

DIARRHÉE SANGLANTE (DYSENTERIE)

Dossier de pré-décision en vue d'une action de santé publique

Haïti Fév. 2010

Recommandations clés

- Les mesures de contrôle les plus efficaces dans la prévention de la diarrhée sanglante consistent à maximiser l'accès à l'assainissement, à une eau propre à la consommation et à de la nourriture saine, et à améliorer les pratiques d'hygiène corporelle. L'eau distribuée par camions-citernes ou via des réseaux de canalisation doit être chlorée de manière adéquate. Des stations de lavage des mains et de distribution de savon doivent être distribuées parmi les camps de personnes déplacées, et le lavage des mains au savon doit être encouragé après avoir soigné des patients, s'être rendu aux toilettes, avoir lavé d'autres personnes quand elles se sont rendues aux toilettes, et avant de préparer la nourriture ou de manger. Ces mesures doivent être mises en œuvre avant qu'une épidémie ne se manifeste.
- La surveillance afin de détecter les diarrhées sanglantes est une priorité. Une augmentation rapide du nombre de cas de diarrhées sanglantes signalées doit déclencher une réponse dans le domaine de la santé publique et assurer une mise en place sans délai de mesures de contrôle au sein de la zone touchée ainsi qu'un accès aux tests de laboratoire appropriés.
- La déshydratation n'est pas un problème fréquent associé à la diarrhée sanglante, toutefois, les patients souffrant de déshydratation devraient recevoir une réhydratation orale et/ou intraveineuse selon le besoin.
- Des médicaments antimicrobiens seront peut-être indiqués en cas de maladie grave. Si possible, un traitement antimicrobien devrait être développé en fonction de l'agent pathogène et du profil de résistance aux antimicrobiens local. Une résistance à l'ampicilline et au triméthoprime-sulfaméthoxazole est fréquente dans les souches de *Shigella* en provenance d'Haïti, par conséquent un traitement des adultes et des enfants par ciprofloxacine ou azithromycine doit être commencé en attendant de connaître les profils de résistance aux antimicrobiens.

1. Quelle était la situation en Haïti avant le séisme ?

- *Shigella*, la cause la plus fréquente de la diarrhée sanglante, est hautement endémique en Haïti. Les données de 2005 à 2006 montrent qu'environ 5 % des enfants âgés de moins de 5 ans souffraient de diarrhée sanglante au cours des 2 semaines précédentes.¹
- Les capacités des laboratoires à effectuer une mise en culture des selles afin d'identifier les bactéries et pour le diagnostic d'une amibiase étaient limitées.
- Les données de la surveillance au niveau national concernant la diarrhée sanglante en Haïti n'étaient pas disponibles.

2. Quelle est la probabilité que des cas/épidémies de cette maladie se développent dans un avenir proche ?

- Comme la diarrhée sanglante est endémique en Haïti, une épidémie de cette maladie est probable si l'eau, l'assainissement, et l'hygiène ne sont pas améliorés et si les personnes déplacées restent dans des camps surpeuplés pendant des périodes prolongées. Des épidémies de diarrhée sanglante ont eu lieu dans des camps de réfugiés surpeuplés lorsque les eaux usées contenant *Shigella* ont contaminé l'eau utilisée pour la consommation et/ou pour laver les aliments.² Cependant, il n'y a eu aucune épidémie de diarrhée sanglante reconnue en Haïti après les ouragans en 2005 et 2008.

3. En cas d'épidémie, comment serait-elle détectée ?

- Le Health Cluster a établi des postes sentinelles de surveillance de la diarrhée sanglante sur l'ensemble de l'île d'Haïti. Une épidémie de diarrhée sanglante serait indiquée par une augmentation rapide du nombre de personnes ayant eu au moins trois selles liquides et sanglantes au cours d'une période de 24 heures.
- Les causes les plus probables d'une diarrhée sanglante en Haïti seraient des bactéries du genre *Shigella* ou *Campylobacter*, et moins fréquemment *Entamoeba histolytica*, *Salmonella*, *Yersinia*, ou *Escherichia coli* entéro-hémorragique. Ces étiologies ne se pas distinguent pas cliniquement lors de la présentation ; par conséquent, si une épidémie est détectée, des échantillons de selles d'un nombre limité de cas (environ 10) doivent être analysés au Laboratoire national de santé publique (LNSP) ou, au besoin, aux États-Unis. Les causes bactériennes de la diarrhée sanglante peuvent être distinguées par des cultures. Le diagnostic de l'amibiase se fait par un frottis de selles fraîches sur lame humide, mais un examen en microscopie ne permet pas de distinguer *Entamoeba histolytica* de *Entamoeba dispar* non pathogénique. Par conséquent, les tests de détection des antigènes dans les selles ou de PCR (réaction en chaîne par polymérase) sont préférés pour le diagnostic de l'amibiase.³ Aucun test rapide de diagnostic n'est disponible pour les agents de la diarrhée sanglante autre que pour les souches produisant la toxine de Shiga de *S. dysenteriae* et *E. coli*. La lactoferrine et les leucocytes de selles, présents à un niveau élevé en cas de diarrhées inflammatoires, n'ont aucune application pratique dans la gestion des épidémies.⁴

4. Quelles sont les options de mesures de santé publique à envisager en cas d'épidémie ?

- Les mesures de contrôle les plus efficaces face aux épidémies de diarrhée sanglante concernent l'amélioration de l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Une chloration des approvisionnements en eau canalisée ou amenée par camions-citernes et/ou un traitement de l'eau au site d'utilisation ainsi qu'un stockage de l'eau propre à la consommation doivent être mis en place de manière répandue. Pendant les épidémies d'amibiase, une filtration à petits pores (c.-à-d. inférieurs à 1 micron) ou faire bouillir les approvisionnements en eau est préférable, si elle est faisable, car la chloration pourrait ne pas inactiver les kystes amibiens. Étendre l'accès à un assainissement amélioré et encourager le lavage des mains avec du savon après avoir soigné des patients, s'être rendu aux toilettes, avoir lavé une autre personne qui s'est rendue aux toilettes, ou avant de préparer des aliments ou de manger réduira le risque d'épidémies de diarrhée sanglante et d'autres infections entériques. Les aliments doivent être bien cuits, mangés alors qu'ils sont encore chauds et protégés des mouches.
- Une surveillance de laboratoire doit être menée au LNSP afin d'identifier tout agent étiologique et prévoir des interventions appropriées.
- Bien que l'OMS recommande un traitement antimicrobien empirique pour la diarrhée sanglante afin de réduire la morbidité et la mortalité sévères suite aux infections par *Shigella dysenteriae*,⁵ on estime que *S. dysenteriae* n'est pas fréquente aux Caraïbes. Par conséquent, le traitement antimicrobien devrait en fin de compte être basé sur l'agent étiologique, les résultats cliniques et le cadre de l'épidémie. Le traitement antimicrobien des infections qui ne sont pas causées par *dysenteriae Shigella* est rarement indiqué pour des raisons cliniques, mais il peut réduire la durée des symptômes et les pertes dans les selles. Une résistance à l'ampicilline et au triméthoprime-sulfaméthoxazole est fréquente dans les souches de *Shigella* associées à Haïti.⁶ Tant que les profils de résistance antimicrobienne ne sont pas connus, les patients adultes et

pédiatriques atteints de shigellose peuvent être traités par ciprofloxacine (adultes : 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 5 jours ; enfants : 10 mg/kg par voie orale deux fois par jour pendant 5 jours) ou par azithromycine (adultes : 500 mg par voie orale au Jour 1, ensuite 250 mg par voie orale tous les jours pendant 4 jours ; enfants : 12 mg/kg par voie orale au Jour 1, ensuite 6 mg/kg par voie orale tous les jours pendant 4 jours). Pendant une épidémie, une surveillance de la sensibilité aux antibiotiques doit avoir lieu régulièrement. En général, le traitement antimicrobien de la diarrhée à *Campylobacter*, *Salmonella*, ou *E. coli* entérohémorragique n'est pas recommandé. Par contre, le traitement de l'amibiase symptomatique est souvent recommandé afin d'atténuer les symptômes et empêcher une transmission secondaire ; les patients asymptomatiques doivent également être traités car ils peuvent excréter des kystes. Le métronidazole (adultes : 500 mg par voie orale trois fois par jour pendant 7 à 10 jours ; enfants : 30 à 50 mg/kg par voie orale divisés trois fois par jour pendant 7 à 10 jours) ou tinidazole (adultes : 2 g par voie orale tous les jours pendant 3 jours ; enfants : 50 mg/kg par voie orale tous les jours pendant 3 jours) suivi d'un amoebicide luminal (par ex. paromomycine ou iodoquinol) peut être utilisé lorsqu'une amibiase est fortement suspectée.

- La déshydratation est en général moins fréquente qu'avec les autres types de diarrhée mais peut survenir chez certains patients. Ainsi, la disponibilité en approvisionnements adéquats de solutions de réhydratation isotoniques et orales de faible osmolarité dans les établissements de santé et les communautés est importante. En outre, il faut continuer à nourrir les enfants d'une manière aussi normale que possible, y compris l'allaitement.
- Du zinc (20 mg/jour par voie orale pendant 10 à 14 jours, 10 mg/jour par voie orale pendant 10 à 14 jours pour les enfants âgés de moins de 6 mois) doit être fourni aux enfants âgés de 1 à 59 mois pour réduire la durée et la gravité de la maladie.⁷

Références

1. Cayemittes, M., Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaise Sévère, Canez Alexandre. (2007). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.
2. Anon (1995). "Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July, 1994? Goma Epidemiology Group." *Lancet* 345(8946): 339-44.
3. Bercu, T. E., W. A. Petri, et al. (2007). "Amebic colitis: new insights into pathogenesis and treatment." *Curr Gastroenterol Rep* 9(5): 429-33.
4. Gill, C. J., J. Lau, et al. (2003). "Diagnostic accuracy of stool assays for inflammatory bacterial gastroenteritis in developed and resource-poor countries." *Clin Infect Dis* 37(3): 365-75.
5. WHO (2005). Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to *Shigella dysenteriae* type 1. Geneva, Switzerland.
6. Strockbine, N., Devon V. Stripling, Haley J. Martin, Evangeline G. Sowers, Cheryl L. Tarr, and G. C. P. a. J. M. Whichard (2009). Characterization of Shiga toxin-producing *Shigella* Isolates Belonging to Subgroups A, B and C.
7. WHO (2006). Implementing the New Recommendations on the Clinical Management of Diarrhoea. Geneva, Switzerland, WHO.