

# Prise en charge ambulatoire de la diarrhée aiguë

Drs CRISTINA BELLINI<sup>a</sup> et ALEXIS DUMOULIN<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1790-4

La diarrhée aiguë est l'une des pathologies les plus fréquentes, que ce soit dans les pays aux ressources limitées ou dans les pays industrialisés. Pour le clinicien, le défi majeur est de savoir quand il faut effectuer des tests diagnostiques, comment les interpréter, et surtout de reconnaître les situations pour lesquelles un traitement antibiotique est nécessaire. Cela permet aussi d'éviter des traitements inutiles, des coûts, des effets secondaires et la sélection de souches résistantes.

## Management of acute diarrhea

Acute diarrhea is one of the most common pathologies in resource-limited, as well as in industrialized countries. For the clinician the major challenge is to know when to perform diagnostic tests, how to interpret them, and particularly to recognize the situations where an antibiotic treatment is recommended. This will also avoid unnecessary treatments, costs, side effects and selection of resistant strains.

## INTRODUCTION

La diarrhée aiguë est l'une des causes les plus fréquentes de consultation en urgence, engendrant une augmentation de la morbidité et des coûts. Si dans les pays industrialisés, la mortalité liée à une diarrhée infectieuse est faible, dans les pays à bas revenus économiques, elle représente la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.<sup>1</sup>

On entend par diarrhée une augmentation de la fréquence des selles à plus de 3 fois par 24 h et une consistance défective ou liquide due à une augmentation en teneur d'eau. Si les symptômes durent moins de 14 jours on parle de diarrhée aiguë, entre 14 et 29 jours de diarrhée persistante, et de diarrhée chronique si sa durée dépasse les 30 jours.<sup>2,3</sup> La présence de sang visible ou de mucus dans les selles, associée ou non à un état fébrile et à des douleurs abdominales, distingue une forme invasive (diarrhée inflammatoire, ou dysenterie en présence de sang dans les selles) d'une diarrhée aqueuse (diarrhée sécrétoire).<sup>2</sup>

La plupart des diarrhées aiguës sont d'origine infectieuse et sont transmises par voie féco-orale, soit par ingestion d'aliments contaminés, soit par le biais des mains contaminées. Les étiologies fréquentes comprennent des virus (dans plus

de 70% des cas chez les enfants, notamment norovirus, également responsables chez les adultes de 50% d'épidémies et de 26% de cas de consultations aux urgences aux Etats-Unis,<sup>3</sup> rotavirus, adénovirus, astrovirus et sapovirus), sinon des bactéries (*Campylobacter* species, *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *Escherichia coli* entérotoxigénique, *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Aeromonas*, *Listeria*, *Yersinia* spp et autres) et des protozoaires (*Cryptosporidium*, *Giardia*, *Cyclospora*, *Microsporidium*, *Entamoeba*).<sup>1,4,5</sup>

Ces diarrhées sont généralement bénignes et se résolvent spontanément avec un traitement symptomatique. Pour le clinicien, il est donc important de reconnaître les situations pour lesquelles il faut effectuer des analyses de selles, comment interpréter les résultats, et finalement savoir dans quelle situation un traitement antibiotique doit être initié. L'algorithme représenté en **figure 1** résume les démarches analytiques et thérapeutiques en fonction des éléments cliniques et anamnestiques.

## ÉVALUATION CLINIQUE, DÉMOGRAPHIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Devant un patient avec une diarrhée aiguë, l'évaluation initiale doit comprendre:

1. une évaluation clinique détaillée des symptômes et de leur sévérité (durée, fréquence et caractéristique des selles, état fébrile, symptômes associés, signes de déshydratation et autres complications) (**tableau 1A**);
2. une saisie des comorbidités, associées à un risque accru de complications (**tableau 1B**);
3. une anamnèse d'exposition (**tableau 1C**).

