



La diarrhée aiguë chez le nourrisson exposé au VIH sous SLM :

des particularités à connaître



Cas d'étude

Kevin, 4 mois, exposé au VIH et alimenté par des substituts du lait maternel (SLM) depuis la naissance, a présenté une gastroentérite il y a 8 jours. L'épisode aigu des vomissements et des selles très liquides est passé mais la maman signale qu'après une amélioration, il présente à nouveau une alternance de selles molles et de selles liquides. Vous constatez qu'il a du mal à prendre du poids depuis cet épisode. **Quelle est votre attitude thérapeutique ?**

Etiologies (causes) des diarrhées aiguës du nourrisson

La diarrhée est une des premières pathologies observées chez le nourrisson. Elle est le plus souvent d'origine virale (rotavirus+++, adénovirus), plus rarement bactérienne (Salmonelle, Shigelle, Yersinia, Campilobacter), toxique (E.Coli, Choléra) ou parasitaire (amibiase, giardiase). Par ailleurs, des infections extra-digestives (otite, mastoïdite, méningite, paludisme...) peuvent s'accompagner de diarrhée chez le nourrisson. Enfin, les traitements antibiotiques souvent prescrits chez les enfants infectés, peuvent déclencher ou aggraver une diarrhée.

Attention : en cas d'immunosuppression sévère, d'autres germes (*Cryptosporidium* et *Isospora belli*) peuvent être responsables de diarrhée ; et, pour les immunosuppressions encore plus avancées, les microsporidies ou le Cytomégalovirus peuvent être en cause. Dans ces cas, le tableau est plutôt celui d'une diarrhée chronique.

Les diarrhées virales sont contagieuses et surviennent par épidémie, y compris dans les pays occidentaux. Elles se caractérisent par des selles liquides et un risque élevé de déshydratation. Leur prise en charge, chez les enfants alimentés par les SLM, comporte, par rapport aux nourrissons allaités au sein, des spécificités qu'il faut connaître.

Prise en charge de la déshydratation initiale : orale ou intra-veineuse (IV) ?

La prise en charge initiale doit évaluer l'état d'hydratation de l'enfant. S'il existe une déshydratation, le traitement sera appliqué selon les protocoles nationaux, par voie orale (de façon préférentielle si possible) ou intra veineuse.

L'évaluation initiale prend en compte 3 aspects : le degré de déshydratation, la présence ou l'absence de vomissements, la capacité de la famille à conduire une réhydratation orale.

Le degré de déshydratation est évalué sur des signes cliniques : la soif est le premier signe, parfois difficile à diagnostiquer chez le petit nourrisson ; la fontanelle creuse, les yeux cernés, la bouche sèche, l'absence de larme, apparaissent au-delà de 5% de déshydratation ; le pli cutané persistant, les marbrures, le temps de recoloration cutané allongé, les urines rares et concentrées (ou absentes), puis les troubles de la conscience surviennent au-delà de 10% ; le risque de décès est majeur à 15% de déshydratation.

Classer le niveau de déshydratation de l'enfant		
Déshydratation sévère	Déshydratation légère	Aucune déshydratation
<p>Si au moins 2 des signes suivants sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Léthargie ou inconscience • Yeux enfoncés • Incapacité ou difficulté à boire • Pli cutané s'effaçant très lentement 	<p>Si au moins 2 des signes suivants sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation, irritabilité • Yeux enfoncés • Boit avidement, assoiffé • Pli cutané s'effaçant lentement 	<p>Si au moins 2 des signes de "déshydratation sévère ou légère" NE SONT PAS PRESENTS</p>

En dehors de ces signes cliniques, si le nourrisson est pesé régulièrement, on complète l'évaluation par le calcul du pourcentage de perte de poids, qui peut être assimilé au pourcentage de déshydratation à la phase aiguë, dans les premières heures de la diarrhée aiguë.

Il est basé sur la formule :

$$\% \text{ Perte de poids} = \frac{\text{Poids théorique} - \text{poids actuel}}{\text{Poids théorique}}$$

Le poids théorique peut être délicat à déterminer : il faut tracer la courbe de croissance de l'enfant et extrapoler le poids qu'il aurait eu en l'absence de diarrhée. Si le nourrisson n'est pas pesé régulièrement (cas fréquent) ou si le dernier poids est ancien, cette évaluation est très imprécise.

Il faudra par ailleurs se méfier de la constitution d'un « troisième secteur » liquidien dans la cavité abdominale. Cette complication n'est pas constante mais lorsque cela se produit, les enfants présentent des signes de déshydratation sans perte de poids (ou avec perte de poids très modérée).

Dans tous les cas, les signes cliniques de déshydratation doivent primer sur l'évaluation de la perte de poids. La décision thérapeutique sera orientée par la gravité de ces signes. Elle devra par ailleurs prendre en compte la présence éventuelle de vomissements et l'entourage familial.

