

DIARRHEES AIGUES

Auteur : Dr D. Vieira de Mello-Pula, Service de médecine de premier recours, HUG

Expert : Dr P. Bichard, Service de gastro-entérologie, HUG

Relecteur : Dr I. Guessous, Service de médecine de premier recours, HUG

Algorithmes et relecture : M. Le Braz

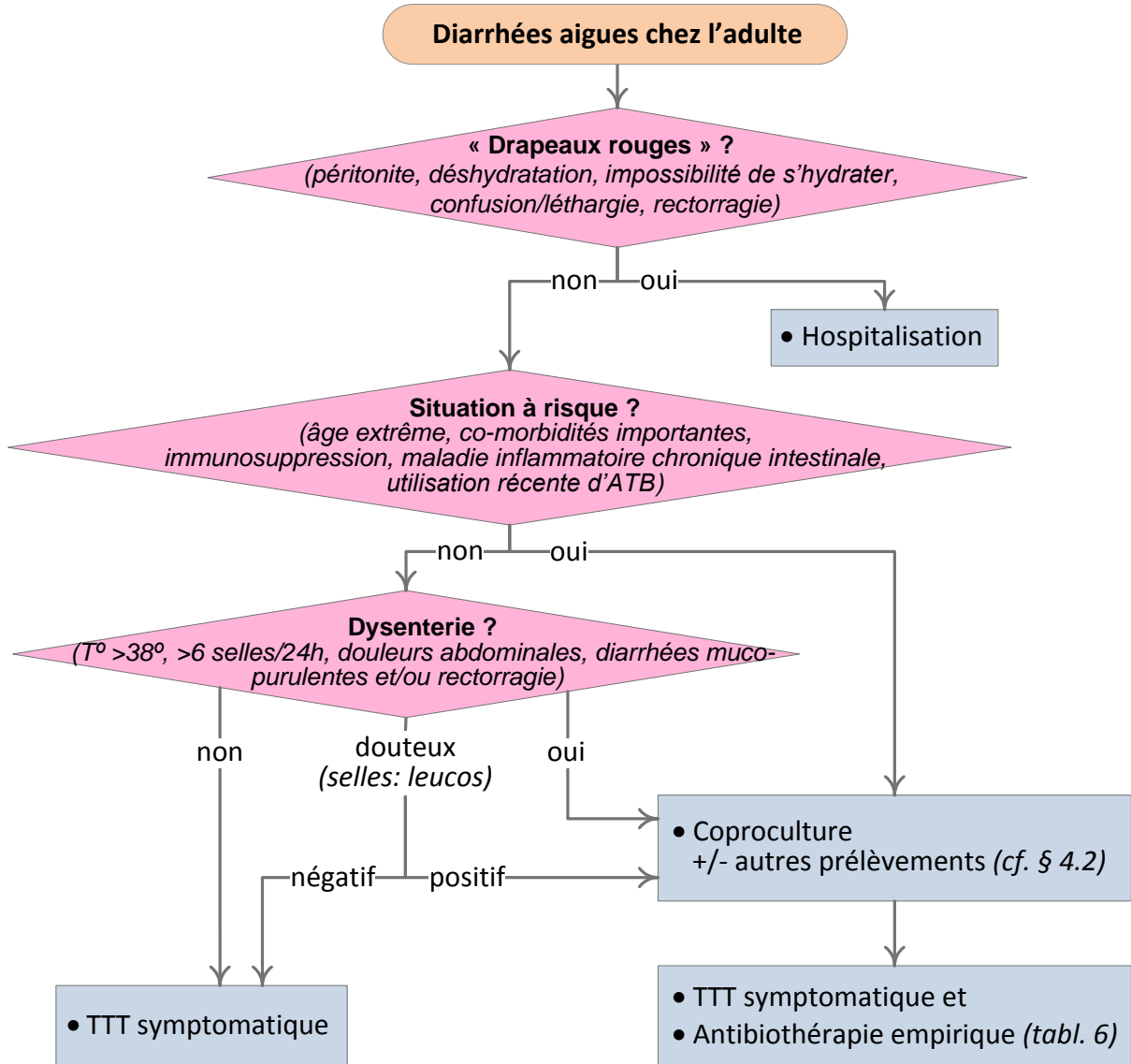
Mise en page : J. Caliri

2017

LES POINTS À RETENIR

- Lors de diarrhées aiguës chez l'adulte, une approche recherchant systématiquement les « drapeaux rouges », afin de distinguer les cas pouvant mener à des complications, permet d'utiliser judicieusement les investigations complémentaires et d'éviter la prescription inutile d'antibiotiques.
- Les diarrhées aiguës sont bénignes et d'évolution spontanément favorable dans la majorité des cas.
- Prévenir la déshydratation chez les patients ne présentant aucun signe de déshydratation à l'aide de solutions faites maison ou de solutions de réhydratation orales.
- En cas de fièvre, de rectorragie et de persistance des symptômes au-delà de 3 jours ainsi que pour les patients à risque de complications, une culture de selles et un traitement empirique sont indiqués.
- En présence de diarrhées sévères associées à la prise d'un traitement antibiotique (antérieur aux symptômes et/ou en cours), le diagnostic de colite à *Clostridium difficile* doit être évoqué et un arrêt du traitement en cours doit être évalué, avant de traiter par métronidazole.
- Rechercher ultérieurement des indices épidémiologiques : alimentation, antibiotiques, activité sexuelle, voyages, soins quotidiens, autres pathologies, épidémies, saison. En cas d'épidémie, aviser les autorités sanitaires (doivent être signalées : choléra, cryptosporidiose, giardiase, salmonellose, shigellose et infections avec *E. coli* produisant des Shiga toxines (STEC)).

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES DIARRHÉES AIGÜES



DIARRHEES AIGUES

1. INTRODUCTION

