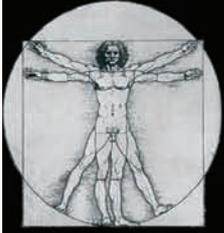


Extrait gratuit : testez-vous !



Collection dirigée par Romain Jouffroy et Benjamin Bajer
Barbara Hersant - Cécilia Landman

Comprendre par les dossiers
D2/D3

Hépatogastro-entérologie

Programme intégral DCEM - ECN en dossiers

36 cas cliniques couvrant tous les items

- ▶ Explications détaillées des raisonnements
- ▶ Commentaires, conseils
- ▶ Focus sur les fondamentaux du cours
- ▶ Iconographies essentielles
- ▶ Grilles de réponses
- ▶ Notation sur 100 points

**Préparez vos partiels
en toute sérénité !**

EDITIONS

Diarrhée depuis 2 mois et demi chez une femme de 37 ans

■ Enoncé

Mme U., 37 ans, vous consulte car depuis 2 mois et demi elle présente une diarrhée très invalidante.

En effet Mme U. est conseillère de vente dans un grand magasin et elle est très gênée dans son travail car elle présente 8 selles liquides par jour, impérieuses. Elle s'est automédiquée avec du Smecta® sans efficacité.

Question 1

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question 2

Détaillez votre examen physique.

Question 3

En l'absence de signe d'orientation clinique, quel bilan paraclinique demanderiez-vous ?

Question 4

Mme U. n'a pas d'antécédent particulier personnel ou familial et ne prend aucun traitement. Elle ne fume pas et consomme de l'alcool occasionnellement.

La diarrhée est survenue progressivement depuis 2 mois et demi alors qu'elle était auparavant de nature plutôt constipée. Elle présente 8 selles liquides par jour, sans glaire ni sang, mais elle remarque parfois des aliments non digérés du repas précédent. Par ailleurs, les selles sont impérieuses et volontiers postprandiales précoces, en revanche elle ne présente pas de selles nocturnes. Citez 4 des 6 mécanismes de diarrhée chronique.

Question 5

Quel est le mécanisme de la diarrhée chez cette patiente ? Quel élément manque-t-il dans l'observation en faveur de ce mécanisme ? Quel test confirmerait votre hypothèse ?

Question 6

Quelles sont les principales étiologies à évoquer dans ce cadre ?

Question 7

L'examen physique est le suivant : poids = 45 kg (perte de 6 kg depuis 2 mois malgré un appétit « vorace »), taille = 160 cm, tension artérielle = 145/80 mmHg, pouls = 109/min, température = 37,8°C. Abdomen souple, indolore, pas d'hépatosplénomégalie. Les examens cardiovasculaire et pulmonaire sont normaux en dehors d'une tachycardie régulière.

A l'inspection vous remarquez des sueurs au niveau du front, des tremblements des extrémités et des yeux « globuleux ».

Mme U. présente également un goitre homogène à la palpation, mobile lors de la déglutition, indolore. A l'auscultation du goitre vous entendez un souffle.

Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 8

Quelles autres étiologies sont à évoquer devant une diarrhée chronique avec amaigrissement malgré une polyphagie ?

Vos réponses :

■ Corrections

■ Question 1

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ? (16)

- Antécédents (2) :
 - personnels de pancréatite aiguë (1), de diabète (1), de séropositivité VIH (1), de maladies auto-immunes (1), de chirurgie digestive (1), d'irradiation abdomino-pelvienne, facteurs de risque cardiovasculaires
 - familiaux de cancer du côlon ou de polypes (1), de maladies auto-immunes, de maladie inflammatoire du tube digestif...
- Prise médicamenteuse (2) : antibiotiques, biguanides...
- Caractéristiques de la diarrhée : ancienneté, horaires dans la journée, abondance et fréquence des selles, influence de l'alimentation (1), aspect (2) des selles (sang, glaires, stéatorrhée, aliments non digérés...), urgence de l'exonération, efficacité des ralentisseurs du transit
- Signes fonctionnels associés :
 - signes généraux (1) (altération de l'état général, perte de poids malgré une polyphagie)
 - signes fonctionnels digestifs (1) (douleurs abdominales, rectorragies, vomissements...)
 - signes extra-digestifs (1) (flushs en faveur d'une tumeur carcinoïde ou du cancer médullaire de la thyroïde, arthralgies en faveur d'une tumeur carcinoïde ou d'une maladie de Whipple, signes oculaires en faveur d'une maladie de Basedow ou d'une maladie de Whipple, cutanés en faveur d'une maladie de Whipple, crampes musculaires en faveur d'un syndrome carenciel...)

