

Diarrhées du voyageur

Cas cliniques



Pr C. Rapp^{1,2}

¹Ecole du Val de Grâce

²Service des maladies infectieuses et tropicales
Hôpital militaire Bégin



Observation n°1

Un homme de 30 ans, caucasien, consulte aux urgences pour une diarrhée aiguë.

L'interrogatoire révèle qu'il est revenu depuis 60 jours d'un voyage de 3 semaines en Inde avec des séjours chez l'habitant.

Vaccinations avant le départ : DTP, Typhim Vi, Havrix

Absence de chimioprophylaxie antipaludique

Depuis 6 jours, s'est installée une diarrhée (4 à 6 selles liquides par jour) associée à des douleurs abdominales diffuses et des céphalées. La diarrhée s'accompagne de glaire et de sang en quantité modérée.

Examen :

Poids 76 kg (- 3 kg), T = 1,81 m

Température à 38°C, pouls à 80/mn

TA à 120/80 mm Hg

douleur de la fosse iliaque droite, gargouillements, HSM = 0

Reste de l'examen sans anomalie

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Quels examens complémentaires
Demandez vous en urgence pour confirmer
le diagnostic ?

Résultats des examens complémentaires :

NF : 6800 leucocytes dont 70% de polynucléaires neutrophiles,
5 % d'éosinophiles,
25% de lymphocytes

hémoglobine : 13g/100ml,
plaquettes : 234 000/mm³

CRP : 35 mg /L

Créatinine : 80 μ mol/l, Urée 7 mmol/L

Bandelette urinaire : protéine, hématies, leucocytes = 0

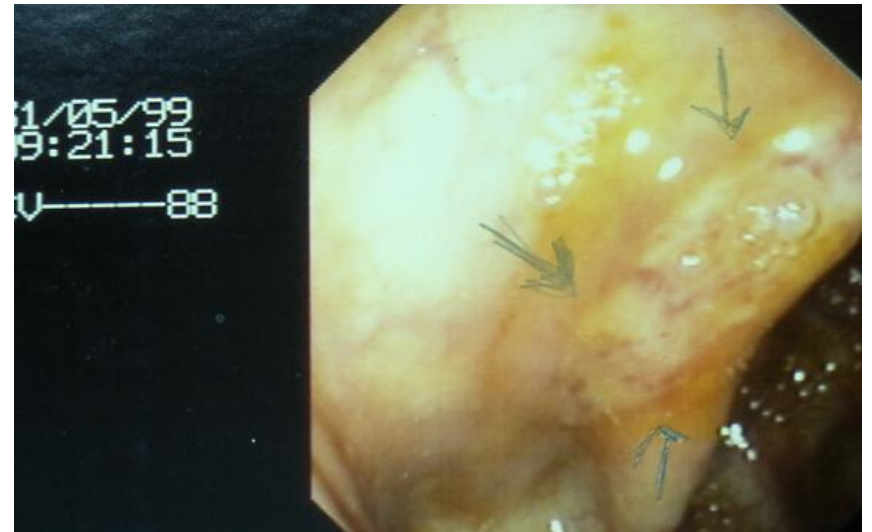
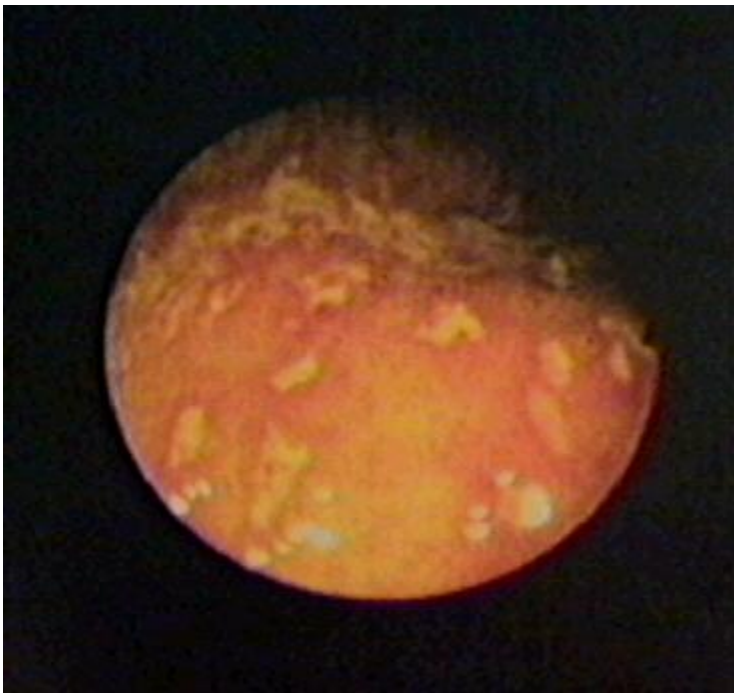
Frottis sanguin : négatif

Coprocultures : leucocytes, absence de germe

KAOP n°1 : négatif

Conduite à tenir ?