Les diarrhées aiguës, motif fréquent de consultation en médecine de premier recours, avec une prévalence de 1 à 2 épisodes/personne/an, sont en constante augmentation en raison des flux migratoires et des voyages à destinations lointaines.¹

Les étiologies sont essentiellement infectieuses : agents viraux, bactériens et/ou parasitaires. La majorité des diarrhées évolue spontanément favorablement, mais il faut pouvoir reconnaître les situations pouvant mener à des complications et distinguer les diarrhées invasives inflammatoires des diarrhées sécrétoires, non invasives et non inflammatoires (tableau 1).

Dans les pays industrialisés, la mortalité est faible, pourtant la morbidité et les coûts sont substantiels.² Par contre, à l'échelle mondiale, les diarrhées infectieuses figurent parmi les causes les plus importantes de mortalité et de morbidité chez les enfants.

Diarrhées sécrétoires non invasives	Intoxication alimentaire due à des toxines préformées contaminant la nourriture (<i>S. aureus</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Clostridium perfringens</i>)
	Infection par des agents infectieux produisant des toxines et menant à des diarrhées aqueuses (p. ex. <i>E coli</i> entérotoxigène, choléra)
Diarrhées inflammatoires invasives	Infection par agents à capacité invasive, menant à un syndrome de dysenterie. (EF >38°C, douleur abdominale, ténésmes, selles muco-sanguinolentes)

Tableau 1 : Les trois formes de gastro-entérite aiguë dont les diarrhées sont un des signes cardinaux.

2. DEFINITION ET CLASSIFICATION

Le diagnostic de diarrhées aiguës est retenu s'il y a une émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles), et de poids supérieur à 300 g/j. En pratique clinique et selon l'OMS, on parle de diarrhée lorsqu'il y a au moins 3 selles très molles à liquides par jour. Une diarrhée est dite « aiguë » lorsqu'elle évolue depuis moins de 14 jours.