■ Question 2

Détaillez votre examen physique. (12)

- Poids et son évolution (2), taille, tension artérielle, pouls, température
- Examen digestif : palpation abdominale (1), examen proctologique (1), toucher rectal (1)
- Examen extra-digestif : palpation thyroïdienne (1) à la recherche d'un goitre ou d'un nodule, palpation des aires ganglionnaires (1) en faveur d'un lymphome, examen cardiovasculaire (1), examen cutané, ophtalmologique et rhumatologique
- Recherche de signes de carence (2) pour évaluer le retentissement : œdèmes des membres inférieurs (1) voire anasarque, neuropathie périphérique, syndrome anémique (1) (pâleur cutanéomuqueuse), alopecie, ongles cassants, hématomes, douleurs osseuses...

■ Question 3

En l'absence de signe d'orientation clinique, quel bilan paraclinique demanderiez-vous ? (27)

- A visée étiologique :
 - bilan biologique : numération formule sanguine (1), CRP, VS, à la recherche d'un syndrome inflammatoire, bilan hépatique, TSHus (1) à la recherche d'une hyperthyroïdie, sérologie VIH 1 et 2 (2) avec accord de la patiente, Ac (anticorps) anti-transglutaminase (1), Ac anti-endomysium (1), dosage pondéral des immunoglobulines à la recherche d'une maladie cœliaque
 - examen parasitologique des selles (2) à la recherche d'une lambliaose
 - examens coprologiques en faveur des différents mécanismes de diarrhée chronique : fécalogramme (1), recherche de stéatorrhée (1), clairance de l'alpha1-antitrypsine, dosage des laxatifs, ionogramme fécal, dosage de l'élastase fécale
 - coloscopie (3) avec biopsies des lésions et biopsies étagées (2) à la recherche d'une colite microscopique, ou d'une MICI,
 - endoscopie digestive haute avec biopsies du deuxième duodénum (2) à la recherche d'une maladie cœliaque
- Evaluation du retentissement : recherche de carences :
 - numération formule sanguine, ferritinémie (1), folates (1), vitamine B12 (1)
 - ionogramme sanguin, bilan phosphocalcique (2), magnésium, phosphatases alcalines
 - électrophorèse des protéines sériques, albuminémie (2), pré-albuminémie (1)
 - TP (1), facteur V, TCA
 - bilan lipidique (1)

■ Question 4

Citez 4 des 6 mécanismes de diarrhée chronique. (8)

- Six mécanismes de diarrhée chronique :
 - motrice
 - par malabsorption
 - exsudative
 - sécrétoire
 - osmotique
 - volumogénique

(2 points par mécanisme, maximum 8)

■ Question 5

Quel est le mécanisme de la diarrhée chez cette patiente ? Quel élément manque-t-il dans l'observation en faveur de ce mécanisme ? Quel test confirmerait votre hypothèse ? (8)

- Diarrhée motrice (4) devant des selles impérieuses postprandiales précoces, présence d'aliments non digérés du repas précédent, pas de selles nocturnes, amélioration par le jeûne (la nuit par exemple)
- L'élément manquant est l'amélioration de la diarrhée par les ralentisseurs du transit (2), par exemple le loperamide = Imodium®
- Le test au rouge carmin (2) confirme la diarrhée motrice, lorsque la première selle colorée apparaît moins de 6 heures après l'ingestion et la dernière avant 24 heures

■ Question 6

Quelles sont les principales étiologies à évoquer dans ce cadre ? (11)

- Hyperthyroïdie (2)
- Tumeurs carcinoides (1) (sécrétion de substances vaso-actives)
- Cancer médullaire de la thyroïde (1) (diarrhée par sécrétion de calcitonine)
- Vagotomie (1)
- Dysautonomie (2) d'origine périphérique : diabète (1), amylose ; ou d'origine centrale (syndrome de Shy-Drager = syndrome dégénératif héréditaire avec atteinte du système nerveux autonome...)
- Colopathie fonctionnelle (3) : diagnostic d'élimination

■ Question 7

Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (12)

