



## **RAPPORT DE STAGE**

### **Stage Clinique: Stage Hospitalier 13 cycle 3 CSM**

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A2

Niveau 3 : M4-A2-1

Service D'affectation : CCV PEDIATRIQUE

Date debut de stage: 22-11-2021

Date fin de stage: 22-12-2021

**Réalisé par : BOUNJA GHIZLANE**

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Abdomen aiguë de l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Abdomen aiguë de l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Abdomen aigue de lenfant :

La douleur abdominale aigue est un motif frquent de consultation aux urgences chez lenfant. Les tiologies sont multiples liesdes affections abdominales mais aussi extra abdominales. La douleur fonctionnelle est un diagnostic de frquence mais aussi un diagnostic dlimination. Lenjeu majeur est de ne pas passerct dune urgence chirurgicale ou mdicale.

Signes de gravit

Etat de choc : tachycardie, instabilit tensionnelle, TRC allong, pleur, marbrures, troubles de conscience...

Traumatisme : perforation dorganes, rupture de rate.

Trouble du comportement : apathie, hypotonie, refus dalimentation parfois signes rvlateurs dune invagination intestinale aigue.

Etat gnral altr : fivre mal tolre, teint gris, pleur, amaigrissement

En prsence dun abdomen aigu et dun tat de choc penser toujoursune occlusion intestinale, ou un volvulus sur msentre commun ou une pritonite.

Approche diagnostique

Anamnse:

Il faut valuer :

Intensit de la douleur : cris, pleurs, agitation,

Modification de lalimentation.

ATCD mdicaux : pisodes similaires, drpanocytose

ATCD chirurgicaux

Consultation antrieure et traitement mdical pralable: antibiotiques, anti-inflammatoires non strodiens , corticodes

Notion de traumatisme.

Notion dIntoxication.

Contexte familial de maltraitance

1-CARACTRISTIQUES DE LA DOULEUR :

Date, heure et circonstances de survenue.

Dlai par rapport aux repas.

Mode de survenue : brutal ou progressif.

Sigle et irradiations initiales et actuelles.

Description possible selon l'âge.

Rythme au cours de la journée.

Intensité.

Facteurs d'exacerbation : inspiration profonde, position, mictions

Facteurs de soulagement : repas, vomissements, alimentation, anteflexion

Évolution immédiate : régression, stabilité, accentuation.

Évolution secondaire : au cours d'un traitement symptomatique ventuel.

Plus la douleur est fixe, localisée, et non péri-ombilicale,

Plus elle est continue dans le temps et insomnante,

Plus elle est récente et d'aggravation progressive :

Plus l'étiologie organique est probable.

## 2- SIGNES ASSOCIÉS :

Signes généraux : fièvre, amaigrissement, asthénie, anorexie.

Signes digestifs : vomissements (bilieux, alimentaires sanglants), trouble du transit, rectorragie.

Signes respiratoires : polypnée, toux, signes de lutte respiratoire.

Signes urinaires : brûlures mictionnelles, syndrome polyuro-polydipsique, hématurie

Signes neurologiques : céphalées, hypotonie, troubles du comportement.

Signes locomoteurs, signes cutanés

Les signes associés permettent une orientation étiologique et font rechercher une cause extradiigestive de douleur projetée .

Toute crise douloureuse brutale, paroxystique avec accès de pleurs, de sueurs, de pleurs, de refus de têter + + +, ou vomissements chez un nourrisson est une invagination intestinale aiguë (IIA) jusqu'à preuve du contraire.

## 3- L'EXAMEN CLINIQUE

Déshabiller l'enfant.

o Palper l'abdomen par quadrant.

o Examen systématique des orifices herniaires et du contenu scrotal.

o Toucher rectal à la recherche de rectorragie (IIA).

Les éléments importants de l'examen clinique sont :

o Point douloureux localisé la fosse iliaque droite : appendicite.

o Défense, contracture : occlusion, péritonite.

o Meteorisme : ilus réflexe.

o Masse abdominale : boudin d'invagination, plastron appendiculaire.

o Cicatrice : occlusion sur bride.

o Prolapsus : IIA.

o Psotis : appendicite retro-caecale.

o Hpatomgalie, splnomgalie, contact lombaire : causes mdico-chirurgicales.

Le premier diagnosticvoquer devant un syndrome occlusif fbrile chez un enfant non appendicectomis est celui de pritonite appendiculaire

#### 4- DIAGNOSTICS DIFFRENTIELS DUNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUE NON ORGANIQUE

Pneumonie franche lobaire aigue, pleursie, myocardite : signes de dtresse respiratoire.

o Mningite du nourrisson : signes mnings discrets associs aux douleurs abdominales.

o Acidotoxe, insuffisance surrnalienne aigue : signes de dshydratation aigue.

Premiers gestes : Mise en condition

Voie veineuse priphrique pour la pose dune perfusion et remplissage si ncessaire.

Pose dune sonde nasogastrique, aspiration gastrique et arrt de lalimentation si syndrome occlusif.

Pose dune sonde vsicale si ncessaire.

Traitement antalgique et/ou antispasmodique

Lchographie abdominale est lexamen cl du diagnostic.

La Radiographie du thorax

Labdomen sans prparation

Examens biologiques en fonction de lorientation clinique

En pratique : Trois ventualits sont possibles

Une origine chirurgicale, est trs probable ou certaine: lhospitalisation simpose, un avis chirurgical est demand, et le malade est rexamin et orient en chirurgie.

Une origine mdicale, la plus frquente, est mise en vidence : hospitalisation si signes de gravit et/ou prise en charge oriente par ltiologie.

Le diagnostic est imprcis : hospitalisation, bilan plus large, et surveillance troite.

Des vomissements bilieux = urgence chirurgicale.

La prsence dune selle diarrhique nlimine pas une cause chirurgicale.

En cas de fivre pas dantibiothrapie dpreuve

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant ingestion des caustiques chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cat devant ingestion des caustiques chez l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Cat devant ingestion de caustiques chez l'enfant

Définition

On définit comme caustique toute substance susceptible du fait de son pH ou de son pouvoir oxydant d'induire des lésions tissulaires

Les produits caustiques :

Acide : acide chlorhydrique, esprit de sel, lésion : nécrose, escarres

Base : soude, potasse de soude, lésion : nécrose, liquéfaction

Oxydant : eau de javel, lésion : brûlures

Chez l'enfant, il s'agit généralement d'ingestions accidentelles de faibles quantités de produit toxique,

Cat initiale

Quel que soit le produit ingéré, il faut :

laver les yeux et la face (eau stérile si disponible),

retirer les vêtements imprégnés

laisser le patient jeûner

Proscrire :

l'absorption de liquide ou de produits neutralisants ,

les vomissements provoqués

et les lavages gastriques.

Le décubitus dorsal : exagère le risque de vomissement et l'inhalation

recueillir un échantillon ou le flacon d'emballage du produit en cause afin d'en préciser la composition et le pH (avec une bandelette si elle n'est pas connue) avec l'aide du centre antipoison le plus proche

Mettre en place une VVP

Monitoring : SpO<sub>2</sub>, saturation

INTERROGATOIRE : préciser

Âge et antécédents du patient

Heure prise de l'ingestion

Circonstances de l'ingestion (accidentelle ou volontaire)

Produit caustique (demander l'emballage)

Notion de prise médicamenteuse ou alcoolique associée

EXAMEN CLINIQUE :

Etat de Conscience Constantes vitales (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, température)

Examen de la bouche

Cutan

ORL (dme laryng : dyspnée, stridor)

Ophtalmologique (projection)

Clinique

La présence d'une hypersialorrhée, de brûlures de la muqueuse buccale et d'une hyperleucocytose est habituellement associée à des lésions œsogastriques supérieures au stade 2b

Paraclinique

radiographie de thorax de face avec un cliché centré sur les coupes diaphragmatiques est systématiquement demandé

Examen endoscopique?

contacter un endoscopiste digestif pour discuter l'indication de l'œso-gastro-duodénoscopie (OGD) pour toute ingestion de produit caustique de pH inférieur à 2 ou pH supérieur à 12 ou oxydant

12-24 h suivant l'ingestion. Ralaise de façon trop précoce, elle peut sous-évaluer les lésions.

Contrôle endoscopique J3 puis J8-J10 La fibroscopie bronchique?

est pas systématique, mais guidée par la présence de signes respiratoires et des lésions radiographiques

BILAN BIOLOGIQUE

NFS & Groupage Rh

Ure sanguine, créatininémie

Glycémie, ionogramme, gazométrie, lactates

Bilan dhmostase

Fonction hépatique

CRITERES DE GRAVITE

Doivent faire conduire une intervention en urgence

Ingestion massive (150 ml) d'acide ou de base forte

Signes de péritonite ou de perforation d'organes creux

Etat de choc

Hypoxie sévère

Troubles psychiques (confusion, agitation)

Troubles de la coagulation sanguine

Stades IIIb tendus & IV

LIPC est une urgence nécessitant une prise en charge dans une structure d'urgence médico-chirurgicale

Le pronostic est directement fonction de la prise en charge initiale

Traitement médical

Stades I et IIA :

surveillance de 24-48 heures (se méfier d'une valuation endoscopique incorrecte car trop précoce) et d'une alimentation liquide durant la surveillance

Stades IIB et III

L'utilisation de corticostéroïdes dans la prévention des sténoses sophagiennes est controversée

Une antibiothérapie par céphalosporines et gentamicine par voie veineuse puis orale en fonction de l'évolution clinique et des prélèvements bactériologiques pourrait diminuer l'incidence des sténoses en cas de lésions plus sévères

IPP: pour éviter que les lésions dues à un reflux gastro-sophagien associé ne viennent s'ajouter aux lésions caustiques, Ce traitement doit être maintenu pendant 6 semaines: 12 mg/kg/24h

Chez les patients mis jeun, la prise en charge nutritionnelle doit être envisagée au plus tôt et si possible par voie orale ou entérale qui est physiologiquement la plus adaptée

L'alimentation orale peut être reprise 24-48 h après l'ingestion chez la plupart des enfants, quand les phénomènes douloureux ont disparu.

