

Question #1

Un garçon de 3 ans est amené au service des urgences avec 2 jours de douleur aiguë à la jambe droite et une boiterie. La douleur est localisée à la hanche droite et s'aggrave pendant la journée avec la marche. Il avait une rhinorrhée légère et une congestion environ 1 semaine auparavant, qui sont maintenant résolues. Sa température est de 37,8 °C (100 °F), sa tension artérielle est de 100/68 mm Hg et son pouls est de 90/min. L'examen montre que l'enfant semble en bonne santé avec une douleur lors du mouvement de la hanche droite et une rotation interne limitée et une adduction de la hanche. Il peut se tenir debout et porter du poids. Les résultats de laboratoire sont les suivants :

Numération formule sanguine complète	
Hémoglobine	130 g/L (125 à 170)
Plaquettes	265 x 109/L (130 à 380)
Leucocytes	7,8 x 109/L (3,5 à 10,5)
Neutrophiles	30%
Lymphocytes	66%
Taux de sédimentation des érythrocytes	24 mm/h (<15)

Lequel des diagnostics suivants est le plus probable chez ce patient ?

- A) Dysplasie développementale de la hanche
- B) Arthrite juvénile idiopathique
- C) Maladie de Legg-Calve-Perthes
- D) Synovite transitoire
- E) Arthrite septique

Explication

Transient synovitis vs. septic arthritis		
Clinical feature	Transient synovitis	Septic arthritis
Fever	None or low-grade	$\geq 38.5 \text{ C}$ (101.3 F)
Appearance	Well	Sick
Gait	Limp	Cannot bear weight
Pain	Mild to moderate	Moderate to severe
ROM	Pain at end of motion arc	Severe pain throughout motion arc
WBC	Normal	$>12000/\mu\text{L}$
ESR	Normal	$>40 \text{ mm/h}$
CRP	Normal	$>20 \text{ mg/L}$

Copyright © by ACEP Quick

CRP: C-reactive; **ESR:** erythrocyte sedimentation rate; **ROM:** range of motion; **SA:** septic arthritis; **TS:** transient; **WBC:** white blood cells

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La dysplasie développementale de la hanche implique un développement anormal de l'acétabulum et du fémur proximal avec une instabilité mécanique de l'articulation de la hanche. Les femmes sont principalement touchées et généralement présentes pendant la petite enfance avec une instabilité de la hanche sur les manœuvres d'Ortolani et de Barlow.

Le choix B n'est pas correct :

L'arthrite juvénile idiopathique oligoarticulaire est le sous-ensemble le plus courant de l'arthrite juvénile idiopathique et affecte généralement les grosses articulations (genoux, chevilles, poignets, coudes) avec une atteinte rare de la hanche. Les tout-petits sont les plus souvent touchés et présentent une boiterie matinale et des anticorps antinucléaires sériques anormaux.

Le choix C n'est pas correct :

La maladie de Legg-Calves-Perthes (LCP) est initiée par la perte de flux sanguin vers la tête fémorale, suivie de douleurs, d'un collapsus de la tête fémorale et d'une éventuelle arthrose. La PCL a tendance à se manifester par de la douleur sur une plus longue période de temps (des semaines à des mois) et peut même être intermittente

Le choix E n'est pas correct :

Les caractéristiques de la synovite transitoire sont similaires à celles de l'arthrite septique. Il est important d'envoyer des études de laboratoire pour évaluer la gravité de l'inflammation. Les taux de protéine C-réactive, de vitesse de sédimentation des érythrocytes et de formule sanguine complète sont élevés dans l'AS, mais pas dans le TS.

Points résumés :

Le SGT est la cause la plus fréquente de douleur à la hanche chez les enfants, affectant généralement les garçons âgés de 3 à 8 ans. Elle survient souvent après une infection virale bénigne des voies respiratoires supérieures. Les patients se rétablissent généralement spontanément en un mois.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

La présentation de cet enfant est compatible avec **la synovite transitoire** (SGT), qui est la cause la plus fréquente de douleur à la **hanche** chez les enfants, affectant généralement les garçons âgés de **3 à 8 ans**. Il est associé à des **infections virales récentes des voies respiratoires supérieures** ou à **des traumatismes bénins**.

Le traitement consiste en du repos et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (par exemple, l'ibuprofène) avec une récupération attendue en environ 1 mois.

L'objectif de l' **évaluation initiale** d'un enfant souffrant de douleurs à la hanche est d' **exclure l'arthrite septique** (AS), car le TS est un diagnostic d'exclusion. Dans

L'enfant est généralement fébrile, d'apparence malade et présente un épanchement articulaire et une douleur intense dans toute l'amplitude de mouvement de la hanche. La formule sanguine complète, la vitesse de sédimentation des érythrocytes et les taux de protéine C-réactive sont généralement élevés dans l'AS, mais ils sont normaux dans le TS.

Références

Objectif numéro 20 (Limp In Children) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Cuisiner PC. Synovite transitoire, fosse septique de la hanche et maladie de Legg-Calvé-Perthes : une approche pour le bon diagnostic. Pediatr Clin North Am. 2014 déc ; 61(6):1109-18.

Question #2

Un garçon de 3 ans a une toux sèche soudaine avec une petite quantité de sang rouge vif produite lorsqu'il tousse. Il n'a pas eu de fièvre, de nez qui coule ou de vomissements. Au service des urgences, une radiographie pulmonaire montre une hyperinflation du poumon droit et des champs pulmonaires clairs. Laquelle des étiologies suivantes est la plus probable des symptômes de cet enfant ?

- A) Pneumonie bactérienne
- B) Mucoviscidose
- C) Aspiration de corps étranger
- D) Malformation artérioveineuse pulmonaire
- E) Tuberculose

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La pneumonie bactérienne est peu probable puisque la toux de ce patient a commencé soudainement et qu'il ne présentait aucun autre signe ou symptôme d'infection (p. ex. fièvre, rhinorrhée). De plus, la radiographie pulmonaire montrerait des signes de pneumonie avec un infiltrat focal ou une hypertrophie vasculaire pulmonaire.

Le choix B n'est pas correct :

La fibrose kystique provoque des maladies respiratoires chroniques et récurrentes, souvent accompagnées d'expectorations sanguines, mais présente également des signes et des symptômes de maladie systémique. De plus, le film radiographique thoracique d'un patient atteint de mucoviscidose montrerait des changements chroniques tels que des anomalies kystiques et des cicatrices dans les poumons à la suite d'injections respiratoires répétées.

Le choix D n'est pas correct :

Une malformation artérioveineuse pulmonaire ou une MV est cliniquement silencieuse à moins qu'elle ne soit si importante qu'elle provoque une insuffisance cardiaque congestive à haut rendement ou une rupture. Une rupture de la MV pulmonaire A provoque une hémoptysie importante qui est difficile à arrêter sans intervention chirurgicale.

Le choix E n'est pas correct :

La tuberculose se présente de la même manière que la pneumonie, avec des signes systémiques de maladie et de la fièvre. La tuberculose produit souvent une hémoptysie et doit être suspectée lorsqu'un patient se plaint d'expectorations sanguines. Les enfants de cet âge sont plus susceptibles d'avoir une tuberculose extrapulmonaire (méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire) plutôt qu'une tuberculose pulmonaire. Les radiographies pulmonaires montrent soit un complexe de Ghon (lésions apicales), soit des calcifications, soit des infiltrats lobaires.

Points résumés :

Les enfants peuvent souvent aspirer de petits jouets ou des morceaux de jouets. La triade des résultats de l'examen physique comprend la toux, la respiration sifflante et la diminution des bruits respiratoires du côté affecté. Une radiographie du thorax avec une augmentation des champs pulmonaires peut être observée

En raison du **piégeage de l'air**, qui peut provoquer un déplacement médiastinal vers le côté opposé.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

L'aspiration de corps étrangers est un problème sous-diagnostiqué qui survient principalement chez **les tout-petits** et les enfants **d'âge préscolaire**. Les enfants qui ont une toux persistante ou **soudaine** sans autres signes d'infection (fièvre, rhinorrhée, malaise, manque d'appétit, vomissements) doivent être soupçonnés d'avoir un corps étranger dans leurs voies respiratoires. Certains corps étrangers sont **visibles aux rayons X** (pièces de monnaie, piles boutons, jouets métalliques) mais la plupart **ne le sont pas** (noix, bonbons durs, comprimés de médicaments). Leur présence doit être indirectement déduite de champs pulmonaires asymétriques - soit **une hyperinflation** et **un piégeage de l'air** du côté affecté en raison d'un effet de soupape à bille du corps étranger, soit **un effondrement du côté affecté** en raison d'une obstruction complète des voies respiratoires. L'irritation de la muqueuse bronchique par le corps étranger peut entraîner une érosion et un expectorant sanguinaire, comme dans ce cas.

Références

Tseng HJ, Hanna TN, Shuaib W, Aized M, Khosa F, Linna KF. Imagerie des corps étrangers : ingérés, aspirés et insérés. Ann Emerg Med. 27 août 2015. Objectif numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #3

Une fillette de 12 heures se présente à l'urgence pour ce que sa mère décrit comme un « virage bleu ». Elle est née à la maison sans soins prénataux. Sa mère affirme qu'elle n'a remarqué aucune anomalie à la naissance. Les signes vitaux et l'accès intraveineux sont en cours d'obtention. L'examen physique révèle le résultat ci-dessous. Laquelle des causes suivantes est une cause possible des symptômes de ce patient ?



- A) Vasospasme artériel
- B) Lésion cardiaque congénitale
- C) Hyperviscosité
- D) Hypothermie

Explication

Cyanosis		
	Central	Peripheral
Etiology	Reduced arterial oxygen saturation	Normal arterial oxygen saturation
Location	Affects entire body	Affects distal extremities
Comment	Most commonly due to hypoventilation, ventilation-perfusion mismatch, congenital cardiac disease, severe anemia	Cool or clammy extremities Mucous membranes remain pink

Copyright © by ACEP Global

Note: Newborns typically have central cyanosis for 5-10 minutes after birth. Persistent central cyanosis is abnormal.

Réponse Description

Les choix A, C et D ne sont pas corrects :

Le vasospasme artériel, l'hyperviscosité et l'hypothermie sont toutes des causes possibles de cyanose périphérique, mais ne provoqueraient pas de cyanose centrale isolée.

Points résumés :

Lorsque la concentration artérielle systémique d'hémoglobine désoxygénée (Hb) dans le sang dépasse 50 g/L (saturation en oxygène ≤ 85 %), le patient développe une cyanose centrale. En revanche, les patients atteints de cyanose périphérique ont une saturation artérielle systémique normale en oxygène, mais une extraction accrue de l'oxygène provoque une grande différence systémique d'oxygène artéioveineux et une augmentation du sang désoxygéné du côté veineux des lits capillaires. Les causes comprennent l'instabilité vasomotrice,

vasoconstriction causée par l'exposition au froid, l'obstruction veineuse, l'élévation de la pression veineuse ; Polycythémie; et un faible débit cardiaque.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

La cyanose est une **décoloration bleuâtre de la peau** qui est souvent causée par l' **hypoxie**. Ce n'est pas un indicateur sensible de l'hypoxie, car elle n'est apparente qu'avec une hypoxie plus sévère (souvent à une saturation < 85 %). La cyanose est souvent classée comme **centrale et périphérique**.

La cyanose centrale est toujours considérée comme **pathologique** et est causée par **une oxygénation altérée**. Les causes possibles peuvent inclure une hypoventilation due à une dépression respiratoire, un décalage ventilation-perfusion dans le poumon, une maladie pulmonaire bronchospastique (comme dans l'asthme), l'hypothermie, l'insuffisance cardiaque et des anomalies cardiaques structurelles. En revanche, **la cyanose périphérique** se produit dans les **extrémités** telles que le bout des **doigts** et peut ou non être pathologique ou mettre la vie en danger. Les causes possibles de cyanose périphérique comprennent l'insuffisance cardiaque, le choc cardiogénique, la vasoconstriction locale (comme le froid ou le phénomène de Raynaud) et l'obstruction artérielle. À l'occasion, une cyanose différentielle peut être observée, c'est-à-dire une différence de cyanose entre les membres supérieurs et inférieurs et peut indiquer des anomalies cardiaques congénitales (telles qu'une coarctation aortique).

Références

Objectif numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Das S, Maiti A. Acrocyanose : un aperçu. Indien J Dermatol. 2013; 58(6):417-420. Hiremath G, Kamat D. Considérations diagnostiques chez les nourrissons et les enfants atteints de cyanose. Pediatr Ann. 2015 ; 44(2):76-80. Pile A. Approche de la cyanose chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 21 mai 2021.

Question #4

Une mère amène sa petite fille de 3 jours aux urgences. Elle dit que le bébé est né à la maison et que depuis la naissance, il bave beaucoup. Lorsque la mère la nourrit, elle semble s'étouffer avec sa nourriture, crache et son abdomen semble plus grand que ce que la mère pense être normal. La mère nie les vomissements violents. Il n'y a pas d'anomalies évidentes à l'examen physique. Quels sont vos soupçons ?

- A) Achalasie
- B) Atrésie de l'œsophage
- C) Reflux gastro-œsophagien
- D) Sténose du pylore

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'achalasie se manifeste généralement chez les patients âgés. Il se présente sous la forme de vomissements d'aliments non digérés peu de temps après avoir mangé, mais les patients ne s'étouffent pas ou n'ont pas de bave excessive. Souvent, ces patients présentent d'autres anomalies congénitales. Le diagnostic peut être posé à l'aide d'une étude de déglutition de contraste.

Le choix C n'est pas correct :

Le reflux gastro-œsophagien comprend des symptômes tels que des régurgitations fréquentes, une congestion nasale, une irritabilité intermittente en position couchée sur le dos et parfois une faible prise de poids. En fonction de la gravité du reflux, les épisodes sont diagnostiqués de différentes manières, de la simple surveillance, de l'utilisation de sondes de pH ou de l'impédance intraluminale multicanaux à la série GI. D'autres anomalies congénitales peuvent également devoir être évaluées.

Le choix D n'est pas correct :

La sténose pylorique survient chez les patients âgés de 1 à 2 mois. Il est décrit comme un vomissement de nourriture par projectile. Lors de l'examen physique, une masse peut parfois être ressentie dans l'estomac. Ces patients ne bavent pas et ne s'étouffent pas en mangeant. Le diagnostic peut être posé par échographie.

Points résumés :

Les symptômes deviendront évidents très peu de temps après la naissance, de quelques heures à quelques jours. La bave immédiatement après la naissance, l'incapacité à avaler la nourriture et un abdomen distendu devraient vous inquiéter pour une atrésie de l'œsophage avec une possible fistule trachéo-œsophagienne.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

L'atrésie de l'œsophage se produit lorsque le développement de la **séparation entre les structures de l'intestin antérieur** ne se produit pas correctement. L'atrésie classique de l'œsophage se produit lorsque l' **œsophage** se

termine par une poche aveugle. Il peut également y avoir des

développement entraînant des **fistules trachéo-œsophagiennes**. Tous se manifestent par une **bave excessive peu de temps après la naissance**, un **étouffement et des vomissements en essayant de manger**. Lorsqu'une tentative de mise en place d'une sonde nasogastrique (NG) est tentée, le **tube s'enroule** dans la poche aveugle. Une radiographie thoracique avec la sonde NG enroulée en place montrera la poche. Le traitement consiste en une consultation chez un **néonatalogiste** et une **correction chirurgicale**.

Références

Objectifs numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Collin MF. Réanimation des nouveau-nés. Dans : Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, et al., eds. Tintinalli's Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide. 9e éd. McGraw-Hill ; 2020 : (Ch) 108. Oermann CM. Anomalies congénitales des voies respiratoires intrathoraciques et fistule trachéo-œsophagienne. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 20 juin 2022.

Question #5

Un garçon blanc de 9 mois est amené à la clinique par sa mère qui s'inquiète que l'enfant paraisse plus pâle que d'habitude et qu'il soit devenu irritable. En examinant ses dossiers, vous constatez qu'il a été mis au monde par voie vaginale spontanée à 37 semaines de gestation et qu'il a eu un céphalohématome. Il avait des visites régulières à l'âge de 2 et 4 mois lorsqu'il a été vacciné. Il se nourrit bien au biberon avec du lait de vache et a un bon appétit et peut tolérer plus de 28 oz (850 ml) par jour. Il semble pâle. Sa température est de 37,0 °C (98,6 °F), sa tension artérielle est de 90/65 mm Hg, son pouls est de 84/min et sa respiration est de 18/min.

Sa taille et son poids se situent dans le 95e centile. Son laboratoire est le suivant :

Hémoglobine	93 g/L (125 à 170)
Volume corpusculaire moyen	68 fL (80 à 100)
Nombre total de globules rouges	$3,1 \times 10^{12}/L$ (3,50 à 5,00)

Laquelle des propositions suivantes est la meilleure explication de son état ?

- A) Anémie physiologique
- B) Anémie ferriprive
- C) Bêta-thalassémie
- D) Alpha-thalassémie
- E) Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase

Explication

Iron deficiency anemia in young children	
Prevention	<ul style="list-style-type: none">Iron supplementation for breastfed infants, beginning at four months of age for term infants, and two weeks of age for premature infants. The iron supplements should be continued until the infant is taking sufficient quantities of iron-rich complementary foods, such as infant cereal.Introducing iron-rich complementary foods (e.g., iron fortified cereals) at four to six months of age.Avoiding unmodified (nonformula) cow's milk until age 12 monthsAfter 12 months of age, milk intake should be limited to no more than 20 oz (600 mL) daily.

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'anémie physiologique survient généralement 2 à 3 mois après la naissance, car les réserves de fer sont épuisées. Le taux d'hémoglobine varie en 100 g/L. Cette baisse est due à une réduction spectaculaire de la formation d'érythropoïétine à la naissance, car l'exposition à l'oxygène des tissus augmente et le nourrisson ne souffre plus d'hypoxie de l'utérus. Cependant, ce patient est âgé de 9 mois.

Les choix C et D ne sont pas corrects :

Pour le patient atteint d'alpha et de bêta-thalassémie, son indice de Mentzer (MCV/RBC) est inférieur à 13. Cependant, l'indice de Mentzer (MCV/RBC) de ce patient >13 suggère une carence en fer et peut aider à le différencier de la thalassémie ; l'indice de Mentzer est de $65/3,1 = 20,9$.

Le choix E n'est pas correct :

Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase est un trouble lié à l'X qui peut être asymptomatique jusqu'à ce que l'exposition à des médicaments ou à des substances oxydantes provoque une anémie hémolytique aiguë. L'anémie hémolytique aiguë est généralement caractérisée par un VGM normal. De plus, les antécédents de ce patient suggèrent un processus chronique et graduel plutôt qu'un événement aigu.

Points résumés :

La cause alimentaire la plus fréquente de carence en fer chez les nourrissons **est le lait de vache entier au cours de la première année de vie**. Cela se produit généralement à l'**âge de 6 mois** parce que les réserves de fer d'un nourrisson né à terme s'**épuisent** à l'âge de 6 mois. Les mesures visant à prévenir la carence en fer et l'IDA comprennent :

- Supplémentation en fer pour les nourrissons allaités, à partir de l'âge de quatre mois pour les **nourrissons nés à terme et de deux semaines** pour les **nourrissons prématurés**. Les suppléments de fer doivent être poursuivis jusqu'à ce que le nourrisson prenne des quantités suffisantes d'aliments complémentaires riches en fer, tels que des céréales pour nourrissons
- Introduire des **aliments complémentaires riches en fer** (p. ex., céréales enrichies de fer) à l'**âge de quatre à six mois**
- **Éviter le lait de vache non modifié (non maternisé)** jusqu'à l'âge de 12 mois
- **Après l'âge de 12 mois**, la consommation de lait doit être limitée à **un maximum de 20 oz** (600 ml) par jour

Plus de détails

La bonne réponse est B :

La **carence en fer** est la carence **nutritionnelle la plus courante chez les enfants** et doit être suspectée chez tout enfant buvant **>20 oz** (600 ml) de **lait de vache** par jour. **De la fatigue et de la pâleur** peuvent survenir, mais les patients sont souvent **asymptomatiques** et détectés sur un écran universel **vers l'âge de 1 an**. Étant donné la prévalence élevée de l'anémie ferriprive (IDA) chez les nourrissons et les tout-petits, un diagnostic présomptif de carence en fer est posé lorsque l'hémoglobine **<110 g/L**. Le niveau de plomb doit également être mesuré, mais des études supplémentaires ne sont généralement pas nécessaires lors du bilan initial. Un essai empirique de **sulfate ferreux oral** (3-6 mg / kg / jour) pendant **1 mois** est considéré comme le traitement le plus rentable, et les doses doivent être administrées avec **du jus entre les repas** car la **vitamine C** facilite l'absorption du fer. Il faut également conseiller aux patients de **limiter leur consommation de lait** à **<20 oz** par jour et d'augmenter leur consommation d'**aliments riches en fer** (p. ex., viandes, céréales enrichies). Si, après 1 mois, l'hémoglobine **augmente de ≥10 g/L**, continuez pendant **2 à 3 mois** de plus pour remplir les réserves de fer. Sinon, évaluez le patient pour d'autres causes.

Références

Powers JM, Buchanan GR. Potentiel d'amélioration du dépistage, du diagnostic et du traitement de la carence en fer et de l'anémie ferriprive chez les jeunes enfants. J Pediatr 2017 ; 188:8. Objectifs numéro 42-1 (Anémie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #6

Un garçon de 3 ans est amené par son père au service des urgences avec de la fièvre, des maux de tête et des douleurs au cou qui se sont développés au cours des dernières heures. Le père affirme qu'il n'est pas le père biologique et que lui et sa femme ont adopté le garçon à l'âge de 18 mois après que sa mère biologique l'ait abandonné. L'examen physique révèle un mâle léthargique avec une température de 39,7 °C (103,5 °F).

Il y a une photophobie, et une conjonctive légèrement injectée est appréciée. Les pupilles sont égales et réactives et l'examen du fond d'œil n'a rien de particulier. Le patient présente une raideur de la nuque avec un signe de Kernig positif. Une formule sanguine complète révèle une numération leucocytaire de 24 000/mm³ avec 64 neutrophiles segmentés et 25 bandes. Une ponction lombaire est effectuée qui révèle une pression élevée dans le LCR, une diminution du glucose et une augmentation des protéines. Une coloration de Gram montre des bâtonnets pléomorphes à Gram négatif. Il n'y a pas de croissance sur la gélose sanguine. La croissance sur gélose au chocolat révèle des colonies blanches. Lequel des éléments suivants est l'agent pathogène le plus probable ?

- A) *Hemophilus ducreyi*
- B) *Hemophilus influenzae* de type b
- C) *Neisseria meningitidis*
- D) *Listeria monocytogenes*
- E) *Streptococcus pneumoniae*

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Hemophilus ducreyi est l'agent causal du chancre mou (chancre mou).

Le choix C n'est pas correct :

Neisseria meningitidis est un diplocoque à Gram négatif qui peut également se développer sur l'agar-chocolat, mais qui pousse mieux sur des supports Thayer-Martin modifiés. La méningite à méningocoques se manifeste classiquement par une éruption pétéchiale.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

Streptococcus pneumoniae et Listeria monocytogenes sont tous deux des organismes responsables de la méningite. Les deux, cependant, sont à Gram positif. Listeria monocytogenes est principalement considérée comme une cause de méningite néonatale.

Points résumés :

Tout au long de l'ère moderne de la bactériologie, **Haemophilus influenzae de type b** (Hib) a été identifié comme **l'une des 3** causes les plus courantes de méningite bactérienne chez les adolescents. Les 2 autres sont Neisseria meningitidis et Streptococcus pneumoniae. L'examen physique, en particulier le signe de Kernig, est utile dans le diagnostic de la méningite. Les données de laboratoire et du LCR soutiennent une étiologie bactérienne, et la coloration de Gram avec croissance sur **gélose au chocolat** confirme le diagnostic d'**Haemophilus influenzae** comme agent causal.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Haemophilus influenzae est maintenant une cause rare de **méningite** chez les enfants depuis la mise au point du vaccin contre **Haemophilus influenzae de type b** (Hib). Le cas révèle des antécédents vaccinaux douteux, ce qui rend ce patient vulnérable à **H. influenzae de type b**. **Le signe de Kernig** est provoqué en plaçant le patient en position couchée, en fléchissant la jambe au niveau de la hanche à 90 degrés, puis en

redresser le genou pour provoquer une douleur dans le dos ou l'arrière de la cuisse comme **signe prédictif de méningite**. Les données de laboratoire et du LCR soutiennent une étiologie bactérienne, et la coloration de Gram avec croissance sur gélose au chocolat confirme le diagnostic d'***Haemophilus influenzae*** comme agent causal.

Références

Kunze W, Muller L, Kilian M, Schuhmann MU, Baumann L, Handrick W. Méningite post-traumatique récurrente due à *Haemophilus influenzae* non typable : rapport de cas et revue de la littérature. Infection. 36(1) :74-7. Objectif numéro 107-3 (Fièvre chez le nouveau-né, fièvre chez l'enfant) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #7

Une mère amène sa fille de 3 jours au service des urgences pour un drainage oculaire. La mère a accouché à domicile et n'a pas reçu de soins prénataux. On note que l'enfant a un écoulement épais et abondant des deux yeux. Quel est l'agent pathogène le plus probable ?

- A) Adénovirus
- B) Chlamydia trachomatis
- C) Neisseria gonorrhoeae
- D) Staphylococcus aureus

Explication

Neonatal Conjunctivitis		
Organism	Neisseria gonorrhoeae	Chlamydia trachomatis
Onset	0-5 days	5 days-5 weeks
Inflammation of eyelids	Extensive	Less
Corneal involvement	Yes	Rare
Complication	Corneal rupture	Pneumonia

Copyright © by ACCI Qbook

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'adénovirus est la cause virale la plus fréquente de conjonctivite et se caractérise par un drainage aqueux, des démangeaisons et des rougeurs, ainsi qu'une lymphadénopathie préauriculaire.

Le choix B n'est pas correct :

La conjonctivite de Chlamydia trachomatis survient plus tard (du 5e au 14e jour de la vie) que celle de N. gonorrhoeae. Elle est souvent unilatérale et se caractérise par une hyperémie et un œdème avec un écoulement aqueux et purulent.

Le choix D n'est pas correct :

La conjonctivite à *S. aureus* se caractérise par un début aigu, un écoulement mucopurulent et des ulcères blancs « marginaux » au niveau du limbe.

Points résumés :

Dans la conjonctivite à *Neisseria gonorrhoeae*, les nouveau-nés âgés de moins de 5 jours sont généralement caractérisés par une conjonctivite purulente avec exsudat abondant et gonflement des paupières. Le diagnostic est confirmé par la culture de l'exsudat. S'il n'est pas traité, il y aura une ulcération ou une perforation de la cornée. Admettez le patient et administrez-lui des antibiotiques topiques et intraveineux.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

L'enfant est probablement atteint **de *Neisseria gonorrhée*, d'une conjonctivite**. Les caractéristiques de la conjonctivite à *N. gonorrhée* comprennent un **écoulement abondant et purulent bilatéral**, un **chémose sévère et un œdème des paupières**, avec un **début de 2 à 4 jours de vie**. Il s'agit d'une maladie potentiellement mortelle et, par conséquent, l'enfant doit **subir un bilan septique complet** pour exclure une **infection gonorrhique disséminée**. Il s'agit d'une infection très agressive qui peut **perforer la cornée** en quelques jours si elle n'est pas traitée. L'enfant doit être traité avec **des antibiotiques par voie intraveineuse**.

Références

Objectif numéro 30 (rougeur de l'œil) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Guluma K, Lee JE : Ophtalmologie, dans Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al (eds) : Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice, ed 9. Philadelphie, Elsevier 2018, (Ch) 61 :p 790-819. Speer M. Infection gonococcique chez le nouveau-né. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 26 mars 2021.

Question #8

Une femelle nouveau-née de 1 semaine se présente au service des urgences avec des vomissements. Ses parents affirment qu'elle pleure constamment depuis quatre heures et qu'elle a eu plusieurs épisodes de vomissements bilieux. Elle a eu un accouchement sans complication et mange et selle de manière appropriée. Ses signes vitaux indiquent une température de 37,6 °C, un pouls de 178/min, une tension artérielle de 72/54 mm Hg et une saturation en oxygène de 98 % à l'air ambiant. L'examen physique révèle un abdomen distendu, d'une sensibilité diffuse avec une protection. La radiographie KUB n'a rien de remarquable. Laquelle des étapes suivantes est la meilleure prochaine étape en imagerie ?

- A) Lavement baryté
- B) Sigmoïdoscopie
- C) Série GI supérieur
- D) Échographie abdominale

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le lavement baryté peut aider au diagnostic du volvulus de l'intestin moyen en montrant un cæcum déplacé si une malrotation en est la cause. Cependant, il existe d'autres causes de volvulus de l'intestin moyen que ce test peut manquer. Il peut également être utilisé pour diagnostiquer la maladie de Hirschsprung, qui est moins probable chez cette patiente, comme en témoigne ses selles normales.

Le choix B n'est pas correct :

La sigmoïdoscopie est l'intervention de choix pour les adultes atteints de volvulus sigmoïde. Il s'agit d'une procédure invasive qui ne doit pas être pratiquée sur un patient dont l'abdomen chirurgical est d'étiologie inconnue.

Le choix D n'est pas correct :

L'échographie abdominale peut être utilisée pour diagnostiquer le volvulus de l'intestin moyen, mais ce n'est pas l'étalon-or.

Points résumés :

Un patient atteint de malrotation intestinale sera un enfant de la première année de vie qui développe une apparition soudaine de vomissements bilieux, la majorité se produisant au cours de la première semaine. Un examen physique montrera une instabilité hémodynamique et une distension abdominale. Une radiographie abdominale révélera un signe à double bulle. La série GI supérieure montrera un signe de tire-bouchon. Le diagnostic est posé par la série digestive supérieure et confirmé par l'observation de l'échec de la jonction duodénale-jéjunale à traverser la ligne médiane. Le traitement commence par la réanimation liquidienne, les antibiotiques à large spectre et la décompression de l'estomac par sonde nasogastrique, qui sont toutes des priorités de prise en charge critiques de la malrotation avec volvulus de l'intestin moyen. Le traitement définitif, cependant, est la réparation chirurgicale (procédure Ladd).

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Le volvulus de l'intestin moyen est le résultat d'une torsion de l'intestin à un degré tel qu'une obstruction intestinale se

produit ou **qu'une perfusion est**

Compromis. Cela se produit le plus souvent à la suite d'une malrotation congénitale dans laquelle l'**intestin ne tourne pas dans le sens inverse des aiguilles d'une montre** pendant le développement embryonnaire. En conséquence, le caecum est situé quelque part près de l'épigastre au lieu du quadrant inférieur droit. D'autres causes de malrotation comprennent l'atrésie intestinale, le gastroschisis, l'omphalocèle, la hernie diaphragmatique et le diverticule de Meckel. Alors que la plupart des patients atteints de malrotation développent **un volvulus de l'intestin moyen au cours des premières semaines** de vie, les patients peuvent rester asymptomatiques toute leur vie ou ne pas développer de symptômes jusqu'à l'âge adulte.

Le volvulus de l'intestin moyen peut présenter des symptômes de douleurs abdominales, de distension abdominale, de vomissements bilieux et de selles sanguinolentes (indiquant un intestin ischémique). Une **radiographie abdominale simple** peut révéler le signe de la « **double bulle** » indiquant une **obstruction intestinale** qui peut également être observée dans l'atrésie duodénale et le pancréas annulaire. Une **série gastro-intestinale supérieure** reste l'étalon-or pour le diagnostic du volvulus de l'intestin moyen. Cependant, des recherches récentes suggèrent que l'échographie pourrait avoir une sensibilité et une spécificité plus élevées dans la population pédiatrique.

Le volvulus de l'intestin moyen est une urgence chirurgicale, et une consultation chirurgicale précoce doit être obtenue lorsqu'il y a une suspicion clinique élevée. Le traitement définitif est chirurgical, connu sous le nom de **procédure Ladd**, où les bandes rétropéritonéales attachant l'intestin sont coupées et l'intestin est réaligné. Un deuxième examen est effectué 24 heures plus tard pour évaluer la viabilité de l'intestin. Les patients atteints de **septicémie due à l'ischémie intestinale** nécessitent une **réanimation liquidienne aggressive et une couverture antibiotique à large spectre**.

Références

Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Shalaby MS, Kuti K, Walker G. Malrotation intestinale et volvulus chez les nourrissons et les enfants. BMJ 2013 ; 347 :f6949. Brandt M. Malrotation intestinale chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 07 mars 2022.

Question #9

Un nourrisson mâle à terme est cyanosé peu de temps après la naissance et nécessite une intubation endotrachéale. À l'examen physique, sa tension artérielle est de 68/34 Hg (égale aux quatre extrémités), son pouls est de 180/min et sa respiration est de 32/min. Son précordium est dynamique, a un souffle systolique de grade III et un seul S2. La radiographie thoracique montre une taille cardiaque normale et une augmentation des marques vasculaires pulmonaires. Un gaz du sang artériel sur une FiO2 de 100% montre :

pH	7.34
Pa CO2	47 mm Hg
Pa O2	46 mm Hg

Lequel des diagnostics suivants est le plus cohérent avec ces résultats ?

- A) Communication interauriculaire
- B) Syndrome d'hypoplasie du cœur gauche
- C) Persistance du canal artériel
- D) Tétralogie de Fallot
- E) Retour veineux pulmonaire anormal total

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La communication interauriculaire (CIA) est un trou dans le septum entre les oreillettes droite et gauche. Il en résulte un shunt de gauche à droite et provoque une surcharge du volume ventriculaire droit et une augmentation du flux sanguin pulmonaire. Environ 3 % à 5 % des enfants atteints de cardiopathie congénitale ont un TSA, ce qui en fait la troisième malformation cardiaque congénitale la plus courante.

Le choix B n'est pas correct :

Le syndrome d'hypoplasie du cœur gauche se caractérise par un sous-développement du ventricule gauche et de l'aorte ascendante. En règle générale, il y a une obstruction au niveau de la valve mitrale, ce qui fait que tout le sang veineux pulmonaire passe par un TSA ou une persistance du canal artériel (PCA) dans l'oreillette droite. Le flux sanguin systémique total est canalisé à travers le canal artériel à partir de l'artère pulmonaire. Lorsque le canal se ferme, ces nourrissons présentent un choc car le flux sanguin systémique est considérablement réduit.

Le choix C n'est pas correct :

La persistance du canal artériel (PCA) provoque des symptômes de congestion pulmonaire, de dyspnée, d'élargissement de la pression du pouls et de pulsation artérielle bondissante, car le flux sanguin aortique est dévié de gauche à droite.

Le choix D n'est pas correct :

La tétralogie de Fallot se compose de quatre anomalies cardiaques cardinales :

1. sténose pulmonaire (PS)
2. une communication interventriculaire importante (CIV)
3. hypertrophie ventriculaire droite
4. aorte remplaçant le VSD.

Le PS provoque un souffle systolique sévère facilement audible au-dessus du bord sternal supérieur gauche. Il y a un shunt important de droite à gauche car le grand VSD permet un flux sans restriction du ventricule droit au ventricule gauche, provoquant une cyanose.

Points résumés :

Le retour veineux pulmonaire anormal total est une cardiopathie congénitale dans laquelle, au lieu de s'écouler dans le pavillon gauche, le **la veine pulmonaire** s'écoule dans l'un des endroits suivants :

- Supracardiaque (**le plus courant, veine cave supérieure**),
- Sinus coronaire cardiaque ou oreillette droite),
- Sous-diaphragmatique (veine cave inférieure, veine porte, canal veineux ou veine hépatique) ou site mixte.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Le retour veineux pulmonaire anormal total est caractérisé par le fait que les veines pulmonaires forment une confluence derrière l'oreillette gauche et **se drainent dans l'oreillette droite**. Le mélange complet a lieu dans l'oreillette droite, avec un **shunt de droite à gauche** à travers le foramen ovale jusqu'au côté gauche du cœur. Souvent, aucun souffle n'est entendu à l'examen cardiaque, bien qu'un court souffle systolique soit parfois entendu. L'**ECG** révèle souvent une **hypertrophie auriculaire droite** et une **hypertrophie ventriculaire droite**. Le roentgénogramme thoracique montre souvent une taille cardiaque normale avec un **œdème pulmonaire**. S'il y a obstruction du retour veineux pulmonaire, comme c'est presque toujours le cas avec les veines drainant en dessous du diaphragme, la **cyanose** peut être très proéminente. Le traitement définitif est **l'anastomose chirurgicale** de la veine pulmonaire de l'oreillette gauche.

Références

Seale A, Carvalho J, Gardiner H, Mellander M, Roughton M, Simpson J, et al. Connexion veineuse pulmonaire anormale totale : impact du diagnostic prénatal. Échographie Obstet Gynecol. 20 janvier 2012. Objectifs numéro 64 (Détresse néonatale) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #10

Une fillette de 4 mois est amenée à l'urgence par sa mère en raison de préoccupations concernant une faible prise de poids. Le nourrisson est nourri à des biberons de 3 oz toutes les 2-3 heures, après quoi il a parfois de petites régurgitations. À l'âge de 2 mois, son poids se situait au 10e percentile pour l'âge et le sexe. À l'âge de 3 mois, le poids se situait au 5e centile, de sorte que son médecin traitant a augmenté le contenu calorique de sa formule. Aujourd'hui, le poids du nourrisson se situe au 3e percentile pour l'âge et le sexe. Les signes vitaux sont normaux et le reste de son examen physique est normal. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de ce nourrisson ?

- A) Admettre le nourrisson à l'hôpital pour un examen et une observation plus approfondis.
- B) Consultez l'équipe des services de protection de l'enfance
- C) Obtenir des antécédents supplémentaires de la mère
- D) Obtenir une formule sanguine complète, un panel métabolique et une analyse d'urine
- E) Prescrire des médicaments anti-reflux et sortir avec un suivi étroit

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Cet enfant a une faible prise de poids et peut nécessiter une hospitalisation pour des mesures strictes de l'apport et de la sortie et des contrôles quotidiens du poids. Cependant, la décision d'admettre ou non ne peut être prise sans antécédents supplémentaires.

Le choix B n'est pas correct :

Il convient de consulter les services de protection de l'enfance lorsqu'on soupçonne qu'il y a violence ou négligence. La maltraitance et la négligence peuvent causer la FTT, mais il faut obtenir d'autres antécédents avant d'évaluer la maltraitance.

Le choix D n'est pas correct :

Les études de laboratoire peuvent être utiles pour exclure les causes organiques de la FTT et sont choisies en fonction des antécédents et de l'examen du patient. Bien qu'une numération globulaire complète, un panel métabolique et une analyse d'urine soient des laboratoires de dépistage raisonnables chez ce patient, des antécédents supplémentaires doivent d'abord être obtenus.

Le choix E n'est pas correct :

Le reflux gastro-intestinal est extrêmement fréquent chez les nourrissons et peut être physiologique ou pathologique. Le reflux physiologique se caractérise par des régurgitations de petit volume qui n'affectent pas la prise de poids ou la croissance.

Rarement, le reflux peut être pathologique et se présenter avec des régurgitations de grand volume qui entraînent une faible prise de poids, voire une perte de poids. Les antécédents de ce nourrisson ne sont pas préoccupants pour le reflux pathologique.

De plus, le nourrisson répond aux critères de la FTT et a échoué à la prise en charge ambulatoire, de sorte que le congé à domicile ne serait pas approprié.

Points résumés :

Le retard de croissance (FTT) est un terme utilisé pour décrire les nourrissons ou les enfants qui ne prennent pas de poids ou dont le poids est inférieur aux attentes. Le bilan d'un nourrisson atteint de FTT consiste en une anamnèse psychosociale et

médicale approfondie et un examen physique. Certains patients peuvent nécessiter une hospitalisation pour observation et un examen plus approfondi, ce qui peut inclure des études de dépistage en laboratoire

et l'imagerie diagnostique.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Le retard de croissance (FTT) fait référence aux nourrissons et aux enfants dont la **prise de poids est insuffisante** pour leur **âge** et leur **tableau clinique global**. Bien que la longueur et la circonférence de la tête puissent être affectées, la **définition de la FTT** est basée uniquement sur **le poids**. La FTT résulte d'une nutrition utilisable inadéquate, qui peut être due à diverses conditions psychosociales ou médicales. Ce nourrisson répond aux critères de la FTT car son poids a diminué de **≥2 lignes centiles principales sur la courbe de croissance**.

La **première étape** du bilan est une **anamnèse médicale et psychosociale approfondie**. Bien que la mère signale que sa fille se nourrit bien, le volume précis et la densité calorique des repas doivent être revus. Il peut être utile d'observer le parent mélanger la poudre de formule pour assurer une préparation correcte. Certains parents peuvent accidentellement ou intentionnellement utiliser moins de poudre (pour économiser du lait maternisé et de l'argent), diminuant ainsi le contenu calorique du lait maternisé. Il faut également obtenir des antécédents sociaux complets pour évaluer l'environnement familial et déterminer s'il y a suffisamment de ressources pour prendre soin et nourrir le nourrisson.

Références

Objectif numéro 31 (Échec de réussite) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Cole SZ, Lanham JS. L'échec de la croissance : une mise à jour. Am Fam Médecin. 1er avril 2011 ; 83(7):829-34.

Question #11

Un nourrisson de 2 mois, auparavant en bonne santé, est amené par ses parents après une crise généralisée. La tomodensitométrie de la tête révèle un hématome sous-dural. Quelle autre constatation est susceptible d'être présente ?

- A) INR élevé
- B) Thrombocytopénie
- C) Hémorragies rétinienennes
- D) Perturbation de l'artère méningée moyenne

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Un INR élevé, observé chez un patient anticoagulant avec de la warfarine, est fréquemment observé chez les personnes âgées atteintes d'un hématome sous-dural, mais pas chez les nourrissons. Les patients présentant un hématome sous-dural et un INR élevé doivent subir une anticoagulation inversée avec de la vitamine K et du plasma frais congelé ou un concentré de complexe de prothrombine.

Le choix B n'est pas correct :

La thrombocytopenie peut entraîner des complications hémorragiques, y compris une hémorragie intracrânienne, mais cela serait rare chez un nourrisson auparavant en bonne santé.

Le choix D n'est pas correct :

Une perturbation de l'artère méningée moyenne est observée dans un hématome épidual. Un traumatisme direct avec fracture du crâne peut perturber l'artère méningée moyenne et entraîner une accumulation de sang en expansion entre le crâne et la dure-mère, conduisant à un hématome biconvexe classique sur la tomodensitométrie. Les patients présentent généralement une perte de conscience initiale suivie d'un « intervalle lucide » et d'un déclin neurologique rapide ultérieur à mesure que l'effet de masse et la hernie se développent. Le traitement est l'évacuation chirurgicale de l'hématome.

Points résumés :

Les traumatismes non accidentels ou la maltraitance des enfants surviennent le plus souvent chez les nourrissons de <1 an. La prématurité, les coliques, le stress socio-économique et les problèmes de santé antérieurs sont des facteurs de risque connus de maltraitance. La présentation tardive aux soins médicaux est typique, et les signaux d'alarme de la maltraitance comprennent de vagues antécédents de blessure et un mécanisme supposé incompatible avec le développement de l'enfant. D'autres signaux d'alarme d'abus comprennent les fractures des côtes postérieures, les fractures des coins métaphysaires et les fractures à divers stades de guérison.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Les hématomes sous-duraux de la petite enfance sont fortement associés à un **traumatisme non accidentel** (TAN). Un **traumatisme crânien direct ou une accélération rapide et des forces de rotation** lorsqu'un nourrisson est **secoué avec force** entraînent **une déchirure des veines de pontage** et des saignements dans l'espace sous-dural. **Les hémorragies rétinienennes** sont également fortement corrélées aux traumatismes non accidentels. Tous les nourrissons chez qui un traumatisme non accidentel est suspecté doivent **subir une évaluation ophtalmologique** pour les hémorragies rétinienennes, ce qui confirme le diagnostic de traumatisme non accidentel.

Références

Objectif numéro 114-1 (Maltraitance d'enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Boos S. Maltraitance physique des enfants : évaluation diagnostique et prise en charge. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 11 novembre 2021.

Question #12

Un garçon de 6 ans développe des maux de tête, de la toux, des myalgies et de la fièvre. C'est un enfant en bonne santé avec tous les vaccins à jour. On lui donne un décongestionnant et une aspirine pour ses symptômes avec un certain soulagement. Cependant, 4 jours plus tard, il commence à vomir et devient léthargique, il est amené au service des urgences et admis à l'hôpital. À l'examen physique, on constate qu'il est semi-comateux, devenant combatif lors de la stimulation. Lequel des niveaux suivants doit être mesuré pour aider au diagnostic de ce patient ?

- A) Taux d'azote uréique dans le sang sérique
- B) Taux de calcium sérique
- C) Taux sérique d'opiacés
- D) Taux d'ammoniac sérique
- E) Taux de sodium sérique

Explication

Reye's syndrome

The syndrome, while rare can be devastating and can progress through **5-stages**, resulting in **severe morbidity and mortality**

Symptoms by stage as are follows:

- Stage I: severe vomiting, **lethargy, confusion**, nightmares, and high fever
- Stage II: stupor resulting from cerebral inflammation, hyperventilation, **fatty liver change**, hyper-reflexiveness
- Stage III: worsening cerebral involvement leading to **cerebral edema**, early coma, and possibility of respiratory arrest
- Stage IV: coma progression, pupillary dysfunction, progressive **hepatic steatosis** with accompanying hepatic dysfunction
- Stage V: **seizures**, multiple organ failure, flaccidity, **toxic serum ammonia levels**, coma progression, death

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Les vomissements sont caractéristiques. L'insuffisance rénale conduisant à l'urémie se caractérise par une augmentation du taux d'azote uréique. Cependant, la présentation serait plus chronique et la présentation du patient serait plus indicative d'une insuffisance rénale.

Le choix B n'est pas correct :

L'hypercalcémie peut entraîner des changements de l'état mental et la prise en charge comprendrait une hydratation intraveineuse et du furosémide. Encore une fois, la présentation serait plus aiguë et des antécédents de malignité, d'utilisation de thiazidiques, de syndrome alcalin du lait, ou autre, seraient déclenchés.

Le choix C n'est pas correct :

L'intoxication aux opiacés provoquerait des pupilles pointues, une respiration déprimée et une obnudation. La combativité ne doit pas se produire.

Le choix E n'est pas correct :

L'hyponatrémie ou l'hypernatrémie peut provoquer des changements de l'état mental. La présentation du patient rend cela moins probable. Des antécédents de cancer du poumon, d'utilisation de diurétiques, de polydipsie primitive ou de déshydratation rendraient ce diagnostic plus élevé sur le diagnostic différentiel.

Points résumés :

Principalement présent chez les enfants qui ont reçu **de l'aspirine pour la fièvre induite par le virus**, le **syndrome de Reye** peut entraîner une **insuffisance hépatique fulminante**. L'élévation des niveaux d'**ammoniac** et de transaminases, les vomissements et les changements de l'état mental sont les manifestations cliniques les plus courantes de ce syndrome.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

L'enfant présente des symptômes du **syndrome de Reye**, une encéphalopathie aiguë associée à des **taux élevés d'ammoniac**. Il survient le plus souvent chez les jeunes enfants après une maladie virale. L'administration d'**aspirine** augmente le risque de développer ce trouble. Sa principale cause de morbidité et de mortalité est l'**œdème cérébral** entraînant une augmentation de la **pression intracrânienne**. Il n'y a pas de **remède spécifique** et la prise en charge est **favorable**.

Références

Starko KM, Ray CG, Dominguez LB, Stromberg WL, Woodall DL. Syndrome de Reye et utilisation de salicylates. Pédiatrie Vol 66. N° 6. Décembre 1980. P. 859 À 864. Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude,

3ème édition.

Question #13

Une mère amène son fils de 8 ans chez un psychiatre pour une énurésie d'apparition récente. Un bilan antérieur visant à déterminer une cause médicale était négatif. Dans la conversation, il semble que l'énurésie ait commencé à la suite de disputes parentales et de séparation. Le garçon se mouille au moins deux fois par semaine et se sent contrarié, refusant d'aller dormir chez son ami. En examinant son dossier, sa courbe de croissance est appropriée à son âge, sa vaccination est à jour et il ne suit pas de régime spécial. Son examen physique n'a rien de remarquable. Lequel des traitements suivants est le plus couramment utilisé pour cette affection ?

- A) Thérapie comportementale
- B) Thérapie interpersonnelle
- C) Pharmacothérapie
- D) Psychodrame
- E) Psychothérapie

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

La thérapie interpersonnelle est une thérapie à court terme développée pour les formes non psychotiques et plus légères de dépression. Il aborde les relations et les rôles actuels, et est utilisé avec les adultes. Il n'est pas indiqué pour le traitement de l'enurésie.

Le choix C n'est pas correct :

La pharmacothérapie est rarement utilisée, compte tenu du succès des approches comportementales. La tolérance à l'imipramine, qui a été utilisée, peut se développer dans les 6 semaines. La desmopressine a connu un certain succès.

Le choix D n'est pas correct :

Le psychodrame est une méthode de thérapie de groupe dans laquelle les conflits et les relations interpersonnelles sont explorés au moyen de méthodes dramatiques spéciales. Il n'est pas indiqué chez les enfants atteints d'enurésie.

Le choix E n'est pas correct :

La psychothérapie n'est pas recommandée à moins qu'il n'y ait des preuves d'une autre psychopathologie. L'exploration des conflits dans l'enurésie a montré peu de succès.

Points résumés :

La thérapie comportementale est le traitement le plus fréquemment utilisé chez les enfants atteints d'enurésie.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

La thérapie comportementale est le traitement le plus fréquemment utilisé chez les enfants atteints d'enurésie. Les nuits sèches sont enregistrées sur un calendrier et

récompensé par une étoile en cadeau. De nos jours, le buzzer et l'appareil à tampons sont moins utilisés pour le conditionnement.

Références

Robson WL. Pratique clinique. Évaluation et prise en charge de l'énucléose. N Engl J Med. 2 avril 2009. 360(14):1429-36. Objectif numéro 47-3 (Incontinence, urine, pédiatrie / énucléose) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #14

Une fillette de 6 ans est amenée au bureau avec une éruption cutanée au visage et 2 jours de maux de tête, de nausées et de fièvre. Elle n'a pas d'autres problèmes médicaux et a reçu tous les vaccins habituels, à l'exception des vaccins contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle. La patiente s'est rendue à Hawaï la semaine dernière avec sa famille. Elle a une tante maternelle atteinte de lupus érythémateux disséminé. Sa température est

37,8 °C (100 °F). L'examen montre une éruption maculopapulaire érythémateuse malaire bilatérale avec pâleur circumbuccale (comme indiqué ci-dessous). Laquelle des propositions suivantes est la ligne de conduite la plus appropriée ?



- A) Précautions d'isolement par voie aérienne
- B) Anticorps anti-ADN double brin
- C) Application du gel d'aloe vera
- D) Anticorps spécifiques du parvovirus B19
- E) Réconfort et soins de soutien

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Des précautions d'isolement par voie aérienne sont recommandées pour les infections très contagieuses telles que la rougeole (fièvre, conjonctivite, coryza, toux ; Les spots de Koplik ; et éruption maculopapulaire et blanchissante s'étendant vers le bas). Cependant, les patients atteints d'érythème infectieux ne nécessitent pas d'isolement particulier. De plus, les patients immunocompétents ne sont pas susceptibles d'être contagieux après l'apparition d'une éruption cutanée associée à la vitamine B19.

Le choix B n'est pas correct :

L'anticorps anti-ADN double brin (ADNdb) est un test spécifique pour le LED. La manifestation cutanée la plus courante du LED est une éruption cutanée en forme de papillon dans la distribution molaire qui se produit après l'exposition au soleil. Cependant, le LED est plus fréquent chez les 20-50 ans. Le jeune âge de ce patient et l'absence d'autres symptômes courants du LED (par exemple, arthrite, ulcères buccaux, anémie) rendent l'érythème infectieux beaucoup plus probable chez ce patient

Le choix C n'est pas correct :

Le gel d'aloe vera est utilisé pour le traitement des coups de soleil légers à modérés. L'érythème dû à l'exposition au soleil affecte toutes les zones exposées au soleil et n'inclut pas la pâleur circumbuccale ou l'épargne du front, comme on le voit chez cet enfant.

Le choix D n'est pas correct :

La sérologie (IgM et IgG) ou les tests d'amplification en chaîne par polymérase virale peuvent confirmer le diagnostic de parvovirus chez les patients présentant des symptômes articulaires inexplicables, une anémie ou des complications de grossesse. Dans la plupart des cas, les tests de laboratoire ne sont pas nécessaires.

Points résumés :

L'érythème infectieux, ou cinquième maladie, commence généralement par une fièvre non spécifique, un coryza, des nausées et des maux de tête. suivie de l'apparition d'une éruption malaire érythémateuse bilatérale 2 à 5 jours après l'apparition des

premiers symptômes. Lorsqu'un enfant a une éruption cutanée typique de « joue giflée », le diagnostic peut être posé cliniquement sans tests de laboratoire, en procédant avec réassurance et soins de soutien.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

L'enfant a de la fièvre et une éruption malaire érythémateuse bilatérale avec une apparence de joue giflée, ce qui correspond le mieux à un érythème infectieux (cinquième maladie). L'érythème infectieux est fréquent chez les enfants et résulte d'une infection par le **parvovirus B19**. L'érythème infectieux commence généralement par une fièvre non spécifique, un coryza, des nausées et des maux de tête, suivis de l'apparition d'une éruption molaire érythémateuse bilatérale 2 à 5 jours après l'apparition des premiers symptômes. Lorsqu'un patient présente ces signes classiques, le diagnostic peut être posé cliniquement avec réassurance et soins de soutien. Le parvovirus peut également provoquer des arthralgies, des crises aplasiques transitoires, une aplasie chronique des globules rouges et un anasarque fœtal.

Références

Objectif numéro 96 [Éruption cutanée (macules)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Survey JT, Reamy BV, Hodge J. Présentations cliniques de l'infection par le parvovirus B19. Am Fam Médecin. 1er février 2007 ; 75(3):373-6.

Question #15

Un nourrisson né à terme est amené au bureau le 6e jour de sa vie parce que sa mère a remarqué qu'il avait l'air « jaune ». Selon la mère, sa grossesse et son accouchement se sont déroulés sans complications, et son bébé est sorti de l'hôpital avec un poids de naissance de 3250 grammes. Le nourrisson est allaité strictement pendant 10 minutes sur chaque sein toutes les 3 heures. À l'examen, on constate qu'elle a une jaunisse sur le tronc et le visage. Il n'y a pas d'ictère scléral. Elle est par ailleurs en bonne santé. Le résultat de laboratoire pour nourrissons est le suivant :

Groupe sanguin de la mère	O Positif
Groupe sanguin du nourrisson	O Positif
Bilirubine totale	256 µmol/L
Bilirubine directe	12 µmol/L

Le nourrisson a deux couches mouillées par jour et n'a pas été à la selle depuis 2 jours. Son poids actuel est de 2860 grammes. Laquelle des causes suivantes est la cause la plus probable de la jaunisse de ce nourrisson ?

- A) Hypothyroïdisme
- B) Jaunisse liée à l'allaitement
- C) Incompatibilité Rh
- D) Sténose hypertrophique pylorique infantile
- E) Déficit en Glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD)

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'hypothyroïdie est une cause de jaunisse prolongée chez les nourrissons. Cependant, le nourrisson présenterait d'autres signes d'hypothyroïdie (tels qu'une diminution du tonus musculaire, une macroglossie et une hypothermie) et n'aurait pas l'air en bonne santé.

Le choix C n'est pas correct :

L'incompatibilité Rh n'est pas indiquée dans ce cas, car la mère et l'enfant sont tous deux Rh positif.

Le choix D n'est pas correct :

L'hyperbilirubinémie est l'une des associations cliniques les plus fréquentes de sténose hypertrophique pylorique infantile (SPI). Les symptômes commencent généralement entre trois et cinq semaines et se manifestent très rarement après l'âge de 12 semaines. Les symptômes typiques sont des vomissements non bilieux qui sont violents et qui se produisent immédiatement après le repas, alors que le nourrisson reste affamé. La combinaison de l'IHPS et de l'hyperbilirubinémie est connue sous le nom de syndrome ictéropylorique. L'hyperbilirubinémie non conjuguée est plus fréquente que l'hyperbilirubinémie conjuguée ; Elle est souvent liée à une mauvaise hydratation et à un mauvais état nutritionnel du nourrisson et a tendance à disparaître peu de temps après une intervention chirurgicale.

Le choix E n'est pas correct :

Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) est un défaut enzymatique des globules rouges entraînant une hémolyse et une surproduction de bilirubine. Il est lié à l'X et se produit généralement chez les personnes d'origine méditerranéenne, africaine ou asiatique. La G6PD doit être suspectée chez les nourrissons de sexe masculin présentant un ictère d'apparition tardive.

Points résumés :

La jaunisse d'allaitement est une exagération de la jaunisse physiologique couramment observée chez les nourrissons exclusivement allaités qui ne reçoivent pas assez de lait maternel dans les premiers jours de la vie. L'augmentation de la circulation entérohépatique et la déshydratation relative provoquent un taux élevé de bilirubine non conjuguée dans les premiers

jours après la naissance. Le traitement doit se concentrer sur de meilleures techniques d'allaitement.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Les difficultés d'allaitement sont fréquentes au cours de la première semaine après la naissance. Ces difficultés peuvent entraîner un apport insuffisant en liquides et en calories, ce qui entraîne une hypovolémie et une perte de poids importante. Il en résulte une hyperbilirubinémie (jaunisse) et, dans certains cas, une hypernatrémie (sodium sérique >150 mmol/L). Un apport insuffisant entraîne également un ralentissement de l'élimination de la bilirubine et augmente [la circulation entérohépatique](#) de la bilirubine, ce qui contribue à un taux élevé de bilirubine sérique totale ou plasmatique (TSB). Chez un nourrisson normal né à terme, le pic de BST se produit généralement entre 72 et 120 heures. Les valeurs maximales moyennes du BST varient généralement de 120 à 239 µmol/L.

Pour les nouveau-nés nés à terme et en bonne santé, évaluer l'apport en fonction des signes cliniques d'hydratation et d'alimentation. Au cours de la première semaine de vie, les mères de nourrissons nés à terme doivent téter lorsque le nourrisson présente des signaux de faim, ce qui se produit généralement 8 à 12 fois en 24 heures. Au cours des trois à quatre premiers jours après la naissance, les **signes d'apport insuffisant** qui justifient une évaluation de l'alimentation sont les suivants :

- Moins d'un vide par jour d'âge (c.-à-d. l'objectif est d'au moins un vide le jour 1, d'au moins deux annulations le jour 2, etc.)
- Moins d'une selle par jour
- Cristaux d'urate dans la couche
- Muqueuses sèches
- Diminution de la turgescence cutanée
- Signes graves d'apport insuffisant :
 - Yeux enfoncés et/ou fontanelle antérieure enfoncée
 - Pouls radial filiforme ou extrémités froides

Pour déterminer si **l'apport calorique est adéquat**, les nourrissons doivent être **pesés** lors de **la visite au cabinet du nouveau-né** et lors de **chacune de leurs visites d'évaluation de santé de routine**. Les nourrissons à terme perdent généralement du poids au cours des trois à cinq premiers jours de leur vie, avec une **perte moyenne de 7%** de leur poids à la naissance. Ils reprennent généralement leur poids de naissance après une à deux semaines de vie. Une fois que les seins de la mère sont pleins de lait du troisième au cinquième jour, le nourrisson ne doit pas continuer à perdre du poids. Si un **nourrisson a perdu 10 % de son poids** (comme dans ce cas) ou **ne parvient pas à retrouver son poids de naissance de manière appropriée**, un apport insuffisant doit être envisagé et une évaluation plus approfondie doit être effectuée, y compris l'observation directe de l'allaitement.

Références

Objectifs numéro 49-1 (Jaunisse néonatale) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Wong RJ, Bhutani VK. Étiologie et pathogenèse de l'hyperbilirubinémie néonatale non conjuguée. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 27 septembre 2022.

Question #16

Un nourrisson de 4196 g (9 lb 4 oz) est livré par voie vaginale à une mère de 33 ans atteinte de diabète de type I. L'accouchement a été compliqué par une dystocie de l'épaule. Il est emmené à la pouponnière du nouveau-né où sa glycémie initiale est de 1,11 mmol/L. L'hématocrite initial est de 65 %. Laquelle des anomalies congénitales suivantes ce bébé est-il le plus susceptible d'avoir ?

- A) Aniridie
- B) Fente palatine
- C) Macroglossie
- D) Omphalocèle
- E) Petit côlon gauche

<https://afkebooks.com>



Explication

Infant of diabetic Mother
<u>Labour and Delivery</u> <ul style="list-style-type: none">• Preterm labour/prematurity: most commonly in patients with Hypertension/preeclampsia• Preterm labour is associated with poor glycemic control but the exact mechanism is unknown• Increased incidence of stillbirth• Birth trauma: due to macrosomia, can lead to difficult vaginal delivery and shoulder dystocia
<u>Neonatal</u> <ul style="list-style-type: none">• Hypoglycemia: due to pancreatic hyperplasia and excess insulin secretion in the neonate• Hyperbilirubinemia and jaundice: due to prematurity and polycythemia• Hypocalcemia: exact pathophysiology not understood, may be related to functional hypoparathyroidism• Polycythemia: hyperglycemia stimulates fetal erythropoietin production
Congenital Anomalies (occur in type 1 DM and type 2 DM, not in Gestational Diabetes Mellitus or GDM) <ul style="list-style-type: none">• 2-7x increased risk of cardiac (VSD), Neural tube defect, Genitourinary (cystic kidneys), Gastrointestinal (anal atresia), and Musculoskeletal (sacral agenesis) anomalies due to hyperglycemia <p>Note: Pregnancies complicated by GDM do not manifest an increased risk of congenital anomalies because GDM develops after the critical period of organogenesis (in first trimester or T1)</p>

Copyright © by AFKE Qbank

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'aniridie fait en fait référence à un iris hypoplasique, bien que le nom suggère une absence de l'iris. Elle se produit soit par hérédité dominante, soit de manière sporadique. Les patients atteints d'aniridie peuvent développer une tumeur de Wilms, un glaucome, un nystagmus et d'autres problèmes de vision.

Il existe également une anomalie du chromosome II qui provoque une aniridie, des anomalies génitales et un retard mental. Il n'y a pas d'association avec le diabète maternel.

Le choix B n'est pas correct :

La fente palatine est une anomalie faciale courante qui survient de manière sporadique ou en association avec un syndrome génétique (c'est-à-dire le syndrome de Pierre Robin) ou en raison de l'exposition maternelle à un médicament. Il est plus fréquent chez les Asiatiques et moins fréquent chez les Noirs. La fente palatine résulte de l'incapacité des étagères palatines à fusionner pendant le développement fœtal. Il n'est généralement pas associé aux nourrissons de mères diabétiques.

Le choix C n'est pas correct :

La macroglossie est une caractéristique clé du syndrome de Beckwith-Wiedemann, un syndrome de prolifération impliquant un patient de grande taille, une hypertrophie du foie et des reins, un hyperinsulinisme, une omphalocèle et une macroglossie. Les personnes atteintes du syndrome de Down ont également une macroglossie relative, due à une mandibule et un maxillaire petits.

Le choix D n'est pas correct :

L'omphalocèle est une hernie ou une protrusion du contenu abdominal à la base du cordon ombilical. Le contenu abdominal n'est recouvert que de péritoine et n'est recouvert que de peau. Il survient sporadiquement dans environ 1 naissance sur 5000, ou dans le cadre du syndrome de Beckwith Wiedemann. La correction chirurgicale immédiate avant que le contenu abdominal ne se dessèche est le traitement de choix.

Points résumés :

Plusieurs **anomalies congénitales** sont associées chez les nourrissons de mères diabétiques, notamment le **petit côlon gauche**, qui peut provoquer un **bouchage du méconium**, **des anomalies du SNC et cardiaques**, une **agénésie sacrée** et une thrombose veineuse rénale. Les nourrissons d'une mère diabétique souffrent d'**hypoglycémie** après la naissance en raison d'un taux élevé d'insuline qui circule dans leur sang.

Plus de détails

<https://afkebooks.com>



La bonne réponse est E.

Il s'agit d'une présentation classique d'un **nourrisson d'une mère diabétique**. L'exposition à l'**hyperglycémie** in utero provoque une hyperinsulinisme chez le fœtus, ce qui conduit à la **macrosomie**, car l'**insuline** est un facteur de **croissance**. L'hyperinsulinisme persiste **après la naissance**, provoquant une hypoglycémie **légère à sévère**. D'autres caractéristiques communes comprennent la **polyglobulie**, l'**hypocalcémie**, la **jaunisse** et le **syndrome de détresse respiratoire**. Plusieurs **anomalies congénitales** sont associées chez les nourrissons de mères diabétiques, notamment le **petit côlon gauche**, qui peut provoquer un **bouchage du méconium**, des **anomalies du SNC et cardiaques**, une **agénésie sacrée** et une thrombose veineuse rénale.

Références

Objectif numéro 37-2 (Diabète sucré) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Riskin A, Garcia-Prats, JA. Nourrissons de femmes atteintes de diabète. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 10 février 2020.

<https://afkebooks.com>



Question #17

Un garçon de 15 mois se présente à sa mère qui affirme que le patient a du sang dans ses selles depuis plusieurs jours. La mère n'a pas remarqué que l'enfant souffrait et nie tout antécédent médical important. Le patient a des antécédents de diverticule de Meckel. Les signes vitaux sont stables et le patient est un enfant d'apparence bien nourri, de la taille et du poids appropriés. Quelle est la complication la plus courante de cette maladie ?

- A) Diverticulite
- B) Incarcération
- C) Invagination
- D) Choc hémorragique

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La diverticulite peut survenir chez le diverticule de Meckel, mais elle est plus fréquente chez les personnes âgées.

Le choix D n'est pas correct :

Un choc hémorragique, bien que techniquement possible si l'érosion se produit dans une artère, est peu probable.

Le choix B n'est pas correct :

L'incarcération n'est pas associée au diverticule de Meckel.

Points résumés :

Le diverticule de Meckel est situé dans l'iléon distal et tapissé, le plus souvent d'une muqueuse gastrique ectopique, mais peut également être d'origine pancréatique ou duodénale. Les saignements se produisent lorsque l'acide produit s'ulcère à travers la muqueuse, provoquant des sanguins rouges dans les selles. Parfois, la douleur est associée à des saignements, ce qui indique une complication de la diverticulite de Meckel.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

L'occlusion intestinale par invagination ou volvulus est la complication la plus fréquente du diverticule de Meckel chez les patients pédiatriques. Le diverticule de Meckel suit classiquement la **règle des 2**, soit **2 : 1** homme à femme, **2 ans** (45%), **2%** de la population, **2** pieds de la valve iléo-caecale, **2** types de tissu ectopique peuvent être présents (pancréas et gastrique) et **2%** développent une complication. Si le diverticule de Meckel est fortement suspecté, un scanner de Meckel peut être effectué, ce qui nécessite l'**administration intraveineuse de technétium-99m pertechnétate** suivie d'une scintigraphie pour établir le diagnostic. L'**isotope** est absorbé par la **muqueuse gastrique**, ce qui le rend visible.

<https://afkebooks.com>



Références

Objectifs numéro 6-2 (Saignement gastro-intestinal inférieur) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Javid PJ, Pauli EM. Diverticule de Meckel. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 01 février 2022.

Question #18

Un garçon de 6 jours, âgé d'une bonne santé, est amené au service des urgences après plusieurs épisodes de vomissements non bilieux à la maison. Ses parents disent qu'il n'a pas toléré les tétées au cours de la dernière journée et qu'il semble fatigué et moins actif. Sa température est de 37,16 °C, sa tension artérielle est de 82/56 mm Hg, son pouls est de 168 ° min, sa fréquence respiratoire est de 64 ° C, sa saturation en oxygène est de 100 % à l'air ambiant et il semble léthargique. Son abdomen est légèrement distendu. Il grimace à la palpation abdominale et a des selles hémiques positives et un remplissage capillaire retardé. Une radiographie abdominale révèle de l'air intra-murulaire mais pas de l'air libre. Ses résultats de laboratoire sont en attente.

Laquelle des propositions suivantes est la prochaine étape de la gestion la plus appropriée ?

- A) Lavement par contraste d'air
- B) Consultation de gastro-entérologie
- C) Sonde nasogastrique, fluides intraveineux
- D) Série gastro-intestinale supérieure avec suivi de l'intestin grêle

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Les lavements par contraste aérien sont diagnostiques et thérapeutiques dans le cadre de l'invagination.

Le choix B n'est pas correct :

Une consultation en gastro-entérologie peut être utile pour confirmer davantage le diagnostic. Cependant, ce patient présente des signes cliniques suffisants pour diagnostiquer l'ECN. De plus, une consultation chirurgicale serait plus appropriée et pourrait offrir une intervention thérapeutique.

Le choix D n'est pas correct :

Une série gastro-intestinale supérieure avec suivi de l'intestin grêle peut être plus utile dans le cadre de vomissements bilieux et d'une malrotation.

Points résumés :

Une entérocolite nécrosante doit être suspectée chez un nouveau-né présentant une intolérance alimentaire, une distension abdominale et des selles sanguinolentes. Les facteurs de risque comprennent la prématurité, l'hypotension et les cardiopathies congénitales. La radiographie caractéristique est la pneumatose intestinale.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Il s'agit d'un nourrisson atteint d'**entérocolite nécrosante (ECN)**, caractérisée par **une nécrose ischémique de la muqueuse intestinale**. Il se présente dans un état de **déshydratation** et **un état mental dépressif** après **plusieurs épisodes de vomissements**. Ses résultats abdominaux, ses **selles hémiques positives** et sa **pneumatose intestinale** à la radiographie confirment le diagnostic. Autre point important, il est probablement en **état de choc** et a besoin d'une réanimation immédiate avec **des liquides intraveineux** en plus de la **décompression gastrique et du repos intestinal**.

<https://afkebooks.com>



D'autres considérations précoces incluent **des antibiotiques à large spectre** (y compris une couverture anaérobie) ainsi qu'une **consultation chirurgicale urgente** pour une éventuelle nécrose ou perforation intestinale. Notamment, seulement 25 à 50 % des patients présentant une perforation intestinale ont de l'air libre sur les radiographies abdominales.

Références

Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Maloney PJ. Troubles gastro-intestinaux. Dans : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier Saunders ; 2018 : (Ch) 171. Kim J. Entérocolite nécrosante néonatale : prise en charge. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 05 avril 2022.

Question #19

Une fillette afro-américaine de 2 mois est amenée chez le médecin pour une visite de routine chez l'enfant. Elle est exclusivement allaitée toutes les 3-4 heures pendant 15 minutes de chaque côté. Le patient grandit bien et se développe normalement. Elle ne prend aucun médicament et n'a pas d'allergies. Sa mère a une alimentation équilibrée et ne prend pas de médicaments. Laquelle des carences nutritionnelles suivantes cet enfant est-il le plus à risque de développer ?

- A) Vitamine d
- B) Calcium
- C) Folate
- D) Protéine
- E) Vitamine B12

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Bien que la teneur en calcium du lait maternel soit inférieure à celle des préparations pour nourrissons, les nourrissons allaités ne courent pas de risque accru de carence en calcium en raison de l'absorption accrue et de la biodisponibilité accrue du calcium dans le lait maternel. Au contraire, il a été démontré que les nourrissons nourris au sein ont une masse osseuse plus importante que les nourrissons nourris au lait maternisé.

Le choix C n'est pas correct :

Les nourrissons qui sont exclusivement allaités ne courent pas un risque accru de carence en folate par rapport aux nourrissons nourris au lait maternisé.

Le choix D n'est pas correct :

Le lait maternel contient environ 23 g/L de protéines au moment de la naissance. La teneur en protéines du lait maternel diminue progressivement au cours du mois suivant la naissance pour atteindre un niveau de 18 g/L mais répond toujours aux besoins alimentaires du nourrisson.

Le choix E n'est pas correct :

Les nourrissons allaités par des mères suivant un régime végétalien peuvent présenter un risque accru de carence en vitamine B12. La mère de ce nourrisson n'a aucune restriction alimentaire, il est donc peu probable que ce nourrisson soit à risque de cette carence.

Points résumés :

Le lait maternel est la meilleure forme d'alimentation infantile, bien qu'il soit relativement déficient en vitamine D. Les nourrissons exclusivement allaités devraient recevoir 400 unités internationales de vitamine D par jour. Une supplémentation en vitamine D doit également être administrée aux nourrissons qui consomment < 32 onces (1 litre) de préparation par jour.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

<https://afkebooks.com>



Le lait maternel est la forme idéale de nutrition pour les nourrissons et contient une variété de composés nécessaires à une croissance et à un développement appropriés. Le lait maternel est riche en protéines, en glucides, en matières grasses, en oligo-éléments, en immunoglobulines, en acides aminés et en enzymes. **Le lait maternel** contient également **des vitamines abondantes à l'exception des vitamines D et K**. La vitamine K est généralement complétée par une injection intramusculaire après la naissance pour prévenir les maladies hémorragiques chez le nouveau-né. L'exposition régulière au soleil est la principale source naturelle de vitamine D. Cependant, les nourrissons sont généralement protégés de la lumière directe du soleil en raison du risque de coup de soleil. De plus, les nourrissons à la peau foncée ont besoin d'une plus grande exposition au soleil pour produire suffisamment de vitamine D. La mélanine est un écran solaire naturel et empêche les rayons ultraviolets d'atteindre la peau pour la synthèse de la vitamine D.

Par conséquent, tous les **nourrissons exclusivement allaités** devraient recevoir **400 unités internationales de vitamine D par jour** pour prévenir le rachitisme. Une supplémentation en vitamine D doit également être administrée aux nourrissons partiellement allaités qui consomment < 32 onces (1 litre) de lait maternisé par jour.

Références

Objectif numéro 74-1 (Évaluation du nouveau-né) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Randev S, Kumar P, Guglani V. Supplémentation en vitamine D dans l'enfance - Un examen des lignes directrices. Indien J Pediatr. mars 2018 ; 85(3):194-201.

<https://afkebooks.com>



Question #20

Quelques heures après la naissance, un patient de sexe masculin se présente à l'unité de soins intensifs néonatals (USIN) avec des vomissements biliaires. Les traits du visage du garçon suggèrent le syndrome de Down. La mère note que sa grossesse a été compliquée par un polyhydramnios. À l'examen, l'abdomen de l'enfant est profondément distendu. Une radiographie des reins, des uretères et de la vessie (KUB) est réalisée, qui montre une « double bulle ». Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A) Maladie de Hirschsprung
- B) Malrotation
- C) Iléus méconial
- D) Atrésie duodénale
- E) Sténose du pylore

Explication

Down syndrome	
association abnormalities	
<ul style="list-style-type: none">• Distinctive facial features: upward lateral slanting of the eyes, depressed nasal bridge, low set malformed ears, retromicrognathia, brachycephaly, epicanthic folds, microcephaly• Gastrointestinal anomalies: duodenal atresia, Hirschsprung disease, tracheoesophageal fistula, imperforate anus• Genitourinary tract anomalies: renal anomalies, hypospadias, cryptorchidism• Increased risk for developing leukemia (ALL or acute lymphoblastic leukemia)• Congenital heart disease: VSD, tetralogy of Fallot, PDA	
Copyright © by McGraw-Hill	

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La maladie de Hirschsprung peut provoquer une obstruction abdominale avec un retard dans le passage des selles dans les premiers jours de la vie. Il s'agit d'une obstruction fonctionnelle causée par l'absence de cellules ganglionnaires dans le plexus de Meissner et d'Auerbach du côlon, provoquant un apéristaltisme dans le segment affecté du côlon. Les films radiographiques montreraient des selles dans tout l'abdomen, mais peu ou pas d'air dans le rectum, et un « mégacôlon » dilaté juste à proximité du segment affecté.

Le choix B n'est pas correct :

La malrotation est l'incapacité du tractus gastro-intestinal à tourner correctement pendant l'embryogenèse. Il peut se manifester par des vomissements, mais des films radiographiques simples ne seraient pas spécifiques. Un lavement baryté mettrait en évidence un cæcum anormalement placé. La malrotation peut entraîner une maladie de l'intestin moyen

<https://afkebooks.com>



volvulus, qui est une urgence chirurgicale puisque l'intestin moyen peut se tordre sur son approvisionnement en sang, entraînant une ischémie.

Le choix C n'est pas correct :

L'iléus méconial se produit lorsque le méconium est obstrué dans l'iléon terminal. C'est la présentation la plus fréquente de la mucoviscidose au cours de la période néonatale. Une obstruction légère peut être traitée par des lavements, mais une obstruction complète peut nécessiter une prise en charge chirurgicale.

Le choix E n'est pas correct :

La sténose pylorique survient rarement au cours de la période néonatale. Il se présente au cours du premier mois de vie par des vomissements progressifs sans distension abdominale. Il est causé par une hypertrophie du muscle pylorique à la jonction de l'estomac et du duodénum. Les radiographies peuvent montrer une grande bulle gastrique dilatée, mais il n'y aurait pas de « double bulle » puisque l'obstruction est proximale au duodénum.

Points résumés :

L'atrésie duodénale se produit lorsque la **lumière** du duodénum n'est **pas patente**, probablement en raison d'un **échec de la recanalisation** du duodénum au cours du **développement embryonnaire**. Les nouveau-nés présentent généralement des **vomissements bilieux** après le repas et peuvent avoir le signe classique à **double bulle à la radiographie**.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Le signe de la « **double bulle** » est pathognomonique pour **l'atrésie duodénale**, qui est une anomalie congénitale associée au **syndrome de Down**. **Deux grandes** collections de gaz, **l'une** dans l'estomac et **l'autre** dans le **duodénum proximal**, sont les seules lucences radiographiques visibles dans le tractus gastro-intestinal. La **caractéristique** de l'obstruction duodénale est un **vomissement bilieux** sans distension abdominale. Les enfants atteints du syndrome de Down peuvent également souffrir d'atrésie de l'œsophage, d'imforcation de l'anus, d'anomalies du coussin endocardique et d'hypotonie.

Références

Piper HG, Alesbury J, Waterford SD, Zurakowski D, Jaksic T. Atrésies intestinales : facteurs affectant les résultats cliniques. J Pediatr Surg. 2008 Jul; 43(7) :1244-8. Objectif numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e

<https://afkebooks.com>



édition.

Question #21

Une fillette de 8 mois est amenée à l'urgence en raison de 2 jours de vomissements et de diarrhée. Les vomissements ne sont ni sanglants ni bilieux. Les parents décrivent la diarrhée comme de « l'eau pure » et se produisant jusqu'à 12 fois par jour. L'enfant a reçu des antibiotiques pour une otite moyenne aiguë il y a environ 3 semaines. Elle n'a reçu aucun vaccin. En plus du lait maternel, ses parents lui ont donné des légumes et des fruits en purée, des céréales d'orge et de petites quantités de lait de chèvre non pasteurisé. Aujourd'hui, elle s'intéresse moins à l'alimentation. Sa température est de 38,9 °C (102 °F) et son pouls est de 162/min. L'examen physique montre un abdomen mou et non sensible avec des bruits intestinaux hyperactifs. Un frottis de sang occulte dans les selles est négatif. Lequel des éléments suivants aurait probablement évité l'état de ce patient ?

- A) Évitement des aliments contenant du lactose
- B) Éviter le lait non pasteurisé
- C) Vaccination contre le rotavirus
- D) Thérapie probiotique pendant le traitement à l'amoxicilline
- E) Élimination des céréales d'orge de l'alimentation

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'intolérance au lactose peut se manifester par une diarrhée aqueuse. Cependant, l'intolérance au lactose ne provoque pas de fièvre et de vomissements et affecte rarement les nourrissons.

Le choix B n'est pas correct :

Le lait non pasteurisé peut exposer le nourrisson à un risque d'entérite bactérienne, comme l'infection à *Escherichia coli* O157 :H7 ou à *Listeria monocytogenes*. Cependant, ces infections sont rares par rapport à l'entérite virale et sont plus susceptibles de se manifester par une dysenterie (par exemple, des muqueuses, des selles teintées de sang) et des douleurs abdominales.

Le choix D n'est pas correct :

La diarrhée associée aux antibiotiques est une cause fréquente de diarrhée aqueuse chez l'enfant. Cependant, cela se produit pendant ou immédiatement après l'antibiothérapie plutôt que des semaines plus tard, et les patients sont généralement afébriles. Les probiotiques peuvent atténuer ces symptômes, mais n'ont pas été bien étudiés.

Le choix E n'est pas correct :

L'orge et d'autres céréales peuvent provoquer une malabsorption et de la diarrhée chez les patients atteints de la maladie cœliaque. Cependant, la maladie cœliaque n'est généralement pas accompagnée de fièvre. L'infection est une cause beaucoup plus fréquente des symptômes de ce patient, d'autant plus que ce patient n'est pas vacciné.

Points résumés :

L'entérite virale, la cause la plus fréquente de diarrhée infectieuse dans la petite enfance, est généralement causée par une infection à rotavirus. La fièvre, les vomissements et la diarrhée aqueuse sont des symptômes typiques, et le traitement est de soutien. Le vaccin oral contre le rotavirus a permis de réduire considérablement l'incidence de l'infection à rotavirus au Canada.

<https://afkebooks.com>



Plus de détails

La bonne réponse est C.

La fièvre, la diarrhée aqueuse et les vomissements **de ce nourrisson** sont compatibles avec une **entérite virale**. L'infection à rotavirus est la cause la plus fréquente d'entérite virale dans le monde et l'une des principales causes de décès dans les pays en développement. Les patients infectés ont généralement de la fièvre et une diarrhée aqueuse. **La déshydratation** est une **complication fréquente** si l'apport oral est insuffisant pour faire face aux pertes de selles.

L'invagination est une complication rare mais grave de l'infection à rotavirus. **Le vaccin contre le rotavirus** a également été associé à une **légère augmentation du risque d'invagination**, mais le risque est beaucoup plus faible que chez les enfants non vaccinés infectés par le rotavirus de type sauvage. **Les vaccins oraux vivants atténués contre le rotavirus** sont **efficaces pour prévenir les décès et les hospitalisations** dus à l'infection à rotavirus, et la vaccination universelle est recommandée. Les contre-indications au vaccin comprennent des antécédents d'immunodéficience combinée sévère, d'invagination, d'anomalie intestinale non corrigée et d'anaphylaxie aux composants du vaccin.

Références

Objectif numéro 74-2 (Vaccination des nourrissons et des enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Parashar UD, Nelson EA, Kang G. Diagnostic, gestion et prévention de la gastro-entérite à rotavirus chez les enfants. BMJ. 30 décembre 2013 ; 347 :F7204.

<https://afkebooks.com>



Question #22

Les parents d'une fillette de 10 ans atteinte d'épilepsie tonico-clonique généralisée nouvellement diagnostiquée viennent voir le médecin pour demander des conseils sur ce qu'ils devraient faire lorsque l'enfant a une crise. Laquelle des suggestions suivantes est appropriée ?

- A)appelez une ambulance dès la saisie
- B)mettez quelque chose dans la bouche de l'enfant au début de la crise
- C)essayez de placer l'enfant sur le côté pendant la crise
- D)essayez de retenir l'enfant pendant la crise
- E)ne laissez pas l'enfant reprendre ses activités après sa guérison.

<https://afkebooks.com>



Explication

Counseling caretakers about Epilepsy**

During the seizure episode:

- **Don't Put any object into the patient's mouth**
- **Call an ambulance unless seizing lasts more than 10 minutes**
- Try to **restrain the patient** during a seizure episode
- Do Place the patient **on the side** Put a pillow or other soft object under the patient's head
- **Loosen tight clothing** around the neck
- **Remove sharp objects** from the surroundings After the seizures
- caretakers or parents should **remain with the patient** until he/she is **fully alert** and allow him/her to go **back to the usual activities**

Copyright © AFKE Books

**Freeman et al. (Seizures and Epilepsy: A Guide for Parents, 2nd edition; Johns Hopkins University Press, 1997)

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Il est approprié d'appeler une ambulance si l'épisode de crise dure plus de 5 à 10 minutes.

Le choix B n'est pas correct :

Mettre quelque chose dans la bouche du patient au début de la crise augmente le risque de suffocation.

Le choix D n'est pas correct :

Essayer de retenir l'enfant pendant la crise est une mesure inutile.

Le choix E n'est pas correct :

Ne pas permettre à l'enfant de reprendre ses activités est une erreur si le patient est devenu pleinement conscient et alerte après sa guérison.

Points résumés :

Conseiller les soignants sur ce qu'il faut faire en cas de crises est la tâche la plus importante du médecin. Lors de crises d'épilepsie **à la tête et à la colonne vertébrale** et **aux proéminences osseuses** (par exemple les coudes), **l'aspiration est évitable** si nous conseillons correctement le soignant. Placer l'enfant sur le côté pendant la crise réduira **le risque d'aspiration**.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

L'une des tâches les plus importantes que les **médecins** peuvent accomplir en ce qui concerne le **traitement de l'épilepsie est de conseiller les soignants** sur ce qu'il faut faire en cas de crises.

Références

- Wilden, JA ; Cohen-Gadol, AA (15 août 2012). « Évaluation des premières convulsions non fébriles ». Médecin de famille américain. 86 (4):334–
40. Objectif numéro 92 (Convulsions / Épilepsie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #23

Un garçon de 4 ans est amené au bureau pour un examen de routine de son enfant. Il n'a pas d'antécédents médicaux importants, n'a pas d'allergies, ne prend aucun médicament et est en bonne santé au cours de la dernière année. À l'examen physique, vous notez une pâleur, mais il n'a pas de lymphadénopathie ou d'hépatosplénomégalie significative. Vous le tracez sur la courbe de croissance et il est à 50% pour la taille et 40% pour le poids. Son hématocrite est de 26%. L'histoire la plus importante à obtenir à ce moment est :

- A) Antécédents de naissance
- B) Jalons du développement
- C) Antécédents alimentaires
- D) Antécédents familiaux de maladie
- E) Antécédents de traumatisme

<https://afkebooks.com>



Explication

<h2>Iron deficiency Anemia</h2>
Pediatric
<p><u>Symptoms:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• usually asymptomatic until marked anemia• pallor, fatigue, pica (eating non-food materials) <p><u>Physical findings:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Tachycardia, systolic murmur, angular cheilitis, koilonychias

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

De toute évidence, il est important d'avoir une anamnèse complète, y compris des antécédents de naissance.

Rien ne suggère que le garçon a déjà souffert d'anémie, et la réponse la plus correcte est diététique.

Le choix B n'est pas correct :

Une histoire du développement est également importante dans le cadre d'une histoire complète. Un retard peut suggérer des problèmes de plomb. S'il y a des antécédents de pica ou d'expositions environnementales, l'empoisonnement au plomb peut être plus évocateur. Il n'y a pas assez d'anamnèse dans ce cas pour suggérer que le plomb est une cause de l'anémie, mais l'empoisonnement au plomb doit toujours être gardé à l'esprit.

Le choix D n'est pas correct :

<https://afkebooks.com>



Il faut toujours obtenir des antécédents familiaux, mais le fait que ce garçon ait été en bonne santé antérieure indique qu'il s'agit d'une maladie héréditaire ou congénitale.

Le choix E n'est pas correct :

Sans ecchymose ou handicap physique, ce n'est pas l'histoire la plus importante à obtenir en premier.

Points résumés :

En cas d'anémie ferriprive dans les cas pédiatriques, les antécédents alimentaires sont très importants. C'est un diagnostic fréquent entre :

- 6 mois à 3 ans en raison de périodes de **croissance rapide et d'augmentation des besoins en fer**.
- 11-17 ans (adolescent) en raison d'une **mauvaise alimentation et de pertes menstruelles**.

Plus de détails

La bonne réponse est C :

La carence en fer est la carence nutritionnelle **la plus fréquente chez les** enfants. Si la carence en fer n'est pas reconnue, elle peut entraîner une **anémie ferriprive** (IDA). Les enfants atteints d'IDA ont de **moins bons résultats neurocognitifs** que ceux qui n'en ont pas. Une **anamnèse alimentaire ciblée** est le test de dépistage **le plus important** pour détecter une carence en fer et est plus spécifique qu'une concentration isolée d'hémoglobine. Le dépistage en laboratoire de l'IDA est la concentration d'hémoglobine.

dépistage en laboratoire de l'IDA effectué vers l'âge d'un an et dépistages répétés chez les enfants présentant des facteurs de risque. Le protocole de dépistage dépend des facteurs de risque de l'enfant :

- **Pour tous les enfants**, le test de carence en fer est pratiqué à **l'âge de 9 à 12 mois**.
- Pour les enfants **présentant des facteurs de risque** de carence en fer (p. ex., antécédents de prématurité ou facteurs de risque alimentaires tels qu'une consommation excessive de lait) – Testez à nouveau, p. ex., à l'âge de 15 à 18 mois ou lorsque le risque est identifié.
- Pour les enfants ayant **des besoins particuliers en matière de santé** (infection chronique, troubles inflammatoires, dysfonction gastro-intestinale chronique, antécédents de chirurgie intestinale ou régimes alimentaires restreints) – Répéter le dépistage en laboratoire à l'âge de 15 à 18 mois, puis à nouveau dans la petite enfance, par exemple, entre deux et cinq ans.

<https://afkebooks.com>



Le dépistage minimum en laboratoire de l'IDA est la mesure de l'hémoglobine. Les définitions courantes d'un faible taux d'hémoglobine sont **de <110 g/L** chez les enfants de 5 mois à < ans et de **<115 g/L** chez les enfants de 5 à <12 ans. Un essai empirique **sur le sulfate ferreux** est considéré comme le traitement le plus rentable, et les doses doivent être administrées avec du jus **entre les repas** car la **vitamine C** facilite l'absorption du fer. Il faut également conseiller aux patients de **limiter leur consommation de lait** à <20 oz (600 ml) par jour et d'augmenter leur consommation d'**aliments riches en fer** (p. ex., viandes, céréales enrichies).

Références

Hempel EV, Borne ER. L'évaluation fondée sur des preuves de l'anémie ferriprive. Med Clin North Am. 2016 sept. 100 (5) :1065-75. Objectifs numéro 42-1 (Anémie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #24

Un nouveau-né mâle développe une cyanose sévère qui commence quelques minutes après la naissance. Le sang prélevé une heure après la naissance montre une acidose métabolique avec acidose respiratoire. Le nourrisson a été mis au monde à terme par voie vaginale et pesait 4 kg. L'oxygène est administré par masque mais ne soulage pas la cyanose. Un examen plus approfondi révèle une tachypnée, des rétractions sous-costales, un premier bruit cardiaque normal, un deuxième bruit cardiaque unique et fort (S2) et aucun souffle. Une radiographie pulmonaire montre une base étroite aux gros vaisseaux et le cœur ressemble à un œuf sur son côté. L'ECG est normal. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Transposition des grandes artères
- B) Sténose de la valve aortique
- C) Anomalie complète du canal auriculo-ventriculaire
- D) Tétralogie de Fallot
- E) Syndrome du ventricule gauche sous-développé (hypoplasique)

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

La sténose de la valve aortique produit un fort souffle d'éjection avec un clic systolique proéminent mieux entendu au niveau du bord sternal supérieur droit.

Le choix C n'est pas correct :

Une anomalie complète du canal auriculo-ventriculaire peut également provoquer une cyanose à la naissance, mais montrera des changements marqués de l'ECG, y compris parfois des ondes Q absentes.

Le choix D n'est pas correct :

La tétralogie de Fallot peut se manifester à la naissance, avec des modifications de l'ECG montrant une hypertrophie ventriculaire droite et une déviation de l'axe droit. Les radiographies thoraciques montrent généralement un petit cœur avec une artère pulmonaire principale concave.

Le choix E n'est pas correct :

Le syndrome du ventricule gauche sous-développé provoque l'apparition soudaine d'une insuffisance cardiaque sévère avec perte du pouls périphérique à 2-3 jours de vie.

Points résumés :

La transposition des gros vaisseaux est une **cardiopathie cyanotique** congénitale courante qui se manifeste généralement par une cyanose dans les **premières heures** de la vie. Il est couramment observé chez les nourrissons de **mères diabétiques** et chez les hommes. Les signes typiques de l'examen physique comprennent **une cyanose** et un **seul** second bruit cardiaque fort, généralement sans souffle.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

<https://afkebooks.com>



Il s'agit de la **transposition des grandes artères**, dans laquelle l'**aorte provient du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche**. Environ 5 % des anomalies cardiaques congénitales ont une transposition des grandes artères. Les bébés atteints présentent dans les **minutes qui suivent la naissance une cyanose sévère et une acidose métabolique** secondaire à une incapacité à oxygénier les tissus. Le seul échange de sang entre les systèmes pulmonaire et circulatoire se produit généralement par le biais d'une **persistence du canal artériel**. Les changements aux **rayons X thoraciques** illustrés dans la question Stein sont **typiques** et sont dus à la superposition des gros vaisseaux (plutôt qu'à la position normale d'un côté à l'autre). La **réparation chirurgicale** est généralement effectuée dans les **7 à 10 jours** suivant la vie.

Références

Rao PS. Diagnostic et prise en charge de la cardiopathie congénitale cyanotique : partie I. Indien J Pediatr. 2009 janv. 76 (1) :57-70. Objectif numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #25

Un garçon de 14 mois est amené à la clinique par sa mère parce qu'il semble somnolent depuis 2 jours. L'enfant ne répond pas aux stimuli verbaux, mais lors de l'administration d'un frottement sternal, l'enfant fléchit ses bras et ses jambes. Sa tension artérielle est de 100/60 mm Hg, son pouls est de 60/min, sa fréquence respiratoire est de 8/min et sa température est de 35,6°C (96,0°F). À l'examen, l'enfant présente de multiples cicatrices circulaires sur les avant-bras et un certain nombre de contusions d'âges variables sur le bas des jambes. La mère rapporte qu'il s'est blessé aux jambes en se promenant dans la maison. Quel résultat supplémentaire de l'examen physique appuierait le diagnostic le plus probable ?

- A) Hémorragies rétiennes bilatérales
- B) Sclère bleue
- C) Taches de coton
- D) Test positif de recherche de sang occulte dans les selles
- E) Kératoses séborrhéiques sur la tête

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

La sclérotique bleue est une découverte chez les patients atteints d'ostéogenèse imparfaite. Cette maladie peut être confondue avec de la maltraitance d'enfant, car les os du patient sont fragiles et présentent des fractures récurrentes à un jeune âge. Ce patient ne présente aucun signe de fracture et présente un état mental altéré compatible avec un traumatisme crânien.

Le choix C n'est pas correct :

Les taches de coton sont trouvées chez les patients ayant des antécédents de longue date d'hypertension et ne sont généralement pas observées chez les tout-petits en bonne santé.

Le choix D n'est pas correct :

Un test positif de recherche de sang occulte dans les selles est un test non spécifique qui ne spécifie pas un diagnostic unique. Néanmoins, dans les cas de maltraitance d'enfants, un test positif de recherche de sang occulte dans les selles peut indiquer que l'enfant a subi un traumatisme intraabdominal et devrait entraîner une évaluation médicale plus approfondie.

Le choix E n'est pas correct :

La dermatite séborrhéique est une constatation fréquente chez les nourrissons et a tendance à s'auto-résorber au fil du temps. L'éruption cutanée se produit dans une distribution de « croûtes de lait » sur le cuir chevelu et se présente avec une dermatite squameuse et squameuse caractéristique avec un aspect « collé ». Il n'est pas révélateur de maltraitance ou de négligence envers les enfants.

Points résumés :

Un examen ophtalmologique serait la prochaine étape appropriée pour révéler des hémorragies rétiennes si l'on soupçonne un syndrome du bébé secoué.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Compte tenu de l'**incohérence** entre l'**explication de la mère sur les symptômes de l'enfant et les signes physiques observés**, le scénario est très inquiétant pour la **maltraitance des enfants**. Compte tenu de l'**état mental altéré de l'enfant**, il est probable que ce bambin ait également subi une **lésion cérébrale diffuse**. Un **examen ophtalmologique** révélerait probablement **des hémorragies rétiniennes** si cet enfant **subissait un traumatisme intracrânien**. D'autres indications de traumatisme crânien peuvent inclure une ou plusieurs hémorragies sous-durales et/ou des modifications de la substance blanche visibles dans les études d'imagerie cérébrale. Tous les cas présumés de maltraitance et de négligence envers les enfants doivent être **signalés aux autorités**.

Références

Objectif numéro 114-1 (Maltraitance d'enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Boos S. Maltraitance physique des enfants : évaluation diagnostique et prise en charge. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 11 novembre 2021.

Question #26

Un nouveau-né de 2 jours est amené au médecin en raison d'une éruption cutanée généralisée pendant 6 heures. Le nouveau-né est actif, alerte et se nourrit bien. Sa température est de 36,9 °C. L'examen montre une éruption cutanée composée de nombreuses papules blanches et jaune pâle avec une grande base d'erythème maculaire sur le tronc et les extrémités, comme indiqué ci-dessous. La tache de Wright sur les éraflures des lésions montre une éosinophilie. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?



- A) Érythème toxique du neonatorum
- B) Milia
- C) Mélanose pustuleuse néonatale transitoire

D) Nevus Simplex (Salmon Patch)

E) Acné néonatale

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Lésions de 1 à 2 mm, papules blanches fermes nacrées sur l'arête nasale, les joues et le palais ; et il se résout lui-même.

Le choix C n'est pas correct :

La mélanoïse pustuleuse néonatale transitoire (TNPM) est moins fréquente que l'ETN. Elle touche principalement les nourrissons noirs nés à terme, bien qu'elle soit décrite dans tous les groupes ethniques. Base maculaire brune avec pustules, plus fréquente chez les nourrissons afro-américains ; peut être présent à la naissance. Le diagnostic de TNPM est généralement basé sur l'aspect clinique. L'examen microscopique d'un frottis de Wright du contenu d'une pustule met en évidence de nombreux neutrophiles et, contrairement à l'ETN, de rares éosinophiles.

Cependant, ce n'est généralement pas nécessaire. La culture, si elle est effectuée, ne produit aucun organisme. Aucun traitement n'est nécessaire.

Le choix D n'est pas correct :

Vasculaire maculaire transitoire et malformation des paupières et/ou du cou (« Angel Kiss » ou « Stork ») ; La plupart des lésions disparaissent au bout de 1 an de vie.

Le choix E n'est pas correct :

Papules inflammatoires et pustules principalement sur le visage ; auto-résolu.

Points résumés :

L'érythème toxique est une affection bénigne spontanément résolutive. Il apparaît généralement dans les **48 premières heures** de la vie et se trouve le plus souvent sur **le visage ou le tronc**, et **Un écouvillon de lésions** révèle souvent **une éosinophilie**.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

L'érythème toxique néonatal (ETN) est une affection bénigne spontanément résolutive dont la cause reste inconnue. Il apparaît généralement dans les **48 premières heures** de la vie et se trouve le plus souvent sur **le visage ou le tronc**. Les muqueuses sont rarement touchées. Un **prélèvement de lésions** révèle souvent une **éosinophilie**. La biopsie cutanée est diagnostique mais n'est généralement pas nécessaire, **car le diagnostic** est basé sur les antécédents, le moment de l'apparition, l'absence de symptômes systémiques et l'absence d'antécédents maternels de maladie infectieuse. Les nourrissons connaissent une résolution complète sans traitement médical ni complications.

Références

Schwartz RA, Janniger CK. Erythema toxicum neonatorum. Derme. 58(2) :153-5. Objectifs numéro 97 (Éruption cutanée / Papules) des objectifs de l'examen de qualification, 3e édition.

Question #28

Un garçon de 6 mois est vu à la clinique pour une éruption cutanée. Le patient avait une fièvre de 39,4 °C (103 °F) qui a commencé il y a 4 jours et qui a disparu hier matin. Il n'a eu aucun autre symptôme. Il a maintenu son niveau d'activité et son appétit normaux. Ce matin, le patient s'est réveillé avec une éruption cutanée sur le tronc et les extrémités proximales, comme indiqué ci-dessous. Les signes vitaux et le reste de l'examen physique sont dans les limites normales. Lequel des éléments suivants est l'agent étiologique le plus probable chez ce patient ?



- A) Virus de la rougeole
- B) Parvovirus B19
- C) Streptococcus pyogenes
- D) Herpèsvirus humain 6
- E) Virus varicelle-zona

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La rougeole se manifeste par de la fièvre et une éruption cutanée rouge foncé chez les patients d'apparence malade. Les symptômes comprennent également la toux, le coryza et la conjonctivite. Cet enfant d'apparence bien présente une éruption cutanée isolée suite à la disparition d'une fièvre.

Le choix B n'est pas correct :

L'érythème infectieux, causé par le parvovirus B19, peut se manifester par une éruption cutanée à la suite d'une maladie fébrile. Cependant, l'éruption cutanée a un aspect de « [joue giflée](#) » sur le visage et un [motif réticulaire en dentelle sur le corps](#). De plus, des symptômes prodromiques non spécifiques (par exemple, maux de tête, nausées, diarrhée) se manifestent souvent avec la fièvre.

Le choix C n'est pas correct :

Streptococcus pyogenes, ou streptocoque du groupe A, provoque la scarlatine, qui se caractérise par de la fièvre, une pharyngite et une fine [éruption cutanée à texture de papier de verre](#). Ce patient n'a pas de pharyngite et a développé une éruption cutanée après la disparition de la fièvre.

Le choix E n'est pas correct :

La varicelle, ou varicelle, se manifeste par une [éruption vésiculaire prurigineuse](#) après l'apparition de la fièvre. L'éruption cutanée de ce patient est maculopapuleuse.

Points résumés :

La roséole infantile, causée par l'herpèsvirus humain 6, est une maladie bénigne et spontanément résolutive couramment observée dans la petite enfance. Les patients ont généralement une éruption maculopapulaire après la résolution d'une forte fièvre.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Les antécédents de fièvre suivie de l'apparition d'une éruption maculopapulaire **chez ce patient** sont évocateurs d'**une roséole infantile**, une maladie bénigne et spontanément résolutive. La roséole est le plus souvent causée par l'**herpèsvirus humain 6** et se présente chez les enfants **âgés de < 2 ans**.

Les enfants développent d'abord une forte fièvre pendant 3 à 5 jours. La fièvre n'est souvent pas accompagnée d'autres symptômes, mais peut se manifester par une irritabilité, de la fatigue ou une adénopathie cervicale. Suite à la disparition de la fièvre, une **éruption maculopapulaire** se développe, commençant classiquement **sur le tronc et se propageant au visage et aux extrémités**. La roséole est un diagnostic clinique et le traitement est de soutien (p. ex., liquides, antipyrétiques).

Références

Objectif numéro 20 [Éruption cutanée (macules)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Tremblay C, Brady MT. Roseola infantum (exanthem subitum). Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 11 janvier 2023.

Question #29

Un garçon de 12 ans est amené à la clinique en raison d'un comportement étrange depuis plusieurs mois. Selon ses parents, le garçon commence parfois à regarder et ne répond pas. Il aura aussi les larmes aux yeux. Ces épisodes durent plusieurs secondes et il revient ensuite à sa ligne de fond. Il n'a subi aucun traumatisme crânien et ne prend aucun médicament. Lequel des médicaments suivants est le traitement le plus approprié ?

- A) Diazépam
- B) Diphenhydramine
- C) Éthosuximide
- D) Phénobarbital
- E) Phénytoïne

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le diazépam est efficace dans le traitement de l'état de mal épileptique, mais n'est pas utilisé dans le traitement des crises de petit mal.

Le choix B n'est pas correct :

La diphénhydramine est un antihistaminique et ne serait pas bénéfique dans le traitement de cette maladie.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

Le phénobarbital et la phénytoïne sont des anticonvulsivants, mais ne sont pas utilisés pour les crises d'absence.

Points résumés :

L'absence (petit mal) est un type de crise généralisée généralement observée chez les enfants, sans réponse pendant 5 à 10 secondes avec **arrêt de l'activité, fixant, clignant des yeux ou roulant des yeux**, pas de confusion post-ictale ; **Pic de 3 Hz** et activité des ondes lentes sur l'électroencéphalogramme (EEG), et le médicament de choix est l'éthosuximide ou l'acide valproïque.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Le patient a des crises d'absence ou de petit mal. Et le médicament de choix est l'éthosuximide ou l'acide valproïque.

Références

Blumenfeld H. Des molécules aux réseaux : interactions corticales/sous-corticales dans la physiopathologie de l'épilepsie généralisée idiopathique. Epilepsia. 2003. 44 Suppl 2:7-15. Objectif numéro 92 (Convulsions / Épilepsie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #30

Un garçon de 2 ans est amené à l'urgence avec des douleurs abdominales. La douleur a commencé il y a plusieurs heures et va et vient. Pendant ces épisodes, il se tient le ventre, crie et relève les jambes. Il a eu des vomissements non sanguins et non bilieux 4 fois depuis le dernier épisode douloureux. Entre les épisodes, le garçon n'a aucune douleur et est enjoué. Sa dernière selle a eu lieu hier et était normale. Il y a une semaine, il a eu une gastro-entérite qui a disparu après 3 jours. Les antécédents médicaux ne sont pas remarquables. Il ne prend aucun médicament et n'a pas d'allergies médicamenteuses connues. Sa tension artérielle est de 110/76 mm Hg, son pouls de 126/min et sa fréquence respiratoire de 20/min. L'examen abdominal montre un abdomen mou qui est sensible avec une protection volontaire à la palpation dans les quadrants supérieur et inférieur droit. L'examen rectal ne montre pas de fissures ou d'hémorroïdes. Le test de recherche de sang occulte dans les selles est positif.

Le reste de son examen est normal. La radiographie de l'abdomen révèle des anses intestinales dilatées et l'absence d'air libre. Quelle est la meilleure prochaine étape dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Tomodensitométrie de l'abdomen
- B) Lavement à l'air
- C) Laparotomie exploratoire
- D) Observation
- E) Lavement baryté

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Bien que la tomodensitométrie puisse identifier l'invagination, elle ne peut pas réduire l'obstruction et exposerait le patient à des radiations importantes. La tomodensitométrie est indiquée si l'échographie n'est pas révélatrice ou s'il y a une crainte de points d'attaque pathologiques. Il n'est pas nécessaire pour la plupart des cas pédiatriques d'invagination.

Les choix C et D ne sont pas corrects :

L'observation n'est pas appropriée car une réduction retardée peut entraîner une nécrose intestinale qui peut nécessiter une résection chirurgicale. La laparotomie est indiquée si la réduction du lavement est inefficace, si un point de dérivation pathologique est identifié ou si le patient présente des signes de perforation (par exemple, air libre sur la radiographie, abdomen rigide).

Le choix E n'est pas correct :

Les lavements de contraste baryté étaient traditionnellement utilisés pour réduire l'invagination, mais ne sont plus préférés compte tenu du risque de péritonite en cas de perforation.

Points résumés :

Les patients présentant une présentation typique (par exemple, un nourrisson ou un tout-petit avec apparition soudaine de douleurs abdominales sévères intermittentes avec ou sans saignement rectal) ou des signes caractéristiques à la radiographie ou à l'échographie, peuvent procéder directement à une réduction non chirurgicale à l'aide d'un lavement hydrostatique (produit de contraste ou salin) ou pneumatique (air), effectué sous guidage échographique ou fluoroscopique.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Ce patient présente une **invagination**, c'est-à-dire le **télescopage d'un segment de l'intestin dans un autre**. L'invagination est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez les enfants âgés de 6 à 36 mois. La **jonction iléo-colique** est le plus souvent touchée, avec

Invagination de l'iléon dans le côlon. **La plupart des enfants (75 %) n'ont pas de point de plomb identifiable.** Les déclencheurs les plus souvent identifiés dans les 25 % restants sont les suivants :

1. **Tumeur** (par ex. lymphome de l'intestin grêle)
2. **Diverticule de Meckel**
3. **Polypes et hématomes** (par ex. purpura de Henoch-Schönlein)

Classiquement, le télescopage est intermittent, ce qui entraîne des **douleurs périodiques** associées à **l'étirement des jambes vers l'abdomen**. Des vomissements peuvent suivre des épisodes de douleurs abdominales. Elle est initialement **non bilieuse** mais devient bilieuse à mesure que l'obstruction persiste. **Une obstruction continue peut compromettre la circulation**, provoquant une ischémie muqueuse, des saignements occultes et, si elle n'est pas traitée, **des selles grossièrement sanglantes**. Parfois, l'invagination est **palpable sous la forme d'une masse tubulaire en forme de « saucisse » dans le quadrant supérieur droit**. Bien que la jonction iléo-caecale soit normalement située dans le quadrant inférieur droit, l'invagination de l'iléon dans le côlon provoque la présence de la masse obstructive dans le quadrant supérieur droit.

Lorsque la **présentation n'est pas claire**, **l'échographie** est la méthodologie d'imagerie de choix. Le constat caractéristique est un « **signe cible** ». L'échographie n'est pas nécessaire chez les patients présentant un **tableau clinique classique** (comme chez ce patient). Cependant, des radiographies de l'abdomen doivent être envisagées pour exclure une perforation intestinale (par exemple, de l'air libre sous le diaphragme).

Les radiographies peuvent révéler des signes d'occlusion de l'intestin grêle (anses intestinales dilatées avec des niveaux de liquide aérien).

Une fois **que la perforation intestinale a été exclue**, le traitement de l'invagination implique généralement une **réduction non chirurgicale** par **lavement aérien** (pneumatique) ou **hydrosoluble** (contraste hydrostatique). Ces procédures permettent une visualisation directe de l'intestin insensible et sont donc à la fois diagnostiques et thérapeutiques. **La réduction chirurgicale** est indiquée :

- En cas d'échec de la réduction non chirurgicale
- Si un point d'attaque pathologique est identifié
- Péritonite ou perforation intestinale

Références

Objectifs numéro 22-3 (Diarrhée pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Vo N, Sato TT. Invagination chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 19 juillet 2022.

Question #31

Une fillette de 5 ans a été diagnostiquée d'une otite moyenne du côté droit il y a environ 10 jours et s'est vu prescrire de l'amoxicilline orale, 40 mg / kg / jour pendant 7 jours. Depuis, elle a développé une diarrhée sanglante avec mucus, des crampes abdominales et de la fièvre. À l'examen physique, sa température est de 39,4 °C (102,9 °F), son pouls est de 88 °C et sa respiration est de 16 °C. Elle a des bruits intestinaux normaux et est diffuse à la palpation. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée pour le diagnostic ?

- A) Lavement baryté
- B) Évaluation des selles pour les toxines de Clostridium difficile
- C) Évaluation des selles pour le rotavirus
- D) Examen des selles pour les ovules et les parasites
- E) Selles Test d'hématorique occulte

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le lavement baryté peut imager des anomalies structurelles grossières du côlon, mais il est inutile pour diagnostiquer la colite pseudomembraneuse.

Le choix C n'est pas correct :

L'évaluation des selles pour le rotavirus n'est peut-être pas le meilleur test compte tenu des antécédents d'utilisation récente d'antibiotiques. Cependant, le rotavirus est un agent pathogène courant, surtout en hiver, provoquant une gastro-entérite virale. L'infection à rotavirus provoque généralement de la fièvre, des douleurs abdominales, et diarrhée aqueuse.

Le choix D n'est pas correct :

L'évaluation des selles pour les ovules et les parasites n'est pas un bon test initial pour un syndrome qui correspond le mieux à une infection à *C. difficile*.

Le choix E n'est pas correct :

Le test Hemoccult est inutile parce que la diarrhée est extrêmement sanguine.

Points résumés :

Les toxines produites par les souches de *Clostridium difficile* dans le tractus gastro-intestinal (GI) provoquent une colite pseudomembraneuse, généralement après **l'utilisation d'antibiotiques**. Les symptômes sont une diarrhée, parfois sanguine, évoluant rarement vers une septicémie et un abdomen aigu. Le diagnostic repose sur l'identification de **la toxine *C. difficile*** dans les selles. Le traitement est **le métronidazole oral ou la vancomycine**.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

La fille dans cette vignette clinique souffre de **colite pseudomembraneuse**, qui est causée par les toxines produites par

Clostridium difficile.

Le côlon est colonisé par **C. difficile** après l'éradication de la microflore normale par un **traitement antibiotique**. Pratiquement tous les antibiotiques, y compris le métronidazole et la vancomycine, ont été impliqués dans la pathogenèse de la colite pseudomembraneuse. Les patients présentent généralement une **diarrhée aqueuse ou sanguine**, un ténesme, **de la fièvre et des douleurs abdominales**. Les symptômes apparaissent généralement **7 à 10** jours après le début de l'antibiotique ; dans de rares cas, la colite pseudomembraneuse peut survenir jusqu'à 6 semaines après le début de l'antibiotique. **Le mégacôlon toxique**, résultant d'une perte progressive du tonus musculaire dans le côlon, est une **complication rare mais grave**

Cela pourrait évoluer vers **une perforation du côlon** et **une péritonite**. Lors de la sigmoïdoscopie ou de la coloscopie, la maladie se caractérise par une accumulation d'exsudat inflammatoire, la « **pseudomembrane** » sur la muqueuse. Le dosage des **toxines de C. difficile** (entérotoxine A ou cytotoxine B) est utile pour diagnostiquer la colite pseudomembraneuse. Une autre solution consiste à effectuer des cultures de selles pour *C. difficile*.

Des directives récentes indiquent que **la vancomycine** ou **la fidaxomicine orale** est le traitement de choix pour les manifestations **légères** et **graves**. Un autre fait intéressant à propos du mensonge sur *C. difficile* est que jusqu'à 70 % des nourrissons sont porteurs asymptomatiques de *C. difficile* ; Par conséquent, ces études ne sont pas utiles pour le diagnostic.

Références

Objectif numéro 22 (diarrhée) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, et al. Directives de pratique clinique pour l'infection à *Clostridium difficile* chez les adultes et les enfants : mise à jour 2017 par l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) et la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis, 2018 ; 66 :e1.

Question #32

Un garçon de 18 mois est amené à la clinique pour une visite de routine. Le patient rampe, mais il n'est pas encore en train de se promener, de marcher ou de monter les escaliers. Il s'est récemment levé tout seul, mais il doit pousser sur ses cuisses antérieures pour atteindre cette étape. Il y a des antécédents familiaux de décès prématuré d'un oncle maternel. Les signes vitaux sont normaux. et la taille, le poids et la circonférence de la tête suivent le 30e centile. L'examen physique est normal, à l'exception des retards moteurs décrits précédemment. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la gestion de ce brevet ?

- A) Électromyographie
- B) Biopsie musculaire
- C) Physiothérapie
- D) Aldolase sérique
- E) Créatine phosphokinase sérique

Explication

Réponse Description

Les choix A et B ne sont pas corrects :

L'électromyographie et la biopsie musculaire révèlent des changements myopathiques dans la DMD, mais ils sont à la fois plus invasifs et coûteux en tant que tests de dépistage que la CPK sérique.

Le choix C n'est pas correct :

Bien que la physiothérapie soit un élément important de la prise en charge des patients atteints de DMD, >75 % des enfants au Canada dont le développement est normal marchent avant l'âge de 14 mois. Les retards moteurs de cet enfant justifient une évaluation en laboratoire.

Le choix D n'est pas correct :

Le CPK sérique se trouve principalement dans les muscles squelettiques. En revanche, l'enzyme aldolase se trouve dans les muscles squelettiques, le foie et les globules rouges. L'aldolase est donc moins sensible et moins spécifique pour détecter les lésions musculaires que la CPK sérique.

Points résumés :

La dystrophie musculaire de Duchenne (DMD) est un trouble récessif lié à l'X qui se manifeste initialement par des retards d'étape motrice et un signe de Gower. La créatine phosphokinase sérique est le meilleur test de dépistage des lésions musculaires, et les niveaux sont significativement élevés dans la DMD.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

La dystrophie musculaire de Duchenne (DMD) est un **trouble récessif lié à l'X** qui se manifeste chez les premiers enfants par une progression sévère de la faiblesse musculaire. La première manifestation est généralement un retard dans les étapes motrices (par exemple, marcher, monter des escaliers).

La faiblesse de la jambe proximale peut entraîner une **démarche hyperlordotique et dandinante** ainsi qu'une difficulté à se lever du sol. L'enfant se lève généralement d'une position assise en grimpant sur ses jambes et son corps (**signe de Gower**). Au

fur et à mesure que la maladie progresse, les patients

développer une pseudohypertrophie du veau.

Le meilleur **test de dépistage** pour évaluer la faiblesse musculaire est la mesure de la **créatine phosphokinase sérique** (CPK). La CPK est significativement élevée dans la petite enfance, même avant la présentation clinique, et diminue avec l'avancement de la maladie à mesure que le muscle est remplacé par de la graisse et du tissu fibreux. **Les tests génétiques et la biopsie musculaire** sont indiqués chez les patients présentant une **CPK sérique élevée** et des signes cliniques suggérant une dystrophinopathie.

Les patients atteints de DMD sont généralement confinés dans un **fauteuil roulant à l'âge de 12 ans** et meurent à la fin de l'adolescence ou dans la vingtaine d'une insuffisance respiratoire ou d'une cardiomyopathie. Le traitement consiste en une thérapie physique et des glucocorticoïdes pour améliorer la force et la fonction pulmonaire.

Références

Objectifs numéro 117 (Faiblesse, Paralysie, Parésie et/ou Perte de Mouvement) des Objectifs de l'Examen d'Aptitude, 3e édition. Birnkrant DJ, Bushby K, Bann CM, et al. Diagnostic et prise en charge de la myopathie de Duchenne, partie 1 : diagnostic et prise en charge neuromusculaire, de réadaptation, endocrinienne, gastro-intestinale et nutritionnelle. Lancet Neurol 2018 ; 17:251.

Question #33

Un garçon de 8 semaines est amené chez le médecin pour une évaluation des selles. Le nourrisson est exclusivement allaité pendant 15 minutes de chaque côté toutes les 3 heures. Auparavant, il avait 5 ou 6 selles liquides, jaunes et granuleuses par jour pendant le premier mois de sa vie.

Au cours des dernières semaines, il a fait des selles une fois par semaine et les selles ont la même consistance et la même couleur. Le dernier tabouret du garçon remonte à 3 jours. Le poids et la longueur se situent au 40e centile. L'examen ne montre aucune anomalie. Laquelle des causes suivantes est la cause la plus probable de la diminution des selles chez ce patient ?

- A) Constipation**
- B) Obstruction du tractus gastro-intestinal**
- C) Hypothyroïdisme**
- D) Apport insuffisant en fibres**
- E) Tabouret normale du nourrisson**

Explication

Normal infant stooling patterns	
Age	Frequency
Newborn	Passes meconium within 48 hours of birth
First week	Approximately 1 stool per day of life
First year	Variable (depending on diet)
Age \geq 1 year	Approximately 1 stool a day

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La constipation est un diagnostic clinique basé sur la présence de douleurs à la défécation, de selles dures ressemblant à des boulettes, de selles de grand diamètre pouvant obstruer les toilettes, d'une incontinence fécale chez les enfants entraînés à la propreté ou d'une grande masse fécale dans le rectum. La constipation survient fréquemment lors de l'initiation à des aliments solides (vers l'âge de 6 mois), de la transition du lait maternel ou du lait maternisé au lait de vache entier (vers l'âge de 1 an) et de l'apprentissage de la propreté (vers l'âge de 2-3 ans).

Le choix B n'est pas correct :

L'obstruction du tractus gastro-intestinal (par exemple, une malrotation avec volvulus, une sténose pylorique) se manifeste généralement par des vomissements, une mauvaise alimentation et des douleurs abdominales.

Le choix C n'est pas correct :

La constipation isolée est rarement une manifestation de l'hypothyroïdie. Les nourrissons atteints d'hypothyroïdie présentent généralement de multiples symptômes tels qu'une mauvaise croissance, une peau sèche, un œdème facial et une lenteur.

Le choix D n'est pas correct :

Bien qu'un apport insuffisant en fibres puisse contribuer à la constipation, les nourrissons qui ne prennent que du lait maternisé ou du lait maternel n'ont pas besoin de fibres pour maintenir un rythme de selles régulier.

Points résumés :

Les habitudes de selles changent tout au long de la petite enfance et de l'enfance. Les nourrissons allaités peuvent aller à la selle aussi souvent qu'à chaque tétée ou aussi rarement qu'une fois par semaine. Le diagnostic de constipation est basé non seulement sur la fréquence, mais aussi sur la douleur lors de la défécation et des selles dures.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Après l'élimination du méconium dans les 2 premiers jours de vie, les **selles varient en fonction de l'apport nutritionnel**. Les nourrissons allaités peuvent aller à la selle aussi souvent qu'à chaque tétée ; cette fréquence peut continuer ou diminuer à une fois tous les 7 à 10 jours, comme on le voit chez ce patient. Les selles des nourrissons exclusivement allaités sont généralement molles et de couleur « jaune moutarde » ou « vert pois ».

Les nourrissons nourris au lait maternisé ont tendance à aller à la selle moins fréquemment ; ceux qui consomment du lait de vache ordinaire ont tendance à avoir des selles de la consistance du beurre d'arachide. Les formules à base de soja produisent souvent des selles plus dures. Quelle que soit la fréquence, les selles doivent être molles plutôt que fermes ou granuleuses et le nourrisson ne doit pas forcer. Ce nourrisson est **allaité et ses selles sont molles**, de sorte que **ses selles sont normales** pour son âge.

Références

Objectif numéro 74-1 (Évaluation du nouveau-né) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Courdent M, Beghin L, Akré J, Turck D. Selles peu fréquentes chez les nourrissons exclusivement allaités. Breastfeed Med. 2014 nov. ; 9(9):442-5.

Question #34

Un nourrisson de 3 mois est amené à l'urgence en raison de constipation et de difficultés à allaiter. L'examen physique montre une ptose, une absence d'expression faciale et une difficulté à suivre un objet du regard. L'enfant semble conscient, mais les pleurs sont faibles ; Sa salive s'accumule et elle développe une hypotonie générale. La mère de l'enfant révèle qu'elle nourrit parfois le bébé de vache sucré avec du miel. Laquelle des explications suivantes est la plus probable pour la présentation du patient ?

- A) Maladie de Hirschsprung
- B) Hypernatrémie
- C) Hyponatrémie
- D) Botulisme
- E) Hypothyroïdisme

Explication

Botulism

Botulism in **adults** is caused by **Botulinum toxin** ingestion

Botulism in **children** is caused by **C. Botulinum** ingestion itself, which produces toxin **in the intestine**

Mnemonic : **COAT**

- **C**hildren **O**rganism
- **A**dults **T**oxin

Copyright © 2014 by Cram

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La maladie de Hirschsprung est causée par l'absence de ganglions dans le côlon et peut conduire à un mégacôlon. Les symptômes comprennent une distension abdominale et la constipation. Les symptômes seraient plus lents à apparaître.

Le choix B n'est pas correct :

L'hypernatrémie serait associée à des signes de peau ratatinée, de tentes et de déshydratation générale. Une transpiration excessive ou une diarrhée seraient des causes courantes de la maladie.

Le choix C n'est pas correct :

L'hyponatrémie peut être due à un déficit en sodium ou à un excès de liquide. Il peut être associé à l'utilisation de diurétiques, carence en cortisol, syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ou consommation excessive d'eau libre. Les symptômes typiques comprennent la léthargie et la faiblesse et apparaissent généralement progressivement.

Le choix E n'est pas correct :

L'hypothyroïdie présenterait des symptômes similaires, mais son apparition serait progressive et serait souvent associée à un retard mental.

Points résumés :

Closteridium botulinum est l'agent étiologique le plus courant et se transmet généralement par l'**alimentation**, en particulier **le miel**, qui est le **vecteur** dans **1/3** des cas. Dans la forme infantile du botulisme, la toxine est une protéase qui bloque la libération d'acétylcholine. Les nourrissons présentent généralement entre **deux semaines** et **neuf mois** une **constipation et une mauvaise alimentation**. S'ensuit une hypotonie progressive, une faiblesse, une perte des réflexes tendineux profonds, des anomalies des nerfs crâniens (réflexe nauséens altéré) et des difficultés respiratoires.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

L'indice de l'état de ce patient est l'utilisation récente d'une **formule contenant du miel**. Les spores de **Clostridium botulinum**, que l'on trouve couramment dans le miel, germent dans le tractus gastro-intestinal du nourrisson et produisent la toxine caractéristique. Les nourrissons de moins de 1 an ne doivent pas être soumis à un régime à base de miel.

Références

Objectif numéro 117 (Faiblesse, paralysie, parésie et/ou perte de mouvement) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Pogram PS, Stone SM. Botulisme. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 19 janvier 2023.

Question #35

Une ponction lombaire est effectuée et l'analyse du liquide céphalo-rachidien révèle que le liquide est cher, avec un taux de glucose de 60 mg / dL, des protéines de 30 mg / dL et aucun GBC. En plus du ventilateur et du soutien nutritionnel, quel traitement précoce est le plus approprié ?

- A) Antibiotiques
- B) Immunoglobuline botulique d'origine humaine
- C) Médicaments antiviraux
- D) Corticostéroïdes
- E) Gammaglobuline

Explication

Botulism	
Types	Infant botulism: ingestion of <i>C. botulinum</i> spores (Honey, corn syrup) Foodborne botulism: ingestion of food contaminated with preformed botulinum toxin Wound botulism: <i>C. botulinum</i> infects wounds and elaborates toxin
Treatment	Foodborne: Respiratory Support + Botulinum antitoxin (BAT) Wound: Debridement +Antibiotic (Penicillin) + Botulinum antitoxin (BAT) Infant: Respiratory support + Human Botulism Immune Globulin Intravenous (BabyBig)
Prevention	Foodborne: Proper food handling and preparation will destroy spores Food from damaged cans (cans with slits, holes, dents, or bulges) should not be consumed Infant: Avoidance of honey in infants less than 12 months of age

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Les antibiotiques intraveineux sont généralement contre-indiqués car ils peuvent en fait augmenter la libération de la toxine dans les intestins.

Le choix C n'est pas correct :

Les médicaments antiviraux ne jouent aucun rôle dans le botulisme infantile.

Le choix D n'est pas correct :

Des corticostéroïdes intraveineux peuvent être utilisés en cas de suspicion de syndrome de Guillain-Barré. Cependant, le liquide céphalo-rachidien normal chez ce patient rend ce diagnostic peu probable.

Le choix E n'est pas correct :

La gammaglobuline intraveineuse est un traitement du syndrome de Guillain-Barré et n'a aucun rôle dans le botulisme infantile.

Points résumés :

Le botulisme infantile, qui se manifeste par **la constipation, la faiblesse et l'hypotonie**, peut être causé par l'ingestion de **miel**. Traiter avec une **antitoxine** dans les **premières 24 heures**, en plus des soins de soutien.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Cet enfant est probablement atteint **de botulisme infantile**, dû à la colonisation de l'intestin et à la libération subséquente de toxine par Clostridium botulinum. La consommation de **miel** est une source courante car il peut abriter des spores de Clostridium. Il s'agit d'une **urgence médicale** qui doit être suspectée chez tout nourrisson souffrant de **constipation, de faiblesse et d'hypotonie**. L'insuffisance respiratoire étant un risque majeur, une **ventilation mécanique** doit être envisagée, une **ponction lombaire** et une **imagerie cérébrale** doivent être effectuées pour exclure d'autres diagnostics. L'immunoglobuline botulique d'origine humaine (alias **BIG-TV, BabyBIG**) doit être administrée rapidement, idéalement dans les **premières 24 heures**.

Références

Objectif numéro 117 (Faiblesse, paralysie, parésie et/ou perte de mouvement) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Pgram PS, Stone SM. Botulisme. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 19 janvier 2023.

Question #36

Un garçon afro-américain de 3 semaines est amené à l'urgence en raison d'une crise généralisée survenue il y a 2 heures. Le nourrisson est très irritable et pleure sans cesse. Le poids du nourrisson est de 2,5 kg (250 g de dessous le poids de naissance), la pression artérielle est de 70/40 mm Hg, le pouls est de 145/min et la respiration est de 50/min. Les résultats de laboratoire montrent que :

Glycémie	6,6 mmol/L
Azote uréique	18 mmol/L
Sodium sérique	170 mmol/L
Calciu m sérique	2,1 mmol/L
Magnésiu m sérique	0,6 mmol/L

Laquelle des causes suivantes est la plus probable de la crise d'épilepsie de ce nourrisson ?

- A) Une hypocalcémie**
- B) Hypoglycémie**
- C) Hypomagnésémie**
- D) Hémorragie intracrânienne**
- E) Méningite**

Explication

Réponse Description

Les choix A, B et C ne sont pas corrects :

L'hypocalcémie, l'hypoglycémie et l'hypomagnésémie sont toutes des causes potentiellement métaboliques de convulsions, mais dans cette vignette, le calcium, le glucose et le magnésium sériques sont dans les limites normales. Chez les patients atteints de déshydratation hypernatrémique, une hyperglycémie peut résulter d'une stimulation excessive du glucagon.

Le choix E n'est pas correct :

La méningite doit être envisagée chez tout nourrisson présentant une crise avec ou sans fièvre. Cependant, l'augmentation marquée de la sodium sérique rend ce diagnostic peu probable.

Points résumés :

Les nouveau-nés, en particulier les nouveau-nés prématurés, et les jeunes nourrissons peuvent développer **une hypernatrémie** due à un excès de sodium en raison de la **diminution de la capacité** des reins immatures à **excréter une charge de sodium**. Cela devient un problème, en particulier chez le **nouveau-né prématuré**, lorsque le bicarbonate de sodium intraveineux est utilisé pour corriger une acidose métabolique. Mais la **cause la plus fréquente** d'hypernatrémie est due à un **approvisionnement insuffisant en lait maternel**.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Le taux de sodium sérique chez ce patient est de 170 mmol/L. Les nourrissons qui souffrent de **déshydratation hypernatrémique** sont **irritables et léthargiques**, et ont des **pleurs aigus**. Ce type de déshydratation résulte d'une perte de **liquide hypotonique** plus importante que celle du sodium et représente environ 15 % des cas de déshydratation. Parce que le patient n'a pas d'antécédents de diarrhée ou de vomissements, l'hypernatrémie peut être due à un apport insuffisant de lait maternel qui ne correspond pas à la perte d'eau insensible. Une autre cause peut être la forte concentration de sodium dans le lait maternel. Généralement, après la naissance de l'enfant, le sodium dans le colostrum passe de son niveau le plus élevé à son niveau le plus bas à la quatrième semaine. Cependant, certaines mères continuent d'**excréter une teneur élevée en sodium** dans leur lait et peuvent potentiellement provoquer **une hypernatrémie** récurrente et, dans certains cas, **une**

hémorragie intracrânienne chez le nourrisson.

Références

Adrogue HJ, Madias NE. Hypernatrémie. N Engl J Med. 18 mai 2000. 342(20):1493-9. Objectif numéro 92 (Convulsions / Épilepsie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #37

Une fillette de 2 mois à terme est amenée chez le médecin pour sa visite de 2 mois. Elle boit 5 oz d'une préparation à base de lait de vache toutes les 4 heures. Sa mère déclare qu'elle crache une petite quantité de lait maternisé après chaque repas. Il ne remonte pas avec force et ne contient ni sang ni bile. Elle est « difficile » lorsque le lait maternisé déborde de son nez, mais se calme après avoir roté. Maman nie toute toux, bâillonnement ou difficulté respiratoire. Le poids, la taille et le périmètre crânien ont été mesurés et sont adaptés à l'âge. À l'examen physique, elle est active et heureuse, les poumons sont clairs pour l'auscultation. L'abdomen est mou, non sensible et non distendu. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Reflux physiologique normal
- B) Sténose du pylore
- C) Volvulus
- D) Reflux gastro-œsophagien
- E) Fistule trachéo-œsophagiennes

Explication

Spitting up / Vomiting in infants	
Normal physiological reflux	No weight changes No Sandifer syndrome Happy
Gastroesophageal reflux disease	weight changes (Failure to thrive) Sandifer syndrome Crying or Fussy

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct

La sténose pylorique se manifeste par des vomissements en projectiles, le nourrisson étant généralement déshydraté. Examen physique positif pour le signe de l'olive.

Le choix C n'est pas

correct Les vomissements

dans le volvulus sont bilieux.

Le choix D n'est pas

correct

Ce patient n'a pas de changement de poids (retard de croissance), le syndrome de Sandifer (dos arqué à cause de la douleur de l'œsophagite), donc le reflux gastro-œsophagien est peu probable.

Le choix E n'est pas correct

La fistule trachéo-œsophagienne (TEF) est une anomalie congénitale qui peut se présenter au cours de la période néonatale

avec des difficultés à s'alimenter, se manifestant par des sécrétions buccales et nasales abondantes, un étouffement et un bâillonnement lors des premières tétées après la naissance. Notre patient est âgé de 2 mois, il est donc peu probable qu'il y ait une fistule trachéo-œsophagiennes.

Points résumés :

Les **caractéristiques cliniques n'affectent pas le poids du nourrisson** n'ayant pas le **syndrome de Sandifer** (se cambrer en arrière pendant les crachats).

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Le reflux physiologique normal est extrêmement fréquent chez les nourrissons en raison d'un **œsophage plus court** et d'une **fermeture incomplète** de la partie inférieure de l'œsophage sphincter. In de plus, les nourrissons passent la plupart de leur temps en **position couchée**. La **caractéristique clinique n'affecte pas le poids du nourrisson** dans la majorité des cas est normal ou approprié à son âge.

Les autres points cliniques importants, les nourrissons sont **heureux, actifs** et ne souffrent pas du syndrome de Sandifer (se cambrer en arrière pendant les crachats).

Références

Elzouki, Abdelaziz Y. Manuel de pédiatrie clinique, 2012. Heidelberg : Springer. Page 363 Objectifs numéro 116 (Nausées et/ou vomissements) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #39

Un garçon de 8 mois présente des fractures métaphysaires bilatérales des extrémités proximale et distale du tibia. La mère dit que son copain s'occupe de l'enfant pendant qu'elle travaille. Son petit ami explique que les blessures sont le résultat de plusieurs chutes du lit. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Traumatisme accidentel
- B) Ostéogenèse imparfaite
- C) Violence physique
- D) Ostéopétrose
- E) Rachitisme

Explication

Physical Abuse

Injury location:

- Bruises on areas with abundant **soft-tissue cushioning**, such as abdomen, buttocks, genitalia, fleshy part of cheek; bruises on ears, neck or feet
- Posterior rib/metaphyseal/scapular/ vertebral/sternal **fractures** (more suspicious for **non-accidental** injuries)
- Bruises that do not fit described cause; **immersion burns** (e.g. hot water)

Management:

- Obligation to report any suspected/known case of child abuse or neglect to **Child Aid Society (CAS)** yourself (do not delegate)
- **Document** injuries
- Consider **skeletal survey x-rays** (especially in non-ambulatory child), **ophthalmology consult**, **CT head**

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Il existe des types spécifiques de blessures traumatiques qui sont pratiquement pathognomoniques de la maltraitance des enfants et ne peuvent pas être expliquées par un traumatisme accidentel.

Le choix B n'est pas correct :

L'ostéogenèse imparfaite fait référence à un groupe de troubles hétérogènes dus à des déficiences héréditaires dans la synthèse du collagène de type I. Cette condition entraîne une fragilité squelettique et de nombreuses fractures commençant in utero ou au début de la vie.

Le choix D n'est pas correct :

L'ostéopétrose est une maladie héréditaire causée par un dysfonctionnement des ostéoclastes. L'os acquiert une consistance semblable à celle de la pierre, mais il est également très cassant. Les fractures, l'hydrocéphalie et l'anémie se manifestent peu après la naissance. Sur les radiographies, l'absence de cavité médullaire, la sclérose osseuse et les extrémités distales déformées des os longs sont des caractéristiques diagnostiques.

Le choix E n'est pas correct :

Le rachitisme résulte d'une carence en vitamine D, qui est peu fréquente dans les pays industrialisés. La manifestation la plus typique de la maladie chez les tout-petits est l'inclinaison des jambes.

Points résumés :

Les fractures de la côte postérieure, métaphysaires, de l'omoplate, des vertèbres et du sternum **sont plus suspectes pour** les fractures **non accidentelles**. In de tels cas doivent toujours **être signalés à la Société d'aide à l'enfance**, documenter toutes les blessures sur un schéma corporel, puis envisager une radiographie d'examen du squelette.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Les fractures métaphysaires sont les blessures les plus typiques (mais pas les plus fréquentes) dues à la **violence physique**. Ils sont produits en **tirant et en tordant** les membres, ce qui entraîne une traction sur les métaphyses transmises par les ligaments articulaires. D'autres blessures squelettiques qui devraient suggérer un abus comprennent **des fractures multiples d'âges différents** et des fractures des côtes postérieures, de l'**omoplate**, des **apophyses épineuses** et du **sternum**. Voici une liste de types de blessures généralement associés à la maltraitance des enfants : ecchymoses sur les fesses, la paroi abdominale, les organes génitaux, le dos et les mains et les pieds dorsaux. Les ecchymoses accidentelles chez le tout-petit actif se trouvent généralement sur des proéminences osseuses. Traumatismes crâniens : hématome sous-dural, lésion axonale diffuse et pétéchies rétinianes. Blessures abdominales : la rupture intestinale ou l'hématome est plus fréquent que les lésions des organes solides dues à un coup dur. Brûlures : brûlures des fesses et brûlures de la fesse dues à l'eau bouillante.

Références

Pierce MC, Kaczor K, Acker D, Carle M, Webb T, Brenzel AJ. Les ecchymoses n'ont pas été considérées comme indicateur pronostique de la maltraitance physique future mortelle et presque mortelle chez les enfants. Réunion annuelle des sociétés académiques pédiatriques Honolulu, HI. 2008. Objectifs numéro 114-1 (Maltraitance d'enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #40

Une fillette de 5 ans présente des infections urinaires récurrentes. Malgré plusieurs traitements antibiotiques, les infections récidivent. Le patient subit un bilan diagnostique complet avec cysto-uréthrogramme mictionnel. Elle est par la suite diagnostiquée avec un reflux vésico-urétéréal gauche de grade 2 et un reflux vésico-urétéréal droit de grade 3. Elle a commencé à prendre des antibiotiques prophylactiques sans que la fréquence de ses infections ne s'améliore. Quelle est la prochaine étape de la gestion ?

- A) Antibiotiques
- B) Urogramme IRM
- C) Intervention chirurgicale ou endoscopique
- D) Angiographie rénale
- E) TDM du bassin

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'antibiothérapie n'est pas appropriée, car cet enfant a déjà échoué à la prise en charge conservatrice.

Le choix B n'est pas correct :

L'un des problèmes de l'imagerie par résonance magnétique dans la population pédiatrique est le besoin fréquent de sédation pour réduire les artefacts de mouvement. Cela pourrait être envisagé s'il y avait une préoccupation pour une anomalie urogénitale congénitale plus complexe, une lésion de masse obstructive ou une préparation à la planification chirurgicale.

Le choix D n'est pas correct :

L'artériographie rénale peut être utilisée pour évaluer la pathologie vasculaire, le plus souvent dans l'hypertension secondaire, comme la sténose de l'artère rénale ou la dysplasie fibromusculaire. Il s'agit d'une étude à la fois diagnostique et thérapeutique. Cependant, cela n'ajoutera pas d'informations utiles dans ce cas où le diagnostic a été fermement établi.

Le choix E n'est pas correct :

La tomodensitométrie du bassin ne fournirait aucune information diagnostique supplémentaire et exposerait l'enfant à des radiations inutiles.

Points résumés :

Le reflux vésico-urétéréal fait référence au reflux de l'urine de la vessie vers l'uretère. Bien que la plupart des patients soient asymptomatiques, des complications peuvent survenir, notamment des infections urinaires récurrentes et une néphropathie par reflux. Le RVU disparaît généralement sans traitement, mais une intervention endoscopique ou chirurgicale est indiquée pour le reflux de haut grade et chez les patients présentant des infections urinaires répétées malgré une antibioprophylaxie.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Le reflux vésico-urétéral (RVU) se caractérise par un écoulement rétrograde de l'urine dans l'uretère. Le RVU primitif est généralement causé par une **anomalie congénitale** de l'uretère terminal. Les causes secondaires comprennent d'autres **anomalies congénitales, la cystite et l'obstruction de la sortie de la vessie**. Fréquemment observée dans la population pédiatrique, elle est souvent asymptomatique et se résorbe spontanément. Pourtant, cela peut entraîner des **infections récurrentes des voies urinaires** secondaires à un flux rétrograde de l'urine pendant la miction. D'autres complications comprennent l'hypertension et le reflux, la néphropathie avec urémie et l'insuffisance rénale. L'évaluation initiale doit inclure un panel de chimie de base et une échographie rénale. Une cysto-uréthrogramme mictionnel doit être réalisée pour déterminer la gravité du reflux. Les premières mesures comprennent **des antibiotiques prophylactiques et une miction programmée**. L'intervention chirurgicale ou endoscopique est le traitement définitif pour les enfants qui continuent à présenter des infections malgré une antibiothérapie répétée et ceux qui souffrent de dilatation urétérale et d'hydronéphrose.

Références

Objectifs numéro 110-1 (Dysurie, Fréquence et urgence urinaires, et/ou Pyuria) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Mattoo TK, Greenfield SP. Prise en charge du reflux vésico-urétéral. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 09 avril 2021.

Question #2

Lors d'un contrôle de bien-visite, une petite fille de 1 mois née à domicile avec l'aide d'une sage-femme est évaluée. Sa mère déclare qu'elle se nourrit mal et qu'elle est constipée par une faible prise de poids. La fréquence cardiaque de l'enfant est de 145/min, la pression artérielle est de 82/52 mm Hg et la fréquence respiratoire est de 40/min. À l'examen physique, l'enfant apparaît jaunisse et présente de grandes fontanelles antérieures et postérieures et un faible tonus musculaire, une langue élargie, une hernie ombilicale, en plus d'un léger gonflement génital, est également notée. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable pour cette petite fille de 1 mois ?

- A) Beckwith-Wiedemann Syndrome**
- B) Botulisme infantile**
- C) Trisomie 21**
- D) Syndrome de DiGeorge**
- E) Hypothyroïdie congénitale**

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le syndrome de Beckwith-Wiedemann est associé à l'hypoglycémie, à la macrosomie, à l'omphalocèle et à la macroglossie.

Le choix B n'est pas correct :

Le botulisme infantile survient le plus souvent chez les nourrissons dont le régime alimentaire comprend du miel ou des aliments en conserve. De plus, les patients atteints de botulisme ne présentent pas une grosse langue, une hernie ombilicale et une apathie, qui sont toutes des caractéristiques classiques de l'hypothyroïdie.

Le choix C n'est pas correct :

Les traits caractéristiques de la trisomie 21, ou syndrome de Down, comprennent des plis épicanthaux, des fissures palpébrales obliques, une macroglossie, une clinodactylie aplatie du profil facial des cinquièmes doigts, un pli palmaire unique et une hypotonie.

Le choix D n'est pas correct :

Le syndrome de DiGeorge est un syndrome génétique causé par une microdélétion sur le chromosome 22q11. Ce syndrome est caractérisé par des anomalies cardiaques, une hypoplasie thymique, une hypocalcémie et un faciès anormal. Les patients présentent souvent une sensibilité accrue aux infections virales des voies respiratoires supérieures et à la gastro-entérite virale.

Points résumés :

L'hypothyroïdie congénitale se manifeste par **une constipation, une jaunisse prolongée, un retard de croissance et des fontanelles ouvertes**. Cette maladie est souvent détectée dans **les laboratoires de dépistage néonatal** avant les manifestations cliniques.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Les signes et symptômes de l'**hypothyroïdie congénitale** peuvent ne pas être évidents avant plusieurs jours ou semaines. Les symptômes comprennent la **léthargie physique, la constipation, la grosse langue, la hernie ombilicale, l'hypothermie, bradycardie, fontanelles hypertrophiées et jaunisse persistante**. La peau peut être **sèche et squameuse**, et les cheveux peuvent être **secs, râches et cassants**.

Références

Harris KB, Pass KA. Augmentation de l'hypothyroïdie congénitale dans l'État de New York et aux États-Unis. Mol Genet Metab. 91(3) :268-77. Objectif numéro 21 (Retard de développement) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #3

Un nourrisson de 2 semaines développe une jaunisse d'apparition récente et des selles de couleur claire. Le nourrisson a été mis au monde par voie vaginale spontanée à terme et a reçu son congé de l'hôpital 24 heures plus tard sans complications. Aucune jaunisse n'a été notée au moment de la sortie. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A) Atrésie des voies biliaires
- B) Hépatite auto-immune
- C) Atrésie des choanales
- D) Érythroblastose fœtale

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

L'hépatite auto-immune se manifeste généralement par une élévation des transaminases hépatiques et ne provoque généralement pas de jaunisse chez un nouveau-né.

Le choix C n'est pas correct :

L'atrésie des choanales fait référence à l'oblitération ou au blocage de l'ouverture nasale postérieure et n'est pas une cause de jaunisse.

Le choix D n'est pas correct :

La maladie hémolytique du nouveau-né, ou érythroblastose fœtale, se manifeste par un ictère dans les 24 premières heures de vie. Dans le scénario ci-dessus, la jaunisse n'est pas identifiée à la naissance et le nouveau-né reçoit son congé 24 heures après un accouchement vaginal à terme, ce qui suggère une autre étiologie.

Points résumés :

Suspicion d'atrésie des voies biliaires chez les nouveau-nés qui développent une jaunisse, une urine foncée et des selles claires plusieurs semaines après la naissance.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

L'atrésie des voies biliaires est l'anomalie biliaire congénitale la plus courante. Les symptômes typiques comprennent des degrés variables de jaunisse, **une urine foncée et des selles claires**. Dans la plupart des cas d'atrésie des voies biliaires, **les nourrissons sont généralement nés à terme**, bien qu'une incidence plus élevée d'insuffisance pondérale à la naissance puisse être observée. Dans la majorité des cas, les **selles acholiques** ne sont pas notées à la naissance mais se développent au cours des premières semaines de vie. **Une hyperbilirubinémie conjuguée** peut être observée en laboratoire. Un « **signe de cordon triangulaire** » peut être observé à l'**échographie abdominale**. Aucun traitement médical primaire n'est pertinent dans la prise en charge de l'atrésie biliaire extrahépatique. Une fois suspectée une atrésie des voies biliaires, **l'intervention**

chirurgicale est le seul mécanisme disponible pour un **diagnostic définitif** (cholangiographie peropératoire) et un **traitement** (porto-entérostomie du Kasaï).

Références

Objectifs numéro 49-1 (Jaunisse néonatale) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Erlichman J, Loomes KM. Atrésie des voies biliaires. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 20 juin 2022.

Question #6

Un garçon de 8 mois à terme est amené chez le médecin pour une visite d'enfant en bonne santé. Il allaité et apprécie les aliments en purée. Cependant, il n'a pas de dents et n'a pas commencé à manger avec les doigts. Sa mère s'inquiète qu'il soit derrière les autres enfants de son groupe de jeu qui ont le même âge et des dents. L'examen des systèmes est positif pour une bave importante. Le poids et la taille de l'enfant se sont suivis le long du 60e centile pour l'âge et le sexe. L'examen montre un garçon d'apparence soignée, sans dentition primaire. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de cet enfant ?

- A) Orientation vers un dentiste
- B) Tests chromosomiques
- C) Radiographie de la cavité buccale
- D) Réassurance et observation
- E) Initiation de la supplémentation en calcium

Explication

Réponse Description

Les choix A et C ne sont pas corrects :

Les enfants qui n'ont pas de dentition primaire à l'âge de 16 mois, une éruption asymétrique ou des retards dans l'éruption d'autres dents doivent subir une évaluation plus approfondie par un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial, au cours de laquelle une radiographie buccale peut être envisagée.

Le choix B n'est pas correct :

Des syndromes génétiques tels que le syndrome de Down, l'achondroplasie, l'ostéodystrophie héréditaire d'Albright et le syndrome de Williams ont été associés à l'éruption retardée de la dentition primaire. Les antécédents et l'examen physique de ce nourrisson sont normaux, il est donc peu probable qu'il ait un syndrome génétique sous-jacent.

Le choix E n'est pas correct :

Bien que la malnutrition et le rachitisme provoquent un retard dans l'éruption dentaire, cet enfant grandit, se nourrit et se développe normalement. La supplémentation en calcium n'est donc pas indiquée.

Points résumés :

L'éruption de la dentition primaire commence généralement avec les incisives centrales mandibulaires à l'âge de 6 à 10 mois. Les enfants qui n'ont pas de dents primaires à l'âge de 16 mois doivent être évalués pour les syndromes génétiques, la malnutrition ou les dents manquantes congénitales.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

L'éruption de la dentition primaire commence généralement vers **l'âge de 6 à 10 mois** avec les **incisives centrales mandibulaires**. Les nourrissons noirs et féminins ont tendance à avoir une éruption dentaire **plus tôt** que les nourrissons blancs et masculins. Les dents primaires éclatent dans une séquence symétrique et prévisible qui est généralement complète à l'âge de 3 ans.

Ce garçon de 8 mois se situe dans la fourchette d'éruption typique des incisives centrales. En plus de rassurer, les parents doivent être informés des symptômes courants de la poussée dentaire. **La bave** est fréquemment observée et peut provoquer une **éruption cutanée irritante au visage** qui peut être **évitée avec l'application de vaseline**. Les nourrissons sont souvent difficiles et mâchent des objets ; Les parents peuvent offrir des articles apaisants tels que **des anneaux de dentition réfrigérés**. **L'analgésie orale** (p. ex. l'acétaminophène) est parfois utile, mais elle n'est généralement pas nécessaire. De plus, les médecins doivent conseiller les parents sur l'hygiène bucco-dentaire. Les gencives doivent être essuyées avec un chiffon humide après chaque tétée et les dents doivent être brossées pour éviter les caries.

Références

Objectif numéro 74 [Examen périodique de santé (PHE)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Massignan C, Cardoso M, Porporatti AL, et al. Signes et symptômes de l'éruption dentaire primaire : une méta-analyse. Pédiatrie 2016 ; 137 :e20153501. Wright JT. Anatomie et développement des dents. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 29 mars 2022.

Question #8

Un garçon de 2 ans, auparavant en bonne santé, est amené chez le médecin 20 minutes après un épisode de cyanose et de perte de conscience qui a duré 3 minutes. Sa mère a déclaré que ces symptômes sont apparus une fois qu'elle l'a grondé pour avoir grimpé sur la table de la salle à manger. La mère rapporte que l'enfant s'est mis à pleurer, a poussé un profond soupir, a cessé de respirer et a secoué ses bras et ses jambes d'avant en arrière. Sa mère nie tout antécédent familial de convulsions ou de problèmes cardiaques. À son arrivée, il est alerte et actif.

L'examen neurologique ne montre aucun signe focal. Laquelle des propositions suivantes est la prochaine étape de la gestion la plus appropriée ?

- A) Réconfort
- B) Électroencéphalographie
- C) Perforation lombaire
- D) Tomodensitométrie de la tête
- E) Traitement anticonvulsivant

Explication

Breath-holding spells	
Risk factors	Family history Iron deficiency anemia Age 6 months to 2 years
Clinical Presentation	Cyanotic subtype (most common) Provoked by crying (e.g., tantrum) Episode of breath-holding, cyanosis → LOC * Rapid return to baseline Pallid subtype Provoked by minor injury (no crying) Episode of breath-holding, pallor/diaphoresis → LOC ± Brief confusion/sleepiness after episode
Evaluation	Clinical diagnosis Complete blood count & ferritin
Treatment/prognosis	Reassurance Iron supplementation if deficient Resolution by age 5 with no sequelae

*LOC: loss of consciousness.

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Ce patient ne présente aucune anomalie neurologique focale, ni d'incontinence urinaire ni de confusion postictale, c'est pourquoi prescrire un EEG est inutile.

Le choix C n'est pas correct :

Il n'y a pas de fièvre, de raideur de la nuque, de maux de tête, de convulsions.

Le choix D n'est pas correct :

Il n'y a pas de symptôme neurologique focal (faiblesse, engourdissement) ni de signe d'augmentation de la pression intracrânienne (vomissements, œdème papillaire)

Le choix E n'est pas correct :

Perdre conscience après une frustration ou une colère et ne pas avoir de recherche neurologique tout indique un sort de rétention du souffle.

Points résumés :

L'enfant est provoqué (généralement par la colère ou la douleur), en réponse il retient son souffle et devient silencieux et perd conscience. Ils n'ont pas de signes neurologiques. Le diagnostic est clinique. Rassurez les parents et, en cas d'anémie, traitez l'anémie avec une supplémentation en fer.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Apnée chez les enfants en bonne santé âgés de 6 mois à 4 ans. Ce sont des épisodes d'apnée qui sont parfois associés à une perte de conscience, et sont précipités par la frustration, la colère ou la douleur.

Contrairement à une crise, il n'y a pas d'incontinence ou de phase postictale associée à des périodes d'apnée. Le diagnostic de l'apnée est clinique.

De plus, la plupart des enfants n'ont pas besoin de traitement pour les périodes d'apnée, mais chez certains patients, une anémie ferriprive a été signalée. L'étape la plus importante dans la gestion de la respiration est de rassurer les parents et, chez les patients anémiques, de donner une supplémentation en fer.

Références

Yilmaz U, Doksoz O, Celik T, Akinci G, Mese T, Yilmaz TS. La valeur de l'évaluation neurologique et cardiaque dans les périodes d'apnée. Pak J Med Sci 2014 ; 30: 59-64. Dipchand A, Friedman J, Bismilla Z, et al. Manuel de pédiatrie de l'Hôpital pour enfants de Toronto, 11e éd., Toronto : Elsevier Canada, 2009.

Question #9

Une fillette nouveau-née de 5 jours développe des pertes vaginales teintées de sang après être sortie de l'hôpital. L'accouchement vaginal spontané s'est déroulé sans complication. Il n'y a pas d'antécédents de fièvre et l'enfant allaité et dort normalement. Quelle est la ligne de conduite la plus appropriée ?

- A) Commander des études de FSC et de coagulation
- B) Rassurer la mère et donner son congé à la patiente
- C) Administrer l'injection de vitamine K et donner congé au patient
- D) Rassurer la mère et sortir après consultation d'un hématologue pour un trouble de la coagulation

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le patient présente des signes de pseudo-menstruations, une constatation très fréquente chez les femmes nouveau-nées. Le travail de laboratoire n'est pas nécessaire et la meilleure gestion est de la réconforter.

Le choix C n'est pas correct :

Les saignements déficients en vitamine K se produisent parce que la flore colique d'un nouveau-né n'est pas suffisamment colonisée par des bactéries pour fabriquer de la vitamine K, qui est impliquée dans la production des facteurs de coagulation II, VII, IX et X, et des protéines C et S. Les saignements se produisent généralement du tractus gastro-intestinal, de l'ombilic et des voies urinaires. Les saignements déficients en vitamine K chez le nouveau-né peuvent être évités avec une seule dose intramusculaire de vitamine K après la naissance. Une question sur les saignements déficients en vitamine K se pose généralement dans le cadre d'un accouchement à domicile où les soins ou les procédures hospitalières de routine ne sont pas effectués.

Le choix D n'est pas correct :

Comme les pseudomenses sont une affection relativement courante et bénigne, la consultation d'un hématologue n'est pas nécessaire et le réconfort est la meilleure solution.

Points résumés :

Les saignements vaginaux sont fréquents chez les nouveau-nés de sexe féminin et constituent un événement normal d'auto-limitation qui se résout généralement 7 à 10 jours après la naissance.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Les pseudomenses sont très fréquentes chez les **femelles nouveau-nées**. Les saignements vaginaux se produisent en raison de la mue de l'endomètre qui a lieu à la suite du déclin rapide des œstrogènes maternels circulants qui étaient autrefois présents in utero. Il convient dans

Ce scénario vise à **rassurer la mère sur la nature bénigne** de cette découverte, car cela peut être un événement très effrayant pour un nouveau parent. Les saignements sont normaux et disparaissent généralement **dans les 10 jours suivant la naissance**.

Références

Objectifs numéro 112 (Saignements vaginaux, excessifs/irréguliers/anormaux) des objectifs de l'examen de qualification, 3e édition. Liu DR. Troubles urologiques et gynécologiques pédiatriques. Dans : Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, et al., eds. Tintinalli's Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide. 9e éd. McGraw-Hill ; 2020 : (Ch)136.

Question #11

Un garçon de 5 ans se présente à l'urgence avec des difficultés respiratoires progressives. Ses symptômes ont commencé il y a trois jours sous la forme d'une simple infection des voies respiratoires supérieures, mais se sont soudainement aggravés avec une forte fièvre et une toux productive. À l'examen, vous notez un stridor inspiratoire et expiratoire, une voix rauque et un enfant d'apparence toxique. Les radiographies latérales et AP du cou sont normales. Laquelle des propositions suivantes est la prochaine étape de la gestion la plus appropriée ?

- A) Tomodensitométrie du cou avec contraste IV
- B) Dexaméthasone intraveineuse
- C) Intubation et bronchoscopie au bloc opératoire
- D) Épinéphrine racémique nébulisée

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'établissement d'une voie respiratoire définitive ne doit pas être retardé par l'obtention d'une tomodensitométrie. De plus, il est dangereux de coucher ces patients à plat car cela peut précipiter l'atteinte des voies respiratoires.

Le choix B n'est pas correct :

Il n'a pas été démontré que la dexaméthasone intraveineuse améliore les résultats. Des antibiotiques doivent être administrés et une bronchoscopie doit être effectuée, ce qui peut être thérapeutique en enlevant la pseudomembrane purulente qui se forme dans la trachéite bactérienne.

Le choix D n'est pas correct :

L'épinéphrine racémique nébulisée est un traitement du croup viral, et non de la trachéite bactérienne.

Points résumés :

Les patients atteints de trachéite bactérienne seront âgés de 3 à 6 ans et présenteront une forte fièvre, une toux aboyante et un stridor. Traitez-le comme une urgence respiratoire ! Le patient semblera avoir un croup mais sera toxique.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

La trachéite bactérienne survient souvent comme une **infection secondaire après une infection virale des voies respiratoires supérieures** chez des enfants auparavant en bonne santé **au cours des six premières années de leur vie**. **Staphylococcus aureus** est la cause la plus fréquente de trachéite bactérienne. Les patients apparaîtront d'abord comme un croup, qui s'aggrave soudainement avec une forte fièvre, un stridor et une toux. Les patients auront un aspect toxique. En raison de l'**obstruction des voies respiratoires supérieures par d'épaisses sécrétions mucopurulentes** de la trachée, la trachéite bactérienne est également connue sous le nom de laryngotrachéobronchite membraneuse ou croup bactérien. La prise en charge est similaire à celle de l'épiglottite, les patients **subissant une intubation et une bronchoscopie au bloc opératoire**.

Références

Objectifs numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Cukor, J et M. Manno. Urgences respiratoires pédiatriques : dans Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al (eds) : Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice, ed 8. Philadelphie, Saunders, 2014, (Ch) 168 :p 2106-16. Woods C. Trachéite bactérienne chez l'enfant : caractéristiques cliniques et diagnostic. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 26 mars 2021.

Question #13

Un garçon de 4 ans présente des antécédents de fièvre et d'irritabilité accrue depuis 5 jours. Sa température est de 40 degrés. 2 C (104. 3 F), la pression artérielle est de 98/68 mm Hg, le pouls est de 112/min et la respiration est de 24/min. À l'examen physique, on a noté qu'il avait une lymphadénopathie cervicale bilatérale, des lèvres gercées, une langue fraise et une injection conjonctivale bilatérale. Une éruption érythémateuse blanchissante est présente sur le visage, le tronc et les extrémités, y compris les paumes et la plante des pieds. Laquelle des pharmacothérapies suivantes est la plus appropriée ?

- A) Amoxicilline
- B) Culture de la gorge
- C) Aspirine et immunoglobuline IV
- D) Corticostéroïde
- E) Aspirine et corticostéroïdes

Explication

Kawasaki disease	
Diagnostic criteria	<p><u>Fever ≥5 days plus ≥ 4 of the following findings:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Bilateral non-exudative conjunctivitis Mucositis (injected or fissured lips, injected pharynx, or strawberry tongue)• Cervical lymphadenopathy with at least one lymph node being >1.5 cm in diameter• Erythematous polymorphous rash (involve palm and sole)• Extremity changes (edema & erythema)
Treatment	<p>Aspirin plus intravenous immunoglobulin (Should be started within 10 days of fever to prevent complications)</p> <p>Complications:</p> <ul style="list-style-type: none">• Coronary aneurysms• Myocardial infarction
Monitoring	<p>Echocardiography</p> <ul style="list-style-type: none">• At time of Diagnosis (Baseline)• Repeated 6-8 weeks later to monitor for any changes

Réponse Description

Les choix A et B ne sont pas corrects :

Le diagnostic différentiel de la fièvre et des éruptions cutanées inclut la scarlatine. La scarlatine est une complication potentielle de la pharyngite streptococcique non traitée. Bien que ce patient ait reçu une injection pharyngée, il manque d'exsudats amygdaliens qui sont généralement présents chez

pharyngite streptococcique. De plus, l'éruption cutanée dans la scarlatine a une texture de « papier de verre » et épargne les paumes et les semelles, ce qui rend ce diagnostic peu probable. Par conséquent, l'amoxicilline et la culture de la gorge ne sont pas nécessaires.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

Les corticostéroïdes doivent être évités en raison du lien potentiel avec l'augmentation de la probabilité de développement d'un anévrisme coronarien.

Points résumés :

La MK est généralement **spontanément résolutive** et disparaît en **1 à 2 semaines**. Cependant, il existe un risque de **complications cardiovasculaires importantes**, en particulier impliquant les artères coronaires. Il a été démontré qu'une dose unique d'**immunoglobuline intraveineuse** diminue l'incidence des **anévrismes des artères coronaires**. **L'aspirine** est également administrée pour prévenir la **thrombose artérielle coronaire**. La KD est l'une des rares conditions dans lesquelles l'aspirine est recommandée pour les jeunes enfants.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

La maladie de Kawasaki (KD) est une **vascularite systémique** d'origine inconnue qui reste l'une des principales causes de **maladies cardiaques acquises** chez les nourrissons et les enfants. Il s'agit d'une maladie multisystémique également connue sous le nom de **syndrome des ganglions lymphatiques cutanéo-muqueux**. Les caractéristiques cliniques et échocardiographiques restent à la base du diagnostic. Une origine infectieuse (non identifiée) et une activation immunitaire des lymphocytes T jouent un rôle prépondérant dans la pathogenèse de la maladie. Les niveaux de récepteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF-alpha) sont corrélés avec le degré de lésions vasculaires et la probabilité de formation **d'anévrisme de l'artère coronaire**. Les complications cardiovasculaires sont responsables de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité. La fièvre, **la conjonctivite bilatérale non exsudative**, les modifications des muqueuses (pharynx injecté, **lèvres gercées** ou langue de fraise), les modifications des extrémités (œdème, desquamation, érythème ou éruption cutanée) et **l'adénopathie cervicale** sont courantes lors de la présentation. Les **manifestations aiguës** comprennent une **myocardite**, une **insuffisance valvulaire**, **des arythmies**, un **épanchement péricardique** et une **insuffisance cardiaque congestive** avec anomalies coronariennes, qui se développent chez 15 à 25 % des patients. **La leucocytose** et une **protéine C-réactive élevée** sont associées au développement d'**anévrismes des artères coronaires**. Le traitement comprend l'**aspirine** à 80-100 mg/kg/jour à doses fractionnées et l'**immunoglobuline IV** à fortes doses.

Références

Wolff AE, Hansen KE, Zakowski L. Maladie aiguë de Kawasaki : pas seulement pour les enfants. 2007 May; 22(5) :681-4.
Objectif numéro 107-3 (Fièvre chez le nouveau-né, fièvre chez l'enfant) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #14

Un bébé de 9 jours est amené par ses parents par crainte de la fièvre. Elle est née d'un accouchement vaginal spontané d'une mère qui n'a reçu aucun soin prénatal. La patiente a reçu ses injections de vitamine K et d'hépatite B pendant son séjour à l'hôpital. Sa température est de 35,0 °C, son pouls est de 82/min, sa fréquence respiratoire est de 70 °C et sa tension artérielle est de 66/41 mmHg. À l'examen physique, elle a un ton diminué et un cri faible. Lequel des énoncés suivants est le régime antimicrobien le plus approprié à instaurer chez ce patient ?

- A) Ceftriaxone et érythromycine
- B) Ceftriaxone et vancomycine
- C) Pyriméthamine, sulfadiazine et acyclovir
- D) Ampicilline, gentamicine et acyclovir

Explication

Neonatal Sepsis Workup

Complete blood count

Urinalysis and culture (obtained by catheterization or suprapubic aspiration)

Blood culture

Lumbar puncture

Chest X-ray (only when respiratory symptoms are present)

Stool analysis for WBC and culture (only with history of diarrhea)

Réponse Description

Les choix A et B ne sont pas corrects :

La ceftriaxone doit être évitée chez les nouveau-nés en raison du risque d'ictère. De plus, aucun des deux régimes des réponses A ou B ne comprend l'acyclovir, qui est indiqué pour la couverture de l'herpès dans le sepsis néonatal.

Le choix C n'est pas correct :

Alors que l'acyclovir est indiqué chez les nouveau-nés d'apparence malade comme le patient en question, la pyriméthamine et la sulfadiazine sont le traitement de la toxoplasmose et ne seraient pas appropriées dans ce cas.

Points résumés :

La septicémie néonatale se manifeste généralement par de l'irritabilité, de la léthargie, une mauvaise alimentation, une instabilité de la température, une tachycardie, une mauvaise perfusion,

tachypnée, grognements, hypoxie, hypotension. Une protéine c-réactive normale peut exclure la septicémie. Le traitement comprend l'ampicilline et la gentamicine. Chez les nouveau-nés fébriles d'apparence malade ou ceux ayant des antécédents maternels d'infection par l'herpès génital, l'herpès doit être considéré comme une source d'infection et traité de manière appropriée avec de l'acyclovir.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Le patient ci-dessus présente **des signes de septicémie néonatale**. Les nouveau-nés **de moins de 28 jours ont deux fois plus de risques d'infection bactérienne grave (SBI)** que les nourrissons au deuxième mois de vie. **Le sepsis néonatal** est le plus souvent causé par des organismes qui **colonisent le tractus urogénital féminin et la muqueuse nasale des soignants**. Les causes les plus courantes de SBI néonatal sont les **streptocoques hémolytiques du groupe B** et **Escherichia coli**. Le **bilan** des nouveau-nés fébriles **de moins de 28 jours** comprend des hémocultures, des analyses d'urine, des radiographies pulmonaires et des ponctions lombaires. L'antibiothérapie empirique est **l'ampicilline** (qui couvre les streptocoques hémolytiques du groupe B et *L. monocytogenes*) et **la gentamicine** (qui couvre *E. coli*). Chez le **nouveau-né fébrile d'apparence malade** ou chez ceux ayant des **antécédents maternels d'infection par l'herpès génital**, l'herpès doit également être considéré comme une source d'infection et couvert de manière appropriée par l'**acyclovir**.

Tous les nouveau-nés fébriles doivent commencer un **traitement antimicrobien empirique et être admis pour une surveillance et un examen supplémentaire**. **L'hypotension** doit être traitée agressivement avec **une hydratation intraveineuse et des vasopresseurs** comme indiqué. Les patients doivent également être étroitement surveillés pour le **développement d'une hypoglycémie**, qui doit être traitée avec une **solution de dextrose à 10%**.

Références

- Objectifs numéro 107-3 (Fièvre chez le nouveau-né, fièvre chez l'enfant) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Doan QH, Manhas DS. Urgences néonatales et problèmes néonatals courants. Dans : Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, et al., eds. La médecine d'urgence de Tintinalli : un guide d'étude complet. 9e éd. McGraw-Hill ; 2020 : (Ch) 116. Rodriguez DM, Nesiamma JO, Wang VJ. Fièvre et maladie bactérienne grave chez les nourrissons et les enfants. Dans : Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, et al., eds. La médecine d'urgence de Tintinalli : un guide d'étude complet. 9e éd. McGraw-Hill ; 2020 : (ch) 119. Edwards M. Prise en charge et évolution de la septicémie chez les nourrissons à terme et peu prématûrés. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 30 avril 2021.

Question #15

Une nouveau-née née d'une femme de 34 ans de G5P6 est amenée au service des urgences après un accouchement précipité à la maison. Elle avait reçu des soins prénataux limités compliqués par un polyhydramnios. Elle pèse 3,4 kilogrammes, a un tonus approprié pour un nourrisson à terme et est vigoureuse mais a des sécrétions buccales abondantes, une tachypnée et des rétractions sous-costales et intercostales. Elle continue de lutter contre les sécrétions et l'hypoxie avec la ventilation par masque à valve de poche. L'intubation endotrachéale est réalisée avec résolution de l'hypoxie, mais elle a des sécrétions buccales persistantes. Le patient a des bruits respiratoires bilatéraux et une forme d'onde de capnographie normale, mais on note qu'il a une distension gastrique avec des bruits de ventilateur entendus au-dessus de l'estomac. Un examen plus approfondi montre qu'elle a un anus imperforé. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée ?

- A) Obtenir une radiographie pulmonaire
- B) Administrer du tensioactif
- C) Placez une sonde nasogastrique
- D) Placer une ligne ombilicale émergente

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Il convient d'obtenir une radiographie pulmonaire chez le patient ci-dessus pour confirmer le placement de la sonde endotrachéale, cependant, la mise en place d'une sonde nasogastrique avant la radiographie pulmonaire confirmera le diagnostic et évitera la nécessité d'une deuxième image.

Le choix B n'est pas correct :

L'administration de surfactant est utilisée chez les nouveau-nés atteints d'un syndrome de détresse respiratoire causé par une immaturité pulmonaire et n'est indiquée que chez les nourrissons prématurés.

Le choix D n'est pas correct :

Les lignes ombilicales d'urgence sont utilisées dans la salle d'accouchement pour l'administration urgente de médicaments intraveineux qui ne sont pas indiqués chez le patient ci-dessus. Le patient ci-dessus aura besoin d'une ligne ombilicale, mais celle-ci peut être placée dans des paramètres plus contrôlés.

Points résumés :

Le type le plus courant de fistule trachéo-œsophagienne (TEF) est l'atrésie proximale de l'œsophage (EA) avec anastomose distale. Cependant, le type le plus fréquemment diagnostiqué après la période néonatale est le type H.

Le TEF se manifeste par une bave excessive, un étouffement et des vomissements après la première tétée. L'incapacité à faire passer une sonde nasogastrique dans l'estomac (TEF + EA) est diagnostique. Une TEF distale peut souvent être observée sur une radiographie thoracique latérale ; Les deux vues révéleront un tractus gastro-intestinal rempli de gaz. Lorsque le diagnostic est incertain ou qu'un TEF proximal est suspecté, une petite quantité de produit de contraste soluble dans l'eau placée dans la poche œsophagienne sous guidage fluoroscopique confirmera la présence d'EA. Le baryum ne doit pas être utilisé comme agent de contraste car il provoque une pneumonie s'il est aspiré dans les poumons.

Plus de détails

<https://afkebooks.com>



La bonne réponse est C.

Une fistule trachéo-œsophagienne est une anomalie **congénitale de la trachée et de l'œsophage** qui se produirait à partir d'un **bourgeon pulmonaire embryonnaire qui ne se ramifie pas**. La grande majorité sont associés à une **atrésie proximale de l'œsophage**, l' **œsophage distal se connectant plutôt à la trachée**. De nombreux patients présentent un **polyhydramnios** à l'échographie prénatale et se présentent immédiatement après la naissance avec une **détresse respiratoire et des sécrétions excessives**. La distension gastrique est fréquente en raison de la connexion entre la trachée distale et l'œsophage distal. Le **diagnostic** d'une fistule trachéo-œsophagienne est généralement posé chez les nouveau-nés simplement en essayant de faire passer une **sonde nasogastrique dans l'estomac** avant d'obtenir une radiographie pulmonaire. Le **cathéter sera vu enroulé** dans la poche œsophagienne proximale ou rarement dans une bronche et chez la plupart des nourrissons, il ne peut pas être passé à plus de 10 à 15 centimètres. Les fistules de type H sont rares et présentes plus tard dans la vie, souvent avec une légère détresse respiratoire avec alimentation ou une pneumonie récurrente.

Le traitement consiste en une **ligature chirurgicale de la fistule** avec une anastomose primaire si possible. Les patients atteints d'une fistule trachéo-œsophagienne doivent être **évalués pour d'autres anomalies congénitales**, car d'autres anomalies sont observées dans la moitié des cas, généralement dans le cadre d' **associations VACTERL** (anomalies vertébrales, atrésie anale, anomalies cardiaques, fistule trachéo-œsophagienne, atrésie de l'œsophage et anomalies rénales et des membres) ou **CHARGE** (colobome, anomalie cardiaque, atrésie choanale, retard et anomalies génitales et auriculaires).

Références

Objectifs numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Oermann CM. Anomalies congénitales des voies respiratoires intrathoraciques et fistule trachéo-œsophagienne. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 20 juin 2022.

<https://afkebooks.com>



Question #16

Un garçon de 9 ans présente une faiblesse et une diarrhée sanguinolente. Maman rapporte qu'il a la diarrhée depuis plusieurs jours avec de la fièvre. Son laboratoire révèle :

Hémoglobine	83 g/L (125 à 170)
Créatinine	221 µmol/L (70 à 120)
Thrombocyte	100× 109/L (130 à 380)

Lequel des éléments suivants sera utile pour confirmer le diagnostic ?

- A) Frottis périphérique
- B) Niveau de fer
- C) Leucocytose
- D) Taux de fibrinogène

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Le taux de fer d'un patient ne doit pas être altéré dans le syndrome hémolytique et urémique. L'anémie est causée par l'hémolyse et n'est pas liée aux taux de fer dans le sang. D'autres valeurs de laboratoire qui sont utiles pour identifier l'hémolyse active comprennent la LDH (élevée) et la bilirubine (élevée).

Le choix C n'est pas correct :

La leucocytose est fréquente dans le syndrome hémolytique et urémique, mais n'est pas spécifique au syndrome et peut indiquer une affection inflammatoire infectieuse ou non spécifique.

Le choix D n'est pas correct :

Les taux de fibrinogène peuvent être normaux ou légèrement élevés dans le syndrome hémolytique et urémique et ne sont donc pas spécifiques pour le diagnostic. Dans de rares cas, les patients peuvent développer une coagulation intravasculaire disséminée, auquel cas les taux de fibrinogène peuvent diminuer et les produits de fibrine fractionnée augmenteront.

Points résumés :

Suspicion de syndrome hémolytique et urémique chez un enfant présentant des douleurs abdominales soudaines, une diarrhée sanglante et une triade d'anémie, de thrombocytopénie et d'insuffisance rénale.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

La plupart des cas de **syndrome hémolytique et urémique (SHU)** surviennent chez les enfants après une **maladie diarrhéique** causée par **E. coli O157 :H7**. Dans ces cas, E. coli produit une **toxine qui endommage les cellules endothéliales**, en particulier celles du **côlon et des reins**. Les premiers symptômes de la maladie sont liés à la maladie diarrhéique et peuvent impliquer **une colite hémorragique** à la suite de la

<https://afkebooks.com>



invasion de la paroi intestinale. Le syndrome clinique implique le développement d'une **anémie hémolytique microangiopathique** et d'une insuffisance rénale. Le **frottis périphérique met en évidence** une diminution du nombre de globules rouges (anémie) et une fragmentation des globules rouges à la suite de l'anémie hémolytique microangiopathique. Ces globules rouges anormaux comprennent : **les schistocytes**, les sphérocytes, les globules rouges segmentés et les cellules de bavures. La thrombocytopénie est fréquente en raison des microthromboses présentes dans le syndrome. La fièvre est souvent présente. Le syndrome imite le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) chez l'adulte.

Références

Objectifs numéro 42-1 (Anémie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Niaudet P, Boyer O. Vue d'ensemble du syndrome hémolytique et urémique chez l'enfant. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 02 décembre 2021.

<https://afkebooks.com>



Question #18

Une fillette de 19 mois est amenée à l'urgence par ses parents parce qu'elle pleure et refuse de marcher depuis sa chute la veille. Les parents rapportent qu'elle a récemment commencé à marcher et qu'elle était instable sur ses pieds. L'examen révèle une enfant irritable avec des mouvements limités de son membre inférieur droit. Un examen radiographique révèle une fracture en spirale déplacée du fémur au milieu de la diaphyse. Un chirurgien orthopédiste a été appelé pour stabiliser la fracture. Lequel des éléments suivants doit être ordonné, en plus de la stabilisation de la fracture ?

- A) Une biopsie osseuse
- B) Une IRM du fémur
- C) Taux sériques de calcium et de phosphore
- D) Une étude squelettique
- E) Dépistage des mucopolysaccharides urinaires

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Une biopsie osseuse n'est pas indiquée à moins qu'une maladie métabolique ne soit suspectée.

Le choix B n'est pas correct :

L'IRM du fémur n'est pas indiquée pour diagnostiquer et traiter une fracture aiguë. L'IRM est surtout utile pour les lésions des tissus mous plutôt que pour les blessures osseuses, en particulier dans l'évaluation des traumatismes des extrémités.

Le choix C n'est pas correct :

Les taux sériques de calcium et de phosphore ne sont pas utiles dans une fracture aiguë chez un nourrisson. Les fractures dues à la diffusion osseuse métabolique (rachitisme nutritionnel) sont plus fréquentes sous forme de fractures métaphysaires transversales. Ces fractures sont associées à des modifications radiographiques chroniques.

Le choix E n'est pas correct :

Le dépistage des mucopolysaccharides urinaires n'est pas indiqué systématiquement dans une fracture unique isolée d'un os long chez un nourrisson. Lorsque l'on soupçonne des troubles du tissu conjonctif ou des troubles osseux généralisés avec implication de plusieurs os et des fractures à différents stades, il faut alors étudier la possibilité d'un trouble métabolique.

Points résumés :

Lorsqu'une fracture en spirale d'un fémur ou d'un humérus est observée chez les enfants à la suite d'une chute, la maltraitance des enfants doit être suspectée. Une enquête squelettique est indiquée pour documenter les blessures à divers stades de guérison en cas de suspicion de maltraitance d'enfant.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

<https://afkebooks.com>



Les fractures en spirale chez les enfants sont généralement dues à une **torsion ou à une torsion**. Les fractures en spirale du fémur sont rares chez les tout-petits et les jeunes enfants. Lorsqu'une **fracture en spirale du fémur ou de l'humérus** est observée chez les enfants à la suite d'une chute, **la maltraitance des enfants** doit être suspectée et faire l'objet d'une enquête, à moins que les antécédents et l'examen clinique ne soient fortement corrélés à la fracture. Une **enquête squelettique** est indiquée pour documenter les blessures à divers stades de guérison en cas de suspicion de maltraitance d'enfant.

Références

Ellaway BA, Payne EH, Rolfe K, Dunstan FD, Kemp AM, Butler I, et al. Les bébés maltraités sont-ils protégés contre d'autres abus ? Arch Dis Child. 2004 Sep; 89(9) :845-6. Objectifs numéro 114-1 (Maltraitance d'enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #19

Un mâle de 8 mois est amené à l'urgence par sa mère qui affirme que lorsqu'elle est venue le chercher chez la baby-sitter, il n'agissait pas correctement. La baby-sitter a déclaré qu'il dormait plus et qu'il était difficile. À l'examen, le bébé est stuporé. Sa température est de 37,8 °C (99,9 °F), son pouls est de 140/min et sa respiration est de 36/min. Une ecchymose de 4 cm est notée sur sa joue droite. Le reste de l'examen physique n'a rien de particulier. Le médecin soupçonne une possible violence physique. Il ordonne une tomodensitométrie de la tête, un relevé squelettique, un panel de chimie et formule sanguine complète. Lequel des tests de diagnostic suivants doit également être prescrit ?

- A) Niveau d'ammoniac
- B) Etudes de coagulation
- C) Bilan lipidique
- D) Études sur la thyroïde
- E) Électrolytes urinaires

Explication

Child abuse case	
Laboratory tests and indication	
A.	Rule out medical causes of bruising/fracture with appropriate investigations:
	<ul style="list-style-type: none">• if fractures evident: Ca²⁺, Mg²⁺, PO₄³⁻, ALP, PTH, Vitamin D, renal function, and bone density• if bruising present: CBC, INR, PTT, von Willebrand factor, factors VII/IX/X/XIII
B.	Screen for abdominal trauma (transaminases and amylase):
	<ul style="list-style-type: none">• if increased, abdomen CT recommended
C.	Skeletal survey in children <2 year
	<ul style="list-style-type: none">• bone scan can be beneficial for assessing rib fractures

Copyright © by McGraw-Hill

Réponse Description

Les choix A, C, D, E ne sont pas corrects :

Un taux d'ammoniac, un bilan lipidique, des études thyroïdiennes ou des électrolytes urinaires ne sont pas indiqués.

Points résumés :

Le syndrome du bébé secoué est un groupe de résultats secondaires à des secousses violentes qui se produisent le plus souvent chez les nourrissons, mais peuvent survenir chez des enfants âgés d'à peine 4 ans. Les résultats comprennent un hématome sous-dural, des saignements sous-arachnoïdiens, des fractures occultes et des hémorragies rétiniennes. Cliniquement, ils se présentent comme somnolents et difficiles.

Plus de détails

<https://afkebooks.com>



La bonne réponse est B.

Le syndrome du bébé secoué a été défini par le radiologue pédiatrique John Caffey en 1972. Environ 1 à 2 millions de cas de maltraitance et de négligence envers les enfants sont signalés chaque année, et près de 2000 enfants meurent chaque année des suites de maltraitance et de négligence. Les nourrissons qui sont secoués peuvent ne présenter aucun signe visible de blessure et peuvent sembler **dormir profondément**. Cette somnolence est due à des **lésions cérébrales** et à un **gonflement**, qui peuvent résulter d'un **saignement entre le cerveau et le crâne** (hémorragie sous-durale). Les nourrissons peuvent également avoir des saignements dans la **rétine** (hémorragie rétinienne) à l'arrière de l'œil.

Une **numération plaquettaire normale** et **des études de coagulation** éliminent le diagnostic erroné d'anomalies hémorragiques et font partie des tests de maltraitance des enfants.

Références

Pierce MC, Smith S, Kaczor K. Ecchymoses chez les nourrissons : ceux qui ont une ecchymose peuvent être maltraités. Soins pédiatriques Emerg. 2009 déc. 25(12) :845-7. Objectif numéro 114-1 (Maltraitance d'enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #21

Une fillette de 4 ans est évaluée pour des douleurs abdominales, une dysurie et de la fièvre pendant 2 jours. L'examen physique est significatif pour la sensibilité sus-pubienne et la sensibilité à l'angle costo-vertébral gauche. L'analyse d'urine révèle une infection des voies urinaires (IVU). Il s'agit de la troisième infection urinaire que ce patient subit. Quelle procédure diagnostique serait appropriée ?

- A) Cystoscopie
- B) Échographie rénale
- C) Scintigraphie rénale nucléaire
- D) Pyélogramme intraveineux
- E) Cysto-uréthrogramme mictionnel

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La cystoscopie n'est pas utile dans l'évaluation d'une infection des voies urinaires.

Le choix B n'est pas correct :

Une échographie rénale peut diagnostiquer une hydronéphrose ou une dilatation du système collecteur, mais une VCUG est plus informative dans le traitement du reflux vésico-urétéral.

Le choix C n'est pas correct :

La scintigraphie rénale nucléaire fournit moins d'informations structurelles que la VCUG pour le diagnostic de RVU. Cependant, il peut révéler des cicatrices ou d'autres anomalies rénales dues à des anomalies ou des infections urinaires chroniques.

Le choix D n'est pas correct :

Un pyélogramme intraveineux n'est pas souvent utilisé pour évaluer les enfants atteints d'infections urinaires.

Points résumés :

Éviter la cystouréthrogramme (VCUG) est l'étude initiale préférée pour le dépistage du reflux vésico-urétéral chez les enfants.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Compte tenu des **infections urinaires récurrentes de cet enfant** et des résultats actuels suggérant une **pyélonéphrite**, il est important d'exclure le **reflux vésico-urétéral (RVU)**. Cette anomalie touche 1 % ou plus des enfants, mais a une prévalence élevée chez ceux qui ont des infections urinaires récurrentes. Le **RVU permet aux bactéries de remonter vers les reins à partir de la vessie**. Un RVU important peut entraîner une **dilatation de la**

<https://afkebooks.com>



système collecteur et lésions rénales à long terme. Le RVU peut parfois être identifié indirectement à l'échographie prénatale comme une hydronéphrose. L'étude de choix chez les enfants est la cysto-uréthrogramme mictionnelle (VCUG), car elle fournit des informations plus utiles et plus précises que les études d'échographie ou de médecine nucléaire.

Obtenir un **cysto-uréthrogramme mictionnel (VCUG)** pour diagnostiquer le reflux vésico-urétéréal (RVU) chez :

- Les enfants de **tout âge** atteints de **≥2 infections urinaires fébriles**, ou
- Enfants de **tout âge** atteints d'une **première infection urinaire fébrile et** :
 - Toute anomalie à l'échographie rénale, **ou**
 - La combinaison d'une température de $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ($102,2^{\circ}\text{F}$) et d'un agent pathogène autre que E. coli, **ou**
 - Faible croissance ou hypertension

Références

Objectifs numéro 110-1 (Dysurie, Fréquence et urgence urinaires, et/ou Pyuria) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Shaikh N, Hoberman A. Infections des voies urinaires chez les nourrissons de plus d'un mois et les jeunes enfants : prise en charge aiguë, imagerie et pronostic. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 05 mai 2021.

Question #22

Une fillette de 15 mois, auparavant en bonne santé, est amenée chez le médecin par sa mère avec une blessure au bras droit. Sa mère a essayé de la soulever hors de la poussette alors qu'elle était encore attachée. L'enfant a commencé à pleurer immédiatement et tient son bras droit immobile et refuse de l'utiliser. Sa mère dit qu'il n'y a pas d'autre traumatisme. À l'examen, l'enfant est alerte, éveillé et joueur à moins qu'on ne touche son bras droit. Lorsqu'on lui montre un objet, l'enfant le saisit avec sa main gauche, mais pas avec sa main droite. Elle tient son bras droit en extension avec l'avant-bras en pronation. Il n'y a pas de sensibilité à la palpation de l'humérus ou de l'avant-bras. Aucun gonflement ou déformation n'est noté. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de cet enfant ?

- A) Radiographies antéropostérieure et latérale du coude droit
- B) Orientation vers un chirurgien orthopédiste
- C) Hyperpronation de l'avant-bras droit
- D) Supination et hyperextension de l'avant-bras droit
- E) Prise en charge de soutien avec une écharpe et un contrôle de la douleur

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La subluxation de la tête radiale est diagnostiquée par l'anamnèse caractéristique et les résultats de l'examen. Les radiographies du coude ne sont pas indiquées dans la prise en charge initiale. Les radiographies (pour exclure une fracture radiale ou ulnaire) sont indiquées chez les patients présentant un gonflement ou une sensibilité ponctuelle à l'examen ou avec un mécanisme incompatible avec le coude de l'infirmière.

Le choix B n'est pas correct :

L'orientation vers un chirurgien orthopédiste est appropriée pour un patient dont les radiographies sont normales et qui refuse de bouger le bras même après plusieurs tentatives de réduction. Ces patients doivent être attelle avant d'être orientés au cas où il y aurait une fracture occulte.

Le choix D n'est pas correct :

La supination et la flexion, plutôt que l'extension, sont utilisées pour réduire une tête radiale subluxueuse.

Le choix E n'est pas correct :

La prise en charge de soutien avec une écharpe et le contrôle de la douleur sont appropriées pour les patients qui attendent une évaluation par un chirurgien orthopédiste.

Points résumés :

La subluxation de la tête radiale est un diagnostic clinique basé sur l'anamnèse caractéristique et les résultats de l'examen ; les radiographies ne sont pas nécessaires pour le diagnostic. La subluxation peut être réduite par **l'hyperpronation ou la supination et la flexion de l'avant-bras**.

L'hyperpronation est la méthode **privilégiée** pour la première tentative de réduction.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

<https://afkebooks.com>



Cet enfant a des antécédents et des résultats d'examen physique compatibles avec **une subluxation de la tête radiale**, également connue sous le nom de coude de la nourrice. La subluxation de la tête radiale est une blessure fréquente chez les enfants âgés de **1 à 4 ans**, bien qu'elle puisse survenir chez les jeunes enfants. Cette blessure se produit lorsqu' **une traction axiale** est appliquée sur l'avant-bras avec le coude en extension. En règle générale, une personne qui s'occupe de l'enfant tient la main d'un enfant et essaie de le tirer par le bras. D'autres mécanismes comprennent le fait de soulever ou de balancer un enfant par un ou les deux bras.

La subluxation de la tête radiale peut être traitée par **une hyperpronation de l'avant-bras** ou **une supination et une flexion du coude**. Bien que l'une ou l'autre méthode puisse être utilisée, l'hyperpronation est recommandée pour la première tentative de réduction en raison des taux de réussite plus élevés et de la douleur moins perçue pendant la réduction.

Références

Objectif numéro 67-1-2-2 (Douleur locale, épaule/coude/poignet/main) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Vitello S, Dvorkin R, Sattler S, et al. Épidémiologie du coude de l'infirmière. West J Emerg Med 2014 ; 15:554.

<https://afkebooks.com>



Question #24

Un nourrisson de sexe masculin de 5 semaines se présente à l'urgence avec des vomissements non bilieux. Selon les parents, le patient semble avoir faim, mais 5 à 10 minutes après avoir bu 3 onces de lait maternisé, il crache. C'était d'abord sporadique, mais cela se produit maintenant à chaque repas. Sa mère décrit les vomissements comme étant violents. À l'examen, le patient semble bien hydraté avec une température de 37,4°C, un pouls de 150/min et une fréquence respiratoire de 30/min. Son abdomen n'est pas distendu, sans masses ni organomégalie palpable. Le patient a une forte succion et un réflexe de Moro symétrique. Lequel des tests diagnostiques suivants doit être prescrit pour confirmer le diagnostic ?

- A) Série GI supérieur
- B) Panneau métabolique de base
- C) Échographie abdominale
- D) TDM abdomino-pelvienne
- E) Insertion d'une sonde nasogastrique

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Si l'échographie n'est pas disponible ou n'est pas diagnostique, une série gastro-intestinale supérieure peut être effectuée, qui révélera un rétrécissement du pylore (signe de voie de tramway) dans la sténose pylorique.

Le choix B n'est pas correct :

À la suite de vomissements persistants, les patients atteints de sténose pylorique présentent souvent une alcalose métabolique hypochlorémique hypochlorémique sur le panel métabolique de base (comprend un panel d'électrolytes et des tests de la fonction rénale et mesure également le glucose et le calcium).

Cependant, cela n'est pas spécifique pour le diagnostic de la sténose pylorique, en particulier lorsqu'il n'y a pas de masse abdominale palpable.

Le choix D n'est pas correct :

Parce qu'il existe d'autres modalités d'imagerie non ionisantes avec une sensibilité équivalente pour la sténose pylorique, la tomodensitométrie est rarement nécessaire et doit être évitée.

Le choix E n'est pas correct :

L'insertion d'une sonde nasogastrique et la vidange du contenu de l'estomac peuvent aider à reconnaître la masse palpable, cependant, l'échographie est préférée car elle est très sensible et non invasive.

Points résumés :

Les patients atteints de sténose pylorique seront âgés de 2 à 8 semaines et présenteront des vomissements de projectiles non bilieux après le repas et une satiété précoce. L'examen physique montrera une masse semblable à celle de l'olive RUQ (pylore hypertrophié). Les laboratoires montreront une alcalose hypochlorémique, hypokaliémique et métabolique. Le diagnostic est posé par échographie ou série UGI (signe de ficelle). Le traitement est chirurgical.

Plus de détails

<https://afkebooks.com>



La bonne réponse est C.

Ce patient souffre **de sténose pylorique**, la cause la plus fréquente d'**obstruction gastrique chez les nourrissons**. Il se caractérise par **des vomissements postprandiaux non bilieux progressifs** qui augmentent régulièrement en fréquence et en quantité en raison de l'hypertrophie de la musculature pylorique et de l'œdème du canal pylorique, produisant une obstruction de la sortie gastrique. Les nourrissons présentent généralement des **symptômes entre 2 et 8 semaines**, mais ils peuvent survenir jusqu'à l'âge de 5 mois. En raison de vomissements persistants, **une alcalose métabolique hypokaliémique hypochlorémique** avec **déshydratation** est fréquemment notée. Un retard de croissance peut également être observé si le diagnostic n'est pas posé tôt dans l'évolution. **Jusqu'à 90 % des nourrissons présentent** l'olive pylorique **pathognomonique**, qui est due à **une hypertrophie de la musculature antrale et pylorique** et qui est mieux **palpée** dans l'**épigastre** ou le **quadrant supérieur droit**. Si une masse palpable est détectée, aucune imagerie n'est indiquée et une consultation chirurgicale directe est justifiée. Cependant, si le diagnostic est moins certain et qu'il n'y a pas de masse palpable détectée, une **échographie** doit être obtenue.

Références

Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Maloney PJ. Troubles gastro-intestinaux. Dans : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier Saunders ; 2018:2126-2144. Olivé A, Endom E. Sténose pylorique hypertrophique infantile. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 22 octobre 2020.

<https://afkebooks.com>



Question #26

Une nouveau-née dans la salle d'accouchement développe une détresse respiratoire. Elle est née à 38 semaines de gestation par accouchement vaginal. L'échographie prénatale a révélé un polyhydramnios. Sa température est de 36,7 °C (98 °F), sa tension artérielle est de 70/40 mm Hg, son pouls est de 186 / min et sa respiration est de 78 / min. L'oxymétrie de pouls est à 80% à l'air ambiant. L'examen montre un évasement nasal, des grognements et une poitrine en forme de tonneau. L'auscultation montre des bruits de respiration absents sur la gauche et une légère aération du poumon droit. Les bruits cardiaques sont les plus forts dans la poitrine droite. L'abdomen apparaît scaphoïde. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Dextrocardie avec situs inversus
- B) Pneumonie
- C) Hypoplasie pulmonaire
- D) Pneumothorax spontané
- E) Hernie diaphragmatique

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La dextrocardie fait référence à l'emplacement du cœur dans la poitrine droite et ferait en sorte que les sons cardiaques soient plus forts du côté droit. Les bruits respiratoires ne sont pas diminués et l'abdomen n'est pas scaphoïde.

Le choix B n'est pas correct :

La pneumonie ne se manifeste généralement pas immédiatement après la naissance par une détresse respiratoire, prenant généralement plusieurs heures après l'accouchement pour développer des symptômes. L'abdomen n'est pas scaphoïde et les bruits cardiaques sont normaux.

Le choix C n'est pas correct :

L'hypoplasie pulmonaire peut être le résultat d'agressions (c'est-à-dire d'*oligohydramnios*) au fœtus *in utero* qui diminuent la taille des poumons. Il peut également être le résultat d'un diaphragmatique ; *Hermia*, car le poumon est déplacé par le contenu abdominal.

Le choix D n'est pas correct :

Le pneumothorax spontané survient souvent au cours de la période néonatale après une réanimation vigoureuse à la naissance. Un pneumothorax du côté gauche provoquerait une détresse respiratoire, une cyanose et un décalage médiastinal, mais ne produirait pas d'abdomen scaphoïde.

Points résumés :

La hernie diaphragmatique congénitale se produit en raison de la présence de défauts de développement dans le **diaphragme** à travers les anses intestinales, les hernies à la poitrine, **comprimant les poumons** et produisant une **hypoplasie pulmonaire**, une **hypertension pulmonaire**,

l'**immaturité pulmonaire** et les déficiences potentielles du système enzymatique tensioactif et antioxydant. Dans **85%** des cas, la hernie se produit à travers un défaut du **côté gauche** du diaphragme appelé **foramen de Bochdalek**. La compression pulmonaire explique les signes observés dans ce cas comme une détresse respiratoire et **des bruits respiratoires absents** d'un côté. La **radiographie** montre un **déplacement médiastinal** vers la **droite** et un **intestin rempli d'air** du côté gauche.

<https://afkebooks.com>



Plus de détails

La bonne réponse est E.

Une hernie diaphragmatique congénitale est souvent observée à l'échographie prénatale. Une hernie diaphragmatique est un défaut de l'hémediaphragme qui permet au [contenu abdominal d'entrer dans le thorax](#). Il présente des signes de **détresse respiratoire, de cyanose et d'abdomen scaphoïde**. L'auscultation montrera une **diminution des bruits respiratoires du côté affecté**. Il se produit plus **souvent du côté gauche** que du côté droit.

Références

Irish MS, Holm BA, Glick PL. Hernie diaphragmatique congénitale. Une revue historique. Clin Perinatol. 1996 23 décembre (4) :625-53. Objectif numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #27

Quelle est la prochaine étape la plus appropriée dans la prise en charge de ce nouveau-né ?

- A) Ventilation par sac et masque
- B) Mise en place d'une sonde orogastrique
- C) Intubation endotrachéale
- D) Radiographie du thorax
- E) Échocardiographie

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'oxygène soufflé et la ventilation par sac et masque sont contre-indiqués car ces

Les manœuvres peuvent pomper de l'air dans le tractus gastro-intestinal et compromettre davantage la fonction pulmonaire.

Le choix B n'est pas correct :

Une fois les voies respiratoires sécurisées, un tube nasal ou orogastrique doit être placé et connecté à une aspiration continue pour éviter la distension intestinale contre les poumons.

Le choix D n'est pas correct :

Lorsque le patient est stable, une radiographie thoracique peut confirmer l'emplacement de chaque tube et ligne en plus de la présence d'intestin dans l'hémothorax.

Le choix E n'est pas correct :

Une échocardiographie doit être effectuée pour évaluer l'hypertension pulmonaire en plus d'autres anomalies cardiaques potentielles. Cependant, ce patient pourrait mourir si la prise en charge des voies respiratoires est retardée dans la poursuite d'études diagnostiques

Points résumés :

La **première étape** de la prise en charge d'un nouveau-né présentant une insuffisance respiratoire et une hernie diaphragmatique congénitale suspectée est

intubation endotrachéale. Une **sonde gastrique** doit être placée immédiatement pour **décompresser l'estomac et l'intestin**.

Plus de détails

<https://afkebooks.com>



Le choix C est correct :

L'hypoxie, la **détresse respiratoire** et l'examen physique de ce nourrisson doivent entraîner **une intubation d'urgence** et **une ventilation prudente**. L'étape suivante est **l'aspiration orogastrique** pour décompresser l'intestin.

Ils peuvent nécessiter **une oxygénation par membrane extracorporelle** (ECMO) en raison de l'**hypertension pulmonaire** résultant de l'hypoplasie pulmonaire.

Références

Rees JR, Redo SF, Tanner DW. Hernie de Bochdalek. Examen de vingt et un cas. Am J Surg. 1975 Mar; 129(3):259-61.
Objectif numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #32

Alors qu'elle se trouve au service des urgences pour une évaluation de la cyanose péribuccale pendant l'alimentation, une fillette de 1 mois développe une cyanose et une tachypnée qui s'aggravent pendant qu'on lui administre une voie intraveineuse. À l'examen, elle pleure de manière incontrôlable. On note qu'elle a un souffle systolique le long du bord sternal gauche. Elle devient de plus en plus cyanosée au cours de votre bref examen. Quelle est la prochaine étape la plus appropriée dans la prise en charge de ses symptômes ?

- A) Placez le nourrisson en position genou-poitrine
- B) Préparation à l'intubation en séquence rapide
- C) Administrer de la morphine par voie intraveineuse
- D) Administrer de la phénylephrine par voie intraveineuse

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix C n'est pas correct :

La morphine intraveineuse peut jouer un rôle dans la gestion d'une crise de têt, mais un positionnement correct et un supplément d'oxygène doivent d'abord être effectués.

Le choix D n'est pas correct :

La phénylephrine par voie intraveineuse doit être utilisée si d'autres mesures, telles que le positionnement, l'oxygène, la morphine et le bicarbonate de sodium, ne sont pas efficaces.

Le choix B n'est pas correct :

L'intubation en séquence rapide est rarement indiquée dans la prise en charge des périodes de têt.

Points résumés :

Les patients atteints de tétralogie de Fallot ont des antécédents d'épisodes de cyanose (périodes de têt) et de squat pour se soulager. C'est la cardiopathie congénitale cyanotique la plus courante. L'échocardiographie montrera une sténose pulmonaire, une hypertrophie ventriculaire droite, une aorte dominante et une communication interventriculaire (VSD). Une radiographie pulmonaire montrera un cœur en forme de botte.

Mnémotechnique:

PROVe : **sténose** pulmonaire, **hypertrophie ventriculaire** droite, **aorte** protectrice, **VSD**

Plus de détails

La bonne réponse est A.

La présence d' une **cyanose pendant l'alimentation** et d'un **souffle systolique le long du bord gauche du cœur** est préoccupante pour une éventuelle **tétralogie**

<https://afkebooks.com>



de Fallot. Caractérisée par quatre anomalies, une obstruction de l'écoulement ventriculaire droit, une communication interventriculaire, une aorte dominante et une hypertrophie ventriculaire droite, la tétralogie de Fallot est **la cause la plus fréquente de cardiopathie congénitale cyanotique**. Une complication potentiellement mortelle de ce trouble est une période d'**hypoxie ou d'hypercyanose**, également connue sous le nom de « **crise de tête** ».

Se produisant le plus souvent chez les nourrissons, les crises de tête peuvent être **déclenchées** par des événements tels que **les pleurs, la défécation, l'hypovolémie et la tachycardie**. Il y a une **diminution soudaine de la résistance vasculaire systémique** entraînant une **augmentation de la dérivation du sang désoxygéné** à travers la communication interventriculaire. L'**hypoxie et l'hypercarbie**, à leur tour, **stimulent les centres respiratoires** du cerveau, provoquant une augmentation de la respiration. Cela met en place un cycle perpétuant dans lequel **les respirations profondes et rapides** provoquent une **augmentation de la pression intrathoracique négative**, ce qui entraîne une augmentation du retour sanguin veineux et une augmentation ultérieure du volume sanguin shuntée par la communication intervenante. Au cours d'une période de tête, l'enfant deviendra **progressivement plus cyanotique** et peut devenir boiteux, convulsif ou même faire un arrêt cardiaque.

La prise en charge initiale consiste à placer l'enfant en **position genou-poitrine** (ou en position accroupie chez les enfants plus âgés) dans le but d'augmenter la résistance vasculaire systémique. **De l'oxygène supplémentaire** doit être administré, mais l'oxygène seul ne corrigera pas la cyanose en raison du débit sanguin pulmonaire limité et du shunt de droite à gauche. **Le traitement de deuxième intention** comprend de la **morphine**, qui peut avoir un effet **anxiolytique et diminuer la fréquence respiratoire**. **Le bicarbonate de sodium** est indiqué en cas d'acidose métabolique suspectée ou connue. Si ces mesures seules ne sont pas efficaces, **des vasopresseurs** peuvent être nécessaires (par exemple, la phényléphrine).

Références

Objectifs numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Horeczko T, Inaba AS. Cardiac Disorders. In : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Elsevier; 2018 : (Ch) 170. Doyle T, Kavanaugh-McHugh A, Fish F. Gestion et résultats de la tétralogie de Fallot. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 15 avril 2022.

<https://afkebooks.com>



Question #33

Un mâle de 5 semaines se présente avec une toux et une congestion. La mère nie toute fièvre. La patiente est née à terme lors d'un accouchement vaginal spontané normal. La mère n'a pas reçu de soins prénataux et a des antécédents de plusieurs partenaires sexuels dans le passé et tout au long de la grossesse. À l'examen physique, le patient est tachypnétique par intermittence après des épisodes de toux de type staccato. Sa radiographie pulmonaire montre une hyperinflation avec des infiltrats interstitiels symétriques bilatéraux. Les données de laboratoire ne sont significatives que pour l'éosinophilie. L'analyse de l'échantillon nasopharyngé est en attente. Lequel des traitements suivants est le traitement de choix pour l'infection de ce patient ?

- A) La ribavirine
- B) Amoxicilline
- C) Érythromycine
- D) Ampicilline et gentamicine

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Ce serait le traitement approprié si la pneumonie à streptocoque était l'organisme infectieux. Le streptocoque est la cause bactérienne la plus fréquente de pneumonie chez les nourrissons âgés de 1 à 3 mois. Cependant, la présentation de la patiente, les antécédents maternels, les données de laboratoire et les résultats d'imagerie sont compatibles avec une pneumonie à chlamydia.

Le choix D n'est pas correct :

Il s'agirait du traitement approprié pour la pneumonie néonatale à début précoce pour couvrir le streptocoque du groupe B, Listeria monocytogenes et les bactéries à Gram négatif.

Le choix A n'est pas correct :

La ribavirine a été utilisée pour traiter la pneumonie à virus respiratoire syncytial dans les cas graves. Il a également été utilisé pour le traitement prophylactique chez les patients à haut risque.

Points résumés :

La pneumonie à Chlamydia trachomatis chez les nouveau-nés se manifeste généralement par une toux saccadée classique et une congestion des voies respiratoires supérieures. Une conjonctivite dans les cas plus précoce peut également être présente. Le traitement recommandé est l'érythromycine, 50 mg/kg/jour divisé en 4 doses, pendant 14 jours.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Le manque de soins prénataux et les antécédents sexuels de la mère exposaient la patiente à un risque d'infection à Chlamydia trachomatis. La présentation du patient montre des signes classiques, faisant de **la pneumonie à Chlamydia** le diagnostic le plus probable. **Chlamydia trachomatis** est l'**infection transmissible sexuellement** la plus souvent au Canada. **Les nouveau-nés nés par voie vaginale** sont à risque de

être infecté par *C. trachomatis* (types B, D à K), si leur mère est porteuse de l'agent pathogène. Des études ont montré une gamme d'infections maternelles à *Chlamydia trachomatis* allant de 2 à 20 % avec un risque de transmission d'environ 50 à 70 % (symptomatique ou asymptomatique) pendant l'accouchement.

Les infections les plus courantes sont soit **la conjonctivite** (20-50%) soit **la pneumonie** (5-30%). Les nouveau-nés atteints **de conjonctivite à chlamydia** sont généralement présents à **5-14 jours** (période d'incubation) avec un gonflement initial et un écoulement aqueux qui devient mucopurulent, éventuellement un écoulement sanguin, avec un gonflement oculaire sévère et un chémose (conjonctive rouge et épaisse).

Des pseudomembranes peuvent également être trouvées sur la conjonctive. **S'il n'est pas traité**, un tissu de granulation se forme sur la conjonctive et une **cicatrisation cornéenne/conjonctivale** se produit et éventuellement une déficience visuelle si elle n'est pas traitée. **Les nourrissons atteints de pneumonie à Chlamydia trachomatis** se présentent entre **4 et 12 semaines**, la plupart sont **symptomatiques avant 8 semaines** et la moitié de ces patients ont une infection conjonctivale. Ces patients présentent initialement une **toux et une congestion nasale**. Classiquement, la toux est décrite comme une « **toux staccato** » avec des râles couramment appréciés à l'examen physique. Les données de laboratoire montreront une **éosinophilie**. La radiographie pulmonaire montre généralement une **hyperinflation avec des infiltrats interstitiels symétriques bilatéraux**. Le diagnostic est posé à l'aide de méthodes de détection d'antigènes ou de tests d'amplification des acides nucléiques sur des échantillons conjonctivaux et nasopharyngés et confirmation par culture. Le **traitement recommandé** pour la conjonctivite à chlamydia et la pneumonie est **l'érythromycine orale pendant 14 jours**, avec **de l'azithromycine comme traitement alternatif approprié**. Le traitement topique ne s'est pas avéré efficace pour éradiquer le nourrisson ou le nouveau-né de l'organisme infectieux. Les complications à long terme de l'infection sont rares après le traitement.

Références

Objectifs numéro 18 (Toux) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Copeland JE. Pneumonie chez les nourrissons et les enfants. Dans : Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, et al., eds. Tintinalli's Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide. 9e éd. McGraw-Hill ; 2020 : (Ch) 125. Hammerschlag M. *Chlamydia trachomatis* infections chez le nouveau-né. Post TW, éd. UpToDate.

Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 11 janvier 2022.

Question #34

Vous êtes en train d'évaluer un petit garçon de 4 mois à votre bureau et vous remarquez qu'il y a un point plat sur le côté gauche de la tête du bébé. Le patient n'a pas de crêtes notées à la palpation du crâne. Quelle est la meilleure recommandation ?



- A) Encouragez le temps passé sur le ventre
- B) Réconfort
- C) Orientation vers la neurochirurgie
- D) Échographie des hanches

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Il n'est pas rassurant car la plagiocéphalie positionnelle du patient peut s'aggraver avec l'augmentation de la pression.

Le choix C n'est pas correct :

Dans les deux cas de plagiocéphalie positionnelle sévère ainsi que dans celui de craniosynostose, l'orientation vers la neurochirurgie et l'intervention chirurgicale sont entreprises à l'âge de 8 à 12 mois.

Le choix D n'est pas correct :

Le torticolis congénital peut entraîner une plagiocéphalie de la position antérieure et il est également lié à l'oligohydramnios, à la présentation du siège et à la dysplasie développementale des hanches. Si l'on craint un torticolis congénital, une échographie des hanches peut être bénéfique à un âge plus précoce.

Points résumés :

L'aplatissement positionnel du crâne (plagiocéphalie non synostotique) se développe après 1 à 2 mois et se caractérise par l'absence de crêtes palpables, une asymétrie faciale, une oreille sur le côté aplati de l'occiput déplacée antérieurement, une calvitie unilatérale et une tête en forme de parallélogramme.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

L'aplatissement positionnel ou la plagiocéphalie positionnelle peut être confondu avec la craniosynostose. La plagiocéphalie positionnelle est un **Diagnostic clinique** et la fréquence de cette affection a augmenté en raison du positionnement en **décubitus dorsal** pour prévenir le syndrome de mort subite du nourrisson. L'incidence élevée, observée chez près de la moitié des nouveau-nés en bonne santé, est due au fait que **les nouveau-nés ne peuvent pas lever et mettre la tête en quarantaine avant trois mois de vie**. L'examen clinique est la meilleure approche pour le diagnostic de la plagiocéphalie et l'imagerie (par exemple la tomodensitométrie) doit être réservée aux cas de doute. **Le reposseonnement** est un

Traitemen^t de la plagiocéphalie déformante, donc dans ce cas, il est favorable d'encourager le temps passé sur **le ventre ou dans des positions dans lesquelles la tête ne porte pas de poids**. Il devrait y avoir une alternance des **positions couchées du nourrisson pendant l'alimentation et le sommeil**. La physiothérapie est efficace et peut aider à éviter une déformation plus importante ou un torticolis. Il n'existe pas de critères standardisés pour l'utilisation de la thérapie par casque en cas de plagiocéphalie, mais les directives actuelles de l'AAP ne la recommandent que dans les cas graves.

Références

Objectifs numéro 74 [Examen périodique de santé (PHE)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Fahrenkopf MP, Adams NS, Mann RJ, Girotto JA. Plagiocéphalie déformante. Dans : Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 21e éd. Elsevier; 2020 : (Ch) 610. Buchanan E. Vue d'ensemble de la craniosynostose. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 04 mai 2021.

Question #35

Un patient a l'apparition soudaine d'anxiété et de douleur. Il se recroqueville, les jambes rentrées sur son abdomen. Au cours des heures suivantes, il a continué à avoir des épisodes de douleur et des pleurs de larmes, mais entre ces moments, il agit normalement. La mère du patient craint que quelque chose ne tourne vraiment mal et l'amène à l'hôpital. Ses antécédents médicaux n'avaient rien de particulier. La semaine précédente, il avait attrapé un rhume avec le nez qui coulait. Ses selles étaient normales ce jour-là. À l'examen, il est calme et son abdomen est étonnamment mou et normal. Dans la salle d'urgence, il y a des selles semi-molles avec un peu de sang mélangé à du mucus. Cette présentation classique de l'invagination est la plus susceptible de se produire dans lequel des groupes d'âge suivants ?

- A) De la naissance à l'âge de 4 semaines
- B) De 6 à 36 mois
- C) 3 à 5 ans
- D) Début de l'adolescence
- E) Fin de l'adolescence

Explication

Intussusception

Pathologic lead points that result in intussusception are:

- Enlarged Peyer's patches due to viral infections of the GI tract
- Polyps
- Meckel's diverticulum
- Cystic fibrosis
- Lymphoma
- Inflammatory Bowel Disease (IBD)

Copyright © by Aki I. Qasim

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Les affections abdominales qui peuvent survenir plus fréquemment au cours de la période néonatale, de la naissance à l'âge de 4 semaines, comprennent des troubles tels que le volvulus, la sténose pylorique et l'entérocolite nécrosante. Volvulus se présenterait avec des vomissements biliaires et une distension abdominale. La sténose pylorique se manifeste généralement vers l'âge de 4 à 6 semaines par des vomissements non bilieux. L'entérocolite nécrosante est plus fréquente chez les prématurés !^{1d} peut présenter des selles très sanguinolentes.

Le choix C n'est pas correct :

Dans le groupe d'âge de 3 à 5 ans, les douleurs abdominales sont souvent dues à la constipation. D'autres affections abdominales courantes à cet âge comprennent la gastro-entérite, tandis que les tumeurs abdominales telles que la tumeur de Wilms et le neuroblastome sont moins fréquentes. L'appendicite est rare avant l'âge de 5 ans.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

L'invagination est moins susceptible de se produire au début de l'adolescence ou à la fin de l'adolescence. L'appendicite survient généralement entre 10 et 19 ans. Les troubles gynécologiques, y compris les maladies inflammatoires pelviennes, les kystes ovariens et les affections liées à la grossesse, doivent être envisagés chez les adolescentes qui présentent une plainte abdominale aiguë

Points résumés :

C'est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale entre **6 et 36 mois**. Il commence généralement à la **jonction iléo-cæle**, le télescopage de l'intestin sur lui-même, provoquant une **obstruction** et une **compromission vasculaire**.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Ce patient présente une **invagination**, c'est-à-dire le télescopage d'un segment de l'intestin dans un autre. L'invagination est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez les enfants âgés de **6 à 36 mois**. La **jonction iléo-colique** est le plus souvent touchée, avec invagination de l'iléon dans le côlon. **La plupart des enfants (75%) n'ont pas de point de plomb identifiable**. On pense que les infections virales précédentes (par exemple, la gastro-entérite) jouent un rôle dans l'inflammation du tissu lymphatique intestinal (par exemple. Les plaques de Peyer), qui peuvent ensuite servir de point de plomb pour l'invagination, le diverticule de Meckel, suivi de polypes et d'hématomes (purpura de Henoch-schönlein), sont les déclencheurs les plus fréquemment identifiés dans les 25 % restants.

Il se manifeste de manière caractéristique par **des épisodes de détresse et de pleurs** entrecoupés de périodes calmes de comportement et de jeu normaux. Plus de **50%** des enfants vont passer **des selles mélangées à du mucus et du sang**, les selles « **gelée de groseille** ». Habituellement, l'abdomen est mou et non sensible, mais avec une invagination avancée, il peut y avoir des signes de péritonite. Parfois, une **masse ressemblant à une saucisse** peut être palpable dans la partie supérieure de l'**abdomen**.

L'échographie est la méthode de choix pour détecter l'invagination et a une **sensibilité et une spécificité de 100%** si elle est effectuée par un échographiste expérimenté pendant la période de douleur. La découverte positive du « **signe cible** » devrait entraîner une réduction immédiate du lavement. Un produit de contraste soluble dans l'air ou l'eau est instillé par le rectum et la pression de ces milieux réduit avec succès la plupart des obstructions. **Les lavements à l'air** sont préférés car ils sont généralement plus rapides, plus propres et plus sûrs que les produits de contraste. Si l'invagination n'est pas réductible par le

lavement, un traitement chirurgical est indiqué.

Références

Objectif numéro 3-1 [Douleurs abdominales (enfants)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Vo N, Sato TT. Invagination chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 19 juillet 2022.

Question #36

Une fillette de 8 ans est amenée à la clinique avec des plaintes de fatigue, de douleurs abdominales et de faible fièvre. Il y a quatre jours, sa mère a remarqué une éruption cutanée rouge sur le dessus des pieds de sa fille, qui s'est maintenant propagée à ses cuisses et à ses fesses. L'éruption cutanée était initialement de petits points rouges, mais est maintenant devenue des taches. Sa fille a par la suite développé des douleurs périombilicales, des crampes et des douleurs abdominales.

L'examen des systèmes n'est positif que pour une maladie virale respiratoire il y a trois semaines. Sa température est de 37,7 °C (99,8 °F), son pouls est de 96 °C et sa respiration est de 18 °C. L'examen abdominal est remarquable par une sensibilité à la palpation près de l'ombilic, mais l'abdomen est par ailleurs mou, sans rebond ni protection, et sans organomégalie. Des lésions purpuriques surélevées et palpables sont présentes sur les fesses et les cuisses. Les chevilles sont sensibles et œdémateuses bilatéralement. La formule sanguine complète révèle une numération leucocytaire de 9 000/mm³. Son taux d'hémoglobine est de 12,6 g/dL et ses plaquettes sont de 325 000/mm³. Les électrolytes sériques sont normaux. Lequel des éléments suivants son analyse d'urine est-elle le plus susceptible de révéler ?

- A) Niveaux élevés de cuivre
- B) Glucosurie
- C) Globules rouges
- D) Plâtres de globules blancs
- E) Levure

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le cuivre urinaire est élevé dans la maladie de Wilson ou la dégénérescence hépatolenticulaire.

Le choix B n'est pas correct :

La glucosurie est observée chez les patients diabétiques.

Le choix D n'est pas correct :

Les moulages de globules blancs sont des amas de leucocytes en forme de tubules rénaux et sont observés dans la pyélonéphrite.

Le choix E n'est pas correct :

La levure est observée chez les patients sous antibiotiques ou immunodéprimés.

Points résumés :

Des lésions purpuriques symétriques palpables, non blanchissantes sont la constatation cutanée caractéristique. Elles sont le plus souvent observées sur les **fesses** et les **membres inférieurs** mais ne sont pas nécessairement la première manifestation de la maladie. La plupart des patients se plaignent également de **douleurs articulaires**, qui sont généralement oligoarticulaires et principalement observées dans les **genoux** et les **chevilles**. D'autres signes courants de la HSP comprennent des douleurs abdominales et une insuffisance rénale. Il est important de vérifier l'urine du patient pour détecter l'**hématurie** lors des visites de suivi, car le patient peut développer une **insuffisance rénale terminale**.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

La **prévalence** du syndrome de **Henoch-Schönlein** (HSP) atteint un pic chez les enfants âgés **de 3 à 10 ans**, mais la maladie est également observée chez les enfants

adulte. Dans l'**hémisphère nord**, la maladie survient principalement entre novembre et janvier. Le **rapport hommes-femmes est de 1,5-2:1**. Environ **la moitié des cas** de HSP sont précédés d'une **infection des voies respiratoires supérieures**, qui déclencherait une réponse immunitaire anormale.

La constellation du purpura « **taille vers le bas** », de l'arthrite, des douleurs abdominales et **du purpura non thrombocytopénique** chez une jeune femme est classique pour **le syndrome de Henoch-Schönlein**. L'éruption cutanée de HSP est caractérisée par des pétéchies qui deviennent du purpura. Il est important de vérifier la présence d'**hématurie** dans l'urine du patient lors des visites **de suivi**, car le patient peut développer **une insuffisance rénale terminale** dans **1 % des cas**. La physiopathologie sous-jacente est liée à une **vascularite des petits vaisseaux sanguins**.

Références

zer IS. Purpura Henoch-Schönlein. Curr Opin Rheumatol. 6 janvier 1994 (1) :25-31. Objectif numéro 8 (Sang dans l'urine / Hématurie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #38

Un garçon de 14 ans est amené au bureau pour son examen physique annuel. Le patient vient de commencer sa 9e année et prévoit de jouer au football, à la lutte et à la course à pied en tant que sprinter cette année. Il est intéressé par la prise de suppléments de créatine pour améliorer ses performances athlétiques. Laquelle des informations suivantes est la plus précise qui devrait être fournie à ce patient ?

- A) La créatine peut améliorer les performances en augmentant la capacité de transport d'oxygène
- B) La créatine peut abaisser le rythme cardiaque et réduire l'anxiété de performance
- C) La créatine est sûre et recommandée pour les athlètes de compétition
- D) La créatine doit être évitée en raison du risque d'arythmie et d'hypertension
- E) Les effets à long terme de la créatine ne sont pas connus

Explication

Performance-enhancing drugs	
Drug	Adverse effects
Growth hormone	Joint pain, myalgia, fluid retention, carpal tunnel syndrome, hyperglycemia
Androgens	Gynecomastia, baldness, infertility, impotence, severe acne, aggression
Creatine	Gastrointestinal discomfort, fluid retention, renal/liver damage, unknown long-term effects
Diuretics	Dehydration, hypotension, electrolyte disturbances
Stimulants (e.g., amphetamines, caffeine)	Insomnia, arrhythmias, hypertension, weight loss, stroke, addiction, tolerance
Blood transfusions	Sudden blood pressure changes, bloodborne infection, hemochromatosis
Erythropoietin	Thromboembolism, pulmonary edema
Beta blockers	Bradycardia, bronchospasm

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Les transfusions sanguines, la consommation d'érythropoïétine et l'entraînement en haute altitude (une forme d'induction de l'hypoxie) sont des techniques d'amélioration des performances qui augmentent la capacité de transport d'oxygène dans le sang. Les transfusions sanguines augmentent le nombre total de

érythrocytes alors que l'entraînement en haute altitude et l'époétine augmentent la production endogène d'érythropoïétine.

Le choix B n'est pas correct :

Les bêta-adrénergiques peuvent être utilisés pour diminuer le rythme cardiaque, l'anxiété et les tremblements. Ils sont actuellement interdits dans des activités telles que le tir à l'arc, le billard et la gymnastique.

Le choix C n'est pas correct :

La créatine n'est pas suggérée car les risques potentiels dépassent les avantages à court terme.

Le choix D n'est pas correct :

Les boissons énergisantes sont de plus en plus utilisées par les athlètes et contiennent de la caféine et une variété d'autres additifs. Les effets indésirables potentiels comprennent la déshydratation, l'hypertension, l'arythmie, les changements d'humeur et l'insomnie.

Points résumés :

La créatine est l'agent d'amélioration des performances le plus couramment utilisé par les athlètes, mais il n'y a aucune preuve concluante que ce supplément améliore la condition physique. Les effets indésirables comprennent la prise de poids et la néphrite interstitielle aiguë qui peut entraîner une maladie rénale chronique. Les effets à long terme, en particulier chez les adolescents et les enfants en croissance, sont également inconnus.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Les drogues améliorant la performance sont couramment utilisées par les athlètes pour tenter d'**améliorer les performances** et par les non-athlètes pour **améliorer l'apparence**. La créatine est le supplément non hormonal le plus couramment utilisé par les athlètes, avec jusqu'à 50% des athlètes universitaires déclarant l'utiliser. On pense qu'il **augmente la production d'ATP** dans le muscle squelettique, en particulier lors d'exercices anaérobies. En tant que tel, le supplément est généralement **utilisé par les athlètes participant à des événements sportifs de haute intensité** (par exemple, le sprint, l'haltérophilie). La créatine est normalement **produite par le foie et obtenue à partir de viande diététique**. Il est **stocké dans les muscles** et l'excès est **éliminé par les reins**. Par conséquent, le bénéfice des suppléments chez un individu disposant d'une créatine endogène adéquate n'est pas clair. Bien que la créatine ne soit pas interdite à l'heure actuelle lors d'événements sportifs, les effets

indésirables comprennent des troubles gastro-intestinaux,

prise de poids (rétention d'eau) et néphrite interstitielle aiguë pouvant entraîner une insuffisance rénale chronique.

Il faut rappeler aux athlètes que l'utilisation de produits dopants peut entraîner des complications médicales. Les **effets à long terme** de nombreuses drogues améliorant les performances **ne sont pas bien connus**, en particulier chez les adolescents et les enfants en pleine croissance. Étant donné que les risques potentiels l'emportent sur les avantages perçus à court terme, la créatine n'est pas recommandée. Les patients doivent être encouragés à maintenir une hydratation et une alimentation équilibrée en plus de leur entraînement rigoureux.

Références

Objectif numéro 103 (Lié à une substance ou addictif) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Bizzarini E, De Angelis L. L'utilisation d'une supplémentation orale en créatine est-elle sûre ? J Sports Med Phys Fitness 2004 ; 44:411.

Question #39

Une fillette de 7 mois est amenée au bureau par sa mère, qui déclare que la fille a eu un épisode après le repas au cours duquel elle a commencé à respirer profondément, est devenue bleue, puis a perdu connaissance. La mère déclare qu'elle l'a prise dans ses bras et qu'elle l'a tenue, et que l'enfant a retrouvé sa couleur habituelle et est devenu alerte. L'examen physique révèle un souffle systolique sévère. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Sténose aortique
- B) Coarctation de l'aorte
- C) Persistance du canal artériel
- D) Tétralogie de Fallot
- E) Communication interventriculaire

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La sténose aortique n'est généralement pas une lésion cyanotique. Les enfants atteints de sténose aortique peuvent développer des symptômes d'insuffisance cardiaque congestive, mais ils n'auraient pas de périodes cyanosiques.

Le choix B n'est pas correct :

La coarctation de l'aorte n'est pas une lésion cardiaque cyanosique. En règle générale, il existe des symptômes d'insuffisance cardiaque congestive. Les résultats comprennent un souffle systolique qui irradie vers l'aisselle gauche, un décalage de pouls dans les membres inférieurs et une pression artérielle plus élevée dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs.

Le choix C n'est pas correct :

La persistance du canal artériel n'est pas une lésion cardiaque cyanosée. Il se manifeste par un précordium actif et un murmure continu de type « machinerie ». Les impulsions bondissent et la pression des impulsions est élargie.

Le choix E n'est pas correct :

La communication interventriculaire (CIV) n'est pas une lésion cardiaque cyanotique. Un VSD peut ou non présenter des problèmes. Le résultat le plus courant est une diminution de l'alimentation et une faible prise de poids chez les patients présentant de grands shunts de gauche à droite.

Points résumés :

La tétralogie de Fallot (TOF) se compose de quatre anomalies : l'obstruction de la voie d'éjection ventriculaire droite, la communication interventriculaire, l'hypertrophie ventriculaire droite et une aorte dominante. Le TOF peut provoquer **des épisodes de tête** caractérisés par **une cyanose, une dyspnée soudaine**, des altérations de la conscience/agitation et une diminution de l'intensité du souffle due à une diminution du débit à travers l'obstruction. **La prise en charge** de ces épisodes comprend l'administration d'**oxygène supplémentaire** et **de sulfate de morphine** et le placement de l'enfant en **position genou-poitrine**.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Ce nourrisson souffre d'une période d'hypoxémie, comme on le voit chez les patients atteints de **tétralogie de Fallot**. Ces sorts hypercyanosiques, ou « **sorts Têt** », sont généralement auto-limités et durent moins de 10 à 15 minutes. Les crises surviennent souvent **immédiatement après** le repas ou lorsque l'enfant pleure **vigoureusement**. La tétralogie de Fallot comporte les éléments suivants : 1) communication interventriculaire, 2) aorte prioritaire, 3) Hypertrophie ventriculaire droite. et 4) sténose pulmonaire.

Les sorts de Têt peuvent être **déclenchés par des événements** tels que **les pleurs**, la **défécation**, l'**hypovolémie** et la **tachycardie**. Il y a une **diminution soudaine de la résistance vasculaire systémique** entraînant une **augmentation de la dérivation du sang désoxygéné** à travers la **communication interventriculaire**. L'**hypoxie** et l'**hypercarbie**, à leur tour, **stimulent les centres respiratoires** du cerveau, provoquant une augmentation de la respiration. Cela met en place un cycle perpétuant dans lequel **les respirations profondes et rapides** provoquent une **augmentation de la pression intrathoracique négative**, ce qui entraîne une **augmentation du retour sanguin veineux** et, par conséquent, une **augmentation du volume sanguin dérivé** par la communication intervenante. **Au cours d'une période de têt**, l'enfant deviendra **progressivement plus cyanotique** et peut **devenir boiteux, convulsif ou même faire un arrêt cardiaque**.

La prise en charge initiale consiste à **placer l'enfant en position genou-poitrine** (ou en position accroupie chez les enfants plus âgés) dans le but d'**augmenter la résistance vasculaire systémique**. De l'**oxygène supplémentaire** doit être administré, mais l'oxygène seul ne corrigera pas la cyanose en raison du débit sanguin pulmonaire limité et du shunt de droite à gauche. Le traitement de deuxième intention comprend **de la morphine**, qui peut avoir un **effet anxiolytique** et diminuer la fréquence respiratoire. Le **bicarbonate de sodium** est indiqué en cas d'acidose métabolique suspectée ou connue. Si ces mesures seules ne sont pas efficaces, des **vasopresseurs** peuvent être nécessaires (par exemple, la **phényléphrine**).

Références

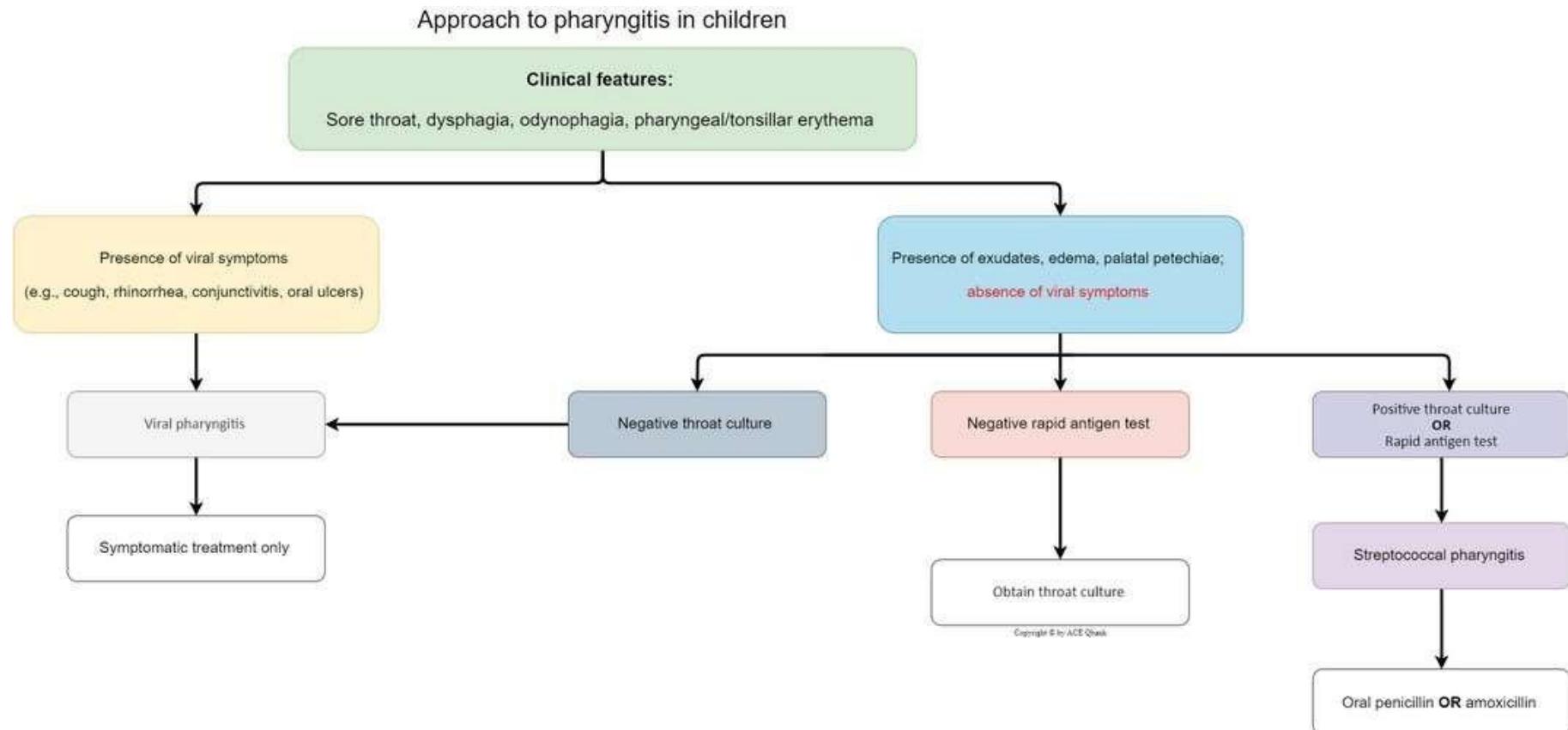
Apitz C. Tétralogie de Fallot. Lancet octobre 2009 ; 374(9699): 1462-1471. Objectif numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #40

Un garçon de 9 ans, auparavant en bonne santé, est amené chez le médecin avec 2 jours de maux de gorge et de fièvre. Il a des difficultés à avaler, une rhinorrhée et une congestion nasale. Il a eu un soulagement temporaire de la douleur à la gorge avec de l'acétaminophène. Les vaccins du garçon sont à jour et il n'a pas d'allergies connues. Sa température est de 38 °C (100,4 °F). L'examen montre une injection conjonctivale bilatérale sans écoulement. Les deux amygdales sont 3+ et érythémateuses ; Il n'y a pas de vésicules ou d'xsudats. Un ganglion lymphatique mobile et sensible de 0,5 cm est présent dans la chaîne cervicale postérieure. Le cou a une amplitude de mouvement complète. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Commander un test rapide d'anticorps hétérophiles
- B) Commander un test rapide de l'antigène streptocoque
- C) Commander une culture de la gorge
- D) Traitement symptomatique uniquement
- E) Prescrire des antibiotiques

Explication



Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le test rapide des anticorps hétérophiles est utilisé pour diagnostiquer la mononucléose du virus d'Epstein-Barr. La mononucléose est une cause fréquente de pharyngite virale, en particulier chez les adolescents, et s'accompagne généralement d'exsudats amygdaliens, d'une lymphadénopathie cervicale postérieure ou diffuse et parfois d'une splénomégalie. Ce test sérologique est normalement peu productif au début de l'infection, car il devient généralement positif 2 semaines après le début de la maladie. Le test peut être envisagé chez les patients présentant des symptômes persistants ou caractéristiques ou ceux qui développent une éruption maculopapulaire polymorphe s'ils sont traités par l'amoxicilline.

Les choix B, C et E ne sont pas corrects :

La pharyngite virale et bactérienne peut provoquer un érythème pharyngé, une hypertrophie des amygdales et des exsudats. En l'absence de toux, de conjonctivite, d'ulcères buccaux ou d'autres symptômes viraux, un test de dépistage de la pharyngite streptococcique du groupe A doit être effectué. Des antibiotiques doivent être prescrits si la culture de la gorge ou le test antigénique est positif pour prévenir le rhumatisme articulaire aigu. Les tests et les antibiotiques sont inutiles lorsque des symptômes viraux manifestes sont présents, comme chez ce patient

Points résumés :

La pharyngite virale s'accompagne généralement de toux et de coryza. La conjonctivite est fréquemment observée dans les cas causés par l'adénovirus. La culture de la gorge et les tests rapides de l'antigène streptocoque sont inutiles en présence de symptômes viraux évidents.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

L'approche du mal de gorge dépend de l'âge et des caractéristiques cliniques du patient. Chez les enfants, **les virus sont l'étiologie la plus courante**. Le mal de gorge dans la pharyngite virale est souvent accompagné de **toux, de rhinorrhée, de congestion nasale et d'enrouement**. L'infection à adénovirus se manifeste généralement par une conjonctivite avec pharyngite (fièvre pharyngoconjonctivale), comme chez ce patient. Le virus Coxsackie provoque des vésicules dans l'oropharynx postérieur (herpangine). D'autres agents pathogènes viraux courants comprennent le virus de la grippe, le virus parainfluenza, le rhinovirus et le virus respiratoire syncytial, en particulier en hiver. La présence de symptômes viraux évidents réduit considérablement la probabilité de pharyngite bactérienne et rend inutiles les tests de diagnostic et les antibiotiques (organigramme). On peut proposer des analgésies (par ex. de l'ibuprofène, de l'acétaminophène), des gargarismes pour la gorge à l'eau salée et des boissons froides pour **soulager les symptômes**.

Références

Objectif numéro 100 (Maux de gorge et/ou rhinorrhe) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Guide de pratique clinique pour le diagnostic et la prise en charge de la pharyngite streptococcique du groupe A : mise à jour 2012 par l'Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis, 2012 ; 55 :e86.

Question #2

Un garçon de 2 ans se présente à l'urgence en raison d'une grande quantité de saignements rectaux indolores que sa mère décrit comme étant « de couleur rouge brique ». Actuellement, il n'a aucune plainte et semble non toxique. Les signes vitaux sont dans les limites normales et l'examen abdominal est bénin. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A) Invagination
- B) Diverticule de Meckel
- C) Allergie au lait
- D) Entérocolite nécrosante

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'invagination est fréquente chez les enfants de moins de 2 ans et se manifeste par une triade de douleurs abdominales, de selles sanguinolentes (gelée de groseille) et de vomissements. Les selles de gelée de groseille sont une découverte tardive. Plus tôt dans le processus de la maladie, ils peuvent n'avoir que des selles sanguinolentes occultes.

Le choix C n'est pas correct :

L'allergie au lait est une cause fréquente d'hémorragie gastro-intestinale pendant la petite enfance et non pendant l'enfance. L'entérocolite nécrosante est une cause fréquente d'hémorragie gastro-intestinale pendant la petite enfance, mais pas pendant l'enfance.

Le choix D n'est pas correct :

L'entérocolite nécrosante (ECN) est due à une prolifération bactérienne dans la paroi intestinale. Les facteurs prédisposants courants comprennent la prématurité (observée dans 90 % des cas), l'ischémie intestinale, l'infection et l'introduction de l'alimentation parentale. Il survient généralement dans les premiers jours de la vie, mais peut apparaître aussi tard qu'à l'âge de 1 mois. Les symptômes comprennent une distension abdominale, des vomissements, des selles sanguinolentes, une septicémie et une radiographie abdominale montrera une pneumatose intestinale ou des gaz dans la paroi intestinale. Le traitement consiste en des antibiotiques à large spectre et une consultation chirurgicale.

Points résumés :

Le diverticule de Meckel est classiquement décrit comme un saignement rectal indolore qui est une brique de couleur chez un mâle de moins de 5 ans.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Le diverticule de Meckel est un vestige du canal omphalomésentérique et est la malformation la plus courante de l'intestin grêle chez les enfants et est associé à la règle des 2 (le diverticule mesure 2 cm de large et 2 cm de long et est

généralement situé à moins de 2 pieds de la valve iléo-caecale, et se présente généralement avant l'âge de 2 ans).
Classiquement, un **patient masculin de moins de 5 ans**

se manifeste par des **saignements rectaux massifs, indolores, de couleur rouge brique**. Le diagnostic se fait par un **scanner au technétium ou un scanner de Meckel**. Soixante pour cent d'entre eux contiendront du tissu gastrique, pancréatique ou endométrial hétérotopique, ce qui est la raison des complications associées à ces diverticules, notamment l'ulcération et les saignements.

Références

Objectifs numéro 6-2 (Saignement gastro-intestinal inférieur) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Javid PJ, Pauli EM. Diverticule de Meckel. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 01 février 2022.

Question #8

Un garçon de 5 ans amené au bureau parce qu'il refuse de manger en raison de douleurs à la bouche. Sa température à la clinique est de 38,1 °C (100,8 °F), son pouls est de 128/min, sa fréquence respiratoire est de 25/min et sa saturation en oxygène est de 98 % à l'air ambiant. L'examen physique révèle des ulcères sur son palais dur, sa muqueuse buccale et sa gencive. Son éruption cutanée a illustré, quel est le diagnostic le plus probable ?



- A) Herpangina
- B) Gingivostomatite herpétique
- C) Stomatite aphthéeuse
- D) Maladie pieds-mains-bouche
- E) Pharyngite streptococcique

Explication

Coxsackievirus	
First discovered in town of Coxsakie, New York a small town on the Hudson River	
Coxsackie A	<ul style="list-style-type: none">• Herpangina• Hand Foot and Mouth Disease
Coxsackie B	<ul style="list-style-type: none">• Pericarditis• Myocarditis• Endocarditis <p>Eventually Dilatative CMP *</p>

* cardiomyopathy

Image: CDC

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'herpangine est causée par une infection virale de Coxsackie et se manifeste par des vésicules/ulcérasions oropharyngées postérieures, de la fièvre et une pharyngite. Il est principalement limité à la cavité buccale et n'affecte pas la peau.

Le choix B n'est pas correct :

Causée par le virus de l'herpès simplex (HSV) de type 1, se manifestant par des vésicules/érosions limitées à la cavité buccale antérieure (muqueuse buccale, langue).

Le choix C n'est pas correct :

La stomatite aphteuse fait référence à des ulcères localisés, peu profonds et douloureux avec une base grise. La stomatite aphteuse récurrente est la plus

Cause fréquente d'ulcères buccaux. Il est limité à la cavité buccale et n'affecte pas la peau.

Le choix E n'est pas correct :

Streptococcus pyogenes est la principale cause de pharyngite streptococcique, qui se manifeste par de la fièvre, une pharyngite, une lymphadénopathie cervicale antérieure sensible et des exsudats amygdaliens. L'absence d'exsudats et la présence de vésicules chez ce patient rendent le diagnostic moins probable.

Points résumés :

Fièvre, maux de gorge, ulcération buccale et éruption cutanée, ampoule à la main, au pied et à la fesse. Traitement de soutien (analgésique et hydratation).

Plus de détails

La bonne réponse est D.

La maladie pieds-mains-bouche (HFM) affecte généralement les enfants **de moins de 10 ans**. (Peut également affecter les enfants plus âgés et les adultes). La HFMD se manifeste généralement par de **la fièvre, un manque d'appétit, un malaise et des maux de gorge**. Un ou deux jours après le début de la fièvre, **des plaies douloureuses** se développent généralement dans la bouche (herpangina). Ils commencent par de petites taches rouges qui cloquent et qui deviennent souvent des ulcères. Les plaies sont souvent, mais sans s'y limiter, à l' **arrière de la bouche**. Une éruption cutanée se développe sur 1 à 2 jours. L'éruption cutanée présente des taches rouges plates ou surélevées, parfois avec des cloques caractéristiques qui se développent au niveau des **mains, des pieds et des fesses**.

Un virus qui se propage **d'une personne à l'autre** par les mains non lavées, **les surfaces contaminées par des matières fécales et les fluides corporels** (p. ex. jouets). Où ils peuvent vivre pendant des jours. Il se produit le plus souvent en **été et en automne**. Il est très contagieux, évitez donc **d'aller à l'école** jusqu'à ce que les symptômes disparaissent et que les cloques sèchent.

Références

Maladie pieds-mains-bouche (CDC) ; <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>

Question #14

Un garçon de 2 ans est tombé d'une glissade et est amené au service des urgences avec un gonflement et une sensibilité sur son membre inférieur proximal gauche. Un examen physique est notable pour la sclère bleue. Les études radiographiques révèlent une fracture du fémur gauche et d'autres fractures à divers stades de guérison de l'humérus droit, du péroné gauche et de la clavicule gauche. Quelle est l'étiologie la plus probable de l'état de ce patient ?

- A) Syndrome d'Ehlers-Danlos
- B) Syndrome de Marfan
- C) Ostéogenèse imparfaite
- D) Achondroplasia
- E) Syndrome du lanceur

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le syndrome d'Ehlers-Danlos comprend plus de 10 troubles héréditaires impliquant différents défauts génétiques dans la synthèse du collagène et du tissu conjonctif. Il peut affecter la peau, les articulations et les vaisseaux sanguins.

Le choix B n'est pas correct :

Le syndrome de Marfan est une maladie du tissu conjonctif qui est principalement autosomique dominante et entraîne de multiples déformations squelettiques. Il s'agit notamment du pectus excavatum, d'un long rapport membre/tronc, de l'arachnodactylie et de la scoliose thoraco-lombaire.

Le choix D n'est pas correct :

L'achondroplasie a été définie à tort comme l'absence de collagène. Il s'agit d'un groupe hétérogène de dysplasies squelettiques avec des anomalies de croissance intrinsèques ou des anomalies de remodelage du cartilage et des os affectant le crâne, la colonne vertébrale et les extrémités. Le type le plus courant de nanisme disproportionné résulte de l'achondroplasie.

Le choix E n'est pas correct :

Le syndrome de Hurler est un trouble héréditaire de surcharge lysosomale.

Points résumés :

L'ostéogenèse imparfaite (OI) est une forme rare de dysplasie squelettique héréditaire avec une variété de phénotypes plus ou moins graves. Elle résulte souvent d'une mutation autosomique dominante du gène codant pour la chaîne alpha 1 du collagène de type I ou la chaîne alpha 2 du collagène de type I, modifiant la structure de l'une ou l'autre de ces chaînes alpha et réduisant la quantité ou la qualité du collagène de type 1.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

L'ostéogenèse imparfaite (OI) est une **dysplasie squelettique héréditaire** qui touche 1/20 000 individus. Il a une variété de phénotypes plus ou moins graves. La cause est généralement une mutation autosomique dominante du gène codant pour la **chaîne alpha 1 du collagène de type I ou la chaîne alpha 2 du collagène**, modifiant la structure de l'une ou l'autre des chaînes alpha du collagène de type I et entraînant une **réduction de la quantité ou de la qualité du collagène**. Les mutations dans les gènes codant pour les protéines de la modification post-traductionnelle du collagène de type I sont moins souvent à l'origine de ce trouble généralisé du tissu conjonctif.

Les signes cliniques comprennent **la sclérotique bleue**, la macrocéphalie, la dentition opalescente, **la perte auditive**, la scoliose, les déformations des membres, la laxité articulaire, la scoliose, le retard de croissance et **les fractures, en particulier dans l'humérus transverse, l'olécrone et l'humérus diaphysaire** (les fractures physaires et supracondyliennes de l'humérus sont moins susceptibles d'être associées à l'OI). D'autres caractéristiques incluent une contusion facile et des os wormiens, qui sont de petits os irréguliers le long des sutures crâniennes. Tous les tissus contenant du collagène de type I peuvent être touchés.

Il n'existe pas de test diagnostique spécifique pour cette maladie. Les marqueurs biochimiques du métabolisme osseux et minéral sont généralement normaux. La biopsie osseuse dans les cas de maladie bénigne montre une minéralisation normale avec des réductions significatives de la largeur corticale, du volume osseux spongieux, du nombre trabéculaire et de la largeur trabéculaire. Une maladie grave entraîne une désorganisation osseuse. Le roulement augmente dans tous les types d'OI.

Références

Objectif numéro 34 (Fractures/Luxations) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Beary JF. Ostéogenèse imparfaite : un aperçu. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 04 mai 2021.

Question #18

Un garçon de 3 semaines se présente au cabinet du médecin avec des antécédents de vomissements violents et de projectiles depuis 1 semaine. Il vomit après presque chaque repas. Le vomi contient principalement des préparations non digérées et n'est pas bilieux. À l'examen, sa muqueuse buccale est sèche, sa fontanelle antérieure semble être déprimée et son remplissage capillaire est de 3 à 4 secondes. Un examen abdominal révèle une masse de la taille d'une olive dans l'épigastre. Lequel des résultats électrolytiques suivants sera le plus susceptible d'être observé ?

- A) Acidose métabolique hypochlorémique
- B) Alcalose métabolique hypochlorémique
- C) Électrolytes normaux
- D) Acidose respiratoire avec compensation métabolique
- E) Alcalose respiratoire

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le patient atteint de sténose pylorique développe une hypokaliémie hypochlorémique, une alcalose métabolique et non une acidose métabolique.

Le choix C n'est pas correct :

Le patient atteint de sténose pylorique développe une hypokaliémie hypochlorémique et une alcalose métabolique.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

Le patient atteint de sténose pylorique développe une hypokaliémie hypochlorémique et une alcalose métabolique due à des vomissements non bilieux par projectile. Il ne provoque ni acidose respiratoire ni alcalose.

Points résumés :

La sténose pylorique se manifeste le plus souvent au cours de la **2e ou 3e semaine** de vie chez les premiers-nés de sexe masculin. Il s'agit de **vomissements non bilieux** 30 à 60 minutes après le repas. Ils ont généralement **faim** après avoir vomi et la gravité de la **déshydratation** est variable. L'anomalie acido-basique la plus courante est l'**alcalose métabolique hypochlorémique et hypokaliémique**.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Ce bébé souffre très probablement de **sténose pylorique**. La sténose pylorique survient dans environ 1 sur 500 naissances. **Les nourrissons de sexe masculin** sont plus souvent touchés que les nourrissons de sexe féminin, et l'incidence est beaucoup plus élevée chez **les nourrissons nés à terme** que chez les nourrissons prématurés. Les manifestations cliniques comprennent **des vomissements non bilieux** peu après le repas et une **masse de la taille d'une olive** palpable dans l'épigastre. Les symptômes se manifestent généralement au cours de la **2e ou 3e semaine** de vie. Au fur et à mesure que les vomissements se poursuivent, les ions hydrogène et les ions chlorure commencent à diminuer dans le corps, provoquant une **alcalose métabolique hypochlorémique**. De plus, le nourrisson peut également être hypokaliémique à cause de

vomissements répétés. Des radiographies simples peuvent mettre en évidence l'absence d'air distal par rapport au pylore obstrué. Dans

Études de contraste baryté, une petite quantité de baryum peut passer à travers le pylore hypertrophié, provoquant le « signe de corde ». Les études échographiques sont également utiles pour mettre en évidence l'**hypertrophie du pylore**. La déshydratation et les anomalies électrolytiques doivent être corrigées. Le traitement définitif est la pyloromyotomie.

Références

Panteli C. De nouvelles connaissances sur la pathogenèse de la sténose pylorique infantile. Pediatr Surg Int. 16 septembre 2009.
Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #20

Un garçon de 5 semaines est amené à l'urgence en raison de 8 heures de vomissements et d'un refus d'allaiter. Les vomissements étaient initialement de la couleur du lait maternel mais sont devenus verts. Selon les parents, le nourrisson allaitait mouillé avant aujourd'hui. Le garçon n'a ni fièvre ni diarrhée. Sa température est de 37,2 °C (99 °F), sa tension artérielle est de 80/42 mm Hg et son pouls est de 162/min. À l'examen, il semble léthargique avec une fontanelle enfoncée et des muqueuses sèches. L'abdomen est distendu par l'absence de bruits intestinaux et une sensibilité diffuse à la palpation. Aucune messe n'est notée. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable chez ce nourrisson ?

- A) Atrésie duodénale
- B) Malrotation avec volvulus
- C) Invagination
- D) Entérocolite nécrosante
- E) Sténose du pylore

Explication

Malrotation with midgut volvulus	
Clinical characteristics	Bilious emesis & abdominal pain/distension in a newborn
Imaging	Upper GI series: Duodenum does not cross midline, ligament of Treitz on right side of abdomen with "corkscrew" appearance
Treatment	Nasogastric decompression Emergency laparotomy to relieve volvulus Ladd procedure (enteropexy to prevent future volvulus)

GI: gastrointestinal

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'atrésie duodénale se manifeste généralement par des vomissements non bilieux qui commencent dans les 24 à 48 heures suivant la naissance. Les enfants touchés sont généralement bien présentés au début, car il n'y a pas d'ischémie intestinale. Il est peu probable que l'atrésie duodénale se manifeste à l'âge de 5 semaines chez un nourrisson ayant des antécédents d'alimentation normale.

Le choix C n'est pas correct :

L'invagination, c'est-à-dire le télescopage d'un segment de l'intestin dans un autre, est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez les enfants âgés de 6 à 36 mois. L'invagination se manifeste généralement par des douleurs abdominales sévères, épisodiques et crampes, des pleurs inconsolables et des selles en « gelée de groseille ». Il est rare chez les nourrissons âgés de <3 mois.

Le choix D n'est pas correct :

L'entérocolite nécrosante (ECN) est principalement un trouble des nouveau-nés prématurés causé par une nécrose ischémique de la muqueuse intestinale.

L'ECN se manifeste généralement par une distension abdominale, une intolérance alimentaire, des vomissements et des selles sanguinolentes. Il peut être observé chez les nourrissons à terme atteints d'une cardiopathie cyanotique, mais il est extrêmement rare chez les nourrissons nés à terme auparavant en bonne santé.

Le choix E n'est pas correct :

La sténose pylorique est causée par une hypertrophie du pylore entraînant une obstruction de la sortie gastrique. La sténose pylorique est plus fréquente chez les nourrissons de sexe masculin et se manifeste classiquement vers l'âge de 6 semaines par des vomissements de projectiles non bilieux.

Points résumés :

La malrotation avec volvulus de l'intestin moyen est une urgence chirurgicale qui se manifeste généralement par des vomissements bilieux et une distension abdominale au cours de la période néonatale. La série gastro-intestinale supérieure est diagnostique, mais les nourrissons instables ou chez qui le volvulus est fortement suspecté doivent subir une laparotomie immédiate.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Les vomissements bilieux **persistants** et la distension abdominale **de ce nourrisson** sont préoccupants pour l'**occlusion intestinale**. La cause la plus probable chez un nouveau-né est **une malrotation avec volvulus de l'intestin moyen**. La malrotation touche environ 1 naissance vivante sur 500 et confère un risque élevé de volvulus potentiellement mortel (torsion de l'intestin intrapéritonéal autour du ligament étroit de Treitz). La moitié des nourrissons atteints de malrotation auront un volvulus à l'**âge de <6 semaines**.

Chez un nouveau-né stable, les **vomissements bilieux** justifient une évaluation d'urgence par une **série gastro-intestinale supérieure**, qui montrerait un duodénum mal placé dans une apparence de « **tire-bouchon** ». La **laparotomie** doit avoir lieu immédiatement lorsque la suspicion clinique est élevée ou que le nourrisson est en décompensation. Le traitement implique une réduction du volvulus, après quoi une procédure Ladd est effectuée pour éliminer les bandes péritonéales anormales et élargir le mésentère afin de prévenir la récurrence du volvulus. Le risque de récidive du volvulus après une procédure Ladd est de <10%. Les retards dans la prise en charge chirurgicale peuvent entraîner une nécrose intestinale importante et la mort.

Références

Objectif numéro 1 (Distension abdominale) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Langer JC. Anomalies de la rotation intestinale et volvulus de l'intestin moyen. Surg Clin North Am. 2017 février ; 97(1):147-159.

Question #22

Une fillette de 4 jours est amenée chez le médecin par ses parents pour une visite de suivi de routine. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans complications, et la fille et sa mère sont sorties de l'hôpital il y a 2 jours. La patiente allaite exclusivement et sa mère a l'impression que sa production de lait augmente. Le nourrisson prend bien le sein et n'a pas eu de vomissements ni de régurgitations. Le poids du nourrisson pèse aujourd'hui 3600 g (7 lb 8 oz), contre 4000 g (8 lb 13 oz) à l'accouchement. L'examen physique révèle un léger ictère scléral et une jaunisse à la poitrine, mais elle est par ailleurs normale. Laquelle des étapes suivantes est la meilleure étape dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Continuez l'allaitement et commencez la supplémentation en préparation, suivi dans 1 à 2 jours
- B) Poursuivre l'allaitement, suivi à l'âge de 14 jours
- C) Poursuivre l'allaitement, suivi dans 1 à 2 jours
- D) Cesser l'allaitement, commencer l'allaitement au lait maternisé, faire un suivi à l'âge de 14 jours
- E) Liquides intraveineux et hospitalisation

Explication

Evaluation of weight loss in infants



-
- A photograph of a baby lying on its back. Six callout lines point from the text below to specific parts of the baby's body: the fontanelle (the soft spot on the head), the eyes, the mouth (lack of tears), the abdomen (skin turgor), the mouth (thirst), and the diaper area (urine output).
- Rapid Breathing
 - Increased heartrate
 - Restlessness and/ or irritability
 - Lethargy/weakness
 - Poor skin turgor (pinching a fold of skin at the abdomen results in it returning slowly to normal)
 - Sunken fontanelle (in infants)
 - Sunken eyes
 - Lack of tears when crying
 - Wants to drink a lot of water (but may vomit), excessive thirst
 - Decrease urine output:
 - infants/babies - indicated by no wet diapers in a 6-8 hour period or diapers with a little dark-yellow urine
 - toddlers/older children - very little dark-yellow urine.



Management of weight loss	
<7%	<ul style="list-style-type: none">• Continue exclusive breastfeeding• Follow-up at age 10-14 days to check that infant has regained birth weight
≥7%	<ul style="list-style-type: none">• Assess for oromotor dysfunction• Assess for lactation failure• Daily weights• Consider formula supplementation

Réponse Description

Les choix A et D ne sont pas corrects :

Le lait maternel présente de multiples avantages par rapport aux préparations pour nourrissons, et l'allaitement devrait être encouragé comme source exclusive de nutrition. Pour les mères qui ont des difficultés à allaiter, un spécialiste de l'allaitement peut aider à prendre le sein et à se positionner ainsi qu'à soulager l'inconfort maternel. Le lait maternisé ne doit être ajouté que lorsque le nourrisson présente des signes de déshydratation et qu'une supplémentation est nécessaire pour éviter l'hospitalisation. De plus, la supplémentation en lait maternisé peut diminuer la production de lait maternel et l'intérêt du nourrisson pour l'allaitement.

Le choix B n'est pas correct :

La perte de poids de 10 % de ce nourrisson justifie un suivi étroit jusqu'à ce qu'elle commence à reprendre son poids de naissance. Attendre 10 jours pour revoir l'enfant l'expose à un risque de déshydratation si la perte de poids se poursuit.

Le choix E n'est pas correct :

Le remplacement liquidien par voie intraveineuse est rarement nécessaire, sauf s'il y a eu une déshydratation continue et non traitée. Les signes de déshydratation sévère, y compris un mauvais remplissage capillaire, une léthargie, une hypernatrémie sévère ou une jaunisse sévère, peuvent nécessiter un liquide intraveineux. Ce nourrisson n'a aucun de ces résultats.

Points résumés :

Les nourrissons peuvent perdre jusqu'à 10 à 12 % de leur poids de naissance au cours de la première semaine de vie. Ils doivent être évalués pour détecter des signes de déshydratation ou de difficulté à s'alimenter. Les nourrissons d'apparence saine qui ont perdu \geq 7 % de leur poids à la naissance doivent être suivis de près. En général, les nourrissons devraient retrouver leur poids de naissance à l'âge de 10 à 14 jours.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Tous les **nourrissons perdent du poids au cours de la première semaine de vie** en raison de l'excréition urinaire de liquide extracellulaire. De plus, la production de lait est physiologiquement faible pendant les 1 à 2 premiers jours après l'accouchement, le temps que le nourrisson apprenne à téter. La **perte de poids moyenne** pour les nourrissons à terme et allaités est **de 7 %** (écart-type \pm 2,5 %), et une perte de poids allant jusqu'à **10 % à 12 % peut être normale**. Le médecin doit évaluer les signes de déshydratation (par exemple, une diminution du nombre de couches mouillées, une faible turgescence cutanée, des muqueuses

sèches) ainsi que des difficultés à s'alimenter

(p. ex., mauvaise prise du sein, production de lait inadéquate). Cette approche permettra d'identifier les nourrissons qui bénéficieraient d'un soutien à l'allaitement ou d'une supplémentation liquidienne et de réduire au minimum le nombre de nourrissons qui reçoivent inutilement du lait maternisé.

Cette patiente a perdu 10 % de son poids de naissance et souffre d'un léger ictere. Par ailleurs, elle a un examen normal et se nourrit bien, et la production de lait de sa mère arrive. Un suivi étroit suffit. En général, les nourrissons devraient retrouver leur poids de naissance à l'âge de 10 à 14 jours.

Références

Objectif numéro 74-1 (Évaluation du nouveau-né) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. McKee-Garrett TM. Vue d'ensemble de la prise en charge de routine du nouveau-né en bonne santé. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 28 avril 2022.

Question #23

Un garçon de 4 semaines est amené chez le médecin en raison de fièvre, d'irritabilité et de léthargie pendant 3 jours. Il n'a pas eu de vomissements, de diarrhée ou de symptômes d'une infection des voies respiratoires supérieures. Il semble toujours avoir faim à sa mère malgré le fait qu'il soit nourri avec 3 onces de lait maternisé toutes les 3 heures. Sa mère note également qu'il a moins de couches mouillées tout au long de la journée et de la nuit. Il semble actuellement irritable. Sa température est de 38,8 °C (101,84 °F), sa tension artérielle est de 80/50 mm Hg, son pouls est de 150/min et sa respiration est de 25/min.

L'examen montre une fontanelle antérieure enfoncée. Les muqueuses sont sèches. Il y a une tente de la peau. L'examen ne montre pas d'autres anomalies. L'analyse d'urine est négative pour le glucose et les protéines.

Choix	Na ⁺ (mmol/L)	Cl ⁻ (mmol/L)	K ⁺ (mmo l/ L)	HCO-3 (mmol/L)	Densité
Un	132	89	2.8	39	1.025
B	133	110	3.9	16	1.015
C	163	117	4.3	22	1.003
D	166	115	4.5	19	1.030
E	140	100	4.0	24	1.020

Lequel des changements électrolytiques suivants est attendu chez ce patient ?

- A) Choix A
- B) Choix B
- C) Choix C
- D) Choix D
- E) Choix E

Explication

Pediatrics Dehydration			
Degree	Mild	Moderate	Severe
Oral Mucosa	Slightly dry	Dry	Parched
Anterior Fontanelle	Normal	Sunken	Markedly sunken
Eyes	Normal	Sunken	Markedly sunken
Skin Turgor	Normal	Decreased	Tenting
Capillary Refill	Normal (<3 s)	Normal to increased	Increased (>3 s)
Blood Pressure	Normal	Low to normal	Decreased in shock <small>(Very late finding in pediatrics and very dangerous)</small>
Urine Output	Decreased	Markedly decreased	Anuria
Percent loss of pre-illness body weight <2 Yr	5%	10%	15%
Percent loss of pre-illness body weight >2 Yr	3%	6%	9%
Treatment	Oral Fluid 50 mL/kg over 4 h	Oral Fluid 100 mL/kg over 4 h	Intravenous Fluid NS* or RL** at 20-40 mL/kg over 1 h

*NS: Normal saline, **RL: Ringer lactate

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La sténose pylorique se présente avec une densité élevée, un faible taux de potassium et un taux élevé de bicarbonate comme signes d'alcalose métabolique. Il n'y a pas d'antécédents de vomissements.

Le choix B n'est pas correct :

Une faible teneur en sodium, une faible teneur en bicarbonate et une densité élevée sont compatibles avec la diarrhée. Il n'y a pas d'antécédents de diarrhée.

Le choix C n'est pas correct :

Un taux élevé de sodium et une faible densité sont des caractéristiques courantes du diabète insipide.

Le choix E n'est pas correct :

Le sodium, le chlorure, le bicarbonate et la densité pointent tous vers la valeur normale.

Points résumés :

La déshydratation pédiatrique a tendance à se manifester par une **hypernatrémie**, une densité élevée (osmolalité urinaire élevée), un chlorure, un potassium et un bicarbonate normaux. Ne pas traiter la déshydratation provoquera des **convulsions**. Notre patient souffre **d'une déshydratation sévère** et doit être traité par liquide IV, et soyez toujours **prudent dans la réduction du sodium**. Une baisse rapide entraîne une **démyélinisation pontique centrale** qui se manifeste par une quadriplégie, une dysphagie, une dysarthrie.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Chez notre patient, **un apport oral insuffisant** dû à sa maladie aiguë entraîne des **symptômes de déshydratation** tels que **muqueuse sèche, fontanelle enfoncée, faible turgescence de** la peau (tente de la peau). La maladie aiguë suspectée chez ce patient est **une septicémie** due à la fièvre, à l'irritabilité, à la léthargie, à la diminution du débit urinaire.

La déshydratation pédiatrique a tendance à se manifester par une hypernatrémie, une densité élevée (osmolalité urinaire élevée), un chlorure, un potassium et un bicarbonate normaux. Le diagnostic de déshydratation repose sur l'anamnèse et

l'examen physique. Le traitement est oral **ou IV**

remplacement du liquide et des électrolytes.

Références

Hôpital pour enfants malades. Lignes directrices de pratique clinique : administration de liquides et d'électrolytes chez l'enfant, 2011

Question #24

Un nourrisson de 3 semaines présente une tachycardie, une tachypnée et une faible prise de poids. Ses gaz sanguins artériels présentent un pH de 7,34, une PaCO₂ de 41 mmHg et une PaO₂ de 74 mmHg. Une radiographie thoracique montre une cardiomégalie. L'échocardiographie révèle un cœur structurellement normal, une dilatation ventriculaire gauche, une fraction d'éjection ventriculaire gauche de 20 % et une légère régurgitation mitrale et tricuspidale.

L'administration intraveineuse de lequel des médicaments suivants constitue la meilleure étape initiale dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- B) Corticostéroïde
- C) Digoxin
- D)adrénaline
- E) Furosemide

Explication

Congestive Heart failure

4 Key Features of CHF:

2 Tachys and 2 Megaly's

- Tachycardia
- Tachypnea
- Cardiomegaly
- Hepatomegaly

Copyright © by ACE Quality

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont utilisés pour la prise en charge à long terme des patients atteints d'ICC. Chez les adultes, il a été prouvé qu'ils réduisent la mortalité et améliorent le soulagement des symptômes. Bien que les données ne soient pas disponibles pour les enfants, il a été rapporté qu'ils améliorent les fonctions hémodynamiques.

Le choix B n'est pas correct :

Les corticostéroïdes peuvent être utiles dans la myocardite, mais n'ont aucun rôle dans l'ICC en soi.

Le choix C n'est pas correct :

La digoxine a besoin de plus de temps pour agir sur l'ICC, et elle n'a qu'une influence modeste sur la fonction myocardique.

Le choix D n'est pas correct :

L'épinéphrine n'est pas utilisée dans le traitement de l'ICC.

Points résumés :

Le nourrisson atteint d'insuffisance cardiaque congestive **présente des** difficultés d'alimentation, une fatigabilité précoce, **une diaphorèse pendant le sommeil ou l' alimentation, une détresse respiratoire**, une léthargie et un retard de croissance (FTT). Dans les signes physiques, il y a **4 caractéristiques clés** : la tachycardie, la tachypnée, la cardiomégalie et l'hépatomégalie.

Plus de détails

La bonne réponse est E :

Ce nourrisson est atteint d'**insuffisance cardiaque congestive aiguë (ICC)**. L'ICC peut être définie comme une **fonction cardiaque contractile** inadéquate pour **des besoins hémodynamiques** spécifiques. **Les manifestations cliniques** comprennent une détresse respiratoire, **une tachycardie** et/ou une hyperdynamique du précordium, ainsi **qu'une hypertrophie cardiaque** mise en évidence par un échocardiogramme. Dans le cas d'une ICC aiguë, le traitement doit commencer immédiatement. **Le furosémide par voie intraveineuse (IV)** est le médicament de choix car son apparition est très rapide. Il peut apporter un **soulagement symptomatique** rapide et améliorer la détresse respiratoire.

Références

[Ligne directrice] Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, et al. HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. J Card Fail. 16 juin 2010(6) :e1-194. Objectifs numéro 2-2 (hépatomégalie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #25

Un garçon de 3 jours à terme est amené au bureau pour son premier examen néonatal après un accouchement sans complication et un cours de pouponnière. Les parents craignent que le garçon semble avoir des seins. La patiente allait bien avec une production normale d'urine et de selles. Les changements pubertés ont commencé chez les deux parents vers l'âge de 12 ans. Une tante maternelle souffre d'hypothyroïdie, mais les antécédents familiaux ne sont pas remarquables. Les mesures du poids, de la longueur et de la circonférence de la tête sont moyennes. Les signes vitaux sont normaux. L'examen montre des problèmes fermes et palpables en forme de disque sous les deux aréoles, et une petite quantité d'écoulement blanc et laiteux est exprimée à partir des deux mamelons. Les organes génitaux externes semblent normaux et il n'y a pas de poils pubiens ou axillaires. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Coloration de Gram et culture de l'écoulement
- B) Taux sérique de FSH
- C) Taux sérique de prolactine
- D) Réassurance et observation
- E) Échographie des seins

Explication

Réponse Description

Les choix A et E ne sont pas corrects :

La coloration de Gram et la culture sont indiquées pour l'écoulement purulent du mamelon, qui peut être évocateur d'un abcès mammaire. L'échographie des seins peut également aider à identifier un abcès qui peut nécessiter une aspiration ou un drainage chirurgical. Ce nouveau-né n'a pas de purulence ou de signes d'inflammation (par exemple, érythème, sensibilité), ce qui rend l'infection peu probable.

Les choix B et C ne sont pas corrects :

Le développement de caractères sexuels secondaires (p. ex., seins) chez les jeunes enfants au-delà de la petite enfance suscite des inquiétudes quant à la puberté précoce ; l'évaluation chez ces patients comprend la FSH, la LH et l'œstradiol. De même, un taux de prolactine doit être obtenu pour l'écoulement du mamelon nouvellement apparu chez les patients au-delà de la période néonatale afin d'évaluer les causes pathologiques (par exemple, prolactinome, hypothyroïdie). La galactorrhée et l'hypertrophie mammaire de cette patiente sont physiologiques et ne nécessitent pas d'évaluation en laboratoire.

Points résumés :

L'hypertrophie mammaire néonatale et la galactorrhée sont des signes bénins causés par la stimulation des hormones maternelles. La régression spontanée se produit sur plusieurs mois, et il faut être rassuré.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

L'hypertrophie mammaire néonatale est causée par la stimulation de l'**œstrogène maternel in utero**. Après la naissance, la baisse des niveaux d'œstrogènes déclenche la sécrétion hypophysaire de prolactine chez le nouveau-né, ce qui peut entraîner **une galactorrhée**, un écoulement laiteux du mamelon et une hypertrophie mammaire supplémentaire. L'examen révèle un tissu ferme, en forme de disque, inférieur au mamelon. Les filles et les garçons peuvent être touchés, et l'augmentation mammaire peut être unilatérale ou bilatérale.

Le diagnostic est clinique et la prise en charge est **rassurante et observation**. Le **tissu mammaire et les pertes régressent spontanément** au cours des **premières semaines à quelques mois** de la vie. Il faut décourager les parents d'exprimer le lait,

car cela

Stimule la libération de prolactine et d'ocytocine, prolongeant la galactorrhée. La manipulation mammaire peut également prédisposer à la mammite ou à la formation de galactocèle.

Références

Objectif numéro 74-1 (Évaluation du nouveau-né) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Raveenthiran V. Mastauxe néonatal (augmentation mammaire du nouveau-né). J Chirurgie néonatale 1er juillet 2013 ; 2(3):31.

Question #27

Une femme enceinte de 28 ans, mère de deux enfants, est vue pour la deuxième fois dans votre cabinet pour une visite prénatale. En examinant les résultats de ses études prénatales de laboratoire lors de sa première visite, vous découvrez qu'elle est positive à l'antigène de surface de l'hépatite B. Elle nie la promiscuité sexuelle actuelle, la consommation de drogues par voie intraveineuse ou des antécédents de transfusions sanguines. À l'examen physique, ses signes vitaux sont stables, la sclérotique est anectérique et l'examen abdominal ne révèle pas d'hépatomégalie. Son hématocrite se situe dans la fourchette normale, sa bilirubine est élevée et sa normale AST et ALT sont normales. Elle prévoit d'allaiter comme elle l'a fait avec ses deux enfants précédents. Lequel des conseils suivants est le plus approprié concernant l'allaitement avec cette maladie ?

- A) Autorisé et ne présente aucun risque
- B) Autorisé, mais le nourrisson doit recevoir à la fois l'immunoglobuline contre l'hépatite B (HBIG) et le vaccin contre l'hépatite B
- C) Autorisé si la mère a de faibles titres d'antigène e de l'hépatite B (HBeAg)
- D) Contre-indiqué en cas d'infection par le virus de l'hépatite B
- E) Contre-indiqué dans toute infection par l'hépatite

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Bien que l'allaitement maternel soit autorisé en cas d'infection par le virus de l'hépatite B, il présente un risque théorique. C'est pourquoi le vaccin HBIG et le vaccin contre l'hépatite B doivent être administrés au nourrisson dès que possible après la naissance.

Le choix C n'est pas correct :

Bien que des titres élevés d'HBeAg reflètent le potentiel d'infectiosité élevé de la mère atteinte d'hépatite B, il n'est actuellement pas utilisé dans les décisions de prise en charge concernant l'allaitement.

Le choix D n'est pas correct :

L'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas d'infection maternelle par le virus de l'hépatite B.

Le choix E n'est pas correct :

Aucune des infections par l'hépatite n'empêche l'allaitement. Le VHC maternel n'est pas considéré comme une contre-indication à l'allaitement, pas plus que l'infection aiguë par le virus de l'hépatite A tant que le nourrisson reçoit des immunoglobulines sériques et un vaccin contre l'hépatite A.

Points résumés :

L'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas d'infection maternelle par le virus de l'hépatite B. C'est pourquoi le vaccin HBIG et le vaccin contre l'hépatite B doivent être administrés au nourrisson dès que possible après la naissance.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Aucune des infections par l'hépatite n'empêche l'allaitement. Avec une immunoprophylaxie appropriée, l'allaitement maternel est autorisé et

ne présente aucun risque supplémentaire de transmission du virus de l'hépatite B. Il existe cependant certaines infections qui empêchent l'allaitement et même le contact avec le nourrisson. Il s'agit notamment **de la tuberculose active** (aucun contact autorisé), **de la varicelle-zona active** (aucun contact autorisé), **de l'herpès zoster actif** et **de l'herpès simplex actif**. L'allaitement est toutefois autorisé en cas d'infection à cytomégalovirus, car le virus et les anticorps maternels sont présents dans le lait maternel.

Références

Dipchand A, Friedman J, Bismilla Z, et al. Manuel de pédiatrie de l'Hôpital pour enfants de Toronto, 11e éd., Toronto : Elsevier Canada, 2009. Objectif numéro 80-1 (Soins prénataux) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #31

Une fillette de 11 ans est amenée chez le médecin avec des antécédents de douleur bilatérale aux membres inférieurs depuis 1 mois qui survient généralement tard dans la journée ou qui la réveille la nuit. Sa douleur est décrite comme une crampe, se produit principalement dans ses mollets et est quelque peu soulagée par l'ibuprofène. Le patient n'a pas de problèmes de santé, d'infections récentes ou d'autres symptômes. Elle continue de poursuivre ses activités habituelles de course et de football. L'examen montre une amplitude de mouvement complète et aucune enflure articulaire, sensibilité osseuse ou lésions cutanées. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Numération formule sanguine complète avec différentiel
- B) Arrêtez le sport jusqu'à ce que les symptômes s'améliorent
- C) Taux de sédimentation des érythrocytes
- D) Réassurance et antalgiques
- E) Radiographies des membres inférieurs

Explication

Réponse Description

Les choix A et C ne sont pas corrects :

Bien que la leucémie et l'ostéomyélite puissent causer des douleurs aux jambes, ces affections provoquent généralement de la fièvre, un malaise, une sensibilité à la palpation, une diminution de l'activité physique et une numération globulaire et un taux de sédimentation érythrocytaire anormaux. Ce patient ne présente aucun autre symptôme ou signe et ne nécessite pas d'études de laboratoire.

Le choix B n'est pas correct :

Les douleurs de croissance ne doivent pas interférer avec les activités normales de l'enfant. L'arrêt de l'exercice régulier ne prévient pas ou n'atténue pas la douleur et peut entraîner une concentration inappropriée et excessive sur la douleur par l'enfant et la famille.

Le choix E n'est pas correct :

Des radiographies des membres inférieurs seraient indiquées si un traumatisme/fracture de stress ou une tumeur osseuse était suspecté. Les fractures de stress provoquent des douleurs lors de l'activité physique et une sensibilité ponctuelle au site de la fracture. Les tumeurs osseuses bénignes (ostéome ostéoïde) et malignes (ostéosarcome) se manifestent généralement par des troubles de la marche, des limites des activités habituelles et une sensibilité osseuse à la palpation.

Points résumés :

Les douleurs de croissance sont une affection infantile courante qui réveille un enfant du sommeil en l'absence de tout autre symptôme ou signe de maladie systémique ou de problèmes musculo-squelettiques. Le traitement comprend du réconfort, de la chaleur, des massages et des analgésiques.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Les douleurs de croissance surviennent chez les enfants âgés de 2 à 12 ans et les font se réveiller la nuit ou pendant les siestes avec des **douleurs bilatérales** au mollet ou à la cuisse. Son étiologie est inconnue et la douleur n'a aucun rapport

avec les poussées de croissance, malgré son nom. L'**examen physique** et le **niveau d'activité** du patient sont **normaux** pendant et après les épisodes. Environ un tiers des patients ont des maux de tête concomitants

et/ou des douleurs abdominales, mais la plupart des patients ne présentent pas d'autres symptômes.

Le traitement implique **l'éducation et l'assurance** quant à la nature bénigne du trouble. Les épisodes de douleur aiguë peuvent être soulagés par la chaleur, le massage et les analgésiques en vente libre.

Références

Objectif numéro 67-1-2-2 (Douleur locale, épaule/coude/poignet/main) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Pavone V, Lionetti E, Gargano V, et al. Douleurs de croissance : une étude de 30 cas et une revue de la littérature. J Pediatr Orthop 2011 ; 31:606.

Question #33

Une fillette de 6 mois se présente au service des urgences avec une diminution de l'apport oral. Elle a récemment terminé un traitement antibiotique oral pour une infection des voies urinaires. Elle n'a pas eu de fièvre et semble par ailleurs en bonne santé. Son oropharynx ne montre pas d'érythème ou d'ulcération, mais elle présente les résultats intra-oraux ci-dessous. Laquelle des situations suivantes est la prise en charge la plus appropriée pour l'état de ce patient ?



- A) Fluconazole par voie orale une fois par jour
- B) Clotrimazole par voie orale cinq fois par jour
- C) Culture et tache de Gram du grattage de la langue
- D) Nystatine par voie topique quatre fois par jour

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le fluconazole à 6 mg/kg par voie orale une fois par jour est un traitement de deuxième intention potentiel pour le muguet buccal chez les nourrissons, car il est absorbé par voie systémique et plus coûteux que la nystatine.

Le choix B n'est pas correct :

Le clotrimazole 10 mg par voie orale cinq fois par jour est un médicament de deuxième intention potentiel chez les enfants de > 4 ans, car il se présente sous forme de pastilles et est moins susceptible que le fluconazole d'obtenir une culture négative.

Le choix C n'est pas correct :

Une culture et une coloration de Gram du grattage de la langue ne sont généralement pas nécessaires pour le diagnostic, mais sont recommandées chez les patients atteints de muguet buccal récurrent réfractaire à la fois à la nystatine topique et au fluconazole oral, car cela peut orienter un traitement ultérieur. Ces patients peuvent également avoir besoin d'une évaluation pour une immunodéficience.

Points résumés :

La candidose buccale (muguet) se caractérise par des plaques blanc crème ressemblant à du caillé sur la langue et la muqueuse qui, contrairement à la leucoplasie poilue, peuvent être grattées. Il est fréquent chez les jeunes nourrissons et il est également associé aux antibiotiques, glucocorticoïdes, immunodéprimés. Traité avec : Nystatine, Fluconazole, Kétoconazole.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Le muguet buccal est une **infection fongique intrabuccale superficielle** courante qui se présente sous la forme d'une **plaqué blanche nacrée visible sur la langue, le palais et la muqueuse buccale**. Il **gratte partiellement** avec un abaisse-langue et, s'il est effectué, montre **des levures bourgeonnantes** sur une coloration de Gram. Le muguet peut causer de la douleur, de l'agitation et une diminution de l'apport oral. Elle est **fréquente chez les enfants < l'âge de 12 mois** et chez les enfants

les enfants traités par des antibiotiques ou des corticostéroïdes inhalés. Le traitement initial du muguet buccal est la **nystatine 100 000 unités administrées localement à chaque joue** quatre fois par jour. Cette opération doit être poursuivie pendant 48 heures après la disparition de la plaque, généralement dans les 14 jours suivant le traitement. **La stérilisation des tétines de biberon et des sucettes** est recommandée pour la décolonisation. Cela peut être accompli en faisant bouillir les tétines du biberon et les sucettes après chaque utilisation. Les mères qui allaitent peuvent également avoir besoin d'un traitement simultané pour la décolonisation. La prudence est recommandée chez les **enfants de > de 12 mois**, car la candidose buccale est moins fréquente chez les enfants plus âgés et constitue une présentation possible du **VIH** ou de **la neutropénie**.

Références

- Objectif numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Ericson JE, Benjamin DK Jr. Candida. Dans : Kliegman RM, St. Geme JW III, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 21e éd. Elsevier; 2020 : (Ch) 261. Hendrickson MA, Roback MG. Lésions buccales. Dans : Shaw KN, Bachur RG, Chamberlain J, Lavelle J, Nagler J, Shook JE, eds. Manuel de médecine d'urgence pédiatrique de Fleisher et Ludwig. 8e éd. Wolters Kluwer ; 2020 : (ch)
52. Campbell J, Palazzi D. Infections à Candida chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 15 juin 2022.

Question #36

Une jeune fille de 13 ans se présente à l'urgence avec des douleurs à la cuisse. Ses symptômes se sont aggravés après avoir sauté dans une piscine. À l'examen physique, c'est une femme obèse bien développée qui se déplace en boitant. La hanche est maintenue en rotation externe au repos. Des radiographies du bassin sont prises et illustrées ci-dessous. Quel est le diagnostic le plus probable ?



- A) Synovite transitoire
- B) Luxation congénitale de la hanche
- C) Maladie de Legg-Calvé-Perthes
- D) Épiphyse fémorale capitale glissée

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La synovite transitoire se manifeste par une douleur à la hanche, à la cuisse ou au genou après une infection récente des voies respiratoires supérieures.

Le choix B n'est pas correct :

La luxation congénitale de la hanche affecte généralement les aînées caucasiennes < l'âge de 1 an.

Le choix C n'est pas correct :

Legg-Calvé-Perthes est une nécrose avasculaire idiopathique de la tête fémorale chez les enfants d'âge scolaire.

Points résumés :

Le patient atteint d'épiphyse fémorale capitale glissée (ECKE) sera un garçon âgé de 12 à 16 ans atteint d'obésité qui présente une boiterie progressive et des douleurs à la hanche ou au genou. Un examen physique révélera une perte de rotation interne de la hanche. Une radiographie montrera qu'une cuillère à glace glisse du cône. Le diagnostic est posé par des radiographies AP et latérales de la patte de grenouille. Le traitement ne porte pas de poids et une consultation orthopédique urgente est nécessaire.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Ce patient présente une **épiphyse fémorale capitale glissée** (ECS). L'EFS est caractérisée par **le déplacement de l'épiphyse fémorale capitale du col du fémur à travers la plaque de croissance**. Il touche principalement **les adolescents obèses**. **Les mâles** sont plus souvent touchés. Les patients présentent des **douleurs sourdes et douloureuses à la hanche, à l'aine, à la cuisse ou au genou**, généralement **sans** traumatisme antérieur significatif. L'examen physique révèle que la jambe est maintenue en **rotation externe** avec une diminution ou une perte de rotation interne, d'abduction et de flexion. Le **diagnostic** est confirmé par l'**AP et les radiographies latérales**. L'épiphyse glissée ressemble à une « **glace tombant du cône** » et à une **ligne de Klein anormale**. Une ligne droite tracée le long de la face latérale du col fémoral normalement

coupe la tête fémorale, alors que cette ligne passe à l'extérieur de l'épiphyse chez les patients atteints d'EFS. L'évaluation orthopédique est essentielle, car le traitement est presque toujours opératoire. La complication la plus redoutée de l'EFS est l'ostéonécrose de la tête fémorale.

Références

Objectifs numéro 20 (Enfants boiteux) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Murray BL : Le fémur et la hanche. Dans : Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice (8e éd.). Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (éd.). Elsevier Health Sciences, Philadelphie, Pennsylvanie. Kienstra A, Macias C. Évaluation et prise en charge de l'épiphyse fémorale capitale glissée (SCFE). Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 05 août 2022.

Question #38

Un garçon de 6 ans est amené chez le médecin pour un écoulement nasal depuis une semaine. L'écoulement était initialement mince mais a été épais, vert et purulent au cours des 3 derniers jours. Il a également de la fièvre et se plaint de douleurs faciales lorsqu'il se penche en avant. Le garçon ne prend aucun médicament et n'a pas d'allergies médicamenteuses connues. Sa température est de 38,9 °C (102 °F). L'examen montre une sensibilité bilatérale du sinus maxillaire et un écoulement nasal purulent. Il n'y a pas d'érythème ou de gonflement périorbitaire. Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Amoxicilline orale
- B) Doxycycline orale
- C) Amoxicilline-clavulanate par voie orale
- D) TDM des sinus
- E) Culture de l'écoulement nasal

Explication

Acute bacterial rhinosinusitis	
Diagnostic criteria	<p>Persistent symptoms ≥ 10 days without improvement OR Severe symptoms, high fever (≥ 39 C [102 F]), purulent nasal discharge, or facial pain ≥ 3 days OR Worsening symptoms ≥ 5 days after an initially improving viral upper respiratory infection</p>
Treatment	<p>1st line: Amoxicillin-clavulanate 2nd line: Doxycycline or fluoroquinolones</p>
Complications	<p>Preseptal & orbital cellulitis Septic cavernous sinus thrombosis Meningitis Brain abscess</p>

Copyright © by A.Y.E. Qasim

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

H influenzae et M catarrhalis produisent des quantités importantes de bêta-lactamase. À cet égard, l'amoxicilline-clavulanate, plutôt que l'amoxicilline seule, est le traitement de première intention de la rhinosinusite bactérienne aiguë.

Le choix B n'est pas correct :

La doxycycline est une alternative rentable aux fluoroquinolones respiratoires chez les adultes qui ne peuvent pas tolérer l'amoxicilline.

clavulanée. Il n'est pas recommandé pour les enfants de <8 ans en raison du risque de décoloration permanente des dents et de retard du développement squelettique.

Le choix D n'est pas correct :

La plupart des cas de sinusite peuvent être diagnostiqués cliniquement. La tomodensitométrie est la modalité privilégiée pour identifier des complications telles que la cellulite orbitaire ou l'extension intracrânienne. Ce patient ne présente pas de signes alarmants tels qu'un gonflement périorbitaire, une ophtalmoplégie ou des symptômes neurologiques et ne doit pas être exposé à des radiations inutiles.

Le choix E n'est pas correct :

Les études microbiologiques sont inutiles pour les enfants atteints de sinusite non compliquée qui s'améliorent comme prévu avec des antibiotiques. Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré 3 jours d'antibiotiques, des cultures doivent être obtenues par aspiration sinusale pour mieux cibler le traitement antimicrobien.

Points résumés :

Le diagnostic de rhinosinusite bactérienne aiguë non compliquée peut être posé cliniquement. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* non typable et *Moraxella catarrhalis* sont les agents pathogènes les plus courants. L'amoxicilline-clavulanate est le traitement de choix.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

La fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (102°F), l'écoulement nasal purulent et la douleur faciale pendant ≥ 3 jours répondent aux critères diagnostiques de la **rhinosinusite bactérienne aiguë** (tableau). *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* non typable et *Moraxella catarrhalis* sont les agents pathogènes les plus courants. Un pourcentage significatif de *H influenzae* et de *M catarrhalis* produisent de la bêta-lactamase. Par conséquent, l'amoxicilline-clavulanate, plutôt que l'amoxicilline seule, est le traitement de première intention de la rhinosinusite bactérienne aiguë. Un **cours de 10 à 14 jours** est recommandé par l'*Infectious Diseases Society of America*.

Les patients peuvent se voir proposer des gouttes nasales salines pour soulager la congestion nasale. À moins que le patient ne présente une rhinite allergique sous-jacente, les décongestionnantes et les antihistaminiques doivent être évités. Ces médicaments peuvent diminuer la circulation et l'administration d'antibiotiques à l'

muqueuse nasale, épaissir les sécrétions et irriter l'enfant.

Références

Objectif numéro 100 (Maux de gorge et/ou rhinorrhe) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. Guide de pratique clinique IDSA pour la rhinosinusite bactérienne aiguë chez les enfants et les adultes. Clin Infect Dis, 2012 ; 54 :e72.

Question #40

Une fillette de 4 ans est amenée chez le médecin par sa mère qui s'inquiète parce que son enfant a des pertes vaginales. À partir d'il y a 2 jours, l'enfant a commencé à se gratter la vulve et à se plaindre de brûlures à la miction. L'enfant est par ailleurs en bonne santé et n'a jamais eu de problème similaire. L'examen révèle une anatomie structurelle normale chez une fillette de 4 ans. Il n'y a aucun signe d'atrophie. Il y a un érythème inflammatoire sur les faces médiales des grandes lèvres et des excoriations. Il y a un écoulement muqueux avec quelques taches de sang mélangées. Laquelle des causes suivantes est la plus probable des pertes vaginales chez cette patiente ?

- A) Sclérose des lichens
- B) Maladie inflammatoire pelvienne
- C) Sarcome botyroides (rhabdomyosarcome embryonnaire)
- D) Abus sexuel
- E) Corps étranger vaginal

Explication

Vaginal foreign bodies
<p>Patient presentation:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vaginal itching, erythema, rash, and/or edema• Foul smelling vaginal discharge• Bloody, brown or yellow vaginal discharge, often malodorous• Vaginal pain• Urinary discomfort
<p>Treatment:</p> <ul style="list-style-type: none">• Irrigation with warmed Normal saline A Foley catheter may be inserted vaginally alongside a foreign object to break the suction, allowing for easier and less traumatic removal of the object• If unsuccessful, Under general anesthesia in Operating room

Copyright © by ACE Qbank

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La sclérose lichenienne se caractérise par une peau blanche, atrophique et parcheminée sur la vulve. Si la région périanale est touchée, ainsi que les lèvres, la lésion peut avoir une configuration en sablier.

Le choix B n'est pas correct :

La maladie inflammatoire pelvienne est très peu probable chez une fille de 4 ans et se manifesterait rarement par des signes externes.

Le choix C n'est pas correct :

Le sarcome botyroides (rhabdomyosarcome embryonnaire) est une tumeur maligne extrêmement rare. Cependant, c'est la tumeur maligne la plus fréquente des voies génitales inférieures chez une très jeune fille. Il se présente souvent sous la forme de pertes vaginales sanguines et se présente sous la forme de masses friables, semblables à du raisin, dépassant de l'urètre ou du vagin. Par conséquent, toute étiquette vaginale chez une jeune fille ne doit pas être présumée bénigne.

Le choix D n'est pas correct :

Les jeunes enfants qui ont été victimes d'abus sexuels ne présentent généralement aucun signe de lésion génitale lorsqu'ils sont examinés pour la première fois. Cependant, il est essentiel d'envisager ce diagnostic chaque fois que des troubles vulvaires, vaginaux ou anaux surviennent chez les jeunes filles.

Points résumés :

Les corps étrangers vaginaux sont fréquents chez les **enfants prépubères**. Les symptômes peuvent inclure des pertes vaginales aiguës ou chroniques, **une odeur nauséabonde et des saignements vaginaux**. Si l'objet est grand ou a des arêtes vives,

Le patient peut également se plaindre de douleurs. La vaginite produite par un corps étranger peut également provoquer des **troubles urinaires** chez l'enfant. Le corps étranger vaginal le plus courant chez les enfants est **le papier toilette**. D'autres articles comprennent des **jouets ou des pièces de monnaie** que l'enfant a placés dans son vagin. Tout enfant ayant des pertes vaginales doit subir un **examen du vagin**, qui est généralement effectué en plaçant l'enfant en position **genou-poitrine** ou **patte de grenouille**.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Les corps étrangers, souvent des selles ou du papier toilette, sont la cause la plus fréquente de **vaginite** chez une fillette de 4

ans. Ces objets peuvent provoquer un **écoulement sanguin** qui peut être associé à quelques autres symptômes. Cependant, une vaginite peut se développer à la suite de la

corps étranger et cela se caractérise souvent par une inflammation et un érythème des grandes lèvres. L'**inflammation et l'érythème** peuvent être aggravés par le grattage de l'enfant, ce qui entraînera **des excoriations**. La dysurie peut également être une plainte, car l'urine acide frappant le **vagin et la vulve enflammés** provoque des symptômes. La plupart des corps étrangers peuvent être éliminés en **irriguant le vagin** avec une **solution saline normale** attachée à un cathéter étroit. Cependant, si un corps étranger est suspecté et que l'élimination par irrigation douce ne réussit **pas**, l'enfant doit être amené au **bloc opératoire** pour un examen sous anesthésie. Les objets qui sont restés dans le vagin pendant une **longue période** peuvent en fait **s'éroder dans** (et même à travers) la **paroi vaginale**. Ces objets doivent donc être retirés avec beaucoup de soin et sous visualisation directe. L'**inflammation de la muqueuse vulvaire et vaginale** peut être traitée avec **une crème topique à base d'œstrogènes** pendant 1 semaine.

Références

- Stricker, T., Navratil, F. et Sennhauser, F. II. (2004). Corps étrangers vaginaux. Journal de pédiatrie et de santé infantile, 40(4), 205–
207. Objectif numéro 113 (Pertes vaginales / prurit vulvaire) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #1

Une fillette de 9 ans atteinte du syndrome de Down est amenée au service des urgences par sa mère pour une évaluation de douleurs abdominales. La mère de la patiente rapporte que l'abdomen de sa fille semble devenir beaucoup plus gros et qu'elle n'a que des selles occasionnelles qui sont généralement « explosives ». Cela dure depuis des années. Elle déclare qu'elle amène sa fille aujourd'hui parce qu'elle en a assez que sa fille se sente toujours malade et qu'elle veut juste des réponses. L'examen physique révèle un enfant qui semble beaucoup plus petit que son âge. Avec la permission de la mère, un examen rectal est effectué qui révèle un rectum vide, et après la fin de l'examen, il y a une libération importante de selles et de flatulences. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Colite ulcéreuse
- B) Maladie de Hirschsprung
- C) Constipation fonctionnelle
- D) Malrotation avec volvulus de l'intestin moyen

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Ce patient est moins susceptible d'avoir une colite ulcéreuse (CU). Les enfants atteints de colite ulcéreuse présentent généralement des signes et des symptômes de colite et présentent des douleurs abdominales et une diarrhée qui peuvent être sanguinolentes. Il s'agit souvent d'une maladie subaiguë. Les enfants présentant une colite ulcéreuse peuvent également avoir de la fièvre, de l'anémie, de la fatigue et une perte de poids.

Le choix C n'est pas correct :

La constipation fonctionnelle doit être exclue chez les enfants plus âgés qui présentent une suspicion de maladie de Hirschsprung. La principale caractéristique différentiatrice est l'examen rectal chez cet enfant, qui révèle un rectum vide avec des selles explosives ou des flatulences après la fin de l'examen ; L'examen révélera également un sphincter anal serré.

Le choix D n'est pas correct :

La malrotation avec volvulus de l'intestin moyen n'est généralement pas observée chez les enfants plus âgés, avec 75% des présentations au cours du premier mois de vie et l'âge moyen du diagnostic 3 ans. Les patients présenteront des signes d'abdomen chirurgical et de vomissements bilieux. La plainte la plus courante des patients atteints de volvulus est les vomissements biliaires, en tant que tels, les vomissements biliaires doivent être considérés comme une urgence chirurgicale.

Points résumés :

La maladie de Hirschsprung est le plus souvent diagnostiquée au cours de la période néonatale, mais elle peut se manifester chez les enfants plus âgés. Des épisodes de diarrhée peu fréquents et explosifs sont fréquents chez ces enfants.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Ce patient présente la **maladie de Hirschsprung**. Ses **antécédents de syndrome de Down**, probablement de **malnutrition et d'incapacité à**

(petite pour son âge), et **les résultats de l'examen physique** (notamment la découverte classique d'une diarrhée explosive) indiquent davantage la maladie de Hirschsprung que les autres choix. Il est le plus souvent **diagnostiqué au cours de la période néonatale**, car **70 à 90 % des nouveau-nés** atteints de cette maladie **ne parviennent pas à évacuer le méconium dans les premières 24 heures de la vie**. **Les enfants plus âgés** qui **ne sont pas diagnostiqués** peuvent présenter une distension abdominale, des difficultés à aller à la selle, une mauvaise alimentation, un retard de croissance, un fécalome récurrent, une hypoalbuminémie, une malnutrition ou **une diarrhée explosive** qui se produit rarement. **Il affecte plus souvent les garçons que les filles** et les affections associées comprennent **le syndrome de Down**, la communication interventriculaire (VSD), la surdité congénitale, l'hydrocéphalie, l'agénésie rénale et le diverticule de Meckel. Une complication redout e  est l'entérocolite de Hirschsprung. La correction chirurgicale peut donner aux enfants une fonction gastro-intestinale presque normale.

Références

Objectifs numéro 16-2 (Constipation pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Lopez ME. Mégacôlon aganglionique congénital (maladie de Hirschsprung). Post TW,  d. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 07 octobre 2021.

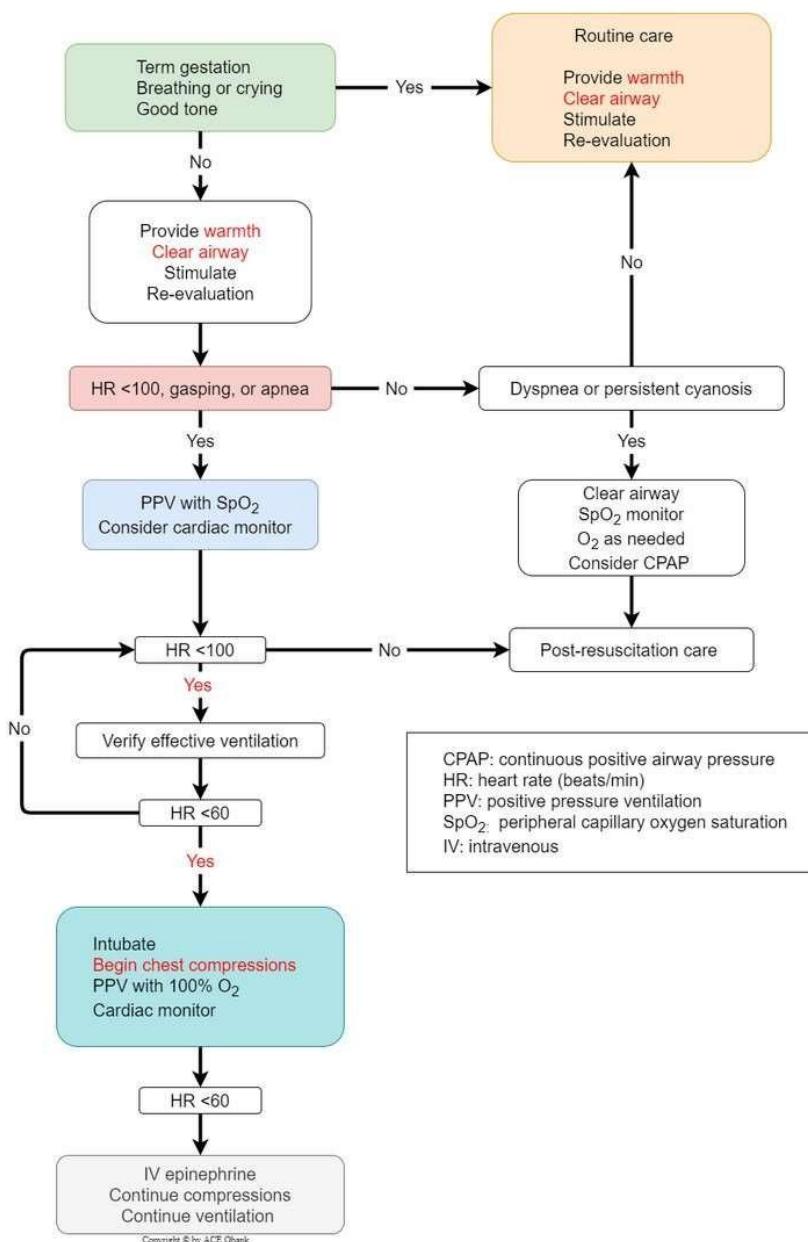
Question #10

Une fille à terme naît par accouchement vaginal assisté par forceps en raison d'un rythme cardiaque fœtal non rassurant et émerge apnéeique et molle. Elle n'a pas d'effort respiratoire ni de fréquence cardiaque détectable. En plus de réchauffer et de sécher le nourrisson, laquelle des étapes suivantes est la meilleure étape dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Administrer une dose intraveineuse d'épinéphrine
- B) Début de la ventilation du masque à manche-valve
- C) Commencer les compressions thoraciques
- D) Commencer à respirer bouche à bouche
- E) Effectuer une intubation endotrachéale

Explication

Neonatal resuscitation algorithm



Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'épinéphrine est indiquée si la fréquence cardiaque du nourrisson est de <60/min malgré une ventilation efficace et >30 secondes de compressions thoraciques. L'épinéphrine doit être administrée par cathéter ombilical toutes les 3 minutes jusqu'à ce que la fréquence cardiaque soit de >60/min.

Le choix C n'est pas correct :

Les compressions thoraciques sont indiquées si la fréquence cardiaque du nourrisson est de <60/min malgré une ventilation efficace. Ce nourrisson n'a pas reçu de VPP et il serait prématuré de lui administrer des compressions thoraciques.

Le choix D n'est pas correct :

La réanimation bouche-à-bouche n'est pas recommandée en réanimation néonatale. Toutes les aires d'accouchement doivent être équipées d'un dispositif de ventilation à pression positive (p. ex., sac autogonflant, sac gonflant, unité de ventilation murale).

Le choix E n'est pas correct :

L'intubation doit être envisagée lorsqu'une ventilation efficace n'a pas été établie avec une ventilation par sac et masque. Dans ce cas, la VPP n'a pas été commencée, il serait donc prématuré d'intuber ce nourrisson.

Points résumés :

La majorité des nouveau-nés n'ont pas besoin d'être réanimés après l'accouchement. Pour les 10 % qui le font, l'étape la plus importante de la réanimation du nouveau-né est la mise en place d'une ventilation à pression positive efficace. L'intubation, les compressions thoraciques et les médicaments sont rarement nécessaires.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Environ **10 % des nouveau-nés**, y compris ce patient, ont besoin **d'être réanimés après la naissance**. Les efforts immédiats doivent se concentrer sur

amorcer une **ventilation à pression positive (PPV) efficace**. La ventilation et l'expansion des poumons entraînent une amélioration de l'effort respiratoire et de la fréquence cardiaque. La grande majorité des nourrissons déprimés réagiront à une VPP efficace ; seulement 10 % des nourrissons qui reçoivent la VPP (c.-à-d. 1 % de tous les nouveau-nés) auront besoin d'une réanimation supplémentaire, comme une intubation, des compressions thoraciques ou de l'épinéphrine. Une **augmentation de la fréquence cardiaque du nouveau-né** indique que la **VPP est efficace**.

Pour les nourrissons qui ne répondent pas au VPP initial, des mesures ventilatoires correctives doivent être prises. Il s'agit d'assurer une **position du cou en reniflant, de repositionner le masque, d'aspirer les voies respiratoires, d'augmenter la pression et d'intuber** dans certains cas. Si un nouveau-né intubé a toujours une **fréquence cardiaque de <60/min**, les compressions thoraciques doivent être initiées selon un rapport de 3:1 (90 compressions/min à 30 respirations/min).

Références

Objectif numéro 74-1 (Évaluation du nouveau-né) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Aziz K, Lee HC, Escobedo MB, et al. Partie 5 : Réanimation néonatale : Lignes directrices 2020 de l'American Heart Association pour la réanimation cardiorespiratoire et les soins cardiovasculaires d'urgence. Diffusion 2020 ; 142 :S524.

Question #15

Un garçon de 3 ans mange avec son frère dans l'autre pièce lorsque sa mère entend tousser et s'étouffer. Son frère rapporte qu'il venait de manger une poignée de cacahuètes avant que les symptômes ne commencent. À l'urgence, l'enfant présente une détresse respiratoire modérée avec une fréquence respiratoire de 30 respirations par minute et une saturation de 93 % à l'air ambiant. Il est placé sous oxygène par masque facial avec une amélioration des saturations à 96%. Une légère respiration sifflante expiratoire est notée sur le lobe gauche. Le reste de l'examen n'a rien de particulier. Une radiographie thoracique est normale. Lequel des éléments suivants est indiqué ?

- A) Intubation endotrachéale**
- B) Bronchoscopie d'urgence**
- C) Administration d'albutérol nébulisé**
- D) Administration d'épinéphrine par voie intramusculaire**

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'intubation endotrachéale n'est pas nécessaire chez ce patient qui est éveillé et alerte avec une meilleure saturation en oxygène sous oxygène supplémentaire. Cependant, en attendant une bronchoscopie, son état respiratoire nécessite une surveillance étroite.

Le choix C n'est pas correct :

L'administration d'albutérol nébulisé est une intervention appropriée pour l'état asthmatique. L'albutérol est un bronchodilatateur à courte durée d'action avec un début d'action rapide et donc un traitement de secours efficace pour l'obstruction des voies respiratoires inférieures dans l'asthme. Cependant, il ne soulagera pas l'obstruction causée par un corps étranger.

Le choix D n'est pas correct :

L'administration intramusculaire d'épinéphrine est nécessaire pour le traitement de l'anaphylaxie. En effet, une détresse respiratoire aiguë suite à l'ingestion d'arachides devrait susciter des inquiétudes quant à l'anaphylaxie. Cependant, l'examen physique révèle des signes pulmonaires focaux et aucun autre signe d'anaphylaxie. Par conséquent, l'aspiration d'un corps étranger est plus probable.

Points résumés :

L'aspiration par corps étranger est la cause la plus fréquente de décès accidentel chez les enfants de moins de 1 an, et le risque reste très élevé jusqu'à l'âge de 3 ans. La majorité des corps étrangers inhalés sont des produits alimentaires, principalement des graines et des fruits secs. Les indications de la bronchoscopie en cas de suspicion d'aspiration de corps étrangers ne sont pas bien définies. Habituellement, des antécédents clairs de suffocation soudaine, d'étouffement combiné à un examen thoracique anormal ou des résultats radiologiques sont acceptés comme des critères fiables justifiant la réalisation d'une bronchoscopie.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

L'apparition d'une détresse respiratoire aiguë à la suite de la consommation d'arachides devrait inciter à envisager à la fois l'aspiration d'un corps étranger et l'anaphylaxie. La respiration sifflante focale de cet enfant, située sur le lobe gauche, rend l'aspiration d'un corps étranger très probable. Notamment, la radiographie thoracique ne visualise que dix pour cent des corps étrangers, car la majorité sont radiotransparents. La radiographie thoracique peut également révéler un piègeage focal de l'air, un décalage médiastinal à l'expiration ou une atélectasie focale. Cependant, ces résultats ne sont pas suffisamment sensibles pour exclure une aspiration à un corps étranger. En fait, la radiographie thoracique peut être normale dans jusqu'à deux tiers des cas. Si l'on soupçonne une ponction d'un corps étranger **sur la base des antécédents et de l'examen physique**, une **bronchoscopie d'urgence** doit être effectuée. En fait, il a été démontré que la bronchoscopie retardée augmente la morbidité et la mortalité chez les enfants ayant subi une aspiration de corps étrangers.

Références

Objectif numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Cohen S, Avital A, Godfrey S, Gross M, Kerem E, Springer C. Suspicion d'inhalation de corps étrangers chez l'enfant : quelles sont les indications de la bronchoscopie ? J Pédiatr. 2009; 155(2):276-280. Rose E. Urgences respiratoires pédiatriques : obstruction des voies respiratoires supérieures et infections. Dans : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier ; 2018 : (Ch) 167. Bientôt AW, Schmidt S. Corps étranger : ingestion et aspiration. Dans : Shaw KN, Bachur RG, Chamberlain J, Lavelle J, Nagler J, Shook JE, eds. Fleisher et Ludwig's Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 7e éd. Wolters Kluwer ; 2016 : (Ch) 27.

Question #16

Un garçon de 9 ans se présente avec des antécédents d'éruption cutanée depuis 2 jours. L'éruption cutanée a commencé à la tête et s'est propagée vers le bas jusqu'à son tronc et ses extrémités. Il se plaint également de fièvre, de toux. et un nez qui coule depuis 5 jours. À l'examen physique, sa température est de 38,2 °C (100,7 °F), sa tension artérielle est de 88/56 mmHg. Le pouls est de 76/min et les respirations sont de 16/min. Il y a une petite tache rouge irrégulière avec une couleur grise centrale sur sa muqueuse buccale, comme indiqué ci-dessous. L'éruption cutanée sur son corps est érythémateuse et de qualité maculopapulaire. Lequel des énoncés suivants est le diagnostic le plus probable ?



- A) Érythème infectieux**
- B) Maladie pieds-mains-bouche**
- C) Rougeole**
- D) Roseola infantum**
- E) Rubéole**

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'érythème infectieux, ou maladie du cinquième, est une maladie bénigne causée par le parvovirus B-19. Il commence généralement par un érythème marqué des joues, donnant un aspect de « joue giflée ».

Le choix B n'est pas correct :

La maladie pieds-mains-bouche se manifeste par un prodrome de fièvre et d'anorexie, suivi d'ulcères sur la langue et la muqueuse buccale et d'une éruption vésiculaire sur les mains et les pieds.

Le choix D n'est pas correct :

La roséole infantile se manifeste par l'apparition soudaine d'une forte fièvre, avec des températures allant jusqu'à 39,5-41,1 °C (103-106 °F). Une éruption maculopapuleuse apparaît sur le tronc le 3ème ou 4ème jour lorsque la fièvre cesse.

Le choix E n'est pas correct :

La rubéole provoque un syndrome bénin, qui se caractérise par une éruption érythémateuse, maculopapuleuse, discrète, une lymphadénopathie généralisée et de la fièvre. Il peut provoquer le syndrome de rubéole congénitale chez le nourrisson si la mère enceinte est infectée par le virus.

Points résumés :

La rougeole se manifeste par un **prodrome de 3 jours** de fièvre légère ; **Toux, oryza et conjonctivite (les 3 C)** ; et **les taches de Koplik** (petites taches rouges avec des centres gris sur la muqueuse buccale).

Plus de détails

La bonne réponse est C.

La rougeole (rubéole) est une maladie respiratoire exanthème **très contagieuse** avec un énanthème pathognomonique. Le virus de la rougeole se transmet par **les sécrétions respiratoires**, principalement par l'exposition à des aérosols, mais aussi par **contact direct avec des gouttelettes plus grosses**. Les patients sont **contagieux** pendant **1 à 2 jours** avant l'apparition des symptômes jusqu'à **4 jours après** l'apparition de l'éruption cutanée. La rougeole commence par un prodrome respiratoire de quelques jours de malaise, de **toux, de coryza, de conjonctivite**, d'écoulement nasal et d'augmentation de la fièvre. Juste avant le début de l'éruption cutanée, **les taches de Koplik** apparaissent sous la forme de **taches bleu-blanc** de 1 à 2 mm sur un fond rouge vif.

L'éruption érythémateuse, non prurigineuse et maculopapulaire caractéristique de la rougeole **commence à la racine des cheveux** et derrière les oreilles, se propage **le long du tronc** et des membres pour inclure les paumes et la plante des pieds, et devient souvent confluente. À ce moment-là, le patient est au point le plus grave de la maladie. Au 4ème jour, l'éruption cutanée commence à s'estomper dans l'ordre dans lequel elle est apparue. **Une décoloration brunâtre** de la peau et une **desquamation** peuvent survenir plus tard. La fièvre disparaît généralement au 4e ou 5e jour après le début de l'éruption cutanée ; Une fièvre prolongée suggère une complication de la rougeole. La lymphadénopathie, la diarrhée, les vomissements et la splénomégalie sont des caractéristiques courantes. Le traitement de la rougeole est en grande partie de soutien et basé sur les symptômes.

Références

Lowes R. Le triplement du nombre de cas de rougeole justifie la vigilance, selon le CDC. Medscape Medical News. Disponible à l'adresse <http://www.medscape.com/viewarticle/815514>. Consulté le 9 décembre 2013. Objectif numéro 107-3 (Fièvre chez le nouveau-né, fièvre chez l'enfant) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #22

Une mère amène son fils de 10 jours au service des urgences pour une rougeur et un drainage de l'œil droit. La mère n'a reçu aucun soin prénatal. L'enfant est né à terme et a reçu un traitement oculaire prophylactique au nitrate d'argent à la naissance. On note que l'enfant a un écoulement purulent et aqueux de son œil droit. Quel est l'agent pathogène le plus probable ?



- A) Adénovirus
- B) Chlamydia trachomatis
- C) Neisseria gonorrhoeae
- D) Staphylococcus aureus

Explication

Neonatal Conjunctivitis		
Organism	Neisseria gonorrhoeae	Chlamydia trachomatis
Onset	0-5 days	5 days-5 weeks
Inflammation of eyelids	Extensive	Less
Corneal involvement	Yes	Rare
Complication	Corneal rupture	Pneumonia

Copyright © by ACCI Qbase

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'adénovirus est la cause virale la plus fréquente de conjonctivite et se caractérise par un drainage aqueux, des démangeaisons et des rougeurs, ainsi qu'une lymphadénopathie préauriculaire.

Le choix C n'est pas correct :

Les caractéristiques de la conjonctivite à N. gonorrhoeae comprennent un écoulement abondant et purulent bilatéral, un chémosis sévère et un œdème des paupières, avec un début plus précoce que C. trachomatis (2 à 4 jours de vie).

Le choix D n'est pas correct :

La conjonctivite à *S. aureus* se caractérise par un début aigu, un écoulement mucopurulent et des ulcères blancs « marginaux » au niveau du limbe.

Points résumés :

Dans la conjonctivite à *Chlamydia trachomatis*, les patients seront nouveau-nés 5 à 14 jours après l'accouchement. L'examen physique montrera un écoulement oculaire mucopurulente, un gonflement des paupières et une conjonctive érythémateuse. Le diagnostic est posé par la culture. Le traitement est par érythromycine orale.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

La conjonctivite due à *Chlamydia trachomatis* survient généralement entre **le 5e et le 14e jour de la vie**. Elle est souvent **unilatérale** et se caractérise par **une hyperémie et un œdème** avec un **écoulement aqueux et purulent**. Les nouveau-nés sont exposés lors de l'**accouchement vaginal**. Dans ce cas, le **manque de soins prénatals** et le **risque de cervicite non diagnostiquée** exposent cet enfant et cette mère à un risque d'infection à *C. trachomatis* non diagnostiquée. L'enfant doit être traité avec de l'**érythromycine orale et topique**.

Références

Objectif numéro 30 (rougeur de l'œil) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Guluma K, Lee JE : Ophtalmologie, dans Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al (eds) : Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice, ed 9. Philadelphie, Elsevier 2018, (Ch) 61 :p 790-819. Hammerschlag M. *Chlamydia trachomatis* infections chez le nouveau-né. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 11 janvier 2022.

Question #23

Un garçon de 4 ans joue avec sa sœur de deux ans lorsqu'il appelle sa mère pour dire que la fille a mis un dollar dans sa bouche. La mère n'a rien trouvé dans la bouche de la fille, alors elle l'a emmenée au service des urgences. Votre examen physique est normal. Laquelle des propositions suivantes est la meilleure étape suivante ?

- A) Commander des études de contraste au baryum
- B) Demande d'endoscopie urgente
- C) Rassurer la mère
- D) Obtenir une radiographie du cou, du thorax et de l'abdomen

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La prescription d'études de contraste baryté peut être utile chez un patient asymptomatique occasionnel avec des films simples négatifs. Cependant, leur utilisation est déconseillée en raison du potentiel d'aspiration et du fait qu'il est plus difficile de visualiser et de retirer l'objet par la suite.

Le choix B n'est pas correct :

La demande d'une endoscopie urgente peut être la prochaine étape après l'obtention de films simples. L'endoscopie urgente n'est pas nécessaire si les films simples ne permettent pas de visualiser l'objet et que le patient reste asymptomatique.

Le choix C n'est pas correct :

Il n'est pas approprié de rassurer la mère, car la patiente a besoin d'un examen plus approfondi.

Points résumés :

L'ingestion de corps étrangers est fréquente chez les tout-petits, et les pièces de monnaie sont les objets les plus couramment avalés. La prise en charge dépend des symptômes, du moment de l'ingestion et du type d'objet ingéré. Les enfants ne sont pas des historiens fiables et de nombreux événements sont ignorés. Une radiographie du cou et du thorax à 2 vues (antéropostérieure simple et latérale) confirme l'emplacement du corps étranger.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Tout antécédent d'**ingestion de corps étrangers** doit être pris **au sérieux et faire l'objet d'une enquête**. La majorité (80 %) des ingestions de corps étrangers surviennent chez les **enfants** âgés de six mois à trois ans. **Les pièces de monnaie et les petits jouets** sont les corps étrangers les plus souvent ingérés. Il peut y avoir des symptômes d'étouffement, de haut-le-coeur et de toux qui peuvent être suivis d'une salivation excessive, d'une dysphagie, d'un refus de manger, de vomissements ou de douleurs dans le cou, la gorge ou les régions à encoches sternales. Il peut y avoir des

<https://afkebooks.com>



des symptômes tels que le stridor, la respiration sifflante, la cyanose ou la dyspnée qui peuvent être rencontrés si le corps étranger de l'œsophage empiète sur le larynx ou la paroi trachéale postérieure membraneuse. Les symptômes d'un gonflement cervical, d'un érythème ou de crépitations sous-cutanées suggèrent une perforation de l'oropharynx ou de l'œsophage proximal. L'évaluation d'un enfant ayant des antécédents d'ingestion de corps étrangers doit commencer par des radiographies antéropostérieures simples (PA) du cou, de la poitrine et de l'abdomen, ainsi que des vues latérales du cou et de la poitrine.

Références

Objectif numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Ingestion de corps étrangers chez les enfants. Am Fam Physician, 2005 ; 72:287. Wyllie R. Corps étrangers dans le tractus gastro-intestinal. Curr Opin Pediatr 2006 ; 18:563. Gilger M, Jain A. Corps étrangers de l'œsophage et du tractus gastro-intestinal chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 15 avril 2022.

<https://afkebooks.com>



Question #27

Un garçon de 19 mois est amené à l'urgence par sa mère après avoir été trouvé essoufflé et sifflant. Il avait le nez qui coulait et de la fièvre 2 jours avant cette visite, qui ont disparu. Il n'y a pas d'antécédents familiaux d'asthme. À l'examen, l'enfant apparaît en détresse respiratoire. Vous remarquez un évasement nasal et il y a un léger stridor et une respiration sifflante avec une diminution des bruits respiratoires sur la droite. La radiographie du thorax chez ce patient montrerait probablement lequel des éléments suivants ?

- A) Atélectasie du poumon droit
- B) Émoussement de l'angle costophrénique droit
- C) Consolidation lobaire à droite
- D) Hypergonflage du poumon droit
- E) Pneumothorax à droite

<https://afkebooks.com>



Explication

Foreign body		
Types	Sign and symptoms	Management
Inhalation	Unilateral Wheezing Absent of breath sound Stridor X-ray finding: Hyperinflation of lung Usually, Right side	Bronchoscopy
Ingestion	Difficulty of swallowing Refusal of feeding Vomiting Excessive salivation(drooling) Dry cough X-ray: Show radiopaque object in esophagus	Flexible Endoscopy

Copyright © by AFKE Qsoulak -

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Dans l'atélectasie, le poumon est affaissé, contrairement à l'inhalation d'un corps étranger, ce poumon est hypergonflé.

Le choix B n'est pas correct :

L'épanchement pleural se manifeste par un émoussement de l'angle costophrénique droit, causé par une infection, un traumatisme, une insuffisance cardiaque congestive. Notre patient ne présente aucun signe de ces conditions.

Le choix C n'est pas correct :

La pneumonie se présente avec une consolidation lobaire du côté droit est la complication tardive de l'inhalation d'un corps étranger et se développe au fil des jours. Notre patient a été amené à l'hôpital dès qu'ils ont découvert qu'il était essoufflé et qu'il avait une respiration sifflante.

Le choix E n'est pas correct :

Le pneumothorax se manifeste par un essoufflement soudain et une absence de bruit respiratoire du côté affecté, mais il n'y a pas de respiration sifflante.

Points résumés :

La triade de la recherche physique de l'inhalation de corps étrangers est la respiration sifflante unilatérale, le bruit de la respiration absente, le stridor. La radiographie typique montre une hyperinflation pulmonaire du côté affecté, généralement du côté droit.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Ce patient présente un essoufflement soudain et une respiration sifflante. **Les signes cliniques caractéristiques** de l'inhalation de corps étrangers sont une **respiration sifflante unilatérale, un bruit de respiration absente**.

L'inhalation de corps étrangers est la cause la plus fréquente de **décès accidentel** chez les enfants.

En ce qui concerne la prise en charge des patients, tout patient présentant une suspicion de corps étranger doit toujours être **maintenu NPO** (Nothing Per Os) immédiatement et commander une **radiographie pulmonaire d'inspiration-expiration** si le patient est stable

<https://afkebooks.com>



X-Le rayon de la poitrine montre généralement **des champs pulmonaires hypergonflés** en raison du piégeage de l'air, ce qui peut provoquer un déplacement médiastinal vers le côté opposé.

Références

Ronald M. Perkin. Médecine hospitalière pédiatrique : manuel de prise en charge des patients hospitalisés, 2e éd. Publication Wolters Kluwer, 2007. Chapitre 39 A ; Page 236. Objectifs numéro 27 (Dyspnée) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #32

Un garçon de 2 ans est amené au service des urgences par son père pour des antécédents de toux, de vomissements post-tussifs et de diminution de l'apport alimentaire depuis deux jours, bien qu'il ait pris des liquides. La toux a commencé après avoir mangé du pop-corn. Maman rapporte qu'il n'a ni fièvre ni rhinorrhée. Il a eu une bronchiolite à l'âge de 3 mois, mais il est par ailleurs en bonne santé. Au service des urgences, ses signes vitaux comprennent une température de 37 °C, un pouls de 100 bpm, une fréquence respiratoire de 24/min et une saturation en oxygène de 94 %. À l'examen, il présente une légère évasement nasal, des rhonchi diffus et une respiration sifflante notée comme étant plus forte sur le côté gauche de la poitrine. Laquelle des méthodes suivantes est la meilleure pour confirmer le diagnostic ?

- A) Bronchoscopie
- B) TDM du thorax
- C) Test des gaz du sang artériel
- D) Radiographies thoraciques inspiratoires et expiratoires

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Une tomodensitométrie est de peu de valeur dans une aspiration aiguë de corps étranger. Il est utile lorsque l'objet est présent depuis un certain temps et qu'il a induit la formation d'une granulation autour du corps étranger, ce qui donne plus d'informations sur la taille, l'emplacement et le degré de granulation avant l'extraction. Parce que seulement 20 % des corps étrangers sont radio-opaques

Le choix C n'est pas correct :

Un gaz du sang artériel est utile pour déterminer si le patient est suffisamment oxygéné et ventilé, mais il n'aidera pas à déterminer la présence d'un corps étranger.

Le choix D n'est pas correct :

Les radiographies thoraciques ne sont utilisées que pour évaluer les signes indirects d'aspiration d'un corps étranger, tels que l'hyperinflation unilatérale, l'atélectasie, le décalage médiastinal ou le pneumomédiastinal. Les radiographies thoraciques expiratoires sont plus sensibles que les radiographies inspiratoires pour détecter l'aspiration d'un corps étranger, mais jusqu'à 35 % des radiographies thoraciques sont faussement négatives. Par conséquent, si la suspicion d'aspiration d'un corps étranger est élevée, l'étape suivante appropriée est la bronchoscopie, et non la radiographie pulmonaire.

Points résumés :

L'aspiration par corps étranger est la cause la plus fréquente de décès accidentel chez les enfants de moins de 1 an, et le risque reste très élevé jusqu'à l'âge de 3 ans. La majorité des corps étrangers inhalés sont des produits alimentaires, principalement des graines et des fruits secs. Les indications de la bronchoscopie en cas de suspicion d'aspiration de corps étrangers ne sont pas bien définies. Habituellement, des antécédents clairs de suffocation soudaine, d'étouffement combiné à un examen thoracique anormal ou des résultats radiologiques sont acceptés comme des critères fiables justifiant la réalisation d'une bronchoscopie.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

<https://afkebooks.com>



Le patient dans cette vignette a une aspiration de **corps étranger**. C'est la cause la plus fréquente de **décès accidentel chez les enfants de moins de 1 an**, et le risque reste très élevé jusqu'à l'âge de 3 ans. **Les cacahuètes, les graines et les haricots sont des articles couramment inhalés**, tout comme les petits jouets. Tous les patients ayant des **antécédents d'étouffement et des symptômes persistants ou des résultats anormaux à l'examen physique**, tels que tachypnée, rétractions, respiration sifflante, stridor, diminution des bruits respiratoires unilatéraux ou cyanose, doivent être **évalués pour l'aspiration d'un corps étranger**. **La bronchoscopie** est l'étalement-or pour le diagnostic et la prise en charge. Chez ce patient, les antécédents de toux après avoir mangé du pop-corn suggèrent un étouffement ou une aspiration, et la persistance des symptômes justifie une bronchoscopie.

Références

Objectif numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Cohen S, Avital A, Godfrey S, Gross M, Kerem E, Springer C. Suspicion d'inhalation de corps étrangers chez l'enfant : quelles sont les indications de la bronchoscopie ? J Pédiatr. 2009; 155(2):276-280. Rose E. Urgences respiratoires pédiatriques : obstruction des voies respiratoires supérieures et infections. Dans : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier ; 2018 : (Ch) 167. Bientôt AW, Schmidt S. Corps étranger : ingestion et aspiration. Dans : Shaw KN, Bachur RG, Chamberlain J, Lavelle J, Nagler J, Shook JE, eds. Fleisher et Ludwig's Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 7e éd. Wolters Kluwer ; 2016 : (Ch) 27.

<https://afkebooks.com>



Question #37

Un garçon de 3 jours se présente à l'urgence après que sa mère l'ait trouvé en train de secouer rythmiquement ses extrémités pendant 1 minute. Il est né à terme par accouchement vaginal spontané après une grossesse sans complication. Ses scores Apgar étaient de 8 et 9 à 1 et 5 minutes, respectivement. Son poids de naissance est de 3100 gr (6,8 lb). Lors de l'examen, le médecin a remarqué un visage anormal avec des oreilles basses ; une petite mâchoire fuyante ; et des yeux largement séparés. Les études sériques sont notables pour un calcium de 1,12 mmol/L (2,12 - 2,52). Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Agammaglobulinémie de Bruton
- B) Immunodéficience variable commune
- C) Déficit sélectif en IgA
- D) Hypogammaglobulinémie transitoire de la petite enfance
- E) Syndrome de DiGeorge

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'agammaglobulinémie de Bruton est une forme généralement liée à l'X de déficit sévère en immunoglobulines liée à une diminution du nombre de lymphocytes B. Il se manifeste généralement par l'apparition d'infections après l'âge de 6 mois.

Le choix B n'est pas correct :

L'immunodéficience variable commune est une forme généralement acquise de déficit en immunoglobulines qui a tendance à se manifester au cours de la deuxième ou de la troisième décennie de la vie.

Le choix D n'est pas correct :

Le déficit sélectif en IgA est une forme bénigne d'immunodéficience souvent asymptomatique ou presque asymptomatique, dont la principale signification clinique est que l'individu affecté peut présenter des réactions anaphylactiques à des produits sanguins contenant des IgA.

Le choix E n'est pas correct :

L'hypogammaglobinémie transitoire de la petite enfance est une prédisposition auto-limitée aux infections bactériennes commençant à 3 à 6 mois qui est observée chez les bébés morphologiquement normaux dont les lymphocytes B ne parviennent pas à mûrir assez rapidement pour remplacer les anticorps maternels.

Points résumés :

Les nourrissons atteints du **syndrome de DiGeorge** présentent souvent une **tétanie ou des convulsions** secondaires à une **hypocalcémie**, qui peuvent être détectées à l'examen physique par des signes positifs de **Trousseaus et de Chvostek**.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

<https://afkebooks.com>



Il s'agit du **syndrome de DiGeorge**, qui est un syndrome congénital dans lequel le développement anormal des **troisième et quatrième poches pharyngées** entraîne une **absence ou une hypoplasie** du thymus **et** des glandes **parathyroïdes**. Le diagnostic est suspecté chez un nourrisson, souvent avec un **visage malformé**, qui développe une **hypocalcémie difficile à gérer**, généralement à 24 à 48 heures de vie. Le diagnostic peut être confirmé par une **radiographie pulmonaire**, qui ne montrera pas l'**ombre thymique normale**. Les nourrissons doivent également être évalués pour une maladie cardiovasculaire congénitale, car cela peut faire partie de l'anomalie du développement. Les nourrissons qui survivent à l'**hypocalcémie initiale** (nécessitant une prise en charge médicale extrêmement soigneuse) deviennent vulnérables aux **infections récurrentes** peu de temps après la naissance. L'**anomalie** implique généralement les **lymphocytes T** (avec une fonction normale ou presque normale des lymphocytes B) et, dans certains cas, peut se résoudre spontanément à mesure que l'enfant vieillit et qu'il reste un petit vestige d'hypertrophies du thymus.

Références

Butts SC. Le phénotype facial du syndrome vélo-cardio-facial. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009 mars 73(3) :343-50. Objectif numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

<https://afkebooks.com>



Question #38

Une fillette de 2 mois à terme est amenée chez le médecin pour une visite de routine de l'enfant en bonne santé. Elle a grandi et s'est développée normalement. Elle allaite pendant 30 minutes toutes les 2-3 heures et se réveille correctement pour les tétées la nuit. La fille est endormie en position couchée dans un berceau à côté du lit de sa mère et s'endort avec un pacifier. Elle vit dans un appartement avec elle.

25-mère âgée d'un an et grands-parents maternels. Il n'y a pas de fumeurs à la maison. La mère de la jeune fille fumait auparavant des cigarettes, mais a arrêté au cours du deuxième trimestre lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte.

L'examen physique est normal. Des vaccins contre le rotavirus, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire, l'haemophilus, le pneumocoque et la poliomyélite inactivée sont administrés. Lequel des facteurs suivants augmente le risque de syndrome de mort subite du nourrisson ?

- A) Âge de la mère**
- B) Utilisation de la sucette pour nourrisson**
- C) Immunisations des nourrissons**
- D) Environnement de sommeil du nourrisson**
- E) Antécédents maternels de tabagisme**

<https://afkebooks.com>



Explication

Sudden infant death syndrome		
	Risk factors	Prevention
Maternal factors	<i>Smoking</i> during or after pregnancy Maternal age <20 Inconsistent prenatal care	Smoke avoidance during & after pregnancy Routine prenatal care
Infant factors	<i>Prone</i> /side sleep position Soft sleep surface, loose bedding Bed-sharing Prematurity Sibling with SIDS	<ul style="list-style-type: none">• Supine sleep position• sleep surface• Room-sharing• Pacifier use

SIDS: sudden infant death syndrome

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le jeune âge maternel est un facteur de risque indépendant du SMSN. L'âge de cette mère est de >20 ans.

Les choix B, C et D ne sont pas corrects :

La position de sommeil en décubitus dorsal de ce nourrisson, l'allaitement maternel exclusif, le partage de la chambre (mais pas le partage du lit) et les vaccinations sont des facteurs de protection contre le SMSN. Le lait maternel et les vaccinations peuvent protéger les bébés contre les infections qui augmentent le risque de SMSN.

Points résumés :

Le syndrome de mort subite du nourrisson est la principale cause de mortalité infantile. Les facteurs de risque modifiables les plus importants sont la position de sommeil sur le ventre et l'exposition au tabagisme prénatale et postnatale. Il faut conseiller aux parents de placer le nourrisson en décubitus dorsal sur un lit d'enfant ferme ou un matelas de moïse dans la même pièce que les parents. L'allaitement maternel et la vaccination devraient également être encouragés en tant que

<https://afkebooks.com>



facteur préventif et pour la bonne santé globale.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est la principale cause de **décès au cours de la première année de vie**. Le SMSN atteint son apogée à l'âge **de 2 à 4 mois**, la grande majorité des cas survenant avant l'âge de 6 mois. **Le positionnement en position de sommeil** est le facteur de risque modifiable **le plus important**. L'incidence globale a diminué de >50 % depuis que l'American Academy of Pediatrics a recommandé le positionnement en position couchée sur le dos par le biais du « Back to Sleep » ; campagne. Il faut conseiller à tous les parents et aux gardiens de **placer les bébés sur le dos** sur un matelas ferme dans un berceau ou un moïse. Dans la petite enfance, il n'est pas recommandé de dormir sur le côté, car le nourrisson pourrait se rouler en position couchée. Lorsque les nourrissons peuvent se rouler d'arrière en avant et vice versa (à l'âge de -6 mois), ils peuvent choisir leur propre position de sommeil. Tout au long de la petite enfance, l'aire de sommeil doit être **dépourvue d'oreillers, d'animaux en peluche, de literie ample, de vêtements excessifs ou de positionneurs de sommeil**, car ces objets présentent des risques potentiels de suffocation ou d'étranglement. Un autre facteur de risque modifiable important est **l'exposition à la fumée**. Le tabagisme pendant la grossesse et l'exposition postnatale à la fumée secondaire sont tous deux associés à un risque accru de SMSN. Ce patient doit recevoir un **renforcement positif pour l'arrêt du tabac** et être **encouragé à éviter la fumée secondaire**. D'autres facteurs de risque et stratégies préventives sont présentés dans le tableau.

Références

Objectif numéro 104 [Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), événement mettant apparemment la vie en danger (ALTE)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Moon RY, Fu L. Syndrome de mort subite du nourrisson : une mise à jour. Pediatr Rev 2012 ; 33(7):314-320. Corwin MJ. Syndrome de mort subite du nourrisson : facteurs de risque et stratégies de réduction des risques. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc.

Consulté le 26 juillet 2022.

<https://afkebooks.com>



Question #39

Une fillette de 5 jours, auparavant en bonne santé, issue d'une grossesse à terme et sans complication, est mise au monde par ses parents avec des vomissements. Les vomissements sont décrits comme étant de couleur vert foncé. Son abdomen est distendu. Elle est tachycardique et semble malade. Quel est le traitement définitif de cette affection ?

- A) Lavement de contraste à l'air
- B) Réparation opératoire
- C) Observation
- D) Antibiotiques parentéraux sans chirurgie

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Un lavement par contraste d'air est à la fois diagnostique et thérapeutique pour l'invagination. L'invagination se manifeste classiquement par des coliques abdominales, des vomissements non bilieux et des saignements rectaux.

Le choix C n'est pas correct :

Ce patient présente des signes d'occlusion intestinale et doit être emmené en chirurgie. Si la chirurgie est retardée trop longtemps, il y a un risque de perdre un intestin viable.

Le choix D n'est pas correct :

Les patients reçoivent généralement des antibiotiques préopératoires et peropératoires. Cependant, les antibiotiques seuls ne guériront pas la maladie sous-jacente, qui est la malrotation et le volvulus. Cela nécessite une intervention chirurgicale.

Points résumés :

Un patient atteint de malrotation intestinale sera un enfant de la première année de vie qui développe une apparition soudaine de vomissements bilieux, la majorité se produisant au cours de la première semaine. Un examen physique montrera une instabilité hémodynamique et une distension abdominale. Une radiographie abdominale révélera un signe à double bulle. La série GI supérieure montrera un signe de tire-bouchon. Le diagnostic est posé par la série digestive supérieure et confirmé par l'observation de l'échec de la jonction duodénale-jéjunale à traverser la ligne médiane. Le traitement commence par la réanimation liquidienne, les antibiotiques à large spectre et la décompression de l'estomac par sonde nasogastrique, qui sont toutes des priorités de prise en charge critiques de la malrotation avec volvulus de l'intestin moyen. Le traitement définitif, cependant, est la réparation chirurgicale (procédure Ladd).

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Ce **nourrisson avec des vomissements bilieux** a une **malrotation avec un volvulus de l'intestin moyen**. Cette condition résulte d'une **défaillance de la**

<https://afkebooks.com>



rotation appropriée et fixation rétropéritonéale de l'intestin moyen, de l'intestin grêle, du côlon droit et d'un tiers du côlon transverse au cours du développement embryonnaire. Le résultat est que les intestins sont **sujets à la torsion**, ce qui entraîne un **volvulus** et une éventuelle ischémie intestinale. Environ 80% des cas de malrotation avec volvulus intestinal moyen se manifestent au **cours du premier mois de vie**, la majorité survenant au cours de la **première semaine**.

La présentation classique est celle d'un nourrisson avec des vomissements bilieux. Le nourrisson peut sembler en bonne santé au début, mais au fur et à mesure que l'ischémie intestinale se produit, des douleurs abdominales, **une distension, une hématochézie** et **un choc** se développent. Une [**étude gastro-intestinale supérieure**](#) est l'étalement pour le diagnostic, montrant **une configuration caractéristique en tire-bouchon en spirale du jéjunum**. Cependant, cela ne doit être obtenu que chez les patients **hémodynamiquement stables**. Un patient d'apparence toxique ou hémodynamiquement instable doit subir une exploration chirurgicale immédiate ([**procédure de Ladd**](#)).

Références

Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Shalaby MS, Kuti K, Walker G. Malrotation intestinale et volvulus chez les nourrissons et les enfants. BMJ 2013 ; 347 :f6949. Brandt M. Malrotation intestinale chez les enfants. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 07 mars 2022.

<https://afkebooks.com>



Question #9

Une fillette de 9 mois en bonne santé est amenée chez le médecin pour une visite d'enfant en bonne santé. Elle mange actuellement des flocons d'avoine en purée, des fruits, des légumes et de la viande. De plus, elle allait 5 fois par jour et boit 4 à 6 oz d'eau par jour. La fille n'a pas encore introduit d'œufs, de noix, de produits laitiers ou de poisson dans son alimentation. Elle n'a pas d'allergies et a apprécié tous les nouveaux aliments. Ses grands-parents veulent que la fille ait une alimentation plus variée qui comprend du lait de vache. Lequel des conseils suivants est le plus approprié pour les parents ?

- A) Introduire le lait de vache après l'âge de 1 an
- B) Évitez les œufs jusqu'à l'âge de 2 ans
- C) Évitez les arachides, les noix, les crustacés et le poisson jusqu'à l'âge de 3 ans
- D) Évitez le yogourt et le fromage jusqu'à l'âge de 1 an
- E) Introduisez le lait de vache à tout moment comme substitut du lait maternel

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Les choix B et C ne sont pas corrects :

Il n'est plus recommandé d'éviter les aliments allergènes les plus courants (p. ex. œufs, arachides, noix, crustacés, poissons) jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans. Des études récentes montrent que l'introduction tardive est associée à une augmentation des allergies alimentaires.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

Après l'âge de 1 an, un nourrisson peut passer directement au lait de vache. Les nourrissons de <1 an peuvent consommer en toute sécurité de petites quantités de produits contenant du lait de vache, comme du fromage, du yogourt ou des produits de boulangerie. Les mères qui souhaitent continuer à allaiter après la première année du nourrisson doivent être encouragées à le faire, car cela procure les avantages du lien et de la nutrition.

Points résumés :

L'introduction du lait de vache doit être retardée jusqu'après l'âge de 1 an en raison d'un risque accru d'anémie ferriprive et d'une charge rénale accrue en soluté. D'autres produits laitiers peuvent être consommés en toute sécurité en petites quantités après l'âge de 6 mois. Des aliments hautement allergènes peuvent également être introduits.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

L'étalon-or de la nutrition au cours de la première année de vie est le lait maternel humain. Si possible, les nourrissons doivent être allaités exclusivement jusqu'à l'âge de >6 mois, après quoi des aliments solides peuvent être introduits progressivement. **Le lait de vache** doit être introduit dans l'alimentation après l'**âge de 1 an** car il ne fournit pas suffisamment de fer, de vitamine E et d'acides gras essentiels pour un nourrisson. De plus, les matières grasses et les protéines du lait de vache sont difficiles à digérer pour les nourrissons, et l'excès de protéines et de minéraux augmente la charge rénale en soluté. L'introduction du lait de vache dans l'alimentation avant l'âge de 1 an **augmente le risque de perte de sang intestinale et d'anémie ferriprive**.

Références

<https://afkebooks.com>



Objectif numéro 74 [Examen périodique de santé (PHE)] des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Elalfy MS, Hamdy AM, Maksoud SS, Megeed RI. Le mode d'alimentation au lait et la taille de la famille sont des facteurs de risque d'anémie ferriprive chez les nourrissons égyptiens pauvres âgés de 6 à 24 mois. Nutr Res. 2012 février ; 32(2):93-9.

Question #16

Une fillette de 17 jours est amenée chez le médecin pour une visite au nouveau-né. Elle est née par voie vaginale d'une mère primipare, âgée de 22 ans, à la suite d'une grossesse sans complication. Son poids à la naissance était de 3,6 kg (7 lb 10 oz). Elle allaite exclusivement. Le nourrisson a été vu au bureau à l'âge de 5 jours et son poids était alors de 3,4 kg (7 lb 8 oz) ; Aujourd'hui, il pèse 3,7 kg (8 lb 3 oz). Elle s'est nourrie mouillée et a fait un nombre normal de couches mouillées et sales. Ses signes vitaux sont normaux. L'examen physique montre que le nourrisson est bien nourri, qu'il présente un ictère scléral et un ictère diffus à l'ombilic. Le bord du foie est palpable à la marge costale droite ; Aucune splénomégalie n'est appréciée. Le reste de l'examen est normal. Les résultats de laboratoire sont les suivants :

Études de la fonction hépatique	
Bilirubine totale	235 µmol/L
Bilirubine directe	11 µmol/L (<34)
Aspartate aminotransférase (SGOT)	22 U/L (0 à 35)
Alanine aminotransférase (SGPT)	28 U/L (3-35)

Laquelle des étapes suivantes est la plus appropriée dans la prise en charge de ce patient ?

- A) Échographie hépatique
- B) Observation seulement
- C) Photothérapie à domicile
- D) Photothérapie en milieu hospitalier
- E) Consultation en lactation

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

L'échographie hépatique est appropriée s'il y a une crainte d'obstruction, comme un kyste cholédoque ou une atrésie des voies biliaires. L'ictère obstructif est caractérisé par une hyperbilirubinémie directe élevée, qui n'est pas présente chez ce patient.

Les choix C et D ne sont pas corrects :

La photothérapie crée des photoisomères hydrosolubles de la bilirubine, qui peuvent être facilement excrétés dans l'urine et les selles. La photothérapie est généralement initiée lorsque le taux de bilirubine indirecte s'approche de niveaux capables de provoquer un ictère (encéphalopathie bilirubinique). Chez un nourrisson par ailleurs mouillé et né au-delà de la première semaine de vie, ce taux est généralement de $>340 \mu\text{mol/L}$ ou 20 mg/dL.

Le choix E n'est pas correct :

Une consultation d'allaitement est une étape utile pour un couple mère-enfant dont l'allaitement n'est pas optimal, ce qui peut entraîner une jaunisse d'allaitement. Contrairement à la jaunisse du lait maternel, la jaunisse de l'allaitement atteint un pic au cours de la première semaine de vie, et ces nourrissons présentent généralement des signes de déshydratation.

Points résumés :

L'ictère du lait maternel est une hyperbilirubinémie bénigne et indirecte qui résulte de la β -glucuronidase présente dans le lait maternel. Il se manifeste vers l'âge de 2 semaines chez des nourrissons hydratés d'apparence humide, sans signe d'hyperbilirubinémie directe. L'allaitement doit être encouragé car la jaunisse se résout spontanément sans dommage à l'âge de 3 mois.

Plus de détails

La bonne réponse est B.

Ce nourrisson souffre **de jaunisse du lait maternel**. La jaunisse du lait maternel est le résultat de la présence de β -glucuronidase dans le lait maternel, ce qui entraîne une déconjugaison de la bilirubine dans l'intestin du nourrisson. La bilirubine non conjuguée est recyclée dans le foie plutôt que d'être excrétée dans

<https://afkebooks.com>



les selles et augmente les taux sériques de bilirubine. Les nourrissons atteints se présentent **vers l'âge de 2 semaines** et semblent **bien avec un examen physique normal**. Chez les nourrissons en bonne santé, la palpation du bord du foie à moins de 2 cm de la marge costale est considérée comme normale. Les taux de bilirubine indirecte atteignent rarement 340 µmol/L (20 mg/dL) ou plus, et les taux de bilirubine directe doivent être normaux (<34 µmol/L ou 2 mg/dL). La jaunisse du lait maternel **disparaît généralement spontanément** vers l'âge de 3 mois ou lorsque l'allaitement est interrompu, mais ce n'est pas une raison pour interrompre l'allaitement. L'allaitement maternel doit être encouragé car il s'agit de l'étalon-or de la nutrition infantile. Rassurer et observer sont la ligne de conduite appropriée.

Références

Objectif numéro 49-1 (Jaunisse néonatale) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Soldi A, Tonetto P, Varalda A, Bertino E. Jaunisse néonatale et lait maternel. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 octobre ; 24 Suppl 1:85-7.

<https://afkebooks.com>



Question #22

Un enfant de 12 kg se présente avec de la diarrhée et de l'oligurie au service des urgences. Considérez que le patient souffre d'une déshydratation sévère sur la base de l'examen physique. Lequel des éléments suivants est un bolus de liquide intraveineux initial approprié ?

- A) 60 mL de chlorure de sodium à 0,9 %
- B) 120 mL de dextrose à 5 % dans du chlorure de sodium à 0,45 %
- C) 240 mL de chlorure de sodium à 0,9 %
- D) 240 mL de dextrose à 5 % dans du chlorure de sodium à 0,9 %

<https://afkebooks.com>



Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Un bolus de 5 mL/kg n'est pas considéré comme adéquat pour la réanimation initiale.

Les choix B et D ne sont pas corrects :

Les solutions contenant du dextrose sont considérées comme des liquides d'entretien et doivent être administrées après la réanimation initiale.

Points résumés :

La réanimation liquidienne intraveineuse initiale chez les enfants doit être réalisée avec 20 ml/kg d'une solution saline isotonique sans supplémentation en potassium.

Plus de détails

La bonne réponse est C.

La réanimation initiale chez les patients pédiatriques présentant une **déshydratation sévère** commence par un **bolus de 20 ml/kg** d'une **solution saline isotonique**, généralement du **chlorure de sodium à 0,9 %** (ou une autre solution cristalloïde isotonique appropriée). L'administration de liquide par voie intraveineuse est nécessaire chez les patients pédiatriques qui ne tolèrent pas les liquides oraux. Un bolus liquidien initial approprié peut commencer à **20 mL/kg** et être **administré jusqu'à 30 mL/kg**. L'albumine pauvre en sel (5 %) peut également être administrée à 10 mL/kg si l'enfant ne répond pas au bolus cristalloïde ou comme bolus liquidien initial en état de choc. Les manifestations cliniques de **la déshydratation sévère** chez les enfants comprennent un pouls rapide et faible, une pression artérielle réduite et orthostatique, un débit urinaire < 0,5 ml/kg/h, une respiration profonde et rapide, un tonus musculaire flasque, une température centrale réduite, une diaphorèse, une diminution de la turgescence cutanée, des fontanelles antérieures déprimées, des yeux enfoncés, une absence de larmes en cas de pleurs et des muqueuses très sèches. La densité urinaire peut également être de 1,030 >. **Un liquide d'entretien contenant du dextrose** peut être instauré **une fois la réanimation initiale terminée**. Un équilibre hydrique strict doit être évalué et les électrolytes doivent être surveillés régulièrement.

<https://afkebooks.com>



Références

Objectifs numéro 22-3 (Diarrhée pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Somers, MJ. Traitement de l'hypovolémie (déshydratation) chez l'enfant. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 05 août 2020.

Question #27

Une fillette de 12 ans se présente chez le médecin pour un examen annuel. Elle est en bonne santé depuis un an et n'a aucune plainte. Elle a commencé à avoir ses règles cette année et, après quelques cycles irréguliers, elle a maintenant ses règles mensuelles. Les antécédents médicaux sont significatifs pour plusieurs épisodes d'otite moyenne chez l'enfant. Les antécédents chirurgicaux ne sont pas remarquables. Elle ne prend aucun médicament et n'a pas d'allergies médicamenteuses connues. L'examen physique n'a rien de particulier. S'il n'est pas immunisé à l'heure actuelle, lequel des vaccins suivants ce patient devrait-il le plus probablement recevoir ?

- A) Vaccination contre le virus de l'hépatite B
- B) Vaccination contre le VIH
- C) Vaccination contre le virus de l'encéphalite japonaise
- D) Vaccination contre le virus de la rage
- E) Immunisation contre *Salmonella typhi*

<https://afkebooks.com>



Explication

Publicly Funded Immunization Schedules for Ontario – December 2016

Publicly funded vaccines may be provided only to eligible individuals and must be free of charge.

Vaccine	Age	2 Months	4 Months	6 Months	12 Months	15 Months	18 Months	4-6 Years*	Grade 7	14-18 Years†	24-30 Years‡	30+ Years§	65 Years
DTP-IPV-Hib		♦	♦	♦			♦						
Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Hemophilus influenzae type b													
Haemophilus influenzae type b													
Polio-C-13		♦	♦		♦								
Pneumococcal Conjugate 13													
Rot-1		♦	♦										
Rotavirus													
MMR													
Mumps, Measles, Rubella													
Varicella													
MMRV								♦					
Mumps, Measles, Rubella, Varicella													
Tdap-IPV								♦					
Tetanus, Diphtheria, pertussis, Polio													
HB									♦				
Hepatitis B													
Men-C-ACYW									♦				
Meningococcal Conjugate ACYW-135													
HPV-4								♦					
Human Papillomavirus													
Tdap									♦	♦			
Tetanus, Diphtheria, pertussis													
Td (booster)											♦		Every 10 years
Tetanus, Diphtheria													
HD												■	
Herpes Zoster													
Parv-P-23												■	
Pneumococcal Polysaccharide 23													
Td													
Influenza													

* Every year in the fall.

■ A single vaccine dose given in a single and needle by intramuscular injection

♦ A single vaccine dose given in a vial and needs to be drawn into a syringe

● A single vaccine dose given in a vial and needs to be drawn into a syringe

• A single vaccine dose given in a vial and needs to be drawn into a syringe

† Recommended through the publicly funded immunization program. Men-C-ACYW is a single-dose (10) or a 2-dose series (see Table 6) Tdap-IPV is a 2-dose series (see Table 6). Each vaccine dose is given in a separate and needle by intramuscular injection.

‡ Previously given at 1 year of age

§ Given 10 years after the 14-16 year old Tdap-IPV dose

¶ Given 10 years after the 14-16 year old Tdap-IPV dose

|| Once a dose of Tdap is given in addition (≥4-10 years of age), adults should receive Td (booster every 10 years thereafter).

▲ Children 6 months to 5 years of age who have previously received a dose of rubella vaccine require 2 doses given at least 1 month apart. Children who have previously received a dose of rubella vaccine should receive 1 dose per season thereafter.

Note: A different schedule and/or additional doses may be needed for high-risk individuals (see Table 3) or if doses of a certain vaccine are missed (see appropriate Tables 4-23).

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Des essais sont en cours pour tester la vaccination contre le VIH. À l'heure actuelle, cependant, il n'existe pas de vaccin largement disponible et accepté pour être utilisé universellement.

Les choix C et D ne sont pas corrects :

L'immunisation contre le virus de l'encéphalite japonaise et l'immunisation contre le virus de la rage sont deux immunisations qui peuvent être administrées aux voyageurs se rendant dans des zones endémiques ou dans des situations où une infection par le virus de l'encéphalite japonaise ou le virus de la rage peut survenir. La vaccination universelle contre ces deux virus n'est pas recommandée.

<https://afkebooks.com>



Le choix E n'est pas correct :

L'immunisation contre *Salmonella typhi* est utilisée pour prévenir l'infection à *Salmonella typhi*. Cette bactérie est à l'origine de l'infection communément appelée fièvre typhoïde. Ce vaccin est recommandé aux personnes voyageant dans des zones où une telle infection est susceptible de se produire. La vaccination universelle n'est pas recommandée.

Points résumés :

Les recommandations actuelles sont que **la vaccination universelle contre l'hépatite B** chez les adolescents soit administrée à **l'âge de 11 et 12 ans**.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Le virus de l'hépatite B peut entraîner une morbidité et une mortalité importantes. Il se propage par contact sexuel et par contact sanguin. En fait, c'est la seule **maladie sexuellement transmissible** pour laquelle il existe un vaccin largement disponible et accepté pour prévenir la maladie. Les recommandations actuelles sont que **la vaccination universelle contre l'hépatite B** chez les adolescents soit administrée à **l'âge de 11 et 12 ans**. Les adolescents plus âgés et les adultes devraient recevoir le vaccin sur la base de leur statut de risque, bien que plusieurs groupes recommandent la vaccination universelle des adolescents. Ce patient est âgé de 12 ans. Par conséquent, elle devrait recevoir un vaccin contre l'hépatite B.

Références

Calendrier de vaccination systématique de l'Ontario - http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/immunization/static/immunization_tool.html Objectif numéro 74-2 (Vaccination des nourrissons et des enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #2

Un garçon de 8 ans a une grosse selle sanglante. Sa tension artérielle est de 110/80 mmHg, son pouls est de 100 /min, sa fréquence respiratoire est de 15/min, sa température est de 37 °C et il a une hémoglobine de 14 g/dL. L'aspiration nasogastrique produit un liquide clair et verdâtre.

L'examen physique, y compris l'anuscopie, n'a rien de particulier. Lequel des éléments suivants est le prochain test diagnostique le plus approprié ?

- A) Scintigraphie au technétium marqué radioactivement
- B) Artériographie cœliaque
- C) Colonoscopie
- D) Étude sur les globules rouges marqués radioactivement
- E) Endoscopie digestive haute

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

L'artériographie en tant qu'étape diagnostique est une étude très invasive qui ne convient qu'aux très grandes hémorragies (>2 mL/min) avec aspiration gastrique claire. Une artériographie peut également être indiquée pour le traitement (embolisation) des saignements gastro-intestinaux graves.

Le choix C n'est pas correct :

La coloscopie n'a pas permis d'identifier le diverticule de Meckel. La coloscopie est souvent nécessaire chez les patients âgés présentant des saignements gastro-intestinaux inférieurs, chez qui la source de l'hémorragie est probablement des polypes, un cancer, des diverticules ou une angiodysplasie.

Le choix D n'est pas correct :

Une étude des globules rouges étiquetés est souvent utilisée comme prélude à une artériographie chez les patients présentant une hémorragie gastro-intestinale inférieure importante.

Le choix E n'est pas correct :

L'endoscopie digestive haute aurait été appropriée si l'aspiration gastrique avait produit du sang.

Points résumés :

Le diagnostic d'un diverticule de Meckel hémorragique est établi au moyen d'un balayage radio-isotopique du technététate de technétium-99m (^{99m}Tc). Cet isotope, administré par voie intraveineuse, est facilement absorbé par la muqueuse gastrique. Apparemment, 1,8 cm² de muqueuse gastrique ectopique dans le diverticule de Meckel est nécessaire pour un résultat positif.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Dans ce groupe d'âge, sans pathologie anale évidente et avec une aspiration gastrique négative, la principale cause d'hémorragie gastro-intestinale

est le **diverticule de Meckel**. Il se présente généralement avec des **saignements rectaux indolores** et est dû à une **oblitération incomplète du canal vitellin**. Il est situé à **deux pieds** de la **valve cœcale iléale**, mesure deux pouces de long et est couramment observé chez les enfants **de moins de deux ans**. Les saignements résultent d' **une ulcération de la muqueuse iléale** causée par la **sécrétion d'acide de l'épithélium tapissé de muqueuse gastrique**. Il est diagnostiqué par le **scanner de Meckel à l'aide de pertechnétate Tc99m**, qui est un produit chimique radioactif absorbé par la **muqueuse gastrique**. Le traitement est la résection chirurgicale.

Références

Francis A, Kantarovich D, Khoshnam N, Alazraki AL, Patel B, Shehata BM. Diverticule de Meckel pédiatrique : rapport de 208 cas et revue de la littérature. Pédiatre foetal pathol. 2016. 35 (3):199-206. Objectifs numéro 6-2 (Saignement gastro-intestinal inférieur) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #30

L'examen physique d'un nourrisson né d'une femme de 45 ans, gravida 3, para 2, est remarquable par une légère hypotonie et un mauvais réflexe de Moro. Un examen plus approfondi révèle des fentes palpébrales obliques, des plis épicanthaux, un excès de peau nucale, une langue élargie, une clinodactylie des cinquièmes doigts et un seul pli palmaire transversal. Lequel des diagnostics suivants est le plus probable ?

- A) Trisomie 21
- B) Syndrome d'Edwards
- C) Syndrome d'alcoolisation fœtale
- D) Syndrome de Marfan
- E) Syndrome de Turner

Explication

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

Le syndrome d'Edwards, ou trisomie 18, présente des caractéristiques de petites fissures palpébrales, des voitures basses, un faible poids à la naissance, une microcéphalie, des pieds à bascule, une fente labiale, une hypotonie et des mains serrées.

Le choix C n'est pas correct :

Le syndrome d'alcoolisation fœtale est caractérisé par un retard de croissance, de petites fissures palpébrales, un philtrum lisse, une lèvre supérieure mince, une microcéphalie et un nez court. Les caractéristiques passent souvent inaperçues pendant la période néonatale, bien que parfois des tremblements et de l'irritabilité se produisent.

Le choix D n'est pas correct :

Le syndrome de Marfan est associé à une taille accrue, à des membres minces, à une scoliose, à une hypermobilité articulaire et à des manifestations oculaires. Les caractéristiques passent souvent inaperçues pendant la période néonatale.

Le choix E n'est pas correct :

Le syndrome de Turner se caractérise par des oreilles proéminentes et basses, un excès de peau nucale, une poitrine large, des plis épicanthaux, un lymphœdème des mains et des pieds et une petite taille.

Points résumés :

Les caractéristiques classiques du syndrome de Down ou de la trisomie 21 sont l'**hypotonie, les fissures palpébrales obliques, les plis épicanthaux, l'excès de peau nucale, une langue élargie, la clinodactylie des cinquièmes doigts et un seul pli palmaire transversal**.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Le syndrome de Down, ou **trisomie 21**, est l'anomalie chromosomique autosomique la plus courante. L'incidence augmente avec l'**âge de la mère**. Les caractéristiques classiques sont **une hypotonie, des fentes palpébrales obliques, des plis épicanthaux, un excès de peau nucale, une langue élargie, une clinodactylie des cinquièmes doigts et un seul pli palmaire transversal.**

Références

Bull MJ. Surveillance de la santé des enfants atteints du syndrome de Down. Pédiatrie. 128(2) :393-406. Objectif numéro 36-2 (Anomalies congénitales, caractéristiques dysmorphiques) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition.

Question #37

Un garçon de 1 semaine avec des antécédents de naissance prématurée à 34 semaines est amené au service des urgences pour une évaluation d'une mauvaise alimentation et de plusieurs épisodes de vomissements au cours des 2 derniers jours. Aujourd'hui, ses parents ont remarqué des traînées de sang rouge vif dans sa couche. Des films abdominaux simples sont obtenus sur le patient. Quel est le diagnostic le plus probable ?



- A) Gastro-entérite aiguë
- B) Invagination
- C) Malrotation avec volvulus de l'intestin moyen
- D) Entérocolite nécrosante

Explication



Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La gastro-entérite est la cause la plus fréquente de douleurs abdominales et de vomissements avec diarrhée chez les enfants de tous les groupes d'âge. Des signes cliniques spécifiques, tels que des vomissements bilieux ou sanguins ou une hématochésie devraient susciter des inquiétudes quant à un autre processus pathologique plus grave. Les films simples de l'abdomen sont généralement non spécifiques et ne montrent aucune pathologie aiguë.

Le choix B n'est pas correct :

L'invagination est la cause la plus fréquente d'obstruction intestinale chez les enfants âgés de 3 mois à 6 ans, causée par le télescopage d'une partie du tube digestif dans une autre, et se caractérise principalement par des douleurs abdominales coliques. Les selles classiques de la « gelée de groseille » sont une manifestation tardive de la maladie et ne sont présentes même dans ce cas que dans 50% des cas. Les films simples peuvent suggérer un défaut de remplissage dans le quadrant inférieur droit, mais sont souvent non spécifiques et le diagnostic est généralement étayé par échographie.

Le choix C n'est pas correct :

Le volvulus de l'intestin moyen est une complication majeure et potentiellement mortelle de la malrotation intestinale, 90 % des occurrences se produisant au cours de la première année de vie et 75 % au cours du premier mois. Il se manifeste classiquement par des douleurs abdominales aiguës et des vomissements bilieux. Des radiographies abdominales simples peuvent mettre en évidence une anse intestinale qui domine le foie, des signes d'obstruction, y compris des niveaux de liquide dans l'air et une pénurie de gaz.

Points résumés :

L'entérocolite nécrosante (ECN) est une affection de la nécrose intestinale chez les nourrissons auparavant en bonne santé. Les radiographies continuent d'être la principale méthode de diagnostic de l'ECN avec les résultats radiologiques classiques, y compris la pneumatose intestinale.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

L'entérocolite nécrosante (ECN) est une affection de la nécrose intestinale chez les nourrissons auparavant en bonne santé.

La cause de l'ECN n'est pas encore complètement comprise, mais elle est probablement **multifactorielle**. Bien qu'il y ait une incidence plus élevée chez les **nourrissons prématurés**, elle peut être observée chez les nourrissons.

le terme nouveau-né également. Les premiers symptômes peuvent aller d'**une intolérance alimentaire et d'une distension abdominale** à des **selles sanguinolentes**, un érythème ou une décoloration de la paroi abdominale, une apnée et un choc.

L'évaluation diagnostique des enfants suspectés d'ECN consiste généralement en une FSC, des électrolytes sériques et une évaluation du sepsis (cultures de sang, d'urine et de liquide céphalo-rachidien). L'évaluation en laboratoire ne confirme pas le diagnostic, mais elle est utile pour délimiter les complications de l'ECN (septicémie) et pour affiner le diagnostic différentiel. **Les radiographies** continuent d'être la principale méthode de diagnostic de l'ECN. Les signes radiologiques classiques comprennent **la pneumatose intestinale** (air intra-muros) et **l'air porte hépatique**. L'air libre dans l'abdomen peut être vu si l'intestin est perforé et est mieux déterminé à l'aide de radiographies en position de décubitus latéral gauche où l'air libre peut être vu au-dessus du foie.

La prise en charge est dirigée par les symptômes et comprend généralement **le repos intestinal et des antibiotiques à large spectre** tels que l'ampicilline, le céfotaxime et la clindamycine pour couvrir les organismes à Gram positif, à Gram négatif et anaérobies. Un chirurgien pédiatrique doit être consulté ou un transfert doit être organisé vers un établissement approprié après stabilisation. Tous les nourrissons atteints d'ECN doivent être **admis dans une unité de soins intensifs néonatals ou pédiatriques**.

Références

Objectifs numéro 116 (Vomissements et/ou nausées) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Kim JH. Entérocolite nécrosante néonatale : caractéristiques cliniques et diagnostic. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 18 août 2022.

Question #39

Un garçon de 6 jours présente des difficultés respiratoires. Maman note qu'il devient de plus en plus diaphorétique avec les tétées et qu'il n'a pas eu de couche mouillée aujourd'hui. Il est à terme et son évolution prénatale n'a d'importance que pour les maigres soins prénataux. Il a quitté l'hôpital sans complication après 48 heures. Il est cyanosé et a un cri faible. Sa température est de 35,0 °C, son pouls est de 188 °C, sa fréquence respiratoire est de 70 °C, sa fréquence respiratoire est de 70 % et sa fréquence de saturation en oxygène est de 70 % sur la canule nasale. Laquelle des interventions suivantes offrira probablement le plus grand bénéfice et devrait être prescrite immédiatement ?

- A) Digoxin
- B) Oxygène
- C) Furosemide
- D) Propranolol
- E) Prostaglandine

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La digoxine a pour effet d'augmenter la contractilité cardiaque et peut finalement apporter un certain bénéfice chez ce patient, qui va probablement souffrir d'insuffisance cardiaque. Cependant, il n'aura pas d'effet bénéfique significatif à ce moment-là jusqu'à ce que le canal artériel soit ouvert ou qu'il y ait une réparation chirurgicale définitive.

Le choix B n'est pas correct :

L'oxygène serait probablement administré à l'arrivée (présenté sur la canule nasale) et constituerait la première intervention chez cet enfant. La saturation en oxygène ne s'améliore pas chez les patients avec dérivation de droite à gauche. De plus, l'oxygène peut favoriser la fermeture du canal artériel et aggraver la maladie. Lorsque l'état clinique est reconnu, l'oxygène doit être interrompu.

Le choix C n'est pas correct :

Le furosémide est un diurétique utile chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque et d'œdème pulmonaire. Il peut y avoir un certain avantage pour ce patient à aider à soulager l'œdème pulmonaire, cependant, il peut également abaisser la pression artérielle, ce qui serait dangereux chez ce patient.

Le choix D n'est pas correct :

Le propranolol, un bêta-bloquant, diminuera la fréquence cardiaque et le débit cardiaque. Cela entraînera une diminution de la pression artérielle. Elle peut être délétère pour le patient qui est hypoxique.

Points résumés :

Les lésions dépendantes canalaires surviennent plus fréquemment dans les cardiopathies congénitales cyanosiques non reconnues présentes avec un choc, un « bébé gris » dans les heures à les jours suivant la naissance, géré par la prostaglandine E1.

Plus de détails

La bonne réponse est E.

Ce patient souffre d'une **cardiopathie congénitale cyanotique** jusqu'alors non reconnue. Il y a **sept** modèles typiques de cette condition : (1) transposition des gros vaisseaux, (2) tétralogie de Fallot, (3) tronc artériel, (4) retour veineux pulmonaire anormal total, (5) atrésie tricuspide, (6) atrésie pulmonaire et (7) anomalie d'Ebstein de la valve tricuspidale. Certaines des conditions cyanotiques sont des **lésions dépendantes canalaire**s (atrésie tricuspide), et les nourrissons se présentent généralement en **choc profond avec une couleur de peau classique** décrite comme le **bébé gris** dans **les heures ou les jours suivant l'accouchement lorsque le canal artériel se ferme**. Dans ces cas, la **prostaglandine E1** (PGE1), un puissant dilatateur du canal artériel, est le traitement de choix car elle peut **retarder la fermeture du canal artériel** et même restaurer une certaine perméabilité. Lorsque le canal s'ouvre, le **sang oxygéné circule**, permettant une circulation systémique. Lorsque ce **conduit se ferme**, le sang s'éloigne du côté gauche de la circulation vers la droite et le **flux sanguin systémique est compromis**, ce qui entraîne une détérioration rapide de l'état cardiovasculaire. Le patient se présente souvent sous la forme d'une défaillance fulminante ou imminente, comme c'est le cas chez ce patient.

Références

Objectifs numéro 19 (cyanose, hypoxie) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Horeckzo T, Inaba AS. Troubles cardiaques. Dans : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier Saunders ; 2018:2099-2125. Geggel R. Diagnostic et prise en charge initiale de la cardiopathie cyanotique chez le nouveau-né. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 26 août 2021.

Question #29

Un garçon de 4 ans est amené chez le médecin avec 2 jours de diarrhée aqueuse, des douleurs abdominales et une fièvre de 38 °C (100,4 °F). Il n'a pas beaucoup mangé au cours de la dernière journée, mais il boit de petites quantités de liquides sans vomir. Il n'a pas de problèmes de santé sous-jacents et n'a pas d'autres plaintes. Il ne prend aucun médicament et n'a pas d'allergies. Lors de l'examen, les parents demandent si l'enfant est déshydraté. Un changement dans lequel des énoncés suivants est la méthode la plus précise pour évaluer le degré de déshydratation ?

- A) Poids
- B) Pouls
- C) Élasticité de la peau
- D) Recharge capillaire
- E) Fréquence respiratoire

Explication

Pediatrics Dehydration			
Degree	Mild	Moderate	Severe
Oral Mucosa	Slightly dry	Dry	Parched
Anterior Fontanelle	Normal	Sunken	Markedly sunken
Eyes	Normal	Sunken	Markedly sunken
Skin Turgor	Normal	Decreased	Tenting
Capillary Refill	Normal (<3 s)	Normal to increased	Increased (>3 s)
Blood Pressure	Normal	Low to normal	Decreased in shock <small>(Very late finding in pediatrics and very dangerous)</small>
Urine Output	Decreased	Markedly decreased	Anuria
Percent loss of pre-illness body weight <2 Yr	5%	10%	15%
Percent loss of pre-illness body weight >2 Yr	3%	6%	9%
Treatment	Oral Fluid 50 mL/kg over 4 h	Oral Fluid 100 mL/kg over 4 h	Intravenous Fluid NS* or RL** at 20-40 mL/kg over 1 h

*NS: Normal saline, **RL: Ringer lactate

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

La tachycardie légère est une manifestation précoce souvent négligée de la déshydratation chez les enfants, mais elle n'est pas spécifique car la douleur et la fièvre peuvent également augmenter le rythme cardiaque.

Le choix C n'est pas correct :

La coloration de la peau et la coloration marbrée de la peau sont associées à une déshydratation sévère due à une mauvaise perfusion périphérique et à une dérivation vaso-constrictive du sang de la peau vers les organes vitaux.

Le choix D n'est pas correct :

L'évaluation du temps de remplissage capillaire de la surface palmaire du bout d'un doigt est une mesure complémentaire utile de l'état d'hydratation, mais elle peut varier en fonction de la température ambiante ou de la température du patient. La recharge capillaire est souvent normale en cas de déshydratation légère.

Le choix E n'est pas correct :

La tachypnée et la dyspnée peuvent survenir en cas de déshydratation sévère, mais la fréquence respiratoire est généralement normale en cas de déshydratation légère à modérée en l'absence de maladie pulmonaire.

Points résumés :

La diminution de l'apport oral, la diarrhée et la fièvre sont des facteurs de risque de déshydratation. Le pourcentage de perte de poids est l'étaillon-or pour déterminer le degré de déshydratation. La connaissance des autres signes cliniques de déshydratation est essentielle pour guider un traitement de réhydratation approprié et prévenir une déshydratation sévère.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

La gastro-entérite est une cause fréquente de **déshydratation chez les enfants**. Les douleurs abdominales entraînent un mauvais apport alimentaire, la diarrhée entraîne une perte de liquide et la fièvre provoque des pertes insensibles. L'**étaillon-or** pour déterminer le degré de déshydratation (légère, modérée, sévère) est **le pourcentage de poids perdu**. Le pourcentage de poids corporel perdu est proportionnel à la diminution de l'eau corporelle totale. Cependant, avant

Le poids de la maladie n'est souvent pas disponible et les cliniciens doivent se fier à la présentation clinique pour diagnostiquer la déshydratation (tableau).

Outre <5 % de perte de poids et la soif, **une légère déshydratation est peu symptomatique** ; Une combinaison de signes physiques anormaux est souvent nécessaire pour diagnostiquer une déplétion volémique précoce et initier un traitement de réhydratation orale. **L'objectif de l'administration précoce de liquides oraux** est de prévenir la **progression vers une déshydratation sévère** qui nécessite un remplacement liquidien intraveineux. Les enfants présentant un aspect III et **gravement déshydratés** nécessitent **un accès intravasculaire immédiat et une réhydratation avec un bolus salin isotonique normal par voie intraveineuse.**

Références

Objectif numéro 22-3 (Diarrhée pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Steiner MJ, DeWalt DA, Byerley JS. Cet enfant est-il déshydraté ? JAMA. 9 juin 2004 ; 291(22):2746-54. Somers, MJ. Évaluation clinique et diagnostic de l'hypovolémie (déshydratation) chez l'enfant. Post TW, éd. UpToDate. UpToDate Inc. Consulté le 19 mai 2020.

Question #40

Un garçon de 3 ans présente une détresse respiratoire sévère. Sa mère vous informe qu'il est malade depuis 5 jours, initialement avec une légère fièvre et une « toux aboyante ». Il a été vu dans un établissement de soins d'urgence il y a 4 jours et a reçu un « traitement respiratoire » et est sorti sous stéroïdes. Son état s'est progressivement aggravé malgré l'observance du régime de stéroïdes, ce qui a incité sa mère à appeler une ambulance ce matin. Il est par ailleurs en bonne santé et à jour dans ses vaccinations. À l'examen, l'enfant est toxique en apparence et fébrile. Son oropharynx est clair. Vous entendez à la fois le stridor inspiratoire et expiratoire. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A) Croupe**
- B) Épiglottite**
- C) Abcès péritonsillaire**
- D) Trachéite bactérienne**

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

Le croup est la cause la plus fréquente de détresse et d'obstruction des voies respiratoires supérieures chez les enfants âgés de 6 mois à 6 ans, avec un pic d'incidence à l'âge de 2 ans. Le croup commence par un prodrome de fièvre légère et de symptômes d'URI et se caractérise par une toux aboyante, un stridor inspiratoire et une voix rauque. Les enfants sont moins toxiques en apparence et développent rarement une insuffisance respiratoire. Les piliers du traitement sont les stéroïdes et l'épinéphrine en aérosol.

Le choix B n'est pas correct :

L'épiglottite se caractérise par l'apparition soudaine de fièvre et de maux de gorge et les enfants présentent généralement des difficultés respiratoires, de l'anxiété, des stridor et de la bave. Ceci est moins fréquent chez les enfants vaccinés, comme le patient ci-dessus, et se produit généralement chez les enfants légèrement plus âgés. Il n'y a généralement pas de prodrome associé à l'épiglottite.

Le choix C n'est pas correct :

L'abcès péritonsillaire survient plus fréquemment à l'adolescence et se manifeste par un trismus, un mal de gorge unilatéral, de la fièvre, une asymétrie amygdale et une déviation de la luette par rapport à l'amygdale affectée. L'âge de ce patient et l'examen normal de l'oropharynx rendent ce diagnostic très improbable.

Points résumés :

Les patients atteints de trachéite bactérienne seront âgés de 3 à 5 ans et présenteront une forte fièvre, une toux aboyante et un stridor. Traitez-le comme une urgence respiratoire ! Le patient semblera avoir un croup mais sera toxique.

Plus de détails

La bonne réponse est D.

Le patient souffre d'une **trachéite bactérienne aiguë**. La trachéite bactérienne est le résultat d'une **inflammation sévère de la**

Revêtement épithérial de la trachée conduisant à une **production épaisse de sécrétions mucopurulentes**. Cela se manifeste cliniquement par un **prodrome viral** avec fièvre, symptômes d'URI, toux aboyante et **stridor qui s'intensifie et progresse** jusqu'à inclure un **enfant d'apparence toxique** avec des signes d'obstruction des voies respiratoires, un stridor inspiratoire et expiratoire, une cyanose et une détresse respiratoire sévère. **Un autre indice** est que l'enfant a été **traité avec des médicaments** (épinéphrine en aérosol et stéroïdes) pour le croup et **que l'amélioration clinique ne s'est pas améliorée**. La trachéite bactérienne est plus fréquente chez les enfants âgés de 3 à 5 ans. La plupart des patients nécessitent une **intubation orotrachéale** en cas de détresse respiratoire et d'admission en soins intensifs. Le patient doit commencer par **des antibiotiques intraveineux à large spectre**.

Références

Objectifs numéro 27-3 (Détresse respiratoire pédiatrique) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Cukor, J et M. Manno. Urgences respiratoires pédiatriques : dans Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al (eds) : Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice, ed 8. Philadelphie, Saunders, 2014, (Ch) 168 :p 2106-16. Woods C. Trachéite bactérienne chez l'enfant : caractéristiques cliniques et diagnostic. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 26 mars 2021.

Question #13

Une fillette de 4 jours est amenée au bureau pour une évaluation de la jaunisse. Elle est née à terme d'une femme de 28 ans par voie vaginale sans complication et est rentrée chez elle le deuxième jour de sa vie. La grossesse s'est déroulée sans complication et le groupe sanguin maternel était B positif. La fille allaite exclusivement. Elle urine et fait des selles 5 à 6 fois par jour. Le poids à la naissance était de 3,4 kg (7 lb 8 oz) et le poids actuel est de 3,2 kg (7 lb 1 oz). L'examen révèle une jaunisse du visage et du cou. Le reste de l'examen est normal. Les études de laboratoire sont les suivantes :

	24 heures de vie	96 heures de vie
Bilirubine totale	102 µmol/L	256 µmol/L
Bilirubine directe	5 µmol/L	5 µmol/L

Laquelle des causes suivantes est la cause la plus probable de la jaunisse de ce nouveau-né ?

- A) Jaunisse physiologique
- B) Incompatibilité ABO
- C) Échec de l'allaitement, jaunisse
- D) Jaunisse du lait maternel
- E) Incompatibilité Rh

Explication

Réponse Description

Les choix B et E ne sont pas corrects :

Les nouveau-nés atteints d'une maladie hémolytique ABO ont un groupe sanguin A, B ou AB et naissent de mères du groupe sanguin O. L'iso-immunisation Rh provoque généralement une hémolyse fœtale ou néonatale sévère après la première grossesse chez un nourrisson né d'une mère Rh négative. L'hémolyse est peu probable chez ce nouveau-né dans le cadre de la jaunisse après le premier jour de vie et du groupe sanguin B maternel positif.

Les choix C et D ne sont pas corrects :

La jaunisse due à l'échec de lactation s'accompagne généralement d'une faible production d'urine ou de selles et d'une perte de poids >10 % à 12 % du poids à la naissance. La jaunisse du lait maternel atteint généralement son apogée vers l'âge de 2 semaines.

Points résumés :

L'ictère physiologique du nouveau-né est fréquent et généralement spontanément résolutif, bien que certains nourrissons puissent nécessiter une photothérapie. L'hyperbilirubinémie indirecte est due à une production accrue de bilirubine, à une diminution de la clairance de la bilirubine et à une augmentation du recyclage entérohépatique.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

Bien que la bilirubine totale soit normalement de <17 µmol/L chez les adultes, presque tous les nouveau-nés ont un ictère qui apparaît entre **la 2e et la 4e journée de la vie et se résout spontanément à l'âge de 1 à 2 semaines**. L'ictère physiologique du nouveau-né est généralement bénin, et l'hyperbilirubinémie non conjuguée résulte d'une clairance relativement lente de la bilirubine, d'un recyclage entérohépatique accru et d'un renouvellement élevé de l'hémoglobine / production de bilirubine (en raison d'un hématocrite élevé [50%-60%] à la naissance). Une alimentation fréquente doit être encouragée pour favoriser la colonisation intestinale et l'excrétion fécale. La lumière naturelle du soleil peut aider à diminuer la bilirubine, mais n'est pas recommandée en raison du risque de coup de soleil. Certains nouveau-nés ont besoin d'une photothérapie pour la prévention de l'ictère si l'hyperbilirubinémie augmente plus rapidement que prévu pour leur âge.

Références

Objectif numéro 49-1 (Jaunisse néonatale) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Akobeng, AK. Jaunisse néonatale. Clin Evid : Concis. 2004;12:84-85.

Question #29

Une fillette de 2 mois est amenée à la clinique pour sa première visite après sa sortie de l'hôpital. Elle est née à 31 semaines de gestation et a passé 10 semaines à l'unité de soins intensifs néonatals. Elle est sortie de l'hôpital il y a 3 jours. La patiente est née petite pour l'âge gestационnel, mais a bien pris du poids avec une préparation prématurée de 27 kcal/oz. Elle pèse actuellement 1,9 kg (4,2 lb). Ses signes vitaux et son examen physique sont normaux. Laquelle des approches suivantes est la meilleure pour immuniser chez ce nourrisson prématuré ?

- A) Vaccinations basées sur l'âge chronologique
- B) Vaccinations fondées sur l'âge chronologique, à l'exception du vaccin contre le rotavirus
- C) Vaccinations basées sur l'âge corrigé de la prématurité
- D) Vaccinations basées sur l'âge corrigé pour la prématurité, sauf pour le vaccin contre l'hépatite B
- E) Vaccinations dès que le poids du nourrisson atteint 2 kg (4,4 lb)

Explication

Vaccination of the preterm infant	
Most vaccines	Give per regular schedule based on chronological age
Hepatitis B	Mother HBsAg positive: 1st dose after delivery, with HBIG Mother HBsAg negative: $\geq 2 \text{ kg}$ (4.4 lb), 1st dose after birth $< 2 \text{ kg}$ (4.4 lb), 1st dose at 30 days or hospital discharge
Rotavirus	Give 1st dose at hospital discharge if age 6-14 weeks Cannot give series if 1st dose is not administered before age 15 weeks

HBIG: Hepatitis B immune globulin; HBsAg: Hepatitis B-surface-antigen

Copyright © 2014 by Lippincott

Réponse Description

Le choix B n'est pas correct :

La plupart des centres au Canada retardent la vaccination contre le rotavirus jusqu'à la sortie de l'hôpital, car il s'agit d'un virus vivant qui pourrait théoriquement être transmis à d'autres nourrissons.

Le choix C n'est pas correct :

Les nourrissons nés prématurément sont plus susceptibles que les nourrissons nés à terme de contracter des maladies évitables par la vaccination, de sorte que leurs vaccinations devraient

être fondée sur leur âge chronologique (absolu) plutôt que sur l'ajustement en fonction de la prématurité.

Les choix D et E ne sont pas corrects :

Les exceptions comprennent les vaccins contre l'hépatite B et le rotavirus. Pour les nourrissons de <2 kg (4,4 lb) de poids à la naissance qui naissent de mères négatives pour l'antigène de surface de l'hépatite B, la vaccination contre l'hépatite B doit être retardée jusqu'à l'âge de 30 jours ou jusqu'à la sortie de l'hôpital (selon la première éventualité) en raison d'une immunogénicité potentiellement plus faible pour les poids de naissance plus faibles. Les nourrissons nés de mères positives à l'antigène de surface de l'hépatite B devraient recevoir le vaccin contre l'hépatite B et l'immunoglobuline contre l'hépatite B dans les 12 heures, quel que soit leur poids à la naissance.

Points résumés :

Les nouveau-nés prématurés courent un risque plus élevé d'infections évitables par la vaccination et devraient suivre le calendrier de vaccination standard et recevoir la plupart des vaccins en fonction de leur âge chronologique.

Plus de détails

La bonne réponse est A.

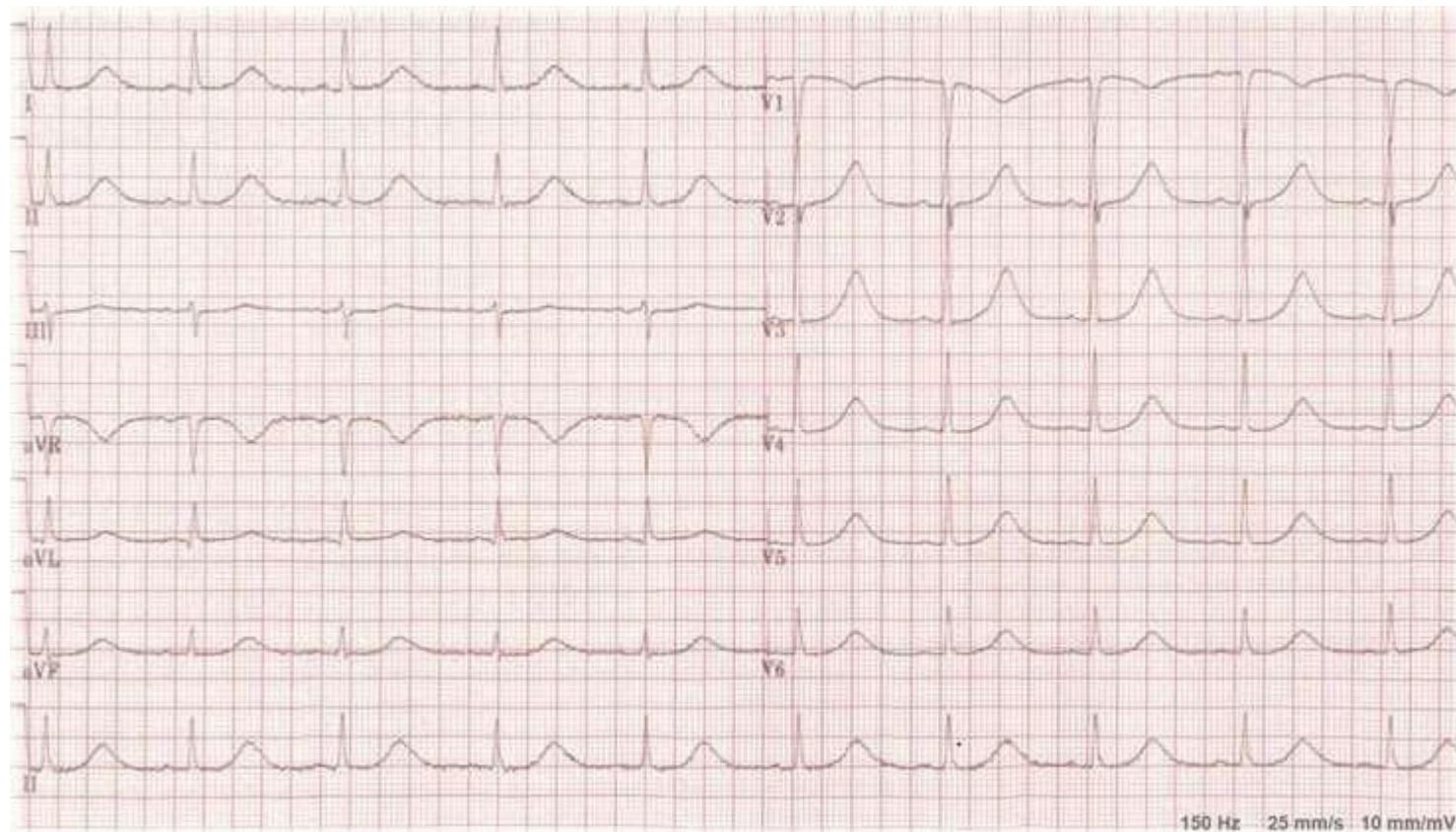
Les nouveau-nés prématurés courent un risque plus élevé de maladies évitables par la vaccination que les nourrissons nés à terme et devraient être vaccinés en fonction de leur **âge** chronologique (**absolu**) plutôt que de tenir compte de la prématurité. **Les vaccinations suscitent des réponses immunitaires robustes et protectrices** chez les nouveau-nés prématurés. Par conséquent, les nouveau-nés prématurés cliniquement stables devraient recevoir les vaccins standard basés sur le **calendrier de vaccination systématique**, même s'ils sont toujours dans l'unité de soins intensifs néonatals.

Références

Objectif numéro 74-2 (Vaccination des nourrissons et des enfants) des objectifs de l'examen d'aptitude, 3e édition. Esposito S, Fumagalli M, Principi N. Immunogénicité, innocuité et tolérabilité des vaccinations chez les nourrissons prématurés. Expert Rev Vaccines. octobre 2012 ; 11(10):1199-209.

Question #34

Un garçon de 17 ans se présente à l'urgence après avoir eu un épisode de syncope alors qu'il courait sur le terrain pendant un match de soccer. Il est maintenant éveillé et alerte, et ses signes vitaux sont dans les limites normales. Il nie toute douleur à la poitrine. Il rapporte que plusieurs membres de sa famille sont morts subitement à un jeune âge. Le personnel infirmier obtient l'ECG suivant, comme indiqué ci-dessous. Quel est le diagnostic le plus probable ?



- A) Commotio cordis
- B) Syndrome de Marfan
- C) Syndrome du QT prolongé

D) Cardiomyopathie hypertrophique

Explication

Réponse Description

Le choix A n'est pas correct :

La commotio cordis est une mort subite qui se produit lorsqu'un objet frappe la poitrine à grande vitesse. Ceci est plus fréquent chez les enfants de 5 à 15 ans et est généralement le résultat d'une balle de baseball frappant la poitrine. Ce diagnostic ne correspond pas à la question ci-dessus : tige et bande rythmique.

Le choix D n'est pas correct :

La cardiomyopathie hypertrophique (CMH) est une maladie héréditaire autosomique dominante qui provoque une hypertrophie ventriculaire gauche et peut entraîner une mort subite chez les jeunes athlètes. Avant le diagnostic formel, les personnes peuvent présenter des épisodes de syncope, de douleurs thoraciques, de palpitations ou d'essoufflement à l'effort. Un électrocardiogramme à 12 dérivations chez des patients atteints de CMH révèle une hypertrophie ventriculaire gauche et une hypertrophie auriculaire gauche. D'autres résultats peuvent inclure des ondes Q proéminentes dans les dérivations inférolatérales et des inversions diffuses de l'onde T. Bien que la question puisse correspondre à ce diagnostic, l'électrocardiogramme ne le fait pas.

Le choix B n'est pas correct :

Le syndrome de Marfan est une maladie du tissu conjonctif qui peut affecter le tissu du système cardiovasculaire. Les individus sont à risque de mort cardiaque subite en raison de la dilatation de l'aorte et de la rupture aortique ultérieure lors de sports de contact. Ce diagnostic ne correspond pas non plus à la question ci-dessus et à l'électrocardiogramme.

Points résumés :

Le syndrome du QT prolongé est plus souvent causé par une cause acquise (médicaments) que par une cause congénitale. Trois anomalies électrolytiques courantes associées à un intervalle QT prolongé sont un faible taux de magnésium, de potassium et de calcium. La syncope, les convulsions ou les palpitations sont des symptômes courants.

Sur l'ECG, l'allongement de l'intervalle QT se définit comme

- **Hommes** : intervalle QT > 440 ms

- **Femmes** : intervalle QT > 460 ms

ms Traitement

- **Congénital** : bêta-bloquant, consultation en cardiologie, dépistage génétique et counseling
- Acquis : arrêter les médicaments incriminés, corriger les troubles électrolytiques, **le magnésium IV** ou la stimulation pour les torsades de pointes

Plus de détails

La bonne réponse est C.

Le patient est très probablement atteint d' **un syndrome QT prolongé**. L' **intervalle QTc** est prolongé sur la bande rythmique ci-dessus. L'intervalle QTc normal est inférieur à 420 ms (0,42 seconde) chez les adolescents. [Les intervalles QTc supérieurs à 550 ms](#) (0,55 seconde) sont associés à **un risque plus élevé de mort subite** secondaire à une **dysrythmie ventriculaire** (torsades de pointes et fibrillation ventriculaire).

Les symptômes peuvent également inclure **une syncope associée à l'exercice, des convulsions, des palpitations, des douleurs thoraciques et des étourdissements**. Il existe plusieurs formes héréditaires de cette maladie. Les personnes atteintes d'un syndrome QT prolongé doivent être **évaluées par un cardiologue et éviter les activités intenses** jusqu'à ce qu'elles soient évaluées pour la prise en charge de la maladie.

Références

Objectifs numéro 106 (Syncope et Pré-syncope) des objectifs de l'Examen d'aptitude, 3e édition. Horeczko T, Inaba AS. Troubles cardiaques. Dans : Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 9e éd. Elsevier; 2018 : (Ch) 170. Schwartz P, Ackerman M. Syndrome du QT long congénital : diagnostic. Post TW, éd. UpToDate. Waltham, MA : UpToDate Inc. Consulté le 13 décembre 2019.