Ces trois éléments permettent au clinicien de l'orienter dans les possibles étiologies infectieuses (**tableau 2**) et de le guider dans les démarches de diagnostic et traitement.<sup>2,6</sup>

## ANALYSES DES SELLES

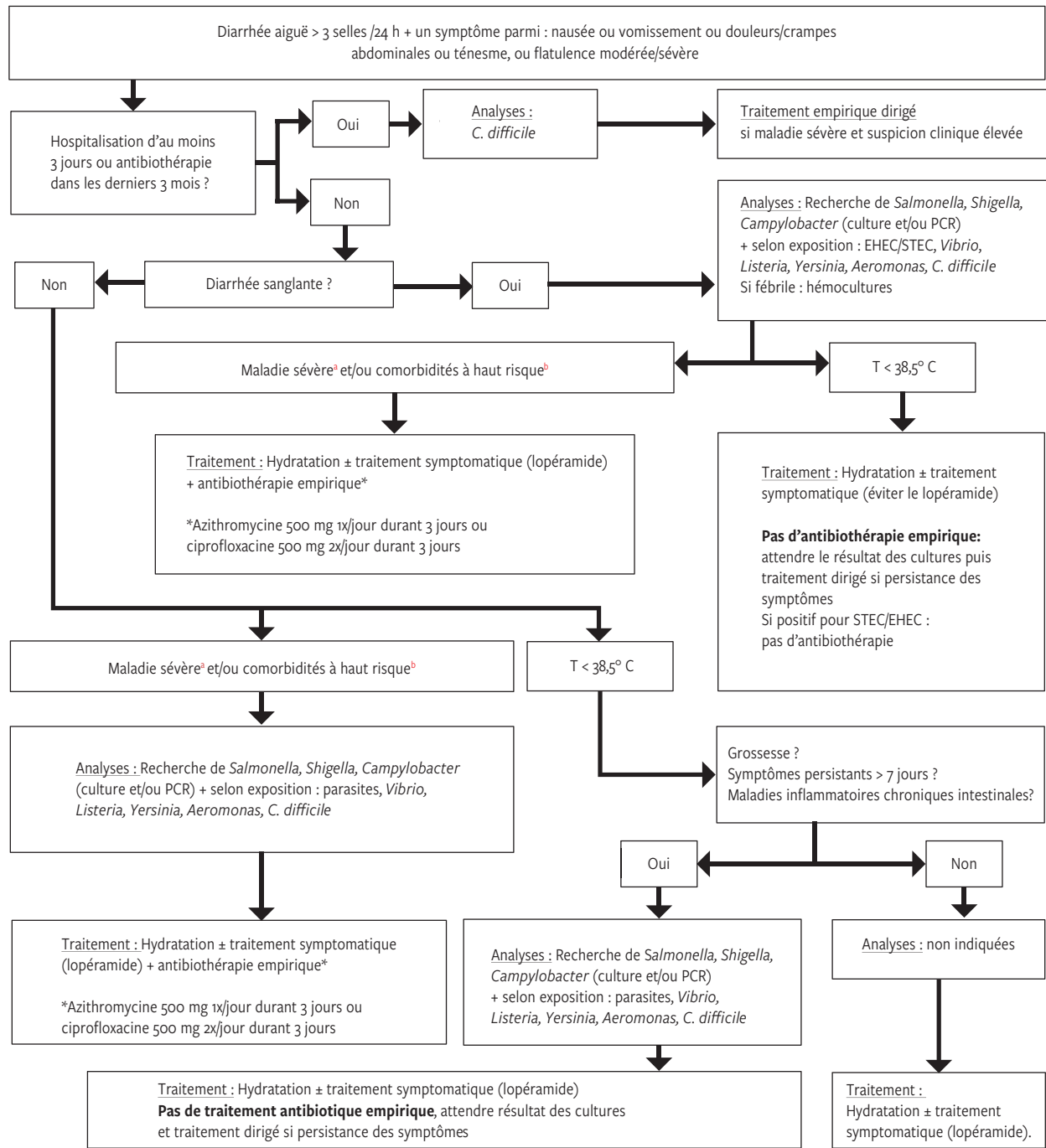
Dans la majorité des cas, pour des patients sans maladie sévère, déterminer la cause précise d'une diarrhée aiguë est coûteux et inutile. La plupart des diarrhées aiguës étant d'origine virale, le rendement des cultures de selles est très faible, avec seulement 1 à 5% d'échantillons positifs.<sup>3,5</sup> L'analyse des selles est à réserver aux patients à haut risque de complications ou lors de signes de gravité, car l'identification du pathogène implique des conséquences thérapeutiques, en particulier:<sup>2,3,5</sup>

