

@@@ 26 @@@

Eruptions fébriles

I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Traitement symptomatique

* Figvre, douleurs : paracétamol po 15 ma/ka/é h (cy dose-kg l si douleur
ou figwvre o 6

* Prurit : desloratadine en 1 prise par jt iNiSirop & 0,5 mg/ml ou
comprimés 3 5 mg): 25 ml de H SAnMLdesd 11 ans; 10mL ou
1 cp a partir de 12 ans.

« Excoriations : chlo pour la désinfection des lésions
2 foisfjour.

* Sécheresse : éma glycérol-vaseline-paraffine : 13 2 applica-
tions par jour. s

Traitement éticlogique

Scarlatine : amonxicilline po 50 mg/kg/j (max. 2 g), en 2 prises, pendant
6 jours. En cas d'allergie : azithromycine 20 ma'kg/) en 1 prise, pendant
3 jours.

Dans la plupart Ges cas, aucun examen n'est nécessaire.

En cas de rougeole non certaine, une confirmation salivaire (kits de
prélèvement fournis par les ARS) ou sanguine (sérologie, en l'absence
de kit salivaire disponible) est nécessaire, notamment pour la
déclaration

obligatoire.

En cas de scarlatine non certaine, tatdediagmstmrapde Q g
dales.

Situations particulie @fl%

La plupart de ces infections ne nécessiterg & d'éviction scolaire (sauf
la rougeole), mais l'état de l'enfantqiuPparfois nécessiter un repos au
domicile. l est conseillé d'en sigf@r certaines a la direction de
l'écale -
varicelle, rubgole, et scarlatine notammaent.

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/Faillle_V2

@@@ 29 @@@

Erythème fessier du nourrisson

III — PRESCRIPTIONS

Ordonnance

* Dexpanthénol 5% crème : 1 application après chaque change, jusqu'à guérison,
~ Ne pas appliquer sur les zones suintantes,
= Peut également être utilisé de manière DFER

* En cas d'inefficacité, essayer un autre rétinol, pite à l'eau
* En cas de suspicion de surinfection : éconazole 1% ou
ciclopiroxolamine 1%, 1 application sur l'ensemble pendant 15 jours.

* En cas de symptôme igo (croûtes pelliculaires, érosions, bulles) : cf. p. 23.

iehk: hygiéno-diététiques

Réduire les irritations et la macération :

- augmenter la fréquence des changes, éventuellement utiliser différentes marques de couches (zones de frottement différentes) ;
- nettoyer à l'eau tiède +/- savon surgras, bien sécher en tamponnant, laisser le sécher à l'air libre si possible dans les formes les plus sévères ;
- ne pas utiliser de talc, ni antiseptique, ni produit cosmétique.

NB : l'utilisation de dermocorticoïdes sous la couche est contre-indiquée, en raison d'une absorption trop importante.

Situations particulières

En cas d'évolution chronique, d'extension & distance ou d' ? associée, évoquer une étiologie inhabituelle : APLV (cf p. 2

en zinc {desquamation périphérique et atteinte du visage} ou anite streptococcique (érythème limité par exemple). ou psoriasis des plumes par exemple.

I SURVEILLANCE

Evolution locale, et tolérance du traitement : certains produits peuvent entraîner un eczéma de contact.

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/Faillle_V2

@@@ 30 @@@

Gale

B RAPPELS

difficile chez le nourrisson. Transmission interh directe. Epidémies importantes en collectivité. %
]

Ectoparasitose due a *Sarcoptes scabiei*, fréquente e;de diagnostic parfois
Diagnostic S

Le principal argument est la prés&fieg'd'un prurit familial

* Chez le nourrisson : vécity _r' pustules palmo-plantaires, agitation lide
[3gk "atteirte possible du cuir chevelu.

au prurit, lésions de ¢

plgsigrand : sillons scabieux et nodules touchant les espaces mtercfigflaux, les poignets, les régions inguinales ; visage et dos respectés.
Lésions de grattage associées.

Objectif thérapeutique

Eliminer le parasite pour arrêter la contagion, contrdler le prurit.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT S

¢ Rechercher des signes d'impétiginisation - croltes mélicérigues, inflam-
mation importante, voire fièvre associée. Traitement 3 associer : of. p. 23.

* En cas d'eczématisation des lésions, traitement 3 associer - of. p. 5.

I NOTES PERSONNMNELLES

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/fliqlle_vz

@@@ 39 @@@

infections cutanées bactériennes

EEE— PRESCRIPTIONS

Ordonnance

* Folliculite, furoncle : chlorhexidine aqueuse, 2 applications par jour jusqu'à guérison (fistulisation) et pansements humides.

* Impétigo (ou impétiginisation), forme peu

- hygiène à l'eau et au savon ; %

= mupirocine crème | 3 applications pendant 5 à 7 jours.

* impétigo (ou impetiginisation), fo 2

- hygiène à l'eau et au savon ; S

1 po - B0 ma/ka/] en 3 prises pendant

lanigue po, 80 ma/ka en 3 prises pendant 7 à 10 jours,

. Dolmflgnu généraux : hospitalisation pour AT

W : amoxicilline-acide clavulanique (ou ceftriaxone) +/- clindamycine, et traitement symptomatique,

Règles hygiénodietétiques

* Toilette quotidienne à l'eau et au savon. Laver les mains régulièrement.

* Eviter l'occlusion et la macération. Ne pas manipuler les lésions.

