

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION  
DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS DIRECTION SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE**

# **Guide de Prise en charge de la diarrhée chez L' enfant**

## **LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES 2000 (LMD)**

- Docteur L.BENBERNOU** Direction de la Prévention
- Docteur F.BOUDINAR** Pédiatre de Santé Publique  
(Secteur Sanitaire de Bologhine Alger)
- Dr.M.CHAOU** Docent de Pédiatrie  
(C.H.U Beni-Messous, Alger)
- Pr.J.P.GRANGAUD** Professeur Chef de Service de Pédiatrie  
(Direction de la Prévention, MSP)
- Dr.Ch.KADDACHE** Maître Assistant de Pédiatrie  
(sous directeur SMI, MSP)
- Pr.M.E.KHIARI** Professeur Chef de Service de Pédiatrie  
(C.H.U Beni-Messous, Alger)
- Dr.N.LAMDJADANI** Maître-assistant d'Epidémiologie  
(CHU Hussein Dey,Alger)
- Dr.G..MERBOUT** Epidémiologiste de Santé Publique  
(Secteur Sanitaire de Bologhine,Alger)
- Dr.O.OUAMAR** Epidémiologiste de Santé Publique  
(Direction de la Santé et de la Population de la  
Wilaya  
d'Alger)
- Dr.A .ZEBIRI** Pédiatre de Santé Publique  
(Secteur Sanitaire de Sidi-M'hamed, Alger)
- Dr.Z.ZEROUAL** Maître-assistante de Pédiatrie  
(C.H.U Beni-Messous,Alger)

## **Sommaire :**

1. INTRODUCTION
2. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES
3. EPIDEMIOLOGIE
4. PHYSIOPATHOLOGIE
5. EVALUATION CLINIQUE
6. TRAITEMENT
7. CAS PARTICULIER
  - ◆ DYSENTERIE
  - ◆ MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE
8. PREVENTION
9. SUPPORT

## I/ INTRODUCTION

La mortalité par diarrhée reste encore une cause importante de mortalité infanto-juvénile. En 1999, 21692 enfants de moins de cinq ans ont été hospitalisés pour cette affection et 1374 décès ont été enregistrés ces chiffres reflètent imparfaitement la réalité, dans la mesure où ils ne rendent compte que de la situation qui prévaut dans les structures hospitalières .

Actuellement, nous ignorons tout des enfants qui meurent à domicile. Il est pourtant vraisemblable que sur ces quelques 22.000 décès d'enfants de moins d'un an déclarés à l'état civil en 1999, la diarrhée reste encore l'une des principales pourvoyeuses .Lorsqu'on cherche à élaborer une stratégie de lutte contre ce problème de santé publique on se rend compte en premier lieu que ce dernier reste encore mal connu et que l'approche épidémiologique doit concerner tous les acteurs du système de santé .C'est dans chaque secteur sous secteur, unité de soin , que le problème doit être analysé aussi bien sous son angle strictement médical , qu' organisationnel.

De plus, il est certain que les enfants malnutris et les tous jeunes enfants représentent une catégorie à risque qui doit bénéficier d'une attention spéciale.

Enfin, il est certain qu'une approche préventive basée sur la promotion de l'allaitement maternel , sur l'information des familles, et sur la prise en charge précoce de cette pathologie avec une large utilisation de la réhydratation orale qui est la seule qui puisse permettre d'atteindre nos objectifs, qui sont de réduire la mortalité de cinquante pour cent d'ici 2004 .

C'est pour répondre à ces défis que ce nouveau guide de lutte contre les maladies diarrhéiques a été élaboré par le groupe de tous ceux qui, depuis plusieurs années, se sont mobilisés pour la mise en œuvre de ce programme et auquel nous tenons à rendre hommage.

Ce travail doit être à présent soumis à certains grand nombre de lecteurs, des quels nous attendons des critiques acérées et constructives qui nous permettront d'élaborer très rapidement une seconde édition plus performante.

## **Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques**

### **1. INTRODUCTION : Identification du problème**

En 1999 , 21692 enfants de moins de 5 ans ont été hospitalisés pour déshydratation dont 1374 décès .Il est donc impératif d'être vigilant et de renforcer les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques.

#### **MORBIDITE MORTALITE HOSPITALIERE ANNEE 2000 IRA /DIARHEE**

	<b>0 - 28 jours</b>	<b>29 j - 4 mois</b>	<b>5 – 11 mois</b>	<b>12 – 23 mois</b>	<b>24 – 59 mois</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nombre d'enfants hospitalisés TCC</b>	26694	17063	22546	19076	37031	<b>122410</b>
<b>Nombre d'enfants Décédés TCC</b>	5592	1240	730	350	489	<b>8401</b>
<b>Nombre d'enfants Hospitalisés pour Diarrhée</b>	979	4412	6199	2866	2085	<b>16541</b>
<b>Nombre d'enfants Décédés par Diarrhée</b>	188	354	209	68	48	<b>867</b>
<b>Nombre d'enfants Hospitalisés pour IRA</b>	1960	5101	7189	6107	8836	<b>29193</b>
<b>Nombre d'enfants Décédés par IRA</b>	441	208	127	55	64	<b>895</b>

TCC Toutes causes confondues

IRA Infections respiratoires aiguës

## **2.POPULATION CIBLE**

Enfants de 0 à 4 ans révolus avec attention particulière pour les nourrissons jusqu'à 23 mois révolus qui reste la tranche d'âge la plus vulnérable.

## **3. OBJECTIFS**

Diminuer de 50% la morbidité par déshydratation (par rapport au chiffre de 1999) d'ici l'an 2004

Diminuer de 50% la mortalité par déshydratation (par rapport au chiffre de 1999) d'ici l'an 2004.

## **4.ACTIVITES**

### **4.1 Au niveau des salles de consultations**

- Promotion de l'allaitement maternel
- Utilisation précoce et systématique des sels de hydratation par voie orale (S RO) selon protocole.
- Séances de démonstration d'administration de S.R.O
- Standardisation de la prise en charge des enfants diarrhéiques selon protocole (voir fiches techniques) A,B,C avec dépistage précoce des malnutris .
- Organiser le suivi des enfants qui consultent pour diarrhée selon protocole standardisé (voir guide diarrhée) avec convocation des perdus de vue.
- Assurer la disponibilité des S.R.O , liquides de réhydratation
- Organiser au niveau de chaque unité de base un coin S.R.O
- Organisation des évacuations de l'unité de base vers l'hôpital des déshydratations grave (prévoir transport correspondant à l'hôpital) avec début de réhydrations .

### **4.2 Au niveau des services d'hospitalisation**

- En plus des activités décrites plus haut les services d'hospitalisations doivent assurer la prise en charge des malades (réhydratation) selon protocole

- Rédiger une lettre de sortie à l'unité de base territorialement compétente pour tout enfant sortant afin d'assurer son suivi
- Informer le SEMEP de tout enfant adressé à une unité de base (noter pour chaque patient nom, prénom, date de naissance et adresse précise).

#### **4.3 Au niveau du SEMEP**

- Supervision des activités du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques
- Déclaration mensuelle à la DSP de tout les cas de déshydratation
- Déclaration mensuelle à la DSP de tout les cas de déshydratation décédés (voir support DHA/IRA)
- Informer les unités de base de tout enfant adressé à celle-ci pour suivi (avec adresse précise nécessaire pour une éventuelle convocation)
- Estimation des besoins en S.R.O et liquide de réhydratation par unité

#### **4.4 Au niveau de la DSP**

Le médecin responsable de la prévention au niveau de la DSP :

- Coordonne les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques (U.B HOPITAL SEMEP)
- Adresse mensuellement à l'INSP et au MSP le nombre de cas hospitalisés , décédés par DHA au niveau de secteurs sanitaires
- Estime les besoins en S.R.O et liquide de réhydratation par secteur sanitaire
- Evalue le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques au niveau de sa wilaya

#### **4.5 A tout les niveaux**

Promotion de l'hygiène de l'eau et environnement en collaboration avec l'hydraulique et les A.P.C

Organiser les activités de communication sociale (instruction 1999 n°185)

Organiser les activités de formation (instruction 1999 n°185). A l'approche de l'été préparation de la campagne nationale (Instruction 1999n°185)

## **5.EVALUATION**

L'évaluation permet de savoir si les objectifs fixés ont été atteints et de recenser les difficultés afin d'y pallier.

