

DIARRHÉES AIGUËS: NOUVEAUTÉS 2023

Télémeeting MPR 11.10.2023

+

•

○

Dr Thibault CORPATAUX, médecin interne,
Service de médecine de premier recours, HUG

Dre Caroline BASTID, cheffe de clinique,
Service de gastro-entérologie, HUG

Introduction

Stratégies SMPR:

<https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-medecine-premier-recours>

Revue narrative de la littérature annuelle de thèmes en collaboration entre luMFE & SMPR

Publication des nouveautés:

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2023/revue-medicale-suisse-843>



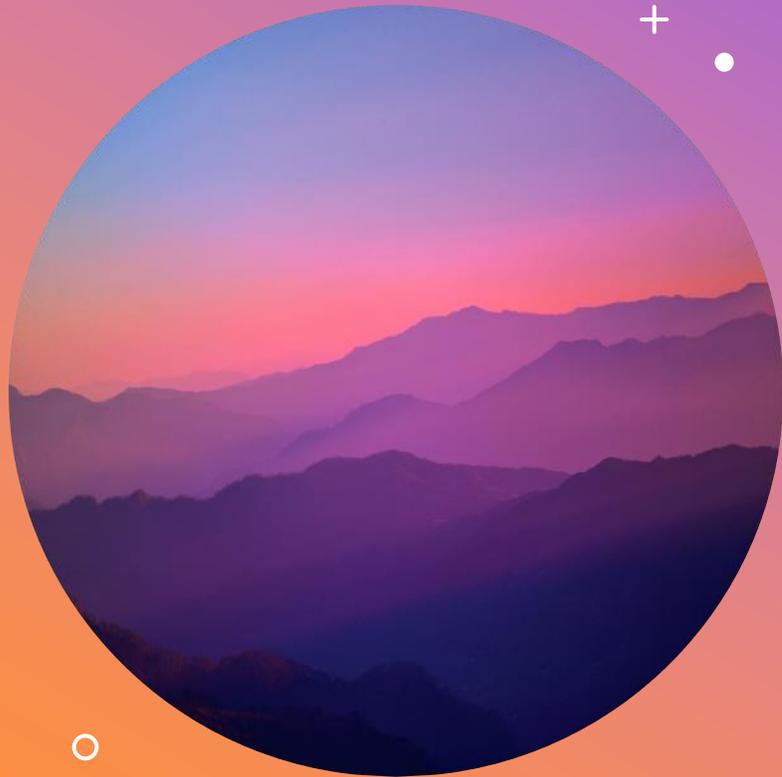
REVUE MÉDICALE SUISSE

Diarrhées aiguës : nouveautés 2023 pour la médecine de premier recours

Dr THIBAUT CORPATAUX^{a,*}, Dr MATTHEW STREBEL^{a,*}, Dr STÉPHANE BERNARD^b,
Pr JEAN-LOUIS FROSSARD^c, Dr GILLES EPERON^d et Dre SARAH SAMANTHA RICHTERIG^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 1750-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.843.1750

ORDRE DU JOUR



Généralités

Algorithme de prise en charge

Nouveautés 2023:

- PCR multiplex
- *Clostridium difficile*
- Azithromycine

Cas clinique 1

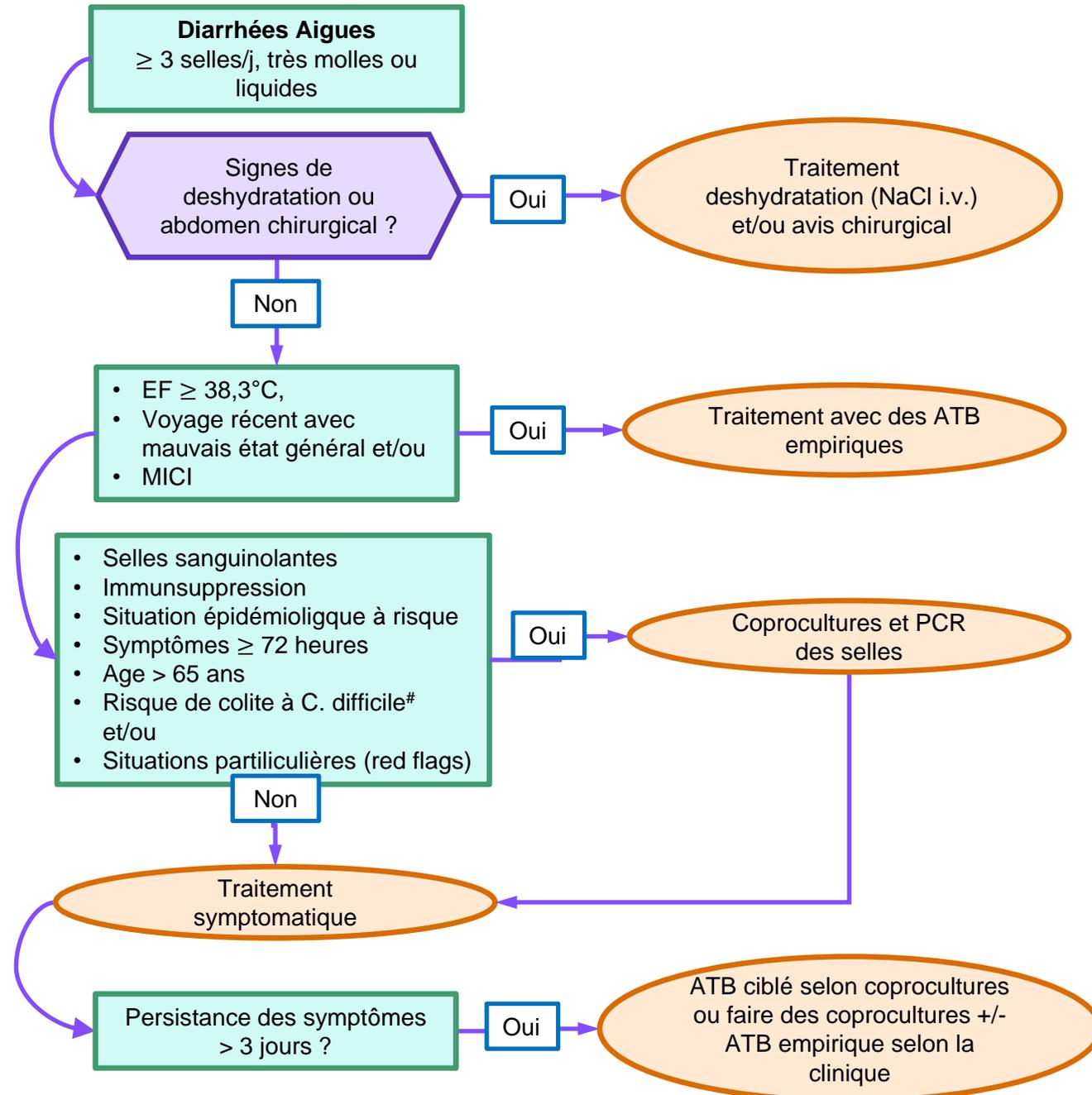
Cas clinique 2

Généralités

- Diarrhées aiguës < 14 jours
- Etiologies virales et bactériennes au premier plan
- Evolution spontanément favorable dans la majorité des cas
- Recherche des drapeaux rouges
- Traitement symptomatique et ré-évaluation

Drapeaux rouges

Liés au patient	Liés à la clinique
<ul style="list-style-type: none">• Maladie inflammatoire de l'intestin• Traitement immunosuppresseur• Hospitalisation récente• Prothèse endovasculaire• Rapports sexuels anaux• Grossesse• Polymorbidité (présence de plusieurs maladies chroniques)• Age > 65 ans	<ul style="list-style-type: none">• Température > 38.5°C• Durée prolongée > 3 jours• Déshydratation clinique (irritabilité, muqueuses sèches, pli cutanée, tachycardie, hypotension, augmentation du temps de recoloration capillaire, etc.)• Présence de sang / mucus dans les selles• Péritonisme• Choc septique



Traitement symptomatique non-médicamenteux

Hydratation

- Apport liquidien à ajuster selon la sévérité des diarrhées : environ 1-2 litres/24 heures pour 5-10 selles/24 heures
- Thés/tisanes sucrés, soupes, bouillons, eau de cuisson de riz, boissons sportives riches en électrolytes (Gatorade, Powerade, Isostar)
- Solution de réhydratation « maison » : 1 litre d'eau + ½ cuillère à café de sel + 1 cuillère à soupe de sucre (+ 1 verre de jus d'orange ou de sirop)

Alimentation

- Compensation éventuelle des pertes potassiques : bananes, patates douces, fruits secs
- Favoriser les aliments riches en amidon : riz, pâtes, pain, etc.
- Éviter les produits lactés et les édulcorants artificiels

Traitement symptomatique médicamenteux

Ralentisseur du transit

Lopéramide (p.ex. Imodium)

- Indication : si le contrôle des symptômes est absolument nécessaire
- Posologie : celle recommandée par le fabricant est de 1 comprimé à 2 mg après chaque selle non formée, max. 6 comprimés par 24 heures, arrêt lorsque les selles deviennent molles. En pratique, il est rarement nécessaire d'atteindre des doses aussi élevées car l'effet antisécrétoire à faible dose est très souvent suffisant, sans nécessité de l'effet antimotilité obtenu à plus haute dose. Il est habituellement plutôt conseillé de débuter avec une dose de 2 mg et d'attendre au minimum 2 heures entre les prises, maximum 2 mg 3 x/jour
- Attention au risque de constipation, voire de colectasie en cas de surdosage
- Contre-indications : dysenterie, diarrhée aiguë liée à des bactéries invasives de la muqueuse intestinale, colite pseudo-membraneuse postantibiotique, hépatopathie sévère

Probiotiques

Levures *Saccharomyces boulardii* (Perenterol)

- Posologie : 1 dragée à 250 mg 2 x/jour avant les repas
- Contre-indication relative : immunodéficience

Entérocoques vivants (Bioflorin)

- Posologie : 3-6 capsules/jour pendant 5-7 jours
- Contre-indication : aucune

NOUVEAUTÉS 2023



Examens complémentaires: mise à jour

- Recherche de leucocytes dans les selles: peu sensible et n'apporte pas de plus-value clinique.
- Panels PCR multiplex: sensibles mais peu spécifiques (recommandé de confirmer un résultat positif par coproculture).

Antibiothérapie: mise à jour

- Augmentations des **résistances** de *Campylobacter*, *Shigella* et *Salmonella* aux quinolones.
- Motivent la recommandation de l'**azithromycine** en première intention empirique.
- Réduction de la durée de traitement à **3 jours**, voire un jour (si amendement des symptômes dans les 24).
- Dans le contexte du **voyage**: antibiothérapie seulement si dysenterie ou diarrhées empêchant toutes les activités planifiées.

Clostridium difficile en ambulatoire

- Etude rétrospective européenne: *Clostridium difficile* sous-diagnostiqué dans la pratique ambulatoire.
- *Clostridium difficile* souvent pas recherché, même en présence de facteurs de risque tels qu'un traitement antibiotique, une institutionnalisation ou une hospitalisation au cours des 12 dernières semaines.
- Penser à rechercher *Clostridium difficile*, principalement dans le but de limiter la propagation.
- L'intérêt clinique de la recherche et du traitement de *Clostridium difficile* chez les patient-e-s en ambulatoire reste à étudier.

Choix d'antibiothérapies

Antibiotique oral de choix	Particularités d'utilisation
Azithromycine 500 mg 1x/j pour 3 jours	Traitement empirique pour une suspicion d'infection Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia ou Escherichia coli Une dose unique de 1000 mg suffit si les symptômes s'amendent dans les 24h.
Ciprofloxacin e 500mg 2x/j ou Norfloxacin e 400mg 2x/j pour 3 jours	Utilisé comme <u>second choix</u> empirique, en raison de l'émergence de nombreuses résistances des Campylobacter et Shigella aux quinolones.
Vancomycine 125mg 4x/j ou Métronidazole 500mg 3x/j ou Fidaxomixine 200mg 2x/j pour 10 jours	1 ^{er} choix pour une colite pseudo-membraneuse à Clostridium difficile symptomatique.

Cas clinique 1

- Un patient de 38 ans en bonne santé habituelle consulte pour des diarrhées 5 fois par jour depuis 2 jours. Il est revenu la veille d'un séjour de 3 semaines en Indonésie. Il a mangé des bonbons au sorbitol durant tout le vol retour.
- Anamnèse: Discrètes crampes abdominales. Pas de sang ni mucus dans les selles. Pas de RS anaux.
- Examen physique: Paramètres vitaux stables. Etats général et d'hydratation conservés. Abdomen souple sans défense ni détente, bruits physiologiques.
- Attitude: Consignes pour réhydratation orale, alimentation adaptée et motifs de re-consultation.