- Hyperthyroïdie (3) dans le cadre d'une maladie de Basedow (2)
- Hyperthyroïdie devant : diarrhée motrice, tachycardie (1) sinusale, hypertension artérielle systolique, tremblements (1) des extrémités, amaigrissement malgré une hyperphagie (1), fébricule, sueurs
- Maladie de Basedow devant : terrain (femme jeune) (1) ; goitre (1) homogène, mobile à la déglutition, indolore, soufflant (1), non compressif ; l'orbitopathie basedowienne avec exophtalmie (1)

■ Question 8

Quelles autres étiologies sont à évoquer devant une diarrhée chronique avec amaigrissement malgré une polyphagie ? (6)

- Diabète décompensé (1)
- Causes de diarrhée par malabsorption (2) : insuffisance pancréatique exocrine par pancréatite chronique ou cancer du pancréas, pullulation microbienne du grêle, maladie cœliaque (1), maladie de Crohn, lymphome du grêle, entéocolite radique, résection étendue du grêle, déficit immunitaire commun variable, maladie de Whipple, lymphangiectasies
- Parasitose digestive : lambliaose (= giardiase) (2)

■ Items de l'ECN

- 241 - Goitre et nodule thyroïdien.
- 246 - Hyperthyroïdie.
- 295 - Amaigrissement.
- 303 - Diarrhée chronique.

Commentaires et rappels

Diarrhée chronique

- Emission continue ou intermittente de selles de poids > 300 g/j (débit fécal moyen) pendant plus d'1 mois.
- En pratique : selles trop fréquentes (> 3/j) et/ou trop liquides depuis > 1 mois
- Confirmation par le fécalogramme : poids des selles et donc débit fécal
- Toujours éliminer les diagnostics différentiels : fausse diarrhée du constipé (alternance diarrhée-constipation, diarrhée suivant l'exonération d'un bouchon de selles dures), incontinence anale
- Toujours évaluer le retentissement en recherchant des carences :
 - signes cliniques :
 - œdèmes des membres inférieurs, anasarque (hypo albuminémie)
 - crampes musculaires, tétanie (Ca, Mg, K)
 - neuropathie périphérique (B1, B12)
 - syndrome anémique : pâleur, malaises, tachycardie
 - alopecie, ongles cassants (fer, zinc)
 - syndrome hémorragique : hématomes, gingivorragie, épistaxis (vitamine K)
 - douleurs osseuses (ostéomalacie)
- Biologie :
 - anémie : microcytaire par carence martiale, macrocytaire par carence folates/B12, normocytaire avec double population érythrocytaire par carence fer + folates/B12
 - hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie
 - carence en vitamine D : hypocalcémie, hypocalciurie, hypophosphorémie, augmentation des PAL
 - hypo albuminémie, diminution de la pré-albumine, hypocholestérolémie
 - carence en vitamine K : diminution du TP avec facteur V normal

Connaître la colite microscopique

- Maladie inflammatoire chronique de la muqueuse colique se manifestant par une diarrhée chronique avec aspect endoscopique macroscopique normal
- Biopsies étagées : perte d'intégrité de l'épithélium de surface, augmentation du nombre des lymphocytes intra-épithéliaux, infiltrat inflammatoire de la lamina propria avec prédominance de cellules mononucléées
- Deux types :
 - colite lymphocytaire : infiltration lymphoplasmocytaire du chorion
 - colite collagène (femme ++) : augmentation d'épaisseur de la bande collagène sous-épithéliale
- Physiopathologie inconnue : association de pathologies dysimmunitaires, médicaments (AINS, veinotoniques), infection bactérienne à *Yersinia*...
- Traitement symptomatique ++, si inefficace rajouter des corticoïdes : budésônide

Diarrhée et infection VIH

- Sérologie VIH positive, penser alors à :
 - cryptosporidiose : diarrhée abondante malabsorption + sécrétoire : surtout avec CD4 < 100/mm³
 - *Isospora belli* : diarrhée sécrétoire + fièvre
 - microsporidiose : diarrhée sécrétoire : surtout si CD4 < 100/mm³
 - *Mycobacterium avium intracellulare* : surtout si CD4 < 100/mm³
 - CMV : colite : coloscopie + biopsies
 - tumeurs : sarcome de Kaposi, lymphome intestinal B
 - médicaments : antiprotéases +++
 - virus VIH lui-même

Diarrhées médicamenteuses

- Laxatifs ! : osmotiques ou irritatifs
- AINS : diarrhée simple, colite microscopique, réactivation MICI
- Magnésium : diarrhée osmotique
- Sels d'or : diarrhée immuno-allergique
- Biguanides : diarrhée sécrétoire
- Colchicine : diarrhée sécrétoire
- Antibiotiques
- Antiprotéases

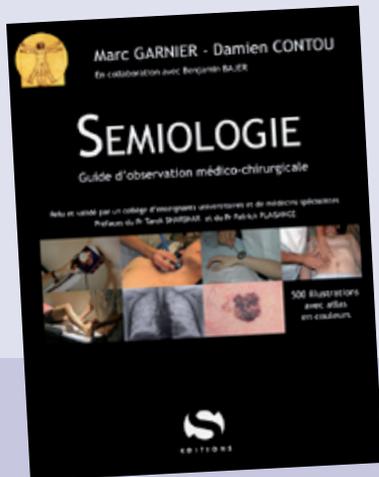
Mécanismes et étiologies des diarrhées chroniques

| Mécanisme | Physiopathologie | Tableau clinique/paraclinique | Causes les plus fréquentes |
|-------------------------|--|---|---|
| Motrice +++ | Accélération du transit ⇒ temps de contact insuffisant pour permettre l'absorption (surtout de l'eau) | Selles impérieuses postprandiales précoces Présence d'aliments non digérés du repas précédent Peu abondante, pas de selle nocturne, souvent selle matinale Amélioration par le jeûne et +++ ralentisseurs du transit Test au rouge carmin : 1 ^{re} selle colorée < 6h (dernière < 24h) | Colopathie fonctionnelle (mais attention, diagnostic d'élimination !) Hyperthyroïdie Dysautonomie : diabète... Tumeurs carcinoïdes |
| Malabsorption ++ | Pré-entérocytaire (= maldigestion) Entérocytaire Post-entérocytaire | Stéatorrhée clinique (selles grasses, flottantes avec auréole huileuse) + dosage > 6 g/j Amaigrissement malgré polyphagie Syndrome carenciel clinique + biologique | Maladie cœliaque Maladie de Crohn Insuffisance pancréatique exocrine |
| Exsudative + | Perte excessive de protéines dans la lumière digestive (fuite de lymphes, mucus, plasma) | Œdèmes des membres inférieurs, ascite, épanchement pleural ± Syndrome carenciel, épanchements chyleux Hypo albuminémie, hypo gammaglobulinémie, lymphopénie Clairance α 1-antitrypsine augmentée (> 20 ml/j) | Entéropathies exsudatives Infection, MICI, tumeurs, maladie de Ménétrier, maladie cœliaque, cause lymphatique (lymphangiectasie, obstacle au drainage lymphatique) |
| Sécrétoire + | Sécrétion intestinale d'eau et/ou électrolytes | Ne cède pas au jeûne +++ Diarrhée abondante > 500 g/24h Trou osmotique fécal N (< 50 mOsm/kg) Hypokaliémie | Colite microscopique Maladie des laxatifs (irritants) Adénome villositéux Parasitose digestive |
| Osmotique + | Substances osmotiquement actives dans la lumière du tube digestif ⇒ appel d'eau | Cède au jeûne (sauf prise cachée) Trou osmotique fécal très augmenté (> 125 mOsm/kg) Substance retrouvée dans les selles/affaires personnelles | Laxatifs osmotiques Magnésium Déficit en lactase |
| Volumogénique | Sécrétion gastrique augmentée | Diarrhée hydrique peu abondante ± Malabsorption associée Ulcère | Syndrome de Zollinger-Ellison |

« Comprendre par les dossiers D2/D3 » La collection incontournable pour valider vos partiels !

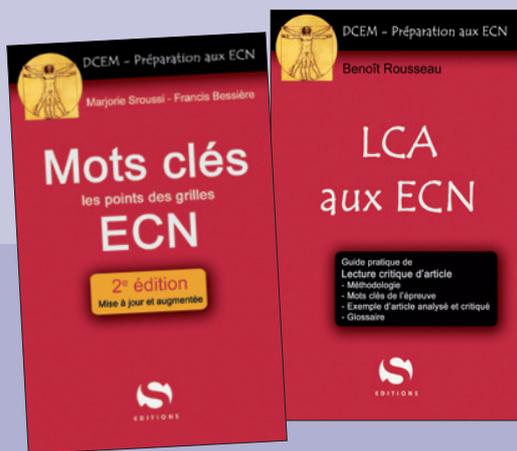
Titres disponibles dans la collection : Cardiologie • Dermatologie • Endocrinologie • Gériatrie • Gynécologie et obstétrique • Hématologie • Hépato-gastro-entérologie • Pédiatrie • Pneumologie • Psychiatrie • Urologie.
À paraître : Neuro-neurochirurgie • Rhumatologie

