

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE  
ET POPULAIRE  
FACULTÉ DE MÉDECINE SÉTIF  
UNIVERSITÉ FERHAT ABBAS SÉTIF 1  
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES  
CHU DE SÉTIF**

**DIARRHÉES AIGUES INFECTIEUSES  
(ACUTE INFECTIOUS DIARRHOEA)**



**DR S. TALEB**

**Cours destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> Année médecine**

**[soniataleb@gmail.com](mailto:soniataleb@gmail.com)**

## **OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES :**

- Définir une diarrhée.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Citer les principales étiologies.
- Décrire les principes de la prise en charge thérapeutique d'une diarrhée aiguë.

## TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION :	4
2	DÉFINITION :	4
3	PHYSIOPATHOLOGIE :	4
4	IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE :	5
4.1	Déshydratation aiguë :	5
4.2	Sepsis grave et formes bactériémique :	5
4.3	Syndrome pseudo-occlusif :	5
4.4	Diarrhée fébrile au retour d'un voyage récent en pays d'endémie :	5
5	DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :	6
6	CRITÈRES D'HOSPITALISATION :	6
7	CONTEXTE EPIDÉMIOLOGIQUE :	6
8	TROIS GRANDS SYNDROMES :	7
9	BILAN PARACLINIQUE :	7
9.1	Examens de selles :	7
9.2	Examens sanguins :	7
9.3	Examens endoscopiques :	7
10	PRINCIPALES ÉTIOLOGIES :	8
10.1	Devant un syndrome cholériforme :	8
10.2	Devant un syndrome dysentérique :	8
10.3	Devant un syndrome gastro-entérique :	8
11	TRAITEMENT :	8
12	CONCLUSION :	10
13	BIBLIOGRAPHIE.....	10

## 1 INTRODUCTION :

Les diarrhées aiguës infectieuses constituent, de par leur grande fréquence, un problème important de santé publique.

Les causes sont multiples : infectieuses (bactérienne, virale, parasitaire, ou fongique) ou non infectieuses (notamment médicamenteuses, inflammatoires, tumorales).

Elles sont un motif fréquent de consultation, isolées ou survenant dans le cadre d'une toxi-infection alimentaire collective, la diarrhée infectieuse est le plus souvent bénigne, d'évolution spontanément favorable.

## 2 DÉFINITION :

La diarrhée se définit par l'élimination **de  $\geq 3$  selles liquides par jour (ou  $> 250\text{g}/24\text{h}$ )**, **souvent en association à d'autres symptômes digestifs**.

Son caractère aigu est affirmé par le début brutal, un volume de selles important, son évolution le plus souvent favorable en quelques jours (spontanément ou sous traitement), l'épisode ayant duré **moins de 14 jours** en général.

## 3 PHYSIOPATHOLOGIE :

Elle dépend des facteurs de virulence de l'agent responsable et des moyens de défense de l'hôte.

- **Mécanisme sécrétoire (toxinique)** : libération d'une toxine à l'origine de troubles de la fonction sécrétoire sans détruire ou envahir la surface de l'épithélium (*Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* entérotoxigène, certains *Staphylocoques* entéropathogènes) : **syndrome cholériforme**.
- **Mécanisme entéro-invasif** :
  - ✓ **Les bactéries type (*Shigella*)** : envahissement des cellules épithéliales multiplication jusqu'à leur destruction à l'origine d'une réaction inflammatoire intense qui explique le sang, la glaire et le pus dans les selles et généralement la fièvre. Les lésions siègent au niveau du colon : **syndrome dysentérique**.
  - ✓ **Les bactéries type *Yersinia*** : pas de destruction de l'épithélium intestinal mais multiplication des germes dans les macrophages du tissu lymphoïde sous muqueux et mésentérique avec risque de diffusion bactériémique. Les lésions siègent surtout au niveau de l'intestin grêle : **syndrome gastroentérique**.

## 4 IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE :

### 4.1 Déshydratation aiguë :

Plus sévère que la diarrhée est plus liquide et plus intense, qu'elle s'accompagne de vomissements ou de fièvre et que le malade est plus jeune (NNR) ou âgé.

#### ➤ Extracellulaire :

Pli cutané, Cernes oculaires, Dépression de la fontanelle chez le nourrisson, Extrémités froides, marbrures cutanées, Hypotension, collapsus, oligurie.

#### ➤ Intracellulaire :

Soif, Sécheresse des muqueuses buccale/conjonctivale, Troubles de la conscience → coma.

