

# Conduite à tenir devant une Diarrhée aigue

*Pr Ag Linda KECILI  
Service de Gastroentérologie  
CHU Mustapha Alger*

# Introduction



- Pathologie très fréquente
- En général bénigne, mais peut engager le pronostic vital, en raison du terrain ou des causes.
- Cause infectieuse = 80%
- Toxi-infections alimentaires sont extrêmement fréquentes et justifient une déclaration obligatoire.
- Traitement le plus souvent symptomatique.



- **OMS :**

- Emission > 3 selles/j, molles à liquides < 14 j
- Précédée d'un transit normal
- Ne récidive pas à court terme.

- **Distribution** : 2 pics = hivernal, estival
- **Cas sporadiques**
- **Cas groupés** : toxi-infection alimentaire collective (TIAC+++)

# Contamination



## Par voie digestive

- transmission féco-orale : +++
- pullulation microbienne dans les aliments
- multiplication d'un germe «commensal »dans le tube digestif (déséquilibre de flore)

## **Quels sont les mécanismes de la diarrhée aigue ?**

- Mécanisme invasif
- Mécanisme sécrétoire
- Mécanisme mixte

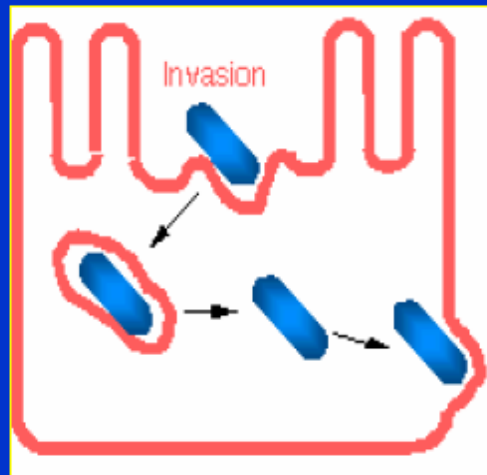
# Diarrhée invasive

## Germe entéro-invasif

Envahissement de la muqueuse

Destruction de la muqueuse

Réaction inflammatoire



Selles afécales (glairo-sanglantes)  
Ténésme et épreintes, fièvre.

Syndrome dysentérique

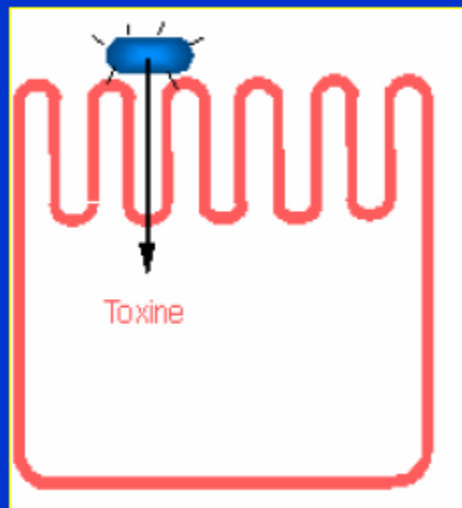
Complication : perforation,  
hémorragie, colectasie,

# Diarrhée sécrétoire

## Synthèse d'une entérotoxine

Fuite liquidienne et électrolytes

Muqueuse intestinale intègre



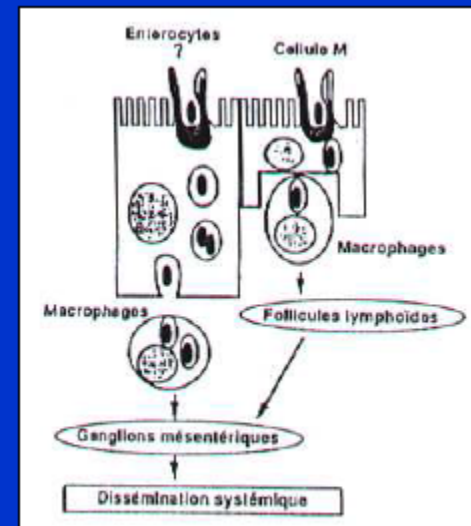
Selles aqueuses et abondantes.  
Pas de fièvre

