifs)
 - en cas d'inefficacité : examens complémentaires et thérapeutiques plus invasives

Tableau 1 Causes de constipation

Causes métaboliques ■ diabète, hypothyroïdie, hypercalcémie ■ hypomagnésémie, hyperuricémie ■ insuffisance rénale chronique ■ phéochromocytome, glucagonome, porphyries ■ hypopituitarisme	Maladies du système nerveux ■ maladie de Parkinson, sclérose en plaques ■ tumeur, traumatismes médullaire ou pelvi-périnéal ■ maladie de Hirschsprung, maladie de Chagas, pseudo-obstruction intestinale chronique ■ neuropathie périphérique ■ accident vasculaire cérébral	Obstruction mécanique ■ cancer colorectal ■ sténose (diverticulaire, ischémique, maladie inflammatoire chronique intestinale) ■ compressions extrinsèques (tumeur post-chirurgicale) ■ fissure ou fistule anale ■ rectocèle ■ endométriose	Divers ■ dépression, démence, psychose ■ grossesse ■ myopathie ■ maladies systémiques (amylose, sclérodermie)
---	---	---	--

Anamnèse

- antécédents
 - endocrinologiques et métaboliques : diabète, hypothyroïdie, insuffisance rénale chronique, hyperparathyroïdie
 - maladies neurologiques : maladie de Parkinson, neuropathie périphérique (autonome), accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques
 - facteurs de risque d'obstruction mécanique : cancer, sténose post-maladies inflammatoires chroniques intestinales ou diverticulose
 - psychiatriques : psychose, démence, traumatisme ancien à type d'abus sexuels
 - maladies systémiques : amylose, sclérodermie
 - chirurgicaux
 - gynécologiques (hystérectomie)
 - obstétricaux
- prise médicamenteuse
- antécédents familiaux de cancer colorectal.
- ancienneté des troubles, remontant souvent à l'enfance
- symptômes fonctionnels et généraux :
 - douleurs abdominales et anales
 - alternance diarrhée-constipation
 - syndrome rectal (faux besoins, sensation de plénitude rectale, émission de glaires)
 - souillures fécales
 - incontinence aux gaz
 - aspect des selles
 - rectorragies
 - symptômes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement

Tableau 2 Agents pharmacologiques à rechercher en cas de constipation

- analgésiques
(dextropropoxyphène,
opiacés)
- anticholinergiques
- antidépresseurs
et antipsychotiques
- inhibiteurs calciques

- diurétiques (furosémide)
- antiparkinsonniens
- anticonvulsivants
(carbamazépine)
- agents cationiques
(aluminium, sulfate de baryum,
calcium, fer)

Examen physique

- état général
- tonicité de la paroi abdominale
- examen neurologique
- examen proctologique :
 - examen de la marge anale: souillure, fissure (typique ou non, évocatrice d'une MICI), prolapsus, béance anale
 - palpation de la marge : douleur, induration, sensibilité au piquer-toucher
 - toucher rectal : fécalome, douleur anale ou postérieure présacrée, syndrome de masse dans le canal anal et le rectum, sténose, rectocèle, présence de selles ressenties par le patient ou non, hémorroïdes.
 - tonus sphinctérien avec recherche d'un asynchronisme abdomino-pelvien (absence de relâchement du sphincter anal externe au moment de la poussée)
 - chez l'homme : examen de la prostate
 - recherche du sang sur le doigtier et couleur des selles
 - chez la femme : toucher vaginal

Examens complémentaires en première intention

en cas de :

- signes d'alarme : rectorragies, altération de l'état général, syndrome de masse à l'examen, fièvre
- signes fonctionnels extra-digestifs
- constipation persistante après un traitement adapté.

Tests

- Biologie:
 - hémogramme (anémie ferriprive)
 - glycémie
 - ionogramme (hypokaliémie)
 - hypercalcémie
 - TSH (hypothyroïdie)
 - CRP
- Abdomen à blanc : stase stercorale.
- Colonoscopie : si
 - constipation d'apparition récente ou en en aggravation
 - apparue après 50 ans
 - associée à une alternance diarrhée-constipation
 - rectorragies
 - syndrome rectal
 - altération de l'état général
 - antécédents familiaux de cancer colorectal
 - antécédents de polypose ou de cancer entrant dans le cadre du syndrome HNPCC « Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer » (cancer familiaux et personnels touchant côlon, grêle, endomètre et voies urinaires)
 - anémie ferriprive
 - syndrome inflammatoire

Traitement de première intention

- Règles hygiéno-diététiques : fibres, boissons abondantes, activité physique régulière, rythme de vie fixe
- Laxatifs :
 - débuter par un laxatif de lest : fibres ou mucilage (ispaghul; psyllium)
 - en deuxième intention :
 - laxatifs osmotiques (lactulose)
 - laxatifs lubrifiants (paraffine) : à éviter à long terme et chez les sujets allongés (risques de fausses déglutitions et de pneumonie à la paraffine)
 - laxatifs stimulants oraux ou irritants (aloès, séné, cascara) : à réserver à des cas très précis comme une purge en quelques heures. Nombreux effets indésirables en cas d'utilisation prolongée

Examens complémentaires en deuxième intention

- **Manométrie anorectale** : troubles d'évacuation :
 - Anisme
 - Mégarectum
 - Hypertonie du sphincter interne
 - Maladie de Hirschsprung (absence de réflexe recto-anal inhibiteur)
- **Temps de transit colique** (pellets)

Attitude

- Si ces examens sont normaux: constipation fonctionnelle
- Si manométrie anormale: constipation distale (laxatifs par voie rectale – glycérine, rééducation périnéale)
- Si temps de transit anormal: constipation de transit (laxatifs oraux)

Examens complémentaires en troisième intention (en vue éventuelle chirurgie)

- Défécographie et/ou IRM dynamique
- Électromyogramme
- Manométrie colique

Colon spastique

Définition

- synonymes :
 - Colopathie fonctionnelle
 - Troubles fonctionnels intestinaux
 - Syndrome de l'intestin irritable
- syndrome avec douleur abdominale et troubles du transit digestif dont l'origine présumée se situe au niveau du tube digestif bas (intestin grêle, côlon, rectum)
 - aucune anomalie biologique ou morphologique détectable par les examens complémentaires standard

Critères de Rome III permettant le diagnostic du syndrome de l'intestin irritable

Présence depuis au moins 6 mois d'une douleur abdominale ou d'un inconfort digestif survenant au moins 3 jours par mois durant les 3 derniers mois associé avec au moins 2 des critères suivant :

- amélioration par la défécation
- survenue associée à une modification de la fréquence des selles
- survenue associée à une modification de la consistance des selles

Les sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol (v. fig. 1)

CLASSIFICATION DES SYNDROMES DE L'INTESTIN IRRITABLE

C-SII : à constipation prédominante

- Bristol 1- 2 $\geq$ 25 % du temps
- Bristol 6-7 $\leq$ 25 % du temps

D-SII : à diarrhée prédominante

- Bristol 6-7 $\geq$ 25 % du temps
- Bristol 1-2 $\leq$ 25 % du temps

M-SII : avec alternance diarrhée-constipation

- Bristol 1- 2 $\geq$ 25 % du temps
- Bristol 6-7 $\geq$ 25 % du temps

SII non spécifié

- absence de critères suffisants pour répondre aux critères du C-SII, D-SII ou M-SII.