



# **DIARRHEES INFECTIEUSES**

**Pr HENNI- BOUMAZA**

**Maladies infectieuses**



# **INTRODUCTION**

**Diarrhée :émission de selles liquidiennes et fréquentes , généralement plus de trois selles par jours.**

**Infectieuses : bactéries , virus , parasites ou fongiques MTH**

**Bénigne mais pouvant être grave chez le sujet âgé , le nourrisson et l'immunodéprimé .**

# INTRODUCTION

- Toxi-infections alimentaires collectives (T.I.A.C ) sont à déclaration obligatoire .
- Épidémie , posant des problèmes de logistiques parfois délicats .



# MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

**Mécanismes dépendent de trois facteurs :**

- ✓ L'envahissement pariétal
- ✓ L'atteinte pariétale par les toxines
- ✓ Rôle favorisant des défenses immunitaires locales.

**Quelque soit le mécanisme, la barrière digestive joue une rôle non négligeable .**



# MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

## Mécanisme

**invasif : invasif = Infection**

**toxique =toxi-infection**

**ou mixte.**

# MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

## Mode invasif

- Colon :enzymes protéolytiques= destruction cellulaires épithéliales .
  - Pénétration et multiplication des germes →  
**Destruction des cellules infectées**
- Réaction inflammatoire : érosion superficielle  
ulcérations plus ou moins étendues .

# MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

- ☛ **Selles** : mucus lié à un exudat protéique (selles muqueuses) , lambeaux muqueux nécrosés ,
- ☛ sang , leucocytes .
- ☛ **Elimination aqueuse** : faible liée à un défaut d'absorption colique .

# MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

- ☛ Certains germes invasifs : toxine ce qui aggrave le tableau clinique .
- ☛ Certains germes: passage sanguin responsable de septicémie ou de localisations à distance .

## Mode toxinique

**L' atteinte digestive ,la bactérie n' a pas d'effet cytopathogéne .**

**Barrière gastrique franchie : germes se fixent, à la surface de la muqueuse du gréle ,se multiplient et secrètent une enterotoxine de type exotoxine.**

**Modèle expérimental type est le choléra .**

# MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

**Toxine** : se fixe au niveau du site récepteur spécifique de l'enterocyte.

✓ Stimulation de l'adenyl cyclase membranaire = synthèse accrue de l'A.M.P cyclique.

**L'A.M.P cyclique**: sécrétion accrue

✓ eau et de sodium

✓ réabsorption: eau et sodium n'est pas modifiée  
L'A.M.P en excès inverserait la pompe à sodium membranaire .

# CONSEQUENCES

- déshydratation aiguë liée à la gravité de la diarrhée .
- Fuite hydroéléctrolytique: déshydratation globale d'autant plus rapide qu'il s'agit de jeunes enfants ou de vieillards .

# CONSEQUENCES

- ☛ IRA fonctionnelle
- ☛ La déperdition électrolytique
- ☛ hyponatremie ,
- ☛ hypokaliémie ,
- ☛ hypochlorhydrie,
- ☛ acidose .

# DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Nombreuses causes = diarrhée , il est nécessaire de recueillir les renseignements .  
**Anamnèse** est fondamentale doit préciser
- Circonstances d'apparition
- Signes qui ont précédé ou accompagnés l'épisode actuel :  
fièvre , vomissements ,douleurs abdominales.  
Traitement antibiotique , si oui lequel

# DIAGNOSTIC CLINIQUE

**Collectivité ou cas isolé ?**

**Préciser le repas , le lieu du repas les personnes qui ont partagé le même repas ,.**

**Composition du repas , délai d'apparition des premiers symptômes par rapport au repas suspect .**

**Aspect des selles**

# DIAGNOSTIC CLINIQUE

## Le syndrome dysentérique

### Début progressif

- Selles glairo-sanglante ou muco-purulente
- Epreintes douleurs intense prenant le cadre colique.
- Ténesmes : tension douloureuse du sphincter anal avec une sensation de faux besoins .
- Crachats dysentériques: émission de glaire , de mucus et de sang en faible quantité.

# DIAGNOSTIC CLINIQUE

## Le syndrome entérique ou cholériforme

- ✓ Début brutal
- ✓ Selles profuses aqueuse , eau de riz afécale .Il s'accompagne souvent de vomissements .
- ✓ Déshydratation est fréquente .

# DIAGNOSTIC CLINIQUE

## Signes d'accompagnement

**Déshydratation infra clinique** = perte hydrique < à 5° du poids .

**Déshydratation clinique** : >5 % et < 10% du poids

- plis de déshydratation persistant ,
- hypotonie des globes oculaires une soif intense .

**Déshydratation sévère** ou **choc hypovolémique** >10% TA basse ,le pouls filant ou imprenable , crampes musculaires l' état de conscience reste conservé .

- **La fièvre ou absente .**

# BILAN

**Apprécier : retentissement des pertes hydro électrolytiques :**

- ✓ **Fonction rénale:urée et créatinine sanguine**
- ✓ **signes d'hemo-concentration :NFS**
- ✓ **Troubles électrolytique:ionogramme sanguin**

**Coproculture et examen parasitologique des selles peuvent parfois identifier le germe.**

**Sérologie:terrain**

**Endoscopie**

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

## Shigelloses

- Plusieurs sérotypes : bacilles de Shiga syndrome dysentérique bacillaire grave.
- péril fécal, sporadique ou épidémique Incubation : 36-72 heures ,  
début est brutal
- T° > à 40 °c ,AEG ,
- Diarrhée glairo sanglante , impérieuse fréquente
- 15 selles /J .

