



ISBN : 2-9506672-2-8 4108



Onzième édition, France, décembre 2012



OU COMMENT ÉVITER “LES GROSSES ERREURS” EN PÉDIATRIE

Cet abécédaire s'adresse à des médecins et étudiants en médecine. Il n'est pas exhaustif, et correspond à des propositions pour éviter les erreurs le plus souvent constatées, donnant lieu à des attitudes dangereuses ou inadaptées. Par essence schématique, il ne se conçoit bien sûr que comme complément aux cours, revues, livres et avis spécialisés sur les différents sujets abordés... et les autres sujets de pédiatrie. Il est de la responsabilité du lecteur d'actualiser les données de cet ouvrage en fonction de l'évolution de la science et des recommandations officielles.

**Ce document a été initié et coordonné par Olivier Mouterde,
Département de Pédiatrie, CHU de Rouen 76031 Rouen cedex,
Et rédigé avec l'aide de :**

B. Bachy (chirurgie viscérale, Rouen), X. Balguerie (dermatologie, Rouen), G. Blaysat (cardiologie, Grenoble), A. Bocquet (pédiatrie, Besançon), N. Bouaziz (pédopsychiatrie, Rouen), M.C. Boullié (dermatologie, Rouen), V. Brossard (médecine néonatale, Rouen), F. Broux (néphrologie, Rouen), A. Cailho (infectiologie, Versailles), F. D'Anjou (ophtalmologie, Rouen), L. Couderc (allergologie, Rouen), C.H. de Ménibus (pédiatrie, Rouen) †, J.P. Dommergues (pédiatrie, Paris) †, I. Durand (cardiologie, Rouen), E. Ferretti (médecine néonatale, Ottawa), R. Garnier (toxicologie, Paris), P. Gérardin (pédopsychiatrie, Rouen), S. Gerber (pédiatrie, Strasbourg), J.L. Ginies (pédiatrie, Angers), M. Grall (pédiatrie, Rouen), B. Grout (nutrition), G. Hamelin (allergologie), G. Landthaler (néphrologie), J. Lechevallier (chirurgie Orthopédique, Rouen), A. Liard (chirurgie viscérale, Rouen), C. Lecointre (endocrinologie, Rouen), P. Le Dosseur (radiologie, Rouen), B. Lerebours (pédiatrie sociale, Rouen), M. Lubrano (pneumologie, Rouen), E. Mallet (pédiatrie, Rouen), C. Marguet (pneumologie, Rouen), J.P. Marie (ORL, Rouen), Dr P. Matarazzo (pédiatrie, Bayonne), C. Morlat (Pédiatrie, Nouméa), F. Philippe (gynécologie, Rouen), G. Picherot (pédiatrie, Nantes), D. Pinquier (néonatalogie, vaccinologie, Rouen) M. Plusquellec (psychologie, Rouen), J. Robert (pédiatrie, Lyon), P. Schneider (hématologie, Rouen), G. Thiberville (dermatologie, Rouen), C. Vanhulle (neurologie, Rouen), M.C. Wieliczko (diabétologie, Rouen).

Des remerciements particuliers à A. Bourrillon (pédiatrie, Paris), C. Copin (pédiatrie, Provins), F. Gottrand (Hépatogastroentérologie, Lille) R. Kohler (chirurgie orthopédique, Lyon), A. Le Coustumier (biologie, Cahors), pour leur participation très active.

Dessins : Gilles Pierre, Clémentine Dumant, Olivier Mouterde et Chrystèle Saquet.

Une version interactive de l'abécédaire de pédiatrie (<http://abecedaires-de-medecine.org>) a été mise en ligne par Simon Mouterde

L'abécédaire d'Hépatogastroentérologie pédiatriques (Clémentine Dumant) est disponibles sur le même site.

Un abécédaire "PRO" (Poster, Résumé, communication Orale) de la présentation médicale est disponible auprès de l'éditeur Sauramps-Médical (www.livres-medicaux.com).

Toutes remarques ou ajouts (texte, liens, photos, dessins) sont bienvenus auprès de l'un des auteurs, en vue d'une prochaine édition. Les idées de nouveaux abécédaires seront bienvenues et soutenues !

ISBN : 2-9506672-2-8

Document mis à jour en novembre 2024 par :

Dr Elias Ibrahim pédiatre retraité

L'Abécédaire de Pédiatrie

- **Cas clinique** pour un groupe d'étudiants : un nourrisson vomit. Parmi tous les signes cliniques cités, un vomissement verdâtre. Les étudiants ne repèrent pas ce signe qui donne la clé des deux diagnostics possibles et l'urgence de la prise en charge.
- **Cours magistral** sur les diarrhées chroniques. Ce professeur met un point d'honneur à citer toutes les causes possibles, sans oublier le déficit en saccharase-isomaltase et l'atrophie microvillositaire. Sortant de ce cours, les étudiants seront incapables d'avoir en tête un arbre décisionnel simple, cohérent et adapté à la fréquence de chaque étiologie.
- **Hospitalisation** d'un nourrisson de 2 mois fébrile à 39° depuis 48 heures mais laissé à domicile par un médecin de garde. Il a une pyélonéphrite et une hémoculture va pousser à colibacille. Quelques heures ou minutes plus tard il risquait un choc à gram négatif.
- **Coproculture** pour diarrhée chronique : un staphylocoque « pathogène » est traité par antibiotiques, puis le pyocyanique qui pousse au contrôle, puis l'inéluçtable candida du contrôle suivant... Trois examens et trois traitements inutiles.

L'Abécédaire de pédiatrie est né de ces constatations : loin des grandes nouveautés scientifiques, de grandes règles simples et consensuelles sont mal connues de certains médecins, ce qui donne lieu à des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques parfois graves et à des examens complémentaires inutiles.

Né en 1997 avec quelques pages, l'Abécédaire de pédiatrie, qui reprend les grands adages de la spécialité, en est à sa 11^e édition française, qui compte plus de 90 pages et 180 adages. Près de 50 000 exemplaires ont été diffusés gratuitement aux étudiants en médecine, mais aussi aux pédiatres, médecins généralistes, puéricultrices.

ATTENTION, il ne s'agit pas d'un ouvrage de référence à consulter en cas de problème, mais d'une partie du savoir minimum d'un médecin conduit à examiner des enfants. Pour cette raison, il n'a pas de sommaire détaillé et n'existe pas en édition « de poche ». Tous les adages devraient être lus et intégrés...

Ce document n'est pas destiné à grossir indéfiniment, mais à mûrir, s'adapter et se mettre à jour au fil des éditions. Par contre, d'autres Abécédaires sont en projet ou en chantier : gastroentérologie pédiatrique (publié en mars 2006, Axcan Pharma, 2^e édition en chantier), antibiothérapie pédiatrique (écrit, en attente d'éditeur), Médecine de l'adolescent (écrit, en attente d'éditeur) présentation médicale (2009, Axcan Pharma. Abécédaire PRO; 2012 Sauramps Médical éditeur www.livre-médicaux.com).

Nous avons été soutenus sans réserve depuis l'origine par un laboratoire pharmaceutique, rejoint à partir de la neuvième édition par une autre firme, qui a permis une diffusion élargie. Ils ont accepté d'éditer et de diffuser ce document qui ne contient pas de publicité : qu'ils soient remerciés chaleureusement ici.

Les différentes éditions ont été, au fil du temps, enrichies des remarques, critiques et ajouts des lecteurs. Tous les commentaires, toutes les idées, tous les dessins sont bienvenus en vue d'une prochaine édition d'un des Abécédaires ! Merci de faire part de vos remarques à l'un des auteurs.

Abécédaire de Pédiatrie

- Les signes ® concernent l'imagerie.
- Les lettres majuscules soulignées renvoient à un autre chapitre de l'ABÉCÉDAIRE.
- Des sites Internet sont proposés, dont l'adresse est en fin de chapitre. Leur contenu reste sous la responsabilité de leurs auteurs.

Les adresses des sites sont malheureusement souvent difficiles à copier et certains peuvent disparaître...

Une autre voie : lancer une recherche avancée de Google ® se limitant au site de l'instance concernée comme « domaine de recherche » (sfpediatrie.com, sante.gouv.fr...). Autre solution, vous rendre sur le site Internet des abécédaires où les liens sont « cliquables ».

Avant tout : conseils de la Société Canadienne de Pédiatrie pour

- **Le matériel d'urgences pédiatriques au cabinet du médecin :**

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP09-03.htm>

Accidents

Aucune maladie ne fait autant de victimes chez l'enfant que les accidents : autant d'accidents de la vie courante amenant à consulter aux urgences que de naissances chaque année ! Important rôle de prévention de chaque médecin vis-à-vis des traumatismes domestiques (chutes, brûlures, intoxications), du sport et des accidents de la route. Accidents de « trotteur » d'importance croissante.

Les produits ménagers et médicaments sont le plus souvent inaccessibles... Sauf au moment de leur utilisation où a lieu la plupart des accidents.

Exemple des solvants de peintures, souvent ingérés par les enfants lorsqu'on fait de la peinture à la maison, le white-spirit fait partie des intoxications fréquentes et graves. Voir à **C**autistiques.

Mettre en garde contre les colliers et chaînes en métal (ou de pseudo ambre) pour les nourrissons et les jeunes enfants (risques d'étranglement, pour un bénéfice qu'aucune étude n'a prouvé...), les dents de taupe du pays de Caux, ou autres gri-gri, fixés par une épingle dite « de sûreté » (risque d'ingestion). Attention aux couffins en osier qui cassent. Penser aux sièges-auto agréés et adaptés à l'âge, aux casques pour le vélo, aux protections pour les rollers, aux caches sur les prises électriques, aux queues des casseroles, aux portes des fours, aux fenêtres ouvertes, aux piscines, aux sacs plastiques...

-> <http://www.accidents-domestiques.com/>

Acné

Touche 70 % des adolescents... et peut laisser des cicatrices psychologiques et cutanées définitives.

Associée à des signes d'hyperandrogénie anormale (hyperséborrhée, hirsutisme, troubles des règles) : explorations endocriniennes nécessaires.

N'est pas due à un manque d'hygiène, et ne justifie pas de régime alimentaire particulier.

Mettre en garde contre le soleil, qui améliore initialement puis aggrave.

Deux types de lésions : rétentionnelles et inflammatoires. Penser à adapter le traitement au type de lésions. Pas de cyclines par exemple pour une acné rétentionnelle avec kystes et comédons. Prise en charge spécialisée dans les formes sévères.

Formes localisées : rétinoides locaux (rétentionnel) et/ou peroxyde de benzoyle (inflammatoire). Formes étendues ou prolongées : cyclines ou isotrétinoïne en cas d'échec. Traitement d'entretien : rétinoides locaux.

-> http://www.sfdermato.org/doc/ACNE_RECO.pdf

-> <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Traitement-de-l-Acne-par-voie-locale-et-generale-Recommandations-de-bonne-pratique>

Adénopathies

La plupart des adénopathies cervicales sont banales et ne nécessitent pas d'explorations. Comment raisonner devant une adénopathie de l'enfant ? **Trois temps deux mouvements !**

Trois temps :

- 1) **Mesurer** (au-dessus de 1 cm, attention !)
- 2) **Localiser** (adénopathies sus-claviculaires toujours pathologiques, inguinales banales, épitrochléennes, axillaires : méfiance)
- 3) Rechercher des **signes associés** (splénomégalie, hématomes etc.)

Deux mouvements :

- 1) L'un toujours possible : **antibiothérapie**
- 2) L'autre un **interdit absolu** : corticothérapie ou anti inflammatoires

Les adénopathies inguinales ne doivent pas faire chercher une infection urinaire.

Pas à pas adénopathies superficielles

<http://www.pap-pediatrie.com/content/immunoinfectioparasito#!/?q=sss/344/240>

Adolescence

Phase transitionnelle de l'état d'enfant à celui d'adulte, amorcée par la survenue du processus pubertaire, et se caractérisant par des modifications physiologiques, pulsionnelles, psychiques et sociales. De ce fait, cette phase de transition peut se caractériser par un certain nombre de questionnements, d'angoisses, de conflits, mais aussi par la découverte d'un certain nombre de potentialités (découverte de soi, investissement des relations aux autres en dehors de la cellule familiale, découverte d'une sexualité génitale et de capacités reproductives, acquisition d'une intimité et d'une autonomie croissantes...).

La meilleure thérapeutique : tenir le cap et garder le lien entre limites nécessaires et dialogue à conserver, entre limites adaptées à l'âge et aide à l'autonomie.

Dépister les situations à risques +++

Garder en tête que l'adolescent consulte rarement (autour de deux fois par an en moyenne), donc prendre le temps de bien voir... Connaître et bien utiliser les partenaires : Pédopsychiatres (en personnalisant l'adresse +++). Les Maisons des Adolescents (un dispositif moderne très facilitateur de prise en charge).

Orienter en Pédopsychiatrie quand l'auto-sabotage des potentialités de l'adolescent persiste.

Un adolescent qui se présente en consultation est une chance

(pour l'adolescent mais non pour le programme du médecin) ! Le médecin peut être un confident, « dépisteur », conseiller, protecteur dans des domaines multiples comme la sexualité, les difficultés scolaires, les addictions, la nutrition, les violences, la famille, les loisirs... mais aussi la santé, et avoir une influence décisive sur l'avenir de certains jeunes. Un des grands rôles du « Médecin de famille ».

Signes d'alerte :

TSTS (deux items ou plus sont présent dans 50% des tentatives de suicide) :

Traumatisme/Sommeil/Tabac/Stress

CAFARD (3 items ou plus sont présent dans 50% des tentatives de suicide) :

Cauchemars/Aggression/Fumeur/Absentéisme/Ressenti Désagréable (de la vie de famille)

Pour ne rien oublier utiliser le **HEADSS** (lien ci-dessous) des anglophones en le traduisant.

Les grandes règles de la consultation d'adolescent sont :

- **La confidentialité**, en encourageant la reprise du dialogue si possible avec les parents, ou en aménageant un temps de parole de l'adolescent avec ses parents durant la consultation. L'on peut jouer le rôle de tiers qui ouvre au dialogue, en amenant l'adolescent à accepter la levée du secret en cas de situation nécessitant un signalement.

Sauf contraception, un traitement ne peut cependant être prescrit qu'avec l'autorisation des parents.

- **L'accès direct** possible à une consultation, sans l'intermédiaire des parents.

- La possibilité d'un **entretien seul à seul** avec le médecin au moins une partie de la consultation !

- **Proposer que les parents sortent** pour l'examen clinique, mais choisir la modalité où l'enfant est le plus à l'aise...

- **Les revoir !** L'observance n'est pas toujours bonne, et les conditions ne sont pas toujours réunies dès la première entrevue pour aborder certains sujets... Laisser au moins la porte ouverte.

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/AH04-01.htm> (régimes chez l'adolescent)

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/am96-04.htm> (troubles de l'alimentation)

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/AH10-02.htm> (contraception d'urgence)

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/cp98-04.htm> (examen génital de l'enfant)

-> http://www.medecin-ado.org/infos/test_tsts.htm (tout sur TSTS cafard)

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-lenfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires (dépistages)

-> <http://www.cps.ca/Francais/enonces/AM/ah03-02.htm> (limite d'âge entre adolescent et adulte)

Pas à pas adolescent fatigué

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas troubles du comportement :

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas épisode délirant aigu à l'adolescence :

-> www.pap-pediatrie.com

-> http://chipts.cch.ucla.edu/assessment/Assessment_Instruments/Assessment_files_new/assess_headss.htm (HEADSS)

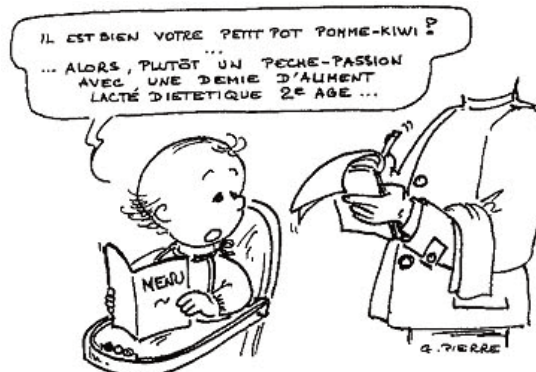
Alimentation

- **Lait maternel à privilégier jusqu'à 6 mois au moins** si possible... Mais le choix est difficile à influencer et l'allaitement difficile à poursuivre si longtemps. **Au-delà de 4-5 mois, diversification, comme pour l'allaitement artificiel.**

- À défaut, **Lait pour nourrisson jusqu'à 5 ou 6 mois (diversification), de suite jusqu'à 12 mois**, 500 ml/j de lait **de croissance jusqu'à 2 ou 3 ans** (ou l'équivalent en laitages « de croissance » enrichis en fer et acides gras essentiels).

Le lait de croissance n'est, en fait, pas différent du lait de suite, qui peut donc être poursuivi jusqu'à 3 ans avec l'avantage de ne pas contenir de vanille, ce qui est préférable pour la cuisine salée... Actuellement il existe des laits de croissance en poudre sans sucre et sans vanille. Les laits de croissance produits par les marques d'alimentation infantile sont préférables aux laits de croissance des enseignes de la grande distribution.

- Pour le jeune nourrisson : la quantité de lait moyenne **indicative** par jour peut être calculée selon la formule suivante : poids (g)/10+250 en 6 à 4 biberons selon l'âge (exemple 5000 g/10+250 = 750 ml pour un enfant de 5 Kg). Pour le grand nourrisson diversifié, les biberons et les repas atteignent 210 à 250 g 4 fois par jour. Ces quantités correspondent à un ordre d'idée, et non à ce que le nourrisson doit boire absolument (risque de pression alimentaire de la part de certains parents, et d'anorexie de l'enfant forcé). Le « juge de paix » des calories ingérées est la courbe de poids : 25 g/j le premier trimestre, 20 g le second, 15 le troisième.



- **Légumes et fruits** introduits progressivement (dans l'idéal avant l'arrêt de l'allaitement) dans un repas à partir de 4-5 mois, dans deux repas vers 6-7 mois, viande, poisson, œuf (blanc et jaune) cuit à 5-6 mois, dans un seul repas. Les céréales infantiles ne sont pas indispensables chez le nourrisson (ne font pas dormir les nourrissons la nuit !) mais utiles pour leur apport en fer, elles peuvent être intégrées à un repas dans le cadre de la diversification (utiles pour augmenter la consistance du premier repas et habituer le nourrisson et futur enfant à prendre un petit déjeuner). L'introduction progressive du gluten étant conseillée entre 4 et 6 mois, opter rapidement pour des céréales avec gluten.

Les jus de fruit ne sont pas indispensables, les boissons sucrées sont à proscrire (sodas, sirops et jus de fruits, même « sans sucres ajoutés »).

- Les conseils qui visaient à retarder les aliments potentiellement allergisants et le gluten au-delà de 6 mois ne sont plus d'actualité.

- L'alimentation à la cuiller est à introduire progressivement selon la réaction de l'enfant, lors de la diversification : souvent acceptée entre 6 et 9 mois, parfois avant. Les petits morceaux sont proposés vers 9-12 mois.

- Penser à faire boire, de l'eau. Toujours adaptée pour les nourrissons et petits enfants. L'eau du robinet peut, le plus souvent, être proposée (vérifier sur la facture d'eau la teneur en nitrates et en fluor). *Attention à certaines marques qui commercialisent différentes sources, dont certaines ne sont pas recommandées pour les petits (Une marque très répandue avec même emballage a 22 sources différentes).*

- Voir à Erreurs alimentaires, Anorexie et à Allaitement maternel.

-> <http://www.anses.fr/index.htm> : préparation des biberons, recommandations pour l'eau.

-> http://www.sfpediatrie.com/fileadmin/mes_documents/pdf/Nouveaut%C3%A9s_du_site/2006/Septembre-Octobre2006/alimentation_nourrisson_01.pdf

-> http://espghan.med.up.pt/joomla/position_papers/con_28.pdf (recommandations Européennes diversification)

Allaitement maternel

À promouvoir en permanence, en parler pendant la grossesse, voire avant la conception (80 % d'allaitement à la sortie de maternité dans certains pays, autour de 60 en France). Cultiver un environnement favorable peut augmenter la prévalence et la durée. Irremplaçable pour la santé de l'enfant...

Nourrir l'enfant à la demande de façon exclusive les 6 premiers mois suffit sur un plan nutritionnel, mais dans un but de prévention de l'allergie alimentaire, il est désormais recommandé d'introduire les différents

aliments dont le gluten entre 4 mois et 6 mois, si possible avant la fin de l'allaitement. Poursuivre jusqu'à 6 mois ou 1 an si possible, en association à d'autres aliments, en veillant à ce que ceux-ci apportent du fer.

Ne pourra jamais être imité par l'industrie. Il contient par exemple des lymphocytes et des anticorps humains spécifiques : c'est un lait « vivant ».

Plusieurs effets favorables à long terme de l'allaitement ont été prouvés ou suggérés : sur l'acuité visuelle, le quotient de développement, la pression artérielle, le taux de cholestérol, l'obésité ...

L'ictère au lait de mère n'est pas une contre-indication, le portage de HIV en est une.



Penser aux Vitamines K (pendant l'allaitement exclusif : suivre l'actualité des recommandations, ceci est encore discuté) et D.

La quantité peut être insuffisante, jamais la qualité. La production de lait est déterminée par La fréquence des tétées et la succion du bébé. L'augmentation du nombre de tétées augmente la production de lait. Le principal traitement des lymphangites est l'augmentation de la fréquence des tétées par le bébé lui-même ou par le tire-lait.

Pas de consignes strictes d'alimentation pour la mère qui allaite. Des omega 3 dont le DHA (poissons gras) sont intéressants pour mère et enfant.

En cas de complément ponctuel en maternité, mieux vaut utiliser un hydrolysât poussé de caséine. En cas d'allaitement mixte ou de relai, utiliser le lait qui aurait été choisi si la mère n'avait pas allaité.

La bière ne favorise pas la lactation, mais diminue la quantité bue par le nourrisson, qui n'aime pas le goût de l'alcool : les seins sont alors plus engorgés...

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/allaitement-maternel-mise-en-uvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant

-> http://espghan.med.up.pt/joomla/position_papers/Breastfeeding.pdf (recommandations européennes)

Allergie

Mécanisme immunologique responsable de maladies en constante augmentation. Elle est due aux aéroallergènes (acariens, graminées, chat, chien, arbres) ou aux trophallergènes (lait de vache, arachide, œuf, moutarde, poisson, fruits). Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, les tests cutanés (prick tests, possibles même chez le nourrisson) enfin les dosages des IgE spécifiques, limités en nombre (5 par ordonnance) et adaptés au problème clinique.

En pleine évolution avec les progrès de la biologie moléculaire permettant l'obtention d'allergènes natifs purifiés ou recombinants. Cette nouvelle approche a permis de classer en grandes familles biologiques les différents allergènes et d'expliquer le pourquoi des allergies croisées.

Faire la **différence entre sensibilisation et allergie** : on peut avoir des tests cutanés, des IgE spécifiques ou un multitest positifs à un allergène sans que ce dernier entraîne la moindre réaction clinique.

En l'absence de tests cutanés (en l'absence d'allergologue ou en cas de traitement antihistaminique impossible à interrompre), des tests sanguins multi allergènes de dépistage peuvent être utiles. Préférer les tests validés par la clinique et par la biologie (comme le Phadiatop® pour les allergies respiratoires). L'allergie respiratoire nécessite des mesures d'éviction si possible et d'aménagement de l'environnement. Le traitement de choix est représenté par la désensibilisation, bien acceptée actuellement car proposée en sublinguale. Les antihistaminiques (anti-H1) sont efficaces dans les rhinites et conjonctivites allergiques. Les anti-H1 ne sont pas des antiasthmatiques.

L'allergie digestive est souvent sévère et durable (sauf l'allergie aux protéines de lait de vache qui guérit souvent avant 2 ans). Elle nécessite l'éviction, en cas d'allergène formellement identifié, des anti H1 dans les formes urticariennes, corticoïdes et beta 2 mimétique en cas de bronchospasme, adrénaline en cas d'Anaphylaxie, actuellement disponible en stylos auto-injecteurs. Facteurs de gravité : ATCD d'anaphylaxie, asthme instable, allergie à l'arachide ou aux fruits à coque, retard à l'injection d'adrénaline.

La notion ancienne de régime « sans l'allergène » est devenue « le régime avec la plus grande quantité tolérée de l'allergène » : supprimer totalement l'allergène peut paradoxalement diminuer le seuil de réactivité.

Il est recommandé, en cas de risque d'allergie d'allaiter si possible au-delà de 6 mois. Ne pas retarder l'introduction d'aliments au-delà de 6 mois, y compris le gluten et l'oeuf. Les laits dits « HA », à condition d'avoir un dossier scientifique concluant, peuvent être utilisés jusqu'à 6 mois en réduisant modérément les signes cutanés d'atopie.



L'allergie aux protéines du lait de vache est de deux types :

- Anaphylaxie IgE dépendante, de diagnostic souvent aisé : urticaire, vomissements aigus ou choc après ingestion de lait.
- L'allergie "digestive", le plus souvent non IgE dépendante, est beaucoup plus difficile à diagnostiquer : manifestations atypiques à type de coliques, diarrhées, retard de croissance, vomissements répétés, reflux, rebelle, constipation, comportement irritable.

Pas d'examens complémentaires (patch test disponible, sa négativité n'exclut pas l'APLV), diagnostic par épreuve d'éviction réintroduction.

Se méfier par principe de ce diagnostic, probablement trop souvent évoqué. Essai bref de régime sans PLV (hydrolysat poussé de caséine ou hydrolysat de riz), à interrompre en l'absence d'effets favorables après 2 à 3 semaines.

Cas particulier de la colite au lait de vache du nouveau-né : rectorragies chez un bébé au lait artificiel, pouvant céder en quelques jours sous un hydrolysat poussé.

Ce syndrome est possible chez un enfant allaité, et peut parfois justifier un régime maternel sans protéines de lait. Il est réputé guérir en deux ou 3 mois. les autres allergies au lait justifient un régime de 6 mois au moins

-> <http://www.weballergies.com>

Pas à pas allergie aux protéines du lait de vache : 2009 : -> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas éruption sous médicament : 2011 :

-> www.pap-pediatrie.com

-> http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actions42_allergies.pdf : allergie alimentaires.

Amblyopie

Unilatérale : la rechercher sous forme de jeu, en cachant un œil puis l'autre dès 9 mois-1an.

Bilatérale : doit être suspectée devant tout comportement visuel inhabituel : ne suit pas des yeux, se heurte souvent, est maladroit.

Tout enfant ayant des antécédents familiaux oculaires sévères doit être examiné dès l'âge de 3-4 mois par un spécialiste.

Tout enfant ayant des antécédents familiaux de strabisme ou de trouble de la réfraction devrait avoir un examen ophtalmologique complet (étude de la réfraction sous cycloplégique) avant l'âge de 1 an. Voir **Pupille**, **Beaux yeux**.

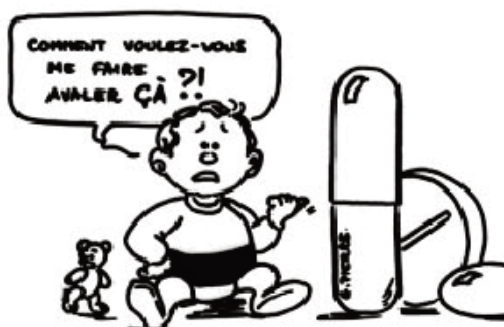
-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272178/depistage-precoce-des-troubles-de-la-fonction-visuelle-chez-lenfant-pour-prevenir-lamblyopie

-> <http://www.sfpediatrie.com/autres-pages/actualites/actualite/article/depistage-precoce.html>

AMM

Les prescriptions hors AMM sont fréquentes chez l'enfant, l'occasion de rappeler quelques notions méconnues :

- Idéalement la prescription doit se faire conformément à l'AMM (en sachant que la science peut évoluer plus vite que les AMM, et qu'on pourra vous reprocher l'utilisation de vieux médicaments déconseillés par les données actuelles de la science mais ayant gardé l'AMM).



- **La prescription hors AMM est suspecte** aux yeux de la justice en cas de plainte, elle peut mettre en porte à faux le médecin avec code civil et code de déontologie. On peut vous reprocher de ne pas l'avoir faite malgré tout, si elle est recommandée par les consensus nationaux ou internationaux (exemple, oesophagite érosive du nourrisson et antisécrétoires gastriques).

- **En cas de prescription hors AMM, deux conséquences** : prévenir les parents, et en théorie marquer « NR » sur l'ordonnance, la sécurité sociale n'étant pas censée rembourser le « hors AMM »...

- En cas de prescription hors AMM et hors recommandations de sociétés savantes (exemple : pleurs du nourrisson et IPP), vous vivez dangereusement, votre dossier sera indéfendable en cas de problème !!

-> <http://www.fdn.fr/~amagnouat/metge/spip.php?article102> (prescription hors AMM)

Anaphylaxie

Immédiate après le contact avec allergène, elle se traduit de façon variable, urticaire, œdème cutané, œdème laryngé, asthme, malaise, choc. **Le traitement d'urgence est l'adrénaline** (0,01 mg/Kg en intramusculaire, ou 0,15 mg < 20 Kg, 0,30 > 20 kg avec les stylos auto-injecteurs) et non les corticoïdes. En cas d'ATCD, prescrire la trousse d'urgence avec stylo auto-injecteur. Tout médecin devrait avoir de l'adrénaline à son cabinet. L'adrénaline sauve des vies !

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AL/al94-01.htm> (réactions anaphylactiques mortelles)

Anémie

Une anémie microcytaire discrète (jugée sur le chiffre d'hémoglobine) jusqu'à 12-18 mois est banale la plupart du temps (carence en fer) une anémie plus importante, ou de l'enfant plus âgé s'explore toujours : défaut d'apports, malabsorption, pertes de fer.

Questionner une adolescente anémique sur ses règles : abondance, durée, nombre de changes, changes la nuit.

Prévention de l'anémie du nourrisson : préparations pour nourrissons, de suite puis de croissance jusqu'à 3 ans, céréales pour bébé enrichies en fer vers 4-5 mois et jusqu'à 18-24 mois. Voir Lait. Attention, certains laitages pourtant « spécial bébé » ne contiennent pas de fer ! Lire les étiquettes...

Pas de traitement martial à l'aveugle devant une anémie vraie à 6 ans...

