

Diarrhée chronique et syndrome de malabsorption

Pr Xavier Hébuterne

Introduction

- La prise en charge diagnostique d'une diarrhée chronique est une situation très fréquente en pathologie digestive mais souvent particulièrement difficile.
- Il est nécessaire, dans un premier temps, d'affirmer la diarrhée, ce qui permet d'éliminer les fausses diarrhées et évite de se lancer dans un bilan étiologique long et coûteux.
- Dans un deuxième temps, il est souhaitable de tenter d'évoquer le mécanisme de la diarrhée chronique par l'anamnèse et un examen clinique rigoureux lors de la consultation.
- Ultérieurement seront réalisés différents examens paracliniques, soit orientés par l'étape précédente, soit de débrouillage.
- Ces examens biologiques et complémentaires permettent, dans la plupart des cas, de découvrir le mécanisme physiopathologique de la diarrhée et donc d'en faire le diagnostic.
- Ce n'est bien souvent qu'à ce prix qu'un traitement étiologique efficace peut être proposé.

Affirmer la diarrhée

- Chez le sujet sain, des études ont montré que le nombre journalier de selles varie entre un et deux avec un poids moyen par 24 heures d'environ 150 g. Celui-ci dépend principalement de la teneur en fibres et en eau des selles et donc de l'alimentation.
- La définition de la diarrhée n'est pas univoque et plusieurs critères parfois associés peuvent être retenus.
- Le principal critère retenu est le nombre de selles (supérieur à deux par 24 heures) car il est facilement mis en évidence à l'anamnèse.
- Son corollaire est bien entendu un poids de selles moyen par 24 heures, pendant trois jours et à domicile, supérieur à 300 g, de manière arbitraire.

Affirmer la diarrhée

- En cas de doute sur la validité de la pesée, celle-ci peut être répétée en milieu hospitalier. La consistance des matières fécales est aussi un paramètre à prendre en compte dans la définition de diarrhée.
- Le caractère mou ou liquide des selles correspond à une hydratation supérieure à 85 p. 100 donc pathologique, la normale oscillant entre 60 et 85 p. 100.
- Un aspect graisseux, bouseux des matières avec un surnageant huileux fait évoquer une stéatorrhée due à une maldigestion ou une malabsorption.
- La présence d'aliments non digérés, plus particulièrement des végétaux (maïs, petits pois, etc ...), suggère une diarrhée motrice par accélération du transit.
- Le caractère nocturne (réveillant le malade) de la diarrhée en association ou non avec une altération de l'état général est un critère important en faveur d'une organicité des troubles.

Affirmer la diarrhée

- L'interrogatoire recherche aussi l'existence de sang, glaires et pus dans les fèces, ce qui oriente d'emblée vers des lésions pariétales recto-coliques plus rarement grêliques, telles que des colites inflammatoires ou des tumeurs malignes.
- La présence, au sein de selles liquides, de matières dures et desséchées fait évoquer une fausse diarrhée du constipé qui correspondent à une hypersécrétion de la muqueuse colique irritée par ces matières.
- Le toucher rectal permet le diagnostic en retrouvant des selles dures dans l'ampoule rectale. Une incontinence anale sera éliminée par l'interrogatoire et le toucher rectal, puis sera confirmée ultérieurement par manométrie ano-rectale.
- La présence de grandes quantités de mucus dans les selles oriente vers une tumeur villositaire sécrétante.
- Dans ces cas de fausses diarrhées, il existe un poids de selles normal ou peu élevé et surtout un nombre important d'émissions de matières ou équivalents en faible quantité.

Fausse diarrhée

✦

Diagnostic	Signes cliniques
Fausse diarrhée du constipé	Selles dures au sein de selles liquides Toucher rectal
Incontinence anale	Interrogatoire, Toucher rectal Manométrie ano-rectale
Tumeur vilieuse rectale	Toucher rectal, émission de mucus ++ Rectoscopie
Tumeur maligne rectale	Toucher rectal, Rectoscopie

□

Confirmer la chronicité

- La définition de la chronicité d'une diarrhée n'est pas extrêmement claire puisque pour de nombreux auteurs on parle de chronicité à partir de « plusieurs semaines » de troubles.
- Il semble qu'une durée de **quatre semaines** permette d'affirmer le caractère chronique d'une diarrhée car la plupart des diarrhées aiguës, principalement infectieuses, s'amende dans ce laps de temps.
- Certains proposent un régime sans lactose pendant plusieurs jours, avant de débuter toute exploration, afin d'éliminer les déficits en lactase secondaires à une diarrhée aiguë.

