**Les troubles du transit intestinal**

Objectifs pédagogiques :

1. Diagnostiquer une diarrhée, une constipation
2. Savoir les hypothèses diagnostiques et les examens complémentaires nécessaires.
3. Reconnaitre les principales étiologies.

I/ **RAPPEL DU TRANSIT INTESTINAL NORMAL :**

La durée normale du transit digestif est de 24 heures.

Les selles normales sont émises 1 à 2 fois par jour, elles sont homogènes et moulées, formées de 78 % d'eau et de 22 % de matières sèches représentées par des résidus cellulosiques indigestibles et par les produits de la desquamation muqueuse, le pH est neutre, leur couleur est donnée par le stercobilinogène (produit de dégradation de la bilirubine).

La couleur peut varier avec les aliments : (ingestion de betteraves, les selles sont rougeâtres ; la prise de certains médicaments : fer, les selles sont noirâtres).

**II.DIARRHEES**

1.**Definition :**

La diarrhée est l'émission quotidienne de selles trop fréquentes (sup ou égale à 3 selles/jour), et/ou trop liquides (poids de l'eau supérieur à 90% du poids des selles), et/ou trop abondantes (supérieur à 300g/jour).

2. **Etude sémiologique :**

* **L'interrogatoire** va préciser les caractères suivants de la diarrhée :
* Date de début et Durée d’évolution : quelques heures, quelques jours, quelques semaines :
  + - * + Diarrhée aigue : < 2 semaines
        + Diarrhée chronique : > 4 semaines
        + Diarrhée prolongée : > 2 semaines, < 4 semaines
* Mode de début :
  + Brutal (cause infectieuse)
  + Progressif (maladie inflammatoire, tumorale, fonctionnelle).
* Le nombre de selles par 24 heures => abondance : 3 selles, plusieurs, non quantifiable peut témoigner de la sévérité.
* L'aspect : il est important de voir les selles du malade
  + Fécale, afécale
  + Hydrique, aqueuse
  + Pâteuse ou graisseuse (aspect luisant ; coulant à la cuvette) , Stéatorrhée
  + Recherche d'éléments anormaux : sang, pus, glaires.
* L'horaire :
  + Diurne et nocturne (Organique)
  + Diurne (Fonctionnelle)
  + Nocturne (diarrhée neurogène :Diabète ++)
  + Post-prandial (Motrice)
* Mode évolutif :
  + Aigue
  + Chronique
* Facteurs déclenchant ou de sédation :
  + Influence du repas, du jeûne.
  + Efficacité des traitements déjà prescrits, en particulier les ralentisseurs du transit.
  + Prise antérieure de laxatifs.
* Retentissement (**déshydratation, dénutrition,** signes de **malabsorption**).
* **Signes de gravité :**
  + - Terrain : enfant, sujet âgé, immunodéprimé.
    - Déshydratation : soif, perte de poids, pli cutané, sècheresse des muqueuses, hypotension, tachycardie.
    - Syndrome septicémique ou état de choc : hypo ou hyperthermie, hypotension, oligurie, marbrures …
* **L'examen clinique a deux objectifs** :

• Rechercher le retentissement sur l'état général : signes de déshydratation qui sont retrouvés au cours des diarrhées aiguës, signes de dénutrition avec amaigrissement et parfois oedèmes carentiels retrouvés au cours des diarrhées chroniques.

• Rechercher la cause : par l'examen de l'appareil digestif y compris le toucher rectal dans les diarrhées chroniques.

1. **Le diagnostic différentiel** : la diarrhée doit être différenciée :

— De la fausse diarrhée : qui survient après quelques jours de constipation, c'est une selle de constipation diluée dans un liquide d'hypersécrétion provenant de la muqueuse irritée par la stase.

— Du syndrome dysentérique qui réalise : • L'émission de selles afécales faites de glaires, de pus et de sang. • Avec des signes accompagnateurs caractéristiques à type : - d'épreinte : besoin irrésistible d'exonérer suivi ou non de l'émission d'une selle dysentérique : faux besoin; -ténesme : sensation douloureuse de tension ou sensation de corps étranger intrarectal. • Les causes : dysenterie amibienne, dysenterie bacillaire, recto-colite hémorragique.

**III. CARACTERES SEMIOLOGIQUES DES DIARRHEES AIGUES** :

1- **Définition :**

* Emission de selles trop abondantes et/ou trop fréquentes et/ou trop liquides,
* De survenue brutale,
* Dure moins de 14 jours.
* Elle est habituellement hydrique ou hydro-électrolytique.

1. **Mécanisme :**

* Destruction de la muqueuse intestinale par Invasion d’un micro-organisme.
* Production d’une entérotoxine.
* Effets indésirables d’un médicament.