**Chaque secteur sanitaire doit recenser**

### **5.1 En dehors de la campagne diarrhée (seuls les services d'hospitalisations devront déclarer)**

- Nombres d'enfants hospitalisés pour désydratation
- Nombres d'enfants décédés par déshydratation

### **5.2 Lors de la campagne diarrhée (de Juin à Octobre)**

- Le nombre total d'enfants de moins de 05 ans suivis pour diarrhée (A/B/C)
- Nombre d'enfants hospitalisés pour déshydratation
- Nombre d'enfants décédés par déshydratation
- Nombre de sachets de SRO utilisés

**NB : Si le personnel de santé apprend ou constate qu'un enfant est décédé de diarrhée au niveau d'une unité de base sans qu'il ait été hospitalisé ce décès sera bien sur signalé au SEMEP.**

## 2/ EPIDEMIOLOGIE ET ETIOLOGIE DE LA DIARRHEE

### 2-1/ INTRODUCTION:

Les maladies diarrhéiques constituent une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants des pays en développement , et une cause majeure de malnutrition et de retard de croissance.

L'OMS estime le nombre d'épisodes qui frappent annuellement les enfants de moins de 5 ans à 1.3 milliards (moins la Chine) et à 3.5 millions le nombre de décès attribuables à ces maladies.

En Algérie, elles sont considérées comme la première cause de mortalité infantile et la 2ème cause de morbidité après les infections respiratoires aiguës.

En 1999 vingt et un mille six cents quatre vingt douze enfants de moins de cinq ans ont été hospitalisés pour diarrhée dont 1374 décéderont par déshydratation .

L'incidence annuelle est de 2.5 épisodes de diarrhée par enfant et par an soit 10 millions de cas . La répartition des cas est saisonnière avec un pic estival , ce qui explique la nécessité de renforcer la lutte chaque été en Algérie.

### 2-2/ DEFINITION ET TYPES DE DIARRHEE

Dans les études épidémiologiques, on définit la diarrhée comme l'évacuation d'au moins trois selles molles ou liquides par 24 heures; on entend par selle molle une selle qui prend la forme d'un récipient.

Les nourrissons exclusivement nourris au sein ont normalement plusieurs selles molles ou semi-liquides par jour; chez eux il est préférable de dire qu'il existe une diarrhée s'il y a augmentation du nombre des selles ou de leur liquidité, considérée par la mère comme anormale.

On définit trois syndromes cliniques de la diarrhée, qui reflètent chacun une pathogénie différente et qui justifient des traitements différents :

**La diarrhée aqueuse aiguë** : diarrhée qui a un début brusque et qui dure moins de 14 jours.

**La dysenterie** : diarrhée s'accompagnant de sang visible dans les selles. Ses causes sont des lésions de la muqueuse intestinale dues à l'envahissement de celle-ci par les bactéries . Les principales conséquences sont une anorexie et un amaigrissement.

**La diarrhée persistante** : diarrhée à début brusque , mais dont la durée est longue (au moins 14 jours).

## **2-3/ MODE DE TRANSMISSION ET FACTEURS DE RISQUE**

Les agents infectieux qui provoquent les diarrhées se propagent par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminée, ou par contact de mains souillées.

Plusieurs facteurs contribuent à l'accroissement de la transmission d'agents entéro-pathogènes qui sont:

- allaitement artificiel, même partiel pendant les 4-6 premiers mois de la vie
- approvisionnement en eau insuffisant
- utilisation d'eau contaminée
- absence d'installations sanitaires (élimination non hygiénique des excréments),
- mauvaise hygiène (pas de lavage des mains)
- préparation et conservation inadéquates de l'alimentation.
- mauvaises pratiques de sevrage (arrêt précoce de l'alimentation au sein).

### **Facteurs liés à l'hôte**

Plusieurs facteurs liés à l'hôte contribuent à une réduction de la résistance à la maladie diarrhéique, notamment: allaitement au sein interrompu avant l'âge de 2 ans, malnutrition, déficit immunitaire, hypo-acidité gastrique, motricité intestinale réduite et facteurs génétiques ( par exemple type sanguin).

### **Facteurs d'âge :**

La plupart des épisodes diarrhéiques se produisent au cours des 2 premières années de la vie. L'incidence la plus élevée s'observe dans la tranche d'âge 6 à 11 mois, âge auquel le sevrage est fréquent.

## **2-4/ Facteurs saisonniers :**

Des saisons distinctes de diarrhée ont été observées dans de nombreuses régions géographiques. Sous les climats tempérés, les diarrhées d'origine bactérienne ont tendance à survenir pendant la saison chaude, tandis que les diarrhées virales (rotavirus) s'observe pendant l'hiver.

Dans les régions tropicales, les diarrhées à rotavirus surviennent pendant toute l'année. Tandis que les diarrhées d'origine bactérienne ont tendance à atteindre le maximum de fréquence pendant la saison pluvieuse ( plus chaude).

## **2-5/ LES AGENTS ETIOLOGIQUES DES DIARRHEES AIGUES**

Dans les pays en développement, les rotavirus , Escherichia coli entérotoxigène (ETEC), Campylobacter jejuni, Shigella et Cryptosporidium sont les causes les plus importantes de diarrhée infantile. D'autres peuvent avoir une importance locale : Vibrio cholerae (dans les régions d'endémie et pendant les épidémies) ; Salmonella autres que typhi (dans les régions où les aliments traités sont largement utilisés) et E.coli entéropathogène (EPEC) (chez les nourrissons en milieu hospitalier . Des infections mixtes dues à 2 agents entéropathogènes ou davantage se produisent dans 5 à 20 % des cas observés dans des établissements de soins.

Un certain nombre de germes ne figurent pas dans ce tableau. En général, leur rôle dans l'étiologie de la diarrhée aiguë est minime. On trouve également des germes entéropathogènes chez environ 30% des enfants sains de moins de 3 ans (porteurs sains). Ceci est particulièrement vrai Giardia lamblia, dont les kystes se retrouvent presque aussi souvent chez les enfants sains que chez les enfants diarrhéiques.

**Le tableau 1** montre aussi que les anti-microbiens ne sont recommandés que lorsque les signes cliniques font craindre des infections à Shigella ou à V.cholerae Dans tous les autres cas et donc pour la plupart des épisodes diarrhéiques aigus chez le jeune enfant , les anti-microbiens sont inefficaces (cas des rotavirus) ou le choix d'un anti-microbien ne peut pas être fait qu'après identification de l'agent par culture de selles . Pour certaines bactéries (Salmonella) , l'anti-microbien peut même prolonger l'infection intestinale. Pour toutes ces raisons, les antibiotiques donnés systématiquement à tous les diarrhéiques sont généralement inefficaces.

**Tableau 1 : Principaux germes pathogènes fréquemment décelés chez les enfants souffrant de diarrhée aiguë et examinés dans des centres de traitement de pays en développement**

	Pathogène	Pourcent age des cas	Anti-microbien recommandé sur la base des signes cliniques
Virus	Rotavirus	15-25	Aucun
Bactéries	E.coli	10-20	Aucun
	entérotoxigène	5-15	Sulfaméthoxazole-
	e	10-15	triméthoprime
	Shigella	5-10	Aucun
	Campylobacter	1-5	Tétracycline
	jejuni	1-5	Aucun
	Vibrio cholerae		Aucun
	01		
Protozoaires	Salmonella (non typhi)		
	E.coli entéropathogène		
	Cryptosporidium	5-15	Aucun
Pas de germes		20-30	Aucun

## **2-6/ CONSEQUENCES DES CONNAISSANCES EN EPIDEMIOLOGIE ET EN PHYSIOPATHOLOGIE SUR LE TRAITEMENT**

Le diagnostic étiologique de la diarrhée par des examens au laboratoire ne peut être fait couramment, et il est également impossible sur les seuls signes cliniques. Le traitement du diarrhéique doit donc être basé sur les principales caractéristiques de la maladie et la compréhension de la pathogénie sous-jacente. Les principes essentiels du traitement sont les suivants :

- Une diarrhée aqueuse, qu'elle qu'en soit l'étiologie, exige le remplacement des liquides et des électrolytes perdus.
- L'alimentation doit être poursuivie, dans tous les types de diarrhée et augmentée pendant la convalescence afin d'éviter tout effet néfaste sur l'état nutritionnel.

