

# LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

## Diagnostic différentiel d'une diarrhée chronique

E. LOUIS (1)

**RÉSUMÉ :** La diarrhée chronique est une présentation clinique fréquente dans nos populations. Elle peut correspondre à un grand nombre de pathologies digestives ou systémiques. Si les causes les plus courantes sont la colopathie fonctionnelle, les troubles fonctionnels intestinaux ou les intolérances alimentaires, des pathologies organiques doivent aussi être recherchées. L'anamnèse ciblée et certains éléments de l'examen clinique jouent un rôle clé dans l'orientation du diagnostic et des explorations complémentaires. La présente vignette propose une démarche diagnostique structurée visant à une utilisation optimale des explorations complémentaires.

**MOTS-CLÉS :** *Diarrhée chronique - Diagnostic - Intolérance au lactose - Maladie coeliaque - Maladie de Crohn - Troubles fonctionnels intestinaux*

### DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC DIARRHOEA

**SUMMARY :** Chronic diarrhoea is a frequent clinical presentation in our population. It may correspond to many gastro-intestinal or systemic pathologies. Most frequent causes are irritable bowel syndrome, functional intestinal disorders or lactose intolerance, but organic diseases have also to be searched. Focused patient questioning and some specific aspects of clinical examination play a key-role in diagnosis orientation and the use of complementary explorations. The present paper proposes a structured diagnostic procedure aiming at an optimal use of complementary explorations.

**KEYWORDS :** *Chronic diarrhea - Coeliac disease - Crohn's disease - Diagnosis - Functional bowel disorders - Lactose intolerance*

### INTRODUCTION

La diarrhée est une plainte courante en pathologie digestive et affecte près de 5% de la population dans les pays occidentaux (1). Dans l'esprit du patient, toute selle non formée représente une diarrhée. Il existe, cependant, une définition plus stricte de la diarrhée, à savoir l'émission de plus de 250 g de selles par jour. Sur le plan clinique, néanmoins, on retiendra souvent l'émission de plus de 3 selles molles ou liquides par jour. Une diarrhée est qualifiée de chronique si elle dure plus de quatre semaines.

Le diagnostic différentiel de ces diarrhées chroniques est très large et la prise en charge dépend évidemment de la cause et des mécanismes de la diarrhée. Il convient donc de déterminer la cause et de caractériser au mieux ces mécanismes avant de traiter cette diarrhée. La cause la plus courante est un trouble fonctionnel intestinal, mais il convient d'exclure différents types de pathologies tumorales, inflammatoires, malabsorptives ou ayant un mécanisme fonctionnel spécifique. Contrairement à certains cas de diarrhée aiguë, la diarrhée chronique met rarement en cause le pronostic vital, mais elle peut contribuer à une déshydratation, des troubles ioniques et, si elle est associée à une malabsorption, à une dénutrition et des carences. Ces éléments devront donc être recherchés et caractérisés en paral-

lèle à la recherche de la cause de la diarrhée. L'anamnèse permet en général déjà d'orienter le diagnostic (1). Quelques tests biologiques sanguins et analyses de selles permettent d'affiner la démarche diagnostique. Finalement, un bilan endoscopique avec biopsies permettra de confirmer le diagnostic dans la majorité des cas. Au-delà de cette approche standard, quelques tests plus spécifiques pourront être proposés pour rechercher des causes plus rares ou des causes fonctionnelles spécifiques de cette diarrhée.

L'épidémiologie et la physiopathologie de la diarrhée chronique varient considérablement en fonction de la région du monde concernée (1). Nous nous focaliserons, dans la présente vignette, sur la prise en charge d'une diarrhée chronique dans les pays occidentaux.