Syndrome cholériforme

Déshydratation ++

## Mécanisme mixte

- Syndrome gastro-entérique aigu
- Envahissement de l'entérocyte sans destruction
- Multiplication de la bactérie dans la sous-muqueuse
- Risque de diffusion systémique
- Type salmonellose





# *Démarche diagnostique*

- Contexte de survenue
- Clinique
- Examens complémentaires

# Circonstances de survenue

- Contexte épidémique
- Notion de voyage récent
- Vie en collectivité
- Prise de médicament
- Dernier repas
- Antécédents d'épisodes similaires
- Signes extra-digestifs

## Terrain

- Age
- Etat immunitaire
- Comorbidité

# ***Approche clinique***

## **Caractéristiques de la diarrhée**

- Nombre de selles
- Consistance
- Type : hydrique, glairo-sanglante , purulente
- Syndrome rectal
- Eliminer fausse diarrhée



**Syndrome dysentérique, cholériforme**

# Examen physique

- Etat général
- Déshydratation voire état de choc +++
- Fièvre
- Douleurs abdominales
- Signes extradigestifs : articulaires, cutanés,.....

## **Examens complémentaires**

### **Non systématiques**

- Diarrhée sans facteurs de gravité : aucun examen
- Diarrhée + facteurs de gravité : hospitalisation
  - Appréciation du retentissement
  - Enquête étiologique

# Diarrhée sans facteurs de gravité

- Diarrhée < 3 jours
- Non dysentérique
- Pas d'altération de l'état général
- Pas de co-morbidité



**Aucun examen**

## **Hospitalisation si :**

- Personnes âgées, co-morbidité
- Diarrhée > 5j avec rectorragies
- Syndrome cholériforme avec altération EG
- Déshydratation sévère
- Fièvre >39°C
- Contexte épidémique ou endémique suspicion de toxi-infection alimentaire





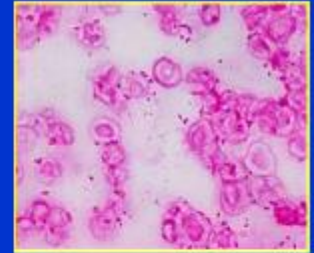
## Bilan de retentissement

- Ionogramme, urée, créatinine
- CRP, FNS
- Biologique hépatique
- **ASP**

Douleur ou météorisme abdominale important (risque de mégacôlon toxique et de perforation).

- **Échographie abdominale et/ou TDM**
- **Recto-sigmoïdoscopie** + biopsies

## ➡ Bilan étiologique



### ❑ Sérologie et bactériologie

- Sérologies en fonction du contexte
- Hémocultures si fièvre
- Bactériologie de l'aliment suspect (TIAC++)

## ☐ Coproculture :

- Prélèvement frais
- Au mieux au laboratoire
- **Ensemencement** < 2h
- **Recherche systématique**  
*Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia*
- **Milieux optionnels sur demande**  
*E. coli O157:H7, vibrion*  
*Clostridium difficile et sa toxine, Klebsiella oxytoca*



## ❑ Parasitologie des selles :



- Selles fraîches, au mieux au laboratoire
- 3 J de suite
- Examen direct + 2 techniques de concentration
- Milieux spécifiques :  
  *Lamblia*, *Giardiase*, *Anguillulose*, .....

## ❑ Recherche de virus :

- Rotavirus (chez enfant)

# ***Diagnostic étiologique***

- **Infectieuses :**
  - Bactériennes : 80%
  - Parasitaires
  - virales
- **Médicamenteuses**
- **Inflammatoires** plus rarement
- **Intolérance alimentaire**
- **Ischémique** : exceptionnelle

# ***Causes Bactériennes 80%***

- **Diarrhées bactériennes invasives**

Syndrome dysentérique

- ✕ Shigelle
- ✕ Salmonelle
- ✕ Yersinia
- ✕ Campylobacter
- ✕ Escherichia coli
- ✕ Clostridium difficile

- **Diarrhées bactériennes sécrétoire**

Syndrome Cholériforme

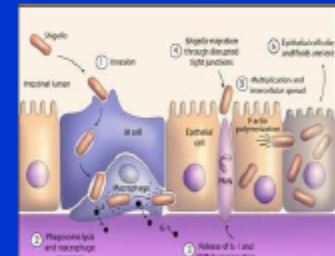
# Shigellose



- Espèces : S.Flexneri, S.Sonnei , S.Dysenteriae ....
- Réservoir : homme
- Contamination: mains sales (aliments souillés , inter-humaine )

- **Clinique**

- Incubation 2 -5 j
- Douleurs abdominales + fièvre 39-40°
- Diarrhée glairo-sanglante
- Rares manifestations neurologiques (convulsions)





# Salmonellose mineure

- Toxinfection alimentaire collective ++(TIAC)
  - Oeufs, viandes, poissons, .....

