



Diarrhée chronique pas de panique!

1

Céline Beaulieu

M^{me} Tremblay, 46 ans, vous consulte pour une diarrhée évoluant depuis plus de six mois. Constipée de longue date, elle présente maintenant quatre selles molles et défaites par jour, mais rarement la nuit. Elle se plaint également d'inconfort abdominal, de ballonnements et de flatulences très inconfortables. Elle n'a ni rectorragies, ni perte de poids, ni antécédents familiaux de maladie inflammatoire intestinale ni cancer colorectal. Pouvez-vous régler son problème ?

LA DIARRHÉE CHRONIQUE touche environ 5 % de la population¹. On la définit comme une diminution de la consistance des selles, associée ou non à une augmentation de la fréquence de défécation (plus de 3 fois par jour), évoluant depuis plus de quatre semaines. Son approche peut paraître complexe, et son diagnostic différentiel est très vaste (*tableau I*). Dans les pays développés, les causes les plus fréquentes sont les maladies inflammatoires de l'intestin, la malabsorption (comme l'intolérance au lactose et la maladie cœliaque), les infections chroniques, en particulier chez les patients immunodéprimés, mais surtout le syndrome du côlon irritable², dont la prévalence dans la population nord-américaine varie de 10 % à 15 % (*encadré 1*)³. Ainsi, un court bilan peut être suffisant pour la plupart des patients.

La diarrhée chronique : fonctionnelle ou organique ?

Les délais d'accès à un spécialiste et à des examens spécialisés étant souvent importants, il importe d'évaluer rapidement la probabilité que notre patient souffre d'une affection organique plutôt que d'un trouble digestif fonctionnel. Plusieurs signes d'alarme doivent vous faire prio-

Tableau I

Causes de diarrhée chronique¹

Liées au côlon

- ☉ Cancer du côlon
- ☉ Colite ulcéreuse
- ☉ Maladie de Crohn
- ☉ Colite microscopique (lymphocytaire et collagène)

Liées à l'intestin grêle

- ☉ Maladie cœliaque
- ☉ Maladie de Crohn
- ☉ Giardiase (et autres infections chroniques)
- ☉ Déficit en disaccharidase (ex. : intolérance au lactose)
- ☉ Pullulation bactérienne
- ☉ Ischémie mésentérique
- ☉ Entérite radique
- ☉ Lymphome
- ☉ Autres entéropathies (maladie de Whipple, sprue tropicale, amyloïdose, lymphangiectasie intestinale)
- ☉ Malabsorption des sels biliaires

Liées au pancréas

- ☉ Pancréatite chronique
- ☉ Cancer du pancréas
- ☉ Fibrose kystique

Liées aux hormones

- ☉ Hyperthyroïdie
- ☉ Diabète
- ☉ Hypoparathyroïdie
- ☉ Maladie d'Addison
- ☉ Tumeurs endocrines (vipome, gastrinome, tumeur carcinoïde)

Autres

- ☉ Médicaments
- ☉ Alcool
- ☉ Diarrhées factices
- ☉ Causes chirurgicales (résection du grêle, fistules)
- ☉ Neuropathie autonome

riser l'évaluation d'un patient au lieu d'un autre.

L'anamnèse

L'évaluation initiale d'un problème de diarrhée chronique doit commencer par une anamnèse et un

La D^{re} Céline Beaulieu, gastro-entérologue, exerce au Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Encadré 1

Le syndrome du côlon irritable^{3,6,7}

Le syndrome du côlon irritable est une affection très prévalente qui engendre une morbidité, un absentéisme et des coûts très élevés pour la société. Plus du tiers des patients suivis en gastroentérologie souffrent de troubles digestifs fonctionnels, le plus fréquent étant le syndrome du côlon irritable. Ce dernier se caractérise par de la douleur ou un inconfort abdominal classiquement soulagé par le passage des selles. Son apparition est associée à un changement de la fréquence ou de la forme (apparence) des selles. Les patients peuvent présenter un problème de constipation, de diarrhée ou une alternance des deux. Le ballonnement, le passage de mucus, l'urgence de défécation et la sensation de vidange incomplète sont d'autres symptômes fréquemment signalés. Une fois le diagnostic posé, le traitement consiste à éduquer et à rassurer le patient, à l'amener à modifier son alimentation et son style de vie et à lui procurer un soutien pharmacologique au besoin, en visant initialement le symptôme prédominant (douleur, constipation ou diarrhée).

