

## PRISE EN CHARGE DES DIARRHÉES AIGUES

F. KLOTZ

• Service de pathologie digestive, Hôpital d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre, 29240 Brest-Naval, France.

*Med. Trop.* 2001 ; **61** : 220-223

Le bon sens clinique domine la prise en charge des diarrhées aiguës qui sont, faut-il le rappeler, des émissions trop abondantes et trop fréquentes de selles, de début brutal et d'évolution généralement favorable en quelques jours.

Les causes en sont multiples : bactériennes, virales, parasitaires, toxiques, médicamenteuses, inflammatoires, vasculaires ou psychiques. Les diarrhées infectieuses sont les plus fréquentes, mais un traitement anti infectieux est rarement nécessaire et ne suffit pas toujours à guérir la maladie.

Cette prise en charge se fait en plusieurs étapes : évaluer les signes de gravité et l'importance des symptômes ; interroger le malade sur le type de diarrhée qu'il présente ; effectuer un bilan étiologique avec comme fil conducteur « l'ambiance » dans laquelle cette diarrhée survient, ce qui permet lorsque cela s'avère nécessaire d'adapter une conduite à tenir utile au malade ou à son entourage ; adapter un traitement symptomatique et éventuellement anti infectieux.

### LES SIGNES DE GRAVITE

L'état d'hydratation globale du patient doit être évalué cliniquement en recherchant un pli cutané, une sécheresse des muqueuses, une hypotonie des globes oculaires, des troubles de l'état de conscience, une hypotension artérielle. Cette recherche sera d'autant plus attentive qu'il s'agira d'enfant ou de vieillard, mais également si la diarrhée est profuse.

Un programme de réhydratation sera mis en place, soit per os grâce à la solution de sels de réhydratation orale (SRO), soit par voie parentérale :

- en l'absence de déshydratation, on prescrira l'absorption à volonté de SRO qui se présente sous forme de sachets à diluer dans un litre d'eau, distribués par l'OMS, l'UNICEF et par la pharmacie centrale des armées. Le mélange « sucré-salé » comprend 20g de glucose anhydre, 3,5g de chlorure de sodium, 2,5g de bicarbonate de soude, 1,5g de chlorure de potassium. Certaines préparations à visée pédiatrique sont commercialisées. A défaut, on préconisera des jus de fruits, du bouillon salé. Le coca cola traditionnellement conseillé est en fait hyperosmolaire, trop sucré et

pas assez salé. On conseillera la prise de sucres d'absorption lente sous forme de pain, de riz, de bananes, de biscuits si possible salés. Les produits lactés seront contraindiqués ;

- en cas de déshydratation modérée, on établira un programme de réhydratation orale sauf s'il existe des vomissements incoercibles. L'absorption devra être de 75 ml/kg sur les quatre premières heures, adaptée ensuite en fonction de l'évolution de l'état clinique ;

- en cas de déshydratation sévère, il faut réhydrater par voie parentérale grâce à un cathéter veineux de gros calibre, à l'aide de solution de Ringer Lactate : 30 ml/kg seront administrés en 30 minutes, puis 70 ml/kg jusqu'à la quatrième heure. Il faut faire boire du SRO dès que cela paraît possible en continuant la réhydratation parentérale.

Un critère d'efficacité simple est le rétablissement d'une diurèse satisfaisante.

Dans le même temps, il y a déshydratation, prélever du sang pour surveillance des constantes hydroélectrolytiques ; en cas de fièvre, de manifestations extradiigestives orientant vers une infection systémique, faire une numération et une formule sanguine et pratiquer des hémocultures.

### L'INTERROGATOIRE ET LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE

L'interrogatoire permettra d'écarter les diarrhées aiguës liées à d'autres causes (médicaments, toxiques, poussée aiguë de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, stress) (1).

L'analyse du type de diarrhée donnera une orientation à la prise en charge (2) :

- la diarrhée est hydrique, afécale, sans glaires ni sang, avec des douleurs abdominales peu intenses et souvent des vomissements. Il s'agit d'un mécanisme de toxoinfection digestive sans invasion de la muqueuse intestinale. Le risque essentiel encouru par le malade est la déshydratation surtout lorsque le syndrome est cholérique. Les formes habituelles ne justifient pas d'examen coprologiques. Ils ne seront réalisés que devant des tableaux sévères, fébriles, ou ne s'amendant pas en trois jours ;

- la diarrhée est liquide et fécale, survenant souvent dans un contexte fébrile avec vomissements et douleurs abdominales, réalisant un tableau de gastro-entérite. Le méca-

nisme est probablement « invasif », sans destruction de la muqueuse. Coproculture et examen parasitologique des selles se justifient d'emblée ;

- la diarrhée est dysentérique. Elle est faite d'émissions glaireuses et sanglantes associées à des douleurs abdominales avec ténésme et épreintes, dans un contexte souvent fébrile. Le mécanisme est « invasif » et justifie de principe des examens complémentaires : un examen bactériologique de selles avec recherche de polynucléaires et coproculture ; un examen parasitologique sur selles fraîches ; une rectoscopie qui permettra de voir éventuellement des pseudomembranes ou des ulcérations évocatrices et d'effectuer des prélèvements à visée histologique, bactériologique et parasitologique ; un hémogramme et des hémocultures en cas de fièvre ou de symptomatologie prolongée.

Si ces investigations sont négatives une cause inflammatoire, tumorale ou ischémique sera évoquée.

### AMBIANCE DANS LAQUELLE SURVIENT LA DIARRHÉE ET BILAN ÉTIOLOGIQUE (3)

#### La diarrhée aiguë sporadique.

Chez l'enfant, la plupart des diarrhées isolées sont dues à des virus (rotavirus, virus Norwalk).

Chez le sujet âgé, vivant volontiers en institution, il faut penser à des bactéries « invasives » (salmonelles, shigelles, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*) et à des bactéries non invasives (staphylocoque doré, *Escherichia coli* entérotoxigène). La coproculture mettra en évidence ces différents germes.

#### La diarrhée aiguë du sujet infecté par le virus de l'immunodéficience humaine.

Elle est spécifique par les agents pathogènes opportunistes qui peuvent en être les responsables. Si cette symptomatologie a diminué dans les pays où les sidéens ont accès de manière systématique aux antiviraux, il n'en est pas de même dans les pays en développement.

Les coccidies sont souvent responsables de diarrhée aiguë que ce soit *Isospora belli* ou *Cryptosporidium parvum* qui génèrent des diarrhées aiguës sévères chez les immunodéprimés. La découverte des oocystes dans les selles signera le diagnostic. Les microsporidies sont responsables de près de 15 % de ces diarrhées. Leur diagnostic est plus délicat et demande un laboratoire averti. Les salmonelloses, shigelloses et campylobactériose sont dix fois plus fréquentes que dans la population générale. Leur diagnostic est fait par la coproculture. Les colites pseudomembraneuses à *Clostridium difficile* sont relativement fréquentes chez ces malades soumis à des traitements antibiotiques itératifs. L'aspect endoscopique est évocateur et la recherche de toxine spécifique dans les selles confirme le diagnostic. Le cytomégalovirus est responsable de diarrhées aiguës chez les malades très immunodéprimés. La rectosigmoïdoscopie permet le diagnostic de colite ulcéreuse et parfois la mise en évidence sur les biopsies des inclusions nucléaires typiques.

Dans 30 % des cas la cause des diarrhées n'est pas connue. La responsabilité du VIH lui-même est mise en cause.

#### la diarrhée aiguë dans un contexte épidémique.

Cela recouvre aussi bien les épidémies de choléra ou de typhoïde dans les pays en développement qui seront rapidement prises en charge après mise en évidence du germe, que les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC).

Les TIAC (4) sont définies comme la survenue d'au moins deux cas de diarrhée aiguë dans une même collectivité, rapportés à l'ingestion d'aliments contaminés. La coproculture et les prélèvements alimentaires sont obligatoires. La déclaration à la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) est réglementaire. Les salmonelles sont responsables de 60 % des cas, *Campylobacter*, staphylocoque doré, *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* peuvent également être incriminés. Les épidémies de diarrhée à rotavirus dans les collectivités de nourrissons seront diagnostiquées grâce à des trousse de détection immunoenzymatique (ELISA).

Dans tous les cas des mesures de prévention seront proposées.

#### Les diarrhées du voyageur ou du retour de pays à bas niveau d'hygiène (5).

Rapidement affirmée par l'interrogatoire, cette *turista* affectant 20 % à 50 % des voyageurs, est due dans 40 % à 70 % des cas à *Escherichia coli* entérotoxigène (ETEC). La diarrhée aiguë aqueuse régressive spontanément en 48 à 72 h ne nécessite le plus souvent pas d'examen complémentaires. Cependant, la persistance des symptômes après le troisième jour ou la présence de fièvre ou de sang et de glaires dans les selles impose un examen bactériologique et parasitologique des selles qui pourra mettre en évidence une shigelle, une salmonelle, un *Campylobacter jejuni*, une cryptosporidie, une amibe, une *Giardia*, etc..

Le choléra sera diagnostiqué que dans un contexte clinique et épidémiologique particulier. Il atteint exceptionnellement le voyageur provenant des pays industrialisés.

La diarrhée aiguë satellite de l'accès palustre nécessitera la pratique systématique d'une recherche de l'hématozoaire chez un sujet fébrile venant de zone d'endémie.

#### Diarrhée au cours ou au décours d'un traitement antibiotique (6).

Elle est souvent induite par une simple modification de la flore intestinale. Elle peut être sévère, expression d'une colite pseudomembraneuse à *Clostridium difficile* : la diarrhée est alors profuse, dans un contexte fébrile avec possibilité de colectasie. L'endoscopie et la recherche des toxines A ou B par la mise en évidence de l'effet cytopathique affirmeront le diagnostic. Ce tableau imposera un traitement par métronidazole ou vancomycine dans les formes sévères. Il peut être prévenu par l'administration de *Saccamomyces boulardii* en prophylaxie ou dès l'apparition des premiers signes de diarrhée sous antibiotiques.

La survenue d'une diarrhée avec rectomages au cours d'un traitement par ampicilline ou synergistine fera évaluer et rechercher une colite hémorragique à *Klebsiella oxytoca*.

---

### PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

---

#### Le traitement des diarrhées aiguës est avant tout symptomatique.

L'évaluation des signes de gravité aura permis de classer le patient selon son état d'hydratation soit dans l'indication de la réhydratation à volonté ou surveillée, soit dans celle de la rehydratation parentérale.

#### Le traitement adjuvant.

- *Les ralentisseurs du transit*

Ils sont représentés par des dérivés opioïdes de synthèse. Le plus utilisé est le loperamide ayant pour avantage de ne pas avoir d'effet sur le système nerveux central. Cette molécule bien tolérée, réduit le nombre de selles et la durée des symptômes. On l'utilise surtout dans le traitement des diarrhées de type toxinique et en particulier dans les diarrhées du voyageur à ETEC. La posologie usuelle est de 2 à 8 cp. Il est souhaitable de ne pas l'utiliser dans les syndromes dysentériques car certains le rendent responsable de retard de guérison bactériologique.

L'oxyde de loperamide commercialisé plus récemment est faiblement absorbé au niveau de l'intestin proximal, conjuguant une moindre biodisponibilité systémique à une plus grande concentration locale au niveau de la muqueuse intestinale, ce qui ajoute à son activité antipéristaltique une activité antisécrétoire. La posologie est de 1cp à 1mg après chaque selle non moulée sans dépasser 8 cp par jour. Sa tolérance est très satisfaisante

- *Les antisécrotoires purs de type inhibiteur de l'enképhaline (racécadotril) ou maléate de zaldaride*

Ils sont bien tolérés, avec une efficacité plus progressive, et peuvent être utilisés quelque soit le type de diarrhée. Seul le racécadotril est commercialisé en France avec une posologie de 3 à 4 cp/j.

Quoiqu'il en soit ces deux types de modificateurs du transit intestinal doivent être utilisés dans ce contexte pendant une durée courte, ne dépassant pas 72 h.

- *Les smectites*

Les smectites peuvent être utilisées pour leur pouvoir adsorbant.

- *Les traitements antiseptiques*

Les traitements antiseptiques non diffusibles de type nitrofuranes sont d'efficacité discutée. Ils peuvent écourter la durée des diarrhées hydro-électrolytiques.

- *Le traitement antibiotique*

Il n'est pas systématique. L'évolution naturelle de la plupart des diarrhées bactériennes est spontanément favorable.

Cependant, une antibiothérapie probabiliste après prélèvement de selles doit être réalisée dans un certain nombre de cas :

- tableau franc de diarrhée invasive avec sévérité des symptômes ;

- terrain fragile : enfant ou sujet âgé, ou tares associées ;

- persistance ou aggravation, avec apparition de fièvre d'une diarrhée hydro-électrolytique après 3 jours d'évolution spontanée.

L'émergence de résistances bactériennes fait actuellement préconiser l'emploi chez l'adulte de fluoro-quinolones (ciprofloxacine par exemple) ou d'azithromycine en raison de son action sur les campylobactéries et sur les shigelles multirésistantes, pendant trois jours. Chez l'enfant, c'est le triméthoprime sulfaméthoxazole (cotrimoxazole) qui sera employé. Chez la femme enceinte, seule l'ampicilline sera utilisée.

L'antibiothérapie sera éventuellement adaptée en fonction des résultats de la coproculture et de l'antibiogramme pour juguler une infection bactérienne invasive.

Les causes parasitaires seront traitées spécifiquement, par le métronidazole ou ses dérivés pour l'amibiase, la giardiase et la balantidiose ; par le praziquantel pour les schistosomoses ; par le cotrimoxazole pour l'isospore.

- *Un traitement minute de la diarrhée hydro-électrolytique du voyageur*

Un traitement minute de la diarrhée hydroélectrolytique du voyageur par 500 mg de ciprofloxacine en dose unique a montré une diminution de la durée et de la sévérité des symptômes (7). Cela peut être utile pour le voyageur homme d'affaires, conférencier ou sportif de haut niveau, mais ne peut être érigé en règle à cause des effets secondaires possibles de ce type de traitement.

---

### CONCLUSION

---

La prise en charge d'une diarrhée aiguë est avant tout une démarche clinique qui va permettre, après avoir assuré la sécurité du patient par la compensation d'une éventuelle déshydratation, son confort par un traitement adjuvant, de cerner l'étiologie de cette diarrhée par l'étude de son type et de l'ambiance dans laquelle elle survient. Ainsi la réalisation motivée de l'examen de selles mettra en évidence l'agent responsable et permettra un éventuel traitement anti-infectieux adapté. Des progrès pourraient être faits dans la prévention de ces diarrhées aiguës par une amélioration des mesures d'hygiène générale (mains, eau, aliments) et par la mise au point de vaccins contre les agents les plus fréquents : ETEC, shigelles, rotavirus. Dans l'avenir un vaccin polyvalent pourrait être administré aux voyageurs et aux sujets fragiles.

---

**REFERENCES**

---

- 1 - BEAUGERIE L. - Imputation des diarrhées et des enterocolites aux médicaments. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1998; **22** : 773-777.
- 2 - CARRE D., CHAPALAIN J.C., DEBONNE J.M., KLOTZ F. - Diarrhées aiguës infectieuses. *Encycl. Med. Chir. - Maladies infectieuses*, 2000, 16 p.
- 3 - ALGAYRES J-P. - Démarche diagnostique devant une diarrhée aiguë. In «DEBONNE J.M., BERNARD J.P. - Gastroentérologie». Doin ed., Paris, 1998, pp 47-51.
- 4 - TREMOLIERES F. - Toxi-infections alimentaires en France métropolitaine. *Rev. Prat.* 1996; **46** : 158-165.
- 5 - CARRE D., LOUIS F.J., DEBONNE J.M. et Coll. - Diarrhée des voyageurs : que faire en 1998 ? *Med. Trop.* 1998; **58** : 21-24.
- 6 - HOGUENAUER C., HAMMER H.F., KREJS G.J., REISINGER E.C. - Mechanisms and management of antibiotic-associated diarrhea. *Clin. Infect. Dis.* 1998; **27** : 702-710.
- 7 - SALAM I., KATELARI P.H., LEIGH-SMITH S., FARTHING M.J. - Randomised trial of single-dose ciprofloxacin for travelers' diarrhea. *Lancet* 1994; **344** : 1537-1539.