

PEDIATRIE



GASTRO ENTERITE AIGUE

REDACTION : Bureau Pédiatrie

VALIDATION : Commission scientifique du RENA

MAJ du 01/01/2018

Messages clés :

- La déshydratation tue !
- La déshydratation est évolutive ! Consignes de surveillance +++.
- L'état de choc est défini par la tachycardie et les signes d'hypoperfusion, l'hypoTA est tardive !
- Si pas d'état de choc : toujours privilégier la réhydratation par voie orale (RVO) ou entérale, réalimenter précocement.

Evaluer :1) Terrain, facteurs de risque

- Age < 6 mois, ATCD prématurité ou RCIU.
- ATCD gastroentérologiques : grêle court, Hirschprung, maladie cœliaque, colostomie.
- Insuffisance cardiaque ou respiratoire, mucoviscidose.
- Déficit immunitaire, hémopathie, drépanocytose.
- Diabète, insuffisance surrénalienne, insuffisance rénale.
- Environnement socio-familial non fiable.

2) Anamnèse

- Durée des symptômes.
- Nombre de selles et de vomissements sur les 12 dernières heures.
- Aspect : glaires, sang, vomissements bilieux (! affection chirurgicale).
- Tolérance à l'alimentation, quantité de SRO bu à domicile.
- Fièvre, douleurs abdominales.
- Altération de l'état général : asthénie, hypersomnie, enfant qui ne joue plus.

Diagnos différentiels vomissements :
invagination intestinale aigüe, appendicite ou péritonite, SHU, infection urinaire, otite moyenne aigüe, pneumopathie, hématome sous dural, acidocétose diabétique...

3) Clinique

La gravité de la déshydratation est théoriquement évaluée par la perte hydrique, exprimée en **pourcentage du poids** de l'enfant [1]. Cependant cette mesure peut être mise en défaut, de par l'absence de poids de référence récent ou la variabilité de mesure entre 2 appareils.

La **pesée à l'admission** est toutefois indispensable car elle permet de suivre la reprise de poids pendant l'hospitalisation.

En pratique, le degré de déshydratation s'estime grâce à un ensemble de signes cliniques dont aucun n'est suffisamment discriminant si utilisé seul. Ils sont détaillés dans le tableau 1.

Tableau 1 (d'après [5-6,11,15])

DÉSHYDRATATION	LÉGÈRE	MODÉRÉE	SÉVÈRE
Fréquence cardiaque	Normale	Augmentée	Très augmentée ou bradycardie (urgence +++)
TRC	< 2"	2-3"	Très augmenté ou absent
Extrémités	Chaudes	Normales	Froides, marbrées
Diurèse	Normale	Un peu diminuée	Oligurie/anurie
Pli cutané	Non	Présent < 2"	Persistant > 2"
Larmes	Présentes	Diminuées	Absentes
Cernes oculaires	Absentes	Présentes	Très marquées
Muqueuses (langue)	Humides	Collantes	Sèches
Etat de conscience	Normal	Normal +/- agitation	Léthargique
Soif	Absente	Présente	N'arrive pas à boire
Respiration	Normale	Normale ou un peu augmentée	Polypnée ample
Fontanelle	Normale	Déprimée	Déprimée

Tableau 2 (d'après [2-4])

	0	1	2
Apparence générale	Normale	Asthénique, irritable	Somnolent, hypotonique
Cernes oculaires	Absente	Présentes	Très marquées
Muqueuses (langue)	Humides	Collantes	Sèches
Larmes	Présentes	Diminuées	Absentes

