LES DIARRHÉES AIGÜES

Auteurs : Dr Thibault Corpataux, Service de médecine de premier recours, HUG
Dr Matthew Strebel, Service de médecine de premier recours, HUG

Experts :
Gastro-entérologie : Pr Jean-Louis Frossard, Service de gastro-entérologie, HUG
Médecine de famille : Dr Stéphane Bernard, Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE)

Superviseuse : Dre Sarah Richtering, Service de médecine de premier recours, HUG

Comité éditorial : Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG &
Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGe
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGe

2023

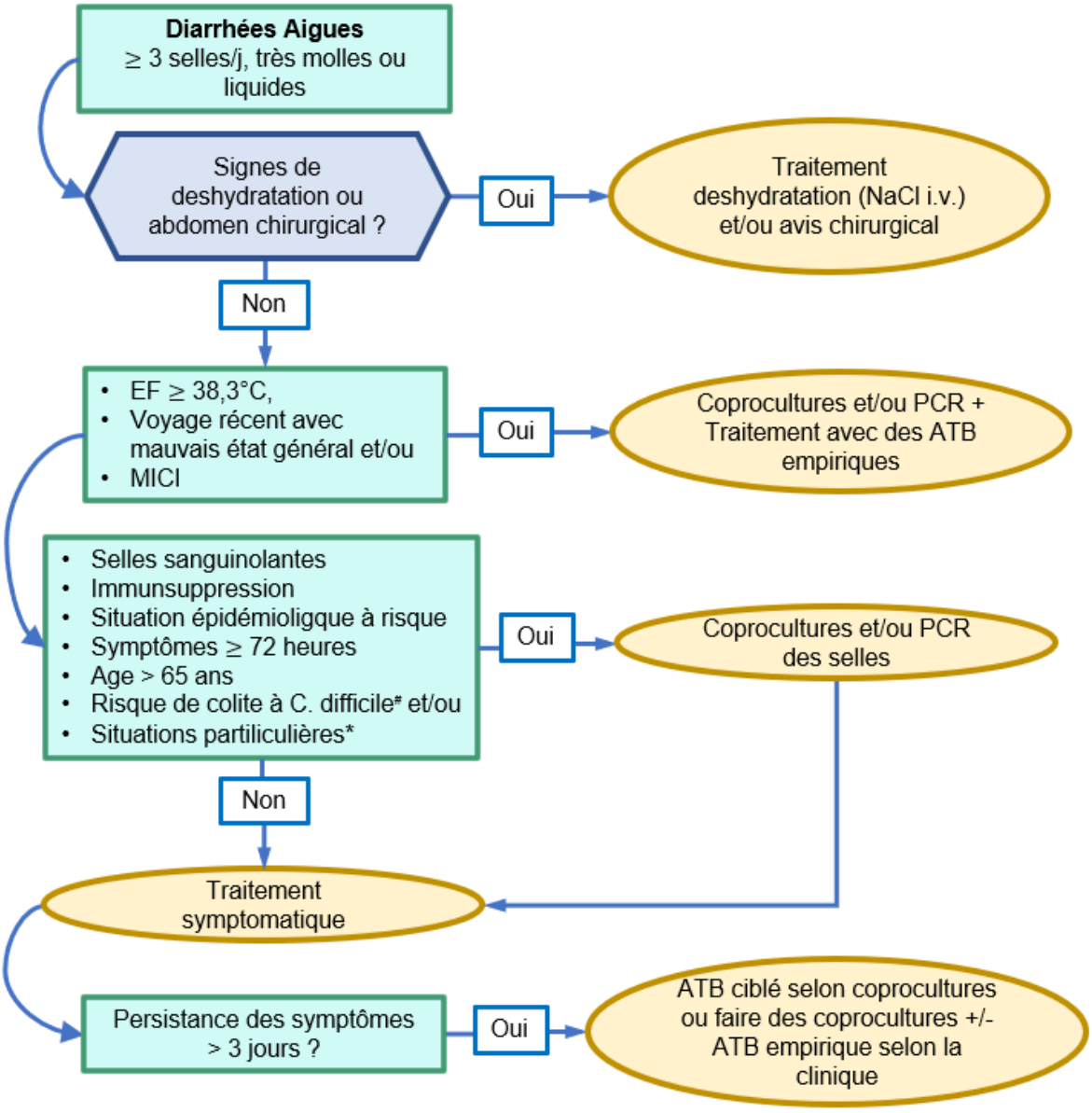
LES POINTS À RETENIR

- Lors de diarrhées aiguës chez l'adulte, une approche recherchant systématiquement les « drapeaux rouges », afin de distinguer les cas pouvant mener à des complications, permet d'utiliser judicieusement les examens complémentaires et d'éviter la prescription inutile d'antibiotiques.
- Les diarrhées aiguës sont bénignes et d'évolution spontanément favorable dans la majorité des cas.
- Il faut prévenir la déshydratation même chez les patients ne présentant aucun signe de déshydratation à l'aide de solutions faites maison ou de solutions de réhydratation orale.
- En cas de fièvre, de rectorragie et/ou de persistance des symptômes au-delà de 3 jours ainsi que pour les patients à risque de complications, une culture de selles et un traitement antibiotique empirique sont indiqués.
- En présence de diarrhées sévères associées à la prise d'un traitement antibiotique (antérieur aux symptômes et/ou en cours), le diagnostic de colite à *clostridium difficile* doit être évoqué et recherché, et un arrêt du traitement en cours doit être évalué, avant de traiter par métronidazole.
- Être attentif à des indices épidémiologiques : alimentation, activité sexuelle, voyages, soins quotidiens, contage, potentiel d'épidémie ou de flambée de cas (e.g. aliment contaminé), lieu de travail.
- En cas d'épidémie, aviser les autorités sanitaires (cf. site de l'OFSP pour la liste des pathogènes à déclaration obligatoire).

Article résumant les nouveautés de la stratégie

DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.843.1750

ALGORITHME



*Situations particulières : rapports sexuels anaux, grossesse, hospitalisation récente, prise d'antibiotiques récente cf tableau 2

ATB : antibiotiques ; MICI : maladies inflammatoires chronique de l'intestin

LES DIARRHÉES AIGUËS

1. INTRODUCTION

Les diarrhées aiguës sont un motif fréquent de consultation en médecine de premier recours, avec une incidence d'environ 1 épisode/personne/an dans les pays industrialisés.[1, 2] Les étiologies sont essentiellement infectieuses (viraux, bactériens et parasitaires). La majorité des patients souffrant de diarrhées aiguës présente une évolution spontanément favorable ; il revient, néanmoins, au clinicien de reconnaître les situations à risque pouvant mener à des complications.

Dans les pays industrialisés, la mortalité est faible, mais la morbidité et les coûts sont importants. Or à l'échelle mondiale, les diarrhées infectieuses figurent parmi les causes les plus importantes de mortalité et de morbidité, notamment chez les enfants dans les pays ou l'accès à l'eau potable est limité.[3]

2. DEFINITION ET CLASSIFICATION

En pratique clinique, on parle de diarrhée lorsque le patient produit plus de 3 selles très molles à liquides par jour. Une diarrhée est considérée comme étant « aiguë » lorsqu''elle évolue depuis moins de 7 jours.[1,3] A noter que dans le contexte de diarrhées du voyage, une définition « qualitative » a fait ses preuves qui se base sur l'impact fonctionnel et non le nombre de selles par 24 heures. Le but est de faciliter la décision à l'automédication pour le voyageur ainsi que l'indication à des investigations microbiologiques pour le médecin.[4]

Les diarrhées sont classifiées comme sécrétoires ou inflammatoires. Les diarrhées **sécrétoires** sont non-invasives, non inflammatoires, ne provoquent pas d'état fébrile, peu de douleurs abdominales, et se présentent généralement par des selles aqueuses et volumineuses. A l'inverse, les diarrhées **inflammatoires** sont invasives, caractérisées par la présence d'un état fébrile, de douleurs abdominales, de ténesmes et des selles mucoïdes et/ou une hématochézie. On parle de ***dysenterie*** dès qu'il y a du sang ou mucus dans les selles.[1]

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

3.1 ANAMNÈSE

Une anamnèse détaillée permet d'établir l'étiologie et de cibler les examens complémentaires. Il est important de rechercher systématiquement les « **drapeaux rouges** » (ou *red flags*) (**tableau 1**). En leur présence, il convient de discuter d'une hospitalisation pour effectuer des examens complémentaires, mettre en place un traitement et rechercher une étiologie selon la clinique.[5,6]

Liés au patient	Liés à la clinique
- Maladie inflammatoire de l'intestin - Traitement immunosuppresseur - Hospitalisation récente - Prothèse endovasculaire - Rapports sexuels anaux - Grossesse - Polymorbidité (présence de plusieurs maladies chroniques) - Age > 65 ans	- Température > 38.5°C - Durée prolongée > 3 jours - Déshydratation clinique (irritabilité, muqueuses sèches, pli cutanée, tachycardie, hypotension, augmentation du temps de recoloration capillaire etc.) - Présence de sang dans les selles - Péritonisme - Choc septique

Tableau 1. Drapeaux rouges à rechercher chez un patient qui présente des diarrhées aigues.

Dans l'anamnèse il est important de **caractériser les diarrhées** (volume, fréquence, durée) et d'explorer les autres symptômes digestifs. Le **contage** et un **voyage** récent doivent également être recherchés ainsi que les facteurs de risques d'expositions telles que l'ingestion d'un **aliment suspect** ou une **exposition professionnelle**. Finalement les facteurs de risques de fragilisation tel qu'une **immunosuppression**, une prise **d'antibiotiques** récentes ou **résidence en institution** (e.g. EMS) ainsi qu'une **histoire familiale** pour des maladies auto-immunes ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) doivent également tous être explorés.

L'examen clinique digestif ainsi que l'évaluation de l'état général permet d'identifier la présence des drapeaux rouges et d'explorer d'autres diagnostics (appendicite, diverticulite, colite ischémique, etc). A noter que des diarrhées aiguës peuvent représenter la première poussée d'une MICI mais également un symptôme d'une infection concomitante.

4. DIAGNOSTIQUE

4.1. APPROCHE CLINIQUE

Plusieurs éléments pourront orienter le diagnostic étiologique des diarrhées aiguës (**tableau 2**). Il est important de souligner que la majorité sont dues à une infection *virale* (notamment les norovirus et le rotavirus) et sont souvent accompagnées de vomissements.[7] L'étiologie parasitaire est à évoquer en cas de séjour dans un pays tropical (e.g. voyageur). A savoir que dans la majorité des cas, la cause n'est pas identifiée.[8]

Éléments cliniques	Etiologie / Diagnostics différentiels
Aliment suspect : temps d'incubation	- < 6 heures : intoxication alimentaire par une toxine stable à la chaleur e.g. *Staphylocoque doré (*pâtisserie et viande transformée) ou *Bacillus cereus* (riz, soja, denrées cuites gardées à température ambiante). - Entre 8 et 16 h : infection par *Clostridium perfringens* (plats cuisinés), surtout en présence de nausées, de vomissements, de troubles neurologiques ou notion de contage. - >16 h : étiologie virale ou bactérienne plus probable.[7]
Usage d'antibiotiques	- Effet secondaire de tous les antibiotiques mais les antibiotiques les plus souvent impliquées sont les *pénicillines, les céphalosporines et la clindamycine*. Délais d'apparition 4 - 10 jours après le début du traitement. - La colite pseudomembraneuse (*Clostridium difficile*) est favorisée par la prise d'antibiotiques, particulièrement les pénicillines à large spectre et la clindamycine. À noter que les infections communautaires sont sous-diagnostiquées et environ 25% des infections détecté à l'hôpital sont acquises en communauté.[9]
Symptômes importants >3 jours	Une étiologie bactérienne est probable en présence de diarrhées persistantes (> 3 jours) accompagnées de douleurs abdominales, fièvre, et sang dans les selles.6
Température >38.5°C ou dysentérie	Infection à *Campylobacter jejuni, Salmonella et Shigella,* sont les causes les plus courant diarrhées invasives. L'*Escherichia coli invasive* est plus rarement impliqué.
Antécédents de voyages : « turista »	Jusqu'à 10-40 % des voyageurs dans un pays tropical vont développer une « turista » qui débutera souvent dans la première semaine du voyage. Le début est brutal, avec 4 - 6 selles liquides par 24 heures, des crampes abdominales, des nausées et des vomissements. Les diarrhées durent habituellement 3 - 5 jours. 80-90% sont dues à des bactéries, 5-10% par des virus les 5-10% restants par des protozoaires.[10] - L'étiologie la plus fréquente de la « turista » est l'*Escherichia coli entérotoxinogène (ETEC*). - Le *Campylobacter jejuni, Salmonella et Shigella* peuvent aussi, à une moindre mesure, être la cause d'une « turista » - Les infections virales à norovirus et rotavirus sont également courants après un voyage. - Une origine parasitaire est à évoquer en cas de diarrhées persistantes > 2 semaines après un voyage. *Giardia Intestinalis* étant le pathogène le plus courant.[11]
Rapport sexuel anal	Faire d'emblée une coproculture et un frottis anal avec une recherche par PCR de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* ainsi qu'une sérologie VIH. Penser à une infection par bactérie invasive ou à protozoaire, transmis par voie féco-oral. Une proctite doit être évoquée et recherchée par sigmoïdoscopie en cas de rectorragies avec douleurs anales.
Grossesse en cours	Rechercher par coprocultures une infection à *Listeria monocytogenes* qui se présente initialement par des diarrhées puis un état fébrile. Les femmes enceintes ont un risque largement plus élevé de contracter cette maladie en raison d'une immunosuppression physiologique en cas de consommation de produit au lait cru.

Tableau 2. Éléments cliniques orientant le diagnostic différentiel d'une diarrhée aiguë.

4.2. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La prescription d'examens complémentaire n'est pas systématique ; elle est justifiée d'emblée **uniquement** en présence d'un drapeau rouge afin de pouvoir débuter rapidement une antibiothérapie empirique ou en cas de risque d'épidémie ou flambée de cas (**tableau 3**). En dehors de ces situations d'urgence, il faudra s'intéresser aux antécédents de maladie chronique, en particulier de MICI (les examens complémentaires permettent de distinguer une poussée aiguë d'une infection), au contexte de travail (risque de contamination si emploi dans le secteur alimentaire), ainsi qu'à la survenue d'une épidémie.

Prélèvement	Dosages ou recherches
Bilan sanguin	- **Formule sanguine +/- répartition** : recherche d'une leucocytose ou déviation gauche pour une cause bactérienne, présence d'éosinophilie pour une cause parasitaire - **CRP** : à discuter si doute diagnostic ou pour le suivi clinique - **Électrolytes (sodium, potassium)** : recherche de troubles électrolytiques en cas de pertes digestives importantes - **Créatinine** : bilan fonction rénale en cas de pertes digestives importantes. - **Hémocultures** : en cas de fièvre >38.5°C ou de sepsis.[1]
Microscopie des selles	La recherche de leucocytes et les érythrocytes fécauxet la calprotectine fécales sont de sensibilité et spécificité limités et peu utiles dans l'évaluation de diarrhées infectieuses aiguës.[1,12]
Examen bactériologique des selles	- Recherche de *Salmonella, Shigella et Campylobacter* de façon standard. - Si diarrhée du voyageur, demander en plus *Yersinia* et *Escherichia coli.* - Si diarrhée hémorragique sans fièvre, ajouter encore *Escherichia coli O157 : H1 (cf traitement)* - Chez le patient immunosupprimé sévère (e.g. VIH avancé avec CD4 < 200 cellule/µl), il est recommandé d'effectuer des coprocultures à large spectre ainsi qu'une recherche de parasites (cf ci-dessous) *NB. Les **coprocultures** ont une haute spécificité et une plus faible sensibilité mais sont plus délicats à procéder **(**transmission rapide en laboratoire) et prennent plus de temps. La **PCR** quant à elle a une haute sensibilité et une faible spécificité, mais sont plus simple et rapide à avoir. Elle ne permet cependant pas de faire la différence entre une infection aigue et une colonisation asymptomatique et peut mener à l'introduction d'une antibiothérapie pour des agents non-pathogènes. Il est d'ailleurs recommandé, en cas de positivité de la PCR, de confirmer le résultat par des coprocultures.*[10,13]
Examen parasitologique des selles	- En cas de dysenterie et séjour dans zone d'endémie ou de comportement à risque tel que boire de l'eau non-filtrée, même en occident, recherche d'amibiase et de giardiase. - Chez le patient sévèrement immunosupprimé (e.g. VIH avancé avec CD4< 200 cellule/µl), faire d'emblée une recherche de *Cryptosporidium*, *Isospora*, and *Cyclospora*. *N.B. Transmission très rapide de selles fraîches au laboratoire avec contact téléphonique.*

Tableau 3. Examens complémentaires suggérés en cas de diarrhées aiguës **sévères**.

Si après les examens complémentaires ci-dessus, le diagnostic n'est toujours pas clair et que la symptomatologie est toujours présente après deux semaines, il convient d'effectuer une recherche parasitaire (*Cryptosporidum, Cyclospora, Isospora, Microsporidie*) et discuter d'une coloscopie avec biopsies.

5. PRISE EN CHARGE

5.1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Dans la plupart des cas, un traitement symptomatique est la première mesure (**tableau 4**). Les mesures d'hygiène tel que le lavage des mains et éviter la contamination par le partage de vaisselles sont à rappeler au patient.

Traitement symptomatique	Mesures à prendre
Réhydratation intraveineuse	En cas de signes de déshydratation, perfusion intraveineuse de NaCl 0.9% ± KCl 40 mmol/l. *N.B. Le volume et la vitesse de perfusion sont à adapter à la clinique (capacité ou non de prise orale, étendues des pertes de volume extracellulaire, insuffisance cardiaque connue, etc.)*
Réhydratation orale	A proposer à tout patient comme mesure de prévention de la déshydratation Quantité d'apport liquidien à ajuster selon la sévérité des diarrhées : environ 1-2 l / 24h pour 5-10 selles / 24h : - Thés/tisanes sucrés, soupes, bouillons, eau de cuisson de riz, boissons sportives riches en électrolytes (Gatorade®, Powerade®, Isostar®) - Solution de réhydratation « maison » : 1L d'eau + ½ cuillère à café de sel + 1 cuillère à soupe de sucre (+ 1 verre de jus d'orange ou de sirop) Compensation éventuelle des pertes potassiques : bananes, patates douces, fruits secs. Favoriser les aliments riches en amidon : riz, pâtes, pain etc. Éviter les produits lactés et les édulcorants artificiels. *N.B. L'ingestion concomitante de sel et de sucre est nécessaire pour une absorption optimale de l'eau via les co-transporteurs membranaires sodium-glucose de l'intestin grêle.*
Ralentisseur du transit	Traitement de confort indiqué uniquement si le contrôle des symptômes est absolument nécessaire. Cependant, augmente la probabilité de résolution clinique à 24-48h si prescription concomitante d'antibiotique pour une « turista ».[1] **Lopéramide** (p.ex. Imodium®) : cp orodispersibles de 2mg - Posologie : 1 cp de 2mg à chaque selle non formée, max. 6 cps par 24h, arrêt lorsque les selles deviennent formées, mêmes molles. - Attention au risque de constipation voire colectasie en cas de surdosage. - Contre-indications : dysenterie, diarrhée aiguë invasive, colite pseudo-membraneuse post-antibiotiques, hépatopathie sévère.
Probiotiques	Les probiotiques en aigu ne diminuent pas la durée des diarrhées mais pourraient raccourcir la durée des hospitalisations.3 Leur but est surtout une normalisation de la flore intestinale. **Levures *Saccharomyces boulardii*** (Pérenterol®) - Posologie : 1 dragée de 250mg 2x/j avant les repas - Contre-indication relative : immunodéficience **Entérocoques vivants** (Bioflorin®) - Posologie : 3-6 cps/j pendant 5-7 jours - Contre-indication : aucune
Remèdes de « grand-mère »	Les patients sont souvent demandeurs des remèdes naturels, non-médicamenteux. Les suivants peuvent être proposé pour les diarrhées aigües : l'eau de riz, le coca, les bananes, pommes râpées et carottes.[14]

Tableau 4. Traitement symptomatique des diarrhées aiguës sécrétoires non compliquées.
La correction de la déshydratation est prioritaire, mais l'alimentation orale peut être reprise chez les personnes n'ayant plus de signes de déshydratation. Il est recommandé de prendre des plus petits repas, plus fréquemment (6x/j) avec des aliments riches en nutriments et énergie (y compris grains, œufs, viandes, fruits et légumes).[7]

5.2. Traitement antibiotique

Un traitement antibiotique empirique doit être considéré d'emblée en présence de drapeaux rouges. Dans toute autre situation, une thérapie symptomatique est généralement suffisante (**tableau 5**). Une nouvelle évaluation clinique s'impose dans les 72h en cas d'évolution défavorable afin d'ajuster les mesures entreprises et le traitement antibiotique en fonction de l'antibiogramme, si demandé. En cas de « turista », le traitement est symptomatique car une antibiothérapie ne raccourcit la durée des diarrhées que de 1 à 2 jours. Pour les patients VIH positifs, la prise en charge de première intention est la même que pour le reste de la population.

Antibiotique oral de choix	Durée	Particularités d'utilisation
- **Azithromycine** 500 mg 1x/j	3 jours	Traitement empirique pour une suspicion d'infection *Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia ou Escherichia coli* Une dose unique de 1000 mg suffit si les symptômes s'amendent dans les 24h.[1]
- **Ciprofloxacine** 500mg 2x/j - **Norfloxacine** 400mg 2x/j	3 jours	Utilisé comme second choix empirique, en raison de l'émergence de nombreuses résistances des *Campylobacter* et *Shigella* aux quinolones. [1,3,7]
- **Vancomycine** 125mg 4x/j - **Métronidazole** 500mg 3x/j - **Fidaxomixine** 200mg 2x/j	10 jours	1er choix pour une colite pseudo-membraneuse à *Clostridium difficile* symptomatique.[15]

Tableau 5. Choix d'antibiotiques lors de diarrhées aiguës chez l'adulte

Considérations thérapeutiques pour les germes suivants [1]:

- ***Salmonella, Campylobacter, Yersinia* ou *Escherichia coli*** : ne traiter qu'en cas de signes de gravité ou chez les patients à risque de complication (azythromycine en 1er choix).
- ***Shigella*** : très contagieux, toujours traiter pour des raisons de santé publique (azithromycine en 1er choix).
- ***Escherichia coli O157 : H1*** : à rechercher si diarrhées sanguinolentes sans fièvre. Ne pas donner d'antibiotiques car cela augmente le risque de syndrome hémolytique-urémique.
- ***Clostridium difficile*** : suspendre si possible la prise d'autres antibiotiques. Si la poursuite de l'antibiothérapie primaire est nécessaire pour traiter une autre infection, elle peut être continuée en parallèle à celle prescrite pour traiter le C. difficile, et doit être poursuivi trois jours après la fin de l'antibiothérapie primaire.[16]

5.3. Mesures de prévention

La prévention des gastro-entérites infectieuses fait partie du domaine de la santé publique. Tout patient avec une culture positive est déclaré au médecin cantonal directement par le laboratoire. Le signalement est obligatoire afin de pouvoir détecter un éventuel début d'épidémie et collecter des indices épidémiologiques (saisonnalité, antibiotiques, voyages, soins quotidiens, autres pathologies, activité sexuelle, etc.)

Si une hygiène personnelle stricte n'est pas possible ou pour les patients travaillant dans le secteur alimentaire, l'arrêt de travail doit être poursuivi jusqu'à ce que les cultures soient négatives.

La prévention de la « turista » consiste à éviter de boire de l'eau courante, éviter de consommer des fruits et légumes non pelés et non cuits, ainsi que tout autre produit alimentaire non cuit (moyen mnémotechnique anglophone : *« boil it, cook it, peel it or forget it »*). Une antibioprophylaxie n'est à recommander que dans des cas très particuliers de patients à haut risque ou de symptômes sévère (tel que la dysenterie ou diarrhées empêchant toutes activités planifiées).[17]

5.4 CONDITIONS ASSOCIÉES

Les diarrhées aiguées peuvent mener à d'autres pathologies associées décrites ci-dessous : [8,13]

- Les infections dues à la *Salmonella*, *Shigella* et *Yersinia* peuvent mener à des **arthrites réactives** en raison des réponses auto-immunes communes au niveau articulaires.
- 5-10% des **syndromes digestifs fonctionnels** (notamment le syndrome de l'intestin irritable) sont précédés de diarrhées inflammatoires (bactérienne plus que virale ou parasitaire).
- Une **maladie cœliaque acquise** ou **une intolérance au lactose** peuvent également apparaître au décours d'un épisode de diarrhées aigües mais de façon le plus souvent transitoire.
- Finalement, le **syndrome de Guillain-Barré** peut survenir deux mois après une infection à Campylobacter due à une réaction croisée immunitaire.

REFERENCES

1. Meisenheimer ES, Epstein C, Thiel D. Acute Diarrhea in Adults. Am Fam Physician. 2022 Jul;106(1):72–80.
2. Jones TF, McMILLIAN MB, Scallan E, Frenzen PD, Cronquist AB, Thomas S, et al. A population-based estimate of the substantial burden of diarrhoeal disease in the United States; FoodNet, 1996–2003. Epidemiol Infect. 2007 Feb;135(2):293–301.
3. World Health Organisation. Diarrhoeal disease. In 2017.
4. Riddle MS, Connor BA, Beeching NJ, DuPont HL, Hamer DH, Kozarsky P, et al. Guidelines for the prevention and treatment of travelers' diarrhea: a graded expert panel report. J Travel Med. 2017 Apr 1;24(suppl_1):S63–80.
5. Bellini C, Dumoulin A. [Management of acute diarrhea]. Rev Med Suisse. 2018 Oct 10;14(622):1790–4.
6. Raetzo. Docteur J'ai. 4ème Edition. Médecine & Hygiène; 2018.
7. Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Acute Diarrhea in Adults and Children: A Global Perspective. J Clin Gastroenterol. 2013 Jan;47(1):12–20.
8. DuPont HL. Acute Infectious Diarrhea in Immunocompetent Adults. N Engl J Med. 2014 Apr 17;370(16):1532–40.
9. Viprey VF, Davis GL, Benson AD, Ewin D, Spittal W, Vernon JJ, et al. A point-prevalence study on community and inpatient Clostridioides difficile infections (CDI): results from Combatting Bacterial Resistance in Europe CDI (COMBACTE-CDI), July to November 2018. Eurosurveillance [Internet]. 2022 Jun 30 [cited 2023 Mar 19];27(26). Available from: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.26.2100704
10. Knzli E, Neumayr A, Eperon G, Staehelin C, Kocher C. Diarrhée du voyageur. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum [Internet]. 2021 Mar 2 [cited 2023 Apr 2]; Available from: https://doi.emh.ch/fms.2021.08648
11. Chappuis F. [Not Available]. Rev Med Suisse. 2020 Jan 29;16(679):174–5.
12. Lee HM, Lee S, Lee BI, Jekarl DW, Song JY, Choi HJ, et al. Clinical Significance of Fecal Lactoferrin and Multiplex Polymerase Chain Reaction in Patients with Acute Diarrhea. Gut Liver [Internet]. 2015 Sep 23 [cited 2023 Mar 19];9(5). Available from: http://www.gutnliver.org/journal/view.html?doi=10.5009/gnl14106
13. Fleckenstein JM, Matthew Kuhlmann F, Sheikh A. Acute Bacterial Gastroenteritis. Gastroenterol Clin North Am. 2021 Jun;50(2):283–304.
14. Sebo P, Gaboreau Y, Morel M, Haller DM, Maisonneuve H. Use and perceived effectiveness of non-pharmacological home remedies for digestive symptoms: a questionnaire-based survey among primary care patients. Fam Pract. 2023;in press.
15. Kelly CR, Fischer M, Allegretti JR, LaPlante K, Stewart DB, Limketkai BN, et al. ACG Clinical Guidelines: Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridioides difficile Infections. Am J Gastroenterol. 2021 Jun;116(6):1124–47.
16. Morard I, Hadengue A. [Drug induced diarrhea]. Rev Med Suisse. 2008 Sep 3;4(169):1867–8, 1870–2.
17. Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des voyages FMH. Die «Top-5-Liste» der Schweizerische Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin.