OUTILS DE LA PRATIQUE Nº 321 | 8 août 2022

TOOLS FOR PRACTICE

PEER PATIENTS EXPERIENCE EVIDENCE RESEARCH

« Pas du lait? » : évitement des produits contenant du lactose en cas de diarrhée pédiatrique aiguë

QUESTION CLINIQUE

Les préparations ou les régimes contenant du lactose aggravent-ils la diarrhée pédiatrique aiguë?

CONCLUSION

Les enfants nourris au sein devraient continuer de l'être. Chez les enfants de moins de deux ans nourris avec des préparations, le recours temporaire à une préparation sans lactose pour nourrissons réduit la durée de la diarrhée d'environ 18 heures et le risque d'échec du traitement (9 % contre ~17 % pour le groupe témoin) après 24 à 72 heures. Les effets du lait de vache n'ont fait l'objet que de trois petits essais contrôlés randomisés réalisés il y a longtemps, et les résultats sont probablement sujets à caution.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents, à moins d'indication contraire.
- Quatre revues systématiques portant sur 22 à 33 ECR et 2 215 à 2973 enfants nourris avec des préparations qui étaient hospitalisés pour la plupart (cliniquement stables), souffraient de diarrhée aiguë et recevaient une réhydratation orale[1-4].

- Produits sans lactose contre produits en contenant (préparations/aliments pour nourrissons) : focalisation sur la plus grande revue systématique (enfants âgés de 1 à 28 mois)
    - Durée de la diarrhée[1] : réduite de 18 heures avec des préparations et des aliments sans lactose.
        - Durée médiane de la diarrhée (calcul par le groupe PEER) : ~ 2,75 jours contre ~3,5 jours (avec lactose).
    - Échec du traitement (habituellement, persistance ou aggravation de la diarrhée ou des vomissements, besoin de réhydratation ou perte de poids).
        - 9 % contre 17 % (avec lactose)[1], nombre de sujets à traiter (NST) = 14 sur 24 à 72 heures.
        - Durée de l'hospitalisation[1] et poids[1,2,4] : aucune différence.
    - Les résultats d'autres revues systématiques sont semblables[2-4].
    - Préparations avec lactose diluées contre préparations avec lactose non diluées.
- Une revue systématique (9 ECR, 687 enfants)[1] a constaté que le recours à une préparation diluée (de 25 à 50 %) contenant du lactose réduisait le risque d'échec du traitement : 11 % contre 17 %, NST = 17 sur 24 à 72 heures.
    - D'autres ont constaté des résultats semblables[4].
    - Durée de la diarrhée[1,3,4] et poids[1,2] : aucune différence.
- Les ECR inclus dans les revues systématiques susmentionnées ont comparé le lait de vache entier avec :
    - un régime sans lait : 2 ECR[5,6] (~ 70 enfants chacun, âge moyen : de 7 à 15 mois)
        - Durée de la diarrhée : aucune différence[5,6].
    - du lait dilué : 1 ECR[7] (62 enfants, âge moyen : 22 mois).
        - Échec du traitement : aucune différence.
- Limites :
    - De nombreux ECR étaient sans insu[1,5,6,7]; la durée de référence de la maladie n'a pas été signalée[1-4]; l'interprétation clinique des statistiques est difficile[2,4].
    - Les ECR qui ont examiné les effets du lait de vache ont été réalisés il y a longtemps[5-7] (> 30 ans) et ne sont pas généralisables (du lait de vache a été donné à des nourrissons de 3 à 6 mois)[5].
    - Aucun ECR ne porte sur des enfants plus âgés.

CONTEXTE

- Les directives sur la diarrhée aiguë recommandent :
    - la poursuite (ou l'intensification) de l'allaitement maternel, y compris durant la réhydratation initiale[8,9].
    - la reprise du régime habituel après la réhydratation[10,11].
- Les directives laissent entendre que le changement de préparation ou sa dilution est peut-être inutile, mais les recommandations ont été formulées avant la parution des revues systématiques actuellement disponibles[10,11].

RÉFÉRENCES

1. MacGillivray S, Fahey T, McGuire W. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(10):CD005433.

AUTRICES

Candra Cotton, B. Sc. Pharm., **Jen Potter**, M.D.,

2. Gaffey MF, Wazny K, Bassani DG, et al. *BMC Public Health*. 2013; 13 Suppl 3(Suppl 3):S17.
3. Florez ID, Veroniki A-A, Al Khalifah R, et al. *PLoS ONE*. 2018; 13(12):e0207701.
4. Brown KH, Peerson JM, Fontaine O. *Pediatrics*. 1994 Jan;93(1):17-27.
5. Romer H, Guerra M, Pina JM, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1991;13:46-51.
6. Isolauri E, Vesikari T, Saha P, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1986;5:254-261.
7. Dugdale A, Lovell S, Gibbs V, et al. *Arch Dis Child*. 1982;57(1): 76-78.
8. Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. *Prise en charge clinique de la diarrhée aiguë: Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF*. 2004. Accessible à : https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO_FCH_CAH_04.7. Consulté le 2 juin 2022.
9. A Leung, T Prince, Société canadienne de pédiatrie, Comité de nutrition et de gastroentérologie. *Paediatr Child Health*. 2006;11(8):535-539.
10. King CK, Glass R, Bresee JS, et al. *MMWR Recomm Rep*. 2003;52(RR-16):1-16.
11. Farthing M, Salam M, Lindberg G, et al. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: La diarrhée aigüe chez les adultes et les enfants : une approche globale.* 2012. Accessible à : https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-french. Consulté le 2 juin 2022.

CCMF, **Samantha S Moe**, Pharm. D., ACPR

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR

EN PARTENARIAT AVEC

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.