Endoscopie colique



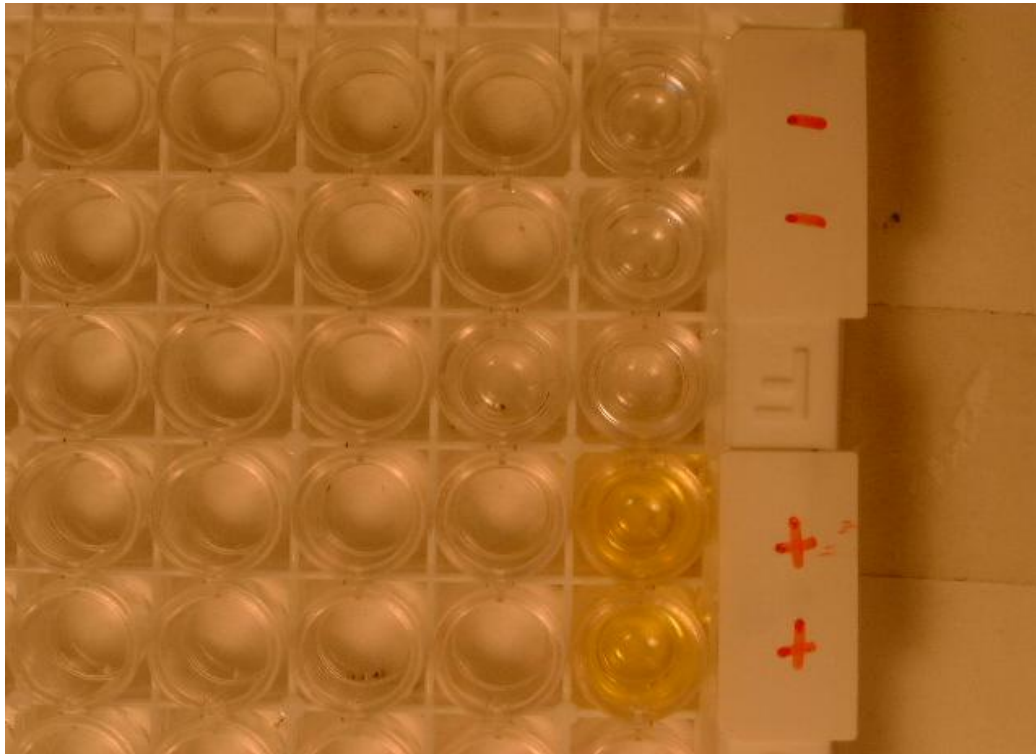
Biopsies



Amoebiose colique en pratique

1. MO **et** Ag parasites
2. Biopsies (Rectosigmoidoscopie)
3. PCR selles
4. Sérologies ? (OMS)

Kit ELISA



Prise en charge thérapeutique ?

Traitement

Amoebicide tissulaire

Métronidazole : Flagyl 500 mg X 3 pdt 7 jours

+

Amoebicide intraluminal

Tilquinol-tilbroquinol : Intétrix , 4 cps par jour
pdt 10 jours

Observation n°2

Un homme de 40 ans, en excellente santé habituelle, se présente aux urgences de l'hôpital en raison de fréquentes diarrhées sanguinolentes, accompagnées de crampes abdominales et d'anorexie, au retour d'un voyage d'un mois au Népal.

Examen clinique :

déshydratation modérée

douleurs abdominales diffuses sans péritonisme

Examens paracliniques :

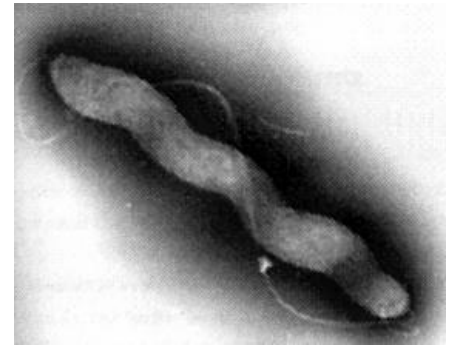
anémie normochrome normocytaire à 117 g/l

hypokaliémie modérée

Coprocultures : *Campylobacter jejuni* résistant à l'acide nalidixique.

Prise en charge thérapeutique ?

