

Infections digestives et diarrhée en consultation d'urgence: quand prescrire des antibiotiques?

Alexandre Bleibtreu – Emmanuel Montassier

1er Séminaire Spilf
Bon Usage Antibiotique
en Consultation d'Urgence

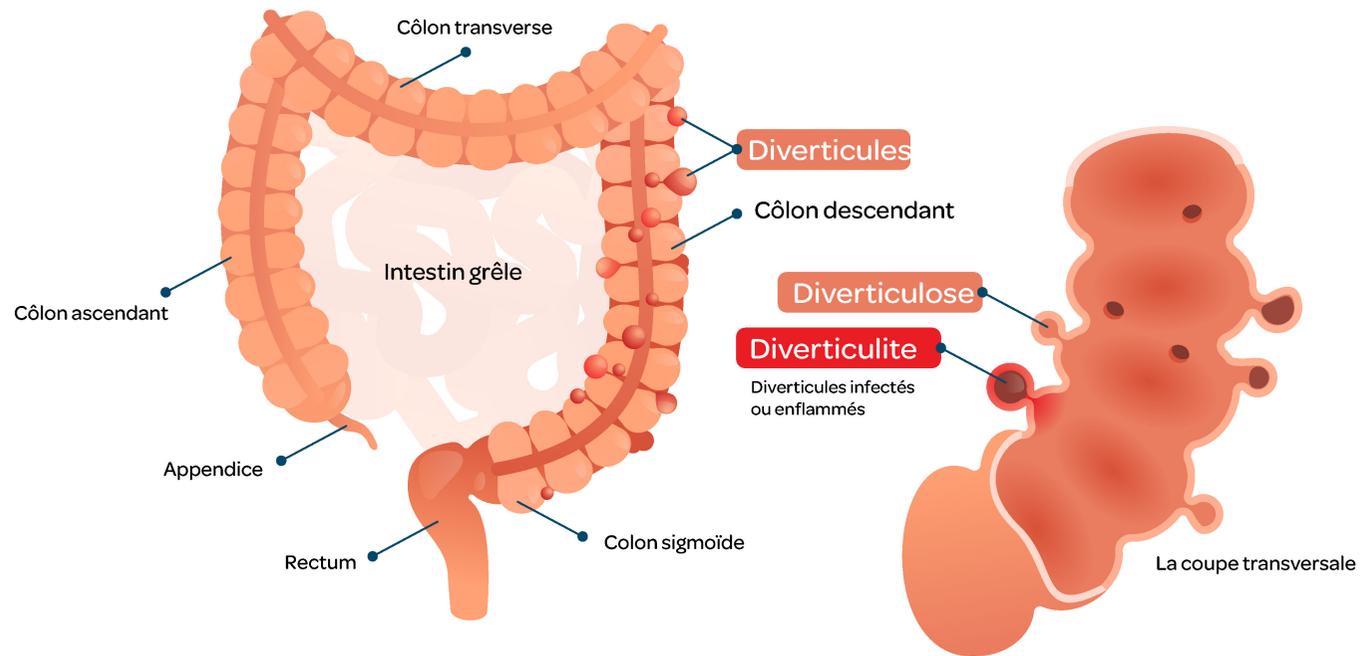
Cas clinique

- Vous voyez aux urgences Mr D., 59 ans:
 - Pas ATCD
 - Pas d'allergie
 - Pas de traitement
- Depuis 48 heures:
 - Fièvre 38,3-38,7°C
 - Douleur de fosse iliaque gauche
 - Stable sur le plan hémodynamique
 - A votre examen clinique:
 - Douleur de la fosse iliaque gauche à la palpation, sans défense

Vous suspectez une diverticulite. Que faites-vous ?

- Vous prescrivez un bilan biologique (NFS, CRP)
- Vous prescrivez un abdomen sans préparation
- Vous prescrivez une échographie abdominale
- Vous prescrivez une TDM abdominale injectée
- Vous prescrivez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique par voie orale

Diverticulite



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

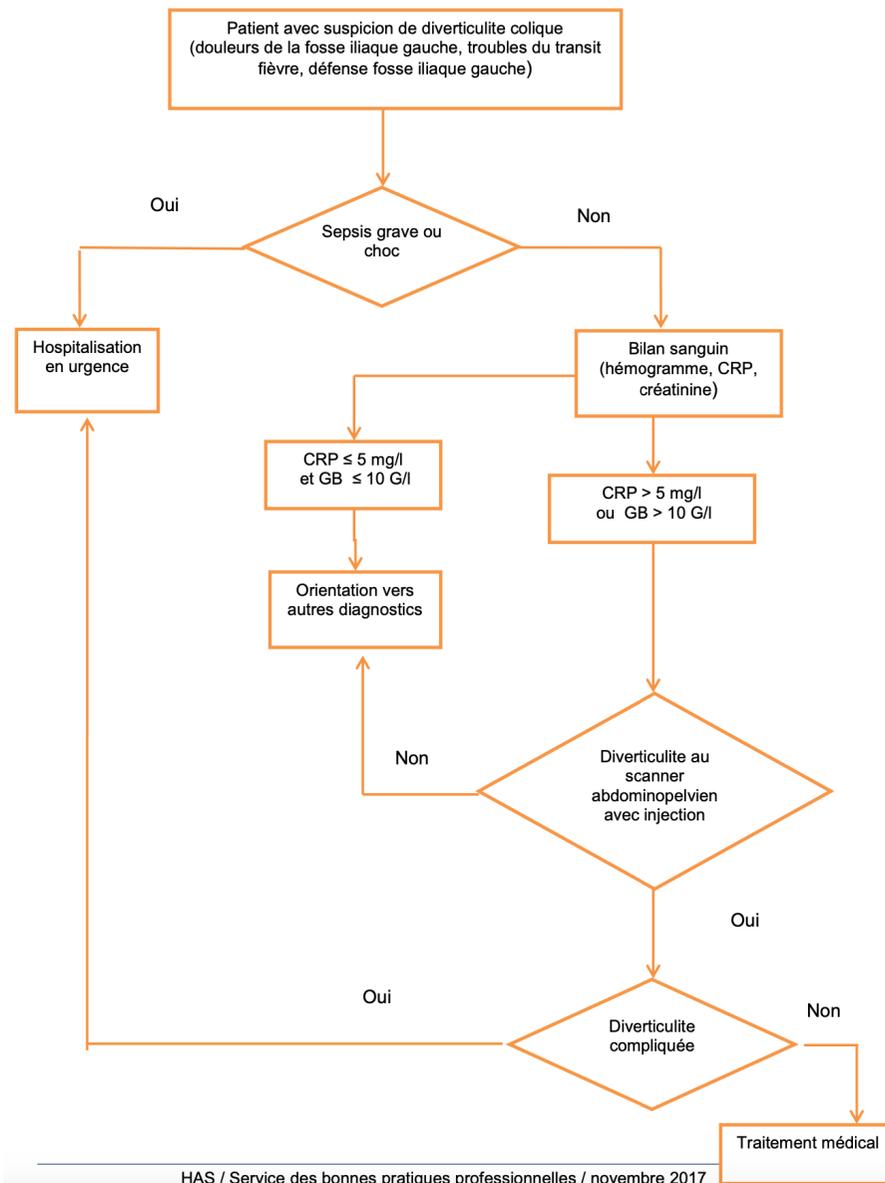
Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Novembre 2017

Patient avec suspicion de diverticulite colique



Diagnostic de la diverticulite

► Examen clinique et biologie

C

Le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne aiguë, y compris chez les patients avec antécédents de diverticulite connu, ne peut pas être affirmé sur les seules données cliniques et biologiques (CRP et hémogramme). Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode.

AE

Il est recommandé de réaliser, comme bilan biologique, un hémogramme, une CRP et la créatinine.

► Abdomen sans préparation

A

Il est recommandé de ne pas pratiquer de cliché d'abdomen sans préparation chez un patient cliniquement suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.

► Examens d'imagerie

Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode :

B

Le scanner abdomino-pelvien est recommandé en première intention pour le diagnostic et la recherche de complications chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.

C

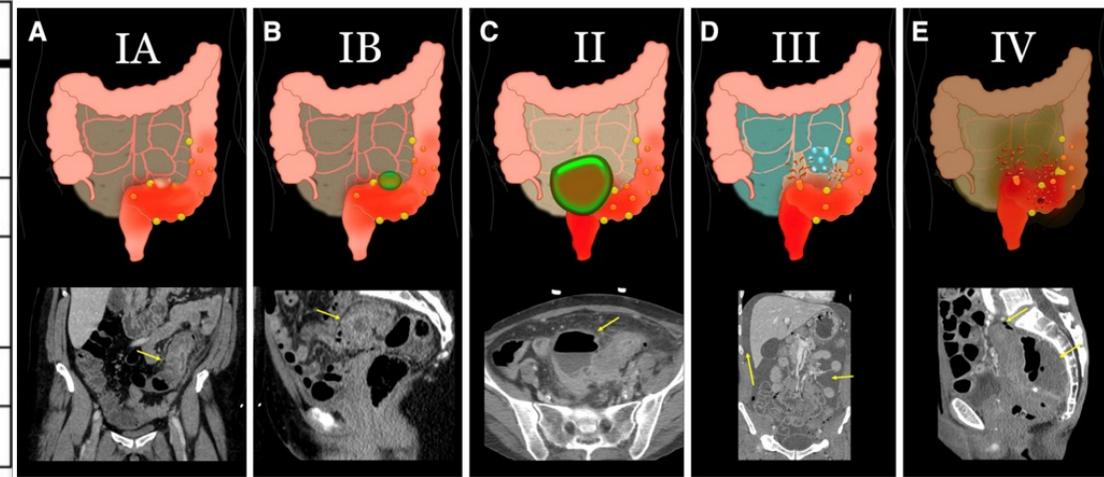
Une injection intraveineuse de produit de contraste systématique est recommandée en l'absence de contre-indication. L'opacification digestive basse n'est pas recommandée systématiquement dans la prise en charge initiale de la diverticulite aiguë

B

L'échographie abdominale n'est pas recommandée comme le premier examen d'imagerie à réaliser chez les patients suspects de diverticulite aiguë sigmoïdienne.

Classification de Hinchey

Hinchey Classification	
1a	Pericolic phlegmon and inflammation, no fluid collection
1b	Pericolic abscess <4cm
2	Pelvic or inter-loop abscess OR abscess >4cm
3	Purulent peritonitis
4	Feculent peritonitis



La TDM confirme le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne stade Ia.

Que faites vous ?

- Traitement ambulatoire
- Traitement symptomatique
- Traitement chirurgical
- Antibiothérapie per os par amoxicilline + acide clavulanique
- Antibiothérapie per os par ciprofloxacine + métronidazole
- Antibiothérapie per os par céfipime + métronidazole

► **Hospitalisation ou traitement ambulatoire**

A

Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite non compliquée (stade Hinchey Ia), en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable.

► **Traitement de la diverticulite non compliquée sans antibiothérapie**

A

Le traitement symptomatique sans antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par le scanner est recommandé en l'absence de signes de signes de gravité (notamment pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg, fréquence respiratoire ≥ 22 /mn ou confusion), d'immunodépression*, de score ASA >3 ** ou de grossesse.

*Immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale

** 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

C

En l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable, la réalisation de ce traitement est recommandée en ambulatoire.

AE

Dans cette situation, une surveillance clinique est recommandée.



Volume 104, Issue 1
January 2017

Article Contents

JOURNAL ARTICLE

Randomized clinical trial of observational *versus* antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis FREE

L Daniels ✉, Ç Ünlü, N de Korte, S van Dieren, H B Stockmann, B C Vrouwenraets, E C Consten, J A van der Hoeven, Q A Eijsbouts, I F Faneyte ... [Show more](#)

British Journal of Surgery, Volume 104, Issue 1, January 2017, Pages 52–61,
<https://doi.org/10.1002/bjs.10309>

Published: 30 September 2016 **Article history** ▼

Conclusion

Observational treatment without antibiotics did not prolong recovery and can be considered appropriate in patients with uncomplicated diverticulitis. Registration number: NCT01111253 (<http://www.clinicaltrials.gov>).

Il revient 3 jour plus tard car il a toujours mal.

Que faites vous ?

- Traitement ambulatoire
- Traitement symptomatique
- Traitement chirurgical
- Antibiothérapie per os par amoxicilline + acide clavulanique
- Antibiothérapie intraveineux par amoxicilline + acide clavulanique
- Antibiothérapie per os par ciprofloxacine + métronidazole
- Antibiothérapie per os par céfipime + métronidazole

Quelle durée pour votre antibiothérapie ?

- 3 jours
- 5 jours
- 7 jours
- 10 jours
- 15 jours
- 21 jours

FICHE

**Choix et durées
d'antibiothérapies : diverticulite
aiguë sigmoïdienne non
compliquée**

Validée par le Collège le 15 juillet 2021

Antibiothérapie par voie orale :

- **En cas de non-réponse** au traitement symptomatique :
 - amoxicilline-acide clavulanique : 1 g 3 fois par jour pendant **7 jours**.
- **En cas d'allergie documentée** :
 - ciprofloxacine : 500 mg 2 fois par jour + métronidazole 500 mg 3 fois par jour pendant **7 jours**.
 - ou lévofloxacine 500 mg par jour + métronidazole 500 mg 3 fois par jour pendant **7 jours**;

Antibiothérapie par voie intraveineuse recommandée :

- En cas de signes de gravité, de grossesse, de score ASA > 3 ou d'immunodépression.

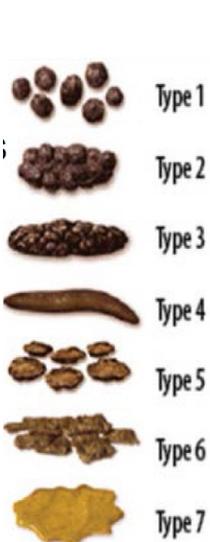
Mr D. revient vous voir

- Mr D. revient vous voir aux urgences 2 semaines plus tard. Alors que tout allait mieux, il présente une diarrhée depuis 3 jours. Il a 6 épisodes de selles liquides par jour, pas de défense abdominale mais une douleur en cadre.
- **Quel diagnostic suspectez vous ?**

Comment faire le diagnostic ?

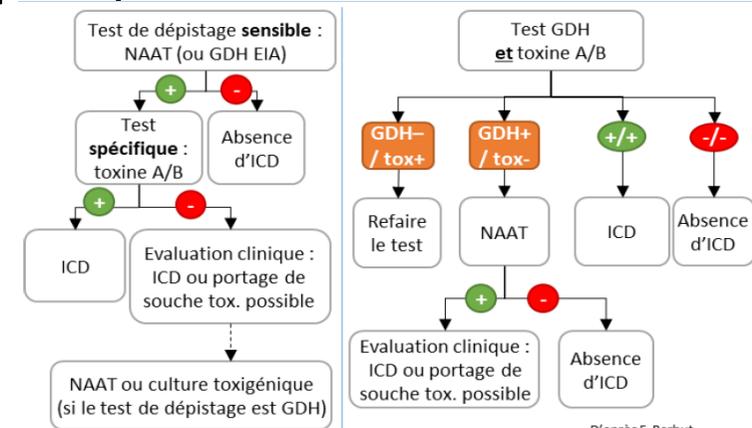
- Clinique
- Coproculture
- PCR sur les selles
- Coloscopie
- Test Antigénique

Infection à *Clostridioides difficile*



- 🦌 + toxine libre par EIA* + pas d'autre cause évidente
OU
- 🦌 + test PCR positif ou culture toxigénique positive
OU
- Colite pseudomembraneuse (endo et/ou anapath)
+ test toxigénique positif

diarrhée (> 3 selles molles (Bristol 6-7) en 24h)



Le diagnostic est confirmé

- Vous prescrivez un traitement antibiotique en ambulatoire
- Vous compléter le bilan
- Vous débutez le traitement antibiotique au SAU
- Vous hospitalisez en médecine le patient pour y débiter le traitement
- Vous hospitalisez en réa le patient pour y débiter le traitement

ICD définitions

Type 1		Selles dures et morcelées (en billes) d'évacuation difficile
Type 2		Selles dures, moulées en saucisse et bosselées
Type 3		Selles dures, moulées en saucisse craquelée
Type 4		Selles molles mais moulées, en saucisse (ou serpentín)
Type 5		Selles molles morcelées, à bords nets et d'évacuation facile
Type 6		Selles molles morcelées, à bords déchiquetés
Type 7		Selles totalement liquides

Réponse clinique au traitement

- ↓ fréquence des selles
- Amélioration de la consistance des selles
- **Mais peuvent rester anormales pendant des semaines!**
- Absence d'apparition de critères de gravité à 72h

Echec/ICD réfractaire Tous les autres cas

Rechute ICD survenant dans les **8 semaines** suivant le début d'une précédente ICD Si Σ avait disparu

Rechutes multiples ≥ 2 rechute au cours d'1 épisode

$E_x R_y$ comme $G_x P_y$

ICD : Définitions de la gravité

Forme grave = au moins un des critères suivants

- Fièvre > 38.5°C
- Leucocytose > $15 \cdot 10^9/L$
- Créatinine > 50% valeur de base
- Si imagerie disponible:
 - distension colique
 - infiltration de la graisse péri-colique
 - épaissement paroi colique

Grave ET compliquée

≥ 1 des critères suivants

- Hypotension
- Choc septique
- Élévation des lactates
- Iléus
- Mégacolon toxique
- Perforation intestinale
- Évolution fulminante

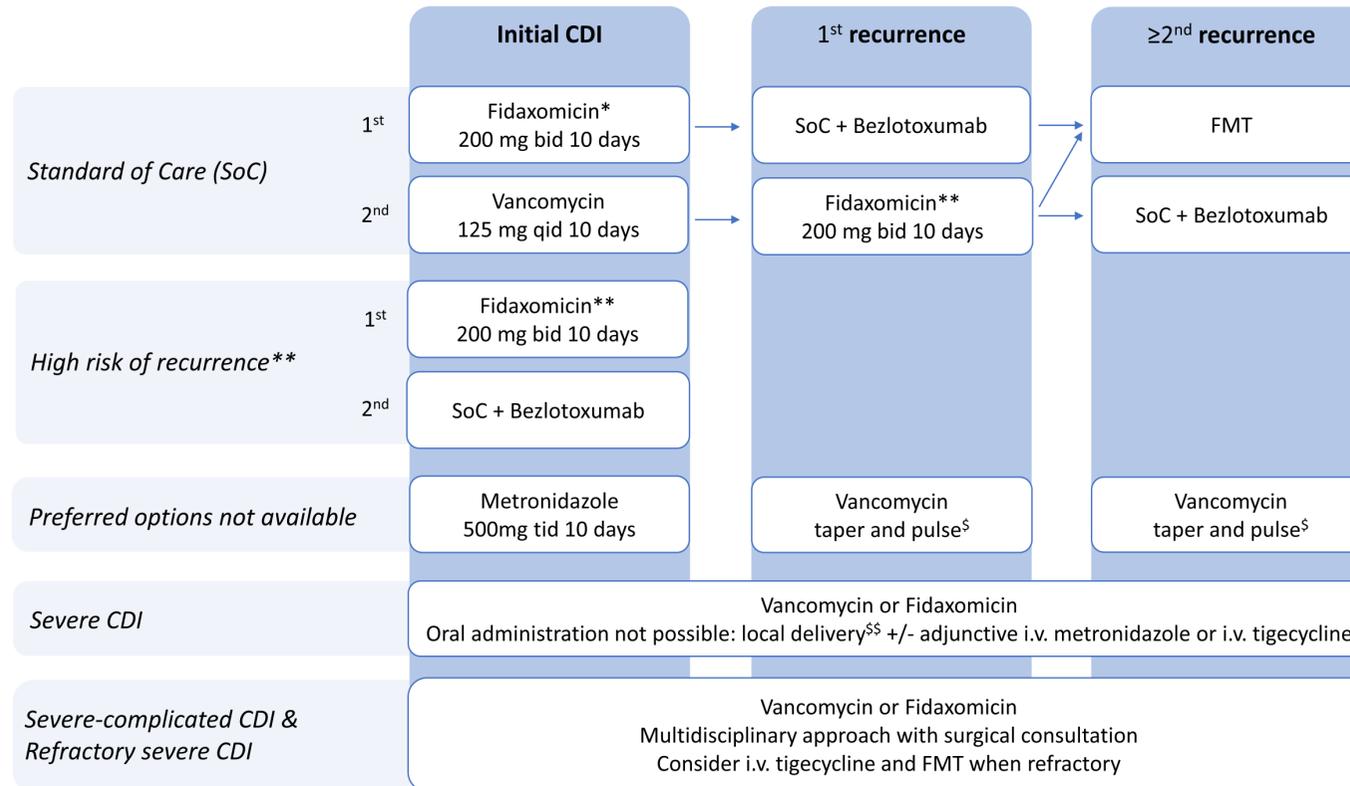
FDR de récurrence

	Niveau d'évidence
Age ≥ 65 ans	Fort, modéré
Episode antérieur d'infection à <i>C. difficile</i>	Fort, modéré
Episode lié aux soins et hospitalisation dans les 3 derniers mois	Faible, bas
Antibiothérapie systémique concomitante après le diagnostic	Faible, très bas
Traitement par IPP pendant ou au décours du diagnostic	Faible, très bas

Le patient à une ICD non grave non compliquée . Quel traitement débutez-vous?

- Fidaxomicine
- Vancomycine
- Métronidazole
- Traitement chirurgical
- Transplantation fécale

Prise en charge



* Risk stratification for risk of recurrence may be applied for selective use of fidaxomicin in case of limited access or resources.

** Consider extended fidaxomicin: 200 mg bid on day 1-5, 200 mg q48h on day 7-25. Most important risk factor for recurrence is age >65-70 years. Additional risk factor(s) to consider are healthcare-associated CDI, prior hospitalization ≤ 3 months, prior CDI episode, continued non-CDI antibiotic use, and PPI therapy started during/after CDI diagnosis. The risk of recurrence is assumed higher with more risk factors present.

§ Vancomycin taper and pulse: 2 weeks 125 mg qid, followed by 1 week 125 mg bid, then 1 week 125 mg qd, then 1 week 125 mg q48h, and finally 125 mg q72h for 1 week.

§§ Rectal or nasoduodenal delivery

Mme D.

- Pendant l'hospitalisation de son mari, Me D., 56 ans, passe un week-end à Arcachon avec 2 amies. Elle consulte aux urgences le lundi pour diarrhée et nausées depuis la nuit.
- Elle n'a pas d'ATCD ni traitement.
- Elle présente une diarrhée liquidienne avec une douleur abdominale diffuse.
- Elle est stable sur le plan hémodynamique.
- **Que suspectez vous ?**



Quelles sont vos prescriptions aux urgences?

- Lopéramide
- Racécadotril
- Azithromycine
- Pas de prescription d'antibiotiques
- Régime lacto-fermenté

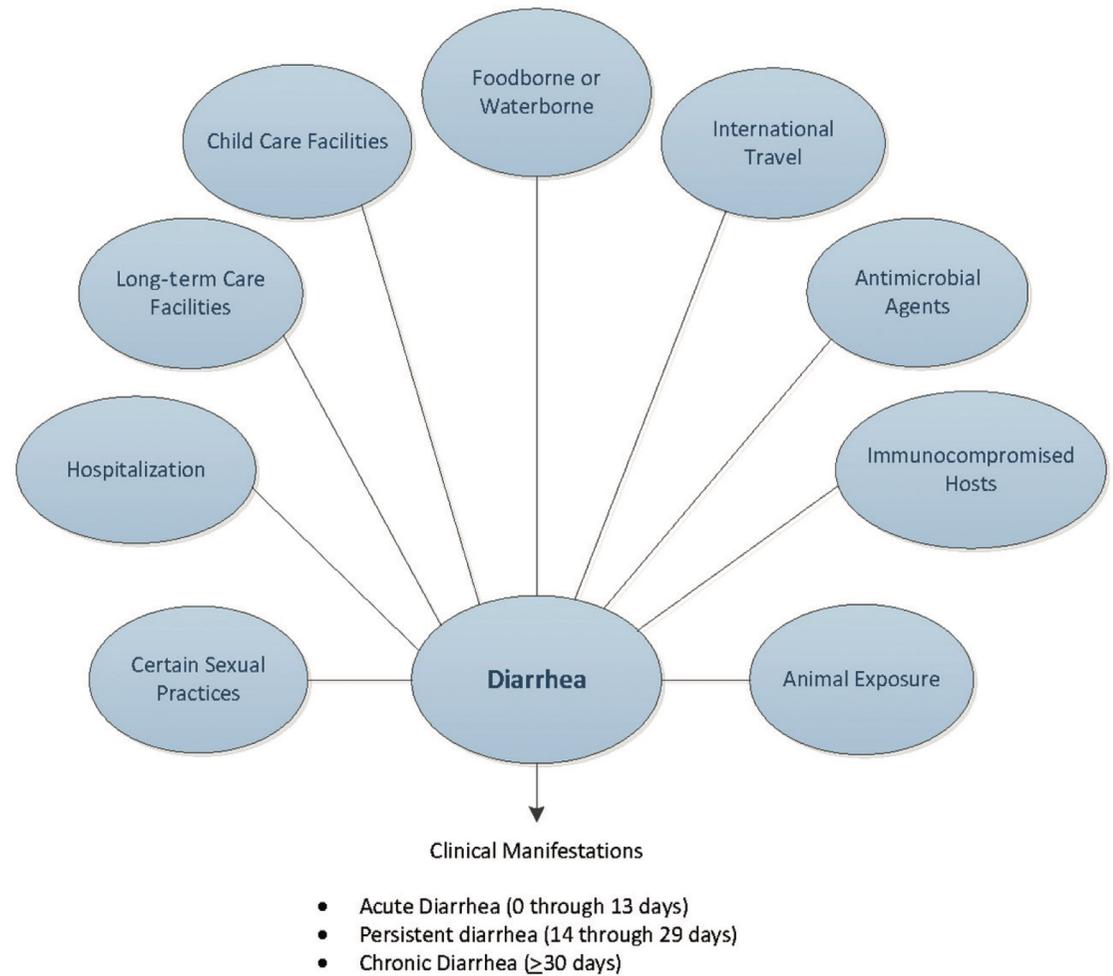
IDSA 2017 Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea

Published CID, 10/19/2017

Clinical Infectious Diseases, Volume 65, Issue 12, 29 November 2017, Pages e45–e80,
<https://doi.org/10.1093/cid/cix669>

Published: 19 October 2017

Andi L Shane, MD, Rajal K Mody, MD, John A Crump, MD, Phillip I Tar, Theodore S Steiner, MD, Karen Kotloff, MD, Joanne M Langley, MD, Christine Wanke, MD, Cirle Alcantara Warren, MD, Allen C Cheng, PhD, Joseph Cantey, MD, Larry K Pickering, MD.



Agents pathogènes impliqués dans les infections d'origine alimentaire (France métropolitaine)

Bactéries	Virus	Parasites
<i>Bacillus cereus</i>	Norovirus	<i>Anisakis simplex</i>
<i>Campylobacter</i> spp.	Virus de l'hépatite A	<i>Diphyllobothrium latum</i>
<i>Clostridium botulinum</i>	Virus de l'hépatite E	<i>Echinococcus granulosus</i>
<i>Clostridium perfringens</i>		<i>Echinococcus multilocularis</i>
STEC*		<i>Fasciola hepatica</i>
<i>Listeria monocytogenes</i>		<i>Tænia saginata</i>
<i>Salmonella</i> spp.		<i>Toxoplasma gondii</i>
<i>Shigella</i> spp.		<i>Trichinella</i> spp.
<i>Staphylococcus aureus</i>		
<i>Yersinia</i> spp.		

* STEC : *Escherichia coli* producteur de shigatoxines.

La coproculture standard recherche systématiquement les bactéries suivantes: *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *Campylobacter* spp et *Yersinia enterocolitica*.

En l'absence de demande particulière, l'examen est non réalisé chez les patients hospitalisés depuis au moins 72h.

TIAC = DO



Bilan face à une diarrhée

- Ionogramme sanguin, fonction rénale
- NFS si fièvre
- Coproculture :
 - si signe de gravité:
 - patient ID, syndrome dysentérique, retour de voyage en zone tropicale, TIAC
- Examen parasitologique des selles :
 - patient ID, retour de voyage en zone tropicale
- Frottis / goutte épaisse si retour de voyage en zone tropicale
- Hémocultures :
 - si $\theta > 38^{\circ}\text{C}$
- Aucune imagerie systématique
 - TDM si tableau chirurgical (occlusif / perforatif)

Face à une diarrhée aiguë quand débutez vous un ttt ATB au SAU

- Diarrhée cholériforme avec plus de 5 selles/j
- Diarrhée dysentérique
- Diarrhée fébrile
- Diarrhée dysentérique de l'immunodéprimé
- Diarrhée cholériforme au retour des tropiques

XI. When is empiric antibacterial treatment indicated for children and adults with bloody diarrhea and, if indicated, with what agent?

30. In immunocompetent children and adults, empiric antimicrobial therapy for bloody diarrhea while waiting for results of investigations is not recommended (*strong, low*), except for the following:
- Infants <3 months of age with suspicion of a bacterial etiology.
 - Ill immunocompetent people with fever documented in a medical setting, abdominal pain, bloody diarrhea, and bacillary dysentery (frequent scant bloody stools, fever, abdominal cramps, tenesmus) presumptively due to *Shigella*.
 - People who have recently travelled internationally with body temperatures $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ and/or signs of sepsis (weak, low). See <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea> .
31. The empiric antimicrobial therapy in adults should be either a fluoroquinolone such as ciprofloxacin, or azithromycin, depending on the local susceptibility patterns and travel history (*strong, moderate*). Empiric therapy for children includes a third-generation cephalosporin for infants <3 months of age and others with neurologic involvement, or azithromycin, depending on local susceptibility patterns and travel history (*strong, moderate*).

XII. When is empiric treatment indicated for children and adults with acute, prolonged, or persistent watery diarrhea and, if indicated, with what agent?

36. In most people with acute watery diarrhea and without recent international travel, empiric antimicrobial therapy is not recommended (*strong, low*). An exception may be made in people who are immunocompromised or young infants who are ill-appearing. Empiric treatment should be avoided in people with persistent watery diarrhea lasting 14 days or more (*strong, low*).

Durée de l'antibiothérapie

Diarrhée aiguë du voyageur :

- Sans fièvre ni syndrome dysentérique : dose unique (fluoroquinolone ou azithromycine)
- Fièvre ou syndrome dysentérique : 3 jours (fluoroquinolone ou azithromycine)

Fièvre typhoïde, sans complications :

- 7 jours (fluoroquinolones) OU 5 jours (azithromycine)

Diarrhées bactériennes en pédiatrie :

- *Shigelle* : azithromycine :3 jours
- *Campylobacter* : azithromycine :3 jours
- *C. difficile* : 10 jours (pas de traitement si <2ans)
- *Yersinia* : cotrimoxazole ou C3G : 5 jours
- Salmonelles si traitement nécessaire : ceftriaxone 3 jours, ciprofloxacine 5 jours

2 ans plus tard Mr D consulte

- FC 110, PA 110/80, T° 39,2°c, Sat 97%
- Coloration jaune de la sclère
- Frissons
- Douleur abdominale de l'hypochondre droit

- **Quel diagnostic évoquez vous ?**
- **Démarrez vous les Antibiotiques au SAU ?**

Si Mr E consulte

- FC 110, PA 110/80, T° 39,2°C, Sat 97%
- Douleur abdominale intense
- Contracture généralisée

- **Quel diagnostic évoquez vous ?**
- **Démarrez vous les Antibiotiques au SAU ?**

Les durées recommandées des patients avec une évolution favorable

- **Infection de liquide d'ascite** : 5 jours si cefotaxime
- **Abcès hépatique non amibien** : 28 jours
- **Diverticulite** simple sans réponse au traitement symptomatique : 7 jours
- **Perforation digestive** (opérée dans les 24 heures) : ≤ 24 heures
- **Péritonite localisée** : 3 jours*
- **Péritonite généralisée** (en dehors des péritonites postopératoires) : 4 jours*
- **Péritonite postopératoire** : 8 jours*.
- L'isolement peropératoire d'un *Candida sp*, ne doit pas faire prolonger la durée de traitement d'une péritonite

* si la source est contrôlée

Les durées recommandées des patients avec une évolution favorable

Cholécystite

- Cholécystectomie
 - non compliquée : ≤ 24 heures
 - vésicule perforée : 3 jours
 - Grade III (dysfonctionnement d'organe) : 3 jours
- Drainage percutané : 7 jours
- Non opérée ou non drainée : 7 jours

Angiocholite avec drainage efficace :

- 3 jours post-drainage (même si bactériémie associée)

Appendicite

- opérée, non perforée : ≤ 24 heures
- traitement non chirurgical : 7 jours

Les durées recommandées des patients avec une évolution favorable

- **Diarrhée aiguë du voyageur :**
 - Sans fièvre ni syndrome dysentérique : dose unique (fluoroquinolone ou azithromycine)
 - Fièvre ou syndrome dysentérique : 3 jours (fluoroquinolone ou azithromycine)
- **Fièvre typhoïde, sans complications :** 7 j (fluoroquinolones) OU 5 j (azithromycine)
- **Infection à *Clostridioides difficile* :** 10 jours
- **Diarrhées bactériennes en pédiatrie**
 - Shigella : azithromycine :3 jours
 - *Campylobacter* : azithromycine :3 jours
 - *C. difficile* : 10 jours (pas de traitement si <2ans)
 - Yersinia : cotrimoxazole ou C3G : 5 jours
 - Salmonelles si traitement nécessaire : ceftriaxone 3 jours, ciprofloxacine 5 jours

Au final quand démarrer une antibiothérapie aux urgences en cas d'infection digestive

- Péritonite communautaire
- Angiocholite
- Sd dysentérique fébrile de l'enfant, de l'immunodéprimé ou du voyageur
- ICD compliquée

Et bien sûr

- En cas de sepsis 3.0 d'origine digestive

