

Diarrhées – Toxi-infections alimentaires collectives – Parasitoses digestives

V. GENDRIN

maladies infectieuses et tropicales

Nancy – Juin 2010

1ère Observation

M. M, 59 ans

M. M 59 ans

- Recto Colite Hémorragique, suivie depuis des années, sous traitement immunosuppresseur
- RCH stable: pas de diarrhées, pas de rectorragies, poids en progression depuis des années.
- Adressé au SAU pour diarrhée, fièvre et vomissements depuis 48H.
- Quelles questions importantes lui poser ?

Signe fonctionels

- Diarrhée sanglante ? Glaireuse/Aqueuse ?
Fréquence ?
- Vomissements sanglants ? Alimentaires ?
Bilieus ? Chyme ?
- Intolérance alimentaire ? Partielle/Totale ?
Aux liquides ?
- Douleurs abdominales ? Pyrosis ?
- Fièvre avec frissons vrais ? Malaise ?
Lipothymie ?

ATCD

- Chirurgie digestive ? radiothérapie ?
- Constipation chronique ? Colopathie fonctionnelle ? Néoplasies digestive ? MICI ?
- Laxatifs ? ATB dans les mois passés ?
- Contage ? Cas groupés ?
- Consommation d'aliments suspects ?
- Voyages récent ?

M. M

- Vous apprenez que le patient a été en contact avec sa petite-fille de 2 mois, hospitalisée pour diarrhée, il y a 48h.
- Diarrhée fécaloïde, vomissements alimentaires, fièvre sans frisson vrais, anorexie modérée
- Quels éléments rechercher à l'examen clinique ?

Examen clinique

- Le ventre : défense, contracture, sd pseudo occlusif, masse. Faire TR, BHA
- Le sepsis : rechercher hypotension, marbrure, tachycardie, malaise
- La déshydratation : pli cutané, yeux cernés, oligurie, somnolence, muqueuses et aisselles sèches, irritabilité, soif

M. M

- Examen normal, ventre souple, discrètement sensible, pas de masse.
- TR: pas de fécalome, pas de sang, pas de masse. BHA perçus.
- Pas de sepsis grave.
- Pas de déshydratation clinique.
- Examen général normal par ailleurs.
- Quels examens complémentaires ?

Biologie

- Ionos +/- bicar, urée, créatinine, glycémie
- Bilan hépatique et pancréatique.
- Bilan inflammatoire : NF, CRP
- Hémoccs
- Coproculture (patient ID)
- BU +/- ECBU
- Recherche rotavirus dans les selles (contexte)

Coproculture

- Sur selles ou écouvillon rectal
- Salmonelle, shigelle, campylo, yersinia
- Demander *C. difficile* selon contexte
- Copro indiquée seulement si :
 - Signes de gravité
 - Syndrome dysentérique
 - TIAC
 - Voyage récent en zone tropicale
 - Patient ID

Autres examens ?

- Sérologies des entéropathogènes : aucun intérêt dans diarrhées aiguës
- Recherche de Rotavirus (ou norovirus) :
 - Chez l'enfant
 - Contexte épidémique, collectivités
- Examen parasito à demander si :
 - Diarrhée chronique (>3 semaines)
 - Retour de zone tropicale
 - Patient immuno-déprimé

Comment s'appelle le syndrome
présenté par M. M ?

Quel est le diagnostique le plus
probable à ce stade ?

Syndrome gastro-entérique

- Diarrhée « banale », fécaloïde.
 - Douleurs abdominales diffuses
 - Vomissements
 - Fièvre (inconstante)
-
- Tous les entéropathogènes peuvent être en cause (ici, probable rotavirus)

Quelle est votre prise en charge initiale ?

Prise en charge

- Hospitalisation ? Oui, car ID, et RCH, malgré l'absence de signe de gravité
- Où ? Service de Médecine
- Précautions contact probabiliste
- Perfusion ? pas obligatoire, si pas de déshydratation, sepsis, déséquilibre ionique => hydratation PO (SRO)
- Information, surveillance, douleur

Et les Antibiotiques ?

- Si diarrhée cholériforme ou peu fébrile :
 - Ttt symptomatique :
 - racécadotril,
 - lopéramide (contre-indiqué si < 30 mois ou diarrhée invasive)
 - Fluoroquinolone ou Azythromycine seulement si ttt symptomatique inefficace (rarement)
- Si diarrhée très fébrile, ou sd dysentérique
 - Fluoroquinolone ou Azythromycine

M. M

- Pas de déshydratation biologique
- Pas d'insuffisance rénale
- Discret syndrome inflammatoire
- Petite cytolysse hépatique, lipase normale
- Copro neg, EPS neg, hémoc neg
- Recherche Rotavirus + dans les selles
(norovirus neg)
- Bonne évolution spontanée en 48H

3ème Observation

Mme S, 91 ans

Mme S.

- Hospitalisée pour dyspnée fébrile, toux productive muco-purulente
- Syndrome inflammatoire biologique
- Foyer basal D à la RP
- ATCD :
 - Insuffisance rénale chronique
 - Insuffisance cardiaque
 - TVP et EP en 2002
 - Pyélonéphrite (date ?)

Mme S.

- TTT par AUGMENTIN 1g x 3/j
- Bonne efficacité sur le plan respiratoire
- sevrage de l'O2
- Apyrexie

- MAIS
 - À J4 d'AUGMENTIN, survenue d'une diarrhée non glairo-sanglante, sans fièvre, ni AEG

**Faut-il faire des examens
complémentaire ?**

Examen complémentaire

- Coproculture avec recherche de *C. difficile*
 - « recherche systématique de toxines de *C. difficile* dans les selles de tout patient adulte présentant une diarrhée débutant au moins 48 heures après son admission »
 - « en utilisant les tests de diagnostic rapide qui détectent les deux toxines A et B simultanément »

Quelle est votre prise en charge
probabiliste en attendant les
résultats ?

Prise en charge probabiliste

- Traitement symptomatique : réhydratation si besoin (PO ou IV), TIORFAN si besoin
- Arrêt antibiotique en cause si possible
- Précautions « contact » si suspicion forte d'ICD :
 - Chambre seule, gants et sur blouse
 - Circuit spécifique pour les déchets
 - Stéthoscope, tensiomètre dédié
 - Lavage des main au savon doux, puis SHA

A 48h, la recherche de toxine de C. difficile revient positive, mais la patiente n'a plus de diarrhée

Quelle est votre prise en charge ?

Indication de l'antibiothérapie

- Patient symptomatique (diarrhée post-antibiotique, colite pseudo-membraneuse...)
- Ou patient devant séjourner de façon prolongée en collectivité (hospitalisation longue, convalescence, EHPAD, USLD...)
- Pas d'indication à traiter les porteurs sains de CD (inefficace)

**Vous décidez de traiter Mme S.,
quel antibiotique lui prescrivez-
vous ?**

Choix de l'antibiotique

traitement par métronidazole *per os* (500 mg x 3/jour, soit 1,5 g/jour) en première intention, sauf en cas de formes sévères ou de contre-indication au métronidazole

dans ces derniers cas ou en cas d'échec au métronidazole (notamment en cas de non-réponse après 3 à 5 jours de traitement) ou en cas de récurrence, recours à la vancomycine *per os* (250 mg à 500 mg x 4/jour, soit 1 à 2 g/jour)

3ème observation

Mme C, 30ans

Infirmière, sans ATCD

Pendant son service

Tableau clinique

- Vomissements
- pâleur
- Survenue brutale
- Diarrhée aqueuse profuse
- Crampes abdominales
- Sueurs
- Malaise
 - => CAT ?

Conduite à tenir

- Allonger
- Prise des constantes vitales (pouls, TA, Sat, T°, dextro)
- Préciser ses ttt, ses allergies, DDR, ATCD
- Examen clinique rapide
- Discuter ECG

Résultats

- TA: 70/40 mmHg
- Pouls: 120/mn
- T° 37°2, SaO2: 97% en AA
- Dextro: 1.27g/dl
- Ventre souple, pas de masse, angoisse modérée, pas de saignement, pas de marbrure, conscience normale
=> CAT ?

Conduite à tenir

- Garder la patiente allongée
- VVP de bon calibre
- Perfusion rapide de NaCl 0.9%, 20 à 40 ml/kg sur 30 à 60 mn
- Surveillance rapprochée
 - => Que recherchez-vous à l'anamnèse, devant ce tableau de collapsus avec diarrhée, crampes abdominales et vomissement ?

Anamnèse

- Depuis quand ?
- Voyage récent ?
- Cas groupé ?
- Aliment à risque ?
- Pathologie abdominale connue, ou chirurgie abdominale ?
- Antibiotiques récents ?

Entretiens

- Mme R., ASH, 50 ans, en surpoids
 - Tableau de diarrhée aqueuse profuse
 - Vomissements alimentaires
 - Crampes abdominales
 - Pas de fièvre, pas de malaise, pas de pâleur
- => Quels sont vos questions devant ces 2 cas assez similaires ?

Anamnèse des cas groupés

- Repas en commun ?
- Quand ?
- Aliment(s) suspect(s) ?
- Autres personnes exposées ?

En fait

- Dernier jour de stage d'une élève infirmière
- Gâteau d'adieu (roulé à la crème)
- Consommé environ 3 heures avant les symptômes
- Cuisiné la veille, conservé au frigidaire
- Sur la table de la salle de détente depuis plusieurs heures

Quel est votre diagnostic ?

Quel famille de maladie ?

Quel syndrome ?

Quel agent pathogène ?

Diagnostic

- TIAC (au moins 2 cas, origine alimentaire)
- Syndrome toxinique (peu fébrile, vomissement, diarrhée cholériforme, pâleur, sueur, hypoTA)
- Probablement lié à la toxine de *Staph. Aureus* (dans les 2 à 4 heures suivant l'ingestion de produits dérivés du lait)
 - => Quels sont les autres agents responsables de TIAC avec syndrome toxinique digestif ?

TIAC et Sd toxinique

- *S. aureus* : 2 à 4 heures; produits laitiers
- *Clostridium perfringens* : 8-12 heures; plats cuisinés
- *Bacillus cereus* : 1 à 6 heures si forme avec vomissements, 6 à 12 heures si forme avec diarrhée; riz, purée, soja
- EHEC, *Aeromonas*, plancton, flagellés
=> Examen complémentaires devant TIAC ?

Examens complémentaires

- Récupérer l'aliment source, pour recherche par culture de *S. aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*...
- Contacter la personne source (porteuse saine ? Panaris ? Furoncle ?)
 - => prélèvement nasal, lésions cutanées
- Surveiller les autres convives
- Pas d'intérêt à la coproculture pour victime

Conduite à tenir ?

Pour nos 2 patientes

CAT devant une TIAC à SA

- Evolution spontanément favorable en quelques heures
- Risque de déshydratation voire de collapsus => surveillance, hydratation
- Pas d'intérêt des ATB (toxine)
- DO, lavage des mains
- Intervention de la DDASS si en collectivité ou si alimentation commerciale