



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 11 C_1

CSM

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A2

Niveau 3 : M4-A2-1

Service D'affectation : Pédiatrie

Date debut de stage: 20-09-2021

Date fin de stage: 18-10-2021

Réalisé par : BOUNJA GHIZLANE

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Recueil du nouveau né	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Recueil du nouveau né	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Cet examen a pour buts:

- Vérifier l'adaptation immédiate de la vie extra utérine.
- Raliser un premier examen clinique et dépister les principales malformations congénitales.
- Faire les premiers soins systématiques.
- Evaluer la maturité et de la trophicité.
- Prendre en compte les situations à risque.

Accueil du nouveau-né:

Il doit se faire dans un environnement calme, chaud avec respect des règles d'asepsie.

- Placer le nouveau-né sur une table chauffante.
- essuyer, sécher et envelopper dans un linge chaud avec bonnet.
- Aspirer la bouche puis les narines seulement en cas de besoin.

Appréciation de la vitalité par le score d'Apgar:

L'état du nouveau-né à la naissance est évalué, systématiquement, par le score d'Apgar, qui est établi 1 min, 5 min et 10 min de vie. Il renseigne sur la qualité de l'adaptation respiratoire et de l'adaptation circulatoire à la vie aérienne. Il comprend cinq critères notés de 0 à 2 : le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, le tonus musculaire, la réactivité du bébé à la stimulation et sa coloration.

Score d'Apgar normal est compris entre 8 et 10

Un score d'Apgar < 7 à 5 min définit une souffrance néonatale et nécessite une réanimation en salle de naissance.

Un score d'Apgar 3 définit un état de mort apparente.

Evaluation de la maturité

L'appréciation de l'âge gestationnel repose sur deux critères :

- Critères morphologiques : score de Farr

-Critres neurologique : en particulier l'examen du tonus passif, tonus actif et des automatismes

Ces deux critres sont combinés dans un score appelé score de Dubowitz qui permet de prédire l'âge gestationnel avec une précision de plus ou moins une semaine.

Evaluation de la trophicité

Elle s'établit grâce aux mensurations corporelles :

-Poids moyen est de 3300g (2500g-4000g). -Taille moyenne est de 50 cm (46-52 cm).

-Périimètre crânien moyen est de 35 cm (32-36cm)

Ces mesures doivent être reportées aux courbes de référence. On détermine ainsi la trophicité en fonction de l'âge gestationnel : nouveau-né eutrophe, hypotrophe ou macrosome.

Recherche de malformations congénitales

Cinq malformations sont recherchées systématiquement en salle de naissance :

- L'atrésie des choanes : C'est une malformation congénitale qui consiste en une obstruction totale ou subtotale des orifices postérieurs des fosses nasales. La vérification de la perméabilité des choanes est réalisée par le passage d'une sonde souple.

- L'atrésie de l'œsophage : La vérification de la perméabilité œsophagienne fait recours au test à la seringue. L'injection d'air dans une sonde gastrique provoque des bruits hydro-aériques au niveau du creux épigastrique.

- L'imperforation anale vérifiée par le passage d'une sonde rectale.

- les anomalies des organes génitaux externes.

- La luxation congénitale des hanches recherchée par deux manœuvres : Manœuvre d'Ortolani ou celle de Barlow.

Faire les soins systématiques du nouveau-né :

- Soins du cordon ombilical : après le clampage à 1 cm de la peau, désinfection et section au-dessus du clamp et vérification de la présence d'une veine et de deux artères ombilicales.

- Soins des yeux : collyre par la RIFAMYCINE pour la prévention de la conjonctivite gonococcique.

- Injecter de vitamine K (2 mg) en intra musculaire : pour la prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né.

Bracelet d'identification. Mise au sein précoce.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Examen du nouveau né		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Examen du nouveau né		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Anamnse :

Antnatal : suivi de la grossesse

Prinatal :

Droulement de laccouchementEtat du liquide amniotique

Post-natal:

Adaptationla vie extra-uterine

Mode dalimentationCroissance

vaccination

Examen clinique :

1- Aspect gnral :

Temprature : 36,8

Peau rose avec acrocyanose

Cri vigoureux clair

Vigilant actif tonique et capable dintragir aux stimulis Rechercher un syndrome dysmorphique.

2-examen cutan

3-examen du crne

4-examen de la face

5-examen du cou

6-examen thorax :

Aspect

Glande mammaire Appareil cardio-vasculaire Appareil pleuro-pulmonaire

7-Examen de labdomen:

aspect

Foie

Rate

Rechercher une hernie ombilicale Etat du cordon

Appareil urinaire Mconium

8-Examen des organes gnitaux externes :

GARON:

Verge

Mat

Testicule = cryptorchidie Rechercher un Hydrocle Prpuce

FILLE:

Orifice vaginal et permabilit de lhymen Petite lvre er clitoris

Possible leucorrhoe ou mtrorragie

9- Examen du rachis :

Etat cutane

La rgion lombosacre : spina bifida ; fossette sacro coccygienne profonde ; dviation du sillon interfessier

10- Examen des membres

11-Examen neurologique

Comportement global Tonus actif et passif Motricit spontanne

Reflexes archaques

Le rflexe des points cardinaux

Le rflexe de la succion dglutition

Le rflexe de Moro

Le rflexe d'agrippement des doigts ou grasping

Le rflexe d'allongement crois des membres infrieursLe rflexe de la marche automatique

Les rflexes osto-tendineux

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cat devant prématurité		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cat devant prématurité		Formation : Médecine Générale	

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

A) Définition : La prématurité est définie par un terme de naissance inférieur à 37 SA.

