

Diarrhée aiguë : réhydratation orale et intraveineuse

Pr. Abdelhak ABAKARI

Service de Pédiatrie 3, Gastro-entérologie et nutrition pédiatrique, CHU Casablanca

Les diarrhées aiguës constituent un véritable problème de santé publique de par leur fréquence et par leur responsabilité d'une lourde mortalité. Elles sont essentiellement d'origine virale notamment le rotavirus.

Les diarrhées qui sont pour la plupart de type sécrétoire pouvant être responsable d'une forte déperdition hydro-électrolytique qui doit être impérativement compensée. Ceci est possible grâce aux sels de réhydratation orale (SRO) ou thérapie de réhydratation orale (TRO) qui constitue le traitement de fond de ces diarrhées aiguës. Depuis la publication en 1978 par LANCET d'un article intitulé « l'eau et le sel : le miracle de la vie ». L'OMS a adopté les SRO comme traitement de fond des diarrhées aiguës. Initialement les premiers SRO de l'OMS étaient à osmolarité élevée par rapport à celles adoptées par l'Europe notamment (ESPGHAN) qui étaient à osmolarité réduite. Ce n'est que vers 2004 que l'OMS a commencé à s'aligner pour opter enfin pour des SRO à osmolarité réduite.

Tous les auteurs s'accordent que la réhydratation doit être d'abord par voie orale. C'est à la fois un traitement préventif de la DHA devant accompagner les états diarrhéiques et aussi curatif de la DHA qu'elle soit modérée ou sévère. En cas d'impossibilité de la voie orale, l'usage de la sonde nasogastrique (SNG) semble une solution logique avant de penser à la voie intraveineuse dans la mesure où elle comporte moins d'effets secondaires et ne nécessite pas une hospitalisation de longue durée avec absence du risque d'erreurs de reconstitution. En revanche la réhydratation par voie veineuse est une solution de dernier recours et ne peut être proposée qu'en présence d'un état de choc, de trouble de conscience, d'acidose grave ou de distension abdominale sévère et d'iléus.

A l'opposé, la réhydratation par voie veineuse comporte certains effets secondaires, à savoir l'hospitalisation, le risque infectieux et le risque d'erreurs de reconstitution des solutés. Dans tous les cas, une surveillance de l'état de l'enfant s'impose par la prise régulière du poids et la quantification de la diurèse.

Ainsi 3 situations peuvent se présenter au praticien en cas de l'usage de la voie veineuse :

- Le poids augmente et la diurèse reprend, c'est la situation qui signifie que le schéma proposé est correcte.
- Le poids reste stationnaire et la diurèse ne reprend pas, ceci veut dire que la quantité administrée est insuffisante et qu'il importe de la revoir à la hausse.
- Le poids augmente et la diurèse ne reprend pas, c'est la situation où il faut craindre une surcharge en amont d'une éventuelle nécrose corticale déjà constituée.

Quelle que soit la voie d'administration, la quantité de soluté à administrer dépend du degré de la DHA et du poids de l'enfant.

Au Maroc la mise en place du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD) avec la sensibilisation du grand public à travers les médias sur l'utilité de l'utilisation des SRO a permis une nette amélioration des statistiques en ce qui concerne la morbidité et la mortalité par diarrhée suite à l'usage systématique des SRO. Les chiffres de l'enquête du ministère de la santé font état de 97% des diarrhées sans DHA, 2.5% avec DHA modérée et 0.5% seulement de DHA sévère.