Les normes de la NFS et du VGM varient selon l'âge, par exemple : prédominance de lymphocytes chez le nourrisson sur la NFS (égalisation à 4 ans puis inversion), nombre de leucocytes supérieur à l'adulte. Chiffres inférieurs acceptables d'hémoglobine (de VGM) : 100 g/l (85) à 1 mois, 90 (77) à 2 mois, 105 (70) de 6 mois à 2 ans, 115 (75) de 2 à 6 ans.

-> <http://www.chu-sainte-justine.org/documents/Pro/pdf/anemie-enfants.pdf>

Pas à pas anémie chez l'adolescente : 2009 : www.pap-pediatrie.com

Angine

Soixante à 75 % des angines de l'enfant sont virales. Seules les angines à streptocoque Béta-hémolytique du groupe A (en dehors des exceptionnelles angines à gonocoque, anaérobies, ou de la diphtérie) se traitent par antibiotique. Il n'existe pas de critères cliniques permettant de distinguer une angine virale d'une angine bactérienne. Seul le test de diagnostic rapide permet de les différencier et de **ne prescrire les antibiotiques que lorsque c'est nécessaire.**

Le test rapide n'est pas recommandé au-dessous de 3 ans, où les angines sont le plus souvent virales.

Pas de prélèvement pour culture si le test rapide est négatif. Le traitement est efficace pour la prévention du RAA dans les 9 premiers jours de l'angine. Le traitement actuel repose sur une aminopénicilline 50 mg/Kg en deux prises pendant 6 jours ou éventuellement cefpodoxime 5 jours (macrolide en cas d'allergie : azithro, clarithro ou josamycine).

Les terrains à risque de RAA font l'objet de recommandations différentes ainsi que les angines atypiques pouvant évoquer une cause rare (diphtérie, gonocoque...).

La scarlatine se traite de la même manière, avec éviction scolaire les 48 premières heures d'antibiothérapie.

-> <http://sfpediatrie.com/upload/2/587/angine2002.pdf>

-> <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>

Angiome

Différencier l'angiome plan, définitif, de l'hémangiome (« framboise ») à évolution spontanément régressive, avant de porter un pronostic. La prise en charge thérapeutique des angiomes plans repose sur le laser, parfois d'utilisation très précoce.

Les bêta bloquants sont le traitement des hémangiomes, à discuter avec les dermato-pédiatres, peuvent améliorer de manière spectaculaire les angiomes immatures

-> <http://www.dermatobordeaux.fr/content/view/30/87/>

Anorexie

CHEZ LE NOURRISSON

Il boit et s'endort : anorexie « fonctionnelle » du nouveau-né.

Il boit et pleure : muguet, œsophagite, (problème de tétine, constipation, hydronéphrose, Allergie au lait de vache, lait trop chaud chauffé au micro-onde).

Il boit et s'essouffle : Insuffisance cardiaque ou respiratoire.

Il boit et tousse : fistule, trouble de déglutition.

Il boit et vomit : Sténose du pylore, obstacle digestif (voir à Vomissements), Infection urinaire, Allergie aux protéines du lait de vache...

Il refuse de boire (repousse la tétine, pleure à l'arrivée du biberon), mais sourit malgré une dénutrition : Anorexie psychogène (mots à utiliser avec précaution devant les parents).

Il refuse le lait : allergie aux protéines du lait de vache ?

CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

Ne jamais forcer un enfant à manger.

- En cas de pathologie organique, cela n'aura aucun effet, la balle est dans le camp du médecin.
- En l'absence de pathologie organique, un enfant ne se laisse jamais mourir de faim, le forcer peut aboutir à une anorexie (et n'entraîne en général pas l'ingestion de calories supplémentaires !).

Ne pas forcer ne veut pas dire ne pas imposer de règles, voir Erreurs alimentaires, Education.

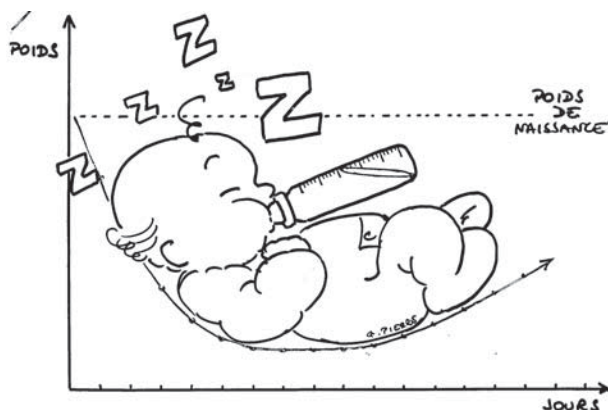
CHEZ L'ADOLESCENTE

Anorexie mentale : ne pas banaliser. Règle des « 4 A » : Adolescence, Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée.

Çela passe rarement tout seul... un traitement adapté précoce et suivi en réseau pluridisciplinaire (c'est-à-dire pédiatrique et pédopsychiatrique notamment, la synergie entre les deux étant fondamentale) améliore le pronostic, l'échec d'un premier traitement peut l'aggraver.

Pas à pas anorexie du nourrisson :

-> www.pap-pediatrie.com



Anorexie mentale

Pathologie quasi spécifique de l'adolescence, l'anorexie est un diagnostic clinique positif et non pas un diagnostic d'élimination : le tableau clinique est caractéristique et les symptômes relativement stéréotypés. Règle des « 4 A » : Adolescence, Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée, (sauf si hémorragie de privation d'une contraception). Mais les anorexies avant la fin, voire avant le début de la puberté deviennent plus fréquentes, dans ce cas le A d'Aménorrhée devient « Arrêt du développement pubertaire ».

L'anorexie mentale est une cause fréquente de l'amaigrissement brutal, le plus souvent d'une jeune fille (pré-) adolescente. La jeune fille a parfois des plaintes somatiques pour justifier sa perte d'appétit

(dysphagie...), et souvent la famille met en avant des demandes multiples d'examens complémentaires. C'est au médecin d'éliminer une pathologie organique (Crohn, tumeur cérébrale...), mais aussi de savoir y penser et limiter les examens (cf. **P**arachute). Parfois, il n'y a pas de perte de poids en valeur absolue mais un infléchissement de la courbe de poids (courbe d'IMC +++)
Évolution d'autant plus favorable qu'une prise en charge médicale et **P**sychiatrique, incontournable, est mise en place rapidement.

L'anorexie mentale est une maladie grave, longue, qu'on ne doit pas laisser s'installer et face à laquelle il faut réagir rapidement. La famille en particulier doit être aidée à percevoir la gravité de la situation et la nécessité de la prise en charge psychiatrique, voire dans certaines situations une hospitalisation dans un service spécialisé.

Critères d'hospitalisation :

- **Psychiatrique** : dépression sévère, risque suicidaire, crise familiale importante.
- **Somatique** : Index de masse corporelle < 13 Kg/m² (ou cinétique rapide de perte de poids), aphagie totale. Fréquence cardiaque au repos <40 ou > 90/min ; TA systolique < 80, température < à 35,5 ou > 38°C, malaises, épuisement, troubles de conscience. Tests paracliniques perturbés : pH, Na, K, TP, urée, créatinine, transaminases, NFS, ECG, CRP.

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/AH04-01.htm> (régimes chez l'adolescent)

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/am96-04.htm> (troubles de l'alimentation)

-> <http://www.chu-rouen.fr/ssf/psy/anorexiementale.html>

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/anorexie-mentale-prise-en-charge?xtmc=&xtcr=34

Pas à pas anorexie mentale

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas anorexie mentale de l'enfant pré pubère

-> www.pap-pediatrie.com

Antibiotiques

Médicaments « salvateurs », qui peuvent parfois faire ou défaire... la réputation d'un médecin par leur prescription ou non-prescription.

Résister à la tentation ou aux pressions parentales en cas d'infection virale ou de gastroentérite (voir à **D**iarrhée, **R**hinopharyngite). Les virus ne se traitent pas par antibiotique, même en ayant le but d'éviter une surinfection.

Utiliser selon les règles : pas de céphalosporines de 3^e génération orales dans les **R**hinopharyngites ! En fait, pas d'antibiotiques de première intention dans les rhino-pharyngites, les bronchites, les **B**ronchiolites (non compliquées), les **L**aryngites. Un choix limité dans les **O**tites confirmées par otoscopie (antibiothérapie facultative, incluant amoxicilline en première intention ou céphalosporines de 2^e ou 3^e génération en cas d'allergie).

Ne pas utiliser à l'aveugle sans foyer infectieux, surtout chez le moins de 3 mois.

Respecter la pharmacocinétique (nombre de prises quotidiennes).

L'échec d'un antibiotique est défini par l'absence d'amélioration après 72 heures de traitement bien conduit (attention à l'observance !).

Attention au coût et à l'écologie bactérienne !

Utiliser les molécules plus anciennes (souvent moins chères) et au spectre le plus étroit possible en fonction de l'infection.

Les tétracyclines sont interdites avant 8 ans, les quinolones avant 15 ans (ces dernières sont cependant utilisées pour certaines infections graves et dans la **M**ucoviscidose).

L'augmentation des résistances est préoccupante : pneumocoque et pénicilline, streptocoque et macrolides, BSLE (entérobactéries) et céphalosporines +++. Tenez-vous au courant des consensus à propos du traitement de ces germes.

-> http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php (consensus en infectiologie)

Apnées du sommeil

Elles existent chez l'enfant !!! 2 à 3 % des 3-6 ans ont un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS). La principale cause est l'**hypertrophie adéno-amygdalienne**. Un SAS non traité peut aboutir à des complications graves : retard staturo-pondéral, HTA, déficits neurocognitifs, syndrome dépressif,...

Il est possible de réaliser une mesure de la SaO₂ à domicile pendant la nuit, mais la polysomnographie est l'examen de référence pour authentifier l'atteinte et en quantifier la sévérité. L'adéno-amygdalectomie est le traitement de première intention (l'âge de l'enfant n'est pas un facteur limitant). La Pression Positive Continue nocturne est parfois indiquée dans les formes sévères persistantes après chirurgie.

Voir à **R**onflements

Appendicite

L'appendicite peut être d'autant plus trompeuse que l'enfant est plus jeune : fièvre parfois élevée, diarrhée, défense moins nette... Prudence !

® Imagerie : échographie.

-> <http://www.pediatric-surgery.org/appendicite>

-> http://chirurgieinfantile.r-politi.com/intestin_grele_et_appendice/appendicite.html

ASLO

Ce dosage n'est utile que dans des circonstances cliniques et biologiques très précises : polyarthrite associée à une VS élevée au-delà de 50, pour faire le diagnostic d'infection streptococcique récente ou ancienne (selon le taux et ses variations), et aider à un diagnostic d'arthrite post streptococcique ou glomérulonéphrite post-streptococcique. Le diagnostic de RAA se fait plutôt sur un syndrome inflammatoire et un allongement de PR à L'ECG.

Ne pas traiter un signe biologique isolé...

Asthme

À ne pas confondre avec allergie.

L'asthme de l'enfant est la première maladie chronique à cet âge, l'asthme du nourrisson est fréquent, et insuffisamment traité. Le diagnostic est souvent fait avec retard :

Chez le nourrisson, 3 bronchites avec sifflement avant l'âge de 3 ans suffisent pour faire le diagnostic d'asthme.

Le diagnostic d'asthme de l'enfant, est également clinique : toux nocturne (ce n'est pas un reflux !!), sifflement lors des crises, toux et sifflement à l'effort. Penser aux EFR dès l'âge de 6 ans.

La crise d'asthme est une urgence, dont le traitement commence à domicile et repose sur les bêtamimétiques de courte durée d'action (savoir les répéter, il n'y a pas de doses maximale par voie inhalée, il faut faire céder la crise) ± la corticothérapie orale et non les corticoïdes inhalés. Ces deux médicaments font partie de la trousse d'urgence des médecins.

Les critères de gravité sont la gêne respiratoire, la difficulté de se mouvoir ou de parler, la diminution du murmure vésiculaire et l'hypoxémie (SaO₂% par oxymétrie de pouls) Penser à poursuivre le traitement par B-mimétiques les jours qui suivent la crise et à remettre un plan d'action.

Adapter le mode d'administration du traitement à l'âge de l'enfant.

L'enfant asthmatique doit mener une vie active normale, il doit bénéficier d'un traitement de fond pour une durée 3-6 mois minimum, avec l'objectif d'obtenir le contrôle de l'asthme (absence de symptômes diurnes, nocturnes, vie sociale normale et fonctions respiratoires normales). Il repose sur la corticothérapie inhalée, à laquelle peuvent s'associer les beta-2 mimétiques de longue durée d'action et les anti-leucotriènes.

S'assurer qu'un enfant avec un diagnostic d'asthme a eu au moins ® une radio pulmonaire de face. Faire un cliché en cas de crise d'asthme fébrile ou grave. **Le traitement doit être plus préventif et continu que ponctuel et aigu.**

Accorder de l'importance au contrôle de l'environnement et à la tenue d'un calendrier de surveillance des manifestations respiratoires.

Voir Chambre d'inhalation, Education.

-> <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm> (traitement de l'asthme)

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_796722/asthme-de-l-enfant-de-moins-de-36-mois-diagnostic-prise-en-charge-et-traitement-en-dehors-des-episodes-aigus

-> http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/asthme_de_lenfant_de_moins_de_36_mois_-_recommandations.pdf

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272363/recommandations-pour-le-suivi-medical-des-patients-asthmatiques-adultes-et-adolescents

-> <http://www.splf.org/s/IMG/pdf/recoSPLF.pdf>

Attitude scoliotique

(Voir « Scoliose » et « Gibbosité »)

Motif fréquent de consultation, souvent confondue avec une « vraie » scoliose : l'absence ou la présence d'une gibbosité fait la distinction (il n'y a pas de vraie et fausse scoliose). Une attitude scoliotique n'évolue pas vers une « scoliose ».

Conduite à tenir : pas de rééducation vertébrale, renforcement des activités physiques et sportives.

Rassurer la famille sur cette situation, particulièrement fréquente chez les pré adolescents.

® Pas de radiographie enfin.

Audiovisuel

Invention utile et diabolique...

- Danger des baladeurs et concerts de rock pour l'audition : quelques dizaines de minutes suffisent à certains niveaux pour des dégâts auditifs irréversibles (au-delà de 2 h à 100 décibels, une heure à 105 décibels, 15 minutes à 115 décibels, immédiat à 120).

- Épilepsie et écrans : certains enfants y sont sensibles.

- Violence, sexe et enfant : l'influence sur le développement de l'enfant peut être néfaste.

- "Addictions" aux jeux vidéo ou à l'ordinateur : certains y passent leurs jours et leurs nuits : donner des conseils préventifs : ordinateur dans une pièce commune ou un endroit de passage, limiter le temps passé devant les écrans par jour (maximum 2 heures), logiciel de contrôle parental. Mettez les parents et les enfants en garde contre les prédateurs du web et les jeux en réseaux « addictogènes »...

- Pas de télévision ou d'ordinateur dans la chambre des enfants...

- Rôle néfaste de la télévision sur l'activité physique, la sociabilité, l'alimentation de l'enfant et l'Obésité.

La règle « 3-6-9-12 » : vise à éviter le bouleversement du développement neuro-sensoriel et de la personnalité que peuvent provoquer les différents écrans s'ils sont mal utilisés.

- Pas de télé avant 3 ans, avec discernement après

- Pas de console vidéo avant 6 ans

- Pas d'internet avant 9 ans, toujours accompagné

- Pas d'internet seul avant 12 ans, avec des règles : dans une pièce commune, horaires limités.

Télé, voir ordinateur dans la chambre sont fréquents... très tôt (il paraît que certains ont aussi un frigo, pour les canettes de soda !!)

La lutte contre l'audiovisuel abusif peut faire partie de l'éducation à la santé faite par les médecins.

-> http://www.mpfef.gov.ml/d_e_bibliotheque/e72.pdf (répercussions de l'usage des médias)

Autisme

Affection caractérisée par des perturbations dans les interactions sociales, le comportement et la communication.

Diagnostic clinique, difficile mais qui devrait être fait avant 2 ans.

Chez le nourrisson : défaut d'anticipation ou de réponse aux stimuli maternels. Bébé trop sage, qui se manifeste peu. Insomnie « calme ». Regard peu expressif, visage sérieux, interrogations sur la poursuite oculaire.

Chez le petit enfant : peu de babil, absence de dialogue mère-enfant. Apparition d'activité de mains stéréotypées (jeux de mains devant les yeux). Absence d'intérêt pour les jouets, pour les autres enfants ou les adultes de l'entourage, regard « transparent ». Retard de langage ; s'il est présent il est souvent inadapté au contexte, souvent écholalique. Parfois les éléments nouveaux amènent un comportement agressif.

Les éléments positifs : Stéréotypies de balancement, d'agitation de mains, jeux répétitifs : ouvrir et fermer les portes, les lumières, faire rouler un objet.

Certains enfants ont un retard mental associé, mais pas toujours (syndrome d'Asperger)

Attention aux diagnostics différentiels, en particuliers la dysphasie grave, certaines anomalies génétiques ou troubles psychopathologiques.

Un avis pédopsychiatrique est impératif précocement. Des tests comportementaux existent. Un Centre de Ressource Autisme, peut faire cette évaluation y compris chez l'enfant très jeune. Un travail pluridisciplinaire est indispensable pour la prise en charge.

Aucun régime n'a fait la preuve d'une quelconque efficacité, mais internet en propose ! (Par exemple sans gluten et sans caséine.)

-> http://www.inforautisme.com/02quoi/depistage_chat.htm

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme

Autoroute

Association de symptômes impliqués dans la démarche diagnostique souhaitée par le médecin pour aboutir au diagnostic qui lui convient.

L'autoroute permet d'aller plus vite, mais n'admet pas les routes secondaires ni les déviations.

Beaux yeux

Attention aux enfants aux « trop grands yeux » : la mégalo-cornée peut être associée à un glaucome congénital.

Quant aux sclérotiques bleues elles s'associent à certains types d'ostéogénèse imparfaite

-> <http://www.univ-st-etienne.fr/saintoph/finit/ophtalm7/glocong.htm> (glaucome)

Boiterie

Une boiterie se voit et s'entend ! Elle doit être distinguée d'un banal « trouble de la démarche » (comme par exemple « les **P**ieds qui tournent »). Le fil conducteur diagnostique de ce symptôme est représenté par l'âge de l'enfant.

1) Une boiterie chez **l'enfant de 3 ans à 7 ans** est potentiellement le signe d'une pathologie sévère et **orienté vers les Hanches**, même si la douleur paraît plus distale (genou).

® Imagerie conseillée : radiographie du bassin de face, écho de hanches dans un second temps.

La synovite aiguë transitoire (« rhume de hanche ») d'installation brutale est une pathologie fréquente et bénigne, rapidement résolutive qui nécessite le repos strict pendant quelques jours... Elle doit cependant faire éliminer une affection « concurrente » : l'ostéochondrite primitive de hanche (ou maladie de Legg Perthes Calvé). Au début, les deux tableaux peuvent être confondus, d'où la règle de recontrôler radiologiquement un rhume de hanche après quelques semaines d'évolution pour éliminer formellement l'ostéochondrite.

2) **Avant trois ans**, contrairement à l'adage précédent, c'est **rarement la hanche** qui est en cause : rechercher plutôt une fracture sous périostée de la jambe ou toute autre cause traumatique (penser à une maltraitance).

3) Entre **10 ans et 15 ans**, c'est **l'âge de l'épiphysiolyse** fémorale supérieure, dont le diagnostic ne doit pas être méconnu car le traitement chirurgical est assez simple au début du glissement de la tête.

® Imagerie : bassin face + 2 hanches de profil +++

4) **Il n'y a pas d'âge pour faire une ostéite** ou une arthrite. Penser aussi à la spondylodiscite. En y pensant toujours, on n'y pense jamais assez.

5) Simulation : quel que soit son âge, un enfant est rarement un simulateur. Une boiterie est a priori le témoin d'une pathologie organique. Il ne cherche pas une prolongation d'arrêt de travail ; il est au contraire pressé de retourner à ses jeux !

Ne jamais banaliser. Dans tous les cas, importance de l'examen clinique :

- Recherche d'une amyotrophie (**à mesurer** avec un centimètre de couturière ++),
- Recherche d'une limitation des amplitudes articulaires (abduction et rotation des hanches)
- Lecture avertie des clichés simples
- Pas d'imagerie sophistiquée en première intention (IRM, scintigraphie, etc.).

-> http://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20090916080712violasConf_6_boiterie-Violas.pdf

Pas à pas boiterie

-> www.pap-pediatrie.com

Bronchiolite

Le VRS et le méta pneumovirus sont responsables des épidémies hivernales et de nombreuses hospitalisations. Celles-ci sont justifiées par la mise en jeu du pronostic vital : le nourrisson de moins de 6 semaines, la gêne respiratoire sévère, le refus des biberons, l'hypoxémie (SaO₂)

Le traitement est symptomatique, et repose sur la kinésithérapie qui n'a pas fait la preuve de son efficacité, le lavage du nez expliqué aux parents, le maintien d'une bonne hydratation et alimentation du nourrisson, et l'oxygénothérapie à l'hôpital. Les bêtamimétiques de courte durée d'action peuvent être parfois efficaces (en faire l'essai au cabinet). Pas de corticothérapie inhalée. Pas de traitement Antibiotique systématique : le réserver aux fièvres persistant au-delà de 3 jours aux pneumonies ou atélectasies confirmées par la radio. L'amoxicilline-acide clavulanique peut être choisie dans ces cas. Les mucolytiques et muco-fluidifiant sont contre-indiqués chez le nourrisson de moins de 2 ans.

L'objectif de la prévention des infections à VRS, Elle repose et sur les anticorps monoclonaux

anti-VRS, sont disponibles : le palivizumab et le nirsévimab.

Une stratégie préventive, celle de la vaccination maternelle, L'injection unique, réalisée en intramusculaire chez la femme enceinte entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée (SA) permet de protéger les enfants durant leurs six premiers mois de vie grâce aux anticorps transmis par la mère.

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271917/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson -> <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;118/4/1774.pdf> (recommandations AAP)

Le traitement est symptomatique, et repose sur la kinésithérapie qui n'a pas fait la preuve de son efficacité, le lavage du nez expliqué aux parents, le maintien d'une bonne hydratation et alimentation du nourrisson, et l'oxygénothérapie à l'hôpital. Les bêtamimétiques de courte durée d'action peuvent être parfois efficaces (en faire l'essai au cabinet). Pas de corticothérapie inhalée.

Pas de traitement Antibiotique systématique : le réserver aux fièvres persistant au-delà de 3 jours, aux pneumonies ou atélectasies confirmées par la radio. L'amoxicilline-acide clavulanique peut être choisie dans ces cas.



Les mucolytiques et mucofluidifiants sont contre-indiqués chez le nourrisson de moins de 2 ans.

Il n'y a pas de vaccin mais il existe des AC monoclonaux par voie IM réservée à certains nourrissons à risque (cardiaques, grands prématurés).

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271917/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson

-> <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;118/4/1774.pdf> (recommandations AAP)

Calendrier

La tenue d'un calendrier peut être très utile dans certaines pathologies chroniques.

L'intérêt peut être diagnostique, étiologique, voire thérapeutique.

Il peut permettre de retrouver le facteur déclenchant, d'apprécier la fréquence du symptôme et même parfois d'avoir une vertu thérapeutique en discutant avec l'enfant et en lui faisant prendre conscience de l'intérêt que l'on porte à son trouble.

Les exemples sont nombreux : migraine, asthme, douleurs abdominales récidivantes, énurésie, encoprésie, malaises, troubles du sommeil, du comportement, suspicion d'allergie alimentaire, etc.

A l'inverse certains parents obsessionnels sont capables de tenir un calendrier « tous azimuts » avec les selles, urines, poids, température, alimentation, pleurs : prise en charge impérative car pathologique et délétère !!

Carnet de santé

À **remplir scrupuleusement**, lisiblement et régulièrement : lien indispensable entre professionnels de santé (votre dossier informatique ou papier ne va pas suivre votre patient partout !). Attention à ce qui

est inscrit ! Il peut tomber (par erreur : l'école, la mairie... n'ont pas le droit de le demander) entre des mains non-médicales. Éviter les termes trop négatifs : « ne parle pas, ne marche pas », trouver des périphrases compréhensibles par les médecins : test de sueur positif au lieu de mucoviscidose, station assise non acquise, surveiller PC...

Souvent un désert (médical) au-delà de 3 ans, surtout pour la croissance et la courbe d'IMC. Voir à Croissance et à Médecin de famille, Renseignements cliniques.

Conseiller aux parents de scanner ou de faire régulièrement une photocopie, au moins des pages de vaccination et des courbes de croissance. En cas d'incidents (incendie, eau) ou de perte, cela facilite énormément la rédaction d'un nouveau carnet de santé.

-> <http://vosdroits.service-public.fr/F810.xhtml>

-> http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf

Caustiques

Toute ingestion ou suspicion d'ingestion de caustiques (base ou acide) nécessite une évaluation médicale. Une endoscopie digestive pourra être nécessaire selon le type de caustique et la symptomatologie.

Produit extrêmement dangereux et fréquents au domicile : déboucheurs de canalisations, lessive pour lave-vaisselle.

Mettre en garde contre les produits dangereux déconditionnés dans des bouteilles d'eau !

Les ingestions d'eau de Javel à usage domestique, commercialisée en France, diluée ou concentrée, sont rarement cause de lésions caustiques ou intoxications graves, de par la faible quantité ingérée et la faible concentration. Les doses massives, les produits venant d'autres pays ou les associations avec d'autres corrosifs font par contre courir le risque de problèmes digestifs ou métaboliques graves.

-> <http://hepatoweb.com/congres/beaujon2005/gastrobeaujon2005/gornet.pdf>

-> http://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20110124093859mlegoudiCAT_Ingestion_caustique_%28Dr_Dabadie%29.pdf

Céphalées

Concernent 5 à 10 % des enfants et 15 % des ados.

CHRONIQUES : Migraines au premier plan ; la migraine est un diagnostic essentiellement clinique (évolution par crise avec intervalles libres, caractéristiques sémiologiques précises, examen normal entre les crises). Pas ® d'imagerie neuroradiologique ou de sinus, d'avis ophtalmo, d'EEG, quand tableau typique (ce qui est difficile à établir avant 6 ans, une imagerie est donc plus fréquemment demandée chez le jeune enfant).

Explorer les céphalées quand vomissements (surtout si matinaux, soulageant les douleurs) ou signes neurologiques associés : hypoacousie, troubles d'équilibre, changement de caractère ou signes à l'examen clinique ; ® scanner ou IRM.

Autres étiologies : troubles de la réfraction (non en cause dans les céphalées nocturnes et matinales), sinusites (souvent autres signes plus spécifiques associés), causes psychogènes, tensionnelles.

AIGUËS : Méningites, Hématomes sous-duraux, Hypertension intracrânienne, toxiques, hypertension artérielle.

Prendre la Pression artérielle de tout enfant que vous examinez à partir de l'âge de 3 ans ou avant si les signes ou les symptômes le justifient.

Penser à la méningite en cas de fièvre.
Auscultation des vaisseaux du cou.

-> http://sfpediatrie.com/upload/2/419/migraine_recos.pdf

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272212/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-de-la-migraine-chez-ladulte-et-chez-lenfant-aspects-cliniques-et-economiques

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Chambre d'inhalation

Objet indispensable pour l'administration des traitements inhalés. Élément nécessaire de la trousse d'urgence d'un médecin, qui doit être formé à former les patients ou leurs parents. Le plus souvent aussi efficace que les nébulisations pour l'administration des bêta2 mimétiques.

-> <http://www.asthme76.com/index.php?post/Les-dispositifs-dinhalation-la-chambre-dinhalation>

Chaussures

N'ont pas de vertu thérapeutique ; élément vestimentaire comme un autre.
Voir à Pieds plats

-> <http://www.cps.ca/Francais/enonces/CP/ChaussuresEnfants.htm>

Coliques du nourrisson

Manifestations d'inconfort de nourrissons de moins de 4 mois, qui pleurent de façon chronique le soir après le biberon (et non pendant, voir Anorexie), en se tortillant, par définition plus de 3 heures par jour et plus de 3 jours par semaine. Grande inquiétude des parents (parfois aussi exaspération, attention au syndrome de l'enfant secoué...), mais parfait état général et nutritionnel de l'enfant, examen clinique normal. Le traitement est difficile et commence par **rassurer les parents**, leur conseiller de se relayer auprès du bébé et régulariser le rythme des biberons (« pleurs » ne signifient pas systématiquement « faim »).

Les coliques mettent en difficulté aussi bien les parents que le médecin, qui craint de passer à côté d'une pathologie organique (et la liste est longue !)... mais bénignes. Un seul changement de Lait vaut éventuellement la peine (chez l'enfant avec préparation lactée pour nourrisson) : **essayer une préparation sans lactose et sans protéines bovines** (hydrolysate de caséine ou de protéines de riz) pour quelques jours, ne pas insister si pas d'amélioration. Parler avec les parents en rassurant sans minimiser, repérer une déprime maternelle.



Penser à l'aérophagie (tétine).

Les coliques ne doivent pas faire interrompre l'allaitement maternel !

Le lactose et le reflux gastro-œsophagien ont un rôle discuté et probablement très marginal dans les

coliques.

L'utilisation des inhibiteurs de la pompe à proton n'est ni autorisée ni conseillée dans les pleurs du nourrisson.

Les nourrissons ne sont pas des tuyaux, la médecine de l'enfant pas de la plomberie !

Pas à pas pleurs excessifs du nourrisson : 2008 :

-> www.pap-pediatrie.com

Colon irritable

Première cause de **D**iarrhée chronique chez un enfant de 1 à 3 ans, faite de selles nombreuses, abondantes et nauséabondes, contenant parfois des résidus d'aliments et des glaires ; non organique car courbe de croissance conservée (sauf si régime anti diarrhéique déséquilibré). Les fesses ne sont pas rouges... Fréquente, bénigne, source d'examens (**C**oprocultures, anticorps, transit du grêle...) et traitements inutiles. Cause fréquente : excès de jus de fruits ou de boissons sucrées, défaut de lipides ou excès de protéines dans l'alimentation (voir **E**rreurs alimentaire).

Un dosage d'élastase fécale peut se discuter (la croissance peut être préservée dans l'insuffisance pancréatique par augmentation des apports). Pas de traitement, la normalisation de l'alimentation suffit parfois, sinon : évolution favorable avec l'âge.

Constipation

En l'absence de débâcle, de subocclusion ou d'altération de l'état général, la constipation de l'enfant est presque toujours fonctionnelle.

Les meilleurs critères diagnostiques : **selles grosses et dures, la difficulté d'émission des selles.**

La cause peut être une alimentation pauvre en fibres et en eau, mais surtout un enfant qui se retient (pression éducative, fissures, école).

