



Item172-Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant

Objectifs CNCI		
<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les principaux agents infectieux causes de diarrhées. - Reconnaître les signes de gravité d'une diarrhée infectieuse. - Connaître les indications et savoir interpréter les résultats d'un examen bactériologique, virologique et parasitologique des selles. - Connaître les principes des traitements des diarrhées infectieuses. - Connaître les principes de prévention de la toxi-infection alimentaire et savoir la diagnostiquer. - Connaître les principes de la conduite à tenir en cas de toxi-infection alimentaire familiale ou collective. 		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- PILLY 14	<ul style="list-style-type: none"> - Entéro-toxinogène / Sd cholériforme - Entéro-invasif / Sd dysentérique - Indications des examens paraC (4) - Coprocultures: toxines Cl. difficile - Recto-sigmoidoscopie si dysenterie - Hypokaliémie / acidose métabolique - Colite pseudo-membraneuse à Cl. difficile - Typhoïde: dissociation FC/T ; hémocultures - Salmonella non typhii = dysentérique - Salmonella typhii/paratyphii = cholériforme - Dysentérique = hospitalisation / isolement / ParaC / ciprofloxacine + métronidazole IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation / réhydrater - Diarrhée non infectieuse - Prise médicamenteuse - Voyage récent (< 3M) - Notion de contagé (TIAC) - Prise température / TR - Hémoculture si T > 38°C - Si post-ABT: arrêt de l'ABT - Hygiène / eau / sans résidu - Pseudo-Mb: isolement/ CLIN - Typhoïde: isolement / DDASS - Retour de voyage = FGE - Dysentérique: Cl Iopéramide - Cs si pas d'amélioration à J3

Généralités

!! Enfant et nourrisson traités ailleurs : cf [item 283](#)

Définitions

- **Diarrhée** : ≥ 3 selles liquides ou molles /jour avec débit fécal moyen > 300g/j
- Diarrhée aiguë < **2 semaines** < Diarrhée persistante < 4 semaines < Diarrhée chronique

Epidémiologie

- Très fréquent: 5% de la population consulte chaque année pour diarrhée aiguë
- Etiologie virale à 40% des cas: prescription inutile et coûteuse d'ABT
- Potentiellement grave si ID / !! 1ère cause de mortalité infantile dans PVD

Physiopathologie

- **Germe entéro-toxinogène**: stimule la sécrétion d'eau/électrolyte
 - → syndrome cholériforme (diarrhée dite « sécrétoire »)
- **Germe entéro-invasif**: ulcération de la muqueuse intestinale
 - → syndrome dysentérique (diarrhée dite « lésionnelle »)

Etiologies

Diarrhées infectieuses (+++)

- **Etiologies des diarrhées cholériformes**
 - **Virus +++**
 - **Rotavirus** / norovirus / adénovirus (75% des cas dans les PD)
 - Surtout chez l'enfant (gastro-entérite virale: cf [Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.](#))
 - **Bactéries**

- TIAC : Staphylocoque aureus / Clostridium perfringens (cf [Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.](#))
- Retour de voyage : E. Coli Entéro-Toxinogène (« turista ») / Vibrio cholerae / Fièvre typhoïde (**A savoir !**) (cf [Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant : conseils avant le départ, pathologies du retour : fièvre, diarrhée, manifestations cutanées.](#))
- Parasites
 - Giardiose / cryptosporidium (chez immuno-déprimé)
- Etiologies des diarrhées dysentériques

Germe	Terrain / mode de transmission
CMV	Immuno-dépression (VIH) +++
Klebsiella oxytoca	Colite hémorragique post-ABT
Amibiase	Parasite (cf item 100) / retour de voyage
Campylobacter	TIAC : volaille
Yersinia enterocolitica	TIAC : Viande de porc ou produits laitiers
Shigella	Contamination oro-fécale +++ (PVD, enfants..)
Salmonella	TIAC : produits laitiers, oeufs crus, viande mal cuite
E. Coli Entéro-Invasif	Retour de voyage
E. Coli Entéro-Hémorragique	TIAC / risque de SHU
» C'est le Klebs de mon ami, quand y chie ça colle »	