* Impétigo : éviction scolaire 3 jours sous traitement si atteinte d'une zone découverte,

Situations particulières

* Allergie aux pénicillines ; céfadroxil po 50 ma/ka/] en 2 pris _::.-._

¢ Allergie aux B-lactamines : josamycine pe 50 mg, l/kgf] en 2 fpses.

Décontamination pour l'enfant (après guérissons) et pour la famille proche :

- chlorhexidine solution mwssamww 2 fois/] de tout le corps et le cuir chevelu, 5 à 7 jours

- mupirocine pommade nasale ST application 2 fois/j dans chaque narine, 5 à 7 jours.

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/Faille_V2

@@@ 42 @@@

Maladie de Lyme, piqûre de tique

B RAPPELS

Zoonose transmise par la piqûre d'une tique infectée, la borréliose de Lyme

est endémique en France, surtout dans l'Est, d'août à octobre. La piqûre et les différents stades de l'infection ne sont pas toujours évidents

rendre le diagnostic difficile, PA>

g&%
Diagnostic

* Stade primaire : érythémelmig r

d'extension et de quissseentrifuge), +/- syndrome grippal, survenant entre J3 et J30. A@{férencier d'une simple surinfection cutanée du point de ponction. % ¥

* Stade secondaure atteintes surtout neurologiques (méningo-radiculite, PF) ou articulaires (oligoarthrite), survenant au moins 1 moeis après la pigltre.

¢ Stade tertiaire - signes chroniques, variables, survenant au moins 9-12 mois après la pigdre : encéphalomyélite, polyneuropathie, artheites, acrodermatite atrophiante, etc.

» Syndrome post-Lyme : asthénie, algies et plaintes cognitives, malgré une infection traitée,

Objectif thérapeutique

Traiter l'infection et éviter la survenue des stades suivants,

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

* En dehors de l'érythème migrant, toute suspicion doit être C une sérologie : dépistage en ELISA, puis confirmation % dépistage positif cu douteux. ;@ :

» Toute atteinte neurclogique, y compris une PF, ,_'j` tion lombaire. e

* Rechercher une allergie aux B-lactami @@

» \Verifier la vaccination antitétania

Dire réaliser une ponc-

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur [https://t.me.?"?l1e_\lz](https://t.me.?)

@@@ 51 @@@

Urticaire

EEE— PRESCRIPTIONS

Traitement symptomatique

* Antihistaminique non sédatif :

~ desloratadine en 1 prise/jour {sirop & 0,5 mg/mL ou comprimés a

Smag) :

25mldetabans; Smldeba ans&
>

«10mL ou 1 cp apartirde 12 ars ;
- durée : 1 semaine pour les , jusqu'a 3 mois pour les
formes chroniques,

/j de 246 ans, 10 mg/] 4 partir de & ans ;
- non sédatif ;) 1 cuillère-mesure (1,25 mg) pour 5 kg par
jour, max. 10

~ sédatif - dexchlorphéniramine 2 mg : 15 2 comprimés le soir,
Pour les deux derniers cités : ECG en cas de durée prolongée.

Examens d'orientation

* Urticaire aiguë : pas d'examen systématique ; bilan allergologique
orienté si la chronologie est en faveur d'une origine allergique.

* Urticaire chronique : bilan orienté par I"3ge et les symptômes
associés.

Situations particulières

En cas d'échec d'un premier traitement, changer de molécule, voire
cier un antihistaminique sédatif le soir avec un non sedatif le mafig

I SURVEILLANCE %

* Réponse au traitement, en prévenant du ça spontanément variable
de I'urticaire. @ i

® En cas de récurrences répétées ou de icisation, et en I'absence d'orien-
tation, prévoir un bilan éticlogique specalisé.

Pour IVH plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur
[https://t.me/Faillle V2](https://t.me/Faillle_V2)

@@@ 52 @@@

Varicelle, zona

B RAPPELS

La varicelle correspond 3 la primo-infection par le vicus VIV :
contagieuse,
immunisante, avec un risque de complication plu i avant 5 ans et après
13 ans. Le zona, rare chez 'enfant, correspagdh\@8s réactivation dans un

dermatome ; il est peu contagieux. %g

Diagnostic

* Varicelle : éruption fébrile

diffuse (zones évocatys

) 'Eflfl puis crolteuse, prurigineuse,
\rétro-auriculaire, cuir chevelu, palais). Lésions
d'dges différents pgRdsr 104 15 jours. Incubation : 14 jours. Contagion

avant et pendantla phase vésiculeuse.

Complications : pneumopathie varicelleuse (< 6 mois), méningo-
encéphalite (4 mois-1 an), surinfection cutanée (< 5 ans), pneumopathie à
pneumocoque [tous ages].

* Zona : localisation limitée à un territoire sensitif (dermatome),
sémilogie
similaire par ailleurs. Facteurs de risque : varicelle avant 1 an,
immuncde-
pression.

Complications : surinfection cutanée, forme ophtalmique. Douleurs rares
chez l'enfant.

Objectif thérapeutique

Soulager les symptdmes, réduire le risque de surinfection cutanée.

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT M

Devant une varicelle, rechercher des sujets fragiles d murage
femme enceinte non immunisée, nouveau-ng, su;et |m &primé,

* Devant un zona, au moindre doute : sérologie | an immunitaire,

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur
https://t.me/flle_1z

@@@ 53 @@@

Varicelle, zona

Ordonnance

¢ Pas d'antiseptique, lavage à l'eau et au savon.

* Paracétamol po ' 15 mg/kg toutes les 6 h (ou d g] si douleur cu

fièvre.

* Antihistaminique : ?