### PRÉSENTATION DE LA VIGNETTE CLINIQUE

*Monsieur GH est âgé de 19 ans. Il a été appendicectomisé à l'âge de 15 ans. Il a subi une cholécystectomie suite à des crises de colique hépatique sur lithiases vésiculaires à l'âge de 18 ans. Il n'y a pas de pathologie particulière dans la famille. Il prend régulièrement du pantoprazole et du domperidone pour un reflux gastro-oesophagien non érosif et une dyspepsie post-prandiale. Depuis plusieurs années, il présente une tendance à la diarrhée, en accentuation depuis un an avec 3 à 5 selles liquides, défaites ou aqueuses/jour. Les selles semblent déclenchées par les repas. Lorsqu'il reste à jeun, le patient a moins de diarrhée. Il ne décrit pas de selles grasses ou pâteuses, ni de présence de sang dans les selles. Il n'a*

(1) Professeur, Chargé de cours, Université de Liège, Chef de Service, Hépatogastroentérologie et Oncologie digestive, CHU de Liège.

*pas perdu de poids récemment, mais le poids a toujours été relativement faible et oscille actuellement entre 55 et 57 kg pour une taille d'1m87. Il n'a pas de douleur abdominale. Il n'a pas de fièvre. Il n'a pas de douleur articulaire, d'aphtose buccale ou de lésions cutanées. Il ne décrit pas de flush du visage. Il n'a pas fait de voyage récent en dehors de l'Europe. Il n'est pas toxicomane et ne décrit pas de comportement sexuel à risque. L'examen clinique ne révèle rien de particulier.*

## QUESTIONS POSÉES

- 1) *Quels éléments de l'anamnèse vous semblent les plus pertinents pour orienter la suite des explorations ?*
- 2) *Que devez-vous rechercher spécifiquement à l'examen clinique ?*
- 3) *Quels examens complémentaires demanderiez-vous et dans quel ordre ?*

## RÉPONSES PROPOSÉES

1) *QUELS ÉLÉMENTS DE L'ANAMNÈSE VOUS SEMBLERENT LES PLUS PERTINENTS POUR ORIENTER LA SUITE DES EXPLORATIONS ?*

Quatre éléments doivent être successivement évalués : (a) s'agit-il bien d'une diarrhée chronique ? (b) existe-t-il des signes évoquant une malabsorption ? (c) existe-t-il des signes en faveur d'une pathologie organique ? (d) quel est la nature de la diarrhée : motrice, osmotique, sécrétoire, malabsorptive ? (tableau I).

La première question est importante, car bon nombre de patients consultant pour diarrhée, notamment des personnes âgées, présentent, en fait, une constipation avec fausse diarrhée. Dans ce cas, la diarrhée alterne avec des périodes de constipation et la diarrhée est souvent précédée de ballonnement et d'émission parfois difficile de bouchons de selles dures. Dans ce cas, le traitement de la constipation, par laxatifs doux, fait disparaître la diarrhée.

Les principaux symptômes qui évoquent une malabsorption sont l'existence de selles grasses et pâteuses, par opposition à des selles essentiellement aqueuses ou défaites, un amaigrissement et des signes carenciels (troubles de la vision nocturne dans la carence en vitamine A, troubles neurologiques dans la carence en vitamine E, ostéomalacie dans la carence en vitamine D, ...).

Les principaux symptômes qui évoquent une origine organique à la diarrhée sont la perte de poids, la fièvre et l'altération de l'état général (2).

