

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 13/12/2007

Secrétaire : Dr Bonfils Frédéric

Modérateur : Dr Laborne Philippe

Temps 1 exemples :

- **Problèmes soulevés par le groupe**

- Dossier 1 : A partir de combien de temps de traitement apparaît un syndrome de sevrage aux IRS ? Quoi faire devant un syndrome de sevrage ?
- Dossier 2 : quand modifier un traitement d'HTA sévère ?
- Dossier 3 : Aborder les addictions sans la présence des parents.
- Dossier 4 : glycémie à jeun anormale et HBA1C normale ?
- Dossier 5 : Comment dire non à un patient que l'on connaît bien ?

Question 1 : A partir de combien de jours de traitement par antidépresseur, son arrêt peut-il entraîner un syndrome de sevrage ?

Question 2 : Conduite à tenir devant deux glycémies à jeun supérieures à 1,26 avec une HBA1C normale ?

- **Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe**

Echelle de la dépression d'Hamilton

- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

Prescription de Roacutane sans dosage de Beta HCG

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Dr Barault Caroline

psychiatre

61 boulevard Carnot, Le Vésinet

Dr Carole Sommet

psychiatre comportementaliste

8-10 rue Edouard Belin, Rueil Malmaison, tél. : 01.47.32.19.93

Temps 3

- **synthèse des cas compliqués**
- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- **autres...**

Synthèse des cas compliqués :

Arrêt d'hydrocortisone chez une patiente âgée

Patient fébrile sous anti TNF

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1- Question 1 : Quelles sont les critères d'arrêt d'un traitement antidépresseur ?

Cf annexe 1

2 – Question 2 : Comment renouveler des traitements sur une ordonnance ?

HAS 2006 : renouvellement des traitements chez la personne âgée

AUTRES

Site de térathogénie chez la femme enceinte : www.lecrat.org

Ligacast anatomic de chez Thuasne

Diarrhée du voyageur :le concours médical tome 129 25/26 du 13/12/2007 :cf annexe 3

POUR LA PROCHAINE FOIS

15ème dossier du 13 décembre ou du 14 décembre pour ceux qui ne travaillent pas le 13.

Annexe 1 : **BON USAGE DES MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS ET DES TROUBLES ANXIEUX DE L'ADULTE**

AFSSAPS oct 2006

2.6. ARRET DU TRAITEMENT

• *Modalités d'arrêt*

Au terme d'un traitement bien conduit, il est recommandé d'une part de diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage et d'autre part d'augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement

(Grade A). Le syndrome de sevrage, également appelé syndrome d'arrêt, ne signifie pas que le patient est dépendant aux antidépresseurs.

La période de diminution des posologies sera d'autant plus prolongée que la durée de traitement aura été longue. Elle sera généralement comprise entre 1 et 6 mois (Grade C), par exemple :

- traitement < 1 an : arrêt en quelques semaines, en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière ;
- traitement > 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière.

• *Syndrome de sevrage (ou syndrome d'arrêt)*

Le syndrome de sevrage apparaît dans les jours suivant l'arrêt, rarement au-delà d'une semaine, et dure moins d'une semaine en moyenne.

Les symptômes les plus habituels sont :

- anxiété, irritabilité, tension nerveuse,
- cauchemars et autres troubles du sommeil,
- sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre et autres troubles neuro-sensoriels,
- syndrome pseudo-grippal (rhinorrhée, myalgies, malaise, nausées, vomissements, diarrhée, frissons).

Ces symptômes ne doivent pas être confondus avec les symptômes dépressifs ou anxieux.

Les facteurs de risque de syndrome de sevrage sont : une posologie élevée, une durée de traitement prolongée, un arrêt brutal du traitement, et les caractéristiques pharmacocinétiques du médicament.

La conduite à tenir est de :

- rassurer le patient sur le caractère transitoire de ses symptômes,
- réinstaurer temporairement, si nécessaire, la posologie antérieure d'antidépresseur,
- puis assurer un sevrage du traitement encore plus progressif.

Il est recommandé de revoir le patient à distance de la rémission complète.