La classification permet de différencier entre les **diarrhées sécrétoires**, non invasives, non inflammatoires, sans fièvre, généralement aqueuses et volumineuses, et les **diarrhées inflammatoires**, invasives, caractérisées par la présence de fièvre, de douleurs abdominales, de ténésmes, de mucus et/ou de sang dans les selles. On parle de dysenterie dès qu'il y a du sang dans les selles.²

En cas de doute diagnostique, l'identification de leucocytes par microscopie ou le dosage de la lactoferrine dans les selles permettent d'évoquer une gastroentérite inflammatoire.

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Il est recommandé de rechercher systématiquement les «drapeaux rouges» (ou *red flags*) anamnestiques et cliniques (tableau 2). En présence de l'un d'entre eux, il faudra hospitaliser le patient pour procéder à des examens complémentaires (examens biologiques sanguins), et mettre en place un traitement symptomatique +/- étiologique dans certaines situations.

Signes digestifs	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée hémorragique (selles muco-sanguinolentes) • Douleurs abdominales sévères ou péritonisme
Signes généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Température $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, hypothermie, choc septique • Durée prolongée >3 jours • Déshydratation, hypovolémie, confusion, vomissements abondants et/ou impossibilité d'ingérer des liquides.

Tableau 2 : Drapeaux rouges anamnestiques et cliniques lors de diarrhées aiguës chez l'adulte (*red flags*).

Parmi les situations à risque de complication, on retient :

- Âges extrêmes : nourrisson / personne âgée >65 ans
- Comorbidités importantes (ex. MICI*)
- Prothèse endovasculaire
- Traitement immunosuppresseur
- Utilisation récente d'antibiotiques (ATB)
- Hospitalisation récente
- Relations homosexuelles
- Femme enceinte

*MICI : maladies inflammatoires chroniques intestinales, p.ex. Maladie de Crohn, rectocolite ulcéreuse.

Tableau 3 : Situations à risque de complication lors de diarrhées aiguës chez l'adulte.

4. DIAGNOSTIC

4.1. APPROCHE CLINIQUE

Une approche clinique par une anamnèse détaillée permet de mettre en évidence certaines situations, qu'il est important de reconnaître. Plusieurs éléments pourront orienter le diagnostic étiologique de diarrhées aiguës (tableau 4).

Éléments cliniques orientant le diagnostic	Diagnostics différentiels
Temps d'incubation depuis ingestion d'un aliment suspect ¹	<ul style="list-style-type: none"> • <6 heures : intoxication alimentaire par une toxine stable à la chaleur du <i>Staphylocoque doré</i> (pâtisserie et viande transformée), du <i>Bacillus cereus</i> (riz, soja, denrées cuites gardées à température ambiante). • Entre 8 et 16 h : <i>Clostridium perfringens</i> (plats cuisinés), surtout en présence de nausées, des vomissements, des troubles neurologiques ou un entourage atteint. • >16 h : infection virale ou bactérienne (ex. <i>E. coli</i>).
Usage d'antibiotiques	<ul style="list-style-type: none"> • À rechercher systématiquement avant ou lors d'apparition des diarrhées, provoquant dans 5-10% des cas des diarrhées secondaires, impliquant tous les ATB (le plus souvent : <i>pénicillines</i>, <i>céphalosporines</i>, <i>clindamycine</i>). Délai d'apparition entre 4-10 jours après le début du traitement. • La clinique inclut : <ol style="list-style-type: none"> a) diarrhées banales qui se résolvent à l'arrêt de l'ATB b) diarrhées chroniques c) colite pseudomembraneuse (<i>Clostridium difficile</i>) qui concerne 15-25% des diarrhées post antibiotiques³ Attention: 3 % des patients ambulatoires sont porteurs de <i>Clostridium difficile</i>, et jusqu'à 20% des patients hospitalisés acquièrent ce germe pendant leur séjour (2/3 restent asymptomatiques).
Température >38.5°C ou selles sanglantes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Salmonelles</i>, <i>Shigelles</i>, rarement <i>E.coli invasive</i> • <i>Listeria monocytogènes</i> : initialement diarrhées puis état fébrile. Y penser surtout chez les femmes enceintes qui ont un risque largement plus élevé de contracter la maladie.
Symptômes importants >3 jours	<ul style="list-style-type: none"> • En présence de diarrhées importantes (≥4 selles liquides/24 heures) et persistantes avec des symptômes tels que douleurs abdominales, vomissements, fièvre, céphalées, myalgies, la probabilité de retrouver une étiologie bactérienne est presque de 90%.

