

Examen Ecrit de Pédiatrie 2007

Bern - Fribourg

3 1 - 5 - 2 0 0 7

**Page 1: Écrire en
caractères
d'imprimerie**

F

Madame

Monsieur

Nom

.....

Prénom

.....

Adresse privée

.....

.....

**Prière d'inscrire votre adresse sur
l'enveloppe**

André

André est un nourrisson de 4 mois en bonne santé habituelle est amené par sa maman à votre cabinet en raison de diarrhées présentes depuis 2 jours et allant de mal en pis : les selles sont très aqueuses, malodorantes et surviennent maintenant toutes les heures. Des vomissements sont apparus environ 6 heures avant la consultation à votre cabinet et l'enfant est maintenant fébrile à 39.8°. L'anamnèse ne révèle aucun séjour à l'étranger ni aucun élément suggestif d'une intoxication alimentaire.

Question 1 : Vous pensez à une diarrhée d'origine probablement infectieuse. Quels sont, en Suisse, les microorganismes les plus souvent à l'origine d'une diarrhée infectieuse chez le nourrisson ? (citez-en au moins 3)

Réponse 1 : Rotavirus, Salmonella, Shigella, E. coli entéropathogène

Question 2 : Nommez 5 signes cliniques évoquant une déshydratation sévère chez le nourrisson.

Réponse 2 : somnolence, mauvaise perfusion périphérique, tachycardie +/- hypotension, oligo-anurie, muqueuses sèches, signe du pli cutané, yeux enfoncés, fontanelle déprimée, absence de larmes, perte de poids >10% PC

Question 3 : Votre examen clinique confirme une déshydratation sévère. Si vous faisiez des examens sanguins complémentaires, que vous attendriez-vous à trouver sur le plan de la formule sanguine et de la chimie sanguine comme reflet de cette déshydratation marquée ? Donnez 1 élément pour l'hématologie et 2 éléments pour la chimie.

Réponse 3 : Des signes d'hémo-concentration.

A la formule sanguine : augmentation de l'hématocrite ; chimie sanguine : augmentation des protéines sériques, de l'urée (insuffisance pré-rénale).

Question 4 : Durant la consultation, André a émis encore 1 selle complètement liquide et vomi 2 fois. Quelle est votre décision sur le plan thérapeutique ?

Réponse 4 : hospitalisation en urgence

Gina

Gina est une fillette de 4 ans en bonne santé habituelle, hormis quelques épisodes d'otite dans la petite enfance. Il y a 3 semaines, elle a présenté pendant 3 jours un état sub-fébrile, une obstruction et un écoulement nasal séreux ainsi qu'une toux à prédominance matinale. Il n'y a pas eu d'éruption cutanée. Actuellement, elle tousse encore un peu le matin au réveil mais son état général est bon. Sa maman a été frappée par l'apparition soudaine d'hématomes et de pétéchies au niveau du tronc et des extrémités et vous consulte en urgence.

Question 5 : Citez 3 anomalies biologiques pouvant expliquer ce tableau mêlant pétéchies et hématomes.

Réponse 5 : thrombopénie, thrombopathie, maladie de von Willebrand, vasculopathie/vasculite

Question 6 : la formule sanguine que vous pratiquez au cabinet montre les résultats suivants : Hb 125 g/l (110-130), Lc 5.5 G/l (4.0-10.0) , Tc 4 G/l 150-450). Quel est le diagnostic le plus probable dans cette situation ?

Réponse 6 : PTI aigu

Question 7 : Quel examen hématologique est indispensable dans cette situation ?

Réponse 7 : frottis sanguin périphérique

Question 8 : Nommez 2 affections qui pourraient entrer dans le diagnostic différentiel ?

Réponse 8 : Anémie aplastique (p.ex. Anémie de Fanconi), leucémie aiguë

Question 9 : L'examen clinique de Gina est normal, mis à part la diathèse hémorragique cutanée ; l'examen de la question 7 également. Vous confirmez alors votre diagnostic de suspicion. Nommez 3 types de traitement/attitude que l'on peut envisager dans cette situation.

Réponse 9 : abstention thérapeutique avec suivi clinique étroit, stéroïdes per os, immunoglobulines i.v.

