

# Le 12 janvier 2022



fmpt.DESPSS  
Département d'épidémiologie, santé  
publique et sciences sociales



La Société Marocaine de Médecine Générale  
avec le Département d'Épidémiologie, Santé Publique et Sciences Sociales de la  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger  
et le Service de Pédiatrie du CHU de Tanger  
organisent un webinaire sur

## REGARDS sur la médecine de première ligne Épisode 6 : les maladies infantiles

Mercredi 12 Janvier 2022 à 19h30



**Pr OULMAATI Abdallah**

Professeur de Pédiatrie, Faculté de Médecine  
et de Pharmacie, CHU de Tanger  
Vice doyen de la FMPT



**Pr BOUSFIHA Ahmed Aziz**

Professeur de Pédiatrie, Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**Pr NAJDI Adil**

Chef du département d'épidémiologie à  
la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Tanger



**Dr ATAE-ALLAH Rabab**

Médecin Résidente en pédiatrie  
CHU de Tanger



**Dr EL MANSORI Lobna**

Secrétaire générale de la Société  
Marocaine de Médecine Générale  
(SMMG) (Modératrice)



**Dr BENABBOU Abdelhadi**

Président de la Société Marocaine de Médecine  
Générale (SMMG)

Démuni d'un système immunitaire protecteur pendant de longues années après ma naissance, malade mais ne pouvant exprimer mon mal, dépendant de mes parents pour me faire soigner à temps, des compétences du médecin chargé de mes soins, des moyens qu'il peut mettre en œuvre pour diagnostiquer ma maladie et la traiter, exposé au passage à la chronicité de ma maladie ou à des traitements au long cours, comment puis-je devenir adulte si je ne peux être enfant ?  
Docteur, je n'ai que mes cris pour vous exprimer ce dont je souffre !

إلى الأطباء و كل العاملين في المجال الصحي ضحايا تفانيهم في مواجهة كوفيد-19. لم ننسكم ولن ننساكم أبداً  
Aux médecins et à tous les acteurs de la santé victimes de leur dévouement et de la covid-19,  
nous ne vous oublions pas

0661848796

smmgregards@gmail.com

https://www.smmg.ma

https://www.facebook.com/smmg.maroc

# REGARDS SUR L'ESSENTIEL EN PÉDIATRIE

**Dr Rabab ATAE-ALLAH,**

**Pr Yousra ELBOUSSAADNI**

**Pr Kaoutar KHABBACH**

**Pr Abdellah OULMAATI**

Equipe de pédiatrie -CHU Tanger- Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Equipe de pédiatrie -CHU Tanger- Faculté de médecine et de pharmacie deTanger



# Soyez les bienvenue au service de pédiatrie CHU Tanger

- La pédiatrie est une spécialité multidisciplinaire, qui s'intéresse à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies de l'enfant âgé de 0 à 15 ans. Une des particularités de la pédiatrie réside dans la relation de soin. Celle-ci se fait en triade : les parents-l 'enfant-les soignants. Cette triade relationnelle est quasiment indissociable de la prise en charge d'un enfant. Si un des éléments manque, le soin peut être rapidement compromis voire impossible.
- La qualité de la supervision pédagogique du stage hospitalier est une préoccupation réelle l'équipe pédagogique du service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Tanger ; en travaillant sur les modes pédagogiques actifs permettant à l'étudiant d'être acteur de ses apprentissages.
- Notre objectif est d'améliorer concrètement les méthodes et les comportements de supervision du stage hospitalier en pédiatrie en s'intéresse au développement du raisonnement diagnostique et de la prise de décision devant un patient.
- L'équipe pédagogique du service de pédiatrie veille à accueillir les étudiants au début de leur stage et d'organiser leur supervision pratique.
- A la fin du stage l'étudiant doit être capable de prodiguer des soins cliniques respectant les normes, protocoles et considérations déontologiques et de collaborer efficacement avec le patient et sa famille ainsi qu'avec ses pairs et d'autres professionnels de la santé.



# Vignette clinique N°1:

- **L'enfant Jad âgé de 4 ans, présente une fièvre chiffrée à 39°C évoluant depuis 3 jours, vous trouvez à l'examen clinique des angines érythémato-pultacées vous avez recours en premier lieu:**
  - A- Aux céphalosporines de 3ème génération pendant trois jours
  - B- A la pénicilline retard en une injection
  - C- A l'amoxicilline simple 50mg/kg 5 à 7 jours
  - D- Aux cyclines 5 à 7 jours
  - E- A l'amoxicilline protégée 80 mg/kg 5 à 7 jours

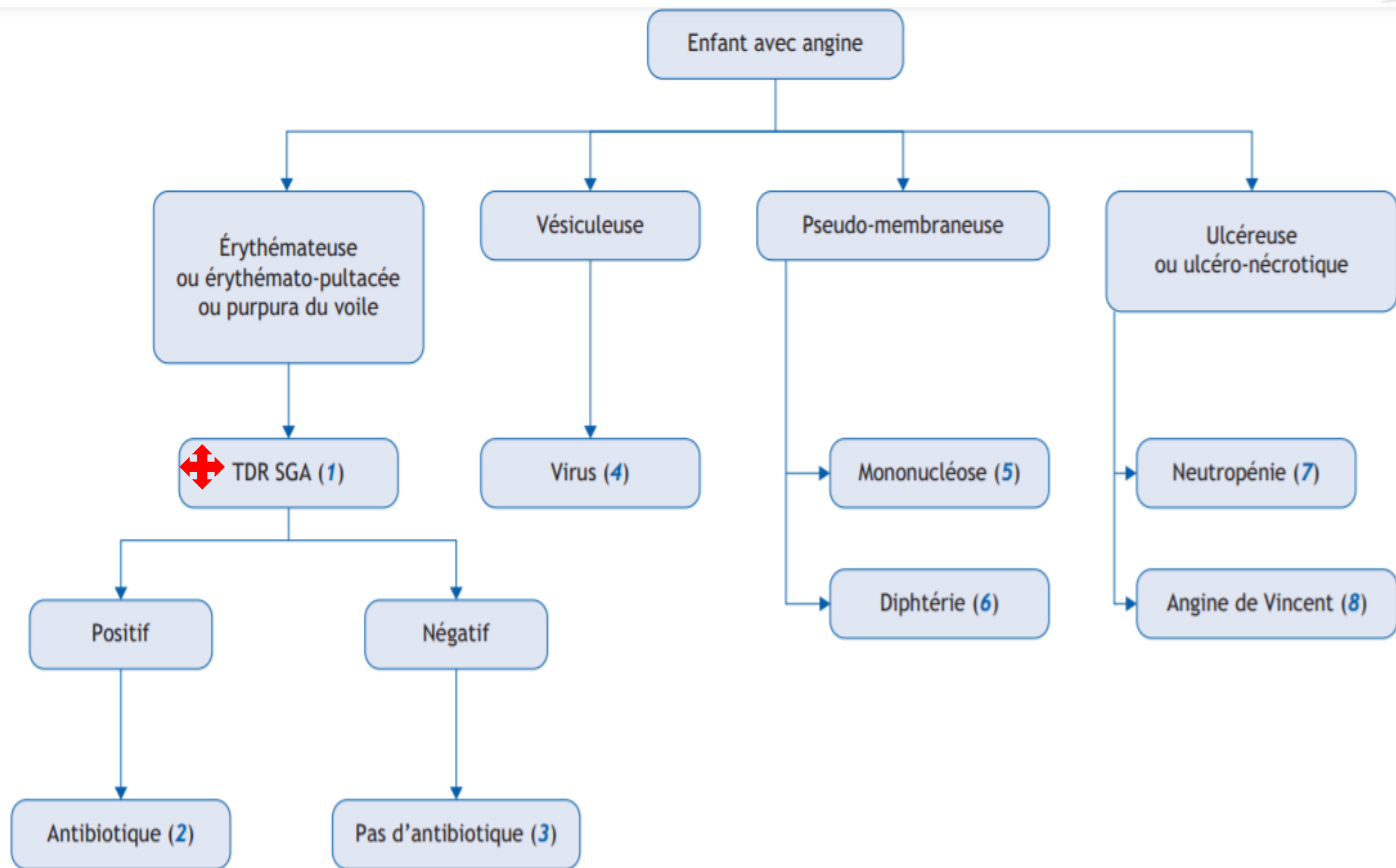
# Vignette clinique N°1:



- **L'enfant Jad âgé de 4 ans, présente une fièvre chiffrée à 39°C évoluant depuis 3 jours, vous trouvez à l'examen clinique des angines érythémato-pultacées vous avez recours en premier lieu:**
  - A- Aux céphalosporines de 3ème génération pendant trois jours
  - B- A la pénicilline retard en une injection
  - C- A l'amoxicilline simple 50mg/kg 5 à 7 jours**
  - D- Aux cyclines 5 à 7 jours
  - E- A l'amoxicilline protégée 80 mg/kg 5 à 7 jours



- En cas de TDR positif, l'antibiotique recommandé en 1<sup>ère</sup> intention est l'amoxicilline (50 mg/kg/j en 2 prises pendant 6 jours).
- En cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines, proposer une C2G orale (céfuroxime) ou une C3G orale (cefpodoxime).
- En cas de cas de contre-indication aux bêtalactamines, proposer un macrolide (azithromycine, clarithromycine ou josamycine).
- En cas d'angines récidivantes à SGA, relativement fréquentes, on peut proposer d'autres traitements que l'amoxicilline, tels que l'association amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines, les macrolides.



#### ■ Abreviations

SGA : Streptocoque du groupe A  
TDR : Test de diagnostic rapide

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : jeremie.cohen2@aphp.fr (J. Cohen).

## Vignette clinique N°2:

- **Yahya 5 ans , vient consulter pour fièvre à 39 °C, toux et polypnée à 45 cycles par minute :**

### Les éléments en faveur d'une pneumopathie bactérienne :

- A- Un état général conservé
- B- Des signes auscultatoires en foyer
- C- Un bilan biologique normal
- D- Une opacité bien définie à la radio
- E- Une atteinte des voies aériennes supérieures



## Vignette clinique N°2:



- **Yahya 5 ans , vient consulter pour fièvre à 39 °C, toux et polypnée à 45 cycles par minute :**

### Les éléments en faveur d'une pneumopathie bactérienne :

- A- Un état général conservé
- B- Des signes auscultatoires en foyer**
- C- Un bilan biologique normal
- D- Une opacité bien définie à la radio**
- E- Une atteinte des voies aériennes supérieures



## Vignette clinique N°3:

- **Yahya 5 ans , vient consulter pour fièvre à 39 °C, toux et polypnée à 45 cycles par minute :**

### Les éléments en faveur d'une pneumopathie virale :

- A- L'altération de l'état général
- B- Des râles ronflants diffus
- C- Une polynucléose neutrophile à la NFS
- D- Une opacité systématisée à la radio pulmonaire
- E- Une atteinte associée des voies aériennes supérieures

## Vignette clinique N°3:



- **Yahya 5 ans , vient consulter pour fièvre à 39 °C, toux et polypnée à 45 cycles par minute :**

### Les éléments en faveur d'une pneumopathie virale :

- A- L'altération de l'état général
- B- Des râles ronflants diffus**
- C- Une polynucléose neutrophile à la NFS
- D- Une opacité systématisée à la radio pulmonaire
- E- Une atteinte associée des voies aériennes supérieures**

## Vignette clinique N°4:

- **On a retenu le diagnostic de pneumopathie bactérienne chez Yahya:**

**Quelle est votre prescription en ambulatoire chez Yahya:**

- A- Amoxicilline 100mg/kg/jr VO et antipyrétique
- B- Macrolide 50 mg/kg/jr VO et antipyrétique
- C- Amoxicilline protégée 80mg/kg/jr VO et antipyrétique
- D- Ceftriaxone voie injectable et antipyrétique
- E- Antitussif et antipyrétique

## Vignette clinique N°4:



- On a retenu le diagnostic de pneumopathie bactérienne chez Yahya:

Quelle est votre prescription en ambulatoire chez Yahya:

- A- Amoxicilline 100mg/kg/jr VO et antipyrétique**
- B- Macrolide 50 mg/kg/jr VO et antipyrétique
- C- Amoxicilline protégée 80mg/kg/jr VO et antipyrétique
- D- Ceftriaxone voie injectable et antipyrétique
- E- Antitussif et antipyrétique

# Vignette clinique N°5:

- **On a retenu le diagnostic de pneumopathie bactérienne chez Yahya:**

**Vous avez prescrit L'amoxicilline par VO mais sans amélioration au bout de 72h, que faire?**

- A- Remplacer / ajouter un macrolide
- B- Faire radio thorax
- C- Remplacer l'amoxicilline par ceftriaxone injectable
- D- Passer à l'amoxicilline protégée
- E- Garder le même traitement et augmenter la dose

# Vignette clinique N°5:



- On a retenu le diagnostic de pneumopathie bactérienne chez Yahya:

Vous avez prescrit L'amoxicilline par VO mais sans amélioration au bout de 72h, que faire?