## Yersiniose



- Yersinia entérolitica
- Rare
- Réservoir : animal (oiseau, rongeur, bétail, porc..)
- Contamination : lait, légumes crus, viande de porc+
- **Clinique**
  - Incubation : 7-12j
  - Manifestations extra-digestives tardives : fièvre scarlatiniforme, érythème noueux, arthralgies.....



# Campylobacter jéjuni



- 1<sup>ère</sup> cause diarrhée /pays industrialisés
- Réservoir : volaille
- Contamination: interhumaine,aliments(lait cru, volaille)
- **Clinique**
  - Incubation : 1- 3 jours
  - Complication majeure : syndrome de Guillain-Barré
- Immunité acquise protectrice (IgA)

# Echérichia Coli entéro-invasif

- Retour de voyage
- Transmission : féco-orale
- **Clinique**
  - Incubation : 48-72 heures.
  - Vomissements
  - Rares manifestations neurologiques

## E. Coli entéro-hémorragique(0157/H7)



- Produit des vérotoxines et cytotoxines (shiga-like)
- Viande de bœuf mal cuite (hamburger,) lait cru, fromages
- **Clinique**
  - Incubation : 3 à 8 jours
- **Diagnostic** : coproculture milieu spécifique
- Complications : syndrome hémolytique et urémique



- **Diarrhées bactériennes sécrétoires**

Syndrome cholériforme

- ✕ Choléra

- ✕ Certaines TIAC

- Staphylococcus aureus
- Escherichia coli entérotoxigène
- Bacillus cereus
- Clostridium perfringens

# Choléra



- 1961 : 7<sup>ème</sup> pandémie *biotype* El Tor
- 1991: Amérique latine (1 millions cas )
- 1994 : Goma (Zaïre) réfugiés rwandais 70 000 cas, 12.000 morts
- 2000 :
  - 11 000 cas en Asie
  - 120 000 cas en Afrique
- 1986 : Algérie (épidémie région ouest d'Alger -Zéralda)

# Choléra



- Réservoir humain.
- Transmission : mains sales, vomissements, selles
- **Clinique** : syndrome cholériforme typique
  - Incubation: 1-7 jours
  - Pas de fièvre, déshydratation aigue
- **Diagnostic** : Contexte épidémique
  - examen direct des selles
  - coproculture
- **Traitement** : réhydratation

# **Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)**



Syndrome dysentérique ou cholériforme

## **Qu'est-ce qu'une TIAC ?**

- Apparition simultanée de troubles digestifs similaires chez au moins 2 personnes ayant consommé un repas en commun
- Toxine préformée ou sécrétée dans l'aliment
- Gravité : 10 %
- Mortalité : 0.06 %

# Principaux agents des TIAC

- **Salmonelles (75%)**

- S.Enteritidis : oeufs et produits dérivés (mousse chocolat, pâtisseries, mayonnaise)
- S.Typhimurium : viandes (hachées congelées), volailles