Tableau II

Éléments clés de l'anamnèse⁴

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- ☉ Diabète
- ☉ Pancréatite
- ☉ Radiothérapie
- ☉ Intervention chirurgicale à l'abdomen (cholécystectomie, résection intestinale, vagotomie)

Antécédents familiaux

- ☉ Cancer colorectal
- ☉ Maladie inflammatoire de l'intestin
- ☉ Maladie cœliaque

Médicaments et produits naturels

Habitudes de vie

- ☉ Alimentation : fibres, fruits, légumes, jus, caféine, édulcorants (sorbitol), produits laitiers et alcool
- ☉ Facteurs de risque de VIH
- ☉ Voyage
- ☉ Eau de puits non traitée

Atteinte extra-intestinale de maladie inflammatoire de l'intestin

Incontinence

Tableau III

Signes d'organicité de la diarrhée chronique^{1,5}

Anamnèse

- ☉ Début abrupt et récent (moins de 3 mois)
- ☉ Diarrhées constantes (plutôt qu'intermittentes)
- ☉ Diarrhées nocturnes
- ☉ Perte de poids importante (> 10 %)
- ☉ Rectorragies

Examen physique

- ☉ Déshydratation
- ☉ Anémie (pâleur, tachycardie)
- ☉ Goitre
- ☉ Masse abdominale
- ☉ Examen anorectal (atteinte périanale, masse rectale, sang, tonus)
- ☉ Aphtes buccaux
- ☉ Érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*, dermatite herpétiforme

examen physique minutieux ciblés sur la recherche de signes d'alarme et d'indices d'organicité (tableaux II et III). Un changement récent ou abrupt des habitudes de défécation plutôt qu'un problème existant depuis de nombreuses années vous fera pencher pour une cause organique, alors qu'une alternance entre diarrhée et constipation évoquera plutôt un syndrome du côlon irritable. Des diarrhées nocturnes, une perte de poids importante et des rectorragies

sont des signes d'alarme qui justifient une évaluation plus urgente.

Recherchez aussi des symptômes d'atteinte extra-intestinale d'une maladie inflammatoire de l'intestin : aphtes buccaux, arthrite, atteinte oculaire (uvéite, conjonctivite), atteinte cutanée (érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*). Par ailleurs, une dermatite herpétiforme peut indiquer une maladie cœliaque.

Il faut s'informer de la présence d'incontinence fécale, rarement avouée d'emblée. Il pourrait bien s'agir du problème principal du patient qui préfère en parler comme d'un problème de diarrhée (voir l'article du D^r Bouin intitulé : « La fable du médecin sourd et du patient muet », dans ce numéro).

Tableau IV**Causes médicamenteuses fréquentes de diarrhée**

- ☉ Antiacides et réducteurs d'acidité
 - ☉ agents contenant du magnésium
 - ☉ anti-H₂ (ranitidine)
 - ☉ inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole)
- ☉ Antibiotiques (la plupart)
- ☉ Antihypertenseurs (bêtabloquants)
- ☉ Anti-inflammatoires (AINS, colchicine, AAS)
- ☉ Antinéoplasiques
- ☉ Antirétroviraux
- ☉ Antiarhythmisants (quinidine)
- ☉ Autres :
 - ☉ misoprostol
 - ☉ théophylline
- ☉ Médicaments et herbes laxatives (senné, cascara, etc.)
- ☉ Suppléments minéraux et vitaminiques

Tiré de : Schiller LR, Sellin JH. Diarrhea. Dans : Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, rédacteurs. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8^e éd. Philadelphie : Saunders Elsevier ; 2006. p. 166. Reproduction autorisée.

