**FICHE COURS 17 : Sémiologie des diarrhées et de la malabsorption.**

1. **DIARRHEE AIGUE**

**Définition :** (OMS) >3 selles liquides ou très molles par jour depuis moins de 2 semaines.

**Epidemio :** - 5è cause de décès dans le monde, 2millions de morts chaque année

-Souvent autolimité, origine bactérienne – fréquente mais + grave que origine virale.

-Bactéries: Salmonelles, Campylobacter *(1er en France)*, Shigelles, E. Coli entéro-hémorragique et le Clostridium difficile*./* Virus : contexte épidémique ++ Rotavirus (le plus fréquent), Calcivirus.

- Cause médicamenteuse 1ère étiologie en FR : antibio+++, antimitotiques, antiHTA, spécialités gastro et rhumato (AINS++)

**Approche diagnostique :** -Anamnèse : caractéristiques (durée, fréquence, aspect), voyages, ttt (depuis 2mois), épidémies.

-Exam ϕ : signes de déshydratations (enfants, personnes âgées)

- Orientation vers diarrhée infectieuse : fièvre (฿ ++), selles sanglantes (E.coli), grossesse (listériose)

-Toxi-infection alimentaires : produits laitiers non pasteurisés, viandes et poissons peu/pas cuits. 4h-6h staphylocoque dorée ou bacillus cereus/6h-18h : clostridium perfringens/>16h : V ou ฿ (E.coli)

-signes de gravité => exam complémentaires +++ : Évolution sur plus de 48h ou plus de 6 selles liquides/jour **/**Diarrhée profuse avec signes de déshydratation**/** Sang ou pus dans les selles**/** Douleurs abdo sévères**/** Fièvre >38.5°C**/** âge >70 ans , immunodéprimé**/** Hospit ou prise récente d'antibio**/** Contexte épidémique**/** Grossesse (listériose)

-Exams complémentaires dispo : Biologique (NFS,VS,CRP,hémoc), Microbiologiques (Coproculture, parasito des selles), Morphologiques (ASP,TDM,rectosigmoscopie)

**Coproculture :** Définition : culture ฿ des selles pour déceler la présence de germes pathogènes.

Recherche : salmonelle, shigelle, campylobacter, clostridium (seule les toxines marquent l’infection)

Frottis des selles : voir les ฿ mobiles ou leucocytes altérés.

Ensemencement <2h après collection (milieux optionnels sur demande)

**Principes thérapeutiques de la diarrhée aigue :** Réhydratation ++, Antibio si forme sévère, à éviter si forme sanglante (E.Coli), Ralentisseur du transit (si pas de signes invasifs)

1. **DIARRHEE CHRONIQUE**

**Généralités :** Définition :Poids moyen des selles >300g/j sous régime alimentaire occidental depuis + de 4semaines.

Difficile de peser en pratique clinique => quantification en nbr/j.

!Δ! aux consultes pour fausse diarrhée de constipation et/ou incontinence fécale

A l’examen : caractéristiques des selles, prise de médoc, faire un TR++ (fécalome ou insuffisance annale).

**Examens biologiques :** déterminer avec/sans malabsorption (en clinique : amaigrissement, stéatorrhée, troubles cut)

Bio : NFS, CRP, TP, iono, albu, Ca, glycemie, EPP, cholestérol, TSH**/**  B12, ferritinemie, folates**/** Ac anti-transglutaminase (IgA)**/** sérologie VIH et parasito des selles.

**Examens fécaux :** Coprologie fctnelle: poids des selles de 24h, recherche stéatorrhée, mesure clairance fécale de l’α 1

antitrypsine, iono fécal (décèle apports extérieurs)

Examens spéciaux : Recherche TG, laxatifs, élastase fécale, calprotective fécale ( traduit inflammation : crohn ou cancer).

**Examens fonctionnels :** Test au carmin (tps de transit oro-fécal, N=18h)

Test respiratoire au glucose (฿ dans le grêle)

**Examens morphologiques :** indications : enteropathie (EOGD, ileocoloscopie+biopsie, exploration du grêle)

Pancréatopathie (Echo+ CT)

**Caractérisation du type de diarrhée chronique :** Maldigestion : pb dans la lumière intestinale (graisses non dig.)

Malabsorption : pb dans la paroi, siège Pré (pancréas) / enterocytaire(maladie cœliaque++) / Post.