Annexe 2 : VIDAL RECOS 2007 P.232

Annexe 3 : Diarrhée du voyageur :le concours médical tome 129 25/26 du 13/12/2007



Diarrhée aiguë pendant et au retour de voyage

Antibiothérapie non systématique

Au cours d'un voyage dans un pays en voie de développement, un Français sur deux peut s'attendre à avoir au moins un épisode de diarrhée aiguë, le plus souvent bactérienne ou parasitaire. Les antibiotiques ne doivent être prescrits que dans certaines situations. L'automédication peut parfois aggraver le tableau clinique.

Jean-Ariel Bronstein*, **Martial Richecœur****,
Katel Rougnand***, **Marie-Pauline Massoure******
* Pr, chef de service de pathologie digestive, HIA, Brest Naval
** Dr, adjoint au chef de service, service de pathologie digestive, HIA, Brest Naval
*** Dr, résident en médecine générale, service de pathologie digestive, HIA, Brest Naval
**** Dr, assistante, service de pathologie digestive, HIA, Brest Naval
ja.bronstein@gmail.com

La diarrhée est le problème de santé qui affecte le plus souvent les voyageurs, et ce quelle que soit la destination. Une diarrhée aiguë est définie par l'émission d'au moins trois selles liquides ou molles par jour depuis moins de quatorze jours. En général, les épisodes de diarrhée du voyageur (DV) ou *tourista* débutent de façon abrupte, pendant le voyage ou peu de temps après le retour. L'évolution est le plus souvent favorable spontanément. L'étiolo-

gie infectieuse est habituelle. Le germe le plus souvent rencontré est *Escherichia coli* entérotoxigène (ETEC). Cependant, il en existe d'autres, nécessitant une prise en charge plus spécifique. La démarche diagnostique s'attachera à déterminer le mécanisme d'action du germe sur la muqueuse digestive, à rechercher des signes d'alerte pour pouvoir proposer des examens microbiologiques orientés et un traitement antibiotique présomptif.

CONNAÎTRE LES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, AINSI QUE LES FACTEURS DE RISQUE

Les principaux déterminants du risque de diarrhée sont le lieu habituel de résidence, la destination, le climat, les modes de vie et de voyage

Jusqu'à 50 % des voyageurs en provenance de pays industrialisés peuvent s'attendre à avoir au moins un épisode de diarrhée aiguë pendant un séjour de deux semaines dans un pays en voie de développement, et 20 % seront confinés au lit pendant une journée. Ces taux restent étonnamment constants depuis un demi-siècle.

Le risque de souffrir de diarrhée du voyageur est variable en fonction de la destination. On décrit 3 types de destinations : régions à risque faible (< 10 %) comprenant l'Europe du Nord, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis d'Amérique, le Canada, Singapour ; régions à risque intermédiaire (10 à 20 %) : Caraïbes, Afrique du Sud, pays du pourtour méditerranéen, y compris Israël ; régions à haut risque (> 30 %) : Asie (sauf Singapour), Afrique (sauf l'Afrique du Sud), Amérique centrale et du Sud, et Mexique.



mise au point

Les taux d'attaque les plus élevés sont retrouvés parmi les campeurs, les adeptes du trekking, les amateurs de safari. Mais paradoxalement, les hôtels chers ne sont pas plus sûrs que des établissements plus économiques.

L'hypochlorhydrie gastrique, par levée de la barrière acide gastrique, accroît le risque de diarrhée du voyageur, notamment à *Salmonella* et à *Campylobacter*. Les états d'immunodépression (sida, corticothérapie, traitement immunosuppresseur, déficit en IgA) sont propices à l'apparition d'une diarrhée. Les résections intestinales, l'existence d'anses borgnes ou la présence de troubles moteurs sont autant de facteurs facilitant la colonisation bactérienne.

GERMES EN CAUSE : PRINCIPALEMENT DES ENTÉROBACTÉRIES

La recherche d'une cause bactérienne ou parasitaire est positive dans 60 à 85 % des cas

Les organismes les plus souvent isolés incluent *Escherichia coli*, surtout la souche ETEC, *C. jejuni*, diverses espèces de *Salmonella* et *Shigella*. Parmi les bactéries plus rarement isolées figurent les espèces *Aeromonas*, *Plesiomonas* et *Yersinia*, ainsi que les vibrions non cholériques, et exceptionnellement *Vibrio cholerae*. *Clostridium difficile* est peu courant, mais cette cause doit néanmoins être envisagée chez les personnes qui prennent de la doxycycline à titre de prophylaxie antipaludéenne ou des antibiotiques pour d'autres raisons.

Bien qu'ils soient rarement isolés, certains parasites peuvent entraîner une diarrhée du voyageur après une période d'incubation jusqu'à une à deux semaines. Il s'agit essentiellement de *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*.

Des virus, notamment le virus de Norwalk et les rotavirus, peuvent aussi provoquer une diarrhée quelques heures après l'exposition.

Du point de vue épidémiologique, on assiste à une augmentation de l'incidence des diarrhées du voyageur à certains *E. coli*

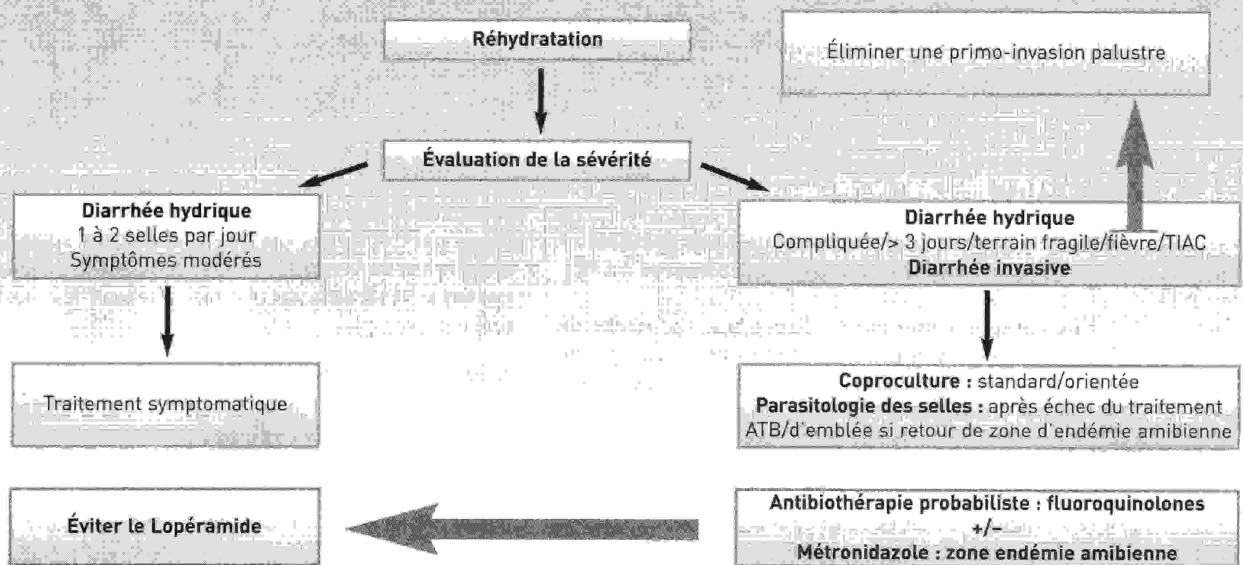
C'est le cas d'*E. coli* entéroagréant (EAEC), associé à la DV dans les pays à hygiène faible. Certains agents pathogènes sont étroitement liés à des régions particulières, comme ETEC en Amérique latine, *C. jejuni* en Asie du Sud-Est et en Afrique du Nord, *V. cholerae* en Inde, au Bangladesh, en Équateur, au Pérou, à Bali, *G. lamblia* dans les régions montagneuses de l'Amérique du Nord, de la Russie (Saint-Petersbourg) et du Népal, *Cryptosporidium parvum* en Russie et *Cyclospora cayentanensis* au Népal. Les fluctuations saisonnières sont également un facteur important : par exemple, la campylobactériose est observée plus souvent en Afrique du Nord et au Mexique au cours des mois d'hiver, et la toxi-infection due à ETEC est une maladie d'été dans ces pays. La résistance aux antibactériens des isolats de bactéries entériques est un problème croissant. La résistance aux fluoroquinolones (FQ) augmente rapidement en Asie du Sud-Est.