On distingue : la prématurité moyenne, voire tardive (naissance entre 32 et 36 SA + 6 j), la grande prématurité (naissance entre 28 et 31 SA + 6 j) et la très grande prématurité (ou prématurité extrême) (naissance entre 22 SA et 27 SA + 6 j). La limite de viabilité est un terme 22 SA ou un poids < 500g

B) Les principales causes de la prématurité

1. Les causes maternelles :

Certaines circonstances peuvent favoriser l'accouchement prématur telles que :

Les antécédents d'accouchement prématur ou fausse couche spontanée chez la maman

L'âge de la maman lorsque celui-ci est inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans

La présence de conditions socio-économiques difficiles, avec un travail pénible, un temps de trajet long

La consommation de tabac et de drogues chez la mère

Certaines causes générales peuvent également être l'origine de la prématurité tel que :

Les infections en cours chez la maman, notamment les infections urinaires et vaginales durant la grossesse

Les maladies chroniques tel que le diabète, l'anémie

En causes loco-régionales on retrouve :

Une malformation utérine

Une bance cervico isthmique qui est une ouverture anormale de la partie interne du col

2. Les causes liées au fœtus :

Certaines caractéristiques directement en lien avec le fœtus peuvent être responsables d'une prématurité tel que :

Le développement de grossesses multiples avec des jumeaux, des triplés. Près de 50% des jumeaux naissent avant 37 SA

Des anomalies liées au chromosome chez l'enfant

Une souffrance chez le fœtus pendant la grossesse

3. Les causes durant la grossesse :

Le développement d'une chorioamniotite qui est une infection du placenta et du liquide amniotique peut être l'origine d'une prématurité

Le développement d'une préclampsie qui est une mauvaise vascularisation du placenta se traduisant par une HTA et une présence de protéines dans les urines chez la maman est très souvent l'origine d'une prématurité

Les accidents hémorragiques comme la présence d'un placenta praevia ou d'un hématome rétro-placentaire peuvent également être source de prématurité

Poids 500 grammes.

C) Les complications du métabolisme du prématuré :

L'hypothermie du prématuré

L'hypoglycémie et l'hyperglycémie

L'ictère ou jaunisse qui se traduit par une coloration jaune de la peau et des muqueuses

L'hypocalcémie correspondant à une calcémie basse dans le sang

D) Prise en charge :

La prématurité court 3 risques majeurs :

- Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine

- Hypothermie

- Hypoglycémie

Doit intervenir d'anticiper et de prévenir :

- Réchauffer : séchage rapide, salle chauffée, mise en incubateur

- Mesures d'asepsie stricte

- Ranimation néonatale si nécessaire après évaluation Apgar

- Vit K (2mg) et collyre ATB

- Alimentation précoce car risque d'hypoglycémie

En milieu spécialisé : prévention et traitement des principales complications de la prématurité

E) Prévention :

Surveillance et suivi de grossesse

Arrêt des toxiques

Traitement des malformations

Traitement des infections cervico-vaginales et HTA gravidique

PEC précoce des menaces d'accouchements prématurés

Corticothérapie antenatale

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Ictère chez le nouveau né		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Ictère chez le nouveau né		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Ictre

Dfinition:

coloration jaune ou jauntre de la peau et du fond de l'oeil dueune augmentation de la concentration de bilirubine dans le sang (bilirubinmie).

Bilan demand en 1 re intention:

-Bilirubine conjugu et totale

-NFS

-CRP

-Groupage ABO-RH

-Test de combs

Bilan de 2me

GGT

ECBU

hmoculture

Echographie abdominale

Etiologies de l'ictère :

Ictère hémolytique (Incompatibilité , Anomalie de conjugaison)

Ictère physiologique (pas de traitement)

Ictère bilirubine conjugué

Cholestase extra hépatique -> cirrhose

Atrophie de l'œsophage

Ictère nucléaire : troubles neurologiques (tonus et comportement)

Syndrome de bile épaisse

Traitement :

Ictère à bilirubine non conjugué:

Photothérapie (CI : irradiation , hyperthermie, possibilité de mort subite)

Lexaanguino transfusion

si infection : ATB

Injection de l'albumine :

