Pour en savoir plus

Garcia HH. Clinical symptoms, diagnosis and treatment of neurocysticercosis. Lancet Neurol. 2014;11:1202-5.

Garcia HH, Gonzalez I, Lescano AG, et al. Efficacy of combined antiparasitic therapy with praziquantel and albendazole for neurocysticercosis: a doubleblind, randomised controlled trial. Lancet Infect Dis. 2014;14: 687-95.

White AC, Garcia HH. Updates on the management of neurocysticercosis. Curr Opin Infect Dis. 2018;31:377-82

http://medecinetropicale.free.fr/cours/cysticercose.pdf

Diarrhée du voyageur (turista) *(Travel diarrhea)*

Olivier Bouchaud

Points essentiels

- La diarrhée du voyageur (DV) est l'un des problèmes de santé les plus fréquents pour les voyageurs avec des taux d'attaque proches de 40 %.
- Les causes sont essentiellement infectieuses : bactériennes, notamment ETEC, dans 80 % des cas, virales dans 15 à 20 % des cas et plus rarement parasitaires.
- La DV est le plus souvent bénigne, mais elle peut être grave aux âges extrêmes de la vie par le biais de la déshydratation.
- Outre l'importance de la déshydratation, les signes de gravité incluent le terrain (nourrissons, seniors, comorbidités, immunodépression) et les vomissements répétés qui gênent la réhydratation orale.
- Attention chez l'enfant à la « gastroentérite fébrile » qui peut masquer un paludisme.
- La pierre angulaire du traitement est l'hydratation (H_2O- Na- K- glucose), plus accessoirement les antidiarrhéiques en privilégiant les antisécrétoires (racécadotril) plus que les ralentisseurs du transit. Les antibiotiques (quinolones, azithromycine) sont réservés aux formes graves ou persistantes (risque élevé de sélection de bactéries multirésistantes).
- La prévention repose sur le lavage des mains et les précautions alimentaires (privilégier les aliments cuits et servis brûlants).

Ce qu'il faut savoir pour comprendre

La diarrhée du voyageur (DV) concerne environ 40 % des voyageurs se rendant en zone à risque sanitaire (haut risque : Afrique, Asie, Amérique latine ; risque intermédiaire : Bassin méditerranéen, Moyen-Orient, Russie,

Europe de l'Est, Chine ; risque faible : pays industrialisés). Les deux pics de fréquence se situent vers le 3e-4e jour et vers le 10e jour. Il s'agit d'un épisode bref et bénin dans la majorité des cas, mais la DV impose un alitement dans 20 % des cas, dure plus de 1 semaine dans 10 % et devient persistante (durée > 3 semaines) dans 2 à 6 %. Le lien avec le syndrome du côlon irritable post-infectieux a été établi.

Bien que le « stress » du voyage, le décalage horaire ou les changements de nourriture (épices) puissent jouer un rôle, les étiologies sont essentiellement infectieuses : bactériennes dans 80 % des cas (principalement *Escherichia coli* enterotoxinogène mais aussi shigelles, *Campylobacter*, salmonelles, autres *E. coli*…), virales dans 15 à 20 % ou plus rarement (sauf au stade de forme chronique), parasitaires (amibes, *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora*…).

Principes de la prise en charge

Elle se conçoit soit organisée par le médecin, soit le plus souvent gérée par le patient lui-même, si possible avec les conseils reçus lors d'une consultation pré-voyage.

Étape diagnostique

Si la reconnaissance de la diarrhée elle-même ne pose évidemment pas de problème, l'aspect essentiel en est l'identification de facteurs de gravité (*cf.* tableau 4.2) qui influencent les choix thérapeutiques.

Dans les formes communes, les explorations ne sont en général pas nécessaires en première intention (faible « rentabilité » des coprocultures). Les examens coprologiques (coprocultures et parasitologie des selles) et, dans certains cas, la rectosigmoïdoscopie sont recommandées en cas d'échec d'un premier traitement (*cf. infra* : cas particulier de la diarrhée chronique).

Étape thérapeutique

Selon la sévérité, il y a trois alternatives, l'hydratation en étant la base. Le recours à l'hospitalisation dépend essentiellement du tableau clinique.

- *(Re)hydratation seule.* Elle doit apporter de l'eau, du potassium, du sodium et du sucre (favorise l'absorption des électrolytes) : eau, thé, jus de fruits, gâteaux salés ou sels de réhydratation orale. Si vomissements, outre les anti-émétiques, il faut prendre de petites quantités répétées et il ne faut pas hésiter à avoir recours à une perfusion IV, même de quelques heures seulement, pour passer un cap difficile.
- *Hydratation + traitements symptomatiques* (utiles mais pas indispensables). Il faut limiter les ralentisseurs du transit (lopéramide et dérivés) illogiques (retardent l'élimination des germes) et souvent responsables de douleurs abdominales ou d'une constipation secondaire souvent plus gênante que

la diarrhée, voire de complications rares mais graves (perforation colique) pour les réserver aux situations « d'urgence ». On leur préfère les antisécrétoires (racécadotril : Tiorfan® : très peu d'effets indésirables). Les adsorbants (diosmectite…) sont peu ou pas efficaces mais sans effet indésirable.

• *Hydratation + traitement symptomatique + anti-infectieux*. Les antiseptiques intestinaux n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité (et potentiellement dangereux) n'ont plus leur place. Les antibiotiques sont efficaces mais ont des indications très limitées (facteurs de gravité (*cf.* tableau 4.2) ou formes persistantes). Le choix se limite pratiquement aux quinolones (monoprise de 2 cp. ou 1 cp. 2 fois/j pour 3 à 5 jours) et à l'azithromycine (monoprise de 1 g chez l'adulte ; surtout pour l'Asie). L'usage d'antibiotiques expose à un risque élevé de sélection et portage au retour de bactéries multi-, voire toto-résistantes (jusqu'à 80 % des voyageurs en Asie). La rifaximine (non commercialisée en France) serait une alternative possible.

Cas particulier de la diarrhée chronique

La démarche doit commencer par des examens coprologiques avec notamment parasitologie des selles. En cas de négativité, on peut proposer un traitement d'épreuve associant de façon concommittante ou successive métronidazole, quinolone (ou azithromycine) et cotrimoxazole. Devant la persistance des troubles, le recours à un spécialiste est souhaitable pour discuter de l'intérêt d'une coloscopie (recherche d'une cause sous-jacente révélée par la DV, notamment colite inflammatoire ou cancer)— *cf.* p. 45).

Prévention

Elle repose sur le lavage des mains (avant les repas et après le passage aux toilettes). Les précautions alimentaires (dont l'efficacité n'a jamais été prouvée !) peuvent être simplifiées en disant aux voyageurs que tout ce qui est cuit et servi brûlant n'est pas à risque, que les aliments solides sont en général plus à risque que l'eau et que les hôtels « internationaux » ne sont pas par principe moins à risque que les restaurants de rue où l'on sert une nourriture cuisinée en extemporané et servie chaude (*cf.* tableau 4.1).

Si l'eau en bouteille n'est pas accessible, on peut désinfecter l'eau, par Aquatabs® ou Micropure Forte® ou mieux, par filtration mécanique sur céramique, très efficace, existant maintenant avec des dispositifs individuels (système Katadyn®). Dans quelques rares cas où, soit la survenue d'une diarrhée pourrait décompenser un état fragilisé (*cf.* tableau 4.2 des facteurs de risque potentiels), soit le voyageur ne peut pas se permettre une « indisposition » (signature de contrat, conférence, etc.), une quinolone prophylactique (1 cp./j) pendant la durée du séjour et 2 jours après le retour peut se justifier à condition que le séjour soit bref (15 jours maximum). Une

alternative, plus séduisante en termes de limitation de risques iatrogènes, mais non validée, serait de proposer un traitement en monoprise dès la première selle diarrhéique.

Pour en savoir plus

Armand-Lefèvre L, Andremont A, Ruppé E. Travel and acquisition of multidrug-resistant Enterobacteriaceae. Med Mal Infect. 2018;48(7):431-441. doi: 10.1016/j.medmal.2018.02.005.

Barrett J, Brown M. Travellers' diarrhoea. BMJ 2016; 353:i1937. doi: 10.1136/bmj.i1937.

Duplessis CA, Gutierrez RL, Porter CK. Chronic and persistent diarrhea with a focus in the returning traveler. Trop Dis Travel Med Vaccines 2017; 3:9. doi: 10.1186/s40794-017-0052-2. eCollection 2017

Riddle MS, Connor BA, Beeching NJ, DuPont HL, Hamer DH, Kozarsky P et al. Guidelines for the prevention and treatment of travelers' diarrhea: a graded expert panel report. J Travel Med. 2017;24(suppl_1): S57-S74. doi: 10.1093/jtm/tax026.

Distomatoses *(Distomatosis, flukes infection, food-borne trematodiasis)*

Sophie Odermatt-Biays

Points essentiels

- La fasciolose est quasi cosmopolite, la phase d'infestation est très symptomatique.
- L'opistorchiose et la clonorchiose sont des problèmes de santé publique dans plusieurs pays d'Asie. Le risque est l'évolution vers le cholangiocarcinome.
- La paragonimose mime la tuberculose pulmonaire.
- La fasciolopsiose peut entraîner une dénutrition majeure en cas d'infestation massive des enfants.

Ce qu'il faut savoir pour comprendre

Les distomatoses sont des parasitoses provoquées par la présence de douves adultes dans les voies biliaires (fasciolose, opisthorchiose et clonorchiose), les poumons (paragonimose), ou les intestins (fasciolopsiose) (tableau 12.2). Ce sont des zoonoses : plus de 1 000 espèces de douves parasitent les animaux dont plus de 100 parasitent aussi l'homme, touchant 56 millions