CIRCONSTANCES DIAGNOSTIQUES : DEUX TABLEAUX QUI PEUVENT SE CONFONDRE

Une diarrhée hydrique, isolée, évoquant un mécanisme toxinique. Le malade a des vomissements, suivis quelques heures plus tard d'une diarrhée aqueuse d'intensité variable selon les cas. L'apyrexie est habituelle. L'évolution est habituellement favorable en trois jours. Néanmoins, des formes graves peuvent survenir aux âges extrêmes de la vie.

TABLEAU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE DU VOYAGEUR

Produit	Posologie	Commentaire
Lopéramide (Imodium)	4 mg initialement puis 2 mg à chaque selle liquide 16 mg/j maximum	À partir de 2 ans
Racécadotril (Tiorfan)	100 mg × 3 fois par jour avant les repas, pendant au maximum sept jours Chez l'enfant : < 9 kg : Tiorfan 10 mg nourrisson : 1 sachet × 3 fois/j 9 à 13 kg : Tiorfan 10 mg nourrisson : 2 sachets × 3 fois/j 13 à 27 kg : Tiorfan 30 mg enfant : 1 sachet × 3 fois/j > 27 kg : Tiorfan 30 mg enfant : 2 sachets × 3 fois/j	Prescription possible avant 2 ans
Fluoroquinolones (FQ) Ciprofloxacine Norfloxacine Levofloxacine Ofloxacine	750 mg en dose unique – 500 mg × 2/j pendant trois jours 800 mg en dose unique – 400 mg × 2/j pendant trois jours 500 mg en dose unique – 500 mg × 2/j pendant trois jours 400 mg en dose unique – 200 mg × 2/j pendant trois jours	
Azithromycine	1 000 mg en dose unique ou 500 mg/j pendant trois jours 10 mg/kg pendant trois jours chez les enfants	Sans danger pour les enfants Efficace contre <i>Campylobacter</i>



Une diarrhée aiguë avec émissions anormales (sang, glaires). Ce type de diarrhée évoque un mécanisme invasif bactérien ou parasitaire. Dans la forme classique, le malade a de violentes douleurs abdominales, des vomissements et une diarrhée faite de selles muco-sanglantes ou purulentes, réalisant un authentique syndrome dysentérique avec épreintes et ténésme. Une fièvre peut être présente. La prise en charge justifie la réalisation d'explorations complémentaires.

En pratique, la frontière entre mécanisme invasif et mécanisme toxique est souvent difficile à établir cliniquement, certains agents infectieux pouvant réaliser les deux tableaux et des aspects intermédiaires. Une antibiothérapie préalable, prescrite sur place ou par automédication, peut également aboutir à une forme trompeuse. L'interrogatoire, l'examen clinique, les examens biologiques doivent rechercher des lésions muqueuses en faveur d'un mécanisme invasif : diarrhée supérieure à trois jours ; apparition de douleurs abdominales ; manifestations extradiigestives (articulaire, oculaire, cutané) contemporaines orientant vers une infection à *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* ou *Campylobacter* ; apparition d'une fièvre. De véritables diarrhées invasives peuvent ne pas être fébriles, notamment l'amibiase intestinale. En cas de suspicion d'invasion muqueuse, il ne faut pas hésiter à demander la recherche de leucocytes et/ou d'hématies dans les selles qui signent une infection par un germe entéro-invasif (salmonelles, shigelles, *Campylobacter*, *E. histolytica*) ou à germe non invasif, mais dont les toxines sont susceptibles de générer des lésions muqueuses coliques (*C. difficile* toxigène).

RECHERCHER DES SIGNES DE GRAVITÉ IMPLIQUANT UNE HOSPITALISATION EN URGENCE

Certaines situations nécessitent une prise en charge médicochirurgicale urgente.

Le terrain

En l'absence même de signe de gravité clinique, le terrain doit être pris en compte (âges extrêmes de la vie, femme enceinte, immunodéprimés...). Une fièvre au retour d'une zone d'endémie palustre doit toujours faire éliminer une primo-invasion palustre.