- **Staphylocoque doré (13%)**

- Lait et produits laitiers
- Plats ayant nécessité des manipulations

- **Clostridium perfringens (5%)**

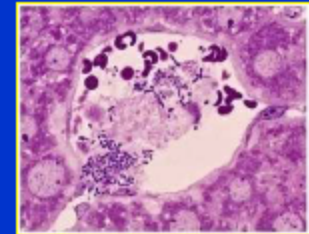
- Plats en sauce

- **Bacillus cereus (2%)**

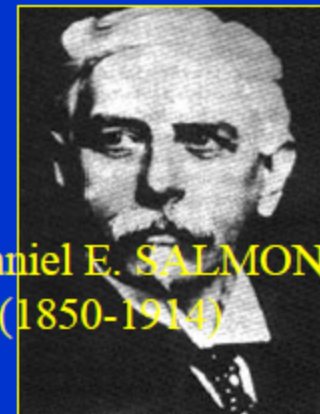
toxine préformée dans les aliments



# TIAC à Salmonelles mineures



- Réservoir : homme, animal (volaille+, oiseaux,...)
- Contamination: aliments (œufs, pâtisseries, glaces, viande )
- **Clinique : Syndrome dysentérique**
  - Incubation : 12 à 36 heures
  - Douleurs abdominales, vomissements
  - Fièvre élevée (39°C)
- **Complications** : septicémies, atteintes extra-digestives



Daniel E. SALMON  
(1850-1914)

# TIAC à Staphylocoque doré



- **Contamination**

- Lait et produits dérivés (fromages, glaces),
- Porteurs de staphylocoques sur les mains
- Tableau classique du cuisinier qui a un « panaris »

- **Clinique : syndrome cholériforme**

- Incubation courte : 2 à 4 heures
- Nausées , vomissements
- Douleurs abdominales
- Absence de fièvre

# TIAC à *Clostridium perfringens*



- Aliments mixés, plats en sauce préparés(++).
- viande mal cuite laissée à température ambiante
- **Clinique : syndrome cholériforme**
  - Incubation moyenne : 9 - 15 heures
  - Douleurs abdominales
  - Pas de fièvre, pas de nausées ni de vomissements
- **Complications** : parfois entéro-colites nécrosantes



# TIAC à *Bacillus cereus*

- Viandes, volailles, riz frit
- **Clinique : syndrome cholériforme**
  - Incubation variable : 1 - 16 heures
  - Nausées , vomissements
  - Douleurs abdominales
  - Céphalées
- Isolement de *B. cereus* dans l'aliment en cause



# CAT devant une TIAC pour le praticien (1)



- **Quels sont les gestes à faire ?**

Alerter la direction départementale de la santé

Faire conserver +4°C, les restes des repas

- **Traitement** : celui des diarrhées aiguës

## CAT devant une TIAC pour le praticien (2)



- **Faut-il faire une coproculture ?**

- Pas obligatoire

- **Quels conseils aux patients ?**

- Règles d'hygiène: lavage des mains avant et après les repas et après le passage aux toilettes

- Retour au travail sans coproculture de contrôle dès la guérison clinique

- Désinfection des locaux : inutile





# Prévention des TIAC



## En restauration collective

- Respect des règles de transport, stockage et préparation des aliments
- Respect strict de la chaîne du froid et du chaud
- Utilisation de mayonnaise industrielle (œufs en poudre)
- Eviter un temps trop prolongé de l'aliment au contact de la température ambiante





## En restauration familiale :

- limiter les risques liés à la consommation d'œufs crus ou peu cuits
  - Ne pas garder les œufs plus de 15j à 4°C
  - Pas d'œufs non cuits pour les personnes âgées et malades
  - Préparations à base d'œufs non cuits (mayonnaise, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries) à consommer rapidement et à maintenir au froid.
- Viandes hachées et volaille bien cuites







## Diarrhée des voyageurs : "la turista"

- Diarrhée en zone tropicale ou au retour
- Pathologie la + fréquente: 50%...!
- Bactérienne plus que parasitaire
- **E. Coli entéro-toxigène** : syndrome cholériforme
- Shigelles, Salmonelles, Amibes...
- Début brutal, douleurs abdominales, parfois fièvre
- Antibioprophylaxie : non recommandée



# Diarrhées post antibiotiques



- **Plus de 10 %**
- Liées au déséquilibre de l'écosystème, avec prolifération de souches exogènes ou endogènes
- Diarrhée le plus souvent bénigne, peu abondante et transitoire.
- Peut être sévère type pseudomembraneuse due à l'émergence d'un germe pathogène, surtout *Clostridium difficile* et *Klebsiella oxytoca*

