

*Une selle normale est moulée, pesant 150 à 200 g /jour, 1 à 3 défécations quotidiennes, coloration brune, 75 % d'eau, résidus alimentaires non digestibles ; cellulose et AG.*

## A. Diarrhée :

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

## L'interrogatoire

**Date du début :** récente ou ancienne (chronique).

**Nombre des selles**

**Horaire :** matinale, postprandiale, nocturne.

**Impériosité :** caractère urgent ou non.

**Aspect des selles :** le médecin doit voir lui-même les selles, couleur et consistance (\*Pâteuse, \*Liquide, moulée, molle, \*Glaireuses, \*Hydriques, \*Noires : mélénas \*Présence d'aliments non digérés, glaires, pus, sang).

**Evolution :** chronique ou alternance avec constipation.

**Signes accompagnateurs :** DLR abdominales, vomissements.

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

**Facteurs déclenchant :** Influence du repas, du jeûne. Efficacité des traitements déjà prescrits, en particulier les ralentisseurs du transit et Prise antérieure de laxatifs.

## Examen clinique

- **Retentissement sur l'état général :**

**Diarrhée Aigues :** Déshydratation

**Diarrhées chroniques :** Dénutrition, amaigrissement.

**\*Signes de malabsorption clinique :**

Œdèmes des membres inf. (hypo-protidémie). Syndrome hémorragique cutané muqueux des hématomes ou tendance au saignement spontané, crampes, une tétanie (hypocalcémie et donc carence en vitamine D), troubles des phanères (carence les Vit B, PP), syndrome anémique ; dyspnée, pâleur cutanée, muqueuse (Carence fer et B12).

- **Rechercher la cause :**

**Examen abdominal soigneux :** masse, HPMG, SPMG.

**TR :** masse rectal

**Autres appareils :** aires ganglionnaires, thyroïde

## LES DIARRHEES CHRONIQUES

Emission quotidienne > 3 selles molles ou liquides, au moins 2 semaines consécutives dont le poids dépasse 300gr/jr.

- **Diarrhées motrices :**

*Conséquence d'une ↗ de la vitesse du transit intestinal.*

*Selles matinales, "réveille-matin", postprandiales, présence d'aliments non digérés, peu abondantes, Impérieuses, pas d'AEG, Efficacité des ralentisseurs.*

*Cause : troubles fonctionnels intestinaux ou syndrome de l'intestin irritable, ou origine endocrinienne (hyperthyroïdie)*

- **Diarrhée sécrétoire :**

*Influence d'un agent pathologique stimulant la sécrétion de l'intestin de façon anormalement importante.*

*Selles très abondantes (500 à 1.000 g/j) afécales, liquides, persiste avec le jeûne., risques de déshydratation et de troubles électrolytiques (hypo-kaliémie) sont importants.*

*Cause : Hypersécrétion d'hormones (VIP), Sd de ZOLLINGER ELLISON (gastrinome), Une prise de veinotoniques.*

- **Diarrhée osmotique :**

*Due à la présence d'un élément non absorbable à fort pouvoir osmotique, (↗ de quantité de l'eau dans les selles).*

*Abondance variable, liquides, sans horaire particulier, cède lors du jeûne.*

*Cause : intolérance au lactose. Lactulose, chewing-gum.*

**Diarrhées exsudatives :**

*Consécutives à une fuite de lymphe et de plasma*

*Fuite protéique dans la lumière intestinale, Altération de l'épithélium intestinale, hypo albuminémie.*

*Cause : entéocolites inflammatoires, Les tumeurs étendues coliques ou intestinales, lymphangiectasies intestinales.*

**Diarrhées par malabsorption :**

*Début progressif, selle grasse, luisante, collante, pâteuse. Asthénie et AEG, Amaigrissement, signes carentiels par troubles de l'absorption des protéines, des vit Hydrosolubles (groupe B, PP) et liposolubles (vitamines A, D, E, K) et du fer Le poids moy. > 300 g/j. stéatorrhée et créatorrhée.*

*Cause : Malabsorptions par Altération de la muqueuse.*

*Malabsorption d'origine pancréatique, Insuffisance en sels biliaires.*

## LES DIARRHEES AIGUES :

Emission de selles trop abondantes et/ou trop fréquentes et/ou trop liquides, ++ jours (<14jrs), survenue brutale, hydrique ou hydro-électrolytique.

