



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 12 Cycle 2

CSM

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A2

Niveau 3 : M4-A2-1

Service D'affectation : REA-NEONATALE

Date debut de stage: 18-10-2021

Date fin de stage: 21-11-2021

Réalisé par : BOUNJA GHIZLANE

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : CAT devant les souffles cardiaques		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : CAT devant les souffles cardiaques		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation			
TYPE : JEU DE ROLE			

Présentation

CAT devant un souffle cardiaque chez lenfant

Introduction

Souffle cardiaque trs frquente chez lenfant.

Plusieurs situations sont retrouves :

souffle fonctionnel, dit encore anorganique

, ou mieux innocent ou normal , sans aucun substrat anatomique, touche

30-50 % des enfants dge scolaire

souffle en relation avec une malformation

cardiaque congénitale : 12 % des enfants à la naissance ;

rarement cardiomyopathie ou myocardite aigu

;

cardiopathies acquises exceptionnelles chez
l'enfant

QUESTION 4/5 : Quelle stratégie
proposerez-vous ultérieurement si votre hypothèse principale se confirme ?

QUESTION 5/5 : La famille vous interroge sur
l'avenir de l'enfant : pourra-t-elle faire du sport de loisirs et/ou de
compétition ? Pourra-t-elle avoir des enfants ? Certains métiers lui
seront-ils interdits ?

Diagnostic à évoquer devant
un souffle cardiaque en pédiatrie.

Souffle isolé chez un
nouveau-né

Un souffle très précoce ;
pathologique que lorsqu'il est entendu après quelques jours.

échocardiographie cardiaque avant la
sortie de la maternité si le souffle est entendu J1 ou J2.

En cas de souffle isolé chez
un nouveau-né vu à la maternité J5, réaliser : examen clinique complet ; ECG

; radiographie pulmonaire de face ;

chographie cardiaque :

systématique, mais pas nécessairement urgente.

CHEZ LE NOUVEAU-N

Cardiopathies cyanogène

Transposition des gros vaisseaux, cause

classique, urgence cardiologique nonatale (chirurgie de correction anatomique dans les quinze premiers jours de vie).

Les cardiopathies complexes sont fréquentes,

très polymorphes (ventricule unique, atresie tricuspide, truncus arteriosus ou tronc artériel commun, etc.).

Cardiopathies avec insuffisance cardiaque

La coarctation prductale (cest--dire

située en amont de l'urgence du canal artériel ou ductus arteriosus), ou

sténose de l'isthme de l'aorte, est une forme

grave de la coarctation aortique, symptomatique ds les premiers jours de vie,
mais les symptmes napparaissent quau moment de la fermeture du canal
artrial.

La chirurgie est urgente.

Les autres causes sont plus rares ou
dpistes en antnatal.

CHEZ LE NOURRISSON (DE 2 MOIS
LGE DE LA MARCHE)

Cardiopathies avec insuffisance cardiaque

Shunts gauchedroite dominant la scne.

Communication interventriculaire

Persistance du canal artrial.

Canal atrio-ventriculaire (chez le
trisomique 21).

Risque dhypertension artrielle pulmonaire (HTAP)

irrvversible si le shunt est opr trop tard.

Chirurgie en gnral dans la premire anne

de vie

Cardiopathies cyanogne

La ttralogie de Fallot est la cardiopathie

cyanogne la plus frquente.

La cyanose est en gnral retarde dans ce

cas, napparaissant quaprs quelques semaines ou mois.

La correction chirurgicale se fait entre 6

mois et 1 an

Les autres cardiopathies complexes sont en

gnral dj diagnostiques ds la priode nonatale, voire en antnatal.

DANS LA DEUXIME ENFANCE (DE 2

16 ANS)

Cardiopathies malformatives

Elles sont rarement dépistées, sauf cas particuliers (immigrants récents, problèmes sociaux).

Il s'agit en général de cardiopathies bien tolérées, telles que communication inter-atriale ou cardiomyopathie hypertrophique et/ou obstructive

Souffles innocents

Ils sont extraordinairement fréquents, 35-50% des enfants.

Le cœur est parfaitement sain.

Ils disparaissent avec l'âge, mais peuvent parfois être encore entendus chez de jeunes adultes.

caractéristiques :

asymptomatiques ;

systoliques (jamais diastoliques) ;

proto- ou mso-systoliques (jamais
tl-diastoliques) ;

jectionnels, gnralement brefs (premier
tiers de la systole) ;

de faible intensit, infrieure 3/6 ;

doux, parfois musicaux.

Conduite

diagnostic devant un souffle cardiaque

CIRCONSTANCES

DE DCOUVERTE

.1

Symptmes qui font suspecter une cardiopathie

Chez

le nouveau-n: cyanose ou insuffisance cardiaque ou les deux associes.

Chez

le nourrisson : mmes symptmes, ou difficults alimentaires, retard
staturopondral, polypne, infections pulmonairesrptition

Chez

lenfant plus grand : mmes symptmes que prcdemment, mais plus rarement, ou
dyspne deffort, fatigabilit, rarement syncope ou douleur thoracique deffort
(obstaclejection du ventricule gauche : stnose aortique ou
cardiomyopathie obstructive)

ANOMALIES DE

LEXAMEN CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Le

plus souvent, cest un souffle cardiaque dcouvertun ge variable ou une
anomalie des bruits du cur.

Plus

rarement, ce peut tre labsence dun pouls, surtout fmoral, qui oriente
demble vers une coarctation aortique ou un trouble du rythme
lauscultation.

CONTEXTE

FAISANT SUSPECTER UNE ATTEINTE CARDIAQUE

Syndrome

poly-malformatif : une chographie cardiaque systmatique.

Contexte

de maladie génétique familiale pouvant toucher le cœur ou les gros vaisseaux, (comme le syndrome de Marfan), ou présence de plusieurs cas de cardiopathie congénitale dans la famille proche

CLINIQUE ET

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

SIGNES

FONCTIONNELS : souvent absents.

La

dyspnée d'effort est le symptôme le plus commun.

Les

malaises : motif de consultation fréquent chez l'enfant. Ils sont assez rarement d'origine cardiaque.

Chez

le petit nourrisson, il peut s'agir de spasmes du sanglot ; chez l'enfant plus grand et l'adolescent, les malaises d'origine vagale sont communs.

Les

syncopes d'effort des obstacles aortiques congénitaux sont rares. Les douleurs thoraciques sont exceptionnellement d'origine cardiaque chez l'enfant, contrairement à l'adulte.

CARACTÈRES

DU SOUFFLE

préciser

:

le

temps du souffle systolique, diastolique, systolo-diastolique ou continu ;

la

dure pour un souffle systolique (soufflejectionnel ou de regurgitation) ;

l'intensité

et le caractère frémissant ou non ;

la

topographie sur le thorax (foyer d'auscultation) ;

les

irradiations ;

les

modifications éventuelles des bruits du cœur associés.

CARACTÈRES

DU SOUFFLE

Ces

caractéristiques orientent le diagnostic :

un

souffle diastolique ou un double souffle est toujours organique ;

un

souffle frémissant est toujours organique ;

un

souffle innocent est toujours bref dans la systole ;

un

souffle holosystolique, de régurgitation, relève d'une cause organique ;

un

souffle entendu et/ou frémissant dans le cou et en sus-sternal est probablement

lié à un obstacle aortique ;

un

souffle entendu dans le dos évoque un obstacle pulmonaire ;

un

souffle irradiant dans toutes les directions ou pan-radiant partant de la

région méso-cardiaque évoque une communication interventriculaire ;

un

souffle variable dans le temps et avec la position est pratiquement toujours innocent, les souffles innocents irradient peu.

Un

souffle bruyant, irradiant largement, est priori organique

les souffles diastoliques sont plus difficiles
entendre

SIGNES

ASSOCIS

La

cyanose discrète (SaO_2 transcutane $> 80\%$) peut être de diagnostic difficile, même pour un il averti.

La

confirmer par la mesure de la saturation transcutane en O_2 au saturimètre.

L'insuffisance

cardiaque est souvent moins typique chez l'enfant que chez l'adulte.

Des

difficultés alimentaires, une mauvaise prise des biberons, avec dyspnée et sueurs, et un retard staturopondral plus ou moins important sont fréquents dans les larges shunts du nourrisson.

Des

anomalies de l'examen physique, telles qu'une Hypertension Artérielle ou l'absence des pouls fémoraux, orientent d'abord vers une coarctation aortique.

EXAMENS

COMPLÉMENTAIRES

Radiographie
de thorax

cardiomegalie
oriente vers une cardiopathie.

Une
saillie de l'arc moyen gauche évoque une dilatation du tronc de l'artère
pulmonaire et oriente vers un shunt gauche-droit, alors qu'un arc moyen
gauche concave évoque une hypoplasie de la voie pulmonaire proximale, comme
dans la tétralogie de Fallot.

Un
pedicule vasculaire étroit évoque une anomalie de position des gros vaisseaux.

Une
hypervascularisation pulmonaire est en faveur d'un débit pulmonaire, donc
d'une cardiopathie avec shunt gauche-droit.

Une

hypovascularisation pulmonaire voque un obstacle sur la voie pulmonaire.

lectrocardiogramme

LECG de lenfant est diffrent de celui de

ladulte ; il varie avec lge, et un ECG doit toujours tre interprte en

fonction de lge de lenfant.

chocardiogramme-doppler

Examen

cl du diagnostic, il permet en rgle de porter un diagnostic prcis.

Autres

examens paracliniques

preuve

deffort, sur tapis roulant chez le petit ou sur bicyclette ergomtrique.

Holter

le cas chant.

IRM

cardiaque, trs performante notamment pour les gros vaisseaux intrathoraciques.

Scanner

multibarrette qui, l'inverse de l'IRM, a l'inconvénient d'être un examen irradiant.

Causes d'un

souffle au cœur chez l'enfant

Un

souffle au cœur organique (1% des cas) peut être causé chez l'enfant par:

une

communication entre les deux ventricules (CIV), les deux oreillettes (CIA) ou entre une oreillette et un ventricule;

la

transposition des gros vaisseaux (aorte et artère pulmonaire), dont la position est inversée à la sortie du cœur;

un

rétrécissement (appelé sténose) du calibre de l'artère pulmonaire ou de l'aorte, c'est le cas dans la coarctation de l'aorte;

un

volume anormalement petit du ventricule gauche;

la

persistance du canal artériel, vaisseau connectant l'aorte l'artère
pulmonaire chez le fœtus, qui normalement se ferme à la naissance.

Ces

malformations peuvent s'associer, comme dans la tétralogie
de Fallot: large communication interventriculaire et
obstacle sévère sur l'artère pulmonaire.

Exceptionnellement dans

les pays occidentaux, une maladie des valves peut être causée par une bactérie,
le streptocoque A, dans le cadre d'un rhumatisme
articulaire aigu.

Prise en

charge des principales pathologies de souffle cardiaque chez l'enfant

Traitement

d'un souffle cardiaque chez l'enfant

Le

traitement d'un souffle au cœur de l'enfant dépend de sa cause.

En

cas de souffle fonctionnel, aucun traitement n'est nécessaire.

En

cas de souffle organique, une chirurgie est souvent préconisée.

Si

la malformation entraîne une insuffisance cardiaque, une hospitalisation et un traitement cardiologique sont nécessaires.

