

Diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant et traitement nutritionnel

Pr. Moustapha HIDA

Gastroentérologie pédiatrique

Hôpital Mère-Enfant. CHU Hassan II. Fès

La diarrhée aiguë du nourrisson et du jeune enfant est une maladie fréquente surtout dans les pays en développement et elle est responsable d'une morbidité importante et d'une mortalité non négligeable par la déshydratation.

La réhydratation orale et la réalimentation précoce constituent l'essentiel du traitement de la diarrhée aiguë du nourrisson. La réhydratation orale restaure l'équilibre hydro-électrolytique; la réalimentation précoce diminue la fréquence et la durée des anomalies de la perméabilité intestinale, et évite une altération de l'état nutritionnel, tout en raccourcissant la durée de la diarrhée.

La réintroduction rapide de l'alimentation permet d'éviter la dégradation de l'état nutritionnel en réduisant les anomalies de la perméabilité intestinale, en facilitant la « réparation » des entérocytes et en maintenant l'activité des disaccharidases, en particulier de la lactase et de la saccharase.

Si le nourrisson est peu ou pas déshydraté, ou que la déshydratation est corrigée, le refus du SRO est rapide, conduisant alors à débiter la réalimentation avant la fin des quatre premières heures.

Concernant la réalimentation de l'enfant au sein, il existe un consensus pour conseiller la poursuite de l'allaitement maternel, en alternant les prises de SRO et les tétées, qui permet une guérison plus rapide de la diarrhée et améliore l'état nutritionnel.

Pour l'enfant nourri avec une préparation lactée à base de lait de vache, le mode d'alimentation au cours de la diarrhée aiguë a longtemps été un sujet de discussions animées.

- **Chez le nourrisson âgé de quatre mois et plus** atteints de diarrhée aiguë avec une dés- hydratation d'intensité faible ou modérée peuvent recevoir après quatre heures de réhydratation orale exclusive le lait qu'ils recevaient avant l'apparition de la diarrhée, à reconstitution normale d'emblée. La reprise de l'alimentation ne contre-indique en rien la poursuite de la réhydratation si nécessaire, avec la prise d'au moins 10 mL/kg de SRO après l'émission de chaque selle liquide. Lorsque l'alimentation était déjà diversifiée avant l'apparition de la diarrhée, on y associe des aliments ayant des propriétés anti-diarrhéiques reconnues par la pratique (carottes, pommes-coings, riz, pommes de terre, bananes).

La réapparition d'une diarrhée profuse dans les heures suivant la réintroduction du lait permet de poser avec une quasi certitude le diagnostic de syndrome post-entéritique, dont la

physiopathologie, non univoque, semble dominée par une intolérance secondaire au lactose due à la diminution de l'activité de la lactase secondaire à l'atrophie villositaire.

- **Chez le nourrisson de moins de quatre mois**, les données disponibles sur le mode de réalimentation à proposer après la phase de réhydratation orale sont très peu nombreuses chez le nourrisson de moins de quatre mois. Certains auteurs proposent la réintroduction du lait habituel, avec ou sans reconstitution progressivement croissante du lait pendant deux à trois jours, alors que d'autres conseillent l'utilisation systématique pendant une à deux semaines d'un hydrolysate de protéines ne contenant pas de lactose : Alfaré, Aptamil, Pepti-Junior (hydrolysats de protéines du lactosérum).

Quel que soit l'âge du nourrisson atteint de diarrhée aiguë, la persistance de la diarrhée et/ou l'apparition d'une dénutrition sévère malgré l'utilisation par voie orale des préparations diététiques sans lactose ou des hydrolysats de protéines, justifie le recours pendant quelques semaines à la nutrition entérale à débit continu à l'aide d'une sonde nasogastrique, voire à la nutrition parentérale exclusive. Cette situation est très rarement observée dans les pays développés.

Plusieurs études ont été consacrées au yaourt et aux laits fermentés, qui possèdent de nombreux avantages par rapport aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite à base de lait de vache : amélioration de l'absorption du lactose en raison de la présence de lactase apportée par les ferments lactiques, propriétés probiotiques, diminution de la perméabilité intestinale aux protéines et effet stimulant sur les fonctions immunitaires.

Le zinc est essentiel pour la croissance, la synthèse protéique, la fonction cellulaire T et le développement des fonctions intestinales. Une augmentation des pertes intestinales en zinc a été mise en évidence au cours de la diarrhée. L'effet bénéfique d'une supplémentation en zinc sur le nombre et la durée des épisodes de diarrhée a été démontré chez les enfants dénutris dans les pays en développement, d'autant plus nettement que ces enfants présentaient un déficit avéré en zinc.

Le lait de femme contient de nombreux facteurs anti-infectieux : macrophages, lymphocytes, immunoglobulines A sécrétoires, lactotransferrine, facteur bifide, qui exercent un effet de barrière contre l'implantation des germes pathogènes dans la flore intestinale et renforcent les défenses immunitaires de l'organisme. Ainsi la morbidité et la mortalité dues aux diarrhées aiguës d'origine bactérienne et virale sont plus faibles chez les enfants nourris au sein que chez ceux recevant un substitut du lait, non seulement dans les pays en développement, mais aussi dans les pays industrialisés. D'où la nécessité d'insister sur l'intérêt de l'allaitement maternel dans la prévention de la diarrhée infectieuse du nourrisson et de ses complications telles la dénutrition.