- **Traitement symptomatique : la réhydratation**
  - ✓ Le plus souvent, par voie orale
  - ✓ Réhydratation par voie veineuse (périphérique, voire centrale si collapsus) :
    - 1/déshydratation  $\geq 10$  % du poids du corps ;
    - 2/vomissements importants ;
    - 3/signes de collapsus ;
    - 4/le malade est inconscient.
- **Traitement étiologique** : traitement antibiotique varie selon les micro-organismes suspectés.

### 4.2 Sepsis grave et formes bactériémiques :

La diarrhée peut s'associer à un sepsis grave, elle peut se compliquer de bactériémie et de foyers secondaires (ostéomyélite, Spondylodiscite, méningite).

#### ➤ Traitement :

- Réalisation d'HMC associées à la coproculture ;
- Antibiothérapie par voie veineuse (G3G ou FQ +/- Aminoside) ;
- Rééquilibrage hydro-électrolytique.

### 4.3 Syndrome pseudo-occlusif :

Une colite grave (Salmonella, Shigella, Clostridioides difficile...) : iléus paralytique ;

- Une hypokaliémie ;
- Une complication iatrogène liée à la prise d'inhibiteurs de la motricité intestinale tel que le Lopéramide (CI dans les diarrhées invasives).
- Une urgence chirurgicale (péritonite ou occlusion) doit toujours être recherchée devant ce tableau.

#### ➤ Traitement :

- Arrêt alimentaire voire la mise en place d'une sonde gastrique en siphonage ;
- Réhydratation et nutrition parentérale exclusive ;
- ATB à large spectre.

### 4.4 Diarrhée fébrile au retour d'un voyage récent en pays d'endémie :

- ✓ Diagnostics à évoquer sont ceux du paludisme et fièvre typhoïde.
- ✓ À rechercher par frottis de sang goutte épaisse et hémocultures.

## 5 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

- **Causes fonctionnelles** : colopathie spasmodique et fausse diarrhée du constipé, syndrome du côlon irritable au décours d'un turista ;
- **Causes médicamenteuses** : AINS, laxatif ;
- **Causes toxiques** : champignons, végétaux vénéneux, poisson ;
- **Entérocolopathies inflammatoires** : rectocolite hémorragique, maladie de Crohn ;
- **Syndrome de malabsorption** : la malnutrition est la cause la plus fréquente de diarrhée dans le monde ;
- **Causes tumorales** : cancer du côlon, tumeur villeuse, tumeur du grêle, polypose intestinale ;
- **Causes endocriniennes** : hyperthyroïdie, diabète, tumeurs carcinoïdes...

## 6 CRITÈRES D'HOSPITALISATION :

- Déshydratation  $\geq 10\%$  du poids du corps.
- Collapsus /état de choc.
- Troubles de la conscience.
- Vomissements rendant la réhydratation par voie orale impossible.
- Présence d'un troisième secteur.
- Tableau fébrile pouvant faire craindre l'évolution vers un sepsis grave (grands frissons inauguraux, fièvre très élevée).
- Diarrhée fébrile au retour d'un pays d'endémie palustre.
- Isolement ou milieu familial défavorisé.
- Age  $\leq 3$  mois.
- Décompensation d'une comorbidité.

## 7 CONTEXTE EPIDÉMIOLOGIQUE :

- Le profil évolutif aigu (bactérienne, ou virale) ou chronique (parasitaire ou terrain immunodéprimé).
- Caractère isolé ou cas groupés (familial ou professionnel) en faveur d'une toxi-infection alimentaire collective.
- Rechercher les aliments consommés au cours des dernières 48 heures (viandes peu cuites, laitages non pasteurisés, œufs, pâtisseries, glaces...).
- Délai écoulé entre la prise alimentaire et le début des troubles digestifs.
- Prise récente d'antibiotiques.
- Rechercher les facteurs de risque liés au terrain (immunodéprimé, drépanocytose...).
- Les ATCD de voyage en zone tropicale.

## 8 TROIS GRANDS SYNDROMES :

- **Syndrome cholériforme (mécanisme toxinique)** : diarrhée aqueuse avec selles liquides profuses, "eau de riz", très fréquentes et abondantes, rapidement déshydratation, pas ou peu de fièvre. Les vomissements et les douleurs abdominales sont inconstantes.
- **Syndrome dysentérique (mécanisme entéro-invasif)** : selles nombreuses afécales, glaireuses, sanglantes, parfois muco-purulentes, douleurs abdominales diffuses, épreintes, ténésme anal avec faux besoins, fièvre dans les infections bactériennes, absente dans l'Amœbose colique.
- **Syndrome « gastroentéritique » (mécanisme entéro-invasif)** : diarrhée banale, aspécifique associant douleurs abdominales, vomissements et parfois fièvre.

