

Chapitre 22 - Item 283 - UE 8

Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte

- I. Définitions
- II. Épidémiologie
- III. Interrogatoire et examen clinique
- IV. Conduite à tenir en fonction du contexte
- V. Traitement

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

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

I. Définitions

Une *diarrhée* est définie chez l'adulte par l'émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles), et de poids supérieur à 300 g/j. En pratique clinique, on parle de diarrhée, selon l'OMS, lorsqu'il y a au moins 3 selles très molles à liquides par jour.

Une *diarrhée* est dite *aiguë* lorsqu'elle évolue depuis moins de 2 semaines. Dans la majorité des cas, la diarrhée aiguë est de début soudain. Elle est alors le plus souvent due à une infection, dure généralement moins d'une semaine et ne récidive pas à court terme.

Un *syndrome dysentérique* se définit par des évacuations glaireuses et sanglantes pouvant être dissociées des matières fécales (on parle alors d'évacuations afécales). Il s'y associe habituellement des épreintes et un ténésme. Lorsqu'il comporte des évacuations afécales, le syndrome dysentérique témoigne d'une lésion organique colique distale. Dans les autres cas, il peut témoigner d'une iléite ou d'une colite proximale.

II. Épidémiologie

Dans les pays développés, on recense environ un épisode digestif aigu (vomissements et/ou diarrhée) par an et par habitant. La plupart sont brefs, durent moins de 24 heures et ne donnent pas lieu à une consultation médicale. Ils ont une cause alimentaire (*cf.* chapitre 4), correspondent le plus souvent à des intoxications par des toxines bactériennes ou des incidents digestifs divers (indigestions, vraies et fausses allergies, etc.).

Cinq pour cent des habitants consultent chaque année en France un médecin généraliste pour une diarrhée aiguë ne cédant pas en 24 heures, avec un pic épidémique hivernal attribué aux virus.

La diarrhée est hémorragique une fois sur cent. La diarrhée aiguë régresse le plus souvent spontanément ou sous traitement symptomatique en moins de 3 jours. Un arrêt de travail est prescrit une fois sur trois.

La persistance de la diarrhée après une semaine d'évolution (qu'un agent pathogène ait été identifié ou non), justifie une prise en charge gastroentérologique. Un diagnostic d'entéropathie chronique qui peut être de début soudain (MICI et colites microscopiques [cf. chapitre 18], maladie cœliaque [cf. chapitre 21], sprue tropicale [cf. item 171]) pourra être porté.

Lorsqu'un patient décrit plusieurs épisodes de diarrhée aiguë par an, un avis spécialisé est approprié, en évoquant entre autres hypothèses un déficit immunitaire sous-jacent.

III. Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire est le temps principal de l'examen. Il doit préciser :

- le mode de début de la diarrhée pour faire la différence avec l'exacerbation d'une diarrhée chronique fluctuante ;
- les caractéristiques des selles (abondance et présence ou non d'un syndrome dysentérique) ;
- les signes associés digestifs, généraux et extradiigestifs : douleurs abdominales, vomissements, fièvre (ne préjuge pas de la nature bactérienne plutôt que virale de l'infection), signes articulaires, cutanés, etc. ;
- le contexte épidémique et autres cas dans l'entourage ;
- l'ingestion d'aliments à risque (tableau 22.1), et la notion de voyage récent ;
- toutes les prises médicamenteuses au cours des 2 mois précédents, en particulier :
 - les antibiotiques (une diarrhée survenant pendant un traitement antibiotique et dans les 2 mois après son arrêt est par définition une « diarrhée des antibiotiques », de prise en charge diagnostique et thérapeutique spécifique),
 - tout médicament susceptible d'entraîner une diarrhée par différents mécanismes : osmotique (laxatifs, magnésium), sécrétoire (olsalazine), induction d'une colite microscopique (veino-toniques, lanzoprazole, ticlopidine, sertraline), inhibition de la digestion glucidique (acarbose), ou lipidique (orlistat), toxicité entérocytaire (colchicine, biguanides). Le début de la diarrhée peut être soudain ou retardé jusqu'à 2 mois après l'introduction du traitement responsable. Dans ce cas, l'interruption du traitement responsable permet la guérison (en général rapide) de la diarrhée ;
- les terrains à risque, en particulier les valvulopathies à risque d'endocardite et les situations d'immuno-dépression avérée (infection par le VIH avec moins de 200 lymphocytes CD4/mm³, chimiothérapie anticancéreuse en cours, déficit immunitaire congénital).