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Infection materno-fœtale	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Infection materno-fœtale	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Le carnet de santé de l'Enfant est un outil de suivi, de prévention et de promotion de la santé de l'enfant. C'est un support incontournable pour documenter et approcher la santé de l'enfant. Il a été instauré au Maroc pour la première fois en 1999, il a subi plusieurs révisions, la dernière a eu lieu en 2016. C'est un Document confidentiel établi au nom de l'enfant et soumis au secret médical. Il doit être conservé par les parents. Fonctions essentielles du carnet Documenter les prestations prodiguées à l'enfant: dépistage, antécédents familiaux, soins, vaccination, surveillance de la croissance. Assurer le suivi régulier du développement somatique et psychomoteur de l'enfant. Assurer la communication la fois entre le prestataire de service (public/privé) et avec les familles. Conseiller les parents sur l'alimentation, le développement psychoaffectif, la prévention des accidents domestiques.... Contenu et utilisation du carnet Le carnet de santé réunit toutes les informations concernant l'état de santé de l'enfant et permet de suivre son évolution. Son utilisation est réservée aux professionnels de santé et est obligatoire jusqu'à l'âge de 18 ans. Ce livret ne peut pas être consulté sans l'accord des parents. Chaque fois qu'un professionnel inscrit une information dans le carnet de santé, il doit s'identifier avec son cachet et doit signer les commentaires qu'il juge utiles. Il est conseillé de le présenter à chaque consultation. Le carnet de santé de l'Enfant est un outil de suivi, de prévention et de promotion de la santé de l'enfant. C'est un support incontournable pour documenter et approcher la santé de l'enfant. Il a été instauré au Maroc pour la première fois en 1999, il a subi plusieurs révisions, la dernière a eu lieu en 2016. C'est un Document confidentiel établi au nom de l'enfant et soumis au secret médical. Il doit être conservé par les parents. Fonctions essentielles du carnet Documenter les prestations prodiguées à l'enfant: dépistage, antécédents familiaux, soins, vaccination, surveillance de la croissance. Assurer le suivi régulier du développement somatique et psychomoteur de l'enfant. Assurer la communication la fois entre le prestataire de service (public/privé) et avec les familles. Conseiller les parents sur l'alimentation, le développement psychoaffectif, la prévention des accidents domestiques.... Contenu et utilisation du carnet Le carnet de santé réunit toutes les informations concernant l'état de santé de l'enfant et permet de suivre son évolution. Son utilisation est réservée aux professionnels de santé et est obligatoire jusqu'à l'âge de 18 ans. Ce livret ne peut pas être consulté sans l'accord des parents. Chaque fois qu'un professionnel inscrit une information dans le carnet de santé, il doit s'identifier avec son cachet et doit signer les commentaires qu'il juge utiles. Il est conseillé de le présenter à chaque consultation.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT

PATIENT : Retard staturo pondéral chez l'enfant

IDENTIFIANT PATIENT :

INTITULE DOSSIER : Retard staturo pondéral chez l'enfant

INFORMATIONS ETUDIANT

Etudiant : BOUNJA GHIZLANE

Etablissement : Faculté de Médecine Générale

Formation : Médecine Générale

CATEGORIE

RUBRIQUE : Simulation

TYPE : GESTE TECHNIQUE

ENCADRANTS

STATUT

Présentation

Deficit staturo pondrale chez lenfant

Cest un deficit staturo pondrale > 2 DS

LES FACTEURS DE CROISSANCE :

- Gntique

(taille cible = (taille mre + taille pre) /2 + 6,5 cm , si garon. Et -6,5 si fille)

- Hormonaux : hormone de croissance (GH) , hormones thyroidiennes

LES PHASES DE CROISSANCE :

la croissance passe par 3 phase :

Phase 1 : 0-4 ans (rapide : 10cm/ an)

Phase 2 : 4- pr pubertaire (5-6 / an)

Phase 3 : pubert (12,5 cm si garon, 10,5 si fille)

LEXAMEN CLINIQUE :

- retard stable sur couloir infrieur

- Retard de croissance avec changement de couloir

LEXAMEN PARACLINIQUE :

- Lage osseux .

- Dosage hormonaux (GH , hormones thyroidiennes) .

- Test de guttrie

- Caryotype standard chez la fille (syndrome de turner)
- Bilan de malabsorption
- Bilan de malnutrition
- Ac antitransglutaminase (pour dtecter les maladies caeliaque
- On peut aussi raliser :
- NFS
- bilan phospho calcique
- IRM crbrale si prsence de hypertension intra-crnienne

LES TIOLOGIES:

Satural :

- changement de couloir: dficit de GH , hypothyrodie, hypercorticisme , maladies osseuses , syndrome de Turner
- courbe rgulire: retard gntique, retard de croissance intra-utrine , syndrome de Turner

Pondrale: mal nutrition , maladies chronique (maladies caeliaque , mucoviscidose , carence d'apport)

Staturo-pondral :RCUI , petite taille familiale , maladies osseuses , syndrome de Turner

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Définition

Alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait maternel

L'allaitement est exclusif

L'allaitement est partiel

L'allaitement est actif

L'allaitement est passif

Physiologie de la lactation

Les différentes étapes de la lactation

Mammogénèse, jusqu'à 3 mois de grossesse évolue : augmentation de l'aréole (futur repère visuel) et des tubercules de Montgomery (futur signal olfactif).

Lactogénèse stade I, du 4^e mois de grossesse se fait le montage de lait : différenciation tissulaire et synthèse de colostrum.

Lactogénèse stade II, vers J2-J4 : montage de lait.

