



# Turista, la Diarrhée des Voyageurs qui embête les touristes

Dr Mounir Gazzah (Médecin urgentiste)



Photo OMS / A BHATIASEVI

La diarrhée est un motif fréquent de consultations en médecine générale, partout dans le monde. Habituellement bénigne et transitoire ne nécessitant pas de traitement à part l'apport hydrique. Sa cause est infectieuse le plus souvent mais pas toujours. La déshydratation est sa principale complication et peut mettre la vie du patient en jeu. Le recours aux antiseptiques intestinaux et aux antibiotiques est souvent abusif, non seulement inefficaces et coûteux, mais contribuent à l'amplification du problème de résistances de plus en plus constatées. La prévention individuelle et collective est importante puisque la transmission des germes se fait par les mains sales, les mouches, l'eau et les aliments contaminés. L'objectif de cet exposé est une mise au point sur une situation particulière concernant la **diarrhée des voyageurs (ou turista)** en rappelant les critères du diagnostic, les différents syndromes cliniques, les principales étiologies et la conduite thérapeutique en fonction des signes d'alarme. Nous résumons en particulier les recommandations internationales concernant la diarrhée des voyageurs.

## I) Diarrhée, Définition et Différents Syndromes :

Selon l'OMS : «**La diarrhée est l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour**, ou à une fréquence anormale pour l'individu. Elle est généralement le symptôme d'une infection gastro-intestinale, qui peut être due à diverses bactéries, divers virus ou parasites. L'infection se transmet par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés, ou d'une personne à l'autre du fait d'une mauvaise hygiène». **La diarrhée aiguë dure moins de 2 semaines.**

- Chez les enfants, les diarrhées infectieuses virales sont prédominantes, ces sont les principales causes de mortalité infantile dans les pays tropicaux par déshydratation aiguë. Près de 7 millions enfants de moins de 5 ans meurent de diarrhées dans le monde, le plus souvent dans les pays du sud (7).
- Chez l'adulte, les bactéries (le germe lui-même ou sa toxine) sont les plus incriminées dans les diarrhées aiguës.
- Les parasites, lambliaose ou giardiase, sont à rechercher en cas de diarrhée chronique.
- La cause peut être non infectieuse : fonctionnelle, inflammatoire, toxique, tumorale ou endocrinienne.

**Selon l'aspect macroscopique et microscopique des selles et les signes d'accompagnement, on distingue trois syndromes (3) :**

### 1- Syndrome diarrhéique :

Les selles sont liquides mais fécales, non sanglantes, sans glaires, accompagnées de douleurs abdominales, parfois de vomissements, fièvre absente ou peu élevée. À l'examen microscopique direct des selles, il n'y a pas de leucocytes ni de globules rouges (pas d'effraction de la muqueuse intestinale).

Les causes les plus fréquentes sont :

- Les **Rotavirus** chez le nourrisson moins de 3 ans, les **Norovirus** à tout âge.
- Les bactéries sécrétrices d'endotoxines :
  - **Escherichia Coli Entéropathogènes (ECT)**,
  - Le **Staphylocoque** : incubation 1 à 4 heures, douleurs abdominales vives, vomissements, sans fièvre, guérison en moins de 24h,
  - Le **Clostridium perfringens** : principale cause de TIAC par les plats préparés, bénigne en général, rarement entéro-colites nécosantes.
- Un cas particulier, plus grave, est la colite pseudomembraneuse à **Clostridium difficile** qui survient 4 à 9 jours après une prise d'antibiotiques. Diagnostic par endoscopie et examen biologique des selles.

### 2- Syndrome cholériforme :

Les selles sont afécales hydriques et très fréquentes, sans douleurs abdominales, mais avec des vomissements. Elles ne contiennent ni pus ni sang car il n'y a pas d'effraction de la muqueuse mais une sécrétion hydro-électrolytique par la muqueuse sous l'action de toxines (fuite d'eau et des sels). Au microscope : pas de polynucléaires, pas de globules rouges.