- A- Remplacer/ajouter un macrolide**
- B- Faire radio thorax**
- C- Remplacer l'amoxicilline par ceftriaxone injectable
- D- Passer à l'amoxicilline protégée
- E- Garder le même traitement et augmenter la dose



- Le diagnostic de pneumopathie repose sur une toux fébrile, l'existence de signes de lutte et d'une tachypnée. La présence d'anomalies à l'auscultation pulmonaire est inconstante et la présence de sibilants est parfois associée à une pneumopathie virale ou atypique.
- La majorité des pneumopathies est traitée en ambulatoire. Néanmoins, l'existence de critères de gravité (âge < 6 mois, terrain, fièvre persistante ou mal tolérée, hypoxie, troubles hémodynamiques, détresse respiratoire, déshydratation) peut conduire à l'hospitalisation.



- Le traitement recommandé est l'amoxicilline à la posologie de 80 à 100 mg/kg/j, en trois prises par jour pendant 10 jours.
- L'amoxicilline peut être remplacée par les macrolides et vice versa si l'apyrexie n'est pas obtenue au bout de 48 à 72 heures chez les enfants de plus de 3 ans.
- Le contrôle radiologique est recommandé pour s'assurer de la complète normalisation radiologique, avec un délai de 3 semaines à 1 mois.

# PNEUMONIE CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

## Pneumonie de diagnostic uniquement clinique<sup>(1)</sup>

Amoxicilline orale  
quelle que soit l'âge  
de l'enfant

Si échec à H48-H72  
Faire Rx Thorax  
et/ou remplacer par un  
macrolide si âge > 5 ans  
et/ou référer

## Pneumonie de forme radio-clinique simple et non compliquée Traitement antibiotique oral à domicile<sup>(2)</sup>

Age < 5 ans  
quelle que soit la forme  
radio-clinique<sup>(3)</sup>  
= Amoxicilline

Age > 5 ans  
forme typique<sup>(4)</sup>  
= Amoxicilline

Age > 5 ans  
forme atypique<sup>(5)</sup>  
= Macrolide

Echec H48-H72  
= Macrolide<sup>(6)</sup>

Echec H48-H72  
= Amoxicilline<sup>(6)</sup>

Si Etat stationnaire ou aggravation / Pneumonie Persistante?  
Référer + Hospitaliser >>> Rechercher une cause sous-jacente  
+ Rechercher une complication (empyème et abcédation)<sup>(7)</sup>

Pratiquer un bilan à la recherche d'une cause locale ( corps étranger bronchique, malformation broncho-pulmonaire, tuberculose pulmonaire, kyste hydatique rompu ou fissuré ) ou une cause générale ( déficit immunitaire congénital ou VIH, mucoviscidose, maladie ciliaire, RGO... )

### Antibiotiques oraux, posologie et durée de traitement:

- Amoxicilline 100mg/kg/j (max 3g/j) per os en 3 prises en 10 jours
- Clarithromycine 15mg / kg/j per os 2 prises 10 jours
- Josamycine 50 mg/kg/j per os en 2 prises 14 jours
- Pristinamycine 50 mg/kg/j en 2 prises en 10 jours / après 6 ans
- Amox-Ac Clav 80 mg/kg/j per os en 3 prises en 10 jours

### Antibiotiques par voie intraveineuse, durée de traitement: 3 à 6 semaines.

- Cefotaxime 150 - 200 mg /kg / j en IVL ( max 4,5g/j)
- Ceftriaxone 75 - 100mg/kg/j en IVL (max 2mg/j)
- Amox-Ac Clav 150mg/kg/j en IVL (max 3mg/j)
- Amoxicilline 100mg/kg/j en IVL (max 3mg/j)
- Cloxacilline 200 mg/kg/j IVL en 4 prises
- Vancomycine 60 mg/kg/j IVL en 4 prises
- Rifampicine 20 mg/kg/j IVL en 2 prises

## Pneumonie de forme radio-clinique grave et / ou compliquée Traitement antibiotique en IVL en milieu hospitalier Quel que soit l'âge de l'enfant<sup>(8)</sup>

### Pneumonie ou pleuro-pneumopathie sans signes de gravité

Avant identification bactérienne = AmoxAcClav ou C3G  
Pneumocoque ou Streptocoque SGA = Amoxicilline  
Staph. aureus meti-S  
= Cloxacilline ou AmoxAcClav ou C3G  
Staph. aureus meti-R  
= AmoxAcClav + Vancomycine ou C3G + Vancomycine

#### Drainage pleural si :

Signes de DR et/ou de compression médiastinale et/ou épanchement abondant

### Pneumonie avec signes de gravité (+/- Empyème ) (Sepsis, choc septique, DR sévère, immunodépression)

Avant identification bactérienne  
= AmoxAcClav ou C3G  
+ Vancomycine ou Rifampicine

### Pneumonie sévère à Staph. aureus sécréteur de toxine PVL (pneumonie nécrosante et bulleuse)

Avant identification bactérienne  
= AmoxAcClav ou C3G ou cloxacilline + Vancomycine et/ou Rifampicine  
+ ATB anti-toxinique

## Vignette clinique N°6:

- **Aymané âgé de 10 mois présente un premier épisode de bronchoalvéolite légère sans signes de gravité, quelle sera votre conduite à tenir en ambulatoire?**

- A- Bronchodilatateur
- B- Corticothérapie
- C- Bonne hydratation
- D- Désobstruction rhinopharyngée
- E- Fractionnement de l'alimentation



## Vignette clinique N°6:



- **Aymané âgé de 10 mois présente un premier épisode de broncho-alvéolite légère sans signes de gravité, quelle sera votre conduite à tenir en ambulatoire?**

A- Bronchodilatateur

B- Corticothérapie

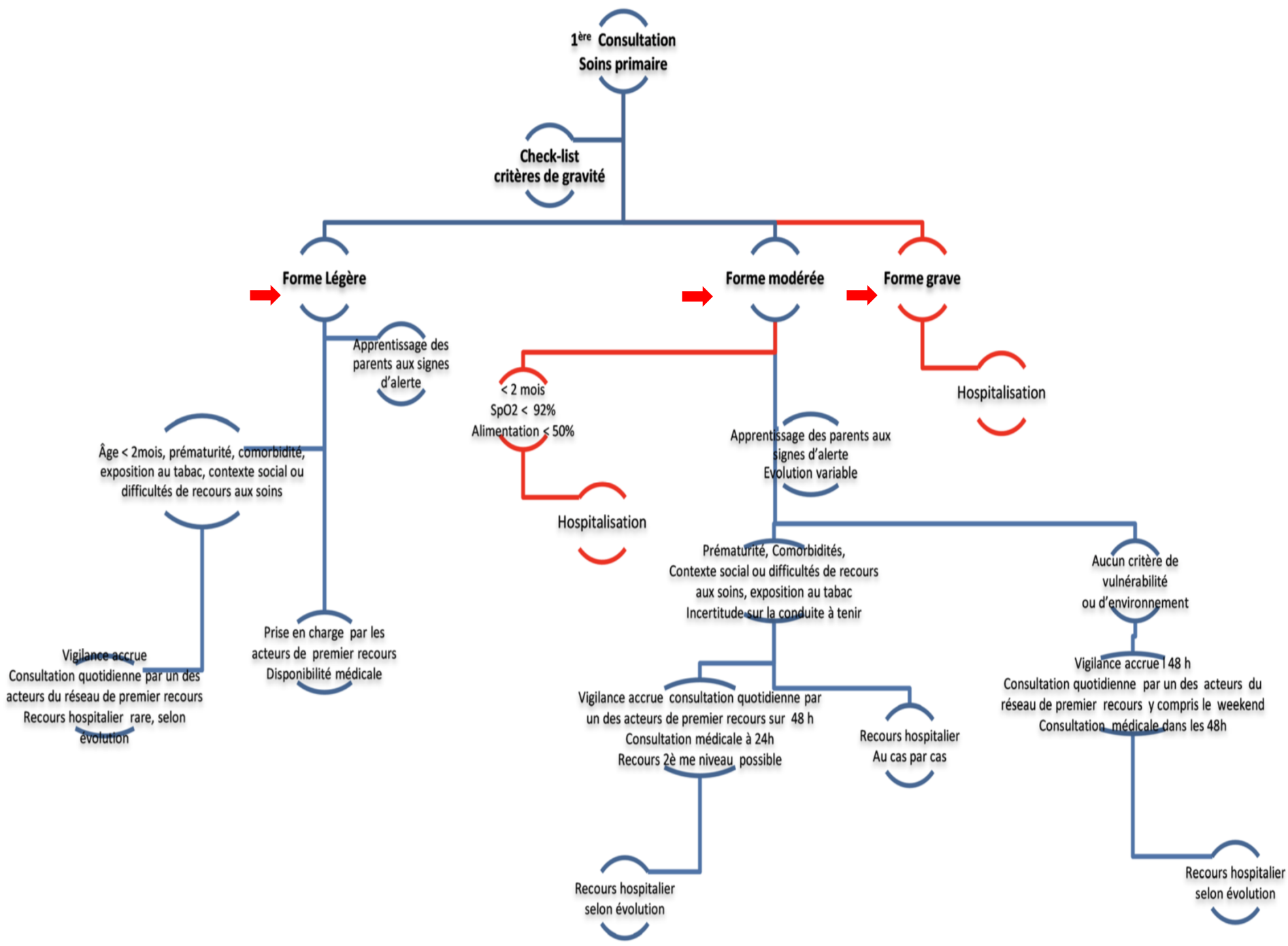
**C- Bonne hydratation**

**D- Désobstruction rhinopharyngée**

**E- Fractionnement de l'alimentation**



- La désobstruction rhinopharyngée est essentielle. Une **hydratation suffisante** permet de fluidifier les sécrétions.
- Un **traitement antipyrétique** est à prescrire en cas de fièvre élevée ou mal tolérée.
- Les **nébulisations** de bêta2-mimétiques ou d'adrénaline sont de faible intérêt.
- Les **antibiotiques** n'ont pas d'indication en 1<sup>re</sup> intention (pathologie virale). Ils sont nécessaires en cas de suspicion de surinfection bactérienne.
- Les mucolytiques sont contre-indiqués chez le nourrisson.
- Les corticoïdes oraux ou inhalés sont sans efficacité et ne doivent pas être prescrits.
- **Kinésithérapie respiratoire:** Son application systématique est sans effet sur la guérison ou la durée d'hospitalisation.



