

Conduite à tenir en cas de gastro-entérite du nourrisson (< 2 ans)

Définition : diarrhée (> 3 selles liquides / jour), aiguë (depuis moins de 7 jours)

± vomissements (75 % des cas si rotavirus)

± fièvre (rarement importante, sauf déshydratation intra-cellulaire importante)

Les principales erreurs observées en pratique :

- Des explications insuffisantes de la réhydratation orale aux parents
- Un recours trop fréquent à la réhydratation IV

Attention, risque médico-légal ! dossier indiquant l'absence de signes de déshydratation et le fait que les conseils de surveillance et de reconsultation aient été donnés !!

Pratiques de la réhydratation orale et conseils aux parents

Il faut expliquer en détail les modalités pratiques de la réhydratation orale, et rassurer les parents en répondant par avance aux questions qu'ils vont se poser. Ce dialogue est le garant de l'efficacité de ce traitement au domicile. La remise aux parents d'un court document résumant ces explications est utile.

Les solutions de réhydratation orale sont les seules boissons adaptées à proposer à un nourrisson présentant une diarrhée aiguë afin de prévenir ou de traiter la déshydratation.

Les solutions disponibles en France sont les solutions hydro-électrolytiques sucrées (Alhydrate®, Adiaril®, Blédilait RO®, Fanolyte®, GES45®, Hydrigoz®, Lytren®, Picolite®, Viatol®), celles à base de céréales n'étant pas commercialisées. Elles ne doivent pas être confondues avec les substituts lactés qui ne servent pas à réhydrater mais à nourrir. Elles se composent principalement d'eau, de sodium (environ 50 mEq/l), et de sucre, dans des proportions adaptées aux pertes hydro-sodées de l'enfant et à l'osmolarité de sa lumière digestive. Le sucre facilite l'absorption intestinale du sodium et ainsi de l'eau, tout en réduisant les vomissements. **Toutes les autres boissons (eau sucrée, eau pure, sodas dont le coca, boissons pour sportifs) sont inadaptées**, car elles apportent pas ou peu de sodium, et/ou trop de sucre.

En pratique, que faut-il expliquer aux parents ?

Comment préparer la solution ? Verser un sachet de poudre de la solution dans un biberon de 200 ml d'eau (faiblement minéralisée). Ne rien ajouter et respecter cette proportion. Consommer dans les 24h suivant la reconstitution.

Comment donner la solution ?

- Il faut proposer souvent à boire à l'enfant, au début plusieurs fois par heure. Si le nourrisson refuse la solution, c'est presque toujours parce qu'il n'a pas soif et n'est pas déshydraté. Il faut continuer de lui proposer régulièrement la solution qu'il boira dès les premiers signes de déshydratation. Ne pas hésiter à rappeler qu' « **Un enfant déshydraté a soif ! Un enfant qui a soif, boit !** »
- En cas de vomissements, il faut donner la solution bien fraîche (la laisser au réfrigérateur), au début toutes les 5 à 10 min, par petites gorgées ou même à la cuillère. La solution permet d'arrêter les vomissements dans la grande majorité des cas (avec disparition de la cétose). Ensuite, on laisse boire à volonté l'enfant qui règle ses apports selon sa soif. Un nourrisson peut boire des quantités considérables de solution, jusque 300 ml/kg/jour.

Il convient aussi d'expliquer que :

- la persistance des selles liquides est normale ; elle ne signifie pas que la solution est inefficace. Son but unique mais essentiel est d'éviter la déshydratation. La diarrhée cèdera spontanément en 3 à 5 jours.

- Le fait que l'enfant émette une selle au moment où il boit est dû à un réflexe gastro-colique normal; ce n'est pas « la solution qu'il vient de boire qui repart immédiatement ! »
- Les solutions sont maintenant remboursées

Cette prescription doit être accompagnée de **conseils de surveillance** :

- Il convient de noter les quantités bues, le nombre de selles et de vomissements, la température, et si possible (la location d'une balance doit être encouragée avant l'âge de 6 mois) de peser l'enfant toutes les 4 h.
- **Il faut rappeler le médecin :**
- si les vomissements persistent et/ou si l'enfant refuse de boire,
- si l'enfant est apathique, hypotonique, pâle, grognon,
- pour les moins de 6 mois si la famille a une balance : si l'enfant maigrit,
- si sa respiration est rapide,
- si ses yeux sont creux ou cernés,
- si l'enfant dort beaucoup et que les parents n'arrivent pas à le réveiller.

Boissons, Alimentation et prescriptions médicamenteuses A domicile et aux urgences

Ne pas confondre Boire et Manger (On ne réhydrate pas avec un lait sans lactose !!!)

1. BOIRE : Avant 18 à 24 mois : seulement des solutions de réhydratation orale (SRO) !

Expliquer la réhydratation orale aux parents +++++ : cf paragraphe précédent

La SRO est proposée entre chaque repas

2. MANGER : comme d'habitude ou presque...

Poursuivre l'alimentation ou la reprendre précocement dès que la déshydratation est corrigée (pas de réhydratation orale exclusive pendant plus de 6 h !), pour le maintien de l'état nutritionnel, des activités disaccharidasiques...

Expliquer cependant que l'enfant peut avoir moins d'appétit (ne pas le forcer)

- Allaitement maternel : le poursuivre !
- Lait 1^{er} âge : le poursuivre à reconstitution normale !
- Chez le nourrisson ayant une alimentation diversifiée : maintenir l'apport lacté et privilégier lors des autres repas les aliments de type : riz, carottes (effet d'"éponge" rendant moins liquides les selles : bon pour le moral des parents..), pommes de terre, viandes de volaille, banane, pomme crue, pomme-coing..

Les laits sans lactose (AL 110[®], Diargal[®], HNRL[®], Olac[®], Picot AD[®] ...) ou formules de soja ne doivent pas être systématiquement prescrits (les enfants le boivent souvent moins bien et il n'existe qu'environ 5 à 10 % d'intolérance au lactose). Par contre la persistance de la diarrhée au delà du 5^{ème} jour doit faire rechercher la présence de selles acides (pH < 5) et de sucres dans les selles (clintix, clintest) et faire alors prescrire un lait sans lactose (ou un hydrolysate de protéines dans les 3-4 premiers mois de vie, Peptijunior[®], Pregestimil[®]).

3. Prescription de médicaments :

- Tiorfan[®] : anti-sécrétoire par inhibition de l'enképhalinase permettant de réduire le débit de selles sans modifier la contractilité intestinale. Rôle très complémentaire de la SRO qui stimule l'absorption active du Na (et donc de l'eau).

tableau 2

CHOC HYPOVOLEMIQUE

Apprécier :

- efficacité de la ventilation : FR, ampliation thoracique
- hémodynamique : pouls + FC, PA

Mettre en place :

- **O2 (en lunettes nasales)**
- surveillance sous scope

REPLISSAGE :

- chercher voie veineuse périphérique
pli du coude, autre, voie jugulaire externe
- échec à 5 minutes et enfant en choc sévère :
voie osseuse (ou sinus longitudinal supérieur)

Sérum salé isotonique :

- bolus de 10 ml/kg
- **à répéter** selon signes de choc : FC, TRC, pouls, FR, PA
- **le plus vite que le permet la voie veineuse**
- **à la seringue, poussée à la main**
- administration de bicarbonates le plus souvent inutile

REPLISSAGE \leq 20 ml/kg

- **et** hémodynamique parfaite
- **et** conscience normale
- réhydratation orale possible
- garder l'abord veineux

REPLISSAGE $>$ 20 ml/kg

- réhydratation intraveineuse
- cf tableaux 3 - 4 - 5

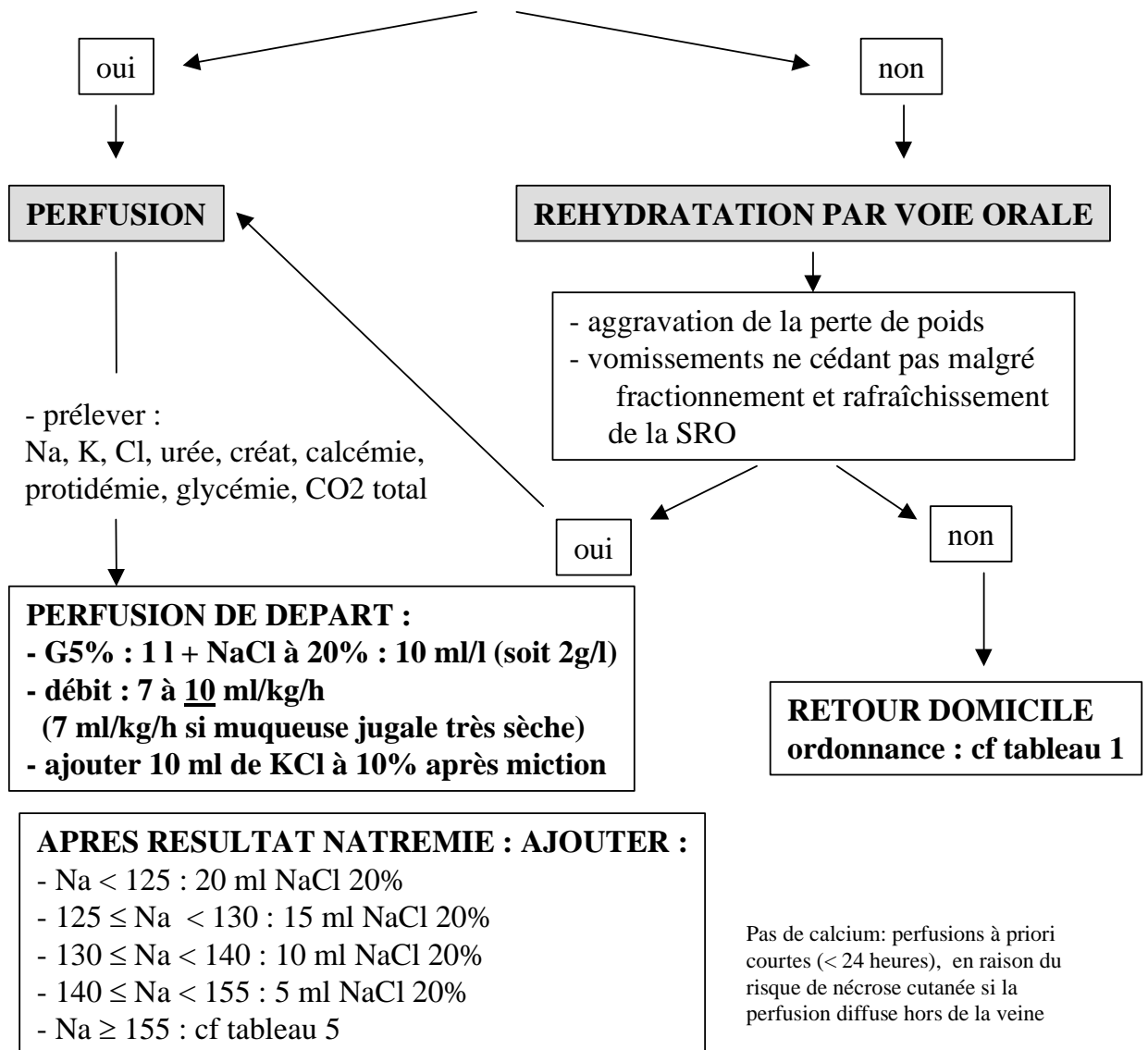
- **CHOC PERSISTANT APRES REPLISSAGE $>$ 40 ml/kg**
- **TROUBLES DE CONSCIENCE PERSISTANTS APRES CORRECTION DU CHOC**
→ **TRANSFERT EN REANIMATION**

- ☹ le SSI va aller en partie en interstitiel et l'enfant peut être de nouveau hypovolémique dans les heures qui suivent nécessitant un nouveau remplissage
- mettre si possible sachet collecteur d'urines (diurèse $>$ 1 ml/kg/h)

tableau 3

REHYDRATATION DES DIARHEES AIGUES DU NOURRISSON

- choc sévère ou persistant (cf tableau 2)
- OU troubles de conscience (plus souvent dus à un état de choc qu'à une hypernatrémie grave)
- OU suspicion d'affection chirurgicale
- OU déshydratation avec vomissements persistants malgré la réhydratation orale BIEN CONDUITE à domicile



SURVEILLANCE DE LA REHYDRATATION

tableau 4

- **poids toutes les 4 à 6 heures** ++++ (si la perte de poids à l'admission n'a aucun intérêt car elle est souvent inconnue ou fautive (enfant pesé plusieurs semaines auparavant, différences allant jusque 5% entre les balances), la reprise de poids dans l'unité est l'élément fondamental guidant la réhydratation de l'enfant)
- **pli cutané, sécheresse jugale, cernes oculaires**
- **nombre de selles et de vomissements**
- **diurèse si la poche d'un sachet de recueil est compatible avec l'état du siège de l'enfant**

ADAPTATION DU DEBIT DE PERFUSION

- **selon la reprise ou non du poids**
- **nécessité parfois de débits allant jusque 300 ml/kg/j**
- **il est inutile de refaire un ionogramme sanguin si Natrémie < 155 mEq/l**

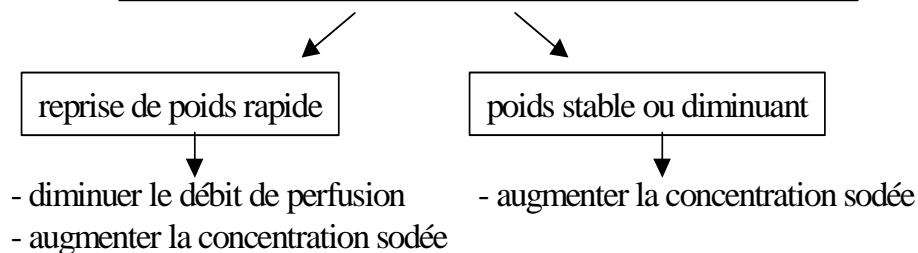
tableau 5

REHYDRATATION DES DESHYDRATATION HPERNATREMIQUES

Réhydratation plus lente :

- **éviter les solutés trop pauvres en NaCl** : jamais moins de 10 ml/l de NaCl à 20%
- **refaire un iono 4 à 6 heures après le premier** : BUT = **BAISSER Na de 1 mEq/l/h**

DIMINUTION DE LA NATRÉMIE TROP RAPIDE



POIDS STABLE OU DIMINUANT ET NATRÉMIE STABLE

augmenter le débit

CONVULSIONS AU COURS DE LA REHYDRATATION D'UNE DESHYDRATATION HYPERNATREMIQUE

lié à un œdème cérébral se manifestant par des convulsions résistant habituellement au Valium® et évoluant vers l'état de mal si on ne remonte pas rapidement l'osmolarité extra-cellulaire par injection de NaCl.

- 5 ml de NaCl à 20% + 30 ml d'eau stérile
- bolus de 2 ml/kg toutes les 3 minutes
- jusqu'à arrêt des convulsions