Score 0 : pas de déshydratation

Score 1 - 4 : déshydratation légère à modérée

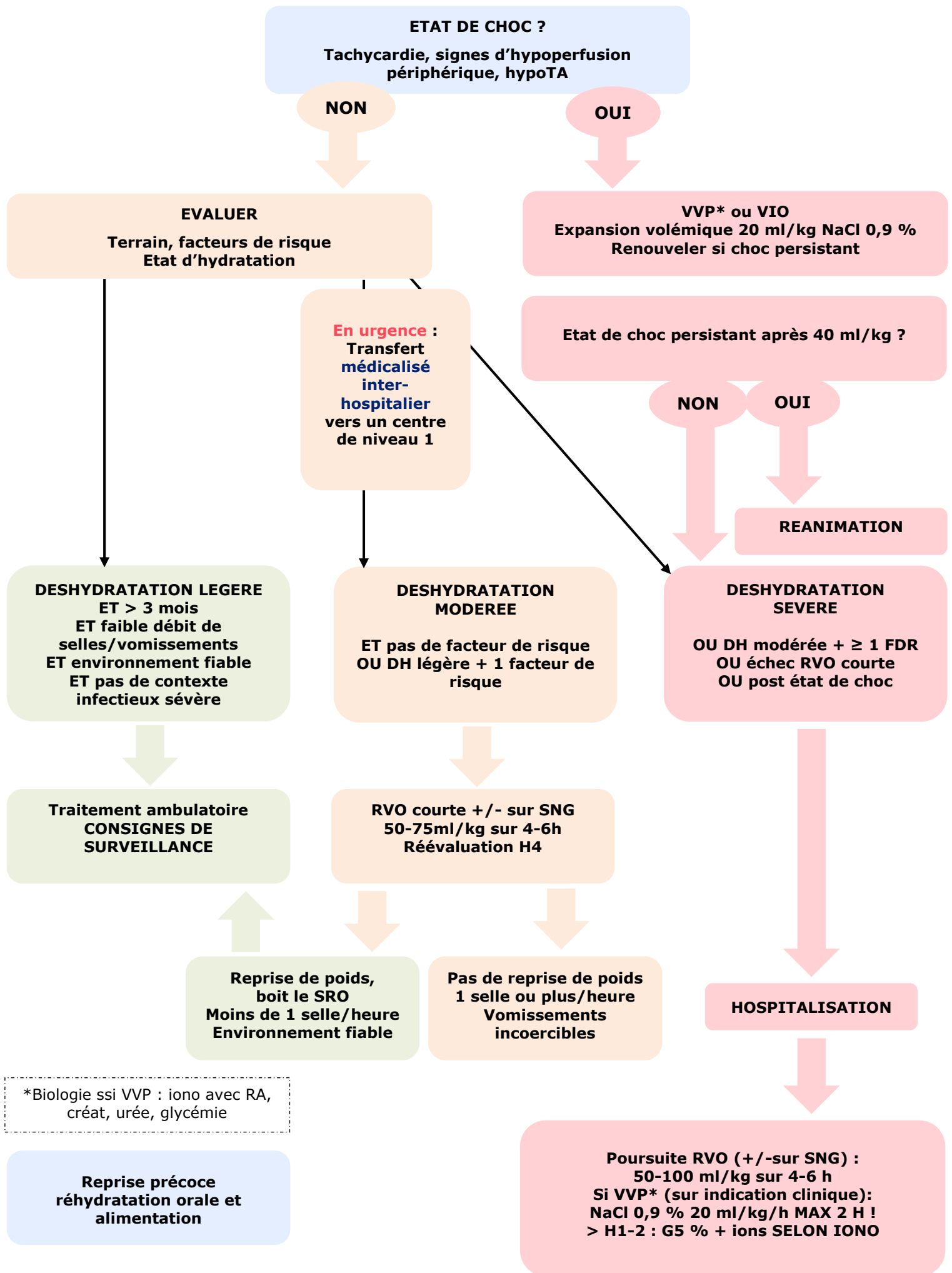
Score 5 - 8 : déshydratation modérée à sévère

Orienter :

L'évaluation initiale permet de proposer un traitement adapté selon l'arbre décisionnel ci-dessous.

Celui-ci est proposé à titre indicatif et **il ne faut pas hésiter à hospitaliser un enfant** au moindre doute.

En cas de situation intermédiaire avec incertitude sur l'orientation, penser à prendre un avis pédiatrique téléphonique (consulter l'annuaire du BABYRENAU !).



Traiter :

I - Traitement ambulatoire [1,5,11-13]

Il ne peut s'envisager que s'il n'existe **aucun** critère de gravité ni clinique, ni de terrain, ni psychosocial. Il est indispensable de veiller à l'éducation des parents et autres responsables de l'enfant et de s'assurer qu'ils sont en mesure de **reconsulter** (moyen de déplacement, possibilité de téléphoner).

Il est impératif de remettre des **CONSIGNES ECRITES DE SURVEILLANCE** (médico-légal) : voir Annexe 2.