1. en présence de signes de sévérité, notamment lors de maladie sévère, température supérieure ou égale à 38,5° C,

<sup>a</sup> Service des maladies infectieuses, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital Riviera-Chablais, Boulevard Paderewski 3, 1800 Vevey, <sup>b</sup> Service des maladies infectieuses, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Avenue du Grand-Champsec 86, 1950 Sion  
cristina.bellini@hopitalrivierachablais.ch | alexis.dumoulin@hopitalvs.ch

**FIG 1** Algorithme d'évaluation d'un patient avec une diarrhée aiguë

<sup>a</sup> Maladie sévère = T ≥ 38,5°C, signes d'hypovolémie, > 6 diarrhées/ 24 h, douleurs abdominales sévères, besoin d'hospitalisation.  
<sup>b</sup> Comorbidité à haut risque = âge > 70 ans, maladies cardiovasculaires, condition d'immunosuppression sévère.



(D'après réf. 2,6).

- en présence de diarrhées aqueuses profuses, de déshydratation, ou de dysenterie, hypotension ou choc (**tableau 1A**);
- 2. en présence de comorbidités à risque de complications, en particulier lors d'immunosuppression, ou chez la personne âgée (**tableau 1B**);
- 3. si la durée des symptômes dépasse 7 jours;
- 4. après exposition aux antibiotiques;
- 5. lors d'investigations d'ordre de santé publique (par exemple

en cas d'épidémie ou de symptômes chez le personnel travaillant en cuisine ou dans un établissement de soins).

**Leucocytes fécaux, lactoferrine ou calprotectine lors de diarrhée aiguë**

Historiquement, la recherche de leucocytes fécaux ou la présence de lactoferrine dans les selles étaient effectuées

## TABLEAU 1

## Evaluation initiale d'un patient avec une diarrhée aiguë

## A. Signes de sévérité clinique

- Diarrhée aqueuse profuse avec > 6 épisodes/24 h et signes de déshydratation: muqueuses sèches, oligurie, tachycardie, hypotension orthostatique ou léthargie
- Diarrhée sanglante ± mucoïde
- Etat fébrile  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$
- Douleurs abdominales sévères, signes de péritonite ou d'iléus
- Nécessité d'hospitalisation

## B. Comorbidités liées à un risque accru de complications

- Traitement immunosuppresseur (traitement oncologique, transplantation)
- Infection VIH avancée avec  $\text{CD4} < 50$  cellules/ml
- Maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
- Grossesse
- Age > 70 ans ou nourrissons
- Maladies cardiovasculaires sévères (risque de décompensation en cas de déshydratation importante)

## C. Anamnèse d'exposition

- Anamnèse alimentaire (type de nourriture, délais entre la prise alimentaire et les symptômes)
- Voyages récents
- Présence de cas secondaires dans l'entourage direct (familiale, garderie, EMS...)
- Hospitalisation de plus de 3 jours au cours des 3 derniers mois
- Traitement antibiotique au cours des 3 derniers mois
- Contacts avec des animaux domestiques (volailles et tortues)
- Anamnèse sexuelle (recherche d'une proctite chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes)