1. **Présentations cliniques :**
2. ***Syndrome cholériforme :*** 
   * + Diarrhée hydrique, selles aqueuses très abondantes,
     + Avec déshydratation et vomissements,
     + **Pas de fièvre**.
3. ***Le syndrome dysentérique :***
   * Selles afécales : faite de glaire, pus et sang,
   * Faible abondance,
   * Syndrome rectal :
     + **Epreintes :** besoin irrésistible d’exonérer suivi ou non de l’émission de selles (faux besoins),
     + **Ténesmes** : Sensation de tension douloureuse intra-rectale.

* Signes généraux importants : fièvre, frissons, asthénie.

1. **Etiologies :**
   1. ***Les diarrhées infectieuses :***
   * Les diarrhées bactériennes :
   * Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) : atteinte collective après les repas (**≥ 2** personnes), en général résolutives en 72 heures.
   * La fièvre typhoïde : Au deuxième septénaire.
   * Le choléra, la yersiniose, la shiguellose.
   * Les diarrhées virales.
   * Les diarrhées parasitaires, en particulier amibiennes.
   * Les diarrhées mycotiques : terrain particulier (immunodéprimé).
   1. ***Les diarrhées aiguës médicamenteuses :***  Veinotoniques, AINS, antimitotiques ...

**IV. CARACTERES SEMIOLOGIQUES DES DIARRHEES CHRONIQUES :**

1. **Définition :**

* Emission quotidienne de plus de 3 selles molles ou liquides,
* Pendant au moins 4 semaines consécutives
* Dont le poids dépasse 300 gr par jour.

1. **Mécanisme :**

* Selon le mécanisme, on a différents types de diarrhées chroniques :
  + Diarrhée motrice
  + Diarrhée sécrétoire
  + Diarrhée osmotique
  + Diarrhée de malabsorption.
* **Diarrhées motrices :**
  + ***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.
    - Efficacité remarquable des ralentisseurs du transit.
    - Pas de retentissement sur l'état général.
  + ***Causes :***
    - Troubles fonctionnels intestinaux ou syndrome de l’intestin irritable **+++**
    - Origine endocrinienne (hyperthyroïdie, cancer de la thyroïde)
* **Diarrhée sécrétoire :**
  + ***Influence*** d'un agent pathologique stimulant la sécrétion de l’intestin de façon anormalement importante, dépassant ses capacités de réabsorption.
  + ***Caractères sémiologiques :***
    - Selles souvent très abondantes (500 à 1000 g/j), afécales, liquides.
    - Persiste avec le jeûne.
    - Risque important de déshydratation et de troubles électrolytiques.
  + ***Causes :***
    - Polypose adénomateuse colique
    - Médicaments : colchicine, digitaliques, laxatifs irritants.
* **Diarrhée osmotique :**
  + **Due à** la présence dans la lumière digestive d'un élément non absorbable à fort pouvoir osmotique.
  + Pour maintenir l'iso-osmolarité, il y a appel d'eau du milieu intérieur vers la lumière digestive donc augmentation de la quantité de l'eau dans les selles.
  + ***Caractères sémiologiques :***
    - Abondance variable, selon la quantité présente d'élément osmotique.
    - Selles liquides, sans horaire particulier.
    - Cède lors du jeûne, puisqu'il n'y a alors plus d'élément osmotique.
  + ***Causes :***
    - Intolérance au lactose **+++**
    - Meilleur exemple : diarrhée après prise de laxatifs de type osmotique : lactulose.
* **Diarrhée par malabsorption :**
* ***Caractères sémiologiques :***
  + - Début progressif.
    - L'aspect des selles est "stéatorrhéique", selles grasses, luisantes, collantes, pâteuses, laissant des "tâches d'huile" sur le papier.
    - Odeur fétide.
* ***Signes physiques :***
  + - Altération de l'état général, Asthénie, Amaigrissement.
    - Douleurs abdominales inconstantes
    - Oedème, anasarque
    - Syndrome anémique (carence en fer, vitamine B12, folates)
    - Douleurs osseuses (ostéomalacie; carence en vitamine D et calcium)
    - Tétanie (carence en vitamine D, calcium, magnésium)
    - Syndrome hémorragique (carence en vitamine K)
    - Lésions de la peau et des phanères
  + ***Causes :***
    - Malabsorptions d’origine **pariétale** **intestinale** :
      * Atrophies villositaires: ex: maladie cœliaque.
      * Lésions pariétales autres: ex: maladie de Crohn.
      * Parasitoses: ex: au cours du SIDA.
      * Résections étendues du grêle.
      * Colonisation bactérienne chronique du grêle.
      * Insuffisance artérielle mésentérique chronique.
    - Malabsorptions d’origine **pancréatique** et **biliaire**:
      * Insuffisance pancréatique exocrine: ex: pancréatite chronique.
      * Insuffisance en sels biliaires : cholestase chronique.