Certaines

malformations, comme les communications anormales entre les cavités, peuvent évoluer de manière favorable spontanément. L'opération n'est alors pratiquée qu'en cas de mauvaise tolérance ou de persistance de la communication.

La

chirurgie n'est pas nécessairement curative : certaines techniques peuvent s'effectuer par cathétérisme cardiaque, l'aide d'une sonde introduite par une artère jusqu'au cœur

Un

souffle cardiaque est due à une turbulence du sang dans le cœur ou dans les principales artères qui en sortent. Cette turbulence produit un son, détecté par stéthoscope lors de l'auscultation cardiaque du médecin. Cette turbulence peut avoir de nombreuses origines chez l'enfant, différentes de celles qui causent un souffle cardiaque chez l'adulte.

Dans 90%

des cas, un souffle cardiaque de l'enfant est fonctionnel et bénin (aussi appelé anorganique, normal ou

innocent). Cela signifie qu'il n'est pas causé par une
anomalie anatomique du cœur, contrairement au souffle dit organique

Souffle

au cœur fonctionnel chez l'enfant

Un

souffle fonctionnel chez le bébé est dû à la différence de calibre entre
l'artère pulmonaire et ses branches encore petites. Fréquents chez
les prématurés et
les nouveau-nés de petit poids, il disparaît au cours du développement
cardiaque. Il ne s'accompagne d'aucun symptôme ni risque pour
l'enfant. On l'appelle aussi souffle d'adaptation.

Chez

l'enfant d'âge scolaire, il peut être perçu chez 1/3 la moitié des
cas. Ces souffles parfaitement bénins sont parfois encore entendus
l'adolescence, voire chez l'adulte jeune, mais ils finissent par disparaître
avec l'âge

Souffle

au cœur organique chez l'enfant

Plus

rare, un souffle dû à une malformation cardiaque congénitale touche 1
2% des enfants à la naissance.

Le

cur est constitué de quatre cavités : deux oreillettes et deux ventricules, qui communiquent entre elles et avec les gros vaisseaux sanguins (aorte et artère pulmonaire) par des valves, sortes de clapets qui s'ouvrent et se ferment selon les battements du cœur. Une anomalie de cette structure peut entraîner des turbulences du flux sanguin qui se traduit par un souffle.

Diagnostic

du souffle au cœur de l'enfant

Un

souffle au cœur est un son qui se diagnostique par l'auscultation cardiaque au stéthoscope effectuée par le médecin. Bien que ses caractéristiques puissent orienter vers un souffle fonctionnel, des explorations cardiaques sont prescrites au moindre doute afin d'éliminer une cause organique.

En

pratique, une radiographie thoracique, un électrocardiogramme et une échocardiographie cardiaque sont souvent pratiqués, et toujours normaux en cas de souffle fonctionnel.

Si

la radiographie thoracique et l'électrocardiogramme peuvent orienter vers une maladie cardiaque (cœur augmenté de volume à la radiographie, anomalies à l'électrocardiogramme), c'est l'échocardiographie qui permettra un diagnostic précis. Indolore et non irradiant, cet examen s'effectue à l'aide d'une sonde posée sur le thorax de l'enfant.

En

fonction du contexte, d'autres examens pourront tre raliss:

cathtrisme cardiaque sous anesthsie gnrale, preuve d'effort,holter,IRMcardiaque...

Le

diagnostic d'une malformation cardiaque peut aussi s'effectuer lors d'unechographie obsttricale.

Souffle

au cur de l'enfant: quand s'inquiter?

Un

souffle au cur de l'enfant est inquietant lorsqu'il est tmoign d'une malformation cardiaque.Celle-ci peut tre associed'autres malformations, ce qui doit conduiredes explorations cardiaques en cas de:

trisomie

21;

syndrome

de Marfan;

syndrome

de Turner;

antcdent

familial de malformation cardiaque.

Cette

malformation peut entraîner d'autres symptômes dus à la mauvaise circulation sanguine:

cyanose,

coloration bleue des extrémités et des lèvres;

sueurs;

essoufflement

aux biberons ou l'effort;

perte

de connaissance;

diminution

de la croissance et du poids, visualisée sur la courbe

de croissance.

Les

douleurs thoraciques sont exceptionnellement d'origine cardiaque chez l'enfant,

contrairement à l'adulte. Les douleurs périphériques sont rares

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cat devant sd anémique		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : CAT devant sd anémique		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation			
TYPE : JEU DE ROLE			

Présentation

CAT DEVANT UN SD ANEMIQUE CHEZ LENFANT

Tableau clinique du syndrome anémique chez l'enfant

Asthénie

Irritabilité

L'anorexie, un symptôme pouvant indiquer une anémie chez l'enfant

La pica ou la pagophagie

La pâleur ou la jaunisse de la peau ou des muqueuses

La tachycardie, un symptôme pouvant indiquer
l'anémie chez l'enfant

La chute des cheveux et les ongles fragiles

Éléments anamnestiques et les signes cliniques de
l'anémie

Anamnèse

Éléments du dossier obstétrical (si
nouveau-né) et antécédents familiaux :

hémoglobinopathie, enzymopathie, anomalies de
membrane du globule rouge ;

carence martiale maternelle, multiparité,
prématurité, RCIU.

Terrain :

âge, sexe, origine ethnique, croissance
staturo-pondérale (cassure) ;

antcdents personnels de maladie chronique,
sophagite, ulcre.

Mode de vie :

prise de mdicaments (aspirine, AINS) ou de
fves, voyage ltranger ;

allaitement maternel prolong, rgime pauvre
en fer, pica, ingestion de peinture au plomb.

Mode d'installation de l'enfant :

mode de rvlation, date de dbut des
symptmes ;

rapidit de constitution de l'enfant et
retentissement cardiorespiratoire.

Signes fonctionnels :

diarrhée chronique, anorexie, dégoût de la viande, épigastries ;

menstrues, règles
abondantes, saignement aigu.

Examen physique

Signes de sévère symptomatique et de cause
potentiellement grave :

cause tumorale : adénopathies,
hépatosplénomégalie, purpura, fièvre ;

hémolyse aiguë : urines rouges
(hémoglobinurie), signes généraux de l'hémolyse elle-même (frissons,
fièvre, douleurs lombaires).

Autres signes à rechercher :

signes de carence martiale : ongles mous,
perlèche, glossite, infections ;

signes de pathologie

auto-immune ou inflammatoire

Deux tableaux cliniques distincts permettent

d'orienter l'enquête étiologique d'une anémie hémolytique :

hémolyse aiguë : urines rouges en rapport avec

l'hémoglobinurie, subictère et splénomégalie peu marquée ; risque de

complication aiguë (insuffisance rénale avec oligo-anurie par précipitation

tubulaire d'hémoglobine, malaise, voire choc anémique) ;

hémolyse chronique : urines foncées, ictère

marqué, splénomégalie volumineuse avec risque de complication par lithiase

biliaire.

Rechercher : urines foncées, ictère, syndrome

tumoral, purpura

2.4.2 - Enquête paraclinique

orienter

Paramètres à considérer en priorité devant une anémie

Rticulocytes :

rticulocytes < 50100 g/L : anmie

argnrative ou peu rgnrative ;

rticulocytes > 120 g/L : anmie

rgnrative.

Volume globulaire moyen (VGM) :

VGM < 80 fL : anmie microcytaire ;

VGM > 100 fL : anmie macrocytaire.

noter que le nouveau-n a

une macrocytose physiologique, puis le VGM diminue rapidement (on dfinit la microcytose pour un VGM < 70 fl chez le nourrisson). Le VGM augmente ensuite pour rejoindre trs progressivement les normes adultes vers lge de 10 ans.

Autres examens effectus selon

lorientation clinique

En cas danmie microcytaire :

bilan martial : ferritine (en 1re intention),
fer, transferrine ;

bilan inflammatoire : VS, CRP ;

électrophorèse de l'hémoglobine, dosage du
plomb (en 2e intention).

En cas d'hémolyse aiguë :

frottis sanguin : anomalies morphologiques du
globule rouge, recherche de schizocytes, recherche de parasites (paludisme) en
cas de voyage en pays endémique ;

test de Coombs : AHAI (anémie hémolytique
auto-immune) ;

dosage de la G6PD ;

craténurie, protéinurie.

En cas dhmolyse chronique :

test de Coombs : AHAI ;

tude des diffrents compartiments du globule

rouge en rapport avec une cause corpusculaire dhmolyse : membrane, enzymes

(pyruvate kinase), lectrophorse de lhmoglobine.

Orientation diagnostique : contexte clinique,

VGM et rticulocytes.

2 . 4 . 3 - Principales causes

danmie chez lenfant

Une anmie est schmatiquement due :

des causes centrales (argnratives) :

insuffisance mdullaire dorigine carentielle

(dfaut de production),

envahissement ou aplasie mdullaire ;

des causes priphriques (rgnratives) :

hmolyse (excs de destruction),

hmmorragie (perte excessive).

2 . 5 - Savoir prescrire une
transfusion de CGR

La dcision de transfuser un enfant doit prendre en compte :

la tolrance clinique ;

la profondeur de lanmie ;

le risque daggravation (hmmorragie ou
hmolyse actives) et le potentiel de rcupration rapide (rticulocytose).

Les grands principes de transfusion de CGR
sont proches de ceux appliqués chez l'adulte. Nous ne rappelons ici que les
messages essentiels pour la pratique clinique.

Avant la transfusion :

connaître les antécédents de transfusion de
l'enfant (nombre, accidents éventuels) ;

information des parents de l'enfant sur le
rapport bénéfices/risques, accord parental ;

bilan prétransfusionnel (éventuels
prélèvements biologiques).

Commande des culots globulaires :

nom, prénom, âge, poids de l'enfant, chiffre
d'hémoglobine, tolérance clinique ;

date, identification du prescripteur,
signature, degré d'urgence ;

quantité transfuser = $\frac{\text{Hb} \times 34 \times \text{poids en kg}}{100}$ (sans dépasser 20 mL/kg) ;

systématiquement : isogroupe et iso-Rhsus, dleucocyts ;

particularités : phnotyps si transfusions itratives, compatibiliss si RAI +, irradiés si hmopathie en cours de traitement, greff ou autre dficit immunitaire.

Modalités de la transfusion :

contrôle ultime au lit : concordance de lidentit, mthode de Beth-Vincent ;

duree de transfusion : 4 heures en rgle gnrale ;

surveillance rapproche des paramtres vitaux (température, hmodynamique, conscience).

Après la transfusion :

traçabilité : notification dans les dossiers

transfusionnel et médical ainsi que le carnet de santé ;

vérification de l'efficacité de la

transfusion : examen clinique, NFS de contrôle (retenir que: 34 mL/kg de

CGR) et habituellement l'hémoglobine de 1 g/dL) ;

bilan post-transfusionnel : RAI 3 mois

(sérologies virales non recommandées)

Différentes étiologies de

l'anémie chez l'enfant

Points clés : propos de 2 causes d'anémie

3.1 - Carence martiale

La carence martiale est la première cause d'anémie en pédiatrie.

Elle est responsable d'une anémie microcytaire (VGM < 80 fL), hypochrome (TCMH < 32 %), régénérative, associée à une thrombocytopénie modérée.