Rechercher les ATCD du malade

- En dehors des antécédents médicaux et chirurgicaux, un interrogatoire précis concernant l'utilisation de médicaments et de toxiques est nécessaire. On recherchera tout particulièrement l'existence d'un diabète, d'une maladie athéromateuse diffuse, d'une radiothérapie abdomino-pelvienne, d'une amylose, d'épisodes infectieux ou diarrhéiques inexpliqués.
- Il faut faire préciser des antécédents de résection de segments digestifs, tant gastrique que sur l'intestin grêle ou le côlon, si possible étayés par un compte rendu opératoire.
- La liste complète des médications doit être relevée ; en effet, si certains médicaments sont connus comme cause potentielle de, d'autres parfois jugés anodins sont à incriminer, surtout si leur utilisation régulière date de moins de trois mois.
- Une toxicomanie intraveineuse, un comportement sexuel à risque ou un antécédent de transfusion de produits sanguins doivent toujours faire éliminer un syndrome d'immunodépression acquise.
- Une consommation régulière d'alcool en excès doit être recherchée et suffit souvent à expliquer bon nombre de diarrhées chroniques.
- L'interrogatoire peut mettre en évidence des antécédents familiaux de colite inflammatoire, cancer colique, néoplasie endocrinienne multiple qui orienteront le bilan ultérieur.

Médicaments connus pour favoriser la diarrhée

Allergologie : cromoglycate de sodium

Angéologie : veinotoniques

Cancérologie : antimétoprolole, facteurs de croissance hématopoïétique

Cardiologie : digitaline, bêta-bloqueurs, quinidine, inhibiteurs calciques, ticlopidine, certains diurétiques

Endocrinologie : hormones thyroïdiennes, hypolipémiants, biguanides, aspartam

Gastro-entérologie : anti-acides, anti-histaminiques H₂, inhibiteurs de la pompe à protons, prostaglandines, laxatifs, acides biliaires

Infectiologie : antibiotiques, antifongiques systémiques, anti-helminthiques

Neuro-psychiatrie : normothymiques, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques

Rhumatologie : anti-inflammatoires non stéroïdiens, diphosphonates, colchicine, calcitonine, diacérhéine, hypo-uricémiants

Uro-néphrologie : alpha-bloquants

Divers : médicaments contenant de l'acétylcystéine, de la carbocystéine, du fer, du magnésium, de la vitamine C

Rechercher des signes cliniques associés

- l'ancienneté des troubles et les circonstances de début ;
- le rythme de la diarrhée au cours du nyctémère en recherchant l'existence d'une diarrhée nocturne, de diarrhée provoquée par les repas ou les stress ;
- le caractère continu ou non de la diarrhée et en cas de négativité, les facteurs soulageants, notamment les périodes de jeûne, de repos et les ralentisseurs du transit ;
- le caractère impérieux des selles, l'existence de ténesme, d'épreintes ou faux-besoins ;
- l'existence d'une douleur abdominale associée et son type
- la présence d'une altération de l'état général notamment un amaigrissement, en comparant le poids actuel du patient avec son poids habituel avant la survenue des symptômes ;
- enfin, on recherchera des signes cliniques spécifiques qui sont résumés dans le

Diarrhée et douleur abdominale

SYMPTOME	DIAGNOSTIC EVOQUE
Douleurs ulcéreuses	Syndrome de Zollinger-Ellison
Syndrome de Köenig : douleur intense, paroxystique, fixe, soulagée par une débâcle diarrhéique et de gaz	Lésion intestinale sténosante tumorale ou inflammatoire
Douleur péri-ombilicale post-prandiale tardive (souvent associé à un amaigrissement et à une maladie athéromateuse diffuse)	Angor mésentérique
Douleurs abdominales bipolaires, augmentées par les stress, rarement nocturnes souvent associées à des ballonnements post-prandiaux ou non	Syndrome du côlon irritable