1) Réhydratation par voie orale (RVO) :

- Préparation du SRO : 1 sachet pour 200 ml d'eau, se conserve 24 h au réfrigérateur.
- Administration :
 - **Froid + fractionné** initialement si vomissements : 20-30 ml toutes les 10-15', voire à la cuillère ou à la seringue.
 - Puis **à volonté**.
 - Expliquer que l'enfant régule ses apports et qu'il peut boire des quantités importantes de solution
 - Toutefois, si prend plus de 100 ml/kg en 6 heures : **NECESSITE DE REEVALUATION MEDICALE**.
- **Contre-indications du SRO** : glycogénose, intolérance aux monosaccharides.
 - Possibilité d'utiliser le VIATOL®.

2) Alimentation :

- Allaitement maternel : **poursuivre** + proposer le SRO entre les tétées.
- Allaitement artificiel : **reprise à partir de 4h** de réhydratation orale.
 - Si < 4 mois : prévention de l'APLV par hydrolysate de protéines de lait de vache pour 15-21 jours.
 - Si ≥ 4 mois : pas de modification du lait habituel sauf :
 - Si diarrhée persistante > 8 jours : suspicion d'intolérance acquise au lactose : remplacer le lait habituel par lait sans lactose (ex Diargal®), régime pauvre en lactose (éviter laitages sauf fromages à pâtes dures et yaourts) pour 3 semaines.
 - Attention, si lait antérieur HA (comportant des PLV hydrolysées) : pas de lait sans lactose car risque d'induire une APLV.
- **Eviction des boissons sucrées** (cola), les boissons énergétiques, l'eau pure tant que déshydraté.
- En cas d'alimentation diversifiée : **reprise précoce** (4h). Objectif : prévention du syndrome post-entéritique.
 - Régime anti-diarrhéique : riz, carottes, pommes de terre, viandes de volaille, banane, pomme crue, pomme-coing... Ne pas forcer l'alimentation, privilégier les aliments choisis par l'enfant.
 - Les aliments sucrés (jus de fruits, sucettes) ont un intérêt, notamment chez le grand enfant (> 3 ans), pour corriger la cétose de jeûne responsable des vomissements. Ils ne doivent cependant **EN AUCUN CAS** se substituer au SRO.

3) Traitement médicamenteux : au second plan, **seule la RVO est indispensable !**

- **Racecadotril (Tiorfan®) : anti-sécrétoire**, à partir de l'âge de 1 mois.
 - Posologie :
 - < 9 kgs : Tiorfan® 10 mg nourrisson : 1 sachet x 3/j
 - 9 à 13 kgs : Tiorfan® 10 mg nourrisson : 2 sachets x 3/j
 - 13 à 27 kg : Tiorfan® 30 mg enfant : 1 sachet x 3/j
 - > 27 kg jusque 15 ans : Tiorfan® 30 mg enfant : 2 sachets x 3/j
 - A partir de 15 ans : Tiorfan® 100 mg gélule : 1 gélule x 3/j
 - Durée : jusqu'à la première selle non liquide, au maximum pendant 7 jours.
 - Peut entraîner des vomissements : ne jamais mélanger au SRO ni au lait, diluer dans un peu d'eau ou une cuillère de compote.
 - Si vomissements importants après la prise, interrompre le traitement.
- **Antipyrétiques :**
 - Paracétamol si besoin.
 - Eviter les AINS : risque rénal en contexte de déshydratation.
- PAS d'anti-émétiques (le meilleur traitement des vomissements est la réhydratation orale fractionnée).
- PAS de ralentisseur du transit (loperamide contre-indiqué avant 2 ans).
- PAS d'antibiotique, d'antiseptique...

4) Surveillance clinique de l'enfant

- Location d'une balance (intérêt surtout < 6 mois) avec consigne de pesée de l'enfant au retour puis après la première phase de réhydratation (4-6h).
- Surveillance des vomissements, des diarrhées, des urines.
- Comportement et état général, signes cliniques de déshydratation (yeux creux, extrémités froides, polypnée, hypotonie, diurèse).
- Consignes ECRITES de reconsultation (Annexe 2) si :
 - Les vomissements persistent et/ou si l'enfant refuse de boire.
 - L'enfant est apathique, hypotonique, pâle, grognon.
 - Sa respiration est rapide, ses yeux sont creux ou cernés.
 - L'enfant dort beaucoup et que les parents n'arrivent pas à le réveiller.
 - Pour les moins de 6 mois si la famille a une balance : si l'enfant maigrit (indiquer aux parents la perte de poids autorisée en grammes équivalent à 5 % du poids).
 - Si n'urine pas.

II – Traitement court (urgences / UHCD / hospitalisation)

En cas de déshydratation modérée, s'il n'existe pas d'autre facteur de risque, on peut proposer une réhydratation sur quelques heures dès le SAU, et même dès l'accueil (IAO), dont l'objectif est d'éviter une hospitalisation conventionnelle.

1) Réhydratation par voie orale (RVO).

- SRO même selon modalités de préparation (cf I).
- Administration fractionnée, à la cuillère ou à la seringue au départ si vomissements puis à volonté.
- **Quantité (indicative) à administrer : 50 ml/kg sur 4 heures.**

2) Réhydratation entérale sur sonde naso-gastrique :

- Si vomissements incoercibles : possibilité d'administration par SNG, 50 à 75 ml/kg à la pompe sur 4 à 6 heures (max 500 mL sur 4h).
- Débit 30 ml/h pendant 15 min, puis à augmenter rapidement si bien toléré. (débit indicatif cf Annexe 4)

3) Réévaluation à H4-6 : poids +++, signes cliniques cf tableau 1.

- Si amélioration, bonne prise du SRO, début de reprise d'alimentation, environnement fiable : retour à domicile. Traitement ambulatoire à poursuivre cf I.
- Si échec : hospitalisation.
 - Poursuite RVO / SNG.
 - Ou VVP si poursuite de perte de poids, aggravation clinique, mauvaise tolérance SNG.

III - Traitement hospitalier [1,5,11-13]

Le traitement en hospitalisation conventionnelle est indiqué :

- Si âge < 3 mois (< 6mois et vomit).
- Si troubles de conscience, léthargie, vomissements incoercibles ou bilieux.
- En cas de déshydratation sévère > 10 %, avec ou sans état de choc.
- En cas de déshydratation modérée avec échec de la réhydratation orale aux urgences ou avec facteur de risque surajouté.
- En cas de suspicion de diagnostic différentiel.
- Si l'environnement n'est pas favorable à un traitement ambulatoire.

1) ETAT DE CHOC : EXPANSION VOLEMIQUE

LA TACHYCARDIE ET LES SIGNES D'HYPOPERFUSION SUFFISENT A DEFINIR L'ETAT DE CHOC, NE PAS ATTENDRE L'HYPOTENSION QUI EST TARDIVE !

Normes de FC et PA selon l'âge : voir Annexe 3

- Assurer la liberté des voies aériennes (**Airway**) et l'oxygénation (**Breathing**).
- Accès vasculaire immédiat, si échec VVP **recours impératif à la VIO**.
- 20 ml/kg de NaCl 0,9 % en bolus « à la seringue ».
- **REEVALUATION** clinique et des constantes hémodynamiques (FC).
- Bolus à renouveler si l'état de choc persiste.
- Si échec après 40 ml/kg de remplissage :
 - Diagnostic différentiel : choc septique, cardiogénique ?
 - Admission en réanimation, poursuite des expansions volémiques, surveillance de la reprise de diurèse (thrombose veines rénales ?)
 - Les amines sont exceptionnellement indiquées dans les déshydratations pures.

2) PAS D'ETAT DE CHOC : réhydratation orale ou entérale sur SNG en première intention [7-9]

- RVO :
 - SRO à préparer selon mêmes modalités que I.
 - Voie orale, administration idem
- SNG :
 - Préparation idem
 - Débuter à 30 ml/h pendant 15 minutes, puis si bien toléré débit entre 50 et 100 ml/kg sur 4 à 6 heures selon la gravité de la déshydratation (voir Annexe 4)

3) Examens de laboratoire

- Uniquement si **indication CLINIQUE de VVP**.
- Systématique : ionogramme, urée, créatininémie, réserve alcaline, glycémie.
- Penser à la **glycémie capillaire** au moment de la pose pour corriger rapidement une hypoglycémie.
- Si fièvre élevée, sang dans les selles, retour de voyage : coprocultures +/- parasitologie des selles, NFS.
- BU (ECBU avant 1 mois) si fièvre et vomissements dominant le tableau.
- Pas d'intérêt à CRP/PCT sauf suspicion de diagnostic différentiel.

4) Quelles indications de réhydratation intraveineuse ?

Les indications doivent être CLINIQUES :

- Au décours du traitement de l'état de choc.
- Etat de conscience altéré.
- Aggravation de la déshydratation, absence d'amélioration ou vomissements incoercibles malgré réhydratation orale ou entérale bien conduite.
- Mauvaise tolérance de la sonde naso-gastrique.
- Distension abdominale, suspicion d'iléus paralytique.
- Contre-indications du SRO.

5) Quel soluté et quel débit initial ?

- Avant de récupérer le ionogramme : **NaCl 0,9 %, 20 ml/kg/heure pendant 1 à 2 heures.**
- **IONOGRAMME IMPERATIF AVANT H2 POUR ADAPTATION.**

6) Quelle adaptation après résultat du ionogramme ?

- **Hyponatrémie < 125 ou hypernatrémie > 150 = avis spécialisé** (réanimation si besoin, voir l'annuaire pédiatrique du BabyReNAU).
 - Risque : convulsion par œdème cérébral si hyponatrémie aiguë ou correction trop rapide d'une hypernatrémie.
- Glucose 5 % + ions : **7 ml/kg/heure** jusqu'à 15 kg puis **2,5 à 3 L/m²/J** (cf Annexe 4)
- **Si Na < 125** : G5 % + NaCl 6 g/l.
 - Ionogramme urinaire.
 - Contrôle natrémie toutes les 6 heures jusqu'à Na > 130 mmol/L.
- **Si 125 < Na < 130 : G5 % + NaCl 5 g/l.**
 - Ionogramme urinaire.
 - Contrôle natrémie 12 heures après.
- **Si 130 < Na < 150** : G5 % + NaCl 4g/L (polyionique type Glucidion®, Dextrion®)
 - Pas de contrôle du ionogramme.
- **Si Na > 150** : réhydratation plus lente (**4 à 5 mL/kg/h**), viser correction complète de la déshydratation en 48h.
 - Eviter les solutés trop pauvres en NaCl : jamais moins de 3 g/L.
 - Peser et refaire un ionogramme 4 à 6 heures après le premier : objectif diminution Na de 1 mmol/L/h.
 - **Réévaluation du débit en fonction de l'évolution**

Surface corporelle : (4 Poids +7) / (Poids + 90)

KCl dès diurèse : 1.5 à 2 g/L (20 à 27 mmol/L)

7) Risque au cours de la correction trop rapide d'une déshydratation hypernatrémique : **convulsions par œdème cérébral**

- Traitement médical conventionnel.
- Traitement étiologique : **NaCl hypertonique 3 %**.
 - Préparation : 1 g de NaCl pour 35 mL d'eau stérile, bolus de 2 ml/kg toutes les 3 min jusqu'à arrêt des convulsions.

8) Surveillance en hospitalisation

- **Poids ++++** toutes les 4 à 6 heures tant que non stabilisé puis 1 à 2 fois par jour.
- **IONOGRAMME** si initial anormal.
- **Diurèse** (normale = 1 ml/kg/h).
- Fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, TRC, PA.
- Sécheresse muqueuses, pli cutané, larmes.
- Débit de selles et de vomissements.

9) Conduite à tenir après les 6 premières heures

- Réévaluation du **débit de perfusion** < H6.
- RVO dès que possible : disparition des troubles de conscience et/ou des vomissements.
- Si réhydratation entérale, état stable : débit d'entretien sur SNG pour maintien des **besoins de base** (formule de Holliday et Segar) jusqu'à réévaluation pédiatrique (voir Annexe 4).
- Si réhydratation parentérale, état stable : débit d'entretien pour maintien des **besoins de base** jusqu'à réévaluation pédiatrique (voir Annexe 4).
- Réalimentation précoce (H4-H6) selon principes détaillés en I.

Formule de Holliday et Segar pour les besoins de base [16]

POIDS	VOLUME / 24 h
< 10 kg	100 ml/kg
10-20 kg	1000 ml + 50 ml par kg au-dessus de 10
> 20 kg	1500 ml + 20 ml par kg au-dessus de 20

POIDS	VOLUME / heure
< 10 kg	4 ml/kg
10-20 kg	40 ml + 2 ml par kg au-dessus de 10
> 20 kg	60 ml + 1 ml par kg au-dessus de 20

Références :

[1] Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Jul;59(1):132-52.

[2] Friedman JN, Goldman RD, Srivastava R, Parkin PC. Development of a clinical dehydration scale for use in children between 1 and 36 months of age. *J Pediatr.* 2004; 145:201-7.

[3] Goldman RD, Friedman JN, Parkin PC. Validation of the clinical dehydration scale for children with acute gastroenteritis. *Pediatrics.* 2008 Sep; 122(3):545-9

[4] Bailey B, Gravel J, Goldman RD, Friedman JN, Parkin PC. External validation of the clinical dehydration scale for children with acute gastroenteritis. *Acad Emerg Med.* 2010 Jun; 17(6):583-8.

[5] The Treatment of Diarrhoea – A manual for physicians and other senior health workers whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf

[6] Hubert P. Déshydratation aiguë du nourrisson. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2008; 21:124-132

[7] Bellemare S, Hartling L, Wiebe N, et coll. Oral rehydration versus intravenous therapy for treating dehydration due to gastroenteritis in children : A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Med* 2004;2:11

[8] Fonseca BK, Holdgate A, Craig JC. Enteral vs intravenous rehydration therapy for children with gastroenteritis: A metaanalysis of randomized controlled trials. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:483-90.

[9] Hartling L, Bellemare S, Wiebe N, et al. Oral versus intravenous rehydration for treating dehydration due to gastroenteritis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;(3):CD004390.

[10] Freedman SB, Ali S, Oleszczuk M, et al. Treatment of acute gastroenteritis in children: an overview of systematic reviews of interventions commonly used in developed countries. *Evid Based Child Health* 2013; <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm>

[11] Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR* 2003;52(No. RR-16). <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm>

[12] Sandhu BK. Practical guidelines for the management of gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;33(Suppl 2):S36-9.

[13] Leung A, Prince T; Société canadienne de pédiatrie, Comité de nutrition et de gastroentérologie. La réhydratation par voie orale et la réalimentation rapide dans le traitement de la gastroentérite infantile *Paediatr Child Health* 2006;11(8):535-9 <http://www.cps.ca/fr/documents/position/rehydratation-par-voie-orale>

[14] Freedman SB, Parkin PC, Willan AR et al. Rapid versus standard intravenous rehydration in paediatric gastroenteritis : pragmatic blinded randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343

Annexes :

Annexe 1 : composition des solutés de réhydratation orale (SRO) commercialisés en France (d'après [6,13]).

0 Produit	Glucides (g/L)	Sodium (mmol/L)	Potassium (mmol/L)	Chlorure (mmol/L)	Base (mmol/L)	Osmolarité (mOsm/L)
WHO (formule classique)	20	90	20	80	30	311
WHO (formule révisée)	13,5	75	20	65	10	245
ESPGHAN 2001	Glucose : 13 à 20	60	20	25		
Adiaril®	26 (glucoses : 13, saccharoses : 13)	60	20	30	10	250
Alhydrate®	81 (dextrines maltose : 61, saccharoses : 20)	59	20	60	9	< 270
GES 45 ®	39 (glucoses : 15, saccharoses : 10, amidons : 14)	56	25	45	12	250
Fanolyte®	Glucose : 14	60	20	60	10	240
Hydrigoz®	79 (dextrine maltoses : 59, saccharoses : 20)	59	20	60	18	< 270
Picolite®	90 (dextrine maltoses : 70, saccharoses : 20)	60	18,5	50	11	255
Viatol®	Glucose : 20	50	25	50	12	< 270

Annexe 2 : fiche de consignes écrites à remettre aux parents avant retour.

Enfant : XXX
Age et Poids actuel :

Date et heure :
Poids théorique : kg

ORDONNANCE DE REHYDRATATION :

1) Pendant les 6 premières heures :

Donner à boire à l'enfant le plus souvent possible un Soluté de Réhydratation Orale (**SRO**) type ADIARIL, ALHYDRATE, GES 45, HYDRIGOZ.

- Reconstitution : **1 sachet** à diluer dans **200 ml** d'eau minérale ou du robinet

- À donner de préférence frais.

- ___ ml à donner toutes les 15 minutes par petites quantités successives (*5 ml/kg*). A renouveler à volonté. Mais si l'enfant réclame plus de ___ ml les 6 premières heures (*100 ml/kg*) **cela nécessite un nouvel avis médical** –lire les consignes de surveillance plus bas.

- Et après chaque selle liquide.

- Si l'enfant vomit : Fractionner les prises de Solution de Réhydratation toutes les 5 minutes.

2) Puis : commencer à réalimenter

. Au bout de 4 heures avec : lait habituel, compotes : pomme, coing, banane, purée de pommes de terre, pâtes, riz, viande blanche (*barrer mention inutile*)

. Et continuer à proposer du SRO de façon régulière.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

1. Traitement pour faire baisser la fièvre : Paracétamol (Doliprane, Efferalgan)
(Ne pas trop couvrir l'enfant, laisser la pièce où vit l'enfant à moins de 20°C)

2. Traitement anti-diarrhéique :

CONSIGNES DE SURVEILLANCE :

1. **REPESER** l'enfant dans 4 heures.

2. **RAMENER l'enfant si le poids est inférieur à :**

3. **RAMENER** l'enfant ou reconsulter un médecin ou au moindre doute composer le 15 si :

. **Vomissements** à chaque tentative de prise du SRO.

. **Diarrhées** très abondantes et / ou fréquentes (3 ou plus en 6 heures) et/ou présence de sang dans les selles.

. **Modification du comportement** (enfant fatigué, mou, geignard...), si les **mains et les pieds sont froids**, s'il a **mauvaise mine** (teint gris bleuté marbré, yeux creux..), s'il **respire vite, s'il n'a pas uriné** au bout de 6 heures de réhydratation bien conduite.

. L'enfant **continue à perdre du poids** ou **n'a pas repris de poids après 4 heures** de réhydratation ou la **soif persiste** après 6 heures de réhydratation.

. **Refus de boire** et **persistance des symptômes**.

. **Persistance d'une fièvre** au-delà des 24 premières heures.

Nom et signature du prescripteur :

EVALUATION DE L'INSUFFISANCE CIRCULATOIRE la fréquence cardiaque

Varie avec l'âge, la fièvre et l'anxiété aussi
bien qu'avec l'insuffisance circulatoire

FC et FR normaux par âges

Age	>30 jours	5 ans	12 ans	18 ans
FR	30	20	18	14
		X5	X5	X5
FC	130	100	90	70



EVALUATION DE L'INSUFFISANCE CIRCULATOIRE la pression artérielle

La pression artérielle systolique varie avec l'âge

Age	PA systolique (normale) mmHg	PA systolique (limite inférieure) mmHg	PA moyenne (limite inférieure) mmHg
0 – 1 mois	60	50	40
1 – 12 mois	80	70	50
1 – 10 ans	$90 + 2 \times \text{âge}$	$70 + 2 \times \text{âge}$	65
> 10 ans	120	90	70



Annexe 4 : tableaux des débits (indicatifs) à administrer

- SRO sur SNG : initial sur 4 à 6 h / entretien
- Sur voie veineuse : NaCl initial H0-H1 / réhydratation polyionique H1-H6 / entretien polyionique H6-H24.

Attention, sur SNG toujours **débuter avec 30ml/h pendant 15 minutes**, puis augmentation progressive pour atteindre le débit cible selon la tolérance. Les enfants les plus déshydratés sont aussi ceux qui vomissent le plus.

Poids de l'enfant (kg)	Débit (ml/h) : 50 ml/kg sur 4 h		Entretien
3		37,5	12
4		50	16
5		62,5	20
6		75	24
7		87,5	28
8		100	32
9		112,5	36
10		125	40
12		125	44
15		125	50
20		125	60
25		125	65
30		125	70

Poids de l'enfant (kg)	RH IV H0-H1 : NaCl 0.9%	RH IV H1-H6 si Na <150 : G5% + ions	RH IV H1-H6 si Na >150 : G5% + ions	Entretien H6-H24 G5 % + ions
	Débit (ml/h)	Débit (ml/h)	Débit (ml/h)	Débit (ml/h)
3	60	21	12	12
4	80	28	16	16
5	100	35	20	20
6	120	42	24	24
7	140	49	28	28
8	160	56	32	32
9	180	63	36	36
10	200	70	40	40
12	240	84	48	44
15	300	100	60	50
20	400	105	80	60
25	500	116	100	65
30	600	132	120	70