

# Item 194 - Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte

---

Date de création du document 2008-2009

## Table des matières

1 Définition.....	1
2 Epidémiologie.....	2
3 Interrogatoire et examen clinique.....	3
4 Stratégie diagnostique en fonction du contexte.....	4
4 . 1 Diarrhée aiguë en milieu communautaire, en dehors de la diarrhée des antibiotiques (fig. 15.1).....	1
4 . 2 Diarrhée des antibiotiques.....	1
5 Traitement.....	5
6 Suivi thérapeutique.....	6

### OBJECTIFS

ENC :

- Devant une diarrhée aiguë chez l'enfant ou chez l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution.
- Diagnostiquer une diarrhée aiguë chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.
- Diagnostiquer un état de déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.

## I DÉFINITION

---

Une diarrhée est définie par l'émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles), et de poids supérieur à 300 g/j. En pratique clinique, on parle de diarrhée, selon l'OMS, lorsqu'il y a au moins trois selles très molles à liquides par jour.

Une diarrhée est dite aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de 2 semaines. Dans la majorité des cas, la diarrhée aiguë est de début soudain et précédée d'un transit normal. Elle est alors le plus souvent de nature infectieuse, dure généralement moins d'une semaine et ne récidive pas à court terme.

Le syndrome dysentérique est défini par des évacuations glaireuses et sanglantes pouvant être dissociées des matières fécales (on parle alors d'évacuations afécales). Il s'y associe habituellement des épreintes et une sensation de ténésme. Lorsqu'il comporte des évacuations afécales, le syndrome dysentérique témoigne d'une lésion organique colique distale. Dans les autres cas, il témoigne d'une iléite ou d'une colite sous-jacente.

## II EPIDÉMIOLOGIE

---

Dans les pays développés, on recense environ un épisode digestif aigu (vomissements et/ou diarrhée) par an et par habitant. La plupart sont brefs et durent moins de 24 heures. Ils sont de cause alimentaire (voir chapitre 3), correspondent le plus souvent à des intoxications brèves par des toxines bactériennes ou des incidents digestifs divers (indigestions, vraies et fausses allergies, etc.). Ils ne donnent pas lieu à une consultation médicale, sauf en cas de déshydratation. Cinq pour cent des habitants consultent chaque année en France un médecin généraliste pour une diarrhée aiguë ne cédant pas en 24 heures, avec un pic épidémique hivernal attribué aux virus. La diarrhée est habituellement associée à des douleurs abdominales et des vomissements. Elle est accompagnée d'une fièvre modérée une fois sur deux, qui ne préjuge pas de la nature bactérienne plutôt que virale de l'infection. La diarrhée est hémorragique une fois sur cent. La diarrhée aiguë régresse le plus souvent spontanément ou sous traitement symptomatique en moins de 5 jours. Un arrêt de travail est prescrit une fois sur trois.

### III INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE

---

L'interrogatoire qui est le temps principal de l'examen doit préciser :

- le mode de début de la diarrhée : le début soudain de la diarrhée sur fond de transit normal élimine les exacerbations de diarrhées chroniques fluctuantes, souvent de nature fonctionnelle ;
- le contexte épidémique et en particulier l'existence d'autres cas dans l'entourage, les éventuels comportements alimentaires à risque (**tableau 15.I**), et la notion de voyage récent ;
- toutes les prises médicamenteuses au moment de l'examen et dans les 2 mois précédents, en particulier :
  - les antibiotiques (une diarrhée survenant pendant un traitement antibiotique et dans les 2 mois après son arrêt est par définition une « diarrhée des antibiotiques », de prise en charge diagnostique et thérapeutique spécifique),
  - tout médicament récemment introduit qui peut être cause de diarrhée par effet pharmacologique (ex : colchicine, olsalazine) ou par d'autres mécanismes, tels qu'une colite microscopique médicamenteuse, dont le début peut être soudain et retardé jusqu'à 2 mois après le début du traitement responsable (ex : lansoprazole, veinotoniques, ticlopidine, sertraline, etc.). Dans ces cas, l'interruption du traitement responsable permet la guérison rapide de la diarrhée ;
- les caractéristiques des selles, en particulier leur éventuel caractère abondant cholériforme et la présence ou non d'un syndrome dysentérique ;
- les terrains à risque, en particulier les valvulopathies à risque d'endocardite et les situations d'immunodépression avérée (infection par le VIH avec moins de 200 lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup>, chimiothérapie anti-cancéreuse en cours, déficit immunitaire congénital) ;
- les signes associés : douleurs abdominales (spasmes banals précédant les selles ou douleurs localisées), fièvre, signes articulaires, cutanés, etc.

