



## RECOMMANDATIONS DE BASE :

# Gastro-entérite

La gastro-entérite est une maladie courante, généralement d'origine virale, qui cause une inflammation de l'estomac et de l'intestin grêle. Elle se caractérise par de la diarrhée et des vomissements, +/- de la fièvre. Une évaluation de la déshydratation est essentielle au traitement. On considère le niveau de déshydratation comme la perte en pourcentage d'eau corporelle ou de masse corporelle. Le poids récent (< 48 h), si disponible, servira de référence pour calculer le % perte de poids. Le médecin dont l'expertise en matière de déshydratation pédiatrique est limitée devrait considérer l'usage d'une échelle clinique de déshydratation (ex : [le score de Gorelick](#)<sup>1</sup> ou [celui de Freedman et al.](#)<sup>2</sup>). Les deux échelles ont une bonne sensibilité mais leur spécificité est faible.

### PAS DE DÉSHYDRATATION

- » Jusqu'à **3 % de déshydratation**, il n'y a généralement pas de signes de déshydratation; l'urine peut être foncée mais le débit urinaire n'est que légèrement diminué.

### DÉSHYDRATATION LÉGÈRE - MODÉRÉE

- » Les signes cliniques sont plus nombreux et plus évidents à **5 % de déshydratation**. Ils pourraient comprendre : diminution de la fréquence des urines, légère tachycardie et tachypnée, yeux cernés, muqueuse buccale sèche et réduction de l'activité de l'enfant.

### DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

- » Les signes d'une déshydratation sévère ne sont pas évidents avant **9 % de déshydratation**. Ils comprennent : oligurie/anurie, léthargie plus importante, yeux cernés, tachypnée, tachycardie et muqueuse buccale sèche.

## LE TRAITEMENT DÉPENDRA DE L'ÉTAT DE DÉSHYDRATATION

### DÉSHYDRATATION NULLE À MINIMALE – GÉRER À DOMICILE

- » Encourager l'enfant à boire ses liquides préférés et continuer une alimentation adaptée selon l'âge, si tolérée.
- » Permettre à l'enfant de boire ses liquides préférés pour remplacer les pertes (vomissements et/ou diarrhées).

### DÉSHYDRATATION LÉGÈRE - MODÉRÉE – PRISE EN CHARGE À L'URGENCE

- » Remplacer rapidement les pertes liquidiennes : **50-100 mL/kg de solution orale dans les premières 2-4 heures de la présentation du patient à l'urgence.**
- » Viser l'administration de la méthode « 1-2-3 onces » comme suit :
  - Âge 6 mois à 5 ans      30 gorgées en 10 mins
  - Âge > 5 à 10 ans      60 gorgées en 10 mins
  - Âge > 10 ans      90 gorgées en 10 mins
- » Si l'enfant refuse la solution orale, offrir d'autres liquides selon le goût de l'enfant.
- » Donner des liquides supplémentaires pour remplacer les pertes continues (vomissements et/ou diarrhées).
- » Offrir de petites quantités fréquemment si l'enfant vomit.
- » Il est rarement nécessaire d'administrer l'hydratation par voie intraveineuse.

## DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

- » Débuter immédiatement la réhydratation par voie intraveineuse (ou intra-osseuse). Administrer une solution isotonique (**0,9 % salin normal**) aussi rapidement que possible afin de restaurer la stabilité hémodynamique (**requiert fréquemment  $\geq 60$  mL/kg pendant la première heure**).
- » Surveiller la glycémie et les électrolytes.

## SI LA RÉHYDRATATION ORALE EST INSUFFISANTE ET L'ACCESS IV IMPOSSIBLE

- » Administrer la solution de réhydratation orale par voie **nasogastrique, 50 mL/kg sur 3 heures**.

## ONDANSÉTRON

- » **Une seule dose orale** est extrêmement sécuritaire et économique.
- » Posologie selon le poids :
  - » Poids 8 à 15 kg 2 mg PO une fois
  - » Poids > 15 à 30 kg 4 mg PO une fois
  - » Poids > 30 kg 8 mg PO une fois
- » Améliore le taux de succès de la réhydratation orale chez l'enfant modérément déshydraté.
- » Aucune preuve à l'appui pour l'utilisation de doses multiples ou chez l'enfant sans signes de déshydratation (ex : après le congé médical).
- » Les résultats d'essais cliniques n'appuient **pas** l'utilisation du dimenhydrinate.

## AUTRES CONSIDÉRATIONS

- » **Glycémie** : En présence de léthargie, particulièrement chez l'enfant < 2 ans, glycémie au chevet. Si la glycémie  $\leq 2.6$  mmol/L, administrer bolus IV de 5 mL/kg D10W et revérifier la glycémie dans 5-10 minutes.
- » **Liquides de maintien** : Une fois la stabilité hémodynamique obtenue, réintroduire les liquides par voie orale et discontinuer l'IV. S'il n'est pas possible d'avoir une réhydratation adéquate par voie orale, administrer une solution isotonique avec une quantité adéquate de glucose et de potassium (selon les référentiels des électrolytes). En présence d'une hypo/hypernatrémie importante, on recommande la consultation avec le Centre de référence pédiatrique.
- » Dépliants sur la gastro-entérite (pour la famille) disponibles à : <https://trekk.ca/patientsandfamilies>.

## CRITÈRES POUR L'HOSPITALISATION

- » Il est impossible de donner des soins adéquats à la maison.
- » Déshydratation légère à modérée et vomissements réfractaires, refus des solutions de réhydratation, ou prise inadéquate de celles-ci.
- » 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 si nécessaire.
- » Jeune âge, irritabilité ou somnolence inhabituelle, symptômes progressifs.

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 l'enfant. 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 of *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 liés 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*. *J Pediatr.* 2015;166(4):908-16.
- 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.* 2013;8:1123-37.
- 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.* 2003;52(RR-16):1-16.

Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique.

© Mars 2019, TREKK, Version 3.0. Prochaine révision : 2021.