S-éditions : de la validation des partiels à la réussite des ECN

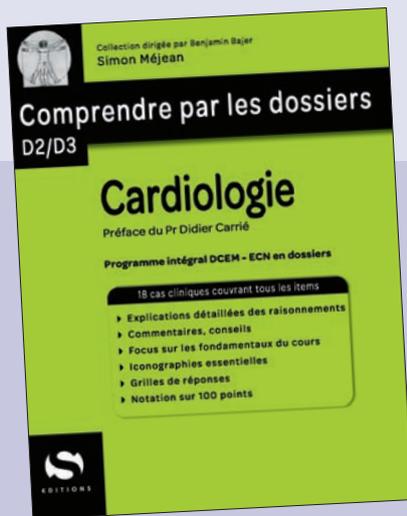


◀ Sémiologie : à partir de P2.
Relu et validé par un collège
d'enseignants universitaires et de
médecins spécialistes.
+ de 500 illustrations.

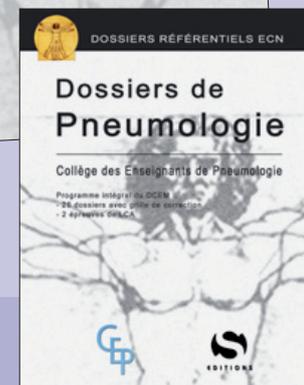
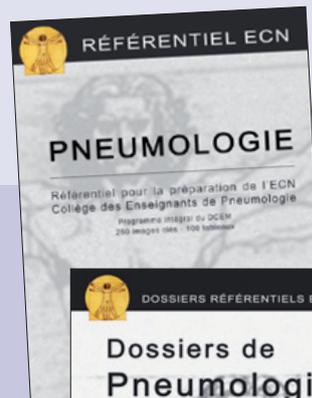
Pneumologie : à partir de D2.
Le référentiel national de
préparation de l'ECN.
Rédigé par le collège national de
pneumologie. ▼



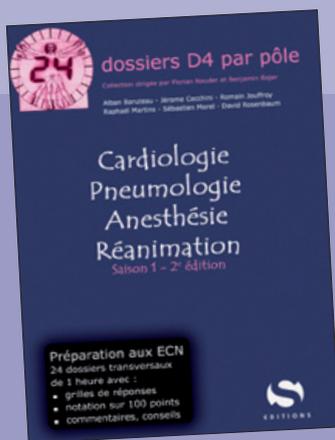
▲ Coll. ECN préparation :
à partir de D3.
Gagnez du temps et des points.
Tous les trucs et astuces des
conférenciers.



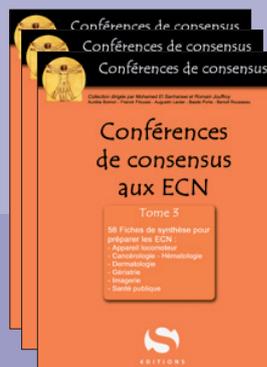
▲ Coll. Comprendre par les
dossiers D2/D3 : à partir de D2.
Tous les items du programme DCEM
traités en dossier pour consolider
vos acquis et valider vos partiels.



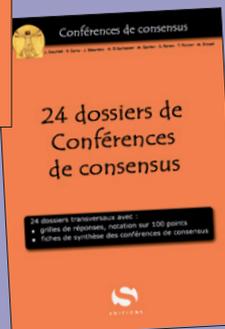
▲ Dossiers de Pneumologie
: à partir de D2.
Dossiers référentiels ECN.
Rédigé par le collège
national de pneumologie.



Coll. 24 dossiers D4 par pôle :
à partir de D3.
Dossiers transversaux « dernier tour »
de mise en situation réelle aux ECN.
Toutes les difficultés et les pièges
détaillés par les conférenciers. ▶



Coll. ECN consensus :
à partir de D3.
Fiches de synthèse et
dossiers de conférence
de consensus
indispensable pour se
préparer aux ECN. ▶



D1

D2

D3

D4



EDITIONS

www.s-editions.com

Ce dossier est offert par :

Unithèque
livres & outils du savoir.com