\*Douleurs abdominales : coliques abdominales.

- **Mécanisme :**

Destruction de la muqueuse intestinale par Invasion de micro-organisme, entérotoxine et Els d'un médicament.

- **Caractères communs :**

**Contexte spécifique de survenue :**

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

\***Prise médicamenteuse** (Début brutal, Selles liquides, déshydratation : nourrisson, et prsn âgés).

- **Présentations cliniques :**

**Syndrome cholériforme :** diarrhée hydrique, selles aqueuses abondantes, pas de fièvre.

*Déshydratation et vomissements,*

**Syndrome dysentérique :** Emission de selles glaireuses, glairosanglantes, faible abondance.

**Syndrome rectal :**

\*épreintes : faux besoin

\*Ténesmes : tension douloureuse intrarectale

**Signes généraux ++ :** Fièvre, frissons, asthénie

- **Etiologies :**

**Diarrhées infectieuses :** Bactériennes, virales, parasitaires (amibiennes), mycotiques (VIH).

**Diarrhées aiguës médicamenteuses :** veinotoniques, AINS, antimitotiques.

## B. Constipation :

L'association d'un ralentissement du transit et d'une déshydratation des selles.

Défécations rares < 3/semaine, ou poids moyen de selles < 35 g/jour.

### ▪ Mécanisme

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

## L'interrogatoire

**Caractère de selles :** fréquence, irrégularité des défécations.

**Mode de début et évolution :**

Récente et transitoire

Récente et persistante : cause organique et en particulier un cancer colorectal

Ancienne et chronique, évoquant plutôt une cause motrice ou fonctionnelle.

**Existence de manœuvres digitales** pour faciliter l'exonération et la défécation

**Facteurs déclenchant :**

Prise de nouveaux médicaments, modification des habitudes alimentaires, alitement.

**ATCD chirurgicaux et surtout obstétricaux** en cas de dyschésie.

**Symptômes associés :**

D'alarme à type de vomissements et de météorisme : un syndrome occlusif.

Émission sang (rectorragies), rechercher une cause organique : colite ou de tumeur.

## Examen clinique :

### ▪ L'examen abdominal :

**Une percussion :** recherche d'une distension et d'un tympanisme

**La palpation :** rechercher une masse tumorale

**L'auscultation :** recherchant une ↗ des bruits hydro-aériques (doute sur un obstacle).

### ▪ L'examen proctologique :

**Inspection :** de la marge anale

**TR :** Ampoule rectale vide, présence de selles, Tumeur rectale, Hémorroïdes.

## Etiologies :

**A. La constipation isolée primitive** = la constipation maladie.

**B. La constipation symptôme :**

Résulte d'une anomalie ralentissant le transit colique ou affectant les mécanismes normaux de la défécation.

### ▪ Pathologie extra-digestive :

- Maladies endocriniennes (diabète, hypothyroïdie)
- Maladies neurologiques (maladie de Parkinson)
- Médicaments : psychotropes, opiacés, sédatifs, antidépresseurs ou anticholinergiques.
- Autres : favorisant comme l'alitement, la grossesse.

### ▪ Pathologies digestives :

- Obstacle comme une tumeur ou un cancer colorectal.
- Trouble de la motricité du côlon : mégacôlon congénital ou maladie de Hirschsprung
- Trouble de la fonction défécatoire anorectale : constipation terminale ou dyschésie.
- Pathologies anales et proctologique ; les tumeurs.

### ▪ Causes fonctionnelles :

Troubles fonctionnels intestinaux, colopathie fonctionnelle ou Sd. de l'intestin irritable