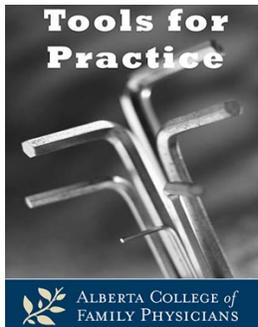


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP), organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

Le 18 avril 2017



Prise en charge de la déshydratation légère à modérée chez les enfants souffrant de gastro-entérite : puiser aux sources

Question clinique : Quel est le traitement le plus efficace contre la déshydratation légère à modérée chez les enfants souffrant de gastro-entérite?

Conclusion : Chez les enfants souffrant de déshydratation légère à modérée en raison d'une gastro-entérite, la réhydratation par voie orale équivaut à l'intraveino-thérapie. Du jus de pomme dilué de moitié est tout aussi efficace qu'une solution de maintien électrolytique, et semble même donner de meilleurs résultats chez les enfants âgés d'au moins 24 mois. L'administration sous forme liquide ou congelée est vraisemblablement une question de préférence.

Données probantes

- Examen systématique de 31 essais cliniques randomisés (ECR) portant sur la déshydratation légère à modérée chez des patients souffrant de gastro-entérite dans des pays développés¹.
 - Comparaison entre la réhydratation par voie orale (solutions de maintien électrolytique) et l'intraveino-thérapie; aucune différence significative quant aux aspects suivants :
 - hospitalisation (trois ECR menés auprès de 136 patients) : le risque relatif était de 0,80 (de 0,24 à 2,71);
 - retour à l'urgence (trois ECR menés auprès de 193 patients) : le risque relatif était de 0,86 (de 0,39 à 1,89).
- ECR menés auprès de 647 enfants (âge moyen : 28 mois) souffrant en général de déshydratation légère (82 % avaient obtenu un score inférieur ou égal à 1 sur une échelle d'évaluation clinique de la déshydratation de 8). Les essais ont été randomisés parmi les patients qui ont reçu du jus de pomme ou leur liquide préféré dilué de moitié et ceux qui ont reçu une solution de maintien électrolytique à saveur de pomme, sucrée au sucralose, à raison d'une dose de 5 mL administrée toutes les 2 à 5 minutes pendant le séjour à l'urgence².
 - Les enfants qui ont vomi ont reçu de l'ondansétron par voie orale.

- Résultats des critères de jugement composite : échec du traitement (y compris retour aux soins, hospitalisation et réhydratation par intraveineuse).
 - 17 % des patients ayant reçu du jus de pomme contre 25 % de ceux qui ont reçu une solution électrolytique, le nombre de sujets à traiter (NST) étant d'environ 12.
 - Les deux traitements donnent les mêmes résultats chez les enfants âgés de moins de 24 mois, mais chez les enfants de 24 mois et plus, le jus de pomme dilué est plus efficace. Le NST est d'environ 7.

Contexte

- Selon un essai ouvert croisé³ mené auprès de 91 enfants traités à l'urgence pour une déshydratation légère à modérée, la solution de réhydratation congelée était préférable à la solution liquide; le NST était de 3. Seule la solution congelée était sucrée.
- L'ondansétron réduit le risque de devoir administrer l'intraveino-thérapie (le NST est d'environ 5) et le risque d'hospitalisation (le NST est d'environ 14) pour les enfants qui vomissent⁴.
- Dans la plupart des lignes directrices, on recommande actuellement d'administrer des solutions de réhydratation orale comme traitement de première intention à raison de petites doses fréquentes (5 mL toutes les 2 à 3 minutes)⁵ et de réalimenter le patient sans tarder dès qu'il est réhydraté⁶.
- Les solutions de réhydratation orale coûtent environ quatre fois le prix du jus de fruit ordinaire (huit fois le prix du jus dilué de moitié avec de l'eau).

Auteurs

Alanna Achen, M.D., Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgence

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Freedman SB, Pasichnyk D, Black KJ, *et al.*, PLoS One, 15 juin 2015, 10(6):e0128754.
2. Freedman SB, Willan AR, Boutis K, *et al.*, JAMA, 10 mai 2016, 315(18):1966-1974.
3. Santucci KA, Anderson AC, Lewander WJ, *et al.*, Arch Pediatr Adolesc Med, février 1998, 152(2):142-146.
4. Allan GM, Wilson E, Ivers N, Can Fam Physician, 2012, 58:167.
5. The Hospital for Sick Children, *Acute gastroenteritis in children aged 2 months though 5 years*, 2013. Internet : <https://www.sickkids.ca/clinical-practice-guidelines/clinical-practice-guidelines/export/CLINS100/Main%20Document.pdf>. Consulté le 14 février 2017.
6. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, *et al.*, J Pediatr Gastroenterol Nutr, juillet 2014, 59(1):132-152.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.