



Diarrhées de l'enfant : en finir avec le Coca-Cola[®], l'eau de riz et les carottes

... Par Dr Isabelle Catala *

«La diarrhée de l'enfant est l'un des domaines qui véhicule le plus d'idées préconçues, y compris chez les médecins», a expliqué le Dr Hélène Chappuy (Urgences pédiatrie, Armand Trousseau, Paris), en préambule de sa communication au congrès Urgences 2018, avant de rappeler les bases de la prise en charge de la diarrhée aiguë de l'enfant. □

L'OMS définit la diarrhée aiguë comme l'émission de plus de trois selles liquides, par jour, pendant moins de 7 jours, associée, ou non, avec des vomissements et de la fièvre. Chaque année, chaque enfant, âgé de 0 à 2 ans et vivant sur le territoire français, souffrira d'au moins un épisode de diarrhée. En moyenne et en se fondant sur les chiffres de la saison 2009-2010, on peut, donc, conclure que, tous les ans, **430 000 enfants** ont des diarrhées symptomatiques, dont 181 000 consulteront, **31 000** passeront dans un service d'urgences, **14 200** seront hospitalisés et 6 décéderont de cette affection, qui peut, a priori, sembler banale.

RECONNAÎTRE ET TRAITER...

La prise en charge, aux urgences, de la diarrhée de l'enfant doit se dérouler en trois étapes essentielles: l'évaluation du degré de déshydratation, la réhydratation et la réalimentation.

La première étape, à l'admission d'un enfant souffrant de diarrhée, reste la pe-

sée et l'analyse des variations de poids, par rapport à la courbe propre de l'enfant. S'il existe une déshydratation, son degré doit être apprécié par l'analyse des constantes vitales: fréquence cardiaque (**130**, en moyenne, jusqu'à **2 ans**) et pression artérielle (**80** de PA systolique, jusqu'à un an). Chez les enfants souffrant de diarrhées, la recherche du troisième secteur est essentielle, car une évacuation rapide peut être à l'origine d'une décompensation. Le risque reste le choc hypo-volémique, qui associe une tachycardie, une mauvaise perfusion cutanée (temps de recoloration allongé, extrémités froides, pâleur, marbrures), une pression artérielle pincée, puis diminuée, voire des troubles de la conscience... sans examens complémentaires.

Dans la majorité des cas, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. L'ionogramme sanguin est prescrit en cas de discordance entre l'histoire et la clinique et avant une réhydratation par voie IV. La glycémie est utile en cas d'intolérance alimentaire totale, de diarrhée profuse du nourrisson, ou en cas de suspicion de diabète.

Enfin, CRP, PCT et NFS ne sont utiles que si l'enfant est septique, ou que l'on suspecte un syndrome hémolytique et urémique.

La surveillance de la réhydratation est effectuée dans des services d'hospitalisation de courte durée, sauf chez les enfants de moins de **4 mois**, ceux qui ont présenté un retard de croissance intra-utérin, les enfants dénutris, ou présentant des pathologies chroniques, ou en cas de contexte psycho-social défavorisé. CRP, PCT et NFS ne sont utiles que si l'enfant est septique ou que l'on

suspecte un syndrome hémolytique et urémique.

FAIRE BOIRE DE PETITES QUANTITÉS DE SRO

La réhydratation doit être débutée sans délai. La voie **per os** – qui ne doit pas être freinée par d'éventuels vomissements – est réservée aux patients peu déshydratés : si la déshydratation est évaluée à moins de **5%**, un retour à domicile, avec un soluté de réhydratation orale, peut être envisagé. En cas de déshydratation légère à modérée (**5 à 10%**), une réhydratation orale fractionnée doit être proposée, aux urgences, avec un soluté de réhydratation orale (SRO). Pour le Dr Chappuy, "il faut en finir avec l'idée reçue que le Coca-Cola[®] est un bon SRO. Son osmolarité est de **750**, contre **250 à 350** pour les vrais SRO et il contient beaucoup de glucides (**112 g/L** contre **20**), très peu de sodium (**1,6 mmol** contre **55 à 90**) et pas du tout de potassium".

La réhydratation orale contribue à faire cesser les vomissements; c'est, pour cette raison, qu'elle n'est pas contre-indiquée en cas de déshydratation modérée associée à des régurgitations. Néanmoins, les vomissements doivent cesser rapidement sous **SRO** ; dans le cas contraire, le traitement doit être adapté. "Il faut, aussi, savoir expliquer aux parents qu'un enfant déshydraté a soif et donc, qu'il boira si on lui propose une réhydratation adaptée", continue le Dr Chappuy.

LA PLACE DE LA SONDE NASO-GASTRIQUE

Lorsque la réhydratation per os est impossible, en cas de signes cliniques de

déshydratation modérée, ou, éventuellement, en cas de déshydratation sévère sans signes de choc, ni de troubles de la conscience, la pose d'une sonde nasogastrique est indispensable.

Elle permet de réhydrater avec un **SRO** ingéré de façon constante et rapide. *"Différents protocoles existent. On peut, par exemple, proposer un volume de **15 mL/kg/h** (avec un maximum de **400 mL/h**) pendant **4 heures**, avec une dose de charge, pour les cas les plus sévères (**15 mL/kg** en **30 minutes**). Pendant les quelques heures qui suivent, la quantité de liquide doit correspondre aux apports de base, avec une compensation des pertes. Si cette voie de réhydratation est un échec, il faut savoir passer à la voie intraveineuse"*, considère le **Dr Chappuy**.

LA VOIE INTRAVEINEUSE, VOIRE INTRA-OSSEUSE

Chez les enfants sévèrement déshydratés,

ceux qui présentent une intolérance digestive totale et en cas d'échec de la réhydratation orale, ou par sonde nasogastrique, une voie, d'abord périphérique, doit être mise en place. La voie intra-osseuse doit être réservée aux échecs de l'abord périphérique et aux chocs décompensés. En l'absence de choc, le soluté le moins hypotonique possible doit être préféré (soluté de type B26 avec un ajout de **1 g** de NaCl par L). Initialement, le débit doit être proche de **10 mL/kg/h** pendant **4 h**, avec un maximum de **500 mL/h**. Les dosages sont adaptés en se fondant sur l'analyse de la natrémie. Après les premières **4 heures**, le volume doit correspondre aux apports de base journaliers avec une supplémentation de **10 à 30 mL/kg/j**. En cas de choc compensé, ou non, l'apport en sérum physiologique doit être, initialement, de **20 mL/kg** sur **10 à 20 minutes**, puis de **60 mL/kg/h**. Ce traitement doit être associé à un

monitoring de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle et de la mise en place d'une poche de recueil des urines.

RÉALIMENTER PRÉCOCEMENT

La réalimentation précoce (**4 h** après le début du traitement per os, ou intraveineux) est l'un des piliers du traitement de la réhydratation. *"Là encore, dans ce domaine, des "légendes" persistent: l'eau de riz, les carottes, ou le "sans-produits-laitiers" doivent être prescrits, en faveur d'un régime habituel. L'allaitement maternel peut, aussi, être poursuivi. Le but de cette réalimentation est d'éviter la dénutrition"* insiste le **Dr Chappuy**.

"Les médicaments de la diarrhée ont, en fait, très peu d'indications. Les antiémétiques sont peu efficaces et induisent des effets indésirables. Les ralentisseurs du transit n'ont pas d'AMM avant 3 ans. Enfin, les probiotiques et le racécadotril gardent une efficacité modeste" ■