Les carences martiales sont dues :

le plus souvent : une carence d'apport
et/ou une majoration des besoins ;

parfois : un défaut d'absorption ;

rarement : un excès de pertes, en
particulier des saignements chroniques digestifs.

Les besoins en fer sont importants pour couvrir
chez le nourrisson, en raison du rôle essentiel du fer dans la synthèse de
l'hémoglobine et comme cofacteur de croissance (voir chapitre 50).

Pour mémoire, quel que soit l'âge, l'absorption intestinale du fer est basse,
de l'ordre de 10 % environ, ce qui explique que les ANC atteignent 67 mg/j
jusqu'à 10 ans pour couvrir des besoins de 12 mg/j. Le fer héminique (viande,
poisson) est mieux absorbé que le fer non héminique (lait, végétaux, etc.). La
teneur en fer du lait de vache est très faible, ce qui le rend inadapté
à l'alimentation du nourrisson.

Chez l'enfant à terme, l'allaitement maternel ou la prise d'au moins 500
mL/j de préparation infantile couvrent ces besoins quotidiens dans les
premières années de vie.

Cause de carence martiale fréquente : erreur
nutritionnelle

Diagnostic

Identifier une carence martiale

Le diagnostic (biologique) d'anémie par carence martiale repose sur :

une microcytose ;

une ferritine sérique effondrée.

La HAS recommande en 1^{re} intention

le dosage sérique de la ferritine.

Les paramètres biologiques sont concernés selon la cinétique suivante : baisse
de la ferritine, baisse du coefficient de saturation de la transferrine,
élévation de la transferrinémie, baisse du fer sérique, microcytose,
hypochromie, baisse du taux d'hémoglobine.

Si la ferritinémie est normale, il peut s'agir d'une anémie inflammatoire ou

d'une anémie mixte (inflammatoire et carencielle). Le syndrome inflammatoire peut en effet augmenter le taux de ferritine et le normaliser, alors qu'il existe pourtant une carence martiale associée.

Anémie par carence martiale : VGM < 80 fL,
ferritine et fer .

Faire le diagnostic biologique

L'enquête clinique doit rechercher :

une carence nutritionnelle : carence
maternelle, régime lact prolongé et/ou pauvre en fer ;

des infections anormalement fréquentes
(notamment des voies respiratoires) ;

des troubles du comportement alimentaire
(pica) ;

des signes d'atrophie muqueuse et de
fragilité des ongles (rares).

Traitement prventif et
curatif de lanmie par carence martiale chez lenfant

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : voie veineuse périphérique + prélèvement		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : voie veineuse périphérique + prélèvement		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Définition

Pose d'un cathéter dans une veine périphérique dans le but de perfuser des médicaments ou des soluts de perfusion.

Indications

La canule souple intraveineuse est indiquée pour une perfusion, un traitement IV ou une transfusion.

L'apicranienne est utilisée dans le cas de perfusion de courte durée lors d'hospitalisation de jour (max 24h), antibiothérapie, transfusion. Elle n'est pas indiquée pour l'administration de chimiothérapies.

Contre-Indications

A la pose d'un cathéter veineux périphérique

Bras porteur d'une fistule artério-veineuse.

Membre porteur d'une prothèse orthopédique ou vasculaire.

Bras d'une mastectomie, d'un curage ganglionnaire axillaire ou d'une radiothérapie.

Membre paralysé (plexus brachial, paraplégie, ou immobilisé).

Présence d'hématomes, plaies sur le site de ponction.

Membre présentant une phlébite ou un foyer infectieux.

A l'utilisation d'un cathéter veineux périphérique

Solutions irritantes et phlogogènes qui ne peuvent pas être diluées :

Potentiel vésicant/irritant (p.ex. propylène glycol : solubilisant irritant pouvant entraîner une nécrose).

Osmolarité : >600-900 (p.ex. : La nutrition parentérale et les produits de contraste au Gadolinium sont hyperosmotiques.).

pH < 4.1 ou >9.0

Matériel

Gants non stériles.

Protection installer sous le membre à ponctionner.

Garrot.

Plateau de soin ou champ stérile.

Compresses stériles.

Cathéter périphérique de taille adaptée à l'indication et au patient.

Seringue.

Sérum physiologique.

Prolongateur avec robinet 3 voies.

Désinfection en 5 temps : gamme bactérienne ou autre.

Pansement transparent semi perméable.

Déroulement du soin

Se frictionner les mains avec une solution hydro alcoolique.

Préparer le matériel sur un plateau ou un champ stérile.

Purger le prolongateur.

Désinfection en 5 temps de la zone ponctionner.

Installer le garrot.

Introduire le cathéter dans la veine.

Dès le retour veineux, retirer progressivement le mandrin en continuant d'introduire le cathéter.

Retirer le garrot.

Retirer le mandrin et adapter le prolongateur.

Fermer avec un pansement occlusif transparent semi-perméable.

Vérifier la perméabilité du cathéter en injectant doucement du sérum physiologique; vérifier le retour veineux.

Fermer le robinet en pression positive.

Éliminer les déchets.

Reinstaller le patient.

PRÉLEVEMENT SANGUIN VEINEUX

DEFINITION

Un prélèvement sanguin par voie veineuse consiste à ponctionner une veine avec une aiguille appropriée afin de recueillir un échantillon de sang veineux dans un tube à prélèvement en vue de réaliser des examens biologiques.

TYPES DE TUBES

LE TUBE BOUCHON ROUGE OU TUBE SEC

Ce tube ne contient aucun anti coagulant, le sang va donc pouvoir coaguler dans le tube (effet recherché). Il contient seulement un activateur de la coagulation (micro-particules de silice). Après centrifugation, nous obtiendrons donc du sérum.

Ce tube servira notamment pour les analyses suivantes :

en sérologie,

en biochimie (ionogramme, urée, créatinine, cholestérol, ...)

en allergie,
en autoimmunit,
en hormonologie,
pour les marqueurs en cancrologie ...

LE TUBEBOUCHON JAUNE

Ce tube dessert les mmes analyses et possde les mmes propriets que le tubebouchon rouge, hormis la prsence d'un gel dans le tube.

Aprs centrifugation, le gel fait interface entre la partie liquide et les cellules, et empchera ainsi que les deux se remlangent.

Tous les autres tubes contiennent un anti coagulant; aprs centrifugation nous obtiendrons donc du plasma.

LE TUBEBOUCHON BLEU

Ce tube contient un anti coagulant : le citrate de sodium.

Il sera utilis pour :

les bilans de coagulation

le suivi des traitements anti coagulants ...

LE TUBEBOUCHON VIOLET

Ce tube contient un anti coagulant : l'EDTA.

Ce tube est utilis notamment pour :

les numrations (globules blancs, globules rouges, plaquettes),

l'hémoglobine glyquée,

les groupes sanguins...

LE TUBEBOUCHON GRIS

Ce tube contient un anti coagulant le fluorure de sodium/oxalate de potassium.

Ce tube est utilis pour le dosage de la glycémie.

En effet, le fluorure va empcher la dgradation du glucose, par les cellules du sang en cas de contact prolong.

LE TUBEBOUCHON VERT

Ce tube contient un anti coagulant : l'héparine de lithium.

Ce tube est utilis pour quelques analyses particulières :

lactates

methémoglobine, ...

LES TUBESBOUCHON MAUVE CLAIR

Ces tubes, destinés à la pédiatrie, sont d'une plus petite contenance.

INDICATIONS

Orientation vers un diagnostic.

Surveillance d'une thérapeutique (efficacité, surdosage).

Bilans pré et post opératoires.

Surveillance épidémiologique des populations.

Prévention : médecine du travail, bilans prénuptiaux, prénataux.

Don du sang.

CONTRE INDICATIONS

Aucune mais attention aux personnes qui souffrent de troubles de la coagulation.

Ne jamais piquer sur un bras :

Avec dispositifs de fistule rénale (hémodialyse).

Sur un bras perfusé.

Chez une femme mammectomisée (du côté du sein opéré).

Chez une personne hémiplégique (du côté du bras paralysé).

Chez une personne présentant une dermatose aux niveaux des bras.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

CAT DEVANT PURPURA :

Loubna 12 ans

- ANTECEDENTS : Exrse de le dent sous anesthsie gnrle, Vaccinations
jour,

prsente depuis 5 jours, des cphales et une fbricule trait par INTRALGIS
(ibuprofne)

consulte son MT: Maxilase, Motilium, Stimol, Oropivalone, Bclorhino. Lsion

cutane du sein droit: Ktoderm crme

Le lendemain, ele a prsent un purpura infiltr et 2 jours aprs, elle a arrt
tout traitement

J-10: elle a t mise sous Clarityne + Parfnac crme

J-15, il revient en consultation aux urgences

EXAMEN CLINIQUE: Apyrtique : Bon tat gnral. Purpura infiltr : trs
polymorphe des membres infrieurs.

Lsion cutane du sein droit. Poly-arthralgies. Cphales frontales bilatrales

Gorge rythmateuse, Adnopathies

Pas de syndrome mning. Pas d'hmorragie muqueuse, Abdomen: RAS

Auscultation cardio-pulmonaire: Nle, BU ngative.

QUELS SONT LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES A DEMANDER EN
URGENCE ? QU'EN ATTENDEZ-VOUS ?

Quelles sont les principales hypothses diagnostiques, et justifier les
examens complmentaires pertinents

Hypothses diagnostiques :

1. origine mdicamenteuse

2. infectieuse streptococcique

3. purpura rhumatoide.

Quel type de purpura presente votre malade?

Quels sont les arguments en faveur?

Purpura vasculaire des membres infrieurs sans atteinte viscale associ

Evolution favorable spontane

J5 : plaques rythmateuses + desquamation:toxidermie

Diagnostica de gravit

Un syndrome septique (sepsis) etiou des signes extracutans Signes neurologiques (obnubilation, coma, raideur meninge, tension des fontanelles chez le nour Signes cardiorespiratotres (collapsus, polypne Oligoanurie Syndrome abdominal aigu Un purpura ncrotique et/ou ecchymotique et/ou extensif et/ou acral Un purpura des muqueuses et/ou un syndrome hemorragique Bulles hmorragiques des muqueuses Hmorragies conjonctivales pistaxis Gingivorragies Hmaturie macroscopique .

Dmarche diagnostique

En dehors des situations d'urgence, l'examen clinique doit preciser

le caractere aigu, chronique, ou rcidivant du purpura ,

les autres caracteristiques smiologiques du purpura

caractere maculeux ou au contraire infiltr,

localisation aux membres inferieurs ou lesions dissemones, isole ou associe a d'autres lesions cutanees polymorphes - vsicules, pustules, bulles, necrose ,

les signes cliniques extracutanes associes au purpura

alteration de l'tat general,

syndrome hmatopoietique (hepatomegalie, splenomgalie, adnopathies peripheriques),

signes systmiques (manifestations articulaires, respiratoires, neurologiques, phnomne de Raynaud, etc)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : syndrome néphrotique		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : syndrome néphrotique		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Cas clinique

Vous recevez aux urgences une petite fille de Papa.

4 ans accompagne de son

Le pre vous rapporte que sa fille se rveille avec le visage un peu bouffie et un gonflement autour des yeux, et que durant la journe ce gonflement disparaît du visage et réapparaît au niveau des pieds et des chevilles.

ATCD : pas d'ATCD notables

HDM : dure depuis 3 semaines au dbut c'tait discret mais maintenant a l'empche de jouer et d'allerla crche normalement.