**V. CARACTERES SEMIOLOGIQUES DE LA CONSTIPATION :**

**1.Définition :**

La constipation se définit par un nombre de selles inférieur à 3 par semaine avec un poids moyen quotidien des selles inférieur à 35g.

A cet aspect quantitatif il faut ajouter un aspect qualitatif comprenant : émission de selles avec effort, selle dures, évacuation difficile voir douloureuse et sensation d'obstruction anorectale.

**2. physiopathologie** : On distingue deux types de constipation :

* Constipation maladie : La plus fréquente, souvent ancienne et isolée.
* Deux mécanismes en sont responsables :
  + Une anomalie de la progression : l’inertie colique et du colon spastique
  + Une anomalie d'évacuation ou dyschésie : plusieurs mécanismes sont responsables
* Constipation symptôme : Il s'agit souvent d'une constipation plus ou moins récente, secondaire, relevant ou accompagnant d'autres processus pathologiques.

**3. signes cliniques :**

* **Interrogatoire** : doit préciser :

-Les antécédents personnels notamment chirurgicaux : chirurgie proctologique, urinaire, gynécologique, ou digestive.

-Antécédents familiaux.

-La date et les circonstances de survenue :

* Constipation ancienne, récente, ou récemment aggravée.
* Survenue à la suite de changement des conditions de vie et d'hygiène alimentaire.
* À la suite de prise médicamenteuse.

-Traitement suivi notamment la nature des laxatifs utilisés.

-L'existence éventuelle de signes associés : douleurs abdominales ; évacuation anormale (sang, glaire) ; retentissement sur l’état général.

* **Examen physique :**
* L'examen de l'abdomen : précise l'état de la paroi abdominale par l'inspection et la palpation avant et après mise en tension de l’abdomen et ceci pour apprécier la musculature abdominale, chercher une hernie ou une éventration.
* L'examen de la région anorectale : et périnéale est une étape importante (un prolapsus rectal ou une ballonisation périnéale, fissure, tumeur ou abcès).
* Le toucher rectal : Apprécie la tonicité du sphincter anal , recherche :

\* une sténose anale ou rectale

\* une contracture paradoxale du sphincter anal (anisme).

\*l'existence de matière chez un malade qui n'éprouve pas le besoin d'aller à la selle, ce qui permet d'évoquer le diagnostic de dyschésie rectale.

\*Un rectocèle.

* Le toucher vaginal : chez la femme, recherche des lésions gynécologiques pouvant occasionner une constipation.
* Le reste de l’examen physique doit être complet à la recherche d'une pathologie associée à l'origine de la constipation.

4.**examens complémentaires** : Le but des examens complémentaires est d'éliminer une cause organique de la constipation, et dans le cas ou celle-ci est fonctionnelle, le bilan para clinique permettra de distinguer la constipation par anomalie de la progression et celle par anomalie d'évacuation.

• Anuscopie

• Rectoscopie

• Coloscopie ou coloscanner ou lavement baryté

• Un bilan biologique peut être demandé notamment le dosage des hormones thyroïdiennes si une hypothyroïdie est suspectée.

Elles sont demandées en fonction, du contexte clinique, notamment si une constipation fonctionnelle est suspectée et ceci après échec d'un traitement bien conduit.

**5. étiologies :**

* Constipation organique :
* Causes digestives : Cancer colorectal, tumeurs bénignes colorectales, sténoses coliques ou anorectale, mégacôlon congénital, fissure, séquelles de chirurgie anorectale, compressions extrinsèques.
* Causes endocriniennes et métaboliques : • hypothyroïdie • hyperparathyroïdie • insuffisance rénale • hypokaliémie • porphyrie.
* Causes neurologiques et constipation psychogène : •dysautonomie au cours du diabète et de l'amylose •maladie de parkinson •sclérose en plaque •accident vasculaire cérébral •tumeur cérébrale •dépression, démence et psychose.
* Médicaments : Plusieurs médicaments peuvent donner une constipation ex : opiaces, anticholinergiques, anti convulsivants, neuroleptiques...
* Constipation maladie :
* Par anomalie de progression : Dans ce cas :

•souvent le nombre de selles < 3 par semaine •plus au moins ballonnement abdominal •plus au moins douleur abdominale •pas de besoin entre les exonérations •selles dures

Les causes : \* Inertie colique \* Colon spastique

* Par anomalie d'évacuation : Dans ce cas :

•souvent le besoin est présent •difficulté d'exonération •au TR : matières présentes

•souvent utilisation de manoeuvre digital pour évacuer.

Les causes • anisme • méga rectum • rectocèle • procidence interne du rectum • anomalie de la sensibilité rectale • plancher pelvien descendant.