Les signes de mégacôlon toxique

En cas de diarrhée glairo-sanglante, une altération de l'état général, l'arrêt des matières et des gaz, l'apparition d'un tympanisme, d'une défense abdominale, l'absence de bruits hydroaériques sont des signes d'alerte. Ils doivent faire évoquer une perforation, une colite hémorragique, une colectasie (dilatation du côlon transverse de plus de 6 cm), éventuellement associées à des signes cliniques (tachycardie > 120 /min ; hyperleucocytose ; hypoalbuminémie > 30 g/L) signant alors un mégacôlon toxique. Ces tableaux s'aggravent avec le temps et sont favorisés par une automédication par Lopéramide.

Une déshydratation

Une déshydratation sévère, surtout observée en cas de diarrhées hydriques abondantes, doit être reconnue et traitée.



mise au point

Le choc septicémique

Le passage de germes entéro-invasifs dans la circulation générale peut être responsable d'une bactériémie, voire d'un choc septicémique, qui imposent un traitement antibiotique à large spectre après la réalisation de prélèvements bactériologiques.

L'ÉTAPE SUIVANTE CONSISTE À RECHERCHER UNE CAUSE

L'analyse bactériologique des selles (sur prélèvements frais ou conservés moins de 12 heures à 4 °C)

Elle comporte un examen direct, une recherche de leucocytes fécaux (qui n'a de valeur que positive), une coloration de Gram, une coproculture sur milieux permettant la croissance de salmonelles, shigelles, *Yersinia*, *Campylobacter* spp. Des milieux de culture spéciaux sont utilisés en cas d'orientation clinique vers une cause particulière. La recherche de toxine A ou B dans les selles sera demandée en cas de suspicion de diarrhée à *Clostridium*. La sensibilité de la coproculture est de l'ordre de 50 %. Le temps nécessaire pour interpréter et remettre un résultat est de l'ordre de 24 à 48 heures. Les sérologies sont inutiles en cas de diarrhée aiguë.

L'examen parasitologique des selles

Il permet la mise en évidence des parasites sous leurs différentes formes : œufs, larves, kystes, formes

végétatives, oocystes, spores, vers, anneaux. Il doit être réalisé sur trois jours consécutifs. Il comprend un examen macroscopique et microscopique direct, et après concentration (ou enrichissement) du prélèvement. L'examen microscopique est le temps essentiel de l'analyse. Il permet de dépister les œufs et larves d'helminthes, les kystes et formes végétatives d'amibes et de flagellés, les coccidies et les spores de microsporidies. Lorsque l'on suspecte une parasitose particulière, la recherche doit être orientée par le contexte clinique, ce qui peut nécessiter des conditions particulières ou des techniques spéciales : recherches de formes végétatives mobiles d'*E. histolytica* sur selles fraîchement émises (moins de deux heures) par exemple.

À qui doit-on proposer un examen microbiologique ?

La plupart des DV étant d'évolution favorable, il n'est pas nécessaire de proposer des examens complémentaires, sauf si l'on est en présence d'une diarrhée invasive, d'une diarrhée cholériforme abondante (> 3 selles par jour) ou mal tolérée, ou supérieure à trois jours, ou fébrile ou survenant sur un terrain particulier, ou en cas de toxi-infection alimentaire collective.

L'examen parasitologique des selles sera indiqué devant une diarrhée invasive au retour d'une zone d'endémie amibienne, en cas d'absence d'amélioration après un traitement antibiotique.

Traitement empirique au cours du voyage

L'automédication est une option envisageable pour un voyageur ayant une diarrhée au cours d'un séjour. Les motivations sont variables : absence de réseau de soins sur place, barrière du langage, souhait de ne pas devenir indisponible au cours d'un voyage d'affaires ou voyage touristique organisé.