Antécédents de voyages	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 1/3 des voyageurs dans un pays tropical vont développer une « turista » qui débutera souvent dans la première semaine du voyage.⁵ Le début est brutal, avec 4 à 6 selles liquides par 24 heures, des crampes abdominales, nausées et vomissements. Les diarrhées durent habituellement 3-5 jours. • L'étiologie la plus fréquente (70%) de la « turista » est l'<i>E. coli entérotoxigène (ETEC)</i>. • Celle des 30% restants : <ol style="list-style-type: none"> a) Bactéries : <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Salmonelles</i>, <i>Shigelles</i> b) Virus (<i>Rotavirus</i>, <i>Norwalk virus</i>) c) Parasites (<i>giardia lamblia</i>, <i>amibes</i>, <i>cryptosporidium</i>, <i>cyclospora spp.</i>). • En cas de persistance de >1 semaine, une étiologie parasitaire doit être recherchée (2-5 % des cas).
Rapport sexuel anal	<ul style="list-style-type: none"> • Faire d'emblée : coproculture + parasites, test HIV, frottis anal : recherche par PCR de <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et une sérologie (<i>treponema pallidum</i>, <i>syphilis</i>). • Une sigmoïdoscopie est indiquée en cas de suspicion clinique de proctite (rectorragies avec douleurs anales), de sigmoïdite (douleurs en FIG) ou de diarrhées sévères.
Femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> • D'emblée une coproculture (listériose).
Durée au-delà de 10 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Une origine virale (p.ex. <i>rotavirus</i>) ou bactérienne est moins probable. • Un bilan complet des selles (coproculture, parasitologie, leucocytes, sang) est recommandé. S'il est négatif, une coloscopie est indiquée. • Les étiologies possibles incluent : parasites, néoplasies, maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI), intolérance au lactose, origine médicamenteuse ou toxique (ex. ATB, colchicine, lithium, abus de laxatifs, abus d'alcool). • La diarrhée aiguë peut aussi être la présentation initiale des MICI.

Tableau 4 : Eléments cliniques orientant le diagnostic différentiel d'une diarrhée aiguë.

4.2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La prescription d'examens complémentaires n'est pas systématique ; elle est justifiée d'emblée dans les cas suivants pour pouvoir débuter rapidement une antibiothérapie empirique une fois les prélèvements effectués (tableau 5) :

<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis sévère : fièvre $\geq 38,5$ °C, frissons, hypothermie, choc • Diarrhée hémorragique fébrile et/ou syndrome dysentérique • Terrain à risque de décompensation en cas d'infection bactérienne (comorbidités sévères, prothèse endovasculaire, personne très âgée) • Déshydratation

Tableau 5 : Signes de gravité nécessitant d'emblée des examens complémentaires.

En dehors de ces situations d'urgence, il faudra s'intéresser particulièrement aux antécédents de maladie chronique, comme les MICI (les examens complémentaires permettent de distinguer une poussée aiguë d'une infection), au contexte de travail (si travail dans le secteur alimentaire, il y a risque de contamination) ainsi qu'à la survenue d'une épidémie. De manière générale, les examens complémentaires peuvent être indiqués, en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique.

- Bilan sanguin :
Dans tous les cas : formule sanguine et CRP, ionogramme sanguin, créatininémie, protéines
En cas de sepsis, T >38°C : hémocultures
- Recherche de leucocytes dans les selles en association avec une culture de selles en cas de doute par rapport à une éventuelle dysenterie.

