

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

Signes d'alerte en pédiatrie

Liège, 8 décembre 2007

À propos des bronchiolites

Les symptômes de la bronchiolite sont la rhinorrhée et la toux, la dyspnée, l'intolérance à l'effort. L'intolérance à l'effort s'observe lors des repas : des difficultés à l'alimentation, voire l'impossibilité de boire sont des signes de gravité.

Les facteurs de risque à prendre en considération en cas de bronchiolite sont la prématurité (<32 semaines), un faible poids de naissance (< 1250 g), le milieu socio-économique faible, l'allaitement artificiel, la fréquentation des crèches, l'habitat urbain, les familles nombreuses et surtout le tabagisme passif.

Deux signes de mauvaise tolérance sont une perte de poids de 5% et une SpO_2 < 92%. Alimentation impossible, fréquence respiratoire > 70 et SpO_2 < 88 sont des signes de gravité sévère. Il faut éduquer les familles à reconnaître les éléments de sévérité : refus alimentaires (un repère : l'enfant prend moins de 50% de biberons), vomissements, altération du comportement, difficultés respiratoires aggravées et fièvre > 39,5 °C.

L'identification du virus (respiratoire syncytial ou parainfluenzæ) n'a aucun intérêt pour la prise en charge.

Au niveau thérapeutique, les mesures les plus utiles et validées sont la désobstruction du nez au liquide physiologique 6 fois par jour, le positionnement du bébé en proclive dorsale tête en extension, le fractionnement des repas pour un volume quotidien adéquat, une température ambiante de 19 à 20 °C maximum, l'apprentissage des signes de gravité aux parents et surtout, surtout l'éviction du tabagisme passif.

D'après l'exposé du Dr Jacques LOMBET, pédiatrie (CHU Liège)

Déformation du crâne chez le nourrisson : on peut les éviter

Depuis la publication en 1992 d'une étude américaine montrant la relation entre mort subite du nourrisson et position de celui-ci pendant le sommeil, les recommandations pédiatriques préconisent de faire dormir les nouveaux nés sur le dos. Le taux de mort subite a chuté ainsi de 60%. Mais ce progrès incontestable s'accompagne d'une augmentation exponentielle des déformations crâniennes chez le nourrisson depuis 10 ans. On peut parler d'une véritable épidémie de plagiocéphalie postérieure. L'aplatissement occipital est unilatéral dans 80% des cas avec prédominance gauche plus d'une fois sur deux. La sévérité de la dysmorphie est variable d'un enfant à l'autre. Il existe aussi des déformations bilatérales (pachycéphalies positionnelles avec impression d'un coup de hache à l'arrière du crâne et important élargissement transversal). On estime à 14% le nombre d'enfants présentant une déformation importante de l'arrière crâne. La déformation apparaît vers le deuxième mois.

Les facteurs favorisants sont la position systématique sur le dos, le sexe masculin, le torticolis fonctionnel, moins fréquemment une hypotonie musculaire, des anomalies vertébrales, une tête déjà déformée à l'accouchement (contraintes intra-utérines).

La prévention de ces déformations passe par le contrôle de la forme de l'arrière crâne du nourrisson. On favorisera la position ventrale pendant les périodes d'éveil en multipliant la direction des facteurs de stimulation visuelle. Face à une déformation, les consignes de couchage préconiseront non plus la position sur le dos mais sur le côté où le crâne est le plus saillant en bloquant le dos et le thorax avec un boudin en mousse. Le torticolis sera pris en charge par kinésithérapie et une rééducation active de la musculature du cou sera réalisée par les parents à chaque change. Les cas extrêmes nécessiteront une correction chirurgicale lorsque le

scanner évoque une compression et une souffrance cérébrale potentielle.

Deux idées à combattre : l'une que la déformation du crâne est le prix à payer pour éviter la mort subite, l'autre que ces déformations disparaissent avec la croissance sans prise en charge...