Cas clinique 2

- Une patiente de 75 ans consulte pour diarrhées depuis 4 jours, crampes après émission de selles, inappétence et fatigue. Connue pour HTA et dyslipidémie traités. Contexte de stress important en ce moment.
- Examen physique: Défense en fosse iliaque gauche, reste non contributif.
- Attitude:
- CRP: 93mg/dl
- CT abdo: Diverticulite sigmoïdienne non compliquée (Ia)
- TTT par ATB PO
- Culture selles: Positive pour *Campylobacter jejuni* sensible

Take-Home Messages

- La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite pas d'examens complémentaires et se **résout spontanément** avec un traitement symptomatique si besoin.
- Les analyses microbiologiques doivent être **réservées** aux patients présentant un **drapeau rouge** afin d'éviter le développement de germes résistant aux antibiotiques et de traiter des germes non pathogènes.
- Le traitement antibiotique empirique de premier choix des diarrhées aiguës est désormais **l'azithromycine**, suivie par les quinolones.
- La définition de la diarrhée du voyageur se base désormais sur le **handicap fonctionnel** afin de faciliter la prise de décision thérapeutique par le patient et le médecin.

Références

1) Thiel D. Acute Diarrhea in Adults. Am Fam Physician. 2022 Jul;106(1):72-80.

2) Raetzo. Docteur J'ai. 4^e éd. Médecine et Hygiène, 2018.

3) Rochat L, Croxatto A, De Vallière S, D'Acremont V, Genton B. Panels gastro-intestinaux par PCR multiplex pour la prise en charge des diarrhées du voyageur : performants et utiles ? Rev Med Suisse. 2017;13(561):963-7.

4) Kuenzli E, Neumayr A, Eperon G, Staehelin C, Kocher C. Diarrhée du voyageur. Forum Med Suisse – Swiss Med Forum [En ligne]. 2 mars 2021. (Cité le 2 avril 2023). Disponible sur : [medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2021.08648](https://www.medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2021.08648)

5) Fleckenstein JM, Matthew Kuhlmann F, Sheikh A. Acute Bacterial Gastroenteritis. Gastroenterol Clin North Am. 2021 Jun;50(2):283-304.

6) Viprey VF, Davis GL, Benson AD, et al. A point-prevalence study on community and inpatient Clostridioides difficile infections (CDI): results from Combatting Bacterial Resistance in Europe CDI (COMBACTE-CDI), July to November 2018. Eurosurveillance [En ligne]. 30 juin 2022;27(26). (Cité le 19 mars 2023). Disponible sur : www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.26.2100704

7) Dai L, Sahin O, Grover M, Zhang Q. New and alternative strategies for the prevention, control, and treatment of antibiotic-resistant Campylobacter. Transl Res. 2020 Sep;223:76-88.

8) Baker S, The HC. Recent insights into Shigella. Curr Opin Infect Dis. 2018 Oct;31(5):449-54.

9) Farthing M, Salam MA, Lindberg G, et al. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. J Clin Gastroenterol. 2013 Jan;47(1):12-20.

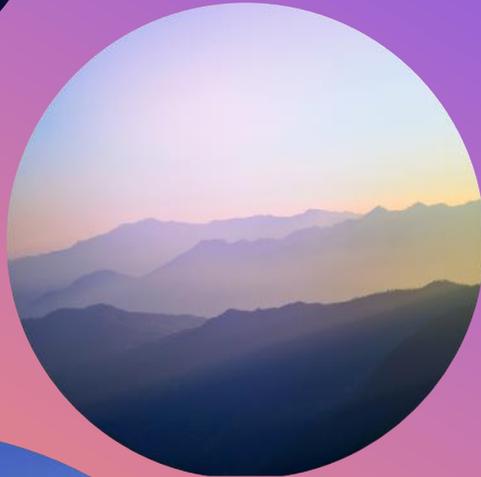
10) World Health Organisation. Diarrhoeal disease [En ligne]. 2 mai 2017. Disponible sur : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease

11) Société suisse de médecine tropicale et de médecine des voyages FMH. Die «Top-5-Liste» der Schweizerische Gesellschaft für Tropen-und Reisemedizin.

12) Sebo P, Gaboreau Y, Morel M, Haller DM, Maisonneuve H. Use and perceived effectiveness of non-pharmacological home remedies for digestive symptoms: a questionnaire-based survey among primary care patients. Fam Pract. 2023 Apr;cmad046.



+



o



.



MERCI

Thibault CORPATAUX

Service de médecine de premier recours, HUG

thibault.corpataux@hcuge.ch

• + QUESTIONS-RÉPONSES • + ◦