Une explication de ce mécanisme, une alimentation adaptée associée à des laxatifs osmotiques à forte dose (en pratique : PEG) pendant quelques semaines permet souvent de régler le problème. Les laxatifs osmotiques peuvent être donnés sur plusieurs mois dans les formes récidivantes ou rebelles.

Rechercher et traiter la fissure (source de pérennisation et d'échec du traitement médical).



La constipation est possible chez un enfant allaité : jusqu'à une selle par semaine ou moins, (record publié : une selle par mois...) ne pas s'inquiéter en l'absence des signes d'organicité cités plus haut. Méfiance pour les eaux trop minéralisées, traditionnellement utilisées mais exposant au risque de néphrocalcinose et d'hypermagnésémie chez le tout petit.

® **Le Lavement baryté est inutile** en première intention, surtout en cas d'**E**ncoprésie.

Ne pas laisser un enfant avoir des fécalomes ! La motricité recto-colique risque de s'altérer avec le temps, une **E**ncoprésie peut apparaître. Les laxatifs choisis et à forte dose sont efficaces et sans danger, les fécalomes, eux, sont dangereux à long terme. Les fissures anales dues à la constipation se situent généralement à 6 h ou 12 h : elles entraînent une aggravation de la constipation.

La constipation peut être méconnue par les parents de grands enfants.

Les **S**érvices sexuels sont une cause possible de fissures, de constipation avec ou sans encoprésie.

En pratique la constipation est souvent secondaire à l'éducation au sens large et rythmée par les grandes étapes : acquisition de la propreté entre 1 et deux ans, école maternelle à 3 ans, entrée au CP à 6 ans, collège à 11 ans ! Ceci est du au vécu de l'apprentissage ou aux conditions offertes pour aller aux toilettes.

Pas à pas constipation : 2009 :

-> www.pap-pediatrie.com

-> <http://www.naspghan.org/user-assets/Documents/pdf/PositionPapers/constipation.guideline.2006.pdf>

Contraception

Demande souvent complexe et ambivalente de la part de l'adolescente. Elle peut être prescrite sans examen gynécologique préalable, cet examen étant souvent redouté et prétexte à éviter la consultation. Elle concerne l'intéressée elle-même et doit être **dégagée de motifs parentaux** éventuels.

Elle nécessite une rencontre souvent prolongée, **en tête à tête**, où le droit au respect du secret professionnel est à confirmer à l'**A**dolescente.

Cette demande peut et doit être l'occasion d'une information sur les réalités anatomiques et physiologiques du corps, des modes de contraceptions, de leurs avantages et risques.

Penser que certaines jeunes filles pensent être protégées des MST par la pilule...

Savoir aussi que des rumeurs courent qui disent que la pilule donne le cancer, ou qu'il faut l'interrompre de temps en temps pour laisser l'organisme « récupérer » !

Les médecins doivent connaître et penser à prescrire aux adolescents la contraception d'urgence dite à tort « pilule du lendemain » (6000 grossesses par an en France chez l'adolescente et de très nombreuses IVG). L'information doit être délivrée aux adolescents

-> http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/001/index.htm

Pas à pas : 2011 :

-> www.pap-pediatrie.com

Conversion

Attention aux paralysies brutales et aux plaintes somatiques spectaculaires, sans substratum organique manifeste. La conversion est classique chez l'enfant autour de 8/10 ans et chez l'adolescent.

Ne jamais parler de simulations, savoir limiter les examens complémentaires et surtout les bénéfiques secondaires. Ce sont en soi les meilleurs traitements avec la réassurance. Il faut également ensuite rechercher les difficultés psychiatriques et psychologiques sous-jacentes avec l'enfant et sa famille, et s'interroger sur l'intérêt d'un suivi pédopsychiatrique.

Convulsion fébrile

Une crise épileptique fébrile simple typique, toujours associée à de la **F**èvre, de 9 mois à 5 ans, Brève (< 20 mn), généralisée (après un an), à examen neurologique normal au décours, et sans ATCD de convulsion on fébrile ne justifie **ni EEG**, **® ni scanner**, **ni traitement antiépileptique** à visée préventive. On retrouve souvent des ATCD familiaux.

Une crise fébrile complexe fait discuter un EEG sans urgence et un **® scanner** (pas de consensus sur ce point).

Ponction lombaire quasi systématique avant un an car le diagnostic de **M**éningite est difficile à cet âge et les convulsions fébriles plus rares, PL facile au-delà de 1 an.

Dédramatiser les crises simples et informer du risque de récurrence. Éducation sur l'utilisation des antipyrétiques (paracétamol en première intention à bonne dose, même si le rôle préventif de ce traitement sur les convulsions n'est pas établi).

Coproculture

Examen souvent inutile (en particulier l'éternelle recherche de Rotavirus) car il ne débouchera sur aucun traitement : hors terrain particulier, les **Staphylocoques** (même dits « pathogènes »), **Pseudomonas**, **Candida**, **Colibacilles**, **Proteus ne nécessitent aucun traitement**, dans les diarrhées chroniques ou diarrhées aiguës, dont ils ne sont pas responsables. **Les antiseptiques intestinaux n'ont aucune indication.**

Seules exceptions : faire une coproculture devant jeune nourrisson, diarrhées invasives, très fébriles ou devant une suspicion d'intoxication alimentaire. Intérêt : avoir un antibiogramme dans les rares cas où l'on poserait une indication d'antibiothérapie (résistance fréquente des salmonelles et shigelles).

Une salmonellose ne se traite par antibiotiques qu'en cas de fièvre élevée ou de terrain fragile (comme le nourrisson), et dans ce cas par voie intraveineuse, à l'hôpital. Un portage de salmonelles n'appelle aucun traitement, mais des mesures d'hygiène renforcées. Parmi les bactéries, seule la Shigelle est traitée systématiquement. Le traitement est très discuté pour Yersinia et Campylobacter.

Voir à Diarrhée, Antibiotiques, Examens.

Coqueluche

La Coqueluche Maladie infantile, évitable par le vaccin...mais les adultes ne sont plus protégés et les jeunes parents contaminent leur nourrisson en faisant des formes atypiques en fin d'immunité vaccinale. D'où le rappel conseillé chez l'adulte jeune. Met en jeu le pronostic vital des nourrissons de moins de 6 mois, avec des malaises, des quintes et une reprise inspiratoire bruyante qui épuise le nourrisson. L'hospitalisation est indispensable pour la surveillance (apnée, bradycardie, refus d'alimentation). Les macrolides peuvent être efficaces : **clarithromycine en première intention chez l'enfant et l'adulte.**

Plus, pour diminuer la contagiosité de la maladie que pour raccourcir sa durée (il faudrait pour cela un traitement très précoce). Le diagnostic repose sur la PCR en urgence, et la culture est possible sur un milieu spécial. Lorsqu'elle est positive, elle permet la surveillance épidémiologique et d'adapter les vaccins. Penser à la prophylaxie de l'entourage et des nourrissons qui repose sur les macrolides. Les épidémies hospitalières ne sont pas rares... Les soignants doivent être à jour ! ->

La coqueluche connaît une recrudescence des cas en France depuis le début de l'année 2024. Face à cette situation, les autorités de santé recommandent une vigilance accrue et la mise à jour des vaccinations afin de réduire le risque de forme grave chez les nouveau-nés et les nourrissons et de protéger les adultes.

L'immunité contre la coqueluche n'est pas définitive, il est possible de contracter la coqueluche plusieurs fois dans sa vie. En effet, le fait d'avoir déjà eu la maladie donne une protection immunitaire qui s'affaiblit peu à peu au fil du temps. Pour une protection optimale, la vaccination contre la coqueluche nécessite **plusieurs rappels.**

Quelles sont les recommandations vaccinales ?

Des femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de grossesse, en privilégiant la période entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée, pour protéger le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à ses 6 mois grâce au transfert actif transplacentaire des anticorps maternels ;

des nourrissons avec la première dose dès 8 semaines, que la mère ait été vaccinée ou non durant la grossesse, et la deuxième dose à 4 mois, avec un rappel à 11 mois. Les infections mineures (rhinopharyngite, otite, bronchite ou diarrhée modérée par exemple) et/ou une fièvre de faible intensité ne doivent pas entraîner le report de la vaccination.

En l'absence de vaccination de la femme enceinte pendant la grossesse, une stratégie de cocooning par la vaccination doit être mise en place :

- pour la mère en post-partum immédiat, avant la sortie de la maternité, même si elle allaite ;
- pour l'entourage du nouveau-né (parents, fratrie, grands-parents et autres personnes susceptibles d'être en contact étroit et durable avec le futur nourrisson au cours de ses 6 premiers mois). Une dose de rappel pour l'entourage proche du nouveau-né/nourrisson peut être administrée si la dernière injection date de plus de 5 ans.

À noter : lorsque la mère a été vaccinée pendant sa grossesse et qu'au moins un mois s'est écoulé entre la vaccination et l'accouchement, il n'est plus nécessaire de vacciner l'entourage proche du nourrisson.

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-preventionvaccinale/Coqueluche/Aide-memoire> ->
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20080905_coqueluche.pdf

Corps étranger

• Respiratoire

- Aigu : syndrome de pénétration (toux, suffocation), endoscopie urgente, même si amélioration, souvent transitoire.

Faire une ® Radio de thorax de face inspiration ET expiration. Attention, les corps étrangers atterrissent presque aussi souvent à gauche qu'à droite.

Corps étranger trachéal : **pas de manœuvre de Heimlich si pas de suffocation**, si l'enfant peut parler, tousser. Dans le cas contraire (ne parle pas, ne pleure pas, ne tousse pas), on a 2-3 minutes devant nous

! Expliquer aux parents cela vers 9 mois, et les manœuvres à faire.

Si suffocation et échec de la manœuvre de Heimlich (forte et brusque pression épigastrique exercée de bas en haut), ou Moffenson chez le petit (fortes percussions dorsales chez un jeune enfant allongé sur la cuisse) ventilation au masque à forte pression. Voir Inhalation.

- Chronique : pneumopathie récidivante dans un même territoire et risque de dilatations des bronches.

• Digestif

Extraction si volumineux, pile au lithium, agressif, œsophagien, signes cliniques, si stagne dans l'estomac plus de 3 semaines (pile bouton plus de 48 heures).

® Radiographie ou fluoroscopie d'abdomen, endoscopie dans le doute (objet radio transparent, suspicion de corps étranger œsophagien).

-> <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/10974.pdf> (corps étrangers digestifs)

-> <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/orl/pharynglaryng/193b/lecon193b.htm> (inhalation)

Corticoïdes

Toujours préférer la voie topique quand c'est possible : cutanée, inhalée.

La voie orale est bien tolérée en cures courtes inférieures à 10 jours. Ce traitement peut être arrêté brutalement, sans décroissance.

En urgence (asthme, laryngite) et en l'absence de vomissements, **la voie parentérale n'est pas supérieure à la voie orale.**

Un traitement prolongé nécessite un régime pauvre en sel, une surveillance de la croissance en poids (augmentation de l'appétit) et en taille (risque de blocage de la croissance quelle que soit la voie d'administration). Un supplément de vitamine D peut-être prescrit. Un traitement prolongé provoque un repos surrénalien, attention ! Arrêt progressif indispensable.

Attention à l'association stress et cortisone (méningite, asthme) : risque d'ulcères gastroduodénaux (qui n'existe pas quand les corticoïdes sont pris hors d'un contexte de stress sévère).

Crohn

Maladie non rare, délai de diagnostic dans les formes iléales terminales modérées : 1 à 2 ans... Se méfier en cas de troubles digestifs atypiques avec ralentissement de la Croissance pondérale puis staturale, de la maturation pubertaire (un diagnostic différentiel de l'Anorexie mentale). **Toujours examiner la bouche (aphtes) et l'anus (fissures, fistules, marisques cicatriciels)** dans ce cas, il existe parfois des lésions silencieuses quasi pathognomoniques (marisques épais, ulcérations). Les fissures banales sont à 6 h ou 12 h et n'ont pas de grosse marisque. Un hippocratisme digital peu se voir dans les formes chroniques.

Rechercher une inflammation par VS ou CRP, demander une ® échographie intestinale, une sérologie (ANCA, ASCA) puis bilan complet (poly-endoscopie, scanner ou IRM) si forte suspicion, en milieu spécialisé.

-> <http://www.afa.asso.fr/les-mici.html>

Croissance

La courbe de croissance de tout enfant doit être suivie régulièrement : poids, taille et périmètre crânien, reportés sur une courbe précise et adaptée à l'âge, transcrite dans le Carnet de santé systématiquement. Régulièrement veut dire (chez l'enfant en bonne santé) : tous les mois chez le petit nourrisson, 3 mois chez le plus grand nourrisson, 6 mois chez l'enfant. Les courbes de croissance ont été réactualisées en 2006 par l'OMS. Elles devraient remplacer les courbes que l'on retrouve dans les carnets de santé actuels.

Le déficit en hormone de croissance par exemple ne se voit que comme cela, avant que le retard ne soit trop important. La cassure de croissance est un excellent signe d'une pathologie en cours, d'autant plus sensible que l'enfant est plus jeune. Il est par exemple impossible de grossir quand on est nourrisson et malade.

Dépister le début d'Obésité tôt permet d'agir plus efficacement. De 2 à 20 ans, utiliser les courbes d'indice de masse corporelle.

La taille prime le poids : une cassure de taille confirme le caractère pathologique d'un retard ou d'une cassure de poids. **Le PC prime les autres** : une cassure de courbe de PC n'est jamais due à une dénutrition : penser à un problème neurologique avant tout.

Un nourrisson qui ne grossit pas maigrit.

Il devrait prendre entre 15 et 25 g par jour selon l'âge.

-> <http://www.cdc.gov/growthcharts/>

-> http://www.who.int/nutrition/media_page/backgrounders_1_fr.pdf

Pas à pas l'enfant qui ne grossit pas

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas petit et grands périmètres crâniens

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas dénutrition

-> www.pap-pediatrie.com

Cryptorchidie

Risque de stérilité, de dégénérescence maligne. Diagnostic clinique.

Des testicules oscillants ne nécessitent aucun traitement, ni exploration. Ils descendent en règle à la puberté.

Une ectopie uni ou bilatérale justifie une consultation de chirurgie entre 1 et 2 ans ou dès le diagnostic au-delà de cet âge.

Une ectopie uni ou bilatérale accompagnée d'une anomalie de la verge nécessite une consultation dès le diagnostic.

Pas à pas cryptorchidie

-> www.pap-pediatrie.com

Décalottage

Geste barbare et inutile, voire nuisible dans la première enfance. Souvent fait par l'enfant lui-même dans la deuxième enfance.

Le véritable phimosis à opérer est rare.

L'application locale de pommade à base de corticoïde, 2 fois par jour pendant 4 à 8 semaines permet le plus souvent d'élargir l'anneau préputial.

Dents

Les premières dents définitives sont présentes dès 6 ans (« dents de 6 ans »), l'occasion de rappeler les consignes sur le saccharose et l'hygiène dentaire.

Déconseiller à la mère de sucer la tétine du bébé pour la nettoyer : la carie est une maladie infectieuse, mieux vaut ne pas partager sa flore buccale. Intérêt du fluor de 6 mois jusqu'à 3 ans (bornes encore discutées), surtout pour les enfants à risque, sauf si utilisation de sel fluoré et dans les régions à teneur en fluor élevée dans l'eau. Attention à la teneur en fluor des dentifrices, que les jeunes enfants avalent volontiers (et surtout de certaines eaux).

Il faut nettoyer les dents dès leur apparition et les brosser dès l'âge d'un an avec un dentifrice « enfant » moins riche en fluor. Une consultation chez le dentiste peut être proposée annuellement à partir de 3 ans (malheureusement nombreux sont les dentistes français mal formés et refusant de voir les petits enfants). Voir : Syndrome du biberon.

Aucune étude randomisée n'a montré d'efficacité des colliers d'ambre au Québec ou des dents de taupe dans le pays de Caux... ils sont vendus pour prévenir les douleurs dentaires, par contre le risque d'accidents est prouvé (strangulation avec les colliers, ingestion des épingles « de sûreté » utilisées pour tenir la dent de taupe dans son petit sachet).

Débuter les traitements orthodontiques avant 16 ans.

- > <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/n02-01.htm>
 - > http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/7362aa8199891931771dff4d80aafefb.pdf
 - > http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272496/appreciation-du-risque-carieux-et-indications-du-scellement-prophylactique-des-sillons-des-premieres-et-deuxiemes-molaires-permanentes-chez-les-sujets-de-moins-de-18-ans
 - > http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272208/indications-de-lorthopedie-dento-faciale-et-dento-maxillo-faciale-chez-lenfant-et-ladolescent?xtmc=enfant&xtcr=21
- Pas à pas caries : 2007 :
- > www.pap-pediatrie.com
 - > <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Fluor-et-prevention-de-la-carie-dentaire-Mise-au-point>

Dépistage néonatal

Quelle est la liste des maladies dépistées à la naissance ?

Dépistage néonatale de la surdité et de:

La phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, la mucoviscidose. L'hyperplasie congénitale des surrénales le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne ou "Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase " (MCAD) depuis décembre 2020. La drépanocytose "pour les nouveaux nés présentant un risque particuliers lié à leurs origines. L'Homocystinurie (HCY) (depuis le 1er janvier 2023). La leucine (MSUD) (depuis le 1er janvier 2023). La tyrosinémie de type I (TYR-I) (depuis le 1er janvier 2023). L'acidurie isovalérique (IVA) (depuis le 1er janvier 2023). L'ACIDURIE glutarique de type I (GA-I) (depuis le 1er janvier 2023) . Le déficit en 3-hydroxyacyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne longue (LCHAD) (depuis le 1er janvier 2023). Le déficit en captation de carnitine (CUD) (depuis le 1er janvier 2023).

Dépression

La dépression existe à tous les âges, y compris chez le nourrisson et l'enfant (0,5 % des enfants, 3 % des ados). Pendant le jeune âge elle se manifeste essentiellement par retrait, apathie, perte du goût au jeu. Masques divers et trompeurs chez l'Adolescent. Peut prendre la forme d'irritabilité, d'agressivité, de conduites à risque, de chute des performances scolaires, d'addiction...

Savoir poser le diagnostic avec l'enfant, l'adolescent et sa famille, c'est déjà un acte thérapeutique.

La prise en charge est d'abord psychothérapique centré sur l'adolescent et en lien avec sa famille.

Un traitement antidépresseur ne doit jamais être donné en première intention, il peut entraîner une augmentation du risque Suicidaire (du fait de la levée du ralentissement psychomoteur qui précède généralement la diminution des idées suicidaires) et n'a de sens si nécessaire que dans un 2^e temps et associé à un travail avec l'adolescent, de préférence en psychothérapie. Seule la fluoxétine dispose d'une AMM européenne. Le traitement avant la puberté est initié par un psychiatre.

L'hospitalisation est souhaitable quand il existe un risque suicidaire, dépisté par des questions comme : « est-ce que tu souffres (se sentir triste, désespéré, coupable etc.) au point de penser à te faire du mal ? », et selon la réponse ou le contexte, « as-tu eu des idées suicidaires ? ». Hospitalisation également quand il y a des troubles du comportement importants.

- > http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/ed7152def72a8978b38d4c32fc49b6e9.pdf (antidépresseurs chez l'enfant)

Dermatite atopique

La Dermatite Atopique : est une maladie inflammatoire chronique de la peau due à une anomalie de la réponse immunitaire et une déficience de la barrière cutanée.

C'est une maladie qui débute généralement dans la petite enfance. Cette maladie persiste à l'âge adulte ; a un mécanisme complexe et d'origine multifactorielle : facteurs immunologiques, génétiques, environnementaux dont le microbiome; est une forme sévère d'eczéma qui se caractérise par des démangeaisons persistantes intenses, des rougeurs et des lésions cutanées récurrentes pouvant aller jusqu'à des surinfections; évolue par poussées, pouvant entraîner des troubles du sommeil et une mauvaise qualité de vie.

A savoir, pour celle sévère, qu'il existe un traitement :

DUPIXENT 200 ms. solution injectable en seringue préremplie Liste I Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en pneumologie, en médecine interne, en pédiatrie ou en allergologie.

Dermatite séborrhéique

Dermatose bénigne due à une levure : *Malassezia furfur*, non prurigineuse, non inflammatoire, réalisant au maximum une érythrodermie (Leiner Moussus). À distinguer de l'eczéma. Évolution spontanément favorable, traitement par lavage, application d'huile d'olive ou huile pour bébé puis ablation des croûtes. Un traitement antimycosique local ou corticoïde de brève durée peut être indiqué dans certaines formes.

Désensibilisation

C'est le seul traitement étiologique des allergies (rhinite, conjonctivite et asthme). Ce traitement peut être envisagé chez l'enfant de plus de 5 ans, quand une allergie a été mise en évidence par les tests cutanés voire un bilan sérique et si une relation causale existe entre l'exposition allergénique et les symptômes. Les doses sont administrées par injection sous cutanée ou par voie sublinguale pour une durée totale de 3 à 5 ans.

Déshydratation

Savoir la reconnaître :

- Histoire clinique de **D**iarrhée, **V**omissements ou abdomen ballonné, gargouillant, avec diminution des apports. Plus rarement polyurie (**D**iabète).
- Estimer la perte de poids
- Au-delà de 5 % : signes cliniques : yeux cernés, fontanelle déprimée, muqueuses sèches, pli cutané persistant, soif, temps de remplissage capillaire au-delà de trois secondes et tachycardie.
- **Danger immédiat si** : signes de collapsus, altération de l'état de conscience, oligurie (<1ml/kg/h).

Prévention et traitement des déshydratations d'origine digestive, en dehors du collapsus : **Solution de réhydratation orale.**

Diabète

Le diabète de l'enfant même jeune n'est pas rare, est insulino-dépendant d'emblée, et a pour premiers signes un syndrome polyuro-polydipsique avec amaigrissement. Le diagnostic se fait par recherche de glycosurie (bandelette) et accessoirement glycémie capillaire, à l'exclusion de ® toute imagerie du pancréas !

Toute glycosurie est pathologique et impose une hospitalisation en urgence.

Ce diagnostic impose une insulinothérapie urgente en milieu pédiatrique spécialisé. Les enzymes pancréatiques ne sont pas indiquées !! (Scanner du pancréas et extraits pancréatiques sont des cas vécus...)

L'insulinothérapie est le plus souvent administrée selon un schéma basal-bolus, qui se rapproche le plus de l'insulino-sécrétion physiologique. Dans ce protocole, les enfants reçoivent une dose quotidienne d'insuline à longue durée d'action (le plus souvent Glargine ou dégludec) dite basale, qui est associée à des doses d'insuline à courte durée d'action (le plus souvent aspart ou lispro) avant chaque repas, dites bolus ou insuline prandiale. Les doses de bolus peuvent être adaptées aux apports en glucides prévus au repas et à la glycémie mesurée avant le repas. L'insulinothérapie basale bolus peut être faite, soit avec plusieurs injections sous-cutanées, soit à l'aide d'une pompe à insuline sous-cutanée.

Dans la thérapie par la pompe à insuline, la perfusion sous-cutanée continue d'un faible débit d'insuline d'action rapide, délivré par un cathéter sous-cutané de quelques millimètres, assure l'insulinémie basale. Les bolus sont administrés après manipulation de la pompe toujours via le cathéter. Celui-ci doit être changé tous les 3 jours. Nouvelles formulations d'insuline L'insulinothérapie basale-bolus tente de reproduire au mieux l'insulinosécrétion physiologique. Pour s'en approcher, les insulines lentes doivent avoir un profil d'action particulièrement plat sans pic et les insulines rapides une action la plus rapide et la plus brève possibles. L'effet hypoglycémiant doit être le moins variable possible d'un jour à l'autre.

C. PETIT-BIBAL Service d'Endocrinologie et Diabète de l'enfant. CHU BICÊTRE

> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419643/ald-n8-diabete-de-type-1-chez-l-enfant-et-ladolecent?xtmc=enfant&xter=8

Diarrhée aiguë

1. Un **nourrisson peut mourir de Déshydratation en quelques heures.** Utiliser les Solutions d'hydratation orale (Viatol®, Adiaril®, Alhydrate®, Blédina RO®, Fanolyte®, GES45®, Hydralyte®, Hydrigoz®, Picolite®). Tout parent de nourrisson devrait posséder une boîte d'un de ces produits à domicile, et être formé à l'utiliser : ne pas donner d'intervalle minimum entre les prises, ni de quantité maximale trop basse (certains nourrissons boivent jusqu'à 300 ml/Kg). La soif est le meilleur régulateur. En cas de **V**omissement, fractionner les prises, s'ils persistent : hospitaliser. Les SRO sont maintenant remboursés en France. Attention, certains pharmaciens les substituent parfois par des laits !

Une prescription à ajouter en sortie de maternité ?

Les autres boissons sucrées diluées ou non et les préparations artisanales sont à proscrire, car leur

composition n'est pas adaptée aux diarrhées. Risques de troubles électrolytiques graves chez le jeune enfant.

Hospitaliser si perte de poids ou vomissements, selon milieu social et âge de l'enfant.

2. Les Antibiotiques sont d'indications exceptionnelles dans les diarrhées :

Réservées aux diarrhées invasives avec signes généraux, et administrés en parentéral dans ce cas pour traiter la partie « extra-digestive » de la maladie. **Les antiseptiques intestinaux sont inutiles.** Les diarrhées sont le plus souvent virales chez le jeune enfant, les diarrhées bactériennes ont la même évolution avec et sans traitement antibiotique...

3. Peu de médicaments ont fait leur preuve et sont utilisables pour traiter la diarrhée chez le jeune enfant : utilisés en tant qu'adjuvants à la réhydratation orale, ils sont susceptibles de raccourcir (Lactéol fort®, Smecta) ou atténuer (Tiorfan®) l'épisode diarrhéique. Vérifier les âges d'utilisation et les indications reconnues. Le loperamide est contre-indiqué avant 2 ans.



4. **Attention à l'accélération du transit lors des méningites**, otites, infections urinaires, qui peut égarer vers un diagnostic de gastro-entérite. Les trois signes les plus fréquents d'Infection urinaire chez le nourrisson sont : perte de poids, diarrhée et vomissement.

5. La Radio d'abdomen est inutile, de même que la Coproculture dans la plupart des cas.

6. **Il existe maintenant des Vaccins contre le Rotavirus**, non remboursés, permettant d'éviter les formes graves et de diminuer le nombre d'hospitalisations.

7. Le lait maternel est à poursuivre. Chez le moins de 4 mois, un hydrolysate poussé avec triglycéride à chaîne moyenne est prescrit, au-delà, le lait habituel sauf si diarrhée sévère ou trainante (indication rare d'un lait sans lactose).

-> <http://www.bt.cdc.gov/disasters/fr/pdf/dguidelines.pdf>

-> http://www.omge.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/acute_diarrhea_fr.pdf

-> <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X04003367>

-> <http://www.cps.ca/Francais/enonces/N/n06-01.htm>

-> http://www.sfpediatrie.com/uploads/media/CNSFP-Diarrhees-Aigues-ArchPediatri-2002_04.pdf

-> http://www.sfpediatrie.com/uploads/media/09-1-1_Trait_medic_diahees_GFGHNP_Arch_Pediatri_2002_9_620-8_02.pdf

-> http://espgan.med.up.pt/joomla/pdf_files/ESPGHAN_ESPID_Guidelines%20for%20the%20Management%20of%20Acute%20diarrhea_JPGN2008.pdf (recommandations européennes)

Diarrhée chronique

- **Sans cassure de courbe de poids**, souvent entre 1 et 3 ans : Colon irritable. Diagnostic différentiel : l'insuffisance pancréatique, avec diarrhée, appétit augmenté et croissance parfois conservée. Cette éventualité est très rare, à explorer si autres signes d'appel ou évolution prolongée.

- Avec cassure de courbe de poids puis de taille, altération de l'état général : organique.

Les causes principales : Allergie au lait de vache chez le nourrisson, intolérance au Gluten, giardiase ou



Mucoviscidose. Maladies inflammatoires chez le plus grand. Explorations nécessaires.

Se méfier de régimes déséquilibrés « carotte-riz » donnés pour soigner une diarrhée parfois fonctionnelle, et qui peuvent être responsables de la cassure de courbe de poids.

Pas à pas diarrhée chronique

-> www.pap-pediatrie.com

Douleur

Ne doit pas être négligée chez l'enfant, c'est une obligation éthique et légale.

Attention à un enfant trop calme (atonie psychomotrice), qui peut subir une douleur profonde et prolongée, nécessitant des antalgiques morphiniques.

Doit toujours être évaluée et prise en charge lors de nos manœuvres diagnostiques ou thérapeutiques.

Utiliser les échelles de douleurs (NFPS, OPS, CHEOPS, EVA, FPS-R, Evendol...), adapter le niveau d'antalgiques au niveau de douleur et à la réponse de l'enfant, parallèlement à la prise en charge de la cause...

-> <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272030/evaluation-et-strategies-de-prise-en-charge-de-la-douleur-aigue-en-ambulatoire-chez-l-enfant-de-1-mois-a-15-ans

-> <http://www.pediadol.org>

Douleurs abdominales

Problème vaste, fréquent et difficile.

DOULEURS CHRONIQUES

- Plutôt fonctionnelles quand anciennes, péri-ombilicales ou en barre, diurnes et sans retentissement sur l'état général, liées aux selles ou au stress. Penser constipation, intolérance au Lactose, migraines en cas de Céphalées associées.

- À prendre en compte par examens complémentaires dans les autres cas. Bonne valeur localisatrice des douleurs latéralisées. Évoquer une gastrite ou un ulcère dans les douleurs épigastriques liées aux repas. AIE ! : Amaigrissement, Insomnie, Excentrée = organique !

- Une infection entérique avec adénopathies mésentériques réactionnelles peut être suivie de quelques jours ou semaines de douleurs abdominales.

DOULEURS AIGUËS

Penser entre autres à invagination chez le jeune enfant (2 mois - 2 ans), torsion des annexes chez la grande fille, **H**ernie de l'**O**vaire chez le nourrisson-fille, torsion de testicule chez le garçon.

Examen clinique complet (TR, organes génitaux, orifices herniaires).

® Imagerie conseillée : échographie abdominale, radiographie de thorax si fébrile.

Pas à pas douleurs abdominales chroniques

-> www.pap-pediatrie.com

-> <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/3/812.full>

-> <http://pediadol.org/>

Douleurs des membres

Genou douloureux : assurez-vous que la hanche est normale (épiphysiolyse).

Les tumeurs sont rares, mais il est grave de méconnaître ce diagnostic en banalisant les signes cliniques.

Les tendons et les ligaments ont le dos large en pédiatrie ! Ils sont pourtant plus solides que l'os ou le cartilage de croissance et ne se rompent que rarement. Voir à Boiterie.

Douleurs thoraciques

Si isolées et aucun ATCD cardiaque : a priori ce n'est pas le cœur

Intercostales souvent chez l'adolescent

Elles sont le plus souvent d'origine respiratoire : pensez à l'asthme lorsqu'elle surviennent régulièrement à l'effort, à une pneumopathie lorsqu'elle est fébrile, au pneumothorax lorsqu'elle est brutale.

Elles ne sont que rarement d'origine cardiaque.

Si ATCD ou suspicion de cardiopathie (chirurgie de l'aorte ascendante, Marfan, Kawasaki, transposition des gros vaisseaux, sténose aortique) : avis cardiopédiatrique urgent. En première ligne : ECG et troponine.

Dans un contexte viral, la péricardite provoque une douleur thoracique permanente soulagée en position assise. ECG, CRP, procalcitonine et avis cardiopédiatre.

Drépanocytose

Il s'agit d'une maladie génétique héréditaire affectant les chaînes de l'hémoglobine. Les globules rouges sont déformés, ils prennent une forme de faucille. Du fait de cette figure, ils circulent mal, ce qui peut occasionner des caillots dans les vaisseaux, à l'origine de nombreuses complications comme une anémie, des infarctus osseux, une plus grande sensibilité aux infections... traitements curatifs : La [greffe de cellules-souches hématopoïétiques](#) reste le seul traitement curatif de la drépanocytose. Compte tenu des risques associés à cette thérapie, elle est généralement limitée aux patients présentant des complications de la maladie à un stade avancé.

La thérapie génique ou les techniques de manipulation génétique qui augmentent la quantité d'Hb F sont récemment devenues disponibles. Ce domaine évolue rapidement et l'utilisation de la thérapie par cellules souches pour traiter la drépanocytose se développera.

Les symptomatiques, consistent en des antalgiques contre la douleur, des antibiotiques en cas d'infections, des transfusions sanguines parfois et en cas de forme très sévère,.

"Près de 120 millions de personnes dans le monde seraient porteuses d'une mutation drépanocytaire. En France métropolitaine, les sujets atteints seraient 6 000 à 7 000, avec 250 nouveaux cas diagnostiqués chaque année surtout en région parisienne", précise le Dr. Quillard.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272479/prise-en-charge-de-la-drepanocytose-chez-l'enfant-et-l'adolescent

Echographie®

A consommer avec modération ! Examen magique, certes non invasif, mais parfois demandé avec excès, (voir Parapluie) en première intention, avant l'examen clinique (voir dépistage de la luxation congénitale de hanche). En tout cas, rester toujours « critique » devant les oracles des imageurs et à interpréter avec un ensemble de données, ... comme tous les examens complémentaires !

Ici, le danger n'est pas l'irradiation, mais le déclenchement d'un traitement intempestif !

Eczéma atopique

Le diagnostic est clinique, il n'est pas d'examens complémentaires utiles en première intention. **Pas de régime d'épreuve.** Exploration allergologique si : dermatite atopique grave rebelle, stagnation staturo-pondérale, association probable avec allergie alimentaire ou respiratoire. Explorations discutées si début précoce, ATCD familiaux sévères, manifestations digestives.

L'effet des régimes d'éviction est inconstant, peut-être plus net dans l'eczéma sévère du jeune nourrisson. Maladie qui se voit, donnant donc lieu à de multiples dérives et avis contradictoires : régimes d'éviction sans preuves, prescription de laits végétaux de substitution, utilisation de pommades aux huiles non purifiées, collier d'ambre...

La peau est sèche (xérose) il faut l'hydrater et le traitement essentiel est l'utilisation d'émollients matin et soir, assorti de conseils sur la température du bain (33° ou douches tièdes), de la chambre (19°) et le port de vêtements (coton)

La peau comporte des zones inflammatoires, prurigineuses (souvent aux plis), qui nécessitent l'utilisation de dermocorticoïdes (par exemple : une fois par jour jusqu'à la guérison et dès la rechute). Cette prescription, consensuelle, nécessite une explication du médecin qui doit lutter contre la corticophobie, très fréquente dans l'eczéma. Attention aussi à l'abus : faire compter les tubes. Les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus local) au-delà de 2 ans (prescription par dermatologue ou pédiatre) sont une alternative aux dermocorticoïdes.

Attention aux infections par virus Herpès (simplex ou varicelle) dans les eczémas sévères, mettre en garde contre le contagion.

-> <http://www.sfdermato.org/pdf/Conf-cons-2dec.pdf>

Education

Domaine où les erreurs sont légion, de conséquences parfois graves à court ou long terme : repas, propreté, colères, spasmes du sanglot, vomissements, violences et réveils nocturnes... en sont des exemples. Connaître ces problèmes et en discuter avec les parents peut réduire leur durée et les conséquences.

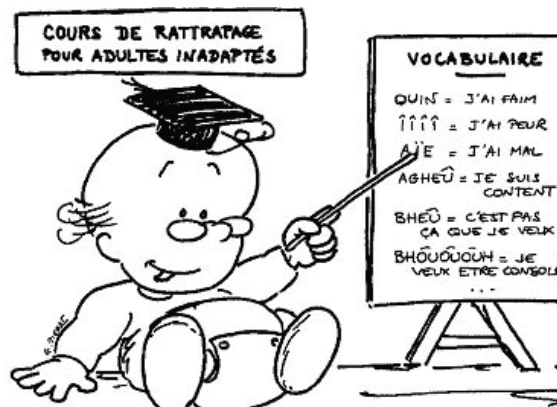
Exemples fréquents du spasme du sanglot à chaque frustration, du refus de manger autre chose que de la crème, et devant une cassette vidéo, des réveils répétés avec colonisation du lit conjugal !

Deux points importants : **la séparation et l'autonomisation de l'individu sont les enjeux principaux du développement.** Ils sont à travailler tout au long de la vie, en particulier dans la petite enfance et à l'adolescence, avec tous les partenaires.

La séparation : enfant dans le lit des parents à 15 ans ! De façon plus banale encourager les séjours et activités hors de la famille.

L'autonomisation : toilette faite par la mère ou fesses essuyées à 10 ans !

Tout suivi d'un enfant doit s'accompagner d'un souci partagé avec celui-ci et la famille sur les avancées et les difficultés de ces deux axes rapportées à l'âge.



Beaucoup de conseils à donner, par exemple :

- Parents idéalement calmes et fermes, chaleureux et sincères, solidaires et qui donnent l'exemple
- Les enfants ont besoin de limites, d'interdits (comme les adultes en ont...), mais aussi d'encouragement pour acquérir l'estime de soi.
- Les limites ne doivent pas être partout, mais celles qui sont choisies doivent être adaptées à l'âge et respectées, les parents sont constants à ce propos. La pire situation n'est pas lorsqu'ils ne cèdent jamais ou toujours, mais de temps en temps...
- Les enfants sont parfois frustrés et pleurent devant les limites imposées, c'est une réaction normale, mais qui culpabilise beaucoup de parents.
- La punition (qui a une logique par rapport à la faute) fait changer le comportement non approprié, les félicitations entretiennent le comportement souhaité.
- Un seul objectif à la fois.
- Utiliser la règle « le dessert après le plat » (le plaisir après le travail), motiver les enfants plus que répéter les consignes, qu'il connaît parfaitement...
- Penser à la pudeur, à l'intimité, à développer progressivement et à respecter toujours.

Éducation nécessaire de l'enfant et de sa famille dans toutes les maladies chroniques, et en prévention des problèmes de santé fréquents : éducation sur L'Asthme, la Fèvre, la Diarhée, prévention des Accidents, de la Mort subite,

Prévention des conséquences d'une séparation des parents

- > <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP00-02.htm> (apprentissage de la propreté)
- > <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/pp04-01.htm> (discipline)
- > <http://www.cps.ca/francais/enonces/PP/pp00-01.htm> (séparation des parents)
- > http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272191/education-therapeutique-de-l-enfant-asthmatique
- > <http://www.cps.ca/Francais/enonces/AM/ah06-01.htm> (maladies chroniques et adolescent)
- > http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite?xtmc=enfant&xtcr=27

Education thérapeutique du patient (ETP)

Nouvel enjeu de la loi « HPST ».

Démarche impliquant le patient, ou leurs parents pour les jeunes enfants, dans la démarche diagnostique et/ou thérapeutiques. Objectifs de compréhension de la maladie, des traitements, des conduites à tenir avec l'obtention d'une autonomisation et parfois auto médication maîtrisée (asthme et actuellement dermatite atopique par exemple). A terme, diminue les coûts de santé.

Encoprésie

L'encoprésie (par définition **après l'âge de 4 ans**) est de trois types :

- Selles émises volontairement dans des endroits non appropriés = trouble du comportement nécessitant

prise en charge psychologique.

- Fuites répétées sur Constipation : ceci élimine un Hirschsprung, danger de constitution d'un mégarectum inopérable à long terme. Traitement médical (lavements évacuateurs puis **laxatifs osmotiques à forte dose pendant plusieurs mois**), rééducation à une défécation quotidienne et complète. Avis d'un psychologue si nécessaire (bénéfice secondaire, refus de guérir, blocage vis à vis de la défécation ou des WC) en fonction de la cause ou des conséquences psychologiques du trouble.

- Fuites à rectum vide (très rare) : évoquer un problème d'innervation du périnée ou d'immaturation de l'enfant. Avis spécialisé.

Le diagnostic de constipation est parfois méconnu, et l'enfant consulte pour diarrhée...

Importance de la notion de fuites, et surtout de **l'émission intermittente de très grosses selles**.

Enurésie

On en parle **après l'âge de 5 ans**. Un interrogatoire précis, un examen clinique : examen neurologique (réflexes achilléens, crémastériens, anal, sensibilité périnéale), anomalie rachidienne, cutanée etc., et une analyse d'urine par bandelette permettent :

1 - De distinguer l'**Énurésie fonctionnelle** d'une **Énurésie symptomatique d'une pathologie organique sous-jacente** :

* Syndrome polyurodipsique (**soif nocturne**) ;

* Infection urinaire (**bandelette**) ;

* Uropathie obstructive basse (**dysurie**) ;

* Apnées du sommeil ;

* Pathologie neurologique.

2 - De préciser la variété sémiologique de l'énurésie fonctionnelle pour prescrire le traitement adapté :

* **Isolée** : Desmopressine + restriction hydrique le soir (pas de soupe). Le « stop pipi » peut être utile.

* **Associée** à des troubles mictionnels diurnes (instabilité vésicale) : Anti-cholinergique. Rechercher dans ce cas systématiquement une **Constipation terminale** (selles volumineuses, difficultés d'exonération, douleurs abdominales fréquentes, Encoprésie). Dans ce contexte, il existe un risque potentiel d'infections urinaires et de dyssynergie vésico-sphinctérienne. Il est aisé de mesurer la capacité vésicale en demandant de mesurer la diurèse de la journée et le nombre de mictions (la capacité vésicale normale est approximativement donnée par la formule : $(\text{âge} + 2) \times 30 \text{ ml}$)

L'Enurésie fonctionnelle n'est pas psychologique. Les couches sont utiles, sauf si l'enfant n'en veut pas.

Pas à pas fuites urinaires de l'enfant : 2010 :

-> www.pap-pediatrie.com

Erreurs alimentaires

Se méfier :

- **De la carence en fer : entre 1 et 3 ans**, seuls les enfants recevant de la viande, du lait de suite ou de croissance et des céréales enrichies en fer ont un apport suffisant (voir Anémie).

- Des excès de protéines chez le jeune enfant (comprenant les protéines de la viande, du lait, des œufs) : conseiller un maximum de 30 à 40 g à 3 ans, de 50 à 100 g par jour de viande de 3 à 6 ans. Les protéines nécessaires sont largement apportées à 18 mois par exemple, par le lait (de croissance, appauvri en protéines par rapport au lait de vache), les laitages et 2/3 de tranche de jambon ou l'équivalent une fois par jour).

- **Des boissons sucrées et bonbons**, voir « Syndrome du biberon ». 250 ml de jus de fruit ou de soda contiennent l'équivalent de 5 morceaux de sucre ! Des études ont montré que certains enfants absorbaient en Angleterre jusqu'à 1000 Kcal par jour sous cette forme, et que 70 % des enfants d'âge préscolaire ne buvaient jamais d'eau... Aux États-Unis, on appelle le soda « bonbon liquide » ! (mais attention à la diabolisation des sodas : ils n'apportent pas plus de sucres qu'un jus d'orange, voire moins que certains autres jus de fruits « sans sucre ajouté »).

- **Du défaut de fibres par excès de sucre** (dans les boissons par exemple) et manque de légumes et

fruits.

- **Défaut de matières grasses** dans les deux premières années (à défaut de lait de croissance, donner du lait entier et non demi-écrémé après 1 an), le cholestérol n'est pas leur problème... Il existe de nouvelles recommandations AFSSA sur les acides gras polyinsaturés à longue chaîne (AGPILC), conseillés chez le nourrisson et le jeune enfant (EPA, DHA).



Du « forcing » ou de la séduction (cassettes vidéo, chansons, marionnettes, desserts en excès) lors des repas : ils n'ont aucune indication, et les parents sont toujours perdants ainsi que l'enfant ; pas de chantage à la nourriture. La durée des repas devrait être limitée à 20-30 minutes.

- De l'absence de règles : grignotage, menus et horaires au choix de l'enfant, voir Alimentation, Anorexie. Par exemple proposer 3 repas à heure fixes et une ou deux collations à 2 heures d'un repas.

Le lait de vache (mais aussi le lait de chèvre, ânesse, louve ...), **entier ou demi-écrémé, est inadapté à l'enfant jusqu'à 3 ans...** Le lait de vache est trop riche en protéines, pauvre en graisse, nul en fer et acides gras essentiels et AGPILC, non équilibré en vitamines et minéraux. S'il est utilisé chez un enfant de moins de 6 mois pour des problèmes économiques ou par choix pour d'autres raisons, l'alimentation doit être revue avec l'avis d'un médecin ou d'une diététicienne.



Attention également au matériel : tétines insuffisamment percées, trop serrées, biberons chauffés au micro-onde (biberon tiède mais lait brûlant), voir Anorexie.

Éviter le biberon au coucher (sauf bien sûr chez le jeune nourrisson) (voir Syndrome du biberon), jus de fruit dans les biberons, miel, sel dans les purées de bébé, sucre dans les laitages, œufs crus...

Impossible de tout dire, chapitre à réviser. Globalement à surveiller activement : les parents sont capables de tout... De bonne foi souvent, mais aux médecins de (tenter de) prévenir dépister et rectifier les erreurs.

Savez-vous ce que mangent vos patients ?

Exemples vécus : farine de blé pour pâtisserie dans le biberon, 6 verres de limonade par jour à 8 mois, lait demi-écrémé dilué de moitié à 3 mois, régime végétalien, laits d'amandes, de châtaigne, de soja, de riz vendus en magasins dits "diététiques", hot-dog et chips à 8 mois, jeune fille se nourrissant à l'insu de son médecin de pelures de pomme, de fanes de radis, de pommes de terre crues et de pâtes et poireaux surgelés crus...

-> <http://www.afssa.fr/Documents/NUT-Ra-Proteines.pdf>

-> <http://www.afssa.fr/Documents/NUT-Ra-Glucides.pdf>

-> <http://www.anses.fr/Documents/NUT2006sa0359Ra.pdf> (lipides)

Examens complémentaires

Il est nécessaire de tenir **compte des particularités biologiques de l'enfant** : numération formule, immunoglobulines, gamma GT, alpha-fœtoprotéine, phosphatases alcalines, ferritine, dosages hormonaux, créatininémie... varient avec l'âge.

Pas d'examens ou traitements abusifs sur des normes erronées ! Exemple de traitements répétés par fer pour VGM normal pour l'âge, mais bas pour les normes adultes ... Voir à Anémie.

Pas d'examens systématiques, sans justification médicale ou sans conséquence thérapeutique ! La démarche commence par la clinique, se poursuit par des hypothèses éventuellement confirmées par des examens complémentaires pertinents. **Chaque examen devrait répondre à une question précise : qu'est-ce que je recherche ? Quelles seront les implications pratiques ? Quelle irradiation ? Avec quelle urgence ?**

Pas d'interprétation abusive sans prendre en compte la clinique.

Exemples :

Les éléments de l'ionogramme sanguin (souvent glycémie, urée) demandés souvent avec une NFS sont inutiles dans 99,9 % des cas chez l'enfant.

Pas de pHmètrie chez un enfant qui régurgite (sauf malaises du nourrisson).

En cas d'hépatite, demander sur le même prélèvement une sérologie hépatite A, si négative AcHbc, si négative sérologie hépatite C et non tout à la fois... etc.

Voir aussi à Coproculture, Lavement baryté, Radiographies courantes, ASLO, Parapluie, Irradiation. Ne pas hésiter à demander une sérothèque lorsque vous faites prélever un enfant ; cela évitera parfois d'avoir à le repiquer. Celle ci est souvent faite systématiquement par les laboratoires quand le prélèvement est suffisant.

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale

Fièvre

Il faut d'abord savoir mesurer la température correctement : température rectale chez le nourrisson, thermomètre tympanique non fiable avant 2 ans.

La fièvre n'est pas dangereuse en elle-même (rare « syndrome d'hyperthermie majeure » chez le nourrisson) mais surtout par sa cause, qui est à chercher et éventuellement à traiter. La gravité de la cause d'une fièvre n'est pas proportionnelle à son niveau. Éduquer les parents à la conduite à tenir : hygiène de vie (faire boire, ne pas trop couvrir, ne pas surchauffer la pièce), médicaments, signes d'alerte.

1. Toute fièvre, même isolée, de l'enfant de moins de 3 mois est à considérer comme bactérienne jusqu'à preuve du contraire, et préliminaire possible d'un choc fatal en quelques heures. L'hospitalisation s'impose en urgence, sauf rhino-pharyngite familiale avec fièvre très modérée par exemple. L'infection virale à cet âge est parfois indifférenciable cliniquement de l'infection bactérienne généralisée.

Un traitement Antibiotique à l'aveugle en ville est exclu.

2. Toute fièvre, quel que soit l'âge, accompagnée de teint gris, de geignements, de marbrures ou de frissons doit être considérée comme bactérienne et impose une hospitalisation immédiate. Deux diagnostics prioritaires : Pyélonéphrite, Méningite.

® Imagerie conseillée sauf orientation particulière : poumon face.

Le caractère de la fièvre peut être évocateur : isolée oscillante : infection urinaire, en plateau avec diarrhée : salmonelle, plus élevée le matin : adénoïdite...

3. Conseiller de ne pas sur-couvrir les nourrissons fébriles, même s'ils frissonnent et paraissent avoir froid... danger d'hyperthermie majeure. En dehors de ce risque, **le but du traitement n'est pas de supprimer la fièvre mais d'améliorer le confort de l'enfant, qui n'est pas altéré par la fièvre elle-même mais par la maladie !** Elle peut donc être respectée dans une certaine mesure.

Trois molécules d'antipyrétiques sont disponibles : salicylate, paracétamol, ibuprofène.

Préférer une monothérapie à bonne dose par **paracétamol 60 mg/Kg/jour en 4 prises** et jusqu'à 80

mg/Kg en 6 prises) en première intention (les AINS et l'aspirine, même à dose normale peuvent être responsables d'effets secondaires graves comme les hémorragies digestives ou l'insuffisance rénale).

4. **Attention à l'automédication** : les parents peuvent faire des erreurs sur les doses ou donner deux produits de même principe actif mais de noms différents.

Donner aux parents une idée de la durée de la fièvre selon l'infection en cause et le traitement, 3 jours pour une infection virale banale.

En cas d'antécédent de convulsion fébrile, éviter les à-coups de température, en donnant régulièrement des antipyrétiques tant que dure la maladie en cause.

5. **Les Antibiotiques ne sont pas un traitement de la fièvre**, quel que soit son niveau, mais seulement de quelques étiologies de fièvre, reconnues par la clinique et les examens complémentaires.

6. **Fièvre au retour d'un pays tropical = paludisme jusqu'à preuve du contraire**. Frottis et goutte épaisse, à répéter si négatifs, éventuellement PCR. Penser aussi à la Typhoïde.

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/DT/dt98-01.htm> (antipyrétiques)

-> <http://www.medicms.be/dt3/fievre.htm>

-> <http://www.sfpediatrie.com/groupe-de-specialites/groupe-de-pediatrie-generale/fievre-du-jeune-enfant.html>

Pas à pas fièvre au retour d'un pays tropical

-> www.pap-pediatrie.com

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/cp/cp00-01.htm> (prise de la température)

Fragilité osseuse

Diagnostic parfois difficile à affirmer avant 2 ans et qui pose surtout des problèmes de diagnostic différentiel avec la maltraitance (voir ce chapitre). Situation délicate sur le plan médico-légal +++.

Genoux (déviations)

1 - Genu valgum

Les jambes en « X »

S'il est symétrique, il est physiologique de 2 à 8 ans avec un écart inter malléolaire maximal vers 4 ans. Il est inutile de prescrire le moindre traitement pour ce qui n'est pas une pathologie... Il faut savoir en revanche prendre le temps d'expliquer ce phénomène aux mamans inquiètes.

Leur montrer les enfants mannequins d'un catalogue de vente par correspondance...

Plus tard, une des complications de l'**O**bésité (faux genu valgum) en raison du volume des cuisses (et alors souvent associé à des douleurs diffuses des membres inférieurs).

2 - Genu varum

Les « jambes en parenthèses » : déformation plus rare que la précédente, et plus précoce (18 mois à 3 ans). S'il est symétrique, il est le plus souvent physiologique, chez des enfants un peu ronds. En première intention pas de traitement et pas de radiographie. A surveiller.

Si persistance ou aggravation, des clichés des membres inférieurs rechercheront une maladie de Blount ou un rachitisme, vitamino-résistant ou commun.

Gibbosité

Permet d'affirmer l'existence d'une scoliose : son absence permet d'éliminer ce diagnostic.

Sa découverte doit être le fruit d'un dépistage lors d'examen systématiques de la colonne vertébrale, à l'occasion de tous les examens réalisés pendant la croissance. Se méfier d'une scoliose douloureuse (infection, tumeur). Une radiographie de la colonne totale sera demandée. Attention, toute scoliose ne justifie pas de la « kinési » ! (voir kinésithérapie).

Grand-mères

Personnes parfois incontournables, assez souvent à la source de demande de consultations, qui ont leur opinion sur les signes présentés par l'enfant, le diagnostic et le traitement.

Elles ont, de plus, souvent plus d'influence sur la mère que ne peut en avoir le médecin. Il faut donc parfois non seulement apprivoiser l'enfant, expliquer à la mère mais aussi convaincre la grand-mère...

Une autre spécificité de l'exercice de la pédiatrie...

Grossesse

Ce n'est pas rare, quel que soit le milieu, dès 10-11 ans. Une grossesse peut survenir sans notion de premières règles. Penser dans ce cas aux sévices sexuels répétés (inceste).

Y penser devant « masse » abdominale, Vomissements, amaigrissement, tentative de Suicide, troubles du comportement (en cas de sévices)...

Jeunes filles à risque, travail de prévention à mener particulièrement si :

- Problèmes familiaux
- Mère, ou sœur enceinte durant son adolescence
- Puberté précoce
- Victimes d'abus sexuels
- Absentéisme scolaire
- Consommation d'alcool, de drogues et de tabac
- Vie en collectivité ou dans la rue

-> <http://www.cps.ca/Francais/enonces/AM/ah06-02.htm>

-> <http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/gr-ado.htm>

Haemophilus influenzae

Germe fréquent en pédiatrie. Différencier les *Haemophilus* encapsulés (type I sérotype b) dont les enfants sont protégés par le vaccin anti-*Haemophilus* (dans l'hexavalent) des *Haemophilus influenzae* non encapsulés, responsables des otites, de surinfection de bronchites. L'association **O**тите et conjonctivite oriente vers ce germe.

Attention, ils sont une fois sur deux sécréteurs de bêta-lactamase qu'il faut inhiber. Amoxicilline +acide clavulanique, cefpodoxime, céfuroxime, sont efficaces. Oublier les macrolides.

Hanche (luxation congénitale)

Le dépistage de la luxation congénitale de hanche est un temps essentiel de l'examen pédiatrique : l'examen des hanches doit être pratiqué régulièrement, lors de tous les examens (obligatoires et autres) jusqu'à l'âge de la marche, et pas seulement en période néonatale +++

Il existe actuellement un consensus sur la stratégie du dépistage : qui ? Comment ?

1 - l'examen clinique est essentiel. Il doit être réalisé sur un enfant détendu et recherchera :

- Une asymétrie ou une limitation de l'abduction des hanches, qui représente un signe d'alerte très important (particulièrement après le 2^e mois) ; une asymétrie des plis, signe classique, a moins de valeur.
- Par ailleurs, on recherchera une **instabilité** de hanche (soit un ressaut - c'est le signe d'Ortolani - , soit un piston - c'est le signe de Barlow - un peu plus difficile à chercher et retrouver). Celle-ci confirme le diagnostic. Un craquement de hanche est fréquent et sans valeur pathologique.

2 - ® L'imagerie ne doit pas être réalisée systématiquement, mais dans des situations précises :

- Lorsque l'examen clinique est anormal ou « douteux »
- Lorsque l'examen clinique est normal mais qu'il existe un « **facteur de risque** » : leur liste arrêtée à ce jour est la suivante : antécédents familiaux caractérisés, présentation du siège (indépendamment du

mode d'accouchement), signe de conflit intra utérin important (torticolis ou genu recurvatum)

- Le sexe féminin, une malposition simple des pieds ne sont pas des facteurs de risque.

3 - ® Quelle imagerie ? Dans les 3 premiers mois c'est l'échographie qui doit être réalisée, idéalement vers la 5^e semaine de vie, (terme corrigé). Au-delà de 3 mois, la radiographie reprend ses droits.

4 - Il est recommandé en cas d'anomalie de prendre l'avis d'un spécialiste qui assurera le traitement éventuel. Un traitement « postural » (par linge câlin, culotte d'abduction, harnais de Pavlik) sont des méthodes légères en apparence mais délicates à appliquer ; elles relèvent d'un chirurgien orthopédiste. **Plus le diagnostic de luxation est tardif, plus le traitement est lourd et difficile.**

5 - Enfin, ne pas manquer de transcrire toutes ces constatations dans le **Carnet de Santé** de l'enfant, assez sommaire quant au volet orthopédique !

- Conférence de consensus Novembre 1991 sur le dépistage de la LCH, Archives Françaises de Pédiatrie, 1992, tome 49, pages 145-7.

- Enjeux du dépistage de la luxation congénitale de hanche, Editorial R. Kohler, Archives de Pédiatrie 2011, Tome 18, pages 935-8.

Hématémèse

Comme chez l'adulte : peut récidiver à tout moment de façon massive. **Hospitaliser en urgence** pour surveillance et endoscopie dans les 12-24 heures.

À distinguer des épistaxis et hémoptysies (et chez le nouveau-né sang maternel dégluti ou crevasses du mamelon).

Les hémorragies sous anti-inflammatoires ne sont pas rares chez l'enfant, particulièrement entre 2 et 7 ans et en cas d'associations (aspirine-AINS à éviter, cortisone-stress important à traiter préventivement). La survenue d'accidents ne dépend pas de la dose. Voir à Fèvre.

Indication de l'endoscopie en urgence : suspicion d'hypertension portale (dans ce cas il y a très souvent une splénomégalie), hémorragie massive ne cédant pas sous traitement symptomatique (dont **un inhibiteur de la pompe à proton prescrit dès l'entrée**).

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Hématome sous dural

Fréquent chez le nourrisson. Mécanisme principal si ce n'est unique : enfant secoué (avec intention de nuire ou non, voir « Séances »).

Les enfants à « grosse tête » (hydrocéphalie externe = épanchement péri-cérébral idiopathique) sont plus exposés, informer les parents.

Signes : troubles de conscience, vomissements, fontanelle tendue, croissance anormale du périmètre crânien (intérêt de la mesure régulière du PC inscrite sur le Carnet de santé),

Malaises, convulsions, pâleur (l'hématome intracrânien du nourrisson peut être responsable d'une anémie).

® L'écho trans-fontanelle n'élimine pas un hématome sous-dural ! Le fond d'œil est indispensable, le scanner reste le meilleur examen en urgence, l'IRM l'examen de référence en dehors de l'urgence. Des brochures de prévention sont disponibles auprès des conseils généraux. Une recommandation officielle est en cours de publication.

-> http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/PEDIATRIE/23_TRAUMATISMES_CRANIENS.html

Hématurie macroscopique

Toujours confirmer le diagnostic positif d'hématurie par **mesure des hématies et leucocytes par mm³**. Écarter par principe une situation d'urgence (recherche d'œdèmes périphériques, prise de la **pression artérielle**).

Examens complémentaires : NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, C3, CH 50, IgA ; protéinurie/24 h, calciurie/24 h ; échographie rénale et vésicale (U.I.V. non indiquée).

Évoquer une pyélonéphrite aiguë devant une hématurie macroscopique fébrile équivaut le plus souvent à faire une erreur de diagnostic (les hématuries des glomérulopathies surviennent souvent dans des contextes fébriles avec lombalgies ; la bandelette montre le plus souvent des leucocytes en excès, et la présence de sang dans les urines peut donner de fausses réactions positives aux nitrites. Par ailleurs l'existence d'une hématurie macroscopique au cours d'une infection urinaire évoque plus une cystite hémorragique qu'une pyélonéphrite : valeur diagnostique de l'échographie **vésicale**).

Avis spécialisé.

-> <http://imm.univ-lyon1.fr/internat/download/item315.doc>

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Hernies

- Inguinales : en général à opérer.

- Ombilicales : en général à ne pas opérer.

La pièce de deux Euros fixée sur la hernie n'a pas d'effet thérapeutique prouvé !

- **Ovaire** : opérer en **semi-urgence** (hernie inguinale contenant l'ovaire).

Hydrocèle

Une lampe de poche suffit pour l'affirmer.

® L'échographie est inutile.

Hypertension intracrânienne

® Si elle est suspectée, l'examen à demander n'est ni un fond d'œil, ni une radio de crâne, mais une **IRM cérébrale** (scanner en situation de grande urgence). Rechercher les **C**éphalées matinales, **V**omissements, surdité, troubles de l'équilibre, modifications du caractère...

L'œdème au fond d'œil est tardif (absent chez le nourrisson) et les impressions digitiformes sur la radio de crâne sont normales chez le jeune enfant.

Ictère du nouveau-né

Un objectif : améliorer la prise en charge des atrésies des voies biliaires.

Si signes de cholestase avec gros foie, **urines foncées, selles claires**, bilirubine conjuguée : urgence diagnostique et thérapeutique : **suspicion d'atrésie des voies biliaires**, à opérer avant 45 jours. Risque immédiat : hémorragies par carence en vitamine K, risque au-delà de 45 jours : échec de l'intervention. Diagnostics différentiels principaux : **M**ucoviscidose et déficit en alpha-1-antitrypsine, syndrome d'Alagille, ces 3 diagnostics peuvent être éliminés en quelques jours, avant d'organiser une prise en charge spécialisée.

Ne pas porter à tort le diagnostic d'ictère « physiologique » ou au lait de mère (les urines sont toujours claires !), avis spécialisé.

-> <http://www.pediatrie.be/fr/ictere-et-cholestase/641/2>

Pas à pas ictère du nourrisson

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas lithiase vésiculaire-

> www.pap-pediatrie.com

-> <http://www.naspghan.org/user-assets/Documents/pdf/PositionPapers/CholestaticJaundiceInInfants.pdf>
(recommandations nord-américaines)

Impétigo

Si un antibiotique oral est nécessaire (forme sévère, surface cutanée atteinte plus de 2 % = deux paumes de main), choisir une molécule active sur **streptocoque et staphylocoque**. Dans les formes moins étendues, mupirocine (meilleure activité sur SGA) ou acide fucidique local 2 à 3 fois par jour pendant 5 à 10 jours.

-> <http://www.em-consulte.com/article/188583>

-> http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2005-atb-locale-dermato-recos-afssaps.pdf

Infection urinaire

- ECBU inutile si bandelette négative aux leucocytes et aux nitrites, sauf tableau de pyélonéphrite aiguë (voir **Pyélonéphrite**).

- **Attention aux entérocoques : pas de nitrites et leucocyturie parfois faible**

- Le diagnostic d'infection urinaire repose sur un **tableau clinique au moins compatible** et un **ECBU concluant** : nécessité d'une bonne technique de recueil, si possible tube sous vide avec conservateur, leucocyturie supérieure à 10/mm³ et bactériurie supérieure ou égale 10⁵/ml (10⁶/ml si recueil par poche, à éviter si possible, 10⁴/ml si entérocoque, pyocyanique).

Toujours corréler l'ECBU à la bandelette, réalisée en respectant le mode d'emploi

- Échographie et cystographie rétrograde (échographie et débit-métrie mictionnelle simplifiée avec EMG périnéal chez une fille de plus de 6 ans).

- **Attention chez le nourrisson** : évoquer l'infection urinaire en cas de fièvre isolée, d'altération de l'état général avec mauvaise courbe de poids, avec ou sans troubles digestifs.

Expérience vécue : prélèvements du premier jet sans toilette préalable, portés au laboratoire 3 heures plus tard !

-> <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Diagnostic-et-antibiotherapie-des-infections-urinaires-bacteriennes-communautaires-du-nourrisson-et-de-l-enfant-Recommandations-de-bonne-pratique-Information-actualisee-le-11-03-2011/%28language%29/fre-FR>

Inhalation de corps étranger

Un tableau de détresse respiratoire aiguë ou de toux brutale, résolutive, évoque l'inhalation d'un Corps étranger, fréquent chez les moins de 3 ans. **Exploration endoscopique urgente** indispensable, sans attendre l'aggravation qui suit le plus souvent. Pas de manœuvre de Heimlich dans ce cas, en l'absence de suffocation.

® Cliché du thorax : en inspiration et expiration, ou décubitus latéraux droit et gauche chez les moins de 6 ans, fluoroscopie.

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Insuffisance cardiaque

Chez le nouveau-né et le nourrisson, la polypnée au repos et surtout la dyspnée au biberon en sont les principaux signes. Se méfier de formes trompeuses (vomissements).

L'hépatomégalie est un excellent signe clinique, mais penser à descendre assez bas pour palper le foie (parfois dans la fosse iliaque)... un gros foie à bord mousse est évocateur.

®

Imagerie conseillée : radio thorax face, puis écho cœur.

Internet

Lieu à multiples facettes, du coupe-gorge à la source d'informations précieuses... Voir à Audiovisuel.
Interdit avant 9 ans, accompagné jusqu'à 12 ans, règlementé après...

Le meilleur côtoie le pire : produits ou régimes miracles, témoignages spectaculaires de guérison, rumeurs attaquant tel ou tel aliment ou médicament mais aussi sites d'associations ou d'informations fiables.

Internet doit être intégré dans la pratique du médecin : les parents en savent parfois plus que lui, par exemple sur certaines maladies rares, ils peuvent se fourvoyer (cf régime sans gluten et caséine dans l'autisme, attaques du lait de vache à remplacer par des jus végétaux carencés...).

Internet est une menace pour les enfants : publicités, pédophilie, addiction aux jeux, pornographie accessible en deux clics, concours bidon pour collecter données privées et adresses mail, spams, forums, chaînes douteuses, blogs non contrôlés...

Internet est une aide précieuse pour les médecins : Pubmed, Orphanet... Voir les liens en fin de document.

Un site a même proposé une histoire différente chaque jour, que l'ordinateur raconte lui-même aux jeunes enfants avant de se coucher, pratique et convivial !

Chasse aux charlatans

-> <http://www.quackwatch.com/>

Rumeurs et faux virus :

-> <http://www.hoaxbuster.com>

Orphanet

-> www.orpha.net

Pubmed

-> www.pubmed.org

Invagination intestinale

Voir à Rectorragie et à Douleurs abdominales.

Typiquement : douleurs abdominales paroxystiques avec vomissements, rectorragies, tuméfaction abdominale. **Se méfier des formes atypiques** : syncopales, pseudo neurologiques avec hypotonie et pâleur. Grande valeur de la survenue de cris ou d'hypertonie par accès paroxystiques.

® Échographie en urgence, puis réduction par « lavement » à l'air en milieu chirurgical.

Ne pas attendre le tableau complet avec occlusion et rectorragies.

Irradiations et images[®]

L'examen d'imagerie ne doit **pas être banalisé**. Mal utilisé, il peut causer une perte de temps, il peut délivrer une irradiation excessive, il peut induire une erreur diagnostique. Il peut perturber ou contrarier une prise en charge efficace, rapide, non agressive et peu coûteuse. Il devrait donc être discuté au cas par cas par le demandeur et le réalisateur dans le cadre de protocoles validés et celui des recommandations officielles.

Dans l'idée de diminuer l'irradiation, toujours privilégier échographie et IRM lorsque cela est possible. Si on prend pour référence la radiographie pulmonaire de face (3 jours d'irradiation naturelle), l'irradiation est double pour un thorax de profil, multipliée par 15 pour un abdomen de face, par 115 pour un scanner crâne et par 500 pour un scanner abdominal !

Les organes les plus sensibles sont le cerveau, l'œil, la peau, la moelle osseuse, la thyroïde et les gonades. Certaines études font état par exemple d'un risque de cancer et pour le développement cérébral au-delà de 5 scanners crâniens. Ils n'ont leur place qu'en urgence, ou pour les oreilles et la face.

Les radiologues sont tenus d'indiquer (pour tête, thorax et abdomen) la dose de rayonnement reçue, les cliniciens devraient connaître au moins les doses relatives des principaux examens utilisés.

Des recommandations existent, publiées par l'HAS, elle devrait guider tout protocole d'exploration.

Quelques grandes erreurs dues à des **protocoles obsolètes ou inadaptés** : ASP et douleurs abdominales non chirurgicales, ASP et constipation, TOGD pour reflux, lavement baryté pour constipation, cavum, Blondeau, profil de thorax sans avoir vu la face, radiographies de crâne et traumatisme crânien, radio de bassin avant 4 mois...

-> http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/examens_imagerie_medicale_guide_2006_12_28_17_11_41_41.pdf

Les examens d'imagerie que l'on ne devrait plus demander et ceux qu'il ne faut pas oublier. P. Le Dosseur. Médecine & Enfance, septembre 2011.

Kinésithérapie

A consommer avec modération ! Elle a sa place et son intérêt dans des indications précises et elle est souvent galvaudée :

- Pas de kinésithérapie mais renforcement des activités sportives dans les attitudes scoliotiques ou scolioses modérées (inférieure à 15°)
- Déformations posturales du nouveau-né (pieds, torticolis, etc...) : très peu d'indication
- Suites de traumatologie : très peu d'indication. (Elle est même parfois nocive). Place à « l'auto-rééducation ».

Dans les cas où la kinésithérapie est indiquée, il faut la prescrire avec rigueur et s'assurer qu'elle est conduite conformément à la demande.

Lactose

Souvent accusé, rarement coupable ?

- Sucre prédominant du lait de femme, il est utile au jeune nourrisson comme source d'énergie, il acidifie le contenu intestinal, accélère le transit et protège contre les infections intestinales.

• **Il n'existe pas d'allergie au lactose** (mais le lactose vient du lait, possibles impuretés...).

• Totalemment à éviter dans la galactosémie, l'intolérance congénitale au lactose avec ou sans lactosurie (rarissimes).

- Les jus végétaux sont à proscrire s'ils sortent de magasins dits « diététiques » et ne respectent pas la législation sur les aliments infantiles, ce qui est le cas de « laits » de noisette, d'amande, de riz, de châtaigne... **Les laits des autres mammifères que la vache sont également formellement déconseillés** au nourrisson.

Voir Alimentation, Allaitement, Erreurs alimentaires, Anémie.

-> <http://www.laits.fr/>

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/AL/al94-02.htm> (laits hypoallergéniques)

-> <http://www.afssa.fr/Documents/NUT-Ra-Phytoestrogenes.pdf> (soja)

-> <http://www.anses.fr/Documents/NUT2006sa0359Ra.pdf> (acides gras)

-> http://espghan.med.up.pt/position_papers/JPGN_CoN_Infant_formula_probiotics_prebiotics.pdf (pré-probiotiques)

Langage

Un retard de langage (syntaxe) ou de la parole (articulation des mots) doit évoquer en premier lieu une Surdité.

À l'âge de 3-4 ans, un bilan orthophonique doit être demandé devant des troubles de la compréhension, un langage incompréhensible pour une tierce personne.

Bilan orthophonique devant tout trouble du langage à partir de l'âge de 5 ans.

-> <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/719.pdf>

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_626379/reeducation-de-la-voix-du-langage-et-de-la-parole

Pas à pas retard de langage :

-> www.pap-pediatrie.com

Larmolement

À la naissance :

- Isolé : obstruction du canal lacrymal : désinfection locale, massages du coin interne de l'œil. Si persiste, consultation à 3 mois.

- Associé à une photophobie, à un aspect particulier du globe oculaire : nécessite une consultation dès le premier jour pour rechercher un **glaucome congénital**. **Urgence** chirurgicale. Voir à Beaux yeux.

Laryngite

C'est une urgence !

® **La radiographie est dangereuse** quand réalisée en situation d'urgence.

Attention aux changements de position et à l'examen trop appuyé de la gorge. Respecter la position assise d'un enfant dyspnéique !

- Sous glottique : dyspnée laryngée, voix rauque, toux aboyante. Traitement corticoïde oral (aussi efficace et moins douloureux que parentéral), La plupart des publications recommandent 0,6 mg / kg de dexaméthasone, soit l'équivalent de 48 gouttes/kg de Célestène ! Sans dépasser 8 mg.

Pas d'antibiotiques. Si la gêne respiratoire est importante, prise en charge aux urgences avec des aérosols d'adrénaline.

- Supra-glottique (épiglottite) : dyspnée laryngée fébrile, dysphagie, hypersialorrhée, voix normale, adénopathies cervicales. Traitement : intubation en milieu spécialisé et antibiotiques. Rares depuis la vaccination contre *Hémophilus influenzae* de type 1b.

-> [http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-](http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/87256DB000705C3F87256E05005534E2/$File/CROUP.PDF)

[website.nsf/AllDoc/87256DB000705C3F87256E05005534E2/\\$File/CROUP.PDF](http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/87256DB000705C3F87256E05005534E2/$File/CROUP.PDF)

-> http://samu94.aphp.fr/doc/topos.../laryngite_enft_ti_samu94.pps

® Lavement baryté

Les indications d'un lavement baryté chez l'enfant sont exceptionnelles.

La Constipation avec ou sans Encoprésie n'est pas une indication, (® : abdomen face couché, parfois) sauf signes de constipation organique (subocclusions, débâcles, altération de l'état général). Dans ce cas : lavement aux hydrosolubles pour recherche de Hirschsprung.

Leucémie aiguë

Non exceptionnelle chez l'enfant, pic de fréquence entre 2 et 5 ans. Modes de révélation : syndrome tumoral (rate, foie, Adénopathies), douleurs osseuses, insuffisance médullaire portant sur 2 ou 3 lignées, rarement anémie isolée.

Leucorrhées

Les « pertes » des petites filles pré pubères sont fréquentes, elles sont souvent dues à des vulvites. Le seul examen clinique en bonne position suffit, le prélèvement bactériologique est inutile. L'origine mycosique est rare avant la puberté.

Le traitement doit être externe, en excluant donc tout traitement intrusif comme ovules, canules.

L'hygiène locale est l'élément le plus important, en évitant ses soins trop répétés ou agressifs susceptibles de pérenniser les symptômes. Un traitement antibiotique général actif contre le streptocoque est parfois utile. En cas de récurrence, un avis spécialisé peut être utile.

Penser au mode d'essuyage (conseiller d'avant en arrière) corps étranger, aux abus sexuels.

Penser aux oxyures.

Lyme

Exposition aux morsures de tiques associée à des manifestations cliniques : érythème chronique migrant de quelques jours à quelques semaines après la morsure, manifestations neurologiques ou rhumatologiques au stade secondaire, neurologiques au stade tertiaire. Il est décrit un syndrome « post Lyme » dans les maladies correctement traitées (asthénie, algies, troubles cognitifs).

Diagnostic clinique confirmé par sérologie à partir du stade secondaire.

Pas de sérologie chez les sujets asymptomatiques, les sujets exposés, les morsures de tique sans manifestations cutanées, l'érythème migrant typique.

Traitement du stade primaire : amoxicilline (recours, doxycycline au-delà de 8 ans), 14 jours (21 si signes extra cutanés). Suivi clinique, les signes cutanés peuvent persister plusieurs semaines sous traitement efficace.

Prévention : protection par vêtements longs et fermés, répulsifs (au-delà de 30 mois) en zone d'endémie. Examen par un adulte au retour de la promenade !

Retrait rapide du tique par moyen mécanique (pince), surveillance cutanée du site de morsure.

Pas de recommandation d'antibiothérapie préventive en cas de morsure, à discuter en zone de forte endémie, de morsures multiples, de long délai d'attachement du tique (>24h). Dans ce cas amoxicilline 10 jours.

-> <http://www.maladies-a-tiques.com/Maladie-de-Lyme.htm>

-> http://www.invs.sante.fr/beh/2010/hs/beh_hs.pdf

Pas à pas morsure de tique :

-> www.pap-pediatrie.com

Mains

Moyen de transport favori de la plupart des infections nosocomiales, à l'hôpital comme en ville.

Choisir son savon, penser à ne pas refermer le robinet sale avec une main propre mais avec la serviette en papier. Les solutions hydro-alcooliques sont une alternative efficace si les mains ne sont pas sales.

Penser aussi au nettoyage du stéthoscope et de la lampe de poche, voire de la poignée de la porte (l'alcool peut faire l'affaire).



Apprendre aux enfants à se laver les mains : cela diminuerait les plus de 30 % les gastroentérites et de 10 % l'absentéisme des enseignants pour maladie !

Malaise

Le malaise du nourrisson (accès de cyanose, pâleur, hypotonie, apnée) peut être le signe d'une pathologie aiguë grave et nécessite une hospitalisation immédiate pour exploration.

- Première étape : Dépister les « **faux malaises** », interprétés par des parents inquiets (fausses routes banales, colère avec érythrose, pâleur de sommeil...).
- Deuxième étape : existe-il une **cause curable urgente** à ce malaise (Fièvre, Invagination, intoxication (psychotropes par exemple), Convulsion, Hématome sous dural...)
- Troisième étape : malaise vrai inexplicé, envisager des explorations (reflux, hypertonie vagale, trachéomalacie), traiter les anomalies, discuter une surveillance par moniteur.

Chez l'enfant plus grand, tout malaise survenant pendant l'effort nécessite une exploration cardiologique. En première intention, ECG de base, arrêt des efforts jusqu'à consultation semi-urgente en cardiopédiatrie. Malaise après l'effort : le plus souvent vagal, les explorations cardiologiques sont rarement positives.

Pas à pas syncope de l'enfant :

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas malaise du nourrisson :

-> www.pap-pediatrie.com

Maltraitance (voir sévices)

Maltraitance (voir sévices) Le terme est plus usité et recouvre l'ensemble des sévices : squelette (syndrome de Silverman), brûlures, enfants secoués, sévices sexuels, etc

Connaissez-vous La thanatose du Bébé ?

Les syndromes post-traumatiques s'observent aussi chez les bébés, mais avec des modes d'expression très particuliers et méconnus, frèvre brutale avant une visite parentale, flush cutané en situation de stress, fuite du regard sous la pression psychologique. Un tableau aigu très impressionnant est la thanatose du bébé, c'est-à-dire qu'en situation d'une visite parentale terrifiante par exemple), le bébé se ferme, cherche à échapper du regard et montre de l'opposition au rapproché physique, se raidit, puis n'ayant plus aucune échappatoire perd connaissance et devient hypotonique, en coma psychique Comme mort. Cela peut durer longtemps Jusqu'à la fin de situation angoissante. La séquence terminée, ayant retrouvé des bras secourables, il « revient à lui » et retrouve son comportement habituel. C'est un comportement de fuite

psychique face au prédateur qu'on rencontre chez d'autres mammifères et animaux.

Médecin de famille

Professionnel disponible et consciencieux, qui ne soigne pas seulement ponctuellement des malades, mais a un projet pour ses clients en bonne santé : surveillance de la **C**roissance, des **V**accins, de l'**A**limentation, de l'**E**ducation, information sur les MST, la **C**ontraception, la drogue, critique du **T**abac et des boissons gazeuses sucrées...

Ne pas opposer à **P**édiatre...

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-lenfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-lenfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires?xtmc=enfant&xtr=14

Médicaments

Les médicaments se manient différemment chez l'enfant... lire les monographies pour les doses, les durées de traitement, les contre-indications.

Les rares médicaments à avoir dans sa pharmacie : paracétamol, sérum physiologique, solution de réhydratation, codéine.

- Attention aux associations : DHE macrolides...
- Attention aux contre-indications : sulfamides et chloramphénicol chez le nouveau-né, l'opéramide avant 2 ans, tétracyclines avant 8 ans...
- Attention à l'automédication, aux intoxications accidentelles.
- Pensez au coût !!!
- Expliquer le rôle de chaque molécule prescrite (cela améliore l'observance).
- Avertir des éventuels effets secondaires en demandant de vous prévenir avant d'arrêter.
- Déclarer les effets secondaires (voir à **P**harmacovigilance).
- Soyez critique sur l'efficacité de certains médicaments, proches de placebos...

Parfois utiles par cet effet, mais ne pas en abuser. À ce propos, s'informer sur la prise de produits dits « naturels ».

Ne pas hésiter à ne pas donner de médicaments quand c'est indiqué !!! Les parents s'éduquent... Une étude en France a montré que des enfants atteints de diarrhée aiguë (a priori virale) recevaient en moyenne chacun 2,4 médicaments hors antipyrétiques et solution de réhydratation ! Voir **O**rdonnance.

Prescription parfois nécessaire de médicaments « hors **A**MM », faute de présentations ou d'études pédiatriques.

-> <http://www.quackwatch.com/> (chasse aux charlatans)

Méningite

Hantise des médecins de garde devant une fièvre, diagnostic trompeur chez le nourrisson, chez qui la raideur peut manquer. La méningite à *Haemophilus influenzae b* est prévenue par la vaccination systématique, certaines méningites à pneumocoque le sont aussi par la vaccination des nourrissons à 2 et 4 mois, avec rappel à 1 an. Le méningocoque est devenu la première étiologie.

L'évoquer chez l'enfant devant : **F**ièvre, **C**éphalées, **V**omissement, raideur, **P**urpura fébrile, hyperesthésie, irritabilité, cellulite de la face, tableau septique isolé, troubles de conscience, fontanelle bombante, photophobie, **C**onvulsions (l'évoquer de principe devant convulsions fébriles du moins de 1 an)...

L'**évoquer c'est faire une ponction lombaire**. Attention ! Celle-ci est contre-indiquée en cas de trouble majeurs de l'hémostase connu, de Purpura fulminans ou de troubles hémodynamiques.

Déshabiller totalement un enfant fébrile permet de ne pas passer à côté d'éléments purpuriques...

Le diagnostic fait, voir à **Prophylaxie**.

-> <http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/download/item96b.pdf>

Méningocoque

Première cause de Méningite, il se décline en B & C en métropole. Redoutable lorsqu'il provoque un *purpura fulminans*. Bien que fragile et sensible aux antibiotiques, les céphalosporines de 3^e génération restent une première intention. Il existe une PCR, que l'on peut faire dans le sang, le liquide lombaire ou sur le purpura (biopsie permettant le diagnostic même après 24 h d'antibiothérapie). Il existe un vaccin recommandé entre 1 et 24 ans pour le méningocoque C, et celui du B est en attente. Une exception, la Seine maritime et une partie de la Somme qui ont bénéficié d'une vaccination contre le méningocoque B compte tenu d'un foyer de particulier provoquant des purpuras fulminans. Pour les A, Y etc. en Afrique ou au Moyen Orient. Il existe un vaccin.

Contagieux, le méningocoque, mettez les masques !! lorsqu'il y a crainte de méningite et prescrire la prophylaxie à l'entourage qui repose essentiellement sur la rifampicine 48 h. Le méningocoque se déclare aux autorités de santé !

En cas de suspicion de méningococcémie, injection urgente d'antibiotique dès le domicile (voir **Purpura fulminans**)

Molluscum contagiosum

Très fréquents : dépistage et traitement précoce par curetage après application de pommade anesthésiante, pour éviter une efflorescence parfois profuse (mais disparaissent spontanément aussi souvent qu'ils peuvent réapparaître après curetage...)

Le traitement de première intention, en l'absence de gêne fonctionnelle ou cosmétologique, est l'abstention. Emollient pour la xérose fréquente associée. Une inflammation locale est fréquente, parfois importante, avant l'involution et ne nécessite aucun traitement.

-> <http://www.atlas-dermato.org/atlas/molluscfin.htm>

Mort

Les principales causes de décès inopinés potentiellement évitables chez l'enfant sont les **Accidents**. Chez le nourrisson : la **Mort** subite, les **Déshydratations** et les infections (voir à **Fièvre**, et à **Diarrhée**). Des mesures préventives doivent être expliquées aux parents.

L'aide au travail de deuil est fondamentale et peut changer le reste de la vie des parents et des autres enfants nés et à venir. Vous devez aider ou faire aider les parents dont un enfant est décédé, quelle que soit la cause...

Certains parents peuvent se sentir coupables toute leur vie, le plus souvent à tort, du décès de cet enfant.

Mort subite du Nourrisson

Une des grandes causes de décès du nourrisson, dont un des facteurs déterminants est la position ventrale de sommeil (nombre de décès divisé par 5 depuis les consignes de **couchage sur le dos** !!!).

Prévention : **Sommeil sur le dos** est le message majeur !! Proscrire les couettes et couvertures, **ne pas fumer** en présence d'un nourrisson. **Pas de jeune nourrisson dans le lit des parents** (ou pire fauteuil ou canapé avec un parent endormi). Par contre le lit de l'enfant peut être mis dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois. La tétine peut être proposée.

Pas de danger supérieur de fausse route lactée sur le dos. Mettre par contre facilement bébé **sur le ventre pendant l'éveil**, sous surveillance.

Le risque est plus élevé sur le côté. Préférer aux couvertures et draps turbulettes ou surpyjamas. Matelas fermes et adaptés à la taille du lit.

Si cela arrive, l'urgence vis-à-vis des parents : les déculpabiliser et les accompagner pour le bilan indispensable pour affirmer qu'il n'y a pas de cause à ce décès +++

-> <http://www.cps.ca/Francais/enonces/FN/fn01-02.htm>

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_533467/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson-moins-de-2-ans?xtmc=&xtr=10

-> <http://www.aap.org/healthtopics/sleep.cfm> (AAP)

Mots

Armes pouvant être redoutables dans la bouche d'un médecin : annoncer un diagnostic, même bénin pour vous, peut avoir des conséquences durables sur la vie de l'enfant : parler avec prudence, et s'assurer d'avoir été compris.

Exemple : « grosse tête », retard, souffle cardiaque, hernie hiatale... Voir à Carnet de santé.

Parfois insuffisamment utilisés : il est important d'expliquer les **O**rdonnances et l'évolution prévisible de la maladie, ainsi que les signes d'alerte pour une évolution défavorable.

Exemple de parents qui consultent aux urgences parce que la fièvre persiste quelques heures après le début d'un traitement antibiotique, ou qui arrêtent l'antibiotique dès que la fièvre tombe. Exemple de parents rassurés par la prise par leur nourrisson d'un biberon de Solution de réhydratation orale là où il en aurait fallu six pour le sauver...

Enfant anorexique car le médecin a dit qu'il fallait qu'il mange plus...

Douze ans de traitement par IPP pour un diagnostic de « reflux » qu'on a rendu responsable de tous les événements ultérieurs (spasme du sanglot, asthme, colères...).

Mucoviscidose

La mucoviscidose est une maladie génétique héréditaire, Sa transmission est autosomique récessive, due à des mutations sur le gène CFTR (Cystic -fibrosis Trans-membrane conductance Regulator), localisé sur le bras long du chromosome 7.

Caractérisée par l'épaississement des sécrétions de plusieurs organes, essentiellement les poumons et le pancréas, ce qui altère leur fonctionnement. Elle est diagnostiquée le plus souvent dans l'enfance, à la naissance par dépistage néonatal, dans les premiers mois de la vie ou avant 6 ans. Cependant, il existe des formes à révélation plus tardive. Les principaux organes touchés sont : Les poumons : la mucoviscidose provoque un épaississement des sécrétions muqueuses qui recouvrent les bronches et une obstruction des petites bronches. Elle favorise également la survenue de surinfections répétées. Le pancréas : les sucs pancréatiques ne sont plus suffisamment sécrétés, ce qui conduit à une mauvaise absorption des graisses et des troubles nutritionnels. En ce sens, la mucoviscidose est également appelée fibrokystique du pancréas. Les glandes sudoripares : augmentation de la concentration en ion chlorure dans la sueur. Les glandes sexuelles chez l'homme : obstruction des canaux déférents (empêchant le déplacement des spermatozoïdes produits par les testicules). D'autres atteintes peuvent apparaître au cours de l'évolution de la maladie, en

particulier celles du foie et des voies biliaires. La mucoviscidose est une maladie chronique rare, de gravité variable selon chaque individu atteint. Elle évolue progressivement avec des épisodes d'aggravation.

Les nouveaux traitements pharmacologiques de la protéine CFTR (Cystic Fibrosis Trans-membrane conductance Regulator), qui régule les transports de chlore à travers les membranes des muqueuses glandulaires du corps, représentent de nouvelles perspectives de traitement dans la mesure où les traitements disponibles jusqu'à ce jour étaient uniquement symptomatiques.

Destinés à des patients porteurs de certaines mutations génétiques, ces nouveaux médicaments, grâce à leur action sur la protéine CFTR en cause dans la maladie, apportent un gain respiratoire et une prise de poids :

Kalydeco (ivacaftor), Orkambi (lumacaftor + ivacaftor), Kaftrio (ivacaftor + tezacaftor + éléxacaftor), Symkevi (tézacaftor + ivacaftor).

La prise de ces médicaments nécessite une surveillance du bilan biologique hépatique.

http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_272206/prise-en-charge-du-patient-atteint-de-mucoviscidosepneumologie-et-infectiologie -> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272207/prise-en-charge-du-patient-atteint-de-mucoviscidoseobservance-nutrition-gastro-enterologie-et-metabolisme

Mycoses

Toute lésion arrondie du tronc ou des membres n'est pas une mycose. Penser à l'Eczéma avant de traiter. Le pied d'athlète est exceptionnel avant la puberté, par contre la dermatose plantaire juvénile, proche de l'eczéma et favorisée par le port de chaussures de sport (les baskets d'une célèbre marque...), est fréquente.

Les vulvites sont rarement mycosiques chez l'enfant prépubère, sauf après antibiotiques. Penser aux oxyures.

Naevi pigmentaires

Dans l'enfance, le problème est essentiellement celui des naevi congénitaux, surtout de grande taille (> 20 cm de diamètre). Avis spécialisé rapide : pour exérèse possible.

Si < 1,5 cm et d'allure bénin : on peut attendre. Prendre un avis après la 1^{re} année pour ne pas laisser passer la phase d'hyperlaxité cutanée post natale.

À l'adolescence, une poussée est physiologique, et ne doit pas inquiéter systématiquement.

L'apparition de zones de dépigmentation n'est pas synonyme de gravité, mais justifie un avis spécialisé comme tout autre modification d'aspect.

Voir à Soleil.

-> <http://www.atlas-dermato.org/atlas/naevusfin2.htm>

Obésité

Problème qui a pris une importance inquiétante dans les pays développés, pour des **enfants prédisposés** (facteur de risque majeur = obésité maternelle), avec des conséquences graves sur la santé physique et mentale (estime de soi, diabète type II, hyperlipémie...). Serait stabilisée actuellement en France. **Le traitement de l'obésité constituée est très décevant.** Outre la prédisposition génétique, le mode d'alimentation et l'activité physique sont de facteurs déterminants, souvent sous-tendus par des facteurs psychologiques.

Dépister l'obésité en complétant les courbes de croissance par la courbe d'index de masse Corporelle, craindre le rebond précoce d'adiposité.

Selon l'âge où elle est constatée, entre 30 (nourrisson) et 80 (adolescent) % des enfants obèses le resteront à l'âge adulte, beaucoup garderont des facteurs de risque métaboliques.

Une obésité chez l'enfant, isolée, sans cassure de courbe de taille ou syndrome dysmorphique, n'est pas une pathologie endocrinienne. Elle est d'origine nutritionnelle et génétique et liée au mode de vie, elle ne **nécessite aucune exploration** à visée étiologique.