Les antécédents personnels de votre patient peuvent également vous mettre sur des pistes importantes. Un patient atteint de diabète peut avoir une maladie cœliaque associée, une diarrhée causée par les hypoglycémifiants oraux (metformine, acarbose) ou encore une dysautonomie diabétique. Des antécédents de radiothérapie ou de chirurgie abdominale, en particulier une cholécystectomie, une résection intestinale ou une vagotomie, soulèveront aussitôt de nouvelles possibilités diagnostiques. Quant à l'immunodépression, elle évoque un tout autre diagnostic différentiel qui n'est pas couvert dans cet article.

Un autre point important de l'anamnèse est la prise de médicaments, y compris les produits en vente libre et naturels (*tableau IV*). Il faut interroger directement le patient sur l'emploi de laxatifs. Certains vous diront en utiliser malgré les diarrhées qui s'ensuivent, sous prétexte d'une sensation de vidange incomplète ou de constipation souvent associée à un problème de côlon irritable. La diarrhée factice provoquée volontairement par la consommation de laxatifs est évidemment plus difficile à démasquer. Vous devez y

Tableau V**Bilan paraclinique initial¹**

- ☉ Formule sanguine
- ☉ Vitesse de sédimentation ou protéine C réactive
- ☉ Électrolytes, créatinine
- ☉ Calcium, phosphore, magnésium
- ☉ Bilan hépatique
- ☉ TSH
- ☉ Albumine
- ☉ Vitamine B₁₂, acide folique
- ☉ RIN
- ☉ Antitransglutaminase
- ☉ *Clostridium difficile*
- ☉ Culture de selles
- ☉ Recherche d'œufs et de parasites dans trois selles différentes

penser chez les patients ayant des antécédents de troubles alimentaires ou factices ou obtenant des gains secondaires évidents².

Lorsque vous ne trouvez pas de symptômes d'alarme ni de causes manifestes à l'anamnèse, une revue ciblée de l'alimentation doit être faite. Une consommation importante de produits laitiers chez le patient intolérant au lactose (voir l'article du D^r Karazivan intitulé : « Comment ne pas se dégonfler devant un patient ballonné », dans ce numéro) ou encore un excès d'alcool ou de caféine peuvent expliquer les symptômes de votre patient. Le sorbitol, présent entre autres dans la gomme sans sucre, tout comme une quantité excessive de fructose (jus de fruits, sirop de maïs) peuvent provoquer une diarrhée osmotique.

L'examen physique

L'examen physique peut également vous fournir des indices importants. Des signes d'anémie, de déshydratation ou d'amaigrissement vous feront envisager une cause organique. Des manifestations extra-intestinales de maladie inflammatoire peuvent également être présentes. L'examen anoctal est aussi indispensable. Un orifice périanal qui comporte une fistule, un abcès périanal ou des marisques géantes vous fera penser à une maladie de Crohn, alors qu'un tonus anal diminué vous mettra sur la piste d'un problème d'incontinence.



Photo 1. Côlon normal (transverse)

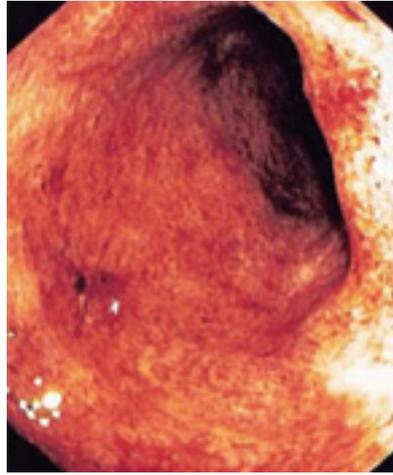


Photo 2. Colite ulcéreuse (sigmoïde)

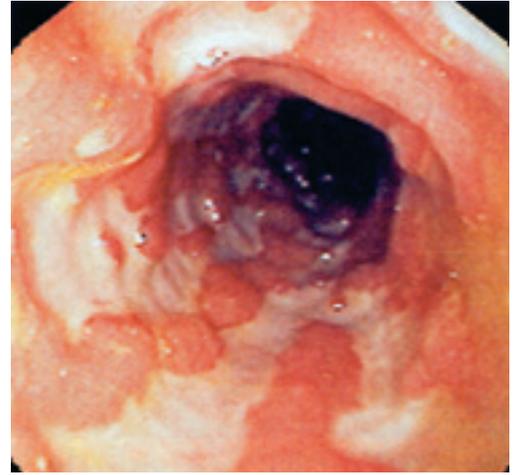


Photo 3. Colite de Crohn (ulcères serpiginoux, angle splénique)

Tiré de : Emory TS, Carpenter HA, Gostout CJ et coll. *Atlas of Gastrointestinal Endoscopy & Endoscopic Biopsies*. Washington : Armed Forces Institute of Pathology and American Registry of Pathology ; 2000. p. 323. Reproduction autorisée.