Examen clinique : oedmes blanc mous indolores et dclives prenant le godet.

Importance du problme..

- La frquence : c'est une affection assez frquente chez l'enfant.

v Le dgc : suspect cliniquement et confirm par la biologie

> Les tiologies : nombreuses mais le syndrome nphrotique idiopathique ou la nphrose lipodique est responsable de 90 % des syndromes nphrotiques chez l'enfant

- La PEC : difficile les corticodes

- Le pronosticcourt et a long terme dpend de la rponse au traitement

Dfinition

Il est dfini comme une entit qui est l'expression clinique et biologique de toute protinurie importante, durable et abondante.

Sur le plan pratique, on a

une protinurie >50mg/kg,

une hypo protidmie <60g/l et

une hypo albuminmie <30g/l de faon constante,

on peut avoir une hyperlipmie avec hypolipoprotinémie, des oedmes et effondrement de la diurse.

Clinique: domine par les oedmes important

ECBU : protinurie = 300 mg/dl

Albuminémie < 30g/l Ure et créatinine normales.

NFS normal

CRP normal

Bilan hépatique normal

ASP, radio du thorax

Conduite diagnostique

Les signes cliniques

La tension artérielle : est généralement dans les limites normales

L'oligurie : est habituelle

L'état général est initialement conservé

La prise de poids est constante et permet de chiffrer l'importance de la rétention hydrosodée.

Les œdèmes :

Typiquement, Les œdèmes mous, blancs, indolores et prennent le godet

Ils prédominent dans les territoires déclives

Sa localisation varie selon la position et l'activité.

Au réveil, l'œdème est périorbitaire ou facial.

Avec la station debout, il régresse au niveau de la face et apparaît au niveau des membres inférieurs.

Si le SN s'aggrave, l'œdème peut atteindre le dos ou les organes génitaux ou devenir généralisé, avec ascite et panchement pleural

Conduite à tenir

Devant un syndrome néphrotique, il faut :

Établir le caractère pur ou impur du syndrome néphrotique.

Étudier les modalités d'installation et l'ancienneté des œdèmes (quelques jours ou plusieurs semaines).

Rechercher un facteur déclenchant : prise de certains médicaments (prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, lithium, interféron...), vaccination, syndrome infectieux récent.

Rechercher des signes extra-rénaux évoquant une maladie générale : angine, purpura, lésions cutanées, arthralgies, adénopathies...

Conduite à tenir

Devant un syndrome néphrotique, il faut :

Établir le caractère pur ou impur du syndrome néphrotique.

Étudier les modalités d'installation et l'ancienneté des œdèmes (quelques jours ou plusieurs semaines).

Rechercher un facteur déclenchant : prise de certains médicaments (prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, lithium, interféron...), vaccination, syndrome infectieux récent.

Rechercher des signes extra-rénaux évoquant une maladie générale : angine, purpura, lésions cutanées, arthralgies, adénopathies...

Importance du problème:

La fréquence : c'est une affection assez fréquente chez l'enfant.

Le DGC : suspecte cliniquement et confirme par la biologie

- Les étiologies : nombreuses mais le syndrome néphrotique idiopathique ou la néphrose lipidique est responsable de 90 % des syndromes néphrotiques chez l'enfant

La PEC : difficile les corticoïdes

- Le pronostic à court et à long terme dépend de la réponse au traitement

De façon schématique, on distingue les syndromes néphrotiques primitifs et secondaires

un syndrome néphrotique est dit primitif ou idiopathique si l'enquête étiologique s'avère négative (il n'y a pas de cause évidente, et pas de signes extra-rénaux).

Quand faut-il proposer une biopsie rénale en présence d'un syndrome néphrotique

En pratique, la biopsie rénale est toujours indispensable sauf :

chez l'enfant entre 1 et 10 ans si le syndrome néphrotique est pur et qu'il n'y a pas de signes extra-rénaux : par argument de fréquence, il s'agit d'un syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes (néphrose lipidique) ;

en cas de glomérulopathie héréditaire déjà identifiée dans la famille, si aucun traitement spécifique n'est proposé.

en cas de dangerosité de la biopsie (rein unique, trouble de l'hémostase...)

Classification

Qualifié comme :

Impur : pas d'HTA, pas d'hématurie, pas d'insuffisance rénale organique, avec une protéinurie sélective

Impur : présence d'HTA, insuffisance rénale organique, hématurie, protéinurie non sélective

- Primitif : origine idiopathique

- Secondaire : une maladie générale comme le diabète, amylose ou une maladie de système (LED)

Diagnostic différentiel

Il faut distinguer le syndrome néphrotique des autres causes d'œdèmes généralisés sans protéinurie :

avec rétention sodée (cirrhose, insuffisance cardiaque, péricardite constrictive) ; dans un faible nombre de cas, l'insuffisance cardiaque droite seule ou la cirrhose peuvent être associées à une protéinurie ;

des autres causes d'hypoalbuminémie où le mécanisme des œdèmes est incertain : malabsorption, dénutrition...

B. Les éléments biologiques

1. Protéinurie : Massive 50 mg/Kg/j et sélective constituée surtout d'albumine et de protéines de faible poids moléculaire (Sérophiline, Orosomucide)

2. Hypoalbuminémie < 30 g/l

3. Hypoalbuminémie < 30 g/l (++++)

4. Electrophorse de protides : Hypo albuminmie, a.2 globulines l', [3 globulines 1` , sidrophilines et orosomucode sont basses, fibrinogne lev

5. Lipides : augmentation des TG, cholestro

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Fivre et signes potentiels de gravit

Le niveau de la temprature ne tmoigne paslui seul de la gravit dune fivre.

Des lments cliniques objectifs permettent dapprcier la gravit dun tableau fbrile (tableau 14.1), signes de mauvaise tolrance symptomatique, parfois relisltiologie.

Tableau 14.1 Signes de gravit chez un enfant fbrile

Signes en faveur dune infection bnigne (virale)Signes en faveur dune infection possiblement svre

FacisVultueuxPle/gris, cyanose pribuccale

ConscienceNormaleSomnolence

CrisVigoureuxPlaintifs, geignards

Tgumentsrythrosiques, chaudsMarbrs, froids

Temps de recoloration cutaneImmdiatAllong (3 s)

Fivre tmoignant dune infection potentiellement grave : teint gris, somnolence, cris geignards, TRC3 s.

Complications possiblement reliesla fivre

On distingue :

les crises fbriles ;

la dshydratation aigu ;

le syndrome dhyperthermie majeure.

Les crises fbriles concernent 25 % des enfants (voir chapitre 48).

Une crise frile (anciennement crise convulsive hyperthermique [CCH]) est définie comme : une crise convulsive occasionnelle, survenant en climat frile, chez un enfant âgé habituellement de 13 ans, dont le développement psychomoteur est normal, et en dehors de toute atteinte infectieuse (ou non) du SNC.

La déshydratation aiguë est très rare.

Elle est susceptible de survenir chez un jeune nourrisson ayant une fièvre légère avec thermolyse entravée (surtout en cas de TC extrême légère), par insuffisance d'apports hydriques adéquats et/ou augmentation des pertes cutanées.

Le syndrome d'hyperthermie majeure est devenu exceptionnel.

Son mécanisme est double : fièvre liée à une maladie intercurrente souvent virale et hyperthermie par entrave de la thermolyse (enfant surcouveré).

Il associe une température supérieure à 40,5 °C, un collapsus et des atteintes multiviscérales à haut risque de décès ou de séquelles neurologiques.

Crise frile : rechercher des signes d'infection neuroméningée.

2.1.2-Urgence liée à la cause de la fièvre

Ces situations d'urgence sont habituellement liées à une cause infectieuse bactérienne.

Une cause infectieuse sévère est redoutée notamment si :

signes de détresse respiratoire (pneumonie, pleuropneumopathie) ;

troubles hémodynamiques (sepsis) ;

purpura frile (infection méningocoque) ;

anomalies du tonus et troubles de la conscience (méningite, méningo-encéphalite) ;

douleurs à la mobilisation d'un membre (ostéoarthrite) ;

selles glaiseuses angantes avec forte fièvre (diarrhée bactérienne).

La présence ou l'absence de ces signes doit figurer dans l'observation médicale.

Alerte : purpura, troubles hémodynamiques, détresse respiratoire ou neurologique.

2.1.3-Urgence liée au terrain

Ces situations d'urgence sont habituellement reliées:

l'âge de l'enfant :

nourrisson âgé de moins de 3 mois,

et particulièrement le nouveau-né et l'enfant âgé < 6 semaines ;

l'existence d'une pathologie connue :

drépanocytose, immunosuppression, porteur de cathéter central,

affection chronique pulmonaire ou rénale, maladie systémique ;

les capacités de surveillance possiblement limitées de l'entourage.

Toute prise en charge ambulatoire nécessite l'évaluation de la qualité de l'entourage familial, de sa compréhension du traitement symptomatique et éventuellement biologique.

Identifier un terrain à risque et des difficultés de surveillance de l'entourage.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

LES ERUPTIONS FEBRILES.

Définition:

C'est l'association d'une fièvre de niveau variable et d'une éruption cutanée.

Certaines d'entre-elles sont évitables par la vaccination (rougeole, rubéole, varicelle)

Reconnaître la lésion élémentaire facilite l'orientation étiologique, on décrit:

La macule : est une modification de la couleur de la peau (rouge, marron, blanche) réalisant une tache cutanée, non saillante, sans relief ni

infiltration.

La papule : lésion cutanée, plus ou moins saillante, sèche ne contenant pas de liquide, de moins de 5 mm de diamètre et de couleur variable.

La vésicule : cloque cutanée de petite taille (<5mm), de forme hémisphérique, remplie d'un liquide clair, incolore ou jaunâtre.

Eruptions fébriles:

-La rougeole

-La rubéole

-Mésalrythme péridémique (cinquième maladie)

-La roséole (exanthème subit)

-La maladie de Kawasaki

-La varicelle

-la scarlatine

La rougeole:

ETIOLOGIE

Paramyxovirus ou virus rougeoleux.

Prédominance : Hiver et printemps.

CLINIQUE

Fivre : 39 - 40

Catarrhe oculo-nasal : Conjonctivite, Yeux larmoyants, Rhinorrhée.

L'éruption disparaît dans l'ordre de son apparition avec une durée évolutive totale de 6 jours.

Enanthème : Le Signe de KPLIK : pathognomonique de la rougeole il est fugace, sigé

face interne des joues sous forme de petits éléments blanchâtres, punctiformes, non détachables.

éruption maculopapuleuse faites d'éléments arrondis rouge distincts avec des espaces de peau saines. évolution en une seule poussée de topographie descendante d'abord rétro auriculaire, puis au visage puis généralisée tout le corps à partir du 4^{ème} jour.

L'éruption disparaît dans l'ordre de son apparition avec une durée évolutive totale de 6 jours.

COMPLICATIONS

Les Complications sont surtout d'ordre respiratoire ou neurologique:

Otite.

Kératite.

Convulsion.

Pneumonie.

Laryngo-trachéo-bronchite.

Encéphalite.

TRAITEMENT

Apport hydrique suffisant, désinfection rhinopharyngée.

Antipyrétiques : Paracétamol : 50mg/kg/j.

Soins des yeux et de la bouche.

Prévention des surinfections. TB si surinfection.

VitA.

Prophylactique: vaccination

La rubéole

Maladie bénigne chez l'enfant et l'adulte. Elle comporte un grand risque de malformations chez le fœtus de femmes non immunisées.

ÉTIOLOGIE: Togovirus., Hiver printemps.

INCUBATION; 14-21 jours, (Risque de contamination de femmes enceintes),

CLINIQUE:

Enfants entre 3 et 12 ans.

Contagion interhumaine croisée 12 jours avant l'éruption.

-Elle dure 3-4 jours et confère une immunité solide et définitive

-la moitié des infections sont asymptomatiques.

la phase d'invasion est marquée par une fièvre 39°, des petites adénopathies sous-occipitales et rétro-auriculaires puis apparaît une

ruption morollifome ple qui dbute du visage puis stend vers le bas au tronc ef aux membres : les extrmits sont souvent respectes , lenantheme est inconstant et discret quond il est retrouv

EXAMENS COMPLEMENTAIRES: Le diagnostic est clinique.

Traitement , symptomatique mais surtout prventif (vaccination).

Le mgalrythme pidmique

ETIOLOGIE : Il est d au parvovirus B19

CLINIQUE:

Enfant: 214 ans.

1re phase: exanthme du visage - joues rouges et soufflets, halot ple autour, parfois, prurit.

2me phase : L'extension se fait aux membres et au tronc, les macules deviennent lgrement oedmateuses avec accentuation priphrique donnant un aspect en carte de gographie.

Il ny a pas d'nanthme.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL: Coup de soleil-Connectivites -Eruptions mdicamenteuses

EXAMENS COMPLEMENTAIRES: En rgle inutile les lsions cliniques son caractristiques

COMPLICATIONS: L'volution est en gnral favorable

TRAITEMENT : Le traitement est symptomatique : antipyrrique

Exanthme subit ou 6me Maladie

(Rosole)

ETIOLOGIE:

Il est d'herpes virus humain (HV 6 et 7) Il svit toute l'anne.

CLINIQUE: entre 6 mois et 2 ans

trade diagnostique: Fivre39 - 40pendant 35 jours qui est en gnral bien tolre.

Dfervescence thermique brutale

Exanthme maculopapuleux rose ple qui dure 12 jours. L'ruption commence au cou et au tronc puis s'tend aux membres et au visage.

Le nourrisson a, un bon tat gnral, il peut tre Irit, anorexique ou diarrhique.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES Sont inutiles. On put noter une neutropnie

transitoire. L'HV6 pet tre identifi par srodiagnostic.

COMPLICATIONS L'volution est en rgle favorable.

TRAITEMENT Traitement symptomatique : antipyrrique.

La maladie de Kawazaki

ETIOLOGIE: Agent inconnu. Svit toute l'anne.

CLINIQUE:

nourrisson et jeune enfant en ge prscolaire de 15 ans.

Syndrome adno-cutano-muqueux associant:

Fivre : constante, inaugurale, sans tiologie connue de plus de 5 jours associeau

moins 4 des 5 critres majeurs suivants:

-Conjonctivite bilatrale.

-Adnopathies cervicales non suppures dont au moins un est > 1 cm.

-nanthme buccal : Chilite, pharyngite, langue framboise.

-Exanthme morbiliforme ou scarlatiniforme, fugace.

-OEdme, rythme puis desquamation tardive palmo-plantaire.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

NFS : Hyperleucocytose; Thrombocytose (tardive),

ECG; Echocardiographiela recherche d'atteintes coronariennes.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'volution est favorable en 45 semaines, ill n'y a pas de rcidives.

Les complications sont surtout cardiaques sous forme d'Anvrismes coronaries ; Infarctus myocardique ; Arythmies; Pricardite.

Les facteurs de risque d'atteinte coronaire:

Sexe masculin- Age de moins delans - Flvre de plus de 15 jours - VS suprieure100-

Hyperplaquettose

TRAITEMENT

Indication formelle des Immunoglobulines Polyvalentes IVraison de 2 g/kg.

L'Aspirine est prescrite en phase aigudose anti-inflammatoire et peut etre poursuivie a dose antiplaquettaire

La varicelle

La varicelle est la primo-infection par le VIV (virus zona varicelle) Ou HHV 3.

Elle est susceptible d'tre plus svre avant l'ge de 1 an etl'ge adulte, ainsi que chez les femmes enceintes et les immunodprims.

La varicelle nonatale est trs grave.

La maladie confre une immunit durable (une 2me varicelle est exceptionnelle). Un zona est l'expression clinique d'une ractivation possible du VIV.

CLINIQUE

La transmission est arienne interhumaine.

Forte contagiosit durant les 5 jours qui prcdent le rash puis jusqu' l'asschement des lsions.

La fivre est en gnral modre.

Eruption maculopapuleuse prurigineuse qui devient rapidement vsiculeuse, les vsicules s'affaissent et se plissent au centre vers le 4me jour et se couvrent

d'une croûte qui tombe entre le 8^{me} et le 10^{me} jour, sans cicatrice sauf si lésion de grattage ou surinfection.

L'éruption est généralisée et intéresse le cuir chevelu

DIAGNOSTIC POSITIF:

Le diagnostic est clinique et repose sur la constatation d'une éruption généralisée maculo-vésiculeuse prurigineuse avec des éléments d'âge différents : macules-vésicules croûtes touchant le cuir chevelu.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

NFS : Leucopnie.

Tests sérologiques.

PCR.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Formes graves bulleuses, ecchymotiques voire hémorragiques, nécessitant le recours des examens sérologiques.

La varicelle entraîne un risque vital chez le nouveau-né et l'immunodéprimé, chez les

enfants sous corticothérapie au long cours.

Surinfections cutanées staphylocoque ou streptocoque:

- Impétigo, dermohypodermite, fasciite nécrosante.

- Abscesses.

- Surinfections d'autres organes : Infections pleuropulmonaires, Suppurations ostéoarticulaires, Syndromes toxiques (TSS) streptococciques et staphylococciques...

TRAITEMENT

Le traitement curatif fait appel à l'acyclovir pour deux indications :

- Nouveau-né.

- Immunodéprimé.

Traitement des lésions cutanées prurigineuses:

Ongles courts, solution antiseptique

Antihistaminiques (si prurit important).

Traitement de la fièvre aiguë : Mesures physiques, Paracétamol.

Contre-indication des AINS (aspirine et ibuprofène).

Antibiothérapie probabiliste adaptée en cas de surinfection bactérienne patente ou suspecte.

Le traitement préventif comprend l'isolement du patient jusqu'à guérison.

La vaccination antivaricelleuse est facultative selon le PNI et est réservée aux sujets à risque : Hémodopathie, Asthmatiques, Immunodéprimés.

La scarlatine

ÉTIOLOGIE: Streptocoque de type A

CLINIQUE:

Âge : scolaire, 210 ans.

Incubation 1 2 jours.

Début brutal avec fièvre, céphalées, vomissements.

Exanthème du tronc et du visage se généralisant progressivement plus marqué aux plis de flexion, parcourant les extrémités sans intervalle de peau saine

L'éruption est fine, départ tronculaire et signe de Pastia (accentuation aux plis).

Elle se termine vers le 7^{me} ou 10^{me} jour par une desquamation palmo-plantaire.

Exanthème constant oropharyngo-lingual : amygdales rouges avec exsudat exsudat jaune

Glossite sous forme d'une langue rouge framboise

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Les sutures	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : les sutures	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : GESTE TECHNIQUE		

Présentation

PRENDRE EN CHARGE UNE PLAIE

Matriel, Installation et Prparatifs

-Un brancard et une table avec des freins

-Une lampe chirurgicale (scialytique)

Un sige rglable en hauteur

- Matriel: cf infra

- Savoir se laver les mains au savon doux ou btadine rouge

Savoir s'habiller : calot, masque, blouse +- stile

- Savoir enfiler des gants de manire strile

Savoir taire sa table de suture (Se faire aider)

Placer une toile plastique strile sur la table, puis un champ tiss
strile

Faire sa table

- cupules bleu (eau), rouge (Btadine rouge), verte (Btadine jaune)

- l'anesthésie locale est versée directement dans la seringue

placer les instruments

porte-aiguille(1),

ciseaux disséquer(2),

ciseaux de Mayo(3),

pince disséquer(4) (griffe et sans
griffe),

pince diverses(5) (Kocher, Halsted),

manche de bistouri(6) (lame n° 11 ou
n° 15),

pince porte-tampon de Pan(7)

- fils de suture

Compresse

seringue de lavage

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Définition

Un ganglion superficiel palpable est pathologique lorsque

son diamètre dépasse 1 cm

l'exception des ganglions inguinaux pour lesquels ce seuil peut être porté à 1,5 cm

Examen Clinique

Sémiologie

1) Siège

cervicales, axillaires, inguinales + + +, pitochlennes.

Région cervicale gauche = région carrefour + + +.

2) Sensibilité Caractère douloureux Adénite mais possible Lymphomes

3) Caractère indolore Lymphomes, métastase ? (ses caractères inflammatoires)

4) Consistance : dure, ferme, molle...

5) Mobilité Fixe ou non.

6) Taille

Examen clinique

On recherche la date et le mode de début,

de la fièvre, des douleurs,

- des éruptions, une altération de l'état général, des sueurs, du prurit, le statut vaccinal, la fréquentation d'animaux,

Examen clinique

On recherche

la prise de médicaments, la consommation de lait cru, la notion de piqûres vectorielles, la notion de contact tuberculeux, une porte d'entrée dans le territoire de drainage, d'autres ADNP, une hépatosplénomégalie, un syndrome d'insuffisance médullaire, des signes ORL, buccodentaires, neurologiques, pulmonaires, digestifs.

Synthse clinique

1) Adnopathies localises Affection de voisinage ou non. Infection. Processus mtastatique. Dbut de Lymphomes

2) Adnopathies dissmines Leucmie lymphode chronique. >. Certains Lymphomes de faible grade

Etiologies

A) Processus infectieux

1) Bactrien

Pyogone : Staphylocoque, streptocoque. Maladie des griffes du chat si contexte Chronique : Tuberculose.

2)-Viral

MNI, rubole, Herps virus, HIV (polyadnopathie).

3) Parasitoses ToxoplasmoSe (adnopathies cervicales postrieures)

B) Causes immunologiques

Ractions antigntiques connues ou inconnues Par les maladies de systme

- LED Par les mdicaments Hydantoine

C) Surcharges Lipidique Maladie de Gaucher (familial).

D) tiologies noplasiqes Mtastases, tumeurs lymphodes Lymphomes

E) Autres tiologies Sarcoidose, granulomatoses (amylose)

Conduitetenir

A) Contexte clinique Dans 80% des cas, l'interrogatoire fournit le cfiagnostic

Dans 20% des cas, ce sont les examens complmentaires

B) Bilan de dbrouillage Hmogramme VS CRP Radiographie thoracique H1V si polyadnopathie

Conduitetenir

C) Ponction ganglionnaire

Donne des renseignements cytologiques.

- Examen limit au niveau de l'interprétation Etat inflammatoire : Tuberculose (casum) Cellule lymphomateuse.

N'a pas de valeur si l'examen est ngatif.

D) Biopsie Quand l'adnopathie est isole, authentique.

30% de diagnostic incertain dans les meilleurs laboratoires Affection réactionnelle ou Lymphomes

CONCLUSION

Une adnopathie localise inflammatoire avec hyperleucocytosepolynucleaires neutrophiles voque surtout une infection bacterienne : adnitepyogene, mycobactne atypique, maladie des griffes du chat.

Dans ces cas, on peut soit prescrire un traitement antibiotique d preuve actif sur les staphylocoques et les streptocoques, soit faire prcder ce traitement d'une ponction ganglionnaire Une adnopathie localise non inflammatoire avec hmogramme normal doit faire craindre une maladie maligne, notamment un lymphome.

Le diagnostic repose sur l'examen histologique d'une biopsie ganglionnaire.

Des adnopathies multiples avec syndrome mononucleosique franc voquent une primo-infection par Epstein-Barr virus (EBV) ou par cytomegatovirus (CMV), une rubole ou une toxoplasmose

Des adnopathies multiples avec des signes d'insuffisance medullaire, sur l'hemogramme, voire des cellules malignes circulantes, doivent conduire a realiser un myelogramme.

Dans tous les cas, la prescription d'un traitement corticoide avant d'avoir un diagnostic de certitude est une erreur

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT

PATIENT : Recueil des urines chez le nourrisson

IDENTIFIANT PATIENT :

INTITULE DOSSIER : Recueil des urines 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

Recueil des urines chez

l'enfant :

Recueil d'urines pour ECBU avec pose d'un sac collecteur chez l'entant

Accueil / Prconisations pour le patient / Recuell d'urines pour ECBU

avec pose d'un sac collecteur chez l'enfant

Intrt

L'Examen CytoBactriologique des Urines est n examen simple qui

permet de rechercher une infection urinaire (cystite, pylonphrite)

et 'identifier le cas chant le germe en cause.

Prconisations pour le recueil

Lavage des mains de la personne qui va poser le sac collecteur.

Allonger l'enfant sur le dos.

Le temps de pose de la poche ne doit pas dpasser 30 minutes.

Au-del de cette dure, il est ncessaire de reposer un sac collecteur si

l'enfant n'a pas urin.

Pour retirer le sac, dcoller dlicatement l'adhsif. Une fois retir, coller

l'adhsif faceface afin d'assurer l'tanchit de la poche.

Ne pas dverser le contenu du sac dans un flacon.

Mettre le sac ferm dans un flacon strile remis par le laboratoire.

Remplir lafiche interne de renseignements pour un ECBUqui vous a t

donner l'accueil et

identifier le flacon avec le nom et prénom de l'enfant, sa date de naissance.

Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les plus brefs délais. Il peut être conservé au réfrigérateur (+4°C) au maximum 12h.

Examen cytologique

L'examen cytologique permet de déterminer la nature des différentes cellules présentes dans l'urine et de les quantifier.

En l'absence de pathologie, elles contiennent, par millilitre :

moins de 10 000 leucocytes (globules blancs) :

moins de 5000 hématies (globules rouges).

Lors d'une infection urinaire, on peut observer :

Plus de 50 000 leucocytes par ml, qui témoignent de la mobilisation des défenses de l'organisme contre l'agent infectieux.

Plus de 10 000 hématies par ml, qui évoquent la présence de petits saignements liés à l'infection.

Une présence de levure : en effet, un faible pourcentage des infections urinaires ne sont pas causées par des bactéries mais par un champignon (*Candida albicans*)

Examen bactériologique

L'échantillon d'urine est mis en culture, pendant 24 h, pour détecter l'éventuelle présence de bactéries. Si elle s'avère positive, on parle de bactériurie. Les bactéries apparaissent sous la forme de petites taches, des colonies, sur le milieu de culture.

Les seuils à partir desquels on évoque une infection urinaire sont de 100 000 UFC (Unité Faisant Colonies) par millilitre d'urine.

Si l'examen révèle la présence d'une bactérie mais que le taux de globules blancs est normal, cela peut indiquer une contamination de l'échantillon par une bactérie présente sur la peau ou au niveau des muqueuses. Dans de rares cas, chez des patients qui produisent peu de globules blancs, il peut tout de même y avoir infection urinaire.

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

otite aigue est une inflammation aigue de l'oreille

l'otite est une dermo-piderite du revtement cutan du mat acoustique externe encore appel conduit auditive externe , d'origine infectieuse

otite moyenne congestive est d'énie par une congestion (l'inflammation : rougeur , hypervascularisation) bnigne des tympos le plus souvent d'origine virale , souvent associeune rhinopharyngite

otite moyenne aigue correspondune surinfection bactrienne de l'oreille moyenne , avec panchement purulent collect ou extrioris dans la caisse du tympan . le caractre aigu est lila brutalit du dbut de la symptomatologie

exceptionnelles avant l'age de 3 mois

pic d'incidence des OMA purulentes se situe entre les ages de 6 et 24 mois

principales bactries responsables des OMA purulentes du nourrisson

streptococcus pneumoniae

hoemophilus influenzae

diagnostic essentiellement clinique , les examens complmentaires n'ont pas d'indications

donnes anamnestiques utiles

age de nourrisson

existence d'une fivre leve

valuation de la douleur liel'otalgie

contexte de rhinopharyngite aigue

signes cliniques :

mode de dbut brutal

signes fonctionnels

otalgie exprimes

provoque au moindre effleurement de l'auricule

et/ou equivalents : irritabilit , pleur , insomnie ,

signes gnraux :

fivre , rduction de l'appetit

vomissements alimentaires , selles liquides , douleurs abdominales

confirmation par l'examen otoscopiques

la membrane tympanique normale et quasi transparente de coloration grise

le manche du marteau est visualisé en son milieu sous la forme d'un relief oblique en bas et en arrière

sa pointe inférieure , on observe un triangle lumineux du au relief de la lumière de l'otoscope sur la membrane

le diagnostic d'otite congestive

voque devant une otalgie fébrile

est confirmé l'examen otoscopique devant l'aspect inflammatoire du tympan

différencier d'une hyperémie transitoire du tympan lors d'une fièvre ou de pleurs) sans panachement rotympanique

Confirmation par l'examen otoscopique

LOMA purulente

voque devant une otalgie fébrile,

est confirmé l'examen otoscopique face à un aspect inflammatoire du tympan avec panachement rotympanique, extrioris (otorrhe) ou non (opacité, effacement des reliefs ou bombement, disparition du triangle lumineux).

Confirmation par l'examen otoscopique

Le diagnostic d'otite externe,

voque devant une otalgie provoquée au moindre effleurement de l'auricule,

est confirmé l'otoscopie devant des tympanes normaux, un aspect inflammatoire et érythémateux du CAE parfois recouvert de sécrétions purulentes peu abondantes.

Caractéristiques cliniques liées préférentiellement à certaines bactéries :

Otite hyperalgique et hyperthermique (39°C) pneumocoque

Syndrome otite-conjonctivite (SOC) purulente *H. influenzae*.

Traitement:

Une antibiothérapie par voie générale ne concerne que l'OMA purulente

Les otites congestives, et les otites externes ne requièrent pas d'antibiothérapie par voie générale.

noter qu'une antibiothérapie locale peut être indiquée pour les otites externes.

Antibiotiques de 1^{re} intention sont :

Amoxicilline 80/90 mg/kg/j en 3 prises

Amoxicilline + acide clavulanique en 3 prises en cas de syndrome otite-conjonctivite (SOC).

Céphalosporines orales: En cas d'allergie confirmée aux pénicillines sans contre-indication associée aux céphalosporines

Erythromycine Sulfafurazole cotrimoxazole: En cas de contre-indication à l'ensemble des β-lactames.

Durée du traitement antibiotique est de :

8-10 jours chez l'enfant d'âge < 2 ans ;

5 jours au-delà de cet âge.

En cas d'échec thérapeutique référer en ORL

Evolution:

Généralisation est habituelle en quelques jours.

Complications :

Bactériémies +++

Méningites purulentes (jeune nourrisson).

Mastodite extriorise.

Paralysie faciale priphrique (rare).

Labyrinthite,

Abcs du cerveau, thrombophlbite crbrale (exceptionnelle).

Confirmation par lexamen otoscopique

LOMA purulente

voque devant une otalgie fbrile,

est confirmlexamen otoscopique faceun aspect inflammatoire du tympan avec panchement rtrotympanique, extrioris (otorrhe) ou non (opacit, effacement des reliefs ou bombement, disparition du triangle lumineux).

Confirmation par lexamen otoscopique

Le diagnostic dotite externe,

voqu devant une otalgie provoqu au moindre effleurement de lauricule,

est confirmlotoscopie devant des tympans normaux, un aspect inflammatoire et dmati du CAE parfois recouvert de scrctions purulentes peu abondantes.

Caractristiques cliniques relies prfrentiellementcertaines bactries :

Otite hyperalgique et hyperthermique (39 C)pneumocoque

Syndrome otite-conjonctivite (SOC) purulenteH. influenzae.

Traitement:

Une antibiothérapie par voie générale ne concerne que l'OMA purulente

Les otites congestives, et les otites externes ne requièrent pas d'antibiothérapie par voie générale.

noter qu'une antibiothérapie locale peut être indiquée pour les otites externes.

Antibiotiques de 1^{re} intention sont :

Amoxicilline 80/90 mg/kg/j en 3 prises

Amoxicilline + acide clavulanique en 3 prises en cas de syndrome otite-conjonctivite (SOC).

Céphalosporines orales: En cas d'allergie confirmée aux pénicillines sans contre-indication associée aux céphalosporines

Erythromycine Sulfafurazole cotrimoxazole: En cas de contre-indication à l'ensemble des betalactamines.

Durée du traitement antibiotique est de :

8-10 jours chez l'enfant d'âge < 2 ans ;

5 jours au-delà de cet âge.

En cas d'échec thérapeutique référer en ORL

Evolution:

Généralisation est habituelle en quelques jours.

Complications :

Bactéries +++

Mningites purulentes (jeune nourrisson).

Mastodite extriorise.

Paralysie faciale priphrique (rare).

Labyrinthite,

Abcs du cerveau, thrombophlbite crbrale (exceptionnelle).

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Gastro-enterite		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Gastro-enterite		Formation : Médecine Générale	

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

CAT devant une gastro-entrite chez lenfant

Cas clinique

Un enfant de 6 ans, venant dun pays tranger pour passer des vacances dans votre localit. Amenvotre consultation par sa mre pour : diarrhe aigu, selles liquides et frquentes, fbricule38C, nause et asthnie.

Dmarche diagnostique?

Lagastro-entriteest une infection du tube digestif touchant les muqueuses qui tapissent la paroi de l'estomac, de l'intestin grle et du clon

Cette infection est due :

un virus dans la grande majorit des cas: lerotavirus, plus rarement un adnovirus...;

une bactrie ayant contamin les aliments, beaucoup moins frquemment: un campylobacter, une salmonelle et plus rarement une shigella, un Escherichia coli entrohmorragique pouvant trel'origine de complications hmorragiques...

Cette contamination bactrienne est plus frquente lors d'un sjour dans un pays dans lequel l'hygine est plus faible ("turista" du voyageur) ;

un parasite tel que les giardias responsable d'unegiardiase;

un champignon (candida...) exceptionnellement.

Lerotavirusest un virus universel desgastro-entrites chez les enfantsde moins de cinq ans.

D'autres virus peuvent être en cause (adnovirus...)

Contagieux, les virus sont responsables d'épidémies au sein des collectivités d'enfants (crèches, écoles...), surtout en hiver.

Ils peuvent rester actifs sur les mains pendant quatre heures, et plusieurs jours, voire plusieurs semaines, sur les objets et les surfaces

quel âge les enfants sont-ils les plus sensibles à la gastro-entérite?

La gastro-entérite de l'enfant atteint essentiellement les nourrissons de moins de 2 ans, avec un pic maximum de fréquence entre six et douze mois

LES SYMPTÔMES DE LA GASTRO-ENTÉRITE DE L'ENFANT

La gastro-entérite associe un ou plusieurs des symptômes suivants:

une diarrhée : modification de la consistance des selles avec présence de selles molles ou liquides et augmentation de leur fréquence, savoir trois selles par jour ou plus;

des douleurs de ventre type de crampes ou maux d'estomac;

des nausées, une perte d'appétit et des vomissements d'apparition brutale (les vomissements peuvent être absents ou peu nombreux) ;

de la fièvre, en général modérée, mais parfois supérieure à 39 °C ;

et de la fatigue.

En général, l'évolution est favorable. Les vomissements durent deux jours tandis que la diarrhée peut persister une à deux semaines.

Cependant, la gastro-entérite chez l'enfant peut entraîner une déshydratation. Celle-ci survient d'autant plus rapidement que votre enfant est plus jeune

évaluation de la déshydratation

Elle se fait sur un faisceau de signes cliniques d'autant plus marqués que la déshydratation est importante:

depression de la fontanelle chez le nourrisson,

cernes oculaires,

pli cutan,

schécheresse des muqueuses,

diminution de la diurée, perte de poids.

un stade plus volu: hypotonie, somnolence, augmentation du temps de recoloration cutane, fièvre, anomalies respiratoires.
Voir plus loin valuation

Critères d'hospitalisation

systématique en cas

de choc,

de déshydratation avec perte >10% du poids

d'un débit de selles important depuis plus de 8 jours

enfant <2 mois,

d'altération de la conscience,

d'echec de réhydratation orale,

de vomissements incoercibles, bilieux ou hémorragiques,

de selles sanglantes,

de doute sur une pathologie sous-jacente (en particulier chirurgicale) ou sur la compétence des parents.

Si la dshydratation est comprise entre 5 et 8%, l'hospitalisation est discutée en fonction de la clinique, de l'âge et du contexte social.

Lors de l'hospitalisation seront discutées les modalités de réhydratation par voie orale, entérale par sonde nasogastrique ou par voie intraveineuse, précédée dans ce cas éventuellement d'un remplissage au sérum salé 0,9%

Solutés de réhydratation orale (SRO)

C'est le seul traitement indispensable pour suivre jusqu'à la guérison de la dshydratation.

Si l'apport oral n'est pas réalisable, la réhydratation entérale par sonde nasogastrique (40-50 ml/kg en 4-6 heures) est aussi efficace que la réhydratation IV

Surveillance

Voir plus loin la rubrique Conseils.

Réalimentation dès 46 heures après le début de la réhydratation

Nourrisson 2 mois: maintien de l'alimentation habituelle.

Allaitement maternel: alterner SRO et tétes.

Préparation lactée : reprendre celle-ci à concentration normale. Alimentation solide ou semi-solide: régime habituel.

Nourrisson <2 mois: le choix d'un hydrolysât de protéines n'est plus consensuel et sera discuté au cas par cas en cas de diarrhée sévère, de pathologie chronique ou d'antécédents familiaux d'allergie.

Un lait sans lactose est proposé pendant 12 semaines, uniquement, en cas de diarrhée prolongée (> 7 jours) ou sévère.

Cas particuliers

Dshydratation sévère

Si l'hémodynamique est altérée, réhydratation par NaCl 0,9%, 20 ml/kg en 15-20 minutes.

A renouveler si la PA n'est pas restaurée.

Surveillance: scope et diurèse, ionogramme sanguin, urée sanguine, créatininémie, glycémie.

En l'absence de choc, réhydrater rapidement NaCl 9, 20ml/kg/heure pendant 24 heures.

Une fois la réhydratation terminée, le relais est pris par un soluté de Glucos 5% avec 4,5g NaCl/l et 2g KCl/l.

Les volumes perfusés doivent correspondre aux besoins quotidiens.

Vomissements

Les vomissements se situent en général au second plan derrière la diarrhée.

Le plus important est de fractionner l'administration du SRO, puis d'assurer un apport sucré complémentaire par la reprise alimentaire précoce.

Si persistance des vomissements, malgré une réhydratation correcte. Il convient alors d'en rechercher une éventuelle cause: invagination, trouble électrolytique, etc

Diarrhées bactériennes

fièvre élevée (40°C), des selles sanglantes avec un syndrome dysentérique et des douleurs abdominales, ou une diarrhée profuse, mais surtout aqueuse, dans un contexte pédiatrique favorable.

Le risque est la survenue de complications septiques.

Une coproculture et des hémocultures doivent être réalisées.

Infection Shigella: traitement antibiotique systématique

formes peu sévères: azithromycine per os, 20mg/kg par jour en 1 prise unique (sans dépasser 500mg par jour) pendant 5 jours (hors AMM);

formes sévères ou en cas d'intolérance digestive: ceftriaxone par voie IM, 50mg/kg par jour en 1 seule injection quotidienne

Fivre typhode et autres salmonelloses svres:

Formes prolonges ou pseudoappendiculaires de yersiniose: cotrimoxazole 50mg/kg par jour de sulfamthoxazole en 2prisesper os, pendant 5jours,

Diarrhes Campylobacter:

On prescrira de l'azithromycineraison de 20mg/kg par jour en 1prise unique (sans dpasser 500mg par jour) pendant 35jours.

Diarrhes E. colientropathogne, entrotoxinogne, entrohmmorragique

Des diarrhes Clostridium difficile sont maintenant observes en pathologie communautaire. En prsence de toxines, le traitement propos est le mtronidazole en 1reintention: 30mg/kg par jour pendant 10jours et, en cas de rsistance, vancomycineper os.

Diarrhe de l'enfant en voyage

Une antibiothrapie probabiliste est indique dans les formes moyennes ou svres, fbriles, ou avec selles glairosanglantes (syndrome dysentrique) :

formes peu svres: azythromycineper os, 20mg/kg par jour en 1 prise unique (sans dpasser 500mg par jour) pendant 3jours;

formes svres: ciprofloxacineper os, 1015mg/kg 2fois par jour (sans dpasser 500mg 2fois par jour) pendant 3jours

Conseils aux patients

Diarrhe, vomissements et fivre peuvent tre l'origine d'une dshydratation aigu aux consequences potentiellement graves.

Le principal traitement de la gastroentrite aigu est la rhydratation: les soluts de rhydratation doivent tre utilisss en fonction de l'tat de l'enfant et de son aptitudeboire.

Les parents doivent tre sensibiliss au fait que cette dshydratation peut survenir en quelques heures, notamment chez le nourrisson

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

Présentation

Infections urinaires de l'enfant

Définition

L'infection urinaire (IU) est définie selon les Critères de KASS par une :

Bactériurie > 100 000 Germes / ml

Leucocyturie > 10 000 Leucocytes /ml

- La pyélonéphrite ou infection urinaire haute ou infection urinaire fébrile associe une atteinte du pylon et du parenchyme rénal.

- La Cystite ou infection urinaire basse est définie par une atteinte des voies urinaires basses (vessie, uretères).

- La bactériurie asymptomatique est définie par une bactériurie significative supérieure 100 000 germes / ml avec ou sans leucocyturie chez un enfant asymptomatique.

II. Diagnostic positif

A. Facteurs favorisants :

- Stase urinaire qui peut être : uropathie malformative, dysfonctionnement de l'évacuation vésicale, RVU.

- Chez le nourrisson dont la propreté n'est pas acquise, l'IU est favorisée par : les couches, l'immaturité vésicale, le prépuce étroit, les selles fréquentes

- Chez l'enfant dont la propreté est acquise, l'IIU est favorisée par : les troubles mictionnels, les vulvites, la constipation, l'oxyurose, le manque d'hygiène

A. Etude clinique

LIU peut être :

Asymptomatique : surtout chez la fille, en particulier l'âge scolaire.

Symptomatique : les symptômes varient selon la localisation de l'infection et l'âge de l'enfant.

1. Chez le nourrisson : tableau trompeur avec :

- Fièvre isolée bien tolérée.

- Coliques abdominales.

- Pleurs incessants

- Troubles digestifs (diarrhée, vomissement, anorexie) - Ralentissement de la croissance staturo-pondérale.

2. Chez le grand enfant :

Signes de pyélonéphrite aiguë : fièvre élevée (> 38,5) avec frissons, sueurs, des douleurs lombaires ou abdominales, contact lombaire

Signes de cystite : dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, miction secondaire, hématurie macro ou plus souvent microscopique

B. Diagnostic bactériologique

1. Tests rapides : par bandelettes réactives :

- À la recherche de nitrites, leucocyturie.

- La négativité des 02 éléments a une valeur prédictive négative proche de 98%.

- Leur positivité doit conduire à la réalisation d'un ECBU

- Limite : faux négatif : NRS < 3 mois, neutropénie, sepsis, enfant non diversifié, les autres germes (non BGN)

2. Examen direct : ECBU

5 Méthodes de prélèvement

- Il nécessite une toilette préalable avec de l'eau et du savon.

- Le prélèvementLe prélèvement en milieu du jet devra être réalisé chaque fois que cela est possible.

Le prélèvement par sachet collecteur devra être réalisé par un personnel qualifié.

Si l'enfant n'a pas mis ses urines, changer le sachet collecteur toutes les 20-30 minutes, et refaire la toilette chaque fois.

L'acheminement de prélèvement doit être rapide

L'analyse doit se faire dans l'heure qui suit le prélèvement.

Résultat

- L'examen direct est positif en présence de :

Bactériurie > 100 000 Germes / ml

Leucocyturie > 10 000 Leucocytes /ml

- Un examen positif rend nécessaire la pratique d'une culture.

- Les résultats de l'ECBU devront toujours être interprétés en fonction de la clinique

3. La Culture

- Est la clé du diagnostic ; elle permet d'isoler le germe en cause et d'avoir son profil de résistance aux antibiotiques.
- Les germes responsables : BGN : Escherichia coli (E. coli) +++++, C. Klebsiella, Enterobacter et Serratia, Proteus

Autres examens biologiques

- En cas de PNA : on peut avoir :

Syndrome inflammatoire biologique : VS acclr, CRP

(et surtout procalcitonine).

Hyper GB avec polynuclose.

Protinurie, hématurie

Hémocultures.

- La fonction rénale est souvent normale.

III. Diagnostic topographique :

A. IU basse : (cystite) : se manifeste par :

Miction imprieuse.

Pollakiurie.

Tenesme terminal.

Pyurie.

Rarement : hématurie.

B. IU haute : (PNA) : se manifeste par les symptômes précédents auxquels s'ajoutent :

- Clinique :

Fèvre 39°C-40°C avec frissons, sueurs, AEG.

Douleurs abdominales surtout lombaires type de coliques.

Douleurs à la palpation d'une fosse lombaire.

La palpation d'un gros rein est rare.

Stagnation pondérale.

Signes digestifs : diarrhée, vomissement

- Biologie : Syndrome inflammatoire biologique : VS accrue, CRP

(et surtout procalcitonine).

Hyper GB avec polynucléose

IV. Stratégie de l'exploration

1. Qui explorer ?

- Tout enfant présentant une infection urinaire documentée doit avoir en premier une échographie rénale quelque soit son âge ou son sexe.

2. Quand explorer ?

- L'échographie rénale à la recherche d'une malformation peut se faire en parallèle de l'infection et ne doit en aucun cas retarder la mise en route du traitement.

- La Cystourtrographie quand elle est indiquée peut se faire 4-6 semaines après l'épisode infectieux sur des urines stériles.

3. Comment explorer ?

1) En cas de 1er épisode de Cystite :

- Réaliser une échographie rénale en premier.

- Si n'existe aucune anomalie, aucun autre examen n'est alors justifié.

2) En cas de 1er épisode de pyélonéphrite :

- Réaliser d'abord une échographie rénale. Si elle est normale, aucun autre examen n'est justifié. La surveillance clinique est nécessaire la 1^{re} année.

- Par contre si on note la présence de signes en faveur d'une uropathie malformative il faut alors compléter par une CUM.

- La scintigraphie rénale ne sera demandée que si l'exploration révèle la présence d'une uropathie obstructive et/ou un RVU avec dilatation (RVU III).

3) En cas d'infection urinaire récurrente :

- Faire une échographie couplée à une CUM. 4) En cas de bactériurie asymptomatique : Aucun examen ne sera demandé.

Indications thérapeutiques

1- En cas de cystite :

En l'absence de l'antibiogramme :

utiliser un antibiotique per os :

1) Cotrimoxazole (Sulfaméthoxazole-Triméthoprime) : Bactrim : - Sirop : 200/40 Cp : 400/80 ; 30mg/kg/j en 2 prises 1^{re} à 6-7kg

2) Amoxicilline+ac clavulanique : Augmentin Amoclan : Sirop : 100 mg, Cp : 500mg Sachet : 1g

- Posologie Adolescent : 1 g 2 ou 3 fois par jour.

Enfant et nourrisson : 80 mg /kg/jour, rpartis en 3 prises. Soit : 1 DDP 3x/j

3) Cefaclor: Tabiclor Sirop : 125-250mg cp : 500mg Posologie : 20-40 mg/kg/jour, rpartis en 3 prises ;

La dose maximale est de 1 g par jour.

La dure du traitement est de 5 jours.

- LECBU de contrle est inutile sauf si lvolution clinique est dfavorable

En cas de pylonphrite aigu

1. Indication dhospitalisation :

- Age : Age < 3 mois (risque de bactrimie)

- Signes de gravit :

Etat gnral altr

vomissements, diarrhe/ dshydratation, sepsis

Uropathie malformatives

2. En prsence de signes de gravit :

v Chez lenfant de moins de 3 mois

signes de gravits ou uropathies malformatives

- Hospitalisation - Bithrapie :

Ceftriaxone 50 mg/Kg/j en une seule perfusion d'une demi-heure ou en IM Ou Cefotaxime : 100 mg/Kg/j en 3 prises IV

Associa Gentamicine : 5mg/Kg/j en une seule perfusion d'une demi-heure (vérifier la fonction rénale)

La durée du trt : 10j (5 j Gentamycine)

Chez l'enfant de plus de 3 mois avec signes de gravité :

- Hospitalisation

- Monothérapie

Ceftriaxone 50 mg/Kg en une seule perfusion d'une demi-heure ou en IM 97 Guide pratique des urgences pédiatriques

Ou Cefotaxime : 100 mg/Kg /j en 3 prises IV

- La durée du trt : 10j

- Le relais per os est possible, ds apyrexie : Cefixime (orokén) 8 mg/Kg/j en 2 prises (1ddp 2x/j)

- ECBU de contrôle³ n'est pas nécessaire.

Il sera demandé si l'évolution clinique est défavorable

3. Nrs > 3mois et en absence de signes de gravité et d'uroopathies :

il y a 2 possibilités :

- Traitement d'emblée par voie orale : on peut utiliser les céphalosporines de 1^{re} génération type de Cephalexine, Cefaclor ou une céphalosporine de 3^{me} génération type de Cefixime pendant 10 jours.

- Traitement parentéral court (2 - 4 jours) en monothérapie (Ceftriaxone) en 1 injection IM en ambulatoire avec relais per os selon l'antibiogramme ds l'apyrexie.

VI. Antibio prophylaxie

1. indication :

- Le RVU de haut grade (IV-V)
- Quelque soit le grade du RVU mais en cas de rcidive de IIU
- Les Infections urinaires rptes en prsence de troubles mictionnels
- Les uropathies obstructives diagnostiques en antnatal

VI. Antibioprophylaxie

2. Les antibiotiques utilis :

- Cotrimoxazole 2 mg/kg/j de Trimetoprim (aprs lge de 1 mois)
- Cfaclor 3 - 5 mg/Kg/j
- Cephalexine 5 - 10 mg/Kg/j
- Amoxicilline 10 mg/kg/j chez le nourrisson de moins de 2 mois

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Ponction lombaire en pediatrie		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Ponction lombaire en pediatrie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

La ponction lombaire en pdiatrie

Une ponction lombaire (PL) est un geste mdical invasif, elle consisterecueillir, du liquide cphalo-rachidien (LCR)vise diagnostique et/ou thrapeutique au niveau de lespace sous-arachnodien lombaire, par une aiguille introduite sous la terminaison de la moelle pinire

Les indications de la PL chez lenfant:

Indication diagnostiques:

La principale indication est la suspicion dune infection du systme nerveux central

Autres indications moins frquentes /plus spcialises :

- diagnostic dun processus inflammatoire ou dmylinisant du systme nerveux central ou autres

maladies rares (mtaboliques)

diagnostic dune hmorragie sous-arachnodienne non mise en vidence au scanner

diagnostic dune hypertension intracrnienne idiopathique

injection de produits de contraste dans l'espace sous-arachnodien.

Indications thrapeutiques:

injection d'agents anesthésiques (rachianesthésie) ou de chimiothérapie dans l'espace sous-arachnoïdien.

Ponction lombaire vacuatrice: hydrocéphalie pression normale après interventions neurochirurgicales

Les contre-indications:

hypertension intracrânienne, lésion d'effet de masse, qui sera suspectée (risque d'engagement cérébral)

en cas de troubles de la conscience, de crise convulsive focale ou prolongée ou de signes neurologiques focaux => contre-indication jusqu'au scanner cérébral éliminant un effet de masse.

infection de la peau au niveau du site de la ponction lombaire

Thrombopénie sévère: nombre de PLQ <50 000/mm³ (une thrombopénie stable 30 000/mm³ peut être tolérée au cours de PTI)

Troubles de la coagulation ou traitements modifiant l'hémostase

anomalie anatomique locale malformative (mningocèle) ou traumatique (traumatisme aigu du rachis)

instabilité hémodynamique, détresse respiratoire

modalité de réalisation de la PL:

La PL doit être réalisée dans le cadre d'une hospitalisation

étape 1 : Mise en condition

Se présenter à l'enfant et à sa famille, vérifier l'identité du patient. Expliquer les objectifs et le déroulement de la PL pour mettre en confiance le patient et sa famille, s'assurer de leur accord et de leur compréhension.

L'interrogatoire et l'examen physique permettent d'identifier les contre-indications au geste.

La présence des parents, la préparation psychologique, les méthodes de distraction (musique, chanson, clown d'hôpital, i-pad, hypnose) sont des moyens non pharmacologiques ayant fait la preuve de leur efficacité.

S'assurer d'avoir tout le matériel nécessaire pour la procédure

matériel de rasage (si nécessaire)

plateau de contamination et nettoyage

protection usage unique

antiseptiques

matériel pour anesthésie locale

(lidocaïne, seringue, pompeuse, aiguille sous-cutanée)

matériel stérile (compresses, gants,

aiguille ponction lombaire munie d'un mandrin stérile

usage unique)

tubes à écouvillon

médicaments si injection prescrite

tensiomètre si besoin

conteneur à aiguille

poignée

tape 2 : Installation du nourrisson/de l'enfant

position assise :

le patient est assis au bord du lit, jambes pendantes, et courbe le bas du dos dans la position du fœtus. On peut se servir d'un gros coussin posé sur les genoux de l'enfant pour l'aider à enrouler son tronc, et un assistant le soutient et le maintient en bonne position. Les épaules et les hanches du patient doivent être parallèles au plan du lit pour garantir l'alignement de la colonne vertébrale.

Les repères dans l'espace sont plus aisés pour l'exécutant et cette position est associée à un meilleur taux de succès.

decubitus latéral :

le patient se trouve sur le côté gauche, le dos arrondi, les genoux et les hanches fléchis autant que possible.

La tête du lit doit être à plat. Cette position est nécessaire lorsqu'on veut mesurer la pression du LCR.

tape 3 : Détermination du point de ponction

La ponction se réalise à distance des 2 processus spinieux, au milieu de l'espace inter-spinieux L3-L4, L4-L5 ou L5-S1

En cas de difficulté, la PL peut être réalisée sous imagerie

tape 4 : Asepsie

Les règles d'asepsie chirurgicale doivent absolument être respectées

Pour le médecin: désinfection des mains (solution hydro-alcoolique), masque facial, et gants stériles

Pour l'enfant: désinfection cutanée en deux temps avec un antiseptique (alcoolique) et utilisation d'un champ stérile

tape 5 : réalisation de la ponction

Quel que soit l'indication de la PL, la technique et les modalités restent identiques

Prendre l'aiguille de ponction lombaire avec sa main dominante. Vérifier que le stylet glisse facilement hors de l'aiguille avant de l'utiliser.

Contrôler le nouveau site de PL

Piquer au milieu de l'espace inter-vertébral, enfoncer lentement l'aiguille perpendiculairement au plan vertical du dos

Au fur et à mesure que l'aiguille est enfoncée, enlever régulièrement le stylet jusqu'à obtention du reflux de LCR dans l'aiguille

Recueil du LCR par un assistant en partant du tube témoin # 1, en comptant au moins 10 gouttes par tube (soit 0,5mL)

Lorsque le recueil est terminé, replacer le stylet dans l'aiguille et retirer l'aiguille

Prévention des accidents de dépositions au sang

Effets indésirables de la PL chez l'enfant

Syndrome post-PL (syndrome d'hypotension intracrânienne)

Hématomes

Infections

Douleurs lombaires

Paraplégie ou dcs: exceptionnels

Syndrome post-PL

Les céphalées post-PL (aussi appelé syndrome post-PL) se manifestent par des céphalées

d'installation progressive et de localisation variable, apparaissant dans les 5 jours qui suivent une

PL. Même s'il est sans gravité, il peut entraîner un retentissement important. C'est la complication

la plus fréquente.

Prévention chez l'enfant:

Aiguille atraumatique

sinon

Aiguille traumatique de petit diamtre

Position du biseau paralllelaxe du rachis

Rintroduction du mandrin avant le retrait de laiguille

Prise en charge

Antalgiques

Blood-patch: indications rares

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT :	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER :	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 : Les infections cutanées	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Les infections cutanées	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge