

30 feux rouges en pédiatrie

Trente situations pièges, aux conséquences potentiellement graves.

Au 1^{er} janvier 2012, l'Insee recensait 12,9 millions d'enfants de moins de 16 ans, soit un cinquième de la population en France métropolitaine.¹ Selon des chiffres de 2002, 5 % de ces enfants ne consultent qu'un pédiatre, 40 % un médecin généraliste et 55 % les deux. Cela représente 13 % de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes. Environ 70 % de ces actes ne concernent que des pathologies bénignes ou des actions de prévention.² Mais au sein de toutes ces affections sans gravité, il est parfois difficile d'identifier une pathologie rare mais sévère.³ En effet, l'exercice de la médecine de l'enfant comporte de nombreux pièges diagnostiques et thérapeutiques bien connus des plus expérimentés d'entre nous.⁴

Différents spécialistes pédiatriques de l'hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes ont été sollicités pour proposer, chacun dans leur domaine, les « feux rouges » ou notions qui leur paraissaient indispensables à connaître. Ces propositions ont été sélectionnées, reformulées pour certaines puis validées en collaboration avec les enseignants du département de médecine générale (DMG) et constituent ce qui nous apparaît comme les piliers de la médecine de l'enfant. Cet outil nouvellement constitué a été complété par des items oranges et verts correspondant à

des notions moins urgentes, mais tout aussi incontournables en pédiatrie. •

RÉFÉRENCES

1. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. Prise en charge des enfants en médecine générale : typologie des consultations et visites. Août 2007. Drees. Études et résultats (N° 588):1-8. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-prise-en-charge-des-enfants-en-medecine-generale-une-typologie-des-consultations-et-visites,4415.html>
2. Insee 2012. Composantes de la croissance démographique http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natnon02151
3. Haj-Hassan TA, Thompson MJ, Mayon-White RT, et al. Which early 'red flag' symptoms identify children with meningococcal disease in primary care? Br J Gen Pract 2011;61:e97-104.
4. Singh H, Thomas EJ, Wilson L, et al. Errors of diagnosis in pediatric practice: a multisite survey. Pediatrics 2010;126:70-9.
5. Najaf-Zadeh A, Dubos F, Pruvost I, Bons-Letouzey C, Amalberti R, Martinot A. Epidemiology and aetiology of paediatric malpractice claims in France. Arch Dis Child 2011;96:127-30.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

1. Service de pédiatrie, CHU-hôpital Mère-Enfant,
2. Département de médecine générale, faculté de médecine,
3. Service de chirurgie infantile, CHU-hôpital Mère-Enfant, 44035 Nantes Cedex. christele.grasleguen@chu-nantes.fr

Ces situations « pièges » vont être présentées aux étudiants comme une liste de notions à acquérir, mais utilisées aussi comme outil d'évaluation de notre pédagogie. En effet, enseignés durant le second cycle des études médicales, ces feux rouges feront l'objet d'une évaluation dès l'admission en troisième cycle pour la filière médecine générale, ce qui permettra un état des lieux des acquisitions. Un enseignement ciblé sur les items non assimilés pourra ensuite être mis en place, et une nouvelle évaluation des connaissances sera effectuée au moment du passage du DES de médecine générale.

Nous espérons ainsi attirer l'attention de nos futurs médecins sur toutes les situations pièges et à fort risque d'erreur ou de retard diagnostique en pédiatrie, dont les conséquences peuvent être aussi graves pour l'enfant que culpabilisantes pour le médecin.⁵

1 Chez un enfant inconscient, l'absence de pouls ou une bradycardie doivent faire débiter une réanimation cardiopulmonaire (inefficacité circulatoire).

2 Chez un enfant tachycarde et polypnéique qui a des symptômes évoquant une bronchiolite ou un asthme du nourrisson, toujours vérifier l'absence d'hépatomégalie (triade diagnostique de l'insuffisance cardiaque chez l'enfant).



3 Toute convulsion fébrile avant l'âge de 1 an doit être considérée comme une méningite bactérienne jusqu'à preuve du contraire.

4 Même en l'absence de raideur de nuque (remplacée par une hypotonie jusqu'à 18-24 mois), évoquer le diagnostic de méningite chez un nourrisson fébrile et douloureux.

5 Chez un enfant fébrile tachycarde (FC trop rapide non corrélée à la température : compter environ 15 battements supplémentaires par degré au-delà de 37 °C), il faut rechercher d'autres signes d'insuffisance circulatoire et diagnostiquer un état de choc même si la pression artérielle reste normale (hospitalisation via le 15).

6 Orienter vers un hôpital tout enfant fébrile de moins de 3 mois pour un bilan biologique systématique et/ou mise en place d'une antibiothérapie par voie intraveineuse (probabilité d'infection bactérienne sévère de l'ordre de 25 à 55 %).

7 Administrer impérativement de la ceftriaxone (50 mg/kg IM) en préhospitalier à un enfant fébrile qui a un purpura extensif et/ou nécrotique et/ou > 3 mm de diamètre.

8 Toujours appeler le 15 pour prendre en charge un enfant qui a un purpura extensif et/ou nécrotique (ne pas se contenter de demander aux parents de se rendre aux urgences).

9 Rechercher de principe des signes de gravité chez tout enfant fébrile (purpura, Glasgow < 15, fréquences cardiaque et respiratoire chiffrées interprétées en fonction de la température, allongement du temps de recoloration cutané).

10 Devant une convulsion fébrile avec persistance d'un trouble de la conscience au décours, hospitaliser l'enfant via le 15 (suspicion d'encéphalite herpétique ou de méningite bactérienne : urgence thérapeutique).

11 Demander un scanner cérébral chez tout enfant ayant une dérivation ventriculaire qui a des céphalées ou des vomissements. La normalité de l'examen (comparé à une imagerie récente) ne permet pas d'exclure un dysfonctionnement de valve. Prendre l'avis d'un neurochirurgien dans tous les cas.

12 Ne pas laisser un nourrisson dormir sur le ventre s'il n'a pas acquis le retournement.

13 En cas de malaises du nourrisson associés à une pâleur ou une augmentation récente du périmètre crânien, évoquer un possible hématome sous-duréal et décider d'une hospitalisation urgente.

14 Hospitaliser tout enfant suspect de maltraitance (traumatisme infligé) pour évaluation.

15 Considérer un enfant comme suspect de maltraitance (traumatisme infligé) et relevant d'une hospitalisation devant :

- a. une ecchymose ou fracture avant l'âge de la marche ;
- b. une lésion cutanée superficielle de localisation inhabituelle pour l'âge (figure ci-contre) ;
- c. une brûlure de localisation inhabituelle et/ou de mécanisme peu clair/discordant ;
- d. tout enfant victime de multiples accidents domestiques d'explications peu plausibles ;
- e. une grossesse chez une jeune fille de moins de 15 ans.

16 Tout état d'agitation de l'adolescent justifie une hospitalisation pour prise en charge et bilan à la recherche d'une cause somatique.

17 Adresser en milieu hospitalier tout adolescent au décours d'une tentative de suicide.

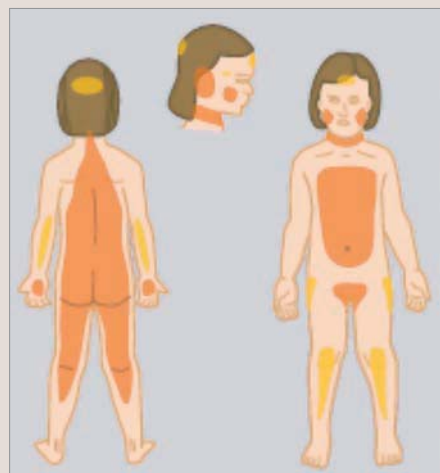
18 Hospitaliser un adolescent ayant des scarifications sur le visage ou le ventre s'il s'agit d'un garçon, ou si association à une brûlure ou autres lésions auto-infligées (signe de gravité).

19 Une douleur testiculaire chez l'enfant pubère est une torsion de testicule jusqu'à preuve du contraire et justifie un avis chirurgical en extrême urgence (il vous reste 6 heures pour sauver l'organe !).



20 Une occlusion aiguë fébrile doit faire évoquer une péritonite en priorité.

21 Devant des vomissements verts du nouveau-né, obtenir un avis chirurgical en urgence (éliminer une occlusion par volvulus sur mésentère commun).



Localisations suspectes des lésions (en orange) et zones habituelles (en jaune).

22 En cas d'ictère néonatal accompagné de selles décolorées (même si allaitement maternel), suspecter au plus vite (avant la fin du premier mois de vie) une atésie des voies biliaires : dosage sanguin de bilirubine et avis spécialisé (urgence diagnostique majeure).

23 En cas de douleur abdominale et de cicatrice chirurgicale (antécédent de chirurgie abdominale), évoquer de principe une occlusion sur bride.

24 Une boiterie fébrile est une infection ostéo-articulaire jusqu'à preuve du contraire et nécessite un avis chirurgical en urgence.

25 Toujours orienter vers un spécialiste hospitalier un enfant hémophile ou sous traitement anticoagulant (AVK) au décours d'un traumatisme même mineur.

26 La bandelette urinaire à la recherche d'une glycosurie est le seul examen à réaliser en urgence avant d'hospitaliser un enfant suspect de diabète (ne pas prescrire une glycémie à jeun pour le lendemain...).



27 Toute découverte de diabète chez l'enfant nécessite une hospitalisation en urgence.

28 Suspecter une pathologie rénale (syndrome hémolytique et urémique) devant une diarrhée profuse avec vomissement mais sans perte de poids (plutôt qu'une erreur de balance !).

29 Chez le jeune enfant, évoquer un syndrome hémolytique et urémique devant toute diarrhée sanglante en cours ou récente, s'accompagnant d'une pâleur (anémie) et/ou de symptômes neurologiques.

30 Un enfant drépanocytaire ayant une fièvre, une douleur importante, une anémie aiguë, une symptomatologie respiratoire, un priapisme nécessite une prise en charge hospitalière en urgence (hydratation, antibiotiques et antalgiques).