(Adapté des réf. 2,6).

dans le but de guider le clinicien pour effectuer d'autres analyses de selles, notamment la culture. Toutefois, ces paramètres se sont révélés trop imprécis et de fait ils ne sont plus recommandés.<sup>2,6</sup>

Les leucocytes fécaux se dégradent trop rapidement et leur présence dans les selles lors de diarrhée aiguë inflammatoire n'est qu'intermittente.<sup>7</sup> La lactoferrine, bien que plus stable que les leucocytes fécaux, ainsi que la calprotectine, un marqueur d'inflammation intestinale, ne sont de leur côté pas assez spécifiques pour discriminer entre une origine bactérienne et virale.<sup>8,9</sup>

## Coproculture de routine

Cet examen permet d'identifier les pathogènes bactériens les plus communs, soit *Shigella*, *Salmonella* et *Campylobacter*. La recherche d'autres bactéries moins fréquentes et potentiellement pathogènes, par exemple *Aeromonas*, *Plesiomonas* (lors de diarrhée prolongée), *Yersinia* (lors de douleurs abdominales persistantes), *Vibrio* spp (lors de consommation de crustacés crus), *Listeria* (en cas de grossesse), *Escherichia coli* entéro-hémorragique (EHEC/STEC; diarrhée sanglante), *C. difficile* ou d'autres pathogènes comme les virus ou les parasites, doit être spécifiée au laboratoire, car ils requièrent des méthodes particulières qui ne sont pas utilisées de routine. L'obtention du résultat de la culture de selles nécessite 48 à 72 heures.<sup>9</sup>

## Analyses moléculaires (PCR)

De plus en plus de laboratoires remplacent les coprocultures par des PCR multiplex, qui permettent d'identifier le matériel génétique de différents pathogènes (bactéries, virus ou para-

sites) en fonction de la méthode utilisée.<sup>10</sup> La PCR offre l'avantage d'un rendu des résultats plus rapide (quelques heures) et d'une meilleure sensibilité. De plus, la détection moléculaire est moins sujette que la culture à des problèmes préanalytiques (transport, stockage) et permet la détection de microorganismes même s'ils ne sont plus cultivables. Cependant, la PCR détecte tout matériel génétique et ne permet pas de juger du rôle pathogène des organismes détectés. L'interprétation des résultats nécessite de les corrélés avec l'anamnèse et la clinique, car le patient peut être simplement porteur et il n'est pas rare d'avoir des résultats indiquant la présence de plusieurs pathogènes.<sup>3,11</sup> Pour cette raison, un résultat décelant une bactérie pathogène devrait être confirmé par une culture qui en plus permet d'obtenir un antibiogramme. Tout résultat positif ne justifie pas forcément un traitement antibiotique en l'absence des critères de sévérité décrits auparavant.<sup>2,12</sup>

## Nombre d'échantillons

A la différence des parasites qui produisent des œufs par intermittence, les bactéries, les virus et les protozoaires sont excrétés de façon continue. Par conséquent, si l'on suspecte une cause bactérienne, virale ou protozoaire, l'analyse d'un seul échantillon de selles est suffisante.<sup>2,9</sup> Il est important que l'échantillon parvienne rapidement au laboratoire pour l'examen direct à la recherche de parasites.<sup>3</sup>

## IMPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

La mesure la plus importante est le maintien d'une hydratation correcte.<sup>2,6</sup> Les régulateurs du transit (loperamide, 4 mg en dose initiale, puis 2 mg après chaque selle liquide; dose maximale 16 mg par jour pour 2 jours au maximum) peuvent être utilisés chez les patients sans signes de diarrhée invasive (température en dessous de  $38,5^{\circ}\text{C}$ , absence de diarrhée sanglante, sauf si une antibiothérapie est indiquée) et sans colite à *C. difficile* (risque de mégacolon toxique).<sup>4,6</sup>

Un traitement antibiotique n'est que rarement indiqué: bien que celui-ci puisse réduire la durée des symptômes, dans la plupart des cas ce bénéfice est à pondérer avec les effets secondaires, notamment l'élimination de la flore normale, la promotion de la résistance bactérienne, le risque d'infections à *C. difficile* et les coûts.<sup>2,12</sup> Toutefois, la prescription d'une antibiothérapie empirique est recommandée chez les patients présentant des signes de sévérité ou de maladie invasive (tableau 1A) ou en présence de comorbidités à haut risque de complications (tableau 1B).

