

Journée SSMG

D^r François Cloës, médecin généraliste, 5350 Ohey • D^r Thomas Jonard, médecin généraliste, 5590 Ciney

Grande Journée WaPi « Pédiatrie »

Tournai, 23 mars 2010

Cette après-midi fut l'occasion de revoir un certain nombre de pathologies dermatologiques pédiatriques et d'insister sur certains diagnostics différentiels. La question de l'analgésie fut abordée ainsi que la prise en charge de l'asthme et des pathologies orthopédiques. Un exposé concernant la dépression de l'enfant a clôturé la journée.

Des éruptions

Le **syndrome pieds-mains-bouche** est caractérisé par une stomatite douloureuse, accompagnée de petites vésicules palmo-plantaire. De son étiologie virale (Cocciackie A16) découle son traitement : aucun !

Le **pytiriasis rosé de Gibert**, également d'origine virale, comprend l'apparition initiale d'un médaillon érythémato-squameux de forme ovale, suivi d'une éruption de multiples lésions sur le thorax. Il n'y a pas de traitement spécifique.

Le diagnostic **d'exanthème unilatéral latéro-thoracique de l'enfant**, moins connu mais aussi d'étiologie virale, peut être posé devant des lésions papuleuses, finement vésiculeuses s'étendant de manière strictement unilatérale. L'évolution se fait vers la guérison spontanée en 4 semaines.

L'érythème infectieux (ou « 5^e maladie ») se manifeste par des « joues giflées », suivi d'une éruption d'aspect réticulé sur le reste du corps lui correspond. Cette maladie, éventuellement récidivante, est causée par le Parvovirus B19. Enfin, la présence de lésions papulo-vésiculeuses de disposition acrale (c'est-à-dire au visage et aux membres mais épargnant le tronc) oriente vers le **syndrome de Gianotti-Crosti**. Il faut, face à ce tableau clinique, évoquer un agent causal viral tel l'EBV, l'HAV, l'HBV, le CMV... (TJ).

D'après un exposé du Dr K. Despontin, Dermatologue, Clin. Univ. Mont-Godinne et Centre hospitalier de Luxembourg.

Urticaire ou érythème polymorphe ?

Le diagnostic différentiel important de cette journée fut celui fait entre urticaire, érythème polymorphe mineur, majeur et érythème polymorphe médicamenteux.

L'urticaire présente un prurit constant. Son aspect ecchymotique et très figuré chez le jeune enfant peut entraîner une confusion avec un érythème polymorphe. Un foyer infectieux doit être recherché, ainsi qu'une éventuelle cause médicamenteuse.

L'érythème polymorphe mineur se présente sous forme de lésions en cocarde, de distribution acrale. L'atteinte muqueuse est absente ou discrète. Le facteur causal le plus fréquent est l'herpès.

L'érythème polymorphe majeur présente également des lésions en cocarde. La distribution est également acrale, mais concerne également le visage. L'atteinte muqueuse est sévère. Le facteur causal le plus fréquent est le Mycoplasma Pneumoniae.

L'érythème polymorphe médicamenteux (ou syndrome de Stevens-Johnson) présente quant à lui le même type de lésions. L'atteinte muqueuse est semblable et un érythème plus diffus en plaques le distingue des autres érythèmes polymorphes. L'évolution est possible (mais rare) vers un syndrome de Lyell (extension et nécrose) (TJ).

D'après un exposé du Dr K. Despontin, Dermatologue, Clin. Univ. Mont-Godinne et Centre hospitalier de Luxembourg.

Quelques raretés

Enfin, c'est l'**épidermolyse aiguë staphylococcique** qui fut citée. La rougeur péri-buccale, le décollement bulleux superficiel et l'atteinte génitale en font le diagnostic. L'enfant garde souvent un bon état général. La recherche d'un foyer (cutané, orl, oculaire...) à partir duquel diffuse les toxines exfoliatrices est importante.

L'exposé se clôtura sur l'**œdème aigu hémorragique du nourrisson**. Les plaques purpuriques en médaillon, ainsi qu'un œdème douloureux des joues et des extrémités lui sont caractéristiques. Le rôle déclenchant d'une infection ou d'un vaccin est souvent retrouvé. L'évolution est spontanément favorable en 2-3 semaines. (TJ)

D'après un exposé du Dr K. Despontin, Dermatologue, Clin. Univ. Mont-Godinne et Centre hospitalier de Luxembourg.

La douleur

L'évaluation de la douleur a toute son importance chez les enfants. De 2 à 12 ans, elle peut se faire via l'échelle PPMP (postopérative pain measure for parents) remplie par les parents. Une échelle des visages peut également être employée chez l'enfant de plus de 4 ans. L'échelle visuelle analogique peut être utilisée à partir de 6 ans.

L'analgésie post-amygdalectomie se base tout d'abord sur l'administration de paracétamol (15 mg/kg/6h) de manière systématique et anticipée (pas à la demande!). La voie rectale doit être abandonnée au vu de sa biodisponibilité faible et imprévisible. Si cela s'avère insuffisant, le tramadol (en gouttes) est indiqué dès l'âge de 3 ans à une dose de 1 à 2 mg/kg 3 à 4 x/j. Celui-ci possède une bonne biodisponibilité (70 à 100% per os) et un délai d'action court (15 à 30 minutes) pour une d'action de 4 à 6 heures. Néanmoins, la fréquence des nausées et des vomissements (estimée à 30-40%) justifie souvent de commencer par une dose de départ de 1 mg/kg/j. Les AINS (ibuprofène et rofécoxib) ont une efficacité prouvée et équivalente aux morphiniques, avec une réduction de l'incidence des nausées et des vomissements. Néanmoins, on suspecte une augmentation du risque hémorragique ce qui incite à ne plus les recommander dans le post-opératoire d'amygdalectomie. (TJ)

La **dysménorrhée primaire** peut être soulagée par les AINS (méloxicam) et, au besoin, par la prise d'une contraception orale.

Dans les **angines** avec une douleur modérée, l'efficacité du paracétamol et de l'ibuprofène semble équivalente. Une douleur plus importante peut nécessiter des antalgiques de deuxième palier. L'administration d'antibiotiques et de corticoïdes oraux de courte durée est à discuter lors d'une angine streptococcique fort douloureuse.

Dans les **otites** avec douleur intense, il est recommandé d'associer le paracétamol et de l'ibuprofène. En cas de non-amélioration, la codéine peut être prescrite après l'âge d'un an.

Lors d'une **vaccination** avant l'âge de 4 mois, la prévention de la douleur peut se faire via l'administration d'une solution sucrée ainsi que par la succion débutée 2 minutes avant l'injection du vaccin. L'application d'une crème anesthésique sur la peau est aussi possible.

Dans les **crises de migraine**, l'utilisation d'ibuprofène (10 mg/kg/dose) semble plus efficace que celle de paracétamol, même si ce dernier est également efficace. Dans tous les cas, les opioïdes ne sont pas indiqués. En cas de vomissement, des suppositoires de diclofénac (1-2 mg/kg) sont à préférer. À partir de l'âge de 12 ans, le sumatriptan en spray nasal peut être essayé en cas d'échec du traitement de première intention. Aucune étude de qualité ne permet d'émettre de recommandation pour le traitement médicamenteux de fond de la migraine chez l'enfant. (FC)

D'après un exposé du Dr Br. Crochet, anesthésiste, Centre hospitalier de Luxembourg, basé sur les Recommandation de bonnes pratiques en pédiatrie de l'Afssaps du 16/07/2009, Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant.

L'asthme

La prévalence de l'asthme en Belgique se situe autour des 10%. Le **diagnostic** d'asthme chez l'enfant repose sur l'anamnèse, la réalisation de tests d'allergie cutanés (TAC) ou sanguins et la réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires si l'âge le permet. Un enfant a 75% de chances de développer de l'asthme s'il présente des épisodes récurrents (> 4 x/an) de wheezing avant l'âge de 3 ans associés à la présence d'un critère majeur ou de deux critères mineurs. Ces critères sont les suivants :

CRITÈRES MAJEURS

- la présence d'asthme chez un des parents ;
- des antécédents personnels de dermatite atopique (DA) ;
- une sensibilité à un **aéroallergène**.

CRITÈRES MINEURS

- la présence d'une rhinite allergique ;
- la présence d'épisodes de wheezing sans IVRS ;
- une éosinophilie > 400 UI/ml.

Un déséquilibre entre la réponse immunitaire TH1 et TH2 semble expliquer le développement vers une atopie, avec excès de réponse TH2. Des études ont montré que les enfants vivant à la campagne (et donc en contact fréquents avec les microbes) sont moins à risque de développer de l'atopie en favorisant la réponse

TH1 (hypothèse de l'hygiène). Les tests d'allergie cutanés (TAC) peuvent être réalisés à partir de l'âge de 6 mois chez des enfants **symptomatiques (rhinite allergique, asthme, DA, antécédents de réaction allergique alimentaire aiguë)**. Ces TAC ont de très bonnes sensibilité et spécificité (> 90%) mais nécessitent l'arrêt des antihistaminiques (présents dans de nombreux sirop antitussif) une semaine auparavant. Le kétotifène doit être stoppé 15 jours avant alors que le montélukast peut être continué. Le **traitement** repose sur le niveau de contrôle de l'asthme selon les GINA guidelines (revues pour l'enfant en 2009). L'évaluation de la réponse au traitement doit se faire tous les 3 mois (minimum après 6 semaines). Le mode d'administration doit être adapté à l'âge de l'enfant. L'utilisation d'un aérosol-doseur avec une chambre d'expansion est préconisé à tout âge en première intention car elle permet un meilleur dépôt pulmonaire (20-40%). En dessous de 3 ans, on y ajoutera un masque facial et, à partir de 3 ans, l'enfant est capable d'utiliser un embout buccal. La nébulisation reste un second choix lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions étant donné son moindre dépôt pulmonaire (1-10%). D'autre part, il est nécessaire d'appliquer des mesures d'éviction vis-à-vis des allergènes testés positifs et du tabac, ainsi que la promotion d'une bonne hygiène alimentaire et la pratique de sport. Enfin, un **plan d'action écrit** doit être remis aux parents (FC).

D'après l'exposé du Dr Georges de Bilderling, pneumopédiatre au CHR de Namur.

Bronchiolite : ne rien faire sauf surveiller !

Aucun traitement n'a d'efficacité démontrée dans le traitement de la bronchiolite. Les corticoïdes inhalés sont inutiles ainsi que la kinésithérapie ou l'humidification de la chambre à coucher, ces deux derniers peuvent même être délétères. D'après l'orateur, l'utilisation de bronchodilatateurs est parfois efficace, mais il faut s'en assurer par un nouvel examen clinique 15 minutes après leur administration. L'enfant devra être suivi en milieu hospitalier dans les cas suivants : âge < 2 mois (vu le risque d'apnées), une désaturation ou des difficultés d'alimentation (FC).

D'après l'exposé du Dr Georges de Bilderling, pneumopédiatre au CHR de Namur.

Orthopédie

Cette exposé a passé en revue les pathologies orthopédiques les plus fréquemment rencontrées en pédiatrie. Les **douleurs de croissance** sont à mettre en rapport avec l'importante vélocité de croissance entre 1 et 5 ans. Elles sont plus volontiers nocturnes et nécessitent simplement de rassurer l'enfant. La présence d'un **genu varum**, objectivé par la mesure de l'espace inter-condyloire interne, devient pathologique après l'âge de 18 mois et doit faire évoquer la possibilité d'un rachitisme. Certains enfants peuvent présenter une marche avec les pieds en dedans, signe d'un tibia ou d'un fémur en rotation interne. Le « **faux genu varum** » (ou torsion tibiale interne) ne nécessite pas de traitement. **L'antéversion fémorale**, nécessitée physiologique du passage de la position de quadrupède à bipède, se mesure à l'examen clinique avec une fiabilité semblable au CT-Scan. Celle-ci diminue normalement avec l'âge mais peut persister en cas de mauvaise station assise (jambes en « W »). Dans ce cas, la position « en tailleur » est bénéfique. Les **pieds creux** nécessitent une mise au point neurologique alors que les **pieds plats** sont bénins dans la toute grande majorité des cas. Les 2% de pieds plats pathologiques se diagnostiquent par leur rigidité. Enfin, la colonne vertébrale peut être le siège de **scoliose**, surtout chez les filles. Plus l'âge d'apparition de cette scoliose est précoce, plus son risque de s'accroître est important, avec la période pubertaire comme période critique. Elle est mise en évidence par la présence d'une gibbosité lorsque l'enfant se penche en avant ainsi que par l'utilisation d'un fil à plomb tendu entre D7 et le pli interfessier. L'évolution de la scoliose est imprévisible, justifiant un suivi radiographique (mesure de l'angle de Cobb). Le traitement repose sur la kinésithérapie et/ou le port d'un corset avant la poussée pubertaire. La chirurgie est à envisager en cas de difficultés liées au port du corset (troubles psychologiques, crises d'adolescence, troubles scolaires) (FC).

D'après l'exposé du Pr Jean Lamoureux, Chef de clinique d'orthopédie, Hôpital Reine Fabiola, ULB, Bruxelles.

La dépression

La dépression chez l'enfant n'est pas rare, avec une prévalence estimée entre 0,5 et 3% chez les enfants de 6 à 12 ans. Plusieurs situations — dont la liste n'est pas exhaustive — peuvent amener l'enfant à cet état : une difficulté dans sa vie familiale (séparation, monoparentalité, deuil, maltraitance, conflits, placements...), un stress personnel (maladie, hospitalisation), une difficulté dans sa vie sociale (école)... Elle se manifeste par un *changement de comportement* avec des symptômes suivants : l'apparition des troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, des troubles scolaires, de l'autodépréciation, de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'agressivité voire de l'automutilation, de l'anhédonie, de l'apathie, de l'isolement dans la cours de récréation, la mise en place de rituels, une évocation de la mort... Des plaintes somatiques (céphalées, troubles digestifs...) peuvent venir compléter le tableau clinique. Devant ce type de plaintes, il est bon de garder à l'esprit la possibilité de troubles somatiques fonctionnels, de troubles anxieux, de phobie scolaire, d'hyperactivité et de troubles de l'attention ou de repli autistique. Il existe une possible continuité des troubles dépressifs à l'âge adulte. Le traitement repose essentiellement sur la relation avec le soigné sous forme de psychothérapie de soutien (écoute et reconnaissance de la souffrance), de guidance parentale, d'entretiens familiaux. Les antidépresseurs ont le même effet qu'un placebo, avec l'éventuelle possibilité d'administrer un sirop de fluoxétine à partir de 8 ans. Les hospitalisations sont rares (FC).

D'après l'exposé du Pr Véronique Delvenne, Pédiopsychiatre, Professeur à la faculté de Psychologie, ULB.