Diarrhées à *Campylobacter* spp



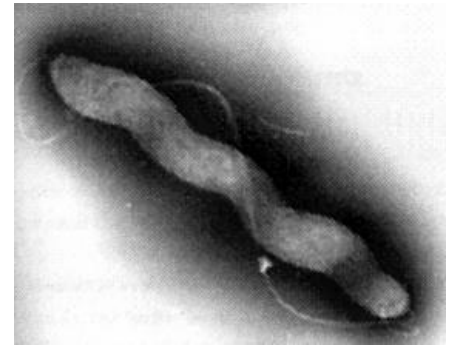
Résistances ++

Multirésistance dont FQ

Asie

Azithromycine 1g DU ou 500 mg pdt 3 jours

Campylobacter jejuni



- Incubation : 4 jours (mais grandes variations)
- Etat grippal puis douleur périombilicale puis diarrhée d'importance variable (souvent sévère)
- Parfois manifestations extra-intestinales
 - Érythème noueux, arthrite réactionnelle, Guillain-Barré (1/1000), forme de maladie lymphoproliférative intestinale (lymphome du MALT)
- Traitement (souvent trop tardif) érythromycine ou néomacrolides (30% de résistance aux quinolones)

L'évolution est rapidement favorable et le patient regagne son domicile au 5^e jour.

Un mois plus tard, sans avoir effectué de nouveaux voyages entre-temps, il se présente à nouveau en consultation en raison d'une diarrhée non fébrile, accompagnée de douleurs abdominales épigastriques.

L'interrogatoire note relève une anorexie, des nausées et 5 à 6 selles jaunâtres, pâteuses quotidiennes.

Examen clinique :

apyrexie

perte de 3 kg

abdomen souple, peu douloureux

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Quels examens complémentaires
Demandez vous pour confirmer
le diagnostic ?

Examens complémentaires :

NFS : Hb 12.5 g/dl, GB 6000 dont 80 % de polynucléaires
éosinophiles 250 /mm³

CRP : 20 mg/L

Na : 140 mmol /L, K⁺ 3.5 mmol/L

Créatininémie : 78 μ mol/L, urée 6.6 mmol/L

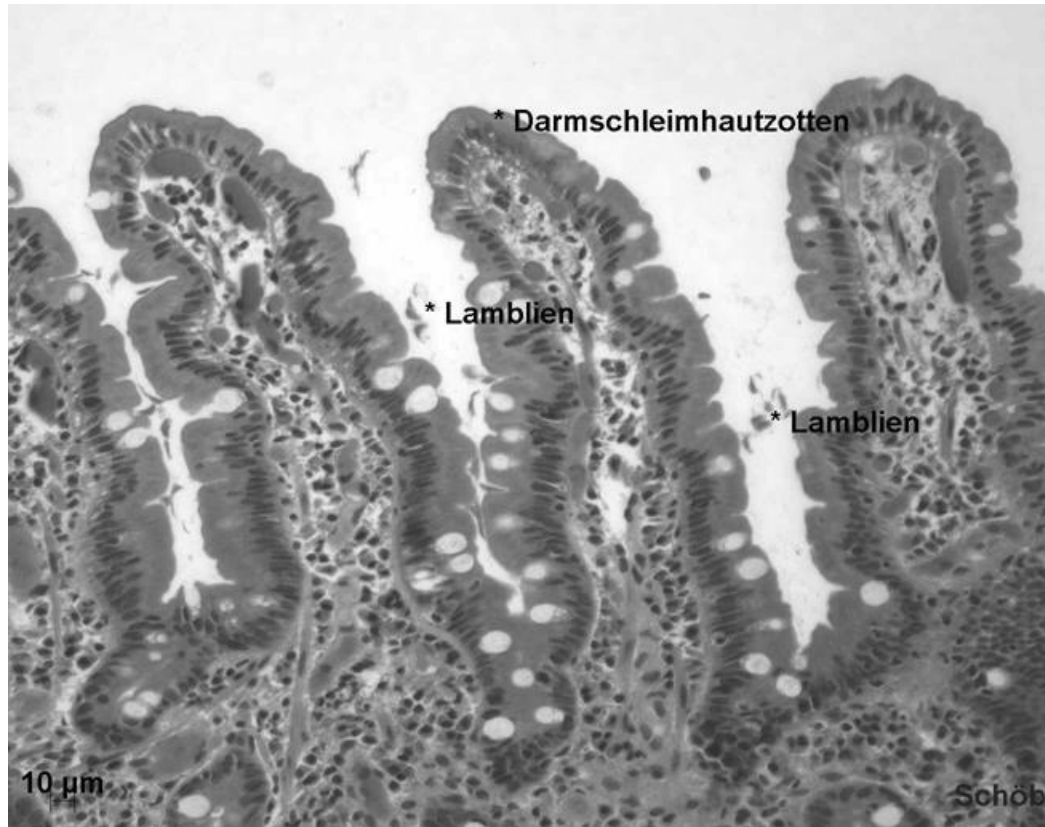
Coprocultures : stériles

Recherche de toxines de *C. difficile* négative

EPS : négatif

Conduite à tenir ?

FOGD + biopsie duodénale



Atrophies villositaires
Trophozoites de Giardia intestinalis

Diagnostic parasitologique

Méthode	sensibilité	Limites
EPS (MO)	67-89 %	opérateur ?
EIA (Ag)	80-96 %	ND
Biopsie duodénale	82-100 %	
Aspiration duodénale	44-83 %	
Sérologie	49-96 %	Ig G ?

Algorithme

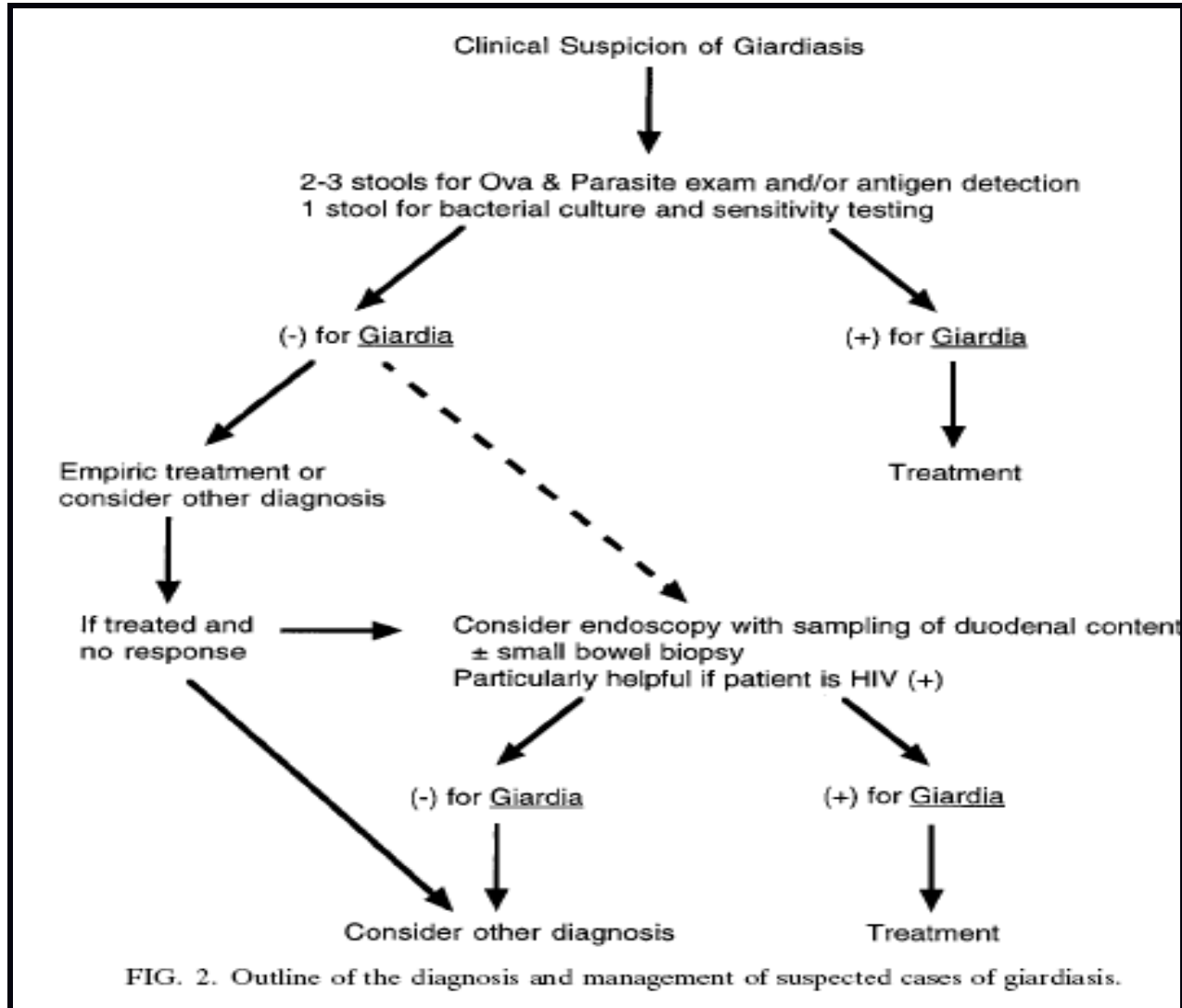


FIG. 2. Outline of the diagnosis and management of suspected cases of giardiasis.

Prise en charge thérapeutique ?

Giardiase-traitement

1^{ère} ligne :

Flagyl® 500 X 2 pdt 5 à 7 jours
2nd cure à J15

Traiter l'entourage familial

Contrôle parasitologique

2nd ligne : Zentel® 400 X 2 X 5 jours

Formes itératives : bithérapie pdt 2 semaines