



Diarrhée persistante du voyageur

Il est fréquent qu'un voyageur consulte pour une diarrhée persistante au retour d'un voyage lointain. Ce problème peut résulter de trois principaux groupes étiologiques : les infections persistantes, les processus non infectieux postgastroentérite (notamment le syndrome de l'intestin irritable postinfectieux) et la révélation d'une cause de diarrhée chronique. Cet article revoit les principales entités concernées et fournit des recommandations pratiques pour la prise en charge par le médecin de premier recours.

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 1235-9

**P. de Saussure
A. Hadengue**

Dr Philippe de Saussure et
Pr Antoine Hadengue
Division de gastroentérologie et
d'hépatologie
HUG, 1211 Genève 14
philippe.desaussure@hcuge.ch
antoine.hadengue@hcuge.ch

Persistent diarrhea in the returned traveler

Persistent diarrhea in a returned traveler is a frequent presenting complaint and may result from three etiologic groups: persistent infections, non-infectious post-gastroenteritis processes (in particular postinfectious irritable bowel syndrome) and appearance of an unrelated cause of chronic diarrhea. This article reviews the most frequent diseases involved and provides management guidelines for primary care physicians.

INTRODUCTION

Le plus souvent, la diarrhée du voyageur est infectieuse et se résout spontanément en quatre à sept jours. Les voyages lointains étant souvent de courte durée, la diarrhée du voyageur récemment rentré représente une cause assez fréquente de consultation.

Dans au moins 10% des cas cependant, les symptômes digestifs peuvent durer plus de deux semaines :¹ on parle alors de diarrhée *persistante* au retour de voyage.² Alors que ce problème est traditionnellement rapporté à une origine bactérienne ou parasitaire,^{2,3} des causes reconnues de façon croissante sont d'une part des processus postinfectieux et, d'autre part la révélation, à la faveur d'une gastroentérite intercurrente, d'une cause de diarrhée chronique. Ces deux dernières catégories représentent en fait la majorité des cas et doivent donc être bien connues du clinicien de premier recours, fréquemment consulté pour ce motif. La présente revue se concentre sur la diarrhée persistante au retour du voyageur adulte et immunocompétent.

INFECTIONS ET INFESTATIONS PERSISTANTES

Des cas de diarrhée persistante ont été décrits avec la plupart des *bactéries* couramment responsables de la diarrhée du voyageur (*E. coli*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Aeromonas hydrophila*). Dans la pratique cependant, il est assez rare que des bactéries soient responsables de diarrhées durant plus de deux semaines. Une exception : la colite postantibiotique à *Clostridium difficile*, qui peut succéder à une diarrhée banale traitée par antibiotiques, et durer plusieurs semaines.

Les causes infectieuses les plus fréquentes de diarrhée persistante du voyageur sont représentées par les *protozoaires* : *Giardia lamblia* en premier lieu, *Cryptosporidium parvum*, ainsi qu'un protozoaire « émergent » : le *Cyclospora cayetanensis*.^{4,5} Les amibes (*Entamoeba histolytica*) sont une cause assez rare mais classique de colite persistante, et occasionnent généralement un syndrome dysentérique : émissions glairo-sanglantes, fort syndrome rectal.

Il est assez rare que des *helminthes* intestinaux (*Ascaris*, *Enterobius*, *Strongyloides*, etc.) causent une diarrhée. Enfin, de rares cas ont été décrits suite à une tuberculose intestinale, une mycobactériose non tuberculeuse, une leishmaniose ou une histoplasmose intestinale.⁶ Les principales causes infectieuses de la diarrhée persistante du voyageur sont mentionnées dans le [tableau 1](#).



Tableau 1. Causes infectieuses de diarrhée persistante du voyageur (causes les plus fréquentes)

- Bactéries : *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Aeromonas hydrophila*
- Protozoaires : *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora cayatanensis*
- Causes rares : helminthiases intestinales, tuberculose, autres mycobactéries, histoplasmose, leishmaniose

PROCESSUS POSTINFECTIEUX

Ces troubles succèdent à une diarrhée infectieuse, mais ne sont pas la conséquence directe de la présence des agents microbiologiques (tableau 2).

La *maldigestion temporaire du lactose* est une conséquence

Tableau 2. Phénomènes postinfectieux

- Maldigestion temporaire du lactose
- Troubles fonctionnels intestinaux postinfectieux

fréquente des gastroentérites bactériennes ou virales, et résulte directement des lésions de la muqueuse intestinale. Elle peut atteindre des sujets qui sont parfois de grands consommateurs de lait, et peuvent devenir de ce fait subitement symptomatiques ! Ce problème ne devrait cependant pas durer plus de quelques jours après la résolution de la gastroentérite initiale. La maldigestion du lactose cause des ballonnements, des borborygmes et de la diarrhée, mais seulement lors de l'ingestion de lait en quantité assez importante : plus de 3 dl. En effet, il est bien démontré que même les patients qui ne digèrent pas du tout le lactose tolèrent en réalité des quantités moyennes de lait (2,5 dl) même s'ils n'en digèrent pas le lactose.⁷

Les *troubles fonctionnels intestinaux postinfectieux* (TFI-PI) sont une entité bien décrite et mieux comprise, qui rend compte de la majorité des cas de diarrhée persistante du voyageur de retour. En effet, de nombreuses études ont démontré que la survenue de TFI dans les douze mois suivant une gastroentérite étaient très élevée, allant de 4 à 31%.^{1,8,9} En d'autres termes : de nombreux patients « attrapent » une forme de syndrome de l'intestin irritable à l'occasion d'une gastroentérite.

Dans une observation récente faite en Espagne suite à une épidémie de salmonellose dans un village, on a observé que les patients touchés par la salmonellose (mais pas ceux qui avaient été épargnés) présentaient douze mois après l'infection des symptômes de syndrome de l'intestin irritable dans 11,6% des cas, et de dyspepsie dans 17,2% des cas.¹⁰ Les TFI-PI surviendraient aussi bien après les gastroentérites virales que bactériennes. Ils semblent d'autant plus fréquents que l'infection a été prolongée^{11,12} peut-être plus souvent après les infections à *Campylobacter* et *Shigella* qu'après les salmonelloses.¹¹ Leurs principales caractéristiques sont résumées dans le tableau 3.

La pathogenèse de ce syndrome est encore incertaine. On peut cependant démontrer qu'il subsiste après la résolution d'une gastroentérite des modifications inflammatoi-

Tableau 3. Troubles fonctionnels intestinaux postinfectieux (TFI-PI)

- Incidence environ 10% dans les douze mois suivant une gastroentérite aiguë
- Cause majeure du syndrome de diarrhée persistante du voyageur
- Peuvent prendre la forme de syndrome de l'intestin irritable et/ou de dyspepsie
- Cause incertaine, persistance prolongée IL-1 β dans la muqueuse, troubles durables digestifs sensitifs et moteurs
- Pas de traitement médicamenteux basé sur les preuves

res dans la muqueuse digestive, notamment une élévation persistante du médiateur proinflammatoire IL-1 β , alors que cette anomalie ne s'observe pas en cas de TFI non précédés d'infection.¹² Il existe même un modèle animal de TFI-PI : en effet, on peut démontrer que des souris qui subissent une infection autolimitée par *Trichinella spiralis* souffrent par la suite d'anomalies motrices et sensitives durables du tube digestif.¹³

Le tableau clinique est souvent celui du syndrome d'un intestin irritable, à prédominance de diarrhée d'allure motrice (selles impérieuses postprandiales, contenant parfois des aliments non digérés). Il peut également comporter des ballonnements ou des crampes abdominales. Dans l'observation espagnole, des symptômes épigastriques (ballonnements, éructations, pyrosis) réalisant une dyspepsie étaient encore plus fréquents que le syndrome de l'intestin irritable.¹⁰ Il n'y a pas de test spécifique, et le diagnostic repose sur l'exclusion des causes infectieuses ou des autres causes de diarrhée chronique. Enfin, il n'existe pas de traitement spécifique décrit à l'heure actuelle pour les TFI-PI.

RÉVÉLATION D'UNE CAUSE DE DIARRHÉE CHRONIQUE

Il est assez fréquent qu'une diarrhée chronique se révèle à l'occasion d'un épisode infectieux intercurrent. Le diagnostic différentiel est ici large, mais un nombre limité d'entités rend compte de la grande majorité des cas (tableau 4).^{14,15}

Dans bien des cas, une prétendue « diarrhée chronique » ne correspond pas à une diarrhée proprement dite, mais plutôt à un transit anarchique (et en réalité ralenti) chez un patient souffrant d'une forme masquée de constipation :

Tableau 4. Principales causes somatiques de diarrhée chronique

- Fausses diarrhées : constipation déguisée, incontinence fécale
- Colites microscopiques (colite collagène, colite lymphocytaire)
- Colites médicamenteuses (notamment AINS)
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)
- Maladie cœliaque
- Malabsorptions (nombreuses causes)
- Diarrhée après chirurgie digestive



c'est la *fausse diarrhée de constipation*, qui atteint les sujets qui évitent les aliments riches en fibres et en résidus. Dans ce cas, les selles sont souvent petites, mêlées de mucus, d'exonération fréquente et surtout matinale, les ralentisseurs du transit peuvent provoquer un arrêt complet des selles pendant un ou plusieurs jours. Ce trouble n'est pas à proprement parler fonctionnel, et évolue favorablement après un rééquilibrage diététique.

D'autres cas correspondent en fait à une *incontinence fécale*, symptôme humiliant parfois annoncé comme une «diarrhée».¹⁶

Les causes les plus fréquentes de *diarrhée chronique* sont représentées par les colites microscopiques (colite collagène et colite lymphocytaire) surtout observées après l'âge de 50 ans,^{17,18} les colites médicamenteuses (essentiellement aux AINS) et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI, maladie de Crohn et rectocolite hémorragique). La maladie cœliaque est la cause de malabsorption intestinale chronique la plus fréquente pouvant donner lieu à une diarrhée chronique.

En cas de diarrhée persistante du voyageur n'ayant pas trouvé d'explication infectieuse, il est très important d'exclure une cause de diarrhée chronique avant de poser le diagnostic de TFI-PI: en effet, la plupart des affections ci-dessus provoquent une morbidité considérable et peuvent être traitées efficacement, ce qui n'est pas le cas des TFI-PI.

APPROCHE PRATIQUE

Après une anamnèse et un examen physique détaillés, qui permettent de qualifier exactement le problème de la diarrhée et parfois de suspecter une «fausse diarrhée», l'attitude est d'abord orientée vers l'exclusion de causes infectieuses.

Les *examens sanguins* cherchent à préciser la présence d'un *syndrome inflammatoire ou carentiel*, une éosinophilie ou une perturbation des tests hépatiques. La recherche de l'anticorps antitransglutaminase a une excellente sensibilité et spécificité pour le diagnostic de la maladie cœliaque¹⁹ et doit être systématique, même en l'absence de carences nutritionnelles. La sérologie amibienne est surtout utile en cas d'abcès hépatique, mais elle peut être positive en cas de colite amibienne à *Entamoeba histolytica*.

L'examen des selles doit être effectué au moins deux fois et comprendre une culture pour les pathogènes habituels, une recherche de la toxine A de *Clostridium difficile*, ainsi qu'une recherche de parasites sur deux échantillons frais. La recherche de *Cyclospora* et de *Cryptosporidium* doit être spécialement mentionnée, car elle requiert une coloration spéciale.

Lorsque la recherche soigneusement effectuée de pathogènes digestifs dans les selles est négative, il est rare qu'une étiologie infectieuse soit découverte par la suite, et les examens devraient alors se tourner vers la recherche d'une cause non infectieuse.

Compte tenu de la possibilité de faux négatifs tant pour la recherche de *Giardia* que pour la toxine clostridiale, un essai de traitement empirique par du métronidazole pendant sept jours est recommandé à ce stade. Les investigations ne sont poursuivies qu'en cas d'échec confirmé de cette première approche.

Une maldigestion temporaire du lactose peut éventuellement être démontrée par un test respiratoire à l'hydrogène expiré, mais cet examen est assez peu reproductible, et en réalité souvent inutile. L'éviction momentanée du lait en grande quantité (seul à même de déclencher réellement des symptômes) est en général suffisante.

La difficulté de l'étape suivante est de déterminer *quels sont les patients qui devraient bénéficier d'endoscopies digestives haute et basse*. En effet, ces derniers examens sont relativement invasifs mais permettent de détecter un grand nombre de causes de diarrhée chronique et de malabsorption. Chez les patients en bon état général, n'ayant pas eu de selles sanglantes et sans syndrome inflammatoire ni carentiel, les investigations endoscopiques digestives peuvent être différées, car dans ce cas, un TFI-PI est très probable. Dans tous les autres cas, il est impératif de pratiquer une œsophago-duodénoscopie (OGD) et une iléocoloscopie avec biopsies. Ces deux examens ensemble ont un excellent rendement diagnostique pour les causes les plus fréquentes de diarrhée chronique et de malabsorption.

CONCLUSION

La diarrhée persistante du voyageur après son retour est un problème fréquent qui peut correspondre à des causes infectieuses, postinfectieuses ou chroniques sans rapport avec l'infection initiale. L'approche est d'abord basée sur l'exclusion des causes infectieuses au moyen d'examens simples, et sur une antibiothérapie empirique. Chez les patients présentant une altération de l'état général, des signes d'inflammation ou des carences, l'exclusion d'une cause de diarrhée chronique se fait au moyen d'endoscopies digestives hautes et basses. Au terme de ce bilan, le diagnostic le plus fréquemment retrouvé sera celui de TFI-PI, dont le traitement est malheureusement décevant car il n'existe pas de thérapie spécifique. ■

Bibliographie

- 1 Okhuysen PC, Jiang ZD, Carlin L, Forbes C, DuPont HL. Post-diarrhea chronic intestinal symptoms and irritable bowel syndrome in North American travelers to Mexico. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1774-8.
- 2 Sanders JW, Tribble DR. Diarrhea in the returned traveler. *Curr Gastroenterol Rep* 2001;3:304-14.
- 3 DuPont HL, Capsuto EG. Persistent diarrhea in travelers. *Clin Infect Dis* 1996;22:124-8.
- 4 Ortega YR, Sterling CR, Gilman RH, Cama VA, Diaz

- 5 F. *Cyclospora* species – a new protozoan pathogen of humans. *N Engl J Med* 1993;328:1308-12.
- 6 Herwaldt BL. *Cyclospora cayetanensis*: A review, focusing on the outbreaks of cyclosporiasis in the 1990s. *Clin Infect Dis* 2000;31:1040-57.
- 7 Goulet CJ, Moseley RH, Tonnerre C, Sandhu IS, Saint S. Clinical problem-solving. The returned traveler. *N Engl J Med* 2005;352:489-94.
- 8 Suarez FL, Savaiano DA, Levitt MD. A comparison of

- 9 symptoms after the consumption of milk or lactose-hydrolyzed milk by people with self-reported severe lactose intolerance. *N Engl J Med* 1995;333:1-4.
- 10 ** Spiller RC. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003;124:1662-71.
- 11 * Connor BA. Sequelae of traveler's diarrhea: Focus on postinfectious irritable bowel syndrome. *Clin Infect Dis* 2005;41 (Suppl. 8):S577-86.
- 12 * Mearin F, Perez-Oliveras M, Perello A, et al. Dys-



pepsia and irritable bowel syndrome after a Salmonella gastroenteritis outbreak: One-year follow-up cohort study. *Gastroenterology* 2005;129:98-104.

11 Neal KR, Hebden J, Spiller R. Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: Postal survey of patients. *BMJ* 1997;314:779-82.

12 Wang LH, Fang XC, Pan GZ. Bacillary dysentery as a causative factor of irritable bowel syndrome and its pathogenesis. *Gut* 2004;53:1096-101.

13 Bercik P, Wang L, Verdu EF, et al. Visceral hyperalge-

sia and intestinal dysmotility in a mouse model of postinfective gut dysfunction. *Gastroenterology* 2004;127:179-87.

14 Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999;116:1464-86.

15 Schiller LR. Chronic diarrhea. *Gastroenterology* 2004;127:287-93.

16 Leigh RJ, Turnberg LA. Faecal incontinence: The unvoiced symptom. *Lancet* 1982;1:1349-51.

17 **Nielsen OH, Vainer B, Schaffalitzky de Muckadell OB. Microscopic colitis: A missed diagnosis? *Lancet*

2004;364:2055-7.

18 * Olesen M, Eriksson S, Bohr J, Jarnerot G, Tysk C. Microscopic colitis: A common diarrhoeal disease. An epidemiological study in Orebro, Sweden, 1993-1998. *Gut* 2004;53:346-50.

19 de Saussure P, Joly F, Bouhnik Y. Contribution of autoantibody assays to the diagnosis of adulthood celiac disease. *Joint Bone Spine* 2005;72:279-82.

* **à lire**

** **à lire absolument**