Diarrhée et signes cliniques

SIGNE CLINIQUE	DIAGNOSTIC EVOQUE
Altération de l'état général, fièvre	Cancer, MICI, hyperthyroïdie, malabsorption
Tumeur abdominale, adénopathies	Cancer, lymphome
Arthrites	MICI, maladie de Whipple, colite microscopique
Ulcère gastro-duodéal	Syndrome de Zollinger-Ellison
Oedèmes	Entéropathie exsudative, syndrome de malabsorption
Flush	Tumeur carcinoïdienne
Hyperpigmentation cutanée	Maladie de Whipple, malabsorption, maladie d'Addison
Erythème noueux, pyoderma gangrenosum	MICI
Dermatite herpétiforme	Maladie coeliaque
Goître thyroïdien	Hyperthyroïdie, cancer médullaire thyroïdien
Infections répétées	Déficit en immunoglobulines, SIDA
Neuropathie, dysautonomie	Diabète, amylose

Le bilan paraclinique de débrouillage

- Dans un premier temps, sont réalisés un hémogramme avec numération-formule sanguine, un taux de prothrombine, une vitesse de sédimentation, une électrophorèse des protéines sanguines, un ionogramme sanguin ainsi qu'une calcémie et magnésémie, un dosage de l'urée et de la créatinine sanguine, une hormonologie thyroïdienne avec dosage de la TSH ultrasensible et de la L-thyroxine.
- Une parasitologie des selles est pratiquée sur trois jours à la recherche notamment de *Giardia intestinalis*, la coproculture étant, dans le cadre étiologique des diarrhées chroniques, de peu d'intérêt
- l'évaluation de la stéatorrhée est réalisée sur trois jours consécutifs avec des apports en lipides chez le malade de 60 à 100 g par 24 heures. La stéatorrhée est considérée comme pathologique au-delà de 6 g par 24 heures.

Le bilan paraclinique de débrouillage

- Une épreuve colorimétrique au rouge carmin doit être réalisée. Ce test simple et peu coûteux permettra d'évaluer le temps de transit intestinal et donc d'affirmer ou pas l'existence d'une diarrhée motrice par accélération du transit. Physiologiquement, le temps d'apparition (TACS) et d'élimination (TETCS) totale du carmin dans les selles sont respectivement de l'ordre de 26 et 46 heures. Sont considérées comme pathologiques des valeurs inférieures à 8 heures pour le TACS et 18 heures pour le TETCS, le critère principal à retenir étant le TACS. La synthèse des résultats de ces différents examens permettra ainsi de différencier les troubles en :
 - diarrhée motrice lorsque le TACS est inférieur à 8 heures,
 - diarrhée par malabsorption ou maldigestion lorsqu'il existe une stéatorrhée nettement supérieure à 6 g par 24 heures,

Le bilan paraclinique de débrouillage

- Bien entendu, cette classification résolument simple ne doit pas faire occulter qu'il existe parfois plusieurs mécanismes intriqués.
- Il faut remarquer que la plupart du temps, le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable, cause la plus fréquente de diarrhée chronique, n'est porté qu'après un bilan endoscopique haut et bas avec biopsies jéjunales et coliques étagées, ce qui semble justifié.

Les grands mécanismes des diarrhées chroniques

- Fausse diarrhée Diarrhée motrice
- Diarrhée par malabsorption
- Diarrhée osmotique
- Diarrhée sécrétoire
- Diarrhée par entéropathie exsudative
- Diarrhée volumogénique

Diarrhées motrices

- Le diagnostic de diarrhée motrice est souvent évoqué par la seule symptomatologie clinique. Elle est liquide, fécale, fréquente, postprandiale précoce, avec la présence de débris alimentaires en particulier végétaux, souvent accompagnée de douleurs coliques, parfois rythmée par les stress. La diarrhée cède habituellement à l'épreuve de jeûne.
- Le poids journalier des selles est peu élevé. L'état général est le plus souvent conservé. Le diagnostic posé par le test au rouge carmin peut être affiné par un temps de transit global aux marqueurs radio-opaques ou un temps de transit oro-caecal par test respiratoire au lactulose.
- Un test pragmatique par les ralentisseurs du transit est parfois réalisé. L'accélération du temps de transit, surtout caeco-colique, entraîne la réduction du temps de contact entre la muqueuse et l'eau et les électrolytes et donc leur réabsorption, d'où les symptômes diarrhéiques (12).
- Les étiologies des diarrhées motrices doivent être différenciées en organique et fonctionnelle, cette dernière bien que la plus fréquente, reste un diagnostic d'élimination.

