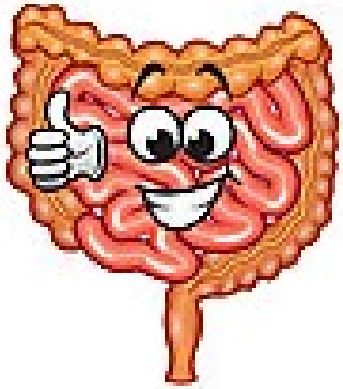


Formation GRIVE
Infections digestives

Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - http://www.fmc34.fr/

Déroulement de la soirée

20H30: début formation

Vrais faux et cas cliniques

22H: « take home messages »

22H30: FIN. Calendriers.

GRIVE…

Généralistes Référents en InfectioVigilance Extra-hospitalière

⇒ Formation par des généralistes, pour des généralistes

⇒ Pour lutter contre l'émergence d'antibio-résistances

Résistance aux céphalos-porines de 3e génération chez *Escherichia coli*

2005 : 1 % 2013 : 4 %

Source : Medqual via Onerba / Santé publique France[1]

93%

2005

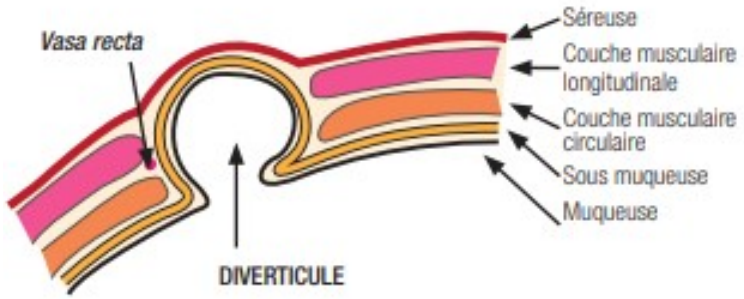
28,9 doses[1] / 1 000 habitants / jour

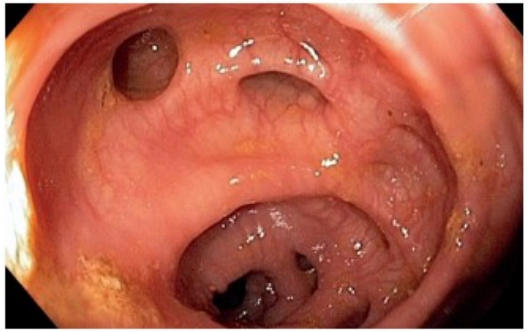
2015

29,9 doses[1] / 1 000 habitants / jour

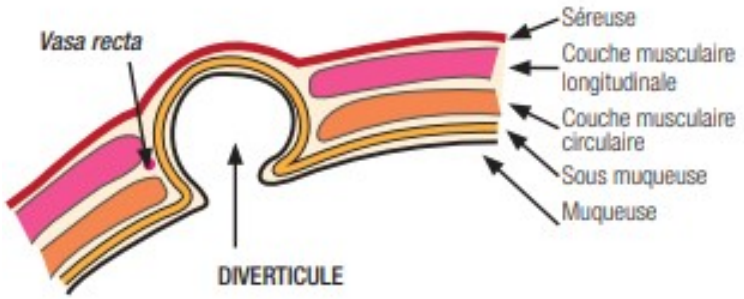
En 10 ans, la consommation d'antibiotiques en ville s'inscrit à la hausse.

Source : ANSM





DIVERTICULITE


Vasa recta
Séreuse
Couche musculaire longitudinale
Couche musculaire circulaire
Sous muqueuse
Muqueuse
DIVERTICULE

VRAI ou FAUX

VRAI ou FAUX

Diverticulite

1/ La diverticulite du côlon correspond à l'inflammation/infection d'origine diverticulaire. Les signes cliniques associés sont : douleurs de la fosse iliaque gauche, troubles du transit et fièvre, avec défense de la fosse iliaque gauche à la palpation.

VRAI ou FAUX

Diverticulite

1/ La diverticulite du côlon correspond à l'inflammation/infection d'origine diverticulaire. Les signes cliniques associés sont : douleurs de la fosse iliaque gauche, troubles du transit et fièvre, avec défense de la fosse iliaque gauche à la palpation.

2/La diverticulite compliquée correspond aux complications locales que sont les abcès, les fistules, les péritonites d'origine diverticulaire et les sténoses

VRAI ou FAUX

Diverticulite

2/ La diverticulite compliquée correspond aux complications locales que sont les abcès, les fistules, les péritonites d'origine diverticulaire et les sténoses.

3/ Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite non compliquée.

VRAI ou FAUX

3/ Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite aiguë non compliquée.

en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable.

4/ Un traitement symptomatique simple, sans antibiotique, est possible en cas de diverticulite non compliquée confirmée par le scanner.

VRAI ou FAUX

Diverticulite

4/ Un traitement symptomatique simple, sans antibiotique, est possible en cas de diverticulite non compliquée confirmée par le scanner.

Il est recommandé **en l'absence** de signes de gravité, d'immunodépression, de score ASA > 3 ou de grossesse.

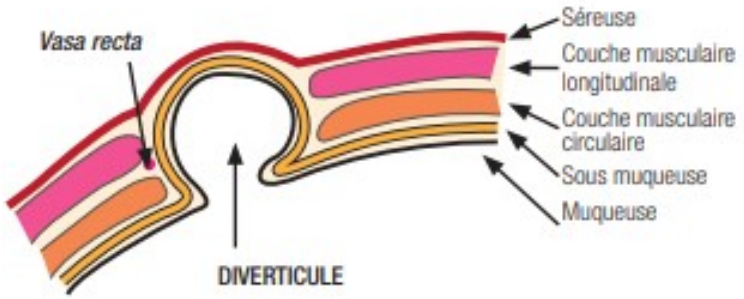
> Classification ASA. 1 : patient normal ; 2 : patient avec anomalie systémique modérée ; 3 : patient avec anomalie systémique sévère ; 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ; 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention ; 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

5/ Le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne aiguë, peut être affirmé sur les seules données cliniques et biologiques, notamment chez les patients avec antécédents de diverticulite connus.

VRAI ou FAUX

5/ Le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne aiguë, peut être affirmé sur les seules données cliniques et biologiques, notamment chez les patients avec antécédents de diverticulite connus.

⇒Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode:
TDM INJECTE en 1ere intention (Echo abdo ssi pas de rdv) (recos HAS 2017)



CAS CLINIQUES

Cas clinique n° 1

- Monsieur Ventroux, 46 ans, commercial, se présente chez vous, son médecin traitant, pour douleur abdominale depuis la veille au soir, associée à un fébricule à 38,2°. Il se plaint également de constipation depuis 2 jours avec nausées.
- Dans ses antécédents : tabagisme actif à 20 PA, surpoids avec un IMC à 28.
- A l'examen :

T° à 38,5° , TA 13/8, pouls 80 régulier.

Défense en fosse iliaque gauche.

TR : indolore , pas de masse palpable , pas de fécalome , pas de rectorragies.

1/ Vous suspectez une diverticulite aigüe. Quelle est votre attitude diagnostique?

1/ Vous suspectez une diverticulite aigüe. Quelle est votre attitude diagnostique?

=> Biologie :

- NFS, plaquettes
- CRP
- Fonction rénale

=> TDM abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste, au plus tard dans les 72H.