Lactogénèse stade III : entretien de la sécrétion lactée par l'extraction du lait qui doit intervenir efficacement dès la naissance pour une mise en place de la lactation

Avantages de l'allaitement :

Pour le nourrisson :

Diminution de l'incidence ou de la survenue de nombreuses pathologies infectieuses => Une diminution de la morbidité et mortalité infantiles

Pouvoir antalgique de la tétée au cours d'une procédure douloureuse

Meilleur développement cognitif

Renforcement des liens affectifs entre la mère et son enfant

Pour la mère :

Lien mère-enfant

Prévention de la dépression du post-partum

Prévention des hémorragies et des infections du post-partum (involution rapide de l'utérus)

Prévention des anémies (moindres pertes sanguines dans le post-partum)

amnorrhée lactationnelle : contraception naturelle

prévention du cancer du sein en période post-ménopausique

prévention du cancer de l'ovaire

prévention de l'ostéoporose post-ménopausique

Pour la famille :

Le lait maternel est prêt à l'emploi et la manipulation, économique et disponible 24h/24. => Economie de temps et d'argent

Pour la société :

Avantages directs par l'épargne du coût des laits de substitution

Avantages indirects par la réduction du coût des soins de santé

Contre-indications :

La mère :

Mère HIV positive.

Maladie chronique sévère qui peut s'aggraver : maladie cardiovasculaire ou respiratoire sévère, cancer sous traitement

Certains médicaments : anticancéreux, AVK, antithyroïdiens de synthèse

L'enfant :

galactosmie congénitale,

phénylcétonurie,

intolérance vraie au lactose,

tyrosinémie héréditaire.

COMPLICATIONS

1. Crevasse du mamelon : érosions ou fissures lors des tétées

Soigner le mamelon après chaque tétée ; position correcte du bébé ; alterner seins ; biberons de sein en plastique (tétine)

2. Engorgement mammaire : seins tendus douloureux

Douche chaude sur l'aréole ; tétées fréquentes ; alterner les 2 seins

3. Lymphangite : inflammation du tissu lymphatique cutané

Compresses chaudes ; paracétamol ou AINS 48h ; traiter la tétée (mamelon)

4. Mastite : est secondaire à l'obstruction des canaux galactophores, le sein touché devient tuméfié, douloureux et s'accompagne de fièvre.

Il faut continuer à donner le sein et bien le vider + paracétamol + compresses chaudes sur les seins. Sinon : drainage chirurgical + antibiotique et allaitement après guérison

5. Hypogalactie : insuffisance quantitative de lait, elle est suspectée devant une prise pondérale insuffisante chez un nourrisson qui est agité, pleure et tète en permanence ses doigts.

Il faut recommander à la mère un sommeil suffisant et régulier, la prise abondante de boissons, des tétées plus fréquentes.

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Injection - vaccination chez l'enfant		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Injection - vaccination chez l'enfant		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Definition :

Introduction sous pression, dans l'organisme, d'une substance médicamenteuse fluide par une seringue munie d'une aiguille creuse.

TYPES D'INJECTIONS

Injection intradermique :

Introduction dans le derme d'une solution chimique ou biologique, souvent susceptible d'entraîner des réactions cutanées.

Exemple : IDR à la tuberculine.

Vaccins : réserve qu'au vaccin antituberculeux : le BCG

Le site :

Région deltoïdienne du bras (environ 1/3 du haut du bras gauche)

Enfant de moins de 12 mois : 0,05 ml de vaccin reconstitué. Enfant de plus de 12 mois : 0,1 ml de vaccin reconstitué.

Injection sous-cutanée :

Moyen efficace pour une absorption lente du produit.

Exemple : Injection d'insuline.

2 angles :

*45° : Aiguille de longueur moyenne

*90° : Aiguille courte

Injection intraveineuse :

Introduction dans un vaisseau sanguin d'une substance médicamenteuse, dans le but de diffuser le produit de façon

rapide et/ou continue.

Injection intramusculaire:

Introduction sous pression d'une substance médicamenteuse
dans le muscle.

L'absorption est souvent rapide, car le tissu musculaire est bien
vascularisé.

Les vaccins qu'on peut injecter par voie intramusculaire:

: diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite inactivée, le pneumocoque, les hépatites B, la rage et les
infections à papillomavirus.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT

PATIENT : Voie veineuse périphérique Chez le nourrisson

IDENTIFIANT PATIENT :

INTITULE DOSSIER : Voie veineuse périphérique Chez le nourrisson

INFORMATIONS ETUDIANT

Etudiant : BOUNJA GHIZLANE

Etablissement : Faculté de Médecine Générale

Formation : Médecine Générale

CATEGORIE

RUBRIQUE : Simulation

TYPE : GESTE TECHNIQUE

ENCADRANTS

STATUT

Présentation

Abord veineux périphérique chez le nourrisson et l'enfant

Cathéter court introduit dans une voie veineuse

Indication:

Administration d'un traitement par voie

intraveineuse ou d'un produit de

contraste pour un examen

Contre-indications (formelles ou relatives):

Habitude d'endormissement,

Du et d'un curage axillaire,

Fistule artério-veineuse,

Bras hémiparétique,

Lésions cutanées ou infectieuses,

Phlébite d'un membre supérieur

Risques immédiats: Hématome ; Extravasation du liquide de perfusion, Infection, Obstruction du cathéter, Non-complaisance de l'enfant : cathéter arraché.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cat devant décompensation acidocetotique		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cat devant décompensation acidocetotique		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Hajar, 1 an et demi, présente depuis une semaine une diarrhée liquidienne 4 fois/j, accompagnée, puis vomissements depuis trois jours. Sa mère vous précise que Hajar boit beaucoup mais semble malgré tout avoir perdu du poids.

