

La gastroentérite 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. La plupart des enfants qui se présentent à l'urgence avec une gastroentérite ont peu ou pas de déshydratation. L'accent doit donc être mis sur la réhydratation par voie orale (PO), en minimisant le recours à la réhydratation intraveineuse (IV).

Considérations pour le diagnostic

- » Il n'est pas essentiel d'identifier le pathogène, malgré le fait qu'on retrouve chez jusqu'à 80 % des enfants une bactérie ou un virus responsable lors de tests exhaustifs.
- » Près de 40 % des cas se manifestent par des vomissements isolés,¹ causés pour la plupart par un norovirus. Il est important de considérer toute autre cause de vomissements (ex. chirurgie, infection, trouble neurologique).
- » Demander une analyse bactérienne des selles (moléculaire ou culture) s'il y a du sang dans les selles, si les diarrhées durent > 5 jours, ou si l'enfant revient de voyage. Les diarrhées isolées (soit, sans vomissements) sont souvent dues à une étiologie bactérienne. Pour les voyageurs, ajouter une recherche de parasites dans les selles.

Évaluer la déshydratation

- » Une évaluation du niveau de déshydratation est essentielle au traitement. On considère le degré de déshydratation comme le pourcentage de perte d'eau ou de masse corporelle.
- » Le poids récent (< 48 h), si disponible, servira de référence pour calculer le % perte de poids.
- » Le médecin qui dispose d'une expérience limitée en évaluation de la déshydratation pédiatrique devrait songer à utiliser une échelle de déshydratation clinique (ex. Score de Gorelick² ou *Clinical Dehydration Scale*³). Les deux échelles ont une bonne sensibilité, mais leur spécificité est faible.

PAS DE DÉSHYDRATATION

- » **0-3 % de déshydratation**, il n'y a généralement pas de signes cliniques de déshydratation; l'urine peut être foncée mais le débit urinaire n'est que légèrement diminué.

DÉSHYDRATATION LÉGÈRE – MODÉRÉE

- » **À 5 % de déshydratation**, les signes cliniques sont plus nombreux et évidents. Ceux-ci pourraient inclure : diminution de la fréquence des urines, tachycardie et tachypnée légères, yeux cernés, muqueuse buccale sèche et activité réduite.

DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

- » Souvent les signes ne sont pas évidents jusqu'à ce que la perte liquidienne touche **9 % de déshydratation**. Ceux-ci incluent : oligurie/anurie, léthargie plus importante, yeux cernés, tachypnée, tachycardie, et muqueuse buccale sèche.

Le traitement dépendra de l'état de déshydratation

DÉSHYDRATATION NULLE OU MINIMALE – GÉRER À DOMICILE

- » Encourager l'enfant à boire ses liquides préférés et continuer une alimentation adaptée selon l'âge, si tolérée.
 - » Si l'enfant vomit encore, des petites quantités de liquides données souvent sont généralement tolérées et suffisantes.
 - » En l'absence de vomissements, suivre un régime alimentaire relativement normal.

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

- » Remplacer rapidement les pertes liquidiennes : **50-100 mL/kg de solution de réhydratation orale dans les 2-4 heures de l'arrivée du patient à l'urgence.**

- » Viser l'administration de la méthode « **1-2-3 onces** » comme suit :

Âge 6 mois à 5 ans :	30 mL en 10 min
Âge > 5 ans à 10 ans :	60 mL en 10 min
Âge > 10 ans :	90 mL en 10 min

- » Si l'enfant refuse la solution orale, offrir d'autres liquides selon son goût (ex. boisson électrolytes, jus de pommes dilué).

Gastroentérite

- » Donner des liquides supplémentaires PO pour remplacer les pertes continues (vomissements et/ou diarrhée).
- » Offrir de petites quantités fréquemment si l'enfant vomit.
- » L'hydratation par voie intraveineuse est rarement nécessaire et n'améliore pas l'évolution clinique.

DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

- » Débuter immédiatement la réhydratation par voie intraveineuse (ou intra-osseuse), avec un soluté IV isotonique (NaCl 0,9 %) ou cristalloïde équilibrée (ex. lactate Ringer ou PlasmaLyte), administré aussi rapidement que possible pour restaurer la stabilité hémodynamique.
 - **Requiert souvent ≥ 60 mL/kg IV la première heure, en bolus répétés de 20 mL/kg.**
- » Mesurer glycémie, électrolytes, et fonction rénale. Traiter l'hypoglycémie au besoin.
- » Réévaluer les signes vitaux et l'hydratation avant chaque bolus.

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

- » Administrer réhydratation **nasogastrique** avec **50 mL/kg** de solution de réhydratation orale **divisée sur 3 heures**.

Ondansétron

- » **Une seule dose orale** d'ondansétron est extrêmement sécuritaire et économique pour améliorer le succès de la réhydratation orale chez l'enfant modérément déshydraté.
- » Posologie selon le poids :

Poids 8-15 kg :	2 mg PO une fois
Poids > 15 kg à 30 kg :	4 mg PO une fois
Poids > 30 kg :	8 mg PO une fois
- » Les recommandations actuelles sont d'administrer une seule dose. Les doses multiples sont associées à une augmentation des diarrhées et avec plus de retours à l'urgence, sans preuve de bénéfices; la recherche continue.
- » **Ne pas** administrer IV, dû au risque de prolongation QTc et au manque de bénéfices par rapport à PO.
- » **Ne pas** utiliser le dimenhydrinate faute d'appui par les résultats d'essais cliniques.

Autres considérations

- » **Glycémie** : En présence de léthargie, particulièrement chez l'enfant < 2 ans, évaluer la 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 d'entretien** : Une fois la stabilité hémodynamique obtenue, réintroduire les liquides PO et cesser l'IV.
 - S'il n'est pas possible de réhydrater adéquatement PO, débuter le soluté de maintien avec un soluté cristalloïde isotonique/équilibré comprenant de la dextrose adéquate et du potassium au besoin (ex. D5NS + 20-40 mmol/L KCl).
 - En présence d'une hypo/hypernatrémie importante, consulter le Centre de référence pédiatrique.
- » Des ressources pour la famille sont disponibles (en anglais) à la section <https://trekk.ca/patientsandfamilies>.

Critères pour l'hospitalisation

- » Il n'y a personne à la maison qui puisse donner des soins adéquats.
- » Déshydratation légère à modérée avec vomissements réfractaires, refus d'avaler la solution de réhydratation ou de la prendre en quantité adéquate.
- » Inquiétude pour des maladies concomitantes qui compliquent l'évolution clinique.
- » Aggravation de la diarrhée ou de la déshydratation malgré une quantité adéquate de liquides.
- » Déshydratation sévère.
- » Inquiétudes sociales ou logistiques concernant le retour à l'urgence au besoin.
- » 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 gastroentérite chez l'enfant au Service de l'urgence. 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 à prendre en considération le contexte, les ressources et tout autre facteur pertinent. Le réseau TREKK ne sera pas responsable 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, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité ni obligation pour les changements apportés au présent document sans son autorisation.

Recommandations de base

Les Recommandations de base sont de courts résumés pour les professionnels de la santé, contenant les connaissances à date en matière de diagnostic et de traitement des situations pédiatriques à l'urgence. Cette ressource n'est pas conçue pour être utilisée comme guide pas-à-pas. Elle est idéale à l'usage éducatif et pour résumer les évidences sur la gastroentérite aux soins d'urgence pédiatriques. L'élaboration de ce document suit un processus rigoureux et itératif, en collaboration avec des spécialistes de différents domaines (soins infirmiers, simulation, médecine d'urgence, soins intensifs, et pharmacie). Pour la liste complète des évidences qui ont informé ce résumé, voir notre [site web](#). Pour plus de détail, voir les sections Références et Équipe de développement, ci-dessous.

Références

1. Freedman SB, Xie J, Lee BE, et al. [Microbial Etiologies and Clinical Characteristics of Children Seeking Emergency Department Care Due to Vomiting in the Absence of Diarrhea](#). *Clin Infect Dis*. 2021;73(8):1414-1423.
2. Gorelick MH, Shaw KN, Murphy KO. [Validity and reliability of clinical signs in the diagnosis of dehydration in children](#). *Pediatr*. 1997;99:e6.
3. 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.
4. 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).
5. King CK, Glass, R, Bresee JS, Duggan C, Centers for Disease Control and Prevention. [Managing acute gastroenteritis among children: Oral réhydratation, maintenance and nutritional therapy](#). *MMWR Recomm Rep*. 52 (RR-16):1-16(2003).

Équipe de développement

Un grand merci aux spécialistes qui ont contribué **au contenu** et à l'élaboration des Recommandations de base sur la gastroentérite :

Stephen Freedman, MD, Professor in the Departments of Pediatrics and Emergency Medicine, Cumming School of Medicine, [University of Calgary](#).

Merci au [Comité éditorial TREKK](#) et à l'éditrice **Dr Sarah Reid (CHEO)**, pour leur support éditorial et leur expertise au développement de cette ressource, ainsi qu'à **Mary Anne Nurmi, MA, MSc**, TREKK Knowledge Broker ([University of Manitoba](#)) pour la coordination du processus de développement.

Pour en savoir plus sur le processus de développement, voir notre [site web](#).

**Dr. Freedman a reçu des subventions sous forme de médicaments d'étude/placébos de Novartis et de GlaxoSmithKline.*