- La biologie retrouve 12000 GB avec 9500 PNN.
- La CRP est à 80.
- La fonction rénale est normale.

Vous réalisez une TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste: Diverticulite aigue non compliquée.

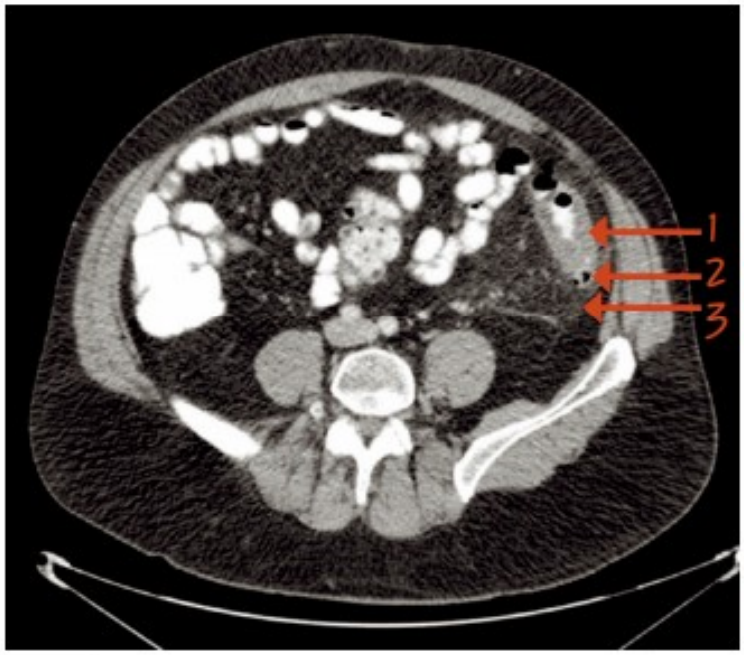


FIGURE 5 **Diverticulite aiguë non compliquée (Hinchey 0).** Ce scanner permet de faire le diagnostic de diverticulite aiguë non compliquée devant l'association des 3 éléments suivants : épaississement des parois coliques (> 4 mm) (1), présence de diverticules coliques (2) et infiltration de la graisse péricolique (3).

TABLEAU

Classification de Hinchey

Stade 0	Diverticulite simple
Stade Ia	Phlegmon péri-diverticulaire sans abcès collecté
Stade Ib	Abcès péri-diverticulaire
Stade II	Abcès intra-abdominal à distance des diverticules
Stade III	Péritonite purulente généralisée
Stade IV	Péritonite stercorale généralisée

2/ Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

2/ Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- Diverticulite aigue non compliquée (stade Hinchey 0) .
- Absence de comorbidité ou de contexte social défavorable
- Donc traitement ambulatoire :

Traitement symptomatique sans antibiotique en première intention avec surveillance clinique :

-antalgiques: paracétamol +antispasmodique

-alimentation non restrictive si bien tolérée

(HAS2017)

- 48 heures après, le patient revient en consultation. La fièvre et les douleurs abdominales persistent.
- L'examen clinique est inchangé, pas de signes de sepsis.

3/ Quelle est votre attitude ?

Le traitement curatif de la diverticulite repose sur les antibiotiques actifs sur **les bactéries aérobies (bacilles gram négatif et entérocoques) et anaérobies du côlon**

- AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE PO : 1g x3/j pendant 7 jours
- Si allergie prouvée :
- LEVOFLOXACINE PO 500mg 1x/j + METRONIDAZOLE PO 500mg x3/j, pendant 7 jours
- ou CIPROFLOXACINE PO 500mg 2x/j + METRONIDAZOLE PO 500mg x3/j, pendant 7 jours

Helicobacter Pylori

VRAI ou FAUX

VRAI ou FAUX

1/ *Helicobacter pylori* ne vit que **dans l'estomac humain.**

1/ **Vrai.**

Helicobacter pylori ne vit que **dans l'estomac humain.**

Helicobacter pylori parvient à se protéger de l'acidité en sécrétant une enzyme : ***l'uréase*** qui neutralise l'acidité gastrique. La bactérie peut alors survivre et prolifère dans le mucus au niveau de la paroi.

VRAI ou FAUX

2/ 15 % de la population mondiale est infectée.

2/ **Faux**. 50 % de la population mondiale est infectée.

C'est l'infection bactérienne chronique la plus répandue chez les humains après la carie dentaire.

VRAI ou FAUX

3/ La transmission est **interhumaine.**

3/ **Vrai.** La transmission est **interhumaine.**

La transmission de la bactérie se fait essentiellement par une transmission directe de personne à personne oro-orale et surtout gastro-orale. C'est à dire que la contamination se fait par un contact direct avec la salive infectée **par des régurgitations ou lors des vomissements. La contamination oro fécale est plus présente dans les pays en voie de développement (80% de la population est infectée).**

La transmission est intrafamiliale le plus souvent.

VRAI ou FAUX

4/ L'infection a lieu **essentiellement à un âge avancé.**

4/ **Faux.** L'infection a lieu **dans l'enfance.**

VRAI ou FAUX

5/ HP est responsable d'un ulcère gastroduodénale sur 2.

5/ **Faux.**

HP est responsable de 7/10 ulcères gastriques et 9/10 ulcères duodénaux.

VRAI ou FAUX

6/ HP est responsable d'un cancer gastrique sur 3.

6/ **Faux.**

HP est responsable de 60 à 90% des cancers gastriques.

1 à 3% des sujets infectés pourraient développer un cancer gastrique. Il faut jusqu'à 30 ans pour arriver au stade cancer.

VRAI ou FAUX

7/ HP peut être éliminé spontanément.

7/ **Faux.** Si une infection à HP est détectée, elle doit être impérativement traitée, pour l'éradiquer.

Après traitement, une fois la bactérie éradiquée, la réinfection est rarissime en France. Le traitement peut donc être considéré comme définitif.

VRAI ou FAUX

8/ Si HP est traité, et qu'il n'y a pas de symptôme, il n'est pas nécessaire de faire un contrôle d'éradication .

8/ **Faux.** Il est indispensable de s'assurer de l'éradication de la bactérie, par un test respiratoire à l'Urée 13 C.

VRAI ou FAUX

9/ La progression de la résistance bactérienne d'HP aux antibiotiques concerne essentiellement :

- L'amoxicilline
- La clarythromycine
- Le métronidazole

9/ **La clarythromycine** : 22% des souches

VRAI ou FAUX

10/ On peut réaliser une sérologie pour contrôler l'éradication d'Helicobacter pylori.

10/ **Faux.**

La sérologie détecte des IgG qui peuvent persister des mois, voire des années après éradication de la bactérie. Il est inutile de répéter un test sérologique.

VRAI ou FAUX

11/ Il est recommandé de rechercher une infection à *H. pylori* avant prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'aspirine à faible dose en cas d'antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal.

11/ **Vrai.**

VRAI ou FAUX

12/ Les méthodes diagnostiques, à l'exception de la sérologie, doivent être réalisées :

- au moins 2 semaines après l'arrêt des antibiotiques
- et au moins 4 semaines après l'arrêt des antisécrétoires (IPP ou anti-H2).

