

ITEM N° 194 : DIARRHÉE AIGUE ET DÉSHYDRATATION CHEZ LE NOURRISSON,
L'ENFANT ET L'ADULTE

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une diarrhée aiguë chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte
- II. Diagnostiquer un état de déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte
- III. Identifier les situations et planifier leur prise en charge

POUR MIEUX COMPRENDRE (Cf. ITEM 302 ; E. PILLY 2008, Chap. 20)

DIAGNOSTIQUER UNE DIARRHÉE AIGUË CHEZ LE NOURRISSON, L'ENFANT ET L'ADULTE

1. DIAGNOSTIC POSITIF

Diagnostic facile si l'on ne confond pas diarrhée et selle liquide.

L'émission de selles liquides, peu abondantes et en petit nombre (< 3/24 h) peut n'être qu'un **épiphénomène** au cours de diverses maladies infectieuses (otites du nourrisson, pneumopathies, pyélonéphrites, toutes septicémies, paludisme...)

2. ÉLÉMENTS D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

2.1 ÉLÉMENTS CLINIQUES :

2.1.1 Schématiquement, trois syndromes :

- syndrome cholériforme : diarrhée aqueuse avec **selles profuses**, "eau de riz", très fréquentes, vomissements, rapidement déshydratation ; pas ou peu de fièvre (< 38,5 °C).
- syndrome diarrhéique avec dysenterie : selles nombreuses associées à des exonérations **glaiseuses**, sanglantes, parfois mucopurulentes, douleurs abdominales diffuses, épreintes, ténésme anal avec faux besoins. Fièvre > 38,5 °C (absente dans l'amœbose colique).
- syndrome « gastro-entérique » : tableau aspécifique associant **vomissements + diarrhée**, douleurs abdominales, vomissements et parfois fièvre.

2.1.2 Préciser les notions de :

- cas isolé ou cas groupés en faveur d'une toxi-infection alimentaire collective : rechercher les aliments consommés au cours des dernières 48 heures (coquillages, charcuterie, viandes peu cuites, laitages non pasteurisés, œufs, pâtisseries, glaces).
- épidémie : rotavirus en hiver, entérovirus en été ...
- prise récente d'antibiotiques ou contexte nosocomial.
- antécédents de voyage en zone tropicale.

2.1.3 Penser à des causes non infectieuses de diarrhée aiguë :

- causes médicamenteuses : anti-inflammatoires non stéroïdiens...
- causes toxiques : champignons, végétaux vénéneux, poissons
- entérocolopathies inflammatoires : rectocolite hémorragique, maladie de Crohn (le plus souvent diarrhée chronique)

2.2 ÉLÉMENTS DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

2.2.1 Examens de selles

- Coproculture à la recherche de *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*. (des techniques d'amplification génique, en laboratoire spécialisé, permettent d'identifier les

différents pathotypes d'*E. coli*) : à réaliser en cas de diarrhée aiguë avec sepsis sévère, après voyage récent, de syndrome dysentérique, de TIAC.

- Recherche de toxine de *Clostridium difficile*, si prise d'antibiotique ou contexte nosocomial
- Recherche de virus : méthodes de diagnostic rapide utiles pour recherche de rotavirus chez le nourrisson.
- Examen parasitologique : réalisé après séjour en zone d'endémie à la recherche d'*Entamoeba histolytica* (plus souvent responsable de diarrhée chronique).

2.2.2 Examens sanguins

Utiles en cas de fièvre élevée et/ou de sepsis sévère :

- hémoculture à la recherche de salmonelles,...
- NFS plaquettes, bilan électrolytique, créatinine, équilibre acido-basique.

2.2.3 Examens endoscopiques

Rectoscopie (coloscopie) avec biopsies sont d'indication limitée aux cas suspects de colite pseudomembraneuse, d'amœbose ou de chlamydie anorectale.

3. PRINCIPALES HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

3.1 DEVANT UN SYNDROME CHOLERIFORME

- Chez le nourrisson : rotavirus,....
- Chez l'enfant : *E. coli* entéropathogène, rotavirus
- Toxi-infection alimentaire collective : *S. aureus*, *B. cereus*, *C. perfringens*.
- Post antibiothérapie ou contexte nosocomial : *C. difficile*.
- Après séjour en zone tropicale : *E. coli* entérotoxigène (Turista, le plus souvent pendant le séjour), choléra (exceptionnel).

3.2 DEVANT UN SYNDROME DYSENTERIQUE FEBRILE :

- Séjour en zone tropicale : *Shigella*, *E. coli* entéro-invasif ; plus rarement : *Salmonella*, *Campylobacter*.
- Toxi-infection alimentaire : *E. coli* entéro-hémorragique, *Salmonella* sérotype non Typhi ; plus rares : *Campylobacter*, *Shigella*
- Post antibiothérapie ou contexte nosocomial : *C. difficile*.

3.3 DEVANT UN SYNDROME GASTRO-ENTERITIQUE :

- Épidémie : virus.
- Toxi-infection alimentaire : *Salmonella* sérotype non Typhi++ ; plus rarement : *Campylobacter*, *Yersinia*.