Diarrhées non infectieuses

- **!! NPO:** à évoquer systématiquement (car traitement spécifique en général)
- Diarrhée **médicamenteuse:** antibiotiques (cholériforme bénigne) (**A savoir !**)
- Colite ischémique (cf [item Pathologie digestive vasculaire](#))
- Diarrhée allergique ou histaminique
- Intoxication aux métaux lourds (récipient métallique de mauvaise qualité)
- Début d'une diarrhée chronique: cf [Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant](#). (ex: 1ère poussée de MICI)

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: à risque: ID / tares chroniques: (IC/IR, etc) / valvulopathie
 - Prise: **aliments** récents / **ABT** récente +++ / tout nouveau médicament (**A savoir !**)
 - Anamnèse: contexte **épidémique** (TIAC) / notion de **voyage** récent (< 3M) (**A savoir !**)
 - Signes fonctionnels
 - **Caractériser la diarrhée**
 - Mode d'installation / fréquence / consistance des selles
 - Présence de glaires +/- sang (évoquent lésion organique)
 - **Rechercher des signes associés**
 - **Fièvre** / vomissements / douleurs abdominales
 - **Rectorragie** / asthénie / syndrome rectal..
- Examen physique
 - **Prise des constantes: température / pesée / PA / FC / FR / SpO2** (**A savoir !**)
 - **Examen abdominal:** rechercher masse / défense / TR / orifices herniaires
 - **Rechercher des signes de gravité +++** (**A savoir !**)
 - Terrain à risque (immuno-déprimé / valvulopathie / âges extrêmes)
 - Syndrome dysentérique (diarrhée sanglante)
 - **Sepsis:** fièvre > 39°C / frissons / splénomégalie..
 - **Déshydratation:** pli cutané, perte de poids, etc. (cf [Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques.](#))
 - Signes de choc (hypovolémique ou sepsis sévère): collapsus, marbrures..
 - Syndrome pseudo-occlusif : météorisme (colectasie) / défense à la palpation
- Formes cliniques

syndrome cholériforme

syndrome dysentérique

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mécanisme entéro-toxinique ◦ Diarrhée hydrique abondante ◦ Peu ou pas fébrile ◦ Douleurs modérées ◦ Vomissements fréquents ◦ C° = DEC rapide +/- THE | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mécanisme entéro-invasif ◦ Diarrhée glairo-sanglante ◦ Fièvre franche +/- sepsis ◦ Douleurs violentes / en cadre ◦ Sd rectal: épreintes et ténésme ◦ C° = sepsis +/- HD/péritonite |
|---|---|

- **!! Remarque: en pratique la distinction cholériforme / dysentérique est peu valable:**
 - **GEA = syndrome « gastro-entérique »**
 - Diarrhée liquidienne mais peu abondante / syndrome pseudo-grippal (fébricule) / Vomissements
 - → diarrhée de la gastro-entérite virale +++
 - **Diarrhée des salmonelloses mineures**
 - En pratique, diarrhée rarement sanglante si TIAC à salmonelle mineure +++
 - → douleur importante / fièvre à 38-39°C / diarrhée **liquide** (mais non hydrique)