Il faut insister sur les éléments suivants :

- une anomalie de la consistance ou de la fréquence des selles n'est pas synonyme de diarrhée aiguë. En effet, le stress, les changements d'habitude alimentaire, l'alcoolisation excessive, les menstruations peuvent altérer le transit. Il faut donc bien expliquer au futur voyageur de ne pas commencer un traitement si les signes fonctionnels ne correspondent pas à une diarrhée aiguë.
- la nécessité de consulter sur place dans les situations suivantes :
 - avant la prise du traitement : présence de signes de gravité (déshydratation sévère, intolérance gastrique majeure, hémorragie digestive importante...);
 - après le traitement présomptif : majoration des

douleurs abdominales, fièvre élevée, rectorragies persistantes, absence d'amélioration à vingt-quatre heures, persistance de la diarrhée après trois à quatre jours.

Le kit de voyage doit comporter :

- un thermomètre ;
- du papier toilette ;
- des comprimés de purification de l'eau : DCCNa (Aquatabs) distribué par Sovedis*, Comprimé effervescent : boîtes de 60 et de 40, sous emballage individuel (ALU/PE/papier) de 10. Ajouter 1 comprimé à 3,5 mg dans 1 litre d'eau claire ou 1 comprimé à 33 mg dans 10 litres d'eau claire. Laisser agir trente minutes avant de consommer. Si l'eau contient des sédiments, sa décantation ou sa filtration est nécessaire préalablement à l'ajout du comprimé. Ne pas avaler les comprimés ;
- des sachets de réhydratation orale ;
- déjà préparés : solution de réhydratation orale comme ceux mis au point par l'OMS, ou les solutés pédiatriques (Adriaryl, Alhydrate...);

- préparés de façon artisanale : eau purifiée (1 litre), sel (5 ml, soit 1 cuillère à café), sucre (40 ml, soit 8 cuillères à café) ;
- un médicament antispasmodique : phloroglucinol (Spasfon-Lyoc) ;
- un médicament antidiarrhéique comme le racécadotril (Tiorfan) : gélule à 100 mg; une gélule d'emblée quel que soit le moment, puis une gélule au début des 3 principaux repas ;
- un antibiotique adapté en fonction du terrain et du lieu de destination :
 - quinolone type Ciprofloxacine (Ciflox) comprimés à 500 mg à la posologie de 500 mg x 2/j pendant trois jours chez l'adulte, ou Azithromycine (Zithromax) comprimés à 250 mg, à la posologie de 500 mg/j en une prise pendant trois jours en cas de séjour en Asie du Sud-Est, chez la femme enceinte ;
 - ou 5-10 mg/kg/j chez l'enfant pendant trois jours.

* Sovedis : 9, avenue d'Arronanches, 94100 Saint-Maur des Fossés, Tél.: 01 49 76 99 30. Fax: 01 43 97 95 33, Site web : <http://www.sovedis-aquatabs.com>

LA DIARRHÉE NE DOIT PAS FORCÉMENT ÊTRE TRAITÉE PAR ANTIBIOTIQUE

Le traitement symptomatique et étiologique a pour but de soulager le patient, de traiter l'infection.

La réhydratation

Les solutions de réhydratation orale sont le plus souvent suffisantes (et de réalisation simple), par exemple : eau purifiée 1 L, sel 5 mg (1 cuillère à thé), sucre 40 mg (8 cuillères à thé). Chez la plupart des adultes atteints de

À NE PAS FAIRE

- Hospitaliser systématiquement une diarrhée du voyageur.
- Proposer systématiquement une antibiothérapie.
- Systematically hospitalizing a recent traveler with diarrhea.
- Systematically prescribing an antibiotic.

À RETENIR

UNE DIARRHÉE DE RETOUR EST LE PLUS SOUVENT SECONDAIRE À ETEC. L'évolution favorable avec un traitement symptomatique est habituelle. En cas de diarrhée de mécanisme imprécis, il faut rechercher des leucocytes ou des hématies dans les selles.

PENSER AU PALUDISME EN CAS DE FIÈVRE. FAIRE UNE COPROCULTURE : s'il s'agit d'une diarrhée invasive ; s'il s'agit d'une diarrhée cholériforme abondante (> 3 selles par jour) ou mal tolérée ou supérieure à trois jours ou fébrile ou survenant sur un terrain particulier, ou en cas de toxoinfection alimentaire collective.

FAIRE UN EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES SUR TROIS JOURS CONSÉCUTIFS : en cas de diarrhée invasive au retour d'une zone d'endémie amibienne ; en cas d'absence d'amélioration après un traitement antibiotique.

LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE NE DOIT PAS ÊTRE SYSTÉMATIQUE. Il repose sur la prescription de fluoroquinolones.

SUMMARY. Diarrhea upon arrival at home of a recent traveler is often caused by ETEC (enterotoxigenic Escherichia coli). Symptomatic treatment generally gives satisfactory results.

If the specific cause of the diarrhea is not clear, red or white blood cells should be sought in the stool.

If fever is present, consider the possibility of malaria. Do a fecal culture in the following cases: invasive diarrhea; frequent choleric diarrhea (more than three stools per day); if the diarrhea causes undue patient suffering; if diarrhea lasts longer than three days; if fever is present; if the patient's general condition is poor or there are other systemic considerations in the case of group toxicoinfection from food.

Order three consecutive days of stool exams for parasites in the following cases: invasive diarrhea upon return from a region in which amebic pathogens are known to be endemic; if there is no improvement after antibiotic treatment.

Antibiotic treatment should not be systematically prescribed. However, when it is prescribed, the drug of choice is one of the fluoroquinolones.

DV non compliquée, l'hydratation peut être réalisée avec des jus en conserve, des boissons gazeuses, de l'eau et des bouillons salés. À l'inverse, des boissons contenant de la caféine, les produits laitiers, le jus de pomme, le jus de prune, le jus d'orange sont susceptibles d'aggraver la diarrhée. Il faut consommer une quantité de liquide qui permette d'éteindre la soif et de maintenir des urines jaune clair.

Les ralentisseurs du transit

Ils sont le plus souvent à la fois sûrs et efficaces. Ils réduisent le nombre des selles d'environ un à deux tiers mais ils ne guérissent pas la diarrhée. Le Lopéramide permet de réduire la durée de 65 % et la sévérité de la DV chez les adultes et les enfants de plus de 2 ans. Il faut toutefois être prudent en cas de diarrhée invasive.

D'autres médicaments, comme le racécadotril (Tiorfan), ont un effet antisécrétoire sur la muqueuse de l'intestin grêle. Il agit en inhibant l'hypersécrétion muqueuse sans ralentir le temps de transit orocœcal ni colique. Il n'induit pas de constipation. Il n'induit pas de mégacolon toxique. Sa tolérance est jugée bonne chez l'enfant et chez l'adulte.

Les antibiotiques (tableau)

Ils ont prouvé leur efficacité dans cette indication. Ils minimisent la sévérité et la durée des symptômes.

Le cotrimoxazole fut l'antibiotique de choix pendant plusieurs années, mais, en raison de la progression de résistances, son utilisation est plus limitée.

Les fluoroquinolones (FQ) ont aussi fait la preuve de leur efficacité, et leur longue demi-vie permet une prise unique ou 2 prises journalières. Elles sont devenues le traitement de choix dans la diarrhée compliquée du voyageur adulte. Elles soulagent et réduisent la durée des symptômes de trois à quatre jours à moins de deux jours. Une simple dose est aussi efficace qu'un traitement de trois jours, sauf en cas de diarrhée invasive pour laquelle un traitement de trois jours est recommandé.

L'azithromycine (AZH) a une bonne activité in vitro contre les entérobactéries ; elle s'est montrée aussi efficace que la ciprofloxacine en cas de diarrhée aiguë à *Campylobacter* ; c'est une alternative dans les zones d'endémie forte à *Campylobacter* résistant aux fluoroquinolones et elle doit être prescrite chez l'enfant. Elle est habituellement bien tolérée, mais n'a pas d'AMM pour la femme enceinte durant le premier trimestre de la grossesse.

En pratique, l'antibiothérapie doit être proposée dans les situations suivantes (*schéma*) : diarrhée hydrique compliquée ; diarrhée durant plus de trois jours ; diarrhée survenant sur un terrain fragile ; diarrhée fébrile ; devant toute diarrhée invasive. ♦

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

413288