Tableau 22.1

Principaux risques d'intoxication ou d'infection intestinale en fonction des aliments récemment ingérés

Aliments ingérés	Intoxications et infections intestinales possibles
<i>Les dernières 24 heures :</i>	
– pâtisserie et viande	
– riz, soja ayant séjourné en air ambiant	
– plats cuisinés	
– coquillages crus ou cuits	
	<i>Intoxication par :</i>
– <i>Staphylococcus aureus</i>	
– <i>Bacillus cereus</i>	
– <i>Clostridium perfringens</i>	

- toxines produites par les dinoflagellés	
<i>Les dernières 12 à 48 heures :</i>	
- coquillages crus	
- aliments à base d'œuf cru	
- poulet rosé ou acheté en rôtisserie	
- produits laitiers non pasteurisés	
	<i>Infection par :</i>
- virus ronds et vibrios	
- <i>Salmonella</i>	
- <i>Salmonella</i>	
- <i>Salmonella</i>	
<i>La dernière semaine :</i>	
- poulet rosé ou acheté en rôtisserie	
- produits laitiers non pasteurisés	
- viande de bœuf crue (surtout hachée)	
- viande de porc (charcuterie)	
	<i>Infection par :</i>
- <i>Campylobacter</i> sp.	
- <i>Campylobacter</i> sp.	
- <i>Escherichia coli</i> entéro-hémorragique	
- <i>Yersinia enterocolitica</i>	

L'examen physique cherche des signes de gravité :

- syndrome septicémique (fièvre supérieure à 39 °C ou hypothermie, frissons) ;
- choc septique ;
- perte de poids (à exprimer en pourcentage du poids habituel). *Les pertes digestives par diarrhée comportent de l'eau, du sodium (environ 50 mmol/L), du potassium et des bicarbonates. Les vomissements aggravent les pertes et limitent les apports ;*
- déshydratation extracellulaire : soif, oligurie, hypotension artérielle, tachycardie, veines jugulaires plates en position semi-assise, pli cutané, cernes péri-orbitaires, hypotonie des globes oculaires ;
- déshydratation globale, avec en plus des signes de déshydratation extracellulaire, des muqueuses sèches (face inférieure de la langue), et parfois des troubles de la vigilance.

Au maximum est réalisé un tableau de choc hypovolémique avec pression artérielle systolique < 90 mmHg, tachycardie > 120/min avec pouls filant, oligurie, marbrures, temps de recoloration cutanée > 3 secondes, extrémités froides et pâles.

L'examen physique de l'abdomen est le plus souvent normal ou ne met en évidence qu'une sensibilité diffuse à la palpation abdominale. Rarement, il peut mettre en évidence :

- une sensibilité élective, voire une défense de la fosse iliaque droite faisant évoquer une inflammation iléo-colique droite ;
- un météorisme abdominal permanent et douloureux faisant évoquer une dilatation colique aiguë ;
- des signes extradiigestifs (éruption cutanée, signes articulaires, etc.) ;
- chez le nourrisson, une déshydratation peut provoquer : une apathie, une difficulté au réveil avec gémissements, un comportement inhabituel, une tachypnée. Il faut rechercher, en plus des signes suscités, une dépression des fontanelles.

IV. Conduite à tenir en fonction du contexte

A- Diarrhée aiguë en dehors de la diarrhée des antibiotiques et nosocomiale

1. Cas général

Dans la majorité des cas, le médecin doit s'assurer que la diarrhée n'est pas d'origine médicamenteuse, puis, sauf exceptions évoquées ci-dessous, donner des recommandations d'hydratation, d'alimentation et d'hygiène et prescrire un traitement symptomatique (ralentisseurs du transit ou antisécrétoires) (fig. 22.1). La majorité des diarrhées infectieuses ont une résolution spontanée en moins de 5 jours et ne nécessitent ni exploration ni traitements supplémentaires.

Fig.

22.1

Exploration d'une diarrhée aiguë (sauf diarrhée des antibiotiques) : arbre décisionnel.

2. Explorations et traitement probabiliste nécessaires d'emblée

La prescription d'examens complémentaires d'emblée ne se justifie que dans les situations suivantes :

- diarrhée hémorragique et/ou syndrome dysentérique témoignant d'une atteinte organique iléale et/ou colique (diarrhée hémorragique) ou colique au moins en partie distale (syndrome dysentérique). Les agents infectieux potentiellement en cause sont essentiellement bactériens (bactéries invasives : *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *E. coli* entéro-invasif, ou bactéries produisant des toxines : *E. coli* entéro-hémorragiques, dont *E. coli* O157: H7), beaucoup plus rarement parasitaires (amibiase en cas de séjour en pays d'endémie) ou viraux (rectite herpétique vénérienne, colite à CMV exceptionnelle chez l'immuno-compétent) ;
- syndrome septicémique (fièvre > 39 °C avec frissons ou hypothermie ou choc septique) ;
- déshydratation majeure ;
- terrains très vulnérables chez lesquels les conséquences d'une diarrhée non traitée pourraient menacer le pronostic vital : valvulopathe, grand vieillard avec comorbidités majeures ;
- diarrhée persistante plus de trois jours malgré le traitement symptomatique. Dans ce cas, la probabilité que la cause de la diarrhée soit une infection bactérienne ou parasitaire est élevée.

Les examens complémentaires comportent :

- dans tous les cas :
 - numération-formule sanguine et protéine C-réactive (CRP),
 - coproculture (avec ensemencement de milieux sélectifs pour *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, et, en cas de diarrhée hémorragique, pour *E. coli* O157: H7). À la coproculture, la présence d'*Escherichia coli* non typés, de *Staphylococcus aureus* (pathogène seulement via l'ingestion de toxines) et de *Candida albicans* n'est pas pathogène en soi, témoignant seulement d'un portage sain,
 - examen parasitologique des selles ;
- en cas de diarrhée hémorragique et/ou de syndrome dysentérique, une recto-sigmoïdoscopie (voire une coloscopie si elle est possible) permet de voir les éventuelles lésions muqueuses, et de prélever des biopsies pour analyse histologique et culture bactériologique ;
- en cas de syndrome septicémique une ou plusieurs hémocultures ;

- en cas de déshydratation : ionogramme sanguin (natrémie, kaliémie, réserve alcaline), urémie, créatininémie.

Dès les prélèvements effectués, une antibiothérapie probabiliste est justifiée, couvrant :

- les bactéries pathogènes : ciprofloxacine (un gramme par jour, 3 à 5 jours) ;
- en cas de séjour en zone endémique, l'amibiase (métronidazole : 1,5 g/j pour 10 jours).

L'antibiothérapie sera secondairement adaptée à l'antibiogramme. Lorsqu'une infection intestinale par une bactérie pathogène est identifiée, il convient de la traiter par des antibiotiques pour tenter de raccourcir le temps d'évolution spontanée de l'infection. La ciprofloxacine est efficace sur la plupart des bactéries entéro-pathogènes. Les macrolides constituent l'antibiothérapie de première intention des diarrhées et colites à *Campylobacter*. L'identification d'un parasite pathogène justifie un traitement antiparasitaire spécifique (cf. chapitre 3). En cas de déshydratation, une perfusion hydro-électrolytique adaptée sera mise en place.

3. Cas particuliers

La conduite à tenir en cas de diarrhée aiguë apparue pendant un voyage ou au retour doit prendre en compte l'hypothèse de parasitoses d'importation (en particulier amibiase et cyclospore [cf. item 171 et chapitre 3]).

Les patients recevant une chimiothérapie anticancéreuse sont à risque d'infection à *Clostridium difficile*, même s'ils ne reçoivent pas d'antibiotiques. Une diarrhée aiguë dans les jours suivant une chimiothérapie antimétabolique peut correspondre à la toxicité intestinale des antimétaboliques mais doit être explorée (examens de selles) en cas de fièvre et/ou de neutropénie.

Un contexte de rapports sexuels anaux en présence d'une rectite doit faire évoquer et chercher (écouvillonnage et/ou biopsies rectales, sérologies) une infection par *Herpes simplex virus*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea* et *Treponema pallidum*.

Un patient ayant une infection par le VIH contrôlée par le traitement antiviral et un taux de lymphocytes CD4 > 200/mm³ peut être exploré et traité comme un immuno-compétent. En dessous de 200 CD4/mm³, l'examen parasitologique doit inclure la recherche par techniques spécifiques de *Cryptosporidium* et *Microsporidium*. En dessous de 100 CD4/mm³, les colites à CMV sont possibles et peuvent être diagnostiquées par la mesure de la charge virale du CMV dans le sérum et par endoscopie colique sur des biopsies avec recherche également d'inclusions virales.

Les diarrhées par toxi-infection alimentaire collective (TIAC) se définissent par l'apparition d'au moins 2 cas groupés similaires d'épisodes digestifs dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. Toute TIAC doit faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire départementale (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales [DDASS]) ou à la Direction départementale des services vétérinaires (DDSV) (cf. chapitre 4).

Certains agents infectieux sont particulièrement fréquents chez l'enfant (rotavirus, calicivirus, adénovirus, astrovirus) ou propres à l'enfant (*E. coli* entéro-pathogènes [EPEC]). La diarrhée à *E. coli* entéro-hémorragiques se complique plus volontiers de syndrome hémolytique et urémique chez l'enfant et le sujet âgé.

Au-dessus de 75 ans, la mortalité par diarrhée infectieuse n'est pas négligeable, elle est liée :

- aux accidents de déshydratation pendant la diarrhée ;
- aux conséquences à moyen terme d'une hypoperfusion des organes vitaux pendant la phase de déshydratation responsable d'un pic de mortalité survenant 8–10 jours après le début de la diarrhée alors que celle-ci a souvent disparu ;

- et enfin aux formes graves de colites à *Clostridium difficile* (en particulier dues au nouveau variant du germe, plus agressif, endémique dans le continent américain et maintenant en Europe).

B- Diarrhée des antibiotiques

Plus de 10 % des sujets recevant des antibiotiques ont une modification du transit intestinal. Le plus souvent, il s'agit d'une diarrhée bénigne, apparaissant 3 à 5 jours après le début du traitement, transitoire, vite régressive à l'arrêt de l'antibiothérapie, et ne s'accompagnant pas de fièvre. Cette diarrhée, qui ne nécessite la mise en œuvre d'aucun examen complémentaire, serait due à des modifications métaboliques digestives, dont une diminution de la capacité de fermentation du microbiote du côlon (dysbiose).

Plus rarement (10 % des cas de diarrhée des antibiotiques en dehors d'un contexte nosocomial), la diarrhée est due à l'émergence d'un germe pathogène, *Clostridium difficile* ou, moins souvent, *Klebsiella oxytoca* (diarrhée hémorragique).

La colite pseudo-membraneuse est la forme la plus sévère d'infection liée à *Clostridium difficile* ; elle se manifeste en général par :

- une diarrhée abondante ;
- s'accompagnant de fièvre ;
- et retentissant sur l'état général

Son diagnostic repose sur la mise en évidence :

- du *Clostridium* et de ses toxines dans les selles ;
- et/ou sur la mise en évidence de pseudo-membranes (mottes surélevées jaunâtres, faites en microscopie de fibrine, de leucocytes, de débris tissulaires et de mucus) lors d'une endoscopie recto-colique (fig. 22.3 cahier quadri, planche 6).

La colite hémorragique à *Klebsiella oxytoca* survient brutalement dans les premiers jours d'un traitement par bêta-lactamines ou pristinamycine. Si une coloscopie est réalisée, elle met en évidence des lésions segmentaires muqueuses hémorragiques, avec aspect ischémique en histologie.

Enfin une diarrhée ou une colite sous antibiotiques peut être liée à un autre pathogène intestinal de rencontre (*Salmonella*, etc.), le désordre écologique du microbiote intestinal induit par l'antibiothérapie diminuant la dose infestante des agents pathogènes intestinaux.

Les examens éventuels à demander en cas de diarrhée des antibiotiques sont résumés dans le tableau 22.2.

Tableau 22.2
Examens complémentaires potentiellement nécessaires dans l'exploration d'une diarrhée des antibiotiques

Examens	Contextes cliniques les indiquant
Recherche de toxine A et/ou B de <i>Clostridium difficile</i> (méthode immuno-enzymatique ou PCR ou test de référence par cytotoxicité des selles) ET Recherche de <i>Clostridium difficile</i> par méthode antigénique (glutamate déshydrogénase, [GDH]) ou par culture (ensemencement des selles sur milieu sélectif)	
– D'emblée si diarrhée des antibiotiques accompagnée de fièvre ou de signes physiques faisant évoquer l'existence	

d'une colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux)	
– Secondairement si la diarrhée se prolonge après l'arrêt des antibiotiques	
Coproculture standard comportant la recherche de <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>	
– Diarrhée des antibiotiques avec fièvre ou se prolongeant malgré une recherche négative de <i>Clostridium difficile</i> et de ses toxines	
Recherche de <i>Klebsiella oxytoca</i> par ensemencement des selles sur milieu sélectif	
– Diarrhée hémorragique sous antibiotiques	
Recto-sigmoïdoscopie ou coloscopie	
– Diarrhée hémorragique	
– Signes physiques faisant évoquer l'existence d'une colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux)	

C- Diarrhée aiguë nosocomiale

Une diarrhée aiguë est dite par définition nosocomiale lorsqu'elle survient plus de trois jours après l'admission du patient en milieu hospitalier.