# Vignette clinique N°7:

- **La petite Yasmine âgée de 4 mois présente des quintes de toux avec des épisodes de cyanose et d'apnée vous retenez le diagnostic de coqueluche.**
- **La coqueluche:**
  - A- Est due à une BGN
  - B- Est une maladie contagieuse
  - C- Est moins grave chez le très jeune nourrisson que chez l'enfant
  - D- Comporte des anomalies radiologiques
  - E- Est évitable par une vaccination de l'entourage (cocooning)

# Vignette clinique N°7:



- **Yasmine âgée de 4 mois présente des quintes de toux avec des épisodes de cyanose et d'apnée vous retenez le diagnostic de coqueluche.**
- **La coqueluche:**
  - A- Est due à une BGN**
  - B- Est une maladie contagieuse**
  - C- Est moins grave chez le très jeune nourrisson que chez l'enfant
  - D- Comporte des anomalies radiologiques
  - E- Est évitable par une vaccination de l'entourage (cocooning)**



## Protection anti-coquelucheuse du Nouveau-Né: Stratégies vaccinales

### Stratégie prioritaire

Vaccination généralisée de la femme enceinte  
Au plus tard entre la 24<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> semaine de grossesse  
(possible à partir de la 13<sup>ème</sup> semaine)

OUI

Protection élevée du nouveau-né

NON

### Stratégie secondaire : Vaccination « Coccon »

Vaccination de la mère, du père, de la fratrie et des proches en post-partum

OUI

Niveau modéré de protection du NN à partir de l'âge de deux semaines

NON

Vaccination de la mère, du père en post-partum

OUI

Faible niveau de protection du NN à partir de l'âge de deux semaines

NON

Vaccination de la mère en post-partum

OUI

Très faible niveau de protection du NN à partir de l'âge de deux semaines

NON

Pas de protection du NN

La vaccination **cocooning** consiste à protéger les jeunes nourrissons, non encore vaccinés, en vaccinant leur entourage. Elle s'applique principalement pour la **coqueluche**, la grippe et la rougeole. 24 sept. 2019

## Vignette clinique N°8:

- **Vous recevez un enfant de 2 ans qui présente une rhinorrhée purulente unilatérale, fétide et traînante. Quel est le diagnostic le plus probable:**
  - A- Une infection adénoïdienne
  - B- Une éthmoïdite
  - C- Un corps étranger des fosses nasales
  - D- Un fibrome nasopharyngien
  - E- Une sinusite à origine dentaire

## Vignette clinique N°8:



- **Vous recevez un enfant de 2 ans qui présente une rhinorrhée purulente unilatérale, fétide et traînante. Quel est le diagnostic le plus probable:**

A- Une infection adénoïdienne

B- Une ethmoïdite

**C- Un corps étranger des fosses nasales**

D- Un fibrome nasopharyngien

E- Une sinusite à origine dentaire

## Vignette clinique N°9:

- **Samia âgée de 3 ans et demi présente une obstruction nasale avec ronflement nocturne et respiration bouche ouverte, quelle est la cause la plus fréquente:**

A - Déviation de la cloison nasale

B - Fibrome naso-pharyngien

C - Polypose naso-sinusienne

D - Hypertrophie adénoïdienne

E - Atrésie choanale

## Vignette clinique N°9:



- **Samia âgée de 3 ans et demi présente une obstruction nasale avec ronflement nocturne et respiration bouche ouverte, quelle est la cause la plus fréquente:**

A - Déviation de la cloison nasale

B - Fibrome naso-pharyngien

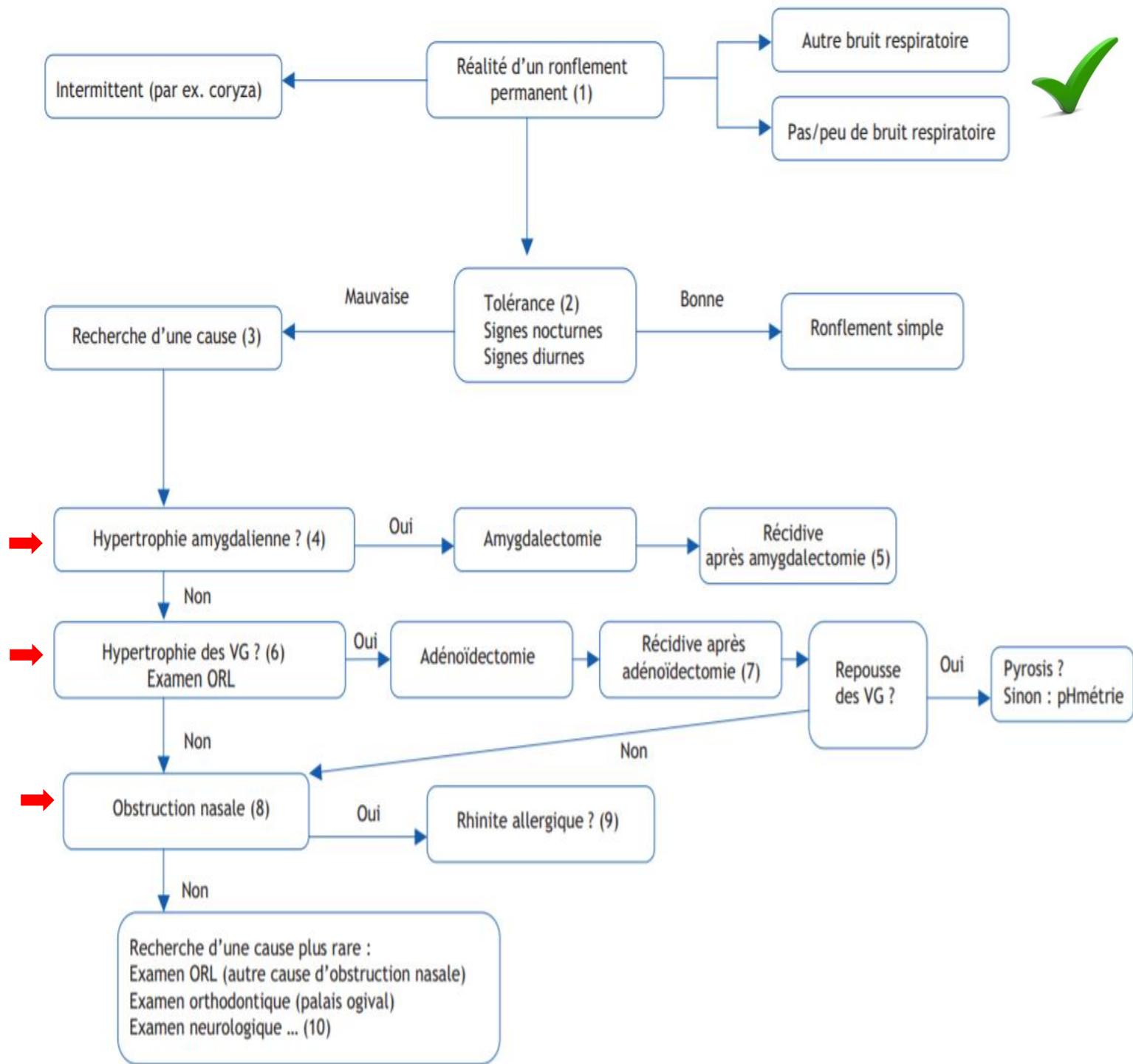
C - Polypose nasosinusienne

**D - Hypertrophie adénoïdienne**

E - Atrésie choanale



- Le diagnostic d'un ronflement repose d'abord sur l'interrogatoire, et sur l'examen clinique, ce qui permet de limiter les examens complémentaires au strict nécessaire avant de proposer un traitement.
- Trois causes prédominent: L'hypertrophie des amygdales palatines, l'hypertrophie des végétations adénoïdes, l'obstruction nasale.
- La rhinite allergique est très fréquente et de plus en plus fréquente chez l'enfant
- Les autres causes d'obstruction nasale, congénitales (sténoses des orifices piriformes, atrésie choanale unilatérale...) ou acquises (déviation septale majeure, polypose nasale, mucocèle...) sont rares.



#### ■ Abréviations

VG : végétations adénoïdes

## Vignette clinique N°10:

- **Un enfant de 3 ans, sans antécédents notables, en bonne santé apparente la veille, commence à tousser vers une heure du matin. Cette toux rauque, s'accompagne d'une dyspnée inspiratoire, la température est à 38°. Quel est le diagnostic le plus probable?**
- A- Crise d'asthme
- B- Corps étranger bronchique
- C- Abscès de l'amygdale
- D- Laryngite sous-glottique
- E- Bronchite

## Vignette clinique N°10:



- **Un enfant de 3 ans, sans antécédents notables, en bonne santé apparente la veille, commence à tousser vers une heure du matin. Cette toux rauque, s'accompagne d'une dyspnée inspiratoire, la température est à 38°. Quel est le diagnostic le plus probable?**
- A- Crise d'asthme
- B- Corps étranger bronchique
- C- Abscès de l'amygdale
- D- Laryngite sous-glottique**
- E- Bronchite



## DYSPNEE LARYNGEE

- Definition : BRADYPNEE INSPIRATOIRE avec tirage et cornage  
- Toute dyspnée ne cédant pas rapidement, complètement et durablement, impose une hospitalisation D'URGENCE

**SIGNES DE GRAVITE ?**  
- Durée ( > 1 heure), tachypnée superficielle, bradypnée extrême  
- Sueurs, tachycardie, élévation de la TA, cyanose

- Interrogatoire et examen clinique : valeur localisatrice de l'altération de la voix et de la toux  
- Cliché du thorax  
- Endoscopie (systématique chez nouveau-né et nourrisson)

### NOUVEAU-NE ET NOURISSON

- **LARYNGOMALACIE**  
- Stridor (gloussement inspiratoire)  
- Guérison spontanée à 12 - 18 mois
- **MALFORMATIONS CONGENITALES** : sténose, kyste
- **PARALYSIE LARYNGEE** par traumatisme obstétrical ou atteinte centrale
- **ANGIOME SOUS-GLOTTIQUE** : dyspnée à quelques semaines, angiomes cutanés associés
- **LARYNGITE** (rare)

### ENFANT

- #### LARYNGITES +++
- **L. SOUS-GLOTTIQUE ŒDEMATEUSE**  
- La plus fréquente : contexte de rhinopharyngite  
- Dyspnée progressive, toux rauque, voix claire, pas de dysphagie, auscultation pulmonaire normale, fièvre < 39°C  
- Traitement : corticoïdes d'action rapide IM (hôpital si échec), AB large spectre, humidification de l'atmosphère, antipyrétiques, SURVEILLANCE +++
  - **L. STRIDULEUSE ou SPASMODIQUE**  
- Dyspnée paroxystique (quelques minutes), toux et voix rauques, pas de fièvre  
- Humidification de l'atmosphère
  - **L. SUS-GLOTTIQUE ou EPIGLOTTITE** (*Hæmophilus influenzae*)  
- Dyspnée brutale, voix étouffée, dysphagie, fièvre > 39°C  
- Traitement : hospitalisation URGENTE, endoscopie avec possibilité d'intubation et/ou trachéotomie, hémocultures puis AB et corticoïdes IV

- #### CORPS ETRANGER LARYNGE
- Syndrome de pénétration dans la journée
  - Dysphonie, pas de fièvre
  - ENDOSCOPIE urgente
  - risque vital : dyspnée aiguë

- #### CAUSES RARES
- Croup
  - Papillomatose laryngée
  - Brûlures et traumatismes laryngés

# Vignette clinique N°11:

- **Fadoua âgée de 9 ans présente une lymphadénopathie cervicale de 1,5 cm évoluant depuis 1 mois et précédée par un syndrome fébrile et des maux de gorge. Quels diagnostics évoquez vous?**