Traitement chirurgical

En présence de lésions de nécrose diffuse et circumferentielle (stade 3b), une résection sophagienne voire gastrique en urgence est nécessaire pour éviter l'extension de la brûlure aux organes de voisinage ou la perforation digestive

Complications

Complications précoces (dès le premier jour):

respiratoires: avec ou sans surinfection

Complications métaboliques (hépatiques et rénales)

hémorragies digestives

perforations digestives

Complications tardives (après 3 semaines)

sténoses sophagiennes

Surveillance à long terme

Risque de carcinome péridermique estimé 1000 fois supérieur à celui de la population générale.

surveillance endoscopique 15-20 ans après l'exposition au caustique puis des contrôles endoscopiques tous les 13 ans

Motif

Antécédents



Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant purpura fulminans		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cat devant purpura fulminans		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

CAT devant Purpura fulminans chez lenfant

Le purpura fulminans est une infection invasivemningocoque. Il sagit dun choc septique associun purpura extensif. Le purpura fulminans (PF) demeure lune des plus grandes urgences de la pdiatrie. Le pronostic dpend de la rapidit du diagnostic et de la qualitt de la prise en charge initiale.

Mningocoque +++

Varicelle :UK : 5 cas / 1 an ; dficit Protine S souvent associ

Strepto A: Rechercher un dficit immunitaire

Strepto B: Dcrit chez le nouveau-n

Pneumocoque a Rechercher un dficit immunitaire

Staphylocoque dor

Physiopathologie

Le meningocoque est une bactrie strictement humaine, nest jamais retrouve en-dehors de lhomme et ne survit pas dans le milieu extrieur. Sa transmission est donc uniquement inter-humaine et directe de personnepersonne, par les scrtions oro-pharynges. Elle colonise le nasopharynx de lhomme, touchant 550% de la population, le plus souvent sans aucune consequence. De faon trs ponctuelle et pour des raisons mconnues, cette bactrie peut se dissminer chez lhtepartir du nasopharynx et envahir le sang circulant pour donner lieuune infection invasive.

Trois principaux facteurs permettent dexpliquer ce phnomne:

acquisition dune souche hypervirulente (facteurs pathognes intrinsquesla bactrie)

existence dune susceptibilit individuelle incluant certains dficits immunitaires (facteurs individuels)

la survenue concomitante de lsions de lpithlium rhinopharyng, comme une infection virale, favorisant le franchissement de la muqueuse pharynge par le mningocoque (facteurs favorisants locaux).

Une fois lpithlium de la muqueuse rhinopharynge franchi, la bactrie dissmine par voie hmatogne

Raction locale de Schwartzman (LSR)

Endotoxine BGN2 tapes

1re Injection endotoxine : inflammation locale avec recrutement de PNN et monocytes et fixation vasculaire2e injection endotoxine : thrombose au site de la 1re injection, avec congestion vasculaire, dme des cellules endothliales et extravasation de cellules sanguines => lsions purpuriques comme le PF

Le lipooligosaccharide du meningocoque induit une LSR 510 x celle du LPS de E.coli

Drgulation de la coagulation systmique

Activation de la cascade de coagulation du sepsis induite par cytokines

pro-inflammatoires Thrombine +++

Activation de la coagulation par la voie du Fact XII

Altération de la voie de l'anticoagulation

Tout purpura fébrile doit faire redouter en premier lieu un purpura fulminant en raison de la rapidité avec laquelle peut s'installer un état de choc gravissime.

Premier geste : administrer une antibiothérapie (Ceftriaxone 50 mg/Kg en IV ou IM).

Hospitalisation en réanimation.

Reconnaître le purpura fulminant

Les signes inauguraux sont toujours brutaux et surviennent chez un enfant en pleine santé. Ils associent :

Une fièvre élevée,

Une altération de l'état général,

Un purpura extensif (le purpura est une lésion rouge sombre ne se frottant pas à la vitropression) avec TROIS particularités :

Extensif (cerclage des lésions constaté l'arrivée chez un enfant nu, pour valuer l'évolution), parfois initialement discret et/ou

Nécrotique et/ou

3 mm de diamètre

Il faut dès lors noter : l'heure d'apparition des taches purpuriques, leur localisation, les entourer et suivre leur évolution  
les signes de gravité

âge < 1 an

retard diagnostique, antibiothérapie débute tardivement (> 12h)

Des troubles de conscience,

Une altération de l'état général.

Une insuffisance circulatoire : tachycardie, pleur, extrémités froides, TRC allongé, hypotension artérielle.

Des douleurs des membres inférieurs.

Une anomalie de l'examen neurologique (syndrome méningé),

Un purpura extensif, nécrotique ou avec un lésion mesurant plus de 3 mm.

Conduite à tenir

non spécifique

Assurer la liberté des voies aériennes.

Oxygénothérapie

2 voies veineuses périphériques ou intra-osseuse (si échec)

Scope, SpO2

antipyrétiques : paracétamol

antibiothérapie immédiate, sans attendre la PL, ni les résultats des examens complémentaires

intraveineuse ou défaut, intramusculaire : Ceftriaxone (50 mg/kg/j maximum 1 g) voire Amoxicilline (100 mg/kg/j). Le début de l'antibiothérapie ne doit pas être retardé par la réalisation de prélèvements. (L'antibiothérapie sera poursuivie pendant 10 jours.)

Traitement du choc septique

Remplissage vasculaire avec 20 ml/kg de serum physiologique renouveler si les troubles hémodynamiques persistent (60 ml/kg dans la première heure).

Si choc de remplissage ou choc décompensé : support inotrope par de la noradrénaline (0,12g/kg/min par voie centrale).

Corriger une hypoglycémie/ hypocalcémie

Surveiller : FR, FC, TA, SpO<sub>2</sub>, la diurèse, l'extension du purpura, la température, le score de Glasgow.

Prélever : NFS, CRP, hémocultures, lactate, hémostasie, ionogramme sanguin uré, créatininémie, dextrostix, gaz du sang (si possible).

Surveiller : FR, FC, TA, SpO<sub>2</sub>, la diurèse, l'extension du purpura, la température, le score de Glasgow.

Une ponction lombaire ne peut être réalisée que chez un enfant dont l'état hémodynamique est stabilisé.

Prendre les mesures de protection

Port d'un masque par les intervenants auprès du patient

Prescrire l'antibioprophylaxie (Rifampicine) des sujets contacts dans un délai de moins de 48 heures après le diagnostic :

Enfant : 10 mg/Kg x 2 jours (max 600 mg).

Adulte : 600 mg x 2 jours

Si contre-indication la Rifampicine : Ceftriaxone 125 mg (< 12 ans)/ 250 mg (> 12 ans), une seule dose en intramusculaire

Conduite à tenir

Assurer la liberté des voies aériennes.

Oxygénothérapie.

Poser une voie d'abord, périphérique (deux si possible) ou intra-osseuse (si choc)

Débuter une antibiothérapie intraveineuse ou défaut, intramusculaire : Ceftriaxone (50 mg/kg/j maximum 2 g) voire Amoxicilline (100 mg/kg/j). Le début de l'antibiothérapie ne doit pas être retardé par la réalisation de prélèvements. (L'antibiothérapie sera poursuivie pendant 10 jours.)

Prélever : NFS, CRP, hémocultures, lactate, hémostasie, ionogramme sanguin uré, créatininémie, dextrostix, gaz du sang (si possible).

Remplissage vasculaire avec 20 ml/kg de serum physiologique renouveler si les troubles hémodynamiques persistent (60 ml/kg dans la première heure).

Si choc de remplissage ou choc décompensé : support inotrope par de la noradrénaline (0,12g/kg/min par voie centrale).

Surveiller : FR, FC, TA, SpO<sub>2</sub>, la diurèse, l'extension du purpura, la température, le score de Glasgow.

Prendre les mesures de protection (port d'un masque) des intervenants auprès du patient.

Une ponction lombaire ne peut être réalisée que chez un enfant dont l'état hémodynamique est stabilisé.

Faire une déclaration obligatoire.

Prescrire l'antibioprophylaxie (Rifampicine) des sujets contacts dans un délai de moins de 48 heures après le diagnostic :

Enfant : 10 mg/Kg x 2 jours (max 600 mg).

Adulte : 600 mg x 2 jours.

Si contre-indication la Rifampicine : Ceftriaxone 125 mg (< 12 ans)/ 250 mg (> 12 ans), une seule dose en intramusculaire.

La pression artérielle variant avec l'âge, une règle facile pour mémoriser la limite inférieure normale de la pression systolique (< 5e percentile) selon l'âge est la suivante:

< 1 mois: 60 mmHg

1 mois-1 an: 70 mmHg

> 1 an: 70 + (2<sup>ge</sup> en année)

> 10 ans: <90 mmHg

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant choc anaphylactique chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : CAT DEVANT CHOC ANAPHYLACTIQUE CHEZ L'ENFANT		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

### CAT DEVANT UN CHOC ANAPHYLACTIQUE CHEZ L'ENFANT

#### Définitions

##### A. Lanaphylaxie :

Ensemble des manifestations cliniques (signes cutanomuqueux + atteinte multi viscérale) suite à une réaction d'hypersensibilité immédiate provoquée par le contact d'un allergène avec des immunoglobulines de type E (Ig E) spécifiques chez un individu préalablement sensibilisé.

##### B. Choc anaphylactique :

Insuffisance circulatoire aiguë, secondaire à cette réaction allergique.

Il s'agit d'une réaction immunologique médiée par les immunoglobulines E (IgE), l'origine d'une libération brutale de médiateurs provenant des mastocytes et des polynucléaires basophiles.