La nature de la diarrhée est importante à déterminer car elle permet largement d'orienter le diagnostic différentiel et les explorations complémentaires. La *diarrhée motrice* se caractérise par une diarrhée essentiellement aqueuse et de selles défaites contenant des aliments non digérés. Elle est surtout post-prandiale, peut être associée à des douleurs colliquatives précédant les selles. Elle n'est, en général, pas associée à une perte de poids, sauf dans l'hyperthyroïdie où la perte de poids a un autre mécanisme. La cause principale est un trouble fonctionnel intestinal. Une autre cause courante est la neuropathie diabétique. La *diarrhée osmotique* est également aqueuse et post-prandiale si elle est liée à la maldigestion de certains sucres. Ce caractère post-prandial est toutefois retardé par rapport à ce qui est observé dans la diarrhée motrice où l'événement est immédiat. Les principales causes de diarrhée osmotique, en dehors de la prise de laxatifs du même nom, sont les malabsorptions de di- ou monosaccharides, essentiellement le lactose et le fructose. Cette diarrhée est généralement associée à des flatulences. La *diarrhée sécrétoire* est essentiellement aqueuse et peut être très abondante. Elle est dissociée des prises alimentaires et persiste même en cas de jeûne. Les causes les plus courantes, en dehors de la prise de laxatifs irritants, sont la malabsorption des sels biliaires, les colites microscopiques et la giardiase. Dans la *diarrhée biliaire*, un symptôme évocateur est le caractère explosif et brûlant l'anus au passage des selles. La *diarrhée malabsorptive* est décrite plus haut. Les principales causes sont la maladie coeliaque, la pancréatite chronique et la pullulation microbienne de l'intestin grêle. A noter que la diarrhée liée à la maladie de Crohn est généralement multifactorielle et peut faire intervenir l'ensemble des mécanismes évoqués. La diarrhée associée à la rectocolite ulcéro-hémorragique est, quant à elle, très spécifique : il s'agit d'une diarrhée sanglante, voire afécale, associée à du ténesme et des faux besoins. En fonction de l'âge, le diagnostic différentiel doit ici être fait avec la néoplasie rectale (tableau II).

Certains *antécédents chirurgicaux* sont importants à rechercher car ils peuvent contribuer à la genèse de cette diarrhée. Une résection intestinale peut accélérer le transit ou diminuer la résorption aqueuse ou alimentaire. Dans la résection iléo-caecale, ou iléo-colique

droite, fréquente en cas de maladie de Crohn ou de cancer du côlon droit, s'ajoute à la réduction de la longueur de l'intestin, la perte du frein physiologique que constitue la valve de Bauhin et une malabsorption des sels biliaires; ceux-ci ont un cycle entéro-hépatique qui passe par l'iléon terminal et ont un effet laxatif sur l'épithélium colique. Sur le plan colique, la résection colique droite donnera plus de diarrhée que la résection colique gauche en raison d'une résorption hydrique plus importante à droite qu'à gauche. La cholécystectomie peut favoriser une diarrhée, souvent transitoire, par malabsorption des sels biliaires, tout comme la résection iléale (3). Une vagotomie peut entraîner une diarrhée motrice par hypersensibilité de dénervation. Une gastrectomie partielle peut orienter vers un dumping syndrome. La chirurgie anti-reflux selon Nissen ne donne pas de réel dumping syndrome, mais peut accélérer la vidange gastrique avec une accélération globale du transit intestinal. Le bypass gastrique dans le cadre de la chirurgie bariatrique va évidemment entraîner un certain degré de diarrhée malabsorptive, mais peut aussi créer des conditions favorables à une pullulation microbienne de l'intestin grêle qui peut accentuer cette diarrhée.

D'autres *antécédents médicaux* peuvent également être informatifs. Un antécédent de radiothérapie pelvienne peut avoir atteint des anses de l'intestin grêle et être responsable d'une diarrhée. Certaines pathologies endocriniennes peuvent être contributives. Une pullulation microbienne peut s'observer dans le diabète suite à une atteinte neurovégétative qui,

déjà par elle-même, peut contribuer au trouble du transit. Cependant, il ne faut pas oublier l'association, dans 5% des cas environ, d'un diabète de type 1 avec une maladie coeliaque. Une thyroïdite ou une dermatite herpétiforme sont aussi associées à la maladie coeliaque et doivent faire évoquer ce diagnostic. Un antécédent de phéochromocytome doit faire rechercher un cancer médullaire de la thyroïde avec hypersécrétion de thyrocalcitonine dans le cadre d'une néoplasie endocrinienne multiple de type 2. Enfin, un éthylysme chronique, ou de manière plus spécifique une notion de pancréatite chronique, oriente vers une diarrhée malabsorptive liée à une insuffisance pancréatique exocrine. A noter toutefois, que dans l'éthylysme chronique, le mécanisme le plus courant de la diarrhée est une diarrhée sécrétoire légère à modérée par effet irritant direct de l'alcool.