- A- Infection virale ORL
- B- Leucémie
- C- Maladie de griffes de chat
- D- Tuberculose
- E- Toutes les propositions sont justes

# Vignette clinique N°11:

- **Fadoua âgée de 9 ans présente une lymphadénopathie cervicale de 1,5 cm évoluant depuis 1 mois et précédé par un syndrome fébrile et des maux de gorge. Quels diagnostics évoquez vous?**

- A- Infection virale ORL**
- B- Leucémie**
- C- Maladie de griffes de chat**
- D- Tuberculose**
- E- Toutes les propositions sont justes**

## Vignette clinique N°12:

- **Quelle sera votre conduite à tenir en première intention chez Fadoua?**

- A- Demander une NFS + CRP
- B- Réaliser une biopsie ganglionnaire
- C- Demander une Radio du poumon
- E- Demander une IDR à la tuberculine
- D- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire

## Vignette clinique N°12:

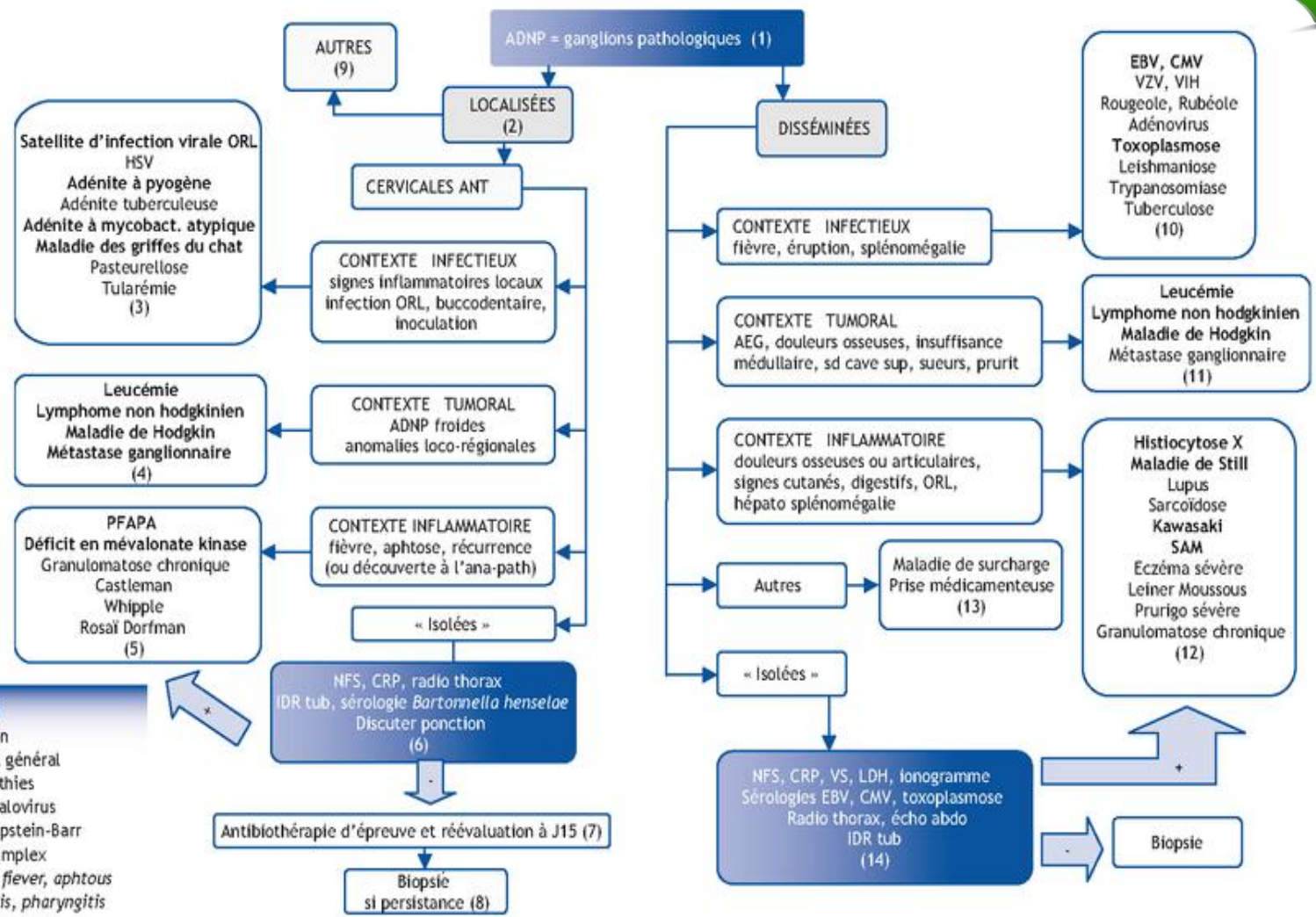


- **Quelle sera votre conduite à tenir en première intention chez Fadoua?**

- A- Demander une NFS + CRP**
- B- Réaliser une biopsie ganglionnaire
- C- Demander une Radio du poumon**
- E- Demander une IDR à la tuberculine**
- D- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire



- Un ganglion peut être pathologique par sa localisation, sa taille, sa consistance, ses caractères inflammatoires et son caractère adhérent et/ou compressif.
- **Interrogatoire** minutieux: le statut vaccinal, la fréquentation d'animaux, contage tuberculeux...
- Devant des **ADNP généralisées**, les **hémopathies** doivent être recherchées : bilan minimal (NFS, radio du thorax, échographie abdominale).
- En absence d'orientation étiologique : Une antibiothérapie d'épreuve par amoxicilline et acide clavulanique pendant 15 jours sera prescrit.



- Abréviations**
- AEG : altération de l'état général
  - ADNP : adénopathies
  - CMV : cytomegalovirus
  - EBV : virus d'Epstein-Barr
  - HSV : herpes simplex
  - PFAPA : *periodic fever, aphtous stomatitis, pharyngitis and adenopathy*
  - SAM : syndrome d'activation macrophagique
  - VZV : virus varicelle zona

## Vignette clinique N°13:

- **Siraj âgé de 4 ans présente un premier épisode de convulsion fébrile simple doit bénéficier en premier lieu :**

- A- D'une ponction lombaire
- B- D'un EEG
- C- D'une radiographie du crâne
- D- D'une TDM cérébrale
- E- Aucun examen complémentaire n'est systématique

# Vignette clinique N°13:



- **Siraj âgé de 4 ans présente un premier épisode de convulsion fébrile simple doit bénéficier en premier lieu :**
  
- A- D'une ponction lombaire
  
- B- D'un EEG
  
- C- D'une radiographie du crâne
  
- D- D'une TDM cérébrale
  
- E- Aucun examen complémentaire n'est systématique**

## Vignette clinique N°14:

- **Quelle est, en milligramme par kilo de poids, la posologie du Diazépam (Valium® Amp 20mg) à administrer par voie rectale?**

A - 0,1 mg/kg

B- 0,5 mg/kg

C - 2 mg/kg

D- 5 mg/kg

E - 10 mg/kg

## Vignette clinique N°14:



- **Quelle est, en milligramme par kilo de poids, la posologie du Diazépam (Valium® Amp 20mg) à administrer par voie rectale?**

A - 0,1 mg/kg

**B- 0,5 mg/kg**

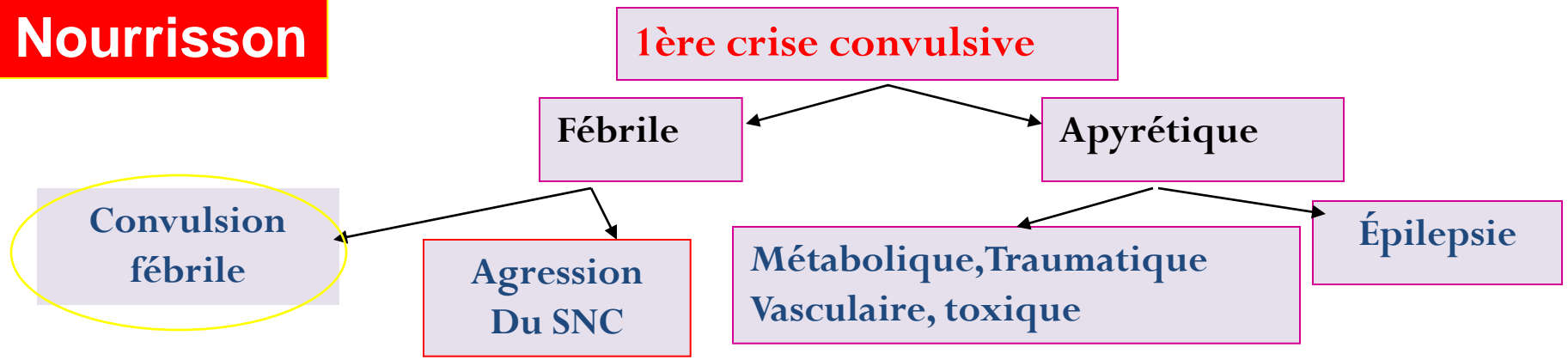
C - 2 mg/kg

D- 5 mg/kg

E - 10 mg/kg



# Nourrisson

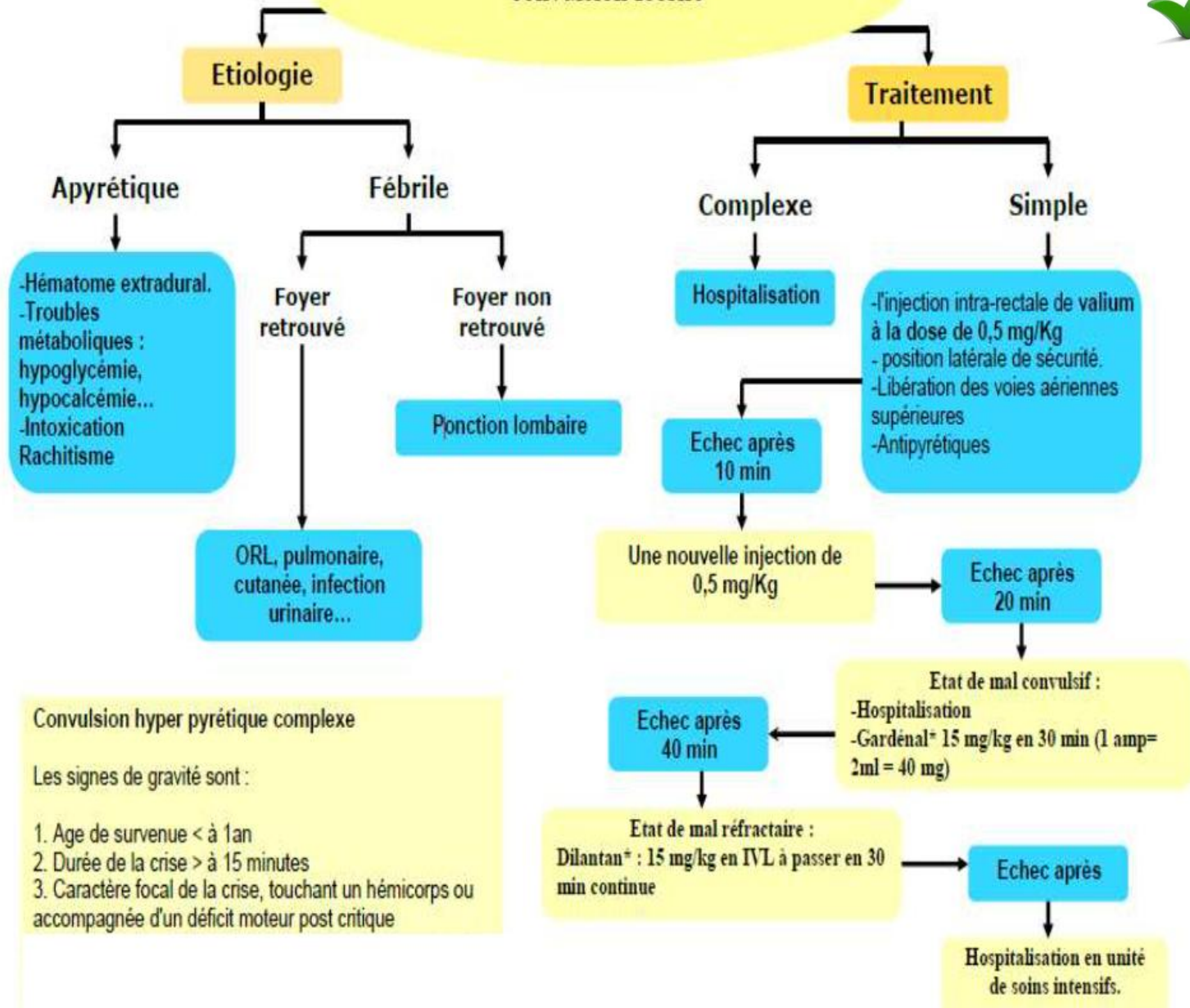


## Convulsions fébriles

Type de convulsion	Convulsion fébrile simple	Convulsion fébrile compliquée
-Âge	-> 12 mois	-< 12 mois
-Durée	-< 15 mn ou 1 crise/j	-> 15 mn ou > 1 crise/j
-Localisation	-Pas de focalisation, -Normal,	-Focalisation  -Anormal,
-Examen neurologique	-Pas d'ATCD	-ATCD familiaux
-ATCD familiaux d'épilepsie		

le diagnostic différentiel avec une affection neuro méningée : une **PL** est généralement nécessaire avant l'âge de 1 an pour éliminer une méningite purulente (altération de l'état général, somnolence, jeune âge < 1 an, crise partielle, déficit neurologique, troubles neurologiques ou du développement antérieurs)

# CAT devant une convulsion fébrile



## Vignette clinique N°15:

- **Fadoua âgée de 5 ans présente une pâleur cutanéomuqueuse sans altération de l'état général vous avez demandé une NFS objectivant une anémie microcytaire hypochrome Hb: 7g/dl, vous évoquez comme étiologies:**

- A- Une carence martiale
- B- Un saignement chronique
- C- Une drépanocytose
- D- Une anémie inflammatoire
- E- Une thalassémie

## Vignette clinique N°15:



- **Fadoua âgée de 5 ans présente une pâleur cutanéomuqueuse sans altération de l'état général vous avez demandé une NFS objectivant une anémie microcytaire hypochrome Hb: 7g/dl, vous évoquez comme étiologies:**

- A- Une carence martiale**
- B- Un saignement chronique**
- C- Une drépanocytose
- D- Une anémie inflammatoire**
- E- Une thalassémie**

## Vignette clinique N°16:

- **Vous avez complétez chez Fadoua par un dosage de ferritinémie revenant très basse quelle sera votre conduite à tenir:**
  - A- Mettre sous traitement martial
  - B- Opter pour une transfusion
  - C- Arrêter les produits laitiers
  - D- Rechercher une maladie coeliaque
  - E- Arrêter les investigations et réévaluation après 3 mois

## Vignette clinique N°16:



- **Vous avez complétez chez Fadoua par un dosage de ferritinémie revenant très basse quelle sera votre conduite à tenir:**
  - A- Mettre sous traitement martial**
  - B- Opter pour une transfusion
  - C- Arrêter les produits laitiers
  - D- Rechercher une maladie coeliaque**
  - E- Arrêter les investigations et réévaluation après 3 mois

## Vignette clinique N°17:

- **Vous recevez en consultation la petite Nisrine âgée de 4 ans qui présente une anémie normochrome normocytaire Hb: 7 VGM: 80 CCMH: 32, vous évoquez :**

- A- Une hémolyse constitutionnelle
- B- Une hémorragie aigue
- C- Une aplasie médullaire
- D- Une sphérocytose héréditaire
- E- Une carence martiale

## Vignette clinique N°17:



- Vous recevez en consultation la petite Nisrine âgée de 4 ans qui présente une anémie normochrome normocytaire Hb: 7 VGM: 80 CCMH: 32, vous évoquez :

**A- Une hémolyse constitutionnelle**

**B- Une hémorragie aigue**

**C- Une aplasie médullaire**

**D- Une sphérocytose héréditaire**

**E- Une carence martiale**



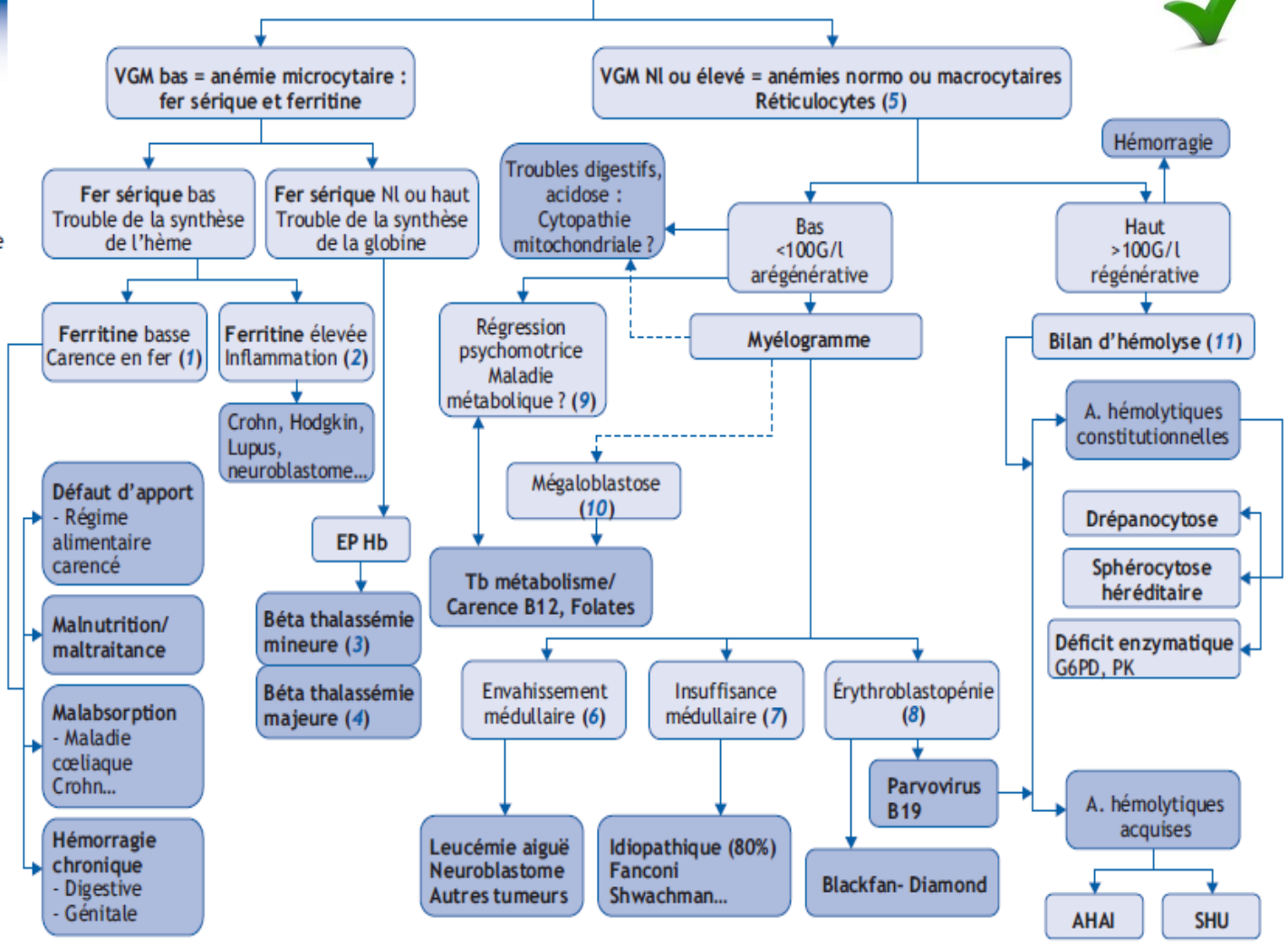
- Une anémie microcytaire peut également traduire un syndrome (sd) thalassémique, et celui-ci doit être évoqué devant les origines géographiques et l'absence de carence martiale.
- Devant une anémie non microcytaire, l'analyse du taux de réticulocytes est indispensable.



# Anémies du jeune enfant

## Abréviations

- A : Anémie
- AEG : Altération état général
- AHA1 : Anémie hémolytique auto-immune
- Bili : Bilirubine
- DL : Douleur
- EP : Électrophorèse
- G6PD : Glucose 6-phosphate deshydrogénase
- hpto : Haptoglobine
- Hb : Hémoglobine
- PK : Pyruvate kinase
- Sd : Syndrome
- SHU : Sd hémolytique et urémique
- Tb : Troubles



# Vignette clinique N°18:

- **Vous recevez le nourrisson Taha âgé de 20 mois qui présente une éruption fébrile, vous évoquez une rougeole devant :**
  - A- Un début aux extrémités des membres
  - B- La présence des éléments maculo-papuleux
  - C- La présence d'une catarrhée fébrile
  - D- L'absence de vaccination
  - E- Une évolution en poussée rémission



# Vignette clinique N°18:



- **Vous recevez le nourrisson Taha âgé de 20 mois qui présente une éruption fébrile, vous évoquez une rougeole devant :**
- A- Un début aux extrémités des membres
- B- La présence des éléments maculo-papuleux**
- C- La présence d'une catarrhée fébrile**
- D- L'absence de vaccination**
- E- Une évolution en poussée rémission

# Vignette clinique N°19:

- **En matière d'éruption fébrile, quels sont les mesures à prendre:**
  - A- Lavage fréquent des mains
  - B- Eviction des produits laitiers
  - C- Proscrire les AINS
  - D- Eviction des collectivités
  - E- Désinfecter les surfaces potentiellement souillées

# Vignette clinique N°19:



- **En matière d'éruption fébrile, quels sont les mesures à prendre:**
  - A- Lavage fréquent des mains**
  - B- Eviction des produits laitiers
  - C- Proscrire les AINS**
  - D- Eviction des collectivités**
  - E- Désinfecter les surfaces potentiellement souillées**



# Éruption Fébrile de l'enfant



Examen clinique

- (1) Analyse des lésions
- (2) Topographie et extension
- (3) Signes associés
- (4) Contexte

Orientation vers réanimation ou urgence hospitalière, traitement urgent

Non  
(discuter si terrain fragilisé : immunodépression...)

