Altération de la perméabilité dans les maladies inflammatoires intestinales, par F. ANDRE ⁽¹⁾, C. ANDRE ⁽¹⁾, Y. EMERY ⁽²⁾, J. FORICHON ⁽³⁾, L. DESCOS ⁽²⁾ et Y. MINAIRE ⁽³⁾. *Laboratoire d'Immunopathologie Digestive INSERM* ⁽²⁾, *Service d'Hépatogastroentérologie* ⁽²⁾, *Service d'Exploration Fonctionnelle Digestive* ⁽³⁾, Centre Hospitalier Lyon Sud, 69310 Pierre-Bénite, France.

L'excrétion urinaire d'un sucre diététique est une méthode non invasive pour l'évaluation de la perméabilité intestinale. Le choix judicieux du sucre-test, en fonction de l'encombrement moléculaire stérique, permet, en première approche, de distinguer la perméabilité dite transcellulaire (canaux « étroits »), de la perméabilité dite paracellulaire (canaux « larges »). Nous avons utilisé simultanément le mannitol (PM 182 d) et le lactulose (PM 342 d) pour apprécier respectivement les perméabilités transcellulaires et paracellulaires chez des patients atteints de maladie de Crohn (CR) ou de rectocolite hémorragique (RCH), par rapport à une population témoin (T). Les malades CR étaient répartis en groupe I (33 %), II (36 %), III (31 %) de sévérité croissante quantifiée selon Harvey-Bradshaw. Les malades RCH étaient tous en quiescence. Les populations CR, RCH et T n'étaient pas différentes sur les critères d'âge et de sexe.

Chaque sujet, à jeun depuis 12 h, ingérait simultanément 5 g de mannitol et 5 g de lactulose dans 65 ml d'eau. Les urines étaient recueillies pendant les 5 h suivant l'ingestion et les sucres dosés par chromatographie en phase gazeuse. Les valeurs normales (moyenne $\pm$ SD) recueillies sur la population T (n = 100) étaient de $14,34 \pm 3,34$ et $0,30 \pm 0,15$ % pour le mannitol et le lactulose respectivement et de $0,021 \pm 0,012$ pour le quotient lactulose/mannitol.

Dans leur ensemble, les malades CR (n = 47) présentent une perméabilité anormalement ($p < 0,001$) augmentée (lactulose) et abaissée (mannitol) avec un quotient lactulose/mannitol augmenté par rapport à la population T. La ségrégation des malades en 3 sous-classes I, II et III montre une perméabilité au lactulose augmentée ($p < 0,05$) dans le groupe III par rapport aux groupes I et II. La sensibilité diagnostique du test est faible dans les classes I et II. Elle atteint 80 (lactulose) et 85 % (lactulose/mannitol) pour le groupe de plus grande sévérité (III). D'autre part la ségrégation de ces mêmes malades en deux sous-classes, selon qu'il existe ou non une atteinte iléale, montre une diminution significative ($p < 0,05$) de la perméabilité au mannitol en cas d'atteinte iléale, sans modification statistique de la perméabilité au lactulose. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les malades réséqués ou non.

Les malades RCH (n = 29) présentent, eux aussi dans leur ensemble, une perméabilité anormalement augmentée ($p < 0,01$) pour le lactulose et diminuée pour le mannitol, avec un quotient lactulose/mannitol augmenté. Dans ce cas la sensibilité diagnostique du test est faible. Elle se situe entre 21 (mannitol) et 38 % (lactulose/mannitol).

En conclusion, la perméabilité intestinale au lactulose et au mannitol est altérée dans les maladies inflammatoires de l'intestin. Dans la maladie de Crohn cette altération est fonction de la sévérité de la poussée. Au plan diagnostique cependant, la sensibilité n'atteint des taux intéressants que pour les formes sévères, l'information étant essentiellement apportée par le lactulose. Ces tests ne permettent pas de dépister les atteintes iléales.