Le choix de l'antibiotique empirique dépend d'une part de la probabilité du pathogène (tableau 2), et d'autre part des données épidémiologiques d'antibiorésistance locale. En Suisse, les infections à *Campylobacter* spp sont quatre fois plus nombreuses que celles dues à *Salmonella* spp. En 2017, 83,3 cas de campylobactériose pour 100 000 habitants ont été signalés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), versus 17,4 cas de salmonellose pour 100 000 habitants. Parmi ces souches de *Campylobacter* spp, 58% présentaient une résistance à la ciprofloxacine versus 2% envers les macrolides (tableau 3). Des chiffres similaires sont également rapportés ailleurs en Europe.<sup>13</sup> Dans une étude épidémiologique américaine, 60%

**TABLEAU 2**

**Possibles étiologies de diarrhée aiguë infectieuse**

La détermination de l'étiologie se base sur les signes cliniques et les conditions épidémiologiques.

ETEC: *Escherichia coli* entérotoxigène; EIEC: *Escherichia coli* entéroinvasif; EAEC: *Escherichia coli* entéroagregatif; STEC: *Escherichia coli* productrice de shigatoxine; EHEC: *Escherichia coli* entérohémorragique (EHEC et STEC désignent le même type d'*E. coli*); spp.: species.

Élément clinique ou condition	Pathogènes possibles
<b>Origine alimentaire</b>	(Temps d'incubation après ingestion de l'aliment suspect)
• diarrhée aqueuse, ± nausée et vomissement ≤ 24 h	1-6 h Ingestion d'entérotoxine de <i>Staphylococcus aureus</i> ou <i>Bacillus cereus</i> (œufs, salades, viande, aliments préparés)
	8-16 h <i>Clostridium perfringens</i> (viande, volaille, conserves « maison »)
	>16 h Virus entériques (rotavirus, adénovirus, astrovirus, sapovirus, norovirus) (aliments et eau contaminés); <i>Listeria</i> (aliments conservés, aliments transformés, charcuterie, fromage à pâte molle, fruits); ETEC (aliments et eau contaminés); <i>Cyclospora</i> spp (fruits, herbes)
	> 48 h <i>Cryptosporidium parvum</i> (fruits et végétaux, lait non pasteurisé)
• diarrhée sanglante et/ou T ≥ 38,5°C	> 7 j <i>Giardia duodenalis</i> ( <i>lamblia</i> )
	>24 h <i>Campylobacter</i> spp, <i>Salmonella</i> non typhi, <i>Shigella</i> spp (volaille, viande, lait non pasteurisé, œufs, végétaux contaminés); EHEC/STEC (viande, lait non pasteurisé, jus frais, végétaux crus); <i>Vibrio</i> spp, <i>Plesiomonas</i> (crustacés crus)
	> 4 j <i>Yersinia</i> spp (viande de porc); EHEC/STEC (aliments et eau contaminés)
	> 7 j <i>Entamoeba histolytica</i> (aliments et eau contaminés)
<b>Voyages récents</b>	ETEC, EIEC, EAEC (« turista »); <i>Shigella</i> , <i>Salmonella</i> ( <i>typhi</i> et non <i>typhi</i> ), <i>Campylobacter</i> , <i>Vibrio</i> spp; Virus (rotavirus, adénovirus, astrovirus, sapovirus, norovirus); <i>Giardia duodenalis</i> ( <i>lamblia</i> ), <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Cyclospora</i> , <i>Blastocystis</i> , <i>Cyclospora</i> , <i>Cystoisospora</i>
<b>Diarrhées persistantes</b>	<i>Cryptosporidium</i> spp, <i>Giardia duodenalis</i> ( <i>lamblia</i> ), <i>Cyclospora cayentanensis</i> , <i>Cystoisospora belli</i> , <i>Entamoeba histolytica</i>
<b>Rapport sexuel anal</b>	<i>Shigella</i> , <i>E. histolytica</i> , <i>Giardia duodenalis</i> ( <i>lamblia</i> ), <i>Cryptosporidium</i> Infections sexuellement transmissibles ( <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Treponema pallidum</i> )
<b>Grossesse</b>	<i>Listeria</i>
<b>Utilisation d'antibiotiques ou hospitalisation récente</b>	<i>C. difficile</i>
<b>Traitement immunosuppresseur, âge &gt; 70 ans</b>	<i>C. difficile</i> Virus (rotavirus, adénovirus entérique, astrovirus, sapovirus) <i>Listeria</i>
<b>VIH avancé (CD4 &lt; 200/mm<sup>3</sup>), transplantation</b>	<i>Cryptosporidium parvum</i> , microsporidies, <i>Cyclospora</i> (diarrhée chronique), CMV, <i>Mycobacterium avium</i> , <i>Salmonella</i> spp
<b>Contact avec des animaux</b>	<i>Salmonella</i> (non <i>typhi</i> ), <i>Campylobacter</i>
<b>Epidémies</b>	Norovirus, <i>Salmonella</i> non typhi, <i>Campylobacter</i> spp, <i>Shigella</i> spp, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Clostridium perfringens</i> ETEC, EHEC/STEC, <i>Listeria</i> , <i>Cyclospora</i> , <i>Cryptosporidium</i>

(Adapté de réf. 2).

**TABLEAU 3**

**Taux de sensibilité aux antibiotiques des principaux microorganismes impliqués dans les diarrhées aiguës en 2016 en Suisse**

Colonne de gauche (Suisse): données du Centre suisse pour le contrôle de l'antibiorésistance (anresis.ch); colonne de droite (ICH): données du laboratoire de l'Institut Central des Hôpitaux, Sion.

	Taux de sensibilité aux antibiotiques					
	<i>Salmonella</i> spp		<i>Campylobacter</i> spp		<i>Shigella</i> spp	
	Suisse	ICH	Suisse	ICH	Suisse	ICH
<b>Fluoroquinolones</b>	86%	85%	42%	49%	74%	
<b>Aminopénicillines</b>	76%				57%	
<b>Co-trimoxazole</b>	93%	93%			22%	
<b>Erythromycine/ Clarithromycine</b>			98%	98%		
<b>Ceftriaxone</b>		100%				

des souches de *Campylobacter* résistantes aux fluoroquinolones étaient associées à un voyage hors Etats-Unis (cette résistance atteignait 100% pour les patients revenant d'Asie), alors que seulement 13% des souches étaient acquises aux Etats-Unis.<sup>14</sup> En Suisse, la résistance des salmonelles (non typhi) contre les quinolones est de 14% (tableau 3). Elle varie en fonction du continent entre 5% (Europe de l'Ouest) et 19 à 23% (Europe de l'Est, Afrique, Asie).<sup>13</sup> La ceftriaxone reste efficace (tableau 3).

Le tableau 4 résume les recommandations thérapeutiques actuelles, destinées aux patients ayant une infection sévère ou présentant des comorbidités à haut risque de complications. Des infections à salmonelles (hormis *S. typhi* et *S. paratyphi*) et *Campylobacter* évoluent favorablement sans traitement dans la majorité des cas et un résultat d'examen (culture ou PCR) positif n'est pas en soi une indication au traitement. Pour le traitement antibiotique empirique de la diarrhée aiguë acquise en Europe et en Suisse (prédominance de *Campylobacter*), il faudrait favoriser un traitement à base d'azithromycine.<sup>3,12</sup> La ceftriaxone par voie intraveineuse représente une alternative pour les patients à haut risque d'infection par *Shigella* ou *Salmonella*, notamment si acquise en Europe de l'Est, Asie ou Afrique; elle n'est par contre pas efficace contre la plupart des souches de *Campylobacter*.<sup>14</sup>

**CONCLUSION**

Le traitement des diarrhées aiguës vise essentiellement à maintenir ou rétablir l'hydratation. Le traitement antibiotique doit être réservé à des patients sélectionnés, notamment ceux atteints d'une maladie sévère ou les patients immunocompromis. La connaissance des taux d'antibiorésistance aide à réduire le nombre d'échecs thérapeutiques.

La PCR multiplex permet d'identifier rapidement le matériel génétique de plusieurs pathogènes dans les selles. Elle ne permet pas de déterminer leur rôle pathogène et il faut intégrer la corrélation avec la clinique dans l'évaluation. La décision de commencer une antibiothérapie empirique dépendra de la

**TABLEAU 4** Traitement antibiotique lors de diarrhée aiguë

Pathogène	Antibiotique et posologie
<b>Empirique chez les patients sélectionnés</b> (tableau 1A et 1B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azithromycine 500 mg 1 x/jour durant 3 jours ou</li> <li>• Ciprofloxacine 500 mg 2 x/jour (ou 750 mg 1 x/jour) durant 3 jours (contre-indiqué chez la femme enceinte. Attention: taux élevé de souches de <i>Campylobacter</i> résistantes à la ciprofloxacine!)</li> </ul>
<b>Shigellose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azithromycine 500 mg 1 x/jour durant 3 jours ou</li> <li>• Ciprofloxacine 500 mg 2 x/jour (ou 750 mg 1 x/jour) durant 3 jours (contre-indiqué chez la femme enceinte)</li> </ul>
<b>Salmonellose non typhoïde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de traitement lors de maladie non sévère ou sans comorbidités à risque de complications</li> <li>• Pour les patients à risque de complications ou avec maladie sévère:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– ciprofloxacine 500 mg 2 x/jour (ou 750 mg 1 x/jour) durant 7-10 jours (14 jours si immunosuppression) ou</li> <li>– lévofloxacine 500 mg 1 x/jour durant 7-10 jours (14 jours si immunosuppression) ou</li> <li>– ceftriaxone IV 1-2 g durant 7-10 jours (14 jours si immunosuppression)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Bactériémie à salmonelles (y compris fièvre typhoïde)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine 500 mg 2 x/jour durant 7-10 jours ou 750 mg 1 x/jour durant 7-10 jours (14 jours si immunosuppression) ou</li> <li>• Lévofloxacine 500 mg 1 x/jour durant 7-10 jours (14 jours si immunosuppression) ou</li> <li>• Ceftriaxone IV 1-2 g durant 7-10 jours (14 jours si immunosuppression)</li> </ul>
<b>Campylobactériose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azithromycine 500 mg 1 x/jour durant 3 jours ou</li> <li>• Erythromycine 500 mg 4 x/jour durant 5 jours</li> </ul>
<b><i>E. coli</i> EHEC/STEC</b>	<i>Pas de traitement antibiotique</i>
<b>ETEC («tourista»)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients avec fièvre ou dysenterie: azithromycine 1 g dose unique</li> <li>• Patients sans fièvre, sans dysenterie: ciprofloxacine 500 mg 2 x/jour (ou 750 mg 1 x/jour) durant 1-3 jours</li> </ul>
<b><i>Vibrio non cholera</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine 500 mg 2 x/jour (ou 750 mg 1 x/jour) durant 3 jours (contre-indiqué chez la femme enceinte) ou</li> <li>• Azithromycine 500 mg 1x/jour durant 3 jours</li> </ul>
<b><i>Vibrio cholera</i></b>	• Doxycycline 300 mg dose unique
<b>Virus (norovirus, rotavirus, autres virus entériques)</b>	<i>Pas de traitement antibiotique</i>
<b>Giardiase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole 250 mg 3 x/jour durant 5-7 jours ou 500 mg 2 x/jour durant 3 jours</li> </ul>
<b>Amibiase intestinale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole 750 mg 3 x/jour durant 5 jours + paromomycine 25-35 mg/kg/jour en 3 doses quotidiennes durant 7 jours</li> </ul>

(Adapté de réf. 3).

sévérité et de la persistance des symptômes ainsi que des comorbidités associés.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Des examens microbiologiques ne sont indiqués que dans les cas de diarrhée aiguë sévère ou persistante
- Tout résultat positif de PCR doit être corrélé avec la présentation clinique
- Le traitement par antibiotique de diarrhées aiguës n'est indiqué que dans un nombre limité de cas
- Si un traitement antibiotique empirique est jugé nécessaire, son choix doit tenir compte de l'épidémiologie et du taux local des résistances

1 Havelaar AH, Kirk MD, Torgerson PR, et al. World Health Organization Global Estimates and Regional Comparisons of the Burden of Foodborne Disease in 2010. *PLoS Med* 2015;12:e1001923.

2 \*Shane AL, Mody RK, Crump JA, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis* 2017;65:1963-73.

3 DuPont HL. Acute infectious diarrhea in immunocompetent adults. *N Engl J Med* 2014;370:1532-40.

4 Chow CM, Leung AK, Hon KL. Acute gastroenteritis: from guidelines to real life. *Clin Exp Gastroenterol* 2010;3:97-112.

5 Bresee JS, Marcus R, Venezia RA, et al. The etiology of severe acute gastroenteritis among adults visiting emergency departments in the United States. *J Infect Dis* 2012;205:1374-81.

6 \*\*Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *Am J Gastroenterol* 2016;111:602-22.

7 Savola KL, Baron EJ, Tompkins LS, et al. Fecal leukocyte stain has diagnostic value for outpatients but not inpatients. *J Clin Microbiol* 2001;39:266-9.

8 Fine KD, Ogunji F, George J, Niehaus MD, et al. Utility of a rapid fecal latex agglutination test detecting the neutrophil protein, lactoferrin, for diagnosing inflammatory causes of chronic diarrhea. *Am J Gastroenterol*

1998;93:1300-5.

9 Cherkaoui A, Emonet S, Renzi G, et al. Diagnostic de la gastroentérite bactérienne. *Rev Med Suisse* 2015;11:856-61.

10 de Boer RF, Ott A, Keszyti B, et al. Improved detection of five major gastrointestinal pathogens by use of a molecular screening approach. *J Clin Microbiol* 2010;48:4140-6.

11 Cybulski RJ, Bateman AC, Bourassa L, et al. Clinical impact of a multiplex gastrointestinal PCR panel in patients with acute gastroenteritis. *Clin Infect Dis* 2018; epub ahead of print.

12 Zollner-Schwetz I, Krause R. Therapy of acute gastroenteritis: role of antibiotics. *Clin Microbiol Infect* 2015;21:744-9.

13 European Food Safety Authority, European Centre for Disease Prevention and Control. The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2012. *Efsa J* 2014;12(3). Internet: <http://doi.wiley.com/10.2903/j.efs.2014.3590>

14 Ricotta EE, Palmer A, Wymore K, et al. Epidemiology and antimicrobial resistance of international travel-associated *Campylobacter* infections in the United States, 2005–2011. *Am J Public Health* 2014;104:e108-14.

\* à lire

\*\* à lire absolument