Les agents responsables :

- **Escherichia coli entérotoxigènes (ETEC)** : cause la plus fréquente des diarrhées cholériformes chez les voyageurs,
- **Choléra**, contexte d'épidémie, diarrhée profuse «eau de riz» avec vomissements, risque de déshydratation rapide et mortelle,
- **Vibrionaceae** : *Vibrio parahaemolyticus*, *Plesiomonas shigelloïdes* et plusieurs espèces d'**Aeromonas**. La contamination est hydrique : eau souillée, eau de mer, aliments à base de poissons ou fruits de mer.

### 3- Syndrome dysentérique :

Les selles sont glairo-sanglantes accompagnées de ténésme, d'épreintes, de vomissements et parfois de fièvre. La présence de polynucléaires et de globules rouges à l'examen microscopique des selles témoigne d'une effraction de la muqueuse intestinale par des micro-organismes entéro-invasifs.

Les agents responsables :

- **Shigelles** : principales bactéries responsables de dysenteries fébriles,

- **Escherichia Coli Entéro-Invasifs (EIEC)**, provoque des diarrhées sanglantes,
- **Escherichia Coli Entérohémorragiques (EHEC)**, dite «maladie du hamburger», infection rare mais grave, provoquant un syndrome urémique et hémolytique avec thrombopénie, risque d'insuffisance rénale.
- **Salmonelloses non typhoïdiques** sont une cause fréquente de toxi-infection alimentaire collective (TIAC), (œufs, volailles ++).
- **Campylobacter jejuni**, cause fréquente de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans,
- **Yersinia enterocolitica** est plus rarement responsable de dysenterie en milieu tropical qu'en milieu tempéré,
- **Amibiase intestinale** qui entraîne une dysenterie sans fièvre. Rare chez le petit enfant.

## II) Diagnostic et Évaluation Clinique :

L'examen clinique du patient est primordial.

### • Interrogatoire minutieux :

caractéristiques de la diarrhée (fréquence, aspect des selles), signes accompagnateurs (fièvre, douleur abdominale, vomissements), aliments en cause, notion de cas familiaux ou d'épidémie, tares et médicaments en cours.

- Évaluez les **paramètres vitaux**,
- Examen général en recherchant attentivement les signes de **déshydratation** (tableau 2).
- Dépistez le **SEPSIS** par le quick SOFA (qSOFA)
- Recherchez les **signes de choc septique**.

[Voire notre article «Nouvelle définition 2016 de SEPSIS et choc septique» sur le site efurgences]

**Les examens biologiques** ne sont pas systématiques et seront guidés par la clinique et les signes de gravité.

**L'examen direct au laboratoire et la coproculture** se font sur **selles fraîches**, il sont indiqués dans les cas suivants (3)(7) :

- Diarrhée invasive (sang et/ou glaires dans les selles),
- Diarrhée fébrile (fièvre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ),
- Contexte épidémique ou intoxication alimentaire collective TIAC,
- Déshydratation modérée à sévère,
- Contexte particulier : nourrisson, vieillard, immunodépression, patients fragiles ou ayant des tares viscérales,
- Diarrhées hydro-électrolytiques persistant plus de 3 jours malgré le traitement symptomatique bien conduit.

Malgré les investigations les plus modernes, 40 % de diarrhées n'ont pas d'étiologie précise identifiée même par l'utilisation des techniques de PCR (3).

**Pour les voyageurs**, la disponibilité d'un laboratoire conforme aux normes n'est pas garantie dans les zones éloignées. La survenue de diarrhée, au retour d'un pays tropical, avec ou sans fièvre, nécessite des explorations (coproculture, sérologie du paludisme, etc.).