Elle consulte chez son médecin traitant qui lui prescrit l'ordonnance suivante : Bactrim, Ultralevure, Doliprane.

Pas d'amélioration sous ce traitement, au contraire l'état de Hajar s'aggrave avec apparition 24h plus tard d'une gêne respiratoire.

Hajar est obnubilé

Polypnique

Odeur acétonique

Yeux creux

Fontanelle déprimée

Pas de pli de déshydratation

T : 37°C

TA : 80/50 mmHg

FC : 110 bpm

NFS :

Hb : 11,1 g/dL

GB : 55000/mm³ prédominance PNN

Plaquettes : 578000/mm³

Protéidémie : 52 g/l

Ionogramme sanguin

Na⁺ : 171 mEq/l

K⁺ : 5,3 mEq/l

RA : 7 mEq/l

Glycmie veineuse : 7,46 g/l

Ure : 0,45 g/l

Crat : 9,7 mg/l

Cat :

Perfusion SS 0,09% 10 cc/kg/h en 2h max. (en surveillant glycmie /30 min)

PUIS Perfusion SG 10 % : 3 l/m2/24h

+ 2 g/L NaCl

+ 3 g/l Kcl

+ 1 g/l Ca

+ 11 U Actrapid/l de perfusion avec surveillance glycmie capillaire

Arret de perfusion au bout de 144h

Puis relai par voie sous-cutane : 1 U/kg/j

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Cas clinique 5

Khalil, 8 ans et 28 kg, est hospitalisé pour malaise. En cours d'hospitalisation il présente une convulsion généralisée qui motive la prescription de VALIUM* (Diazepam) à titre de 0,5 mg/kg en intra rectal (Ampoules de 2 ml doses 10 mg.) en une seule administration.

- 1) Calculez la dose et le volume de VALIUM* à administrer.
- 2) Calculez combien d'ampoules vous utiliserez.

Cas clinique 6

Un nouveau-né de 15 jours, 5 kg, se présente avec un impetigo staphylocoque résistant à la pénicilline. Le médecin traitant décide de le mettre sous Vancomycine 35 mg/kg/j répartie en 3 perfusions SAP de 75 min.

Vous disposez de flacons de Vancomycine de 125 mg (en poudre) que vous devez diluer dans 200 ml de NaCl 0,9% avant toute injection.

- 1) Calculez la quantité et le volume à administrer par jour puis par prise.
- 2) Calculez le débit de perfusion.
- 3) Calculez combien de flacons vous utiliserez par jour.

Correction 5 :

1)- Quantité : $0,5 \text{ mg} \times 28 \text{ kg} = 14 \text{ mg}$

- Volume : 10 mg 2 ml

14 mg 2.8 ml

2) 2 ampoules. Dans deuxième il y restera $2 \text{ ml} - 0,8 \text{ ml} = 1,2 \text{ ml}$.

Correction 6 :

1) - Quantité par jour : $35 \text{ mg} \times 5 \text{ kg} = 175 \text{ mg/j}$

- Volume par jour : 125mg 200 ml

175mg 280 ml

- Quantit par prise : $175\text{mg}/3 = 58,3 \text{ mg}$

- Volume par prise : $280\text{ml}/3 = 93,3 \text{ ml}$

2) Dbit pousse seringue en ml/h : $93,3 \text{ ml } 75 \text{ min}$

74,6 ml 60 min

- Dbit SAP = 74,6 ml/h

3) 2 flacons par jour.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Un nbulisateur permet de transformer un mdicament liquide en arosol, c'est--dire en trs fines gouttelettes qui seront rapidement et facilement absorbes par voie respiratoire et sans qu'aucune intervention du patient ne soit ncessaire.

Les principaux mdicaments diffuss par arosol sont adapts chaque type de pathologie :

Les bronchodilatateurs (2 mimtiques, anticholinergiques): crise dasthme, bronchite / BAV

Les corticodes (budsonide, bclomthasone): asthme

Les mucolytiques et viscolytiques : mucoviscidose

Les antibiotiques (tobramycine, colistine) : mucoviscidose

Les tapes:

Prparez le compresseur

Placez le compresseur sur une table ou un comptoir propre.

Branchez la machine.

Ouvrez le nbuliseur. Placez le mdicament dans la chambre du nbuliseur.

Raccordez la tubulure du compresseurla chambre de nbulisation et au masque.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : oxygénothérapie		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : l'oxygénothérapie		Formation : Médecine Générale	

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Oxygénothérapie = administration thérapeutique d'O₂ à une concentration > celle de l'air ambiant pour rétablir un taux d'O₂ normal dans le sang.

SpO₂: saturation pulse en O₂ : estimation de la concentration en O₂ dans le sang

INDICATIONS:

IRA avec hypoxémie secondaire

DRA nonatale

Bronchoalvéolite aiguë

Exacerbation d'asthme

Si :

SpO₂ < 92%

Ou SpO₂ < 95% + signes cliniques de gravité (tachypnée, signes de lutte respiratoire, cyanose, geignement, difficulté d'alimentation, troubles de conscience)

Modalités:

La méthode d'administration de l'O₂ est adaptée de l'enfant et de la gravité du tableau clinique.

3 types d'O₂ :

Basse concentration = faible débit < 4l/min

Moyenne concentration = 4-8l/min

Haute concentration = 7-15l/min

On utilise les lunettes d'O₂ adaptées :

Taille nonatale avec un débit en O₂ = 1.5-2l/min

Taille nourrisson avec un débit en O₂ = 2-3l/min

On utilise le masque oxygène avec un débit de 4-8l/min

Cloche à hood:

Enfant < 1an

Débit continu d'O₂ humidifié et réchauffé fourni dans la cloche

Dbit > 7l/min

O2 a haut concentration:

Avec un dbit de 10-15l/min

Au masque haute concentration/rservoir

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : les infections respiratoires des voies hautes		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : les infections respiratoire des voies hautes		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Vous recevez un enfant de 10 ans et demi qui consulte aux urgences accompagné de ses parents pour une polypnée et cyanose avec une fièvre. Quels sont les éléments qu'il faut rechercher ? Interrogatoire ? Les parents issus d'un milieu rural vous rapportent un antécédent de bronchiole il y a six mois. Que faut-il rechercher ? Examen clinique ? L'enfant a un poids de 10 kg et une taille de 55 cm. Examen physique vous trouve une fièvre 39°C, une fréquence cardiaque 200 bpm, une fréquence respiratoire 65 cycles/min et des râles crépitants à l'auscultation. Quels examens paracliniques faut-il demander ? La biologie vous trouve une VS accrue et une CRP 50 mg par litre et une hyperleucocytose. La radio de thorax met en évidence une opacité alvéolaire systématisée et une atelectasie. Quel est votre diagnostic et quels sont les facteurs favorisant ? Quelle est la prise en charge thérapeutique ?

état de la vaccination
 fratrie
 et grossesse bien suivie
 notion d'allergie
 Asthme
 et notions de tabagisme actif chez la mère ou chez le père passif
 épisode similaire
 antécédents pathologiques familiaux
 Histoire de la maladie
 début de la symptomatologie (brutal progressif)
 signes associés (toux, perte de connaissance, anorexie, dyspnée),
 aggravation des symptômes
 examen clinique on prend les constantes
 on recherche la présence de retard staturo-pondéral
 examen général
 tat cutano-muqueux
 temps de recoloration
 examen pleuropulmonaire
 inspection
 chercher les signes de lutte percutanée
 chercher un syndrome de condensation
 consultation
 on recherche des râles
 examen ORL
 chercher une porte d'entrée des germes
 examen cardio-vasculaire la recherche d'une cardiopathie cyanogène qui va donner un souffle
 examen neurologique
 apprécier le développement psychomoteur
 Radio thorax NFS VS CRP
 Le diagnostic à évoquer est une pneumonie
 les éléments en faveur sont la symptomatologie
 clinique
 polypnée
 fièvre
 VS accrue

CRP augmente
hyperleucocytose
syndrome inflammatoire
radio thorax
opacit alvolaire systmatise avec atlectasie
Prise en charge en milieu hospitalie
r signe de gravit (tachycardie polypne)
mise en condition
oxygnothrapie*
prendre une voix veineuse
prlvement pour lhmoculture si besoin
traitement
antibiothrapie probabiliste par voie gnralebase damoxicilline plus acide clavulanique
si amlioration (chute de temprature) continuer sinon on passera aussi C3G et faire hmoculture pour isoler le germe

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Cas clinique 1 :

Hajar, 1 an et demi, présente depuis une semaine une diarrhée liquidienne 4 fois/j, accompagnée, puis vomissements depuis trois jours.

Sa mère vous précise que Hajar boit beaucoup mais semble malgré tout avoir perdu du poids.

Elle consulte chez son médecin traitant qui lui prescrit l'ordonnance suivante : Bactrim, Ultralevure, Doliprane.

Pas d'amélioration sous ce traitement, au contraire l'état de Hajar s'aggrave avec apparition 24h plus tard d'une gêne respiratoire.

Examen d'admission:

Hajar est obnubilé

Polypnique

Odeur acétonique

Yeux creux

Fontanelle déprimée

Pas de pli de déshydratation

T: 37°C

TA : 80/50 mmHg

FC : 110 bpm

Poids : 10,5 Kg

Glycémie capillaire : HI

Bandelette urinaire: - Glycosurie +++ - Actonurie ++

Examens complémentaires:

NFS :

Hb: 11,1 g/dL

GB : 55000/mm³ prédominance PNN

Plaquettes : 578000/mm³

Protidémie : 52 g/l

Ionogramme sanguin

Na⁺: 171 mEq/l

K⁺: 5,3 mEq/l

RA: 7 mEq/l

Glycémie veineuse : 7,46 g/l

Ure : 0,45 g/l

Crat : 9,7 mg/l

l CRP : 29,90 mg/l

CAT

Perfusion SS 0,09% 10 cc/kg/h en 2h max. (en surveillant glycémie /30 min)

PUIS Perfusion SG 10 % : 3 l/m²/24h + 2 g/L NaCl + 3 g/l Kcl + 1 g/l Ca + 11 U Actrapid/l de perfusion avec surveillance glycémie capillaire

Cas clinique 2

Aya, 15 ans, pré-diabétique de type 2.