Les examens paracliniques

Après avoir minutieusement interrogé et examiné M^{me} Tremblay, vous n'avez trouvé aucun signe d'alarme. Sa diarrhée demeure donc inexpliquée. Que ferez-vous à cette étape ? La rassurer ? Poursuivre l'évaluation ?

Une fois que vous avez vérifié qu'il s'agit bien de diarrhée chronique, et non d'incontinence ni d'une utilisation inappropriée de laxatifs, et qu'il n'y a pas de causes médicamenteuses évidentes, un bilan de base s'impose chez tous les patients, même en l'absence de symptômes d'alarme. L'absence de signes et de symptômes d'organicité, même combinée à la présence de critères cliniques du syndrome du côlon irritable, n'a qu'une spécificité de 52 % à 74 % selon les critères utilisés et n'exclut donc pas avec suffisamment de certitude un processus organique¹.

Par conséquent, vous devez demander un certain bilan paraclinique (tableau V). Vous êtes à la recherche d'une anémie inflammatoire ou ferriprive, d'une leucocytose, d'indices de malabsorption, comme une diminution de la vitamine B₁₂, d'une hypoalbuminémie, d'un état ferriprive ou d'une élévation du RIN. Bien que la diarrhée chronique soit rarement d'origine bactérienne, on suggère tout de même de faire des cultures de selles, mais surtout de rechercher la

présence d'œufs et de parasites qui sont plus souvent la cause d'une diarrhée chronique. La recherche de *Clostridium difficile* s'impose également en cas d'antibiothérapie récente.

Quand diriger le patient vers un spécialiste et quand arrêter l'évaluation ?

Vous avez demandé un bilan de base pour M^{me} Tremblay que vous revoyez un mois plus tard à votre cabinet. Les résultats sont parfaitement normaux. Vous commencez à la rassurer en lui expliquant qu'elle n'a probablement rien de grave. Elle vous demande alors comment vous expliquez ses diarrhées, et si vous comptez faire autre chose.

Vous vous trouvez alors face à un dilemme : devez-vous lui expliquer qu'elle a le syndrome du côlon irritable ou lui faire passer d'autres examens ? Devriez-vous la diriger vers un gastro-entérologue ou demander une endoscopie si vous avez accès à cet examen ?