Sans malabsorption : **Diarrhée MOTRICE**

*Caractéristiques*: selles ++ mais faible poids, émissions impérieuses +/- incontinence avec aliments non digérés,

efficacité des ralentisseurs du transit.

*Diag*. : test au carmin **/** *étiologies importantes* : diabète, idiopathique (émotionnelle)

**Diarrhée OSMOTIQUE**

*Physiopath.* : Afflux d’eau et d’électrolytes dans le grêle prox. qui débordent les capacités d’absorption et des

fermentations.

*Diag.* : trou osmotique élevé dans les selles + arrêt de la diarrhée au cours du jeun.

**Diarrhées SECRETOIRES LESIONNELLES**

*Diag.* : iléoscopie + biopsies ou transit du grêle et/ou enteroscopie, possible présence d’un syndrome inflammatoire.

*Etiologies* : MICI (maladies inflam. Chroniques de l’intestin)

**Diarrhées SECRETOIRES HYDRIQUES**

Sécrétions hydro-électrolytiques dans le grêle et/ou le colon.

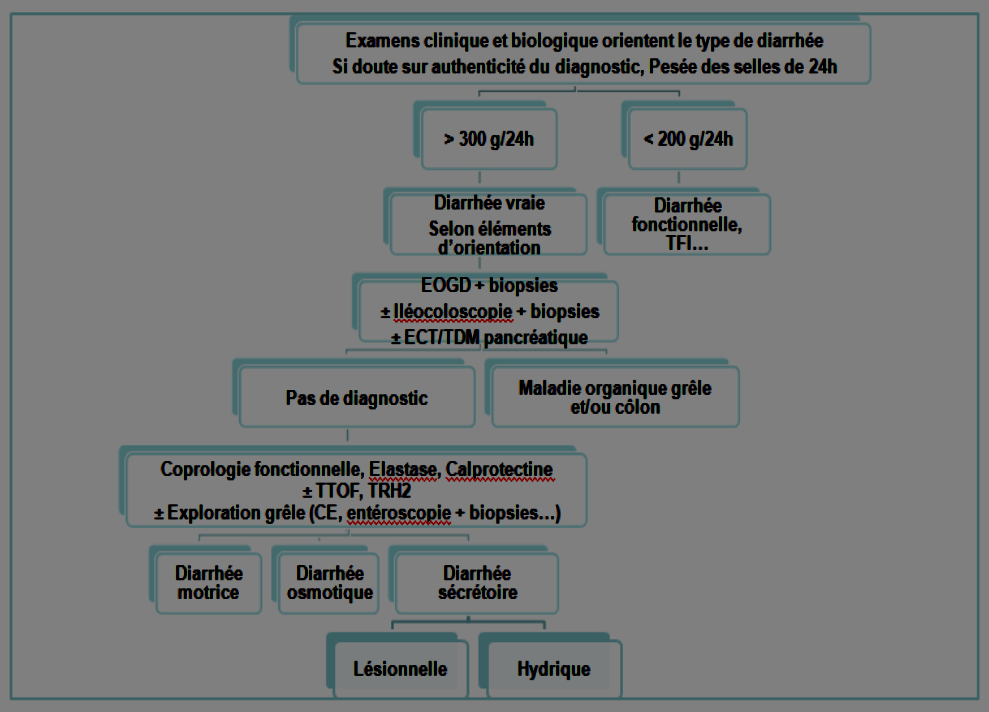
*Caractéristiques* : abondance >500g/24h, hypoK (sg), acidose métabolique, trou osmotique normal, K+ fécal élevé,

persistance malgré le jeun.

*Etiologies* : colites microscopiques +++ (biopsies), médicaments.

**Autres types de diarrhées sans malabsorption**

Malabsorption des sels biliaires **/** troubles fonctionnels intestinaux **/** diarrhées fonctionnelles.



**FICHE COURS N°  : Sémiologie : constipation, défécation, syndrome rectal et syndromes anaux.**

1. **PHYSIOLOGIE DE LA DEFECATION**

**Définition**: DEFECATION= CONTINENCE + EVACUATION RECTALE

**Les intervenants** : LE COLON : organe réservoir

*Fonctions* : terminer la dig. par fermentation (flore stable), réabsorption des hydro-électrolytes++, assurer une

progression lente que favorise le brassage.