**Tableau 15.1. Principaux risques d'intoxication ou d'infection intestinale en fonction des aliments récemment ingérés**

Aliments ingérés	Intoxications et infections intestinales possibles
<p>Les dernières 24 heures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pâtisserie et viande manipulées</li> <li>- riz, soja ayant séjourné en air ambiant</li> <li>- plats cuisinés</li> <li>- coquillages crus ou cuits</li> </ul>	<p>Intoxication par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>- <i>Bacillus cereus</i></li> <li>- <i>Clostridium perfringens</i></li> <li>- toxines produites par les dinoflagellés</li> </ul>
<p>Les dernières 12 à 48 heures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coquillages crus</li> <li>- aliments à base d'œuf cru</li> <li>- poulet rosé ou acheté en rôtisserie</li> <li>- produits laitiers non pasteurisés</li> </ul>	<p>Infection par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- virus ronds et vibrios</li> <li>- <i>Salmonella</i></li> <li>- <i>Salmonella</i></li> <li>- <i>Salmonella</i></li> </ul>
<p>Les dernières 24 à 72 heures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poulet rosé ou acheté en rôtisserie</li> <li>- produits laitiers non pasteurisés</li> <li>- viande de bœuf crue (surtout hachée)</li> <li>- viande de porc (charcuterie)</li> </ul>	<p>Infection par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Campylobacter sp.</i></li> <li>- <i>Campylobacter sp.</i></li> <li>- <i>Escherichia coli</i> entéro-hémorragique</li> <li>- <i>Yersinia enterocolitica</i></li> </ul>

L'examen physique cherche en principe des signes de gravité de la diarrhée :

- syndrome septicémique (fièvre supérieure à 39 °C ou hypothermie, frissons), avec au maximum un tableau de choc septique ;
- la pesée du malade permet de mesurer la perte de poids soudaine du patient et de l'exprimer en pourcentage du poids habituel. Les pertes digestives par diarrhée comportent de l'eau (environ 200 mL d'eau par selle au cours des diarrhées aqueuses cholériformes), du sodium (environ 50 mmol/L), du potassium et des bicarbonates. Les vomissements aggravent les pertes et limitent les apports. À l'examen, on cherche donc des signes de :

- déshydratation extracellulaire : soif, oligurie, hypotension artérielle d'abord orthostatique (pincement de la tension) et tachycardie, veines jugulaires plates en position semi-assise, pli cutané, cernes périorbitaires, hypotonie des globes oculaires. Biologiquement, il existe une hémococoncentration (hématocrite > 50 %), une hyperprotidémie, une insuffisance rénale fonctionnelle avec natriurèse effondrée ; une acidose (perte en bicarbonates) avec hypokaliémie paradoxale (perte en potassium) est possible,

- plus rarement, déshydratation globale, avec, en plus des signes de déshydratation extracellulaire, des muqueuses sèches (face inférieure de la langue), et parfois des troubles de la vigilance.

Au maximum est réalisé un tableau de choc hypovolémique avec pression artérielle systolique < 90 mmHg, tachycardie > 120/min avec pouls filant, oligurie, marbrures cutanées, temps de recoloration cutanée > 3 secondes, extrémités froides et pâles.

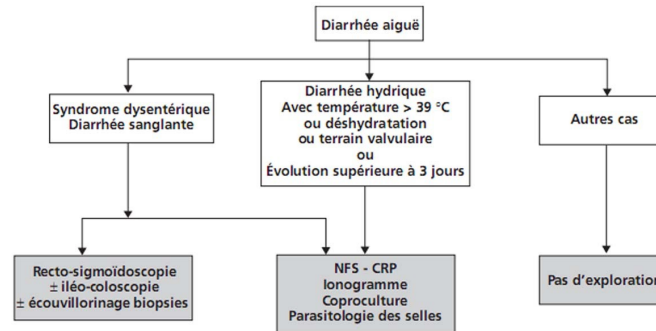
L'examen physique de l'abdomen est le plus souvent normal ou ne met en évidence qu'une sensibilité diffuse à la palpation abdominale. Rarement, il peut mettre en évidence :

- une sensibilité élective, voire une défense de la fosse iliaque droite qui font évoquer une inflammation iléo-colique droite ;
- un météorisme abdominal permanent et douloureux faisant évoquer une dilatation colique aiguë, compliquant elle-même une colite infectieuse ;
- des signes extra-digestifs (éruption cutanée, signes articulaires, etc.).

## IV STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE EN FONCTION DU CONTEXTE

### IV.1 DIARRHÉE AIGÜE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE, EN DEHORS DE LA DIARRHÉE DES ANTIBIOTIQUES (FIG. 15.1)

Fig. 15.1. Exploration d'une diarrhée aiguë (sauf diarrhée sous antibiotiques) : arbre décisionnel



#### 1. Explorations et traitement probabiliste nécessaires d'emblée

La prescription d'examen complémentaire d'emblée ne se justifie que dans les situations suivantes :

- diarrhée hémorragique et/ou syndrome dysentérique témoignant d'une atteinte organique iléale et/ou colique (diarrhée hémorragique) ou colique au moins en partie distale (syndrome dysentérique). Les agents infectieux potentiellement en cause sont essentiellement bactériens (bactéries invasives (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *E. Coli entéro-invasif*), ou bactéries produisant des toxines (*E. Coli entéro-hémorragiques* (dont *E. Coli O157 : H7*))), beaucoup plus rarement parasitaires (amibiase en cas de séjour en pays d'endémie) et virales (rectite herpétique vénérienne, colite à CMV exceptionnelle chez l'immunocompétent) ;
- terrains très vulnérables chez lesquels l'évolution d'une infection bactérienne non traitée pourrait menacer le pronostic vital : valvulopathe, grand vieillard avec comorbidités majeures ;
- syndrome septicémique (fièvre > 39 °C avec frissons ou hypothermie, voire choc septique) d'origine bactérienne ;
- déshydratation majeure.

Les examens complémentaires comportent :

- dans tous les cas :
  - deux examens sanguins : numération formule sanguine et taux sérique de la protéine C réactive (C-Réactive protéine ),



- une coproculture (avec ensemencement de milieux sélectifs pour *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, et, en cas de diarrhée hémorragique, pour E. Coli O157 : H7),

- un examen parasitologique des selles (attention, cet examen est distinct du précédent et doit être demandé spécifiquement) ;

- en cas de diarrhée hémorragique et/ou de syndrome dysentérique, une recto-sigmoïdoscopie (voire une coloscopie si elle est possible) permet de voir les éventuelles lésions muqueuses si elles sont accessibles, et de prélever des fragments biopsiques pour analyse histologique et culture bactériologique (en ensemençant des broyats de biopsies sur les mêmes milieux sélectifs que pour la coproculture) ;

- en cas de déshydratation : un ionogramme sanguin (natrémie, kaliémie, réserve alcaline), une protidémie à la recherche d'une hémococoncentration et une évaluation de la fonction rénale (urémie, créatininémie), un ionogramme urinaire (pour confirmer le caractère fonctionnel d'une éventuelle insuffisance rénale) ;

- en cas de syndrome septicémique une ou plusieurs hémocultures.

Dès les prélèvements effectués, une antibiothérapie probabiliste est justifiée, couvrant :

- les bactéries pathogènes : ciprofloxacine (un gramme par jour 3 à 5 jours) ;

- en cas de séjour en zone endémique, l'amibiase (dérivé nitro-imidazole, par exemple métronidazole : 1,5 g/jour pendant 10 jours).

L'antibiothérapie sera secondairement adaptée à l'antibiogramme. En cas de déshydratation, une perfusion hydro-électrolytique adaptée sera mise en place.

## 2. Cas général

Dans la majorité des cas, le médecin généraliste intervient dans les 24-48 premières heures d'évolution de la diarrhée. Il s'assure que la diarrhée n'est pas d'origine médicamenteuse, puis, sauf exceptions évoquées en ci-dessus, il se contente de donner des recommandations d'hydratation, d'alimentation et d'hygiène et de prescrire un traitement symptomatique (ralentisseurs du transit ou anti-sécrétoires). La majorité des diarrhées infectieuses, en particulier virales, sont de résolution spontanée en moins de 5 jours et ne nécessitent ni exploration ni traitement supplémentaires.

### 3. Persistance de la diarrhée malgré 3 jours de traitement symptomatique

Lorsqu'une diarrhée aiguë se prolonge plus de trois jours malgré le traitement symptomatique, la probabilité que la cause de la diarrhée soit une infection bactérienne ou parasitaire est élevée. La réalisation d'une coproculture et d'un examen parasitologique des selles est justifiée.

La présence de nombreux leucocytes et/ou hématies à l'examen direct des selles témoigne de lésions organiques iléales et/ou coliques sous-jacentes justifiant des explorations spécialisées (coloscopie).

À la coproculture, la présence d'*Escherichia coli* non typés, de *Staphylococcus aureus* (pathogène seulement via l'ingestion de toxines) et de *Candida albicans* n'est pas pathogène en soi, témoignant seulement d'un portage sain.

Lorsqu'une infection intestinale par une bactérie pathogène est identifiée, il convient de la traiter par antibiotiques pour tenter de raccourcir le temps d'évolution spontanée de l'infection. La ciprofloxacine est efficace sur la plupart des bactéries entéro-pathogènes. Les macrolides constituent l'antibiothérapie de première intention des diarrhées et colites à *Campylobacter*. L'identification d'un parasite pathogène justifie un traitement anti-parasitaire spécifique (**voir chapitre 5**).

### 4. Cas particuliers

La stratégie d'exploration d'une diarrhée aiguë apparue pendant un voyage ou au retour n'a rien de spécifique dans ses modalités, sous réserve de prendre en compte l'hypothèse de parasitoses d'importation (en particulier amibiase et cyclospore, **voir chapitre 6**).

Un patient ayant une infection par le VIH contrôlée par le traitement antiviral et un taux de lymphocytes CD4 > 200/mm<sup>3</sup> peut être exploré et traité comme un immunocompétent. En dessous de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, l'examen parasitologique doit inclure la recherche par techniques spécifiques de *Cryptosporidium* et *Microsporidium*. En dessous de 100 CD4/mm<sup>3</sup>, les colites à Cytomégalovirus sont possibles et peuvent être diagnostiquées par mesure de la charge virale systémique du CMV et par coloscopie avec biopsies à la recherche d'inclusions virales.

Les patients recevant une chimiothérapie anti-cancéreuse sont à risque d'infection à *Clostridium difficile*, même s'ils ne reçoivent pas d'antibiotiques. Une diarrhée aiguë dans les jours suivant une chimiothérapie anti-mitotique peut correspondre à la toxicité intestinale des anti-mitotiques mais doit être explorée (examens de selles) en cas de

fièvre et/ou de neutropénie. Un contexte vénérien (rapports sexuels anaux) en présence d'une rectite doit faire évoquer et chercher (écouvillonnage et/ou biopsies rectales, sérologies) une infection par herpes simplex virus, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, et *Treponema pallidum*.

Les diarrhées par toxi-infection alimentaire familiale ou collective (Toxi-infection alimentaire familiale ou collective) (restaurants, cantines, hôpitaux, maisons de retraite) se définissent par l'apparition d'au moins 2 cas groupés similaires d'épisodes digestifs dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. Toute TIAC doit faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire départementale (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) ou à la Direction départementale des services vétérinaires (Direction départementale des services vétérinaires) (**voir chapitre 3**).

## IV.2 DIARRHÉE DES ANTIBIOTIQUES

Plus de 10 % des sujets recevant des antibiotiques ont une modification du transit intestinal. Le plus souvent, il s'agit d'une diarrhée bénigne, apparaissant 3 à 5 jours après le début du traitement, transitoire, vite régressive à l'arrêt de l'antibiothérapie, et ne s'accompagnant pas de fièvre. Cette diarrhée, qui ne nécessite la mise en œuvre d'aucun examen complémentaire, serait due à des modifications métaboliques digestives, dont une diminution de la capacité de fermentation de la flore bactérienne du côlon (dysbiose). Plus rarement (10 % des cas de diarrhée des antibiotiques en dehors d'un contexte nosocomial), la diarrhée est due à l'émergence d'un germe pathogène, tout particulièrement *Clostridium difficile* et, moins souvent, *Klebsiella oxytoca* (diarrhée hémorragique).

Les examens à demander en cas de diarrhée des antibiotiques sont résumés dans le **tableau 15.II**.

**Tableau 15.II. Examens complémentaires potentiellement nécessaires dans l'exploration d'une diarrhée des antibiotiques**

Examens	Contextes cliniques les indiquant
Recherche de toxine A et/ou B de <i>Clostridium difficile</i> (méthode immunoenzymatique ou test de référence par cytotoxicité des selles) et recherche du germe par culture	– D'emblée si diarrhée des antibiotiques accompagnée de fièvre ou de signes physiques faisant évoquer l'existence d'une colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux) – Secondairement si la diarrhée se prolonge après l'arrêt des antibiotiques
Coproculture standard comportant la recherche de <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>	Diarrhée des antibiotiques avec fièvre ou se prolongeant malgré une recherche négative de <i>Clostridium difficile</i> et de ses toxines
Recherche de <i>Klebsiella oxytoca</i> par ensemencement des selles sur milieu sélectif	Diarrhée hémorragique sous antibiotiques
Rectosigmoïdoscopie ou coloscopie	– Diarrhée hémorragique – Signes physiques faisant évoquer l'existence d'une colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux)

La colite pseudomembraneuse est la forme la plus sévère d'infection liée à *Clostridium difficile* : elle se manifeste en général par une diarrhée abondante s'accompagnant de fièvre et retentissant sur l'état général ; son diagnostic repose sur la mise en évidence des toxines A et B du germe et/ou du germe / dans les selles et/ou sur la mise en évidence de pseudomembranes (mottes surélevées jaunâtres, faites en microscopie de fibrine, de leucocytes, de débris tissulaires et de mucus) lors d'une endoscopie recto-colique (**fig. 15.2**).

La colite hémorragique à *Klebsiella oxytoca* survient brutalement dans les premiers jours d'un traitement par bêta-lactamines ou pristinaïmycine. Si une coloscopie est réalisée, elle met en évidence des lésions segmentaires muqueuses hémorragiques, avec note ischémique en histologie.

Enfin une diarrhée ou une colite sous antibiotiques peut être liée à un autre pathogène intestinal de rencontre (*Salmonella*, etc.), le désordre écologique de la flore intestinale induit par l'antibiothérapie diminuant la dose infestante des agents pathogènes intestinaux.

(En savoir plus : (1) BEAUGERIE L. *Étiologie et pathogenèse des diarrhées post-antibiotiques. Revue Française des Laboratoires [en ligne]. Décembre 2004, Vol. 2004, Issue 368, 21-25 p.*) (1) Étiologie et pathogenèse des diarrhées post-antibiotiques.

### C. Diarrhée aiguë nosocomiale

Une diarrhée aiguë est dite nosocomiale lorsqu'elle survient plus de trois jours après l'admission du patient en milieu hospitalier. Les facteurs de risque principaux sont l'antibiothérapie, l'âge, la présence d'un voisin de chambre et la durée du séjour.

L'agent infectieux le plus souvent en cause est *Clostridium difficile*, qu'il convient toujours de chercher (ainsi que ses toxines), en plus d'une coproculture standard et d'un examen parasitologique des selles, en cas de diarrhée nosocomiale. Puis viennent les salmonelles, les virus, certains parasites (*Giardia intestinalis*), tous potentiellement responsables de cas sporadiques ou de d'infections collectives, véhiculées par l'alimentation (TIAC), de malade à malade, ou par les mains du personnel et/ou l'environnement souillé (surfaces, poignées de portes, combinés de téléphone).

À l'échelle d'un établissement, la lutte contre les diarrhées aiguës nosocomiales repose sur le respect permanent des mesures universelles préventives d'hygiène (notamment le lavage des mains), la veille permanente des infections intestinales mises en évidence dans l'établissement (comités ou unités de lutte contre les infections nosocomiales), sur le déclenchement d'enquêtes microbiologiques explicatives et, le cas échéant, sur des mesures d'intervention, en particulier d'hygiène, parfois spécifiques (cas de *Clostridium difficile*).

(En savoir plus : (2) ERKEN E.K., AKALIN H. et al. Diarrhée nosocomiale et diarrhée à *Clostridium Difficile* dans un hôpital universitaire Turc. *Médecine et maladies infectieuses*. Février 2009, doi:10.1016/j.medmal.2009.02.001) (2) Diarrhée nosocomiale et diarrhée à *Clostridium*.

## V TRAITEMENT

---

### A. Mesures thérapeutiques générales

#### 1. Mesures communes à tous les terrains

Elles comportent d'abord des conseils d'hygiène universels pour le malade et son entourage (hygiène des mains, absence de partage des objets de toilette et des couverts, désinfection des toilettes).

La mesure essentielle du traitement symptomatique de toute diarrhée aiguë consiste à compenser les pertes en eau et en sodium. Le volume de liquide à compenser correspond à la perte soudaine de poids corporel. Sauf déshydratation sévère et vomissements incoercibles, la restauration hydrosodée doit être tentée per os, par des boissons abondantes (eau plate, boissons gazeuses) associées à une alimentation salée (à défaut biscuits salés ou sachets de sel) et riche en glucose (amidon du riz et des pâtes, sucrose), le transport actif du glucose dans l'entérocyte favorisant l'absorption concomitante hydrosodée. En cas de fortes nausées, la réhydratation doit débuter par des tentatives d'ingestion de petits volumes à intervalles rapprochés. À noter que le Coca-cola contient de l'eau et du glucose, mais est presque complètement désodé et ne dispense donc pas d'apports salés.

Les ralentisseurs du transit (surtout l'opéramide et oxyde de l'opéramide), le racécadotril (anti-sécrétoire) ou certains produits inertes supposés renforcer la barrière muqueuse intestinale (diosmectite), sont efficaces pour réduire la durée de la diarrhée. Les ralentisseurs du transit sont contre-indiqués en cas d'iléocolite avérée ou suspectée (diarrhée hémorragique ou avec fièvre élevée) car ils sont susceptibles d'aggraver les lésions intestinales par réduction de la clairance fécale des agents pathogènes.

Le traitement des symptômes associés fait appel aux anti-pyrétiques en cas de fièvre, aux anti-spasmodiques (phosphoglucinol) ou aux antalgiques banals en cas de douleurs spasmodiques, aux anti-émétisants (dompéridone, métoclopramide) en cas de nausées et/ou vomissements (ENC 345).

#### 2. Mesures particulières à l'enfant et aux sujets âgés

La prise en charge de la diarrhée du nourrisson comporte des spécificités importantes, et n'est pas traitée ici. Certains agents infectieux sont particulièrement fréquents chez l'enfant (rotavirus, calicivirus, adénovirus, astrovirus) ou propres à l'enfant (E. coli entéro-pathogènes (E. coli entéro-pathogènes)). La diarrhée à E. coli

entérohémorragiques se compliquent plus volontiers de syndrome hémolytique et urémique chez l'enfant et le sujet âgé.

En institution gériatrique, tous les éléments sont réunis pour augmenter le risque d'infection intestinale : restauration collective, admission de convalescents ayant récemment séjourné en milieu hospitalier, contamination féco-orale accrue par l'existence de patients déments et/ou incontinents. Au-dessus de 75 ans, la mortalité par diarrhée infectieuse n'est pas négligeable, liée aux accidents de déshydratation pendant la diarrhée, à un pic de mortalité 8-10 jours après le début de la diarrhée alors que celle-ci a souvent disparu (cette mortalité est attribuée aux conséquences à moyen terme d'une hypoperfusion des organes vitaux pendant la phase de déshydratation), et enfin aux formes graves de colites à *Clostridium difficile* (en particulier dues au nouveau variant du germe, plus agressif, endémique dans le continent américain et maintenant en Europe).

L'enfant et le sujet très âgé ressentent moins la soif que l'adulte. Les compensations des pertes hydro-électrolytiques avec support glucosé peuvent se faire chez eux par les solutions de réhydratation orale du commerce (type Adiaril) qui contiennent du sodium (50 mmol/L), du glucose, du potassium, du chlore et un agent alcalinisant. Ce sont des sachets à reconstituer dans 200 mL d'eau. Chez le sujet très âgé, il faut administrer la solution sur la base de 1 à 2 litres le premier jour, en alternance avec de l'eau ; dès que la diarrhée régresse, l'utilisation des solutions doit être interrompue, pour éviter le risque secondaire d'inflation hydrosodée (œdèmes, hypertension artérielle) et d'hypernatrémie.

*(En savoir plus : (3) ALAIN S., DENIS F. Épidémiologie des diarrhées aiguës infectieuses en France et en Europe. Archives de Pédiatrie [en ligne]. Octobre 2007, Vol. 14, Supplement 3, S132-S144 p. ) (3) Épidémiologie des diarrhées aiguës infectieuses en France et en Europe.*

## **B. Traitement d'urgence de la diarrhée**

Une hospitalisation en urgence est nécessaire en cas de syndrome septicémique et/ou de déshydratation sévère. Le traitement comporte, après les prélèvements microbiologiques et ceux évaluant les pertes hydro-électrolytiques :

- un traitement antibiotique probabiliste en urgence (cf. explorations et traitements probabiliste nécessaire d'emblée) ;
- la compensation par voie intraveineuse des pertes hydro-électrolytiques :
  - hydriques sur la base de la perte de poids soudaine,

- sodées sur la base d'une perte d'environ 50 mmol/L de sodium dans les selles,
- potassiques si besoin (diarrhée profuse, vomissements associés).

Une alcalinisation (par du bicarbonate 14/°) [?] peut être nécessaire, la diarrhée aiguë étant une des causes possibles des rares acidoses métaboliques avec hypokaliémie.

### **C. Traitement de la diarrhée et de la colite des antibiotiques**

La plupart des cas de diarrhée bénigne des antibiotiques, liés à une dysbiose de la flore intestinale ou à une forme mineure d'infection à *Clostridium difficile*, régresse rapidement à l'arrêt de l'antibiothérapie.

La diarrhée franche et la colite à *Clostridium difficile* sont traitées en première intention par du métronidazole per os, sur la base d'1 gramme par jour pendant 10 jours. En cas d'échec et/ou de colite sévère, le recours à la vancomycine per os (500 mg à 2 grammes/jour) peut être discuté. En cas d'échec et de menace du pronostic vital, une colectomie en urgence peut être indiquée. Environ 20 % des patients ayant eu une infection à *Clostridium difficile*, en particulier les sujets âgés, rechutent, à la faveur ou non d'une nouvelle antibiothérapie, du fait d'une réponse immunitaire insuffisante n'ayant pu aboutir à une élimination définitive du germe. La reprise du métronidazole est en général efficace (pas ou peu de résistance acquise). Le risque d'une rechute ultérieure est réduit par la co-prescription d'une levure, *Saccharomyces boulardii*.

Les colites hémorragiques à *Klebsiella oxytoca* régressent en général rapidement à l'arrêt de l'antibiothérapie responsable. Si ce n'est pas le cas, un traitement par quinolones est indiqué.



## VI SUIVI THÉRAPEUTIQUE

---

La grande majorité des cas de diarrhée aiguë présumée infectieuse guérit spontanément et définitivement sans séquelle. Elle ne nécessite aucun suivi particulier. La persistance de la diarrhée après une semaine d'évolution (qu'un agent pathogène ait été identifié (et dans ce cas traité) ou non), justifie une prise en charge gastro-entérologique. Un diagnostic d'entéropathie chronique qui peut être de début soudain (MICI et colites microscopiques (voir chapitre 8), maladie cœliaque (**voir chapitre 33**), sprue tropicale (voir chapitre 6)) pourra être porté.

Lorsqu'un patient décrit plusieurs épisodes de diarrhée aiguë par an, un avis spécialisé est approprié, en évoquant entre autres hypothèses un déficit immunitaire sous-jacent.

*(Recommandation : (1) National Guideline Clearinghouse. WGO practice guideline: acute diarrhea [en ligne].) (1) Acute diarrhea.*

*(Recommandation : (2) Société suisse de Pédiatrie (SSP-SGP) Nouvelles recommandations de l'OMS pour la prise en charge clinique de la diarrhée [en ligne]. 2008. Vol. 19, N°5, 25-27p.) (2) Nouvelles recommandations de l'OMS pour la prise en charge clinique de la diarrhée.*

## VII ANNEXES

---

### EN SAVOIR PLUS

- (1) BEAUGERIE L. Étiologie et pathogenèse des diarrhées post-antibiotiques. Revue Française des Laboratoires [en ligne]. Décembre 2004, Vol. 2004, Issue 368, 21-25 p. : [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VRF-4FKXR1N-R&\\_user=592857&\\_coverDate=12%2F31%2F2004&\\_rdoc=21&\\_fmt=high&\\_orig=browse&\\_srch=doc-info\(%23toc%236233%232004%23979959631%23576706%23FLP%23display%23Volume\)&\\_cdi=6233&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_ct=32&\\_acct=C000030418&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=592857&\\_md5=b20d005cb8737ada25b2d74a510ef274](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VRF-4FKXR1N-R&_user=592857&_coverDate=12%2F31%2F2004&_rdoc=21&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info(%23toc%236233%232004%23979959631%23576706%23FLP%23display%23Volume)&_cdi=6233&_sort=d&_docanchor=&_ct=32&_acct=C000030418&_version=1&_urlVersion=0&_userid=592857&_md5=b20d005cb8737ada25b2d74a510ef274)
- (2) ERKEN E.K., AKALIN H. et al. Diarrhée nosocomiale et diarrhée à Clostridium Difficile dans un hôpital universitaire Turc. Médecine et maladies infectieuses. Février 2009, doi:10.1016/j.medmal.2009.02.001 : [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6W71-4VT0H1S-3&\\_user=592857&\\_coverDate=03%2F09%2F2009&\\_alid=925300988&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_cdi=6613&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_view=c&\\_ct=1&\\_acct=C000030418&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=592857&\\_md5=d23a47d6e259c806364dd2ee7cd97e4c](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W71-4VT0H1S-3&_user=592857&_coverDate=03%2F09%2F2009&_alid=925300988&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=6613&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_ct=1&_acct=C000030418&_version=1&_urlVersion=0&_userid=592857&_md5=d23a47d6e259c806364dd2ee7cd97e4c)
- (3) ALAIN S., DENIS F. Épidémiologie des diarrhées aiguës infectieuses en France et en Europe. Archives de Pédiatrie [en ligne]. Octobre 2007, Vol. 14, Supplement 3, S132-S144 p. : [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VKK-4PYHPV0-2&\\_user=592857&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_view=c&\\_acct=C000030418&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=592857&\\_md5=94804ac100b09989c39cc25d515ef382](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-4PYHPV0-2&_user=592857&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000030418&_version=1&_urlVersion=0&_userid=592857&_md5=94804ac100b09989c39cc25d515ef382)

### RECOMMANDATION

- (1) National Guideline Clearinghouse. WGO practice guideline: acute diarrhea [en ligne]. : [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=12679&nbr=6567](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12679&nbr=6567)
- (2) Société suisse de Pédiatrie (SSP-SGP) Nouvelles recommandations de l'OMS pour la prise en charge clinique de la diarrhée [en ligne]. 2008. Vol. 19, N°5, 25-27p. : <http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol19/n5/index.htm>

## **ABRÉVIATIONS**

- CMV : Cytomégalovirus
- CRP : C-Réactive protéine
- DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DDSV : Direction départementale des services vétérinaires
- EPEC : E. coli entéro-pathogènes
- TIAC : Toxi-infection alimentaire familiale ou collective