- Des antimicrobiens et des antiparasitaires ne doivent pas être systématiquement utilisés; la plupart des épisodes diarrhéiques, y compris lorsqu'ils sont graves et accompagnés de fièvre, ne répondent pas à un tel traitement :

## **2-7/ AMPLEUR DU PROBLEME**

### **2-7-1 Dans le Monde :**

La diarrhée est une cause principale de morbidité et de mortalité chez les enfants dans les pays en développement où, selon les estimations, l'on recense chaque année 1,3 milliards d'épisodes et 3,2 millions de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Dans l'ensemble, ces enfants souffrent en moyenne de 3,3 épisodes de diarrhée par an.

Environ 80% des décès imputables à la diarrhée surviennent au cours des 2 premières années de la vie. La principale cause de décès par diarrhée aiguë est la déshydratation due à la perte de liquide et d'électrolytes dans les selles diarrhéiques. Parmi les autres causes importantes de décès figurent la dysenterie, la malnutrition et les infections graves, notamment la pneumonie.

La diarrhée est une cause importante de malnutrition. Cela tient à ce que les malades souffrant de diarrhée mangent moins et que leur capacité d'absorption des aliments est réduite; de plus, leurs besoins en nutriments sont augmentés du fait de l'infection. Chaque épisode diarrhéique contribue à la malnutrition; lorsqu'un épisode se prolonge, ses conséquences sur la croissance s'aggravent.

Les maladies diarrhéiques pèsent également sur les pays en développement du point de vue économique. Dans nombre de pays, plus d'un tiers des lits d'hôpitaux en pédiatrie sont occupés par des enfants diarrhéiques. Ces malades sont souvent traités par des liquides intraveineux coûteux et des médicaments inefficaces.

Il existe heureusement des méthodes de traitement simples et efficaces qui peuvent réduire sensiblement le nombre de morts dus à la diarrhée, rendre l'hospitalisation inutile dans la plupart des cas et empêcher les effets néfastes de la diarrhée sur l'état nutritionnel. Il est également possible de prendre des mesures préventives pratiques qui limitent sensiblement l'incidence et la gravité des épisodes diarrhéiques.

## Ampleur du problème en Algérie :

### Mortalité hospitalière:

Les données relatives aux enfants âgés de moins de 2 ans hospitalisés et le nombre de décès par diarrhée sont rapportés mensuellement par tous les hôpitaux depuis 1986.(Tableau 8.1)

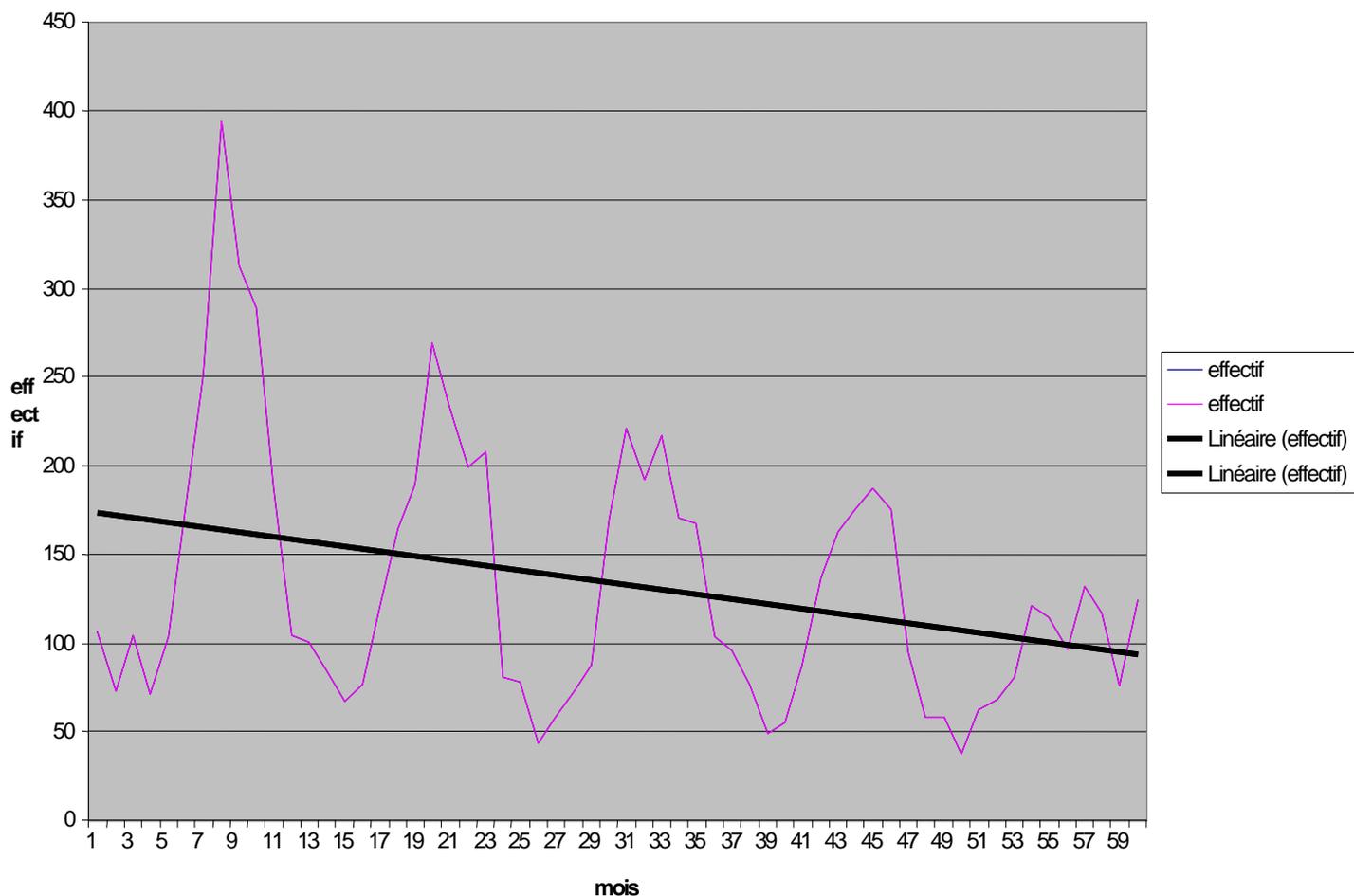
**Tableau 8.1: Morbidité-Mortalité Hospitalière des 0-23 mois 1985-1997**

	Efhptcc	Efhpdr	Efdctcc	Efdcdr	%	%	%
%	1	2	3	4	4/3	4/2	
Année	3/1	2/1					
1986	75221	22487	8525	2268	26.6	10.1	
11.3	29.9						
1987	70975	18610	7277	1848	25.4	9.9	
10.2	26.2						
1988	69614	18007	7809	1618	20.7	8.9	
11.2	25.9						
1989	75220	17764	7530	1354	17.9	7.6	
10.0	23.6						
1990	73442	17420	7633	1117	14.6	6.4	
10.4	23.7						
1991	71266	15377	7446	1051	14.1	6.8	
10.4	21.6						
1992	72444	15845	7904	1170	14.8	7.4	
10.9	21.9						
1993	82251	15845	8183	1317	16.1	7.1	
9.9	22.5						
1994	60896	15893	6800	1176	17.0	7.4	
11.0	25.0						
1995	84190	17521	7767	1379	17.6	7.1	
7.0	20.0						
1996	70694	13629	7307	1028	13.8	6.8	
7.4	15.0						
1997	81243	17815	7613	1329	17.4	6.9	
6.8	17.3						

ef=effectif; hp=hospitalisés; tcc=toutes causes confondues; dc=décédés;  
dr=diarrhée

Source:MSP/DP

### Mortalité hospitalière par déshydratation enfants 0-23 mois 1986-1990



L'analyse de ces données montre que les maladies diarrhéiques représentent la première cause de décès et la deuxième cause de motifs d'hospitalisation après les IRA.

Caractéristiques de temps et d'espace:

- malgré une diminution progressive du nombre d'enfants hospitalisés et décédés par diarrhée remarquable dans le temps (figure 1), et une diminution moins nette pour les décédés toutes causes confondues, on note environ 20 000 hospitalisés pour déshydratation et 1500 décès chaque année.
- le taux de létalité hospitalière pour diarrhée (% de décès par diarrhée par rapport au nombre total de décès) est pratiquement constant, variant entre 7 et 10 %.

- l'analyse des données dans le temps montre un pic estival pour les hospitalisations et les décès .

Caractéristiques de personnes :

- les caractéristiques de personnes montrent nettement la prédominance des 0-11 mois par rapport aux 12-23 mois qui sont moins souvent hospitalisés pour diarrhée et dont la mortalité est beaucoup plus faible.

### Comparaison des données hospitalières LMD avec IRA:

Un nouveau support d'évaluation hospitalière couplant LMD et IRA a été introduit en 1995. L'évaluation de la morbidité et de la mortalité hospitalières des enfants de 0 à 4 ans révolus a montré que la morbidité par IRA est nettement supérieure .

Par contre, si la morbidité par IRA est supérieure à celle par diarrhée, la proportion des décès par diarrhée est plus importante ainsi que la létalité .

**Tableau 8.2 : Evaluation Nationale Morbidité Mortalité Hospitalière de 0 à 5 ans LMD/IRA en Algérie pour les années 1995-99.**

Année Efhptcc Efhpdrr Efdctcc Efdcdr Efhpira Efdcira

	1		2		3	4	5	6	4/3
4/2	2/1	3/1	5/1	6/5					
1995	121096	19787	8526	1500	29035	1283	17.6		
7.6	16.3	7.0	24.0	4.4					
1996	106861	15796	7975	1098	26138	1309	13.8		
7.0	14.8	7.5	24.5	5.0					
1997	118331	20522	8095	1424	28761	1177	17.6		
6.9	17.3	6.8	24.3	4.1					
1998	108339	17371	7002	1027	27822	1053	14.7		
6.0	16.0	6.5	25.7	3.8					
1999	134494	21692	8724	1374	37571	1106	15.7		
6.3	16.1	6.5	27.9	2.9					

source : dp/msp

ef=effectif ;hp=hospitalisés ;tcc=toutes causes confondues ;

dc=décédés ;dr=diarrhée

## **Mortalité non hospitalière:**

Les enquêtes nationales de population menées en 1987, en 1989 (MMI), puis l'enquête PAPCHILD en 1992 ont permis d'approcher les facteurs associés à la mortalité infantile.

L'enquête nationale de 1987 avait montré que la mortalité par diarrhée associée à d'autres symptômes représentait 35.5% de la mortalité générale des enfants de 0-5 ans. L'enquête de décembre 1989 a révélé que, parmi les causes de la mortalité, la diarrhée seule est retrouvée dans 8.08 % des cas comme facteur associé à la mortalité infanto-juvénile mais que dans 14 % des cas elle est associée à d'autres facteurs. Cette enquête a montré aussi qu'en dehors de l'année 1988, on n'observe pas de réduction de la participation de la diarrhée à la mortalité de cette tranche d'âge. La tendance serait même à l'augmentation. Elle représente en 1989 la première cause de mortalité suivie des affections respiratoires, d'après l'avis de l'équipe médicale d'enquête. Elle confirme que les décès par diarrhée sont relativement plus fréquents (12.81 %) au cours du troisième trimestre de l'année.

Selon l'enquête PAPCHILD réalisée en 1992, 10.6% des enfants de moins de 5 ans décédés durant les 5 ans avant l'enquête ont présenté une diarrhée durant les 2 semaines avant le décès et ce en se basant sur les réponses fournies par la mère.

## **Morbidité**

Caractéristiques épidémiologiques ( Enquêtes Nationales):

Quatre enquêtes nationales sur la mortalité, la morbidité infantiles ainsi que sur le traitement de la diarrhée ont été menées par le Ministère de la Santé en 1987, 1989, 1992 et 1995. Les résultats principaux de l'enquête de 1989 (MMI) sont présentés dans le tableau 8.4 comparativement à celles de 1992 (PAPCHILD) et de l'enquête MDG-Algérie de 1995.

D'après ces données on voit que :

- le pourcentage d'enfants ayant eus un épisode de diarrhée au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête varie entre 12.5 et 21 % . A partir de cette prévalence, on peut estimer que chaque enfant de moins de 5 ans a eu (de 2.1 à 2.8 épisodes de diarrhée par an (incidence annuelle).

- malheureusement, on constate une évolution des taux d'utilisation des SRO par les mères algériennes très faible : de 12 % en 1987, 15% en 1989, 20% en 1992 et 26% en 1995 bien que 9 mères sur 10 (89.8 %) connaissent les SRO

*-2 femmes sur 3 (66.9 %) connaissant les SRO ne les donnent pourtant pas à leur enfant .*

L'enquête MMI avait conclu que des messages d'éducation sanitaire pourraient être consacrés à l'amélioration des connaissances des signes de gravité de la diarrhée aiguë et aux mesures à prendre en cas de complications et que l'effort de publicité en faveur des SRO devrait être poursuivi non seulement en direction des mères mais également des prescripteurs sans distinction du mode d'exercice, et faire en sorte que les SRO soient correctement utilisés en cas de diarrhée.

**Tableau 8.4: Prévalence et incidence annuelle de la diarrhée en fonction de certaines variables démographiques et socio-économiques**

MMI : Enquête nationale sur la Mortalité et Morbidité Infantiles (MSP 1989)

PAPCHILD ou EASME : Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ONS 1992)

MDG-Algérie : Mild-Decade Goals : Enquête de Mi-parcours en Algérie (Unicef 1995)

Enquêtes	MMI	PAPCHILD	MDG-Algérie
Nombre d'enfants enquêtés	31443	5092	4263
Prévalence des 2 dernières semaines (P14) %	12.4	23.4	20.8
P14 selon le sexe : %			
-masculin	11.63	24.9	22.0
-féminin	11.0	22.0	19.0
P14 selon l'âge en mois : %			
< 6	16.30	29.4	33.8
6-11	23.14	41.2	-
12-17	20.63	42.6	32.2
18-23	15.80	32.5	-
24-59	6.30	15.5	13.2
P14 selon le milieu : %			
-épars (rural)	10.7	21.5	22.4
-aggloméré (urbain)	12.7	24.9	18.7
P14 selon l'instruction de la mère: %			
-analphabète	12.6	23.3	-
-primaire	9.2	25.9	-
-moyen et plus	7.7	19.1	-
Incidence annuelle selon l'âge :			
-0-4 ans	2.1	2.8	2.5
-0 an	3.6	-	4.1
-1 an	5.1	-	3.9
-2 à 4 ans	1.7	-	1.6
Durée moyenne en jours			
	6.4 +/- 0.6	-	6.4
Diarrhée chronique (> 15 jours) : %			
	6.76	-	-
Connaissance des SRO %			
	90.1	93	-
Traitement de l'épisode : %			
-par les SRO	14.8	19.2	26.0
-par les SSS	3.2		-
-par la TRO	25.8	27.0	37.0
Quantité de liquides administrée : %			
-augmentée	29.8	56.4	51.9
-inchangée	59.0	34.1	34.2
-diminuée ou supprimée	11.3	8.2	13.9
Quantité d'aliments administrée : %			
-augmentée	-	5.7	3.1
-égale	67.38	50.2	62.5
-diminuée	32.6	32.4	23.5
-supprimée		10.5	10.7
Arrêt de l'allaitement %			
	12.9	-	-

### 3/ PHYSIOPATHOLOGIE DES DIARRHEES AIGUES

-----

#### 3/I DEFINITION : Une diarrhée aiguë, c'est quoi ?

- . Définition clinique de la diarrhée : émission de selles trop **fréquentes** liquides et /ou trop **abondantes**(R .Modigliani),
- . Définition de l'OMS : au moins 3 selles liquides / 24heures
- mais définition insuffisante : cas de la diarrhée prandiale de l'enfant nourri au sein
- en vérité, ce qui compte, c'est la perte de poids : toute diarrhée aiguë est plus ou moins une déshydratation

#### 3-2/ RAPPEL DES MOUVEMENTS DE L'EAU AU NIVEAU DE L'INTESTIN

##### 3-2-1/ L'équilibre sécrétion – absorption de l'eau : le « cycle entéro-systémique de l'eau »

L'homme est un être fait d'eau : 75% à la naissance, 60% > 6 mois, mais cette eau n'est pas « stagnante ».

La plaque tournante, c'est la surface de l'intestin

. La ½ de l'eau extra- cellulaire est libérée chaque jour dans l'intestin : 9 litres chez l'adulte :

- 2 litres (aliments)
- 1 litre de salive
- 2 litres de liquide gastrique
- 1 litre de bile
- 2 litres de liquide pancréatique
- 1 litre de liquide intestinal

Or l'eau excrétée chez l'adulte = 100 à 200 ml

.../...

□ donc les liquides libérés sont presque en totalité réabsorbés :

- 50% dans le jéjunum
  - 30% dans le l'iléon
  - 15% dans le colon
- Total 95%

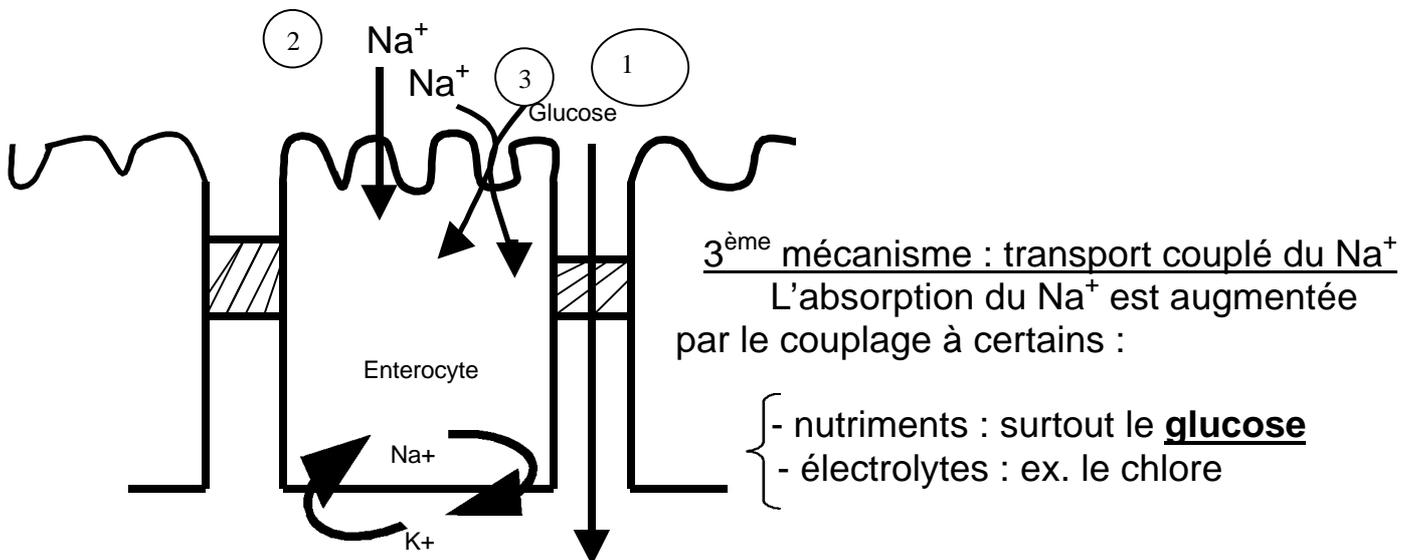
Toute rupture du cycle sécrétion – absorption de l'eau (cycle entéro-systémique) → diarrhée (définition physiopathologique)

### 3-2-2/ L'absorption de l'eau et des électrolytes :

L'eau suit les mouvements du sodium

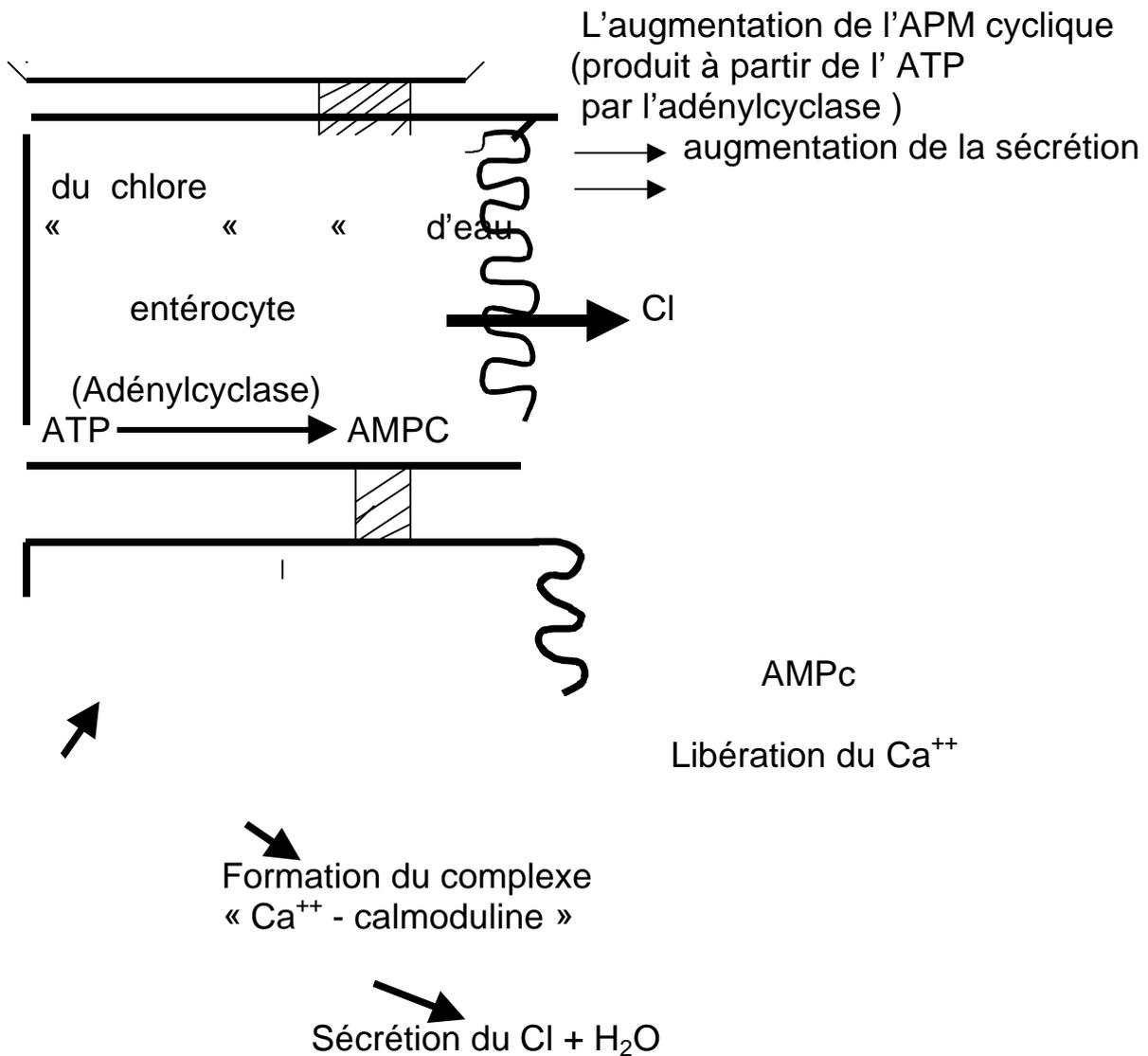
. 1<sup>er</sup> mécanisme : passif (gradient de concentration) au niveau des espaces intercellulaires des entérocytes ( « tight junction »).

. 2<sup>ème</sup> mécanisme : Pénétration passive par la face luminale – rejet par la face sanguine actif (système « pompe à sodium » =  $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPase}$ )



.../...

3-2-3/ La sécrétion de l'eau et des électrolytes :  
L'eau suit les mouvements du chlore



.../...

### 3-3/ PHYSIOPATHOLOGIE DES DIARRHEES :

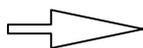
Diarrhée = ↘ absorption  
Ou ↗ sécrétion  
Ou les 2

- 1° mécanisme : « les diarrhées sécrétoires »  
Prototype = le cholera  
= Agit par l'intermédiaire de sa toxine qui stimule l'adénylcyclase →  
= augmentation AMPc → augmentation de la sécrétion Cl -

Autres germes agissant par le même mécanisme :  
Certaines souches d'E.Coli, staphylocoques

- 2° mécanisme : « les diarrhées à germes invasifs », Prototype :  
Salmonelle, Shigelle  
= « invasifs » car pénètrent dans la cellule qu'ils détruisent  
(→ selles glairo-sanglantes).  
= Atteinte côlique prédominante : baisse de la capacité  
d'absorption du colon

- 3° mécanisme : « les diarrhées virales »  
altération (mais minime) de la bordure luminale de l'entérocyte →  
baisse de l'absorption du Na<sup>+</sup> - eau



Conséquence au plan thérapeutique

Diarrhées sécrétoires : les capacités d'absorption de l'eau sont  
Intactes

Diarrhées glairo-sanglantes : l'absorption est basse au niveau du  
côlon, elle est normale pour le grêle

Diarrhées virales : La capacité d'absorption du grêle est basse,  
mais toujours suffisante.

.../...

### **3-4/ PRINCIPE DU TRAITEMENT DES DIARRHEES :**

#### **3-4-1/ Rééquilibrage hydro-électrolytique par voie orale :**

- Réhydratation par voie orale = basée sur le fait que l'absorption du sodium (et donc de l'eau) est facilitée par la présence concomitante du glucose (rapport molaire idéal = 1/1 )
- Les pertes en potassium doivent être compensées car c'est un ion essentiel pour le métabolisme de la cellule.
- La correction de la perte du bicarbonate par les selles est utile.  
Soluté le meilleur = soluté de l'OMS , un sachet pour un litre d'eau

{ 20 grammes de glucose  
2,5 grammes de bicarbonate de sodium  
ou 2,9 « de citrate trisodique  
3,5 grammes de sel ( CINS)  
1,5 grammes de chlorure de potassium

#### **3-4-2/ Maintien de l'équilibre nutritionnel :**

Il faut continuer à alimenter les enfants pendant l'épisode diarrhéique (y compris par le lait artificiel si c'est le mode d'alimentation du bébé)

#### **3-4-3/ Ni anti – infectieux, ni ralentisseur du transit ni quelque autre anti-diarrhéique que ce soit**

Il sont inutiles, voire dangereux

### **3-5/ CONCLUSIONS**

- ◆ Traitement de la diarrhée : réhydratation par voie orale plus maintien de l'alimentation,
- ◆ Sauf cas de déshydratation grave avec collapsus, c'est toujours la réhydratation par voie orale.

## **4/ EVALUATION CLINIQUE DE L'ETAT DU DIARRHEIQUE**

### **◆ OBJECTIFS :**

Pour évaluer l'état de l'enfant, il faut obtenir une brève anamnèse et examiner l'enfant.

Les objectifs sont :

- De détecter une déshydratation éventuelle
- Déterminer le degré de gravité (A .B C)
- De diagnostiquer une diarrhée persistante éventuelle.
- D'évaluer l'état nutritionnel afin de déceler une malnutrition grave.
- De diagnostiquer une affection concomitante.

### **4-1/ RECHERCHER LES SIGNES DE DESHYDRATATION CHEZ L'ENFANT**

#### **4-1-1/ Interroger**

- Age de l'enfant
- Durée de la diarrhée
- Type d'alimentation de l'enfant avant sa maladie
- Consistance des selles
- Présence de sang dans les selles
- Vaccins administrés à l'enfant
- Notion de fièvre, convulsion ou au autre problème (toux, rougeole récente)
- Antibiotiques ou autres remèdes administrés.

#### **4-1-2/ Examiner**

### **◆ Observer le malade :**

- Etat général , comportement et état de conscience.
- Fontanelle antérieure
- Globes oculaires
- Bouche et langue
- Soif
- Respiration
- Température

◆ **Palper le malade pour apprécier :**

- Elasticité de la peau (pli cutané)
- Etat des pouls périphériques
- Chaleur des extrémités

◆ **Identifier les signes cliniques d'acidose :**

- Myosis
- Dyspnée sine-Materia
- Marbrures

◆ **Reconnaître un choc hypovolémique situation gravissime associant :**

- Extrémités froides
- Pouls radial faible et rapide
- Pression artérielle systolique faible ou imprenable
- Cyanose périphérique
- Troubles de la conscience

**4-2/ DETERMINER LE DEGRE DE DESHYDRATATION ET CHOISIR UN PLAN DE TRAITEMENT**

Lors de l'examen du malade, on utilisera le tableau 1 pour déterminer son degré de déshydratation et décider du plan de traitement (A, B, C) à appliquer.

Les signes qui permettent , le mieux d'évaluer la déshydratation, appelés « signes clés » sont désignés par un astérisque ( \* ) et imprimés en gras.

**Tableau 1 : Evaluation de l'état du diarrhéique  
D'ABORD RECHERCHER LES SIGNES DE  
DESHYDRATATION**

	A	B	C
1.OBSERVER :ETAT GENERAL	EVEILLE	Agité* irritable *	* Léthargique ou Inconscient apathique
YEUX	NORMAUX	Enfoncés	Très enfoncés et secs
LARMES	PRESENTES	Absentes	Absentes
LANGUE	HUMIDES	Sèches	Très sèches
SOIF	BOIT NORMALEMENT PAS ASSOIFFE	Assoiffé* boit avec avidité*	*Boit à peine ou est incapable de boire
2 PALPER : PLI CUTANE	S'efface rapidement	S'efface lentement *	* S'efface très lentement
3 : CONCLURE.	PAS DE SIGNE de Déshydratation	Si le malade a deux de ces signes ou plus dont au moins un signe * : <b><u>SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION</u></b>	Si le malade a deux de ces signes, ou plus, avec au moins un signe* : <b><u>DESHYDRATATION SEVERE</u></b>
4 :TRAITER .	PLAN DE TRAITEMENT  <b>A</b>	PLAN DE TRAITEMENT  <b>B</b>	PLAN DE TRAITEMENT  <b>C</b>

#### **4-3/ PESER L'ENFANT :**

- Les enfants qui présentent des signes de déshydratation ou une déshydratation sévère doivent être pesés .
- Le malade doit être déshabillé ou légèrement vêtu.
- Le poids corporel est important pour déterminer la quantité de liquide à administrer par voie orale ou intra-veineuse selon les plans de traitement  
B et C.
- Le poids relevé lorsque l'enfant est déshydraté ne sera pas porté sur une courbe de croissance ; on pèsera à nouveau l'enfant, une fois la réhydratation achevée.
- Autant que possible, les enfants n'ayant pas de signes de déshydratation seront également pesés et le résultat sera porté sur leur feuille de croissance.

- La pesée du malade permet d'estimer ses besoins en liquide, en plus de l'évaluation clinique.
- Le degré de déshydratation est évalué comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2 : Evaluation des pertes antérieures (Déficit liquidien)

	A Pas de signes de DHA	B Signes évidents de de DHA	C D H A Sévère
Déficit liquidien	50ml/kg	50 – 100ml/kg	> 100ml/kg
Degré de DHA	< 5%	5 – 10%	> 10%

#### 4-4/ RECHERCHER DES SIGNES ASSOCIES OU DES COMPLICATIONS

##### 4-4-1/ La Dysenterie

La présence de sang dans les selles molles ou liquides et un signe de dysenterie. Cette présence peut être déterminée par l'anamnèse ou par l'observation des selles.

##### 4-4-2/ La Diarrhée persistante

On considère que les épisodes ayant durés au moins 14 jours correspondent à une diarrhée persistante.

##### 4-4-3/ La Fièvre

Le malade ayant de la fièvre et de la diarrhée peut avoir une autre infection sous-jacente : pneumonie, otite, infection urinaire.

#### 4-4-4/ Les convulsions

Au cours d'une déshydratation, des convulsions sont le plus souvent dues à :

- L'hyperthermie
- L'hypoglycémie
- L'hyponatémie
- L'hypernatrémie.

#### - 4-4-5/ La carence en vitamine A

La diarrhée diminue l'absorption de la vitamine A et accroît les besoins en cette malnutrition sévère.

#### - La malnutrition protéino-calorique

La diarrhée est une maladie grave et souvent mortelle chez les enfants atteints de malnutrition sévère.

- L'évaluation nutritionnelle est par conséquent un impératif.
- L'objectif minimum de cette évaluation est de détecter si le mode d'alimentation correspond bien à l'âge de l'enfant, et de détecter les cas éventuels de malnutrition grave.
- L'examen clinique détermine d'abord s'il existe une malnutrition protéino-calorique manifeste grave qui peut se traduire par des signes de marasme, de Kwashiorkor, ou des deux (fig1)
- Rechercher ensuite une malnutrition moins grave, ce qui parfois est plus difficile à déceler : on procédera aux mesures suivantes :
  - Poids par rapport à l'âge
  - Périmètre brachial
  - Poids par rapport à la taille.
- Vérifier chez tous les enfants (malnutris en particulier) le statut vaccinal.
  - On demandera à la mère si son enfant a été vacciné contre la rougeole.
  - On consultera également le carnet de santé de l'enfant s'il est disponible.

## 5/ Traitement de la diarrhée et de la déshydratation

### 5-1/ PLAN DE TRAITEMENT A OU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE SANS DESHYDRATATION :

Trois règles à respecter

#### 5- 1-1/Prévenir la déshydratation

- Faire boire à l'enfant plus de liquides que d'habitude (eau de riz, soupe , yaourt liquide ou eau pure ).
- Montrer à la mère comment préparer et administrer les SRO :

**Après chaque selle liquide donner :**

- 50 à 100 ml( 1/4 à1/2 tasse) à la cuillère chez l'enfant de moins de 2 ans.
- 100 à 200 ml(1/2 à 1 tasse) chez l'enfant de plus de 2 ans.

#### 5-1-2/ Prévenir la malnutrition.

- continuer l'allaitement maternel.
- Si allaitement artificiel : quelque soit l'âge .
  - \* **il ne faut pas arrêter le lait**
  - \* **il ne faut pas le diluer**
  - \* **le donner à concentration normale**
- **Donner :**
  - \*Des céréales.
  - \*Des purées de légumes avec
    - \*viandes ou poissons
    - \*Huile végétale (huile d'olive)
    - \* Jus de fruits riches en potassium
    - \*Encourager l'enfant à manger plus fractionner les repas(6 repas /j)

- Revoir l'enfant à j3 , j7 , j30

### 5-1- 3 / faire examiner l'enfant si son état s'aggrave

\*réapparition de selles liquides et ou  
de vomissements

\*Présence de signes de déshydratation

\* Présence de sang dans les selles

\* Aggravation de l'état général

### 5-2/ Plan de traitement B ou Traitement de la déshydratation

◆ 2 règles a respecter :

**5-2-1/ L'hospitalisation n'est pas nécessaire . L'enfant sera traité dans la structure ou il s'est présenté (coin SRO)**

La mère devra y rester avec l'enfant pour participer au traitement et apprendre à l'administrer à domicile lorsque l'enfant aura été réhydraté .

### 5-2-2 /Réhydratation par voie orale pendant 4 heures

La quantité de SRO à donner per os est calculée

Selon la formule suivante :

$$Q = \text{Poids} \times 75 = \text{ml}$$

**Si le poids est inconnu voir tableau OMS**

**Quantité approximative de solution SRO à administrer au cours des 4 premières heures.**

Age	< 4mois	4-11 mois	12-23mois	2-4 ans
Poids	Moins de 5kg	5-7,9kg	8-10,9kg	11-15,9kg
En ml	200-400	400-600	600-800	800-1200

:

**\*Estimer la quantité de SRO à administrer**

**\*Observer soigneusement l'enfant et aider la mère à lui administrer les SRO**

**\* lui montrer comment les donner :**

- l'enfant a moins de 2 ans).
- fréquentes gorgées à la tasse chez

**\*En cas de vomissements :**

et continuer plus lentement

**\*Si les paupières gonflent ,** , donner d'autres  
boissons

**Reévaluer l'état de l'enfant au bout de 4 heures**

- pas de signes de DHA : **Plan A**

- **Signes DHA**

**Plan B**

de fruit

\* aliments, dulait, jus

:

**Si la mère doit repartir avant la fin du plan de traitement B :**

Il faut lui montrer la quantité SRO à administrer pour terminer le

- Lui donner assez de sachets SRO pour terminer le traitement et pour continuer à administrer les SRO pendant 2 jours.

**Médicaments antidiarrhéiques, antiémétiques et**

-

vendues pour le traitement de la diarrhée aiguë et des vomissements. es antidiarrhéiques peuvent être iteurs de la motricité (lopéramide charbon,kaolin, actapulgite,smectite) Parmi les antiémétiques figurent la prométhazine et la chlorpromazine.

**Aucun de ces médicaments n'a fait preuve d'efficacité chez les enfants atteints de diarrhée aiguë, et certains peuvent avoir des effets secondaires dangereux .**

**Les antimicrobiens ne doivent pas être utilisés systématiquement ,les antiparasitaires sont rarement indiqués .**

### **Plan de traitement C ou Traitement de la déshydratation sévère**

Les enfants ayant des signes de déshydratation sévère risquent de mourir rapidement par choc hypovolémique. Le traitement de choix est la réhydratation par voie Intraveineuse qui permet de restaurer le plus rapidement le volume perdu.

#### **Selon le schéma national de réhydratation par voie intraveineuse**

##### **□ Phase 1**

Visé à restaurer la ½ des pertes antérieures

**: 20 ml /Kg SSI débit =Q/1,5 ou 20cc/kg de bicarbonate a 14 pour1000 en cas d'acidose qui sera évoqué en cas de**

Dyspnée sans signes d'atteinte pulmonaire

\* myosis

**\*30mn- 2H : 30 ml/Kg SSI**

\*Faire le point a H2

Si pas de reprise de la diurèse  
Ajouter 10 à 20 ml /kg SSI

##### **Phase 2**

Cette phase est divisée en 2 phases :

:Visé a restaurer l'autre ½ des

:

**50ml/Kg liquide de réhydratation SHR/PCA débit**

**Faire le point a H6 :prise pondérale**

:

**\*H6-H24 : assure les besoins d'entretien :  
100ml/Kg SHR/PCA  
débit = Q/54**

\*Faire le point a H 24 : poids ,hydratation.

**Mais dès la résolution du collapsus (phase1) il est possible de passer directement aux sels de réhydratation orale (SRO) sous surveillance.**

## **PRINCIPE DE PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHÉE CHEZ DES ENFANTS ATTEINTS DE MALNUTRITION SEVERE.**

La diarrhée est un événement grave et souvent mortel chez l'enfant atteint de malnutrition sévère.

Si les principaux objectifs du traitement de ces malades sont les mêmes que pour des enfants mieux nourris, certains aspects de l'évolution et de la prise en charge du malade doivent être modifiés ou recevoir une attention particulière.

### **1. BILAN DE L'HYDRATATION**

**1.1.** Il est difficile d'évaluer l'état d'hydratation d'enfants sévèrement malnutris car :

- Chez l'enfant marastique, la peau n'est pas élastique et les yeux sont

normalement enfoncés.

- La perte d'élasticité de la peau peut être masquée par l'œdème chez

l'enfant atteint de Kwashiorkor

- Enfin, chez les deux types de malades, l'irritabilité ou l'apathie rend

difficile l'appréciation de l'état de conscience.

**1.2.** Certains signes restent utiles pour évaluer le degré de déshydratation

- Sécheresse accentuée de la bouche et de la langue,
- Soif intense et avidité à boire
- Extrémités froides, pouls faibles ou imperceptibles

## Comportement et état de conscience

- malnutrits, il est souvent impossible de dire s'il n'a qu'un certain degré de déshydratation, ou une déshydratation sévère.

### **SEVERE.**

- La rehydratation doit avoir lieu si possible à l'hôpital
- Il doit être transféré à l'hôpital.
- En cas de transfert, donner à l'enfant pendant le trajet, la solution de
- **SRO, la perfusion intra-veineuse comporte un risque de surcharge surinfection**
- La réhydratation se fera lentement sur 12 à 24 heures, avec administration
- La qualité exacte sera déterminée en fonction de la quantité que l'enfant

### signes

- réhydratation
  - On utilisera la solution de SRO standard. Toutefois, on donnera également du potassium par la bouche car les enfants habituellement une hypokaliémie qui est aggravée par la diarrhée.
  - L'alimentation normale sera reprise le plus tôt possible, généralement dans les
- L'allaitement maternel sera maintenu pendant toute la phase de réhydratation

### 3. LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- La réalimentation doit se faire de manière prudente et progressive en milieu hospitalier.
- Quand l'enfant est hospitalisé, la mère doit rester auprès de lui, pour l'aider à l'alimenter et lui apporter un soutien affectif.
- Pour les enfants atteints de Kwashiorkor, l'alimentation doit être reprise lentement, en commençant à 50-60 Kcal par kg de poids corporel et par jour pour atteindre 110 Kcal/kg/j au bout de 7 jours environ.
- Pour les enfants atteints de marasme, l'alimentation sera limitée à 110 kcal/kg/j pendant la première semaine, mais par la suite, on pourra généralement alimenter l'enfant à volonté. Les aliments semi – liquides ou liquides doivent être donnés en de nombreuses petites rations.
- Les SRO contiennent assez de potassium pour corriger les pertes potassiques chez la plupart des malades atteints de diarrhée

aiguë.

Cependant les malades qui souffrent de malnutrition sévère présentent déjà un déficit en potassium avant le début de la diarrhée, et il faut aussi corriger ce déficit. Pour cela, un supplément de potassium par voie buccale est indispensable.

- Des suppléments minéraux, et vitaminiques doivent être donnés systématiquement :
  - . Fer (après l'épisode diarrhéique)
  - . Acide folique.
  - . Vitamine A (dans les régions où les réserves de vitamine A sont souvent faibles).
  - . Complexe vitaminique B et vitamines C et D,

chaque jour sous forme de gouttes poly vitaminées.

#### **4. ENTRETIEN AVEC LES MERES SUR L'ALIMENTATION PENDANT LA DIARRHEE.**

que le médecin sache :

Quels sont les aliments les plus couramment offerts aux enfants à préparés de manière traditionnelle.

- Quels sont les aliments les plus couramment donnés lors d'un épisode
- 
- obtenir des régimes riches en nutriments, peu volumineux, peu épais ou semi-liquides, en utilisant des aliments faciles à obtenir,
- diarrhéiques.

## Dysenterie

### I-Définition :

La dysenterie se définit comme une diarrhée accompagnée de sang dans les selles.

### Agent causal :

**Shigella** : -S Flexneri

-S Dysentériae

**Autres** : - Campylobacter

- Salmonella

- E.Coli

### II-Epidémiologie

-Cause de 10% de diarrhée chez l'enfant de moins de 05 ans.

-Grave :chez le nourrisson , le malnutri

-Transmission : mains sales

eau ou aliments souillés

-Cas sporadiques ou épidémie dans les milieux sociaux médiocres.

### III-Diagnostic positif

#### III-1. Données anamnétiques

-Cas dans une collectivité

-Epidémie de diarrhée

#### III-2. Données cliniques

-Incubation : dure 3 à 7 jours

- Douleurs abdominales

-Diarrhée aqueuse

- Syndrome dysentérique :début 24 à 48 h

- Emission de selles précédées de coliques, épreintes et ténésmes

- On note 10 à 20 selles / j :selles afécales avec présence de pus et de sang

- Déshydratation

#### III-3. Données biologiques

-coproculture :pratiquée en cas d'épidémie

#### **IV. Evolution**

Le plus souvent favorable

#### **V. Traitement**

- Si l'enfant est déshydraté : réhydratation
- Triméthoprimé(TMP)-Sulfaméthoxazole(SMX)  
**7 mg / kg de Triméthoprimé** en 2 prises  
pendant 5 jours.

**Actuellement , il ne faut pas traiter toute diarrhée  
glairo-sanglantes par les antibiotiques**

- Shigella :ATB si coproculture ++ ou épidémie
- Salmonella :Pas d'ATB sauf chez le  
nouveau- né avec des signes de septicémie.

## FICHE TECHNIQUE N°1 ALLAITEMENT MATERNEL

La première mesure qui vise à prévenir ou à réduire la fréquence des diarrhées chez un enfant sain est l'allaitement maternel exclusif.

### I- IL FAUT PROMOUVOIR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF PENDANT LES 4 à 6 PREMIERS MOIS DE LA VIE

1. L'allaitement au sein est hygiénique : il ne nécessite ni biberon ni tétine, ni préparation pour nourrisson qui sont facilement contaminés par des germes pathogènes et qui peuvent donc entraîner la diarrhée.
2. Le lait maternel a des propriétés immunologiques qui protègent le nourrisson de l'infection et en particulier de la diarrhée.
3. La composition du lait maternel est toujours idéale pour le nourrisson. Les préparations pour nourrisson peuvent être trop diluées (ce qui réduit la valeur nutritionnelle) ou trop concentrée (ne fournit pas assez d'eau à l'enfant).
4. Le lait maternel est un aliment complet, il fournit tous les nutriments et l'eau dont un enfant sain a besoin pendant les 4 à 6 premiers mois de vie.
5. Le lait maternel est bon marché. Il n'entraîne aucune dépense.
6. L'allaitement maternel exclusif aide à espacer les naissances, les mères qui allaitent ont généralement une plus longue période d'infécondité après l'accouchement que les autres femmes.
7. L'intolérance au lait maternel est exceptionnelle.
8. Mettre les nouveaux-nés au sein dans la ½ heure qui suit l'accouchement favorise l'établissement entre la mère et l'enfant de liens physiques et affectifs bénéfiques.

**PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF DANS LA ½ HEURE QUI SUIT L'ACCOUCHEMENT**

## **FICHE TECHNIQUE N°2**

### **PRATIQUE DU SEVRAGE.**

**Pour prévenir la contamination des aliments, de bonnes pratiques de sevrage s'imposent :**

- 1. Se laver les mains avant de préparer le repas et avant de donner à manger à un nourrisson,**
- 2. Préparer le repas dans un endroit propre,**
- 3. Laver les aliments crus à l'eau propre avant de les donner à l'enfant,**
- 4. Bien faire cuire ou bouillir les aliments, donnés à l'enfant,**
- 5. Dans la mesure du possible, les préparer juste avant de les donner à l'enfant,**
- 6. Couvrir les aliments à conserver et les mettre dans un endroit frais (au réfrigérateur, si possible),**
- 7. Si les aliments cuits sont préparés plus de deux heures à l'avance et ne sont pas conservés au réfrigérateur, les faire chauffer avant de les donner à l'enfant,**
- 8. Donner à manger à l'enfant avec une cuillère propre.**

## **FICHE TECHNIQUE N°3**

### **UTILISATION D'UNE EAU POTABLE**

**plus propre possible et si on la protège de la contamination.**

- 1. S'approvisionner en eau à la source la plus propre,**
- 2. Protéger les points d'eau et en éloigner les animaux,**
- 3. Recueillir et conserver l'eau dans les récipients propres ces récipients et les garder couverts.**

**Si l'on dispose de combustible, faire bouillir l'eau utilisée pour d'amener l'eau au point d'ébullition).**

- 5. Javellisation de l'eau à raison de 2 gouttes de Javel par litre d'eau de boisson ou de lavage des légumes.**

## **FICHE TECHNIQUE N°4**

### **LAVAGE FREQUENT DES MAINS**

**Le risque de la transmission de la diarrhée se trouve réduit lorsque les membres de la famille se lavent régulièrement les mains.**

**Tous les membres de la famille doivent se laver les mains :**

- **Après être allé à la selle,**
- **Après avoir nettoyé un enfant qui est allé à la selle,**
- **Avant de préparer le repas**
- **Avant de manger**
- **Avant de donner à manger à un enfant.**

**Pour bien se laver les mains, il faut du savon et de l'eau en quantité suffisante.**

## **FICHE TECHNIQUE N°5**

### **ET ELIMINATION HYGIENIQUE DES SELLES**

- Chaque famille devrait disposer de latrines propres et en état de
- Ne pas permettre que l'on fasse ses besoins près des points d'eau. Les latrines doivent être situées à plus de 10 mètres en contrebas.

**excrétés dans les selles des personnes infectées, l'élimination hygiénique des selles peut aider à interrompre la transmission de l'infection.**

**contenir des germes pathogènes ; Il faut recueillir les selles aussitôt après**

## **FICHE TECHNIQUE N°6**

**LA VACCINATION COMPLETE ET CORRECTE CONTRE LES SIX MALADIES CIBLES AVNAT L'AGE D'UN AN EN PARTICULIER LA VACCINATION ANTI-ROUGEOLEUSE A 9 MOIS. CHAUQE MERE DOIT RESPECTER LE CALENDRIER VACCINAL DE SON ENFANT, SANS OUBLIER LES RAPPELS**

**LA VACCINATION SE FAIT AU CENTRE  
DE SANTE ET ELLE EST GRATUITE.**

**UN ENFANT BIEN VACCINE SE DEFEND MIEUX**