# Diarrhée à clostridium difficile



- **ATB en cause:** clindamycine, lincomycine,.....
- **Incubation :** 4-40 j
- **Syndrome dysentérique**
  - Douleurs, fièvre , AEG voire colectasie aiguë.
  - Hyperleucocytose, troubles hydro-électrolytiques.
- **Diagnostic :** mise en évidence du micro-organisme et de ses toxines dans les selles et/ou la mise en évidence de pseudomembranes lors d'une endoscopie recto-colique.
- **Traitement :** arrêt de l'antibiothérapie

## Diarrhée à *Klebsiella oxytoca*



- Rare, plutôt après bêtalactamines.
- **Syndrome dysentérique**
- **Incubation** : 2-7 j
- Diarrhée hémorragique fébrile
- Coloscopie : suffusions hémorragiques et érosions surtout colon droit.
- **Traitement** : arrêt de l'antibiothérapie

# ***Causes virales***

- **Cytomégalovirus** : immunodéprimé ++.
- **Rotavirus**  
Diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant (hiver ++).  
Adulte
- **Enterovirus/ adénovirus:**  
Poliovirus , Coxsackies A et B , Echovirus  
Parvovirus , Réovirus



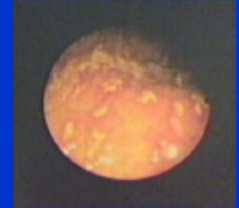
- Gastro-entérites à symptomatologie polymorphe
- 80% des diarrhées infantiles.
- Contexte d'épidémie ou contexte "pseudo-grippal".
- **Clinique :**
  - Hyperthermie, douleurs abdominales
  - Céphalées, myalgies, vomissements, atteintes ORL.
  - Durée 4-7 J avec risque de déshydratation
- Bénignes sauf si atteinte méningée associée
- Pas de sérologie en routine.
- **Traitement :** symptomatique

# ***Causes parasitaires***

## ***Les plus fréquentes***

- Amibiase : Entamoeba histolytica histolytica
- Bilharziose : Schistosoma mansoni
- Giardia lamblia ++, Trichinose

# Amibiase



- **Entamoeba histolytica histolytica: seule forme pathogène**
- Séjour en zone tropicale ou subtropicale
- **Clinique**  
Syndrome dysentérique typique (D. invasive)
- **Diagnostic** : parasitologie des selles, sérologie amibienne
  - Rectoscopie : ulcération en « coup d'ongle »
- Forme grave : colite aiguë nécrosante



# Autres causes de diarrhée aiguë

## Diarrhées médicamenteuses (en dehors des antibiotiques)



- AINS
- Tonicardiaques
- Laxatifs
- Biguanides
- Hypotenseurs (hydralazine)
- Ticlopidine
- Anti-uricémiants (colchicine)
- Antimitotiques
- Veinotoniques (Cyclo-3®) : colite lymphocytaire.

## Autres



- **Allergique** : brutale, signes généraux et cutanés, éosinophilie
- **Mal digestion** : excès alimentaire (vomissements)
- **Intoxication par les fruits de mer** (coquillage).
- **Intoxication aux champignons** (syndrome phalloïdien)
- **Stress** : Diarrhée motrice

# *Prise en charge thérapeutique*

## **Précautions particulières**

- Mise au repos ± isolement (en cas de contexte de diarrhée bactérienne).
- Déclaration obligatoire :
  - fièvre typhoïde
  - toxi-infection alimentaire collective
  - choléra
  - botulisme

## ❑ Compenser les pertes hydro-électrolytiques

- Réhydratation par voie IV si déshydratation importante ou vomissements importants.
- Par voie orale : solutions OMS: (3,5 g de NaCl, 2,5 g de KCl, 2,5 g de bicarbonate de sodium et 20 g de glucose dans 1 litre d'eau)
- Puis réalimentation progressive, sans résidus (eau de riz, soupe de carotte, éviction du lait)





## ❑ Les antiseptiques intestinaux

Peuvent être prescrits en l'absence de phénomènes invasifs : Furoxazide: Ercéfuryl<sup>®</sup>, Tiliquinol : Intétrix<sup>®</sup>