Au-delà de ces antécédents, des éléments particuliers de l'anamnèse peuvent aussi orienter vers des causes plus spécifiques. Une hyperthermie, de la nervosité, des tremblements et une perte de poids orientent vers un diagnostic d'hyperthyroïdie. Une maladie ulcéreuse gastro-duodénale importante et/ou réfractaire peut orienter vers un gastrinome et un syndrome de Zollinger-Ellison. Un flush facial suggère un possible syndrome carcinoïde associé à une tumeur neuro-endocrine. Des manifestations inflammatoires extra-digestives telles que des arthralgies ou arthrites, un érythème noueux ou un *Pyoderma gangrenosum* cutané, une uvéite ou une épisclérite orientent vers une maladie inflammatoire intestinale. Des manifestations articulaires associées à une fièvre et d'éven-

TABLEAU I. PREMIÈRE ORIENTATION DIAGNOSTIQUE SUR LA BASE DE 4 QUESTIONS-CLÉS

<b>S'agit-il bien d'une diarrhée chronique ?</b>
- émission de plus de 3 selles molles ou liquides depuis au moins 4 semaines et non entrecoupées de périodes de constipation (fausse diarrhée de constipation)
<b>2. Existe-t-il des signes de malabsorption ?</b>
- selles grasses et pâteuses, perte de poids, signes carenciels
<b>3. Existe-t-il des signes évoquant une pathologie organique ?</b>
- perte de poids, altération de l'état général, fièvre, présence de sang dans les selles
<b>4. Quel est le mécanisme de la diarrhée ?</b>
- motrice (post-prandiale), osmotique (aqueuse avec flatulences), sécrétoire (persistant malgré le jeûne), malabsorptive (grasse et pâteuse)

TABLEAU II. CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES DE DIARRHÉE EN EUROPE OCCIDENTALE, EN FONCTION DU TYPE DE DIARRHÉE

<b>Diarrhée motrice</b>
Trouble fonctionnel intestinal, hyperthyroïdie, maladie de Crohn, neuropathie diabétique
<b>Diarrhée osmotique</b>
Intolérance au lactose, maladie coeliaque, maladie de Crohn
<b>Diarrhée sécrétoire</b>
Malabsorption biliaire, maladie de Crohn, colite microscopique, médicaments
<b>Diarrhée malabsorptive</b>
Maladie coeliaque, pancréatite chronique, maladie de Crohn, pullulation microbienne de l'intestin grêle

tuelles manifestations neurologiques doivent faire évoquer le diagnostic de maladie de Whipple. Certaines intolérances ou, plus rarement, allergies alimentaires peuvent être suggérées par l'anamnèse. La diarrhée est alors, en général, intermittente et il faut rechercher la reproductibilité du tableau clinique en fonction des aliments ingérés. Cependant, compte tenu de la complexité de la composition de notre alimentation, cette analyse est souvent difficile et c'est parfois via une manœuvre d'exclusion des aliments suspectés, suivie de réintroduction ciblée, que l'on arrive à suspecter une association.

## 2) QUE DEVEZ-VOUS RECHERCHER SPÉCIFIQUEMENT À L'EXAMEN CLINIQUE ?

L'examen clinique est, en général, assez peu informatif quant à la cause de la diarrhée chronique. Il peut, par contre, révéler des signes en rapport avec une altération de l'état général ou des carences. Il faut mesurer la température corporelle du malade, il faut le peser, calculer l'indice de masse corporelle et évaluer l'éventuelle perte de poids. L'examen de la peau et des muqueuses recherche des signes de déshydratation et des lésions muqueuses ou cutanées associées à la maladie coeliaque (aphtose buccale, dermatite herpétiforme) ou aux maladies inflammatoires intestinales (aphtose buccale, érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*...). L'examen du cou recherche un goître ou un nodule thyroïdien.

L'examen de l'abdomen recherche une masse abdominale évocatrice d'un phénomène inflammatoire ou tumoral, un foie tumoral éventuellement associé à une tumeur carcinoïde métastatique. La palpation profonde de l'abdomen recherche aussi une douleur évocatrice d'une éventuelle maladie inflammatoire intestinale. L'examen anal recherche des lésions évocatrices d'une maladie de Crohn : marisques hypertrophiques ou inflammatoires, abcès, fistules ou fissures anales. Le toucher rectal s'assure de l'absence de fécalome qui traduirait une probable fausse diarrhée sur constipation et exclut une néoplasie rectale. L'aspect des selles sur le doigtier peut aussi être informatif : glairo-sanglantes, évoquant une pathologie inflammatoire ou tumorale, grasses et pâteuses évoquant une malabsorption et une stéatorrhée.

## 3) QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDERIEZ-VOUS ET DANS QUEL ORDRE ? (TABLEAU III)

### a) Biologie sanguine

Les premiers examens à demander sont biologiques. Ils peuvent être sélectionnés en fonction des hypothèses diagnostiques émises suite à l'anamnèse et l'examen clinique. Un syndrome inflammatoire (généralement mesuré par la concentration de la protéine c-réactive) oriente vers une maladie inflammatoire intestinale, voire plus rarement une cause tumorale. Une anémie peut être présente et avoir un caractère inflammatoire (normo- ou microcytaire avec ferritinémie élevée), ferriprive (microcytaire avec ferritine basse), mixte inflammatoire et ferriprive (syndrome inflammatoire, ferritine normale ou légèrement élevée, coefficient de saturation de la transferrine bas) ou carenciel (macrocytaire avec carence en acide folique et/ou vitamine B12; voire dimorphe par carence à la fois en fer et acide folique, voire vitamine B12). La carence martiale oriente vers un problème malabsorptif grêle proximal, la carence en acide folique vers un problème absorptif du grêle médian et la carence en vitamine B12 vers un problème absorptif du grêle distal. Une concentration basse d'albumine oriente vers un phénomène malabsorptif ou vers une entéropathie exsudative. Une biologie thyroïdienne simple avec dosage de la TSH et de la t4 libre permet de rechercher une hyperthyroïdie et fait partie du bilan de première ligne,

TABLEAU III. PRINCIPALES EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES

Première ligne	Deuxième ligne
Formule sanguine	Iléocoloscopie avec biopsies étagées
Fonction rénale et ionogramme	Duodéno-scopie avec biopsies
Tests hépatiques	« Breath test » au lactose
Albumine, ferritine, acide folique, vitamine B12	Test isotopique à l'acide glycolique
Sérologie coeliaque	Analyse chimique des selles de 24h (en première ligne si suspicion clinique de stéatorrhée)
Calprotectine fécale	
Parasitologie des selles	

surtout face à une diarrhée à caractère moteur, associée à d'autres symptômes d'hyperthyroïdie. Une sérologie coeliaque avec recherche des anticorps anti-transglutaminase tissulaire (ou anti-endomysium) de type IgA et des anticorps anti-gliadine déamidée de type IgG, fait aussi partie du bilan de première ligne vu la fréquence de la maladie coeliaque dans nos populations (0,4%). La diarrhée, associée à la maladie coeliaque, dans ses formes frustes, n'a pas toujours les caractéristiques d'une diarrhée malabsorptive, mais plutôt celles d'une diarrhée osmotique. En cas de contexte d'atopie, et surtout si la diarrhée est épisodique, une allergie alimentaire IgE-dépendante, assez rare chez l'adulte, devra être recherchée par le dosage des IgE totales et des RAST pour les mélanges d'aliments, comme tests de première ligne. Sur ce plan, les IgG anti-aliments n'ont aucune valeur diagnostique d'allergie, même retardée. Cette notion, avancée par certains, est erronée et globalement, nous ne recommandons pas le dosage de ces IgG anti-aliments. Néanmoins, des taux élevés d'IgG anti-aliments traduisent probablement souvent une pathologie intestinale sous-jacente, avec perméabilité intestinale accrue, et qui doit être explorée notamment par endoscopie (voir plus loin). Par contre, les intolérances alimentaires non spécifiques générant des diarrhées sont probablement assez fréquentes. Les mécanismes sous-jacents peuvent être multiples, mais généralement non allergiques. Par exemple, il semble exister, chez certains patients, une intolérance au gluten, différente de la maladie coeliaque et passant, notamment, par une anomalie d'expression des protéines de jonction intercellulaires de l'épithélium colique (4). Il n'y a actuellement pas de test biologique permettant d'identifier ces intolérances et, dans la pratique, c'est souvent via une manœuvre d'exclusion-réintroduction que l'intolérance peut être suspectée.

