



Trouble de transit

1-introduction :

Une selle dite normale est moulée, pesant 150 à 200 g par jour, à raison de 1 à 3 défécations quotidiennes, de coloration brune par les pigments biliaires, contenant 75 % d'eau et des résidus alimentaires non digestibles (cellulose) et les acides gras.

2- diarrhée :

Définition :

Emissions quotidiennes trop fréquentes de selles et ou trop abondantes, et ou de consistance anormale, liquides ou très molles.

Étude sémiologique

1/L'interrogatoire : va préciser les caractères de la diarrhée

A /date du début :

-Début récent : quelques heures ou quelques jours : diarrhées aiguës

-Début ancien : plusieurs semaines ou mois: diarrhées chroniques

B /Le nombre des selles :

C /L'horaire : matinale, postprandiale, nocturne

L'impériosité : caractère urgent ou non obligeant le sujet à interrompre son activité

D /L'aspect des selles : le médecin doit voir lui-même les selles

Couleur et consistance :

*Pâteuse avec parfois présence de graisse luisante

*Liquide, moulée, molle

*Glaireuses ou glairosanglantes

*Hydriques

*Noires : mélénas

* Présence d'éléments anormaux (aliments non digérés, glaires, pus, sang)

E /Evolution :

-chronique : diarrhées entrecoupées de transit normal

-Alternance : de diarrhées et de constipation

F /Signes accompagnateurs : douleurs abdominales, vomissements

G /Notion de voyage en zone tropicale, prise médicamenteuse, aliments souillés, aliments mal cuits (viandes etc.)

H /Facteurs déclenchant :

- Influence du repas, du jeûne.

- Efficacité des traitements déjà prescrits, en particulier les ralentisseurs du transit.

- Prise antérieure de laxatifs.

2/L'examen clinique :

a/retentissement sur l'état général :

- diarrhées aiguës : Déshydratation

- diarrhées chroniques

*Dénutrition, amaigrissement :

*Signes de malabsorption clinique :

.oedèmes des membres inférieurs : hypoprotidémie

.syndrome hémorragique cutané muqueux des hématomes ou une tendance au saignement spontané (carence en vitamine K)

. Des crampes, une tétanie (hypocalcémie et donc carence en vitamine D)

. Des troubles des phanères : (cheveux fins, cassants) carence en vitamines hydrosolubles (groupe B, PP)

. Un syndrome anémique : dyspnée, pâleur cutanée, muqueuse (Carence en fer et en vitamine B12)

b/ rechercher la cause :

-Examen abdominal soigneux : masse, hépatomégalie, splénomégalie

-Toucher rectal : masse rectal

-Autres appareils : aires ganglionnaires, thyroïde

Diagnostic différentiel :

1/Fausses diarrhées des constipés : Survient après quelques jours de constipation, selles solides « scybales » (petits fragments durs de matière fécale) entourés d'un liquide d'hypersécrétion

2/incontinence anale.

Étiologies:

1/LES DIARRHEES AIGUES :

a/Définition :

La diarrhée aiguë est l'émission de selles trop abondantes et/ou trop fréquentes et/ou trop liquides, évoluant depuis plusieurs jours, de survenue brutale, mais qui ne dure habituellement que quelques jours, moins de 14 jours. Elle est habituellement hydrique ou hydro-électrolytique.

Toutes les diarrhées provoquent des douleurs abdominales : coliques abdominales.

b/Mécanisme :

- Destruction de la muqueuse intestinale par Invasion d'un micro-organisme

- Production d'une entérotoxine

- Effets indésirables d'un médicament

c/Caractères communs :

Contexte spécifique de survenue :

* de diarrhées infectieuses : épidémie, collectivité, voyage en zone tropicale, survenue juste après un repas

***Prise médicamenteuse**

- Début brutal
- Selles liquides
- Risque de déshydratation : nourrisson et personnes âgés

d/Présentations cliniques :

-Syndrome cholériforme : diarrhée hydrique, selles aqueuses abondantes avec déshydratation et vomissements, pas de fièvre

-Le syndrome dysentérique :

-Emission de selles, glaireuses, glairosanglantes, faible abondance

-Syndrome rectal : *épreintes : faux besoin : besoin irrésistible d'exonérer non suivi de l'émission de selles

*Ténesmes : Sensation de tension douloureuse intra-rectale

-Signes généraux importants : Fièvre, frissons, asthénie

e/ Etiologies :

1-les diarrhées infectieuses :

- Les diarrhées bactériennes

*Les toxi-infections alimentaires : atteinte collective après les repas, douleurs abdominales ; fièvre, résolutives en 72 heures

*La fièvre typhoïde : Au deuxième septénaire

*Le cholera, la yersiniose, la shigellose

- Les diarrhées virales

- Les diarrhées parasitaires, en particulier amibiennes, lambliaose

- Les diarrhées mycotiques : terrain particulier immunodéprimés VIH

2-Les diarrhées aiguës médicamenteuses :

Les veinotoniques

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens,

Les antimotiles.

