

Diarrhée aigue de l'enfant

I/Introduction :

La diarrhée aiguë constitue un problème de santé publique particulièrement grave dans les pays en voie de développement elle est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans. La déshydratation sévère et les pertes hydriques sont les principales causes de décès par diarrhée mais, également les infections septiques peuvent être à l'origine d'une proportion croissante des décès dus aux diarrhées. Ce sont les enfants en état de malnutrition ou d'immunodépression qui sont le plus exposés au risque de diarrhées engageant le pronostic vital.

a/Définition :

L'OMS définit la diarrhée par au moins 3 émissions de selles trop molles ou liquides dans une journée (ou des selles plus fréquentes que ce qui est habituel pour le sujet atteint) depuis moins de deux semaines

Des émissions fréquentes de selles bien moulées ne sont pas une diarrhée, pas plus que des selles molles, «pâteuses», pour des nourrissons allaités au sein.

La diarrhée peut être aqueuse, généralement abondante, sans grande douleur abdominale ou, au contraire, de type dysentérique avec de fortes douleurs avant chaque selle, peu abondante, mêlée ou réduite à des glaires et/ou du sang, du ténesme et des faux besoins.

La diarrhée est dite « persistante » entre deux et quatre semaines. La diarrhée peut être associée à des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, un ballonnement, de la fièvre (principalement en cas de diarrhée infectieuse).

b/Intérêt :

- **fréquence :** Il y a environ 1,7 milliard de cas de diarrhée de l'enfant chaque année dans le monde. En moyenne de 3 épisodes diarrhéiques par an chez les enfants de moins de 3 ans.

- **Gravité** : en rapport avec le risque de déshydratation et de malnutrition
- **Mortalité** : la diarrhée est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans et elle représente chaque année 10% des décès d'enfants dans le monde
Première cause de mortalité infantile en Algérie
- **Étiologie** : multiples, dominées par les causes infectieuses (virales).
- **Prévention** : individuelle et collective.
- **Traitement** : la compréhension des mécanismes physiopathologiques permet une meilleure thérapeutique.

II/Physiologie-Physiopathologie :

a/Physiologie : l'homme est un être fait d'eau (75% à la naissance) ; (60% après six mois).

L'eau alimentaire que nous buvons et celle qui est contenue dans les aliments ne représente que 2 à 3 litres pour un adulte et un litre pour un nourrisson de 10 kilos. Contrairement à ce qu'on peut imaginer l'eau que notre intestin absorbe soit 9 à 10 litres par jour pour un adulte et 2,5 à 3 litres pour un nourrisson vient essentiellement de notre corps, en effet la moitié d'eau extra cellulaire est libérée chaque jour dans l'intestin. On voit ainsi que chez l'enfant, la circulation de l'eau est beaucoup plus importante, puisque le tiers de son poids en eau sera sécrétée puis aussitôt réabsorbée au cours des 24 heures. L'eau provenant de l'alimentation séjourne dans l'estomac. Elle est modifiée pour avoir une composition assez proche du plasma qui compose notre sang. C'est pourquoi « l'eau pure » reste plus longtemps dans l'estomac. Elle se mélange aux différentes sécrétions et passe par petites quantités dans l'intestin grêle.

C'est l'intestin grêle qui est chargé de l'absorption de 90 % de l'eau qu'il reçoit.

La structure de l'intestin grêle est faite de cryptes et de villosités, permettant l'augmentation de la surface d'échange entre le bol alimentaire et le tissu. Les cellules spécialisées dans l'absorption des nutriments sont les entérocytes qui présentent à leur surface des micro-villosités qui, comme les villosités du tissu, ont pour rôle d'augmenter la surface d'échange. Ainsi, on considère que

l'intestin humain a une surface de contact avec le bol alimentaire équivalente à la surface de deux terrains de tennis (400 m²)

La muqueuse intestinale est le siège de mouvements permanents d'absorption et de sécrétion d'eau et de sels minéraux.

Les mouvements de l'eau sont toujours passifs et suivent le sens des échanges des électrolytes.

- l'absorption : sous la dépendance du Na^+ ; absorption active augmentée par certains éléments : glucose et Cl^- .

Il existe un mécanisme extrêmement efficace et pratiquement toujours fonctionnel : Le couplage entre l'absorption de l'eau, du sel et du glucose

- la sécrétion : l'ion moteur (Cl^-) ; l'eau suit passivement les mouvements du Cl^-

L'augmentation de l'AMPC entraîne une augmentation de la sécrétion du Cl^- et celle d'eau

b/Physiopathologie :

La diarrhée est une élimination trop rapide de selles contenant principalement de l'eau. Cette définition simplifiée permet d'inclure les deux principaux mécanismes. Elle peut résulter du dérèglement des processus d'absorption ou de sécrétion des électrolytes et surtout de sodium : rupture du cycle entéro- systémique de l'eau :

- inhibition des phénomènes d'absorption
- hypersécrétion
- ou par intrication des deux phénomènes.

On distingue :

1/diarrhée par diminution de l'absorption:

- ❖ Destruction de l'épithélium : Rotavirus, E.coli entéro- pathogène, Giardia, cryptosporidium
- ❖ Production de cytotoxines: shigella, E.coli entéro-pathogène et hémorragique, clostridium difficile
- ❖ Invasion épithéliale: dysentérie: salmonella, shigella, campylobacter jejuni, yersinia entérolitica, E.coli entéro invasif

❖ Troubles de la motricité digestive

Les diarrhées invasives se caractérisent par une destruction des entérocytes et une effraction villositaire, au niveau du grêle initial pour les virus, de la partie iléo colique pour la plupart des bactéries.

2/diarrhées sécrétoires :

Les toxines de certains agents pathogènes (entérotoxine cholérique, toxine thermolabile ou thermostable des colibacilles entéro-pathogènes et certaines toxines virales, comme NSP4 du rotavirus) stimulent différentes voies de signalisation, comme l'adénylcyclase membranaire, qui accroît la sécrétion de sodium et de chlore vers la lumière intestinale. Cette sécrétion accrue entraîne l'eau et provoque une diarrhée de type aqueux. Les capacités d'absorption d'eau sont intactes.

Quand les deux mécanismes s'associent, le trouble d'absorption des sécrétions intraluminales s'ajoute à la nécrose cellulaire pour entraîner un syndrome dysentérique. Le mécanisme sécrétoire est impliqué, à un degré plus ou moins important, dans toutes les diarrhées de l'enfant.

III/Diagnostic positif :

Diagnostic facile et évident ; reposant essentiellement sur l'interrogatoire qui précise les modalités d'apparition et l'évolution des troubles d'exonération et, sur l'examen des selles qui sont souvent liquides ou molles

IV/Diagnostic de gravité : repose sur

➤ **L'interrogatoire :** afin de rechercher le terrain et les facteurs favorisants des formes graves

- Facteurs favorisants :

1/Environnementaux :

- charge infectieuse importante.
- mauvaises conditions d'hygiène.
- préparation et conservation inadéquates des aliments.
- Approvisionnement en eau insuffisant.

2/Individuels:

- Allaitement Maternel interrompu précocement
- jeune âge < 3 mois
- Malnutrition Protéino Calorique
- immunodépression.
- Maladie chronique: cardiopathie, insuffisance respiratoire, rénal ou surrénale, maladie métabolique, diabète.

3/Facteurs de risque de déshydratation:

- Age < 6 mois
- ATCD: RCIU, prématurité
- selles >8/j, vomissements > 4/j.
- Rythme des selles : paramètre clé (+d'une selle/h pendant + de 6 h)

➤ L'examen clinique : en appréciant :**1/état d'hydratation :**

- perte de poids :<5% : DHA légère
- 5-10% : DHA modérée
- >10% : DHA sévère

-signes de la déshydratation

2/état hémodynamique : signes de collapsus : tachycardie, pouls filant, hypotension artérielle ; TRC >3secondes ; froideur des extrémités ;oligo-anurie.

3 /signes d'acidose : polypnée ; myosis ; marbrures

4/troubles neurologiques :

5/état nutritionnel : paramètres anthropométriques ; panicule adipeux ; masse musculaire

➤ Para clinique : en fonction du tableau clinique pour affirmer ou infirmer :

- Insuffisance rénale
- Acidose

Au terme de cette démarche, on peut mettre en évidence :

1/ **une déshydratation** : et apprécier son degré selon le tableau suivant ;

		A	B	C
observer	EG et neurologique	Bon éveillé, actif	Moyen* agité*irritable*	Mauvais Léthargique, inconscient ou apathique
	Yeux	Normaux	enfoncés	Très enfoncés et secs
	Larmes	présentes	absentes	Absentes
	Langue	humide	sèche	Très sèche
	Soif	Boit normalement pas assoiffé	assoiffé* boit avec avidité*	Boit à peine* Incapable de boire
palper	Pli cutané	S'efface Rapidement	S'efface lentement*	S'efface Très lentement*
	Fontanelle antérieure	normale	Déprimée	Très déprimée
conclure		Pas de DHA <5% (légère)	≥2signes (au moins 1*): signes évidents de DHA : 5-10% (Modérée)	≥ 2signes (+1*) = DHA sévère :>10%
Traiter		Plan A	Plan B	Plan C

Tableau : Degré de la déshydratation

2/ **Etat de Sepsis** avec fièvre élevée ou hypothermie, frissons, tachycardie, polypnée et au maximum choc infectieux avec hypotension, oligurie, encéphalopathie, acidose lactique, thrombopénie et coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), hypoxémie.

V/Diagnostic étiologique :**A/ Anamnèse :** doit être soigneux

- ❖ Age
- ❖ Diététique de l'enfant :
- ❖ Allaitement maternel exclusif ou artificiel type de lait ou allaitement mixte
- ❖ Diversification : âge modalité
- ❖ Introduction intempestive d'un nouvel aliment
- ❖ Recherche d'une erreur diététique
- ❖ Intolérance alimentaire
- ❖ Mode d'installation et durée d'évolution de l'épisode actuel
- ❖ Fréquence et aspect des selles :
 - ✚ Selles aqueuses liquides : virale
 - ✚ Présence de glaire et de sang : processus entéro-invasif
- ❖ Recherche des signes associés: vomissements ; fièvre ; douleurs abdominales, ténesme, épreintes, éruption, arthralgies, convulsions ou comportement inhabituel
- ❖ Niveau socio-économique de la famille :
 - ✚ Type d'alimentation en eau
 - ✚ Type de biberon utilisé, mode de stérilisation et de préparation
 - ✚ Hygiène général de l'enfant
 - ✚ Niveau d'instruction des parents
- ❖ Existence d'épisode antérieure de diarrhée
- ❖ Recherche de prise médicamenteuse en particulier prise d'ATB
- ❖ Terrain particulier

B/ Examen clinique :

Doit être un examen soigneux : appareil par appareil

-A la recherche d'un foyer infectieux : orl, pleuro-pulmonaire, urinaire, méningée

-examen abdominal avec examen des orifices herniaires pour détecter une pathologie chirurgicale

- Pâleur cutanéomuqueuse (SHU)

C/Examens complémentaires : non systématiques **pas de « bilan standard »** ils seront demandés en fonction du contexte ; surtout si la diarrhée est traînante, grave ou en cas de rechute :

- ✓ Si déshydratation aigue sévère: ionogramme sanguin avec urée et créatinine (hypo ou hyper natrémie, acidose métabolique, insuffisance rénale)
- ✓ Si diarrhée invasive ou signes de gravité: NFS (↑ ou ↓GB), hémoculture, CRP
- ✓ Recherche de Rotavirus si milieu hospitalier (intérêt épidémiologique) par virologie des selles
- ✓ Coproculture si immunodéprimé, ou si :
 - diarrhée invasive glairo-sanglante
 - diarrhée très fébrile >48h
 - signes de sepsis
 - à visée épidémiologique
 - collectivité
 - infection nosocomiale
- ✓ Autres examens orientés par la clinique et signes extra digestifs: bilan infectieux (BU, Rx thorax, PL...)

D /Résultats de l'enquête :

1- Causes parentérales :

- infections : ORL ; pulmonaire ; urinaire ; méningée.
- poussée dentaire.
- neuroblastome : sécrétion de VIP.
- Causes endocriniennes: Insuffisance surrénalienne Aigue du NRS, Hyperthyroïdie de l'enfant

2- Causes entérale :**➤ Causes non infectieuses :****❖ Erreur diététique :**

- non respect de la concentration du lait
- Passage intempestif à un lait entier
- Introduction prématurée de farine
- abus de jus de fruit

❖ Intolérance alimentaire :

- primitive : Allergie aux Protéine du Lait de Vache
- Secondaire : Syndrome post entérique

❖ colite pseudo membraneuse due à un abus d'ATB

- ❖ **Signe d'une pathologie chirurgicale abdominale:** Diverticule de Meckel (selles sanglantes et non glairosanglantes), Invagination intestinale aigue (débâcle en aval de l'obstacle, caractère sanglant facteur de gravité)

➤ Causes infectieuses :**❖ Causes virales :**

Les virus sont la cause la plus fréquente des gastro-entérites aiguës de l'enfant, particulièrement avant l'âge de 2 ans (70-80% des cas). Les diarrhées virales sont aqueuses et entraînent souvent des déshydratations qui demandent à être compensées par des solutions de réhydratation orale.

Les rotavirus représentent probablement 30-50 % des causes des gastro-entérites chez l'enfant et de plus de 70 % de celles des nourrissons de moins de 1 an. La transmission est féco-orale. L'épidémie est hivernale, sur un fond endémique discret, avec des contaminations intrafamiliales et dans les crèches.

La période d'incubation est de 2 à 4 jours. Les selles sont liquides et abondantes, quelquefois sanglantes. La fièvre est élevée, l'atteinte générale et les vomissements sont fréquents, des convulsions hyperthermiques et un syndrome inflammatoire biologique sont possibles.

Autres virus : Les norovirus ; les adénovirus entériques (serotype 40 et 41) ; les virus à ARN (les calicivirus, les astrovirus) ; les coronavirus.

❖ Causes bactériennes :

- diarrhées sécrétoires: VC ; E.coli (ET) ; staphylocoque doré
- diarrhées entéro-invasives : syndrome dysentérique : diarrhée glairo sanglante : salmonellose ; shigellose (convulsions++) ; yersinia ; campylobacter ; E coli(EI)

❖ Parasitaires :(10–15 %)

Giardia intestinalis responsable de diarrhée hydriques parfois une malabsorption avec douleur abdominal et météorisme

Entamoeba histolytica, Schistosomes peuvent être responsables d'un syndrome dysentérique

Autres chez l'immunodéprimé en particulier HIV (Cryptosporidium parvum, Microsporidiose , ...) responsables en général de diarrhées hydriques prolongées.

VI/Traitement et prise en charge :**1/Buts :**

- prévenir la déshydratation dès le début de la diarrhée
- restaurer l'équilibre hydro électrolytique
- prévenir les troubles nutritionnelles
- TRT de la cause

2/Moyens :**A/ La réhydratation :**** Réhydratation orale :**

Quel que soit l'agent infectieux en cause (virus ou bactérie) et la physiopathologie de la diarrhée, il persiste une capacité d'absorption des électrolytes et donc de l'eau par les entérocytes; notamment grâce au transport couplé glucose-sodium

L'efficacité des solutés de réhydratation orale (SRO) est largement prouvée.

L'eau pure, l'eau de riz ou les boissons de type Coca-Cola ne sont pas adaptées à la réhydratation des nourrissons. Les sodas ont en général une osmolarité élevée (jusqu'à 500 mosm/l), liée à leur forte teneur en sucre, un

contenu en sodium insuffisant et au contraire volontiers excessif en potassium

➤ Composition :

La composition des SRO a évolué avec le temps et le lieu d'utilisation.

Actuellement, il existe une double tendance vers la réduction des quantités de sodium dans les SRO et vers une harmonisation mondiale, suivant en cela les recommandations non seulement de l'OMS mais aussi de sociétés savantes comme l'European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition (ESPGHAN)

	OMS/UNICEF (1 sachet/litre d'eau)	OMS Ancienne formule	ESPGHAN (1 sac /200cc d'eau)
Glucose	13.5g/l	20 g/l	14-20g/l
Sodium	75meq/l	90meq/l	60meq/l
Potassium	20meq/l	20meq/l	20meq/l
Base	30meq/l		10meq/l
Osmolarité	245 mosm/l	311mosm/l	200-250 mosm/l

Composition des solutions de réhydratation par voie orale : diminution de l'osmolarité, d'après la déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF (révision 2004) et selon les recommandations de l'ESPGHAN

- Règles d'utilisation : les sels de réhydratation orale(SRO) se présentent sous forme d'une poudre contenant dans un sachet ; elle est prête à l'emploi et doit être reconstituée dans de l'eau bouillie et refroidie.
- ✓ Ne pas bouillir la constitution à nouveau
 - ✓ Donner à la cuillère chez le nourrisson ; tasse chez l'enfant
 - ✓ Les vomissements ne sont ni une contre- indication ni une cause d'échec des SRO, il faut attendre 5-10 min puis on recommencera à administrer la solution de SRO mais plus lentement
 - ✓ Il faut fractionner les prises : en petites quantités et très fréquemment tous les 1-2 minutes
 - ✓ Conserver – 24H au frais
 - ✓ SRO peuvent être administrés chez le Nouveau-né
 - ✓ La fréquence des selles peut se majorer transitoirement, ce qui peut inquiéter la famille : il faut donc l'expliquer à l'avance.

- **Avantage des SRO :**
 - Correction des déficits hydro-électrolytique
 - La présence du potassium permet de corriger l'hypokaliémie
 - Bicarbonate permet de corriger l'acidose
 - La présence du glucose assure une absorption maximale de Na et de H₂O
 - Elle est aussi efficace que la réhydratation par voie IV dans beaucoup de situation avec déshydratation modéré
 - Son emploi est plus confortable et l'alimentation est plus facilement acceptée par l'enfant

- **Cause d'échec de la réhydratation par voie oral**
 - Diarrhée profuse
 - Vomissement incoercible
 - Incapacité ou refus de boire
 - Préparation ou utilisation incorrecte des SRO
 - Débit de boisson très rapide
 - Etat de déshydratation très avancé
 - Distension abdominal ou iléus paralytique

- **La quantité de liquide nécessaire :**
 - Inférieur à 10 kg : la quantité à donner sera 150 cc/kg (lait+SRO)
 - La règle générale est la suivante :
Donner autant de liquide que l'enfant en réclame jusqu'à l'arrêt de la diarrhée, après chaque selle liquide ou vomissements on donnera:
 - ✓ < 2ans : 50 -100 ml de liquide (10cc/kg)
 - ✓ Entre 2 -10ans : 100-200 ml
 - ✓ Grand enfant liquide a volonté

Soluté de réhydrations par voie intra veineuse :

La réhydratation intraveineuse se déroule selon des modalités tenant compte de l'âge, du poids actuel, de la perte de poids et des besoins de base de l'enfant.

En pratique, la réhydratation intraveineuse, si elle est nécessaire, associe du sérum glucosé à 5 % avec du NaCl à 3 g/l (moins de 2 ans) et 4,5 g/l (plus de 2 ans), et un débit de 150 ml/kg/j.

Une évaluation plus précise peut se faire de la façon suivante : 100 ml/kg/j pour les 10 premiers kilos, plus 50 ml/kg/j pour les kilos suivants, plus 20 ml/kg/j pour les kilos au-dessus de 20 kg.

La perfusion doit durer en principe au moins 6 heures. Lorsque l'ionogramme sanguin est perturbé, la surveillance biologique est pratiquée le plus souvent après 6 heures.

En cas d'hypernatrémie, la réhydratation orale est la plus indiquée, le débit doit être un peu moindre et les apports sodés plus importants pour corriger la déshydratation sur 12 heures.

En cas de choc, le remplissage est pratiqué le plus souvent par du sérum salé 9 % à 20 ml/kg suivi par les macromolécules. Certains préconisent de traiter par du sérum physiologique 20 à 40 ml/kg puis de réhydrater oralement

B/ Réalimentation :

Selon les recommandations qui ont été énoncées par le Comité de nutrition des Sociétés française et européenne de pédiatrie :

- Il n'y a pas de justification à arrêter l'allaitement maternel chez un nourrisson présentant une diarrhée aiguë.
- Il n'y a pas de justification à retarder la réintroduction de l'alimentation au-delà de 4 heures de réhydratation orale exclusive chez un nourrisson nourri auparavant par une préparation pour nourrisson ou une préparation de suite.
- Il faut utiliser, pour réalimenter un nourrisson de plus de 4 mois, eutrophique sans antécédent pathologique, le lait qu'il recevait avec une reconstitution normale d'emblée.
- Chez le nourrisson de moins de 4 mois, il est conseillé d'utiliser un substitut du lait à protéines hydrolysées s'il existe des antécédents familiaux d'allergie et/ou des antécédents personnels. Dans ce cas, ce lait qu'il recevait auparavant est poursuivi pendant 2 à 4 semaines selon la sévérité de la diarrhée et au cas par cas.
- L'utilisation des laits sans ou pauvres en lactose pendant 1 à 2 semaines peut être justifiée en cas d'intolérance au lactose survenant au décours d'une gastro-entérite aiguë à rotavirus..

- Ne pas débiter la diversification au décours d'un épisode de diarrhée aiguë
- L'anorexie transitoire est normale, il faut savoir adapter les apports en quantité et qualité, pour ne pas avoir d'échec de réalimentation. Le régime initial vise à épaissir les selles (mais ne diminue pas le débit des selles) : riz-carottes, pomme coing puis il faut élargir rapidement (carottes irritant colique et lassitude de l'enfant qui refuse et pérennise la dénutrition): produits laitiers et légumes verts. Et dès que les selles sont normales reprise d'un régime normal

C/Traitement médicamenteux :

✚ Médicaments anti diarrhéiques

L'OMS considère comme anti diarrhéique un médicament qui réduit le débit des selles d'au moins 30 % par rapport au placebo

- Les probiotiques, sont efficaces en termes de réduction de durée de la diarrhée.
- Le loperamide (Imodium®) est efficace en termes de réduction de la durée de la diarrhée et du débit des selles, mais ce médicament a été responsable de décès secondaires à des iléus. Il est contre indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans et déconseillé chez l'enfant plus grand.
- Le racécadotril (inhibiteur de l'enképhalinase intestinale) ayant une action anti sécrétoire pure, il diminue le débit des selles, d'environ 50% avec une réduction de la durée de la diarrhée.
- La diosmectite (Smecta®) est un agent intraluminal qui réduit également le volume de selles.

✚ Antibiotiques

- ✓ Les antibiotiques peuvent être utilisés pour le traitement de diarrhées invasives sévères (survenue brutale d'une diarrhée mucosanglante, avec fièvre élevée) dont les agents les plus habituels sont les shigelles, le Campylobacter et les salmonelles.

- ✓ L'antibiothérapie n'est pas recommandée au cours des diarrhées aqueuses, à moins que le patient n'ait voyagé de façon récente ou qu'il n'ait été exposé au choléra.

- ✓ Une antibiothérapie parentérale, plutôt que par voie orale, est recommandée :
 - si le patient est incapable d'utiliser la voie orale (vomissements, léthargie) ;
 - s'il existe un déficit immunitaire, sur lequel se greffe une gastro-entérite aiguë avec fièvre ;
 - s'il existe une toxémie sévère ou une bactériémie ;
 - chez les nouveau-nés et les jeunes nourrissons de moins de 3 mois fébriles, avec bilan de septicémie

- ✓ Salmonellose /E coli entéro invasif : sulfaméthoxazole trimétoprime (Bactrim) sirop 240 mg : 40mg /kg/j pendant 5 jours

- ✓ Amibiase /giardiase : Métronidazole(flagyl): 30mg/kg/j pdt 5 jours
- ✓ Campylobacter: erythromycine 40-50mg/kg/j pdt 15 jours
- ✓ Shigelle ; Terrain particulier (drépanocytose, mucoviscidose, immunodéprimés...) ; Forme dysentérique sévère : C3G RocéphineIV

Zinc

Au cours de la diarrhée aiguë, les pertes en zinc sont importantes. Un supplément de zinc réduit la durée et la gravité de l'épisode diarrhéique, comme il diminue l'incidence de la diarrhée aiguë dans les 2-3 mois suivants

L'OMS et l'UNICEF recommandent de prescrire le plutôt possible du zinc selon la posologie suivante :

< 6mois : 10 mg /j pendant 10 à 14 Jours

> 6 mois : 20 mg /J pendant 10 à 14 Jours

3/Conduite du traitement :

Selon le Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques :

■ Plan de traitement A :

- Réhydratation orale a domicile

- Correction des pertes par diarrhée par administration des SRO :
10cc/kg après chaque selle à la cuillère (Après chaque selle liquide ;
donner : 50-100cc SRO : 1/4 - 1/2 tasse : < 2ans 100-200 cc SRO : 1/2
- 1 tasse : > 2 ans)
- Pas d'arrêt d'alimentation : maintenir le même lait sans dilution,
donner des purées de légumes ; poisson ; viandes ; céréales ; jus de
fruit (K⁺)
- Contrôler à J2 ; J7 ; J30 sauf signe de gravités
- Les mères à chaque consultation doivent être :
 - ⊙ Capable de préparer et administrer les SRO
 - ⊙ Sensibilisées à la prévention de déshydratation à domicile
en donnant les SRO après chaque diarrhée
 - ⊙ Capables de reconnaître les signes de déshydratation
 - ⊙ Prévenir la malnutrition
 - ⊙ Informer et consulter son médecin en cas :
 - Signes de déshydratation
 - Selles liquides trop nombreuses
 - Vomissement incoercible
 - Altération de l'état général.

■ Plan de traitement B :

- ⊙ Hospitalisation en Hôpital Du Jour « 4h » est systématique si l'âge
inférieur à 3mois ou le poids inférieur à 5kg
- ⊙ Utilisé en cas de déshydratation modéré inférieur à 10%
- ⊙ La quantité de liquide à donner sera 200cc/kg pour une déshydratation
de 5 %
 - 50cc/kg pour perte antérieur
 - 50cc/kg pour perte en cours
 - 100cc/kg de ration de base
- ⊙ La moitié de la quantité en 4h sous forme de SRO à la cuillère, l'autre 1/2
sous forme de SRO et lait à la demande.
- ⊙ Surveillance et réexaminer toutes les 30min

- ⊙ Evaluation 4h après : 3possibilités
 - Pas de signe de déshydratation : la sortie de l'enfant /éducation de la mère (comme dans le plan A)
 - Persistance de signes de déshydratation il faut Appliquer de nouveau le plan B en réalimentation de l'enfant : dans ce cas la mise en place d'une réhydratation par SRO naso-gastrique est préférable
 - Si le malade s'aggrave et présente un tableau C : plan de Traitement C

■ Plan du Traitement C

Schéma national de réhydratation par sonde naso-gastrique ou par voie IV

- ⊙ Hospitalisation
- ⊙ Mesures générales
- ⊙ Hospitaliser l'enfant avec sa mère
- ⊙ Fiche de surveillance : poids /FC/FR/Signe de choc
- ⊙ Quantifier le nombre de selle
- ⊙ Placer un sachet collecteur à urine
- ⊙ Réhydratation par sonde naso-gastrique si pas des signes de choc

La quantité : a administré 250cc/kg sur 24h

- 100cc perte antérieur
 - 50cc perte en cours
 - 100cc/kg ration de base
 - Surveillance toutes les 30 min : Etat général, Pli de déshydratation, passage du SRO
-
- ⊙ Après 4H de réhydratation :

- ✓ Si l'enfant n'ayant plus de pli de déshydratation : la réalimentation doit débiter
- ✓ Si apparition de signes d'aggravation (Diarrhée profuse supérieure à l'apport liquide, Vomissements incoercible Ou signe de choc) : il faut à la réhydratation par voie IV selon le schéma national

L'alimentation doit être poursuivie pour les plans A et B ; Pour le plan C la réalimentation doit être repris après 4h.

VII/Prévention :

- promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois
- respecter les règles d'hygiène lors de la préparation des repas
- utilisation d'eau potable
- lavage fréquent des mains
- élimination hygiénique des selles
- Vaccination anti –Rotavirus (Rotarix®, Rotateq®).

VIII /Conclusion :

La diarrhée aigue constitue un véritable problème de santé publique du faite de sa fréquence et sa gravité potentielle liée à la déshydratation aiguë en premier plan et son retentissement sur l'état nutritionnel en second plan.

La Prise en charge devrait être immédiate repose essentiellement sur une réhydratation et une réalimentation précoce ; mais le meilleur traitement reste cependant la prévention dont la vaccination est un élément très prometteur.

Pour en savoir plus

1/ C. Dupont ; Diarrhées aiguës de l'enfant ; Journal de pédiatrie et de puériculture (2010) 23, 84—95

2/ C. Samaille, A. Martinot ; Diarrhée aiguë ; urgences pédiatrique ; Urgences médicales ; 2018, p493-501.

3/ A.Pariante ; Diarrhée aiguë ; EMC - Traité de Médecine Akos 1Volume 13/n°1/ janvier 2018 ; 1-0380.

4/ J.-P. Olives ; Traitement médicamenteux des diarrhées aiguës de l'enfant en 2011 ; Archives de Pédiatrie 2011;18:195-19