D'après l'exposé du Dr Jacques D BORN, neurochirurgien (CHU La citadelle Liège)

Conseils pour prévenir la mort subite du nourrisson

La position de sommeil sur le dos est désormais bien entrée dans les mœurs pour prévenir la mort subite mais d'autres mesures sont aussi à préconiser pour limiter les risques :

- aération indispensable de la chambre 10 minutes minimum par jour en toute saison ;
- une température de la chambre entre 18 et 20 °C ;
- la suppression du tabac de l'environnement du bébé ;
- une literie adaptée au bébé : sac de couchage ;
- espacement des barreaux du lit < 8 cm ;
- éviter les objets à risque d'étranglement : bijoux, attaches de tétine, cordon de bavoir, grosses peluches ;
- éloigner les animaux domestiques de la chambre du bébé ;
- pas de médication sans avis médical et ce aussi pour la mère qui allaite ;
- surveillance du sommeil par les parents si l'enfant s'est endormi après avoir pleuré de manière inhabituelle.

D'après l'exposé du Dr Jacques D. BORN, neurochirurgien (CHU La citadelle Liège)

Obésité de l'enfant

L'IMC ou BMI variant physiologiquement avec l'âge et le sexe chez l'enfant, les valeurs de l'IMC doivent être reportées sur les courbes de percentile spécifique.

Selon l'International Obesity task force, on définit la surcharge pondérale comme la courbe de percentile qui rejoint le BMI de 25 à l'âge de 18 ans et l'obésité par la courbe de percentile qui rejoint le BMI de 30 à 18 ans. Ceci pour assurer une certaine continuité du suivi à l'âge adulte. Il existe quatre catégories d'obésité: les obésités syndromiques, monogéniques, d'origine endocrinienne et communes.

Les **obésités syndromiques** sont rares et associées à retard mental, dysmorphies cliniques, anomalies neurosensorielles et petite taille. Le syndrome de Prader Willy en est le plus connu.

Les **obésités monogéniques** liées à une mutation génétique sur les facteurs clés de la régulation du poids intéressent 1 à 3% des obésités. La transmission est autosomique dominante.

Les **obésités endocriniennes** (Cushing, hypothyroïdie, déficit en hormone de croissance) sont rares et s'accompagnent d'un ralentissement de la vitesse de croissance.

Les **obésités communes** sont les plus fréquentes liées à un déséquilibre de la balance énergétique entre apports et dépenses, influencé par des facteurs génétiques (plus de 50 gènes incriminés) mais avec un rôle incontestable de l'alimentation, l'influence de la sédentarité et des composantes psychologiques.

La prise en charge doit d'abord repérer les rares causes d'obésité non commune. Elle repose sur l'anamnèse et l'examen clinique et la reconstitution des courbes staturo-pondérales. L'objectif est la stabilisation pondérale.

D'après l'exposé du Dr Marie Christine LEBRETHON, pédiatre, CHU de Liège

Pièges cliniques en orthopédie infantile

La **luxation congénitale de hanche** est en principe dépistée à la naissance en milieu hospitalier. Mais aucun dépistage n'est infaillible et certaines passent au travers du filet. Les signes d'appel sont la présentation en siège, la primiparité, les antécédents familiaux, un torticolis congénital, une malposition des pieds, un pied bot une scoliose du nourrisson. Le signe clinique est le défaut d'abduction de la hanche, test à faire à chaque consultation. L'**arthrite septique** peut se présenter sans fièvre et avec un bilan sanguin peu évocateur mais l'altération de l'état général est constant. On y pensera chez les enfants fragiles, prématurés ou immunodéprimés, souffrant d'infection pulmonaire ou autre en présence de douleur à la manipulation (lavage) et une monoplégie antalgique. Les signes de l'**infirmité motrice céré-**

brale (IMC) peuvent n'apparaître que relativement tard après la naissance. Attention donc face à un enfant trop facile et peu réactifs aux stimulations, surtout s'il y a des notions d'infection prénatale, de prématurité, d'hypotonie, de convulsions, de séjour en couveuse. Une tête non tenue à 5 mois, une position assise impossible à 10 mois, une marche non acquise à 16-17 mois, des pieds plats valgus après 2 à 3 ans, et une hypotonie globale sont des signes cliniques décisifs d'IMC.

Le **rhume de hanche** survient entre 2 et 6 ans, rarissime avant 2 ans et après 8 ans. Il s'agit d'une boiterie et douleur de hanche ou de genou chez un enfant bien portant. Il guérit spontanément sans séquelle mais un rhume de hanche douloureux pendant plus de 10 à 15 jours n'est plus un rhume de hanche. Le signe décisif est la limitation de la rotation interne de la hanche. Mais on le retrouve dans toutes les affections coxofémorales: Legg Calvé Perthes, Épiphyseolyse de la hanche.

Attention aussi au diagnostic différentiel avec une appendicite rétrocaecale!

Les **lombalgies** de l'enfant et de l'adolescent sont fréquentes, en relation avec l'effort, le sport, la position. Les diagnostics différentiels à évoquer sont les infections ou tumeurs de la colonne. La **scoliose** doit être évoquée face à des douleurs diurnes et nocturnes fréquentes, raideur et courbure aspécifique. Un déficit neurologique, des troubles des réflexes et une raideur vertébrale sont des signes cliniques décisifs. Le piège est celui des scolioses secondaires aux infections, tumeurs ou pathologie neurologique.

Les **entorses récidivantes de la cheville** peuvent être le signe d'appel d'une maladie neuromusculaire ou d'une synostose des os du tarse. L'entorse récidivante est exceptionnelle chez l'enfant et l'adolescent vu leurs bonnes facultés de cicatrisation. Les signes d'appel d'entorses d'étiologie grave sont les pieds creux varus, les griffes des orteils, la faiblesse musculaire ou la disparition des réflexes cutanéabdominaux.

D'après l'exposé du Dr J. MAGOTTAUX CHU Liège, CHA Libramont

À propos des infections urinaires

En cas de suspicion d'infection urinaire, le prélèvement d'urine est indispensable. Son analyse directe permet l'attitude immédiate, l'analyse bactériologique permet de cibler l'antibiothérapie. Le mode de prélèvement dépend de l'âge de l'enfant. Chez un enfant continent, dès 3-4 ans on peut prélever l'urine à mi-jet, en revanche chez le nourrisson de moins de

deux ans, on utilisera soit le prélèvement par sachet récolteur «urinocol», soit par sondage chez la fille ou ponction suspubienne sous échographie chez le garçon. La désinfection se fera pas HAC ou Hibidil, pas par désinfectant iodé. Le sachet récolteur est bien accepté, doit être changé toutes les 30 minutes, mais présente l'inconvénient d'être trop sensible et de donner beaucoup de faux positifs (85 à 99%). Le transport au labo doit être réalisé endéans l'heure. Les critères sont > 1000 germes/mm³ en cas de ponction sus pubienne, > 10000 germes/mm³ en cas de sondage et > 100000 germes/mm³ en cas de prélèvement par sachet récolteur ou mi-jet.

Les signes de gravité: enfant de moins de 3 mois, état septique, altération de l'état général, uropathie connue, fièvre supérieure à 38.5 (Antibiothérapie IV dans ce cas), tests inflammatoires positifs.

D'après l'exposé du Dr LOMBET, pédiatrie (CHU Liège)

Pièges des infections respiratoires basses

Les signes cliniques classiques d'une pneumonie sont: fièvre, toux, altération état général, râles humides localisés.

Mais la fièvre et l'altération de l'état général sont parfois les seuls symptômes, d'où la nécessité de pratiquer une RX du Thorax devant tout épisode de fièvre avec suspicion d'infection bactérienne surtout si l'enfant est plus jeune.

Le délai entre les signes cliniques et radiologiques est parfois de 72 heures. Attention aux pneumonies «rondes» ou au foyer rétrocardiaque. On hospitalisera un enfant atteint de pneumonie s'il a moins de 3 ans (surtout moins de 6 mois), en cas de mauvaise tolérance de la fièvre (extrémités froides, cyanose, pâleur, somnolence, gémissement), en cas de mauvaise tolérance alimentaire, d'incompétence familiale, d'aggravation après 10 jours d'amoxicilline ou de non amélioration après 4 à 5 jours de macrolides. L'attitude thérapeutique est probabiliste: aucun signe clinique, radiologique ou biologique n'est spécifique de l'agent infectieux.

D'après l'exposé du Dr Jacques LOMBET, pédiatrie (CHU Liège)