2/LES DIARRHEES CHRONIQUES :

a/Définition :

La diarrhée chronique est définie par l'émission quotidienne de plus de 3 selles molles ou liquides pendant au moins 2 semaines consécutives dont le poids dépasse 300gr par jour (Pesée des selles)

b/ Les différents types de diarrhées :

1/diarrhées motrices :

La diarrhée est la conséquence d'une augmentation de la vitesse du transit intestinal.

Caractéristiques sémiologiques :

- Selles matinales, "réveille-matin", postprandiales immédiates émises en plusieurs fois de façon rapprochée

- Peu abondantes

- Impérieuses

- Présence d'aliments non digérés en général d'origine végétale.

- L'efficacité des ralentisseurs du transit est remarquable

- Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

Cause :

- Le plus souvent troubles fonctionnels intestinaux ou syndrome de l'intestin irritable,

- Origine endocrinienne (hyperthyroïdie, cancer de la thyroïde)

2/ Diarrhée sécrétoire :

Sous l'influence d'un agent pathologique stimulant la sécrétion de l'intestin de façon anormalement importante, dépassant ses capacités de réabsorption.

Caractères sémiologiques :

- Les selles sont souvent très abondantes (500 à 1.000 g/j) uniquement afécales, liquides.

- La diarrhée persiste avec le jeûne.

- Les risques de déshydratation et de troubles électrolytiques (hypo-kaliémie) sont importants.

Cause :

- Hypersécrétion d'hormones (VIP) d'origine pancréatique (vipome), Sd de ZOLLINGER ELLISON (gastrinome)

- Une prise de médicament (veinotoniques).

3/Diarrhée osmotique:

La diarrhée est due à la présence dans la lumière digestive d'un élément non absorbable à

Fort pouvoir osmotique. Afin de maintenir l'iso-osmolarité, il y a appel d'eau du milieu

Intérieur vers la lumière digestive et donc augmentation de la quantité de l'eau dans les selles.

Caractéristiques :

- Selles d'abondance variable, proportionnelle à la quantité présente d'élément osmotique.

- Selles liquides, sans horaire particulier.

- La diarrhée cède lors du jeûne, puisqu'il n'y a alors plus d'élément osmotique.

Cause :

- Le plus souvent, intolérance au lactose.

- Le meilleur exemple est la diarrhée engendrée par la prise en quantité excessive de laxatifs de type osmotique : lactulose, consommation excessive de chewing gum)

4 /les diarrhées exsudatives consécutives à une fuite de lymphes et de plasma

Caractéristiques sémiologiques :

.Fuite protéique dans la lumière intestinale

• Altération de l'épithélium intestinale

• Obstacle au retour lymphatique

. Associées à une hypo albuminémie

Cause :

-les entérocolites inflammatoires

- Les tumeurs étendues coliques ou intestinales,
- Les lymphangiectasies intestinales (dilatation des lymphatiques primitives « maladie de WALDMAN » ou secondaires »compression adénopathies »

5/Les diarrhées par malabsorption :

Caractéristiques sémiologiques :

- Début progressif.
- L'aspect des selles est "stéatorrhéique" : en bousse ,selles grasses, luisantes, collantes, pâteuses, laissant des "tâches d'huile" sur le papier
- Altération de l'état général.
- Asthénie.
- Amaigrissement dû à la perte énergétique, mais aussi à la réduction des apports alimentaires

Quand existent des douleurs abdominales liées à la maladie causale.

Signes physiques :

- La perte de poids est chiffrée.
- Présence de signes carenciels par troubles de l'absorption des protéines, des vitamines

Hydrosolubles (groupe B, PP) et liposolubles (vitamines A, D, E, K) et du fer

L'examen des selles :

- Le poids moyen est supérieur à 300 g/j.
- Augmentation de la quantité de lipide (stéatorrhée) et d'azote (Créatorrhée)

Principales étiologies:

– Malabsorptions d'origine pariétale intestinale: Altération de la muqueuse intestinale

* Atrophies villositaires: ex: maladie coeliaque

* Lésions pariétales autres: maladie de Crohn, Les lymphomes

* Parasitoses: ex: au cours du SIDA

*Résections étendues du grêle

*Colonisation bactérienne chronique du grêle

-Malabsorption d'origine pancréatique: Maldigestion par absence d'enzymes pancréatiques Insuffisance pancréatique exocrine: ex: pancréatite chronique

,Insuffisance en sels biliaires: cholestase chronique

3- CONSTIPATION :

A/ Définition :

Défini par l'association d'un ralentissement du transit et d'une déshydratation des selles.

