

-Diarrhées aigües :

■ **Les diarrhées aigües sécrétoires :**

- très abondantes
- aqueuses
- peuvent être d'origine virale, bactérien
- secondaire une production d'une entérotoxine
- entraîne une déshydratation
- peut nécessiter une hospitalisation avec mise en condition et traitement
- plus graves chez les âges extrêmes

■ **Les diarrhées aigües entéro-invasives :**

- glairo-sanglantes, peu abondantes
- se manifeste par une dysenterie
- peuvent se compliquer : -perforation/ hémorragies abondantes / sepsis = septicémies / colectasie = mégacôlon
- peut être d'origine virale ou parasitaire
- s'accompagne d'un syndrome dysentérique
- nécessite des explorations biologiques
- les ralentisseurs de transit sont une contre-indication
- peut nécessiter une antibiothérapie

■ **Les diarrhées aigües sécrétoires du voyageur :**

- 3/4 jours à l'arrivée ou du retour
- accompagnée de douleurs abdominales et vomissements
- peut être secondaire à la consommation d'eau contaminée
- souvent due à E. Coli entérotoxigène

-Diarrhées chroniques :

■ **Diarrhées chroniques exsudatives :**

- sont secondaires à une fuite des protéines dans la lumière digestive
- peuvent être dues à un obstacle lymphatique
- peuvent être secondaire à des lymphomes
- confirmée par une clairance en alpha 1 anti-trypsine >20ml

■ Parmi les étiologies de la diarrhée par malabsorption :

- une résection iléale (intestinale en général)
- une maladie pancréatique
- une maladie coéliquaue
- une maladie de Crohn
- une maladie de Whipple
- atrophie villositaires : giardase

■ Une diarrhée motrice est caractérisée par :

- répond au jeune
- elle est impérieuse (urgente)
- peut contenir des aliments non digérés, résidus alimentaires
- répond aux ralentisseurs de transit

■ Les éléments évoquant une diarrhée osmotique :

- elle cède au jeune
- trou osmotique élevé
- carence en lactases

■ Les diarrhées sécrétoires :

- abondantes hydriques >500ml/jr
- ne cède pas au jeune
- absence de trou osmotique

-La constipation

■ Les éléments sémiologiques définissant une constipation :

- le nombre de selles inférieur à 3 par semaine
- la difficulté à l'exonération
- une émission de selles difficiles à expulser

■ La constipation maladie :

- est ancienne
- la cause la plus fréquente de constipation
- peut être liée à une inertie colique, un colon spastique, une dyschésie, un anisme, un périnée descendant
- peut être associées à un ballonnement, une douleur abdominale, pas de besoin entre les exonérations

■ Les diarrhées chroniques qui répondent au jeune sont : les diarrhées motrices et les diarrhées osmotiques

■ La constipation organique :

- peut être secondaire à un cancer u colon
- peut être secondaire à une maladie neurologique
- peut être secondaire à une prise médicamenteuse
- est suspecté lorsque le patient a un trouble de transit associé

■ Une constipation chronique peut se compliquer de

- hémorroïdes
- fissure anale
- prolapsus
- éventration – hernie
- fécalome -diverticulose

■ Les signes d'alarmes au cours d'une constipation sont :

- un amaigrissement important (altération de l'état général)
- l'association à des émissions glairo-sanglantes par l'anus
- l'association à des épreintes = douleur abdominale d'origine colique
- l'association à une masse abdominale

■ La constipation est un trouble de transit qui :

- nécessite une exploration s'il est associé à des rectorragies
- indique la réalisation d'une coloscopie en cas d'amaigrissement
- peut être de progression ou terminale
- peut se compliquer d'hémorroïdes, de fissure anale

■ On réalise une coloscopie chez un patient consultant pour une constipation si :

- amaigrissement, anémie, émissions glairo-sanglantes
- si la constipation est récente ou d'aggravation récente
- si on a un signe en faveur d'une cause organique :une masse abdominale, une hépatomégalie tumorale

-Les ictères :

■ Les signes cliniques évoquant un ictère cholestatique :

- les selles décolorées
- les urines sont de couleur foncée
- un test de Koller positif = malabsorption du vitamine K
- malabsorption des vitamines ADEK
- un prurit

-L'insuffisance hépatocellulaire :

■ Les signes cliniques en faveur d'une insuffisance hépatocellulaire sont :

- une asthénie profonde
- un ictère
- une foetor hepaticus = odeur
- des troubles de conscience
- une astérix
- un coma sans signes de localisation
- une hypersensibilité aux médicaments
- des épistaxis et des hémorragies gingivales
- purpura et ecchymoses faciales
- des œdèmes des membres inférieurs
- une gynécomastie, une féminisation et une dépilation
- une atrophie testiculaire et impuissance sexuelle
- une atrophie mammaire et aménorrhée secondaire
- une stérilité
- des ongles blanc
- un hippocratisme digital
- une érythrose palmaire
- des angiomes stellaires

■ Les signes biologiques :

- une hypoalbuminémie
- une hypocholestérolémie
- une hypoglycémie
- un TP taux de prothrombine bas
- un taux de facteur de croissance V bas
- +une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée
- +une hyperammoniémie