



Dr LACARNE A.

- I. Objectifs pédagogiques**
- II. Introduction**
- III. Définition**
- IV. Physiologie – Physiopathologie**
- V. Diagnostic positif**
- VI. Diagnostic différentiel**
- VII. Diagnostic de gravité**
- VIII. Diagnostic étiologique**
  - A. Enquête étiologique**
  - B. Résultats de l'enquête :**
    - 1. Causes extradigestives**
    - 2. Causes digestives**
- IX. Prise en charge**
  - A. Objectifs**
  - B. Armes thérapeutiques**
  - C. Conduite du traitement**
- X. Evolution**
- XI. Conclusion**

## **I. Objectifs pédagogiques :**

- Diagnostiquer une diarrhée aigue chez le nourrisson et l'enfant
- Diagnostiquer un état de déshydratation chez le nourrisson et l'enfant
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

## **II. Introduction :**

- La diarrhée aiguë est une pathologie fréquente chez l'enfant dont le risque principal est la déshydratation, particulièrement chez les enfants à risque.
- La déshydratation doit être recherchée à chaque consultation par un interrogatoire et un examen clinique minutieux, qui ne peuvent pas être remplacés par un examen biologique.
- Le traitement repose essentiellement sur la réhydratation, qu'elle soit par voie orale dans les cas peu sévères ou par sonde naso-gastrique, ou par voie intraveineuse dans les cas les plus sévères.
- Le traitement par antibiotique est réservé à de rares situations et les autres traitements (anti-diarrhéique, antiémétiques) sont ou secondaires ou contre-indiqués.
- Le risque d'aggravation secondaire existe et impose donc systématiquement une poursuite de la réhydratation et des consignes de surveillances claires.

### III. Définition :

- La diarrhée aiguë se définit comme une modification brutale de l'exonération des selles devenant plus nombreuses, molles, ou liquide chez un enfant ayant jusque là un transit normal
- Selon l'OMS : un enfant est diarrhéique à partir de 03 selles liquides ou aqueuses par jour depuis moins de 14 jours

Allaitement au sein	Allaitement artificiel	Alimentation diversifiée
5 à 6 selles molles, granuleuses, jaune d'or, prandiale	2 à 3 selles pâteuses	1 à 2 selles moulées marrons
La couleur verte des selles diarrhéiques signifie seulement une accélération du transit		

#### Transit normal chez le nourrisson

### IV. Physiologie – Physiopathologie :

#### A. Physiologie :

- L'intestin joue un rôle important dans l'équilibre hydro-électrolytique de l'organisme
  - La muqueuse intestinale est le siège permanent de mouvements d'absorption et de sécrétion d'eau et d'électrolytes en équilibre parfait dans les conditions normales
1. **Absorption** : sous la dépendance de l'ion sodium Na<sup>+</sup>
    - ✓ **Mécanisme passif** :  
Il concerne l'eau qui diffuse passivement par l'osmose de la lumière intestinale vers l'entérocyte suivant les mouvements du Na<sup>+</sup> (pompe Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase)
    - ✓ **Mécanisme actif** :  
L'absorption du Na<sup>+</sup> est couplée à un aliment (glucose, acide aminé, ...) par un co-transport actif → notion est utilisée pour la réhydratation (SRO)
  2. **Sécrétion** :
    - Elle se déroule au niveau des cryptes où l'ion actif est le chlore
    - Le chlore accompagné de l'eau est chassé activement de l'entérocyte vers la lumière intestinale par les canaux CFTR sous la dépendance de l'AMPC et le calcium

#### B. Physiopathologie :

Une diarrhée résulte soit d'une :

- ✓ Inhibition des mécanismes d'absorption
- ✓ Augmentation des mécanismes de sécrétion
- ✓ Ou l'association des 02 phénomènes

#### 1. Inhibition des mécanismes d'absorption

Il s'agit d'une altération morphologique ou fonctionnelle de l'entérocyte

##### ❖ Destruction de l'épithélium :

- Le plus souvent : Rotavirus+++, E coli entéropathogène, Giardia, Cryptosporidium
- Cette destruction entraîne une diminution de l'absorption d'eau et des électrolytes ; mais l'existence de villosités résiduelles indemnes sont capables d'absorber (eau, électrolytes, glucose) lors de la réhydratation.

##### ❖ Production de cytotoxines :

- Responsables de lésions sévères et mort cellulaires
- Due aux : Shigelles, E coli entéropathogène, Clostridium difficile

##### ❖ Invasion épithéliale : diarrhée invasive

- La bactérie se fixe à la paroi intestinale par chimiotactisme, puis envahit la cellule qui répond par une réaction inflammatoire et ulcération de la muqueuse ce qui explique les glaires et le sang.
- Due aux : Salmonelles, Shigelles, Campylobacter jejuni, E coli entérohémorragique et enteroinvasive, Yersinia entérocolitica

##### ❖ Troubles de la motricité digestive

## 2. Diarrhée par augmentation des phénomènes de sécrétion

- Due aux bactéries entérotoxigènes qui ne détruisent pas la bordure en brosse et n'envahissent pas la muqueuse.
- Les toxines libérées vont se lier aux récepteurs membranaires de l'entérocyte ce qui augmente les concentrations des médiateurs intracellulaires (AMPc) et donc augmentation des processus sécrétoires (l'exemple classique est la toxine cholérique)
- Due aux : Choléra, E coli entérotoxigène

## V. Diagnostic positif

Il est généralement facile les parents consultent pour l'apparition de façon brutale de selles liquides et fréquentes > 03 selles par jour depuis moins de 14 jours ± vomissements ± douleurs abdominales ± déshydratation

### ❖ Syndrome dysentérique :

- Fièvre avec des évacuations fréquentes, souvent afécales, glaireuses et sanglantes, associées à des douleurs violentes.
- Il existe habituellement un syndrome rectal (faux besoins, ténésme, épreintes).

### ❖ Syndrome cholériforme :

- Diarrhée aqueuse (parfois afécale), brutale, très abondante. Il y a peu ou pas de douleurs abdominales, pas de syndrome rectal et pas de fièvre.
- En revanche, les signes de déshydratation sont souvent présents et peuvent aller jusqu'au collapsus.

### ❖ Syndrome gastroentéritique :

- Selles liquides et fréquentes, des vomissements et douleurs abdominales sont fréquemment associés et la fièvre peut être présente mais est souvent au second plan.

## VI. Diagnostic différentiel :

- Surtout le nourrisson et le nouveau né nourri au sein qui présente des selles semi-liquides explosives au cours ou après chaque tétée « **diarrhée prandiale du nourrisson nourri au sein** » qui s'accompagne d'une prise de poids normale.
- Il ne faut pas considérer comme diarrhéique un enfant présentant des selles fréquentes mais normale
- Une poussée aiguë d'une diarrhée chronique
- Invagination intestinale aiguë (diarrhée banale par vidange du segment d'aval)

## VII. Diagnostic de gravité :

1. Anamnèse : Âge inférieur à 3 mois,

2. Clinique :

a) Etat d'hydratation :

### ❖ Les signes de déshydratation :

- Extra cellulaire → perte pondérale, pli cutané persistant, FA déprimée, globes oculaires excavés.
- Intra cellulaire → soif, hypotonie des globes oculaires, sécheresse des muqueuses, fièvre inexpliquée, troubles de la conscience.

### ❖ Evaluation des pertes antérieures

- Déshydratation légère → perte de <50ml/kg soit <5% du poids corporel.
- Déshydratation modérée → perte de 50-100ml/kg soit 5-10% du poids corporel.
- Déshydratation sévère → perte de >100ml/kg soit >10% du poids corporel

### ❖ Troubles hémodynamiques :

- Froideur des extrémités.
- Pouls → Rapide et faible
- Signes de choc → Marbrures, TRC>3secondes, TA abaissée.
- Diurèse diminuée voire oligoanurie

❖ **Troubles neurologiques :**

- Signes neurologiques → irritabilité, agitation, convulsions
- Troubles de la conscience, coma

❖ **Les signes d'acidose métabolique :**

- Dyspnée sine materiae
- Myosis serré

Signes cliniques	Déshydratation légère	Déshydratation modérée	Déshydratation sévère
Perte de poids	< 5 %	5–10 %	> 10 %
Conscience	Normale	Irritable	Apathique
Soif	Non	Réclame	Assoiffé
Yeux	Normaux, présence de larmes	Cernés, enfoncés, absence de larmes	Creux, hypotoniques, absence de larmes
Peau	Rose et chaude	Pâle	Froide, marbrée
Muqueuses	Humides	Lèvres sèches	Langue rappeuse
Fontanelle	Normale	Déprimée	Creuse
Pli cutané	Absent	Absent	Persistant
Fréquence cardiaque et TRC	Normale	Tachycardie	Tachycardie et TRC allongé
Pouls	Normaux	Rapides	Rapides, faibles
Pression artérielle	Normale	Normale	Abaissée
Fréquence respiratoire	Normale	Normale	Augmentée
Urines	Normales ou diminuées	Foncées	Oligurie ou anurie

**Signes cliniques en fonction de l'importance de la déshydratation**

**b) Etat nutritionnel :**

- Plan quantitatif : paramètres anthropométriques (poids, taille, PC)
- Plan qualitatif : pannicule adipeux, masse musculaire, phanère, pâleur cutané-muqueuse

**3. Biologie :**

- ❖ **Hémoconcentration** → Protidémie élevée - Hématocrite élevée - Hyperglycémie souvent
- ❖ **Insuffisance rénale fonctionnelle** → Urée et créatinine sanguines élevées - Acidose métabolique
- ❖ **Trouble ionique** → Hyponatrémie – Hypernatrémie - Déficit potassique
- ❖ **Etude des urines** → Diurèse réduite - Glucosurie (acidocétose diabétique) - Densité urinaire < 1005 (Tubulopathies)

**VIII. Diagnostic étiologique :**

**A. Enquête étiologique :**

**1. Anamnèse :**

- Age : de l'enfant et l'âge de début de la symptomatologie
- Mode de début
- Durée de l'évolution de la diarrhée
- Caractères de la diarrhée :
  - ✓ Nombre de selles, volume des selles
  - ✓ Aspect (couleur, odeur, glaires, sang, pus)
  - ✓ Consistance : molle, pâteuse, liquide
- Signes accompagnateurs : fièvre, vomissements, douleur abdominales, otorrhée, convulsions, agitation
- Diététique :
  - ✓ Durée de l'allaitement maternel
  - ✓ Erreur diététique
  - ✓ Introduction intempestive d'un nouvel aliment

- Niveau socioéconomique :
- ✓ Type d'alimentation
- ✓ Hygiène et mode de stérilisation
- ✓ Préparation du biberon
- Notion de prise médicamenteuse : ATB
- Episodes antérieures
- Cas similaires : dans la famille\_

## **2. Examen clinique :**

- Rechercher les signes de gravité :
- ✓ Signes de déshydratation : FA déprimée, yeux excavés, pli cutané, collapsus
- ✓ Signes de dénutrition : paramètres anthropométriques, pannicule adipeux, masse musculaire
- Rechercher un foyer infectieux : ORL, pleuropulmonaire, ou méningé
- Examen abdominal : ballonnement abdominal et examens des orifices herniaires

## **3. Examens complémentaires**

Ne sont pas systématiques mais demandés devant une diarrhée trainante, grave, rechute :

- ❖ **La coproculture** : indiquée si
  - Retour de voyage en zone à risque de fièvre typhoïde ; shigellose ou cholera
  - Diarrhée glairosanglante sévère
  - Contexte épidémique
  - ATCD de maladie chronique sévère
  - Symptômes prolongés
- ❖ **Recherche d'un foyer infectieux** (en fonction du contexte)
  - ECB des urines, PL, NFS, hémocultures, radiographie du thorax
- ❖ **Si déshydratation** : Densité urinaire - Ionogramme sanguin - Fonction rénal

## **B. Résultats de l'enquête :**

### **1- Causes extradigestives :**

- Infections : ORL, pulmonaires, urinaires, méningite, septicémie
- Poussée dentaire

### **2- Causes digestives :**

#### ❖ **Causes non infectieuses :**

- **Erreurs diététiques :**
  - ✓ Non respect des concentrations de lait
  - ✓ Passage intempestif à un lait entier
  - ✓ Introduction prématurée de farines
  - ✓ Abus de jus de fruits
- **Intolérances alimentaires** : aux sucres ou aux protéines
- **Altération de la flore saprophyte et colites pseudomembraneuses** : due à un abus d'antibiotiques
- **Effets secondaires des médicaments**

#### ❖ **Causes infectieuses :**

##### ▪ **Causes virales :**

##### ✓ **Rotavirus :**

Principal agent viral 80% des diarrhées aiguës du nourrisson

Nourrisson entre 9 et 12 mois, surtout en hiver, symptômes d'infection des VAS, diarrhée aqueuse souvent abondante responsable de déshydratation

- ✓ D'autres virus très variés peuvent être en cause ➔ **Parvovirus, Entérovirus, Adénovirus** (la recherche du virus dans les selles n'est pas indispensable)

- **Causes bactériennes :**
- ✓ **Bactéries entéro-invasives** → E coli entéropathogène et entéroinvasive, Salmonelles, Shigelles, Campylobacter Jéjuni, Yersinia entérolytica (responsables de syndrome dysentérique)
- ✓ **Bactéries entéro-toxinogènes** → E coli entérotoxinogène, Vibrio cholérique, Staphylocoque doré
- **Causes parasitaires :** Giardia intestinales, Entamoeba histolytica
- **Candidoses :** y penser devant une immunodépression

## IX. Prise en charge :

### A. Objectifs :

- Rétablir le cycle entéro-systémique de l'eau
- Lutter contre la déshydratation et la dénutrition
- Restaurer l'équilibre hydro électrolytique et assurer une diététique adaptée
- Traitement de la cause

### B. Armes thérapeutiques

#### 1. Soluté de réhydratation orale SRO

- Composition :  
Chlorure de sodium (2.6 g/l) - Glucose anhydre (13.5 g/l) - Chlorure de potassium (1.5 g/l) - Citrate trisodique dihydraté (2.9 g/l)
- Avantages :
  - ✓ L'apport de potassium de corriger l'hypokaliémie
  - ✓ L'apport de citrate de bicarbonate de corriger l'acidose
  - ✓ La présence de glucose stimule le transport du sodium
- Contre-indications :  
Insuffisance rénale - Malabsorption de glucose – Coma- Etat de choc (voie IV) - Alcalose métabolique
- Règles d'utilisation :
  - ✓ SRO → sous forme de poudre contenue dans un sachet prêt à l'emploi à reconstituer dans un litre d'eau préalablement bouilli et refroidie (1l et ½ pour NN)
  - ✓ La solution reconstituée se conserve 24 h au frais (au bout de 24 h il faut faire une nouvelle préparation)
  - ✓ L'administration se fait à la cuillère, seringue ou compte gouttes et jamais au biberon ; donnée chaque 1- 2 minutes

#### 2. Réhydratation parentérale

- Sérum salé isotonique à 9% NaCl
- Sérum bicarbonaté 14 %0 : NaHCO<sub>3</sub>
- Soluté intraveineux de réhydratation (SRH)  
(1 litre de SG 5% → 3 g de NaCl - 2 g de KCl - 1 g de gluconate de Ca -0.5 g de chlorure de Mg)

#### 3. Médicaments anti diarrhéiques

- Racécadotril (Tiorfan\*)
- Diosmectite (Smecta\*)

#### 4. Antibiothérapie (non systématique)

- La grande majorité des diarrhées de l'enfant ne nécessite pas d'ATB, elle est indiquée en cas de :
  - ✓ Diarrhée invasive sévère (diarrhée glairosanglante et fièvre élevée)
  - ✓ Diarrhée dans l'entourage immédiat d'un malade atteint de shigellose avérée
- Antibiotiques 1ère intention → Azithromycine, Metronidazole (si parasitaire)
- Antibiotiques 2ème intention → Céfixime, Sulfamethoxazole + Trimethoprim (Bactrim\*)

## 5. Supplémentations en zinc

- L'OMS recommande l'administration de suppléments en zinc, cela réduit nettement la gravité et la durée de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.
- Administrer 10 à 20 mg de zinc par jour pendant 10 à 14 jours

## 6. Alimentation précoce

L'alimentation doit être précoce pour éviter la malnutrition

## C. Conduite du traitement :

### ➤ Réhydratation :

#### 1. Diarrhée sans déshydratation → Plan A

- La prise en charge est **ambulatoire** consistant à :
- **Prévenir une déshydratation :**
  - ✓ Utilisation de SRO (**10-20 cc/kg**) après chaque selle liquide
  - ✓ 50 – 100 ml ( $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  tasse) à la cuillère : chez l'enfant de moins de 2 ans
  - ✓ 100 -200 ml ( $\frac{1}{2}$  à 1 tasse : chez l'enfant de plus de 2ans
- **Prévenir la malnutrition :**
  - ✓ L'alimentation doit être poursuivie pour les plans A
  - ✓ Poursuivre les SRO pendant encore deux jours ou plus
  - ✓ Si allaitement artificiel ne pas arrêter le lait mais le donner à des concentrations normales et non diluées
  - ✓ Donner selon l'âge : Céréales, Purées de légumes, Viandes et poissons, Huiles végétales, Jus de fruits, Yaourts.
  - ✓ Fractionner les repas en 06 fois par jour
  - ✓ Revoir l'enfant à **j3, j7, j30**

#### 2. Diarrhée aiguë + déshydratation 5-10% (DSH modérée) → Plan B

- L'hospitalisation n'est pas nécessaire le traitement est commencé à **l'hôpital du jour** avec une **réhydratation par voie orale** sur 4 h
- La mère doit être présente et participer au traitement ; à laquelle on apprendre la préparation et le mode d'administration des SRO
- La quantité de SRO à administrer est  **$Q = \text{poids} \times 75 = \text{ml en 4h}$**

Evolution au bout de la 4<sup>ème</sup> heure :

- ✓ **Pas de signes de déshydratation** (diminution du nombre de selles, bon état général)
  - La sortie de l'enfant est décidée en concertation avec la mère avec les mêmes recommandations que pour le traitement d'un tableau A.
  - L'Alimentation doit être administrée dès la 4<sup>ème</sup> heure après que les signes de déshydratation ont disparu
  - Contrôle : **J2, J7, J30** sauf si signes de gravité
- ✓ **Si le malade présente encore des signes évoquant une DSH modérée**
  - Appliquer de nouveau un plan B en réalimentant l'enfant (aliments, lait).
  - Dans ce cas la mise en place d'une réhydratation par sonde nasogastrique est préférable
- ✓ **Si le malade s'aggrave et présente une DSH sévère**
  - Appliquer le plan C de traitement

#### 3. Déshydratation > 10 % (DSH sévère) → Plan C

- Prise en charge à **l'hôpital** et **réhydratation par voie IV**
- ❖ **Mise en condition :**
  - ✓ Position de sécurité.
  - ✓ Libération des VAS par aspiration si nécessaire.
  - ✓ Sachet collecteur des urines.
  - ✓ Monitoring des fonctions vitales : FC, FR, TA. (Feuille de surveillance horaire)
  - ✓ Prise de 02 voies d'abord pour bilan et réhydratation.

❖ **Schéma de réhydratation selon le schéma national :**

- DSH hyponatrémique : < 130 mEq/l
- DSH isonatrémique : 130-150 mEq/l
- DSH hypernatrémique : > 150 mEq/l

➤ **Déshydratation isonatrémique**

☞ **Phase I : H0-H2** (réparation de la moitié des pertes antérieures)

- 0mn-30mn : 20ml/kg de SSI
- 30mn-H2 : 30ml/kg de SSI
- Faire le point à H2 :
- ✓ Si reprise de la diurèse ➔ faire un labstix et une densité urinaire.
- ✓ Si pas de reprise de la diurèse ➔ ajouter 10-20ml/kg de SSI (la diurèse doit reprendre après cet ajustement)

☞ **Phase II : H2-H24** (divisée en 02 parties)

❖ **H2-H6** (réparation de l'autre moitié des pertes antérieures)

- 50ml/kg de soluté spécial pour réhydratation (SRH)
- Faire le point à H6 :
- ✓ Poids de l'enfant.
- ✓ Etat d'hydratation satisfaisant.
- ✓ Apprécier les pertes en cours.

❖ **H6-H24** (besoins d'entretien + pertes en cours)

- Besoins d'entretien : 100ml/kg de SRH
- Perte en cours : seront donnés sous forme de SRO par voie orale selon les pertes ou par voie IV si la voie orale est impossible :
- ✓ < 6 selles/j ➔ 25ml/kg.
- ✓ 6-10 selles/j ➔ 50ml/kg.
- ✓ > 10selles/j ➔ 75ml/kg.
- Faire le point à H24 :
- ✓ Clinique: poids, hydratation, diarrhée...
- ✓ Biologie: fonction rénale.

☞ **Phase III : H24 et jours suivants**

- Réalimentation lactée rapidement progressive.
- Poursuite de la réhydratation orale à l'aide de SRO

➤ **Déshydratation hyponatrémique**

☞ **Phase I : H0-H2** (période souvent critique pour le malade à cause de la fréquence du collapsus)

- 0mn-30mn : 20ml/kg de SSI
- 30mn-H2: 30ml/kg de SSI
- Faire le point à H2 :
- ✓ Amélioration de l'état hémodynamique.
- ✓ Reprise de la diurèse ➔ faire un labstix et une densité urinaire.
- ✓ Amélioration du niveau de conscience.

☞ **Phase II : H2-H24** (divisée en 02 parties)

☒ **H2-H6 :**

- Réparation de l'autre moitié des pertes antérieures : 50ml/kg de SRH.
- Correction de la natrémie ➔ NaCl à 10% selon la formule : **(135-natrémie du malade) x 0,55 x poids**
- Faire le point à H6 :
- ✓ Poids de l'enfant.
- ✓ Etat d'hydratation satisfaisant.
- ✓ Apprécier les pertes en cours.

☒ **H6-H24** : similaire à celle de la déshydratation isonatrémique



## ➤ Déshydratation hypernatrémique

- Quelques principes doivent être respectés :
- ✓ Pour éviter les changements brusques de l'osmolarité des compartiments hydriques ➔ risque d'œdème cérébral ➔ Baisser la natrémie de 10 à 15mEq/jour.
- ✓ Réduire la ration de base de 20 à 25%
- ✓ Correction des pertes antérieures sur **48 Heures**
- ☞ **H0-H6**: moitié des pertes antérieures ➔ 50 cc/kg de SGI à 5% avec 25mEq/l de NaCl (NaCl 10%)
- ☞ **H6 -H12** : pertes en cours ➔ 50cc/kg
- ☞ **H12 - H24** : ration de base ➔ 75cc/kg
- ☞ **H24- H48**: 2<sup>ème</sup> moitié des pertes antérieures + ration de base, si nécessaire les pertes en cours pourront être données sous forme de SRO avec une surveillance qui se fera comme pour la réhydratation isotonique.
- Evaluation clinique à H2, H6 (poids), H12, H24, H48.
- Evaluation biologique: H12, H24, H48.

### b) Alimentation

- La pratique de mettre le patient à jeun pendant 24 heures est inappropriée.
- **L'allaitement maternel** ne doit jamais être arrêté, facilitant ainsi un gain de poids et le retour rapide à la normale des fonctions intestinales.
- **L'allaitement artificiel**
- ✓ Doit être poursuivi pour les **plans A**
- ✓ Pour le **plan B et C** la réalimentation doit être reprise **après 4 heures**
- ✓ On donnera le lait (ou la préparation lactée habituelle) sans aucune dilution aux enfants toutes les trois heures au moins, si possible à la tasse.
- ✓ L'utilisation d'un **hydrolysat poussé** doit être réservée aux **nourrissons de moins de 4 mois** qui présentent : Diarrhée persistante - Diarrhée sévère - Nourrisson malnutri
- ✓ L'utilisation d'un **lait sans lactose** doit être réservée aux **nourrissons de plus 4 mois** qui présentent : Diarrhées sévères - Diarrhées prolongées - Diarrhées récidivantes à la reprise du lactose

## X. Evolution

### 1) Surveillance :

#### ❖ Clinique :

- ☞ H2, H6, H24 :
- ✓ Constantes hémodynamiques, température et coloration cutanéomuqueuse
- ✓ Etat de conscience, PC et examen neurologique.
- ✓ Hydratation et pertes en cours (fréquence, aspect et consistance des selles et fréquence de vomissements).
- ☞ La diurèse à H2 + CU à la 1<sup>ère</sup> miction (DU, pH).
- ☞ Poids à H6 et H24.

#### ❖ Paraclinique :

- ✓ Fonction rénale (urée, créatinine/sang, urine) à H6, H24
- ✓ Ionogramme sanguin et urinaire à H2, H6 et H24.
- ✓ GDS et PVC au moindre doute.
- ✓ ECG si hypokaliémie.

## **2) Evolution favorable**

### **❖ Clinique :**

- Bon état général.
- Normalité des constantes hémodynamiques .
- L'obtention de l'apyrexie
- La restauration de l'état d'hydratation reconnue devant :
  - ✓ La reprise du poids antérieur.
  - ✓ La disparition complète des signes de déshydratation.
  - ✓ La conservation de la diurèse.
- La diminution de la fréquence de la diarrhée et le changement de la consistance des selles
- La régression des vomissements
- Absence de complications.

### **❖ Biologique :**

- Normalisation de la fonction rénale.
- Correction des troubles hydro-électrolytique

## **3) Evolution défavorable**

### **❖ Complications à court terme → en fonction de la présentation initiale**

- Etat de choc
- Acidose métabolique
- Complications rénales :
  - ✓ Nécrose tubulaire aigue
  - ✓ Thrombose de la veine rénale (échographie abdominopelvienne → Taille d'un ou des 2 reins, hématurie).
    - Complications neurologiques :
  - ✓ Oedème cérébral → réhydratation rapide ou chute rapide de la natrémie.
  - ✓ Convulsions → hyperthermie ou hyponatrémie et oedème cérébral.
  - ✓ Hématome sous dural

### **❖ Complications à moyen et long terme :**

- **Rechute** → condition d'hygiène et conseil diététique non respectés.
- **Dénutrition**
- **Diarrhée prolongée** :
  - ✓ Soit **une intolérance secondaire au lactose** → Persistance de diarrhée liquide et acide → Prescription de lait sans lactose.
  - ✓ Soit **une origine bactérienne** ou surtout **parasitaire** → à confirmer par un examen coproparasitologique des selles → Traitement antibiotique ou antiparasitaire spécifique.

## **XI. Conclusion**

- La prise en charge de diarrhée aiguë de l'enfant repose essentiellement sur une évaluation minutieuse et sur une réhydratation.
- Le soluté de réhydratation est la pierre angulaire du traitement
- Dans les cas les plus sévères, une réhydratation par sonde nasogastrique ou par voie intraveineuse peut être nécessaire.
- Les examens complémentaires (bilan sanguin et coproculture notamment) doivent rester exceptionnels
- Toute diarrhée est à risque d'aggravation si bien que les parents doivent sortir de consultation avec des consignes de surveillances claires.

### **Références**

- **Guide national de la prise en Charge de la diarrhée aiguë chez l'enfant 2016**
  - Diarrhées aiguës de l'enfant – EMC 2019
  - Elément de pédiatrie – Tome 1 – OPU Alger