#### Diagnostic

Les symptômes sont le plus souvent brutaux et intenses et peuvent rapidement conduire au décès.

Leur reconnaissance ne doit souffrir d'aucun retard diagnostique en vue d'instaurer un traitement précoce.

#### Anamnèse:

Le contexte clinique: de survenue brutale est souvent évocateur

Piqûre d'insecte

En cours ou à la fin d'un repas

Administration d'une substance médicamenteuse (anesthésie, produit de contraste, ATB.)

##### B. Début des symptômes

Très variable : quelques secondes à quelques minutes après contact

La voie IV : souvent rapide

Voie orale : en général plus retardée (2-3 H)

Plus la réaction est rapide, plus la sévérité est importante

Rarement, l'épisode peut évoluer sur plusieurs heures, voire disparaître et récidiver dans les 24-36 heures (Anaphylaxie biphasique)

Critères cliniques pour diagnostiquer l'anaphylaxie

Une anaphylaxie est fort probable lorsque l'un des trois critères suivants est respecté :

Apparition aiguë d'une maladie (en l'espace de quelques minutes/quelques heures) touchant la peau, les tissus muqueux ou les deux (p. ex., urticaire généralisée, prurit ou bouffes vasomotrices, ou enflure des lèvres, de la langue et de la luette) et au moins l'un des éléments suivants :

Atteinte respiratoire (p. ex., dyspnée, respiration sifflante et bronchospasme, stridor, DEP réduit ou hypoxémie)

TA réduite ou symptômes associés de défaillance d'organes vitaux (p. ex., hypotonie [choc], syncope ou incontinence)

Au moins deux des éléments suivants qui se manifestent rapidement après l'exposition à un allergène probable pour ce patient (en l'espace de quelques minutes/quelques heures) :

Atteinte de la peau et des muqueuses (p. ex., urticaire généralisée, prurit et bouffes vasomotrices ou enflure des lèvres, de la langue et de la luette)

Atteinte respiratoire (p. ex., dyspnée, respiration sifflante ou bronchospasme, stridor, DEP réduit ou hypoxémie)

TA réduite ou symptômes associés de défaillance d'organes vitaux (p. ex., hypotonie [choc], syncope ou incontinence)

Symptômes gastro-intestinaux persistants (p. ex., douleurs abdominales type de crampes ou vomissements)

TA réduite après l'exposition à un allergène connu pour ce patient (en l'espace de quelques minutes/quelques heures)

Nourrissons et enfants : TA systolique faible (selon l'âge) ou diminution de la TA systolique supérieure à 30 %\*

Mécanisme de l'anaphylaxie

Phase I : Sensibilisation

Contact préparant avec l'allergène : asymptomatique et synthèse d'IgE (mastocytes et basophiles)

Phase II : Déclenchement

Contact déclenchant : dégranulation de mastocytes et des basophiles

Prise en charge

1- Mesures générales :

Arrêt de l'exposition à l'allergène

O<sub>2</sub> et libération des VAS : l'intubation orotrachéale en urgence si asphyxie.

Surélévation des membres inférieurs ou mettre le malade en position de Trendelenburg\*.

VVP de gros calibre

Monitoring hémodynamique et respiratoire : scope, PA, SpO<sub>2</sub>

2- Mesures spécifiques :

1. Adrenaline 0,01 mg/kg en IM (face latérale de la cuisse ou deltoïde +++++).

(La voie IM est préférable à la voie IV car elle présente un meilleur profil de tolérance et une durée d'action plus longue)

Si stylo adréaliné disponible :

Anapen 0,30 mg chez l'enfant > 30 kg

Anapen 0,15 mg chez l'enfant moins de 30 kg

Si stylo adréaliné n'est pas disponible :

Adrenaline 0,1% :

amp 1 ml = 1 mg diluer 1 amp adréaliné (1 ml = 1 mg) dans 9 cc de SSI soit : 1 ml de la solution contient 0,1 mg

Posologie : - 0,01mg/kg

- Renouveler 5-10 min si hypo TA persistante.

2. En cas de choc persistant après la première injection d'adrénaline :

remplissage vasculaire par bolus de 20 ml/kg en 20 min de serum physiologique renouveler

3. Si bronchospasme

β<sub>2</sub>-mimétique (salbutamol) en aérosol ou par chambre d'inhalation

Intubation d'urgence si détresse respiratoire sévère

4. Si laryngospasme (laryngite) :

- Nebulisation d'adrénaline 0,5 cc/kg (max 5 cc) diluée en 3 cc de SSI

- Trachotomie si détresse respiratoire sévère

- Si choc persistant

- Adrénaline IVC en débutant 0,1 g/kg/min augmenter en fonction de la réponse

- Si choc réfractaire : associer Noradrénaline 10 g/kg IVC, augmenter en fonction de la réponse

4- Traitement adjuvant après stabilisation

- Solumedrol (1-2 mg/kg) = prévention des récurrences tardives

- Association anti-H<sub>1</sub> (Polaramine sirop+++ ) + anti H<sub>2</sub> (Ranitidine)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge



INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant une boiterie chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cat devant une boiterie chez l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Cat devant une boiterie chez lenfant :

### INTRODUCTOIN

Motif de consultation frquent en orthopdie pdiatrique

Le plus souvent d'origine bnigne, mais une pathologie neuromusculaire ou malformative peut en tre la cause.

La boiterie est le plus souvent douloureuse et toujours secondaireune pathologie infectieuse, traumatique, tumorale, congntale ou neurologique qu'il faudra identifier

La hanche est l'articulation la plus incrimine dans les boiteries.

Le traitement est tiologique avec toutefois un dnominateur commun : l'immobilisation est le meilleur antalgique dans les boiteries.

### Dfinition

Boiterie: anomalie de la marche caractrise par un pas ingal en temps et en longueur associeune inclinaison du tronc. Elle rsulte d'une atteinte unilatrale et habituellement focalise. Cette modification rcnte de la dmarche est souvent lieun phnomne douloureux. On distingue :

La boiterie d'esquive : l'enfant chercheviter l'appui sur le membre douloureux

La boiterie dite de Trendelenburg, suiteun problme de hanche responsable de la bascule du tronc du ct atteint pour diminuer la pression sur la tte fmorale.

Dmarche diagnostique:

### INTERROGATOIRE:

QUATRE questions principales:

Contexte traumatique

Stigmates infectieux rcents, tat gnral

Age de l'enfant

Caractre rcnt ou ancien des troubles.

QUATRE questions supplmentaires:

Antcdents familiaux orthopdiques

Antcdents personnels : fracture, luxation de hanche, infection osto-articulaire, maladie neurologique, rachitisme, maladie osseuse congntale ou pisodes de boiterie antrieure

Date d'acquisition de la marche

Sigle d'une douleur associée éventuelle.

. EXAMEN CLINIQUE:

1- Reconnaître la boiterie:

Inégalité de longueur et de dureté des pas (certaines boiteries bilatérales sont de diagnostic difficile).

Inclinaison du tronc

B. EXAMEN CLINIQUE:

2- Examen local

Recherche de signes locaux:

TROIS signes d'une hanche qui souffre

x Retraction des abducteurs

x Atrophie du quadriceps

x Limitation du volant d'abduction

Douleur provoquée par la palpation des os ou des muscles

Signe inflammatoire local

Recherche d'une porte d'entrée infectieuse.

2- Examen local

Limitation des mobilités articulaires :

À la hanche, rechercher en particulier une limitation de l'abduction et de la rotation interne.

Examen vertébral

Examen des membres

Examen général

C. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES:

Boiterie de hanche avérée = imagerie + NFS, CRP

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant une convulsion chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cat devant une convulsion chez l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Cat devant une convulsion chez lenfant

Convulsion fbrile :

convulsion survenant chez un nourrisson ou un enfant entre trois mois et cinq ans, associe la vre, sans signe dinfection intracrnienne.Diagnostic clinique.

Le diagnostic est pos uniquement lorsque les autres tiologies de crise pileptique au cours dun pisode fbrileont t limines  
devant toute convulsion avec fivre, il est indispensable dvoquer les diagnostics suivants :

Mningite, surtout bactrienne

Encphalite ou mningo-encphalite, en particulier lencphalite herptique

Abcs crbral compliquant notamment une mningite bactrienne ou une infection ORL

Thrombophlbite crbrale compliquant une mningite ou une infection ORL de voisinage

Chez un enfant qui vient dune zone dendmie palustre, il faudra toujours voquer la possibilit dun paludisme

Les convulsions fbriles = Crises fbriles

Etiologie: fivre dinstallation brutale et prdisposition gntique

Causes:

Toute maladie fbrile du petit enfant en dehors dune infection du SNC:

Infections des voies ariennes

Origine virale: Rougeole et exanthme subit, oreillons et varicelle...

Post vaccinale

Le traitement dune CF est identiquece lui de toute crise convulsive associun traitement antipyrtique.

1)Mise en condition: PLS, librer les VAS, O2, monitoring

2)Faire cder la crise: Valium en intra rectal: 0,5 mg/Kg

3)Traitement antipyrtique: Mesures physiques, paractamol15mg/kg/j

4)Traitement Etiologique: ATB si foyer infectieux bactrien.

Crise fbrile simple+++++

Présence de tous ces critères

-Âge > 1 an et

-dure < 15 min et 1 crise/24 heures et

-Crise généralisée et

-Examen postcritique normal

Aucun examen complémentaire sauf en cas d'absence de foyer infectieux examen clinique.

Moindre doute sur une infection du SNC faire PL surtout nourrisson de moins de 18 mois.

Imagerie et EEG: NON

Pas de quelconques neurocognitifs rapports en cas de CF simple

Risque de récurrence élevé ++++ si

âge de survenue avant 18 mois

des antécédents familiaux de CF

Délai court entre l'apparition de la fièvre et le premier épisode.

Température corporelle basse lors de la première crise.

