

PLAN DU CHAPITRE

Diagnostic

- Interrogatoire
- Complications à dépister
- Examens complémentaires
- Diagnostic différentiel

Étiologie

- Étiologie bactérienne
- Étiologie virale
- Étiologie parasitaire

Traitement

- Hydratation
- Antibiothérapie
- Conseils au patient

La diarrhée est un symptôme banal, le plus souvent révélateur d'une maladie bénigne et fréquemment à l'origine d'une automédication. Statistiquement, on dénombre en moyenne en France un cas de diarrhée aiguë par an par habitant de plus de 20 ans. Dans la moitié des cas, elle entraîne une baisse de l'activité, mais ne motive une consultation médicale que chez une personne sur 5.

La diarrhée aiguë est définie par la modification brutale du nombre et/ou de la consistance des selles qui deviennent plus fréquentes, non moulées ou liquidiennes (>3 selles molles/j). Ce symptôme peut s'associer à d'autres symptômes d'origine digestive comme des douleurs abdominales, des nausées ou des vomissements. Elles traduisent une atteinte aiguë de l'intestin grêle et/ou du côlon, et entraînent une malabsorption hydrique et une interruption du cycle entérohépatique.

Elles peuvent être observées à tout âge de la vie, mais sont plus souvent reportées chez l'enfant ou l'adulte jeune.

Les diarrhées aiguës sont fréquemment d'origine infectieuse et restent d'évolution autolimitée.

Cependant, les autres causes de diarrhée aiguë (pathologie infectieuse intra ou extra-abdominale, colite ischémique, entérocolite inflammatoire ou diarrhée postantibiotique) doivent être systématiquement recherchées.

Diagnostic

L'évocation d'une diarrhée aiguë nécessite le recueil d'éléments anamnestiques et l'élimination des causes extra-intestinales pour retenir le diagnostic de diarrhée présumée infectieuse (ou gastroentérite). La prise en charge est adaptée à la sévérité de la maladie et au terrain.

Interrogatoire

Il permet parfois de retrouver l'existence d'une prise alimentaire compatible dans un délai de quelques jours précédant les symptômes ou un contexte épidémique. En cas d'infection collective, l'interrogatoire alimentaire doit être exhaustif afin de reconnaître le plus précisément possible l'aliment responsable. Les voyages à l'étranger, les pays visités et les conditions de vie durant le voyage, les pathologies débilantes associées doivent être précisément colligées ainsi que les thérapies médicamenteuses.

L'évaluation de la diarrhée – date de début, nombre quotidien et aspect des selles, présence de glaire ou de sang, existence d'un syndrome rectal – et la recherche de signes d'accompagnement – fièvre, frissons, nausées et vomissements, douleurs abdominales, état d'hydratation, signes ORL, cutané, articulaire, méningé – permettent de préciser le tableau clinique.

On distingue schématiquement :

- la diarrhée aiguë commune, ou syndrome gastroentérique, faite de selles liquides fécales avec parfois douleurs abdominales et de la fièvre ;
- le syndrome cholériforme, diarrhée hydrique souvent profuse pouvant entraîner une déshydratation sans élément cellulaire à l'examen direct des selles. Une douleur abdominale diffuse prédominante en périombilical est fréquente. Ce syndrome correspond habituellement à une atteinte grêlique et à un mécanisme toxinique ;
- le syndrome dysentérique, fait d'émissions fécales glairosanglantes avec de nombreux leucocytes et hématies à l'examen direct des selles.

Ces émissions peuvent être initialement importantes, mais deviennent rapidement de petit volume. Un syndrome rectal (épreinte, ténésme, faux besoin) est parfois associé. Il correspond à une atteinte colique et/ou rectale.

Complications à dépister

Déshydratation

C'est la principale complication des diarrhées aiguës infectieuses. Elle doit être prévenue chez les personnes âgées et les nourrissons. Mais elle peut être déjà présente cliniquement au diagnostic – asthénie intense, cernes, tachycardie, hypotension, sécheresse muqueuse – et aussi estimable sur la quantité des pertes (fréquence des selles, vomissements) et sur la capacité du sujet à maintenir son hydratation. La prise en compte d'une déshydratation préexistante ou risquant de s'installer rapidement (sujet âgé traité par diurétique, dénutrition), l'impossibilité de prise d'une médication vitale ou son déséquilibre imminent (anticoagulation orale) sont importants. On peut retenir comme facteurs de gravité principaux associés à une surmortalité les âges extrêmes et les pathologies immunosuppressives associées.

Autres complications

Il s'agit de la survenue d'une hémorragie digestive ou d'une perforation, de l'apparition d'un mégacolon toxique ou d'un syndrome toxinique majeur avec fièvre élevée, signes neurologiques et/ou cutanés. La présence d'un ballonnement abdominal et/ou l'arrêt des bruits hydroaériques nécessite

la réalisation au mieux d'un scanner abdominopelvien à la recherche d'une complication (colectasie, pneumopéritoine) ou à défaut d'un cliché d'ASP (et coupes) et nécessite une surveillance étroite de l'évolution.

Examens complémentaires

La diarrhée aiguë bien tolérée d'un adulte sain est une infection bénigne et nécessite un minimum de prescription. Les examens complémentaires ne sont pas systématiques. Ils sont indiqués si la diarrhée dure plus de 3 jours, lors des syndromes dysentériques francs ou sur terrain fragilisé.

Coproculture

Elle peut éventuellement être proposée mais ne permet l'identification d'un agent pathogène qu'au mieux chez 40 % environ des patients. Elle permet d'évoquer une diarrhée invasive devant la présence à l'examen direct de polynucléaires associée ou non à celle d'hématies. La culture de *Salmonella*, *Shigella* et *Campylobacter* est réalisée par l'ensemble des laboratoires, mais nécessite 2 à 3 jours. La recherche d'autres germes ou de la toxine de *Clostridioides difficile* en cas de traitement préalable par antibiotique est à discuter avec le microbiologiste. La coproculture est intéressante dans les toxi-infections et les épidémies permettant un sérotypage précis. Elle mérite d'être réalisée dans les tableaux sévères (mais le résultat n'influe pas sur la décision de traitement et arrive souvent après la guérison du patient) ou lorsque les symptômes persistent plus de 3 jours.

Hémocultures

Elles sont utiles en cas de diarrhée très fébrile, d'immunodépression associée ou de suspicion de fièvre typhoïde.

Le reste du bilan biologique standard n'a pas d'intérêt étiologique, mais peut permettre de vérifier l'état d'hydratation et les pertes ioniques en cas de symptômes sévères.

Diagnostic différentiel

Un examen abdominal systématique approfondi et rigoureux à la recherche d'une douleur

localisée, d'une défense ou de signes d'irritation péritonéale lors des touchers pelviens permet d'éliminer un certain nombre de pathologies abdominales ou infectieuses extra-abdominales. Ainsi l'appendicite aiguë, la colite ischémique, les infections péricoliques (abcès profond abdominal, sigmoïdite, cholécystite) peuvent s'accompagner de diarrhée, parfois au premier plan, et égarer le diagnostic. Des infections extradiigestives peuvent aussi s'accompagner d'une diarrhée, en particulier la pneumopathie communautaire aiguë et certains foyers infectieux ORL chez l'enfant (otite, angine). De même, la diarrhée peut favoriser l'apparition d'infection urinaire ou gynécologique nécessitant un examen médical complet et attentif.

Au retour d'un voyage en zone d'endémie, on élimine systématiquement un paludisme par la réalisation d'un frottis sanguin et d'une goutte épaisse. Enfin de nombreux médicaments, plus de 700, en particulier les antibiotiques et les anticancéreux, peuvent être à l'origine de diarrhée aiguë. Certaines diarrhées médicamenteuses n'apparaissent que quelques semaines ou mois suivant l'introduction (IRS [inhibiteurs de la recapture de la sérotonine], AINS, IPP, statines, etc.) et réalisent des tableaux de colite microscopiques.

Lorsqu'un doute subsiste, il ne faut pas hésiter à demander un avis auprès d'un gastroentérologue et revoir régulièrement le patient pour disposer d'examens physiques itératifs.

Étiologie

Étiologie bactérienne

On oppose schématiquement deux grands types de diarrhées bactériennes.

Diarrhée invasive

Les diarrhées entéro-invasives se présentent souvent sous la forme sévère d'un syndrome dysentérique avec coliques, ténésme, fièvre, sang et mucus dans les selles. Elles sont observées avec *Shigella*, *Salmonella* (encadré 80.1), *Campylobacter*, *Yersinia*, *Escherichia coli* entéro-invasif, *Yersinia* et *Campylobacter jejuni*.

Diarrhée toxigène

Il s'agit d'une diarrhée hydrique très abondante responsable de déshydratation. Le type en est le choléra (exceptionnel en France), mais des diarrhées toxigènes s'observent également avec *Escherichia coli* entérotoxigène, *Staphylococcus aureus*, *Aeromonas hydrophila* et *Clostridium perfringens*. Elles sont secondaires à des perturbations du flux hydrique au niveau du grêle induites par les toxines bactériennes. Faisant suite à la prise d'aliments contaminés, elles prennent alors le nom de toxi-infection alimentaire.

Diarrhées infectieuses postantibiotiques

Clostridioides difficile est un bacille Gram+ anaérobie sporulé responsable de 15 à 25 % des diarrhées postantibiotiques et de 95 % des colites pseudomembraneuses.

Étiologie virale

Les diarrhées de l'adulte d'origine virale, contrairement à celles de l'enfant, sont relativement rares (elles ne représentent que 10 à 30 % des diarrhées infectieuses de l'adulte) et surviennent avec prédilection en période hivernale. Les principaux virus incriminés sont ceux des gastroentérites (rotavirus, virus de Norwalk, adénovirus et entérovirus) et les virus des hépatites A (VHA) et E (VHE).

Étiologie parasitaire

On peut citer les giardiases qui, lorsqu'elles sont symptomatiques, se présentent rarement sous une forme aiguë et dont le traitement repose sur le métronidazole (Flagyl®), et les amibiases.

De nombreux germes ont été décrits comme responsables d'une symptomatologie diarrhéique : bacille de Koch, tréponème, *Chlamydia*, etc. Leur participation aux tableaux de diarrhée aiguë reste anecdotique. La diarrhée chez des patients pratiquant les rapports sexuels anaux peut être liée à d'autres germes : herpès, *Chlamydia*, gonocoque, *Cryptosporidium*.

Salmonelloses

La fièvre typhoïde est devenue rare en France (environ 150 à 200 cas sont déclarés tous les ans, dont deux tiers sont d'importation au retour d'un voyage) avec cependant persistance de foyer endémique dans l'ensemble de l'Europe méditerranéenne. Néanmoins, les infections à salmonelles représentent une part non négligeable des diarrhées aiguës infectieuses, en croissance constante, responsables d'une morbidité importante et d'une mortalité non négligeable chez le sujet fragilisé. La prise en charge de ces infections nécessite essentiellement une appréciation clinique précise de l'importance et de la gravité potentielle des symptômes permettant l'adaptation des investigations et des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre.

Le tableau clinique de la fièvre typhoïde est dominé par une fièvre associée à des céphalées et à un inconfort abdominal, apparaissant après une incubation de 1 à 3 semaines. Le diagnostic est évoqué en phase d'état devant l'association d'une fièvre en plateau, d'insomnies avec obnubilation et parfois de signes cutanés (taches rosées lenticulaires) ou muqueux (angine de Duguet). La diarrhée peut manquer (remplacée par une constipation), et n'apparaît en général que tardivement (jus de melon). La présence d'une splénomégalie ou d'un pouls dissocié peut

aider au diagnostic. Sinon celui-ci repose sur l'absence de polynucléose, les hémocultures et le sérodiagnostic de Vidal. Des techniques sérologiques rapides sont utiles en urgence avec des résultats (anticorps IgM/IgG [immunoglobulines M/G] antityphi) au lit du patient en 20 minutes. La fréquence actuelle des résistances aux aminopénicillines, au cotrimoxazole et au chloramphénicol atteignant jusqu'à 30 % des souches isolés, le traitement de la fièvre typhoïde en 1^{re} intention fait appel à une nouvelle quinolone ou à une céphalosporine de 3^e génération pendant 10 jours. L'homme étant le seul réservoir, il est nécessaire de rechercher un portage chronique par des coprocultures répétées. Celui-ci est le plus souvent d'origine biliaire, associé à une maladie lithiasique. La mortalité de la fièvre typhoïde reste cependant en France très faible, inférieure à 1 %.

Parmi les 500 ou 600 foyers épidémiques de toxi-infections alimentaires collectives déclarés tous les ans en France (représentant 8 000 à 10 000 personnes, mais le nombre réel est estimé 10 fois supérieur au nombre déclaré), environ la moitié est liée aux salmonelles, essentiellement *S. typhimurium* et *S. enteritidis*. La mortalité en est faible (0,1 %), mais 6 % des sujets atteints nécessitent cependant une hospitalisation. La déclaration est obligatoire.

Traitement

L'objectif du traitement des diarrhées aiguës est de compenser les pertes, de réduire la durée des symptômes et d'empêcher l'apparition d'éventuels foyers septiques métastatiques chez les patients fragiles (fig. 80.1).

Hydratation

Le maintien d'une hydratation correcte se fait autant que possible par voie orale. Le liquide de substitution a peu d'importance, mais doit contenir du glucose (qui favorise l'absorption de l'eau et des électrolytes par le transport actif intestinal), du sodium et du potassium.

L'équilibre ionique est assuré de façon satisfaisante par l'homéostasie rénale du patient dès lors que les apports sont suffisants. Les préparations disponibles (Adiaril®) peuvent être adjointes en cas de diarrhées liquidiennes importantes. Le

recours à une voie veineuse nécessitant une hospitalisation n'est utile qu'en cas de déshydratation avérée ou d'intolérance alimentaire totale. Les solutions de Ringer lactate ou de glucosé à 5 % avec 4 à 6 g/L de NaCl et 1 à 2 g/L de KCl peuvent être utilisées pour compenser rapidement les pertes (50 % en 3 heures, la totalité en 24 heures). Dès que possible, la voie orale doit être préférée.

Aucune diète particulière ne peut être recommandée en dehors des repas légers évitant les produits laitiers. La prescription de ralentisseurs du transit dérivés des opiacés tel le loperamide n'est pas contre-indiquée en dehors des syndromes dysentériques sévères où il est préférable de les éviter.

Antibiothérapie

Jusqu'à ces dernières années, le traitement par antibiotiques des patients atteints de diarrhées aiguës infectieuses était déconseillé devant la

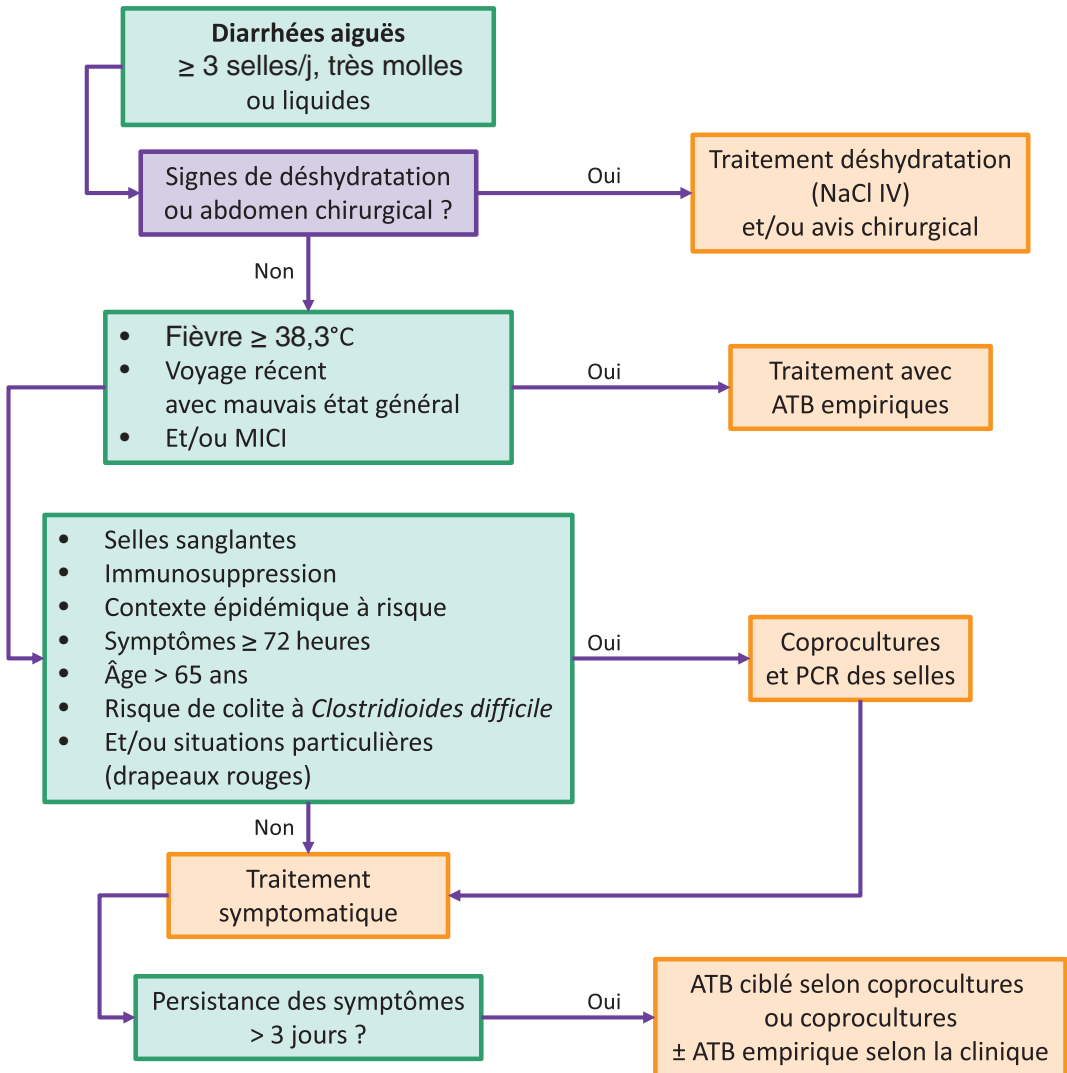


Figure 80.1. Conduite à tenir en cabinet face à une diarrhée aiguë.

ATB : antibiothérapie ; MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin ; PCR : polymérisation en chaîne.

majoration du risque de portage chronique de certains germes (*Salmonella non typhi*) et le caractère autolimité de la diarrhée conduisant à la guérison spontanée. Seuls les patients considérés comme fragiles, soit immunodéprimés (cancer solide ou hématologique, transplantation, VIH [virus de l'immunodéficience humaine], corticothérapie) soit avec des comorbidités importantes, présentant un sepsis ou un âge extrême étaient candidats à une antibiothérapie.

Cependant, l'expérience accumulée concernant la diarrhée du voyageur (dont les principaux

pathogènes sont les *Escherichia coli* entérotoxino-gènes, suivis de *Shigella*, *Salmonella*, puis *Campylobacter jejuni*) fait apparaître un bénéfice pour les patients traités par antibiotiques quelles que soient l'intensité des symptômes et la présence ou non d'un germe retrouvé, en termes de confort abdominal et de durée de l'évolution (réduction entre 1,2 et 3 jours de la durée des symptômes).

L'antibiothérapie probabiliste fait appel en 1^{re} ligne à l'azithromycine (Zithromax®) 500 mg à J1, puis 250 mg pendant 3 jours. Les fluoroquinolones, ciprofloxacine (Ciflox®) 500 mg × 2/j

ou ofloxacin (Oflocet®) 200 mg × 2/j pendant 3 jours, sont une alternative pour leur excellente biodisponibilité par voie orale, et un spectre de sensibilité comportant les principaux agents incriminés (*Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* et *Vibrio cholerae*). Les C3G peuvent être aussi utilisées en probiotique chez le patient hospitalisé. Les risques de portage chronique après antibiothérapie sont négligeables, l'homme n'étant pas un réservoir naturel de la bactérie, et certaines études montrant même avec les quinolones une diminution de l'excrétion fécale des salmonelles à 3 semaines.

Pour les colites à *Clostridioides difficile*, le métronidazole (Flagyl®) n'a plus d'indication. Le traitement de référence est la fidaxomyline (Dificlir®, disponible en pharmacie hospitalière) à la dose de 200 mg × 2/j pendant 10 jours. La guérison est obtenue dans 80 à 90 % des cas, identique à celle de rapportée avec la vancomycine orale, mais avec une récurrence dans les 8 semaines moins élevée (15 vs 30 % de rechute). La première rechute fait appel à des protocoles plus prolongés par vancomycine ou fidaxomyline, et nécessite l'avis d'un centre spécialisé, de même que le traitement des récurrences multiples (> 2) pour transplantation de microbiote fécal sain.

Conseils au patient

La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite pas d'examen complémentaire, se résout spontanément en maintenant une hydratation et

des traitements symptomatiques au besoin. Les conseils d'hygiène simples peuvent éviter la contamination à l'entourage : ne pas réaliser la cuisine pour la collectivité et se laver soigneusement en sortant des toilettes.

Enfin, il est nécessaire d'informer le patient sur l'évolution de la maladie et de recommander, si les symptômes persistent plus de 3 à 5 jours, s'ils se modifient ou s'aggravent, de reconsulter rapidement. Une hospitalisation doit être proposée lorsque la tolérance clinique est mauvaise, chez les sujets fragiles, très âgés ou immunodéprimés, lors des syndromes dysentériques sévères. Une surveillance de quelques heures associée à une mise en œuvre du traitement symptomatique (réhydratation, antalgiques-antipyrétiques, antidiarrhéiques et antiémétiques) permet le plus souvent, lorsque la réponse au traitement est suffisante, d'organiser alors le suivi ambulatoire avec une réévaluation rapprochée. Sinon, une rectosigmoïdoscopie peut être discutée rapidement pour préciser l'étiologie et le retentissement de la diarrhée.

Bibliographie

- Corpataux T, Bastid C. Diarrhées aiguës : nouveautés 2023. Hôpitaux universitaires de Genève; 2023. www.unige.ch/medecine/iumfe/application/files/3816/9763/1996/Telemeting_Diarrhees_Aigues-2023_10_11.pdf.
- Stabler S. Diarrhées infectieuses. In: DU Antibiothérapie et Chimiothérapie anti-infectieuse CHU de Lille; 2024-2025. <https://gilar.org/UserFiles/File/diaporamas/2024/2024-duacai-diarrhees-stabler.pdf>.