## ❑ Traiter les symptômes associés :

- Anti-spasmodiques
- Antiémétiques

## ❑ Arrêt des médicaments si suspicion de diarrhée iatrogène.

# *Médicaments anti-diarrhéiques*



## ❑ **Ralentisseurs du transit :**

- CI dans diarrhées invasives (risque de diffusion systémique par stase, prolongent la présence de germes pathogènes dans le T.D.).
- **Lopéramide** : Imodium®  
1 gélule après chaque selle liquide [max 6-8/J] Risque de constipation voire de colectasie **en cas de surdosage.**
- **Oxyde de lopéramide** : Arestal® (2 comprimés, maximum 8/jour)



- **Diphénoxylate :**

Diarsed® (contient de l'atropine) (2-6/J)

Produit de synthèse proche de la péthidine.

- **Dérivés morphiniques :** leur utilisation reste exceptionnelle.

Elixir parégorique (teinture d'opium benzoïque) (5 à 40 mg/J)

Codéine (10 à 60 mg/J)

Codéthyline (éthyl-3-morphine) (6 à 30 mg/j)

## □ Les adsorbants



- Ils adsorbent l'eau mais n'ont généralement qu'une action modérée sur la consistance des selles.

- Les argiles : Smecta®, Actapulgite®, Mucipulgite®

- Charbon activé (4-8 gr/J)

## ❑ Inhibiteurs de l'enképhalinase

- Antidiarrhéiques à action anti-sécrétoire (diminuent la production entérocytaire d'AMPc).
  - Racécadotril : Tiorfan® 100mg (1 gél x 3 / j).
  - CI si grossesse ou allaitement.



## ❑ Flore de substitution :

- Lactobacilles
  - Ultralevure® (Saccharomyces Boulardii)
- préconisé en cas de colite pseudomembraneuse ou de diarrhée postantibiotique pour ré-équilibrer la flore colique



## ❑ Somatostatine :

Stimule l'absorption au niveau des entérocytes, diminue la sécrétion intestinale (diarrhées chroniques rebelles). Extrêmement onéreuse, voie parentérale

- Réservée à l'usage hospitalier dans la diarrhée du SIDA.





# *Traitement de l'infection: les Antibiotiques*

**Antibiothérapie systématique : intérêt non prouvé**

## **Indications de l'antibiothérapie**

- Terrain : âges extrêmes de la vie, déficit immunitaire, drépanocytose, prothèse cardio-vasculaire ou ostéoarticulaire.
- Diarrhée très fébrile invasive (fièvre, sang sur les selles)
  - Sauf si prise récente d'antibiotiques
- Diarrhée cholériforme
  - Très sévère et de longue durée (>8 selles; > 1sem)
- Diarrhée avec complications







- **Syndrome dysentérique sévère :**
  - Fluoroquinolones  $\pm$  cotrimoxazole, azithromycine  
5 à 7 voire 10 jours.
- **Syndrome cholérique sévère :**
  - Doxycycline ou fluoroquinolone 1 à 3j , Erythromycine
- **Colite pseudomembraneuse:**
  - Métronidazole : 250 mg x 4 / j pt 10 j ou
  - Vancomycine : 125 ou 500 mg x 4 / j per os/ pt 10 j
- **Amibiase :**
  - Métronidazole : 500 mg x 3 / j pt 10 jours

# *Traitement préventif: hygiène oro-fécale*

## Hygiène des mains +++

- Du patient
- De l'entourage
- Du personnel soignant
  - Lavage des mains
  - Solution hydro-alcoolique



## Si patient hospitalisé

- Chambre seule
- Surblouse, gants, chaise percée, gestion des selles

# Cas particulier du voyage en zone tropicale



- Prophylaxie individuelle

- Utilisation exclusive d'eau capsulée, filtrée, portée à ébullition ou traitée (pastille). Pas de glace !
- Aliments cuits, pelés ou lavés (nettoyage soigneux des fruits/légumes par de l'eau traitée)
- Vaccins (typhoïde/cholera)



# Conclusion



Problème de santé publique majeur dans le monde

Motif fréquent de consultation

Pathologie le plus souvent bénigne

Gravité chez les personnes âgées, immunodéprimés

Traitement : réhydrater, assister les malades à risque,  
épaissir les selles, ne pas ralentir le transit

Désinfection non ciblée : peu d'intérêt