#### b) Analyse de selles

L'analyse de selles doit comprendre une analyse parasitologique (recherche, notamment, de giardiase; la recherche de microsporidie ou de cryptosporidie se justifie essentiellement chez les sujets immunodéprimés) et la mesure de la calprotectine fécale (5). Ce marqueur, lorsqu'il est augmenté, a une sensibilité et une spécificité > 90% pour le diagnostic d'une pathologie organique colique par rapport à un trouble fonctionnel intestinal. Une analyse chimique des selles de 24 heures peut également être demandée et sera très informative. Elle permettra de quan-

tifier la diarrhée et de déterminer l'existence d'une stéatorrhée (lipides >12g/24h). A défaut, la stéatocrite acide permettra d'estimer la stéatorrhée, mais n'informerait pas sur l'abondance de la diarrhée. Un test isotopique aux triglycérides peut aussi mettre en évidence la malabsorption des graisses. Une stéatorrhée oriente, en premier lieu, vers une maladie coeliaque ou une insuffisance pancréatique exocrine.

#### c) Tests fonctionnels

Après ce premier lot d'analyse biologique, le diagnostic différentiel peut déjà être significativement réduit. En pratique, si tous ces dosages sont normaux, l'hypothèse d'un trouble fonctionnel intestinal est la plus probable. Néanmoins, deux autres causes fréquentes doivent être recherchées par test isotopique : le «breath test» au lactose pour l'intolérance au lactose et le test isotopique à l'acide glycocholique pour la malabsorption des sels biliaires. Ces deux causes fonctionnelles spécifiques sont importantes à rechercher car elles peuvent déboucher sur un traitement efficace : régime adapté et compléments de lactase dans le premier cas et cholestyramine dans le second cas.

#### d) Explorations endoscopiques (avec biopsies)

L'indication de poursuivre par un bilan endoscopique dépend de la présentation clinique, de l'âge du patient et de ces premiers résultats biologiques (6). Chez un patient de plus de 40 ans et, davantage encore, de plus de 50 ans, nous proposons assez rapidement une coloscopie à la recherche d'un cancer colo-rectal. Chez un patient plus jeune et en l'absence d'altération de l'état général ou d'autres symptômes ou signes plus spécifiques de pathologies organiques, nous formulerons une conclusion préliminaire de trouble fonctionnel intestinal et commencerons un traitement symptomatique. Si, par contre, les premiers tests biologiques révèlent des anomalies, nous poursuivrons, en général, par une exploration endoscopique. Comme mentionné plus haut, l'existence d'un syndrome inflammatoire doit faire rechercher une maladie inflammatoire intestinale, voire une pathologie tumorale. L'exploration devra comprendre une iléocoloscopie, mais aussi une duodéno-scopie. Celle-ci se justifie par l'existence possible de lésions du tube digestif haut dans la maladie de Crohn, mais aussi par la nécessité d'exclure une maladie coeliaque. Pour ces diagnostics, il est impératif de réaliser des biopsies des différents segments explorés. Ceci est d'autant plus important que certaines