## III) Diarrhée des Voyageurs :

La diarrhée des voyageurs (**traveller's diarrhea** ou **turista**) reste un problème médical fréquent. Elle survient le plus souvent pendant la **première semaine du voyage**. Elle peut toutefois survenir à **n'importe quel moment et jusqu'à 7 à 10 jours après le retour**.

D'autres symptômes y sont souvent associés, tels que des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, du ténésme ou présence de mucus ou de sang dans les selles. Dans 10-30 % des cas, il y aura de la fièvre mais généralement  $< 38,5^{\circ}\text{C}$ . (5).

La diarrhée des voyageurs est la pathologie la plus fréquente chez les voyageurs de pays industrialisés se rendant dans une région tropicale ou subtropicale.

Les destinations à risque élevé sont dans la majeure partie de l'Asie (à l'exception du Japon) ainsi que du Moyen-Orient, d'Afrique, du Mexique et de l'Amérique centrale et du Sud (2). D'autres pays comme celles du bassin méditerranéen sont considérés à risque moyen (4). L'incidence est estimée entre 30 à 50% (4)(6)(7).

Elle est d'origine infectieuse le plus souvent, bactérienne dans 80% des cas et rarement norovirus (7). La cause demeure parfois indéterminée (5).

Tableau 1. Pathogénie, durée d'incubation et mode de contamination des bactéries responsables de diarrhée

Bactérie	Pathogénie	Incubation	Contamination
<i>E. coli</i>	Entéro-invasion ou toxine	3 h à 9 j	Eau, aliments
Salmonelles	Entéro-invasion	8-24 h	Eau, aliments, porteurs
Shigelles	Entéro-invasion et entérotoxine	7-120 h	Eau, aliments, porteurs
<i>Staphylococcus aureus</i>	Entérotoxine (souches III et IV)	2-4 h	Aliments, porteurs
<i>Bacillus cereus</i>	Entérotoxine	8-20 h	Aliments
<i>Vibrio cholerae</i>	Entérotoxine	2-3 j	Eau, aliments, porteurs
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Entéro-invasion et entérotoxine	12-18 h	Coquillages, fruits de mer
<i>Aeromonas hydrophila</i>	Entérotoxine	12-18 h	Eau, aliments
<i>Clostridium perfringens</i>	Entérotoxine	8-12 h	Aliments
<i>Clostridium botulinum</i>	Toxines neurotropes	2-48 h	Aliments
<i>Clostridium difficile</i>	Entérotoxine	*	Prise d'antibiotiques
<i>Campylobacters</i>	Entéro-invasion	12-36 h	Aliments
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Entéro-invasion	1 à 3 j	Eau, aliments

\* La diarrhée survient 4 à 9 jours après le début de la prise des antibiotiques

D'après CMIT ePILLY trop 2016

Tableau 2. Bilan d'hydratation. D'après CMIT ePILLY trop 2016

	Non déshydraté	Déshydratation modérée	Déshydratation sévère
État général	Normal Conscience normale	Agité, irritable	Apathique Parfois inconscient
Hydratation intracellulaire	Yeux normaux Larmes Bouche, langue humides Boit normalement	Yeux enfoncés Absence de larmes Bouche, langue sèches Assoiffé	Yeux excavés et secs Absence de larmes Bouche, langue très sèches Boit avec difficulté
Hydratation extracellulaire	Effacement rapide du pli cutané	Effacement lent du pli cutané	Persistance prolongée du pli cutané
Vomissements	Absents	Absents ou modérés	Importants
État cardiovasculaire	Pouls et TA normaux	Pouls rapide mais prenable, TA conservée	Pouls filant, hypoTA
Perte de poids	< 5 %	5-8 %	> 8 %



Les aliments les plus à risque sont par ordre décroissant : fruits de mer, poissons et viandes mal cuits, plats préparés consommés froids, glaces artisanales, crudités, fruits déjà épluchés, lait et produits laitiers, aliments avec traces de moisissure, eau du robinet, boissons non encapsulées (1).

La turista est généralement bénigne et ne dure que 1 à 3 jours mais elle peut gâcher le séjour d'un touriste ou d'un homme d'affaire. On observe parfois des cas sévères chez les terrains particuliers :

- **Personnes à risque** : nourrisson, vieillard, grossesse, diabète, HIV, corticothérapie, drépanocytose, insuffisance cardiaque, ...etc.
- **Patients sous IPP ou anti acides** : l'acidité gastrique est un moyen de défense contre l'invasion d'agents pathogènes

#### IV) Traitement de la Diarrhée des Voyageurs :

Du fait de la situation particulière, plusieurs organismes dans les pays occidentaux ont rédigés des recommandations pour les voyageurs et les professionnels de santé. Ces consignes sont révisées annuellement selon les données épidémiologiques. Il existe même des protocoles d'automédication dans les conditions exceptionnelles : voyage en avion à long courrier, croisière maritime ou dans les zones tropicales isolées. Ces protocoles doivent être connus par les médecins afin de donner conseil aux patients avant leur départ ou prendre en charge une affection au retour d'un voyage (tourisme, séjour ou pèlerinage). **L'auto-traitement est autorisé durant le voyage et seulement lorsqu'une consultation n'est pas possible. Il faut dans tous les cas avoir un avis médical dans les 48 heures.**

Le traitement en prophylaxie n'est pas recommandé même pour les sujets à risque.

##### 1- Réhydratation :

**Le traitement primordial des diarrhées est l'eau** pour l'adulte et les sels de réhydratation orale (SRO) type OMS pour les enfants. En principe 10 ml de SRO par kg de poids corporel après chaque selle liquide (8). La déshydratation sévère impose une perfusion par voie veineuse périphérique avec les solutés salins isotoniques comme le **RINGER LACTATE** ou le **NaCl 0,9%**.

##### 2- Régime alimentaire :

L'allaitement ne doit pas être interrompu chez le nourrisson. Conseillez les aliments faciles à digérer, les potages à la carotte, le riz, les légumes bouillis comme la pomme de terre.

##### 3- Traitement symptomatique :

Les vomissements empêchent l'hydratation orale et nécessitent un traitement. Les douleurs abdominales sont parfois violentes, à juguler par les antispasmodiques, en tenant compte des contre-indications et des effets indésirables des anticholinergiques (type **BUSCOPAN®**). La fièvre est à traiter si elle dépasse 38,5°C.

##### 4- Inhibiteurs du transit intestinal et anti sécrétoires :

Ces médicaments sont à utiliser **avec précautions**, jamais dans les diarrhées avec glaires ou sang ou fièvre.

- **Le Lopéramide (IMODIUM®)** : freinateur de la motilité intestinale. Des études ont démontré l'efficacité et l'absence de risque dans la diarrhée du voyageur (9). Plusieurs auteurs le préconisent (1)(4)(5).

Contre-indications : dysenteries, nourrissons moins de 2 ans. Déconseillé avant l'âge de 6 ans.

Adultes : 2 gélules de 2 mg, puis 1 gélule après chaque selle molle. La dose maximale est de 8 gélules par 24 heures selon la notice mais il est prudent de ne pas dépasser 4 gélules par jour. L'effet secondaire le plus fréquent est la constipation.

Enfant : sirop, dose en fonction du poids.

Durée maximale du traitement : 2 jours

- **Les anti-sécrétoires Racécadotril (TIOFAN®)(TIOFIX®)** peuvent être utilisés (1)(6)(9) mais non étudiés dans ce contexte. Déconseillés si grossesse ou allaitement. Adulte : gélule 100 mg x 3 par jour – Enfant : sachet 30 mg – Nourrisson > 3 mois : sachet 10 mg.

- **Le diphénoxylate (DIARSED®)(LOMOTIL®)** est déconseillé (5). C'est un opioïde retiré de vente dans plusieurs pays.