En cas de diarrhée à germes invasifs (*Salmonella spp*, *Shigella spp*, *Campylobacter spp*), présence la plupart du temps de leucocytes dans les selles. En cas de diarrhée à germes entéro-toxinogènes (*Vibrio cholerae*, *Aeromonas spp*, *C. difficile*), il n'y a en principe pas de leucocytes dans les selles.

Il existe 2 tests, dont le 1^{er} est disponible aux HUG :

- La recherche des leucocytes (PMN) a une sensibilité / spécificité de 70 à 85 %.
- Le test à la lactoferrine,⁶ indiquant la présence des leucocytes fécaux, n'est pas répandu en Suisse.
- Examen bactériologique des selles : d'emblée à faire pour les situations suivantes :
 - Sepsis sévère et/ou diarrhée hémorragique et/ou syndrome dysentérique ainsi que les situations à risque (cf. tabl. 3)
 - Ensemencement de milieux sélectifs pour *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*
 - Si utilisation récente d'ATB : rechercher la toxine *Clostr. difficile*
 - Diarrhée hémorragique sans fièvre, recherche d'*E. Coli O157 : H7*
- Examen parasitologique des selles à la recherche d'amibiase
 - Syndrome dysentérique et séjour en zone d'endémie : selles fraîches transmises très rapidement au laboratoire avec contact téléphonique.

La culture de selles standard va identifier les 3 germes les plus fréquents : *Salmonella*, *Campylobacter* et *Shigella*. En cas de diarrhée du voyageur, il faut le spécifier au laboratoire qui va étendre ses recherches (*Yersinia*). La recherche d'*E.Coli* en cas de clinique suggestive (« turista ») ou de sang dans les selles doit également être spécifiée.

La recherche de *Clostridium difficile* se fait par PCR, test sensible et spécifique : des leucocytes sont retrouvés dans 50% des cas de colite à *Clostridium difficile*.

Des parasites sont à rechercher en cas de diarrhées >7 jours, en particulier chez les personnes en retour de voyage de zones tropicales, ou d'origine de celles-ci. Des diarrhées sanglantes avec peu ou pas de leucocytes dans les selles peuvent évoquer une amibiase. La recherche des parasites se fait sur des selles fraîches à 3 reprises (chaque prélèvement espacé de 48 heures, 3 selles sur 10 jours). Dans certains cas, la recherche des *helminthes* (délai de cycle de vie de 4-6 semaines), de *Cryptosporidium*, *Cyclospora* et *Isospora* peut être indiquée.

Rappelons que la recherche de sang occulte est uniquement validée comme dépistage du cancer colorectal dans une population à risque moyen et par définition asymptomatique et n'a pas sa place en cas de symptômes coliques.

4.3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES EN CAS D'IMMUNOSUPPRESSION

Chez les patients HIV positifs et/ou immunosupprimés, le 1^{er} pas diagnostique est d'effectuer une recherche de leucocytes dans les selles ainsi qu'une culture. Si le patient est fébrile, il faut demander des hémocultures, car les septicémies à Salmonelles sont fréquentes. Si après ces 2 étapes le diagnostic n'est toujours pas clair, les examens complémentaires suivants sont indiqués :

- Une recherche des parasites (*Cryptosporidium*, *Cyclospora*, *Isospora*, *Microsporidie*)
- Une recherche virale
- Une coloscopie avec biopsies.

5. PRISE EN CHARGE

5.1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE^{7,8,9,10}

Dans la plupart des cas, une prise en charge symptomatique est la première mesure du médecin, comme résumé dans le tableau 5.

Parmi les recommandations diététiques figurent les mesures d'hydratation et d'alimentation : un régime adapté à l'âge - sans tenir compte des liquides utilisés pour la réhydratation orale, de petits repas fréquents (6 repas par jour), une alimentation riche en énergie et en micro-nutriments (graines, œufs, viandes, fruits et légumes) en augmentant progressivement la prise de produits énergétiques selon tolérance après l'épisode diarrhéique.

Traitement symptomatique	Mesures à prendre
Réhydratation orale	<ul style="list-style-type: none"> Quantité de liquide à ajuster selon la sévérité des diarrhées : environ 1-2 litres/24h pour 5-10 selles /24 heures <ul style="list-style-type: none"> Thé noir / tisane sucrés, soupes, bouillons Solution de réhydratation « maison » à base de : 1L d'eau + 1/2 cc de sel + 8 cc de sucre + 1 verre de jus d'orange Produits commerciaux (Elotrans®) La présence de sel et de sucre est nécessaire pour une bonne absorption de l'eau au niveau de l'intestin grêle (transporteurs de membranes Na <-> glucose). Eviter les produits lactés (altération transitoire des enzymes villositaires) et jus de fruits en boîte (hyperosmolaires, pourront aggraver les diarrhées).
Réhydratation intraveineuse	<ul style="list-style-type: none"> En cas de signes de déshydratation : perfusion i.v. de NaCl (0.9%) + KCl 40 mmol/L
Ralentisseur du transit	<ul style="list-style-type: none"> Imodium® (Lopéramide) : cps/cp oro-dispensibles de 2 mg, sirop (5 ml = 1 mesurette = 1mg) <ul style="list-style-type: none"> Posologie : 1 comprimé à chaque selle non formée - max. 6 cps par 24 heures (soit 12 mg), à arrêter dès l'apparition de selles molles. Attention : constipation voire colectasie en cas de posologie supratherapeutique Contre-indications : dysenterie aiguë invasive, colite pseudo-membraneuse post-antibiotique, hépatopathie sévère.
Pro-biotiques	<ul style="list-style-type: none"> Pérentérol® <ul style="list-style-type: none"> <i>Saccharomyces boulardii</i> : dragées 250 mg, à prendre avant les repas 2x /jour Prévention lors d'une ATB ou alimentation par sonde Contre-indication : immunodéficience Bioflorin® <ul style="list-style-type: none"> Entérocoques vivants : cps, 75 mio /capsule, 3-6 cps/jour pendant 5-7 jours Normalisation de la flore intestinale
Hygiène locale	<ul style="list-style-type: none"> Lavage des mains Éviter les contaminations par les partages des objets (verres, lavettes, etc.)

Tableau 5 : Traitement symptomatique des diarrhées aiguës sécrétoires et/ou non compliquées.

5.2. TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Un traitement antibiotique (tableau 6) doit être considéré d'emblée en présence de signes et symptômes de gravité (tableau 2) et chez les patients à risque (tableau 3).⁸

Dans toute autre situation, et si la recherche de leucocytes dans les selles est négative, une thérapie uniquement symptomatique est généralement suffisante. Une nouvelle évaluation clinique s'impose dans les 72 heures afin d'ajuster les mesures entreprises et le traitement antibiotique selon l'antibiogramme, s'il a été demandé.

En cas de « turista », le traitement est en général symptomatique ; une antibiothérapie ne raccourcit la durée des diarrhées que de 1 à 2 jours.

Une diarrhée apparue sous antibiotique exige, si possible, l'arrêt immédiat du traitement.

Pour les germes suivants :

- Shigelle** : toujours traiter pour des raisons de santé publique car germe très contagieux ; 1^{er} choix : quinolones, coproculture de contrôle à 1 mois.
- E.coli 0157: H7** : à rechercher si diarrhées sanguinolentes sans fièvre chez l'enfant. Ne pas donner d'ATB car cela augmente le risque d'un syndrome hémolytique-urémique.
- Salmonelle, Campylobacter, Yersinia ou E.coli** : ne traiter qu'en présence de signes de gravité ou chez les patients à risque de complication ; 1^{er} choix : quinolones.
- Clostridium difficile** : si la poursuite de l'antibiothérapie primaire est nécessaire pour traiter une autre infection, on peut poursuivre le métronidazole 3 jours après la fin du traitement ATB avec un risque de récurrence connu dans 15-20% des cas et survenant dans les 5 jours après l'arrêt du traitement.¹¹

Antibiotique oral de choix	Particularités
Fluroroquinolones : <ul style="list-style-type: none"> • Norfloxacine 400 mg ; 2x /24h • Ciprofloxacine 500 mg 2x /24h 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant 1-3 jours (parfois 5 jours) Certaines données suggèrent qu'un « <i>single shot</i> » (antibiothérapie d'1 jour) suffit si la symptomatologie s'amende dans les 24 heures.
Macrolides : <ul style="list-style-type: none"> • Azythromycine 500 mg 1x /24h 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant 3 jours • Utilisé comme alternative • 1^{er} choix chez : la femme enceinte, lors d'immunosuppression, en cas de symptômes sévères, chez le voyageur avec diarrhée inflammatoire revenant d'Asie du Sud-Est, au vu de l'augmentation de résistances des <i>Campylobacters</i> aux quinolones.
<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole 500 mg 3x /24h, 10-14 jours ou • Vancomycine 125 mg 4x /24h, 10-14 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} choix pour une <i>colite pseudo-membraneuse</i> symptomatique

Tableau 6 : Choix antibiotique lors de diarrhées aiguës chez l'adulte.

Pour les patients HIV positifs, le traitement de première instance reste le même. En cas de non-réponse, il faut réévaluer la situation (recherche de parasites, recherche virales, colonoscopie).

5.3. MESURES DE PREVENTION

La prévention des gastroentérites infectieuses fait partie du domaine de la santé publique.

Tout patient avec une culture positive est déclaré au médecin cantonal directement par le laboratoire. Le signalement est obligatoire afin de pouvoir détecter un éventuel début d'épidémie ou encore collecter des indices épidémiologiques (alimentation, antibiotiques, activité sexuelle, voyages, soins quotidiens, autres pathologies, saison).

Si une hygiène personnelle stricte n'est pas possible, et pour les patients travaillant dans le secteur alimentaire, l'arrêt de travail doit être poursuivi jusqu'à ce que les cultures soient négatives.

La prévention de la « turista » consiste à éviter de boire de l'eau courante, de consommer des fruits et légumes non pelés et non cuits et tout autre produit qui ne peut être cuit. Une prévention par antibiotique n'est à recommander que dans les cas très particuliers (pour les patients à haut risque).

REFERENCES

1. Bern C, Martines J, de Zoysa I, Glass RI. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease : a ten-year update. Bull World Health Organ 1992; 70:705
2. Acute diarrhea in adults : World Gastroenterology Organisation: Disponible sous: www.omge.org (page consultée en mai 2016)
3. Hull MW, Beck PL. Clostridium difficile associated diarrhea. Canadian Family Physician 2004; 50: 1536-1545
4. Thielmann NM, Guerrant RL. Acute infectious diarrhea. New EnglMedJ 2004;350: 38-47
5. DuPont HL. Travelers Diarrhea: contemporary approaches to therapy and prevention. Drugs 2006 ;66(3): 303-314
6. Guerrant RI , Shields DS; et al. Measurement of fecal lactoferrin as a marker of fecal leucocytes J Clin Microbiol 1992, 30 :1238
7. DuPont HL and al. The practice parameters committee of the American college of gastroenterology Guidelines for acute infectious diarrhea in adults, AmerJ Gastro-enterology 1997;92: 1962-1975
8. Guerrant RL, VanGilder T, Steiner TS et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea : IDSA Guidelines, Clin Infect Dis 2001; 32:331-350
9. Hempel S et al : Probiotics for the prevention and treatment of antibiotic associated diarrhea : a systematic review and metaanalysis :JAMA ; 307 :1959-69
10. Vallière S, Pasche O, Cornuz J, Felley C : Diarrhées aiguës : propositions de prise en charge ambulatoire. RMS 2008;4:2586-2590
11. Morard I, Hadengue A : Diarrhée médicamenteuse. RMS 2008;4:1867-1872

Dernière mise à jour : 2017 par D. Vieira de Mello-Pulla, P. Bichard