



RECOMMANDATIONS DE BASE :

Gastro-entérite

La gastro-entérite est une maladie fréquente, généralement causée par des virus qui produisent une inflammation de l'estomac et de l'intestin grêle. Elle se caractérise par de la fièvre, de la diarrhée et des vomissements.

Une évaluation de la déshydratation est essentielle dans la prise en charge. On estime le niveau de déshydratation :

LÉGÈRE DÉSHYDRATATION

- » Les premiers signes de déshydratation peuvent ne pas être évidents jusqu'à **3 % de déshydratation**. En général, les signes de déshydratation ne sont pas généralement présents. Bien que l'urine soit foncée, le débit urinaire n'est que légèrement diminué.

DÉSHYDRATATION LÉGÈRE À MODÉRÉE

- » **Les signes cliniques sont plus évidents (à 5 % de déshydratation)**. Ces derniers pourraient inclure une miction moins fréquente, une tachycardie et une tachypnée légères, des yeux cernés, une muqueuse orale sèche et une réduction du niveau d'activités.

DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

- » **Les signes ne sont pas toujours évidents avant un déficit liquidien de 9%**. Ces derniers comprennent la léthargie, un débit urinaire considérablement réduit, des yeux cernés, une tachycardie, une tachypnée et une muqueuse orale sèche. Les signes ci-dessus sont plus importants que ceux observés chez les enfants qui souffrent d'une déshydratation moyenne ou modérée.

Les médecins qui disposent d'une expérience limitée avec l'évaluation de la déshydratation chez les enfants devraient songer à utiliser une échelle de déshydratation clinique, telle que le Score de Gorelick¹ ou le Clinical Dehydration Scale Score².

LE TRAITEMENT DÉPEND DE L'ÉTAT D'HYDRATATION :

AUCUNE DÉSHYDRATATION – GÉRER À LA MAISON

- » Fournir une quantité adéquate de liquide et continuer une alimentation adaptée selon l'âge
- » Encourager l'enfant à boire ses liquides préférés pour remplacer les pertes de liquides en cours

DÉSHYDRATATION MOYENNE OU MODÉRÉE

- » Remplacer rapidement les pertes liquidiennes
- » **50 à 100 ml de solution de réhydratation orale (SRO)/kg de poids corporel dans les 2 à 4 heures après le début des symptômes**. Si l'enfant refuse la SRO, offrir des options différentes selon les préférences de goût
- » Liquides supplémentaires pour remplacer les pertes en cours
- » Offrir de petits volumes fréquemment si l'enfant vomit
- » Viser à administrer le **poids de l'enfant (en kg) toutes les 5 minutes (ex. 20 ml/5 min pour un enfant de 20 kg)**
- » Réhydratation par voie intraveineuse est rarement nécessaire



DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

- » Commencer aussi rapidement que possible à une réhydratation intraveineuse (ou intra osseuse) avec des solutions isotoniques (**0,9 % de solution saline normale ou lactate Ringer**) pour restaurer la stabilité hémodynamique (**requiert souvent 60 ml/kg ou plus pendant la première heure**).

ONDANSÉTRON

- » Antagoniste sélectif de la sérotonine
- » **Une seule dose orale** - extrêmement sécuritaire et bénéfique
- » Suggestions de posologie :
 - » poids de l'enfant - 8 à 15 kg : 2 mg
 - » poids de l'enfant - 15 à 30 kg : 4 mg
 - » poids de l'enfant - >30 kg : 8 mg
- » Améliore le taux de succès de la réhydratation orale chez les enfants souffrants de déshydratation moyenne ou modérée
- » Aucune preuve à l'appui pour l'utilisation de doses multiples (ex. après le congé)
- » Les résultats d'essais cliniques n'appuient pas l'utilisation du dimenhydrinate

SI LA DÉSHYDRATATION EST JUGÉE ASSEZ IMPORTANTE OU, QUE LA RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE NE FONCTIONNE PAS ET QUE L'ACCÈS PAR INTRAVEINEUSE N'EST PAS DISPONIBLE OU JUGÉE TROP DIFFICILE

- » Administrer la réhydratation par voie nasogastrique avec une solution de réhydratation orale **50 ml/kg sur 3 heures**

CRITÈRES POUR L'HOSPITALISATION

- » Il est impossible de donner des soins adéquats à la maison
- » Déshydratation moyenne ou modérée et vomissements réfractaires, refus des SRO ou prise inadéquate des SRO
- » Inquiétude que d'autres maladies compliquent l'évolution clinique
- » Aggravation de la diarrhée ou de la déshydratation en dépit d'une quantité adéquate de liquides
- » Déshydratation sévère
- » Inquiétudes sociales ou logistiques qui pourraient empêcher le retour à l'urgence
- » Jeune âge, irritabilité, somnolence inhabituelle, symptômes qui progressent

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de la gastro-entérite chez les enfants. Ce sommaire est produit par le group d'étude sur la gastro-entérite de *Pediatric Emergency Research Canada* (PERC). Ce groupe est mené par le Dr Stephen Freedman du *Alberta Children's Hospital Research Institute*, à la demande du réseau TREKK. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents.

Les réseaux PERC et TREKK ne seront pas responsables des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liées à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, les réseaux TREKK et PERC n'assument aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans leur autorisation.

Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

- 1) Gorelick MH, Shaw KN, Murphy KO. *Validity and reliability of clinical signs in the diagnosis of dehydration in children*. *Pediatr*. 1997;99:e6.
- 2) Freedman SB, Vandermeer B, Milne A, Hartling L; Pediatric Emergency Research Canada Gastroenteritis Study Group. *Diagnosing clinically significant dehydration in children with acute gastroenteritis using noninvasive methods: A meta-analysis*. *Pediatr*. 2015 Apr;166(4):908-16. Epub 2015 Jan 29.
- 3) Freedman SB, Ali S, Oleszczuk M, Gouin S, Hartling L. *Treatment of acute gastroenteritis in children: An overview of systematic reviews of interventions commonly used in developed countries*. *Evidence-based Child Health: A Cochrane Review Journal*. 8 (4): 1123-1137 (2013).
- 4) King CK, Glass, R, Bresee JS, Duggan C, Centers for Disease Control and Prevention. *Managing acute gastroenteritis among children: Oral rehydration, maintenance and nutritional therapy*. *MMWR Recomm Rep*. 52 (RR-16): 1-16 (2003).

© Janvier 2017, TREKK; révision en 2018.