Risque beaucoup plus faible : 7% à 25 ans

Risque d'évolution vers une épilepsie (CF complexe): faible

Crise fébrile complexe: rare

Elle se oppose point par point avec la CF simple:

(Présence d'au moins un des critères suivants)

-Âge < 1 an et/ou

-dure > 15 min ou > 1 crise/24 heures et/ou

-Crise partielle et/ou

-Examen postcritique anormal

a) Examens biologiques:

NFS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, calcémie,

Recherche d'un foyer infectieux en fonction de l'examen clinique: (bandelette urinaire, Radio de thorax)

Ponction lombaire systématique++++

b) Examens morphologiques

Imagerie crânienne (Scanner ou IRM) en fonction du degré d'urgence

EEG: en cas de suspicion d'encéphalite sans urgence

c) Hospitalisation systématique et la mise sous antibiothérapie ou antivirale discuter en fonction de l'évaluation du risque d'infection du SNC

Traitement de fond est indiqué par Valproate de sodium (Dpakine): 20-30mg/Kg en 2 prises pendant un 2 ans

Informez les parents: CAT en cas de récurrence

Si une crise survient :

- ne pas empêcher les mouvements
- ne pas secouer l'enfant
- déplacer les objets dangereux mais pas l'enfant
- ne rien introduire dans sa bouche ni doigt ni autre objet.

En cas de somnolence post-critique:

- mettre l'enfant en position latérale de sécurité
- ne pas l'empêcher de dormir.

Risques lors de la crise:

- La plupart durent spontanément moins de 5 min
  - Si crise > 5 minutes :
  - probabilité de se prolonger environ une demi-heure
  - administrer du diazepam (Valium) par voie rectale (0,5 mg/kg sans dépasser 10 mg) et demander un avis médical.
  - Démonstration de l'utilisation du diazepam aux parents :
- peut être faite aisément avec une seringue et une ampoule
- au cours de la consultation

Traitement de la fièvre:

Paracetamol 15 mg/kg toutes les 6 heures ou ibuprofène 200 mg/kg/j en 4 prises) : utiliser pour le confort de l'enfant mais pas d'effet préventif

Benzodiazépine:

Ne pas utiliser dans la prévention des récurrences (balance bénéfices risques défavorable)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant une fracture chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cat devant une fracture chez l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Cat devant une fracture chez l'enfant :

Cas clinique :

Vous recevez aux urgences un enfant de 6 ans, victime d'un traumatisme de l'avant-bras, survenu suite d'une chute sur sa main avec un poignet en extension, suivi d'une impotence du poignet et d'une douleur extrême.

A l'examen vous trouvez l'enfant en attitude du traumatisé du membre supérieur, et une déformation du membre.

Décrire l'attitude du traumatisé du membre supérieur

Le membre supérieur sain soutient le membre supérieur malade

Quels sont les autres éléments cliniques à rechercher à l'examen clinique ?

Ouverture cutanée ?

Pouls radial et cubital

Motricité et sensibilité de la main

Mouvements des doigts

Quelle est la conduite à tenir en urgence ?

Traitement antalgique

Immobilisation provisoire de la fracture par une attelle

Nb : l'immobilisation doit prendre les articulations sus et sous-jacentes au foyer de fracture

Quels sont les examens paracliniques à réaliser en urgence ?

Une radiographie de l'avant bras prenant le poignet et le coude

Un cliché de face et un cliché de profil :

Permet le diagnostic de la fracture,

détermine le siège de la fracture,

Le déplacement des fragments et le nombre de fragments,

Quel est votre diagnostic et votre prise en charge adéquate ?

Fracture en bois vert métadiaphysaires des os de l'avant bras



Réduction orthopédique sous contrôle de l'amplificateur de brillance pour corriger le déplacement en angulation

Immobilisation par plâtre brachio-palmar

Cat devant une fracture de l'avant bras chez l'enfant

Évaluation clinique:

importance de la déformation, dme, ecchymose

Ouverture cutanée

Évaluation de la coloration et de la chaleur des extrémités

Évaluation des pouls distaux

Évaluation de la motricité et de la sensibilité,

Prise en charge initiale :

Traitement antalgique + immobilisation provisoire

Si ouverture cutanée :

Évaluer l'état de la plaie,

nettoyer, suturer si pas de perte de substance

pansement stérile

Immobilisation provisoire

Diagnostic positif:

Radiographie standard cliché de face et de profil

Traitement :

Fracture non déplacée : immobilisation par plâtre brachio palmar

Fracture déplacée : réduction orthopédique + immobilisation par BABP, traitement chirurgical par embrochage discuter en fonction de l'âge et du déplacement

Cas clinique 2

Fz, enfant de 8 ans, victime d'une chute sur la main, coude en extension, consulte pour une douleur du coude,

Examen du membre : déformation du coude, dme, et douleur importante examen du coude,

Quels sont les éléments à évaluer à l'examen clinique?

La première chose à évaluer, le pouls radial (risque de lésion ou de compression de l'artère radiale par le fragment diaphysaire pouvant entraîner des troubles de la vascularisation distale,

Chaleur et coloration distale

Motricité et sensibilité, (risque de lésion nerveuse)

Ouverture cutanée

Examen complémentaire?

Radio du coude cliché de face et de profil

Cat devant une fracture du coude chez l'enfant

Caractériser la fracture, le mécanisme, le type, le déplacement et la stadification,

Les lésions associées

Immobiliser provisoirement par une attelle brachio-palmaire respectant la position tolérée par le malade en attendant le traitement définitif,

Traiter les lésions associées s'il y en a

Traitement orthopédique fracture non déplacée : plâtre brachio-palmaire

Réduction de la fracture déplacée puis immobilisation plâtre

Traitement chirurgical

Pouls radial non palpable : traction douce et continue, dans l'axe du membre, flexion et réexaminer en attendant la préparation du bloc opératoire

Conclusion

Si la plupart des fractures de l'enfant sont bénignes, ne pas oublier la gravité des lésions atteignant le cartilage de conjugaison

Le traitement des fractures de l'enfant est le plus souvent orthopédique.

Le but du traitement est

Assurer la meilleure réduction, La meilleure contention avec le minimum d'agression chirurgicale.

Compte tenu des particularités de l'enfant, il faudra savoir parfois tolérer de petits défauts plutôt que de proposer une technique plus invasive.

Il faut respecter les structures propres à l'enfant : épiphyse et cartilage de croissance.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant une méningite infectieuse bactérienne chez l'enfant  IDENTIFIANT PATIENT :  INTITULE DOSSIER : Cat devant une méningite infectieuse bactérienne chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE  Etablissement : Faculté de Médecine Générale  Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :                      Simulation			
TYPE :                                JEU DE ROLE			

## Présentation

CAT devant une mningite infectieuse bactrienne chez lenfant

Mningite purulente : infection mninge avec un liquide cphalorachidien troublela ponction lombaire, correspondantune cellularit faite d'une prdominance de polynuclaires neutrophiles.

L'tiologie est le plus souvent bactrienne

Physiopathologie

L'infection des mninges peut se faire selon 2 modes :

Par contigut lors d'une infection ORL (mastodite ou rhinosinusite en particulier)

Par bactrimie massive et prolonge.

Dans tous les cas, le primum movens est la colonisation bactrienne nasopharynge.Ensuite, soit les germes passent directement par une brche ostomninge congntale ou acquise (infection

ORL), soit ils sontl'origine d'une bactrimie (qu'on retrouve dans 2/3 des mningitespneumocoque et la moiti des cas dans les mningitesmningocoque)

## CLINIQUE

1- Syndrome mning chez l'enfant> 2 ans

Fivre, frissons.

Syndrome mning :

Cphales: Constantes, prcoces, diffuses, continues

Exagres par le bruit : phonophobie

Exagres par la lumire : photophobie

Raideur mninge

Signe de Kernig (flexion des genoux lors de la flexion des cuisses) et de Brdzinski (flexion des genoux lors de la flexion de la nuque)

Vomissements (faciles, en jet, au changement de position)

Position antalgique en chien de fusil

Hyperesthsie cutane.

2- Symptomatologie atypique chez le nourrisson

Fivre.

Troubles du comportement : geignements, pleurs, la mobilisation, irritabilité.

Hypotonie ou hypertonie axiale : la raideur de nuque est exceptionnelle et ce n'est pas le cas.

Bombement de la fontanelle surtout chez le nourrisson < 6 mois (après c'est plus difficile).

Convulsions: Toute crise convulsive fébrile du nourrisson < 1 an est une méningite jusqu'à preuve du contraire : PL systématique

Troubles digestifs : refus du biberon, vomissements.

Attention : les céphalées (signe constant chez l'adulte) ne peuvent être exprimées chez le nourrisson. Les signes de Kernig et Brudzinski, décrits au cours de la méningite de l'adulte, manquent le plus souvent chez le nourrisson.

### 3- Signes associés selon le germe

En faveur d'une méningite pneumocoque:

- Infection associée :

x Pneumonie

x Otite ou otorrhee (retrouvée dans 1/3 des méningites pneumocoque)

x Rhinorrhée

x Rhino-sinusite.

- Antécédents de traumatisme crânien (fracture méningée?) ou neurochirurgie

- Défaut immunitaire : asplénie en particulier

- Complication neurologique: coma ou convulsion (dans 1/3 des cas).

En faveur d'une méningite méningocoque :

- Arthralgies

- Purpura (dont il faudra surveiller l'évolution). Le purpura petichial est possible sans évolution systématique vers un purpura fulminant.

- Rash cutané spécifique

- Se complique de troubles hémodynamiques dans 1/3 des cas.

### 4- Recherche de signes de gravité :

Troubles hémodynamiques.

Troubles de la conscience.

Purpura extensif, nécrotique ou > 3 mm de diamètre : purpura fulminant. Dans cette situation, le syndrome méningé est souvent absent.