Examens complémentaires

- **Indication d'un bilan paraclinique**
 - **Non indiqué si (A savoir !)**
 - diarrhée cholériforme / sur terrain sain / sans SdG / depuis < 3 jours
 - = la grande majorité des cas +++
 - **Bilan indiqué si (4)**
 - syndrome dysentérique (ou diarrhée hémorragique)
 - évolution sévère > 3 jours (quelque soit le syndrome)
 - terrain/anamnèse: ID-valve / retour de **voyage** / TIAC
 - signes de gravité cliniques: déshydratation / fièvre > 39°C-sepsis
 - **Remarque: diarrhée sous ABT**
 - Diarrhée liquidienne sans fièvre sous ABT très fréquente (10% des cas)
 - !! ne nécessite AUCUN examen / à distinguer de la colite PM post-ABT (infra)
- **Bilan de 1ère intention si indiqué (4)**
 - **Coprocultures (examen bactériologique des selles)**
 - Examen direct: pour recherche leucocytes/hématie (cf entéro-invasif)
 - Mise en culture sur milieux spécifiques (salmonella / shigella / yersinia / campylobacter)
 - Recherche des toxines A et B de Clostridium difficile si ABT (**A savoir !**)
 - **Examen parasitologique des selles (EPS)**
 - 3 prélèvements sur 10 jours / examen direct sur selles fraîches
 - systématique si voyage / si ID (VIH) / +/- si diarrhée dysentérique
 - **Evaluation du retentissement**
 - **NFS-CRP**: recherche syndrome inflammatoire / DEC
 - **Iono-créatinine**: recherche hypokaliémie / acidose métabolique
 - **Hémocultures**: !! NPO: systématique si patient fébrile
 - TDM abdominale: seulement si suspicion de C° (péritonite..)
 - **+/- Recto-sigmoïdoscopie**
 - !! systématique devant tout syndrome dysentérique / post-ABT (**A savoir !**)
 - Réalisation de **biopsies** pour ex. bactériol et anapath. (étiologie)
 - Faire un iléo-coloscopie avec biopsie si négative: !! n'élimine pas
 - Contre-indication formelle si suspicion de perforation (péritonite)

Traitement

Traitement d'une diarrhée aiguë liquidienne sans signe de gravité

- **Prise en charge**
 - En **ambulatoire** si bien supportée / repos au lit
 - **Isolement** entérique: hygiène des mains et des toilettes
 - Arrêt d'une antibiothérapie éventuelle si possible
- **Traitement symptomatique +++**
 - **Mesures hygiéno-diététiques (A savoir !)**
 - **Hydratation** per os (par petits volumes rapprochés): eau (coca + sel)
 - Réalimentation précoce: régime sans résidu (riz / pâtes) / **sel + glucose**
 - **Hygiène** si gastro-entérite virale: lavage des mains / éviter contacts
 - **Anti-diarrhéiques**
 - **Ralentisseurs du transit = loperamide (Imodium®)**
 - Posologie: 2cp puis 1cp après chaque selle liquide
 - sans dépasser 8mg/j et 2j de traitement (!! agoniste opioïde)
 - !! **CI formelle** en cas de syndrome dysentérique (**A savoir !**)

- **Anti-sécrétoire = racécadotril (Tiorfan®)**
 - inhibiteur d'enképhalinase / 1 cp 3x/j
 - à préférer si diarrhée infectieuse
- **Traitement associé non anti-diarrhéique**
 - anti-émétique (Primperan® ou Motilium®)
 - anti-spasmodique (Spasfon®)
 - antalgique/antipyrétique: paracétamol PO
- **Antibiothérapie limitée +++**
 - Inutile si diarrhée modérée sur terrain sain +++
 - Probabiliste si inefficace >12-24h: FQ (Ciprofloxacine) ou Azithromycine 1J PO
 - Adaptée si terrain fragile (ID, valvulopathie) ou durée >3J **et** coprocultures positives
- **Mesures associées**
 - **Déclaration** obligatoire à l'ARS si: TIAC / choléra / typhoïde
 - Déclaration au CLIN si infection nosocomiale (Clostridium difficile +++)
 - Déclaration à la pharmacovigilance si diarrhée post-antibiothérapie
- **Surveillance**
 - Auto-surveillance par le patient si diarrhée cholériforme non compliquée
 - !! Education du patient: **consulter** si pas d'amélioration à **J3** +++ (**A savoir !**)

Traitement d'une diarrhée aiguë dysentérique

ou

avec signes de gravité

- **Prise en charge**
 - Hospitalisation systématique +++
 - **Isolement** entérique: hygiène des mains et des toilettes
 - Pose VVP + repos strict au lit + maintenir le patient à jeun
- **Traitement symptomatique**
 - Ré-équilibration hydro-électrolytique en IV : selon ionogramme
 - Stabilisation hémodynamique si choc (septique ou hypovolémique)
 - !! **CI aux ralentisseurs** du transit: risque de colectasie / péritonite (**A savoir !**)
- **Traitement étiologique = antibiothérapie (ABT)**
 - Probabiliste / en urgence / parentérale / active sur BGN et anaérobies
 - → **Ciprofloxacine IV** +/- aminoside si sepsis sévère puis adaptation II à l'ABG (doxycycline si C.jejuni)
 - **Remarque: diarrhée à salmonella non typhii**
 - PAS d'antibiothérapie nécessaire en général (sauf signes de gravité)
 - cf: pas d'effet et évolution le plus souvent spontanément favorable
- **Mesures associées**
 - Déclaration obligatoire à l'**ARS** si: TIAC / fièvre typhoïde / choléra
 - Déclaration au CLIN si infection nosocomiale
 - Déclaration à la pharmacovigilance si diarrhée post-antibiothérapie
- **Surveillance**
 - **Clinique +++** : hydratation / température / signes de sepsis
 - **Paraclinique**: NFS-P / coprocultures de contrôle à la fin du traitement

Cas particuliers à connaître

Diarrhée aiguë à

Clostridium difficile

= colite pseudo-membraneuse

- **Généralités**
 - !! 1ère cause de diarrhée nosocomiale (2nde: salmonelle)
 - Germe: souche toxigène de Cl. difficile (toxine A et B)
 - A évoquer devant toute diarrhée **post-antibiothérapie** (**A savoir !**)
 - Physiopathologie: destruction de la flore normale par l'ABT
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Diarrhée survenant à la suite de toute ABT (!! jusqu'à +6S)
 - Signes généraux: **fièvre** / douleur abdominale +/- C° aiguë
 - Diarrhée avec **glaires** mais **non** sanglante = syndrome atypique
 - **Paraclinique**
 - « Coprocultures » (en pratique, pas une culture mais un ELISA)
 - Recherche de toxines A et B de Clostridium Difficile dans les selles (une seule toxine suffit)
 - **Recto-sigmoïdoscopie: recherche des « pseudo-membranes »**

- → dépôts blanchâtres adhérents sur muqueuse purpurique
- non systématique si toxine positive
- **Diagnostics différentiels**
 - Diarrhées liquidiennes bénignes post-antibiothérapie
 - Colite hémorragique à *klebsiella oxytoca* si dysentérie ++
- **Complications**
 - Iléus / **colectasie** +/- **perforation** colique (et donc péritonite) / rectorragies
 - Translocation bactérienne avec bactériémie +/- **sepsis sévère**
 - DEC et acidose métabolique à TA normal (perte de HCO₃⁻)
 - **Récidives** (~ 30% des cas, formes sporulées): éducation du patient aux ABT +++
- **Traitement**
 - **Mise en condition: isolement** entérique / précautions **contact**
 - **Traitement étiologique: arrêt** immédiat de l'ABT en cours (**A savoir !**)
 - **ABT: métronidazole** (Flagyl®) **PO** pendant 10J (vancomycine **PO** sinon)
 - **Mesure associées:** déclaration au **CLIN** si nosocomial / pharmacovigilance (**A savoir !**)

