



Faculté de médecine

EHS mère-enfant Tlemcen

Service de pédiatrie

**Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du
diplôme de docteur en médecine**
Gastro-entérite aiguë du nourrisson

Présenté par : *Haffaf Amel Fatema Zohra

*Hamidaoui Imane

Encadreur : Dr. Kaouadji

2013/2014

Remerciement :

A notre Dieu Allah le miséricordieux et le tout puissant car c'est par votre grâce qu'on est arrivée là aujourd'hui. merci infiniment

A notre encadreur pour sa patience, ses conseils qui vont nous servir non seulement dans ce travail mais plus tard dans nos vies professionnelles.

A nos cher parents qui nous éclairent la vie, qui nous soutiennent et qui resteront toujours à nos coté, mille fois merci.



Table des matières

Remercîment.....	2
Table des matières.....	3
A/Partie théorique	
Introduction.....	4
I-Définitions.....	4
II-Epidémiologie.....	5
III-Etiopathogénie.....	7
IV-Mécanisme.....	8
V-Diagnostic	
1-Clinique.....	10
2-Les examens complémentaires.....	12
VI-Etiologies	
1-Diarrhées aiguës infectieuses.....	15
2-Diarrhées aiguës non infectieuses.....	19
VII-Diagnostic différentiel.....	20
VIII-Complications.....	21
IX-Traitement	
1-Réhydratation par voie orale.....	22
2-Traitement symptomatique.....	24
3-Traitement de la déshydratation.....	26
4-Prévention.....	28
B/Partie pratique.....	33
I-Objectifs.....	34
II-Matériels et méthodes.....	34
III-Résultats.....	36
IV-Discussion.....	47
Conclusion.....	51
Références.....	52

Introduction:

La gastro-entérite aigue (GEA) constitue de par leur grande fréquence un important problème de santé publique; elle est responsable d'un grand nombre de mortalité et de morbidité dans les pays en voie de développement particulièrement chez les enfants ; et elle reste un motif fréquent de consultation dans les pays développés.

La gastro-entérite aigue appartient au quotidien du médecin généraliste et du pédiatre et s'observe avant tout chez les enfants de bas âge

La principale complication à redouter étant la déshydratation (DSH) dont l'évolution rapide en absence d'une prise en charge adaptée peut mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant.

Dans la majorité des cas, elles sont d'origine infectieuse, principalement bactérienne et virale.

Les autres étiologies, parasitaires et fongiques, sont plus rares.

Le nombre de germes impliqués ne cesse d'augmenter au fil des années.

I-DÉFINITIONS:

1-Diarrhée aigue :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) une diarrhée est définie par l'augmentation du débit fécal ou l'élimination excessive de liquide par cette voie donc c'est l'émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles), et de poids supérieur à 300 g/j.

En pratique clinique, on parle de diarrhée, selon l'OMS, lorsqu'il y a au moins trois selles très molles à liquides par jour.

En cas d'allaitement maternel la diarrhée est définie par la présence de selles plus liquide et plus fréquente que d'habitude

Une diarrhée est dite aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de 1 semaine.

2-Gastro-entérite aigue :

La gastro-entérite désigne un état inflammatoire de la muqueuse digestive.

La gastro-entérite aiguë se définit comme la présence simultanée d'une inflammation, et d'une infection de la muqueuse du tube digestif. D'origine principalement infectieuse, elle se caractérise par l'apparition brutale de selles trop liquides et abondantes, (et/ou de vomissement) au moins trois fois par 24 heures, mais persistant moins de 07 jours

II-Épidémiologie:

La prévalence des gastro-entérites infectieuses varie en fonction de la saison, de la localisation géographique, du groupe d'âge étudié et des conditions hygiéniques et sanitaires.

Dans les pays en voie de développement, elles représentaient la première cause de mortalité infantile. L'OMS estimait le nombre d'épisodes qui frappent annuellement les enfants de moins de 5 ans à **1.3 milliards** et à **3.5 millions** le nombre de décès attribuables à ces maladies ; mais selon les statistiques les plus actuelles que l'OMS a publiées en 2014 les chiffres de mortalité par maladie diarrhéique **ont diminué de 50%** en 2012 par rapport à l'an 2010 mais elle occupe toujours **le 5^{ème} rang** de mortalité dans le monde (**Figure 1**) ; et occupe toujours **le 2^{ème} rang** (18% de décès) après les pneumonies dans la mortalité infantile (enfants moins de 5 ans) dans les pays les plus pauvres (**figure 2**).

En Algérie, elles sont considérées comme la première cause de mortalité infantile et la 2^{ème} cause de morbidité après les infections respiratoires aiguës. L'incidence annuelle est de **2.5 épisodes de diarrhée par enfant et par an** soit **10 millions de cas**.

En France, on estime le nombre de mortalité due à la DSH entre **45 et 80 cas /an**.

La déshydratation est la principale cause de mortalité due aux GEA.

La répartition des cas est saisonnière avec un pic qui diffère selon la localisation géographique et la cause de cette gastro-entérite

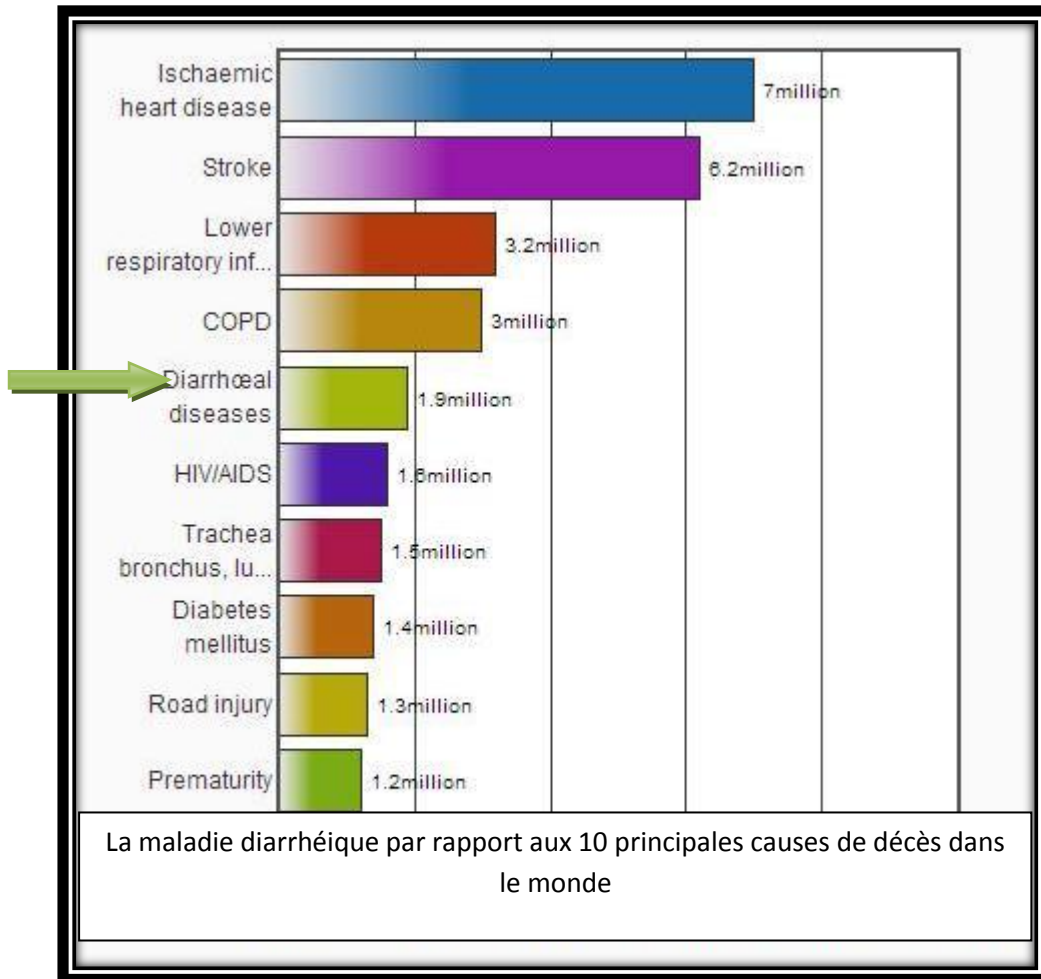


Figure -1-

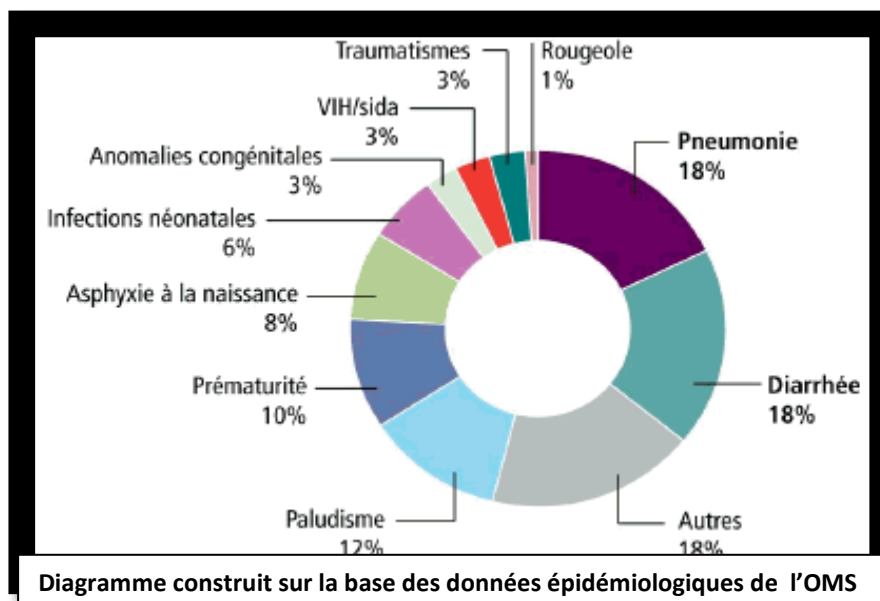


Figure -2-

III-Etiopathogénie :

FLORE INTESTINALE

Le tube digestif humain est colonisé par une population de 10^{14} **micro-organismes (cent mille milliards)**.

Elle est représentée par plus de **400 espèces** et peut être subdivisée en :

*flore normale (résidente): elle-même divisée en

- flore dominante: regroupe une vingtaine d'espèce anaérobique (BGN, BGP, et CGP)
- flore sous dominante: aero-anaérobique facultatif (entérobactérie et streptocoque)

*flore de passage (de transit): d'un nombre moins important et regroupe des espèces variées: *Citrobacter Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, Staphylococcus aureus et epidermidis, Candida albican*

En dehors de tout phénomène pathologique, cette flore n'exprime pas de pouvoir pathogène.

La flore commensale représente un véritable écosystème où coexistent des interactions entre les micro-organismes et l'hôte qui les héberge;

Cet écosystème intestinal, outre de nombreuses fonctions, possède-la capacité de s'opposer à l'implantation et à la multiplication des bactéries exogènes à l'origine du concept d'effet barrière ou de résistance à la colonisation.

En effet, au sein de cette flore, de nombreux phénomènes synergiques et inhibiteurs coexistent :

**compétition pour les substrats et les sites d'attachements, production de bactériocines, de métabolites toxiques, d'acides gras volatils parles anaérobies pouvant inhiber d'autres bactéries,

**synergie par l'échange de métabolites et de facteurs de croissance.

Il convient de ne pas restreindre ce rôle de barrière microbiologique par rapport au rôle des autres barrières et de leur interactivité : barrière physicochimique et barrière immunologique (immunoglobulines [Ig] sécrétoires et cellules immunocompétentes regroupées en tissu lymphoïde).

IV-Mécanisme :

Schématiquement, pour qu'un micro-organisme puisse exercer un pouvoir pathogène, il est nécessaire qu'un inoculum minimum infectant de l'agent soit ingéré. Pour parvenir au niveau de la cellule cible, cet agent pathogène doit ensuite vaincre la flore de barrière, franchir le film de mucus et posséder l'information nécessaire pour ensuite adhérer aux entérocytes.

L'adhérence, outre des phénomènes physiques, se matérialise par la fixation de fimbriae, codées par des gènes le plus souvent plasmidiques, sur des récepteurs adéquats.

Cette étape franchie, la muqueuse épithéliale peut être colonisée, et l'agent pathogène a la possibilité d'exprimer ses facteurs de pathogénicité spécifiques.

Les agents entéropathogènes en fonction de l'information génétique dont ils disposent, vont interférer dans les mécanismes physiologiquement normaux de régulation des mouvements d'eau et d'électrolytes, en prenant le contrôle intracellulaire de la régulation de la concentration en adénosine monophosphate cyclique (AMPC), de la guanosine monophosphate cyclique (GMPc), de la concentration intracellulaire en ions Ca⁺⁺, ou en modifiant l'architecture du cytosquelette de l'entérocyte.

Les manifestations cliniques sont liées soit à un phénomène:

- ✓ purement invasif avec envahissement des cellules intestinales, multiplication in situ et destruction de celles-ci,
- ✓ et/ou production de toxines cytotoxiques altérant temporairement les cellules et ayant un effet sécrétoire ou de toxines cytotoxiques altérant ou tuant la cellule.