Les facteurs de risque principaux sont l'antibiothérapie, l'âge, la présence d'un voisin de chambre et la durée du séjour.

L'agent infectieux le plus souvent en cause est *Clostridium difficile*, puis viennent les salmonelles, les virus, certains parasites (*Giardia intestinalis*), tous potentiellement responsables de cas sporadiques ou d'infections collectives, véhiculées par l'alimentation (TIAC), de malade à malade, ou par les mains du personnel et/ou l'environnement souillé (surfaces, poignées de portes, combinés de téléphone).

Il faut demander une recherche de *Clostridium difficile* et de ses toxines, une coproculture standard et un examen parasitologique des selles.

À l'échelle d'un établissement, la lutte contre les diarrhées aiguës nosocomiales repose sur le respect des mesures universelles préventives d'hygiène (notamment le lavage des mains avec solutés des hydro-alcooliques), la veille permanente des infections intestinales mises en évidence dans l'établissement (comités ou unités de lutte contre les infections nosocomiales), sur le déclenchement d'enquêtes microbiologiques explicatives et, le cas échéant, sur des mesures d'intervention, en particulier d'hygiène, parfois spécifiques (cas de *Clostridium difficile*).

V. Traitement

A. Mesures thérapeutiques générales

Elles comportent :

- des conseils d'hygiène pour le malade et son entourage (hygiène des mains, absence de partage des objets de toilette et des couverts, désinfection des toilettes) ;
- la compensation des pertes en eau et en sodium. Le volume de liquide à compenser correspond à la perte de poids corporel. Sauf déshydratation sévère et vomissements incoercibles, la restauration hydrosodée doit être tentée *per os*, par des boissons abondantes (eau plate, boissons gazeuses) associées à une alimentation salée (à défaut, biscuits salés ou sachets de sel) et riche en glucose (amidon du riz et des pâtes, saccharose), le transport actif du glucose dans l'entérocyte favorisant l'absorption concomitante hydrosodée. À noter que le Coca-Cola® contient de l'eau et du glucose, mais est presque complètement désodé et ne dispense donc pas d'apports salés. En cas de fortes nausées, la réhydratation doit débuter par des tentatives d'ingestion de petits volumes à intervalles rapprochés. L'enfant et le sujet très âgé ressentent moins la soif que l'adulte. Les compensations des pertes hydro-électrolytiques avec support glucosé peuvent se faire chez eux par les solutions de réhydratation orale du commerce (type Adiaril®) qui contiennent du sodium (50 mmol/L), du glucose, du potassium, du chlore et un agent alcalinisant. Ce sont des sachets à reconstituer dans 200 mL d'eau. Chez le sujet très âgé, il faut administrer la solution sur la base de 1 à 2 litres le premier jour, en alternance avec de l'eau ; dès que la diarrhée régresse, l'utilisation des solutions doit être interrompue, pour éviter le risque secondaire d'inflation hydrosodée (œdèmes, hypertension artérielle) et d'hypernatrémie ;
- des conseils alimentaires : conseiller les boissons abondantes (par exemple bouillon salé) et les repas légers à type de riz. Éviter le lait, les crudités, les fibres, les repas copieux ;
- des ralentisseurs du transit (lopéramide et oxyde de l'opéramide), et antisécrétoires (le racécadotril), certains probiotiques et certains produits inertes (diosmectite) sont efficaces pour réduire la durée de la diarrhée. Les ralentisseurs du transit sont contre-indiqués en cas de diarrhée hémorragique ou associée à une fièvre élevée car ils sont susceptibles d'aggraver les lésions intestinales par réduction de la clairance fécale des agents pathogènes ;
- le traitement des symptômes associés fait appel aux antipyrétiques en cas de fièvre, aux antispasmodiques (phloroglucinol) ou aux antalgiques banals en cas de douleurs spasmodiques, aux anti-émétisants (dompéridone, métoclopramide) en cas de nausées et/ou vomissements (cf. chapitre 11).

B- Traitement d'urgence de la diarrhée

Une hospitalisation en urgence est nécessaire en cas de syndrome septicémique et/ou de déshydratation sévère. Le traitement comporte, après les prélèvements microbiologiques et ceux évaluant les pertes hydro-électrolytiques :

- un traitement antibiotique probabiliste en urgence : ciprofloxacine (1 g par jour, 3 à 5 jours) puis adapté selon le résultat des prélèvements ;
- la compensation par voie intraveineuse des pertes hydro-électrolytiques :
 - hydriques sur la base de la perte de poids,
 - sodées sur la base d'une perte d'environ 50 mmol/L de sodium dans les selles,
 - potassiques si besoin (diarrhée profuse, vomissements associés).

Une alcalinisation (par du bicarbonate 14 ‰) peut être nécessaire, la diarrhée aiguë étant une des causes d'acidose métabolique avec hypokaliémie.

C- Traitement de la diarrhée et des colites des antibiotiques

La plupart des cas de diarrhée bénigne des antibiotiques, liés à une dysbiose ou à une forme mineure d'infection à *Clostridium difficile*, régressent rapidement à l'arrêt de l'antibiothérapie causale.

La diarrhée franche et la colite à *Clostridium difficile* sont traitées en première intention par du métronidazole *per os* (500 mg × 3/j pendant 10 jours). En cas d'échec et/ou de colite sévère, le recours à la vancomycine *per os* (500 mg à 2 g/j en 4 prises orales) est indiqué. En cas d'échec et de menace du pronostic vital, une colectomie en urgence peut être nécessaire.

Environ 20 % des infections à *Clostridium difficile* rechutent, à la faveur ou non d'une nouvelle antibiothérapie, du fait d'une réponse immunitaire insuffisante n'ayant pu aboutir à une élimination définitive du germe. La reprise de l'antibiothérapie (métronidazole ou vancomycine orale) est en général efficace (pas ou peu de résistance acquise). Le risque d'une rechute ultérieure est réduit par la coprescription de *Saccharomyces boulardii*. La fidaxomicine est associée avec un risque de rechute plus faible que la vancomycine. Enfin, dans les formes multirécidivantes, la transplantation de flore doit être envisagée.

Les colites hémorragiques à *Klebsiella oxytoca* régressent en général rapidement à l'arrêt de l'antibiothérapie responsable. Si ce n'est pas le cas, un traitement par quinolones est indiqué.

POINTS CLEFS

- Une diarrhée aiguë se définit par l'évacuation d'au moins 3 selles molles à liquides par jour, de survenue brutale, évoluant depuis moins de 2 semaines.
- Les cas de diarrhée aiguë sont très fréquents (3 millions de cas par an vus en médecine générale en France) et le plus souvent de nature présumée infectieuse. Ils sont pour la plupart bénins, régressant sous traitement symptomatique en moins de 3 jours.
- Des examens biologiques et un traitement antibiotique probabiliste ne sont nécessaires que dans des cas restreints (diarrhée hémorragique, terrain très vulnérable, déshydratation sévère, syndrome septicémique).
- Devant toute diarrhée, il faut rechercher des signes de déshydratation car ils impliquent la gravité de la situation.
- Un syndrome dysentérique avec des évacuations afécales dysentériques témoigne d'une lésion organique colique distale.
- Devant un syndrome dysentérique il faut prescrire numération-formule sanguine, protéine C-réactive, coproculture, examen parasitologique des selles et une recto-sigmoïdoscopie (voire une coloscopie totale).
- Le traitement d'une diarrhée aiguë comporte toujours des recommandations d'hygiène, d'hydratation et d'alimentation, en plus du traitement symptomatique de la diarrhée et des signes digestifs et généraux associés.
- Une diarrhée survenant pendant un traitement antibiotique et dans les 2 mois après son arrêt est par définition une « diarrhée des antibiotiques ».
- La diarrhée des antibiotiques est le plus souvent bénigne, liée à une dysbiose. Plus rarement, il s'agit d'une infection ou d'une colite à *Clostridium difficile*, à traiter en première intention par métronidazole (ou par vancomycine orale en cas de forme

sévère) ou d'une colite à *Klebsiella oxytoca*, habituellement régressive à l'arrêt de l'antibiothérapie.

- La conduite à tenir en cas de diarrhée aiguë apparue pendant un voyage ou au retour doit prendre en compte l'hypothèse de parasitoses (en particulier amibiase).