

Annexe 14. Plan de réhydratation de l'OMS dans le cadre d'une diarrhée (2025)

Télécharger 'Plan de réhydratation de l'OMS' (document PDF)

Tableau 14.1 - Evaluation de l'état de déshydratation adapté de l'OMS^a

Symptômes cliniques (2 ou plus des signes suivants)	Classification		
	A Pas de déshydratation	B Déshydratation	C Déshydratation sévère
Etat général	Normal	Agité irritable	Léthargique ou inconscient
Yeux	Normal	Enfoncés*	Enfoncés*
Pli cutané	S'efface en moins d'une seconde	S'efface lentement	S'efface très lentement (> 2 secondes)
Soif	Pas assoiffé Boit normalement	Assoiffé Boit avec avidité	Incapable de boire ou boit peu
Urines	Normal	Réduites	Absentes depuis plusieurs heures

*Chez certains nourrissons ou enfant, les yeux paraissent normalement un peu enfoncés. Il est utile de demander au parent/accompagnant si les yeux de son enfant sont comme d'habitude ou plus enfoncés.

Les enfants ne souffrant pas de déshydratation n'ont pas besoin d'être hospitalisés. La plupart des enfants souffrant d'une déshydratation modérée peuvent être pris en charge à domicile après une période initiale d'observation (4 à 6 heures) pour s'assurer qu'ils sont capables de tolérer une thérapie de réhydratation orale adéquate.

Hospitaliser :

- Tous les enfants souffrant de déshydratation sévère.
- Enfants âgés de moins de 4 mois et/ou pesant moins de 4 kg et souffrant d'une déshydratation.
- Enfants présentant une déshydratation, s'il n'y a pas de possibilité d'observation à court terme pendant le début du traitement de réhydratation.

Important : dans tous les cas réévaluer régulièrement l'hydratation et l'état clinique de l'enfant - l'amélioration clinique est le meilleur indicateur de la réponse au traitement.

Plan de traitement A (pas de déshydratation) : traiter la diarrhée en ambulatoire

Règle 1 - Donner à l'enfant plus de liquides que d'habitude, pour prévenir la déshydratation

Encourager

- L'allaitement maternel fréquent
- La prise de boissons fréquentes : solution de réhydratation orale SRO, de boissons salées (par exemple eau de cuisson de riz salée, soupe, etc.)

^a World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses. 2nd ed. Geneva : World Health Organization; 2013.

- Donner des liquides autant que l'enfant le désire, jusqu'à ce que la diarrhée cesse. Prendre comme guide les quantités indiquées ci-dessous pour les SRO. Décrire et montrer, en se servant d'une mesure locale, la quantité à donner après chaque selle.

Poids (kg)	< 5	5 à < 10	10 à 20	> 20
SRO (mL) à donner après chaque selle	50	100	200	300
Qté de sachets de SRO à fournir pour le traitement à domicile/ jour	1	1	2	4

- Montrer à l'accompagnant comment préparer la solution de SRO et comment l'administrer.
- Donner une cuillère à café de SRO toutes les 1-2 minutes aux enfants < 2 ans. Ne pas utiliser de biberon.
- Faire boire fréquemment dans une tasse pour les enfants plus âgés.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes, puis lui donner la solution plus lentement (par exemple, une cuillère toutes les 2-3 minutes).
- Si la diarrhée persiste une fois les sachets de SRO finis, demander à l'accompagnant de donner d'autres liquides comme ceux décrits ci-dessus, ou de revenir chercher d'autres sachets de SRO. Si persistance de la symptomatologie, après 48h, revoir l'enfant en consultation.

Règle 2 - Continuer à alimenter l'enfant, pour prévenir la malnutrition

- L'allaitement au sein doit **toujours** être poursuivi.
- Continuer à alimenter le nourrisson comme d'habitude pendant la diarrhée et augmenter les quantités après.
- La plupart des enfants atteints de diarrhée aqueuse retrouvent leur appétit une fois la déshydratation corrigée.
- Lait :
 - **Les enfants nourris au sein, quel que soit leur âge**, doivent être allaités aussi souvent et aussi longtemps qu'ils le désirent. Dans la plupart des cas, ils prendront le sein plus souvent que d'habitude, et il faut les encourager.
 - **Les enfants non nourris au sein** doivent prendre leur lait habituel (lait en poudre pour nourrissons) au moins toutes les trois heures, si possible dans une tasse.
 - **Les enfants de 6 mois et plus ou qui prennent déjà des aliments solides** devront recevoir des céréales, des légumes et d'autres aliments en plus du lait. **Si l'enfant a plus de 6 mois et ne prend pas encore d'aliments solides**, on commencera à lui en donner pendant l'épisode diarrhéique ou peu après celui-ci.
 - Les aliments riches en potassium, comme les bananes, le lait de coco et les jus de fruits frais, sont utiles
 - Donner à manger à l'enfant toutes les trois ou quatre heures (six fois par jour)

Règle 3 - Amener l'enfant à un agent de santé s'il y a des signes de déshydratation ou d'autres problèmes

Le parent/accompagnant doit amener l'enfant à un agent de santé s'il présente les symptômes suivants :

- Nombreuses selles liquides
- Vomissements répétés

- Soif prononcée
- Manque d'appétit ou absence de soif
- Fièvre
- Sang dans les selles
- Pas d'amélioration au bout de trois jours

Plan de traitement B (déshydratation modérée) : traitement par réhydratation orale

Si l'enfant est allaité, encourager la poursuite de celui-ci, si l'enfant est vif et alerte. Prescrire de la SRO, 75 mL/ kg toutes les 4 heures.

Poids (kg)	< 6	6 à < 10	10 à < 12	12 à < 19	19 à < 30
Total SRO (mL) pour 4 heures	200-400	400-700	700-900	900-1400	1400-2200
Volume de SRO par heure (mL/hr)	50-100	100-175	175-225	225-350	350-550

Comment donner la solution de SRO

- Montrer au parent/à la personne qui s'occupe de l'enfant comment administrer la SRO en petites quantités et fréquemment, par exemple à l'aide d'une cuillère à café ou d'une seringue pour les nourrissons et les jeunes enfants (5 mL toutes les 5 minutes), ou en buvant régulièrement des gorgées d'une tasse pour les enfants plus âgés.
- Si l'enfant vomit la SRO, attendre quelques minutes (5 mn) et encourager le à reprendre avec de plus petits volumes ou de plus petites gorgées.
- En plus de la réhydratation selon le plan de traitement B, donner des SRO supplémentaires pour remplacer les liquides perdus à chaque selle molle selon le Plan A (ci-dessus).
- Si les paupières de l'enfant sont gonflées, cesser de donner des SRO, réduire la prise de liquide et continuer l'allaitement. Peser l'enfant et surveiller les sorties d'urines.

Suivre l'évolution de la réhydratation

- Vérifier fréquemment l'état de l'enfant pendant la réhydratation.
- Vérifier que la solution de SRO est prise correctement et que les signes de déshydratation ne s'aggravent pas.
- Au bout de 4 heures, réévaluer l'état de l'enfant en suivant les directives du tableau 1 et choisir le plan de traitement approprié.
- S'il n'y a **pas de signes de déshydratation**, considérer l'enfant comme complètement réhydraté. Montrer au parent/accompagnant comment traiter son enfant à domicile avec la solution de SRO et des aliments en suivant le plan de traitement A. Lui donner assez de sachets de SRO pour 2 jours.
- Lui expliquer également quels sont les signes qui doivent la faire ramener l'enfant à un agent de santé (Voir Plan A).

Alimenter l'enfant

- A part le lait maternel, ne pas donner d'aliments pendant la première période de réhydratation de quatre heures.
- Les enfants qui suivent le plan de traitement B pendant plus de quatre heures doivent être nourris toutes les 3-4 heures comme indiqué dans le plan de traitement A.
- Tous les enfants de plus de 6 mois doivent être nourris avant d'être renvoyés chez eux.

Cela aide à montrer aux parents/accompagnants l'importance de continuer à alimenter les enfants pendant la diarrhée.

Plan de traitement C (déshydratation sévère) : réhydratation par voie IV

- Poser une voie intraveineuse ou à défaut intra osseuse
- Marquer le bord du foie avec un stylo.
- Administrer du **Ringer lactate (RL)** IV (ou du **chlorure de sodium à 0,9 %** si le RL n'est pas disponible) conformément au tableau suivant :

Âge	Premièrement administrer 30 mL/kg* en :	Puis administrer 70 mL/kg en :
< 12 mois	1 heure	5 heures
≥ 12 mois	30 minutes	2½ heures

*Répéter ce volume si le pouls radial reste faible ou absent.

- Surveiller le débit urinaire
- Vérifier la glycémie et corriger l'hypoglycémie le cas échéant
- Si possible, vérifier le taux d'hémoglobine et les électrolytes sanguins (le cas échéant) et traiter l'anémie si elle est présente
- Surveiller et enregistrer les signes de déshydratation et les signes vitaux toutes les 15 à 30 mn jusqu'à ce qu'il soit stable pendant au moins 1 heure
- Surveiller en permanence les signes de surcharge liquidienne :
 - Augmentation de la FR de ≥ 10 respirations/min par rapport à la FR initiale, ou
 - Augmentation de la FC de ≥ 20 battements/min par rapport à la FC initiale

Plus l'un des éléments suivants :

- Hypoxie nouvelle ou aggravée (diminution de la SpO₂ de $> 5\%$)
- Apparition de râles et/ou d'un œdème pulmonaire (fines crépitations à l'auscultation pulmonaire)
- Nouveau rythme cardiaque galopant
- Augmentation de la taille du foie (la taille du foie doit avoir été marquée au stylo à l'arrivée)
- Nouvel œdème périphérique et/ou paupières gonflées

Prise en charge en cas de signes de surcharge liquidienne :

- Arrêter l'administration de fluides IV
- Administrer du **furosémide** IV : 0,5 mg/kg (répéter une fois si nécessaire)
- Placer l'enfant en position semi-assise et administrer lui de l'oxygène à haut débit à l'aide d'un masque sans réinspiration
 - Si l'état de l'enfant ne s'améliore pas, réévaluer le, envisager d'autres diagnostics différentiels (par exemple, acidocétose diabétique, choc, septicémie), évaluer les pertes liquidienne et augmenter le taux de fluides IV en conséquence.
 - Dès que l'enfant est éveillé, alerte et qu'il peut tolérer une sonde nasogastrique ou prendre des liquides par voie orale :
 - ▶ Commencer à lui administrer la SRO à raison de 5 mL/kg/heure, en plus de la réanimation liquidienne IV en cours, et encourager l'allaitement au sein (le cas échéant). En outre, si cela est toléré, administrer des SRO supplémentaires pour remplacer les liquides perdus à chaque selle molle, conformément au plan A.

- ▷ Évaluer le degré de déshydratation à la fin de la réanimation liquidienne (3 heures pour les enfants, 6 heures pour les nourrissons). Poursuivre la réhydratation en fonction du degré de déshydratation en suivant le plan de traitement approprié (A, B ou C).
- En cas d'hypokaliémie ou, lorsque la surveillance du potassium n'est pas disponible, si l'enfant présente des signes d'hypokaliémie, notamment une fatigue générale, des crampes et une faiblesse musculaire, une distension abdominale et une polyurie, traiter l'hypokaliémie modérée avec du sirop de chlorure de potassium à 7,5 % (1mmol de K⁺/mL), PO, pendant 2 jours.
 - ▷ < 45 kg : 2 mmol/kg (2 mL/kg) par jour
 - ▷ ≥ 45 kg : 30 mmol (30 mL) 3 fois par jour

Attention : enfant avec malnutrition aigüe sévère

La déshydratation est difficile à évaluer cliniquement chez les enfants souffrant de malnutrition sévère, car la malnutrition peut masquer les signes de déshydratation ou entraîner un surdiagnostic de déshydratation sévère :

- Les signes d'hypovolémie ou d'insuffisance circulatoire peuvent être masqués par des œdèmes.
- L'évaluation du pincement de la peau n'a aucune valeur si le tissu sous-cutané a complètement disparu, car le caractère persistant et pâteux s'applique à ce tissu sous-cutané (pincement profond).
- Les yeux enfoncés peuvent être présents sans déshydratation.

Par conséquent, pour diagnostiquer la déshydratation et en évaluer la gravité chez les enfants atteints de MAS, les critères suivants sont plus fiables.

Symptômes cliniques (2 ou plus des signes suivants)	Classification		
	Pas de déshydratation	Déshydratation	Déshydratation sévère
Etat général	Normal	Fatigué, irritable	Léthargique ou inconscient
Soif	Pas assoiffé Boit normalement	Assoiffé Boit avidement	Incapable de boire ou boit peu
Élimination urines	Normale	Réduite	Absence depuis plusieurs heures
Diarrhée aqueuse fréquente et/ou vomissement récent	Oui	Oui	Oui
Perte de poids rapide récente et significative	Non	Oui	Oui

La réhydratation sera alors spécifique, basée sur l'utilisation du ReSoMal® per OS.