formes de colites, dites microscopiques, ne présentent pas d'anomalie macroscopique du côlon et ne peuvent se diagnostiquer qu'aux biopsies coliques étagées. L'attitude sera similaire en cas de découverte d'une augmentation de la calprotectine fécale; celle-ci est, d'ailleurs, un marqueur plus sensible que l'augmentation de la protéine c-réactive et peut être isolément augmentée. En cas d'explorations endoscopiques haute et basse normales, nous réaliserons une entéro-RMN ou un entéro-scanner pour exclure des lésions suspectées de l'intestin grêle médian, possibles dans environ 5% des maladies de Crohn, ou des signes évocateurs d'un lymphome de l'intestin grêle. En cas d'anomalie à l'imagerie nécessitant une confirmation histologique, il faudra réaliser une entéroscopie. Les techniques actuelles d'entéroscopie poussée à l'aide de ballons permettent d'explorer de longues portions de l'intestin grêle (parfois l'entièreté), mais nécessitent une anesthésie générale. Cet examen sera également requis pour des biopsies jéjunales, en cas de suspicion de maladie de Whipple. L'intérêt diagnostique de la vidéocapsule endoscopique de l'intestin grêle dans cette indication est discuté. Son pouvoir diagnostique pour la maladie de Crohn de l'intestin grêle est supérieur à celui des autres techniques, mais cette technique ne permet pas d'obtenir d'histologie et, par ailleurs, elle ne bénéficie pas actuellement d'un remboursement en Belgique dans cette indication (capsule à usage unique d'un coût de 625 euros). La découverte d'une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B12, nécessitera, dans la majorité des cas, une exploration duodénoscopique et iléocoloscopique; les causes les plus courantes peuvent être une maladie de Crohn ou une maladie coeliaque. La positivité isolée de la sérologie coeliaque ne nécessite pas d'exploration coloscopique, mais simplement duodénoscopique avec biopsies. Néanmoins, il faut garder à l'esprit l'association possible entre la maladie coeliaque et les colites microscopiques (de type lymphocytaire ou collagène), qui, comme mentionné plus haut, ne peuvent être diagnostiquées qu'aux biopsies coliques étagées.

## CONCLUSION

Devant une présentation de diarrhée chronique, il faut d'abord confirmer le diagnostic et le différencier, notamment chez la personne âgée, d'une constipation avec fausse diarrhée. L'anamnèse joue un rôle clé pour évaluer le ou les mécanismes de la diarrhée : motrice,

osmotique, sécrétoire, malabsorptive. Chez une personne de plus de 40 ou 50 ans, il faut garder à l'esprit qu'une diarrhée peut révéler un cancer colo-rectal. L'examen clinique évalue l'éventuelle dénutrition, dépiste des signes de déshydratation et de carences chroniques et recherche des signes spécifiques extra-digestifs en rapport avec certaines pathologies intestinales, notamment inflammatoires. Les explorations complémentaires les plus informatives, articulées en première et deuxième lignes, comprennent un bilan biologique sanguin, la calprotectine fécale et un éventuel bilan endoscopique haut et bas avec biopsies étagées.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fine KD, Schiller LR.— AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology*, 1999, **116**, 1464-1486.
2. Bertomeu A, Ros E, Barragán V, et al.— Chronic diarrhea with normal stool and colonic examinations: organic or functional? *J Clin Gastroenterol*, 1991, **13**, 531-536.
3. Arlow FL, Dekovich AA, Priest RJ, Behr WT.— Bile acid-mediated postcholecystectomy diarrhea. *Arch Intern Med*, 1987, **147**, 1327-1329.
4. Vazquez-Roque MI, Camilleri M, Smyrk T, et al.— A controlled trial of gluten-free diet in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea : effects on bowel frequency and intestinal function. *Gastroenterology*, 2013, **144**, 903-911.
5. van Rhee PF, Van de Vijver E, Fidler V.— Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease : diagnostic meta-analysis. *BMJ*, 2010, **341**, c3369.
6. ASGE Standards of Practice Committee, Shen B, Khan K, et al.— The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. *Gastrointest Endosc*, 2010, **71**, 887-892.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr E. Louis, Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Liège, Belgique.  
Email : edouard.louis@ulg.ac.be