Des douleurs musculaires des jambes sont un signe de mauvais pronostic, en faveur de l'évolution d'une méningite en purpura fulminant.

## DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

### 1- Ponction lombaire (PL)

Respect des règles de pratique de la PL

- QUATRE contre-indications absolues initiales (CHIC) :

x Collapsus cardia-circulatoire ou instabilité hémodynamique

x HTIC menaçante ou signes d'engagement : mydriase unilatérale, hoquet, trouble du rythme ventilatoire, mouvements d'enroulement

x Infection au point de ponction

x CIVD ou syndrome hémorragique extrinsèque (très rare).

- TROIS situations imposant l'antibiothérapie avant la PL :

x Contre-indication à la réalisation de la PL

x Purpura fulminans

x Prise en charge hospitalière ne pouvant être effectuée dans les 90 minutes.

- TROIS indications formelles à la réalisation d'une imagerie cérébrale avant la PL (donc administration d'antibiotiques et/ou antiviraux avant l'imagerie) :

x Signes de localisation neurologiques

x Troubles de la vigilance mesurés par un score de Glasgow  $\geq 11$

x Crises convulsives récentes ou en cours après l'âge de 5 ans, seulement si hémicorpselles avant l'âge de 5 ans.

- Fond d'œil avant PL non indispensable (retard l'apparition de l'œdème papillaire)

- Analyse de l'hémostase inutile sauf si saignement extrinsèque ou purpura extensif.

## 2- Hémocultures

Au moins UNE hémoculture (70% des méningites pneumocoque ont une hémoculture positive).

Si la pratique de la PL doit être différée, une hémoculture sera réalisée avant antibiotique et corticothérapie.

## 3- Bilan standard

NFS, plaquettes, hémostase.

Ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie.

CRP.

Bandelette urinaire.

Radiographie de thorax : en cas de ponction lombaire négative (c'est le méningisme = syndrome méningé sans méningite qu'on peut voir en cas d'infection ORL ou pneumonie).

## 4- Imagerie

L'imagerie cérébrale ne doit pas être systématique dans les méningites méningocoque ou pneumocoque.

CINQ indications sont retenues au cours de l'évolution de ce type de méningite :

- Augmentation rapide du primitif crânien chez le nourrisson < 2 ans

- Trouble de conscience et fièvre > 38,5°C depuis plus de 72 h

- Méningite pneumocoque > 2 ans en l'absence de toute infection bactérienne ORL ou si le sérotype incriminé n'est inclus dans le vaccin reçu

- Survenue de signes neurologiques nouveaux: crise convulsive, paralysie, trouble de la vision

- Méningite bactérienne autre que méningocoque ou pneumocoque.

Une imagerie à la recherche d'une suspicion de brèche osseuse-durale est réalisée si:

- Traumatisme crânien important récent
- Récidive de méningite
- Antécédents d'intervention neurochirurgicale, hypophysaire ou ORL
- Rhinorrhée ou otorrhée de LCR.

Une IRM cérébrale est nécessaire en cas de méningite polymicrobienne : recherche de sinus dural (communication entre le LCR et la peau).

## L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Urgence thérapeutique afin d'assurer une bactéricidie rapide dans le LCR et de diminuer l'œdème cérébral et l'inflammation locale.

Traitement symptomatique :

- Hospitalisation en urgence
- Ranimation si : score de Glasgow  $\leq 8$ , signes neurologiques focaux, signes de souffrance du tronc cérébral, état de mal convulsif, troubles hémodynamiques ou purpura extensif
- Traitement du choc hémodynamique si présent
- Oxygénothérapie voire ventilation assistée si désaturation ou coma
- Traitement antipyrétique
- Traitement antipileptique en cas de convulsion avérée
- Éviction des stimuli sonores et lumineux
- Surveillance clinique et biologique.

Traitement spécifique des méningites purulentes :

- Corticothérapie (Dexaméthasone) débute systématiquement avant l'antibiothérapie arrêtée secondairement en cas de cocci Gram- (méningocoque)
- Antibiothérapie par Cefotaxime, puis adaptée au germe suspect, pendant 10-15 jours pour un pneumocoque 300 mg/kg/j, 7 jours pour un méningocoque 200 mg/kg/j.

## LE SUIVI DU PATIENT

Mesures associées court terme :

- Déclaration obligatoire l'ARS pour la méningite méningocoque
- Prévoir une ponction lombaire de contrôle dans la méningite pneumocoque 48-72 heures dans DEUX situations :
  - x En cas d'évolution clinique défavorable et en l'absence d'anomalie de l'imagerie expliquant cet échec
  - x Si pneumocoque dont la CMI est  $> 0,5$  mg/l.
- En cas d'évolution défavorable des méningites pneumocoque : adjonction de vancomycine.

Surveillance court terme :

- Apparition de purpura
- Hémodynamique
- Neurologique: conscience, convulsions, mesure du PC chez le nourrisson (Hématome ou épyrème sous-dural, Abcs cérébral dans les méningites néonatales et les listérioses)
- Hydratation et troubles digestifs: risque de déshydratation

- Température: recrudescence de la fièvre penser :

Echec de l'ATB

Empyème ou HSD

Infection distance persistante: abcès.

Phénomène inflammatoire fréquent après arrêt des corticoïdes : bonne réponse aux anti-inflammatoires

Prophylaxie (méningocoque et haemophilus):

Sujets contacts : exposition aux sécrétions oro-pharyngées du sujet infect dans les 10 jours précédant son admission (rifampicine 10mg/kg/j > 1 mois, 5mg/kg/j < 1 mois, adulte 600mg en 2 prises /j pdt 2j4j). Il convient de ne pas traiter:

x les contacts des contacts

x ou si le contact date de plus de 10 jours.

Règle du sujet contact : contact < 1 m ou > 1 heure

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Intubation pédiatrique		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Intubation pédiatrique		Formation : Médecine Générale	

  

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

## Présentation

Intubation pdiatrique: les particularits

Lintubation trachale se dfinit comme le cathtrisme de la trache,travers la glottelaide dun tube qui reste accessible au niveau de la bouche ou des narines selon la voie dintroduction choisie. Cest un geste courant, en rgle facile et rapide, souvent indispensable en anesthsie et ranimation durgence, qui permet de maintenir la libert et ltanchit des voies ariennes suprieures et de contrler la ventilation et lhmatose

Indications

Lintubation trachale est indique dans les situations suivantes:

Ventilation au masque inefficace ou insuffisante.

Suspicion de hernie diaphragmatique congénitale.

Broncho aspiration en cas dinhalation mconiale.

Ventilation assiste prolonge.

Massage cardiaque externe

Complications

Hypoxie

Bradycardie

Pneumothorax

Traumatisme tissulaire

Infection

Motif

Antécédents

Interrogatoire



Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Invagination intestinale	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Invagination intestinale	Formation : Médecine Générale

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

## Présentation

Invagination intestinale

Cas clinique

Vous recevez aux urgences le nourrisson Safouane, g de 6 mois, amen par sa mre.

La mre rapporte que son enfant prsente des cris incessants, survenant par crises entrecoupes de priodes daccalmie avec des vomissements alimentaires.

La symptomatologie volue sur une priode de 8h, et a dbut par des cris assocides vomissements alimentaire sans notion de fièvre, et la maman rapporte quentre les crises, lenfant est bien. Secondairement lenfant a mis des selles mles de sang.

Invagination intestinale aige du nourrisson

Dfinition

Linvagination intestinale aigu (IIA) se dfinit comme la pntration dun segment intestinal damont dans la lumire du segment intestinal aval.

Elle dbute le plus souvent au niveau de lilon terminal, qui sengage dans la lumire du clon ascendant, ralisant une invagination ilo-colique.

Description Anatomo-pathologique

La lsion lmentaire est constitue par le boudin dinvagination : ensemble form par le segment invaginant et le segment invagin

La zone de rflexion de lintestinla partie distale de ce boudin est la tte du boudin,

la zone de rflexion de la tunique externela partie proximale du boudin est le collet.

La dnomination de linvagination se fait comme suit :Le segment invagin est cit en premier, Le segment intermdiaire est cit en deuxime

Le segment invaginant dans lequel se termine la progression de la tte est citla fin

Anatomie pathologique

Plusieurs formes anatomopathologiques :

Invagination ilo-ilale : est la lsion la plus simple, le diamtre rduit du cylindre invaginant entraine souvent une difficult majeure de rduction.

Invagination jjuno-jjunale : est exceptionnelle

Les Invaginationsparticipation ilale et colique : sont de loin les plus frquentes, elles peuvent tre :

I. colique trans-valvulaire : dans ce cas, lintestin grle pntre dans le clontravers la valvule de Bauhin. Le caecum est fixe.

I. caeco-colique : dans ce cas, la tte du boudin est constitue par la valavule de Bauhin. Lappendice est entrain avec le boudin et se trouve entre la tunique externe et la tunique moyenne.

Les I. clo-cloques : sont rares en raison de la relative fixite des divers segments.

Etiologies et tiopathogonie :

Les causes de linvagination varient en fonction de lge

On distingue deux types d'I.I.A. selon la cause de linvagination.

1- I.I. idiopathique :

Constitue la majeure partie des cas ; plus de 90% des I.I.A du nourrisson.

Aucune cause d'I.I.A. nest retrouve

LI. rsulte dun dyspristaltisme dans le cadre dune adnolymphite msentrique.

Etiologies et tiopathogonie

2- Les I.I.A secondaires :

Il existe dans ce type une cause locale linvagination. Le mcanisme de linvagination est ici aisement comprhensible

Les tiologies sont nombreuses :

Le diverticule de Meckel : 50% des cas d'I.I.A. secondaires.

Les tumeurs digestives : Les polypes sont classiquement les plus frquentes.

Les lymphomes digestifs : ne sont pas rares. LI.I.A. en est une complication rvlatrice.

Le purpura rhumatode : LI.I.A. est classique sur ce terrain.

Les invaginations post-opratoires : restent rares.

Les autres tiologies sont plus rares

Les causes de linvagination varient en fonction de lge

On distingue deux types d'I.I.A. selon la cause de linvagination.

1- I.I. idiopathique :

Constitue la majeure partie des cas ; plus de 90% des I.I.A du nourrisson.

Aucune cause d'I.I.A. nest retrouve

LI. rsulte dun dyspristaltisme dans le cadre dune adnolymphite msentrique.

2- Les I.I.A secondaires :

Il existe dans ce type une cause locale linvagination. Le mcanisme de linvagination est ici aisement comprhensible

Les tiologies sont nombreuses :

Le diverticule de Meckel : 50% des cas d'I.I.A. secondaires.

Les tumeurs digestives : Les polypes sont classiquement les plus frquentes.

Les lymphomes digestifs : ne sont pas rares. LI.I.A. en est une complication rvlatrice.

Le purpura rhumatode : LI.I.A. est classique sur ce terrain.

Les invaginations post-opratoires : restent rares.

Les autres tiologies sont plus rares

## Physiopathologie

La compression des nerfs végétatifs du mésentère est responsable des signes de début : douleurs, pleurs par vasoconstriction périphérique et les premiers vomissements

La compression des veines et lymphatiques est responsable d'un œdème de la paroi intestinale

L'œdème accroît la striction ce qui entraîne une oblitération artérielle ce qui provoque l'ischémie puis la nécrose

Le caractère paroxystique des crises n'a pas reçu d'explication

## Etude clinique

Forme habituelle :

I.I.A. idiopathique du nourrisson +++

Le tableau est fait de trois signes fonctionnels décrivant une triade classique :

1. La douleur : c'est une douleur abdominale paroxystique survenant par crises, récurrentes à des intervalles plus ou moins réguliers.

La douleur se manifeste par des pleurs et des cris, de survenue brutale, accompagnée d'un pleur inhabituel, l'enfant tant parfaitement bien entre les crises.

2. Les vomissements : accompagnent volontiers la douleur. Ces vomissements sont de nature alimentaires (ils ne deviennent bilieux que dans les formes vus tardivement).

3. Les missions sanglantes par l'anus : considérée avant comme le maître symptôme, elle est plus rare maintenant car le diagnostic est plus précoce.

## Etude clinique

Les signes recherchés à l'examen physiques :

Les signes généraux :

La fièvre : légère est en rapport avec l'affection virale causale. L'état général est conservé au début.

Les signes physiques :

La palpation du boudin d'invagination : n'est pas constante. Il s'agit d'une masse oblongue, allongée, saillant sur le cadre colique.

La localisation sous hépatique est la plus fréquente.

Le toucher rectal : avec l'auriculaire doit être systématique.

La présence de sang sur le doigtier présente une valeur d'orientation considérable dans un contexte atypique.

Il permet aussi de palper parfois la tête de boudin

## Formes cliniques

1- F. symptomatiques : F. diarrhéiques : ce sont des formes trompeuses. La présence d'une diarrhée ne peut en aucun cas faire éliminer le diagnostic d'I.I.A.

F. Occlusives : L'I.I.A. est la cause la plus fréquente d'occlusion chez le nourrisson. Cette occlusion est précoce dans les formes iléo-iléales et coliques, tardive dans les formes iléo-coliques.

Le tableau est celui d'une O.I.A. du grêle avec : douleur abdominale, vomissements bilieux, métorisme abdominal, A.E.G. et déshydratation,

F. neurologiques : Le nourrisson est pleuradynamique et peut présenter une convulsion.

La douleur abdominale peut manquer

Ces formes doivent être bien connues car souvent diagnostiquées avec retard

Les enfants sont généralement admis pour suspicion de méningite.

La PL se révèle normale : Il faut penser à l'IIA et demander un bilan dans ce sens

F. extrioriseslanus : sont rares, mais ne doivent pas être prises pour un prolapsus rectal.

Généralement, le toucher rectal permet de faire la différence entre prolapsus rectal (présence d'un cul de sac entre la partie externe et le rectum) et le boudin d'invagination (pas de cul de sac)

Diagnostic paraclinique

LA.S.P : Un clic face debout et en position couchée :

il n'y a pas de signes qui permettent d'éliminer formellement l'IIA sur LA.S.P.

L'Echographie : +++ : examen de première intention devant toute suspicion d'IIA.

L'image de boudin d'invagination :

En coupe transversale : une image en cocarde ou en cible avec une plage centrale hyperéchogène et une couronne périphérique hypoéchogène.

En coupe longitudinale : L'aspect est celui d'un sandwich ou d'un pseudo-rein.

Diagnostic paraclinique

Le lavement opaque :

double intrt : diagnostic et thérapeutique.

Résultats :

Les invaginations participation iléo-colique : L'image de base est celle d'arrêt de produit de contraste qui bute sur un obstacle correspondant à la tête du boudin

Sur vue de profil : on aura une image en cupule ou en trident

Sur vue de face : on aura une image en cocarde

Le diagnostic est confirmé par la présence du boudin d'invagination à l'échographie,

Il convient alors de chercher les signes de gravité pouvant contre-indiquer le traitement conservateur :

Altération de l'état général

Présence de niveaux hydro-aériques sur l'ASP (occlusion)

Présence de pneumothorax et/ou signes de péritonite aiguë par perforation digestive

Présence de sang noirâtre dans les selles (souffrance intestinale)

Principes

Une hospitalisation est nécessaire. L'enfant doit être mis jeun.

Il s'agit d'une urgence thérapeutique. Le traitement spécifique de l'invagination intestinale aiguë iléocolique repose sur la désinvagination par lavement opaque ou traitement chirurgical.

Les formes ilé-ilaales ont une évolution spontanément favorable.

Traitement

## 1- Mthodes :

Deux mthodes peuvent tre utilises pour traiter II.I.A.

Le traitement chirurgical et la rduction hydrostatique

### a. La rduction hydrostatique :

Cest actuellement le traitement de premire intention pour II.I.A. idiopathique du nourrisson,

Certains auteurs prconisent une prmdication par du valium en intra-rectal.

La rduction hydrostatique nest certaine que si on obtient une large imprgnation du grle sur 2030 cm avec disparition de limage lacunaire intra-caecale.

Lorsque la rduction est juge russie, il est prfrable de garder lenfant sous surveillance clinique en milieu hospitalier pendant 12 jours

En cas dchec de la rduction ou de doute sur son caractre complet, lenfant doit tre opr

### b. La rduction par insufflation gazeuse :

Cette mthode permet un regain dintrt actuellement mais nest intressante qu titre thrapeutique.

Lappareillage est simple ncessitant une pompe dinsufflation avec le contrle de la pression intra-colique

Les images sont superposablescelles du lavement opaque avec les mmes difficults de rduction

Lirruption brutale et massive dair dans le grle signe la dsinvagination

Le risque de perforation semble faible

La surveillance est la mme et un contrle chographique immdiat aprs rduction est toutfait possible

### . La rduction hydrique :

Mme principe que celui de lavement baryt mais on utilise ici un produit hydrosoluble, le boudin est suivie sous contrle chographique

### d. la chirurgie

Indications :

#### 1- I.I.A. idiopathique du nourrisson :

La rduction hydrostatique est utilise en premire intention sauf contre-indication absolue : le tableau docclusion franche ou de pritonite.

Dans ce cas, la chirurgie est indique demble.

Dans tous les autres cas, lintervention chirurgicale nest indique quaprsc de la rduction hydrostatique ou sil y a un doute sur le caractre complet de la rduction.

#### 2- I.I.A.secondeaire :

Chez un nourrisson de moins de 2 mois et un enfant de plus de 2ans. Le traitement est toujours chirurgical.

Ce traitement permet le traitement de linvagination et de sa cause. Il varie en fonction de ltiologie

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : La pose d'un plâtre post traumatique chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : La pose d'un plâtre post-traumatique		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

## Présentation

La pose dun pltre post-traumatique :

Les diffrents types de pltres

En pltre : il sagit en ralit de bandes imprgnes de pltre avec un tissu de coton et de mousse qui en schant durcit. Ce type de pltre est assez lourd et peut mettre 48 heures pour scher.

En synthtiques : bandes en rsine ou fibre de verre qui se durcit au contact de leau, schent en quelques minutes et deviennent dur en quelques heures.

Matriaux thermo-mallables et prformsbasse temprature.

Orthses en pltre synthtique ou en plastique : fabriquespartir de bandes ou prfabriques, ces orthses sont fixes avec des bandes en velcros afin de faciliter leur amovibilit.

Les attelles fabriques sur mesure ou prfabriques : elles immobilisent le membre grceun bandage complmentaire.

Minerves ou corsets.

Les indications

Fractures non-chirurgicales

Post-traumatique et aprs chirurgie

Entorses graves

Luxation et arrachement osseux

Technopathies sportives chroniques

Fracture cartilagineuse de lenfant

Immobilisation post prothse de cheville

Autres

La pose dun pltre

La pose est un acte mdical car un pltre bien pos permet dviter la survenue des complications. Il doit tre adapt, non compressif, indolore et confortable.

LA POSE :



Après un contrôle radiologique et confirmation du diagnostic, le membre sera préparé.

Une chaussette en jersey est d'abord posée sur la peau afin de la protéger.

Puis le médecin enroule alors autour du membre ou de l'articulation une bande en coton (ou synthétique) qui va protéger la peau du contact direct du plâtre et il va renforcer les zones sensibles afin que les extrémités du plâtre ne puissent pas irriter la peau.

Puis on pose le plâtre ou la résine synthétique avec des bandes trempées dans de l'eau ou moules, pour les ramollir puis les modeler afin de remplir son rôle protecteur et immobilisant.

Lissage et modelage final afin de donner un aspect agréable et retour de plâtre sous le coton pour éviter les irritations.

Pose éventuelle d'un talon de marche.

Pas d'appui ni de mobilisation de suite car le plâtre traditionnel sèche en 24-48 heures alors que la résine peut mettre que 2-3 heures.

APRÈS LA POSE :

Mettre une vessie de glace.

Surlévation sur un coussin du membre inférieur immobilisé pendant au moins 8 jours.

Si c'est le membre supérieur : maintien par une charpe de façon que le poignet soit plus haut que le coude par rapport à l'horizontale, main surélevée sur un coussin lors du décubitus.

Entretenir au quotidien sa musculature surtout au membre inférieur par la réalisation de contractions relâchées pour entretenir son tonus musculaire et des amplitudes articulaires des articulations sus et sous-jacentes laissées libres par l'immobilisation.

Ne pas mouiller le plâtre, même si l'on agit d'une immobilisation en résine donc protéger le plâtre, pour se laver il faut utiliser un plastique protégé plâtre.

Si démangeaison, il ne faut pas se gratter sous le plâtre.

Arrêt de travail selon les cas et conduite automobile interdite, éviter aussi les transports en commun.

Comment entretenir sa mobilité avec un plâtre ?

Avec un dambulateur.

Des béquilles ou cannes anglaises.

Un fauteuil roulant.

Une charpe ou une canne de marche

Ne soyez pas trop passif, réalisez des petites contractions musculaires sous plâtre et mobilisez les articulations laissées libres par le plâtre.

Surveillance médicale, risques médicaux

Mauvaise contention sous plâtre.

Compression des nerfs, artères ou veines.

Thromboses veineuses et embolies : Il faut savoir la prévenir par un traitement préventif systématique anti-thrombo-embolique par héparines de bas poids moléculaire (HBPM) dès la pose du plâtre et pendant 4/6 jours après l'ablation du plâtre. Une surveillance biologique bi-hebdomadaire des plaquettes sera effectuée la première quinzaine (thrombopénie), puis hebdomadaire ensuite.

Infection sous plâtre, gangrène.

Escarres.

Syndrôme douloureux régional complexe de type I ou algodystrophie.

Fontes musculaires.

Ostéoporose.

Mauvaise consolidation.

Annonces

Signes d'alerte lors d'une immobilisation plâtre

Douleur

Odeur anormale et nausabonde

dme important des extrémités

Fivre

Troubles sensitivo-moteurs : paresthésies

Signes de phlébite et de démolie pulmonaire : douleur mollet, douleur thoracique, dyspnée, augmentation de la fréquence cardiaque.

Comment on enlève le plâtre ?

Avec une scie à plâtre qui est oscillante et spéciale pour ne pas vous blesser ou vous couper. Attention elle est assez bruyante !!

Conduite à tenir par la suite

Nettoyer la peau avec un savon neutre ou un savon chirurgical spécial.

Hydrater la peau qui est devenue sèche.

Prenez un bon bain ou une douche.

Une douleur ou un dme peut survenir continuer de maintenir le membre en hauteur et de mettre de la glace quelques jours, massez.

Commencez une tonification musculaire et une récupération des amplitudes articulaires : la balnéothérapie facilite la récupération.

Respectez les conseils et consignes de votre médecin, respectez les temps de récupération et la réalisation éventuelle de contrôles médicaux.

Réhabilitation obligatoire avant de reprendre le sport.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Les grosses bourses aiguë chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Les grosses bourses aiguë chez l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Les grosses bourses aiguës chez l'enfant

Cas clinique

Vous recevez aux urgences, un enfant de 13 ans, sexe masculin, qui consulte pour douleur scrotale voluant depuis 12h, d'apparition brutale, avec augmentation du volume d'un hmi scrotum. L'enfant rapporte un épisode de vomissements alimentaires sans autre signe associé, pas de notion de traumatisme.

Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

Quels sont les éléments à rechercher à l'interrogatoire ?

Quels sont les éléments à rechercher à l'examen clinique ?

Y aurait-il d'autres pathologies pouvant se présenter de la même manière ?

Quel examen paraclinique faudra-t-il demander ? quels sont les résultats attendus si l'examen confirme votre diagnostic ?

Quelle sera la prise en charge ?

Y aurait-il un facteur de mauvais pronostic chez ce garçon ?

Introduction

Les grosses bourses douloureuses (GBD) représentent un motif de consultation fréquent en pratique pédiatrique.

Les principales étiologies sont :

la hernie inguino-scrotale étranglée,

la torsion du cordon spermatique,

le traumatisme scrotal,

l'œdème idiopathique du scrotum

et l'orchipididymite

Démarche diagnostique

1) Interrogatoire :

Mode d'apparition : aigu ou chronique

Volume variant ou constant selon les jours

Notion de traumatisme scrotal récent

Signes accompagnateurs : fièvre, douleur, brûlures mictionnelles

2) Inspection : debout et couché ; au repos et à l'effort

3) Palpation :

Épaisseur de la peau

Palpation du testicule et l'épididyme séparés par un sillon : rechercher une douleur ou une masse

Rechercher une hydrocèle ou une hernie

Palpation du cordon

4) Transillumination à la torche

Elle est positive en cas d'hydrocèle

Elle est négative ou opaque en cas de hernie ou tumeur

5) Examen général :

Température, recherche de ganglions inguinaux ; signes urinaires, gynecomastie

6) Diagnostic étiologique

I. Torsion du cordon spermatique

A. Torsion intravaginale

La torsion intravaginale du cordon spermatique est la forme la plus fréquemment rencontrée en dehors de la période néonatale

B. Torsion supra-vaginale

Ce type de torsion est l'apanage du nouveau-né. Elle peut cependant être rencontrée de façon exceptionnelle chez l'adulte.

**TORSION DU CORDON SPERMATIQUE**

A. Forme typique

a) Signes fonctionnels.

Adolescent présentant une douleur scrotale unilatérale, spontanée, brutale, d'intensité maximale.

La douleur peut être précédée d'épisodes similaires de résolution spontanée

Le site de la douleur peut être toutefois trompeur, iliaque, lombaire ou même abdominal.

Des vomissements et des nausées

Des signes fonctionnels du bas appareil urinaire (dysurie ou impériosité) peuvent également être retrouvés.

b) Signes physiques :

L'examen scrotal est réalisé debout et couché.

Recherche d'une mobilité excessive du testicule sain dans la bourse (signe d'Angel).

Le testicule est ascensionnel, anneau inguinal, dressé en avant ((signe du gouverneur)

La glande est parfois discrètement augmentée de volume, mais sa mobilisation, y compris son soulèvement, exacerbe toujours la douleur, contrairement à ce qui se observe en cas d'épididymite (signe de Prehn)

La palpation du cordon permet rarement de trouver un ou plusieurs tours de spire.

L'examen est fréquemment réalisé à un stade plus tardif. Le scrotum est alors déplissé par l'indemnité, généralement tuméfié.

Une hydrocèle secondaire de faible abondance est observée dans la moitié des cas et peut gêner l'examen.

Une grande valeur diagnostique est habituellement accordée à la disparition du réflexe crémastrien, mais ce signe n'est présent que dans 52 % des cas.

## FORMES CLINIQUES

a) Torsions vues tardivement : Elles sont courantes en période néonatale. Le scrotum est volontiers inflammatoire et le patient présente une fimbriule.

b) Torsions néonatales.

Il convient de distinguer :

Les formes postnatales, intervenant dans les 30 premiers jours de vie et Les formes antenatales, débutant in utero et découvertes dès la naissance

Le pronostic de ces formes est sombre

c) Torsion d'un testicule ectopique.

rare, touche préférentiellement le nourrisson.

Le diagnostic de torsion doit être vu de façon systématique devant l'association d'un hémiscrotum vide et une masse inguinale douloureuse.

Diagnostic paraclinique

Aucun examen complémentaire ne doit retarder un acte chirurgical qui est, lui, la fois diagnostique et surtout thérapeutique.

échographie-doppler permet d'objectiver :

l'interruption de la vascularisation du testicule au cours de la torsion, alors que celle-ci est augmentée en cas d'épididymite.

Des tours de spires.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Torsion d'annexe testiculaire

Orchididymite

Traumatisme scrotal

œdème idiopathique du scrotum

L'œdème idiopathique du scrotum s'observe généralement chez le garçon de moins de sept ans.

La peau scrotale est rythmée et fine.

L'œdème est volontiers bilatéral, tend la région inguinale et au périnée jusqu'aux anus.

absence de douleur, tant testiculaire qu'épididymaire

Hydrocèle

Elle peut être d'apparition rapide, éventuellement brutale chez l'enfant.

Le testicule sous-jacent est toujours indolore.

Hernie inguinale étranglée

Tumeur du testicule : Les tumeurs du testicule se révèlent exceptionnellement de façon aiguë, en particulier lors d'un saignement au sein de la tumeur.

Le purpura rhumatode ou syndrome de Schönlein-Henoch, qui peut s'accompagner d'une vascularite des petits vaisseaux du parenchyme testiculaire, responsable d'une sensibilité scrotale ;

La varicocèle ;

La pritonite mconiale

#### 4) Prise en charge

Le traitement de la torsion du cordon spermatique est chirurgical.

Le seul doute diagnostique de torsion du cordon spermatique impose une scrototomie exploratrice en urgence.

Levolution sans traitement : ischmie et ncrose du testis, production des Ac antispermatiqueinfertilit

### III. Orchi-pididymite

inflammation du testicule et de lpididyme, le plus souvent dorigine infectieuse.

Les orchi-pididymites regroupent les pididymites, les orchites et les vraies orchi-pididymites.

Chez lenfant elle est rare et souvent associeune uropathie malformative.

