



Respect



Qualité



Solidarité



Innovatie



Engagement

Gastro-entérite aigue de l'enfant.

AISPN

Dr Ferreiro Christine

15/11/2016

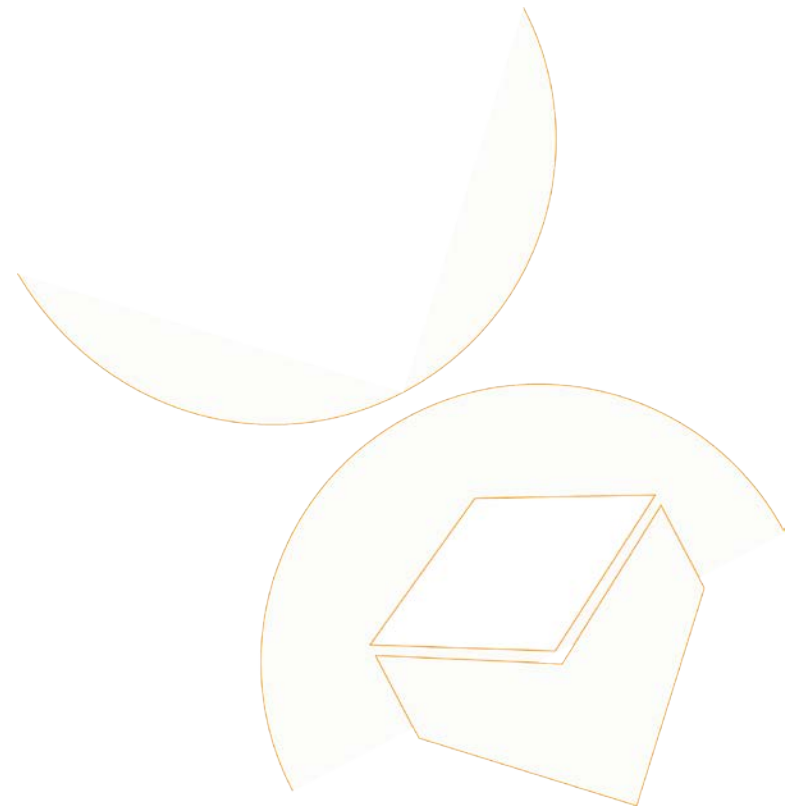
Dénifition

Augmentation de la fréquence des selles à plus de 3 par 24 h ou émission de selles aqueuses ou une augmentation de leur fréquence à plus de 2x la fréquence habituelle. (avec ou sans vomissements)

Durée de moins de 15 jours.

Etiologies

- Virales
 - Rotavirus
 - Norovirus
 - Adénovirus
- Bactériennes
 - E coli
 - Salmonelles
 - Shigella
 - Clostridium difficile
 - Campylobacter jejuni
- Parasitaires
 - Giardiasis
 - Cryptosporidium



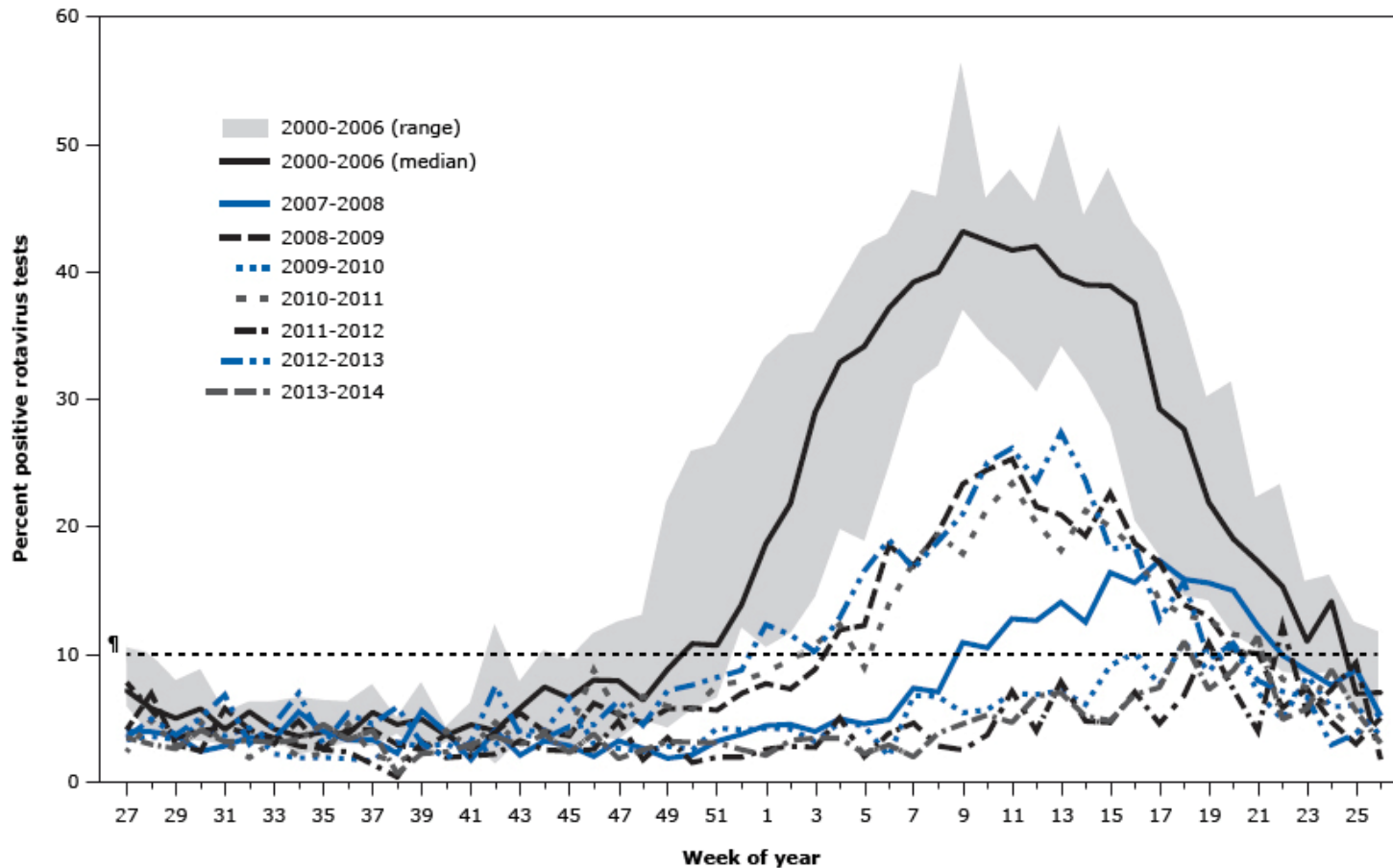
Manifestations cliniques, origine virale ou bactérienne

- La plupart des infections d'origine virale sont asymptomatiques (mais les patients sont contagieux !!)
- Diarrhée, vomissements, fièvre, anorexie, céphalées, douleurs abdominales et myalgies.
- Les symptômes débutent de 12 h à 5 jours après un contact avec une personne malade ou après l'ingestion d'un aliment contaminé
- Durée moyenne des vomissements: 1 à 2 jours
- Durée moyenne de la diarrhée: 5 à 7 jours

Origine virale ou bactérienne

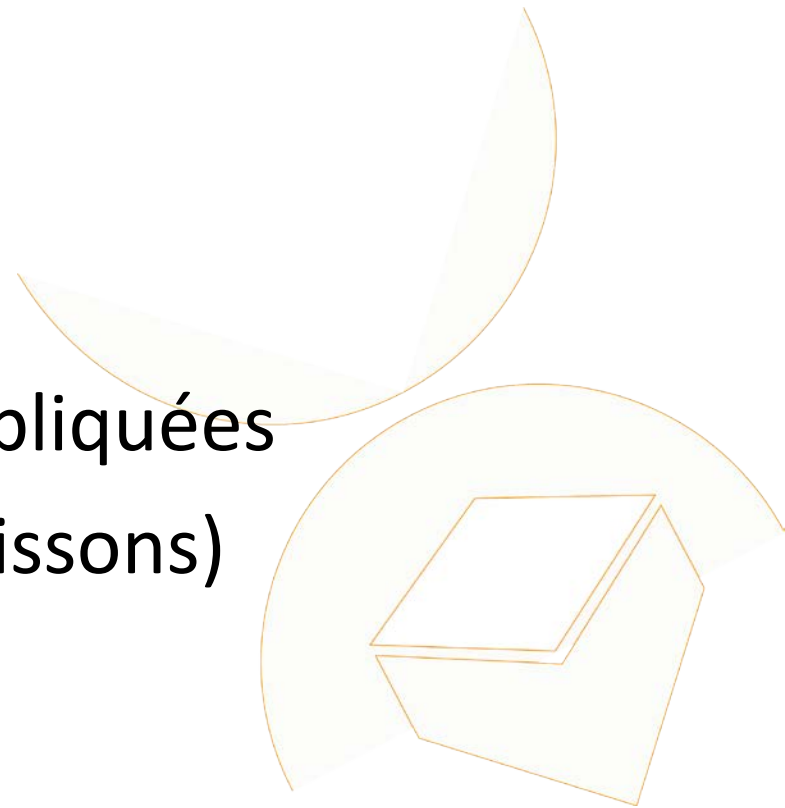
- Quels sont les signes qui évoquent le diagnostic de gastro-entérite d'origine bactérienne ou parasitaire?
 - Enfants âgés de plus de 2 ans
 - Présence de mucus ou de sang macroscopique dans les selles
 - Fièvre élevée, ténesme, convulsions, selles peu fréquentes
 - Leucocytose élevée
 - Éléments anamnestiques: ingestion d'œufs, voyages

Caractère saisonnier et impact de la vaccination contre le Rotavirus



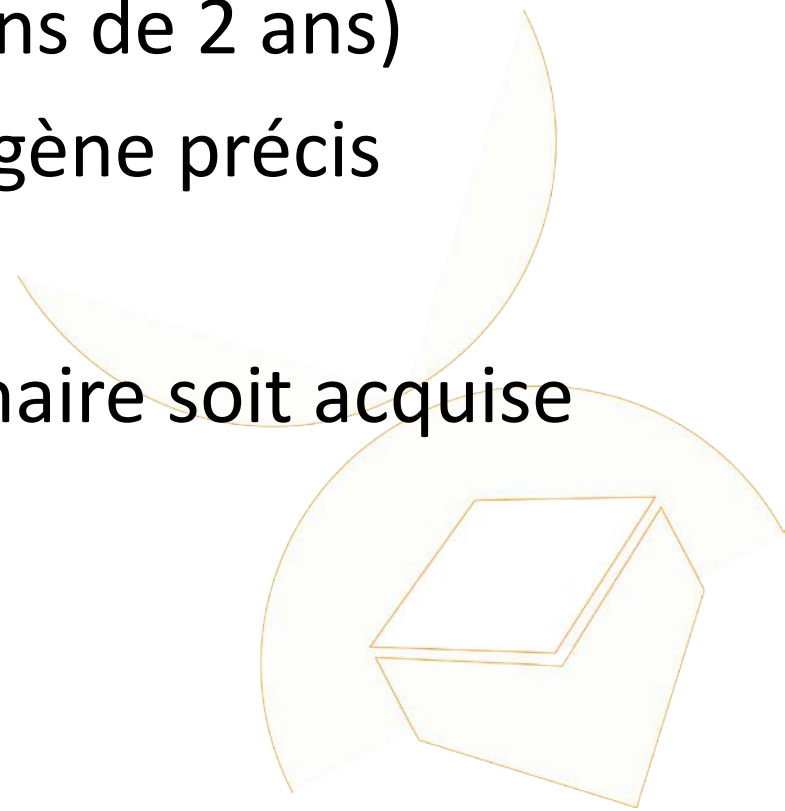
Attention d'autres infections extra-digestives peuvent mimer les les symptômes d'une GEA

- Méningites
- **Sepsis**
- Pneumonies
- Les infections urinaires compliquées
- Otite moyenne aigue (nourrissons)



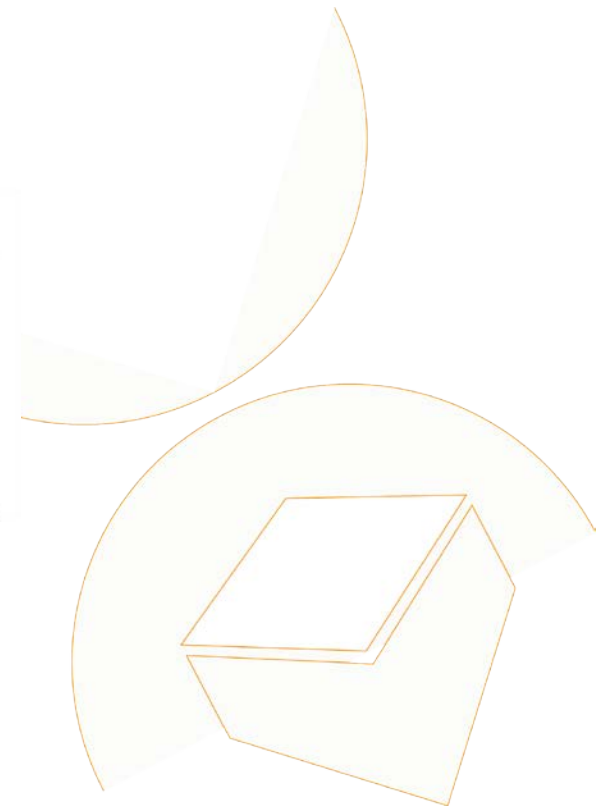
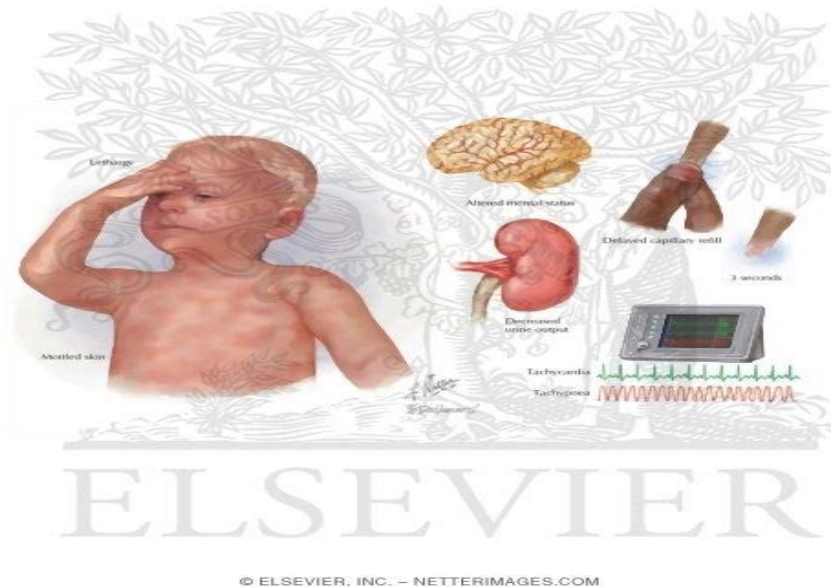
Patients à risques

- Les très jeunes enfants (moins de 2 ans)
- Premier épisode d'un pathogène précis
- Malnutrition
- Immunosuppression soit primaire soit acquise



Complications

- Secondaires à la déshydratation (hypovolémie)



Attention aux jeunes enfants de – de 2 ans

Signes cliniques de déshydratation

Signes	Légère 3 à 5 %	Modérée 6 à 9%	Sévère >10%
Pouls	Normal, rythme N	Tachycardie mod.	Tachycardie sévère
TA systolique	Normale	Normale ou peu ↓	Abaissée
Respiration	Normale	Ample, rythme peu ↑	Ample, tachypnée, tirage
Muqueuse buccale	Normale	Sèche	Très sèches
Fontanelle ant.	Normale	Déprimée	Très déprimée
Yeux	Normale	Enfoncés	Très enfoncés
Turgescence cut.	Normale	Diminuée	Signe du plis persistant
Peau	Normale	Froide	Froide, cyanose
Diurèse	Normale	Diminuée	Anurie
Signes systémiques	Soif augmentée	Confusion, irritabilité	Grunting, léthargie, coma

Complications

- Secondaires aux troubles ioniques
 - Hyperkaliémie
 - Hypokaliémie: cause d'iléus
 - Hyponatrémie
 - Acidose métabolique
- Secondaires à l'hypoglycémie
- Secondaires à une intolérance au lactose: rare dans les entérites aiguës (présence de selles acides $\text{pH} < 6$ avec la présence de sucres réducteurs dans les selles)
- Dermatitis du siège

Diagnostic différentiel des vomissements

- Obstruction digestive (V. bilieux)
- Autre pathologies digestives
- Pathologies neurologiques
- Infections extradiigestives
- Désordres métaboliques et endocriniens
- Pathologie rénale
- Intoxications
- Insuffisance cardiaque



Diagnostic différentiel des vomissements

- Obstruction digestive
 - Sténose du pylore
 - Malrotation
 - Invagination
 - Sténose, atrésie ou duplication digestive
 - Corps étranger
 - Hernie étranglée



Diagnostic différentiel des vomissements

- Autre pathologies digestives
 - Reflux gastro-oesophagien
 - Anaphylaxie suite à l'ingestion de certaines protéines alimentaires
 - Ulcères
 - Gastrite ou oesophagite à éosinophiles
 - Pancréatite



Diagnostic différentiel des vomissements

- Pathologies neurologiques
 - Hydrocéphalie
 - Hématome sous dural ou hémorragie intracrânienne
 - Tumeur
- Infections extra-digestives
- Pathologies rénales:
 - Uropathie obstructive
 - IRA



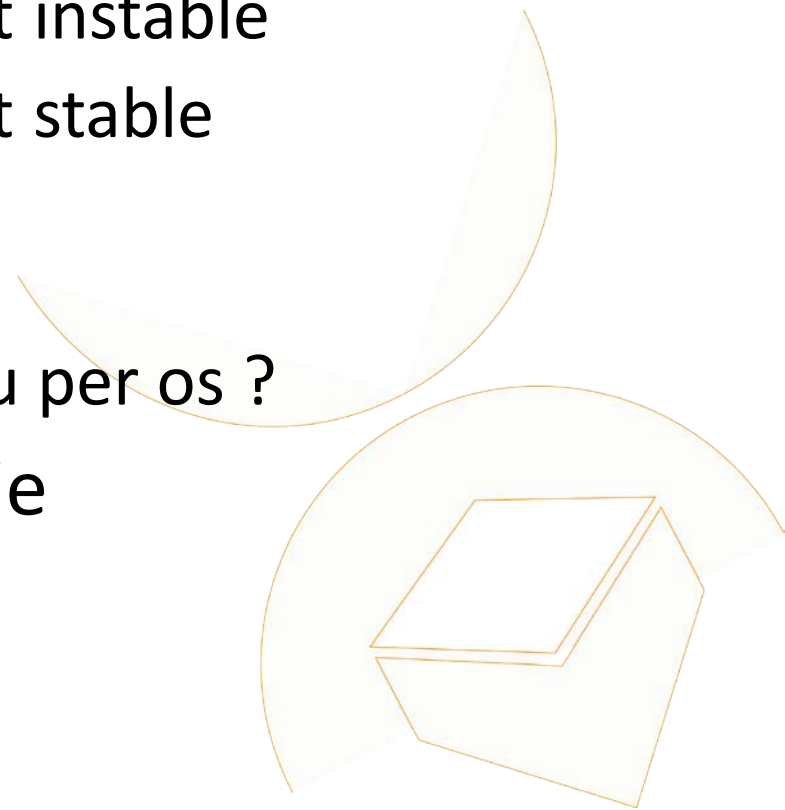
Diagnostic différentiel des vomissements

- Troubles métaboliques et endocriniens:
 - Galactosémie
 - Fructosémie
 - Troubles du cycle de l'urée
 - Amino- et organo- acidémies
 - Hyperplasie congénitale des surrénales



Traitement

- Traitement de la déshydratation
 - Patient hémodynamiquement instable
 - Patient hémodynamiquement stable
 - Patient normonatémique
 - Patient hypernatémique
 - Mode de réhydratation: IV ou per os ?
- Traitement de l'hypoglycémie
- La réalimentation précoce
- Traitement anti-diarrhéique

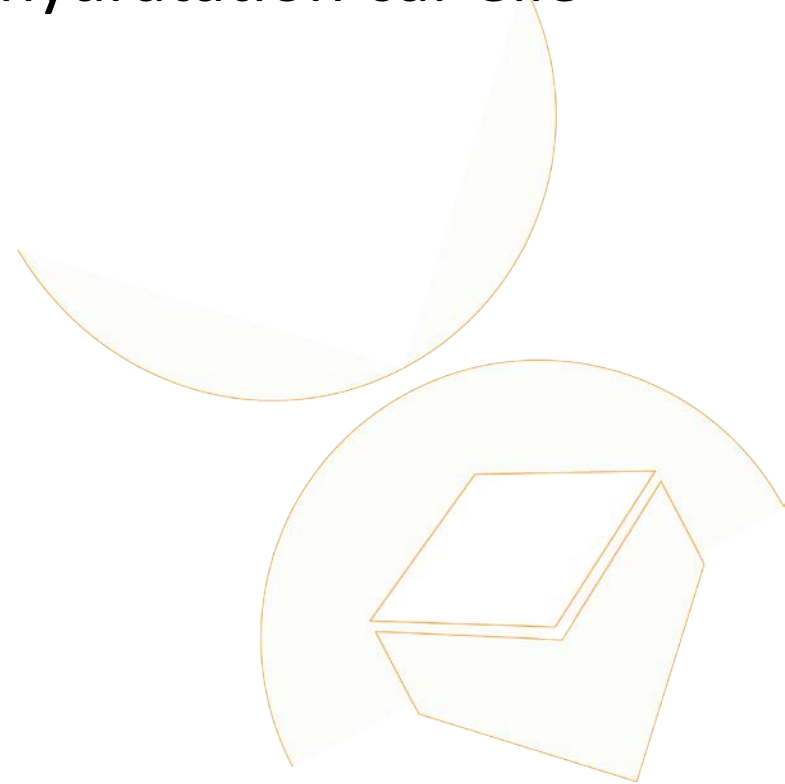


Traitement

- La mortalité de la GEA est directement liée au degré de déshydratation
- Si l'enfant a une déshydratation majeure = hémodynamiquement instable, on le traite comme tout choc hypovolémique:
 - Placement d'une voie d'accès veineuse
 - Si TA correcte 5 min pour placer une voie périphérique
 - Si échec ou hypoTA: placement d'une voie intra-osseuse
 - Remplissage au sérum physiologique 20 ml/ kg en moins de 15 min (1 ou 2 x)
 - Mesurer la glycémie !!

Traitement

- Si le patient est hémodynamiquement stable, on préférera la voie orale pour la réhydratation car elle est plus sûre.
- OMS:
 - Na: 60 mmol/l
 - K: 20 mmol/l
 - Citrate: 10 mmol/l
 - Glucose: 90 mmol/l soit 17 gr/l
 - Osmolalité 240 mosm/l



Traitement

- Le volume à administrer va dépendre du degré de déshydratation, la vitesse de réhydratation en l'absence d'une hypernatrémie se fera en 4H.
 - Déshydratation légère 4 à 5 %: 50 ml/kg d'OMS
 - Déshydratation modérée 6 à 9 %: 75 ml/kg d'OMS
 - Déshydratation sévère >10%: 100 à 150 ml/kg d'OMS
- Attention, il faut quantifier le nombre de selles émises pendant la déshydratation et les compenser en fin de réhydratation
- Il faut toujours, réévaluer l'efficacité de la réhydratation (réévaluation clinique et biologique (PH))
- On réalisera une deuxième réhydratation si nécessaire

Traitement

- La réhydratation par sonde naso-gastrique est réservée aux enfants déshydratés qui refusent de boire leur ORS.
- Elle est contre indiquée en cas de **trouble de la conscience ou d'iléus**.
- En cas d'hypoglycémie, on administre per os du glucose 0,5 à 1 gr/ kg. Il ne faut pas oublier de maintenir les apports de glucose par l'administration d'ORS ou de lait ou autre.
- En cas d'hyponatrémie, on réalisera la réhydratation en 12 H au lieu de 4H. Il faut monitorer la baisse de Na: vitesse à ne pas dépasser 0,5 à 1 mmol/H. (Risque de démyélinisation centropontine qui se traduit cliniquement par des convulsions)

Traitement

- La réhydratation IV est réservée
 - Aux cas d'échec de la réhydratation per os (Ex vomissements persistants)
 - Troubles de la conscience
 - Ileus
- Le volume à perfuser en 24H = Besoins de base + déficit hydrique + pertes
- Déficit hydrique (en ml) = Poids (kg) x Degré de déshydratation (%) x 10
- En cas d'hypernatrémie, on compensera que la ½ du déficit hydrique en 24 H. Attention toujours suivre la baisse de la natrémie.

Traitement

- La réalimentation précoce:
 - L'allaitement maternel ne doit pas être interrompu
 - La réalimentation sera débutée directement après la réhydratation, on compensera les pertes digestives par 10 ml/ kg/selle d'ORS. (attention au piège du nourrisson)
 - Eviter les sucres rapides, les graisses animales et les jus de fruits. (sodas)
 - Reprendre le lait habituel
 - Ne pas prescrire de lait sans lactose en cas de diarrhée aigue de courte durée.

Traitement

- Le traitement anti-diarrhéique:
 - Aucun traitement médicamenteux n'est recommandé dans la prise en charge de la GEA d'origine virale
 - Imodium est contre indiqué avant 2 ans, risque de créer un troisième espace et un iléus
 - Tiorfix? Inhibiteur des enképhalines. Les enképhalines ont un rôle anisécrétoire.
 - En cas d'infection symptomatique à Campylobacter: Clarythromycine
 - En cas d'infection invasive à Salmonella (suspicion de bactériémie associée): Rocéphine IV
 - Le seul traitement per os qui ne prolonge pas le portage de la Salmonelle est un traitement par Quinolones
 - Traitement de la Giardiase: Flagyl

En résumé

- La gastro-entérite aigue de l'enfant est majoritairement d'origine virale et son évolution est la plus part du temps auto-limitée.
- La survenue de vomissements seuls n'est pas synonyme de gastro-entérite aigue.
- Le traitement consiste essentiellement à la prévention de la déshydratation.



Merci pour votre attention

