

- Gén:**
- Le terme «malassimilation» englobe la maldigestion et la malabsorption.
 - La pathologie de la malabsorption est dans le duodénum.
 - Les symptômes cardinaux sont: diarrhée chronique et la perte pondérale.
- Étio:**
- A. Origines fréquentes des diarrhées chroniques:** [Adapté selon: Gut 2018;0:1-20]
- Troubles fonctionnels intestinaux (cause la plus fréquente des diarrhées chroniques en médecine ambulatoire); il s'agit d'un diagnostic d'exclusion):
 - Colon irritable avec diarrhée
 - Diarrhée fonctionnelle
 - Nutritionnel:
 - Ingestion de boissons sucrées (ex: jus de pommes), édulcorant
 - Surconsommation de: caféine (café, cola, boissons énergétiques)
 - Alcool (excès)
 - Malabsorption d'hydrates de carbone à courtes chaînes et d'alcools sucrés fermentable, appelés FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols)
 - Malabsorption de lactose → p. xxx
 - Maladie coeliaque → p. xxx
 - Cancer colo-rectal
 - Syndrome de l'intestin grêle court: résection intestinale étendue laissant au maximum 200 cm d'intestin grêle sain au-delà de l'angle de Treitz avec ou sans préservation du côlon (ex: bypass chirurgical, résection du grêle)
 - Fistule entéro-colique (ex: Crohn)
 - Entéropathies inflammatoires:
 - Crohn, RCUH
 - Colite microscopique
 - Iléite (l'iléon est essentiel pour la résorption des sels biliaires)
 - Médicamenteux (exemples):
 - Laxatifs (fréquent)
 - Antibiotiques (notamment macrolides, bêta-lactames, Doxycycline, Clindamycine)
 - AINS, Paracétamol
 - Produits contenant du magnésium
 - Antidiabétiques: Metformine, gliptines
 - Fibrates, statines
 - Diurétiques (Acétazolamide, Furosémide, Torasémide)
 - Antihypertenseurs: IECA, ARA (ex: Olmésartan), bêta-bloquants, Hydralazine, Méthyldopa
 - Cytostatiques (ex: Méthotrexate, Étoposide, Irinotecan, 5-FU)
 - Hormones thyroïdiennes
 - Divers: Colchicine, antidépresseurs, Digoxine
 - Diarrhée factice (syndrome de Münchhausen):
 - Il s'agit d'une entité fréquente (15 % des personnes qui sont investiguées dans le cadre d'une diarrhée chronique)
 - 90 % sont des femmes
 - Souvent associé: trbl. nutritionnels (anorexie, boulimie)
 - Clinique/labo:
 - ◇ Nombre de selles 2-20/24 h; volume des selles 300-3000 mL/24 h
 - ◇ > 50 % diarrhées nocturnes
 - ◇ Coliques abdominales (fréquentes)
 - ◇ Hypokaliémie, hypomagnésémie et asthénie. Chez certains patients qui ingèrent des laxatifs riches en magnésium on observe une hypermagnésémie.
 - ◇ Colonoscopie: mélanose colique (si abus de séné ou d'antraquinone)
 - Pseudo-diarrhée (incontinence des selles, diarrhée paradoxale en présence d'une constipation)
- B. Origines non fréquentes des diarrhées chroniques:**
- Syndrome de perte de sels biliaires:
 - Pathogénèse: Altération du cycle entéro-hépatique avec perte accrue d'acide biliaire et absorption réduite en raison d'un dysfonctionnement ou d'une défaillance de l'iléon terminal (env. 90 % de l'acide biliaire est absorbé dans l'iléon terminal). L'excès d'acide biliaire pénètre dans le gros intestin et y est déconjugué par des bactéries spécifiques. Il en résulte une motilité intestinale accrue, une absorption réduite de l'eau et des électrolytes, ainsi qu'un effet laxatif endogène.
 - Origines du syndrome de perte de sels biliaires:
 - a) Réduction de la résorption dans le cadre de maladies duodénales:
 - ◇ St. post résection iléo-caecal (Crohn)
 - ◇ Iléite (incl. iléite terminale lors d'un Crohn)
 - ◇ Maladie coeliaque → p. 551
 - ◇ SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth)

b) Surproduction de sels biliaires (malabsorption des sels biliaires idiopathique):

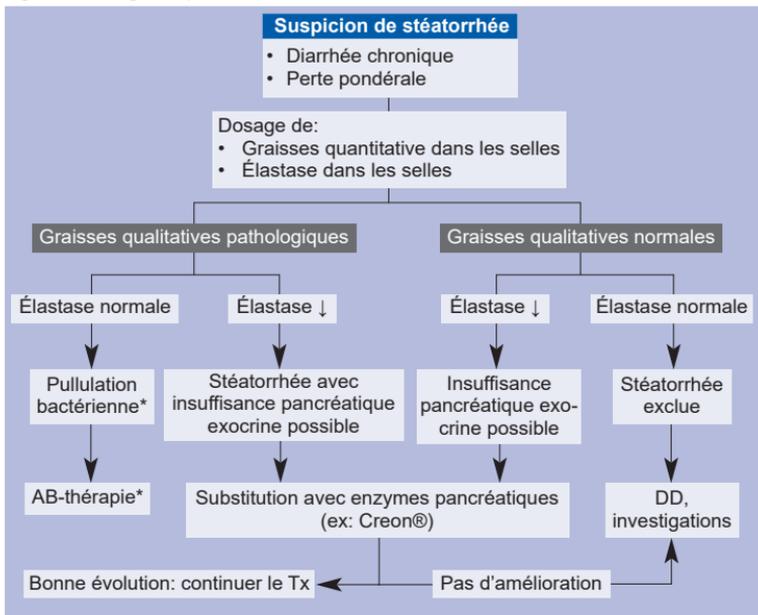
Diagnostic: En Suisse on pose le diagnostic cliniquement (anamnèse, bonne réponse au traitement de Colestyramine); dans le monde anglo-saxon, le test SeHCAT est souvent utilisé pour poser le diagnostic (NUK, acides biliaires synthétiques avec marquage radioactif)

- Insuffisance vasculaire: ischémie mésentérique, insuffisance cardiaque droite sévère
- Pancréatite chronique (→ insuffisance pancréatique exocrine), carcinome pancréatique
- Entéropathie post-actinique
- Hyperthyroïdie
- Diabète mellitus
- Infections chroniques (ex: Giardiase, amibes)
- Fibrose kystique
- Lymphome
- Entéropathie auto-immune

C. Rares origines de diarrhées chroniques:

- Maladie de Whipple → p. xxx
- Exsudative Enteropathie
- Sprue tropicale
- Amyloïdose
- Lymphangiectasie intestinale
- Collagénose (ex: sclérose systémique)
- Vasculite
- Hyperparathyroïdie secondaire
- Insuffisance surrénalienne primaire (maladie d'Addison)
- Tumeurs hormonales actives:
 - Syndrome de Zollinger-Ellison (= gastrinome)
 - Tumeurs neuroendocriniennes (anciennement carcinoïde)
 - VIPom (peptide intestinal vasoactif; aussi appelé syndrome de Verner-Morrison)
- Neuropathie autonome

Dg: • Algorithme diagnostique:



Algorithme diagnostique: Suspicion clinique de stéatorrhée.

* Pullulation bactérienne, voir sous-chapitre p. xxx

- Lab:
- Analyses sanguines:
 - Vitamines liposolubles ↓:
 - Vitamine D ↓ (25-OH vitamine D si fonction rénale normale, sinon 1,25-(OH)₂-D₃)
 - Vitamine E ↓
 - Acide folique (= vitamine B₉) ↓
 - Remarques par rapport aux taux plasmatiques des vitamines A et K:
 - ◇ Le taux sérique de vitamine A a une mauvaise corrélation avec les réserves de vitamine A. Ainsi, leur dosage n'est pas très utile.
 - ◇ Le taux sérique de vitamine K n'est généralement pas dosé (pas fiable). Comme marqueur indirect pour un déficit de vitamine K sont: temps de prothrombine (†), INR (†).
 - Vitamines hydrosolubles (diminué que si malabsorption, mais pas si maldigestion):
 - Vitamine B₁ ↓ (CAVE: maladie de Bériberi, encéphalopathie de Wernicke)
 - Vitamine B₁₂ ↓ (anémie pernicieuse)
 - Calcium ↓. Explication: Le calcium est saponifié (il se lie aux graisses). Cela explique la perte accrue de calcium dans les selles en présence d'une maldigestion.
 - PTH plasmatique (↑ si hyperparathyroïdie secondaire)
 - Ferritine: ↓ si état ferriprive (la ferritine peut être augmentée lors d'une maladie inflammatoire)
 - Hb, Ht ↓:
 - Si manque de fer: anémie hypochrome, microcytaire
 - Si manque de vitamine B₁₂- et/ou acide folique: anémie macrocytaire
 - Si processus inflammatoire: CRP ↑, thrombocytose, parfois leucocytose
 - Protéines ↓ (les oedèmes surviennent si hypoalbuminémie < 23.5 g/L; N: 40-60 g/L):
 - Protéine ↓, albumine ↓
 - Clearance de l'alpha-1 antitrypsine (marqueur de la perte intestinale de protéines)
 - Magnésium ↓
 - Si hyperglycémie/HbA_{1c} ↑ (penser à un diabète mellitus)
 - Sérologie pour la maladie coeliaque → p. xxx tableau 1
 - TSH (↓ si hyperthyroïdie), T₄ libre
 - Urines:
 - Calciurie/24 h (↓ si hyperparathyroïdie secondaire)
 - Hyperoxalaturie (oxalate et calcium sont absorbés dans les intestins par compétition)
 - Selles:
 - Déterminer la teneur en graisses dans les selles:
 - De préférence: dosage quantitative de la graisse dans les selles: test de la stéatorrhée → p. xxx
 - 2^{ème} choix: dosage qualitatif de la graisse dans les selles (le résultat sera imprécis et non diagnostique): il faut transmettre au laboratoire un échantillon de selles d'une grandeur d'un abricot.
 - Doser l'élastase dans les selles (↓ si insuff. pancréatique exocrine) → algorithme p. xxx
 - Clearance de l'alpha-1 antitrypsine (marqueur de la perte intestinale de protéines)
 - Si suspicion d'une entéropathie inflammatoire chronique (Crohn, RCUH):
 - Doser la calprotectine fécale → BOX 3 p. xxx
 - Sang occulte, leucocytes

Maladie de griffes de chat

- Syn: • Cat scratch disease (CSD)
- Gén: • Cette maladie est causée par la bactérie *Bartonella henselae*.
- Transmission:
 - Morsure ou griffure de chat (cas le plus fréquent)
 - Certains patients ne rapportent pas de contacts accidentels avec un chat.
 - Une transmission d'homme à homme n'est pas connue!
- Incubation: 3-30 jours (en moyenne 10 jours)
- Dg: • Clinique:
 - Anamnèse de griffes ou de morsure de chat avec adénopathie (typiquement isolée)
 - ± Hépto-splénomégalie
- Sérologie, PCR, histologie, culture, cf. section «Lab:» ci-après
- Lab: • Sérologie: anticorps anti-*Bartonella henselae* (IgG), positifs dans > 85 % des cas.
- PCR (matériel de ponction de: adénopathie, LCR)
- Histologie (ad. coloration spéciale Warthin-Starry): biopsie et/ou aspiration de tissu lymphatique (adénopathie)
- Culture: rarement faite (agar spécial, culture très lente > 21 j)