Phénomène d'intoxication :

Il correspond au phénomène d'absorption d'une toxine préalablement formée dans l'aliment avant son ingestion.

Facteurs d'adhésion :

L'adhésion est un mécanisme général qui permet aux microorganismes, dans un biotope donné, de survivre et d'utiliser de manière optimale les nutriments, mais aussi d'exprimer leurs facteurs de virulence.

Les bactéries peuvent adhérer aux entérocytes au moyen de structures ou adhésines sous forme:

- ✓ filamenteux:
 - Fimbriae (appendice filamenteux rigide),
 - De fibrillae (appendice filamenteux non rigide)
- ✓ non filamenteuses

Elles sont particulièrement étudiées chez *Escherichia coli*, et peuvent être désignées sous différentes appellations : *colonization factor antigen* (CFA), *coli surface antigen* (CSA).

Elles sont codées et régulées par des gènes organisés en opéron et le plus souvent portés par un plasmide.

Hétérogènes, elles peuvent être distinguées morphologiquement, sérologiquement, et par la spécificité du récepteur

Un des intérêts de la connaissance de la structure des adhésines bactériennes est leur rôle potentiel d'antigènes capables d'induire une immunité protectrice.

1/Toxinogène

Les mécanismes de pathogénicité de certaines bactéries adhérentes aux entérocytes impliquent la sécrétion de toxines de différents types.

***Entérotoxines**

Celles qui sont directement impliquées dans les diarrhées aqueuses dues aux *E. coli entérotoxigènes (ETEC)* appartiennent à deux catégories : les entérotoxines thermolabiles (LT) ou thermostables

Les entérotoxines ST (ST I et ST II) des ETEC se fixent au niveau de la bordure des cellules épithéliales du jéjunum et de l'iléon

Les entérotoxines LT se fixent sur des récepteurs membranaires des entérocytes

***Cytotoxines**

Contrairement aux précédentes elles pénètrent en intracellulaire elles vont provoquer une désorganisation du cytosquelette et modifier le fonctionnement de la jonction intercellulaire.

2/Invasion des cellules de l'hôte:

Elle représente un moyen d'accès à l'organisme et d'échappement à ses défenses.

* Invasion cellulaire suivie d'une destruction:

Caractéristique de shigella; elle entraîne une multiplication intracellulaire rapide et l'accès aux cellules adjacentes entraînent la mort de la cellule hôte. Il s'ensuit une importante inflammation de la muqueuse, accompagnée d'une diarrhée sanglante et mucopurulente.

* Invasion cellulaire sans destruction:

Après adhésion sur les entérocytes et les épithéliums associés aux follicules lymphoïdes, certaines bactéries comme les salmonelles sont internalisées par un système actine-dépendant.

Elles se multiplient peu dans le cytoplasme, ne lysent pas leur vacuole de phagocytose,

À ce niveau, elles sont phagocytées par les macrophages dans lesquels elles survivent, se multiplient et rejoignent les ganglions mésentériques.

V-Diagnostic :

1-Clinique :

A/ L'anamnèse :

Les données anamnestiques suivantes sont en faveur de l'origine infectieuse de la diarrhée : contexte épidémique, vie en collectivité, prise récente d'antibiotique,

L'interrogatoire recherche la prise de médicaments, le calendrier vaccinal du nourrisson, le type d'allaitement, et surtout la date de début des troubles, et précise les signes fonctionnels

Les signes fonctionnels:

1-Les diarrhées :

Maitre symptôme ;

Il faut préciser ses caractéristiques :

- *Nombre de selles par jour
- *Consistance (molle ou liquidienne)
- *Sa nature glairo-sanglante ou non
- *L'odeur fétide ou non

L'existence d'un syndrome dysentérique ou rectal associé (non apprécié chez le nourrisson)

2-Vomissements :

Fait parti du tableau clinique des GEA, mais peut manquer dans certains cas.

3-Signes associés:

Douleurs abdominales à type de colique

Signes systémiques :

*fièvre : peu élevée ne dépasse pas les 39.5°C

*signes extradiigestifs : qui peuvent orienter vers une autre origine de diarrhée

B/L'examen clinique :

Dont le but est la recherche de complication notamment la déshydratation, un état de choc et l'acidose métabolique

1-Inspection :

- L'état général du nourrisson et l'état de conscience
- Comportement du nourrisson
- Enfoncement ou non du globe oculaire
- Fontanelle antérieure bombée ou non

2-Palpation :

- Pli cutané
- Pouls périphérique
- froideur des extrémités
- Temps de recoloration cutanée (TRC)
- Sans oublier de chiffrer la température

3-Rechercher les signes de complication :

*Signes d'acidose métabolique :

- Myosis
- Marbrures
- Respiration de Kussmul

*Signes évoquant un état de choc hypovolémique :

- Extrémités froides et cyanosées
- Pouls radial faible et filant
- Allongement du TRC
- Trouble de conscience

*Signes de déshydratation :

Voir chapitre complication pour les détails

Signes et symptômes	État général	Yeux	Larmes	Bouche/langue	Soif	Peau	% de perte de poids
Pas de signe de déshydratation	Bien, alerte, agité, irritable	Normaux	Présentes	Humides	Boit normalement n'a pas soif	Pli cutané se rétracte immédiatement	< 5
Déshydratation légère	Agité, irritable	Enfoncés	Absentes	Sèches	Assoiffé, boit avidement	Pli cutané se rétracte lentement	5-10
Déshydratation sévère	Léthargique ou inconscient, flasque	Très enfoncés et secs	Absentes	Très sèches	Boit mal ou n'est pas capable de boire	Pli cutané se rétracte très lentement	> 10

Figure -3-

2. Examens complémentaires

Les techniques disponibles ne permettent de découvrir qu'une fois sur deux l'origine de la diarrhée. Elles ne sont le plus souvent pas utilisées du fait de leur coût.

Une diarrhée aiguë présumée infectieuse, d'intensité modérée, non sanglante et non dysentérique, évoluant depuis moins de 3 jours, ne nécessite aucun examen complémentaire (ni aucune antibiothérapie)

a) Examen des selles :

L'examen direct met parfois en évidence :

- * Des bactéries mobiles, des protozoaires flagellés, ou des amibes.
- * La présence de leucocytes fécaux, qui témoigne d'une invasion de la muqueuse

La coproculture :

- * C'est un examen peu rentable lorsqu'elle est effectuée de façon non sélective dans des diarrhées infectieuses (taux de positivité inférieur à 5 %).

* **Les indications** sont :

- Un syndrome dysentérique.
- Une diarrhée sévère persistant au-delà de quelques jours.

* Elle se fait à partir de prélèvements frais ou conservés moins de 12 heures à 4°C.

* Recherches systématiques : *Salmonella, Shigella, Campylobacter*

Demandes spécifiques (en fonction du contexte clinique) :

- *Yersinia enterocolitica*.
- *Clostridium difficile* et sa toxine.
- *Klebsiella oxytoca* (surtout sur les biopsies rectales ou coliques).
- *Escherichia coli* (*E. coli*) O 157 : H7.
- *Escherichia coli* entéro-hémorragique en cas de diarrhée sanglante.

* L'isolement de certains germes n'a aucune valeur :

- *E. coli* (sauf dans des circonstances précises et confirmé par un sérotypage)
- *Staphylococcus aureus*.
- *Candida albicans*

Examen parasitologique des selles :

*Il comprend un examen direct au microscope et un examen après concentration.

*L'examen doit être effectué sur une selle fraîche, au mieux émise au laboratoire. Pour être fiable, il doit être répété trois fois à quelques jours d'intervalle (ce qui est difficile à réaliser).

b) Endoscopie :

*Il s'agit, en première intention, d'une rectoscopie.

*Une iléo-coloscopie sera réalisée en deuxième intention si la rectoscopie est négative

Les indications sont :

- * Un syndrome dysentérique avec émissions sanglantes.
- * Une diarrhée sévère et/ou associée à des manifestations systémiques
- * Une diarrhée persistante au-delà de 15 jours.

Elle permet :

- * La réalisation de prélèvements bactériologiques, viraux ou parasitaires (suivant le contexte).
- * D'éliminer une cause non infectieuse de diarrhée : tumeur recto-colique, colite inflammatoire (MICI), colite ischémique.
- * De rechercher des signes de gravité.
- * Réaliser des prélèvements biopsiques

L'examen anatomopathologique des biopsies permet parfois de distinguer une diarrhée aiguë infectieuse d'une première poussée de colite inflammatoire

c) Sérologies :

Les sérologies bactériennes, virales et parasitaires sont d'un intérêt très limité, car elles ne permettent qu'un diagnostic tardif et donc généralement rétrospectif

d) Examens biologiques :

- * Numération de la formule sanguine (NFS)
- * Vitesse de sédimentation (VS)
- * Protéine C-réactive (CRP)

Ne sont pas utilisés en pratique courante des GEA, par contre une hémococoncentration reflète une déshydratation extracellulaire

* Ionogramme sanguin surtout en cas de déshydratation pour différencier le type iso/hypo/ou hypernatémique (voir chapitre complication)

VI-Etiologies :

1-Diarrhées aigues infectieuses :

A-Virales :

Elles sont fréquentes, dues surtout à adénovirus astrovirus et surtout rotavirus.

✚ Présentation de l'infection à rotavirus :

–Le rotavirus est la cause la plus fréquente de diarrhées sévères chez le nourrisson et le jeune enfant partout dans le monde.

–Ce virus tire son nom de sa forme de roue, mise en évidence lors de son examen au microscope.

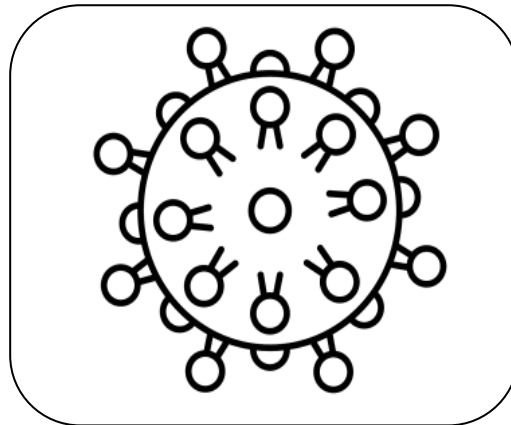


Figure -4-

✓ Les sujets à risque :

- *Les enfants de plus de 3 mois
- *Les enfants dont le système immunitaire est compromis ou non fonctionnel
- *Les enfants à risque de déshydratation
- *Les enfants plus âgés immunodépressifs

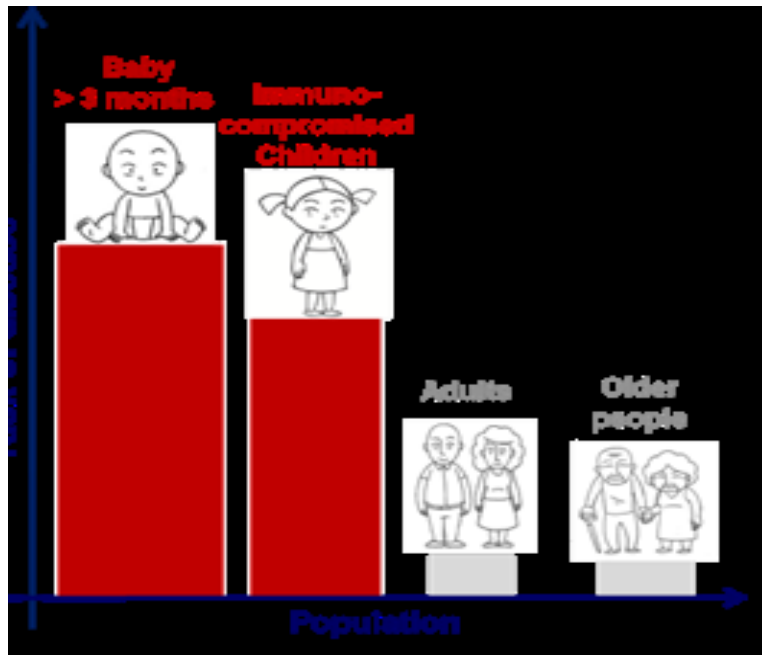


Figure -5-

✓ **La propagation du rotavirus :**

Le rotavirus est très contagieux et se transmet facilement entre les enfants, voire de l'enfant à l'adulte.

Une grande quantité de rotavirus est excrétée dans les selles des personnes infectées, et le virus se propage facilement via des mains et des objets contaminés (les jouets par exemple) ; ce mécanisme est nommé **voie de transmission fécale-orale**



Figure -6-

–Le virus endommage les cellules de l'intestin grêle et empêche l'organisme d'absorber l'eau et les nutriments. Les jeunes enfants peuvent entrer en état de déshydratation et nécessiter un traitement d'urgence.

–La confirmation d'une infection à rotavirus lors de diarrhées nécessite la réalisation de tests en laboratoire.

Les souches de rotavirus peuvent être caractérisées plus précisément par le biais d'une méthode immuno-enzymatique ou d'une réaction en chaîne par polymérase. Ces examens sont peu répandus et pas toujours nécessaires.

✚ Chez l'immunodéprimé, le **cytomégalo**virus devra être évoqué et recherché (sérologie, cultures de biopsies coliques perendoscopiques), de même que l'herpès simplex virus.

B-Bactériennes :

✓ **Salmonelles:**

Les salmonelles sont responsables de 40 à 80 % des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC).

Après une incubation de 8 à 36heures, surviennent typiquement des vomissements, douleurs abdominales, une diarrhée aqueuse et une fièvre qui durent de 2 à 5 jours.

La présentation peut aussi être celle de « gastro-entérites», sporadiques ou épidémiques ou d'une diarrhée glairo-sanglante avec colite ulcérée.

➤ **Shigelles:**

Survenant après ingestion d'eau ou d'aliments souillés, ou par contamination interhumaine.

Le tableau clinique est typiquement un syndrome dysentérique franc et fébrile mais il peut s'agir d'une diarrhée sans fièvre.

➤ **Campylobacter:**

Les Campylobacter (jejuni le plus souvent) sont de plus en plus souvent identifiés comme responsables de DA, notamment de TIAC.

Ce sont des germes invasifs au niveau de l'iléon et du côlon, responsables de micro-abcès et d'adénopathies mésentériques.

Ils provoquent des cas sporadiques, estivaux, frappant surtout les enfants, survenant après contact avec des animaux de ferme, des chats et

chiens, ou l'ingestion d'aliments contaminés, dont le lait non pasteurisé et la viande de volaille.

Les tableaux cliniques réalisés vont de la diarrhée aqueuse d'intensité modérée, rapidement régressive, au syndrome dysentérique fébrile; myalgies et arthralgies sont fréquentes. On note 10 % de rechutes.

➤ **Yersinia enterocolitica:**

Il est fréquent en Europe du Nord, survenant après ingestion d'aliments souillés (produits lactés, porc et mouton mal cuits) ou d'eau contaminée.

Il frappe souvent les enfants.

C'est un germe invasif, l'atteinte est surtout iléale et colique droite ; l'hypertrophie des follicules lymphoïdes et des ganglions mésentériques est habituelle.

Après une incubation de 10 jours; surviennent des douleurs de la fosse iliaque droite, une fièvre puis une diarrhée liquide, rarement hémorragique ou purulentes; des signes extraintestinaux (arthralgies, érythème noueux) doivent attirer l'attention.

L'évolution est parfois prolongée plusieurs semaines, pouvant prêter à confusion avec une première poussée de maladie de Crohn.

L'iléocoloscopie peut montrer une iléite ou une muqueuse colique œdémateuse et fragile.

Le diagnostic repose sur la coproculture et sur le sérodiagnostic, en exigeant des taux élevés d'anticorps ou une séroconversion franche.

➤ **Escherichia coli:**

Il faut toujours se rappeler que E. coli est un germe saprophyte et que seuls de rares sérotypes sont pathogènes.

- Les Escherichia coli entéro-invasifs (ECEI), dont il existe plusieurs sérotypes, sont des germes ubiquitaires. Le tableau clinique est proche de celui des shigelloses.

- Les Escherichia coli entéropathogènes (ECEP) sont responsables de diarrhées aiguës hydriques, chez les enfants de moins de deux ans fréquentant les crèches et collectivités.

- Les Escherichia coli entérohémorragiques (ECEH) entraînent des colites, avec diarrhée hémorragique, plus sévères chez les nourrissons et les sujets âgés.

➤ **Staphylococcus aureus:**

Il entraîne une DA hydrique d'incubation très brève (2 à 4 heures) en général associée à des vomissements et sans fièvre ; ces signes guérissent spontanément en quelques heures.

La coproculture est souvent négative ; le germe et la toxine sont découverts dans l'aliment contaminant (intoxination).

T-Parasitaire :

• *Entamoeba histolytica* : la dysenterie amibienne s'observe chez des patients en provenance de zones d'endémie. L'endoscopie basse fait évoquer le diagnostic (lésions ulcérées) et la recherche du parasite dans l'écouvillonnage rectal l'affirme.

Les nitro-imidazolés (métronidazole : Flagyl : 1,5 g/j pendant 5 jours) sont le traitement de choix.

–chez l'immunocompétent: cryptosporidium, les signes sont comparables à ceux observés en cas d'infection à Giardia lamblia mais peuvent être majorés (intensité et durée)

–chez l'immunodéprimé: d'autres protozoaires (Blastocysti shominis, Isospora belli, Balantidium coli, Cyclospora et Plasmodium falciparum) ou helminthes (anguillule, trichocéphale, trichine, bilharzie) peuvent également être responsables de diarrhées aiguës.

– giardia lamblia : il s'agit d'un parasite présent dans les zones subtropicales mais également froides. Après 8 à 15 jours d'incubation (transmission par l'eau ou interhumaine), le tableau associe diarrhée liquidienne, nausées et douleurs abdominales.

La durée d'évolution est de 10 à 15 jours mais peut être prolongée.

Le diagnostic est fait par l'examen parasitologique des selles mais peut nécessiter des biopsies duodénales (formes chroniques).

Le traitement de choix est les nitro-imidazolés

2-Diarrhées aiguës non infectieuses :

1. Colites aiguës non infectieuses:

➤ Colites inflammatoires (RCH, maladie de Crohn):

– La poussée inaugurale de la maladie peut ressembler à une colite infectieuse.

–La négativité des recherches bactériologiques et parasitologiques, l'aspect endoscopique et histologique, l'évolution sous antibiothérapie permettent de rectifier le diagnostic (QS diarrhée chronique).

➤ Colites ischémiques, sigmoïdites diverticulaires ;

2. Diarrhées médicamenteuses:

De nombreux médicaments sont susceptibles d'entraîner une diarrhée aigue par altération de la flore intestinale tel que les antibiotiques,

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, peuvent être responsables de colites

3. Diarrhées allergiques

(Mécanisme immunoallergique de type 1)

La diarrhée apparaît dans les minutes qui suivent l'ingestion de l'allergène alimentaire.

Il s'y associe parfois des signes cutanés évocateurs (urticaire, prurit, éruptions;...)

VII-Diagnostic différentiel:

1. Devant des vomissements aigus:

Il faut évoquer :

- * Invagination intestinale
- * Sténose de pylore
- * Syndrome méningé
- * Infection ORL, urinaire,
- * Erreur diététique

2. Une fièvre persistante élevée: qui répond mal aux antipyrétiques est inhabituelle dans le cadre d'une gastroentérite non compliquée et fait évoquer une infection des voies urinaires, une otite moyenne aiguë, une pneumonie, une méningite.

3. Devant des douleurs abdominales massives :

Il faut évoquer la possibilité d'une invagination, d'une appendicite, ou d'une obstruction du grêle.

VIII-Complication :

1-La déshydratation :

C'est la complication majeure des gastroentérites

C'est une urgence thérapeutique, car il existe un risque d'évolution vers un choc hypovolémique.

Il faut se rappeler que l'hypotension est un signe tardif de choc chez le nourrisson

Une anamnèse soigneuse et un bilan clinique comportant une documentation de la perte de poids permettent en général d'évaluer la gravité de la gastroentérite et l'importance de la perte liquidienne.

L'évaluation de la gravité de la déshydratation se fait sur la base de critères cliniques et elle est habituellement classifiée en déshydratation légère, moyenne ou grave (tableau 1)

	Secteur extra cellulaire	Secteur intra cellulaire
<5% Légère	Yeux cernés	Soif
5-10% Moyenne	Yeux cernés Début de pli cutané	Soif Muqueuse sèche
>10% Grave	Pli cutané Signes de choc hypovolémique : *tachycardie *Allongement du TRC *Tardivement une hypotension	Hyperthermie centrale Trouble de la conscience

Tableau -1-

Les examens complémentaires essentiels comportent surtout:

❖ **bilan rénal** (car risque d'insuffisance rénale fonctionnelle qui se traduit par une oligurie, une natrémie urinaire < 10 mmol/l et un rapport osmolarité urinaire/ osmolarité plasmatique > 2)

❖ **ionogramme sanguin** : La natrémie (Na) et la kaliémie (K);

Cette dernière permet de classer la DSH en 3 groupes:

* DSH hypertonique: Na ≥ 150 mmol/l

* DSH isotonique: $130 \geq \text{Na} \leq 150$ mmol/l

* DSH hypotonique: $\text{Na} \leq 130$ mmol/l

❖ **NFS** : retrouve souvent une hémococoncentration.

2- Autres complications :

Sont la conséquence de la déshydratation

a- L'insuffisance rénale fonctionnelle

b- Les troubles neurologiques :

La léthargie, la somnolence

Les convulsions sont dues surtout à une réhydratation rapide en cas de déshydratation hypernatrémique

c- L'acidose métabolique

d- Complication liée à la malnutrition notamment en vitamine A.

e- Choc hypovolémique

f- Le décès

IX- Traitement :

1- La réhydratation par voie orale :

L'objectif de la réhydratation orale est de ramener de l'eau et des électrolytes dans le corps déshydraté de l'enfant.

❖ Les solutions de réhydratation orale (SRO), sont des produits industriels qui sont le plus appropriés à cet égard, en particulier les solutions dites glucose-électrolytes

Elles sont utilisées pour la réhydratation orale, contiennent des quantités spécifiques de sels importants pour compenser ceux perdus dans les selles diarrhéiques.

Les nouvelles SRO, avec une osmolarité plus faible (recommandées par l'OMS et par l'UNICEF) ont des concentrations réduites de sodium et de glucose (osmolarité = 245 mosmole/l) et sont associées avec moins de vomissements, moins d'émissions de selles, moins de risque d'hypernatrémie et un besoin réduit de perfusions intraveineuses en comparaison avec les solutions standard de réhydratation orale. (Tableau 2).

Cette réhydratation doit être complétée par un apport en zinc (20 mg/jour en 10 jours) et en vitamine A (400µg) selon les recommandations de l'OMS et de l'Unicef.

Eléments	Quantité en mmol
Glucose	75
Sodium	75
Potassium	20
Citrate de Sodium	10
Chlore	65
Osmolarité	245 mosmole/l

Tableau-2- La composition des SRO selon les nouvelles recommandations de l’OMS et Fonds des Nations unies pour l’enfance (Unicef) de Mai 2002

Cette nouvelle formule est recommandée à tout âge et pour tous les types de diarrhée, y compris le choléra.

***La composition des SRO disponible en Algérie :**

A-Rehydrax® de Sidal :

Eléments	concentration en mmol/l
Glucose	75
Sodium	75
Potassium	20
Chlore	65
Citrate	11

Tableau-3-

1 sachet à diluer dans 1 litre d’eau

B-Celia develop-SRO® de Célia :

Eléments	Concentration en mmol/l
Saccharose	204
Sodium	59
Potassium	22
Chlore	62
citrate	9
Maltodéxtrine	111

Tableau-4-

1 sachet à diluer dans 200 cc d’eau

La solution est administrée à l’enfant à une température aussi fraîche que possible, à la cuillère ou par petites gorgées à l’aide d’un biberon ou au verre.

Pour le succès du traitement, il est décisif de donner fréquemment de petites quantités (par exemple, commencer par 5 ml toutes les 1 à 2 minutes, et selon la tolérance augmenter la quantité et réduire la fréquence des administrations).

Des vomissements occasionnels ne sont pas une raison suffisante pour arrêter la réhydratation orale.

En cas de vomissements continuels ou de refus de boire, la solution peut être administrée par sonde gastrique.

Les nourrissons allaités au sein doivent être remis à ce-dernier entre les administrations de SRO.

▪ **La quantité administrée :**

La quantité Q donnée est calculée à partir de la formule

$$Q (\text{millilitre}) = \text{poids} \times 75$$

*En absence de déshydratation et chez le nourrisson on donne 50 à 100 ml après chaque selle molle ou liquidienne

*En cas de déshydratation de moins de 10% dans les 4 premières heures -voir le tableau-5-

Age	<4 mois	4-11 mois	12-23 mois
Poids	<5kg	5-7.9 kg	8-10.9 kg
Quantité	200-400 ml	400-600 ml	600-800 ml

Tableau-5-

❖ Les boissons à base de cola et les boissons sucrées ne sont pas appropriées pour la réalimentation en raison d'absence de leur teneur en sel et de leur osmolalité élevée; c'est également le cas pour les boissons isotones.

❖ Par contre l'eau de riz peut être utilisée en début de la diarrhée malgré sa teneur pauvre en sels minéraux.

2- Traitement symptomatique :

2-1) Les anti-diarrhéiques :

➤ Les modificateurs de transit tel que le loperamide et en raison de ses effets secondaires (léthargie, détresse respiratoire, voir coma) est contre indiqué chez le nourrisson malgré son efficacité en diminuant le nombre de selles/ jours

➤ Les médicaments qui agissent en diminuant la sécrétion intestinale gardent leur indication en matière de GEA tel que racécadotril qui possède un effet sélectif anti sécrétoire sur la muqueuse intestinale

Deux études contrôlées randomisées réalisées, et comportant chacune 150 patients environ, ont montré une bonne efficacité dans la diarrhée aqueuse chez l'enfant âgé de trois mois à quatre ans.

2-2) Les antiémétiques :

✓ Le rôle des antiémétiques dans la gastroentérite aiguë est controversé.

✓ Méclozine, métoclopramide et prométhazine sont des substances utilisées avec un succès partiel, mais elles ont des effets indésirables potentiellement graves, tels que des troubles extrapyramidaux, et ne peuvent donc pas être recommandées d'une façon générale.

✓ L'administration par voie orale d'**ondansétron**, un antagoniste de la sérotonine, a entraîné une réduction des vomissements chez l'enfant et diminué ainsi la nécessité de pratiquer une réhydratation intraveineuse.

✓ Toutefois, l'état actuel des données ne permet pas une utilisation de routine de l'ondansétron dans la gastroentérite aiguë.

2-3) Les antibiotiques :

✓ Dans les formes bactériennes non compliquées de gastroentérite, un traitement antibactérien est contre-indiqué. Il peut même, dans une entérite à salmonelles non compliquée, entraîner un allongement du portage ou une récurrence de la maladie.

✓ Lors des infections à *E. coli* produisant une shigatoxine, les antibiotiques augmentent le risque de syndrome hémolytique urémique.

✓ Il est nécessaire de mettre en route une antibiothérapie en cas de septicémie, de maladie invasive ou chez l'enfant à risque (par exemple, enfant de moins de trois mois, patient immunodéprimé ou asplénique).

3- Traitement de la déshydratation :

Dans ce chapitre, on va détailler le traitement des déshydratations graves >10% car il s'effectue en milieu hospitalier ; les autres type de déshydratation dont le traitement peut être mené en ambulatoire (voir chapitre réhydratation orale)

Le traitement de la DSH grave va dépendre aussi de sa nature iso, hypo ou hypernatrémique.

On prendra comme exemple le traitement de la DSH grave isonatémique qui reste de loin la plus fréquente et la plus rencontrée en pratique courante.

Le schéma thérapeutique :

La réhydratation se fait par voie intraveineuse.

***Phase I :** les 2 premières heures ;

But : réparer la moitié des pertes hydroélectolytiques.

-De 0 à 30 minutes : 20 cc/kg de sérum salé isotonique (SSI).

-De 30 minutes à 2heures : 30 cc/kg de SSI.

Si pas de diurèse à la 2^{ème} heure ajouter 10 à 20 cc/kg de SSI ;

Si la diurèse est reprise on passe à la 2^{ème} phase.

***Phase II :** de la 2^{ème} heure jusqu'à 24^{ème} heure ;

-De H2 à H6 : Réparer l'autre moitié des pertes par l'administration de 50 cc/kg de soluté de réhydratation (SRH).

Faire le point à la 6^{ème} heure par l'appréciation du poids du nourrisson et son état d'hydratation tout en quantifiant les pertes en cours.

-De H6 à H24 : Durant cette période on donne les besoins d'entretien soit 100 cc/kg sous forme de SRH

Les pertes en cours seront données par voie orale sous forme de SRO ou par voie parentérale sous forme de SRH.

Faire le point à H24 : -Clinique : poids, état d'hydratation

-Biologie : fonction rénale

*Phase III : 24^{ème} heure et jours suivants

Poursuite de la réhydratation par voie orale par les SRO.

Critère d'hospitalisation :

*Age du nourrisson: plus le nourrisson est jeune (<6 mois) plus le danger de déshydratation est important

*Présence d'une affection antérieure;

*Fièvre sup à 38° chez le nourrisson de moins de 3 mois ou sup 39° chez l'enfant de 3 à 36 mois

*Selles hémorragiques;

*Vomissements fréquents persistants et diarrhée de fréquence élevée

*Signes cliniques de déshydratation;

-Modification de l'état de conscience;

-Absence de réponse à la réhydratation;

-Indices en faveur d'un syndrome hémolytique urémique: anémie, oligurie, thrombocytopénie, souvent selles hémorragiques dans l'anamnèse;

-Diarrhée prolongée plus de deux semaines;

-Absence de possibilités d'une réhydratation ambulatoire appropriée, forte déstabilisation des parents.

4-La prévention :

Des mesures de prévention peuvent limiter la diffusion des gastroentérites virales de façon substantielle, en particulier dans les crèches, les écoles maternelles, les homes d'enfants, les écoles ainsi qu'à domicile.

La reconnaissance précoce d'une gastroentérite virale en tant que telle, une hygiène conséquente des mains et la constitution de cohortes sont des éléments importants de la prévention.

A-L'objectif de la prévention:

L'objectif consistant à mettre fin à la mortalité infantile due à la diarrhée à l'horizon 2025, il s'appuie sur le *Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la diarrhée, élaboré par l'OMS et l'UNICEF*.

Le plan d'action identifie des possibilités d'amélioration de l'intégration des activités et d'optimisation des synergies et de l'efficacité des diverses interventions de lutte contre la diarrhée chez nourrisson.

Au cours des 20 dernières années, les recherches portant sur des interventions spécifiques contre la diarrhée ont démontré l'efficacité des interventions et activités suivantes : (illustrées aussi dans la figure-8-)

** L'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, suivi d'un allaitement au sein complété par une alimentation adaptée;

** la supplémentation en vitamine A ; car les diarrhées diminuent l'absorption intestinale de celle-ci et favorise donc les carences en vitamine A

** Vaccination contre le rotavirus

** L'administration de solutions de réhydratation orale (SRO), en particulier à osmolarité réduite, et de suppléments en zinc permet de sauver la vie de nombreux nourrissons souffrant de diarrhée.

** Interventions WASH (Water, sanitation and hygiene), notamment accès à l'eau potable et à l'assainissement et promotion de pratiques d'hygiène essentielles (lavage des mains des parents au savon, lavage des joues)

Bien que ces interventions constituent la base des soins de santé primaires, il existe de nombreuses régions dans lesquelles elles ne font pas toujours l'objet d'une promotion commune pour un bénéfice maximal.

B-Vaccination contre rotavirus:

L'OMS recommande que les vaccins antirotavirus soient intégrés dans tous les programmes nationaux de vaccination et considérés comme prioritaires, en particulier dans les pays ayant des taux de mortalité par gastroentérite à rotavirus (GERV) élevés, comme en Asie du Sud et du Sud-est, ainsi qu'en Afrique subsaharienne.

Calendrier de vaccination recommandé : Suite à l'examen des nouvelles données factuelles sur la charge des rotaviroses et la mortalité selon l'âge, la ponctualité de la vaccination, ainsi que l'innocuité et l'efficacité des différents calendriers de vaccination, l'OMS recommande l'administration de la première dose du vaccin antirotavirus à l'âge de 6 semaines ou peu après, en même temps que la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) ou que la vaccination par le pentavalent, pour induire la protection avant la survenue d'une rotavirose naturelle.

Les formes commerciales:

Le Rotarix® (RV1) doit être administré par voie orale en 2 doses au même moment que le DTC/penta1 et le DTC/penta2, avec un intervalle d'au moins 4 semaines entre les doses. Figure-7-

Le Rotateq® (RV5) doit être administré par voie orale en 3 doses au moment que le DTC/penta1, le DTC/penta2 et le DTC/penta3, avec un intervalle d'au moins 4 semaines entre les doses. Figure-7-



Figure-7-

Conservation:

Le vaccin doit être stocké au **réfrigérateur**.

Ne placez pas le vaccin antirotavirus **au congélateur**. Si les vaccins sont congelés, ils perdent leur efficacité et ne protègent plus contre la maladie.

Les vaccins dont la date d'expiration est proche doivent être placés dans la partie avant du réfrigérateur afin d'être utilisés en premier.

Contre-indications:

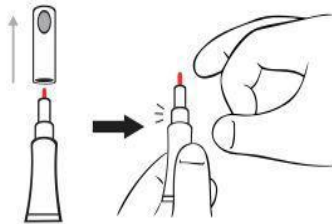
- *Allergie
- * Immunodéficience notamment un déficit immunitaire combiné sévère



Précaution d'emploi:

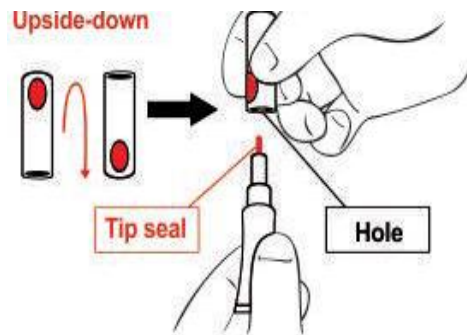
- *les antécédents d'invagination
- *Malformations intestinales,
- *Une affection gastro-intestinale chronique
- *Une maladie aiguë sévère.
- *La vaccination doit être différée en cas de gastroentérite aiguë en cours ou de fièvre accompagnant une affection modérée à grave

Préparation du vaccin:



Étape 1 : Retirez le capuchon du tube. Tapotez sur le tube pour faire redescendre le liquide situé dans la partie supérieure

Étape 2 : Retournez le capuchon et placez-le à la verticale sur l'embout de sécurité. Insérez l'embout de sécurité dans le petit trou situé dans la partie supérieure du capuchon.



L'administration du vaccin:

L'enfant doit être placée en position inclinée (position d'alimentation normale) pour l'administration par voie orale.

Le nourrisson doit recevoir toutes les doses du vaccin, dès que possible à partir de 6 semaines, pour être complètement protégé. Les nourrissons étant les plus touchés par l'infection à rotavirus.

Le vaccin antirotavirus protège le nourrisson contre une des causes de la diarrhée, mais pas contre toutes.

Surveillance :

Il faut surveiller l'impact épidémiologique de la vaccination antirotavirus.

Une surveillance de grande qualité devra être menée dans certains pays et populations, y compris dans des situations de forte mortalité

infantile. Toutefois, l'absence de surveillance ne devrait pas être considérée comme un obstacle à l'introduction de cette vaccination.

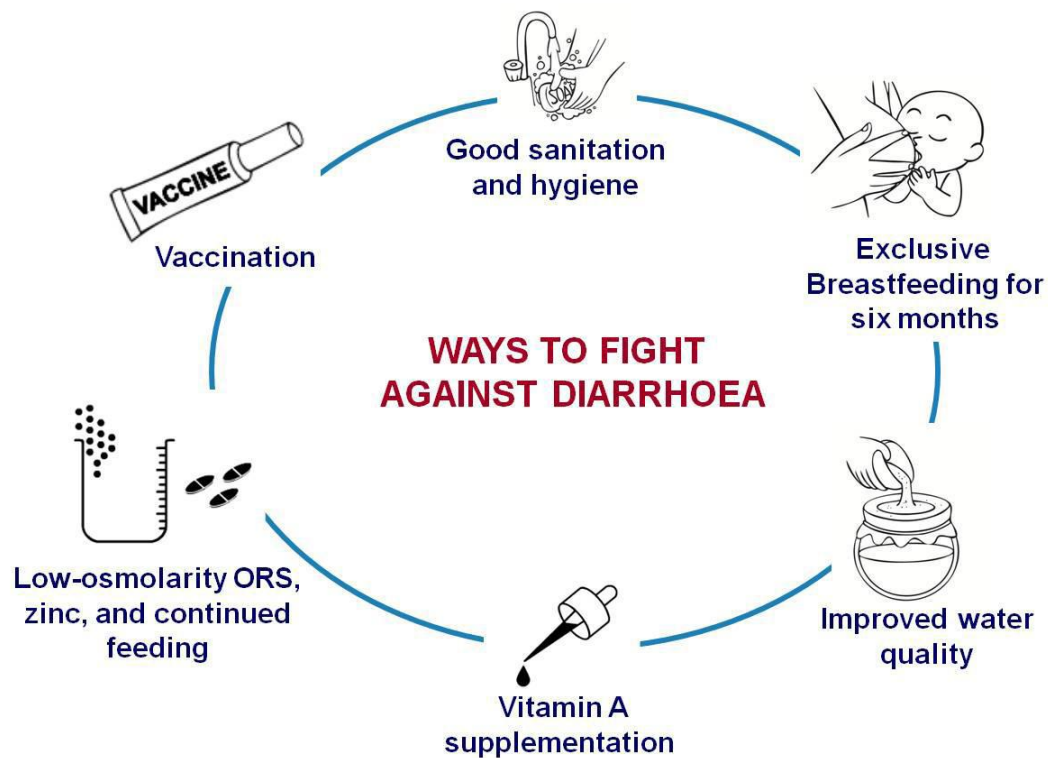


Figure -8-
Schéma récapitulatif des moyens de préventions



Partie pratique

I-Objectifs :

1-L'objectif principal :

Connaitre l'aspect épidémiologique des gastro-entérites aiguës (GEA) du nourrisson

2-Les objectifs secondaires :

- *Etablir le profil clinique et thérapeutique des GEA.
- *Préciser l'importance de la prise en charge précoce.
- *Promouvoir l'allaitement maternel et la réhydratation par voie orale.

II-Matériels et méthodes :

1-Schéma d'étude:

Il s'agit d'une étude cohorte analytique rétrospective et prospective des dossiers médicaux de l'archive des urgences pédiatriques et du service de pédiatrie (unité nourrisson) de l'EHS mère- enfant Tlemcen durant la période allant du 01mars 2013 au 31mars 2014.

2-Population étudiée:

A/Critères d'inclusion:

L'étude réalisée concerne tous les nourrissons consultant aux UMP et hospitalisés au sein du service de pédiatrie de EHS mère- enfant Tlemcen durant la période allant du 1^{er} mars 2013 au 31 mars 2014 ayant pour motif de consultation la symptomatologie d'une gastroentérite.

B/Critère d'exclusion:

- 1- l'âge: < 1 mois et > 2 ans
- 2- Toute diarrhée secondaire pathologie chirurgicale
- 3-Toute diarrhée :
 - *Due à des affections fébriles.
 - *Induite par une erreur diététique.
 - *Secondaire à la prise des antibiotiques.
 - *Secondaire à une pathologie endocrinienne.
 - *Due à une allergie alimentaire.

3-Recueil de données:

Le recueil des données était nominatif s'est fait après le tri des dossiers médicaux archivés et des registres de consultation des UMP, nous avons trouvé près de 954 cas que nous avons analysé selon:

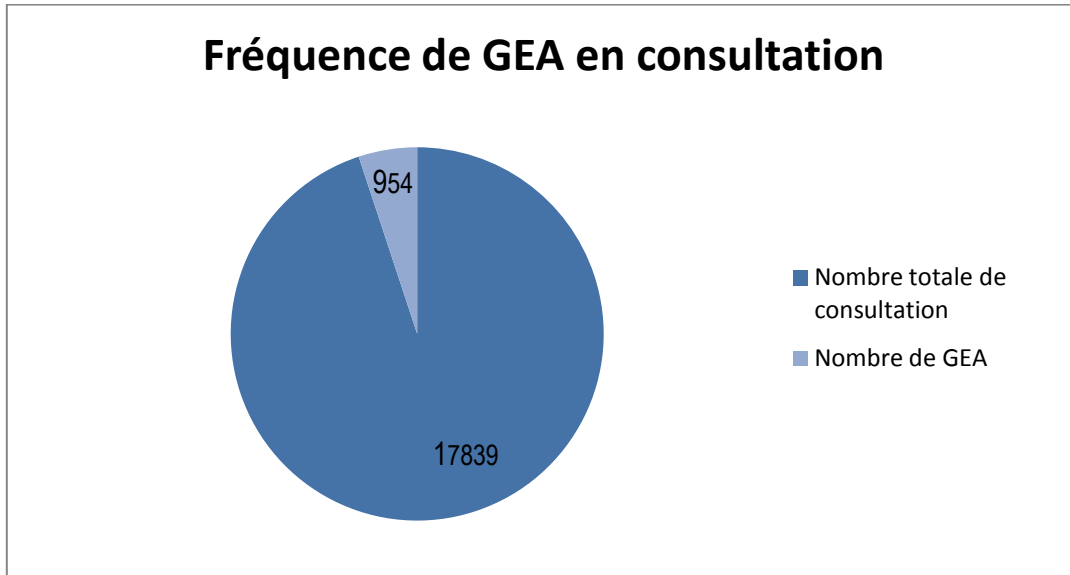
- ✚ Les mois
- ✚ L'âge
- ✚ Le sexe
- ✚ Les caractéristiques de la diarrhée
- ✚ L'état d'hydratation et de conscience
- ✚ La symptomatologie associée aux diarrhées
- ✚ Le type d'allaitement
- ✚ La thérapeutique déjà entamée
- ✚ La durée d'hospitalisation
- ✚ Les antécédents d'hospitalisation

Les principaux obstacles qu'on a rencontrés lors de recueil des données sont l'absence d'information pour plusieurs paramètres inclus dans l'étude car les gastro-entérites aigües sans complication ne sont pas hospitalisées.

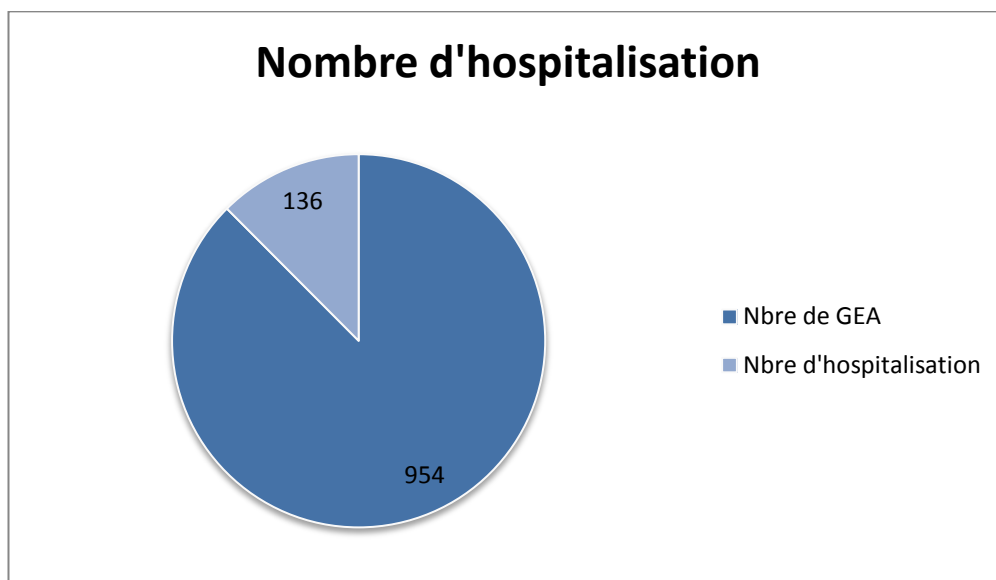
III-Résultats

A/Résultats épidémiologiques :

1-La fréquence :

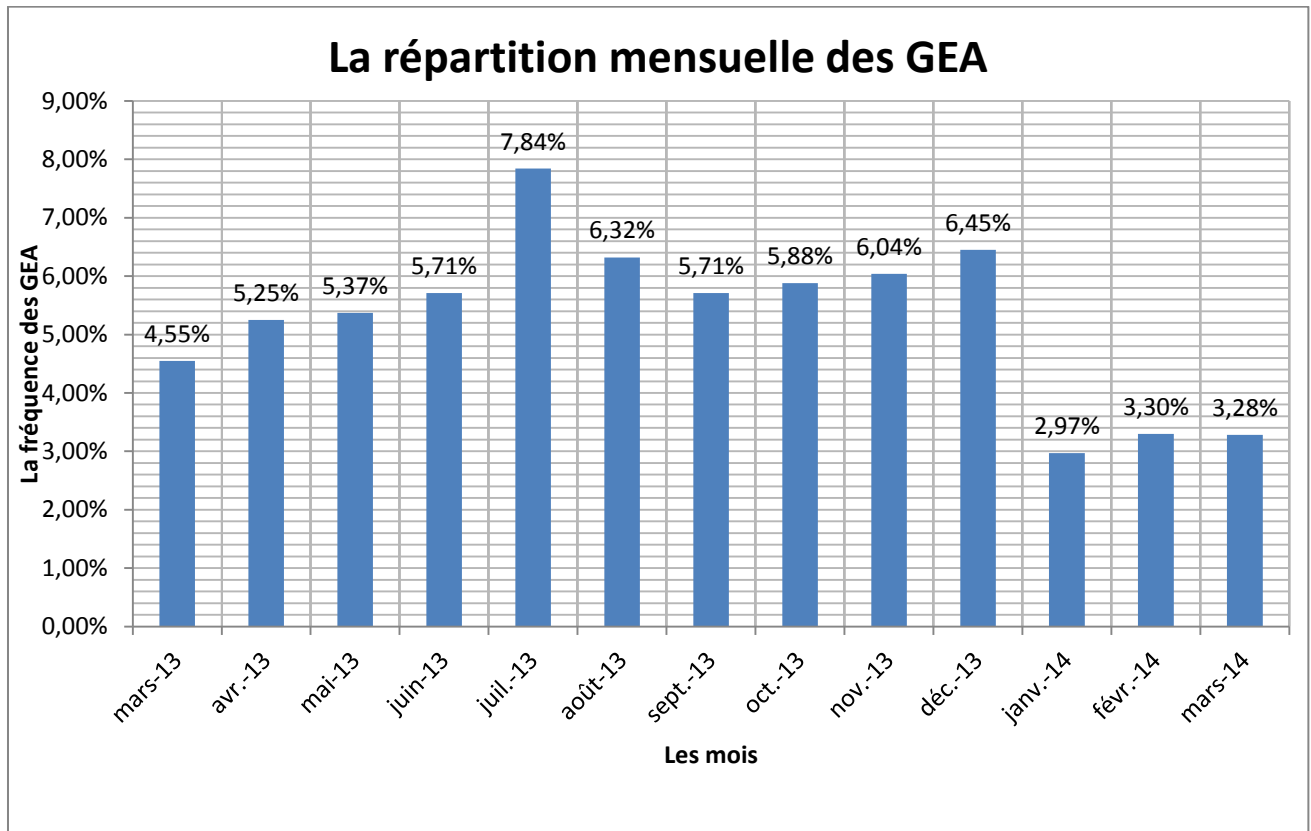


Durant la période de notre étude on objectifé 954 cas de GEA soit 5.34% des consultations



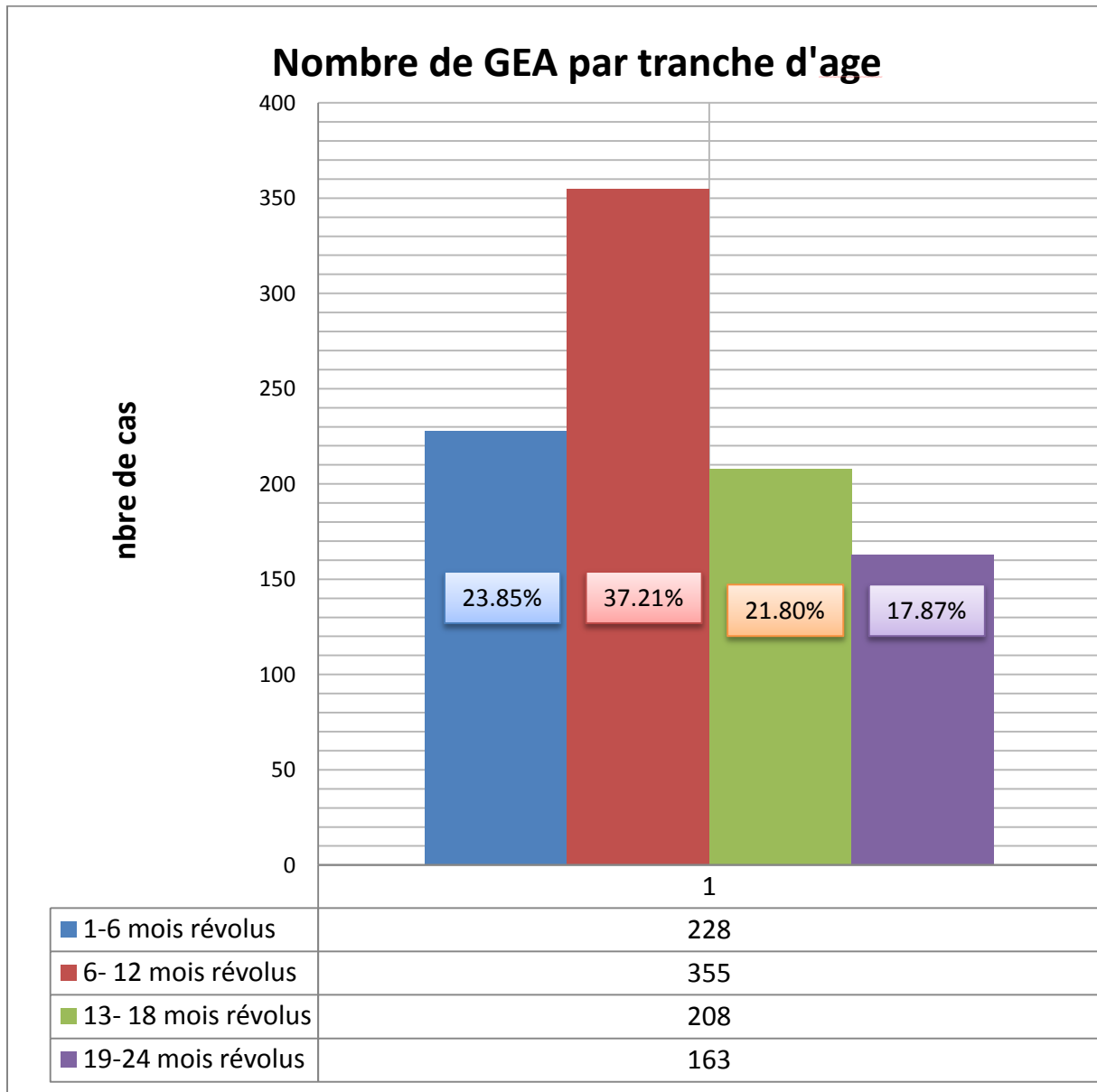
Dans notre série 136 cas étaient hospitalisés soit 14.25% des GEA.

2-La répartition des GEA en fonction des mois :



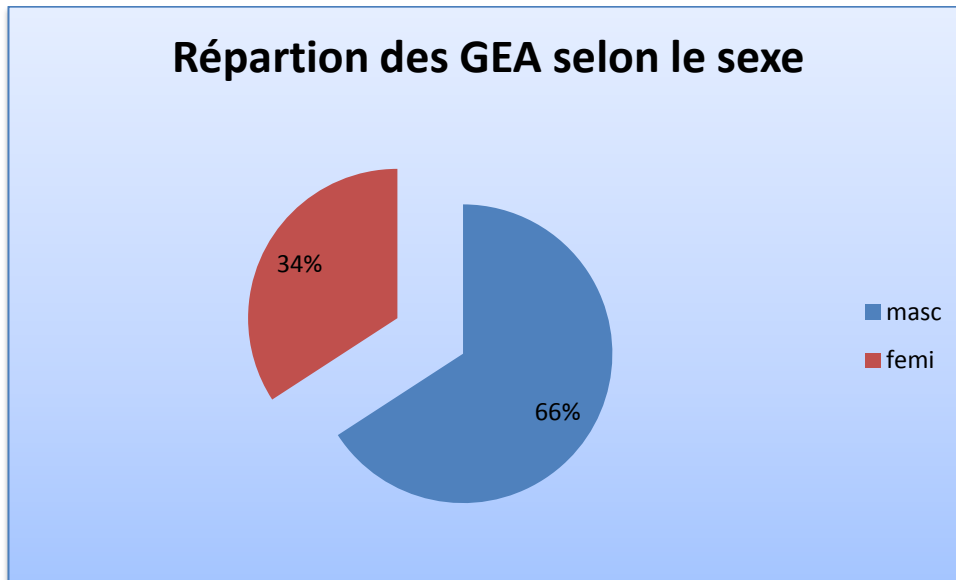
Durant notre étude on a constaté la présence de deux pics de fréquence pour les GEA le 1^{er} au mois de juillet avec 7.84% et le 2nd au mois de décembre avec 6.45%

3- La répartition en fonction de l'âge :



L'âge de nos patients était compris entre 28 jours et 24 mois révolus avec un âge moyen de 8 mois et on note un pic de fréquence dans la tranche d'âge comprise entre 6 et 12 mois.

4-Répartition selon le sexe :



On note une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2/1

B/Aspect clinique :

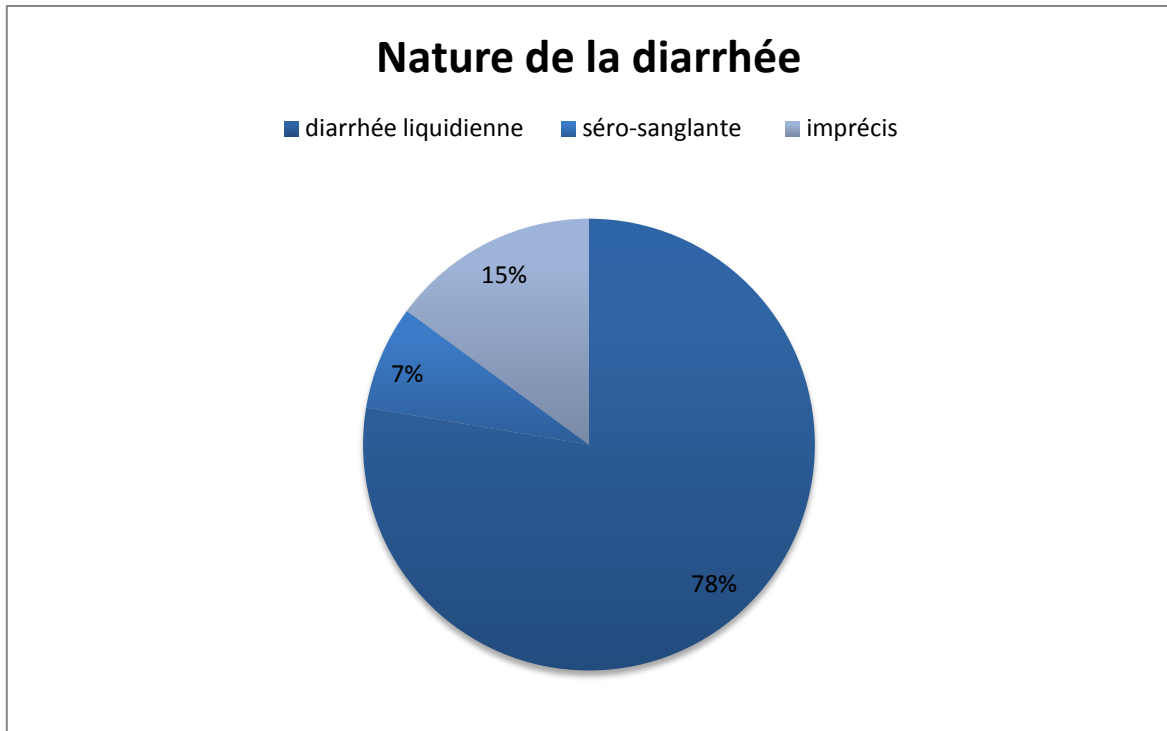
Dans cette partie on a exclu les cas de gastro-entérite inscrit dans le registre de consultation des UMP par manque de renseignements (absence de dossiers).

Au total on retrouvé 136 cas de gastro-entérite aigüe hospitalisés pour déshydratation et chez qui on n'a pu établir le reste de notre étude.

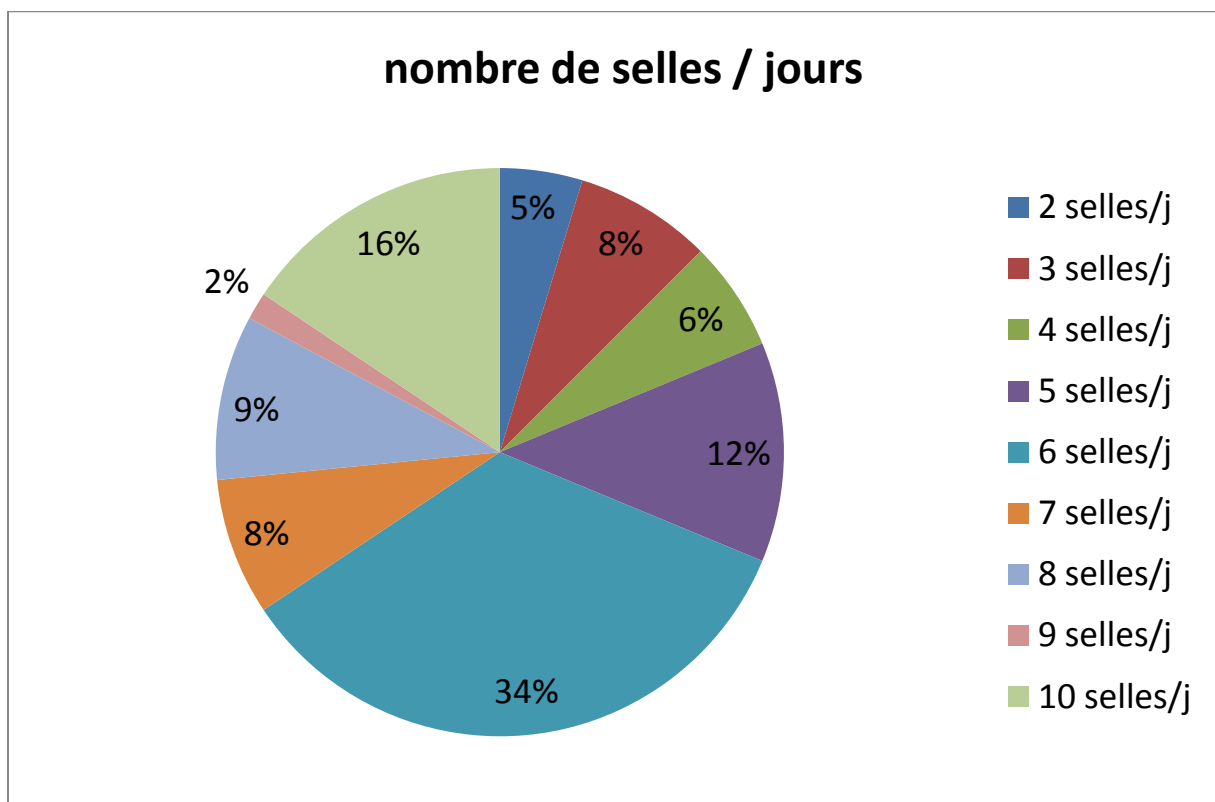
1-Selon les caractéristiques des diarrhées :

1-a) Nature des selles :

La nature liquidienne des diarrhées est majoritaire avec 78% des cas.

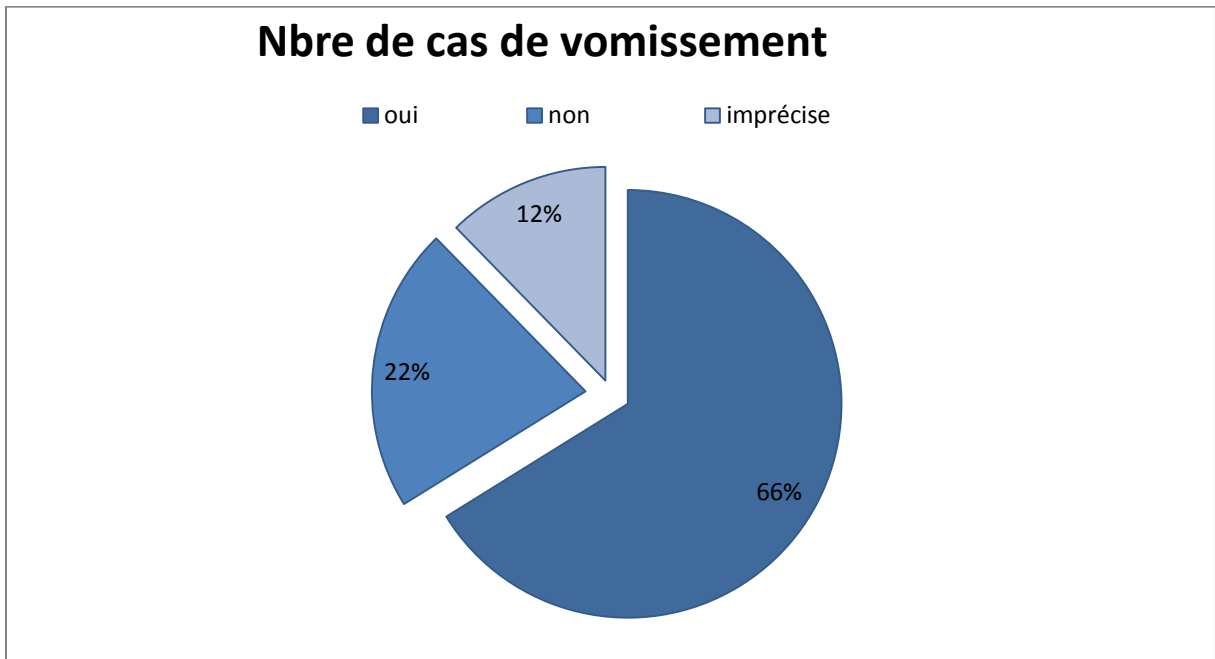


1-6) Nombre de selles par jour :



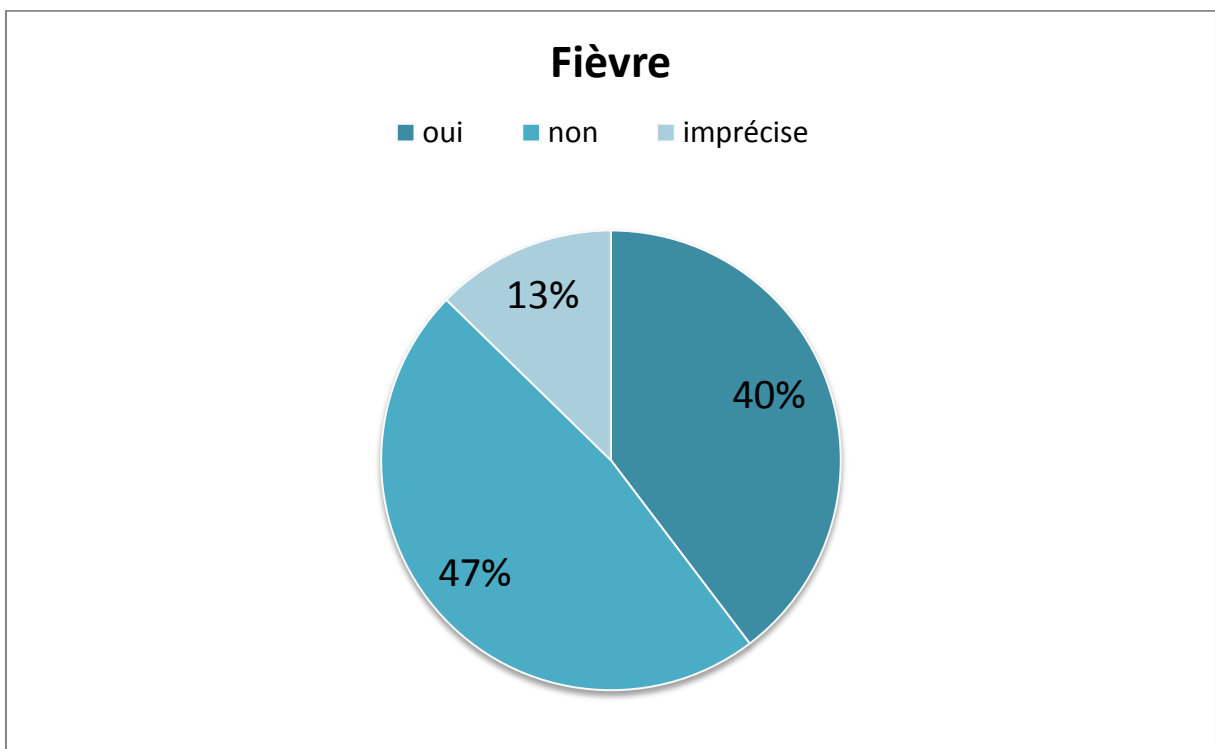
Chez 34% de nos patient le nombre de selle par jour était de 6 selles/ jour.

2-En fonction des vomissements :



Dans notre série les vomissements font parti du tableau clinique de GEA dans 66% des cas.

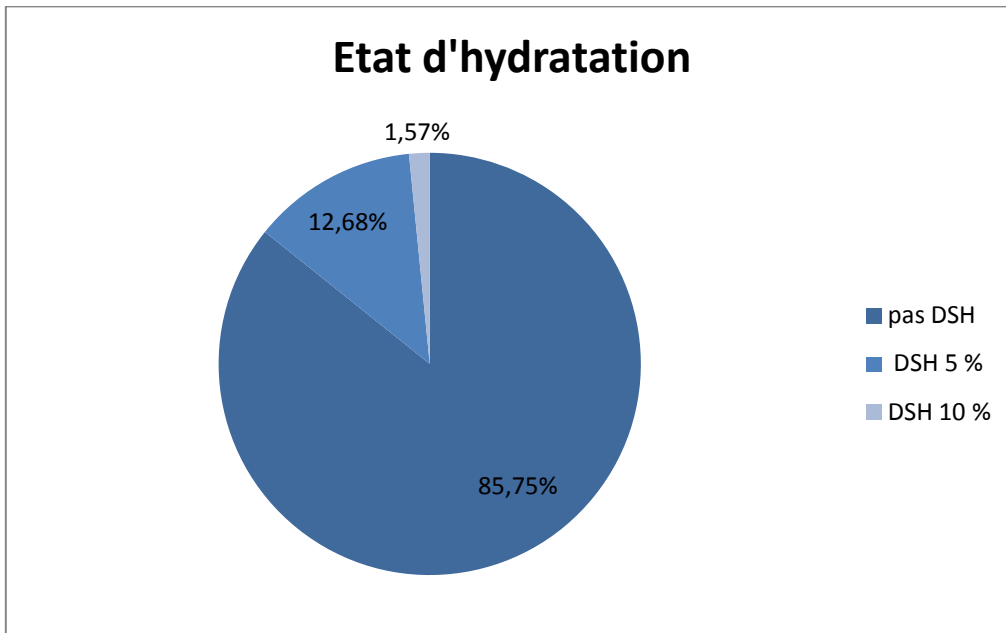
3-La présence ou l'absence de fièvre :



La fièvre est absente chez 47% de nos patients.

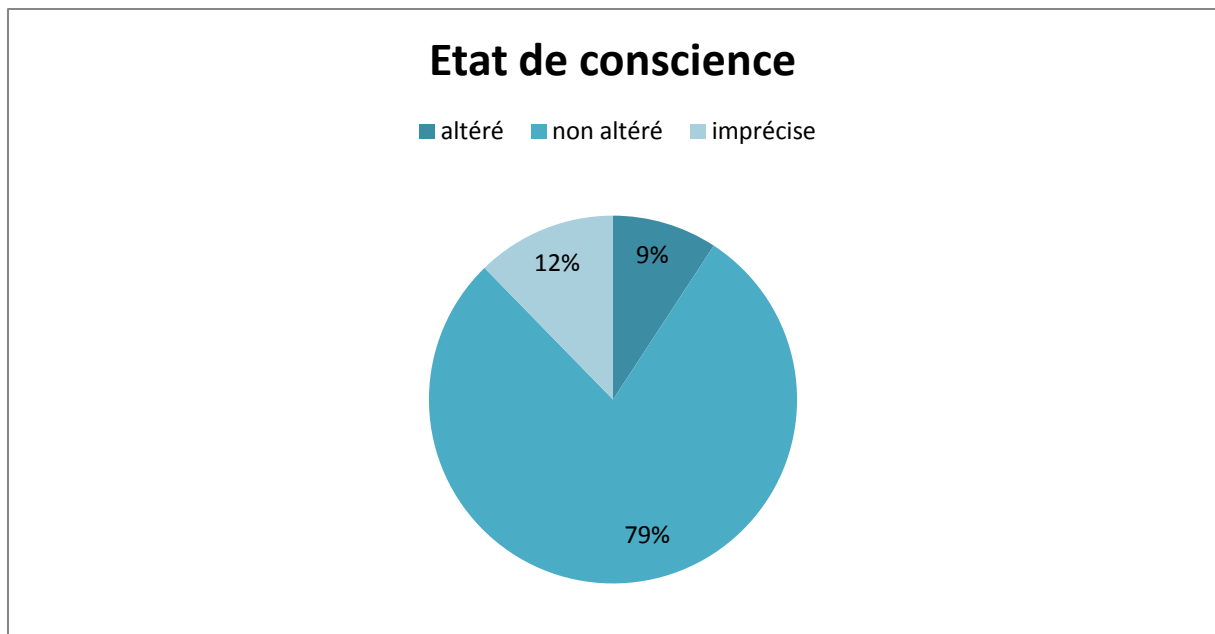
4-Selon les complications :

4-a) L'état d'hydratation :



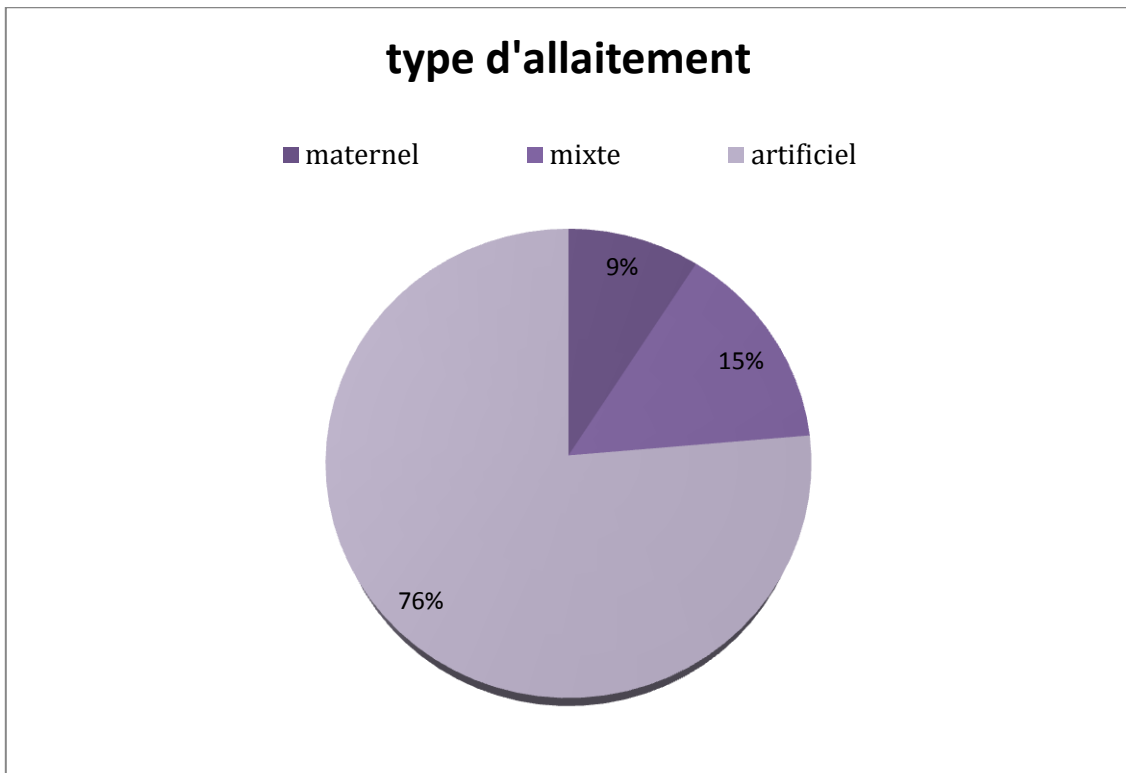
La déshydratation de 5% était présente dans 12.68% des cas tandis que seulement 1.57% des patients avaient une déshydratation de 10%.

4-b) L'état de conscience :



L'état de conscience n'est altéré que dans 9% des cas.

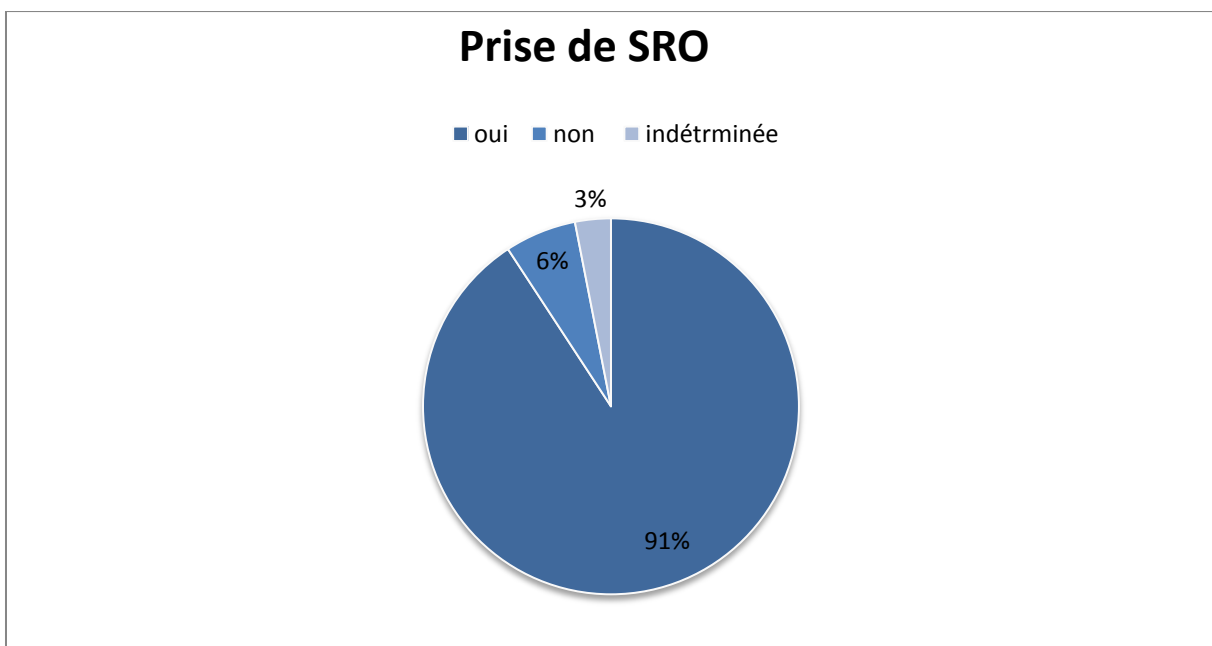
C/Selon le type d'allaitement :



Les nourrissons allaités au sein sont les moins touchés par la GEA (que 9% dans notre étude).

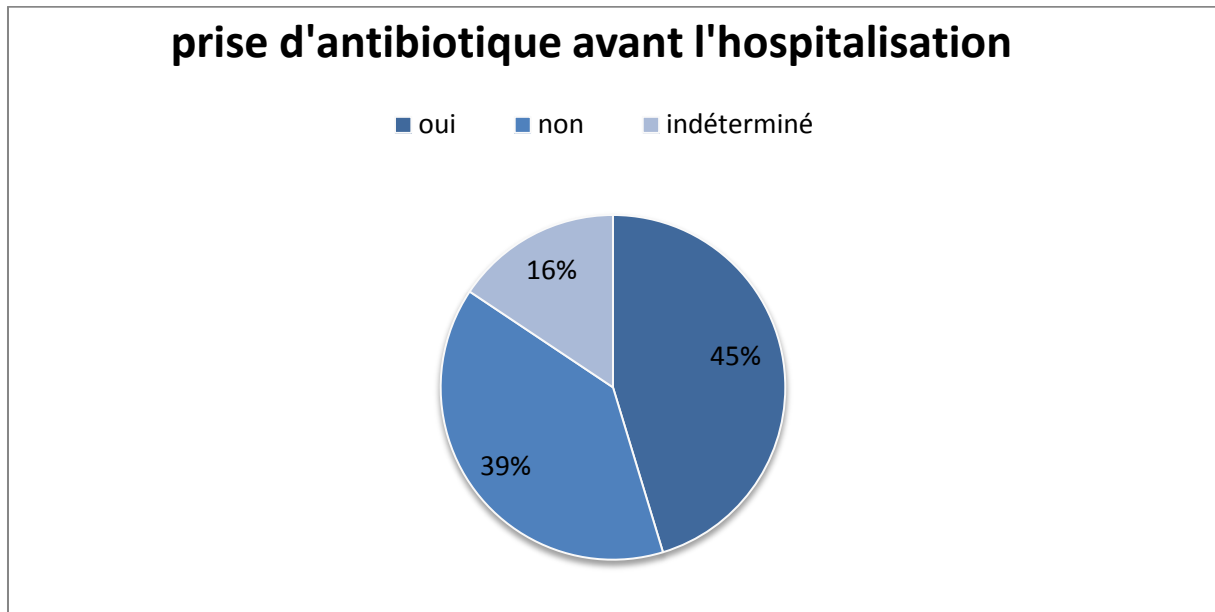
D/Selon la thérapeutique :

1-Prise de SRO :



Les SRO ne sont pas pris que dans 6% des cas.

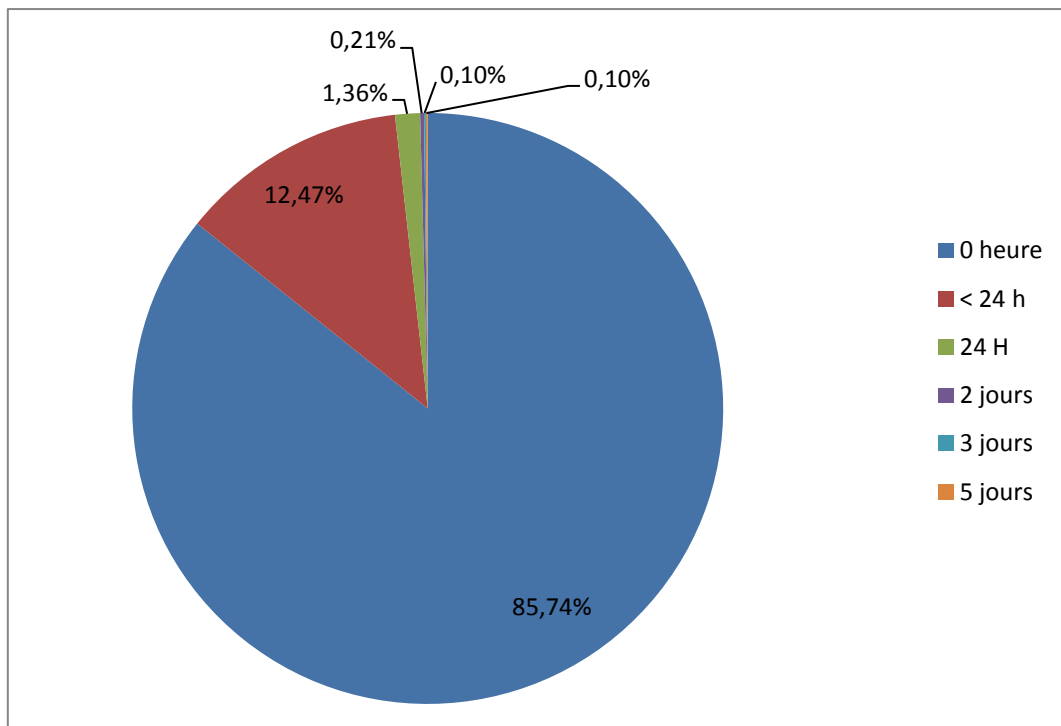
2-Prise d'antibiotique :



Les antibiotiques ont été pris dans 45% des cas.

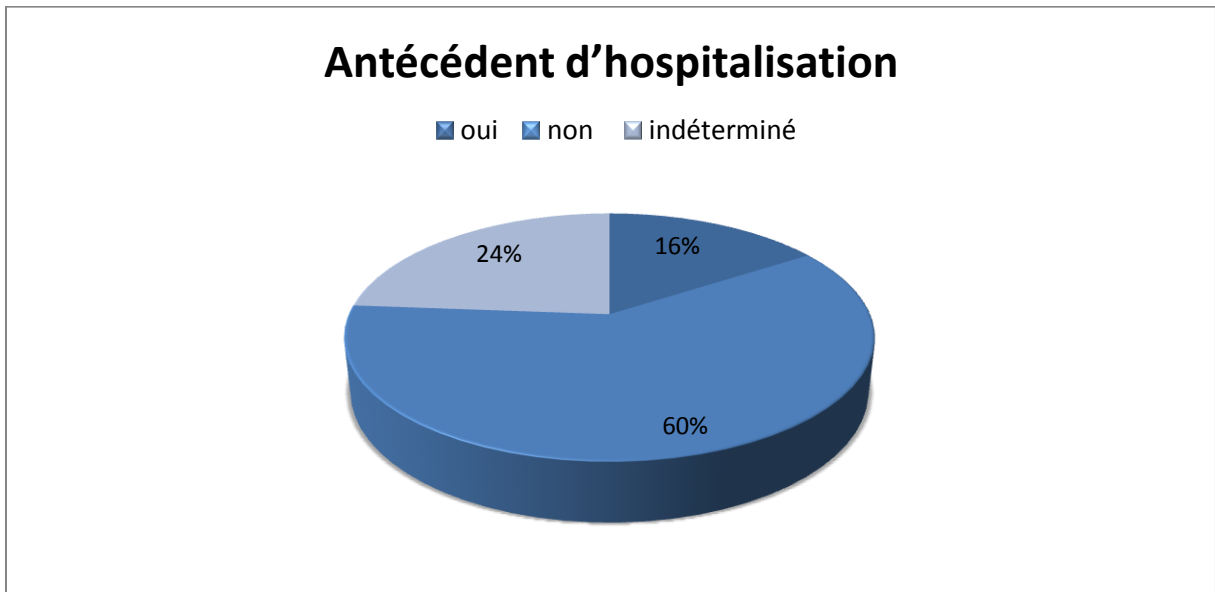
E/Hospitalisation :

1-Durée d'hospitalisation :



85% des patients dans notre série étaient en ambulatoire.

2-Les antécédents d'hospitalisation :



Dans notre étude les patients qui ont eu déjà une GEA ne représente que 16% des cas.

IV-Discussion :

Dans notre série ; la gastro-entérite aigüe représente 5.37% (954 cas) de l'ensemble des consultations (17839 consultations) au niveau des urgences pédiatriques, mais il ne faut pas oublier que cette étude était limitée par le temps et par l'âge de nos patients.

Ce pendant 136 patient étaient hospitalisés soit 14.25% qui sont représentés par les cas de déshydratations.

Dans cette étude ; on a constaté 2 pics de fréquence le premier estival coïncidant avec le mois de juillet avec 121 cas soit 7.84% ; et le deuxième est hivernal coïncidant avec le mois de décembre avec 92 cas soit 6.45%.

Dans notre série ; 61% des patients étaient âgés de moins de 12 mois avec une prédominance dans la tranche d'âge entre 6 et 12 mois avec 37.21% des cas.

Une prédominance masculine a été constatée dans notre étude avec sex-ratio de 2/1.

Selon notre étude ; la diarrhée n'est glairo-sanglante que dans 7% des cas, et elle liquidienne chez 78% des nourrissons avec une moyenne de 6 selles/jours chez 34% des patients.

Les vomissements sont présents dans 66% des cas ; alors que la fièvre n'est présente que chez 40% des cas.

La déshydratation retrouvée chez 136 patients soit 14.25% dont la totalité était hospitalisée ;

La déshydratation de 5% représente la grande majorité des déshydratations constatées dans cette étude (121 cas) avec 89% de l'ensemble des déshydratées et 12.68% de l'ensemble des consultations ; alors que la déshydratation de 10% ne représente que 1.57% des consultations totale et 11% des déshydratations.

La deuxième complication étudiée-les troubles de la conscience- était présente seulement dans 9% des cas.

Les enfants allaités au sein sont les moins touchés par la GEA 9% des cas, ceux qui sont allaités artificiellement sont les plus touchés avec une fréquence de 76%, le reste des enfants est sous allaitement mixte.

Un traitement antibiotique est utilisé dans 45% des cas.

Dans notre série ; les SRO ont été pris par 91% des nourrissons ceci est reflété par la fréquence réduite des déshydratations graves de 10%, mais cela reste insuffisant car tous les cas chez qui ce paramètre était étudié ont été hospitalisés au niveau des urgences pédiatrique pour une éventuelle réhydratation parentérale.

Selon cette étude ; la gastro-entérite n'est récidivante que dans 16% des cas ; et elle est responsable d'une hospitalisation de moins de 24H chez 12.47% des nourrissons, alors que 85% du reste sont traités en ambulatoire, en revanche elle est responsable d'une hospitalisation d'un seul cas pendant 5 jours.

Etude comparative :

On voulait bien comparer notre étude avec une étude algérienne pour connaître la répartition des GEA à l'échelle nationale, mais on n'a pas trouvé une étude publiée concernant les GEA en Algérie ; tout en sachant qu'il y a une étude exhaustive débutée en novembre 2013 et qui est toujours en cours.

L'étude qu'on a pu trouver est une étude réalisée en Tunisie par **Dr.Tousani Fadoua** en 2010 sous le titre de gastro-entérite aigüe chez le nourrisson à propos de 42 cas dus au rotavirus.

Cette dernière est une étude rétrospective sur 42 cas de gastro-entérite aigüe hospitalisée due au rotavirus dont la présence était confirmée dans les selles de tous les malades.

Vu que notre étude est exhaustive et que certains de nos paramètres étudiés ne configurent pas dans la série tunisienne, la comparaison n'a pas eu lieu.

Conclusion :

Les gastro-entérites aiguës constituent un véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale et occupe toujours un rang important dans la mortalité à tout âge confondu et le 2^{ème} rang dans la mortalité infantile.

Les causes infectieuses notamment virales restent jusqu'à ce jour les 1^{ère} causes de gastro-entérite ; le rotavirus est selon beaucoup d'étude réalisée dans le monde la cause principale des GEA chez le nourrisson.

La symptomatologie des GEA peut aller de la simple diarrhée aqueuse bénigne à la diarrhée sévère associée aux vomissements et fièvre pouvant conduire rapidement à la déshydratation avec toutes les complications qui sont suies à savoir les troubles neurologiques et l'état de choc hypovolémique.

Les mesures préventives constituent l'arme thérapeutique principale dans limitation de la propagation du rotavirus et la réhydratation orale ainsi que la réalimentation restent les deux pierres angulaires dans le traitement de la GEA dont le but de prévenir la déshydratation.

Depuis 2006, deux vaccins contre le rotavirus ont été mis sur le marché et leur utilisation est recommandée par l'OMS et elle est autorisée en Europe et aux Etats unis et de nombreux autres pays du monde en attendant son introduction dans le programme national de vaccination en Algérie.

References :

- 1-Elliott EJ. Acute gastroenteritis in children. BMJ 2007; 334(7583):35–40.
- 2- BK Sandhu. Practical Guidelines for Management of Gastroenteritis in Children. J Pediatric Gastroenterology Nutr 2001; 33(Suppl 2:3)
- 3-Acute Gastroenteritis Guideline Team, Cincinnati Children’s Hospital Medical Center. Evidence-based clinical care guideline for medical management of acute gastroenteritis in children aged 2 months through 5 years. October 2005.
[www.cincinnatichildrens.org].
- 4-Encycl. Med chie (Elsevier SAS, Paris), Gastro-entérologie, 2003 : 9-001-B-60,7p
- 5- Freedman SB, Adler M, Seshadri R, Powell EC. Oral Ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. N Engl J Med. 2006; 354(16):1698–705.
- 6 -Cézard JP, Duhamel JF, Meyer M, Pharaon I, Bellaiche M, Traitement nutritionnel des diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant. Arch Pediatr 2002 ; 9 : 610-9.
- 7- Vomissements et diarrhée (gastro-entérite). Enfants âgés de trois mois à deux ans .Atlantic Health Sciences Corporation.
- 8-Traitement des gastroentérites aiguës à Rotavirus. Médecine thérapeutique/ Pédiatrie, septembre 2006; Volume 9, Numéro 1, 25-8. Dossier.
- 9- Hospitalisation pour gastroentérites aiguës communautaires à rotavirus chez l'enfant de 1997 à 2000 à Paris. Moulin F, Marc E, Lorrot M
- 10-Pr.Smahi M.C, Déshydratation aiguë du nourrisson juillet 2002 ; page 14 chapitre VI-4-1 : traitement de la déshydratation
- 11-Statistiques sanitaires mondiales 2014 de l’OMS publiée sur le site www.who.int/fr
- 12-World Gastroenterology Organisation Global Guidelines La diarrhée aiguë chez les adultes et les enfants: une approche globale (Février 2012).