- < 6 ans - méquitazine, 1 cuillère 25 mg) pour 5 kg/jour,
max. 10 mg/j:

- > 6 ans: dlxchlarpbis 2 mg, 1 3 2 comprimés le soir

* Douche ou bain tous les jours, à l'eau tiède, avec un savon doux.

* Ongles courts, mains propres : réduit le rsgue de surinfection cutanée.

* Pas de talc : nsgue de nécrose cutanée. Pas d'autre produit que ceux

indiqués.

☿ Pas d'aspirine ni AINS : risque théorique de complications sévères.

« Eviction (varicelle) : « la fréquentation de la collectivité n'est pas souhaitable & la phase aiguë », Guide du CSHPF, 2003. Informer le personnel

et les autres parents.

Situations particulières

* Surinfection cutanée : amoxicilline + acide-mvumflqmaomé@q
en 1 prise (ou dose/kg). ., %

nouveau-né (risque de forme grave avant 1 mois), sujgaiment
certaines formes graves/complicé

NB : aucune indication pour l'aciclovir po, @

&

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur
https://t.me/Faillle_V2

@@@ 80 @@@

Gastro-entérite aiguë
et déshydratation

I RAPPELS

Darigine virale dans 80% des cas, la GEA posée exclusivement le
problème de la déshydratation aiguë, peut être sévère chez le moins

Diagnostic

Association variable de ANEe aiguë, nausées-vomissements, fièvre,
douleurs abdominales à l'absence de prélèvement de selles, sauf en cas de
syndrome dysentérique Tdiarrhée glairo-sanglante fébrile, AEG), notamment
chez le voyageur (cf. p. 305).

» Signes de déshydratation : pli cutané, muqueuses sèches, yeux cernés,
perte de poids (absente en cas de « 3° secteur »).

* Signes d'hypovolémie : tachycardie, temps de recoloration cutanée
> 3 secondes, extrémités froides, pouls filant, marbrures, anurie. La
baisse
de la tension artérielle est très tardive.

Objectif thérapeutique

Prévenir ou traiter la déshydratation aiguë, soulager les symptômes.

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

» Eliminer une autre cause de diarrhée aiguë : infection ORL, changement

de lait récent.

* En présence de sang dans les selles, penser au syndrome hémorragique rénal. Bilan au moindre doute. PAS

* Éviter l'utilisation des AINS dans les cas de déshydratation : risque de mauvaise tolérance rénale, etc.

* Ne pas prescrire de loperamide (gêne syndrome occlusif) ni d'antiseptiques intestinaux (inefficaces voire toxiques).

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/wllez_lz

@@@ 81 @@@

Gastro-entérite aiguë et déshydratation

I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

{source : recommandations d'experts du GFHGNP, 2017}

Traitement initial

&

+ Soluté de réhydratation orale : [
= 1 sachet pour 200 mL d'eau, #prolongé par petites quantités (conser-

vation max. 24 h après réhydratation);

= mieux accepté quand \, \". 5t réfrigéré ; ne pas modifier la composition ; \

- en cas de réhydratation avec l'eau seule : l'associer à d'autres boissons ou aliments, en fractionnant.

Traitements d'appoint possibles
pour réduire la diarrhée

• Racécadotril per os, jusqu'à la 1^{re} selle normale, max. 7 jours :

- <10 kg : 10 mg 3 fois/j ; 9-13 kg : 20 mg 3 fois/j (sachets à 10 mg) ;

13-27 kg : 30 mg 3 fois/j ; 27-60 kg : 60 mg 3 fois/j [sachets à 30 mg] ;

= > 80 kg : 100 mg 3 fois/j (gélules).

* Diosmectite 3 g per os, max. 7 jours -

- avant 1 an : 2 sachets par jour pendant 3 jours, puis 1 sachet par jour.

- & partir de 1 an : 4 sachets par jour pendant 3 jours, puis 2 sachets

par jour. %

* Saccharomyces boulardii, pendant 5 à 7 jours - @Q

~ avant 2 ans : Ultra-Baby, 1 & 2 sachets par jour ; %Qfi

- & partir de 2 ans : 100 mg, 1 sachet matin et soir &

Aucun traitement antiémétique ne présente un bénéfice-risques

satisfaisant. i \$é\$.
20

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/Faillle_V2

@@@ 94 @@@

Reflux gastro-césophagien
du nourrisson

I RAPPELS e —

Les régurgitations sont physiologiques chez son, essentiellement avant 1 an. Les formes simples doivent concerner les parents. Devant une suspicion de forme non cernable & causalité avec le RGO peut être difficile à établir.

Diagnostic des formes pléiques

» (Esophagite : douleur durant les repas, +/- régurgitations sanglantes.
* Mauvaise croissance sans autre cause retrouvée (cf. p. 75).

Malaise du nourrisson sans autre cause retrouvée (cf. p. 165).

* Laryngites ou OMA & répétition : signes indirects de RGO à la fibroscopie ORL.

» Manifestations respiratoires : infections & répétition, asthme, toux nocturne.

Objectif thérapeutique

Réduire le volume et l'acidité du RGO selon les cas, pour diminuer son retentissement. Traitement symptomatique des complications le cas échéant.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

nourrisson affamé initialement), HTIC ou autre cause neurologique.

* En cas de RGO simple : aucun examen complémentaire

I NOTES PERSONNELLES

TS

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/faillle_vz

@@@ 95 @@@

Reflux gastro-césophagien du nourrisson

EEE— PRESCRIPTIONS

Ordonnance

* Aucun traitement médicamenteux n'est nécessaire dans le RGO simple.

En cas de retentissement important malgré le Qe-s diététiques, essayer diméticone gel, 1 noisette après les &nmw si inefficace.
- esoméprazole 1 mg/l:gf en URBgrise

6, réévaluer après 1 semaine |
rds les repas, 1 semaine.

Si efficace : poursuivre #igepraines. Si inefficace : reconsidérer le diagnostic.

+ Signes forts d' (hématemèse, dystonie), mauvaise prise de poids : adresser à un gastro-pédiatre pour fibroscopie.
* Malaises, complications ORL ou respiratoires :
- & mesures diététiques insuffisantes - pH-métrie des 24 h, consultation spécialisée |
- Si RGO compliqué confirmé : esoméprazole 1 mg/ka/j en une prise,

Règles hygiénodiététiques

* Rassurer les parents. Pas de tabac au domicile.

* Vérifier la bonne reconstitution des biberons, adapter les quantités si elles sont excessives,

. Eplhlf seulement si lait artificiel : laits AR en remplacement du lait

100 mL de It : carcube (accélère le transit), pectine (ralent |
ou amidon (enichit). \$% '
Situations partlcullw%

En cas de chronologie évocatrice o' ARE
signes digestifs associés : hydro
2 à 4 semaines.

i de terram atopique, ou si
af{Plssé de PLV, & réévaluer après

Pour a\w plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur <https://t.me/Faillle V2>

Hypothyroïdie et hyperthyroïdie

I RAPPELS

En dehors de l'hypothyroïdie congénitale, par anomalie de la glande elle-même ou de la synthèse hormonale et dont le diagnostic néonatal est systématique, les dysthyroïdies post-natales sont majoritairement auto-immunes. Les formes centrales sont très rares.

Diagnostic

Diagnostic d'hypothyroïdie

* Inflexion staturale, bradycardie, retard psychomoteur ou difficultés scolaires, constipation, prise de poids.

» TSH élevée > 10 mU/L, T4 basse : faire anti-TPO, anti-TG, VS, et échographie thyroïdienne.

* La thyroïdite de Hashimoto (auto-immune) est la plus fréquente, devant celle de De Quervain (inflammatoire).

Diagnostic d'hyperthyroïdie périphérique

. Inflexion staturale, tachycardie, agitation, sueurs, diarrhée, perte de poids.

* TSH basse, T4 élevée : faire TRAK, anti-TPO, anti-TG, VS, et échographie thyroïdienne,

* La maladie de Basedow (auto-immune) prédomine, l'ophtalmopathie étant parfois absente. Certaines thyroïdites peuvent débuter par une phase transitoire d'hyperthyroïdie.

sitaire d'hyperthyroïdie.

Objectif thérapeutique

Normaliser la fonction thyroïdienne, pour assurer un développement ultérieur satisfaisant.

B PRECAUTIONS AVANT LE DIAGNOSTIC

En cas de forme latente d'hypothyroïdie sans signe clinique

évocateur, avec TSH élevée < 10 mU/L normale : pas de traitement, surveillance simple dans un premier temps.

Dans certaines situations comme l'obésité, la TSH peut être isolément élevée sans signification particulière.

Pour avoir plus d'informations rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/le_membre_z

Hypothyroïdie et hyperthyroïdie

I PRESCRIPTIONS ©

Ordonnance

o

L-thyroxine en gouttes ou comprimés : 3 3 5 pa/ka/] (10415 pg/kg/] en période néonatale) en 1 prise par jour heraire bun.

NB:1goutte=5ug

La dose sera ensuite adaptée selon la TS ger b semaines après tout changement de posologie. Trai itutif & vie.

Insister sur l'observance thérapeutique : permet une croissance et un développement normaux, et de meilleures chances de guérison dans la maladie de Basedow.

Situations particulières

Dans les formes atypiques (cliniques, biologiques ou échographiques) :

ççççç

avis spécialisé, évoquer une pathologie hypophysaire, une prise médicamenteuse, etc.

I SURVEILLANCE *

. - P '\r -

® Sous carbimazole : TSH, T4 +/- T3 5 'I -2 mois jusqu'à ém:hl:-ransun

& dose minimale efficace. NFS-ASAT-BUAT, b faire également en urgence si ictère, icterus ou signes digestifs : prévenir du risque de neutropénie et de toxicité hépatique.

Pour avmlus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur [https://t.me/Faillle V2](https://t.me/Faillle_V2)

@@@ 148 @@@

Maladie de Kawasaki

B RAPPELS B]

lenchement infec-

Pas passer & coté du

Vascularite de mécanisme inconnu, avec un o tieux. En cas de suspicion, un bilan s'impose, pouph

risque d'atteinte cardiaque. @
]

Diagnostic

* Association d'une fièvre 2 5 ol 4 des 5 critères suivants

-~ hyperhémie conjonctivale & rétions ;

- chéilite/éнанthème

- exanthème, tions sur le tronc ou le périnde noumm 3

-adinopntl'nhcm-unflniflhfl 5 em.

* L'altération de l'état général est quasi-constante. Les présentations cliniques sont volontiers atypiques en dehors de la tranche d'age « classique » 2-5 ans.

* Certains critères mineurs peuvent aider au diagnostic dans les formes douteuses : syndrome inflammatoire biologique, anémie, thrombocytose, hyperleucocytose, hypo-alouminémie, cytolysе hepaticue, hydrocholécyste echographique, leucocyturie aseptique.

Objectif thérapeutique

Traiter le processus inflammatoire responsable des symptames, et prévenir la survenue d'une complication cardiaque : anévrisme coronaire notamment.

mmmm- PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT&

Eliminer un diagnostic différentiel - scarlatine, infectio KYrique, medica-

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/memlle_vz

@@@ 149 @@@

Maladie de Kawasaki

EEE— PRESCRIPTIONS

Ordonnance

. hmnoghuflnnpnfifnlmlu par voie IV :

- en milieu hospitalier, après bilan biologique [notamment sérologies si indiquées) ;

- augmentation progressive du débit, risquel\$ gise tolérance ;

- 2 g/kg sur 12 h, & renouveler 2 48 h si@efsistance de |a figvre

* Acide acétylsalicylique per os

- 80 ma/kg] en 4 prises jusqu'®REparition du syndrome inflamma-

10ire ;

* Hydratation orale ou IV si impossible, traitement antalgique adapté.

* Les examens & visée cardiaque sont systématiques en cas de forte suspicion, et ne doivent pas retarder la mise en route du traitement ; ECG, échocardiographie transthoracique.

B SURVEILLANCE

* Régression des symptômes puis du syndrome inflammatoire biologique sous traitement, avec en général de manière retardée une desquamation du tronc et/ou des extrémités et une thrombocytose.

® Surveillance clinique 2-3 mois, dont surveillance cardiaque (ECG) pendant 1 mois, même en cas d'échographie normale initiale 4

\ *

e NOTES PERSONNELLES #

Pour : wmp plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur [https://t.me/Faillle V2](https://t.me/FaillleV2)

@@@ 168 @@@

Céphalées,
dont migraine de l'enfant

BN ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

L'orientation dépend essentiellement de ____n de la douleur.

A évoquer :

* Aigue fébrile : infection neuroméninge &8, <

drone grippal, infection ORL.

* Aigue non fébrile - hémorragie méningée (installation brutale), HTIC, HTA, intoxication,

aggravée par l'achète pharyngée : signes digestifs fréquents aura possible le plus souvent visuelle ;

- céphalées de tension : clinique inverse de la migraine ; aggravées par la fatigue, localisation postérieure, retentissement modéré ; risque d'abus d'analgiques qui sont peu ou pas efficaces ;

~ trouble de la réfraction : donc consultation d'ophtalmologie systématique.

* Céphalées chroniques :

- d'aggravation progressive : HTIC 7

– céphalée chronique quotidienne : origine psychogène (anxiété, problème familial, phobie scolaire, post-traumatique) et/ou abus d'analgésiques.

I ATTENTION AUX PIÈGES

- * Devant toute céphalée fébrile, une obsession : raideur de nuque
- * Migraine et céphalées de tension peuvent être associées.
- * Adolescent : les céphalées sont parfois le (seul) symptôme dépressif.

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/le_lz

@@@ 169 @@@

Céphalées, dont migraine de l'enfant

III— PRESCRIPTIONS

Traitement symptomatique

- * En première intention :
 - paracétamol 15 mg/kg/6 h, max. 1 g/prise ;
 - ibuprofène 10 mg/kg/8 h, max. 400 mg, avec aucune orientation diagnostique.
- * Traitement médicamenteux des
- * Traitement des facteurs favorisants : manque de sommeil, jeûne, pression scolaire, etc.

« traitement des déclencheurs, à identifier : stimulation sensorielle, certaines activités physiques, émotions, jeûne, manque de sommeil, écrans, alcool, etc. ;

« relaxation, biofeedback, thérapie cognitivo-comportementale.
– En cas d'échec et de retentissement, traitements hors AMM : propranolol, amitriptyline.

- * Céphalées de tension, céphalée chronique quotidienne
- Abstinence thérapeutique.
- Relaxation, (auto) hypnose.
- Traitement des facteurs favorisants : manque de sommeil, jeûne, pression scolaire, etc.

Examens d'orientation

- * Prise de la PA systématique. Recherche de CO si contenseur,
- * Pas d'examen en cas de migraine typique. Imagerie

cérébrale – &
– érythrocytes ;

– inquiétude parentale importante ;

– céphalées de localisation congénitale ou d'aggravation progressive ;

- anomalie neurologique (dont WITIC), cutanée, endocrinienne, ou AEG.

-+

Pour avmplus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/Faille_V2

@@@ 194 @@@

ORL - Ophtalmologie

Angine

3 RAPPEL%%

Inflammation des amygdales palatines d'origine virale (3 tous les dges) ou bactérienne [Streptocoque A, en général après 3 ans).

Diagnostic

e Figvre,odyn fi amygdales inflammatoires, adenopathies satellites ; rhinorrhée et douleurs abdominales fréquemment associées.

» Aspect de l'angine -

- érythémateuse, érythémato-pultacée (enduit purulent) : la distinction entre une forme virale et une forme bactérienne ne peut se faire qu'avec un test de diagnostic rapide (TDR), indiqué devant l'une de ces 2 formes après l'âge de 3 ans ;

- vésiculeuse ; toujours virale ;

- pseudo-membraneuse : penser EBV, voire diphtérie si non vacciné ou pays d'endémie ;

- ulcéreuse, ulcéro-nécrotique ! faire NFS : neutropénie ?

Objectif thérapeutique

Soulager les symptômes, et pour les formes bactériennes : réduire la durée et la contagiosité, prévenir les complications locorégionales. @\ N

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

;Y

» Faire un TOR devant toute angine érythémato-pultacée à partir de 3 ans. @Qy

» Si TOR+ : vérifier l'absence d'antécédents de tumeurs. Dans tous les cas - vérifier la capacité de l'enfant à s'hydrater par voie orale.

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/faille_v2

@@@ 195 @@@

Angine

III— PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- * Pour tous :
 - ~ paracétamol 15 mg/kg/6 h si douleurs ou fièvre ;
 - = + ponctuellement si insuffisant : ibuprofène 10 mg/kg/8 h (source - Fiche Mémo, HAS 2016)
- * Si TDR positif :
 - amoxicilline po 50 mg/kg/j gfl. en 2 prises, pendant 6 jours ;
 - suspensions buvables 5 mL, 250 mg/5 mL, 500 mg/5 mL (+ cuillère-mesure)
 - comprimés 50mg, 19
- * Si allergique aux pénicillines : cefpodoxime 8 mg/kg/24 h en 2 prises (dose-poids), 5 jours.
- * Si allergie à toute B-lactamine : azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise, 3 jours,

Règles hygiéno-diététiques

- * Privilégier une alimentation lactée froide, à visée antalgique.
- * Hydratation par voie orale, par SRO si besoin.

Situations particulières

Pour la forme particulière de la scarlatine (cf. p. 9) : même prise en charge que l'angine simple TDR positif ; pas d'éviction obligatoire. QO

et

fièvre, voire torticollis ou
tumeur locorégionale : abcès,

I SURVEILLANCE

- * Aggravation secondaire de la douleur et fièvre, trismus, pouvant faire craindre une angine adénophlegmon.
- * Pour les angines streptococciques rares glomérulonephrites aiguës à distance.

Pour plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/faille_v2

@@@ 208 @@@

Otitis

I RAPPELS =

Inflammation du tympan et de sa caisse (otite moyenne aiguë [OMA]) ou du conduit auditif externe (otite externe), d'origine infectieuse. Les complications compliquent en général une rhinopharyngite est important de repérer et d'expliquer les situations nécessitant d'antibiothérapie, pour en limiter les prescriptions.

Diagnostic Positif

» Diagnostic d'OMA purulente : otalgie, fièvre, signes d'accompagnement variables : ORL, tympan inflammatoire et bombant, avec perte des

reliefs osseux & l'épanchement, parfois extériorisé : otorrhée, empêchant de visualiser le tympan.

» Diagnostic d'OMA congestive : otalgie, rhinopharyngite, fièvre. Tympan érythémateux, hypervascularisé, sans perte des reliefs osseux.

» Diagnostic d'otite sérumuqueuse : peu ou pas symptomatique. Tympan non inflammatoire mais présence d'un épanchement. Risque de retentissement auditif.

» Diagnostic d'otite externe : otalgie importante, sans fièvre. Tympan normal, CAE œdématisé et douloureux avec sécrétions blanchâtres. Objectif thérapeutique

Soulager les symptômes, accélérer la guérison par antibiothérapie selon les indications ci-dessous.

mm- PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

* Une otalgie [signes indirects chez le nourrisson] peut aussi être réflexe, sur une rhinopharyngite ou une otologie dentaire par

exemple.

* En cas d'OMA purulente peu bruyant l'enfant de plus de 2 ans avec une bonne compréhension : pas d'antibiothérapie d'emblée, réévaluation à 48-72 h.

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/fljlll_z

@@@ 209 @@@

médicamenteux, respiratoires, %g
Diagnostic é .

Association variable, dans lesd %suivant l'exposition à un allergène pas toujours identifié, de si N&U moins 2 systèmes touchés) |

~ cutanéomuqueuxUrticatoire, prurit, souvent inauguraux |

-~ respiratoires : -1'- ée, bronchospasme, stridor |

- hémodynamiques : tachycardie, collapsus, léthargie, malaise ;

~ digestifs - douleurs abdominales, vomissements,

Objectif thérapeutique

Enrayer l'évolution de la réaction, qui peut mettre en jeu le pronostic vital ;
puis informer sur les risques de récurrence, et la conduite à tenir.

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité immunitaire. Son incidence

B = REMARQUES

* Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'utilisation d'adrénaline en cas d'anaphylaxie, y compris il existe une comorbidité cardiovasculaire associée.

* L'absence d'urticaire n'empêche pas le diagnostic. En cas de doute !
intérêt du dosage de la tryptase sérique dans les 30 min à 2 h, sans attendre le traitement.

\©

I NOTES PERSONNELLES

I - A

%

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur hflpsfl@t.mfille_iz

@@@ 253 @@@

Anaphylaxie et œdème de Quincke

EEE— PRESCRIPTIONS

Ordonnance et conduite à tenir en urgence

* Adrénaline (traitement de 1^{re} ligne) : dose 0,01 mg/kg IM (max. 0,50 mg) à la face latéro-externe du tiers moyen de la cuisse.

* Ou stylo injectable pré-rempli, par voie IM ; si
-<25kg:0,15mg; é
->25kg:0,30mg. _.

Injection & renouveler si besoin au LG #ES 3 10 min.

* Prévenir le SAMU (15 ou 112) pour prise en charge symptomatique
& une surveillance hospitalière d'au moins quelques heures, en raison
Patient allongé, à l'arrêt de la thérapie si possible,

Mesures associées

Toute première réaction anaphylactique doit entraîner :
- un interrogatoire recherchant l'allergène responsable, avec des
mesures d'éviction en attendant le bilan allergologique ;
- la prescription d'un stylo d'adrénaline auto-injectable, avec
éducation à son utilisation : ne pas hésiter à s'en servir, le tenir
ferme-
ment, injecter et maintenir en place 10 secondes ;
- une consultation d'allergologie, permettant de compléter le bilan
et l'éducation.

Situations particulières (traitements de 2° ligne)

être associées :
~ adrénaline 1 mg = 1 mL si dyspnée modérée
- terbutaline 0,04 mg/kg (max. 2 mL) si dyspnée

* En cas de collapsus, expansion du volume physiologique IV,

20 mL/kg en 20 min, max. 500 mL

NB : antihistaminiques et corticostéroïdes ne sont que des traitements de
3 ligne.

Pour en savoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur
https://t.me/Faille_V2

@@@ 282 @@@

Prévention - Développement

Asthénie

IS ORIENTATION DI A

Ce symptôme n'a aucune spécificité à l'enfant pour de multiples
raisons: il sera difficile d'en faire une liste exhaustive. Mais
cela inquiète

parfois beaucoup les pangfiS)#ias toujours & juste titre d'ailleurs. Si aucune cause évidente n'estEgVee, il est important de distinguer deux types de situations. `

el

Les situations physiologiques

* Manque de sommeil (cf. p. 175): le retard de phase est un problème très fréquent, notamment à l'adolescence ; de même que certains perturbateurs du sommeil, comme les écrans ou les boissons excitantes.

*» Asthénie post-virale |z grippe, la mononucléose infectieuse, ou encore l'enchaînement de plusieurs épisodes viraux, peuvent induire un état de fatigue pendant plusieurs semaines.

» Fatigue saisonnière: |2 rentrée, |'hiver ou la fin de l'année scolaire sont des périodes 3 risque.

Les situations pathologiques

Les signes d'appel sont les suivants. &

* Apnées obstructives du sommeil : céphalées matinales, end@filent

en classe, réveils nocturnes, ronflements, apnées parfois QQ es par les parents, hypertrophie amygdalienne. ,&\\

* Dysthyroïdie (hypo/hyper, cf p. 107): brady/s @ardte constipation/diarrhée, prise/perte de poids, voire ralentissement/accélération de la croissance staturale, difficultés scolaires. ,

*» Maladie inflammatoire mfim% u d]gutiu figvre récurrente ou prolongée, arthrites inflammatoires, Lésions cutanées, signes digestifs divers,

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/memlle_iz

@@@ 300 @@@

Infections sexuellement transmissibles

adolescent, après avoir fait mmr les par

casion de demander si l'adolescent| i des attouchements ou des rapports non consentis, sima% ment fréquente et trop rarement dépistée.

La question du préservatif
visée préventive et g ' ? gogique. Chez les adolescents actr{s
s.exuellement,
il faut interroger éventuels rapports non protégés, même anciens et

accidentels, pour déterminer si un bilan de dépistage est nécessaire ou
non.

Les 15-24 ans sont la tranche d'âge la plus touchée par les IST, en
particulier
& chlamydia et & gonocoque. Ces deux infections, parfois asymptomatiques,
sont à dépister par un prélèvement vaginal chez la fille, et un
prélèvement
urinaire (ou éventuellement urétral) chez le garçon,

Autres dépistages à associer systématiquement : sérologies VIH, syphilis,
hépatites B et C.

NB : chez une adolescente, si le rapport non protégé est récent et/ou en
cas
de retard de règles, ajouter un dosage des f-HCG plasmatiques.

Pour ce qui est des infections à papillomavirus, l'adolescence est
surtout le
moment de proposer la vaccination, qui est désormais recommandée chez
les garçons comme chez les filles de 11 & 14 ans révolus, avec un
rattrapage
possible jusqu'à 19 ans.

5 PRECAUTIONS

d'information, de dépistage et de
gratuite, confidentielle et sans

stic) ou la prise en charge est

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur
https://t.me/mlle_lz

301

Infections sexuellement transmissibles

1 PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Traitement spécifique en cas de résultat positif
-Chlamydia : doxycycline 100 mg 2x1 ou Nufirwa (ou céfikime

partenaires des 12 derniers mois

* Gonocoque : ceftriaxone 500 mg 1M ou Nufirwa (ou céfikime

ister le partenaire,

En cas de suspicion clinique, ou d'exposition avec un risque élevé
bithérapie d'emblée, sans délai

Contraception d'urgence

* Lévonorgestrel dans les 3 jours) ou ulipristal acétate 30 mg

(dans les 5 jours), en 1 prise unique, & prendre le plus tôt possible.

• Elle est gratuite, anonyme et disponible sans ordonnance pour les
mineures auprès des centres de planification familiale, des CeGIDD, des
infirmières scolaires ou en pharmacie. La pose d'un dispositif intra-
utérin
au cuivre est également possible dans les 3 jours.

• C'est l'occasion de mettre en place une contraception régulière ;
cf. p.93.

Règles hygiéno-diététiques

Rappeler régulièrement l'importance de l'utilisation du préservatif, et
les
situations devant conduire à effectuer un dépistage des IST.

Situations particulières

Les CeGIDD sont également & même de prendre en compte

des expositions sexuelles, les demandes de prophylaxie post-exposition
(PrEP), et de mener des actions de prévention ;

les adolescents
au moindre doute, à

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur
https://t.me/Faillle_V2

318

Vitamines D et K

B RAPPELS

tiellement un rôle
ent par le manque

La supplémentation en vitamine D chez l'enfant a des
de prévention du rachitisme carentiel, favorisé

quotidienne vient s'ajouter à l'enrichissement
des préparations
et tend à diminuer les doses chez
l'adulte.

Les recommandations concernant la supplémentation en vitamine D ont été mises à jour en 2012 par le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, et sont reprises ci-dessous.

La vitamine K est un cofacteur de la coagulation, dont les besoins sont insuffisamment couverts en période néonatale : stocks et apports maternels faibles, production insuffisante par le microbiote intestinal, La supplémentation vise à prévenir la maladie hémorragique du nourrisson, et se résume maintenant à 2 ou 3 doses au cours du 1^{er} mois de vie

EE- PRECAUTIONS

Avoir le réflexe « vitamine » au cours de toute consultation avec un nourrisson et un adolescent ; savoir repérer les situations à risque (cf. plus bas).

S-NOTES PERSONNELLES

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur <https://t.me/iz>

@@@ 319 @@@

Vitamines D et K

EEE- PRESCRIPTIONS

Ordonnance

* Nouveau-né :
- vitamine K1, 2 mg/0,2 mL per os ;
= pour tous ; 1^{re} dose à la naissance, 2^e dose à J3-8
- 3^e dose à 1 mois, non obligatoire sous lait maternel.
NB : chez le prématuré - 1 dose par semaine (à la naissance ou au terme cormige).

*De 0 à 18 mois : colécalciférol (vitamine D3) 300 UI - 4 gouttes par jour, soit 1 200 UI

OdoflmeisiSm 18m colécalciférol (vitamine D3)
BI}{DGamG!fJUI & en novembre et février,

hygiénodmélqus

☺ Insister sur l'observance, notamment sous allaitement maternel.

® En cas d'allaitement artificiel, l'utilisation des préparations supplémentées permet aussi de prévenir les carences vitaminiques : mettre en garde

contre 'vtilisation de laits « originaux ».

Situations particulieres

Augmentation des doses de vitamine D possible dans les situations suivantes :

- forte pigmentation cutanée ; absence d'exposition au soleil estival ;
- malabsorption digestive, cholestase, insuffisance rénale, syndrome néphrotique ; obésité ;
- rraitement par rifampicine, phénobarbital, phénytaine. @Q
- * 1 ampoule de 80-100 000 UI tous les 3 mois chez les 13 M5 ans et les 10-18 ans. A i

¢ 1 ampoule en novembre et février chez les 5-1@6

I SURVEI %

- * Croissance staturo-pondérale, alimentation, observance.
- * Aucun dosage sanguin n'est nécessaire en situation courante,

Pour IWIHS d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur [https://t.me/Faillle V2](https://t.me/Faillle_V2)

@@@ 338 @@@

Pyélonéphrite aiguë

I RAPPELS =

Il s'agit d'une infection urinaire haute, le plus souvept a Escherischia coli, porteur d'une BLSE dans moins de 10% des cagERE petit nourrisson, et peut compliquer une cystisgiehet la petite fille (3-6 ars)

SNouche volontiers le cu |'adolescente, @ 2

Diagnostic %

Fièvre isolée mal tolé \$ ant plus de 48 h, parfois douleurs lombaires. ;_

Y penser notammes{a bt 3 mais, et en cas ' antéeddert d'infection urinaire ou d'uropathie. 5

* Bilan systématique : NFS, CRP (élevée), ionogramme sanguin, urée, oréatinine.

* Examen des urines indispensable :

- mode de recueil : si 'enfant 2 des mictions volontaires, recueil en milisu de jet après désinfection soigneuse. Sinon, désinfection soigneuse, puis

prélevement au jet ou sondage aller-retour. Le prélèvement sur poche n'est fiable que si négatif, ou si probabilité clinique forte et BU franchement positive ;
- bandelette urinaire : fiable après 1 mois, élimine le diagnostic si elle est négative.
- ECBU : & faire si BU positive (leucocytes et/ou nitrites), Infection urinaire confirmée si leucocyturie = 10^4 /mL, présence de germes au direct, et culture 2×10^5 UFC/mL avec une seule espèce bactérienne. @@

©

Objectif thérapeutique

Contrôler et guérir l'infection, rechercher une cause

Rechercher un facteur favorisant la sy

- constipation (cf p. 53) ; S
- instabilité vésicale (cf p. 321), pouvant être responsable d'un reflux vésico-urétéral fonctionnel ;

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur https://t.me/memlle_lz

@@@ 340 @@@

Pylonéphrite aiguë

I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Paracétamol 15 mg/kg/b h po si douleur ou fièvre.

* Antibiothérapie parentérale possible en amb- β nm (cf « Situations

particulières ») ;

- ceftriaxone 50 mg/kg/jen 1 mvcfimo , max. 2 g/j, pendant 48h;

- puis relais oral adapté & l'antibiotique, durée totale 10 jours.

Par ordre de préférence -

o cotrimoxazole 1

* Traitement oral possible d'emblée si : âge > 3 mois, fièvre récente, état général conservé, pas d'antécédent d'infection urinaire ou d'uropathie, pas d'antibiothérapie récente.

-~ Céfixime 4 mg/kg/12 h po, max. 200 mg/prise, pendant 10 jours.

- Formes : suspension buvable en dose-kg, cp a 200 mg.
- Récupérer l'antibiogramme à 48 h, pour adapter le traitement en cas de résistance.

Source : Prise en charge des infections urinaires de l'adulte, GPP, 245,

Règles hygiéno-diététiques

* Hydratation suffisante, par voie orale ou IV.

• Prendre en charge une éventuelle constipation ou une anémie associée.

Situations particulières

Hospitalisation obligatoire si $\text{dgc} < 3 \text{ mg/l}$ si - connue, ou risque de mauvaise compliance des patients. IF. $\text{u} \cdot \text{TB} \cdot \text{c} \cdot \text{fo}$ taxime + amikacine V. @ rents

Pour avoir plus d'exclusivités rejoindre nous sur www.amis-med.com et sur hflpe@meville.lz