Oui

- Purpura
- Signes hémodynamiques
- Signes neurologiques



Purpura méningococcémique

- Fièvre > 5 jours
- Syndrome inflammatoire
- Altération état général
- Chéilite

Sd de Kawasaki

- Décollement cutané
- Atteinte muqueuse
- Prise médicamenteuse

Sd de Stevens-Johnson  
Sd de Lyell

- Décollement cutané
- Erythème douloureux des plis

SSSS\*

Érythème douloureux sans peau saine

Scarlatine

Éruption spécifique

**Vésiculeuse**  
Sd mains pieds bouche  
Herpès  
Varicelle  
Zona

**Érythémateuse**  
Rougeole  
Rubéole  
Roséole  
Mégalérythème  
Gianotti-crosti  
Sd gants et chaussettes

Urticaire aiguë

Éruption non spécifique

Exanthème viraux non spécifiques

Toxidermie maculopapuleuse

\* Staphylococcal scalded skin syndrom = Necrolyse staphylococcique = Lyell staphylococcique

# Vignette clinique N°20:

- **L'enfant Qamar âgée de 7 ans vient d'être diagnostiquée porteuse d'un diabète, à propos du diabète de l'enfant :**
  - A- Est un diabète insulino-dépendant
  - B- Peut se manifester par une déshydratation ou une détresse respiratoire
  - C- Nécessite une hospitalisation en cas de décompensation acido-cétosique
  - D- Nécessite une insulinothérapie adaptée au poids avec un régime bien conduit
  - E- Peut-être traité par un régime seul

# Vignette clinique N°20:



- **L'enfant Qamar âgée de 7 ans vient d'être diagnostiqué porteuse d'un diabète, à propos du diabète chez l'enfant :**
  - A- Est un diabète insulino-dépendant**
  - B- Peut se manifester par une déshydratation ou une détresse respiratoire**
  - C- Nécessite une hospitalisation en cas de décompensation acido-cétosique**
  - D- Nécessite une insulinothérapie adaptée au poids avec un régime bien conduit**
  - E- Peut-être traité par un régime seul



- Le diabète représente l'endocrinopathie la plus fréquente de l'enfant.
- Au Maroc plus de 3 000 nouveaux cas sont répertoriés chaque année.
- Une prise en charge quotidienne assez difficile
- Un risque de complications invalidantes
- Son traitement vise à obtenir un équilibre glycémique satisfaisant au long cours, en garantissant le développement, la qualité de vie et l'insertion sociale de l'enfant.



# Vignette clinique N°21:

- **Rayan âgé de 9 mois présente une diarrhée liquidienne depuis 48 heures, que doit-on faire:**

- A- L'allaitement maternel est interrompu les 4 premières heures
- B- L'allaitement artificiel est interrompu les 4 premières heures
- C- Les apports hydriques ne sont augmentés qu'en cas de DHA
- D- Continuer à alimenter l'enfant normalement si diversification
- E- Prescrire les sels de réhydratation par VO (SRO)

# Vignette clinique N°21:



- **Rayan âgé de 9 mois présente une diarrhée liquidienne depuis 48 heures, que doit-on faire:**
  - A- L'allaitement maternel est interrompu les 4 premières heures
  - B- L'allaitement artificiel est interrompu les 4 premières heures**
  - C- Les apports hydriques ne sont augmentés qu'en cas de DHA
  - D- Continuer à alimenter l'enfant normalement si diversification**
  - E- Prescrire les sels de réhydratation par VO (SRO)**

# Vignette clinique N°22:

- **Quelle place des antibiotiques dans la prise en charge de Rayan:**
  - A- Si présence de sang dans les selles
  - B- Si l'enfant est déshydraté
  - C- Si sepsis grave
  - D- Si gastro-entérite à Rotavirus
  - E- Si gastro-entérite à Shigella

# Vignette clinique N°22:



- **Quelle place des antibiotiques dans la prise en charge de Rayan:**

**A- Si présence de sang dans les selles**

B- Si l'enfant est déshydraté

**C- Si sepsis grave**

D- Si gastro-entérite à Rotavirus

**E- Si gastro-entérite à Shigella**





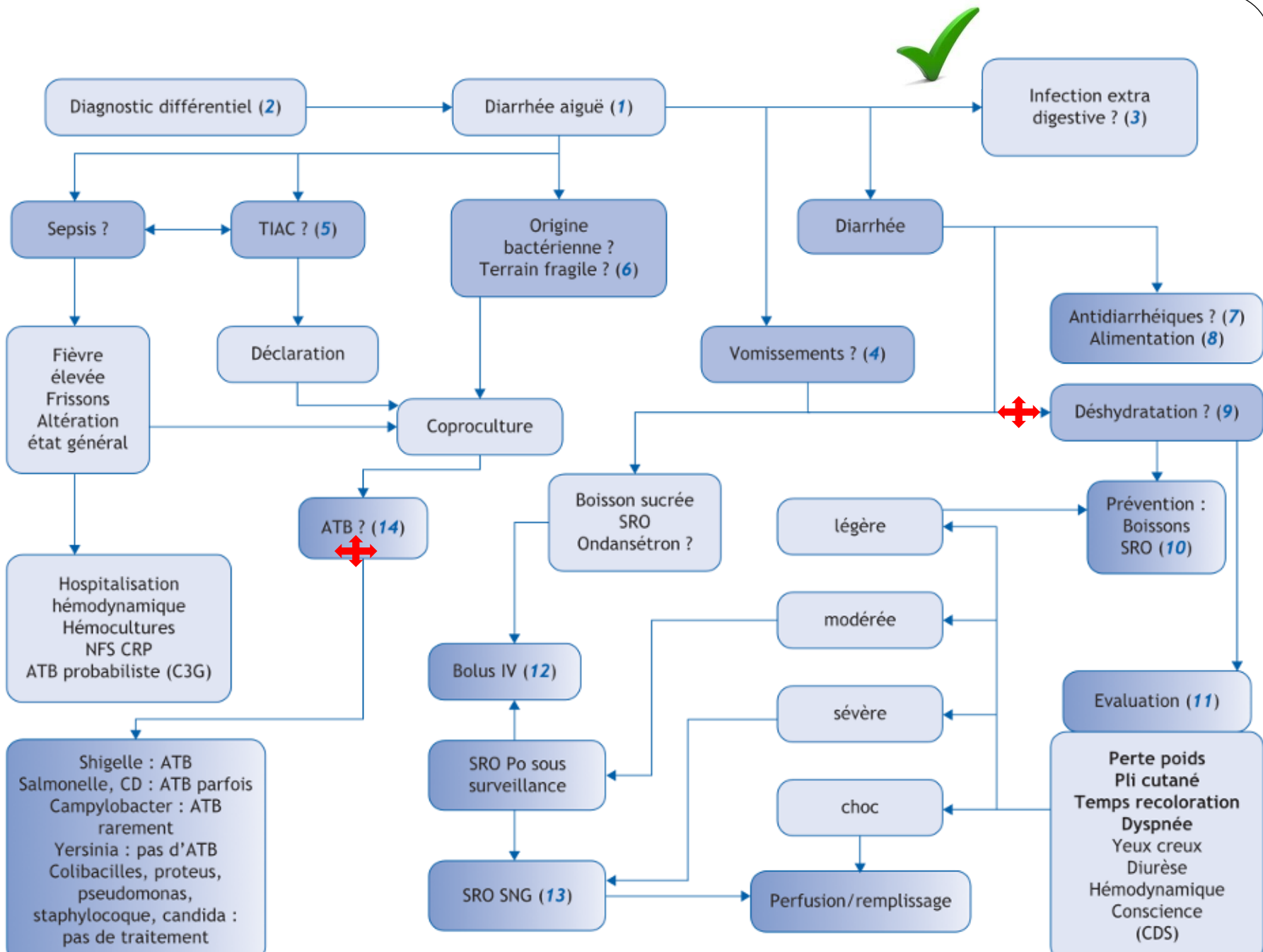
Signes de déshydratation intracellulaire	Signes de déshydratation extracellulaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- déficit hydrique</li> <li>- soif vive</li> <li>- sécheresse des muqueuses</li> <li>- hypotonie des globes oculaires</li> <li>- hyperthermie</li> <li>- troubles de la conscience et du tonus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- déficit sodé</li> <li>- pli cutané</li> <li>- yeux creux</li> <li>- dépression de la fontanelle antérieure</li> <li>- oligurie</li> <li>- troubles hémodynamiques périphériques ou centraux.</li> </ul>



les signes de la déshydratation

	DHA légère < 5%	DHA modérée 5-10%	DHA sévère > 10%
<b>Pli cutané</b>	Léger	Pâteux	Persistent
<b>Yeux</b>	Normaux	Cernés	Creusés
<b>Fontanelle</b>	Normale	Déprimée	Déprimée
<b>TRC</b>	Normal	Normal	> 3secondes
<b>Fréquence cardiaque</b>	Normale	Tachycardie	Pouls filant
<b>Etat de conscience</b>	Normal	Agitation	Léthargie

Apprécier le pourcentage de la déshydratation



## Vignette clinique N°23:

- **Khalid âgé de 1 an consulte pour genou varum, vous évoquez un rachitisme carenciel commun devant:**

- A- Des convulsions
- B- Un retard de dentition
- C- Une fermeture précoce de la fontanelle antérieure
- D- Des bourrelets épiphysaires
- E- Une polyglobulie

# Vignette clinique N°23:



- **Khalid âgé de 1 an consulte pour genou varum, vous évoquez un rachitisme carenciel commun devant:**

**A- Des convulsions**

**B- Un retard de dentition**

C- Une fermeture précoce de la fontanelle antérieure

**D- Des bourrelets épiphysaires**

E- Une polyglobulie



- Le rachitisme carenciel (RC) est une maladie de l'os en croissance avec défaut de minéralisation de l'os conduisant à la formation d'un os de mauvaise qualité.
- Le RC peut se diagnostiquer de la naissance à l'adolescence mais les signes cliniques et radiologiques sont différents.
- Les besoins en vit D sont majeurs pendant les périodes de croissance rapide.
- Intérêt du traitement préventif

# Vignette clinique N°24:

- **Yassine âgé de 12 ans présente depuis 3 jours des arthralgies des grosses articulations (coude droit, genou et cheville gauches) accompagnée d'un pic thermique à 38,2 °C et d'une impotence fonctionnelle.**
- **Trois semaines auparavant, il avait présenté une angine rouge dysphagique, avec fièvre à 40 °C, pour laquelle il n'avait reçu aucune thérapeutique, quel est le diagnostic le plus probable;**

- A- Ostéomyélite aiguë
- B- Arthrite septique
- C- Rhumatisme articulaire aigu
- D- Maladie de Kawasaki
- E- Spondylarthropathie

# Vignette clinique N°24:



- **Yassine âgé de 12 ans présente depuis 3 jours des arthralgies des grosses articulations (coude droit, genou et cheville gauches) accompagnée d'un pic thermique à 38,2 °C et d'une impotence fonctionnelle.**
- **Trois semaines auparavant, il avait présenté une angine rouge dysphagique, avec fièvre à 40 °C, pour laquelle il n'avait reçu aucune thérapeutique, quel est le diagnostic le plus probable;**

- A- Ostéomyélite aiguë
- B- Arthrite septique
- C- Rhumatisme articulaire aigu**
- D- Maladie de Kawasaki
- E- Spondylarthropathie

# Vignette clinique N°25:

- **Vous suspectez chez Yassine un rhumatisme articulaire aigu, quels bilans allez vous demander:**

- A- Une VS
- B- Une échographie cardiaque
- C- Le taux des ASLO
- D- Une ponction articulaire
- E- Une scintigraphie osseuse

# Vignette clinique N°25:



- **Vous suspectez chez Yassine un rhumatisme articulaire aigu, quels bilans allez vous demander:**

**A- Une VS**

**B- Une échographie cardiaque**

**C- Le taux des ASLO**

D- Une ponction articulaire

E- Une scintigraphie osseuse



## Critères de Jones modifiés pour un premier épisode de rhumatisme articulaire aigu\*

Manifestations	Signes spécifiques
Majeur	Cardite† Chorée Érythème marginé Polyarthrite Nodules sous-cutanés
Mineur	Polyarthralgies‡ VS (> 60 mm/h) ou protéine C réactive (> 30 mg/L [ $> 285,7$ nmol/L]) Fièvre ( $\geq 38,5^{\circ}$ C) Allongement de l'espace PR (sur l'ECG)§

\*Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu nécessite 2 manifestations majeures ou 1 majeure et 2 mineures et des preuves d'infection streptococcique du groupe A (titres élevés ou en hausse des Ac antistreptococciques [p. ex., antistreptolysine O (ASLO), anti-DNase B], culture de gorge positive ou test de détection rapide des Ag positif chez un enfant qui a des manifestations évocatrices de pharyngite streptococcique. La  $\dagger$ cardite peut être clinique et/ou infraclinique. La cardite infraclinique est définie par de stricts critères échocardiographiques.

La  $\ddagger$ polyarthralgie n'est pas utilisée pour le diagnostic si la polyarthrite est un critère majeur pour le patient.

§L'intervalle PR est ajusté en fonction de l'âge et n'est pas utilisé pour le diagnostic si la cardite est un critère majeur pour le patient.

# Vignette clinique N°26:

- **Hajar âgée de 8 mois sans antécédents notables, présente depuis 3 jours une fièvre isolée chiffré à 39°C, vous avez demandé un ECBU revenant en faveur d'une infection urinaire à E.coli (antibiogramme en cours) quel schéma thérapeutique vous proposez:**

- A- Amoxicilline protégée par VO
- B- Triméthoprime / sulfaméthoxazole par VO
- C- C3G par voie IV et relais par céfixime VO
- D- Céfixime par VO d'emblée
- E- Amoxicilline simple VO

# Vignette clinique N°26:



- **Hajar âgée de 8 mois sans antécédents notables, présente depuis 3 jours une fièvre isolée chiffré à 39°C, vous avez demandé un ECBU revenant en faveur d'une infection urinaire à E.coli (antibiogramme en cours) quel schéma thérapeutique vous proposez:**

- A- Amoxicilline protégée par VO
- B- Trimethoprim / sulfamethoxazole par VO
- C- C3G par voie IV et relais par céfixime VO**
- D- Céfixime par VO d'emblée**
- E- Amoxicilline simple VO

## Vignette clinique N°27:

- **Hajar a été traitée par C3G IV pendant 2 jours puis relais par voie orale, quelle durée totale de traitement vous proposez:**

- A- 5 jours
- B- 7 jours
- C- 10 jours
- D- 14 jours
- E- 20 jours

# Vignette clinique N°27:



- **Hajar a été traitée par C3G IV pendant 2 jours puis relais par voie orale, quelle durée totale de traitement vous proposez:**

A- 5 jours

B- 7 jours

**C- 10 jours**

**D- 14 jours**

E- 20 jours



- Le pic d'âge des infections urinaires est bimodal, avec un pic au cours de la petite enfance et un autre habituellement au moment de la formation à la propreté pour de nombreux enfants.
- Les nouveau-nés et les enfants de  $< 2$  ans qui ont des symptômes et des signes non spécifiques (p. ex., prise alimentaire insuffisante, diarrhée, retard de croissance, vomissements) peuvent avoir une infection urinaire; les enfants de  $> 2$  ans ont habituellement tendance à la présentation des symptômes et des signes de cystite ou de pyélonéphrite.

# Infection urinaire chez l'enfant

## Dépistage et sélection = BU

Jeune enfant < 3 ans  
 Sans miction volontaire  
 Recherche Leucocytes et Nitrites  
**Absence Leucocytes et Nitrites**  
 >>> **VPN = 98 %**

## Dg IU = ECBU

**Bactériurie + leucocyturie significatives**  
 GB >5 000/min ou >10/mm<sup>3</sup> ou >10 000/ml  
 Bactériurie >100 bact/mm<sup>3</sup> ou >10<sup>5</sup> bact/ml.  
 A partir de 1000/ml si PSP  
 A partir de 10 000/ml si Kt vésical



## Pyélonéphrite = cicatrices rénales ?

Diagnostic précoce +++  
 Prescription très large des BU et ECBU

## Pyélonéphrite aiguë\*

\*Tt x10-14

### Antibiothérapie en hospitalier

#### Nourrisson < 3 mois

Risque et Signes de sepsis, Uropathie sous-jacente sévère

### Antibiothérapie en ambulatoire

#### Nourrisson > 3-6 mois

Absence de sepsis et d'uropathie, PCT basse et bonne compliance

Bactérie cible = E Coli \* (3/4 cas) / Autres : Proteus ; Klebsiella

**Cefotaxime + Amikacine\* ou Ceftriaxone + Amikacine\***

Durée = 2-4 jours  
 Relais selon Résultats AntibioGramme  
 Cefixime x 6-8 jours

**Ceftriaxone seule IVL\* ou IM ou Amikacine seule IVL\* ou IM**

Durée = 2-4 jours  
 Relais par Cefixime ou Cotrimoxazole x 6-8 jours  
 ou d'emblée Cefixime per os x 10 jours

\* Gentamycine

Faire bilan + Recherche RVU et/ou Uropathie malformative

**E Coli BLSE** : 10% >>> Amikacine et/ou Imipénèmes  
 Résistances : Amox. (43%), AmoxAcClav. (32%), Cotimoxazole (32%)

**Entérocoque** >>> Amox+Gentamycine Si allergie aux BL >>> Amikacine

### Echographie rénale et vésicale en URGENCE

**Si** signes de gravité, uropathie sous jacente connue ou suspicion de rétention d'urines infectées.  
**Sinon, à programmer au décours du traitement antibiotique** dans toutes les autres situations

**Cystographie** quand on suspecte des VUP ou un RVU de haut grade (urétéro-hydronéphrose uni ou bilatérale)

**Scintigraphie au DMSA** en cas de cicatrices avec suspicion de RVU de bas grade ou en cas de pyélonéphrite avec échographie normale.

**Scintigraphie au DTPA ou MAG3** en cas d'hydronéphrose de haut grade 3 ou 4 (SFU) ou d'UHN de haut grade uni- ou bilatérale avec cystographie normale

**URO-IRM** en cas de dilatation sur anomalie de nombre, de position ou de rotation. (Duplications pyélo-urétérales, rein en fer à cheval, ectopies rénales...)

### Antibiotiques injectables et posologies

- Cefotaxime 150mg/kg/lj en IVL ou IM x 2-4 jours (max 4,5g/lj)
- Ceftriaxone 50-75mg/kg/lj en IVL\* ou IM x 2-4 jours (max 2g/lj)
- Amikacine 20-30mg/kg/lj en IVL\* ou IM x 2-4 jours (max 1g/lj)

\*Tt ATB à domicile / IVL avec un garde veine

### Antibiotiques per os et posologies

- Cefixime 8mg/kg/lj per os en 2 prises (400mg/lj)
- Cotrimoxazole 30mg/kg/lj per os en 2 prises (max 1,6g/lj)
- Amox-Ac Clav 80mg/kg/lj per os en 3 prises (max 3g/lj)

# Vignette clinique N°28:

- **Madame Hanane 27 ans, enceinte 35 SA, elle vous demande quelles sont les contre-indications absolues de l'allaitement maternel :**

A- L'engorgement mammaire

B- VIH

C- L'hypogalactie

D- La galactosémie

E- Le traitement maternel par l'amoxicilline

## Vignette clinique N°28:



- **Madame Hanane 27 ans, enceinte 35 SA, elle vous demande quelles sont les contre-indications absolues de l'allaitement maternel :**

A- L'engorgement mammaire

**B- VIH**

C- L'hypogalactie

**D- La galactosémie**

E- Le traitement maternel par l'amoxicilline

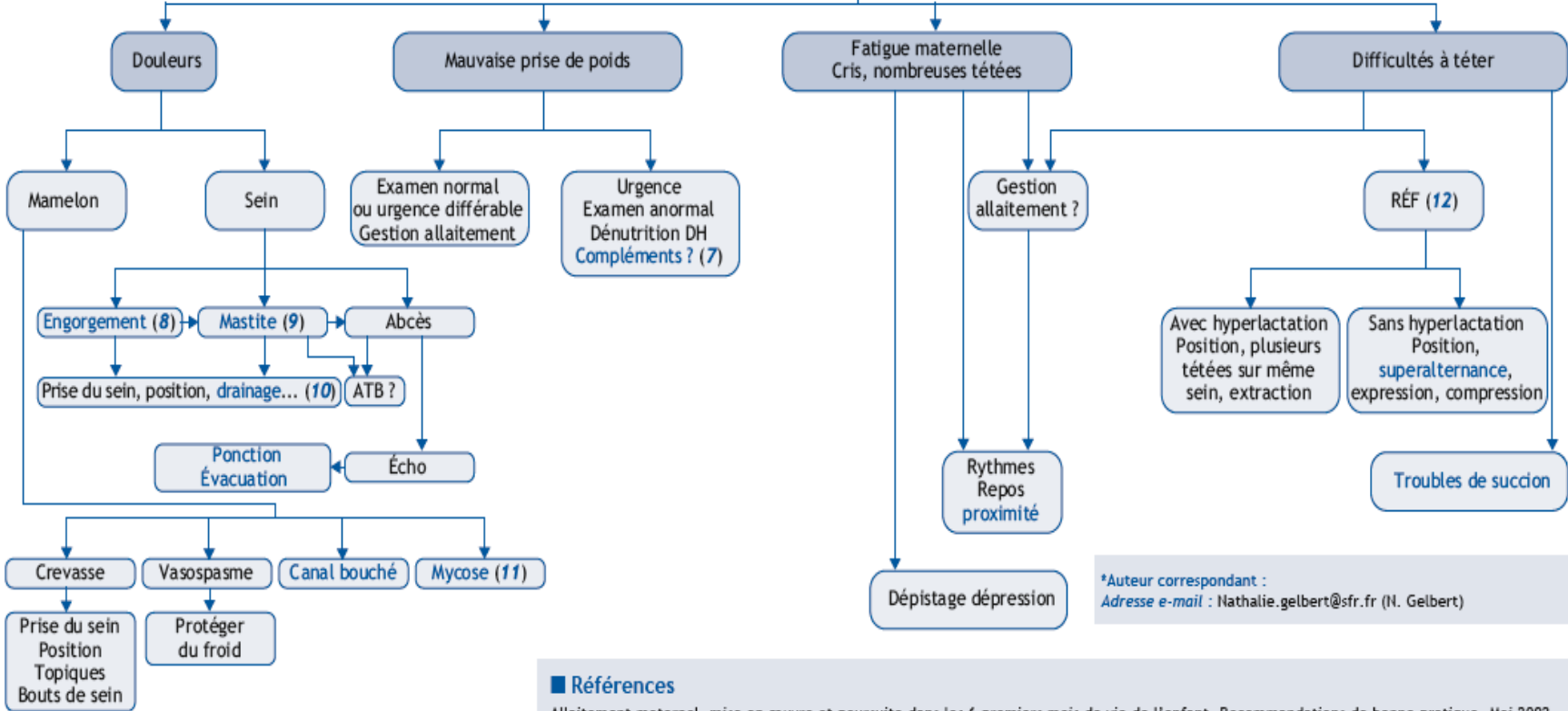
**Première consultation post-natale J10 (1) :**  
 - Anamnèse , environnement familial, projets  
 - Encourager l'allaitement (bénéfices), connaissances parentales (2), médicaments, référents de proximité  
 - Examen complet de l'enfant

**Gestion allaitement à toutes les consultations :**  
 Nombre, durée des tétées, 1 ou 2 seins, bouts de sein (6), tétées de nuit, qualité du transfert de lait (3), douleurs, signes d'alerte (4), vitamine K.

**Tout va bien :**  
 Stocker le lait (tire-lait)  
 Lactariums  
 Reprise travail  
 Sevrage  
 Diversification



**Problème ? Examen des seins, observation d'une tétée (5)**



\*Auteur correspondant :  
 Adresse e-mail : [Nathalie.gelbert@sfr.fr](mailto:Nathalie.gelbert@sfr.fr) (N. Gelbert)

**■ Abréviations**  
 ATB : antibiotiques  
 DH : déshydratation  
 REF : réflexe d'éjection fort

**■ Références**  
 Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Mai 2002. ANAES ; [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)  
 Mazurier E, Christol M. Allaitement maternel précis de pratique clinique. Sauramps médical 2010.  
[www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx](http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx) (Traduction française sur le site LLLF [www.lllfrance.org/Textes-de-l-Academy-of-Breastfeeding-Medicine/](http://www.lllfrance.org/Textes-de-l-Academy-of-Breastfeeding-Medicine/)).  
 World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. Acta Paediatr Suppl 2006;450:56-65.  
[www.who.int/childgrowth/en](http://www.who.int/childgrowth/en)  
 Gremmo-Féger G. Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement. Arch Pediatr 2013;20:1016-21.

## Vignette clinique N°29:

- **Vous recevez un nouveau-né à J4 de vie qui présente depuis 24h une fièvre chiffré à 38,5°C que sera votre conduite à tenir:**
  - A- Donner un traitement symptomatique et surveiller
  - B- Demander un bilan avec retour à domicile
  - C- Démarrer un traitement antibiotique par voie orale
  - D- Adresser à l'hôpital pour hospitalisation
  - E- Suspecter une infection materno-foetale

## Vignette clinique N°29:



- **Vous recevez un nouveau-né à J4 de vie qui présente depuis 24h une fièvre chiffré à 38,5°C que sera votre conduite à tenir:**
  - A- Donner un traitement symptomatique et surveiller
  - B- Demander un bilan avec retour à domicile
  - C- Démarrer un traitement antibiotique par voie orale
  - D- Adresser à l'hôpital pour hospitalisation**
  - E- Suspecter une infection materno-foetale**



## • Critères Majeurs fortement liés à l'infection néonatale

1. Prélèvement vaginal positif
2. Chorioamniotite
3. Jumeau atteint d'une IMF
4. Température maternelle (avant ou en début de travail)  $\geq 38^\circ$
5. Prématurité spontanée < 35 SA
6. Durée d'ouverture de la poche des eaux > 18 heures
7. Rupture prématurée des membranes avant 37SA
8. En dehors d'une antibioprophylaxie maternelle complète (protocole SB):
9. Portage vaginal ou bactériurie à SB pendant la grossesse.
10. Antécédent d'IMF à SB

## • Mineurs: peu liés à l'infection néonatale mais nécessitant une surveillance rapprochée pendant 24 h

1. Durée d'ouverture PDE entre 12 et 18h
2. Prématurité spontanée entre 35 et 37SA
3. Anomalie du rythme cardiaque fœtal ou asphyxie fœtale non expliquée
4. LA teinté ou méconial



## FIEVRE AIGUE CHEZ UN ENFANT

Age < 6 semaines

Age entre 6 semaines et 3 mois

Age > 3 mois

Signes d'IPS

**BILAN EN HOSPITALISATION**

Terrain à risque :  
- Drépanocytose  
- Immunodépression  
- Comorbidité grave

**BILAN +/- hospitalisation**

Pas de terrain à risque

Enquête orientée en ambulatoire

# Vignette clinique N°30:

- Vous recevez un nouveau-né à J8 de vie qui présente un ictère évoluant depuis 5 jours:
  - ✓ En faveur d'un ictère néonatal cholestatique, on retient :
- A- Ictère à bilirubine libre
  - B- Des urines claires
  - C- Des selles décolorées
  - D- Une hépatomégalie
  - E- Un ictère prolongé



# Vignette clinique N°30:



- Vous recevez un nouveau-né à J8 de vie qui présente un ictère évoluant depuis 5 jours:

✓ En faveur d'un ictère néonatal cholestatique, on retient :

- A- Ictère à bilirubine libre
- B- Des urines claires
- C- Des selles décolorées**
- D- Une hépatomégalie**
- E- Un ictère prolongé**



# Vignette clinique N°31:

- **Vous recevez un nouveau-né à J8 de vie qui présente un ictère évoluant depuis 5 jours:**
  - ✓ **En faveur de l'ictère physiologique du nouveau-né :**
- A- Il s'installe après 24h
- B- Il s'accompagne d'une hépato-splénomégalie
- C- Il s'associe à une anémie
- D- Les selles sont décolorées
- E- Il nécessite l'arrêt de l'allaitement maternel

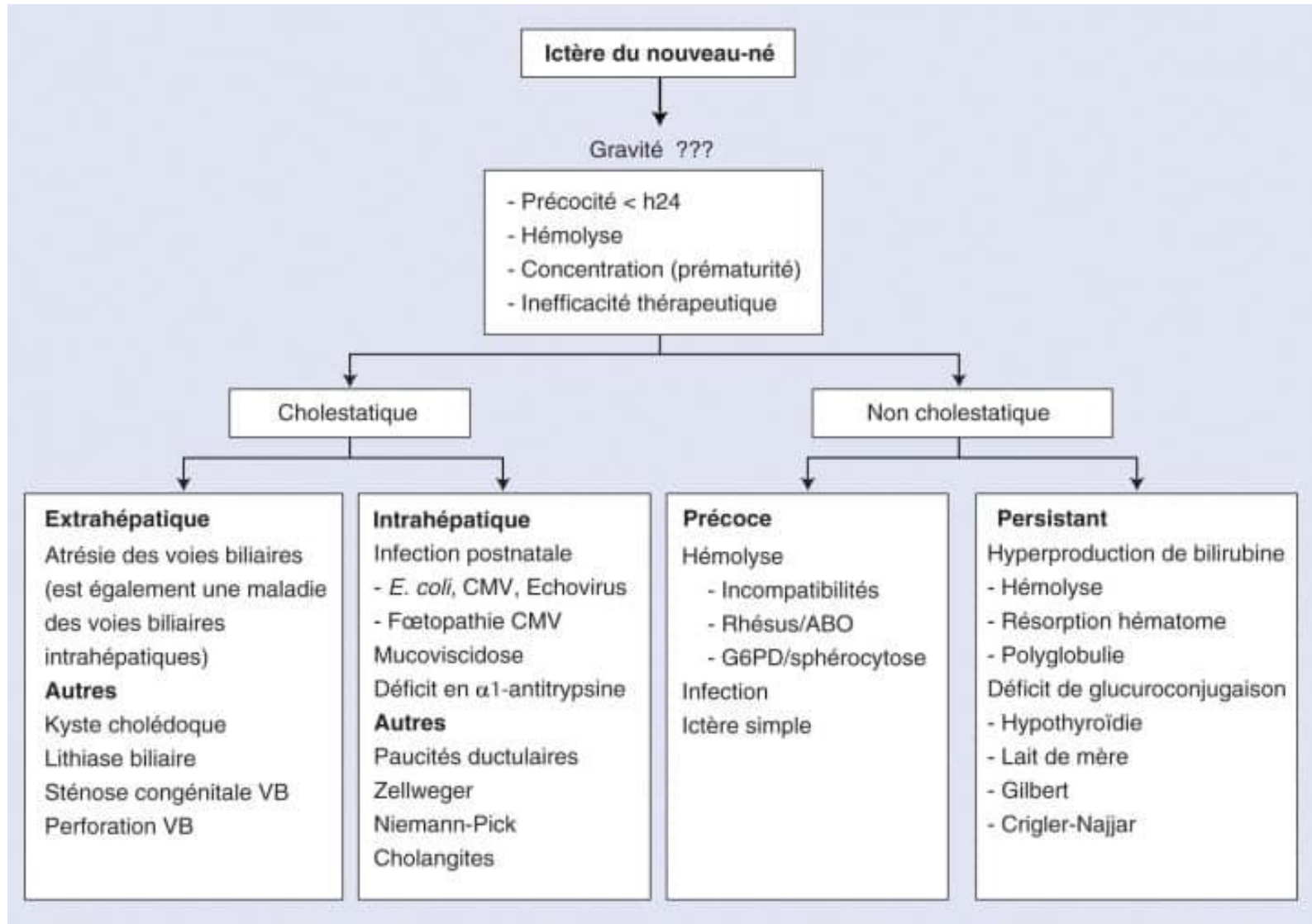
# Vignette clinique N°31:



- Vous recevez un nouveau-né à J8 de vie qui présente un ictère évoluant depuis 5 jours:

✓ En faveur de l'ictère physiologique du nouveau-né :

- A- Il s'installe après 24h**
- B- Il s'accompagne d'une hépato-splénomégalie
- C- Il s'associe à une anémie
- D- Les selles sont décolorées
- E- Il nécessite l'arrêt de l'allaitement maternel



## Vignette clinique N°32:

- **L'infirmière vient vous demander à propos de la vaccination BCG d'un nouveau né à J6 de vie qui présente un poids: 2000g et légèrement ictérique, quelle sera votre conduite à tenir:**
  - A- Vacciner le nouveau-né
  - B- Retarder la vaccination jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000g
  - C- Retarder la vaccination jusqu'à l'atteinte d'un poids de 2500g
  - D- Retarder la vaccination jusqu'à la disparition de l'ictère
  - E- Aucune des propositions n'est juste

# Vignette clinique N°32:



- **L'infirmière vient vous demander à propos de la vaccination BCG d'un nouveau né à J6 de vie qui présente un poids: 2000g et légèrement ictérique, quelle sera votre conduite à tenir:**

- A- Vacciner le nouveau-né**
- B- Retarder la vaccination jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000g
- C- Retarder la vaccination jusqu'à l'atteinte d'un poids de 2500g
- D- Retarder la vaccination jusqu'à la disparition de l'ictère
- E- Aucune des propositions n'est juste

# Ce n'est pas une contre indication:

- Pathologie bénigne sans fièvre
- Antécédent familial d'effets indésirables suite à une vaccination
- Antécédent de convulsions
- Traitement antibiotique
- Traitement avec corticoïdes à action locale
- Corticostéroïdes de remplacement
- Asthme, eczéma, atonie, fièvre élevée ou rhinite
- Prématurité
- Antécédent d'ictère néonatal
- Faible poids chez un enfant en bonne santé
- N'importe quelle pathologie neurologique incluant la paralysie cérébrale et le syndrome de Down
- Allaitement
- Chirurgie récente ou imminente
- Histoire vaccinale mal documentée



Référence: guide de vaccinologie, Professeur Bouskraoui



# PNIM

Programme National d'Immunisation

## Nouveau Calendrier de vaccination

### Vaccinations recommandées chez les enfants de moins de 5 ans

Age / Antigènes	Naissance	Durant le premier mois	2 Mois	3 Mois	4 Mois	9 Mois	12 Mois	18 Mois	5 ans
Vaccin contre l'hépatite B (HB)	HB1n (24h) administrée à la maison d'accouchement ou maternité hospitalière ou clinique privée.								
	Dose non administrée durant les 24 heures	Dose 1							
Vaccin anti BCG (tuberculose)		Dose 1							
Vaccin anti Polio Oral		Dose 0	Dose 1	Dose 2	Dose 3			Dose 4	Dose 5
Vaccin anti Pneumococque			Dose 1		Dose 2		Dose 3		
Vaccin anti Rotavirus (Série de 3 doses)			Dose 1	Dose 2	Dose 3				
Vaccin anti DTC-Hib-HB (Vaccin Pentavalent)			Dose 1	Dose 2	Dose 3				
VPI*					Dose 1				
Vaccin combiné RR						Dose 1		Dose 2	
Vaccin anti DTC								Rappel 1	Rappel 2

\*VPI: Vaccin Anti poliomyélique Inactive, sera utilisée à partir de la deuxième moitié de 2015.

Equipe de pédiatrie -CHU Tanger- Faculté de  
médecine et de pharmacie de Tanger



# MERCI