Il y a un mois, elle a commencé pipi alors qu'elle ne lui était plus arrivé depuis ses 5 ans.

Sa mère rapporte qu'elle mange et boit beaucoup, pourtant elle a visiblement maigri.

2 semaines plus tard : vomissements sans diarrhée, une polyurie, puis une somnolence

. Examen d'admission :

Tachycardie, TA : 10/6

Polypne ample
 Somnolente (GCS10)
 Température : 36,7C
 Présence d'un globe vésical.
 Bilan initial
 Ionogramme sanguin:
 Na⁺: 143 mEq/l
 K⁺ : 4,7 mEq/l
 Urée : 1,11 g/l
 Créat : 22,5 mg/l
 Cl⁻ : 117 mEq/l
 Ca: 98 mg/l
 RA < 5 mEq/l
 CRP 92,1 mg/l
 Gazométrie:
 pH = 7,1
 HCO₃⁻ = 3,5
 NFS : Hb 12,7
 ,GB 15000
 , Plq 213000
 HbA1C: 12,1%
 CAT
 20 cc/kg/20 min SS 9% > Remplissage ++
 PUIS 10 cc/kg/h SS 9% = 370 ml/h en 2h + 11 UI d'insuline rapide dans 500 ml
 PUIS 3 l/m²/24h de SG 10% avec maximum 4 L/24h + 1 g NaCl + 1,5 g KCl + 0,5 g Ca + 11 U d'insuline rapide dans 500 ml
 Persistance de la glycémie capillaire 5+ et température 38C, GCS 13 > Relai par SG 5% + Triaxon 50 mg/kg/j + Genta 3 mg/kg/j

Radio thoracique chez l'enfant :

INTRODUCTION

- o Elle reste l'examen de première intention de toute pathologie thoracique chez l'enfant.
- o Une interprétation pertinente
 - > Connaissance précise de l'anatomie
- o Les nouvelles techniques de numérisation: meilleur contraste, économie des films, stockage des données.

PLAN 'INTERPRÉTATION DE LA RX DU THORAX

4 densités radiologiques

Osseuse Hydrique Graisseuse Aérique

très opaque opaque Peu opaque Clair

PLAN 'INTERPRÉTATION DE LA RX DU THORAX

- o Étude analytique des clichés thoraciques peut se diviser en 4 temps:
 - 1er temps: Critères de qualité
 - . 2me temps: Analyse smiologique (différents compartiments, signes radiologiques).
 - 3me temps: les grands syndromes radiologiques
 - . 4me temps: diagnostic (+/-)

PLAN 'INTERPRÉTATION DE LA RX DU THORAX

Critères de qualité

: La pénétration. Le cliché est-il de face strict ?

Le cliché est-il en inspiration profonde?

Le cliché est-il pris en position debout?

Dégager des omoplates

. RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE

o Cote surnuméraire cervicale gauche

. Structures osseuses:

1. Gril costal

. 2. Clavicules.

3. Omoplates.

4. Sternum

. 5. Extrémité supérieure des humérus.

6. Rachis. L'omoplate droite mal dirigée se projette sur le parenchyme pulmonaire droit.

> Parties molles

: Les parties molles thoraciques se projettent sur les deux poumons et peuvent construire des images anormales, sources d'erreur de diagnostic quand elles ne sont pas connues.

o Creux axillaire.

Ligne moyenne (flches noires)

, > Ligne antrieure (ttes de flche blanches).

Ligne postrieure (ttes de flche noires)

. o Creux sus-claviculaire:

a. Bord externe du sternoclido- mastoïdien;

b. ligne de rflexion de la peau sur le bord suprieur de la clavicule;

c. muscle trapze.

> Diaphragme:

o Coupole droite

. o Coupole gauche.

> Diaphragme: Variantes.

Festonnement diaphragmatique:

o Ralise un aspect enmarches d'escalier de la moiti externe de la coupole, visible en inspiration force (aspect physiologique) ou en cas 'augmentation du volume pulmonaire (aspect pathologique).

Opacit curviligne se prolongeant en dehors du thorax en rapport avec une natte de cheveux

Contenu:

mdiastin:

> hiles;

> Parenchyme pulmonaire.

> Mdiastin:

1. Tronc veineux brachiocphalique;

2. veine cave suprieure;

3. oreillette droite;

4. veine cave infrieure intrathoracique;

5. artre sous-clavire gauche ;

6. bouton aortique;

7. artre pulmonaire;

8. incisure aorticopulmonaire;

9. ventricule gauche.

ASPECTS PARTICULIERS

> Thymus: Apparat comme une opacit hydrique, homogne. Il peut avoir n'importe quelle forme avec une asymtrie trs frquente des deux lobes

. OPACIT UNIQUE ARRONDIE OU OVALAIRE

- DIAMTRE > 1 CM

o Diminution localise de la transparence pulmonaire Bien limite (oulimites nettes) Entoure de toute part par du parenchyme pulmonaire sain la dlmitant du mdiastin et de la plvre.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

o Asymptomatique

o Symptomatique clinique +/- riche selon l 'affection causale

EXAMENS RADIOLOGIQUES

o RADIOGRAPHIES DU THORAX

- FACE

- PROFIL

- CLICHES LOCALISES ET TANGENTIEL

ECHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE

TDM IRM ANGIOGRAPHIES

AUTRES EXAMENS NON RADIOLOGIQUES

E.C.B des crachats

+ Recherche de BAAR SEROLOGIE HEPATIQUE

BILAN IMMUNOLOGIQUE COMPLET

BRONCHOSCOPIE AVEC BIOPSIE

PONCTION TRANSTHORACIQUE GUIDEE THORACOTOMIE

en cas de diagnostic tiologique douteux

DIAGNOSTIC POSITIF CARACTERES DE L'OPACITE

Opacit intra-parencymateuse nette sur toutes les incidences

On prcisera ses caractres qui constitueront l'argumentaire de lorientation tiologique

CARACTERES DE L'OPACITE UNIQUE OU MULTIPLE SIEGE DENSITE HOMOGENEITE LIMITES TAILLE RAPPORTS AVEC LES SCISSIONS ET LES HILES

IMAGES RADIOLOGIQUES ASSOCIEES

IL FAUT ELIMINER :

OPACITE PARIETALE

- Contours nets

- Se raccorde en pente douce avec La paro

i - Associeune lyse costale et un signe du liser pleural,correspondant a refoulement vers le poumon du liser clairforme par la graisse extra -pleurale

IMAGES TROMPEUSES TUMEUR CUTANEE OSTEOPHYTE DE LA 1re ARTICULATION CHONDROGOSTALE

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : l'asthme	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : l'asthme	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Cas clinique Vous recevez Dounia, nourrisson ge de 16 mois, qui consulte accompagnée de ses parents aux urgences pour une gne respiratoire et une tux productive voluant dans un contexte de fivre chiffre38,8

1. QUELLES DONEES ANAMNESTIQUES RECEUILLEZ-VOUS A L'INTERROGATOIRE?

Antcdents: Enfant unique, grossesse de la mre bien suivie,

accouchementterme par voie basse

. - Pre tabagique20 paquets/anne

. - Mre allergique aux acariens et au pollen. pisode similaire, rapidement rsolu, il y a 6 mois (ge: 10 mois)

. Histoire de la maladie:

- Le dbut remote2 jours par installation rapidement progressive d'une toux d'abords sche puis devenant productive voluant dans un contexte de fivre chiffre38 et conservation de l'tat gnral. 2 heures avant la consultation le nourrisson a commencgeigner avec une difficultrespier, ce quimotiver la consultation en urgences.

A l'examen clinique

A l'admission :

nourrisson rose tonique, geignard polypnique, cyanose pribuccale,

Constantes

: FR : 70/min,

SD02: 92%,

FC: 120/min,

T:38,8

, poids : 15 kg, (poids rcent, il y a 4 jours),

taille : 69cm

[PC:39cm](#)

- Examen cutano-muqueux :

pas de signes cutans de dshydratation

Examen respiratoire:

Rles sibilantstl'auscultation

+weezing,

battement des ailes du nez discret

, geignement audible,

tirage intercostal discret

Examens complmentaires

: - Radiographie du poumon++:

largissement des espaces intercostaux

Horizontalisation des ctes

Abaissement des coupoles diaphragmatiques

Foyer bronchique

NFS : hyperleucocytose

- lonogramme sanguin est normal

4. AU dcours DES RESULTATS DE LA CLINIQUE ET LA PARACLINIQUE, QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC?

La BAV =

Une infection virale respiratoire aigue basse pidmique et saisonniere du nourrisson de <2ans

5. QUELLE PRISE EN CHARGE PRECONISEZ- VOUS?

Hospitalisation Mesures gnrales:

Position proclive ;

aspiration des scrtions;

bonne hydratation;
fractionner les repas
ATB : vu la fièvre et le foyer pulmonaire
Amoxicilline 80mg/kg/jr : $15 \times 80 = 1200/\text{jr} = 400\text{mg}$ /prise pendant 8 jours
Corticotherapie: Prednisolone 1mg/kg/jr: $15 \times 1 = 15\text{mg}/\text{jr}$ ou bithamptasone
CLSTNE* 10gttes/kg = 150 gouttes par jour pendant 5 jours
Bronchodilatateur Nebulisation salbutamol 0,03cc/kg toutes les 20min = 0,45 cc de ventoline + 3,55 cc de SS
Kinésithérapie respiratoire
. Prévention:
éviter des facteurs déclenchants :
tabagisme passif,
contact avec les animaux, pollen, acariens..
. Aérer la chambre et ensoleiller les draps

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge