

## A propos des gastro-entérites aiguës

*La plupart des patients souffrant de diarrhées aiguës ne viennent pas consulter:*

- *Le plus souvent ils savent/sentent (?) que le problème est banal et se résoudra en quelques heures de repos et de boissons abondantes, ayant déjà connus de tels problèmes.*
- *Parfois ils téléphonent à l'assistante du cabinet médical, où on leur conseille une diète visant à remplacer les pertes de liquide (c'est fou le nombre de personnes qui aggravent leur gastro-entérite en cherchant à absorber le plus possible de nourriture «solide»!). On leur explique également que dans les diarrhées et les vomissements partent les virus, ce qui rend «utile» leurs souffrances ...*

*Lorsque les patients viennent consulter, quels sont les signes qui doivent m'alarmer, risquant de nécessiter un traitement autre que symptomatique? Lisez attentivement les «trois points à retenir» de cette stratégie: tout y est.*

*Il me paraît important de relever que la simple recherche de sang dans les selles, facile à faire même au domicile du patient, a la même valeur prédictive que la recherche de leucocytes, pratiquement plus compliquée à faire (collecte de selles, envoi à un laboratoire, délai de quelques heures pour obtenir un résultat). En plus d'un bocal pour récolter les selles, je prendrai un simple «Haemocult» dans ma trousse d'urgence!*

*François Mottu*

## Apropos akute Gastroenteritiden

*Der grösste Teil der Patienten, die an einer akuten Diarrhoe leiden, gehen nicht zum Arzt:*

- *Die meisten wissen oder glauben zu wissen, dass sie ihr Problem kennen und dass es banal ist und sich nach ein paar Stunden der Erholung und mit ausgiebigem Trinken von alleine löst, da sie bereits solche Erkrankungen erlebt haben.*
- *Manchmal telefonieren die Patienten der Praxisassistentin. Von ihr bekommen sie den Ratschlag, Diät zu halten und die verlorene Flüssigkeit zu ersetzen (es ist unglaublich, wie viele Patienten ihre Gastroenteritis mit dem Versuch, möglichst viel «feste» Nahrung im Körper zu behalten, verschlimmern!). Ebenfalls erklärt die Praxisassistentin den «Nutzen» der Diarrhoe und des Erbrechens: nämlich die Elimination des Virus.*

*Wenn die Patienten in die Praxis kommen: Welche Symptome müssen mich veranlassen, eine andere Behandlung als die symptomatische einzuleiten? Lesen Sie die «trois points à retenir» dieser «Strategien» aufmerksam, es ist alles darin enthalten.*

*Es erscheint mir wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass der einfache Nachweis von Blut im Stuhl, der schon beim Patienten zu Hause machbar ist, den gleichen prädiktiven Wert hat wie der Leukozytennachweis, der weitaus aufwendiger durchzuführen ist (Stuhlgewinnung, Sendung ins Labor, Wartezeit bis zum Erhalt des Resultates). Neben einem Behälter, um den Stuhl aufzufangen, nehme ich in meinem Notfallkoffer auch immer einen «Haemocult-Test» mit!*

*François Mottu*

*(Übersetzung Romaine Viollier)*

# Les gastroentérites aiguës

H. Stalder

Dies ist ein Beitrag aus der Reihe «Stratégies en médecine ambulatoire».

Ceci est un article de la série «Stratégies en médecine ambulatoire».

## Introduction

Avec 1 à 2 épisodes par an et par personne, la gastroentérite aiguë (définie par des diarrhées >3 selles liquides/j) avec au moins un symptôme associé (douleurs abdominales, nausée, vomissements, fièvre, selles sanginolentes, ténésmes) durant <2 semaines) est une maladie fréquente en médecine de premier recours [1–3]. Les étiologies sont très variées (intoxication alimentaire, agents viraux, bactériens et parasitaires) mais une grande partie reste d'origine inconnue, même dans les meilleures études. La grande majorité des gastroentérites aiguës guérissent spontanément et ne nécessitent ni diagnostic ni traitement spécifique.

## Approche clinique

### Incubation courte

Si la période d'incubation est courte (<6 heures), il faut penser à une intoxication alimentaire, surtout s'il y a des nausées, des vomissements, des troubles neurologiques et un entourage atteint, par une toxine stable à la chaleur du Staphylocoque doré ou du *Bacillus cereus* ou une infection à *Clostridium perfringens*.

### Prise d'antibiotiques

L'usage d'antibiotiques avant ou lors d'apparition de diarrhées doit systématiquement être recherché. Il provoque dans 5 à 20% des cas des diarrhées secondaires. Dans 15 à 25% des cas, elles sont associées à une infection à *Clostridium difficile*. L'incidence monte à 90–100% s'il y a une colite pseudo-membraneuse associée. Signalons enfin qu'environ 3% de patients ambulatoires et 10 à 20% de patients hospitalisés sont des porteurs asymptomatiques de *Clostridium difficile*.

Tous les antibiotiques ont été impliqués, mais les pénicillines, céphalosporines et la clindamycine sont le plus souvent retrouvés. Le délai d'apparition dans la majorité des cas est entre 4 et 10 jours après le début du traitement. Le spectre clinique inclut la diarrhée banale, qui se résout à l'arrêt de l'antibiotique, la diarrhée chronique pendant des semaines et des mois et la colite pseudo-membraneuse.

La culture de *Clostridium difficile* a une sensibilité et une spécificité de 90%. La recherche de toxine est moins sensible (67%) mais plus spécifique (99%). Des leucocytes dans les selles sont retrouvés dans 50% des cas.

Le traitement d'une diarrhée apparue sous antibiotique est l'arrêt immédiat de cet antibiotique, si cela est possible. Si le patient montre des signes de gravité (fièvre, hypotension, selles sanglantes avec mucus), il faut alors pratiquer une sigmoïdoscopie et une recherche de toxine de *Clostridium difficile*.

En cas de gravité et surtout de colite pseudo-membraneuse, le patient doit être traité p.o. par du métronidazole (4 × 250 mg/j pendant 10 jours), la Vancomycine (2 × 250 mg/j) restant en réserve. Malgré ces traitements, l'éradication de *Clostridium difficile* n'est pas toujours atteinte, et les récurrences sont possibles.

