

les feux rouges de la pédiatrie

comment éviter des erreurs diagnostiques et thérapeutiques chez l'enfant

Docteur Hubert Ythier Pédiatrie CH Roubaix
FMC Tourcoing 11.10.2016



30 feux rouges en pédiatrie

d'après E. Launay et al. Rev. Prat. Med. Gen.2013; 27(893): 22-3

Au 01/01/2012, **12,9 millions d'enfants de moins de 16 ans** en France (Insee).

40 % consultent un généraliste, 55 % consultent un généraliste et un pédiatre.

Les enfants représentent **13 % des consultations et visites des généralistes**.

Apprendre de ses erreurs

in Pédiatrie pratique Décembre 2015, N° 273

Le diagnostic repose sur le trépied: **anamnèse, examen clinique** et si besoin **examens complémentaires**.

1. Reconnaître les formes = intuition et mémorisation des connaissances acquises par l'expérience
2. Approche probabiliste, hiérarchisant la fréquence et les signes retrouvés: quel est le **maître symptôme** ?
3. Démarche dichotomique « pas à pas »

Ecouter avant tout

« la mère a raison jusqu'à preuve du contraire. Elle peut ne pas savoir ce qui ne va pas, mais elle sait habituellement que ça ne va pas. »

Ecouter les **réponses** aux questions posées, en **reformulant**, résister à la tentation de faire suivre la plainte par une réponse immédiate ou un examen complémentaire, se donner le temps d'**évaluer la compétence parentale**, écouter et questionner **l'enfant**.

Sabrina 4 mois consulte ce 10 décembre pour toux incessante

1^{ère} enfant, gardée chez ses parents, tousse beaucoup, et mange moins bien.

Les parents ont remarqué **qu'elle respire vite**.

Pas de fièvre; prise de 100 grammes en 15 jours. Fréquence respiratoire 60/mn

Pas de rhinite. Auscultation : **crépitants et rares sibilants**.

Quel(s) **diagnostic**(s) évoquer ? Quels **signes** rechercher ?

en période épidémique, ne pas poser un diagnostic erroné de bronchiolite

chez un enfant tachycarde et polypnéique vérifier l'absence d'hépatomégalie

Age	FC/ minute rajouter 15 par degré de T° > 37°C	FR/ minute
1-6 mois	130 +/- 45	30 +/- 15
1-2 ans	110 +/- 40	25 +/- 10
2-4 ans	105 +/- 35	25 +/- 10
4-10 ans	95 +/- 35	25 +/- 10
10-14 ans	85 +/- 30	20 +/- 5

l'insuffisance cardiaque de l'enfant

la triade caractéristique de **l'asystolie aiguë de l'enfant**

- tachycardie
- polypnée
- hépatomégalie

Nombreuses causes selon l'âge.

Jeanne, 6 semaines, fait de la fièvre

En vacances dans une petite ville. La maman la trouve **somnolente**, avec un **teint inhabituel**. 39°4.

Aux urgences de l'hôpital local, l'interne rassure les parents et prescrit du paracétamol.

Devant l'aggravation, les parents emmènent Jeanne aux urgences pédiatriques.

Le pédiatre constate un **teint gris**, un **geignement plaintif**, un **TRC allongé**. La PL ramène un **liquide trouble, positif à Haemophilus**.

la fièvre chez le nourrisson avant 3 mois

risque élevé d'infection bactérienne sévère 25-55 % à cet âge

méningite, septicémie, cellulite, ostéoarthrite, pyélonéphrite, pneumopathie

TOUT ENFANT FÉBRILE < 3 MOIS doit être adressé à l'hôpital pour bilan et surveillance.

convulsion fébrile du nourrisson: banale ?

fréquente entre 1 et 4 ans

souvent associée à une fièvre “virale”: rhinopharyngite, éruption

attention **avant un an** : évoquer la **méningite bactérienne** de principe surtout si le nourrisson est douloureux et s’il ne récupère pas rapidement et complètement son état habituel.

Fièvre de l'enfant : une situation banale ?

95 % des fièvres de l'enfant sont dues à des **infections virales sans gravité**.

Il faut pourtant rechercher les signes d'alarme d'une **infection sévère** :

1. **Conscience et réactivité normales**
2. **Fréquences cardiaque et respiratoire normales**
3. **Temps de recoloration cutané normal < 3 sec.**

un enfant fébrile avec éruption : purpura ?



Les symptômes des infections à méningocoque



Attention : tous les signes ne sont pas toujours présents !
Ils peuvent apparaître parfois lentement et parfois très rapidement.

Un de ces deux signes doit vous alerter :

▶ 1 - Une FIEVRE élevée, mal supportée
(on est abattu, on se sent très mal)...

▼ 2 - Une ou plusieurs TACHES ROUGES OU VIOLACEES (PURPURA),
n'importe où sur la peau : elles ne s'effacent pas à la pression (quand on appuie dessus).

Comment reconnaître un purpura ?



Les taches rouges ou violacées ne sont pas des boutons.
La peau reste lisse.



Pour savoir s'il s'agit d'un purpura, vous pouvez réaliser un test simple : prenez un verre transparent et pressez le fond du verre sur la tache. Si elle ne disparaît pas, il peut s'agir d'un purpura.

Que faire en cas d'apparition d'un de ces signes ?

le pronostic du purpura infectieux dépend de la rapidité de mise en route de l'antibiothérapie

Apprendre aux parents à **reconnaître le purpura** (Royaume Uni, Haute Normandie)

Injecter **50 mg/kg de CEFTRIAXONE IM** si purpura **extensif** et/ou **nécrotique** et/ou **> 3 mm**

Appeler le 15 pour organiser le **transfert médicalisé**: pas d'ambulance non médicalisée, pas de voiture personnelle.

Louis, 18 mois, examiné à la crèche

Garçon de 18 mois consulte pour **altération de l'état non fébrile**, diminution du jeu, des mouvements, inconfort à la mobilisation, refuse de rester assis. Examen normal. Traumatisme banal en crèche 1 mois avant et boiterie d'esquive. Paracétamol et/ou AINS.

2 jours plus tard, **fébricule, syndrome inflammatoire** modéré. Diagnostic de **rhume de hanche ?**

une boiterie fébrile : rhume de hanche ?

NON : jusqu'à preuve du contraire, c'est une **infection ostéoarticulaire** (ici spondylodiscite).

Fièvre modérée, VS > 20 mm sont retrouvés dans > 90 % des cas.

Avis chirurgical, biologie, imagerie urgents.

in boiteries de l'enfant www.pap-pediatrie.com

Le diagnostic de diabète chez l'enfant est une **urgence**

Augmentation des nouveaux cas en France > 1700/an

- Acidocétose 40 %
- pH < 7,10 9 %
- Coma 7 %
- Décès 3 à 6 par an



le diagnostic de diabète : une urgence

tout enfant propre qui fait pipi au lit 3 jours de suite doit avoir une bandelette urinaire

si suspicion de diabète de l'enfant (Type 1=carence profonde en insuline), faire SEULEMENT une **bandelette urinaire** sucre/acétone et hospitaliser

les dosages sanguins de glycémie à jeun, voire d'hémoglobine glycosylée ou d'insulinémie retardent le diagnostic et le début du traitement.

l'ictère néonatal
persistant n'est
pas toujours dû au
lait maternel

ictère + décoloration des selles =
suspicion d'atrésie des voies
biliaires

Diagnostic urgent avant un mois

Surveillez

La couleur des selles (caca)
de votre bébé.



Sous le Haut Patronage
du Ministère de la Santé

Comparez les selles
de bébé (caca)
avec la carte des couleurs



Si votre bébé a encore **la peau jaune**
et/ou le **blanc des yeux jaunes** (jaunisse)
15 jours après sa naissance,
et/ou si ses selles sont de **couleurs claires (1, 2, 3)**
alertez votre médecin !

Pour plus d'informations, votre médecin ou votre pharmacien saura vous conseiller.

www.alertejaune.com

Illustration : © 2010 AMFE (AMFE) - Campaigne nationale - Campaigne de 2010 à 2012 - © 2010 AMFE - Illustration : © 2010 AMFE



Campagne initiée par l'AMFE, Association maladies Foie Enfants



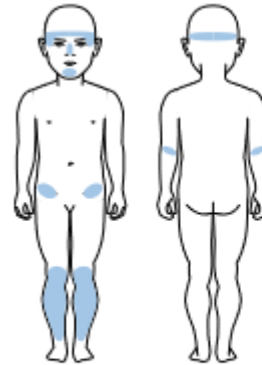
Sous l'égide de la Société Française de Pédiatrie Soutenue par



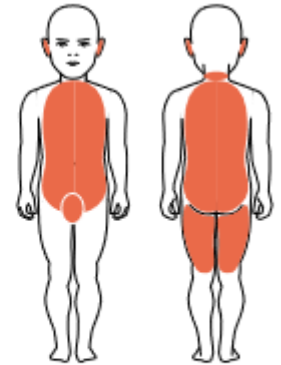
le diagnostic de maltraitance est difficile et il ne se fait pas seul

il faut suspecter une maltraitance
devant:

- une lésion inhabituelle
- un mécanisme peu clair
- des explications discordantes
- des “accidents” répétés

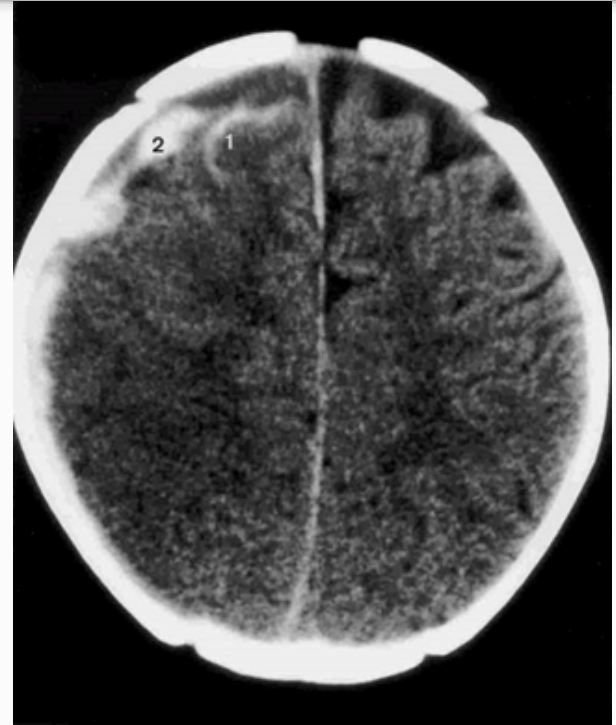


Illu. 3: Localisations typiques d'hématomes
causés accidentellement



Illu. 4: Localisations typiques d'hématomes
causés par des maltraitances

malaise grave, pâleur, enfant douloureux,
augmentation du PC : évoquer le bébé secoué



Attention aux pleurs “incessants” du bébé et aux parents “épuisés”



bébé pleure, c'est sa seule façon de vous dire que

- il a faim
- il a sommeil
- sa couche est sale
- il a chaud ou froid
- il y a trop de bruit
- il y a trop de monde
- il veut un câlin



pour calmer bébé

- proposez-lui un peu d'eau ou de lait
- vérifiez s'il n'a pas chaud ou froid
- emmenez-le dans un endroit calme
- promenez-le
- changez sa couche
- bercez-le doucement
- massez-lui le ventre ou le dos



bébé continue de pleurer

- Faites une pause, respirez profondément
- Sortez de la pièce pour retrouver votre calme
- Demandez à quelqu'un de prendre le relais

appelez un(e) ami(e), la famille, votre généraliste, votre pédiatre, l'ONE, le service d'écoute anonyme 107 (24h/24)

Félicie, un mois, vient pour pleurs incessants

5 jours plus tôt, la nourrice **chute avec Félicie dans les bras**, en présence de la mère. Félicie pleure puis se calme.

Elle est examinée le soir même par le médecin qui prescrit du paracétamol.

Depuis 2 jours, la maman signale des **pleurs** de plus en plus fréquents et une diminution des prises de lait.

Que rechercher ?

Félicie a 2 « bosses » !

Bébé très souriant; mais **hurle à la palpation** des régions temporopariétales.

On palpe 2 tuméfactions molles d'allure liquidienne.

Le scanner montre une **fracture temporale gauche** et une **fracture pariétale droite**.

Un nourrisson qui a une bosse liquidienne a une fracture.

Samy, 7 mois, vu au cabinet pour pâleur et diarrhée

Quelles **questions** poser, quels **signes de gravité** rechercher ?

Aux urgences, convulsions et fièvre à 38°C

Le diagnostic d'**hématome sous-dural** est évoqué devant des facteurs de risque familial.

Mais...

Samy a un SHU !

Diarrhée profuse, parfois sanglante, sans perte de poids, avec **pâleur** et/ou **troubles neurologiques** : regarder les urines !

Penser au rare mais grave **syndrome hémolytique et urémique** dû à E. Coli toxigène (steaks hachés surgelés).

Merci de votre participation.
Encore des questions ?