

Observation N° 4 : Mme B.

45 ans

Pas d'antécédent particuliers

Admise via les urgences pour :

- Douleurs abdominales diffuses évoluant depuis 1 jour, à type de crampes
- Fièvre jusqu'à 39°C
- Quelques nausées, anorexie, ventre souple
- Contexte de régime récent, avec utilisation de tisanes laxatives, arrêtées depuis 7 jours
- Pas d'ATB récent, pas de voyage, pas de cas similaires dans l'entourage

Diagnostiques possibles ?

Examens complémentaires au SAU ?

Douleurs abdominale fébrile

- Appendicite
- Cholécystite
- Angiocholite
- Pancréatite
- Pyélonéphrite
- Salpingite
- Sigmoidite
- Rarement GEU rompue fébrile...

Examens complémentaires

- NFS, CRP, ionogramme, urée, créatinine, bilan hépatique, lipases, B-HCG : syndrome inflammatoire isolé
- BU +/- ECBU : négatif
- Hémocultures
- Examen gynéco rapide (pertes ? douleurs ?)
- Scanner abdominal injecté : aspect de pancolite avec atteinte de la dernière anse grêle

Admission en Maladies Infectieuses

- Dès l'arrivée, émission de selles glaireuses en petite quantité, striées de sang rouge, répétées, précédée de crampe douloureuses.
- Au TR, pas de cause locale de rectorragie
- Comment s'appelle ce tableau ?
- Principales causes possibles ?
- Examens complémentaires ?

Syndrome dysentérique

- Shigella (mais pas de voyage récent)
- Parfois aussi salmonella (non-typhi)
- Ou Campylobacter, EIEC, EPEC
- *Entamoeba histolytica* (normalement apyrétique, sauf si forme extra-digestive)
- Plus rarement *Isospora belli*, *Ballantidium coli* ou bilharziose intestinale
- Coproculture (recherche de CD à discuter)

Conduite à tenir

Avant les résultats microbiologiques

En urgence

- Hospitalisation dans une chambre seule
- Précautions complémentaires « contact »
- Traitement douleur, fièvre +/- déshydratation
- Lopéramide contre-indiqué
- Antibiothérapie probabiliste par fluoroquinolone ou azythromycine, car fièvre élevée et diarrhée invasive
- Surveillance clinique et biologique

Attention

- Pas d'antibio si diarrhée peu fébrile, aqueuse ou fécaloïde (immense majorité en France)
- Traitement symptomatique en première intention (racédotril, éventuellement lopéramide, ...)
- Réhydratation
- Seulement secondairement, si mauvaise évolution, éventuel ttt par FQ ou Azythro

Copro: *Campylobacter jejuni*

Que recherchez-vous à
l'interrogatoire ?

TIAC ?

- Y a-t-il d'autres cas autour de la patiente ?
- Y a-t-il un repas suspect ?
- En particulier, volaille, œuf, ou produits dérivés ?
- ATB pendant 5 jours
- Levée de l'isolement à la guérison de la diarrhée, mesures d'hygiène des mains à domicile

Observation N° 5 : Precious, 13 mois

Origine Sri Lanka, arrivée en France il
y a 24 h, par avion

Arrivée au SAU pour :

- Diarrhée profuse, aqueuse, afécale, évoluant depuis 3 heures
- Pas de fièvre
- 1 épisode de vomissement initial
- Pas d'antécédent, pas de contagé, pas d'antibiotique récent
- Quels signes de déshydratation modérée ou sévère recherchez-vous à l'examen ?

Déshydratation modérée

- Irritabilité, agitation
- Soif intense
- Yeux enfoncés
- Pli cutané s'effaçant lentement

⇒ Réhydratation orale

⇒ Bien sur, penser à rechercher une défense, un choc, un syndrome pseudo-occlusif...

Déshydratation sévère

- Léthargie
 - Yeux enfoncés
 - Pli cutané s'effaçant très lentement
 - Incapacité ou difficultés à boire
- ⇒ Réhydratation IV
- ⇒ C'est le cas de Precious
- ⇒ Quelle prise en charge en urgence ? Quels examens complémentaires ?

Conduite à tenir

- Hospitalisation en urgence
- Unité de soins intensifs
- Précautions complémentaires contact
- Pose d'une ou 2 VVP de bon calibre
- Perfusion de RL 30 ml/kg dans les 1ères 30 mn, puis 70 ml/kg en 2 heures et demie
- Surveillance rapprochée, revoir hydratation à 3h
- SRO dès que possible (5 ml/kg/h), + allaitement

Examens complémentaires

- NFS, CRP, ionogramme, urée, créatinine +/- BH et lipase. Adapter la perfusion au iono
- Hémocs si fièvre, hypothermie ou frissons
- Coproculture : demander une recherche de choléra (prévenir le labo par téléphone), car diarrhée profuse, afécale, aqueuse, déshydratation sévère et contexte compatible
- discuter recherche de Rotavirus, sérologie VIH

Réévaluation à 3 heures

- Bien réveillé
- Pleure +++, se débat, vient d'arracher sa perf
- Avide de boisson
- Pli cutané toujours présent, yeux moins enfoncés

⇒ Déshydratation modérée

⇒ Conduite à tenir ?

Plan B de l'OMS

- Donner au moins 80 ml/kg de SRO pendant les 4 premières heures (+ si affinité)
- En petites quantité, fréquentes
- Si vomissement, attendre 10 mn et recommencer plus lentement
- Réévaluation au bout de 4 heures
 - => Disparition du pli cutané, des pleurs, et des yeux enfoncés, diarrhée déjà moins fréquente. CAT ?

Plan A de l'OMS

- Donner 50 à 100 ml de SRO après chaque selle liquide (100 à 200 ml si âge > 2 ans) et plus si affinité
- Reprendre l'alimentation, allaitement +++, proposer soupe, yaourt, eau de riz
- Donner du Zinc (20 mg/j pendant 14 jours) (10 mg/j si < à 6 mois)
- Surveillance reprise des signes de déshydratation, du poids, de la diarrhée

Comment s'appelle ce
syndrome?

Quels sont les agents responsables?

Syndrome cholérique

- *Vibrio cholerae*
- *Clostridium perfringens* (Toxine)
- *Bacillus cereus*
- ETEC
- ...

=> Encore une fois rechercher la TIAC

Coproculture négative

Et si on avait trouvé *Vibrio cholerae* ?

CAT ?

Choléra

- Précaution contact +++, jusqu'à arrêt diarrhée
- DO urgente, par téléphone
- Tracer les cas contact et les surveiller
- Typer le Vibrio, pour savoir si souche épidémique
- TTT antibiotique si forme sévère :
 - Doxycycline
 - FQ, Bactrim, ...

**6^{ème} Observation : Mme K.
35 ans**

Origine Gabonaise, sans antécédents,
en France depuis 2 ans, nombreux
voyages en Afrique, en Inde...

Admise via le SAU pour :

- Diarrhée évoluant depuis plus d'un mois
- 5-6 selles fécaloïdes par jour, pas de sang, pas de glaires, pas de vomissement, pas de fièvre
- Amaigrissement de 7 kg, asthénie, anorexie
- Pas de voyage, pas de contagé, pas d'ATB
- Ventre souple, pas de sepsis grave, pas de déshydratation, pas d'abdomen chirurgical
=> Hypothèses diagnostiques ?

Diarrhées chroniques

- Causes infectieuses :
 - VIH (stade SIDA) +/- CMV
 - Protozooses digestives : en particulier Giardia chez l'immunocompétent (parfois amibiase)
 - En plus : Iso / cyclo / crypto / microsporidies chez l'immunodéprimé
 - Rarement helminthiase, causes bactériennes
- Causes non infectieuses : cancer, carcinoïdes , MICI, malabsorption, iatrogénie, hyperthyroïdie, colopathie fonctionnelle, fausses diarrhées....
 - => Examens complémentaires ?

Hospitalisation devant l'AEG

- NFS, CRP, iono urée créatinine, bilan hépatique, lipase, albumine, pré-albumine, TSH, hémostase
- EPS x 3, en précisant origine, voyages, diarrhées chroniques, suspicion d'ID (amener les selles chaudes au labo si possible pour amibes).
- Coprocultures avec recherche CD, hémocs si fièvre, discuter imagerie abdominale voire endoscopie si pas de cause rapidement retrouvée
- Sérologie HIV 1 et 2

Résultats :

- Sérologies HIV +, confirmée par un Western Blot (en faveur d'HIV1, infection non récente), reconfirmée sur un 2^{ème} prélèvement
- Bilan immunovirologique : CD4 à 30/mm³, Charge Virale à 5 log/mm³
 - => Quels examens supplémentaires réaliser devant une diarrhée chronique chez un malade au stade SIDA

CD4 < 100/mm³

- CV CMV sur le sang
- Imagerie digestive facile, à la recherche d'ADP profondes (lymphome, MAC, BK), ou d'anomalies digestives
- Endoscopie facile, à la recherche de candidose œsophagienne, de colite à CMV, de TB intestinale, de lymphome... et pour tubage duodénal +/- biopsie (giardia, ...)

Finalemment

- Copro négative, EPS positif à Isospora belli.
- Traitement prolongé par BACTRIM efficace
- Cryptosporidiose et Isosporose sont des maladies responsables de diarrhées chez l'IC qui peuvent devenir chroniques chez l'ID.
- On les recherche à l'EPS par des colorations spécifiques, à demander expressément.
- Micro et cyclosporose sont très rares, et donnent le même tableau, ac amaigrissement

7^{ème} Observation : M. J 40 ans

Patient VIH positif, 350 CD4, non
traité pour l'instant.

Pas d'antécédent par ailleurs

Hospitalisé pour :

- Diarrhée fébrile, évoluant depuis un mois
- selles glairo-sanglantes, amaigrissement 5 kg
- Douleurs abdominales modérées
- Pas d'ATB, pas de voyage, pas de contagé
- Ventre souple, pas de déshydratation, pas de sepsis grave, pas de syndrome pseudo-occlusif
=> Hypothèses diagnostiques ? Examens complémentaires ?

Syndrome dysentérique chronique

- Shigella, salmonella, Campylobacter, EIEC, EPEC
=> Coproculture (recherche de CD à discuter)
- *Entamoeba histolytica* (normalement apyrétique, sauf si forme extra-digestive), *Isospora belli*, (*Balantidium coli* ou bilharziose intestinale)
=> EPS 3 jours de suite, préciser VIH et recherche amibes
- Colite à CMV
=> PCR CMV sur sang, rectosigmoïdoscopie avec biopsies

Syndrome dysentérique chronique

- Causes non infectieuses :
 - MICI
 - Cancer, polype ulcéré (mais patient jeune)
 - Sigmoidite (mais patient jeune)
 - Colite ischémique (mais patient jeune)
 - => Scanner TAP et endoscopie + biopsies
- Chercher les causes locales de rectorragie :
 - Hémorroïdes
 - Fissure, ulcération traumatique, corps étranger

Résultats

- Copro négative (plusieurs fois), hémocs -
- Scanner : pancolite, sans autre anomalie
- Coloscopie: colite multi-ulcérée aspécifique
- Biopsie : CMV-, aspect compatible avec MICI ou colite infectieuse, virémie CMV négative
- 2 EPS -, le troisième (sur selles chaudes) montre qq kystes d'*Entamoeba histolytica*
=> *Diagnostic ? Traitement ? Physiopathologie ?*

Dysenterie amibienne ?

- Syndrome dysentérique
- Du aux formes végétatives d'*E. histolytica*
- Avec micro-abcès de la paroi colique
- Traitement par métronidazole pendant 7 jours per os + tiliquinol (même schéma).
- Contamination par l'eau, la nourriture et les mains sales (PED+++), ou homosexuelle
=> *Quel est le symptôme qui « ne colle pas »?*

La fièvre

- Dysenterie amibienne en général apyrétique
- Sauf si se complique d'une atteinte extra-digestive (abcès hépatique +++, pulmonaire...)
- Or, le scanner est normal
- Et généralement quand il y a un abcès extra-digestif, la dysenterie est terminée...
- Les biopsies ne montrent pas de micro abcès
- Sérologie amibienne – (se positive seulement si forme extra-digestive)
- Néanmoins ttt antibiotique, prolongé à 10 jours

En fait :

- Après une défervescence fébrile transitoire
- Rectorragie massive avec choc hémorragique
- Transfusion de 9 CG, 2 CPA, 2 PFC
- TDM : hémorragie diffuse colique G
- Héli colectomie G en urgence
 - ⇒ histologie en faveur d'une RCH
 - ⇒ Surinfection par amibes ? Peu probable.
 - ⇒ Toujours peser les résultats des EC surtout si question clinique précise (risque de faux + induits)

Merci !

Bon appétit ;-)