##### 5- Probiotiques :

Ces sont des «micro-organismes vivants qui, lorsqu'ils sont ingérés en quantité suffisante, exercent des effets positifs sur la santé, au-delà des effets nutritionnels traditionnels». Les *Saccharomyces boulardii* dans la spécialité **ULTRA-LEVURE®**, *Lactobacillus fermentum* et *Lactobacillus delbrueckii* dans la spécialité **LACTÉOL®** sont proposés dans le traitement de la diarrhée (5)(6) sans arguments scientifiques indéniables.

##### 6- Antiseptiques intestinaux :

- L'intérêt des antiseptiques intestinaux comme le **Nifuroxazide (ERCEFURYL®)** n'a pas été démontré (1). En cas d'infection bactérienne, le recours aux antibiotiques est préférable lorsqu'il y a nécessité.

- **Rifaximine (NORMIX®)** est un agent antimicrobien à large spectre agissant localement au niveau du tractus gastro-intestinal. On le considère sécuritaire puisqu'il est très peu absorbé au niveau systémique. Son efficacité est cependant réduite contre les bactéries entéro-invasives telles que *Shigella*, *Salmonella*, et *Campylobacter*. Certains auteurs (1)(3)(5) préconisent la **Rifaximine** pour la diarrhée estivale et des voyageurs. Ce médicament n'est pas en vente dans certains pays.

Adultes : 2 comprimés à 200 mg, 3 fois par jour - Enfants de 6 à 12 ans : 1 comprimé x 3 par jour - Enfants > 2 ans : suspension orale 5 ml toutes les 6 heures.

**Précautions** : Tous les antiseptiques intestinaux sont contre-indiqués chez le nourrisson et déconseillés durant la grossesse. La durée du traitement est de 3 jours.

##### 7- Pansements intestinaux :

Les argiles comme l'Attapulgit ou la Smectite (**SMECTA®**) raffermissent un peu les selles sans modifier la durée des symptômes ni empêcher une aggravation. Il n'y a pas de preuve de leur efficacité.

## 8- Antibiotiques :

**En principe, l'antibiothérapie doit être bien mesurée.** L'utilisation abusive d'antibiotiques soulève de sérieuses inquiétudes à cause de la résistance bactérienne de plus en plus fréquente.

L'indication est justifiée dans les **diarrhées dysentériques** (glaires, pus, sang, fièvre > 38,5°) et surtout lorsque le **terrain est à risque** (voir plus haut), très rarement dans les autres cas **si signes de gravité**.

**En l'absence de possibilités de consultation rapide et de diagnostic étiologique**, une antibiothérapie **probabiliste** est instaurée :

- **En pédiatrie (4)(6)(5)(8) :**

**AZITHROMYCINE (ZITHROMAX®)** 10-20 mg/kg/jour en prise unique x 3 jours.

Ou dans les cas cliniques sévères **CIPROFLOXACINE** 5-10 mg/kg/12 h x 3 jours.

- **Chez l'adulte (3)(4)(5)(6) :**

Fluoroquinolone **CIPROFLOXACINE (CIPRO®)** ou **OFLOXACINE (OFLOCET®)** ou un macrolide **AZITHROMYCINE (ZITHROMAX®)**.

Partout sauf en Asie, la préférence sera donnée à une fluoroquinolone.

En Asie, en raison d'un niveau élevé de résistance des Shigelles, des Salmonelles et de Campylobacter aux fluoroquinolones : l'azithromycine est indiqué en première intention.

### Précautions à connaître :

- Les Fluoroquinolones sont contre indiquées chez la femme enceinte et chez l'enfant et l'adolescent < 18 ans SAUF si indications formelles et si prescription par un médecin expérimenté. Leurs effets indésirables sont la tendinite et la rupture tendineuse (sportifs, sujets âgés ++ ) et l'allongement de l'espace QT à l'ECG exposant aux troubles du rythme cardiaque (torsades de pointes) chez les sujets prédisposés.
- Le macrolide Azithromycine expose aussi à l'allongement de l'espace QT et aux torsades de pointes.

Le patient doit être informé de ces risques et doit éviter l'automédication autant que possible.

Schémas posologiques des antibiotiques recommandés pour les formes cliniques moyennes ou sévères de diarrhées du voyageur chez l'adulte et chez l'enfant (remarque : la posologie quotidienne de l'enfant ne doit pas dépasser la dose adulte) D'après INVS (6)		
Antibiotiques (voie orale)	Adulte (Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale)	Enfant (Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte)
<b>FLUOROQUINOLONES</b>		
<b>OFLOXACINE</b>	200 mg x 2/jour, pendant 1 à 5 jours selon sévérité	-----
<b>CIPROFLOXACINE</b>	500 mg x 2/jour, pendant 1 à 5 jours selon sévérité	10 à 15 mg/kg deux fois par jour, pendant 3 jours (hors-AMM)
<b>MACROLIDE</b>		
<b>AZITHROMYCINE</b> (hors-AMM)	500 mg x 1/jour, pendant 3 jours	20 mg/kg/jour, en 1 prise quotidienne, pendant 3 jours

### Références Bibliographiques :

1. BRUNO MARCHOU : Diarrhées du voyageur : épidémiologie, prévention et conduite à tenir. Presse Med. 2013; 42: 76–81
2. CDC (Centers for Disease Control and prevention) : Travelers Diarrhea – (en ligne)  
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea>
3. CMIT (Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales) : Diarrhées infectieuses, (chapitre 6). ePILLY trop 2016, Maladies infectieuses tropicales. Éditions Alinéa Plus
4. INSTITUT DE MÉDECINE TROPICALE, BELGIQUE : MEDASSO HEADLINES Conseils de santé pour voyageurs édition 2016-2017 (en PDF)  
<http://www.itg.be/Files/docs/Reisgeneeskunde/Medasso2016-2017-fr.pdf>
5. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE QUÉBEC : Diarrhée des voyageurs (en ligne site INSPQ)  
<https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/risques/diarrhee-des-voyageurs>
6. INVS : Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2017. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire BEH 6 juin 2017, p1-61 (disponible site [invs.santepubliquefrance.fr](http://invs.santepubliquefrance.fr))
7. PIERRE AUBRY et col. : Diarrhées infectieuses, actualités 2016. Cours de médecine tropicale (en PDF)  
[http://medecinetropicale.free.fr/cours/diarrhees\\_infectieuses.pdf](http://medecinetropicale.free.fr/cours/diarrhees_infectieuses.pdf)
8. SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE : Note d'explications sur la prescription antipaludique et le traitement probabiliste en cas de diarrhée en voyage à l'attention des pédiatres et des médecins 2017 (en PDF)  
[http://gpt.sfpediatrie.com/sites/default/files/u12549/note\\_medecins\\_enfants\\_voyageurs\\_gptrop\\_2017.pdf7](http://gpt.sfpediatrie.com/sites/default/files/u12549/note_medecins_enfants_voyageurs_gptrop_2017.pdf7)
9. TINJA LÄÄVERI : Systematic review of loperamide. No proof of antibiotics being superior to loperamide in treatment of mild/moderate travellers diarrhea. Travel Medicine and Infectious Disease (2016), Vol. 14, Issue 4, p299–312

### AUTRES DOCUMENTS EN LIAISON :

- Livre Mémento médicaments de l'urgence (chapitre 17 Gastro-entérologie) <http://www.efurgences.net/publication/livre.html>
- Nouvelle définition 2016 de SEPSIS et choc septique <http://www.efurgences.net/se-documenter/consensus/33-nouvelle-definition-2016-de-sepsis-et-choc-septique.html>



### Publications e Formation en médecine d'urgence

Dr Mounir Gazzah – [www.efurgences.net](http://www.efurgences.net)

©2017 Tout droit réservé