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

## Formes cliniques

- ✓ Le portage sain reste fréquent à l'origine des contaminations .
- ✓ Le diagnostic de certitude repose sur la présence de leucocytes dans les selles et la coproculture

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

## Yersinioses

- Maladie: chaîne du froid
- Incubation :1-2 semaines
- *Yersinia enterolitica* et parfois pseudo-tuberculosis
- Evoluant le plus souvent en deux temps et fréquente chez l'enfant .
- Diarrhée fécale , ou glairo- sanglante ,peut fébrile.
- Douleur FID,crise appendiculaire?
- 15 jours après :érythème noueux –arthralgies.

# **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS**

- ✓ Durée: 1-2 semaines sans signes de déshydratation .
- ✓ Diagnostic: coproculture et sérologie

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

## **Campylobacter jejuni**

☞ Enfant :diarrhée banale.

**Salmonelles mineurs:** MTH

☞ Réservoir:homme.Plusieurs sérotypes

☞ Incubation 36-48 heures ,

☞ Diarrhées fécales ,selles jaunâtres ou verdâtres

☞ Gravité : terrain

☞ Diagnostic : coproculture .

☞ VIH ( SIDA ) dénutrition et cachexie importante .

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

## Amibiase colique

- cosmopolite endémo –épidémique en zone tropicale et sub tempérée , liée au péril fécal .
- Reservoir humain ,
- kystes :forme de résistance.
- Touche tous les ages .
- Incubation :2-6 semaines .
- Début progressif .
- Syndrome dysentérique apyrétique

Diagnostic :EPS *Entamoeba histolytica* *histolytica* .

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

✓ **Giardiase**

✓ **Balantidium Coli**

✓ **Cryptosporidiose**

**Parasite opportuniste : diarrhée  
chronique chez le sidéen**

**Cachexie avec dénutrition.**

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: INFECTIONS

## Virales

- ✓ **Rotavirus et les entérovirus : épidémie en collectivité**
- ✓ **Fréquents : nourrisson**
- CMV , les herpes virus simplex**
- et VIH :terrain**

# **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: TOXI- INFECTIONS**

## **Botulisme**

**Diarrhée rare mais manifestations neurologiques aggravent le pronostic.**

## **Staphylocoque**

- ✓ **L'incubation : 2-6 heures  
vomissements et diarrhée**

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE: TOXI-INFECTI0NS

## **Echerichia Coli**

- ✓ Incubation courte < 24 heures
- ✓ Fréquente : enfant .
- ✓ Diarrhée du voyageur ou la tourista
- ✓ Diagnostic : coproculture

# ETIOLOGIES: TOXI- INFECTIONS

- ☞ **Antibiotiques** large spectre
- ☞ **Pénicillines A, lincosamides , cyclines et métronidazole.**
- ☞ **Entérocolite : staphylocoque ,**
- ☞ **Colite ulcéreuse: clostridium difficile**
- ☞ **Colite pseudo- membraneuse ,grave**

# **TRAITEMENT**

## **Moyens**

**Plusieurs solutés de remplissage existent :**

**Solution de Ringer lactate**

**Grosses molécules : dextran**

**Plasmagel**

**Serum bicarbonaté , Serum salé , Sérum glucosé**

**Sel de réhydratation, Electrolytes**

# TRAITEMENT

## Indications

Apprécier l' état de déshydratation

- >5% : déshydratation modérée
- 5-10% : déshydratation clinique
- >10% état de choc
- Formes frustes : pas de déshydratation

# TRAITEMENT

## Déshydratation modérée

- ✓ vomissements + : perfusion  
2 Sérum salé isotonique( SSI ) , 1 sérum glucosé à 5%(SG) , le glucose permet une meilleure absorption du sodium.
- ✓ vomissement - : réhydratation per os sels de réhydratation .

# TRAITEMENT

## Déshydratation clinique

- Abord veineux solide

Quantité perdue: 6 heures reparties comme suit :

- En 15-mn passer 1 litre de liquide (SSI) et en 4-5 heures l'équivalent des pertes .
- Au bout de 6 heures : évaluer

# **TRAITEMENT**

**Phase d' entretien :éviter déhydrations ,**

- quantité à administrer est le totale des pertes**
- Maintenir: voie veineuse ou per os jusqu'à  
disparition des signe cliniques .**

# TRAITEMENT

## Etat de choc

- 10mn : 500 –1000cc de plasmagel
- 10mn : 500cc sérum bicarbonaté
- évalué sur la tension artérielle , le pouls , la coloration de la peau .

## Phase de correction ou de réhydratation :4-6

- Evaluer: diurèse .

## Phase d' entretien :

- Poursuivre la réhydratation jusqu'à arrêt de la diarrhée (48-72 h)

# **TRAITEMENT**

## **Autres possibilité**

- ✓ Enfant : réhydratation moins rapide , car risque d ‘œdème cérébral , donner plus de glucose et de potassium
- ✓ Vieillard ( HTA ,Diabète , cardiopathie )
- ✓ Le traitement antibiotique ne trouve son indication que devant un terrain immunodéprimé ou le sujet âgé .

# Prophylaxie

## Collective

-DO: amibiase ou shigellose ou TIAC

## Individuelle

Hygiène personnelle , hygiène des mains

Javellisation de l'eau par l'addition de deux gouttes / litre d'eau

Lavage des crudités à l' eau javellisée

Javellisation du système de tout à l'égout .

# **CONCLUSION**

**Diarrhée :banale**

**Hygiène**

**TIAC:DO ,problème logistique**

**Prévention**