La coloscopie dans la diarrhée chronique

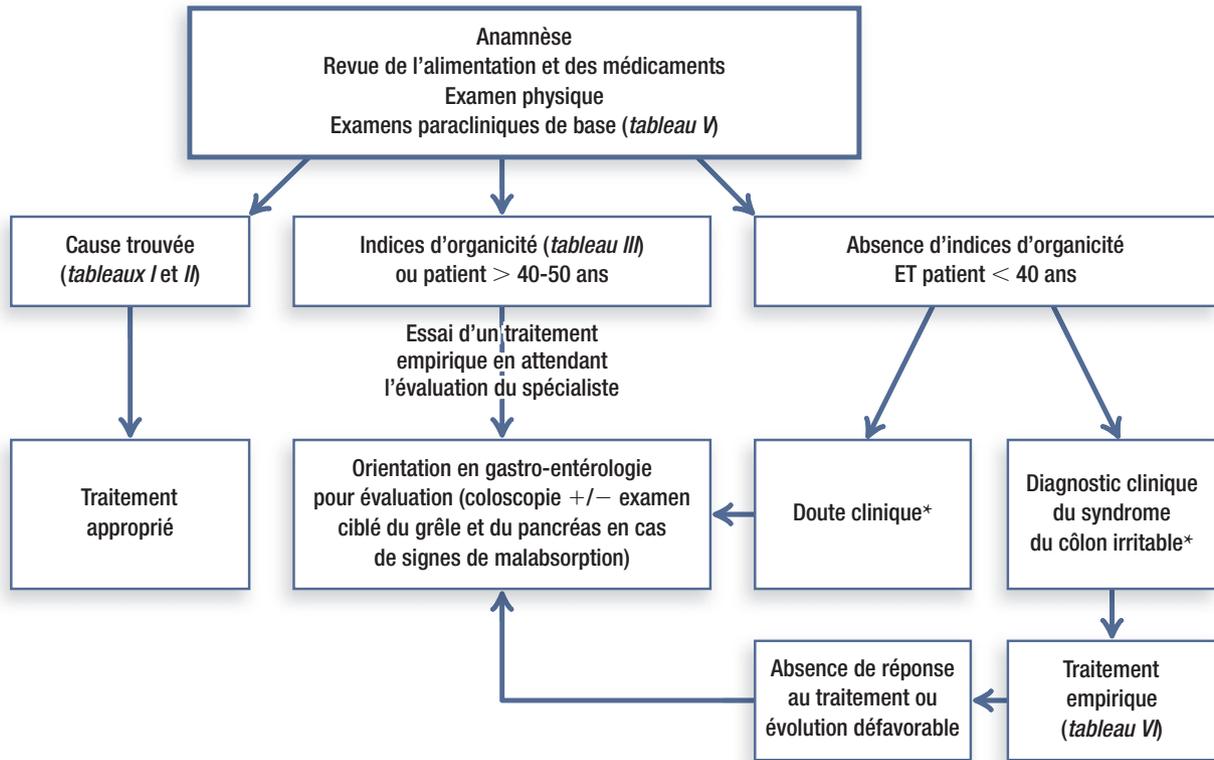
Le diagnostic différentiel de la diarrhée chronique

L'absence de signes et de symptômes d'organicité, même combinée à la présence de critères cliniques du syndrome du côlon irritable, n'a qu'une spécificité de 52 % à 74 % selon les critères utilisés et n'exclut donc pas avec suffisamment de certitude un processus organique.

Repère

Figure

Approche du patient souffrant de diarrhée chronique¹



* Des selles pesant moins de 200 g par jour peuvent appuyer un diagnostic présomptif de syndrome du côlon irritable.

est tellement vaste qu'il est difficile, même pour un spécialiste, d'être parfaitement convaincu qu'il n'y a aucune cause organique sous-jacente. La situation est beaucoup plus facile lorsque la diarrhée existe de très longue date sans signe d'alarme, et encore plus si le patient présente la classique alternance constipation et diarrhée associée à des douleurs abdominales évoquant fortement un syndrome du côlon irritable.

La coloscopie s'impose chez les patients de plus de 50 ans présentant un changement dans les habitudes de défécation, et même dès 40 ans en présence d'antécédents familiaux positifs, afin d'exclure la possibilité d'un cancer colorectal. Des anomalies de la mu-

queuse, telles qu'une colite (photos 1 à 3) ou une iléite inflammatoire, peuvent facilement passer inaperçues lors du lavement baryté, qui a peu d'utilité dans l'évaluation d'une diarrhée chronique.

Il est donc pertinent d'orienter en spécialité tout patient dont les diarrhées ont commencé après 40 ou 50 ans ou qui présente des signes d'alarme ou d'organicité. Le patient plus jeune ayant un tableau de syndrome du côlon irritable peut initialement être traité empiriquement, puis envoyé en gastro-entérologie selon l'évolution (figure). Si les diarrhées ne répondent pas à un traitement symptomatique (tableau VI), une évaluation endoscopique est utile afin d'exclure

Il est pertinent d'orienter en spécialité tout patient dont les diarrhées ont commencé après 40 ou 50 ans ou qui présente des signes d'alarme ou d'organicité. Le patient plus jeune ayant un tableau de syndrome du côlon irritable peut initialement être traité empiriquement, puis envoyé en gastro-entérologie selon l'évolution.

Repère

Tableau VI

Traitements empiriques de la diarrhée chronique⁴

Diagnostic soupçonné	Traitement empirique
Diarrhée médicamenteuse	Arrêt du médicament problématique
Intolérance au lactose	Essai d'un régime sans lactose
Giardiase	Métronidazole (Flagyl)
Diarrhée cholérétique (cholécystectomie, résection iléale)	Cholestyramine (Questran)*
Diarrhée inexplicée, syndrome du côlon irritable	Cholestyramine (Questran)*, lopéramide (Imodium) [†] , diphénoxylate et atropine (Lomotil) [†] , psyllium (Metamucil)

* Peut interférer avec l'absorption des autres médicaments.

[†] Éviter en cas de possibilité d'une colite inflammatoire ou infectieuse (risque de mégacôlon toxique).

une maladie inflammatoire plus fruste cliniquement ou une colite microscopique (*encadré 2*).

Les examens des selles

Les différents examens des selles sont, quant à eux, beaucoup moins utilisés. La pesée des selles de 48 ou de 72 heures peut vous aider à confirmer un diagnostic de syndrome du côlon irritable, auquel cas le poids sera inférieur à 200 g par jour. Si vous soupçonnez une diarrhée factice, il vaut mieux effectuer la pesée sous surveillance intrahospitalière. D'autres analyses de selles (pH, trou osmolaire, graisses fécales, etc.) peuvent être demandées, mais elles sont en général réservées aux diarrhées dont les causes restent obscures après l'évaluation usuelle.

Les autres examens

Bien que la coloscopie demeure un des examens les plus « payants » dans l'évaluation de la diarrhée chronique du fait qu'elle permet d'établir un diagnostic précis dans plus de 15 % à 30 % des cas⁹, elle sert à examiner uniquement les dernières anses de l'iléon terminal (quand l'iléoscopie est réussie) et non de repérer les affections du grêle plus proximal. Une œsophagogastroduodénoscopie (OGD) permet d'effectuer des biopsies duodénales et ainsi de confirmer la présence d'une giardiase (*photo 4*) ou d'une maladie

coeliaque. Le transit du grêle, pour sa part, permettra d'évaluer le reste du grêle et pourrait mettre en évidence une maladie de Crohn ou évoquer un problème de malabsorption. Des tests respiratoires peuvent également vous aider à confirmer une intolérance au lactose ou au fructose (voir l'article du D^r Karazivan dans ce numéro) ou une pullulation bactérienne.

Peut-on tenter un traitement empirique ?

Vous avez envoyé votre patiente en gastro-entérologie pour obtenir l'opinion d'un spécialiste et lui faire passer une éventuelle coloscopie. Elle vous rappelle pour vous dire que les délais d'attente sont de près d'un an et que ses symptômes l'incommodent de plus en plus. Pouvez-vous sans danger la traiter empiriquement ?

Plusieurs traitements empiriques peuvent être tentés en cas de doute clinique, que ce soit pour soulager les symptômes avant une évaluation plus poussée ou pour confirmer une hypothèse diagnostique^{4,10} (*tableau VI*). Si l'on soupçonne une diarrhée médicamenteuse, la première étape est idéalement de cesser ou de remplacer l'agent. Si cela fonctionne, vous éviterez alors une évaluation inutile. Un essai d'arrêt du lactose devrait aussi être tenté, puisque l'intolérance au lactose peut toucher jusqu'à 20 % de la population¹¹ (*voir l'article du D^r Karazivan*).

Comme la sensibilité de la recherche d'œufs et de

Plusieurs traitements empiriques peuvent être tentés en cas de doute clinique, que ce soit pour soulager les symptômes avant une évaluation plus poussée ou pour confirmer une hypothèse diagnostique.

Repère

Encadré 2**La colite microscopique**

Le tableau clinique de la colite microscopique (colite lymphocytaire et colite collagène) est semblable à celui du syndrome du côlon irritable. L'aspect endoscopique est normal. Le diagnostic se fait à l'aide de biopsies coliques au cours de la coloscopie. Bien qu'hommes et femmes de tous âges puissent en être atteints, la colite microscopique touche classiquement les femmes de 50 à 70 ans. Il s'agit d'une micro-inflammation colique d'origine indéterminée, bénigne et aussi fréquente que les maladies inflammatoires de l'intestin dont elle ne fait pas partie. Un lien avec des maladies auto-immunes est souvent noté. Il y a également une association importante avec la maladie cœliaque, qui doit être dépistée chez cette population. Le traitement initial est symptomatique seulement (antidiarrhéiques), mais un certain nombre de patients présenteront des symptômes plus importants nécessitant parfois une corticothérapie (budésonide ou prednisone). Cette entité a fait l'objet d'un article récemment dans *Le Médecin du Québec*⁸.

parasites dans les selles varie de 50 % à 70 % (90 % si trois échantillons sont examinés)¹², il est également raisonnable d'essayer le métronidazole si vous pensez à une giardiase (consommation d'eau non traitée, voyage).

Devant l'absence de signes de colite inflammatoire ou infectieuse, vous pouvez tenter un antidiarrhéique tel que le loperamide (Imodium), le diphénoxylate avec atropine (Lomotil) ou le bismuth (Pepto-Bismol). La cholestyramine (Questran) est aussi un bon agent, en particulier en cas de diarrhée postcholécystectomie. Si le patient présente des douleurs abdominales, des rectorragies ou de la fièvre, vous devez envisager une atteinte colique et éviter le loperamide et le diphénoxylate qui pourraient précipiter un mégacôlon toxique, tout comme dans le cas d'une diarrhée associée au *Clostridium difficile* ou à une colite pseudomembraneuse. Ces médicaments peuvent être efficaces autant chez le patient souffrant de diarrhée fonctionnelle que chez celui atteint de colite microscopique. Le psyllium (Metamucil, Prodiem) peut améliorer la consistance des selles, mais n'en diminuera pas le volume. Cet effet sera particulièrement bénéfique en cas d'incontinence anale associée. Une réduction de l'apport en fibres alimentaires pourra parfois atténuer les symptômes tandis qu'une consultation auprès d'une nutritionniste pourrait s'avérer d'une aide précieuse selon

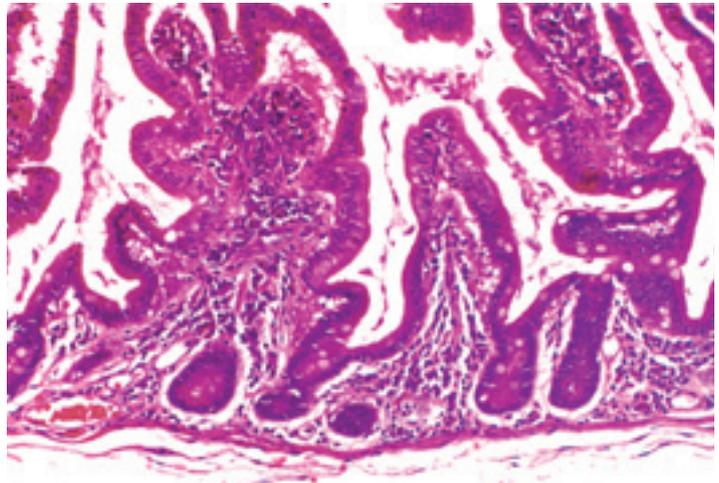


Photo 4. Biopsie duodénale révélant une giardiase (organismes curviformes à la surface de l'épithélium, par ailleurs normal)

Tiré de : Emory TS, Carpenter HA, Gostout CJ et coll. *Atlas of Gastrointestinal Endoscopy & Endoscopic Biopsies*. Washington : Armed Forces Institute of Pathology and American Registry of Pathology ; 2000. p. 195. Reproduction autorisée.

le diagnostic soupçonné. Quel que soit le traitement choisi, il est primordial d'évaluer la réponse au traitement. En cas d'évolution défavorable, le patient peut évidemment être orienté en spécialité.

LA DIARRHÉE CHRONIQUE est un problème fréquent dont le diagnostic différentiel est si vaste qu'il peut être difficile de s'y retrouver, même pour le spécialiste. Une approche organisée commençant par une anamnèse et un examen physique ciblés permettra de repérer rapidement les patients chez qui une cause organique est très probable et qui devront être orientés en gastro-entérologie en priorité. Un bilan sérique s'impose également pour tous. Tout patient de plus de 50 ans qui a subi un changement dans ses habitudes de défécation devrait passer une coloscopie afin d'exclure, entre autres, un cancer colorectal, tout comme celui qui présente des signes d'alarme ou des indices d'organicité. En l'absence de signes d'alarme, différents traitements empiriques peuvent également être tentés selon la présomption clinique. Le patient doit être réévalué afin de déterminer sa réponse au traitement et l'évolution de son état.

Vous revoyez M^{me} Tremblay et lui proposez de commencer par un arrêt des produits laitiers. Elle est très réticente à cette option, car sa préménopause lui fait prendre à cœur la prévention de l'ostéoporose. Elle se force pour prendre au moins trois verres de lait par jour depuis

Summary

Chronic diarrhea, don't get alarmed! Five percent of population is affected by chronic diarrhea. The differential diagnosis is very broad but one of the most frequent etiology causes remains irritable bowel syndrome. First step of evaluation is to determine, with the assistance of a questionnaire and physical exam, any sign of organic disease. Any medicinal cause must also be excluded, particularly ingestion of laxatives. A short paraclinical check-up, including blood analysis and parasite research, must be performed in all cases. Patients over 50, or showing signs of organic problems, or anomalies in their analysis, should be referred to a specialist, who will, most often, perform a colonoscopy. Younger patients, without alarming symptoms, can be treated empirically and referred only if necessary, as things evolve. Lactose free diet should be tried at first, considering high lactose intolerance prevalence. If there is no sign of infectious or inflammatory colitis, an anti-diarrhea can be tested (loperamide, cholestyramine, bismuth) as empirical treatment of a suspected irritable bowel syndrome, or while awaiting specialist's evaluation. Psyllium is particularly effective in cases of associated fecal incontinence.

Keywords: chronic diarrhea, diagnostic approach, empirical treatment

plusieurs mois. Cet élément vous ayant échappé à l'anamnèse, vous lui expliquez qu'il est fort possible qu'elle soit intolérante au lactose, l'apparition de ses symptômes coïncidant avec cette modification alimentaire. Elle revient vous remercier deux mois plus tard, car grâce à votre intervention, les diarrhées et les ballonnements ont disparu ! Elle prend maintenant des suppléments de calcium et de vitamine D et vous demande ce que vous allez faire pour son problème de constipation chronique qui est de retour. ☺

Date de réception : 29 mars 2008

Date d'acceptation : 21 avril 2008

Mots clés : diarrhée chronique, approche diagnostique, traitement empirique

La Dr^{ce} Céline Beaulieu n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Thomas PD, Forbes A, Green J et coll. Guidelines for the investigation of chronic diarrhea, 2^e éd. *Gut* 2003; 52 (suppl. V) : v1-15.
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999; 116 (6) : 1461-3.
3. Chun AB, Wald A. Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome. *UpToDate*, version 16.1. Site Internet : www.uptodate.com

(Date de consultation : le 10 juin 2008).

4. Gagnon P. Comprendre la diarrhée chronique sans se donner des coliques... *Le Médecin du Québec* 2002; 37 (2) : 69-78.
5. Bonis PAL, LaMont JT. Approach to the patient with chronic diarrhea. *UpToDate*, version 16.1. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 10 juin 2008).
6. American Gastroenterology Association. AGA medical position statement: Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123 (6) : 2105-7.
7. Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. Dans : Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, rédacteurs. *Slisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8^e éd. Philadelphie : Saunders Elsevier; 2006. pp. 2633-52.
8. Bouin M, Vincent C. Les colites microscopiques : des diarrhées fréquentes, méconnues et faciles à traiter. *Le Médecin du Québec* 2006; 41 (2) : 85-90. Site Internet : www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/fevrier-2006/085-090DOCBOUIN0206.pdf (Date de consultation : le 27 juin 2008).
9. Sellin JH. A practical approach to treating patients with chronic diarrhea. *Rev Gastroenterol Disord* 2007; 7 (suppl. 3) : S19-26.
10. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999; 116 (6) : 1464-86.
11. Chitkara DK, Montgomery RK, Grand RJ et coll. Lactose intolerance. *UpToDate*, version 16.1. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 10 juin 2008).
12. Leder K, Weller PF. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of giardiasis. *UpToDate*, version 16.1. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 10 juin 2008).