



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 un rôle non négligeable .

MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Mécanisme

invasif : invasif = Infection

toxinique =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 .**

PHYSIOPATHOLOGIQUES

Mode toxinique

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

Barrière gastrique franchie : germes se fixent, à la surface de la muqueuse du grêle ,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'adényl 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 hydroélectrolytique:
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.
- Ténésmes : 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 $< 5\%$ 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 .

ILAN

B

**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 enterocolitica 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 jéjuni

- **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 hystolitica hystolitica .

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-INFECTIONS

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 meilleur absorption du sodium.
- **vomissement - : réhydratation per os sels de réhydratation .**

TRAITEMENT

Déshydratation clinique

- **Abord veineux solide**

Quantité perdue: 6 heures réparties 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 déshydrations ,

- **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'adition 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