Etiologies des diarrhées motrices

Etiologie	Signes associés	Test diagnostique
Pathologie thyroïdienne: <ul style="list-style-type: none"> . Hyperthyroïdie . Cancer médullaire et adénome à cellules C 	<ul style="list-style-type: none"> . Thyrotoxicose . Tumeur +/- ADP cervicales 	<ul style="list-style-type: none"> . T4, TSHus . Calcitoninémie + chirurgie
Syndrome carcinoïdien	Flush + cardiopathie + signes respiratoires	Sérotoninémie + 5HIAA urinaire + chirurgie
Diabète	Autres atteintes viscérales, syndrome dysautonomique	Glycémie, HbA _{1c}
Vagotomies tronculaires++ ou sélectives		ATCD chirurgicaux
Résections chirurgicales grêles (iléales++) et coliques		ATCD chirurgicaux
Médicaments		Anamnèse : laxatifs, érythromycine
+ hypersécrétion : Zollinger-Ellison	Ulcères gastroduodénaux	Gastrinémie

Diarrhée par malabsorption

- Le diagnostic de malabsorption est porté sur des anomalies biologiques observées lors du bilan de débrouillage et la présence d'une stéatorrhée pathologique.
- Les perturbations sanguines peuvent révéler une anémie microcytaire par carence martiale, macrocytaire par déficit en folates ou vitamine B12 ou dimorphe par carence mixte.
- Il peut exister un trouble des facteurs de la coagulation par déficit en vitamine K₁. Une hypoprotidémie associée à une hypoalbuminémie, une hypocalcémie, une hypomagnésémie sont aussi parfois détectées.

Diarrhée par malabsorption

- La stéatorrhée peut relever soit d'une insuffisance pancréatique exocrine, soit d'une maladie de l'intestin grêle. Les rares cas de maldigestion par déficit en sels biliaires sont rapidement éliminés, qu'ils soient primitifs (cholestase, fistules biliaires) ou secondaires (résection iléale).
- La discrimination entre stéatorrhée d'origine grêlique et pancréatique est facile grâce à la mesure de l'élastase fécale normale en cas de diarrhée d'origine grêlique et effondrée en cas d'insuffisance pancréatique exocrine

Maldigestion pancréatique

- La cause est le plus souvent évidente et peut être évoquée dès l'anamnèse par la recherche d'un éthyisme chronique.
- La radiographie de l'abdomen sans préparation recherche des calcifications de l'aire pancréatique.
- L'échographie abdominale sus-mésocolique associée dans un deuxième temps à une tomodensitométrie confirme les signes de pancréatite chronique par la mise en évidence de calcifications ou la dilatation du canal de Wirsung.
- Elle peut aussi trouver une tumeur pancréatique exocrine ou un ampullome obstructifs. Il est parfois nécessaire de recourir à l'échoendoscopie ou au cathétérisme rétrograde pour de petites lésions.
- Les tests fonctionnels pancréatiques sont de moins en moins utilisés du fait d'une technique lourde, du coût, et de résultats d'interprétation difficile.

Maladies de l'intestin grêle

- Elles sont recherchées après avoir éliminé les causes de maldigestion. Le bilan repose sur des tests fonctionnels d'absorption de certains nutriments et sur des examens morphologiques. Les tests d'absorption permettent de préciser la zone grêlique atteinte.
- Le test au D-xylose explore la partie proximale de l'intestin grêle. Il est considéré comme pathologique lorsque les xylosémie à 2 heures et xylosurie à 5 heures sont effondrées.
- Le test de Schilling étudie la partie distale iléale. Après saturation des sites de fixation plasmatiques et tissulaires, l'absorption de la vitamine B12 marquée est calculée par la radioactivité de la vitamine excrétée dans les urines. Physiologiquement, la radioactivité est supérieure à 10%. Elle est pathologique en dessous de 7%.
- Les tests respiratoires au lactulose ou au glucose peuvent retrouver une contamination bactérienne chronique de l'intestin grêle et l'insuffisance en lactase est diagnostiquée par un test respiratoire au lactose.

Maladies de l'intestin grêle

- Les examens morphologiques à la recherche de lésions histologiques comprennent la fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies duodénales, et l'iléoscopie avec biopsies iléales. Le transit baryté de l'intestin grêle est essentiellement utile pour visualiser des lésions segmentaires inaccessibles à l'endoscopie ou faire le bilan lésionnel exhaustif d'une maladie déjà diagnostiquée par les examens précédents. Dans certains cas, une entéroscopie pourra compléter ce bilan.
- Au terme des explorations précédentes, certaines diarrhées restent inexplicables. Elles correspondent donc aux troubles sans accélération du transit ni malabsorption et nécessitent de poursuivre les recherches.

Diarrhées par malabsorption

Diagnostic	Examens complémentaires
<u>Atrophies villositaires :</u> . maladie coeliaque : . sprue tropicale : . déficit primaire en immunoglobulines : sélectif en IgA ou global . parasitose : lambliaose++	. Ac anti-gliadine et -endomysium + réponse au régime sans gluten . voyage outre-mer + réponse au traitement antibiotique . dosage pondéral des Ig sanguine + IES . parasitologie des selles avec test ELISA (18)
Carence isolée en lactase :	Test respiratoire au lactose + dosage enzymatique + épreuve clinique au lactose
<u>Infiltration de la lamina propria :</u> . maladie de Whipple : . maladie des chaînes lourdes alpha ou lymphome méditerranéen . lymphomes malins localisés ou diffus : . gastro-entérite à éosinophiles : . amylose digestive :	. macrophages PAS+ + mise en évidence de la bactérie . de l'infiltration plasmocytaire au lymphome immunoblastique. Chaîne lourde alpha à l'EPS et l'IEPS . infiltration lymphomateuse + transit du grêle + chirurgie . infiltration éosinophile + histaminémie . BJ et/ou biopsies rectales avec coloration au rouge Congo
Maladie de Crohn iléo-colique	Colo-iléoscopie avec biopsies + transit du grêle +/- duodéoscopie avec BJ
Grêle radique	ATCD d'irradiation abdomino-pelvienne + transit du grêle + BJ
Résections	Importance de l'étendue de la résection +/- associée à une colectomie
Pullulation microbienne	ATCD chirurgicaux + transit du grêle + test respiratoire au lactulose + test thérapeutique antibiotique

Diarrhées osmotiques

- Leur diagnostic est le plus souvent fait par l'interrogatoire où il est mis en évidence la prise de médicaments fautifs tels que les laxatifs osmotiques et les antiacides. La diarrhée cède à l'épreuve de jeûne.
- En cas de négativité de l'anamnèse, le diagnostic repose sur la notion de trou osmotique dans les selles. L'osmolalité des selles mesurée est égale à deux fois la somme des concentrations en Na^+ et K^+ moins le trou osmolaire correspondant aux substances malabsorbées. Ce trou osmolaire, physiologique quand il est de l'ordre de 40 mOsm/L, est considéré comme pathologique au-delà de 50 mOsm/L.
- Le trou osmolaire correspond à la présence de substances non absorbées et osmotiquement actives dans les selles. Ces substances sont habituellement des hydrates de carbone ou des ions divalents (Mg, SO_4). La présence d'hydrates de carbone peut être due à une malabsorption de disaccharides tels que le galactose ou le fructose en rapport avec divers déficits enzymatiques. Il a aussi été rapporté des diarrhées par absorption de mannitol et sorbitol chez les utilisateurs de Chewing-gum.
- Dans ces cas, le pH des selles est acide et la diarrhée est accompagnée de flatulences importantes. L'existence d'ions divalents dans les fèces est rapportée à l'absorption méconnue ou subreptice de magnésium sous forme antiacides et dans certains produits diététiques ou d'ions sulfate dans certains sels. Dans ces cas, le pH des selles est normal aux alentours de 7, voire élevé.

Diarrhées sécrétoires

- Le mécanisme de ces diarrhées est mixte. Il existe une augmentation de la sécrétion d'ions monovalents et d'eau par les cellules cryptiques mais aussi une diminution de l'absorption par les cellules villositaires. De ce fait, l'osmolalité des selles est normale aux alentours de 300 mOsm/L sans trou osmolaire.
- L'épreuve de jeûne ne modifie pas ou peu la diarrhée sauf en cas de prise inavouée de laxatifs.
- Les selles sont très abondantes et liquides, souvent supérieures à 1 L/24 heures, entraînant fréquemment hypokaliémie, acidose métabolique et insuffisance rénale fonctionnelle.
- Les étiologies de ces diarrhées sont dominées par les causes médicamenteuses et les lésions coliques organiques.
- La prise subreptice de laxatifs est fréquente puisqu'elle correspondrait à 20% des diarrhées chroniques adressées à des centres référents (22) et expliquerait 30% des diarrhées sécrétoires. Ce diagnostic est suspecté devant des troubles psychologiques ou la mise en évidence d'une mélanose colique à la coloscopie.

Diarrhées sécrétoires

- Il est parfois nécessaire de pratiquer la fouille de la chambre du malade ou de recourir à la recherche de laxatifs et leurs métabolites dans les urines ou les selles.
- C'est dans ce cadre nosologique que se trouvent les colites microscopiques, affections caractérisées par une activation lymphocytaire dans l'épithélium et le chorion coliques (avec possibilité d'épaississement de la lame collagène sous-épithéliale) et par la normalité macroscopique de l'endoscopie.
- Ces constatations justifient de réaliser systématiquement des biopsies étagées lors de toute coloscopie normale.

Diarrhées sécrétoires

Diagnostic	Examens complémentaires
<u>Médicaments :</u> . laxatifs irritants : anthraquinones, phénolphtaléine... . Biguanides, colchicine, digitaliques...	. Métabolites urinaires et dans les selles, fouille . Interrogatoire
<u>Lésions coliques organiques :</u> . polypose familiale . adénome villosus hypersécrétant . sténoses coliques . colites microscopiques	. coloscopie + polypectomie . coloscopie + polypectomie . coloscopie + lavement baryté . biopsies coliques étagées++ malgré la normalité de la coloscopie
Tumeur endocrine : viprome ou choléra endocrine	VIP plasmatique + échographie et tomodensitométrie abdominale +/- échoendoscopie
Parasitoses : lambliaose, crypto- et microsporidiose (immunodéprimés)	Parasitologie des selles + biopsies jéjunales et coliques endoscopiques
Mastocytose systémique	Urticaire pigmentaire + histaminémie

Les diarrhées par entéropathie exsudative

- Elles sont évoquées devant une diarrhée associée à un syndrome oedémateux qui peut être discret et localisé aux zones déclives ou réaliser un tableau d'anasarque. Des douleurs abdominales atypiques, une tendance aux infections chroniques ORL et pulmonaires ainsi que des crises tétaniques hypocalcémiques peuvent être retrouvées.
- Les entéropathies exsudatives décrites par Gordon en 1959 se traduisent par une déperdition exagérée de protéines dans la lumière du tube digestif. Ces protéines se trouvent habituellement dans le sang, la lymphe ou le secteur interstitiel.
- Le syndrome d'entéropathie exsudative, quoique fort différent des syndromes de malabsorption sur le plan physiopathologique, peut cependant parfois leur être associé.
- Les examens paracliniques comportent des tests sanguins mettant en évidence une hypoprotidémie rapportée à une hypoalbuminémie et une hypogammaglobulinémie.
- Le diagnostic d'entéropathie exsudative est posé par le calcul de la clairance de l'alpha-1-antitrypsine fécale qui permet d'évaluer la fuite protéique intestinale. Celle-ci ne doit pas excéder 10 ml/24 heures chez le sujet sain.

Les diarrhées par entéropathie exsudative

- Au cours de la maladie de Waldmann, l'épithélium est soit ulcéré avec communication entre lumière digestive et espace extra-vasculaire, soit le siège de lymphangiectasies permettant l'extravasation des protéines dans l'intestin.
- Ce diagnostic, quoique rare, est évoqué par l'apparition d'oedèmes dans l'enfance, durs et infiltrants, asymétriques dans 20% des cas et se généralisant au cours des poussées.
- Les biopsies jéjunales per-endoscopiques permettent d'en faire le diagnostic. Les maladies sans atteinte épithéliale recouvrent les pathologies entraînant une gêne au retour lymphatique, dominées par les lésions tumorales. Ici, ce sont l'échographie abdominale et la tomодensitométrie thoraco-abdominale qui permettent d'approcher le diagnostic.

Entéropathies exsudatives

Maladie de Waldmann ou lymphangiectasies primitives

Hyperpressions veineuses :

. cave : insuffisance cardiaque à prédominance droite, péricardite constrictive

. portale : cirrhose

Processus tumoraux : compression et envahissement lymphatique par la tumeur ou des adénopathies (sarcomes, lymphomes)

Processus inflammatoires chroniques : granulomatoses intestinales, parasitoses, maladie de Crohn, maladie de Whipple

Pathologies pancréatiques : pancréatite chronique, tumeurs, mucoviscidose

Syndrome néphrotique

Causes rares : fibrose rétro-péritonéale, gastropathies (maladie de Ménétrier)

La diarrhée volumogénique

- La diarrhée volumogénique est expliquée en fait par une seule pathologie qu'est le syndrome de Zollinger-Ellison (ZE) ou gastrinome.
- Il est caractérisé par l'association d'une maladie ulcéreuse duodénale, d'une diarrhée et d'une hypersécrétion gastrique acide. Cette hypersécrétion acide est en rapport avec une sécrétion pathologique de gastrine par une tumeur à cellules G ou gastrinome localisée le plus souvent dans le pancréas.
- L'incidence annuelle du gastrinome est de 0,5 à 3 cas par million d'habitants, soit 0,5 à 1% des ulcéreux duodénaux. L'âge moyen de sa découverte est de 45 ans.
- La tumeur est maligne dans 60% des cas. Les critères de malignité, souvent difficiles à définir, sont la taille de la tumeur supérieure à 3 cm, l'existence d'une invasion loco-régionale ou à distance et des signes histologiques tels que l'invasion vasculaire.
- Le gastrinome est parfois associé à une néoplasie endocrine multiple (NEM) qui doit être recherchée.

La diarrhée volumogénique

- Les critères cliniques pouvant faire évoquer le diagnostic de ZE sont parfois bruyants comme une perforation duodénale, une hémorragie digestive ulcéreuse ou une déshydratation sévère rapportée à la diarrhée.
- Plus souvent, le gastrinome sera recherché devant des lésions ulcéreuses résistant au traitement anti-sécrétoire ou récidivant à son arrêt, des ulcères multiples du tractus oesogastroduodéal ou une diarrhée chronique cédant parfois sous anti-sécrétoires.
- L'hypergastrinémie provoquée par la tumeur entraîne une stimulation permanente de la sécrétion gastrique acide. La sécrétion acide basale est le test le plus simple de dépistage du ZE. L'association de l'hypergastrinémie à une valeur de débit acide basal supérieure à 10 mmol/h doit être considérée comme suspecte.
- Cela nécessite alors de réaliser un test de provocation à la sécrétine afin de prouver le caractère tumoral non freinable de l'hypersécrétion gastrinique. On observe, après injection intraveineuse de sécrétine, une augmentation de la sécrétion acide et de la gastrinémie signant ainsi le diagnostic.
- La recherche du gastrinome est parfois complexe et nécessite de recourir à diverses explorations telles que l'échoendoscopie, la tomodensitométrie abdominale et la scintigraphie à l'octréotide marqué.

Conclusion

- Situation clinique fréquente et banale, la diarrhée chronique pose parfois de difficiles problèmes diagnostiques.
- La multiplicité et la complexité des mécanismes physiopathologiques, ainsi que leur fréquente intrication, empêchent la réalisation d'arbres décisionnels à même de guider le clinicien.
- Cependant, l'étude attentive des symptômes, l'anamnèse et un bon examen clinique, associés à des tests fonctionnels simples comme le test au rouge carmin et la mesure de la stéatorrhée des 24 heures, permettent bien souvent de débrouiller la situation et orientent vers l'examen clef qui aboutira facilement au diagnostic au moindre coût.
- Dans un petit pourcentage de cas la complexité de la situation et surtout l'intrication de plusieurs mécanismes entraînant la diarrhée nécessitent la réalisation de bilan exhaustifs qui ne permettent pas toujours d'avoir la solution.
- Enfin, si la grande majorité des diarrhées chroniques sont d'origine fonctionnelles qui ne nécessitent qu'un bilan minimal, des signes d'organicité comme des diarrhées nocturnes, la présence de glaires ou de sang dans les selles, une altération de l'état général même discrète ou des désordres hydro-électrolytiques doivent pousser à réaliser un bilan le plus complet possible à la recherche d'une étiologie ce qui permettra une prise en charge thérapeutique adaptée.