#### 3) Signes cliniques :

Signes fonctionnels :

Une fivre progressive ou brusque, dintensit variable ;

Des douleurs scrotales intenses irradiant le long du cordon, dinstallation rapide mais non brutale ;

Examen clinique :

signes inflammatoires locaux dintensit variable, dfinissant un tableau degrosse bourse aigu douloureuse: peau scrotale dmateuse, tendue, luisante, chaude ;

Un pididyme augment de volume ;

Classiquement, le soulèvement du testicule soulage la douleur (signe de Prehn positif) permettant de faire la distinction avec une torsion du cordon spermatique.

4) Signes paracliniques : Aucun examen nest indispensable car le diagnostic est clinique

#### 5) Traitement

antibiothrapie probabiliste dbut ds les prlvements bactriologiques effectus et secondairement adaptlantibiogramme.

Chez lenfant la C3G par voie orale est le plus souvent utilise.

Certaines mesures associes sont indispensables :

Suspensoir ou slip serr pour un effet antalgique rapide ;

Repos au lit les premiers jours ;

Anti-inflammatoires non strodians, en labsence de risque de cellulite ;

Le recours la chirurgie est rare, mais peut se voir en cas de ncessit de drainage dun abcs, dextrse dune zone de ncrose.

### IV. Orchite ourlienne :

Notion doreillon

Clinique : grosse bourse douloureuse avec fivre et oreillon

Evolution : gurison spontane, peut trelorigine dune atrophie squellaire.

### V. Torsion de lhydride de Morgani :

Lhydride de Morgani est un vestige embryonnaire sans rle fonctionnelClinique : douleur brutale, unilatrale, mais sourde gnant la marche

Diagnostic : peroprateur

Traitement : ligature du pédicule de l'hydatide

#### VI. dme scrotal allergique

Rechercher une notion du piqueur d'insecte récente,

rechercher la notion du purpura rhumatode, peut être idiopathique

A l'examen : pas de fièvre, pas de douleur locale importante, scrotum dmateux, testicule et cordon normaux

Traitement : anti-inflammatoire,

#### VII. Traumatismes scrotaux

peu fréquents chez l'enfant

troisième position après les traumatismes du rein et de la vessie au sein de la pathologie traumatique en urologie.

C'est une pathologie de l'enfant jeune et de l'adolescent.

##### 1) Circonstance de survenue :

Des accidents de jeu avec chute califourchon sur un objet dur (banc, barre de bicyclette, etc.),

Un traumatisme direct par coup de pied ou coup de genou,

Des accidents de la voie publique ou de sport.

##### 3) Diagnostic :

Le délai entre le traumatisme et la consultation.

La douleur siège dans la bourse, irradie dans l'aîne et la fosse iliaque, elle est d'intensité vive, et est associée parfois à une syncope, des nausées et des vomissements.

Examen clinique : La douleur, dme scrotal,

examen difficile, voire impossible,

ne pas méconnaître des lésions associées de la verge, de l'urètre ou du bassin.

l'chographie scrotale est l'examen de référence.

Elle permet de vérifier :

L'intégrité de l'albuginée

Les lésions sous forme de collection liquidienne (hématome, hématocele),

Fracture hypochondrienne linéaire, ou rupture testiculaire avec protrusion de tissu testiculaire dans le sac scrotal.

L'chographie est aussi très utile pour le suivi des patients

##### 4) Prise en charge :

###### A. Traitement médical :

Traitement antalgique et anti-inflammatoire pour la douleur

De la glace et le maintien du testicule (suspensoir) sont également des mesures pouvant aider à soulager les douleurs

Traitement chirurgical+++

Indication thérapeutique

L'exploration dans les traumatismes ouverts dans le plus bref délai est la règle.



Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : RCP en pédiatrie		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : RCP en pédiatrie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

## Présentation

Ranimation cardiopulmonaire (RCP) de base en pdiatrie

En prsence dun enfant non ractifpriori, la squence des 3 S est effectue :

Scurit : en situation pr-hospitalire et hospitalire, le sauveteur assure sa propre scurit puis celle de lenfant. Lapproche de la victime doit rechercher toute cause expliquant lurgence et devant tre carte.

Stimulation de lenfant : lvaluation de ltat de conscience de lenfant doit tre faite par une stimulation verbale et tactile

Appel au Secours : si le sauveteur est seul, il doit appeler au secours sans quitter lenfant

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Sondage nasogastrique en pédiatrie		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : sondage naso gastrique pédiatrique		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

## Présentation

Sondage nasogastrique en pdiatrie

Dfinition

Introduction dune sonde dans lestomac par les voies aro-digestives suprieures nasales.

Indications

Hydratation, alimentation, administration de mdicaments : Directement dans l'estomac

Apports insuffisants (tube digestif)

Anomalies du tube digestif (absorption et digestion normales)

Troubles de la dglutition

Immaturit de la coordination: succion, dglutition, respiration

Lsions structurelles ou anatomiques du tube digestif

Etat hypermtabolique

Interventions chirurgicales et/ou affections de l'oesophage

Interventions sur la rgion maxillo-faciale

Les sondes peuvent rester en place 4 semaines au maximum

Aspiration digestive manuelle/continue :

Recherche diagnostique : bacilles alcool-acido-rsistant, contamination materno-foetale.

Distension gastrique par air : CPAP nasale, ventilation assiste au masque ou sur tube trachal

Ilus, hmorragie digestive

Nauses, vomissements pendant la priode post-opratoire

Atrsie de l'oesophage voir "cas particuliers"

Dtresse respiratoire aige

Frquence de changement de la sonde : 1 x par semaine

La sonde nasogastrique est en gnral pose laveugle

Cest un acte mdico dlgu

Poser la sonde à distance suffisante du dernier repas (environ 4 heures)

Sondes munies d'un mandrin d'introduction : il est interdit de retirer le mandrin pendant la pose ou de le réintroduire lorsque la sonde est en place (risque de perforation, de lésion des muqueuses)

La radiographie est la seule méthode fiable de contrôle de l'emplacement des sondes entérales :

Il est recommandé, avant la première administration d'alimentation ou autre produit, de vérifier l'emplacement correct de la sonde par radiographie

Mesurer et marquer la longueur externe de la sonde, en place et documenter dans le dossier patient.

Surveillance :

Pendant la pose : les réactions de l'enfant

Emplacement de la sonde : fréquence et méthodes selon le type de sonde et son utilisation

La perméabilité

La survenue de : nausées, vomissements, sudations, diarrhées, hypoglycémie

La fixation

L'état de la peau et des muqueuses nasales

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Voie intra osseuse		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Voie intra osseuse		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

## Présentation

Voie intra osseuse chez lenfant

Voie de perfusion ancienne.

Accs vasculaire priphrique durgence.

Utilis dans le contexte dune menace vitale immddiate.

Permet ladministration rapide de mdicaments, de perfusions, et de transfusions

Utilise en mdecine militaire.

Accsla cavit mdullaire et au rseau veineux sinusodal

veines corticales

rseau sanguin systmique.

Indications

Accs vasculaire en urgence aprs chec de la mise en place dune voie veineuse priphrique: Arrt cardiocirculatoire.

PEC prhospitalire: des tats de choc (hypovolmique, hmorragique, septique), un score de Glasgow infrieur8, un tat de mal pileptique, les intoxications mdicamenteuses volontaires et les brlures.

Patient obse ncessitant un abord veineux immddiat, sans VVP facilement accessible.

Situations inhabituelles o lenvironnement ne facilite pas la mise en place dune voie veineuse priphrique (gants de protection, faible luminosité, froid extrme, danger imminent, difficults daccs aux victimes).

Mdecine militaire: polytraumatis de guerre.

Situations dafflux massif de terrorisme, de catastrophe naturelle,

Contre indications

Difficults de prise de repres anatomiques concernant le site dinsertion.

Pose dune aiguille dans les 24 heures prcdentes, sur le mme site dinsertion

Fracture de los abord.

Matriel prothtique osseux dans los abord.

Infection au point de ponction.

Intervention chirurgicale rcente prs du site dinsertion

Enfant connu porteur dune maladie osseuse

C-Sites d'insertion chez l'enfant par ordre de préférence 1) Tibial proximal

2) Tibial distal

3) Femoral: nourrisson et enfant

4) Tête humérale: enfant >5ans

5) Crête iliaque

Tibia proximal

Environ 2 cm sous la rotule et 2 cm de la tubérosité tibiale antérieure, en interne, sur la partie plate de l'os (pas sur la crête).

Tibia distal

Environ 3 cm de la mallole interne (en proximal). Placer un doigt directement sur la mallole interne, remonter de 3 cm, palper les bords antérieurs et postérieurs du tibia pour s'assurer que l'insertion se fait sur la partie centrale et plate de l'os.

Risques

-Fracture de l'os lors de l'insertion

Lésion du cartilage de conjugaison

Désinsertion de laiguille

Diffusion extra-osseuse avec risque de syndrome des loges

Infection (le risque est minime si les conditions d'asepsie sont respectées, attention aux enfants atteints de malnutrition dénutri)

Précautions

Hygiène rigoureuse lors de la pose : hygiène des mains, matériel usage unique, désinfection du site d'insertion.

Limiter les tentatives de pose une seule tentative par site.

Pose d'une voie veineuse périphérique dès que possible. Le cathéter IO ne doit pas rester en place plus de 24 heures

Surveillance

Coloration du membre.

Position et fixation de laiguille, perméabilité de la voie, aspect du point d'insertion.

Apparition d'un dôme sous-cutané, augmentation du volume du membre (extravasation).

Débit coulé depuis la pose.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

### INFORMATIONS PATIENT

PATIENT : Cat devant les brûlures chez l'enfant

IDENTIFIANT PATIENT :

INTITULE DOSSIER : Cat devant les brûlures chez l'enfant

### INFORMATIONS ETUDIANT

Etudiant : BOUNJA GHIZLANE

Etablissement : Faculté de Médecine Générale

Formation : Médecine Générale

### CATEGORIE

RUBRIQUE : Simulation

TYPE : JEU DE ROLE

### ENCADRANTS

### STATUT

Présentation

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge