

Selles de l'eau de riz ne font pas rire

Diarrhées inhabituelles au retour de voyage

Aline Blanc Raschle^a, Serge de Vallière^{a,b}, Guy Prod'hom^c, Gilbert Greub^c, Baptiste Pedrazzini^a

^a Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

^b Service de Maladies infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

^c Institut de microbiologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Contexte

Nous présentons un cas vu aux urgences ambulatoires de la Policlinique Médicale Universitaire à Lausanne.

Rapport de cas

Anamnèse

Patient de 78 ans qui consulte aux urgences pour des diarrhées depuis une semaine. Les premiers symptômes sont apparus lors d'un voyage à Cuba environ 10 jours après son arrivée sur place. Il présente alors des diarrhées aqueuses, profuses, sans douleurs abdominales. Il reporte un épisode de nausées avec vomissement alimentaire et il n'a pas présenté d'état fébrile. Il signale une perte de poids d'environ 6 kg depuis le début des symptômes.

Il est en bonne santé habituelle et ne prend pas de traitement. Il n'a pas effectué de vaccination ou de prophylaxie particulière avant le voyage et ne décrit pas de prise d'antibiotique avant l'apparition des symptômes. Il a consulté une première fois immédiatement au retour du voyage. Un traitement symptomatique a alors été introduit avec peu d'effet sur les diarrhées qui sont estimées à environ dix épisodes par 24 heures lors de la consultation.

Status

A l'examen clinique, le patient est en état général conservé, les constantes sont stables et il est afebrile. L'examen abdominal révèle des bruits augmentés en fréquence, un abdomen souple et indolore à la palpation et l'absence d'hépatosplénomégalie. Le status cardio-pulmonaire est dans la norme.

Résultats

Les examens de laboratoire montrent une insuffisance rénale avec une créatinine mesurée à 265 µmol/l (GFR 20 ml/min), une légère hypokaliémie à 3,3 mmol/l et un syndrome inflammatoire modéré avec une CRP à 63 mg/l. La formule sanguine est dans la norme, sans anémie, leucocytose ou thrombopénie. Il n'y a pas de

perturbation des tests hépatiques. Une mise en culture de selles est réalisée pour la recherche des entéropathogènes habituels: *Campylobacter*, *Salmonella* et *Shigella*. La recherche revient négative pour ces germes. Toutefois, après 24 heures de culture, un germe oxydase positif croît sur la gélose de MacConkey et une identification est débutée pour rechercher un germe potentiellement pathogène oxydase positif parmi les genres suivants: *Aeromonas*, *Plesiomonas* ou *Vibrio*.

Diagnostic différentiel

Le patient présente donc des diarrhées au retour de voyage apparues depuis environ une semaine associées à une déshydratation importante avec une insuffisance rénale d'origine pré-rénale, une hypokaliémie et un syndrome inflammatoire modéré. Il n'a pas d'autre symptôme associé et le traitement symptomatique mis en place n'a que peu amélioré les symptômes. Dans le diagnostic différentiel, nous pensons en premier lieu à des diarrhées d'origine infectieuse au retour de voyage, bactériennes ou virales. Une hépatite semble exclue avec des tests hépatiques dans la norme, un *Clostridium difficile* semble peu probable au vu de l'absence de prise d'antibiotiques. La culture de selles effectuée se positive pour *Vibrio cholerae* serovar O1 biovar El Tor.

Diagnostic

Infection modérée à *Vibrio cholerae*.

Evolution

L'évolution est rapidement favorable avec une hydratation et une substitution potassique. Le patient reçoit également un traitement de ciprofloxacine puis doxycycline en doses uniques.

Discussion

Le choléra est une infection causée par une bactérie Gram-négative, *Vibrio cholerae*, provoquant des diarrhées aiguës qui peuvent entraîner en quelques heures une déshydratation profonde et la mort. La maladie est



Aline Blanc Raschle

endémique dans de nombreux pays et provoque périodiquement de grandes épidémies. Depuis 1817, sept pandémies se sont propagées de l'Asie à travers le monde. La septième et actuelle pandémie a débuté en 1961 [1]. L'Organisation mondiale de la Santé estime de 3 à 5 millions le nombre de cas par an avec plus de 100 000 décès. Le choléra se manifeste principalement en Asie et en Afrique avec des flambées épidémiques majeures telles que celle d'Haïti en 2010. En 2014, des cas de choléra importés ont été notifiés par plusieurs pays européens, en France, au Royaume-Uni, en Russie et en Allemagne [2]. En Suisse le dernier cas de choléra déclaré date de 2006 [3].

Plusieurs flambées de choléra ont été rapportées à Cuba depuis 2012, la dernière remonte à octobre 2015 où 23 cas de choléra ont été rapportés dans la province de Holguín.

Pathophysiologie

Vibrio cholerae appartient à la famille des *Vibrionaceae*. L'espèce *V. cholerae* comprend plus de deux cents sérogroupes mais seulement deux, O1 et O139, sont connus pour provoquer le choléra chez l'être humain. Les deux principaux facteurs pathogènes sont la toxine cholérique, la source enzymatique des diarrhées aqueuses, et le «*toxin-coregulated pilus*» (TCP), un facteur de colonisation essentiel.

Le choléra est transmis majoritairement par voie féco-orale par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Les fruits de mer sont fréquemment la source d'infection, lorsqu'ils sont crus ou insuffisamment cuits [4]. C'est la raison pour laquelle le choléra frappe surtout les populations pauvres qui n'ont pas de systèmes adéquats d'approvisionnement en eau potable [2].

La majorité des personnes atteintes par le choléra sont asymptomatiques ou présentent une atteinte modérée. Cependant, les formes sévères de choléra peuvent être très rapidement fatales. Après une période d'incubation variant de 18 heures à 5 jours, les symptômes se manifestent de manière brutale avec l'apparition de diarrhées aqueuses profuses, jusqu'à un litre par heure, pouvant mener à un choc hypotensif et à la mort en quelques heures après l'apparition des premiers symptômes. Incolores et sans odeur, les selles sont décrites typiquement comme de «l'eau de riz». Des vomissements peuvent les accompagner et les patients présentent parfois un inconfort ou des crampes abdominales. L'apparition d'un état fébrile devrait faire suspecter une infection secondaire. Les complications principales du choléra sont la déshydratation, les troubles électrolytiques (hypokaliémie, hyponatrémie, hypocalcémie) et les conséquences d'une hémococoncentration [1, 5, 6].

Diagnostic

Le diagnostic est avant tout clinique et le choléra devrait être suspecté chez tout patient ayant séjourné en zone endémique et présentant des diarrhées hydriques sévères avec déshydratation rapide. Le diagnostic sera confirmé par une culture de selles. Des tests rapides sont également disponibles, même si la culture reste la méthode de choix pour confirmer le diagnostic.

La culture de *Vibrio* n'est pas réalisée de routine, elle doit être spécifiquement demandée au laboratoire notamment lors d'anamnèse de voyage. Afin d'optimiser la culture de *Vibrio*, la culture comprend un enrichissement dans un milieu liquide riche en sel ainsi qu'un repiquage sur un milieu spécifique. Toutefois, comme dans notre cas, *Vibrio cholerae* peut pousser sur la gélose de MacConkey mais la détection est plus difficile car le germe peut être masqué par la flore digestive. L'isolement d'une souche de *Vibrio cholerae* fait l'objet d'une déclaration à l'Office fédéral de la santé publique par le laboratoire et une déclaration complémentaire est réalisée par le praticien.

Traitement

Le traitement principal du choléra consiste en une réhydratation agressive. L'OMS recommande l'administration d'une solution de réhydratation orale, sauf en cas de déshydratation très sévère qui nécessite un traitement rapide par voie parentérale. L'utilisation des antibiotiques est réservée aux patients avec une déshydratation modérée à sévère. Les antibiotiques permettent de raccourcir la durée des diarrhées, de réduire le volume des selles et de diminuer l'excrétion d'organismes viables ce qui aura également pour effet de limiter la durée de contagiosité. Les antibiotiques usuellement donnés en cas de diarrhées d'origine infectieuse tels que les quinolones, les macrolides et les

L'isolement d'une souche de *Vibrio cholerae* fait l'objet d'une déclaration à l'Office fédéral de la santé publique.

tétracyclines sont efficaces sur le choléra même si des résistances ont été décrites dans certaines régions. Les médicaments anti-diarrhéiques tels que le loperamide ne sont pas recommandés pour le traitement du choléra et ne devraient pas être administrés [1, 4].

Prévention

Il n'y pas de recommandations particulières à donner aux voyageurs en ce qui concerne le choléra. Le risque de contracter le choléra chez les voyageurs est de 0,2 cas pour 100 000 voyageurs européens et nord-américains et le risque d'un choléra sévère est encore

Correspondance:
Dr Aline Blanc Raschle
Policlinique Médicale
Universitaire
Centre de Médecine Générale
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Aline.Blanc[at]chuv.ch

inférieur. Il y a des raisons de penser que l'incidence réelle chez le voyageur est sous-estimée, la majorité des cas de choléra chez des voyageurs en bonne santé étant probablement moins sévères comparé aux habitants des pays en zone endémique. D'autre part, la période d'incubation étant très courte, la maladie risque se déclarer encore durant le voyage et en cas de symptômes modérés, le voyageur ne consultera pas forcément [4, 5].

Les mesures habituelles de prévention des diarrhées infectieuses sont adéquates, à savoir un lavage régulier des mains, la consommation d'aliments bien cuits et de boissons encapsulées ou bouillies, l'éviction des glaçons et des crudités.

Le vaccin n'est pas recommandé aux voyageurs. Par contre, il peut être utile d'emporter des sels de réhydratation orale en cas de séjour dans une région touchée par une épidémie.

Pour les personnes à haut risque, par exemple en cas d'intervention humanitaire dans un camp de réfugiés atteint de choléra, il existe un vaccin oral plus efficace que le vaccin injectable classique qui confère une protection de 70% durant 6 mois. Cependant, aucun vaccin actuellement disponible n'est efficace contre certains types de vibrions du choléra (non-O1) qui surviennent surtout sur le subcontinent indien [5].

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Harris JB, Larocque RC, Qadri F, Ryan ET, Calderwood SB. Cholera. *Lancet*. 2012;379(9835):2466–76.
- 2 Who.int [homepage on the Internet]. Organisation Mondiale de la Santé [updated 2015 July]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/fr/>
- 3 Bag.admin.ch [homepage on the Internet]. Office Fédéral de la Santé Publique [updated 2015 Septembre 9]. Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01064/index.html?lang=fr>
- 4 Steffen R, Acar J, Walker E, Zuckerman J. Cholera: assessing the risk to travellers and identifying methods of protection. *Travel Med Infect Dis*. 2003;1(2):80–8.
- 5 Ryan ET, Calderwood SB. Cholera vaccines. *Clin Infect Dis*. 2000;31(2):561–5.
- 6 Sack DA, Sack RB, Nair GB, Siddique AK. Cholera. *Lancet*. 2004;363(9404):223–33.
- 7 Parment PA. Cholera should be considered as a risk for travellers returning to industrialized countries. *Travel Med Infect Dis*. 2005;3(3):161–3.

L'essentiel pour la pratique

Le choléra est une maladie fréquente dans les pays en développement et responsable de plus de 100 000 décès chaque année. Chez les voyageurs, le choléra se présente dans la majorité des cas avec des symptômes modérés [7]. Au vu d'une présentation aspécifique, il n'est pas toujours possible de différencier le choléra des autres causes de diarrhées au retour de voyage. En cas de doute, le choléra n'étant pas recherché de routine par les laboratoires, une analyse complémentaire pourra être demandée et une réhydratation adéquate, seule mesure primordiale en cas de choléra, sera donc à instaurer.