Cliniquement, elle se traduit par des défécations rares moins de 3 défécations par semaine,

Ou un poids moyen de selles inférieur à 35 g par jour.

B/Diagnostic différentiel :

La constipation doit être différenciée :

- Selle quotidienne trop dure
- Sensation d'exonération ou d'évacuation incomplète

- Occlusion intestinale : Urgence chirurgicale, définie par une interruption totale du transit intestinal qui se manifeste par l'association de 3 symptômes d'intensité variable et de chronologie parfois décalée : douleurs abdominales, vomissements et arrêt des matières ainsi que des gaz.

C/ Mécanisme :

Une défécation normale se décompose en 3 temps :

- Stagnation des matières dans le sigmoïde
- Progression des selles du sigmoïde vers le rectum qui déclenche le réflexe recto-anal inhibiteur
- Défécation par perception du besoin du canal anal, contraction des muscles de l'abdomen et une poussée des muscles releveurs de l'anus

Deux mécanismes physiopathologiques prédominent mais peuvent être associés :

- Un trouble de la progression sur l'ensemble du côlon par inhibition de la motricité globale
- Un trouble de l'évacuation au niveau du sigmoïde ou de la sphère ano-rectale.

D/ Etude sémiologique :

L'interrogatoire est un élément capital devant préciser :

1/ le caractère de selles : fréquence, irrégularité des défécations.

2/mode de début et évolution :

- Récente et transitoire : à l'occasion d'un changement de rythme de vie ou professionnel
- Récente et persistante : cause organique et en particulier un cancer colorectal
- Ancienne et chronique, évoquant plutôt une cause motrice ou fonctionnelle.

3/ Existence de manœuvres digitales pour faciliter l'exonération et la défécation, évocatrices d'une dyschésie anorectale (Stagnation des matières fécales dans le sigmoïde par troubles de la défécation)

4/ existence de facteurs déclenchant :

Prise de nouveaux médicaments, modification des habitudes alimentaires avec diminution des apports hydriques et en fibres non digestibles, alitement

5/les antécédents chirurgicaux et surtout obstétricaux en cas de dyschésie

6/Symptômes associés :

- D'alarme à type de vomissements et de météorisme : un syndrome occlusif
- Émission sang (rectorragies) devant faire rechercher une cause organique : colite ou de tumeur.

E/ Examen clinique :

1/L'examen abdominal comporte un examen :

- Une percussion à la recherche d'une distension et d'un tympanisme
- La palpation recherchera une masse tumorale
- L'auscultation recherchant une augmentation des bruits hydroaériques (doute sur un obstacle).

2/L'examen proctologique :

- Inspection de la marge anale
- Un toucher rectal :
Ampoule rectale vide, présence de selles
Tumeur rectale
Hémorroïdes

F/Causes :

1/ La constipation peut être isolée primitive, c'est ce qu'on appelle la constipation maladie.

2/ La constipation symptomatique ou symptomatique résulte d'une anomalie ralentissant le transit colique ou affectant les mécanismes normaux de la défécation.

a/pathologie extra-digestive :

- Les maladies endocriniennes (diabète, hypothyroïdie)
- Les maladies neurologiques (maladie de Parkinson)
- Prise de médicaments : les psychotropes, les opiacés, les sédatifs et antidépresseurs ou les anticholinergiques.
- Autres : favorisant comme l'alitement, la grossesse.

b/La constipation symptomatique des pathologies digestives :

- Obstacle comme une tumeur ou un cancer colorectal,
- Trouble de la motricité du côlon : le mégacôlon congénital ou maladie de Hirschsprung consécutive à l'absence de cellules ganglionnaires dans les plexus mésentériques du rectum et du sigmoïde
- Trouble de la fonction défécatoire anorectale appelé également constipation terminale ou dyschésie rectales (délabrement obstétricaux)
- Les pathologies anales et proctologique ; les tumeurs

c/Les causes fonctionnelles : Troubles fonctionnels intestinaux, colopathie fonctionnelle ou syndrome de l'intestin irritable