### ATTENTION !

L'émission de selles liquides, peu abondantes et en petit nombre (<3/24h) peut n'être qu'un épiphénomène au cours de diverses maladies infectieuses (otites du nourrisson, pneumopathies (légionnelle, pneumocoque), pyélonéphrites, paludisme, leptospirose...).

## 9 BILAN PARACLINIQUE :

### 9.1 Examen des selles :

- ✓ **Coproculture** : diarrhée avec signes de gravité, syndrome dysentérique, TIAC, voyage en zone tropicale, patients immunodéprimés. Les micro-organismes : Salmonelles, Shigelles, Compylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica. En fonction du contexte : Vibrio cholerae, Clostridium difficile.
- ✓ **La recherche de virus dans les selles** : ELISA (Rotavirus, Adénovirus).
- ✓ **Parasitologie des selles** : séjour en zone d'endémie à la recherche d'Entamoeba histolytica, sujet immunodéprimé (VIH) pour rechercher cryptosporidie, Giardia duodenalis.
- ✓ **La PCR** : laboratoire de recherche.

### 9.2 Examens sanguins :

- ✓ HMC : diarrhées avec syndrome infectieux.
- ✓ NFS, CRP, VS, hématocrite, protides, ionogramme.

### 9.3 Examens endoscopiques :

- ✓ Rectoscopie ou colonoscopie en cas colites ou rectites (MICI).



## 10 PRINCIPALES ÉTIOLOGIES :

### 10.1 Devant un syndrome cholériforme :

**Toxi-infection alimentaire collective** : S. aureus, C. perfringens et Bacillus cereus (VMS +++).

**Chez le nourrisson et l'enfant** : Rotavirus.

**En zone endémique** : E. coli entérotoxigène (tourista pour les sujets vivants en zone non endémique), choléra...

### 10.2 Devant un syndrome dysentérique :

**Shigellose** : incubation 2 à 5 jours, fièvre à 40°C avec syndrome dysentérique franc, bactériémies rares. Diagnostic repose sur la coproculture.

**Amœbose colique** : séjour en zone tropicale ou subtropicale due à E. histolytica, forme histolytica seule forme pathogène.

**E. coli entéro-hémorragique** : diarrhées hémorragiques pouvant se compliquer surtout chez l'enfant de syndrome hémolytique et urémique. Diagnostic repose sur la PCR.

### 10.3 Devant un syndrome gastro-entérique :

**Salmonella non typhi** : TIAC.

**Yersinia** : fièvre avec diarrhées et douleurs abdominales, diagnostic coproculture.

**E. coli entéropathogène** : gastro-entérite infantile, dans les crèches ou maternités.

**Clostridium difficile** : diarrhées post antibiotique.

**Au cours du SIDA.**

## 11 TRAITEMENT :

Le choix du traitement est guidé par le mécanisme de la diarrhée :

- ✓ Toxique : réhydratation et rééquilibration hydro-électrolytique +++
- ✓ Invasif : réhydratation + ATB.
- ❑ **Corriger ou prévenir la déshydratation**
- ❑ **Réduire l'intensité et la durée de la diarrhée :**
  - ✓ La suppression des apports alimentaires réduit les diarrhées mais aggrave la dénutrition.
  - ✓ L'éviction lactée n'est plus recommandée chez le nourrisson : l'alimentation lactée peut être reprise après 6 heures de réhydratation orale, l'apport alimentaire doit être poursuivi « aliments légers » (carotte, riz) ont pour intérêt d'épaissir les selles.
  - ✓ Les pansements intestinaux : intérêt limité.
  - ✓ Les modificateurs de la motricité intestinale : (Lopéramide) réduisent la diarrhée mais sont contre indiqués :



- ☐ Diarrhée aigue fébrile de type invasif (risque d'iléus avec dilatation colique, perforation, stase liquidienne, pullulation bactérienne et risque de bactériémie).

Syndrome cholérique ou syndrome gastroentérique non sévère	Syndrome cholérique ou syndrome gastroentérique sévère ou sur terrain à risque de complications ou syndrome dysentérique fébrile
ATB non recommandé Traitement symptomatique Réhydratation	ATB recommandé : Voie orale : Azithromycine ou Ciprofloxacine Si sepsis : Ceftriaxone + aminoside +/- métronidazole : IV Traitement symptomatique (CI des péristaltiques) Réhydratation

- ☐ Chez les moins de 30 mois.

- ☐ **Traiter l'infection** : les ATB ont 3 objectifs :
- ✓ Diminuer l'intensité et la durée de la diarrhée ;
  - ✓ Réduire les risques de diffusion bactériémique sur certains terrains (âges extrêmes de la vie, drépanocytose, déficit immunitaire...) ;
  - ✓ Limiter l'intensité de l'excrétion fécale en phase aigüe à fin d'éviter la transmission interhumaine (V. cholerae, shigelles) ;

**Indications de l'ATB** : diarrhées aigües fébriles (mécanisme invasif), diarrhées cholériques sévères (choléra, turista).

## TRAITEMENT EMPIRIQUE DES DIARRHEES AIGUES :

### ANTIBIOTHÉRAPIE DES DIARRHÉES BACTÉRIENNES DOCUMENTÉES

Bactérie	ATB (1 <sup>re</sup> intention)	Durée (jours)	Alternative
Salmonella enterica non typhi Shigella	Azithromycine 500 mg/j	3 – 7 (ID) jours	Ciprofloxacine 500mg x 2/ j, Forme sévère : C3G IV
Compylobacter jejuni	Azithromycine (1000mg) / j ou 500 mg /j	1 jour 3 jours	Amoxicilline+ acide clavulanique ou FQ

Yersinia enterocolitica	Ciprofloxacine 500 mg x2/ j	7 jours	Doxycycline Cotrimoxazole  Forme sévère : C3G + Gentamycine IV
Clostridium difficile	Métronidazole (250mgx4/j)	10-14 jours	Vancomycine ou Vidaxomycine PO  Supplémentation en zinc (enfant)
Vibrio cholerae (Forme sévère)	Doxycycline 300mg/ j Azithromycine 1000 mg/ j  Ciprofloxacine 1g/ j	1 jour  1 jour  1 jour	FQ

#### ❑ **Mesures de prophylaxie :**

- ✓ Individuelles ou collectives.
- ✓ Réduire le risque de transmission : lavage des mains +++, isolement et désinfection (selles et linges), hygiène de l'eau et des aliments.
- ✓ Contrôle de la chaîne alimentaire.

## 12 CONCLUSION :

*La diarrhée se définit par l'élimination de **≥ 3 selles liquides par jour (ou > 250g/24h)**, souvent en association à d'autres symptômes digestifs.*

*La réhydratation est toujours essentielle, le plus souvent par voie orale avec une solution salée/sucrée. Les antipéristaltiques sont contre indiqués.*

*La coproculture n'est pas systématique mais elle est à réaliser en cas de diarrhée avec signes de gravité, de syndrome dysentérique, de TIAC, après voyage récent en zone tropicale et chez le sujet immunodéprimé.*

*L'antibiothérapie est indiquée dans certaines diarrhées d'origine bactériennes : diarrhées aiguës fébriles évoquant un mécanisme invasif, diarrhées cholériques sévères.*

Les FQ et l'azithromycine sont actives sur la majorité des bactéries entéropathogènes mais la résistance aux FQ en limite l'utilisation probabiliste notamment pour la diarrhée du voyageur contractée en Asie.

Pas d'indication d'un traitement ATB dans la majorité des cas de diarrhée cholérique ou gastroentérique ;

Origine virale évoquée sur le contexte épidémique, la fièvre modérée ou absente, l'absence de dysentérie;

Traitement symptomatique ;

Antiseptiques inutiles.

## 13 BIBLIOGRAPHIE

- CMIT. Conduite à tenir devant une diarrhée infectieuse. In E. PILLY: ALINÉA Plus Ed; 2016: 143-146.

- Guandalini S. Probiotics for prevention and treatment of diarrhea. J Clin Gastroentero/2011; 45 supp: S149-53.
- Dupont HL Approach to the patient with infectious colitis. Curr Opin. Gastroentero/2012 ; 28 : 39-46.
- Marchau B. Diarrhées du voyageur : épidémiologie, prévention et conduite à tenir. Presse Médicale, 2013 Jan ; 42(1) : 76-81.
- CMIT. Conduite à tenir devant une diarrhée infectieuse. In E. PILLY: 27 Edition; ALINÉA Plus Ed; 2020: 152-157.

DR S TALEB