Des examens explorant le métabolisme des glucides et lipides peuvent parfois être utiles, surtout en cas d'antécédents familiaux, ainsi que l'exploration du retentissement orthopédique, cardiaque ou respiratoire dans les obésités majeures.

Voir à Croissance.

Rôle important de la télévision chez l'enfant, diminuant l'**activité physique** et exerçant une pression vers des aliments déséquilibrés (appelés « **nourriture pourrie** », aux États-Unis), par la publicité et les messages subliminaux (friandises apparaissant dans les films). Une heure de plus en moyenne par jour devant la télévision augmente la prévalence de l'obésité de 2 %... Voir Audiovisuel.

Les clés de la prise en charge : stabiliser les surpoids de degré 1, faire diminuer les surpoids de degré 2, modifier durablement les habitudes alimentaires et l'activité physique en respectant l'équilibre psychologique.

Importance d'une équipe multidisciplinaire et d'une prévention plutôt que d'un traitement...

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/HAL/HAL02-01.htm>

-> [http://sfpediatrie.com/upload/2/419/ob%E9sit%E9%20\(texte%20court\).pdf](http://sfpediatrie.com/upload/2/419/ob%E9sit%E9%20(texte%20court).pdf)

-> http://www.aly-abbara.com/utilitaires/calcul%20imc/IMC_fr.html (calcul de l'IMC)

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272302/prise-en-charge-de-lobesite-de-lenfant-et-de-ladolescent

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Œdème palpébral bilatéral

Évoquer en priorité un **syndrome œdémateux généralisé** devant des « yeux gonflés » le matin au réveil (et non une conjonctivite !)

Signification : **rétention sodée**

Réflexe obligatoire : **bandelette urinaire**, car l'origine rénale est la plus fréquente chez l'enfant.

La protéinurie étant confirmée, **éliminer d'emblée une situation d'urgence** :

- HTA, insuffisance rénale organique (en cas de glomérulonéphrite aiguë)

- Collapsus cardio-vasculaire, insuffisance rénale fonctionnelle, infection bactérienne, thrombose vasculaire (en cas de néphrose).

En l'absence de protéinurie, évoquer une perte digestive (rare).

Discuter ensuite d'une dermatomyosite ou d'une hypothyroïdie.

Consultation spécialisée.

Pas à pas œil rouge ou douloureux

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas œdème palpébral

-> www.pap-pediatrie.com

Œdème péri orbitaire

Un « gros œil fébrile » n'est pas dû à une piqûre de moustique, mais à l'extériorisation d'une **sinusite ethmoïdale** (surtout entre six mois et 5 ans) avec ses risques de complications orbitaires. Avis spécialisé urgent, scanner, antibiothérapie par Céphalosporine de 3^e génération et glycopeptides.

Ordonnance

Partie importante du travail du médecin, doit être la plus légère possible... détaillée avec poids et âge (contrôle de la dose par le pharmacien), spécialité, présentation, dosage, posologie, durée, nombre de médicaments prescrits, bien écrite en capitales d'imprimerie, sans abréviations abusives, signée. Référence systématique à un dictionnaire des médicaments en cas de doute ou d'association.



L'ordonnance doit être expliquée en détail avec ses effets attendus, ses risques. Voir **M**ots.

Exemple d'une prescription de Catalgine® mal écrite, et interprétée en Cedilamide®, d'une autre de Pimpéran® changée en Préviscan® 3 comprimés par jour...

Voir à **M**édicaments.

Otite externe

L'otite externe peut être rencontrée chez l'enfant dans différentes circonstances : Inflammation locale entraînée par une otorrhée chronique chez elle peut faire craindre la complication, macération après bain en piscine, période néonatale.

Symptomatologie : douleur, sténose du conduit auditif externe et éventuellement œdème de la peau du conduit. Le pavillon est douloureux à la palpation. Mais il n'est pas basculé vers l'avant au contraire des mastoïdites aiguës. Les mouvements de la mâchoire réveillent la douleur.

Il s'agit en général d'une infection due à un staphylocoque. Le pseudomonas est plutôt un germe des otorrhées, banal en dehors de terrains fragilisés.

Le traitement : assèchement du conduit, application de gouttes auriculaires associant antibiotique et corticoïde. La mise en place d'un petit tampon (pope oto-wick®), à changer régulièrement, permet d'augmenter l'efficacité du traitement.

A un stade de plus, l'antibiothérapie générale anti-staphylococcique, éventuellement associée à des corticoïdes, peut être utile.

Prévention : après les baignades en piscine, sécher le conduit auditif externe au sèche-cheveux plutôt qu'avec un coton tige ou une serviette de bain.

-> <http://www.docteur-khalifa.fr/pix/rdp/planete-ORL-01.pdf>

Otite moyenne aiguë

1) Diagnostic par otoscopie, antibiotique dans les formes suppurées avec tympan bombant, systématiquement pour les moins de 2 ans, les formes très symptomatiques, trainantes ou s'aggravant sous surveillance au-delà de 2 ans.

Choix de l'antibiotique : amoxicilline 80-90 mg/Kg/24h en 3 prises espacées de 8h (en deux prises si ce n'est pas possible) en première intention, 8 à 10 jours chez les moins de 2 ans, 5 jours au-delà de 2 ans. L'association avec acide clavulanique peut être proposée en cas de conjonctivite associée (hémophilus), le cefpodoxime en cas d'allergie vraie à la pénicilline, erythro-sulfafurazole ou cotrimoxazole en cas de contre-indication aux bêta lactamines. Indications exceptionnelles de la ceftriaxone selon AMM.

En deuxième intention (échec ou rechute précoce : amox-acide clavulanique ou cefpodoxime).

Paracentèse discutée si hyperalgique ou hyper fébrile, échec d'un traitement de première intention autre que l'amoxicilline, échec d'un traitement de deuxième intention, ou sur terrain fragile (immunodéprimé, cardiaque).

2) L'otite de l'enfant de moins de trois mois est rare, à germes particuliers (Staphylocoque, *Pseudomonas*), nécessite une paracentèse et parfois un traitement **A**ntibiotique parentéral. Suivi obligatoire.

3) **Adapter l'antibiothérapie** à l'épidémiologie (en fait beaucoup d'otites sont virales et guérissent sans antibiotique !). Eviter si possible les C3G sauf otite grave, les macrolides car résistances. Penser aux antalgiques, hésiter avant d'utiliser des AINS (non recommandés).

L'otite peut se révéler chez le nourrisson par des troubles digestifs (diarrhée, vomissements, pleurs).

-> <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>

-> <http://aappolicy.aapplications.org/cgi/content/full/pediatrics;113/5/1451>

Ovaire

Une tuméfaction inguinale chez le nourrisson-fille est a priori une **H**ernie de l'ovaire. L'enfant doit être **adressée rapidement en milieu chirurgical** pédiatrique.

Palpitations

Prendre le pouls sur une minute. S'il est irrégulier, trop rapide ou trop lent pour l'âge, faire un ECG. Demander une consultation de cardiopédiatrie si ECG anormal (y compris extrasystoles ventriculaires ou supraventriculaires), ou si la fréquence cardiaque est anormale pour l'âge.

Holter après avis d'un cardiopédiatre.

Parapluie

Syndrome atteignant parfois les médecins, parfois encouragés par leurs malades, qui fait remplacer une démarche diagnostique et thérapeutique réfléchi par une pluie d'exams complémentaires ou de médicaments.

(Voir à **E**xamens complémentaires, **E**chographie, **M**édicaments, **A**ntibiotiques, **C**oproculture, **L**avement baryté, **T**OGD, **A**utoroute).

Parasitose cutanée

• Poux

Les shampooings ne suffisent pas. Utiliser des lotions à base de silicone ou de pyréthrine. En 2^e intention : malathion dont l'effet rémanent est plus marqué (éviter chez le moins de 2 ans). Pas de spray chez l'asthmatique.

Traiter toute la famille et désinfecter bonnets et écharpes.

L'Ivermectine est un traitement prometteur mais n'a pas encore d'AMM dans cette indication. En cas d'échec du traitement local bien conduit, certains préconisent chez le plus de 2 ans et de 15 Kgs deux prises de 400 mcg/Kg espacées de 7 jours.

• Gale

Diagnostic à évoquer quand prurit féroce chez plusieurs personnes en contact. Regarder les espaces interdigitaux, les plantes des pieds chez le nourrisson. Pas de résistance au traitement, mais toute la famille doit être traitée en même temps, pensez aux vêtements et draps à laver à 60°. La persistance d'un prurit quelques jours ne traduit pas obligatoirement un échec. Traitement oral (ivermectine 200 mcg/Kg deux fois à 2 semaines d'intervalle, chez le plus de 15 kg) ou topique. Les formes profuses, nécessitent un isolement et un traitement du domicile. Enquête en collectivité pour déterminer les sujets contact. Eviction : 3 jours après traitement dans les formes communes, jusqu'à éradication dans les formes profuses.

• Teignes

Le prélèvement mycologique du cuir chevelu est obligatoire pour déterminer l'origine animale ou interhumaine (éviction scolaire, si possible limitée à 15 jours de traitement bien conduit pour éviter la déscolarisation).

Le traitement per os est obligatoire.

- > <http://www.cps.ca/Francais/enonces/ID/ID08-06.htm> (poux)
- > <http://www.cps.ca/francais/enonces/II/ii01-01.htm> (gale)
- > <http://www.poux.fr/fr/pdf/rapport170103.pdf>
- > <http://dermatonord.free.fr/docpatient/Traitement%20de%20la%20gale.pdf>
- > <http://www.gfrup.com/protocole%20gale%20toulouse.pdf>
- > http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_270603_gale.pdf

Pédiatre

Professionnel (en voie de disparition ?) amical et compétent, médecin de cabinet privé et/ou hospitalier, formé aux pathologies congénitales, aux pièges des maladies de l'enfant, aux particularités des thérapeutiques chez l'enfant, aux problèmes de Croissance et de puberté.



Partenaire utile et irremplaçable des médecins généralistes et des autres spécialistes, (hors gériatres !). Ne pas opposer à Médecin de famille.

Pédopsychiatre

Professionnel travaillant le plus souvent de façon fructueuse avec les pédiatres, les généralistes et d'autres professionnels, mais pouvant être fatigant à force de remise en question et d'interprétation.

Professionnel prenant en compte dans sa démarche de diagnostic et de soin, des dimensions multiples : à la fois une sémiologie psychiatrique, un enfant en développement, l'histoire de cet enfant, de sa famille et des interactions entre eux, le contexte social, scolaire et parfois culturel et judiciaire.

Ce métier nécessite : du bon sens, de la patience, de l'optimisme, du « self-control » et du recul sur soi

pour supporter des mouvements projectifs des uns et des autres, les faire fructifier et savoir accepter parfois d'être le mauvais objet.

Un pédopsychiatre est un collaborateur précieux au sein d'une équipe pluridisciplinaire :

- Pour accompagner l'annonce d'un diagnostic grave
- Pour aider à la prise de décision de thérapeutique lourde

Pharmacovigilance

Chez l'enfant comme chez l'adulte, **tout effet secondaire grave** (même connu) ou inattendu d'un **M**édicament **doit être signalé** au centre de pharmacovigilance. Il s'agit d'une procédure obligatoire dont dépend la sécurité des malades, mais qui est souvent mal respectée. Une nouvelle règle demande même de signaler tout effet secondaire, même non grave.

Exemple en France des AINS, réputés ne pas causer d'accidents chez l'enfant, et en fait responsables probablement de plusieurs centaines d'hémorragies digestives par an, mais aussi d'insuffisances rénales ou d'infections cutanées graves...

-> <http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacovigilance/Organisation-de-la-pharmacovigilance-nationale/%28offset%29/0>

Pieds ...

1 - Pieds plats

Avant 10 ans, ils sont physiologiques s'ils sont souples, symétriques et indolores. Les semelles orthopédiques n'ont donc pas de justification (sauf pour traiter la déformation accélérée des chaussures...et encore !)

À l'âge adulte, ils n'étaient même plus une cause de réforme pour l'ex-service militaire. C'est dire si l'on peut s'interroger sur leur caractère pathologique ! En outre ce sont ceux qui ont les pieds plats qui gagnent les médailles dans les épreuves de course aux jeux olympiques !!!

On a connu une maman qui avait répandu du sable dans la chambre de son enfant, car on lui avait dit qu'il fallait qu'il marche sur le sable...

2 - Pieds qui tournent

Mot des mamans qui désignent de façon très vague les perturbations primitives de la marche de l'enfant. À l'exception du metatarsus adductus, tous sont physiologiques. Seules les déformations majeures justifient un traitement. Stop à la **K**inési... (Voir ce chapitre).

Ne pas se limiter à l'examen des pieds mais **analyser l'ensemble des membres inférieurs**. Le plus souvent ce n'est pas le pied qui tourne mais le tibia (torsion tibiale interne) ou le fémur (ante torsion fémorale). Ces anomalies « torsionnelles » du squelette s'observent entre 2 et 8 ans avant de se corriger spontanément. Le port de semelles orthopédiques est d'indication rarissime et... illogique.

3 - Pieds du nouveau-né

Les anomalies sont le plus souvent des malpositions simples par conflit intra utérin. L'examen à la naissance doit s'assurer que la déformation est souple et réductible.

Dans ce cas, pas de rééducation (voir **K**inésithérapie) et recommander des simples manipulations parentales.

Si la déformation n'est pas (ou incomplètement) réductible (pied bot), elle est alors plus sévère et justifie une prise en charge spécialisée.

NB : une déformation simple des pieds de l'enfant ne constitue pas un « facteur de risque » pour la luxation de hanche (voir ce chapitre).

-> http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_pied_du_nourrisson_mel_2006.pdf

Plagiocéphalie

Quand elle est postérieure, elle est en règle générale bénigne, mais parfois inesthétique. Favorisée par le couchage sur le dos. De plus en plus fréquente, peut être facilement prévenue, dès la maternité, par le changement de l'orientation du nourrisson dans son lit, de l'orientation du lit par rapport aux centres d'intérêt (lumière), le proclive ventral lors des périodes d'éveil.

Penser au torticolis congénital, à une hémiparésie. Pas de place pour le « casque thérapeutique ».

-> <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/11041.pdf>

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

-> <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;112/1/199> (AAP)

Pleurésie

Complication peu fréquente des pneumopathies, il ne faut pas passer à côté ! L'épanchement est généralement visible sur la Radio.

L'enfant a généralement un **état général altéré** et douloureux. Y penser quand une pneumopathie a priori à pneumocoque **reste fébrile à 72h**.

L'échographie pleurale est indispensable pour la ponctionner AVANT la mise en place du traitement. Le recueil du liquide pleural permet de faire le diagnostic (glucose, protides, pH, LDH, lactate, numération cellules, bacterio, PCR). Parfois les pleurésies ne sont pas infectieuses. L'hospitalisation est systématique.

Pneumocoque

Germe fréquent chez l'enfant, responsable d'otite, de pneumopathies, de méningites et de pleurésies purulentes. A parfois d'autres localisations.

Fréquemment de sensibilité diminuée à la pénicilline, le traitement en ambulatoire en France est l'amoxicilline à 80-100 mg/kg ou la ceftriaxone 100 mg/kg (<2g/j).

Le prélèvement pharyngé peut permettre d'isoler la souche et de tester sa sensibilité aux béta lactamine. Oublier les macrolides et les céphalosporines orales. Dans les formes graves (méningites, pleurésie), on ajoute de la rifampicine ou de la vancomycine pour lutter contre les éventuels germes résistants.

La mise à disposition d'un nouveau vaccin à 13 valences devrait faire diminuer le nombre de ces infections... mais attention tous les sérotypes virulents ne sont pas inclus, et les germes s'adaptent. Il existe une PCR, très utile pour la pleurésie ou les méningites décapitées. La recherche d'antigènes solubles urinaires peut être utile malgré des faux positifs du au portage simple.

Pneumopathie

Fréquente chez l'enfant. ® La radiographie de face en inspiration est nécessaire pour le diagnostic, devant :

- Un enfant fébrile avec râles crépitants, sous-crépitan, polypnée.
- Un nourrisson avec fièvre inexpliquée, prolongée ou mal tolérée.
- Un enfant avec toux fébrile persistante ou associée à une tachypnée
- Suspicion de corps étranger (pneumopathies récidivantes).
- Diagnostic différentiel entre bronchite et pneumonie

Difficile de déterminer l'étiologie mais deux tableaux principaux :

Fièvre élevée brutale avec altération de l'état général, douleurs thoraciques ou abdominales, crépitants, foyer systématisé unilatéral à la radio, hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et CRP élevée : **pneumocoque** très probable, pouvant être détecté par prélèvement pharyngé, hémoculture, antigènes solubles. Le traitement est l'amoxicilline 80-100mg/kg 10 jours ou ceftriaxone IV Attention, apyrexie attendue en 72 h. Sinon, refaire une radio et rechercher une pleurésie purulente.

Tableau plus progressif, souvent toux persistante initialement fébrile, auscultation normale ou sibilants ou râles bilatéraux, foyers non systématisés ou bilatéraux à la Radio, biologie variable. Viral ou mycoplasme. Si > 3 ans, macrolides en première intention 14 j.

Attention :

Hospitaliser l'enfant de moins de 6 mois. Au-delà la prise en charge est ambulatoire.
L'auscultation peut être normale

- > http://www.resclin.fr/formation_congres/strategie_atb_pneumo_communaire_ped_bua_2009-05.pdf
- > http://basic.shsmu.edu.cn/kejian/urgences/IMG/pdf/irh_reco.pdf : antibiothérapie.
- > <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/JS2007/Brezze-FMC07/ressources-ppt/mardi/02-Bonnemaison.pdf>

Polyhandicapé

Enfant fragile de parents fragilisés, posant de multiples problèmes et au mieux pris en charge par une équipe multidisciplinaire : neurologue, chirurgien, gastroentérologue, médecin de médecine physique et réadaptation, kinésithérapeute, médecin traitant, psychologue...

Penser qu'ils n'ont parfois pas les moyens de dire qu'ils ont mal. Risque de problèmes orthopédiques, constipation, dénutrition, pneumopathies d'inhalation, œsophagite, infections urinaires...

Penser à l'accompagnement des parents qui souvent se dévouent jour et nuit en sacrifiant tout, parfois leur couple et en oubliant de vivre leur vie et d'envisager une vie après le décès de l'enfant...

Ces enfants sont menacés par l'insuffisance respiratoire, favorisée par les scoliose et les fausses routes. Ne pas trop retarder le temps de la gastrostomie, si fausses routes, repas interminables et/ou dénutrition.

- > <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/N09-01.htm>

Pression artérielle

La prise de la pression artérielle doit faire partie de tout examen clinique pédiatrique, surtout en cas de **C**éphalées, **V**omissements, **C**onvulsions, symptômes néphro-urologiques, retard de croissance, etc. Se référer aux abaques en fonction de la taille (ou de l'âge) et du sexe.

Utiliser des brassards adaptés à la taille de l'avant-bras (2/3 de la longueur).

Le risque de défaillance viscérale (**encéphalopathie hypertensive, insuffisance cardiaque gauche avec OAP**) est majeur si les chiffres sont très élevés (97,5e percentile +20 à 30 mm de Hg), ou si l'hypertension est récente : glomérulonéphrite aiguë, syndrome hémolytique et urémique... (À partir de 150/90 chez le grand, 130/80 chez le petit, 120/70 chez le nourrisson).

Traitement médicamenteux urgent et avis spécialisé.

Valeur moyenne (et extrême) de la normale : 50e (97, 5e) percentiles, 4 ans : 105/60 (125/80), 10 ans : 110/65 (130/85), 16 ans : 125/75 (140/90 chez la fille, 150/90 chez le garçon).

Pas à pas : 2010 :

- > www.pap-pediatrie.com

Prophylaxie

- Une **M**éningite à méningocoque ou une méningococcémie imposent une prophylaxie de l'entourage. Une méningite à pneumocoque ou *haemophilus* ne conduit ni à déclaration, ni à prophylaxie.
- Une hépatite B voire A impose une prise en charge urgente de la famille.
- Une **T**uberculose impose la recherche d'un contagé, il est souvent proche et massif chez l'enfant, que le BCG ne protégerait que contre les formes graves. Séparer le nouveau-né d'une mère tuberculeuse.
- La **V**aricelle ou un herpès peuvent nécessiter des mesures de protection de sujets fragiles (nouveau-né, **E**czéma sévère...).
- Envisager le traitement de la famille en cas de **G**ale, **P**oux, oxyures, *Helicobacter*.

Protéinurie

Latence clinique (sauf si elle est massive)
Intérêt ++ du dépistage systématique par bandelettes.

Dépistage récent : **éliminer une situation d'urgence** (GNA, syndrome néphrotique) :

- * Recherche d'**œ**dèmes périphériques, d'épanchements des séreuses
- * Prise de la Pression artérielle +++.

Protéinurie intermittente : non liée en règle à une pathologie rénale (notamment protéinurie orthostatique).

Protéinurie permanente : traduit en règle une néphropathie :

- Associée à **une leucocyturie** : Néphropathie Tubulo-Interstitielle
- **Isolée**

Ou associée à **une hématurie**

Ou **abondante (syndrome néphrotique)** : Néphropathie Glomérulaire

Dans ce dernier cas, la PBR est à discuter (sauf si Néphrose Cortico-S)

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_673765/ald-n-19-syndrome-nephrotique-idiopathique-de-l-enfant

Pas à pas : 2010 :

-> www.pap-pediatrie.com

Psy-

- Chiatre ou -chologue, êtres humains normaux ne disposant pas d'un radar pour fouiller les consciences, mais formés à aider les gens normaux à réfléchir sur leurs difficultés.

Difficiles à introduire auprès des parents, mais très utiles dans beaucoup de circonstances : problèmes **É**ducatifs, violence, **S**uicide, **A**norexie, Anorexie mentale, addictions, maladies chroniques ou aiguës, **A**dolescence, **D**épression... et autres pathologies psychiatriques. Voir à **P**édopsychiatre

Un des critères de la qualité d'un intervenant « Psy », pour beaucoup de médecins : pouvoir le comprendre quand il parle/écrit/fait une présentation !



Puberté

Les limites de déclenchement de puberté sont de 8 à 13 ans chez la fille, de 10 à 14 ans chez le garçon. Des explorations spécialisées s'imposent en cas d'avance ou de retard pubertaire. Pas à pas puberté précoce et tardive.

-> www.pap-pediatrie.com

JIM.fr - la puberté précoce en augmentation pendant la pandémie Covid 19

Le doublement des cas de PP durant la pandémie Covid 19, notamment chez les filles, Une étude conduite par une équipe de la clinique d'endocrinologie pédiatrique du Rady Children's Hôpital de San Diego (USA) avait pour objectif d'évaluer l'évolution entre les années pré-pandémiques et la période de la pandémie de Covid 19, de l'incidence des nouveaux cas de PP ayant bénéficié d'un traitement GnRHa dans cet hôpital. Cette étude rétrospective a ainsi comparé le nombre de visites d'enfants nouvellement diagnostiqués avec une PP et traités par GnRHa pendant la pandémie (mai 2020 à avril 2021), et avant la pandémie. [Les auteurs concluent à une augmentation significative des cas de PP nécessitant un traitement à la GnRHa ont au cours de la première année de la pandémie de Covid-19.

Pupille

Une pupille blanche nécessite une consultation dès la constatation pour éliminer une cataracte congénitale ou une tumeur oculaire.

Purpura

1) **Redouter le purpura fébrile**, surtout si extensif, nécrotique : hospitalisation immédiate, par le SAMU le cas échéant : méningococcémie jusqu'à preuve du contraire, même s'il existe des purpuras viraux. Au



domicile en cas de signes évocateurs **une injection IV voire IM d'un antibiotique** adapté au méningocoque est recommandée (50 mg/kg de ceftriaxone ou de cefotaxime IM ou IV sans dépasser un gramme, ou 25 mg/Kg d'amoxicilline IV ou encore 50 mg/Kg d'amoxicilline IM sans dépasser 1 g.). Si possible poser deux voies d'abord et commencer le remplissage.

2) **Rhumatoïde** : déclive avec douleurs abdominales, le diagnostic est clinique.

Non compliqué, il ne justifie ni hospitalisation systématique, ni prélèvement sanguin, ni repos au lit, mais seulement une surveillance par bandelette urinaire.

Avis néphrologique rapide si protéinurie.

3) **Thrombopénique** : diagnostic clinique, à confirmer par une NFS seulement. Ne nécessite pas de transfusion, mais une perfusion d'immunoglobuline en milieu hospitalier, qui est également un test diagnostique (provoque une augmentation des plaquettes).

-> <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/Hemato/DES/B42.pdf> (PTI)

-> http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_220906_catpurpura.pdf (fulminans)

Pyélonéphrite aiguë

Le diagnostic repose sur les signes cliniques (fièvre élevée, douleurs lombo-abdominales spontanées et provoquées), biologiques (bandelette, hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, élévation de la CRP et procalcitonine), et l'imagerie dans les cas difficiles.

C'est une **urgence médicale** : traitement antibiotique parentéral initialement, **orienté par la bandelette (en attendant le résultat de l'ECBU prélevé en même temps) et en particulier la leucocyturie, puis interprétation selon les nitrites** :

- Si Nitrites + : **Céphalosporine de 3^e génération +/- Aminoside,**

- Si Nitrites négatifs : **examen direct des urines :**

Gram plus : Amoxicilline/Ac.Clav. + Aminoside;

Gram moins : Céphalosporine de 3^e génération + Aminoside au moins les 48 premières heures (augmentation des Colibacilles BLSE).

Le pronostic vital peut être en jeu (choc septique), surtout chez le nourrisson et le petit enfant.

Explorations urologiques dès le premier épisode : **L'échographie rénale** standard doit être faite **en urgence si le tableau clinique est sévère** (pour éliminer un obstacle serré, un abcès).

Parfois diagnostic difficile (IRM ou scanner)

Cystographie rétrograde après guérison clinique et bactériologique, sous traitement antiseptique urinaire institué en relais du traitement d'attaque. (Explorations et traitements prophylactiques sont très controversés).

Risque de lithiase urinaire dans les infections à *Proteus*.

Voir chapitre suivant.

Pyélonéphrite aiguë à entérocoque

Diagnostic presque toujours tardif, et donc **PNA grave, multifocale et souvent bilatérale**, car :

- Fièvre isolée (pas de signes urinaires)

- Bandelette urinaire négative aux nitrites, et parfois aux leucocytes.

Une fièvre élevée, mal tolérée, inexplicquée, doit conduire à prescrire en urgence :

- ECU avec examen direct

- Echographie-doppler, et, dans le doute, Uro-scanner

- NFS-CRP (ou procalcitonine).

L'examen direct des urines (puis la culture), et l'imagerie rénale, sont les moyens de faire rapidement le diagnostic de PNA à Entérocoques, garantissant ainsi un traitement rapide et adapté (Amoxicilline+Aminoside IV initialement).

Se souvenir que le délai entre le début des symptômes et le début du traitement adapté, est le principal élément qui conditionne le risque de séquelles anatomiques et fonctionnelles rénales des PNA.

Rachialgies

Il convient de rappeler qu'une **scoliose idiopathique n'est pas douloureuse**. L'existence de douleurs doit faire rechercher une étiologie particulière (tumeur, dystrophie rachidienne de croissance chez l'adolescent garçon ou spondylolyse L5 S1).

Dans 95% des cas ce sont des « douleurs de croissance ». La **raideur** est le signe essentiel d'organicité qui permettra de dépister les 5% restants.

C'est en recherchant la raideur qu'on évitera la pratique intempestive de ® radios, et qu'on ne ratera pas la spondylodiscite ou la tumeur...

La **Scoliose douloureuse** n'est jamais idiopathique et doit faire rechercher une cause tumorale, infectieuse ou neurologique

Pas à pas : www.pap-pediatrie.com

Radiographies courantes ® (voir Imagerie)

Thorax : Le cliché standard (de face en inspiration) suffit dans la plupart des cas : ajouter un cliché en expiration (ou latéral < 6 ans) si suspicion d'Inhalation de corps étranger (mais aussi recherche d'une déviation trachéale, de troubles de ventilation lors de malformations).

Le profil est d'indication exceptionnelle, décidée en voyant le cliché de face. Il est recommandé dans le bilan d'asthme chez le nourrisson de moins de 3 ans.

Souvent demandée pour le poumon, la radio de thorax vous offre en supplément gratuit les parties molles, les dents, les os, le cœur, la poche à air gastrique, le haut du foie, les aires ganglionnaires, la trachée... Sachez toujours tout regarder sur un cliché... Voir à **V**igilance.

Abdomen : indications beaucoup plus rares qu'il n'en est effectué... En particulier les Douleurs abdominales non fébriles et la **C**onstipation sont des indications très discutables.

Le cliché de référence est pris couché, incluant les coupoles (mais excluant les gonades).

Le cliché debout n'est indiqué qu'en cas de doute sur le cliché couché, devant un tableau d'occlusion. Voir à **I**rradiation.

Crâne : (voir **T**raumatisme crânien). Actuellement la radiographie du crâne hors situation particulière (suspicion de maltraitance par exemple) n'est pas indiquée de façon systématique.

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale

Rectorragies

Une rectorragie du nourrisson et du jeune enfant jusqu'à 4 ans doit faire craindre une **I**nvagination, et ® impose une échographie en urgence, en présence d'un ou plusieurs des signes suivants : pleurs, pâleur, hypotonie, accès d'hypertonie, ballonnement, **V**omissement, tuméfaction abdominale.

Rectorragies isolée de faible abondance accompagnée ou suivie de selles normales :

Fissures, polypes juvéniles. Endoscopie sans urgence, seulement si absence de fissures. Ce n'est pas un Meckel.

Rectorragie et Méléna : Meckel ou origine haute : endoscopie haute urgente puis, si normale, discuter laparotomie.

Se méfier des hémorragies hautes abondantes avec signes généraux, révélées par une rectorragie incessante sans méléna. (Ulcère duodénal, Meckel).

Pas à pas rectorragies : 2009 :
-> www.pap-pediatrie.com

Reflux gastro-œsophagien

Un coupable trop facilement désigné pour des tas de symptômes dont il est innocent !

Un reflux du nourrisson sans signe d'œsophagite, de malaise ou d'asthme sévère inexpliqué, ne s'explore pas, il est physiologique.

Détecter la suralimentation, éviter les jus de fruits, faire roter plusieurs fois en bonne position les voraces, **acheter des bavoirs, prendre patience...**

Utiliser des laits épaissis avant de penser médicaments : le lait peut être épaissi par différents amidons ou par la graine de caroube (la caroube peut accélérer le transit et favoriser les gaz).



Un adulte de 70 Kg devrait boire plus de 8 litres de boisson (gazeuse !) par jour s'il voulait imiter le nourrisson ! Les nourrissons étonnants sont plutôt ceux qui ne régurgitent pas !

- Le reflux n'est pas responsable d'otites aiguës et rhino-pharyngites répétées du nourrisson ! Son rôle est évoqué dans certaines otites chroniques, très contesté en fait dans toutes les pathologies extra digestives.

- En cas de signes d'œsophagite (douleurs ou malaise pendant le biberon, hématemèse, mauvaise croissance, l'hématemèse étant le seul signe spécifique) : endoscopie avant traitement. Les pleurs isolés du nourrisson ne sont pas un point d'appel pour le reflux. Pas de traitement par IPP à l'aveugle (et hors AMM).

- En cas de Malaise : pHmétrie.

- En cas d'asthme sévère non explicable autrement, éventuellement pH-métrie. Les études portant sur le traitement par IPP donnent cependant des résultats très décevants dans l'asthme.

- Le TOGD n'est pas un examen de diagnostic de reflux, mais une exploration de l'anatomie éventuellement utile devant un reflux rebelle ou compliqué.

Certains IPP ont obtenu l'AMM chez l'enfant à partir de 1 an pour l'œsophagite, la prévention des récidives de l'œsophagite et le RGO symptomatique (pyrosis du grand enfant) : attention au risque de prescription excessive !! Toutes les autres prescriptions sont hors AMM, et pour la plupart contraires aux recommandations internationales.

Il n'existe pas de prokinétique efficace utilisable.

L'alginat doit être utilisé avant le repas et non après.

-> <http://umvf.univ-nantes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item280/site/html/cours.pdf>

-> http://espghan.med.up.pt/joomla/pdf_files/Pediatric_Gastroesophageal_Reflux_Clinical.99778.pdf
(recommandations européennes)

Réfraction

Un enfant inattentif doit être suspect d'une hypermétropie (gêné de près, il s'agite) ou d'astigmatisme. Un enfant trop sage peut être un enfant myope ! Voyant très bien de près, il dessine, il lit. À suspecter vers l'âge de 2-3 ans.

Règles

Apparaissent entre 9 et 16 ans. Ne pas méconnaître des règles qui durent plus de 8 jours et nécessitent des changes de nuit : risque d'anémie à bas bruit, indication d'un traitement hormonal rapidement efficace. Vérifier dans ce cas l'absence de troubles d'hémostase. Une anovulation physiologique peut durer plusieurs mois. Les premiers cycles sont par définition variables.

Pas à pas hémorragies génitales de la petite fille :

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas aménorrhée primaire :

-> www.pap-pediatrie.com

Renseignements cliniques

Éléments transmis à un collègue généraliste, biologiste, spécialiste ou à un professionnel paramédical, qui le fait passer d'un statut peu enviable d'exécuteur d'ordre ou d'ignorant, à celui de collaborateur respecté.

Transmettez un maximum de renseignements, le professionnel vous aidera mieux s'il peut réfléchir avec vous au problème posé. Fournir tous les résultats des examens et les radiographies déjà faites permet un avis plus pertinent et évite des examens en double.

« Radio pulmonaire » vous procurera un cliché de face en inspiration, la même demande avec la notion de toux brutale à l'heure de l'apéritif vous permettra d'avoir inspiration et expiration pour rechercher une inhalation.

Cet enfant est adressé à l'ophtalmologiste pour orgelet ; si vous précisez qu'il a une maladie de Crohn, son uvéite asymptomatique sera peut-être découverte.

Ne gardez pas pour vous la courbe de croissance de cet enfant que vous référez, reportez toujours les mesures sur le carnet de santé...

« L'absence de renseignements cliniques peut nuire gravement à la santé ».

Rhinite persistante

Penser à la rhinite allergique ! (unité de temps et de lieu). Des tests cutanés aux principaux pneumallergènes sont possibles dès les premiers mois de vie. Éléments en faveur d'une rhinite allergique = **PAREO** : Prurit, Anosmie, Rhinorrhée, Eternuements en salves, Obstruction nasale.

Altère souvent la qualité de vie de l'enfant allergique, tout autant que l'asthme.

L'association corticoïdes locaux + antihistaminique per os est très efficace.

-> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9860027>

Rhino-pharyngite

Pathologie virale, à ne pas traiter par Antibiotiques. Les tympanes sont souvent congestifs lors d'une rhinopharyngite, ce n'est pas une indication de traitement antibiotique.

Les antibiotiques d'emblée ne changent ni la durée, ni les complications... Apprendre aux parents les « lavages de nez » ou l'aspiration avec un « mouche-bébé ».

Peut être impressionnant chez le jeune nourrisson qui ne sait pas respirer par la bouche...

Le fait que l'écoulement devienne épais et coloré fait partie de l'évolution normale, et ne signe pas à lui seul une complication comme une sinusite.

-> http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php#orl

Ronflements

Bruit respiratoire nocturne lié aux turbulences du flux aérien lors du passage des voies aériennes supérieures. Il est bénin si intermittent, lié aux rhumes, et non associé à une plainte de sommeil. Ne pas banaliser quand il est permanent, de forte intensité, et associé à des symptômes évocateurs de trouble respiratoire obstructif.

La dyspnée obstructive de sommeil n'est pas rare chez l'enfant. Due parfois à une anomalie des fosses nasales chez le nourrisson, elle s'accompagne à cet âge d'une déformation thoracique.

Chez le plus grand : hypertrophie amygdalienne, parfois dès l'âge de 18 mois.

L'hypertrophie adénoïdienne peut être diagnostiquée par la clinique, une radiographie, voire la nasofibroscopie.

Signes évocateurs de dyspnée obstructive de sommeil : ronflements, pauses respiratoires, sommeil agité, sueurs la nuit, troubles de l'attention le jour (sommolence ou hyperactivité), hypotrophie, vomissements nocturnes, refus ou vomissement de l'alimentation solide le jour, énurésie, céphalées matinales, respiration buccale, tirage intercostal et sus sternal, extension de la tête à l'inspiration. Voir à Apnées Avis ORL.

Certains enfants « ressuscitent » après l'intervention... Mais les parents ne pensaient pas à parler de leur sommeil.

Savez-vous comment dorment vos patients ?

Rots

Il n'y a pas d'usine à gaz dans le haut du tube digestif (dans le bas, si !). Les rots sont dus à l'air avalé par l'enfant en mangeant, en pleurant, en suçant son pouce, une tétine ou un doudou (avaleurs d'air).

Roter n'est pas pathologique, ce n'est pas un signe de reflux gastro-œsophagien. L'impossibilité de roter et de vomir peut devenir un problème après intervention anti reflux.

La meilleure position pour roter chez le nourrisson : sur le ventre en declive. La bulle d'air n'entraîne ainsi pas de lait...

L'enfant qui pleure la nuit et qui est soulagé par un rot : ce n'était pas un « rot coincé » ou un reflux qui causait les pleurs, mais l'évacuation de l'air qu'il a avalé en pleurant !

-> <http://www.angh.org/eructation/relaxation-sphincter-inferieur-oesophage.html>

Rougeole

Maladie infantile... que l'on croyait presque éradiquée par la vaccination dans les pays occidentaux, mais qui fait des ravages dans les pays en voie de développement. Recrudescence d'épidémie en France et en Europe pour cause de vaccination insuffisante. Fièvre élevée, macules confluentes qui descendent du visage vers le corps, signe de Köplick sur les muqueuses jugales.

Le vaccin ROR, à 12 mois et un rappel entre 16-18 mois. (calendrier 2024)

-> <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention->

[vaccinale/Rougeole/Investigation-de-cas-de-rougeole](#)

-> <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Qu-est-ce-que-la-rougeole>

-> <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Comment-signaler-et-notifier-cette-maladie>

Scarifications

Un constat de plus en plus fréquent chez l'adolescent

Toujours l'expression d'une souffrance et d'un manque de mots pour les dire, parfois contagieux dans un groupe.

Plus inquiétant si avant la puberté, gravité, garçon, écriture de message, touchent le visage, association à d'autres blessures auto-infligées (brûlures)

Aide **P**sy impérative !!

Scoliose

Voir **G**ibbosité, puisqu'il n'y a pas de scoliose sans gibbosité... Scoliose douloureuse = alerte !!

Pas à pas déformation du rachis :

-> www.pap-pediatrie.com

SéVICES

Hélas fréquents chez l'enfant, coups, torsions de membres, secousses, SéVICES sexuels, brûlures... Mais aussi séVICES psychologiques.

Avoir ce diagnostic dans un coin de la tête.

Ne jamais banaliser car risque de récurrence majeur.

Signes devant attirer l'attention : coma, ecchymoses, brûlures, fractures, alopecie, troubles du comportement, condylomes anaux voire **E**ncoprésie (non synonymes d'abus sexuels cependant), signes d'**H**ématomes sous-duraux. Ces signes doivent attirer l'attention surtout si les parents ne peuvent fournir d'explication plausible, si leur comportement n'est pas en rapport avec l'état de l'enfant, en cas de retard à la consultation, s'ils décrivent l'enfant comme « difficile », s'ils ont perdu le carnet de santé (où des signes d'alerte étaient inscrits).

Penser aussi aux « séVICES » par négligence : omission des soins élémentaires : hygiène, alimentation, stimulation, traitement d'une pathologie connue.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est plus difficile à diagnostiquer : un des parents provoque une pathologie (administration de médicaments, étouffement...) et collabore avec le corps médical pour les examens et traitements qu'elle nécessite. Rare mais y penser devant une pathologie rare et inexpliquée.

Le secret médical peut ne pas s'appliquer devant des séVICES, le signalement étant du ressort de tout citoyen. Signalement au service de Protection Maternelle et Infantile ou au procureur.

Numéro national pour signalement éventuellement anonyme : 119, à afficher dans sa salle d'attente. Lorsque l'enfant est suspect de maltraitance, il doit faire l'objet d'une hospitalisation et bénéficier d'une analyse de son histoire par une équipe avertie pluridisciplinaire.

Attention aux certificats médicaux ! Ne certifiez que ce que vous avez vu ou entendu !

(« J'ai examiné l'enfant x dont la mère me dit qu'il a été battu par son père... » et non « j'ai examiné l'enfant x qui a été battu par son père ! »)

® Avant deux ans radiographie de squelette et scintigraphie dans certaines indications, entre deux et 5 ans radio de squelette à discuter, après 5 ans pas de radio ni de scintigraphie sans orientation... Prévoir selon la clinique en différé un échographie abdominale et IRM. **Penser à prendre des photos** des lésions

visibles !

En urgence : radio des segments suspects, scanner crâne selon la clinique. Bilan d'hémostase et phosphocalcique pour le diagnostic différentiel.

Intérêt de connaître la loi de protection de l'enfance 2007 : information préoccupante et signalements.

Connaître les coordonnées de la Cellule de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP) nouveauté essentielle et départementale

-> <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-5-mars-2007-reformant-protection-enfance.html> (Loi 2007)

-> <http://cg41.org/jahia/cg41/cache/offonce/Accueil/solidarites/crip.html;jsessionid=9C1C14CBA7AC68298D18CB546714D26D> (CRIP)

-> http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf

-> <http://oned.gouv.fr/>

Sérvices sexuels

Abus sexuels (participation à des activités sexuelles inappropriées à l'âge et au développement psycho sexuel) commis le plus souvent par un adulte ou parfois un adolescent bien connu de l'enfant, sous la contrainte, ou une séduction qui masque la violence subie.

Entendre ce que dit l'enfant, en se méfiant des fausses allégations et des possibles rétractations secondaires.

Ne pas rester seul ! Il existe des équipes multidisciplinaires pour la prise en charge de tels enfants. L'examen consiste le plus souvent en une inspection simple, qui peut être réalisée par le médecin généraliste. Chez l'adolescente pubère, les lésions génitales peuvent être discrètes. Si une pénétration est possible : adresser l'enfant aux urgences dans les 48 h pour prélèvements : c'est **une urgence médicalégale**. Une prophylaxie du SIDA et de l'hépatite B sont à envisager.

Hospitaliser si :

- Abus intrafamilial sans possibilité immédiate de protection de l'enfant
- Signes de gravité, nécessité d'une réparation chirurgicale
- Signes évoquant une infection ou une grossesse
- Retentissement émotionnel intense pour la victime ou l'entourage.

En l'absence d'hospitalisation, organiser le suivi multidisciplinaire avec les partenaires locaux identifiés et qualifiés.

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_899575/note-de-cadrage-de-recommandations-de-bonne-pratique-reperage-et-signalement-des-violences-sexuelles-intrafamiliales-chez-lenfant?xtmc=enfant&xtcr=1

-> http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf

Sinusite

Complication des rhinopharyngites, après trois ans. Guérissent pour la plupart spontanément.

® Le cliché dit « de Blondeau » est inutile avant 3 ans, peu contributif entre 3 et 7 ans (sauf recherche d'un niveau hydro-aérique en position debout), insuffisant au-delà (Blondeau et « face haute »).

La sinusite purulente est exceptionnelle avant l'âge de 3 ans (hors ethmoïdite, voir à **E**dème périorbitaire). Ne pas appeler trop facilement « rhino-sinusite » les **R**hino-pharyngites surinfectées avec les germes habituels de l'oropharynx.

La sinusite se traduira par une rhinopharyngite trainante au-delà de 10 jours sans amélioration, plus **rarement par fièvre, céphalées, sécrétions purulentes et** Œdème périorbitaire. Traitement antibiotique dans les formes trainantes ou sévères, sur terrains fragiles (asthme, cardiopathie, drépanocytose...).

La sinusite maxillaire peut être surveillée 3 à 4 jours ou traitée d'emblée. Elle se traite en première intention par amoxicilline, la sinusite frontale et d'origine dentaire (exceptionnelle) par amoxi-acide clavulanique 7 à 10 jours.

-> http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php#orl

Soleil

Le nombre de naevi pigmentaires et de mélanomes est corrélé avec l'exposition solaire, en particulier pendant l'enfance. **N'exposez pas les jeunes enfants au soleil !**

La protection vestimentaire est essentielle et peut être complétée par les écrans solaires de haute protection avec protection UVA et UVB correctement utilisés.

Dans certains pays, il ne viendrait à l'idée de personne de bronzer sur une plage... Surtout à l'âge pédiatrique. Toute une éducation à faire... Quand la « bonne mine » prédispose au cancer !

-> <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/670.pdf>

-> http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/CP_INCa_prev_melanome_18_06.pdf

Solutions de réhydratation orale (SRO)

Le "médicament" qui a sauvé le plus de vie, et pourrait en sauver encore plus... s'il était plus largement utilisé. Évite et traite la déshydratation, prescrit par une proportion encore insuffisante de généralistes en France.

Un sachet pour 200 ml d'eau... à boire à volonté.

Enfin remboursé.

A conseiller au domicile de tout nourrisson. Une prescription à faire dès la sortie de maternité. **Voir à Diarrhée** et à **Déshydratation**.

Le seul traitement salvateur lors d'une diarrhée aiguë, il est difficile d'en persuader les parents qui sont demandeurs de "vrais médicaments". Déconseiller l'ajout de sirop ou jus de fruit, l'eau de riz. Bien donner les conseils d'accompagnement, en particulier les signes d'alerte devant faire consulter en urgence. Les boissons de type soda, au cola ou non, n'ont aucun intérêt dans les diarrhées (comme d'ailleurs chez l'enfant sain !), car hyper-osmolaires (600 mosm là où il en faut moins de 300 !), très faibles en sodium et nulles en potassium.

-> <http://www.cps.ca/Francais/enonces/N/n06-01.htm>

-> <http://www.urgence-pratique.com/2articles/Pediatrie/Deshydrat.htm>

-> <http://w3med.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/mod-transv/module11/item194/ed-csctu-diarrhee.pdf>

Sommeil

A ne pas négliger : représente la moitié de la vie d'un enfant, 1/3 de la vie d'un adulte !!!

Profiter de toute consultation pour interroger les parents sur la durée et la qualité du sommeil de leur enfant.

Les enfants dorment dans leur lit ! Eventuellement dans la chambre des parents jusqu'à 6 mois (petite diminution statistique du risque de **M**ort subite), puis dans leur chambre. Coloniser le lit des parents est dangereux physiquement pour le nourrisson, psychologiquement au-delà de cet âge.

Les nourrissons présentent souvent des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes, en rapport

avec des erreurs éducatives (alimentation, rituel de couchage, réponse excessive aux premiers pleurs, prise facile dans le lit des parents ...). **La prescription d'un médicament sédatif n'est jamais la bonne solution.** Il faut expliquer, conseiller, dédramatiser, soutenir... ce qui prend du temps. On peut s'aider d'un agenda de sommeil.

Il existe des pathologies respiratoires du sommeil (Apnées du sommeil), à risque de complications graves si non diagnostiquées. Le premier symptôme est souvent un Ronflement. Le sommeil de l'adolescent doit être également surveillé : une dette de sommeil est fréquente, par un coucher trop tardif (décalage de phase). Une hypersomnie peut plus rarement révéler une pathologie organique (narcolepsie, infection, tumeur...).

Pas à pas troubles du sommeil du nourrisson, de l'adolescent :

-> www.pap-pediatrie.com

Souffle cardiaque

Quel que soit l'âge, un souffle accompagné de signes cliniques cardio-vasculaires ou respiratoires justifie un avis cardio-pédiatrique urgent (insuffisance cardiaque, abolition de pouls, cyanose).

Un souffle systolique significatif chez un nourrisson de **moins de 3 mois** justifie un avis cardio-pédiatrique dans les deux semaines.

Chez le **plus de 6 mois**, un souffle isolé confirmé à plusieurs reprises doit être vu par un cardiopédiatre à l'échéance de quelques mois.

Chez le **grand enfant**, un souffle d'allure organique cliniquement, invariable, doit être exploré au plus tard avant le début de la pratique du sport.

Sourire

Élément sémiologique rassurant (et agréable) chez le nourrisson : s'il sourit, sa

Fièvre/Diarrhée/Bronchiolite/dénutrition... n'est pas a priori gravissime.

Un nourrisson dénutri qui sourit est suspect d'Anorexie.

Sport

Un élément d'une vie saine, avec un effet préventif sur de nombreuses maladies.

Compatible avec la plupart des maladies chroniques, après éducation de l'enfant et de sa famille. Voir à Malaise et à Souffle.

Sténose du pylore

Savoir l'évoquer devant (presque) tout événement survenu vers un mois de vie :

Vomissements, Hématémèse, pleurs, refus du biberon, Malaise, cassure de courbe de poids. L'urgence (souvent relative) est la réhydratation.

® Pas de nécessité d'échographie nocturne.

Repérez les ondulations, qui ne sont pas des vaguelettes sur la peau, mais de vraies tuméfactions de 1 ou 2 cm d'épaisseur, qui se déplacent. Vous ne trouverez par contre pas l'olive pylorique qui est trop profonde...

Chez le plus grand, la sténose du pylore peut être ulcéreuse, et dans ce cas le grand responsable est la prise d'AINS. Tableau de vomissements incoercibles avec parfois hématémèse évoquant un Mallory-Weiss chez un enfant traité par AINS. Voir Fèvre, Hématémèse.

Strabisme

Un spasme en convergence important intermittent est physiologique jusqu'à l'âge de 3 mois.

Au-delà de 3 mois toute déviation oculaire nécessite une consultation spécialisée. Qu'elle soit en convergence ou divergence, uni ou bilatérale, permanente ou intermittente. L'examen du reflet cornéen est une aide précieuse en cas de doute, même chez le tout petit, surtout lorsqu'il existe un épicanthus important.

Voir à Amblyopie

Pas à pas : www.pap-pediatrie.com

Stridor

Fréquent chez le petit nourrisson, habituellement bien toléré et résolutif (stridor laryngé bénin congénital). Avis ORL cependant indispensable.

Suicide

La tentative de suicide n'est jamais à banaliser. Risque de récurrence et risque mortel qui augmente dans la période suivant immédiatement un passage à l'acte et avec le nombre de répétitions.

Savoir reconnaître les signes d'alarme : fugues et plus généralement troubles du comportement mais aussi consultations répétées sans motif. Voir les scores TSTS-CAFARD au chapitre Adolescent

Toute tentative de suicide justifie une hospitalisation systématique de plus de 48 heures pour une triple évaluation, psychiatrique, somatique et sociale. Penser aux abus sexuels et aux Grossesses chez l'adolescente ; aux troubles psychiatriques, en particulier Dépression.

Se méfier des prescriptions d'antidépresseurs et sédatifs qui sont les premiers médicaments avalés lors du passage à l'acte.

-> <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf>

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271908/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide

Surdité

- Toute situation à risque pour le système nerveux peut entraîner une surdité.
- Le dépistage néonatal est indispensable.
- La surdité peut être évolutive.

Chaque fois qu'on est en présence d'un enfant, se poser la question : entend-il ? Et le demander à ses parents. Voir Langage.

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_514881/depistage-neonatal-systematique-de-la-surdite-permanente-bilaterale-avis-favorable-de-la-has

-> http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_922867/surdite-de-lenfant-accompagnement-des-familles-et-suivi-de-lenfant-de-0-a-6-ans-hors-accompagnement-scolaire?xtmc=enfant&xtcr=2

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Syndrome du biberon

Caries multiples et graves touchant principalement les incisives, dues à l'habitude de donner des biberons de boissons sucrées comme boisson habituelle, ou un biberon de lait ou de boissons sucrées au coucher

(enfant également à risque d'otites).
Fréquent et à combattre. Voir Erréurs alimentaires.

-> <http://www.odonte.com/formation-continue-dentiste/odontologie-pediatrique/188>

Tabac

Poison lent pour tous, toxique pour les enfants : favorise bronchites, rhino-pharyngites, Mort subite du nourrisson...

“Les parents fument, les enfants toussent”.

Un enfant devrait y être soustrait dès la grossesse (retentissement fœtal), et indéfiniment, y compris par l'exemple donné à la préadolescence par les parents...



On peut toujours rêver... Mais interdit de se taire sur ce sujet, et de donner soi-même le mauvais exemple! Le tabagisme maternel ne doit pas être une contre-indication à l'allaitement maternel.

Tests de diagnostic rapide streptocoque

Tout le monde devrait avoir cela ! Pour les angines, mais aussi les anites, les vulvo-vaginites, les panaris, les otites...

Testicule (s)

1) Tout scrotum aigu douloureux doit être considéré comme une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve chirurgicale du contraire.

2) Un testicule oscillant (qui s'abaisse manuellement dans le scrotum, mais qui remonte) ne justifie aucun traitement, chirurgical ou hormonal (voir à Ectopie).

Tétine

Elle peut être proposée au nourrisson, avec un effet préventif statistique sur la Mort subite. Le sevrage doit se faire entre 6 mois et 2 ans. Eviter de la proposer trop tôt en cas d'allaitement maternel.

-> <http://www.cps.ca/fr/documents/position/sucettes>

-> <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/Grossessebebes/Sucettes.htm>

TOGD®

Les indications d'un TOGD pour reflux chez l'enfant sont maintenant exceptionnelles. Voir à Reflux.

Réserver aux reflux rebelle, lorsqu'une décision chirurgicale (elle aussi exceptionnelle) est discutée. D'autres indications persistent bien sûr pour explorer au-dessus ou au-dessous de la jonction œsogastrique : parfois utile en cas de pathologie respiratoire dans la recherche d'une compression œsophagienne par un arc vasculaire anormal par exemple, pour un trouble de la déglutition, une suspicion d'achalasia, ou pour explorer vidange gastrique et cadre duodénal.

Torticolis

À ne jamais négliger, causes variées parfois très graves : infection rachidienne, tumeur de la fosse postérieure, réaction à une adénopathie cervicale...

Torticolis fébrile = abcès rétro-pharyngé+++

Torticolis congénital par hématome du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né (ou plus simplement déformation « posturale » volontiers associé à une **P**lagicéphalie).

Pas ou peu de place pour la kinésithérapie. Le torticolis constitue un « facteur de risque » qui peut justifier la pratique d'une échographie dans le cadre du dépistage de la luxation de hanche. (Voir **H**anche).

Penser au torticolis d'origine oculaire, par paralysie oculomotrice, chez un jeune enfant avec une tête inclinée sans petite masse fibreuse dans le sterno-cléido-mastoïdien du côté où la tête est inclinée.

Voir **P**lagicéphalie.

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Toux

C'est un symptôme ! et le symptôme respiratoire le plus fréquent. La toux est utile, elle permet le drainage bronchique. La définir : elle peut être diurne, nocturne, aiguë, chronique, émetisante, en quinte, moniliforme... tout dépend de l'étiologie.

Les plus courantes :

- **Brutale** avec quelque chose dans la bouche : inhalation d'un **C**orps étranger
- **Aiguë** : la bronchite virale..., mais aussi le début d'une crise d'**A**sthme, une **P**neumopathie, la **C**oqueluche
- **Rauque et aboyante** : la **L**aryngite
- **Chronique et nocturne** : l'**A**sthme ...
- **A l'endormissement** : la **R**hinopharyngite
- **Induite par l'exercice** (ou à son arrêt) : l'Asthme
- **Permanente**, bruyante, gênante à l'école et jamais la nuit : psychogène

® La radio de thorax de face en inspiration : quand la toux dure plus de 5 jours, en cas de suspicion de pneumopathie, devant une auscultation anormale, une toux chronique.

Aucun antitussif et aucun fluidifiant n'a fait la preuve d'une quelconque efficacité... Attention, de nombreux antitussifs sont retirés ou interdits chez l'enfant, les mucofluidifiants sont contre-indiqués avant 2 ans.

Le reflux gastro-œsophagien ne doit pas être considéré comme le responsable d'une toux, sauf en cas de troubles de déglutition (polyhandicapé). Avis spécialisé nécessaire avant un éventuel traitement (hors **A**MM) du reflux.

On tousse toujours plus le soir dans son lit, ce n'est pas le reflux qui remonte. On est soulagé de sa toux par le gaviscon®, c'est plutôt dû au goût fort du produit qu'à un effet anti-reflux...

Pas à pas :

-> www.pap-pediatrie.com

Pas à pas toux fébrile :

-> www.pap-pediatrie.com

® Traumatisme crânien

La radiographie du crâne a un intérêt limité. L'examen clinique est, lui, obligatoire. S'il est anormal, une tomodensitométrie s'impose.



Tuberculose

Elle existe en France, et chez l'enfant.

La primo-infection tuberculeuse (PIT) est la forme la plus fréquente : le diagnostic repose sur le Tubertest et la ® radio de thorax. La positivité du Tubertest se définit en fonction de l'importance du contage et de la vaccination par le BCG.

Un Tubertest positif et une Radio normale définit une PIT latente, et doit être traité chez l'enfant pendant 3 mois.

Un Tubertest positif et une Radio anormale définit une tuberculose maladie et le bilan est complété par la biologie et les tubages. Le traitement est de 6 mois.

Une exception, l'enfant de moins de 2 ans en contact avec une personne atteinte de la tuberculose est systématiquement traité.

Le BCG, n'est plus obligatoire depuis 2006 et est réservé aux enfants à risque (antécédents familiaux, famille originaire de pays à forte endémie, ATCD familial, condition socio-économiques défavorisée, Ile de France et Guyane, voyage de plus d'un mois en pays d'endémie).

Le BCG protège essentiellement contre les formes graves chez l'enfant

-> <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/CentreDeSoin/ULAT/VaccinationBCG.pdf>http://www.vaccination-idf.fr/documents/presentations/BCG_et_enfants_IDF.pdf

> http://www.invs.sante.fr/publications/2010/vaccinations_bcg_enfants/rapport_vaccinations_BCG_enfants.pdf

Pas à pas : 2010 :

-> www.pap-pediatrie.com

Vaccins

Tous les vaccins préconisés chez l'enfant ont fait la preuve qu'ils étaient moins dangereux (de très loin) que la pathologie naturelle correspondante...

Cette balance risque bénéfice est dans l'esprit de chaque médecin pour chaque décision, les parents ont le droit de savoir le pour et le contre.

Pour l'hépatite B par exemple, le vaccin évite à coup sûr beaucoup plus d'hépatites chroniques, cirrhoses et cancers, qu'il ne provoque de SEP, non décrites après vaccin chez le jeune enfant et d'imputabilité discutée chez l'adulte...

Pour la rougeole, il y a 1000 fois moins d'encéphalites avec le vaccin qu'avec la maladie.

Respecter le programme vaccinal, régulièrement mis à jour (mais aussi, strictement, les rares et précises

contre-indications données sur les monographies. La rhinopharyngite n'en fait pas partie !). Pas de délai particulier entre deux vaccins différents, sauf pour les vaccins vivants viraux (ROR, varicelle),

Après lesquels il faut respecter un délai de 1 mois.

Un programme vaccinal qui a pris du retard doit être repris là où il a été arrêté et complété par le nombre d'injections manquantes.

Surveiller le calendrier... il change régulièrement !

Le DTP est obligatoire. Le BCG ne donne plus lieu à une obligation, à des contrôle, ni à des revaccinations, sauf population à risque.

Un rappel de coqueluche est conseillé vers 6 ans et 25 ans(rattrapage jusqu'à 18 ans), pour éviter les coqueluches de l'adulte et surtout la contamination des nourrissons par leurs parents.

Le vaccin contre l'hémophilus ne protège pas contre les otites et pneumopathies, mais contre méningite et épiglottite.

Les vaccins en général ne protègent pas contre les infections ORL répétées.

Les vaccinations des enfants peuvent protéger les parents, voire grands parents dans certains cas (pneumocoque). Beaucoup d'épidémies ont leur origine dans les crèches ou les écoles !

Tout médecin pratiquant des vaccins doit avoir de l'adrénaline sous la main.

Actualités : **deux vaccins contre le Rotavirus sont disponibles en France, ils protègent contre les formes graves du jeune nourrisson. Ils sont remboursés, et conseillés à 2,3, et 4 mois,**

Suivez l'actualité, Plusieurs pays vaccinent, avec une réduction impressionnante des cas de gastroentérites sévères.

Deux vaccins contre le Papillomavirus (responsable de la plupart des cancers du col utérin) sont également disponibles, pour les filles et les garçons de 11 à 14 ans, avec rattrapage de 15 à 23 ans (au plus tard dans l'année qui suit le premier rapport sexuel). Remboursés.

Faut-il rappeler que vous, médecins ou paramédicaux, êtes une population à risque pour de nombreuses maladies, à risque de les attraper et de les transmettre ?

Vérifiez vos vaccinations contre : DTP, Hépatites A et B, grippe, coqueluche, varicelle, oreillons, rubéole...

Il est conseillé également pour la femme enceinte de se vacciner au 8^e mois, contre la coqueluche et le virus VRS, Afin de protéger leur Bébé dès la naissance, de la coqueluche et de la Bronchiolite.



Les vaccinations des enfants peuvent protéger les parents, voire grands parents dans certains cas (pneumocoque). Beaucoup d'épidémies ont leur origine dans les crèches ou les écoles !

Tout médecin pratiquant des vaccins doit avoir de l'adrénaline sous la main.

Actualités : deux vaccins contre le Rotavirus sont disponibles en France, ils protègent contre les formes graves du jeune nourrisson. Ils ne sont pas encore remboursés, mais il en est question, suivez l'actualité ! Plusieurs pays vaccinent, avec une réduction impressionnante des cas de gastroentérites sévères. Deux vaccins contre le Papillomavirus (responsable de la plupart des cancers du col utérin) sont également disponibles, pour les filles de 14 ans, avec rattrapage de 15 à 23 ans (au plus tard dans l'année qui suit le premier rapport sexuel). Il est remboursé.

Faut-il rappeler que vous, médecins ou paramédicaux, êtes une population à risque pour de nombreuses maladies, à risque de les attraper et de les transmettre ? Vérifiez vos vaccinations contre : DTP, Hépatites A et B, grippe, coqueluche, varicelle, oreillons, rubéole...

-> <http://inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1133.pdf>

-> <http://sfpediatrie.com/upload/2/419/H%E9pB1004.pdf> (hépatite B)

Varicelle

Éviter l'aspirine, l'ibuprofène (risque théorique de syndrome de Reye), les poudres, les crèmes. Chlorexidine en cas de surinfection, antihistaminique sédatif en cas de prurit (éviter chez le nourrisson). Indications peu fréquentes de l'acyclovir (plus de 12 ans, pathologie respiratoire ou cutanée chronique, corticoïdes ou aspirine au long cours, formes sévères). Isolement : surtout vis-à-vis d'enfants ayant un eczéma sévère ou un déficit immunitaire.

Il existe un vaccin, recommandé dans certains cas, suite à une exposition ou chez des sujets fragilisés.

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/ID/id99-01.htm>

-> http://www.ia22.ac-rennes.fr/jahia/webdav/site/ia22/shared/circoncriptions/GNord/Formulaires/ressources%20administratives/FP9_Evictions_scolaires.pdf

Pas à pas : 2007 :

-> www.pap-pediatrie.com

Vertiges

Inhabituel chez l'enfant : impose une recherche étiologique.

Vigilance

Ne laissez rien passer et soyez systématique : l'interrogatoire bien fait, l'examen clinique complet, les examens complémentaires donnent des renseignements qu'il faut tous exploiter !

Exemples : découverte d'antécédents familiaux ayant des conséquences possibles pour l'enfant, découverte de problèmes éducatifs graves en parlant de l'alimentation, du sommeil ou des colères, fracture de côte sur la radio demandée pour fièvre, tache café au lait sur un enfant venu pour otite, hypertension artérielle chez un enfant venu pour diarrhée...

Vitamines

Ne donnent ni bonne mine, ni de l'appétit ! Risque d'intoxication pour les vitamines A et D.
Inutiles en cas de régime équilibré, sauf :

Vitamine D jusqu'à 18 mois (en tenant compte de la vit D des laits pour calculer la dose), l'hiver jusqu'à 5 ans ou même au-delà, (80 000 à 100 000 unités en octobre et février) et à la puberté.

Vitamine K à la naissance, et toutes les semaines chez l'enfant allaité exclusivement (ceci est encore discuté !).

-> <http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn97-01.htm>

-> http://sfpediatrie.com/fileadmin/mes_documents/RECOMMANDATIONS_DE_LA_SFP/Reco_VIT_D_VersionFR_VF.pdf

Vomissements

1. Tout vomissement biliaire (verdâtre) du nourrisson doit être considéré comme un signe d'une occlusion et l'enfant doit être dirigé en urgence vers un service de chirurgie.

Les diagnostics redoutés sont après 3 mois l'Invagination ou avant 3 mois le volvulus du grêle, le pronostic vital peut être engagé en cas de retard.

® Imagerie conseillée : abdomen face couché et échographie en urgence.

2. **Des vomissements répétés de l'enfant doivent conduire à un diagnostic de certitude.**

Ne pas les négliger sous couvert de gastro-entérite ou de vomissements cycliques, pour se retrouver avec une tumeur cérébrale inextirpable ou un hématome sous dural.

® Si orientation vers un problème neurologique : scanner avec injection ou IRM cérébrale.

3. Vomissements itératifs de l'adolescente : au-delà de toutes les autres causes, penser à la Grossesse ou à un équivalent d'Anorexie mentale.



En guise de complément... la consultation pédiatrique

Quelques pistes, non exhaustives pour prendre en charge un enfant de la conception à 2 ans.

Avant la naissance

« Je voudrais, ou j'attends un enfant, quels conseils pouvez-vous me donner pour qu'il aille le mieux possible ? »

Trois points de vue dans cette période de prise de décision (ou de surprise) et de préparation de l'enfant : Comment va la future mère ? C'est le rôle du médecin traitant : la mère souffre-t-elle d'une pathologie, quelle relation avec une grossesse ? Prend-elle des médicaments dangereux pour le futur fœtus ou le foetus ? Est-elle à jour dans ses vaccinations (coqueluche et rubéole en particulier) ? Y a-t-il moyen de l'aider à arrêter de fumer ? Pensez au fer, à l'acide folique, aux oméga 3.

Gérer la grossesse, c'est le rôle du médecin traitant et de l'obstétricien : prise de poids, glycorégulation, pression artérielle, prévention de la prématurité, dépistage d'anomalies génétiques... Enfin l'accouchement et ses suites immédiates ne sont pas évoqués ici, ils échappent le plus souvent au médecin traitant.

Préparer l'enfant c'est le rôle du médecin traitant et de l'obstétricien, car le pédiatre n'est pas encore dans le coup (c'est dommage !)...

Missions :

- Préparer la mère (le père ?)
- Préparer la grossesse
- Préparer l'enfant
- Encourager à choisir l'allaitement

Avant la consultation

1) Votre cabinet est-il prêt à l'accueillir ?

- Il s'annonce

Dans l'idéal, votre secrétaire est formée à détecter au téléphone les vraies urgences, vous avez toujours une petite place pour elles.

- Il arrive

Quand ces enfants arrivent, un petit coup d'œil rapide permet de juger de leur état avant de les faire attendre.

- Il attend

Votre salle d'attente est-elle prête pour la sécurité (faites le tour à quatre pattes... à un moment où elle est vide), convivialité (livres, jouets, coin pour allaiter, pour changer bébé...), information (prévention santé, aides aux parents, numéro de téléphone 119, aide aux ados...).

- Il est examiné

Avez-vous une trousse d'urgence spéciale pédiatrie ?

Avez-vous des brassards de tensiomètre adaptés ?

2) Etes-vous prêt à l'accueillir ?

Un jeune enfant, sa mère et parfois sa grand-mère, cela fait du monde qui attend de vous patience, gentillesse et compétence. La consultation pédiatrique est longue : il y a tant à faire ! Sans entrer dans les détails, par exemple pensez à dire bonjour à l'enfant, quel que soit son âge, à essayer de l'appivoiser, à jouer à cache-cache et à tolérer ses cris... Accroupissez-vous pour vous mettre à son niveau, laissez le contre sa mère, attention aux mouvements brusques avec votre stéthoscope et ne commencez pas par les oreilles.

Bref vous avez réfléchi à votre consultation pédiatrique ...

3) Vous connaissez les règles d'or, par l'abécédaire, en voici une sélection non exhaustive !

a. L'allaitement maternel est le mode d'alimentation préféré du nourrisson jusqu'à 6 mois, choisir d'allaiter et persévérer nécessite de l'aide : soyez formés à la donner.

- b. Tout parent de nourrisson devrait avoir une boîte de solution de réhydratation orale à la maison et savoir s'en servir.
- c. Tout nourrisson gris, marbré, geignard est atteint d'une infection bactérienne sévère jusqu'à preuve du contraire.
- d. Tout nourrisson de moins de 3 mois fébrile sans point d'appel est atteint d'infection bactérienne jusqu'à preuve du contraire. Pas d'antibiotique en ville.
- e. Tout nourrisson qui vomit de la bile est suspect d'occlusion jusqu'à preuve du contraire. Les minutes sont comptées en cas de volvulus.
- f. Les premières causes de mortalité du nourrisson sont la mort subite, les malformations, les infections, la diarrhée puis plus tard le cancer et les accidents.
- g. L'insuffisance cardiaque du nourrisson se traduit par un essoufflement au biberon et un gros foie (le chercher très bas).
- h. Demandez toujours ce que mange un jeune enfant et comment on lui donne à manger, comment il dort, s'il sourit.
- i. Les poids, taille, PC (jusqu'à 3 ans) sont reportés sur le carnet de santé et sur une courbe à chaque consultation. L'indice de masse corporelle se surveille au-delà de 1 an.
- j. L'âge des bêtises s'étend d'avant neuf mois à très longtemps après.
- k. Parlez éducation et prévention avec les parents (le temps passé sur ces sujets est fondamental !).
- l. Vous devez être au point sur les coliques, sentir si les parents sont « à bout ».
- m. Connaissez les convulsions fébriles et le moyen d'éviter les récives.
- n. Connaissez tous les problèmes de peau usuels, les parents vous demanderont votre avis.
- o. Soyez au point sur la douleur, son traitement...
- p. Ayez exploré le monde des préparations pour nourrisson, de suite et de croissance, le microcosme des laits spéciaux et les règles de la diversification.
- q. Pas de médicaments si ce n'est pas nécessaire, pas d'explorations quand on connaît la réponse ou quand elle ne changera rien.
- r. Sachez gérer la grand-mère... Elle a souvent plus d'influence que vous.
- s. Ayez l'œil et soyez à l'écoute vis-à-vis des troubles sensoriels ou psychiques.
- t. Examinez les hanches du jeune nourrisson (asymétrie d'abduction).
- u. Enfant secoué, sévices : situations à risque, signes, diagnostic traitement.
- v. Bébé et urines jaune + selles blanches = cholestase = urgence.
- w. Infection urinaire du nourrisson = perte de poids, fièvre, diarrhée, vomissement. Traitement parentéral après prélèvement et bilan urologique.
- x. Vaccins, tous les vaccins et leurs rares contre-indications.
- y. Prenez la pression artérielle en cas de signe d'orientation et au moins une fois entre 1 et 2 ans. Ayez les normes selon l'âge ou la taille.
- z. À tout âge, une boiterie s'explore.

4) Avez-vous lu soigneusement le livret d'accompagnement du nouveau carnet de santé ?

5) Savez-vous soigner l'enfant malade ou à risque ?

La réponse est certainement oui !... Mais comme vous le savez, une aide est toujours possible en cas de doute au niveau plus précis de spécialisation. Le généraliste demande parfois avis au pédiatre, qui demande parfois à l'hôpital, qui demande parfois au CHU, qui demande parfois à Paris, Lille ou Londres... Chacun connaît ses limites.

Personne ne penserait confier le suivi d'un enfant en bonne santé à un surspécialiste, mais dans son domaine il est utile. Gardez le suivi et une vue globale sur l'enfant, même si vous demandez avis sur un point particulier.

Les antécédents personnels et familiaux vont vous guider pour établir un programme de surveillance adapté à un enfant précis : obésité ou allergies familiales, accidents cardiovasculaires précoces, dysfonctionnements familiaux, problèmes sociaux, événements périnataux, maladie génétique... Notez dans votre dossier d'emblée les événements supplémentaires prévisibles et l'âge où ils vont se réaliser : consultations, signes d'alerte (index de masse corporelle dans l'obésité familiale...), vaccins

complémentaires (hépatite A dans les pathologies hépatiques...), examens (coloscopie dans une polyposé familiale...). Ces « balises » peuvent s'ajouter secondairement selon les pathologies aiguës qui surviennent : surveillance approfondie de l'audition après les otites chroniques et les méningites...

6) Avez-vous un programme pour l'enfant non-malade ?

Il ne faudrait pas seulement voir l'enfant en urgence, rapidement, quand il est malade : c'est comme si le garagiste ne faisait jamais de révision de votre voiture, mais ne la voyait qu'en cas de panne ! Peut-être est-ce là la différence entre « médecin » et « médecin de famille » ? Pour de multiples raisons (demande des parents, disponibilité du médecin, diminution des pathologies virales), le suivi des enfants s'étiolo après les premiers mois ou année. Il n'est pas rare que le carnet de santé soit vierge d'écritures de médecins des années durant, faute de pathologie aiguë pour susciter une consultation !

Il y a pourtant tant de choses à faire pour l'enfant en bonne santé : éducation, prévention, vaccination, surveillance de la croissance, du sommeil, de la nutrition, des addictions, de la maturation sexuelle et psychologique, information sur la contraception, préparation de l'adolescence, école... Sans parler du dépistage de pathologies peu bruyantes (déficit en hormone de croissance, maladie de Crohn iléale, retard de puberté...)

Dans le domaine du dépistage d'anomalie de la motricité, du langage, du contact social, si vous n'êtes pas sûr de vous, procurez-vous et réalisez le test de Denver, il s'agit d'un outil précis et simple. Le nouveau carnet de santé vous aidera à organiser ce suivi.

Ayez un programme précis pour l'enfant sain ! Dites : « Je suis à votre disposition en cas de problème de santé, mais je vous propose de voir votre enfant régulièrement, entre tous les mois et tous les ans selon l'âge ». Les visites obligatoires ont lieu : avant 8 jours, tous les mois jusqu'à 6 mois, à 9 et 12 mois, 2 fois entre 12 et 24 mois, à 24 mois et deux fois par an jusqu'à 6 ans. Les certificats de santé sont à remplir à 8 jours, 9e mois et 24e mois. Après 6 ans, une visite systématique par an est un minimum. Médecin de famille et pédiatre peuvent bien sûr partager ce suivi en communiquant au moins par le carnet de santé.

Les temps du médecin du jeune enfant

15 jours

Quand ils viennent, c'est pour deux raisons : parfois un premier contact de routine, c'est bien, profitez pour faire part de votre programme pour l'enfant sain (dont les 20 examens médicaux obligatoires de la naissance à 6 ans). Attention aux premiers bébés : les mamans voient souvent des problèmes qui n'en sont pas, mais peuvent négliger de vrais signes anormaux.

Parfois c'est pour un problème que l'on vient vous voir, et il y en a à cet âge, du plus bénin (érythème « toxique », nez bouché, yeux qui coulent) au plus grave (insuffisance cardiaque).

Faites un examen complet de ce bébé tout neuf, palpez les pouls périphériques et le foie.

Voyez où en est le cordon. L'examen clinique des hanches doit être systématique, méthodique et pratiqué sur un bébé détendu. En cas d'ictère cherchez les signes de cholestase (urines foncées, selles décolorées = urgence !). Parlez du vaccin contre le Rotavirus et des autres vaccins à venir à partir de deux mois.

Côté maman, veillez à la dépression du post-partum, au déroulement de l'allaitement. Les parents seront contactés directement en cas d'anomalie d'un des dépistages néonataux.

Au biberon, bébé boit environ 90 ml par 6 ou 7 de lait pour nourrisson.

Il prend 25 grammes par jour et a repris son poids de naissance depuis quelques jours.

Prescrivez la vitamine K en cas d'allaitement, la vitamine D dans tous les cas.

La pression artérielle est à $80 \pm 16/46 \pm 16$ mmHg.

Le VGM est à 100, la ferritine normale peut être entre 200 et 300 ng/ml jusqu'à 6 mois. Les gamma GT peuvent atteindre 100 jusqu'à 5 mois, les leucocytes sont entre 6 et 17 giga/l, à prédominance de polynucléaires neutrophiles, les hématies 5 à 6 millions /mm³.

Missions :

Premier contrôle approfondi après la sortie de maternité

Donner les conseils de prévention de la mort subite du nourrisson

Vérifier l'équilibre de la mère et de la famille

Soutenir l'allaitement

Conseiller abondamment les « familles primipares »...

Prescrire une solution de réhydratation orale et expliquer le mode d'emploi, prescrire les premiers vaccins.

3 mois

Le début des vaccinations se situe dans le 3e mois, l'âge du choix d'un mode de garde. Il vous faudra convaincre certains parents de l'intérêt et de l'innocuité du vaccin contre l'hépatite B : ils sont démontrés, le combat en vaut la peine !

C'est la fin de l'âge des coliques, vous connaissez...

Ne pas oublier l'examen clinique des hanches : la perception d'une instabilité est plus difficile que dans les premières semaines de la vie. Une limitation de l'abduction est facile à retrouver et doit conduire à la pratique d'une radiographie à la recherche d'une luxation de hanche.

Bébé tient sa tête et abandonne les réflexes archaïques, il sourit et vocalise. Pensez toujours au dépistage des anomalies sensorielles, aidez vous du carnet de santé. Un strabisme persistant appelle une consultation spécialisée, un larmoiement également ainsi qu'un antécédent familial ophtalmologique significatif. Il prend le sein ou 130 ml par 6, de lait pour nourrisson. Préparez la diversification après 4 mois (et non « le quatrième mois »), annoncez le passage du lait pour nourrisson au lait de suite.

Bébé prend environ 20 g par jour le deuxième trimestre. Surveillez le périmètre crânien jusqu'à 2 ans.

Biologie (tous les laboratoires devraient donner des normes adaptées à l'âge de l'enfant) : le VGM est au-dessus de 80, les leucocytes entre 9 et 13 000 /mm³ jusqu'à 3 ans, à prédominance de lymphocytes jusqu'à 4 ans. Les protides sont à 55 ± 10 de 1 à 6 mois. Les IgG : 2,8 à 6,3g/l. IgA 0,11 à 0,54. IgM 0,36 à 1,20. De 0 à 3 mois.

Missions :

Vacciner revacciner et re-revacciner...

Prescrire du paracétamol à cette occasion, expliquer le mode d'emploi

Rassurer à propos des misères de cet âge : coliques, régurgitations, tortillements, etc.

Parler de la reprise du travail, du mode de garde, de la diversification

Prescrire les vitamines

Lutter contre les céréales et les jus de fruits donnés trop tôt

Vérifier la présence d'une boîte de solution de réhydratation à la maison

6 mois

Les progrès psychomoteurs sont fulgurants. Il prend environ 15 grammes par jour le troisième trimestre. Les virus commencent à attaquer. Les bronchiolites à VRS et gastroentérites à Rotavirus sont peut-être passées par là ou viendront peut-être en hiver. Bébé a un ou deux repas diversifiés, avec légume et viande. S'il n'est pas allaité, il est passé au lait de suite après 4-5 mois, et deux repas sont à base de lait. S'il est allaité, la diversification est à mener. Il vous faudra guider la mère pour un sevrage progressif. Faites le bilan du risque carieux et le cas échéant le bilan fluoré (eaux de boisson, eau de préparation du biberon), pour prescrire du fluor. En l'absence de risque, un dentifrice pour enfant suffit.

Pas de vaccin à cet âge sauf en cas de retard dans le programme.

La pression artérielle est à $89\pm 29/60\pm 10$ jusqu'à 1 an. Le VGM est au-dessus de 77, la ferritine entre 30 et 60 jusqu'à 16 ans. Le fécalogramme normal trouve 0,1 à 0,4 g d'azote et 0,8 à 2,4 g de lipides/24h de 6 à 24 mois

Missions

Vérifier le bon déroulement de la diversification, du sevrage

Rattraper les retards de vaccination

Commencer à parler prévention et éducation

Annoncez les virus à venir et la conduite à tenir devant un rhume, une otite.

Prescrire la vitamine D

9 mois

Il est temps de conseiller un tour complet de la maison en prévision des bêtises qu'il va expérimenter, à 4 pattes puis en marchant. Le vaccin rougeole, oreillons, rubéole est conseillé en cas de séjour en collectivité, s'il est fait à 9 mois, pensez au rappel entre 12 et 15 mois. L'alimentation est diversifiée, L'allaitement peut se poursuivre deux fois par jour. Il restera chez l'enfant non allaité ou après le sevrage au moins un demi-litre de lait de suite puis de croissance jusqu'à 3 ans (leur composition étant proche, le lait de suite peut aussi être utilisé jusqu'à 3 ans). Les petits morceaux peuvent être introduits, selon les capacités de mâcher et de déglutir, le fromage également. Commencez la lutte contre les grands déséquilibres alimentaires de l'enfant au-delà d'un an, et surtout contre le lait de vache.

Il est utile à cet âge d'avertir sur les manoeuvres à faire en cas d'inhalation de corps étrangers (voir abécédaire).

Faites le point sur la tétine, sur le sommeil. Traquez les biberons d'eau sucrée. Les testis des garçons sont-ils en place ? Prévoyez une consultation spécialisée en cas d'ectopie, dès le diagnostic en cas d'anomalie associée de la verge. Encore et toujours...l'examen des hanches.

Le VGM est au-delà de 70. Les protides : 65 ± 8 de 6 mois à 5 ans. Les IgG : 3,85 à 8,6g/l.

IgA 0,16 à 0,82. IgM 0,49 à 1,62.

Missions

Vacciner contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, en collectivité, prévoir le rappel pneumocoque.

Prescrire la vitamine D

Commencer à parler éducation

Lancer l'aménagement d'une maison sûre

Se battre contre les otites

C'est l'âge du deuxième certificat de santé

18 mois

Il marche, il court, il explore et n'a aucun sens du danger. Un retard de la marche doit faire rechercher une luxation congénitale de hanche...il y en a encore beaucoup en France ! Prévention et sécurité à conseiller... Rassurez vis-a-vis du genu valgum, des pieds qui tournent. Parlez éducation, il est temps ! Bébé teste son pouvoir de résistance à la volonté des parents. Bébé doit dormir dans sa chambre et si possible avoir abandonné la tétine. Il reçoit 4 repas dont un seul avec de la viande. Il croque de petits morceaux de fruits. Les légumes sont moins mixés, selon sa tolérance. Il ne reste pas de grandes restrictions alimentaires, en dehors de l'arachide. Les déséquilibres alimentaires sont très fréquents à cet âge : excès de protéines, défaut de lipides et excès de sucres. Il est temps de faire les rappels de vaccins. Le vaccin contre rougeole, oreillons, rubéole a certainement été déjà fait, et refait si la première injection a été faite à 9 mois. Un rappel est prévu avant 24 mois si la première injection a été faite entre 12 et 15 mois. Si l'enfant ne dit aucun mot, c'est un signe d'alerte pour une anomalie sensorielle ou du développement. Il n'est en général pas encore prêt pour être propre : déconseillez les contraintes dans ce

domaine. C'est l'âge du colon irritable de l'enfant : diarrhée chronique avec croissance parfaite. Pas besoin d'examen, rectifier le régime et prendre patience.
Le VGM est au-delà de 74 jusqu'à 4 ans. Le cholestérol total est à 1,55 g/l \pm 0,5, les triglycérides à 0,56 (0,29-0,99) chez le garçon, 0,64 (0,34-1,12) chez la fille de 1 à 4 ans.

Missions

Rappels de vaccins !

Cesser la vitamine D en continu

Parler éducation

Attention à la sécurité, c'est le grand âge des « bêtises ».

Vérifier la nutrition : ce qu'il mange et comment il mange.

Lutter contre le lait demi-écrémé, les aliments sucrés et le sel en excès.

24 mois

C'est un grand... évaluez son développement psychomoteur, sensoriel, son langage (valeur d'alerte de l'absence d'association de mots). Discutez éducation, c'est une étape décisive.

Le rappel contre la rougeole, oreillons et rubéole est fait. Abordez le rapport à l'alimentation, l'âge où il aime les nouveautés et l'âge où il va tout refuser. Pensez toujours sécurité, surveillez toujours la croissance comme vous le ferez jusqu'à son terme. Prenez l'habitude de suivre sur une courbe l'indice de masse corporelle. Vérifier les dents, conseillez une consultation de dentiste quand elles seront là toutes les 20. Refaites le bilan du fluor ingéré (boisson et dentifrice). N'hésitez pas à porter le diagnostic d'asthme du nourrisson au-delà de 3 épisodes de dyspnée avec sibilants, et de traiter en conséquence.

La pression artérielle est à 99 \pm 25/64 \pm 25. Les IgG : 5,6 à 12,6g/l. IgA 0,27 à 1,35. IgM 0,60 à 2.

Missions

Entend-il, voit-il bien ?

Parlez de l'acquisition de la propreté

Fixez un rythme de consultation minimum pour l'avenir

Donnez de la vitamine D l'hiver jusqu'à 5 ans (au moins !)

Prenez la pression artérielle une fois au moins dans la deuxième année

C'est l'âge du troisième certificat de santé

Lectures et liens internet



La collection des abécédaires

<http://abecedaires-de-medecine.org>

LIVRES ET LIVRETS

- A Bourrillon : Pédiatrie pour le Praticien, Masson, 6^e ed, 2011, Paris.
- A Bourrillon : Pédiatrie, connaissances et pratique, Masson, 4^e édition, Paris 2012.
- B Chevallier et coll : Le livre de l'interne en pédiatrie. Médecine sciences Flammarion, Paris 2007.
- P. Fleury, P. Narcy, C. Beauvillain : manuel pratique d'ORL, Masson, Paris.
- A. Bourrillon, G. Cheron. Urgences pédiatriques, Masson, Paris.
- O. Goulet, M. Vidailhet. Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. Doin Paris 2002.
- A. Chantepie, C. Maurage, JL Ployet. Pédiatrie en poche, Doin, Paris.
- RS. Illingworth : L'enfant normal. Abrégé Masson, Paris 1981
- O. Mouterde. « Les Temps de l'Enfance ». Editions Médecine et Enfance 2009. Livret parents et livret médecins, pour l'enfant de la naissance à 2 ans. (www.medecine-et-enfance.net)
- Dépistages et diagnostics précoces chez l'enfant. Editions Médecine et Enfance, 2005.

- H. Carlioz, R. Seringe, Orthopédie du nouveau-né à l'adolescent, 2e éd., Masson 2005
- A. Diméglio, Orthopédie pédiatrique quotidienne, Sauramps, 2e édition 1991
- JL. Jouve. Guide pratique : urgences en orthopédie pédiatrique (2e éd.) Sauramps 2009.
- **Médecine et Enfance : l'essentiel à retenir des recommandations de bonnes pratiques en pédiatrie, volumes 1 et 2, 2008, volume 3, 2009.** (www.medecine-et-enfance.net)
- **Les Pas à pas des sociétés de pédiatrie : Suppléments aux Archives de pédiatrie 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012...** (www.pap-pediatrie.com).

Sites Internet

Comment chercher sur internet.

<http://www.bibl.ulaval.ca/mieux/chercher>

<http://www.google.fr/>

Le site de Médecine & Enfance

<http://www.medecine-et-enfance.net/>

Images

<http://www.google.fr/imghp?tab=wi&q=&ie=UTF-8&oe=UTF-8&hl=fr&meta=>

<http://video.google.fr/?q=&ie=UTF-8&oe=UTF-8&hl=fr&tab=iv>

Pubmed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>

Le site des diététistes du Canada.

www.dietetistes.ca

Liens vers serveurs de santé francophones et anglophones.

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

Cours de Pédiatrie

<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/index4.htm>

Cours de pédiatrie

<http://www.pediatrie.be/>

Examen génital de l'enfant

<http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/cp98-04.htm>

Examen du nouveau-né

<http://www.aafp.org/afp/20020101/61.pdf>

<http://www.aafp.org/afp/20020115/265.pdf>

Recommandations AAP (U.S.A.)

<http://aappolicy.aappublications.org/>

Recommandations HAS (France)

<http://www.has-sante.fr/>

Le site de l'ANSES (aliments)

<http://www.afssa.fr/>

Le site de l'AFFSAPS (produits de santé)

<http://www.afssaps.fr/>

Consensus et recommandations

<http://www.bmlweb.org/nouveaute.html>

Consensus en infectiologie

http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php

Sites pédiatriques

<http://www.generalpediatrics.com/>

Liens pédiatriques

<http://www.pediatriclinx.com>

INPES

<http://www.inpes.sante.fr/>

PNNS

<http://www.mangerbouger.fr/pnns/>

Société Française de Pédiatrie

<http://www.sfpediatrie.com>

Se trouvent ici des liens vers les recommandations ANAES, HAS, AFSSA, AFSSAPS, ANDEM... faire une recherche avec les fonctions avancées de Google en choisissant le domaine "sfpediatrie.com"

Groupe Francophone d'Hépatogastroentérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP)

www.GFHGNP.org

Société Canadienne de Pédiatrie

<http://www.cps.ca/francais/>

Courbes de croissance

<http://www.cdc.gov/growthcharts>

Réanimation du nouveau-né

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/3/e29>

Préparation des biberons

<http://sfpediatrie.com/upload/2/1108/Pr%E9paration%20biberons.pdf>

Atlas de dermatologie

<http://www.atlas-dermato.org>

Matériel d'urgences pédiatriques au cabinet du médecin

<http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP09-03.htm>

Contrôle des infections au cabinet du pédiatre

<http://www.cps.ca/Francais/enonces/ID/ID08-03.htm>

Pédiatre et orientation sexuelle des adolescents

<http://www.cps.ca/Francais/enonces/AM/AH08-03.htm>

Les "pas à pas" des sociétés de pédiatrie : plus d'une centaine de sujets en arbres décisionnels !

www.pap-pediatrie.com

Maltraitance

http://www.jusdjustice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf

Société française d'orthopédie pédiatrique (SOFOP)

www.sofop.org

Société française de chirurgie pédiatrique (SFCP)

www.chirpediatic.fr

Fonds documentaire d'information des patients

www.persomed.com

Association pour le traitement de la douleur de l'enfant

www.pediadol.org

Documents SPARADRAP

www.sparadrap.org

Chasse aux charlatans

<http://www.quackwatch.com/>

Chasse aux rumeurs

<http://www.hoaxbuster.com>

Fiches pédagogiques pédiatriques destinées aux parents et médecins

<http://www.courlygon.es.net>

Humour scientifique (documents très fortement recommandés aux scientifiques ayant de l'humour)

<http://wjj.free.fr/tomatrix.htm>

<http://www.cmaj.ca/content/171/12/1443/F2.expansion>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21472486>





Olivier Mouterde est médecin des hôpitaux dans le département de Pédiatrie du CHU de Rouen où il est responsable de l'activité d'hépatogastroentérologie et nutrition pédiatriques, et professeur associé à l'Université de Sherbrooke (Québec).

ISBN : 2-9506672-2-8 4108