DIAGNOSTIQUER UN ÉTAT DE DÉSHYDRATATION CHEZ LE NOURRISSON, L'ENFANT ET L'ADULTE

A redouter aux âges extrêmes de la vie : nourrissons et personnes âgées

1. DIAGNOSTIC CLINIQUE

1.1 Le plus souvent, déshydratation extracellulaire (DEC) : pli cutané, cernes oculaires, dépression de la fontanelle chez le nourrisson, extrémités froides, marbrures cutanées, collapsus, oligurie.

1.2 Parfois, avec déshydratation intracellulaire (DIC) : soif, sécheresse des muqueuses buccale et conjonctivale, troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma.

2. ÉVALUATION BIOLOGIQUE

Examens sanguins :

- précisent la gravité du déséquilibre hydroélectrolytique (hémococoncentration si DEC, hypernatrémie si DIC ; hypokaliémie) et acidobasique (acidose métabolique, ...)
- permettent de guider la réhydratation.

IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

1. DESHYDRATATION

1.1 REHYDRATATION

1.1.1 Le plus souvent, par voie orale : apport hydrique associé à des électrolytes et du glucose (SRO adaptés pour les nourrissons) ; initialement en petite quantité (pour éviter les vomissements) puis *ad libitum*.

1.1.2 Par voie veineuse (périphérique, voire centrale si collapsus): si déshydratation $\geq 10\%$ du poids du corps, vomissements importants, signes de collapsus ou si le malade est inconscient.

Pour les premières 24 h : initialement sur la base des apports quotidiens + pertes appréciables sur la perte de poids (ringer lactate) ; la moitié du volume des 24 heures sur les 6 premières heures, puis adaptée aux résultats du bilan biologique (protidémie pour la perte en eau et en sel, natrémie pour la perte en eau).

1.2 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Ralentisseur du transit (lopéramide après l'âge de 30 mois) ou anti-sécrétoire (racécadotril : TIORFAN[®]), en l'absence de syndrome dysentérique.

1.3 TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

1.3.1 Antibiothérapie indiquée en cas de diarrhée aiguë fébrile (évoquant un mécanisme invasif), a fortiori sur terrain dénutri ou immunodéficent.

1.3.2 Le traitement antibiotique probabiliste prend en compte les principaux entéropathogènes : C3G injectable (ceftriaxone) ou fluoroquinolone (possible chez l'enfant en traitement ≤ 5 jours ; indiquée par l'OMS si suspicion de shigellose) ou azithromycine (si voie orale possible).

1.4 PLANIFIER LE SUIVI

- Suivi de l'évolution clinique :
 - nombre de selles liquides, signes de collapsus surtout chez le nourrisson ou le vieillard. La reprise de la diurèse témoigne de la correction du collapsus. La réhydratation par voie veineuse est poursuivie en fonction de l'état du malade et de la persistance des vomissements.
- Suivi biologique :
 - surveillance électrolytique, créatininémie si déshydratation.
- Suivi thérapeutique :
 - si antibiothérapie, la poursuivre 3 à 5 jours.
- Réduire le risque de transmission :
 - isolement, désinfection selles et linges ;
 - si TIAC : déclaration obligatoire.

2. SYNDROME PSEUDO-OCCLUSIF

2.1 Il peut être le fait :

- d'une colite grave (*Salmonella*, *Shigella*, *C. difficile...*);
- d'une hypokaliémie ;
- d'une complication iatrogène liée à la prise de lopéramide (contre-indiqué dans les diarrhées invasives et avant 30 mois).

2.2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- bilan biologique (préopératoire), hémoculture si fièvre ;
- Radiographie de l'abdomen sans préparation : niveaux liquides, parfois une grisaille diffuse témoignant d'une ascite exsudative.
- Echographie abdominale : appendicite ? sigmoïdite ?

2.3 AVIS CHIRURGICAL : perforation (péritonite) ou occlusion ?

2.4 MESURES D'URGENCE :

- arrêt alimentaire, mise en place d'une sonde gastrique en déclive (siphonage) ;
- réhydratation, correction d'une hypokaliémie... ;
- antibiothérapie probabiliste type C3G ou fluoroquinolone ± métronidazole.

3. SEPSIS GRAVE ET FORMES BACTERIEMIQUES

3.1 TERRAINS A RISQUE : nourrissons, sujets âgés, dénutris, immunodéficients (granulopéniques, infectés par le VIH,..) drépanocytaires homozygotes.

3.2 PRISE EN CHARGE :

- hémocultures (coproculture) suivies par :
- antibiothérapie par voie intraveineuse par C3G ou fluoroquinolone ± métronidazole ;
- rééquilibration hydroélectrolytique.

4. DIARRHEE FEBRILE AU RETOUR D'UN VOYAGE RECENT EN PAYS D'ENDEMIE PALUSTRE

Le diagnostic urgent à évoquer est celui de paludisme, à confirmer ou écarter par frottis sanguin et goutte épaisse (Cf. Chap. 122, E. PILLY 2008).

5. PREVENTION

- Hygiène de l'eau, de l'alimentation, propreté des mains, contrôle de la chaîne alimentaire.
- Vaccin contre les infections à rotavirus (Rotateq[®], Rotevax[®]).
- Vaccins du voyageur (Cf. Item).

DOSSIER CLINIQUE : DC 2008-02

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 20
Chapitre 60
Chapitre 122

EMIT 2008

Items 73, 302