## Signes, symptômes et anamnèse de gravité justifiant des investigations

### Température >38,5 °C et selles sanglantes

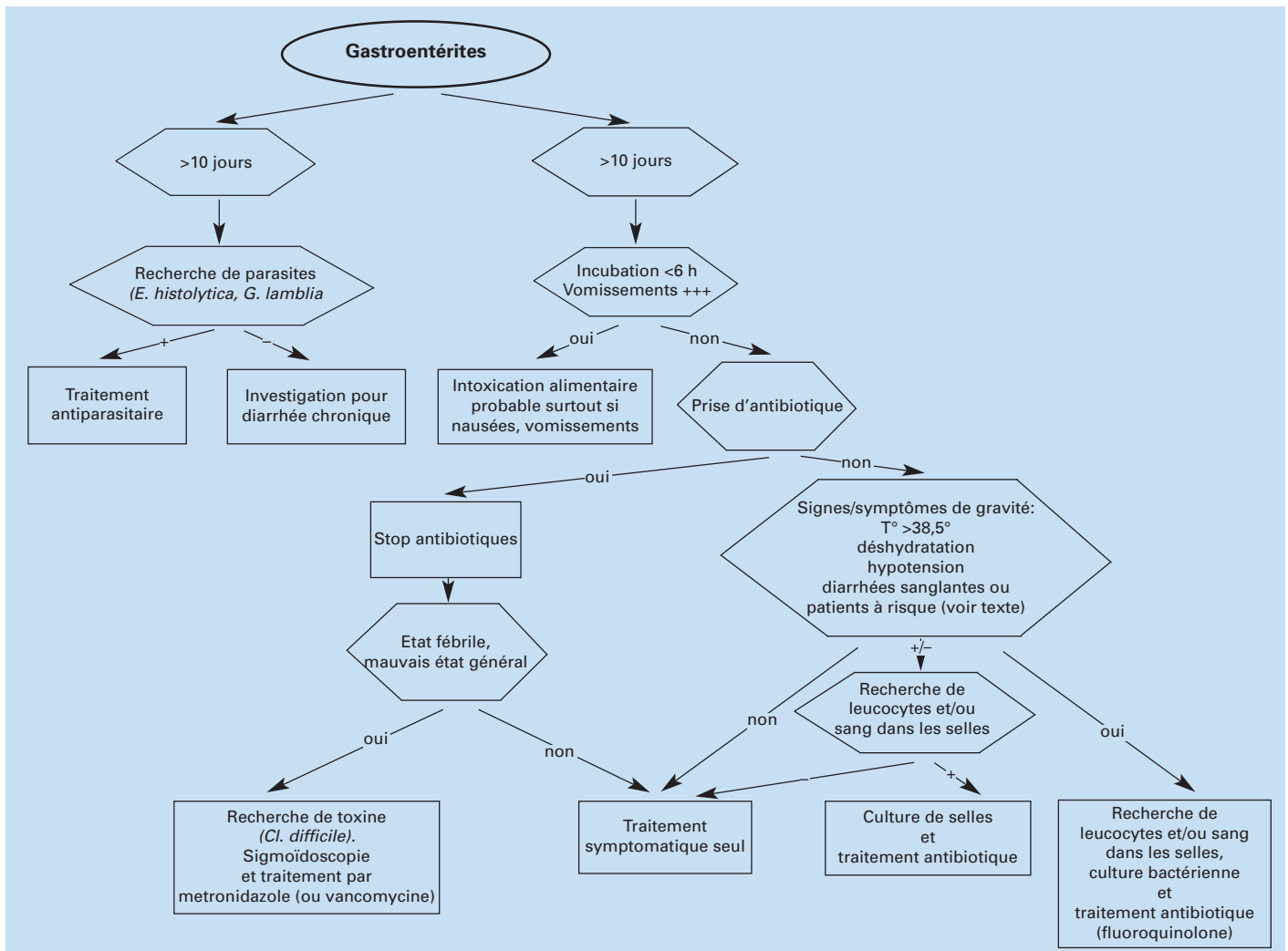
Ce sont les deux éléments importants qu'il faut rechercher car l'*odd ratio* pour une origine bactérienne (*Campylobacter jejuni*, Salmonelles et Shigelles, rarement des *E. coli* invasifs) est respectivement de 4,5 et 7,4 pour une anamnèse de fièvre et de selles sanglantes.

### Présence de symptômes importants au-delà de 3 jours

En présence de diarrhées importantes au-delà de 3 jours et de symptômes tels que douleurs abdominales, vomissements, fièvre, céphalées, myalgies, la probabilité de trouver une étiologie bactérienne est de presque 90%. Une investigation (leucocytes/hémocult, bactériologie) et un traitement antibiotique sont indiqués.

### Voyages

Au moins un tiers des voyageurs dans un pays tropical vont développer une *turista* qui débutera souvent dans la 1ère semaine de voyage. Le début est brutal, 4 à 6 selles liquides par jour avec des crampes abdominales et des nausées et vomissements. Les diarrhées durent 3 à 5 jours, plus longtemps en cas d'infection bactérienne. En cas de persistance au-delà de 2 semaines, une étiologie parasitaire doit être recherchée (2 à 5% des cas).



L'étiologie la plus fréquente de la *turista* est l'*E. coli* entérotoxigène (ETEC)(70%), les autres origines se partagent entre le *Campylobacter jejuni*, les salmonelles, les shigelles et le rotavirus et enfin les parasites (*Giardia lamblia*, amibes, *Cryptosporidium*).

#### Homosexuels mâles

Chez ces patients, une sigmoïdoscopie permet de distinguer une proctite à herpès, gonocoques, chlamydia et syphilis d'une colite (*Campylobacter jejuni*, salmonelles, shigelles, *Clostridium difficile*, chlamydia) ou enfin des diarrhées non inflammatoires (*Giardia lamblia*).

#### Patients à risque

Les patients âgés (>70 ans), immunosupprimés, atteints d'anévrisme, porteurs de prothèses, atteints de maladie chronique importante, souffrant de maladie intestinale in-

flammatoire chronique ou d'achlorhydrie, sont à considérer à risque. Un traitement par antibiotique doit être considéré d'emblée.

#### Patients HIV positifs

Chez ces patients HIV positifs et immunosupprimés, le premier pas de la stratégie diagnostique est d'effectuer une recherche de sang et/ou de leucocytes dans les selles et une culture. Si le patient est fébrile, il faut faire des hémocultures car des septicémies à Salmonelles sont fréquentes. La recherche de parasites est indiquée s'il existe des diarrhées chroniques. Si après ces deux étapes, le diagnostic n'est toujours pas clair, il faut faire des examens complémentaires (recherche de parasites) ainsi qu'une endoscopie.

#### Hypotension, déshydratation

Ce sont des signes de gravité demandant une prise en charge immédiate.

## Examens complémentaires

*Recherche de sang et/ou de leucocytes dans les selles*  
Si les selles ne contiennent pas de leucocytes et pas de sang, la probabilité d'une culture positive se situe entre 5 et 7%. Si les selles contiennent plus de 10 leucocytes/champs et contiennent du sang, la probabilité d'une culture positive est de plus de 45%.

Le signe clinique le plus fiable pour une diarrhée de type inflammatoire est la fièvre. Ainsi, si l'on est en présence d'un patient fébrile à  $\geq 38,5$  °C avec du sang et/ou des leucocytes dans les selles, la probabilité d'une culture positive est de plus de 60%. Elle monte à presque 90% si les symptômes persistent au-delà de 3 jours.

Le test de guaiac modifié (Hemoccult®), qui est plus simple à effectuer, a une aussi bonne valeur prédictive positive et négative que la recherche de globules blancs dans les selles.

Si la recherche de leucocytes et/ou de sang dans les selles est négative, on se trouve le plus souvent en présence d'une diarrhée de type non inflammatoire, et une thérapie uniquement symptomatique est suffisante. Il faut envisager une nouvelle évaluation s'il n'y a pas d'amélioration de la symptomatologie.

### *Bactériologie des selles*

Cet examen est indiqué en cas de présence de leucocytes et/ou de sang dans les selles, chez des personnes qui travaillent dans le secteur alimentaire et en cas de suspicion d'épidémie. Il n'y a pas de raison de répéter cet examen plus d'une fois.

### *Recherche de parasites*

Si les diarrhées durent depuis plus de 10 jours, en particulier si les patients reviennent de voyage, une étiologie parasitaire doit être considérée. Dans ces cas, certains auteurs proposent d'emblée un traitement antiparasitaire sans passer par la recherche de parasites. La recherche de parasites, difficile et onéreuse, se fait sur des selles fraîches à trois reprises. Dans des cas particuliers, la recherche de *Strongyloides*, de *Cryptosporidium* et *Isospora belli*, et une coloration pour le *Microsporidium* peut être indiquée.

## Attitude et Traitement

### *Traitement symptomatique*

Dans tous les cas, un traitement symptomatique est indiqué si les diarrhées sont importantes et en particulier en cas de déshydratation:

crème de riz, bien salé, boire +++  
(ou Soporix®: 1 sachet dans 200 ml d'eau)

ou

NaCl 3,5 g =  $\frac{3}{4}$  de cuillère à thé de sel  
NaHCO<sub>3</sub> 2,5 g = 1 cuillère à thé de bicarbonate

KCl 1,5 g = 1 verre de jus d'orange

Glucose 20 g = 4 cuillères à thé de sucre

Eau ad 1 litre

(ou: Elotrans®: 1 sachet dans 200 mL d'eau

ou Normolytoral®: 1 sachet dans 200 ml d'eau)

Lopéramide 2 mg: 2 capsules, suivies de 1 capsule après chaque selle (max. 8 caps/j)

Il est recommandé de ne pas utiliser ce médicament dans les cas d'état fébrile ou de gastro-entérite dysentérique (invasive).

### *Traitement antibiotique [3, 4]*

En cas de suspicion d'origine bactérienne ou de signe de gravité, un traitement antibiotique est indiqué par un fluoroquinolone pendant (1-) 3 (-5) jours. L'azythromycine pourrait être une alternative. Dans des cas où le germe est connu, le traitement doit s'adapter à l'antibiogramme. Pour le traitement du *Clostridium difficile*, voir plus haut. Les amibes se traitent par un imidazole (par exemple métronidazole 750 mg 3 × /jour pendant 10 jours) accompagné de diloxanide furate (500 mg 3 × /jour pendant 10 jours) et la lambliaose également par un imidazole (par exemple métronidazole 250 mg 4 × /jour pendant 7 jours ou trinitazole 2g en 1 seule dose).

En cas de *turista*, le traitement est en général symptomatique. Le traitement antibiotique peut raccourcir la durée des diarrhées d'environ 1 jour [5].

Pour les patients HIV positifs, le traitement de première intention reste le même. En cas de non réponse, il faut réévaluer de problème (recherche de parasites, recherche virale, colonoscopie).

*Attitudes de prévention*

La prévention des gastroentérites infectieuses fait partie du domaine de la santé publique.

La prévention de la *turista* consiste à éviter l'eau courante, les fruits et légumes non pelés et non cuits et tout autre produit qui ne peut être cuit. Le subsalicylate de bismuth (2 g/jour) est efficace mais pas utilisé chez nous. Une prévention par antibiotique n'est à recommander que dans les cas très particuliers (patients à haut risque).

Tout patient avec culture positive doit être annoncé au médecin cantonal. Si une hygiène personnelle stricte n'est pas possible, les patients travaillant dans le secteur alimentaire sont à l'arrêt de travail jusqu'à ce que les cultures soient négatives. Il est incertain qu'un traitement antibiotique accélère l'élimination du germe dans les selles.

**Références**

- 1 Diarrhea. In: Brendan M, Reilly MD. Practical strategies in outpatient medicine. Philadelphia: Saunders; 1991: p. 845–66.
- 2 Farthing M, Feldman R, Finch R, Fox R, Leen C, Mandal B, et al. The management of infective gastroenteritis in adults – a consensus statement by an expert panel convened by the British Society for the Study of Infection. J Infect 1996;33:143–52.
- 3 DuPont HL and The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines of acute infectious diarrhea in adults. Amer J Gastroenterol 1997;92:1962–75.
- 4 Wistrom J, Jertborn M, Ekwall, et al. Empiric treatment of acute diarrhoea disease with Norfloxacin. Ann Intern Med 1992; 117:202–8.
- 5 Salam I, Katelaris P, Leigh-Smith S, Farthing MJG. Randomised trial of single-dose ciprofloxacin for travellers' diarrhoea. Lancet 1994;344:1537–9.

Date de la première édition: 25 avril 1997 par J.-O. Prazet, H. Stalder.

Date de la mise à jour: 13 mars 2000 par H. Stalder.

**Les 3 points les plus importants à retenir**

Une minorité de gastroentérites aiguës nécessite un traitement spécifique. Il faut se retenir de faire systématiquement des cultures de selles et donner systématiquement des antibiotiques, mais plutôt sélectionner les patients à risque.

L'élément anamnestique le plus fiable pour la diarrhée inflammatoire est la température, la présence de sang dans les selles et la persistance au-delà de 3 jours d'une symptomatologie importante. Dans ces cas, ainsi que pour les malades à risque, une culture de selles et un traitement antibiotique empirique est indiqué.

En cas de diarrhées persistantes, une origine bactérienne est peu probable. Il faut alors chercher d'autres étiologies (parasites, maladie inflammatoire chronique, intolérance au lactose, médicaments, etc.).