Fièvre typhoïde

- **Généralités**
 - **Germe:** bactérie (BGN): salmonella typhi ou paratyphi
 - **Transmission:** oro-fécale (hygiène / alimentation ++)
 - **Pays:** Asie / Afrique / Maghreb / Amérique du Sud
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Incubation: 1 à 3S / patient asymptomatique
 - **Phase d'invaison (« 1er septénaire »)**
 - Fièvre / frisson / céphalées / douleurs abdominales
 - **Dissociation** pouls-température (bradycardie paradoxale)
 - **Phase d'état (« 2nd septénaire »)**
 - Diarrhée **cholériforme** / fétide / aspect de « jus de melon »
 - Obnubilation (« tufhos ») / SMG / douleurs abdominales
 - Angine de Duguet (ulcération du voile du palais)
 - **Paraclinique**
 - **Hémocultures** et **coprocultures** (sur milieu spécifique)
 - NFS-CRP (sd inflammatoire) / BHC (hépatite cytolytique)
 - Remarque: sérodiagnostic de Widal et Félix: peu utile si +
- **Complications**
 - digestives: péritonite / perforation / angiocholite / DEC
 - hématogènes (chez asplénique ++): ostéite / cholécystite..
 - toxiques: myocardite / méningite / coma / décès
- **Traitement**
 - **Mise en condition**
 - Hospitalisation / en urgence/ en médecine
 - **!! isolement entérique** (gant / surblouse..)
 - **Antibiothérapie**
 - **C3G**(ceftriaxone) en IV pour 7J si enfant/SdG/ Asie du Sud Est
 - en première intention car de + en + de résistances aux FQ
 - **Relais par FQ (ciprofloxacine) si souche sensible** 500mg x2/j **PO** durée: **5J**
 - **!! NPO** hCG en pré-thérapeutique si femme jeune
 - **Traitement symptomatique**
 - Réhydratation parentérale: NaCl 0.9% en IV
 - Antalgique-antipyrétique: paracétamol en IV
 - **Mesures associées**
 - **!! Déclaration obligatoire à la DDASS (A savoir !)**
 - Education du patient / vaccination au décours
 - **Surveillance**
 - Clinique: constantes / fièvre / transit / hydratation

Autres diarrhées au retour de voyage

(cf [Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant : conseils avant le départ, pathologies du retour : fièvre, diarrhée, manifestations cutanées.](#))

- **Salmonelloses non typhiques**
 - **Germe:** bacille Gram(-) (BGN) / 1ère étiologie de TIAC +++
 - **Clinique:** tableau de diarrhée dysentérique (mais en réalité peu sanglante)
 - **Paraclinique:** confirmation par coproculture (milieu spécifique)

- **Evolution**: spontanément favorable en moins de 7 jours
 - **Traitement**: symptomatique +/- ABT (**FQ**) si terrain fragile
 - **Choléra**
 - **Germe**: bacille Gram(+): vibrio cholerae / toxine cholérique
 - **Transmission**: oro-fécale: inter-humaine ou hydrique / PVD ++
 - **Clinique**
 - diarrhée liquidienne très abondante / « eau de riz »
 - vomissements continus = déshydratation rapide et sévère
 - **Paraclinique**
 - Coprocultures (milieu spécifique ou Ac sur selles)
 - !! NPO retentissement: iono-créat et NFS pour la DEC
 - **Traitement**
 - Hospitalisation avec isolement septique
 - **Réhydratation** entérale (NaCl 0.9% en IVL)
 - ABT: fluoroquinolone (PILLY 12)
 - !! Déclaration obligatoire à la DDASS (**A savoir !**)
 - **Paludisme**
 - !! A évoquer devant toute diarrhée au retour de voyage
 - → NPO de faire un frottis-goutte épaisse: **FGE** (**A savoir !**)
- Autres cas particuliers**
- TIAC +++ : cf **Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.**
 - Syndrome hémolytique et urémique: cf **Néphropathie vasculaire.**

Synthèse pour questions fermées

Quelle est la principale étiologie de diarrhée aiguë?

- Virale

5 questions à poser devant une diarrhée aiguë chez l'adulte pour orienter le diagnostic?

- Aspect clinique : cholérimforme ou dysentérique
- Contexte épidémique
- Aliments consommés les dernières 48h
- Voyage récent en zone tropicale
- Prise récente de médicaments notamment antibiotiques

Indications des coprocultures dans les diarrhées aiguës?

- Voyage en zone tropicale
- TIAC
- Syndrome dysentérique ou signe de gravité
- Durée >3 jours
- Terrain : immunodéprimé ou valvulopathie