*Tps de transit colique* : 32h pour les hommes, 36h pour les femmes

*Motricité* : activité de contractions peu intenses, varie selon un cycle nycthéméral ( la nuit, le matin et en post

prandial)

L’ANUS ET LE RECTUM

*La ligne péritonéale* sépare le rectum de l’anus*. Les muscles en jeu sont* : le pubo-rectal, le sphincter anal interne

(lisse, tonus de repos) et le sphincter anal externe (strié, contraction volontaire)

*Le rectum est un organe adaptatif*, qui a une compliance : capacité de relaxation en  réponse à une

distension, les variations de pression sont associées à  des variations de sensation.

*Anus*: appareil résistant (sphincters +++)

*Innervation multiple :* n. hypogastrique (lombaire), n. pelvien et honteux (sacrés), afférences sensitives discriminantes

++, efférences motrices avec boucles reflexes locales.

LE CERVEAU

Fonctions hautement intégrées sous contrôle cortical, fonction de l’environnement social et des facteurs psy.

Phénomènes mécaniques : poussée= abaissement du diaphragme + contraction paroi abdo= P intra abdo.

1. **LA CONSTIPATION**

**La selle normale :** fréquence – 3fois/j et +3fois/semaine, poids moyen = 100 à 200g/j

**Définition** : fréquence selles ≤ 3selles/ semaine, dyschésie

**Syndrome dyschésique** : trouble de l’évacuation rectale caractérisée par des efforts de poussées intenses, émissions

de selles fractionnées et sensation d’évacuation rectale incomplète*. A l’intero*: manœuvres de la défécation ?

**Interrogatoire +++ :** Fréquence, forme, S. dyschésique, ancienneté, ttt, signes associés (douleur, sang, AEG).

*Outil* : échelle de Bristol.

**Exam. Clinique** : *comple*t, poids/taille, masse abdo, TR+++ (recherche de selles dans l’ampoule rectale)

*Exam. complémentaires* : dépend du contexte (NFS,TSH, coloscopie, manométrie ano-rectale, tps

transit colique)

1. **SYNDROME RECTAL**

**Définition :** ensemble des symptômes cliniques liés à une atteinte du rectum, association de douleur à des troubles

de la défécation. TRIADE **: FETe**= **F**aux besoins/**E**mpreinte/**Te**nesme. C’est l’inverse de la constipation.

**Interrogatoire**: Date d’apparition+++, mode évolutif, intensité EVA, horaire, signes associés (transit, pesanteur

pelvienne, exonération fécale, continence?, ttt, voyages…)

**Examen clinique** : complet, TR+++, anuscopie, rectoscopie.

**Etiologies :** Fécalomes et corps étranger, rectite, tumeur du rectum.

1. **HEMOROÏDES ET FISSURES**

**Hémorroïdes :** petit plexus veineux physiologique interne et externe.

**Maladie hémorroïdaire :** symptômes d’origine anal à préciser (douleur, rectorragie, suintement, prurit, grosseur)

**Diagnostique d’hémorroïdes:** PAS par le TR!!! Examen proctologique(position génu-jugale) avec observation cutanée *Stades d’hémorroïdes* : 1- interne peu érythémateux non prolabée

2- interne se prolabant et réintégrant après poussée

3- interne se prolabant et réintégration manuelle

4- interne se prolabant en permanence.

**Saignement canalaire** : émission de sang rouge lors d’un épisode défécatoire, non mélangé aux selles.

*Diagnostique d’exclusion+++* : on doit éliminer les lésions coliques sus jacentes par coloscopie.

**Douleur hémorroïdaire :** crise hémorroïdaire ≠ thrombose hémorroïdaire.

**Thrombose hémorroïdaire :** *FDR*: activité ϕ, voyages, accouchement.

Douleur anale très intense, survenue brutale, par position assise et marche. Externe+++

**Syndrome fissulaire :** ulcération superficielle sous pectinéale favorisée par la constipation et la grossesse. Douleur à type de brulure à 3tps : lors de la défécation, qq minutes après puis accrue et prolongée.