12/ **Faux.** Les méthodes diagnostiques, à l'exception de la sérologie, doivent être réalisées :

- au moins **4** semaines après l'arrêt des antibiotiques
- et au moins **2** semaines après l'arrêt des antisécrétoires (IPP ou anti-H2).

VRAI ou FAUX

13/ L'éradication d'*Hp* est recommandée, même en cas de grossesse ou d'allaitement.

13/ **Faux.**

Le traitement n'est pas urgent. En cas de grossesse ou d'allaitement, le traitement doit être différé.

CAS CLINIQUES

Cas clinique n° 1

- Mme U., 36 ans arrive à votre consultation, un peu pressée par sa mère, suite à une prise de sang réalisée récemment pour exploration d'une asthénie progressive, avec dyspnée modérée aux efforts importants :
  - Hb : 9,2 d/dL, VGM 71, GB 9100/mm3, plaquettes 520 000/mm3, ferritinémie : 12 ug/l

- Il n'y a pas de retard de règles et celles-ci sont normo abondantes

- Antécédents : Tabagisme actif à 5 PA, migraines avec prise récurrentes d'AINS. Pas d'antécédents familiaux de cancer gastrique.

- Elle vous déclare spontanément être gênée depuis plusieurs mois par des « douleurs gastriques ».

CAT?

Vous lui obtenez assez rapidement un rdv chez le gastroentérologue qui réalise une **endoscopie** qui retrouve:

Deux ulcères du plancher du bulbe, à fond blanchâtre, de 6 et 8 mm de diamètre. Les biopsies gastriques indiquent qu'il y a une infection à *H. pylori*. La souche est sensible à la clarythromycine.

1/ Quel est votre traitement ?

- Trithérapie 14 jours (10 jours HAS) :
  + IPP (rabéprazole à 20 mgx2/j ou ésoméprazole à 40 mgx2/j)
  + Amoxicilline (1gx2/j)
  + Clarythromycine (500 mg x2/j).

- Supplémentation martiale

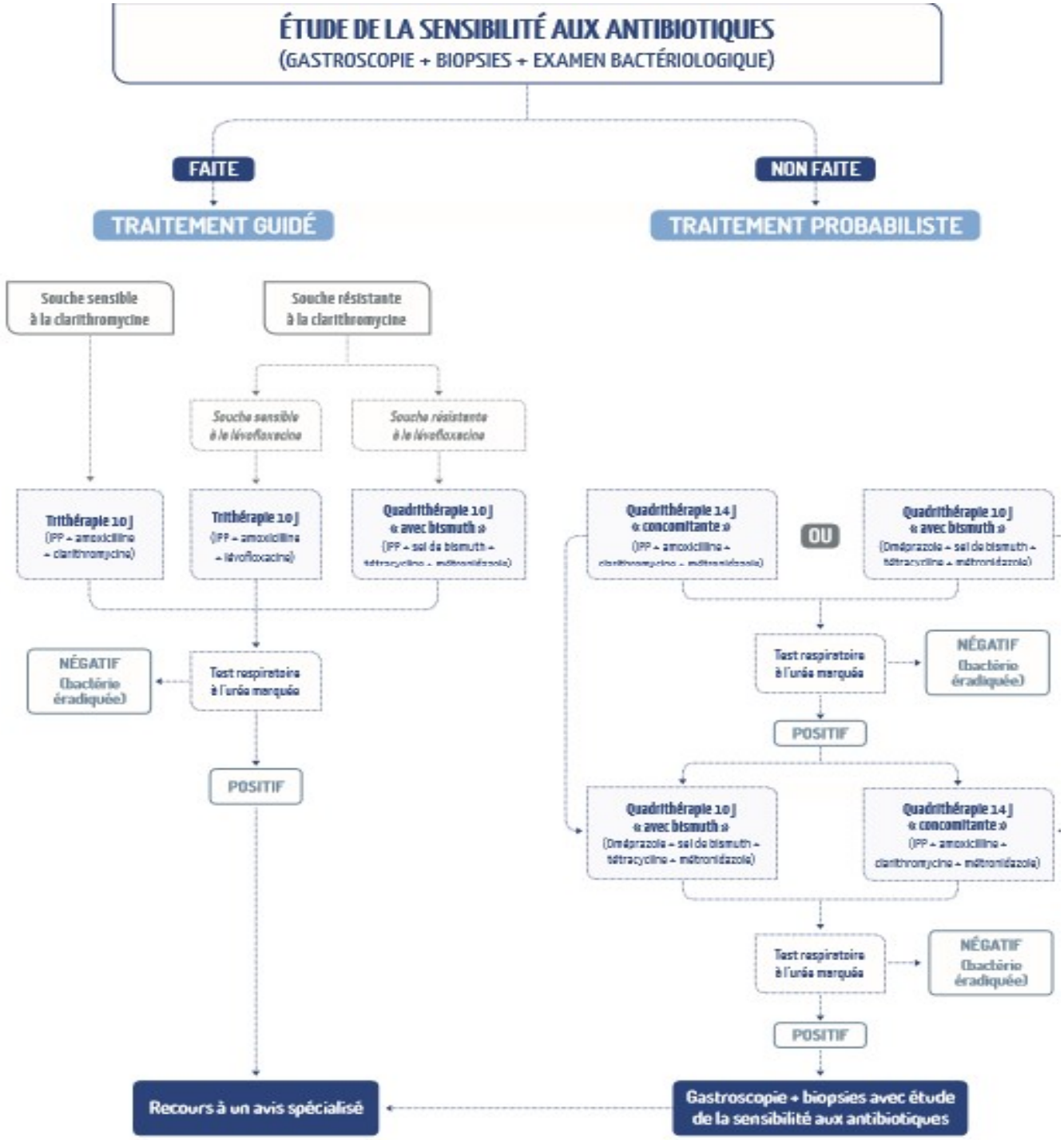
2/ Si la souche avait été résistante à clarythromycine et lévofloxacine, qu'auriez-vous proposé ?

2/ Si la souche avait été résistante à clarythromycine et lévofloxacine, qu'auriez-vous proposé ?

- Quadrithérapie 10 jours avec bismuth:
  + IPP (oméprazole 20 mg x2/j)
  + Pylera 3 gélules x 4/j (= sel de bismuth + tétracycline + métronidazole).

- Supplémentation martiale

Algorithme de traitement en cas d'infection à Helicobacter pylori chez l'adulte (sf Femme enceinte ou Allaitante)



HAS
mai 2017

3/Effectuez-vous une surveillance particulière et si oui laquelle ?

- Contrôle de l'anémie
- Contrôle de l'éradication HP: soit test respiratoire soit EOGD (à l'appréciation du gastro-entérologue)

Cas clinique n° 2

- La sœur de 32 ans vous consulte à son tour. Elles est gênée par une pesanteur épigastrique, un ballonnement environ 15 à 20 minutes après le repas. Il y a parfois des nausées mais il n'y a jamais eu de vomissement
- Il n'y a pas d'altération de l'état général. Elle ne fume pas, ne prend ni aspirine ni AINS.
- Elle a fait récemment une prise de sang (NFS, ferritinémie) : il n'y a pas d'anomalie.

Elle est tout de même inquiète, et ne voudrait pas avoir la même chose que sa sœur !

Elle ne tient pas trop à faire un endoscopie mais préfère vous demander votre avis

1/ Quelle est votre principale hypothèse ?

2/ Prescrivez-vous une EODG ?

3/ Prescrivez-vous un autre examen complémentaire et si oui, lequel ?

1/ Quelle est votre principale hypothèse ?

Dyspepsie d'allure fonctionnelle

- Gène épigastrique peu douloureuse post prandiale précoce
- Pas de signe d'alarme

2/ Prescrivez-vous une EODG ?

Non : Âge jeune, pas de signe d'alarme et pas de facteur favorisant d'ulcère.

3/ Prescrivez-vous un autre examen complémentaire et, si oui, lequel?

Oui, une sérologie ou un test respiratoire pour dépister une infection à *H. pylori (sœur infectée).*

4/ Le test respiratoire revient positif, que proposez-vous?

4/ Le test respiratoire revient positif, que proposez-vous?

- Traitement d'éradication d'épreuve + IPP et contrôle à distance
- La EOGD est recommandée si persistance/récidive des symptômes malgré le traitement:
  - Elle permet de détecter et prendre en charge d'éventuelles lésions prénéoplasiques induites par la bactérie ;
  - Elle permet également de réaliser l'examen bactériologique avec évaluation de la sensibilité de la bactérie aux antibiotiques, s'il est réalisable.

Recommandations françaises du GEFH : deux alternatives en traitement probabiliste

Pylera* : quadrithérapie bismuthée

Bismuth – Métronidazole - Tétracycline (3 gél x 4/j)

Oméprazole 20 mg x 2/j

pendant **10 jours**

Quadrithérapie concomitante

Amoxicilline 1g x 2/j +

Clarithromycine 500 mg x 2/j +

Métronidazole 500 mg x 2/j

+ IPP (rabéprazole 20mg / ésoméprazole 40 mg) X 2/J

pendant **14 jours**

GEFH

QUADRITHERAPIE BISMUTHEE : 10 jours

Pylera* : 3 gélules 4 fois/j
(après le repas du matin, du midi, du soir et au coucher)
et Oméprazole 20 mg matin et soir

Chaque gélule de Pylera contient :* 140 mg de sous citrate de bismuth , 125 mg de métronidazole et 125 mg de tétracycline

Prendre le Pylera* après le repas, avec un grand verre d'eau (au coucher)
***Prévenir patient des effets secondaires** : selles noires- diarrhées, dysgueusie (goût métallique), langue noire et effet antabuse (lié au métronidazole) , .. Eviter consommation d'alcool et exposition solaire*
***Contre indiqué chez** les femmes enceintes, les enfants <12 ans, les insuffisants hépatiques ou rénaux*

TRAITEMENT CONCOMITTANT : 14 jours

Amoxicilline 1gr : matin et soir
Métronidazole 500 mg : matin et soir
Clarithromycine 500 mg : matin et soir
IPP* : matin et soir

Deux IPP ont été retenus :
Esoméprazole 40 mg matin et soir ou Rabéprazole : 20 mg matin et soir

***Prévenir le patient des effets secondaires**: troubles digestifs, réactions cutanées, effet antabuse (lié au métronidazole), .. Eviter consommation d'alcool ++*

TEST RESPIRATOIRE à l'Urée ^{13}C

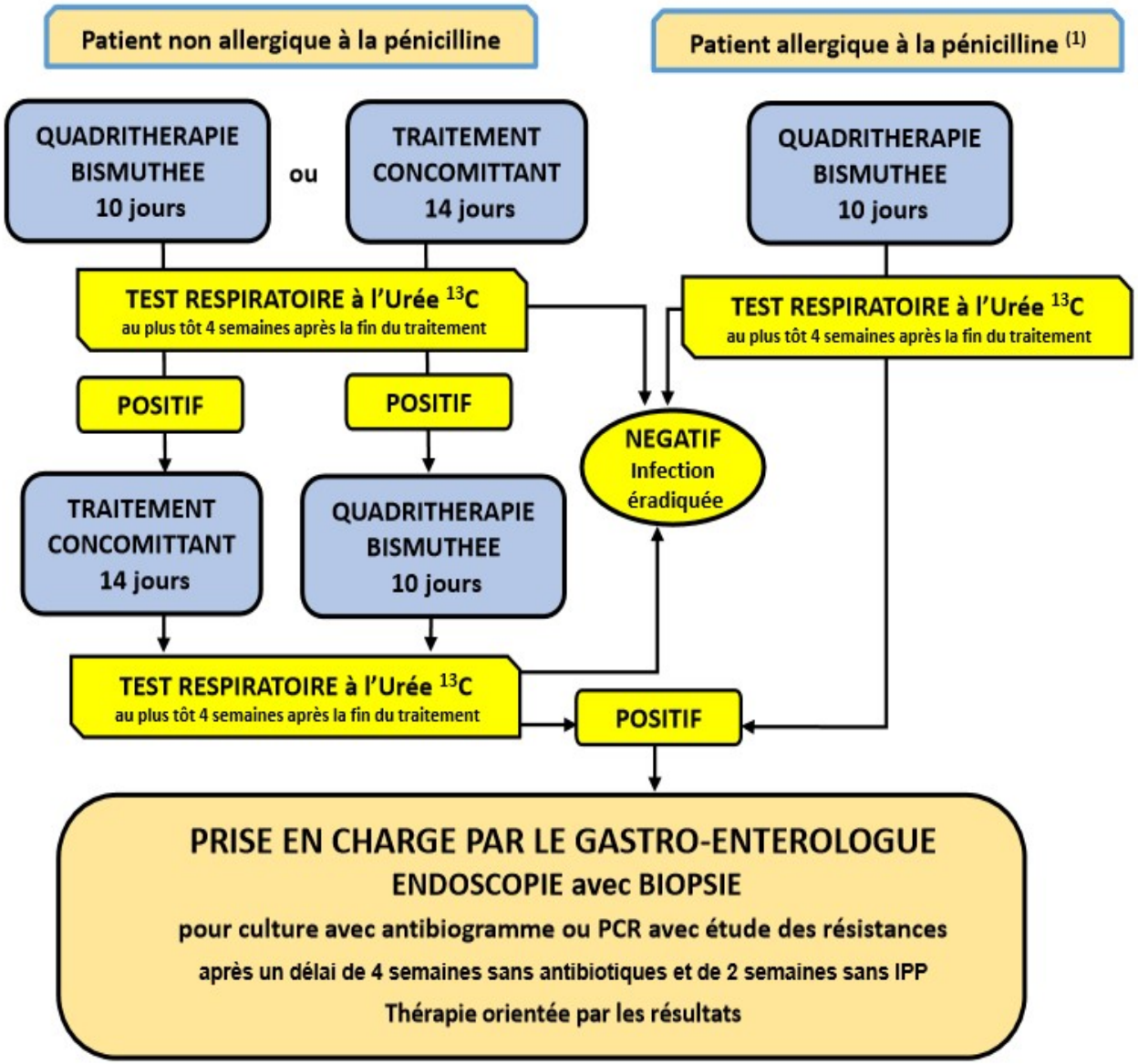
toujours après un délai minimum de :
4 semaines sans antibiotique
2 semaines sans IPP
A jeun le jour du test

Deux ordonnances sont remises au patient :
1) *Pour la pharmacie : Test respiratoire à l'urée marquée ^{13}C*
2) *Pour le laboratoire : Test respiratoire à l'urée marquée ^{13}C*
Recueil et analyse de l'air expiré.

Comment traiter et contrôler ?

GEFH

Si le patient a bénéficié d'une endoscopie avec étude de la sensibilité bactérienne aux antibiotiques (culture ou PCR), il faut privilégier un traitement orienté (deux antibiotiques + IPP) proposé par le gastro-entérologue.
En l'absence de renseignement sur la sensibilité bactérienne, suivre alors les propositions suivantes :



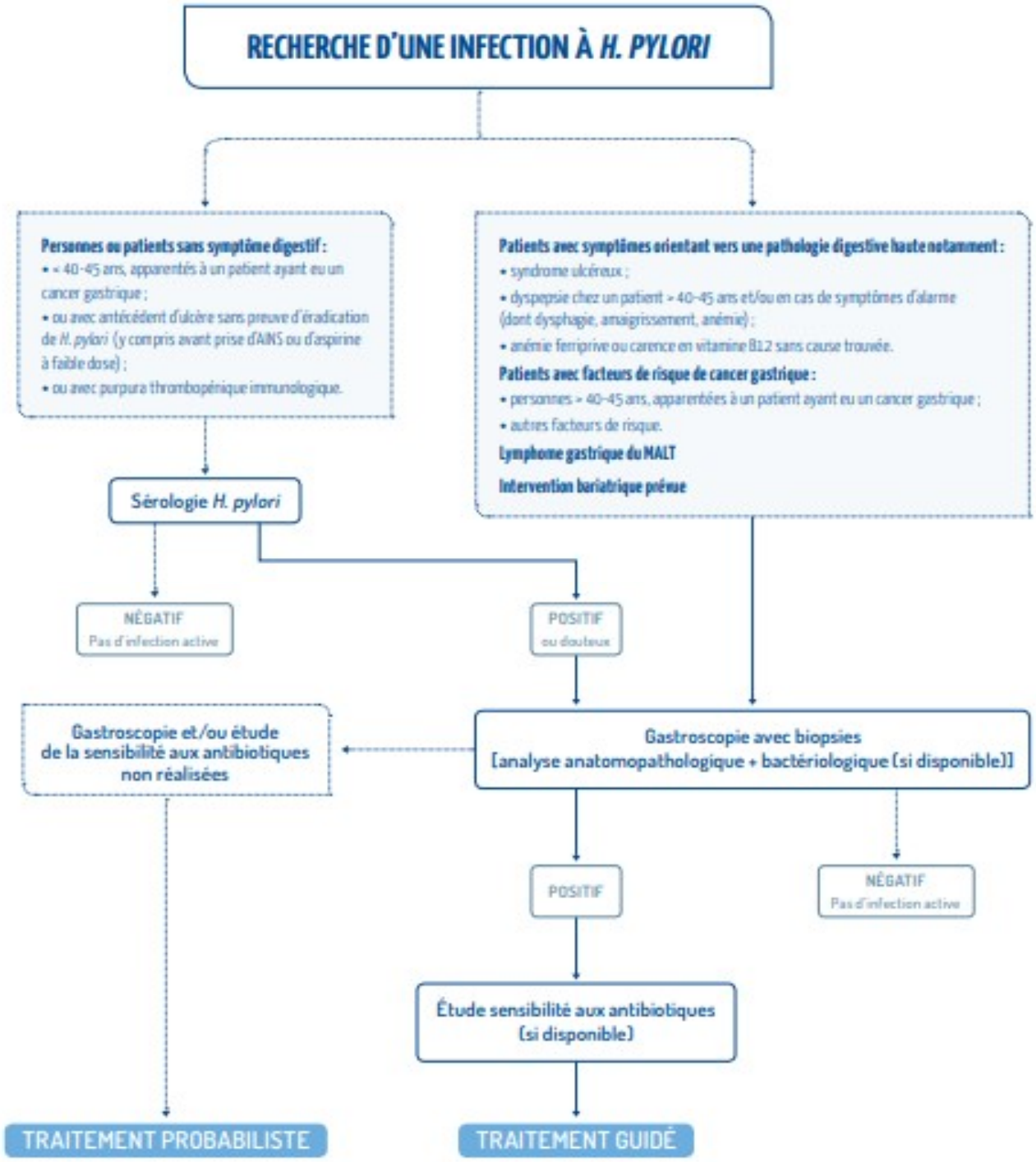
(1) : s'assurer de la réalité de l'allergie

www.helicobacter.fr

Indications de recherche d'H.P

- Ulcère gastrique ou duodénal (antécédent d'ulcère ou ulcère actif, compliqué ou non).
- Avant prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'aspirine à faible dose en cas d'antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal.
- Dyspepsie chronique avec gastroscopie normale.
- Anémie ferriprive sans cause retrouvée ou résistante à un traitement oral par fer.
- Carence en vitamine B12 sans cause retrouvée.
- Facteurs de risque de cancer gastrique :
  - personne apparentée à un patient ayant eu un cancer de l'estomac (parents, frères/sœurs, enfants) ;
  - patient ayant un syndrome de prédisposition aux cancers digestifs (HNPCC/Lynch) ;
  - patient ayant eu une gastrectomie partielle ou un traitement endoscopique de lésions cancéreuses gastriques ;
  - patient avec lésions prénéoplasiques gastriques (atrophie sévère et/ou métaplasie intestinale, dysplasie).
- Lymphome gastrique du MALT.
- Patient devant avoir une intervention bariatrique, isolant une partie de l'estomac.
- Purpura thrombopénique immunologique de l'adulte.

HAS, mai 2017


RECHERCHE D'UNE INFECTION À H. PYLORI
Personnes ou patients sans symptôme digestif :
• < 40-45 ans, apparentés à un patient ayant eu un cancer gastrique ;
• ou avec antécédent d'ulcère sans preuve d'éradication de H. pylori (y compris avant prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose) ;
• ou avec purpura thrombopénique immunologique.
Patients avec symptômes orientant vers une pathologie digestive haute notamment :
• syndrome ulcéreux ;
• dyspepsie chez un patient > 40-45 ans et/ou en cas de symptômes d'alarme (dont dysphagie, amaigrissement, anémie) ;
• anémie ferriprive ou carence en vitamine B12 sans cause trouvée.
Patients avec facteurs de risque de cancer gastrique :
• personnes > 40-45 ans, apparentées à un patient ayant eu un cancer gastrique ;
• autres facteurs de risque.
Lymphome gastrique du MALT
Intervention bariatrique prévue
Sérologie H. pylori
NÉGATIF
Pas d'infection active
POSITIF
ou douteux
Gastroscopie et/ou étude de la sensibilité aux antibiotiques non réalisées
Gastroscopie avec biopsies
[analyse anatomopathologique + bactériologique (si disponible)]
POSITIF
NÉGATIF
Pas d'infection active
Étude sensibilité aux antibiotiques (si disponible)
TRAITEMENT PROBABILISTE
TRAITEMENT GUIDÉ

IDENTIFIER LES POPULATIONS À RISQUE DE CANCER GASTRIQUE

A. Personne apparentée au 1er degré à un patient ayant eu un cancer de l'estomac (parents, frères/sœurs, enfants)*.

B. Patient ayant eu une gastrectomie partielle pour cancer (ou un traitement par endoscopie de lésions cancéreuses gastriques)*.

C. Patient avec une lésion prénéoplasique gastrique (atrophie sévère et/ou métaplasie intestinale étendues, dysplasie, maladie de Biermer, maladie de Ménétrier)*.

D. Patient traité par IPP (Inhibiteur de pompe à protons) depuis plus d'un an*.

E. Personne ayant un syndrome de prédisposition aux cancers digestifs (HNPCC/Lynch)[2]**.

F. Personne devant subir une chirurgie bariatrique par by-pass (méthode non associée à une augmentation du risque de cancer gastrique, mais rendant une partie de l'estomac inaccessible à de futurs examens)**.

---

* Consensus européen de Maastricht IV/Florence – 2012[3]

** Avis des experts des sociétés savantes ayant collaboré à l'élaboration de cette brochure

RECHERCHER L'INFECTION À *HELICOBACTER PYLORI* CHEZ LES PERSONNES À RISQUE

A. Personnes apparentées au 1er degré à un patient ayant eu un cancer de l'estomac

< 40/45 ans	> 40/45 ans
Test respiratoire à l'urée ^{13}C * ou sérologie *Helicobacter pylori*	Endoscopie + biopsies

* 4 semaines après l'arrêt de toute antibiothérapie et 2 semaines après l'arrêt d'un traitement IPP

B. C. D. E. Pour les autres patients à risque, le diagnostic de l'infection par *Helicobacter pylori* doit être fait à l'occasion de l'endoscopie[4]

Diarrhées aiguës infectieuses

VRAI ou FAUX

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

1/ Une diarrhée aiguë est par définition de durée inférieure à 2 semaines.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

1/ Une diarrhée aiguë est par définition de durée inférieure à 2 semaines.

2/ La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite qu'un traitement symptomatique.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

1/ Une diarrhée aiguë est par définition de durée inférieure à 2 semaines.

2/ La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite qu'un traitement symptomatique.

3/ Si l'on juge nécessaire un traitement antibiotique probabiliste, seuls les macrolides sont utilisables.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

1/ Une diarrhée aiguë est par définition de durée inférieure à 2 semaines.

2/ La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite qu'un traitement symptomatique.

3/ Si l'on juge nécessaire un traitement antibiotique probabiliste, seuls les macrolides sont utilisables.

=> Fluoroquinolone = ciprofloxacine (3 à 5 jours) ou azithromycine (1 jour) (mais FQ mieux tolérée)

4/ La coproculture sera réalisée en l'absence d'amélioration des symptômes après 5 jours d'évolution.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

1/ Une diarrhée aiguë est par définition de durée inférieure à 2 semaines.

La majorité est **d'origine infectieuse.**

2/ La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite qu'un traitement symptomatique. Elles sont spontanément résolutives.

3/ / Si l'on juge nécessaire un traitement antibiotique probabiliste, seuls les macrolides sont utilisables. Faux

=> Fluoroquinolone = ciprofloxacine (3 à 5 jours) ou azithromicine (1 jour) (mais FQ mieux tolérée)

4/ La coproculture sera réalisée en l'absence d'amélioration des symptômes après 5 jours d'évolution. Faux

Copro dans 5 indications: diarrhée fébrile, patient immunodéprimé, présence de signes de gravité, retour des tropiques et TIAC.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës infectieuses

5/ Il faut attendre le résultat de la coproculture avant de débuter tout traitement antibiotique devant des diarrhées fébriles ou syndrome dysentérique.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës infectieuses

5/ Il faut attendre le résultat de la coproculture avant de débuter tout traitement antibiotique devant des diarrhées fébriles ou syndrome dysentérique.

Traitement probabiliste à débuter dans les 48h après le début des symptômes

6/ Toute diarrhée après antibiothérapie doit faire rechercher un Clostridium difficile, jusqu'à trois mois après le traitement.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

5/ Il faut attendre le résultat de la coproculture avant de débuter tout traitement antibiotique devant des diarrhées fébriles ou syndrome dysentérique.

Traitement probabiliste à débuter dans les 48h après le début des symptômes

6/ Toute diarrhée après antibiothérapie doit faire rechercher un Clostridium difficile, jusqu'à trois mois après le traitement.

7/ La présence de la bactérie C. difficile dans les selles confirme le diagnostic de colite post-antibiothérapie.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

5/ Il faut attendre le résultat de la coproculture avant de débuter tout traitement antibiotique devant des diarrhées fébriles ou syndrome dysentérique.

Traitement probabiliste à débuter dans les 48h après le début des symptômes

6/ Toute diarrhée après antibiothérapie doit faire rechercher un Clostridium difficile, jusqu'à trois mois après le traitement.

7/ La présence de la bactérie C. difficile dans les selles confirme le diagnostic de colite post-antibiothérapie.

=> Non suffisant / toxines A & B

8/ Une diarrhée fébrile en retour de zone impaludée doit faire réaliser un frottis sanguin goutte épaisse.

VRAI ou FAUX

Diarrhées aiguës

5/ Il faut attendre le résultat de la coproculture avant de débuter tout traitement antibiotique devant des diarrhées fébriles ou syndrome dysentérique.

Traitement probabiliste à débuter dans les 48h après le début des symptômes

6/ Toute diarrhée après antibiothérapie doit faire rechercher un Clostridium difficile, jusqu'à trois mois après le traitement.

7/ La présence de la bactérie C. difficile dans les selles confirme le diagnostic de colite post-antibiothérapie.

=> Non suffisant / toxines A & B

8/ Une diarrhée fébrile en retour de zone impaludée doit faire réaliser un frottis sanguin goutte épaisse.

TUE6-172-1 : **Principales étiologies à suspecter devant une diarrhée aiguë**

Syndrome cholériforme	Mécanisme entéro-invasif
Virus (norovirus, adénovirus, rotavirus) · Épidémies · Collectivités (crèches, écoles, Ehpad) · Fièvre modérée ou absente · Évolution brève, bénigne, sauf nourissons, personnes âgées, immunodéprimés (déshydratation)	Shigelloses : · Contexte autochtone ou voyage · Syndrome dysentérique Salmonelloses «mineures» (non typhi) *Campylobacter* sp. *Yersinia* sp. *E. coli* entéropathogènes
TIAC *Staphylococcus aureus, Bacillus cereus, Clostridium perfringens*	**TIAC** Salmonelloses «mineures» (non typhi) Shigelloses *Campylobacter jejuni* *E. coli* entéro-hémorragiques et entéro-aggrégatifs : · Toxine shiga-like · Diarrhée hémorragique · Formes graves, notamment chez l'enfant : syndrome hémolytique et urémique
Voyage · Virus · Cryptosporidies · *E. coli* entérotoxinogène · Choléra (exceptionnel chez le voyage, incubation de quelques heures, contexte de catastrophe sanitaire, diarrhée extrêmement abondante)	**Voyage** Amoebose colique : · Forme dysentérique rare · *Entamoeba histolytica* · Séjour en zone tropicale · Absence de fièvre
	Diarrrhée post-antibiotique · *Clostridium difficile* · Pendant ou dans les 3 mois qui suivent une antibiothérapie

Pilly 2018

TUE6-172-2 : **Traitement antibiotique probabiliste des diarrhées aiguës**

Diarrhée cholériforme **T° < 38,5 °C**		**Diarrhée ± dysentérie** **T° ≥ 38,5 °C**
Forme modérée	**Forme grave**	
Traitement symptomatique	Fluoroquinolone (3 à 5 j) ou azithromycine (1 j) + traitement symptomatique	Fluoroquinolone (3 à 5 j) ou azithromycine (1 j)
Si inefficace > 12-24 h, Fluoroquinolone ou azithromycine (1 j)		Antipéristaltiques contre-indiqués

TUE6-172-3 : **Traitement antibiotique des diarrhées bactériennes documentées**

Bactérie	**Antibiotique (1re intention)**	**Durée (jours)**	**Alternatives**
Salmonella *Shigella*	Fluoroquinolone Ou C3G injectable*	3 à 5	Cotrimoxazole, Azithromycine
Campylobacter	Azithromycine	1 j (forte dose) ou 5 j	Fluoroquinolone (5 j)
Y. enterocolitica	Fluoroquinolone	7	Doxycycline Cotrimoxazole
Clostridium difficile	Metronidazole PO (formes légères)	10	Vancomycine PO Fidaxomicine
Vibrio cholerae	Doxycycline	1	Fluoroquinolone

* si traitement *per os* impossible, ou si résistance aux fluoroquinolones

Pilly 2018

CAS CLINIQUES

Cas clinique n° 1

Melle Sarah T. vient vous consulter pour des diarrhées depuis 2 jours, non glairo-sanglantes, aspécifiques.

Elle aurait eu des frissons et des sueurs mais n'a pas pris sa température car était en avion. Elle vous informe qu'elle revient de 6 mois de voyage sur le continent sud américain, elle n'a fait aucun vaccin avant de partir. A l'examen, l'abdomen est dépressible, sensible de manière diffuse, pas de défense, elle est apyrétique mais a pris un paracétamol 2h plus tôt, aucun signe de gravité.

1/ Quelle est votre CAT?

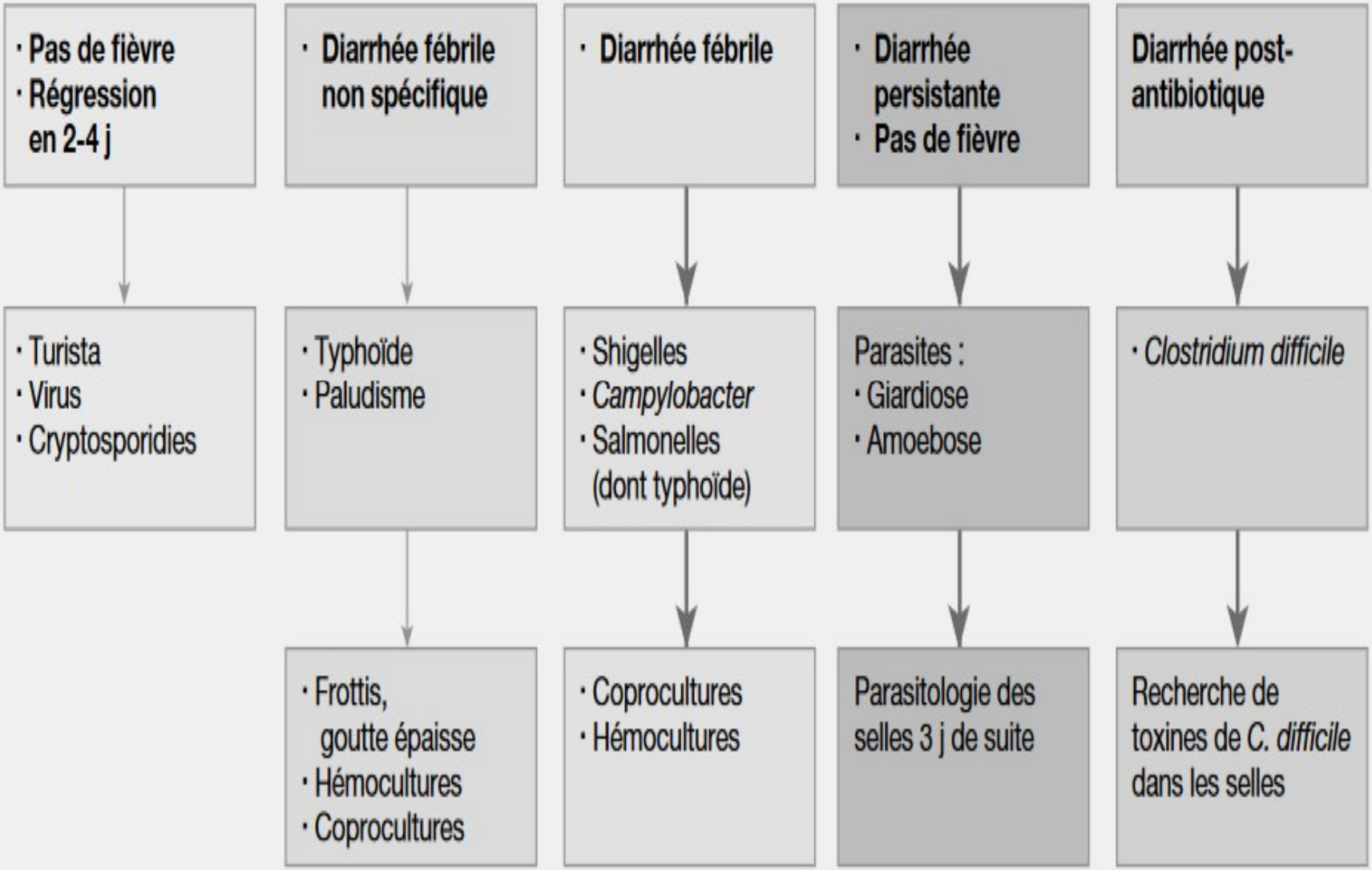
⇒Frottis sanguin et goutte épaisse: penser au palu +++ pour tout symptôme de retour de zone endémique, a fortiori si fièvre,

⇒HAA si moindre doute sur fièvre = éliminer typhoïde

⇒Traitement symptomatique:

- ⇒réhydratation
- ⇒anti-sécrétoires possibles (peu efficaces), éviter ralentisseur de transit +++ (risque sd pseudo-occlusif)
- ⇒régime alimentaire adapté.

FU[illegible]1 : Orientations diagnostiques devant une diarrhée du voyageur



2/ Votre CAT aurait-elle été différente si Sarah avait présenté des selles aqueuses profuses?

⇒Oui: syndrome cholériforme > 24h et/ou sévère = ATBth probabiliste

⇒ AZT 500mg dose unique

⇒ ou CIPROFLOXACINE 500mgx2/j pdt 3j ou LEVOFLOXACINE 500mg 1/j pdt 3j

Les examens sont sans particularités, vous en informez Sarah, qui dit aller mieux.

Elle revient 15 jours plus tard, elle a en fait toujours ses diarrhées malgré le traitement symptomatique, et ça commence à l'agacer.

3/ Que faites-vous?

⇒parasito des selles 3 jours de suite

Parasites = plus grands pourvoyeurs de diarrhées infectieuses de durée > 14jours

Cas clinique n° 2

Madame Clostro, 81 ans, vient vous consulter pour des diarrhées qui ont débuté voilà une semaine maintenant, alors qu'elle était traitée pour une infection urinaire par Augmentin.

C'est l'une de vos patientes chroniques, que vous suivez essentiellement pour un diabète sous Metformine et une HTA sous Perindopril.

Elle va à la selle une bonne dizaine de fois par jour, elle a constaté la présence de glaires. Il ne lui semble pas avoir eu de fièvre.

A l'examen: abdomen sensible diffus, pas de défense, apyrétique, reste = RAS, auncun signe de gravité

1/ Que faites-vous?

=> coproculture avec recherche des toxines A et B de C. Difficile

+ bilan bio pour évaluer la déshydratation

=> traitement symptomatique en attendant les résultats, HYDRATATION

L'examen revient positif à la bactérie, et les toxines sont présentes.

2/ Quel est votre traitement?

⇒ METRONIDAZOLE 500mg 3/j pdt 10 jours

⇒ hydratation, faire attention avec IEC!

Elle vous appelle deux jours plus tard du fond de son lit, elle a toujours ses diarrhées, est très fatiguée.

A votre arrivée, vous la trouvée alitée, TA 90/60, Fc 110, apyrétique, pli cutané. Elle vous dit être montée sur la balance ce matin, elle faisait 72kg pour un poids habituel à 80, ensuite elle a eu des vertiges et est allée s'allonger.

2/ Quelle est votre attitude?

=> Hospitalisation devant hypoTA et perte poids > 8% = critères de gravité

Cas clinique n° 3

La famille G. Vient vous consulter car depuis cette nuit, ils présentent tous les des diarrhées avec fièvre. Le père de famille a même eu du sang dans ses selles; ils sont très inquiets.

1/ Que recherchez-vous à l'interrogatoire?

=> Recherche d'une possible TIAC: source?

Également voyages ++

Ils sont en effet allés manger, hier dimanche, des moules au bord de mer.

2/ Quelle est votre prise en charge médicale?

=> coproculture

=> ATB probabiliste AZT ou FQ (plutôt FQ si on évoque salmonelle sur le tableau et l'origine possible)

3/ Que devez-vous également faire?

⇒Déclaration ARS

⇒Rappeler les mesures d’hygiène.

TUE6-172-5 : **Principales causes de TIAC à symptomatologie digestive et aliments en cause**

Agent responsable	Durée d'incubation	Signes cliniques	Facteurs de contamination
Salmonella enterica sérotypes non Typhi (Enteritidis, Typhimurium)	12-24 h	· Diarrhée aiguë fébrile	Aliments peu ou pas cuits : · Viandes · Volailles · Fruits de mer Restauration familiale ou collective.
Staphylococcus aureus	2-4 h	· Vomissements · Douleurs abdominales · Diarrhée · Pas de fièvre	· Laits et dérivés · Plats cuisinés la veille · Réfrigération insuffisante · Porteurs asymptomatiques ou staphylococcie cutanée
Clostridium perfringens	8-24 h	· Diarrhée isolée sans fièvre	· Plats cuisinés la veille · Réfrigération insuffisante · Restauration collective
Norovirus	24-48 h	Vomissements, douleurs abdominales, diarrhée peu ou pas fébrile	Coquillages, crustacés, crudités

TUE6-172-6 : **Principales TIAC d'expression neurologique, manifestations cliniques, aliments en cause, diagnostic et principes de prise en charge**

Agent responsable	Durée d'incubation	Signes cliniques	Facteurs de contamination	Principes de prise en charge diagnostique et thérapeutique
Botulisme (*Clostridium botulinum*)	12-72 h	Phase d'invasion : · Troubles digestifs transitoires. · Pseudo-presbytie. Phase d'état : · Syndrome parasympathicolytique (mydriase, sécheresse de bouche, dysphagie, constipation, dysurie) · Absence de fièvre · Vigilance normale · Parfois paralysie descendante (nerfs crâniens, membres, muscles respiratoires)	Ingestion de la toxine préformée dans l'aliment : jambon, conserve artisanale	**Diagnostic** · Clinique · Mise en évidence de la toxine dans l'aliment incriminé (voire dans le sang, les vomissements, les selles) **Traitement** · Hospitalisation · Traitement symptomatique · Réanimation et sérothérapie si atteinte respiratoire
Intoxication histaminique	10 min à 1 h	· Troubles vasomoteurs (face, cou +++) · Céphalées · Troubles digestifs	Poisson mal conservé (thon +++)	· Diagnostic clinique. · Régression rapide, accélérée par antihistaminiques et corticoïdes

VOS CAS CLINIQUES

Cas clinique n° 1

Mme M., 65 ans, consulte le 5/12 pour diarrhées glaireuses depuis son retour du Cambodge quelques jours auparavant.

- Pas de rectorragies, pas de fièvre, pas de douleurs abdominales
- > conduite à tenir ?

- Une coproculture est prescrite, pas de traitement probabiliste.
- Résultats de la copro 3 jours plus tard : quelques colonies de campylobacter jejuni, résistant au ciflox, amoxicilline et aux tétracyclines, sensible à l'azithromycine
- > conduite à tenir ?

- On rappelle la patiente qui va beaucoup mieux, plus de selles glaireuses > pas de traitement.

- Mme M. reconsulte 1 mois plus tard le 12/01 pour récidive des diarrhées depuis 15 jours avec 2 à 3 selles par jour sans rectorragie (mais elle a fait un IDM entre temps, hospitalisée, avec récidive des diarrhées à sa sortie d'hospitalisation donc s'en est pas occupé, mais majoration depuis 3-4 jours avec douleurs abdominales)
- > conduite à tenir ?

- Nouvelle coproculture faite car ATCD 1 mois avant de campylobacter sensible uniquement au zithromax et CI du zithromax avec le tahor qu'elle prend depuis son IDM.
- Résultats : toujours campylobacter mais resistant que au ciflox cette fois
- MAIS, quand je la revois le 19/01, plus de diarrhées depuis 48h et plus de douleurs...

- NB : quand je la revois, je n'ai pas encore le résultat de la copro, donc j'appelle la biologiste qui me dit qu'il y a effectivement encore un campylobacter et que vu le contexte, l'antibiogramme sera le même. Donc j'avais prescrit du zithromax en lui disant de le prendre si récidive des troubles et en arrêtant quelques jours le tahor... Je ne sais pas si elle l'a pris...

Cas clinique n° 2

- Madame Z diabétique consulte pour une diarrhée Glairo sanglante sous anticoagulant pour une AC/FA , bronchite chronique .
- Prise de Clamoxyl quelques jours auparavant

- Copro + recherche de clostridium:

Clostridium difficile toxine B positive

copro pas d'autre germe

-Flagyl 500 × 3 pendant 10 jours

A RETENIR

« Take home messages »

- Diverticulite non compliquée = tdm= traitement symptomatique à réévaluer à 48H .

- Penser à rechercher l'Hélicobacter Pilory et à contrôler son éradication

- Rappeler les mesures d'hygiènes pour éviter les diarrhées infectieuses.

« Take Home Messages »

⇒ La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite qu'un traitement symptomatique

⇒ En cas de traitement antibiotique probabiliste, instaurer une Fluoroquinolone ou l'Azithromycine

⇒ Penser au Clostridium Difficile devant une diarrhée post-antibiothérapie

⇒ Penser à la recherche de palu devant une diarrhée fébrile au retour de zone à risque

⇒ Coproculture si sd cholériforme > 24h et/ou gravité, diarrhée fébrile, retour de zone impaludée, TIAC, immunodéprimé.