Schématiquement, en cas de déshydratation supérieure à 10%, on mènera la réhydratation par voie intra-veineuse (utiliser les protocoles nationaux ou les directives de l'OMS, voir « En savoir plus »). Si la déshydratation est inférieure à 5% et que l'enfant ne vomit pas, on proposera une réhydratation par voie orale par des Sels de Réhydratation Orale (SRO) à osmolarité réduite (teneur en Sodium 2,6g/l soit 75mmol/l et teneur en Glucose 13,5g/l soit 75mmol/l) qui sont plus efficaces et mieux tolérés que les SRO ancienne formule.

NB : si l'enfant présente une malnutrition aiguë sévère, on utilisera le Resomal dont la composition, appauvrie en Sodium et enrichie en potassium, est plus adaptée).

Il faut proposer la solution régulièrement.

En général, tant que l'enfant a soif, il acceptera de boire. Entre 5 et 10% de déshydratation, surtout en présence de vomissements, l'attitude doit être prudente, car la situation peut s'aggraver brutalement secondairement. L'enfant doit être mis en observation en hôpital de jour et la réhydratation orale débutée sous surveillance clinique et surveillance du poids.

En présence de vomissements persistants, il faut proposer des apports fractionnés (20 à 30 ml toutes les 15 minutes) de SRO frais (non glacés). En effet, le jeûne peut entraîner des vomissements (cétose de jeûne) qui céderont lorsque la glycémie (taux de sucre dans le sang) sera normalisée.

Parfois aussi, les symptômes semblent s'aggraver de façon paradoxale : à chaque prise de SRO, le nourrisson émet une selle liquide. Ce phénomène est lié à un réflexe gastro-colique : le remplissage de l'estomac entraînant une stimulation du colon et l'émission d'une selle (en aucun cas, il n'est possible que le SRO avalé par l'enfant « ressorte » après seulement quelques minutes). Il faut poursuivre la réhydratation orale s'il semble que la déshydratation se corrige progressivement (disparition des vomissements, des signes cliniques de déshydratation, reprise de diurèse, prise de poids) avant d'autoriser l'enfant à rentrer chez lui. Dans le cas contraire, si la déshydratation s'aggrave, il faut hospitaliser l'enfant en milieu pédiatrique et le réhydrater par voie veineuse. De même, si les vomissements ne cèdent pas, une réhydratation intra veineuse est incontournable (attention : des vomissements persistants sans diarrhée doivent faire évoquer une autre cause : médicale - trouble métabolique, acidocétose diabétique par exemple - ou chirurgicale - sténose du pylore, hernie compliquée, invagination intestinale aiguë...).

Particularités initiales de la prise en charge chez les nourrissons sous SLM

Contrairement à l'allaitement maternel qu'il faut généralement poursuivre, il peut être utile d'arrêter transitoirement les SLM. L'hydratation sera assurée pendant les premières heures par des SRO. Cette pratique permet en général d'améliorer les symptômes tout en assurant des apports hydriques, glucosés et sodés. L'arrêt des SLM ne doit pas excéder 6 à 12 heures.

Reprise de l'alimentation

Une fois ce cap aigu passé, les SLM seront repris, en association aux SRO s'il persiste un degré de déshydratation. On conseille parfois de reconstituer le lait avec de l'eau de riz (l'eau de cuisson du riz est récupérée et sert à préparer le lait) ; cette mesure n'a pas scientifiquement fait ses preuves, mais elle assure au moins que l'eau utilisée aura bouilli. Certains préconisent de reprendre l'alimentation avec des SLM dilués. Cette pratique est discutable car les apports protéino-énergétiques sont en-dessous des besoins et cette dilution constitue une source d'erreur de reconstitution du lait par les parents. Il vaut mieux réintroduire les SLM reconstitués normalement.

En revanche, si la diarrhée réapparaît ou s'aggrave lors de la réintroduction des SLM, il peut s'agir d'une intolérance alimentaire transitoire. Dans ce cas, on peut proposer un lait de régime, dont le coût est élevé mais c'est parfois l'unique possibilité de faire cesser les symptômes. Avant 3 mois, on préfère les hydrolysats de protéines du lait de vache (nutramigen®, pregestimil®), après 3 mois un lait sans lactose (AL110®, OLAC®, Diargal®). Ces laits de régime seront proposés pendant 2 à 4 semaines puis le lait utilisé avant la diarrhée sera réintroduit. Ces problèmes sont rares chez les nourrissons de plus de 6 mois : chez eux, le lait habituel peut être réintroduit généralement sans problème.

Au décours de l'épisode diarrhéique, la surveillance pondérale sera renforcée et l'alimentation augmentée (en ajoutant un repas lacté par jour, par exemple) jusqu'à récupération de la courbe de croissance qui existait avant l'épisode aigu. On peut aussi enrichir ou concentrer l'alimentation (voir FP Prise en charge de la malnutrition).

Bien entendu, les conseils d'hygiène autour de la préparation des repas lactés seront repris.

Conduite à tenir devant une diarrhée aiguë chez un nourrisson sous alimentation diversifiée

La prise en charge initiale est identique à celle des plus petits nourrissons (réhydratation orale ou IV, hydratation fractionnée, surveillance rapprochée initiale), même si les situations évoluent moins vite chez les grands nourrissons. Le lait pourra être poursuivi ou reproposé après quelques heures de réhydratation exclusive par les SRO.

Lorsque l'alimentation orale est à nouveau possible, un régime sera proposé pendant quelques jours. Celui-ci exclura certains aliments difficiles à digérer : graisses cuites, légumes crus, plats en sauce. Jusqu'à normalisation du transit, on proposera des purées de carottes, de pomme de terre, du riz à l'eau, des bananes (bien mûres) écrasées. La réintroduction des autres aliments se fera progressivement. Jusqu'à récupération du poids antérieur à l'épisode diarrhéique, on proposera au moins un repas complémentaire par jour à l'enfant. Dans tous les cas on restera flexible et on cherchera à s'adapter au rythme de l'enfant, en lui proposant, quand c'est possible, les aliments qu'il préfère.

Autres traitements

Il a été montré que le Zinc réduit la sévérité des diarrhées et diminue le risque de récurrence dans les semaines qui suivent. On traite pendant 10 à 14 jours :

- ⇒ 10 mg/j entre 2 et 6 mois
- ⇒ 20 mg/j entre 6 mois et 5 ans

Les traitements médicamenteux sont d'utilité secondaire par rapport à la réhydratation :

- Les anti-sécrétoires : le racécadotril ou acétorphan (Tiorfan®) peut être utilisé dès l'âge de 1 mois (1,5 mg/kg x 3/jour pendant 1 semaine au maximum) en cas de diarrhée très liquide.
- Les silicates : le Smecta (1/2 sachet x 2/jour) peut être proposé pendant quelques jours. Il faut le donner à distance (2 heures) des autres médicaments, car le Smecta risque de diminuer leur absorption.
- Les probiotiques : l'ultra-levure (*Saccharomyces boulardii*) est d'efficacité discutée, et est à éviter selon certains auteurs s'il existe une immunodépression sévère.
- Les antibiotiques sont rarement indiqués, sauf en cas de diarrhée invasive (fièvre + selles glairo-sanglantes). L'antibiothérapie peut être orientée par la coproculture. Si une infection extra-digestive s'accompagne de diarrhée, l'antibiothérapie reste bien entendu indiquée.

Attention : les ralentisseurs du transit, type loperamide (Imodium®), sont contre-indiqués avant l'âge de 2 ans et ne doivent pas être utilisés dans les diarrhées bactériennes. Ils sont globalement à éviter chez l'enfant.

Dans tous les cas, évitez la sur-médication, inutile et source d'erreur chez les parents.

Diarrhée traînante de Kevin

Il convient d'abord d'éliminer une erreur hygiéno-diététique (hygiène de l'eau, des mains, reconstitution inadéquate du lait), une réinfection, ou une cause extra-digestive ; puis d'évoquer une intolérance au lactose. Pendant une à deux semaines, on pourra proposer de donner à Kevin un lait sans lactose (la reconstitution est identique à celle des SLM standards). Si la récupération pondérale reste lente après guérison de la diarrhée, on pourra secondairement enrichir le lait (avec des farines sans Gluten - par exemple farine de riz, ou farine de maïs - ou de l'huile végétale) ou introduire l'alimentation complémentaire plus précocement. Une évolution vers une diarrhée chronique devra faire craindre une immunodépression et faire réaliser un bilan immunitaire. Dans tous les cas, il faut revoir Kevin de façon rapprochée jusqu'à guérison clinique et récupération nutritionnelle.

A retenir

- Les diarrhées aiguës sont fréquentes chez les enfants sous SLM.
- Les virus constituent la première cause de diarrhée aiguë.
- Le traitement initial repose sur la réhydratation (orale fractionnée ou intraveineuse).
- L'arrêt des SLM (remplacés par des SRO) permet souvent une amélioration rapide des symptômes, mais cet arrêt ne doit pas être prolongé au-delà de 6 à 12h.
- Une intolérance alimentaire (au lactose ou aux protéines du lait de vache) peut s'observer dans les suites d'une gastroentérite aiguë et nécessite un lait de régime.
- Toute diarrhée traînante doit faire évoquer une infection VIH évolutive.
- Les consultations médicales doivent être plus rapprochées pendant et au décours de l'épisode de gastroentérite.

En savoir plus

- > **Prise en charge clinique de la diarrhée aiguë :**
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_fch_cah_04.7_fre.pdf
- > **Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire (le chapitre 3 porte sur le diagnostic et la prise en charge des diarrhées) :**
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596878_fre.pdf
- > **Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère (le chapitre 4 porte sur la diarrhée et la déshydratation) :**
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_00.1_fre.pdf