Malika

Vous voyez pour la première fois une fillette de 6 ans originaire du Congo adoptée par une famille suisse. Il y a 1 mois, un collègue lui a prescrit du fer p.os pour une anémie à 90 g/l. L'anamnèse révèle plusieurs épisodes de crises de douleurs abdominales, de fièvre et d'ictère des sclérotiques. Il y a 1 an, elle avait dû être hospitalisée pendant 15 jours pour des douleurs thoraciques aiguës associées à une importante détresse respiratoire, de la fièvre et une dépendance à l'oxygène. A l'examen clinique, vous trouvez une taille inférieure au P3, une fréquence cardiaque à 110/min, un souffle systolique doux au mésocarde, un foie débordant le rebord costal de 2 cm, une rate au rebord costal, un ictère des sclérotiques et une pâleur conjonctivale. La formule rouge montre une Hb à 80 g/l, normocytaire normochrome ainsi qu'une polychromasie.

Question 10 : quel est le mécanisme le plus probablement à l'origine de l'anémie de cette enfant ? (ne donnez pas de diagnostic précis, mais simplement le mécanisme physiopathologique : p.ex. hémorragie, trouble de production, etc....)

Réponse 10 : hémolyse

Question 11 : citez 3 pathologies du globule rouge qui pourraient théoriquement correspondre au tableau clinique présenté par Malika

Réponse 11 : sphérocytose, hémoglobinopathie (SCD), déficit enzymatique

Question 12 : citez une maladie infectieuse qui pourrait expliquer ce tableau ?

Réponse 12 : malaria

Question 13 : une électrophorèse de l'Hb vous permet de confirmer votre diagnostic de suspicion. Nommez 5 mesures diagnostiques ou thérapeutiques faisant partie de la prise en charge de base dans cette maladie.

Réponse 13 :

- vaccinations contre les pneumocoques, méningocoques, HiB et hépatite A/B
- antibiothérapie prophylactique (auto-splénectomie) dès l'âge de 4 mois
- prise d'acide folique p.os
- information approfondie aux parents
- assurer une hydratation adéquate en toutes circonstances
- antalgie par paliers, expliquée et prescrite en réserve
- suivi ophtalmologique, cardiologique, néphrologique, endocrinologique
- Doppler trans-crânien annuel

Question 14 : Quel est le médicament permettant de modifier significativement le cours de la maladie chez la plupart des patients avec forme clinique sévère ?

Réponse 14 : Hydroxyurée (Litalir®) p.os.

Melvin

Melvin est un bébé de 6 mois, jusqu'alors en bonne santé, amené par sa maman aux urgences de votre hôpital pour une détresse respiratoire apparue après des prodromes d'infection des voies respiratoires supérieures et accompagnée maintenant de toux et de fièvre jusqu'à 38.6°. Vous suspectez une infection par le Virus Respiratoire Syncytial (RSV), diagnostic qui sera confirmé par le laboratoire de microbiologie.

Question 15 : Quels sont les signes cliniques vous permettant de « quantifier » la gravité d'une infection RSV ? Nommez-en au moins 4.

Réponse 15 : tachypnée, cyanose/besoin en oxygène, tirage, épuisement (n'arrive plus à boire), battement des ailes du nez

Question 16 : Quels sont les trouvailles typiques à la radio du thorax ? Nommez-en au moins 2.

Réponse 16 : dystélectases, hyperinflation, épaissement des parois bronchiques

Question 17 : indiquez 2 examens complémentaires vous permettant de préciser la gravité de la maladie. Ne citez pas la radiographie !

Réponse 17 : gazométrie capillaire ($p_a\text{CO}_2$), saturométrie

Question 18 : l'infection RSV peut évoluer de façon particulièrement sévère chez certains enfants avec une maladie sous-jacente. Nommez-en 3.

Réponse 18 : cardiopathies congénitales, chronic lung disease après prématurité, déficits immunitaires.

Question 19 : la maman de Melvin a entendu parler d'un « traitement » spécifique de l'infection RSV. De quoi s'agit-il et est-ce que ce « traitement » est indiqué chez lui ?

Réponse 19 : le palivizumab (Synagis®), un anticorps monoclonal humanisé spécifique contre le RSV peut être indiqué en prophylaxie pour les bébés particulièrement à risque. Non, il ne s'agit pas d'un traitement d'une infection installée et Melvin n'appartient pas aux groupes à risque.

Carla

Carla est une adolescente sportive de 15 ans en bonne santé, mince et musclée. Elle a de bonnes notes à l'école et pratique du tennis de façon intensive, 3h d'entraînement par jour et des compétitions le week-end. Elle veut en faire sa profession future. Depuis quelques mois, elle se sent plus fatiguée et ses performances physiques s'en ressentent.

A l'examen clinique vous constatez une discrète pâleur, pas d'ictère. La fréquence cardiaque est à 80/min, le rythme régulier, pas de souffle audible. Pas d'hépatosplénomégalie. Le reste de l'examen est sans particularité.

Son père étant d'origine méditerranéenne (Sardaigne), vous suspectez une β -thalassémie mineure et demandez une formule sanguine et une électrophorèse de l'Hb.

Question 20 : nommez les (au moins 3) anomalies que vous devez trouver à la formule rouge/frottis dans le cas d'une β -thalassémie mineure.

Réponse 20 : discrète anémie (env. 100 g/l), microcytose, hypochromie, peu ou pas d'anisocytose, RDW normal, qq cellules-cibles, discrète polychromasie

Question 21 : quel est la trouvaille typique d'une β -thalassémie mineure à l'électrophorèse de l'Hb ?

Réponse 21 : augmentation de l'HbA₂

Les examens pratiqués excluent une β -thalassémie mineure et vous mettent sur la piste d'une carence en fer.

Question 22 : Quelles pourraient être les causes d'une carence en fer chez Carla ? Citez-en 4 en indiquant pour chacune d'elles un moyen diagnostique ? (p.ex. Cause = déficit d'apport alimentaire – Moyen dx = carnet des repas sur 2 semaines)

Réponse 22 :

- perte digestive chronique à bas bruit (ulcère gastro-duodéal, parasitose intestinale) – recherche sang occulte dans les selles
- forme fruste de çœliakie – Ac anti-gliadine, anti-endomysium, anti-transglutaminase

- lambliaose - recherche de parasites dans les selles
- apport alimentaire carencé en fer (junk-food de l'ado) – carnet avec détails des repas / 2 sem
- ménométrorragies – anamnèse ciblée, quantification des pertes sanguines
- athlètes type marathoniens : hémoglobinurie de marche, perte gastro-intestinale sur stress, prise d'AINS, dopage (prise d'EPO sans supplémentation fer)

Question 23 : vous décidez de débiter un traitement martial par voie orale. Citez 1 avantage indubitable et 2 inconvénients des ions ferreux (Fe^{2+}) par rapport aux ions ferriques (Fe^{3+}) ?

Réponse 23 : Avantage Fe^{2+} : meilleure absorption intestinale ; dose plus faible.
Inconvénients Fe^{2+} : moins bonne tolérance digestive, nécessité de les prendre à jeûn.

Jérémy

Jérémy, un élève de 15 ans en bonne santé habituelle a fait la fête chez des amis hier soir ; il est rentré à domicile tard dans la nuit. Sa mère le retrouve ce matin étendu sur son lit, la tête dans les vomissements. Jérémy ne répond pas à l'appel de son nom et respire superficiellement.

Sa mère l'amène à votre cabinet situé à deux pas de chez elle. Vous constatez qu'il réagit à la douleur avec des mouvements non-dirigés en extension, n'ouvre pas ses yeux à l'appel et répond de façon incompréhensible à vos questions. Jérémy est afébrile. Sa fréquence cardiaque est à 80/min, le rythme régulier, la tension artérielle à 92/48 mmHg. La fréquence respiratoire est à 24/min, la périphérie est froide, les pupilles en position moyenne, isocores et normalement réactives à la lumière.

Question 24 : donnez le score de Glasgow de Jérémy

Réponse 24 : 5/15 (E1 V2 M2)

Question 25 : vous soupçonnez fortement une intoxication aiguë. Dans un but pédagogique, vous demandez toutefois à votre stagiaire au cabinet 3 diagnostics différentiels envisageables dans cette situation.

Réponse 25 :

- problème vasculaire (hémorragie ou accident ischémique) cérébral
- traumatisme crânio-cérébral grave
- maladie métabolique décompensée (p.ex. coma diabétique)
- encéphalite (moins probable)

L'équipe du SMUR appelée par votre assistante-médicale intube l'adolescent, lui administre du midazolam et le transporte à l'hôpital. Les premiers examens de laboratoire montrent les résultats indiqués ci-dessous.

Blut	Sang	Norme	Jérémy
Hämoglobin	Hémoglobine	130-160 g/l	144
Thrombozyten	Plaquettes	150-400 10 ⁹ /l	312
Leukozyten	Leucocytes	5.2-12.0 10 ⁹ /l	11.0
Na	Na	134-146 mmol/l	136
K	K	3.5-4.0 mmol/l	3.6
Cl	Cl	95-105 mmol/l	100
Glukose	Glucose	3.6-5.2 mmol/l	3.7
Harnstoff	Urée	2.5-6.8 mmol/l	5.7
Kreatinin	Créatinine	45-88 µmol/l	71
ALAT	ALAT	< 50 U/l	60
ASAT	ASAT	< 50 U/l	75
CK	CK	< 250 U/l	520
Quick	Quick	70-100 %	80
Osmolalität	Osmolalité	275-288 mmol/kg	320
pH	pH	7.35-7.45	7.40
pCO ₂	pCO ₂	35.0-45.0 mm Hg	32.6
pCO ₂	pCO ₂	4.7-6.0 kPa	4.3
HCO ₃	HCO ₃	22.0 – 26.0 mmol/l	19.6

Urin	Urine	Norme	Jérémy
Glukose	Glucose	Neg.	Neg.
Eiweiss	Protéines	Neg.	Neg.
Ketokörper	Corps cétoniques	Neg.	+
Leukozyten	Leucocytes	< 5	< 5
Erythrozyten	Glob. rouges	< 5	20-30
Benzodiazepine	Bezondiazépines	Neg.	++

*champ

Votre stagiaire qui a accompagné l'équipe du SMUR est convaincu qu'il s'agit d'une intoxication aux benzodiazépines.

Question 26 : calculez le trou anionique (anion gap) de Jérémy ; est-il normal ?

Réponse 26 : $(Na + K) - (Cl + HCO_3) = 20 \text{ mmol/l}$; non (normal <18)

Question 27 : calculez le trou osmolaire (osmotic gap) de Jérémy ; est-il normal ?

Réponse 27 : $Osm - (2xNa + \text{glucose} + \text{urée}) = 38 \text{ mmol/kg}$; non (normal < 11)

Question 28 : quelle autre intoxication suspectez-vous chez Jérémy ?

Réponse 28 : alcool (alcoolémie estimée = $\text{osmotic gap} / 27 = 1.41 \text{ g/l}$)

Roger

Roger est un garçon de 9 ans, habituellement en bonne santé, qui vous est présenté en raison d'un exanthème (voir photo). L'anamnèse révèle que Roger présente un état fébrile (max. 38.5°) depuis 10 jours associé à une toux et des douleurs thoraciques respiro-dépendantes. Il a reçu du paracétamol et du salbutamol en aérosol. La symptomatologie était à son maximum il y a 1 semaine, mais est encore présente actuellement.



Question 29 : de quel type d'exanthème s'agit-il ? Quelle en est la morphologie caractéristique ?

Réponse 29 : érythème polymorphe ; lésions en cocarde

Question 30 : quelle en est la cause la plus probable chez Roger ?

Réponse 30 : infection à *Mycoplasma pneumoniae*
(ou autres infections virales des voies respiratoires)

Question 31 : citez 2 autres étiologies possibles (mais peu vraisemblables chez Roger) d'un tel exanthème.

Réponse 31 :

- infection à Herpès simplex
- médicaments (AINS, antibiotiques, anti-épileptiques, salicylés)

Léa

Léa est une fillette de 8 ans sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Depuis 2 à 3 semaines, elle se plaint de maux de tête de plus en plus violents, survenant surtout le soir après l'école. Elle est plus fatigable, irritable et son appétit diminue progressivement. La maman vous l'amène en consultation, car elle a vomi cette nuit à 3 reprises. A l'examen clinique, l'enfant est en état général réduit, pâle et se plaint spontanément de céphalées frontales. La T° est à 36.7, la fréquence

cardiaque à 60/min, régulière, la tension artérielle à 135/84 mmHg. Elle n'a pas de méningisme.

Question 32 : le diagnostic différentiel des céphalées chez l'enfant est assez large. Citez 3 entités qui vous paraissent compatibles avec les éléments anamnestiques mentionnés chez Léa.

Réponse 32 :

- migraine
- hypertension intra-crânienne
- hypertension artérielle
- céphalées tensionnelles

Question 33 : L'examen clinique détaillé met en évidence un nystagmus horizontal dans le regard extrême vers la gauche, une dysdiadococinésie et une dysmétrie bilatérales mais prédominantes à gauche. Vous suspectez alors une tumeur cérébrale. Quelle en est la localisation la plus probable ?

(Donnez une localisation précise ! p.ex. medulla oblongata et non pas fosse postérieure !)

Réponse 33 : hémisphère cérébelleux gauche

Question 34 : nommez 3 types de tumeurs cérébrales fréquentes chez l'enfant

Réponse 34 : médulloblastome, astrocytome, épendymome

Question 35 : Quel est le danger vital qui peut menacer Léa dans cette situation ?

Réponse 35 : engagement des amygdales cérébelleuses et arrêt cardio-respiratoire

Question 36 : donnez-en 2 signes prémonitoires

Réponse 36 :

- perturbation de l'état de conscience
- bradycardie
- aggravation de l'hypertension artérielle
- respiration irrégulière (Cheyne-Stokes)

Jimmy

Jimmy est un garçon de 7 ans amené par son papa agriculteur car il a remarqué il y a 2 semaines un « ganglion » cervical droit qui a grossi depuis lors pour mesurer environ 3 cm de diamètre maintenant. L'état général de Jimmy est resté très bon, il n'y a pas eu d'angine et n'a développé d'état fébrile ni avant ni depuis l'apparition de ce « ganglion ».

Question 37 : citez 3 éléments anamnestiques supplémentaires importants pour le diagnostic différentiel

Réponse 37 :

- « ganglion » douloureux ?
- notion de contact avec animaux (chats, chiens, moutons, ...) ?
- autres symptômes B (perte pondérale > 10% PC, sudations nocturnes) ?
- notion de voyage à l'étranger ?
- contact possible avec Tbc ?

Question 38 : l'examen clinique met en évidence une adénopathie de 3.5 x 2.5 cm sur la chaîne jugulo-digastrique à D, homogène, ferme, solide et indolore, mobile par rapport à la peau et au plan profond. La peau située en regard est sans particularité aucune. L'examen ORL et dentaire est normal. Il n'y a pas d'autres adénopathies, pas d'hépatosplénomégalie. Jimmy est afébrile. Vous pensez à une adénopathie d'origine infectieuse probable ; nommez 6 micro-organismes pouvant être à l'origine d'une telle pathologie.

Réponse 38 : EBV, CMV, Toxoplasma gondii, adénovirus, HIV1/2, mycobactéries tb et non-tb (atypiques), Bartonella henselae

Question 39 : vous pensez en second lieu à une étiologie néoplasique telle qu'une maladie de Hodgkin ou un lymphome malin non-hodgkinien (NHL). Nommez 2 examens d'imagerie utiles pour exclure ou confirmer votre suspicion.

Réponse 39 : Rx thorax face/profil ; US abdomen complet

Question 40 : Nommez 2 paramètres biochimiques sanguins simples qui sont très souvent pathologiques dans les NHL.

Réponse 40 : LDH ↑ ; acide urique ↑.
Plus rarement hyperkaliémie ou hyperphosphatémie.

Question 41 : l'anamnèse vous révèle que Jimmy joue fréquemment avec les chatons de la ferme ; vous suspectez alors fortement une maladie des griffes de chat (« cat-scratch disease»). Vous demandez une sérologie spécifique ; que vous attendez-vous à trouver dans le cas de Jimmy (parlez des IgM et des IgG).

Réponse 41 : IgM et IgG positives pour B. henselae

Question 42 : les examens sérologiques confirment votre suspicion. Quelles sont les complications possibles de cette maladie d'évolution habituellement bénigne ? Nommez-en trois ; ne nommez pas la suppuration locale à partir de l'adénopathie.

Réponse 42 :

- syndrome oculoglandulaire de Parinaud
- méningo-encéphalite
- lésions ostéolytiques
- granulomes hépato-spléniques
- PTI
- érythème noueux

Leandro

Le père d'un garçon portugais de 9 ans que vous suivez depuis sa naissance en Suisse et jusqu'ici sans problème de santé important (léger excès de poids, parfois quelques maux de tête en cours de l'après-midi, surtout en fin de trimestre scolaire) vous téléphone en catastrophe à l'ouverture du cabinet : alors qu'il conduisait de nuit en revenant de vacances au Portugal, vers 4-5 heures du matin, sa femme dormant sur le siège à côté de lui, il a entendu un drôle de bruit, comme si son fils allait s'étouffer ou vomir. Etant sur l'autoroute, il a continué sa route une ou deux minutes sans trop se retourner puis s'est arrêté sur une place de parc. A ce moment il a vu le visage du garçon « tout tordu », avec beaucoup de salive, toujours des bruits de gorge bizarres, l'air effrayé, voulant dire quelque chose mais ne pouvant pas parler. L'épisode a duré environ 5 minutes, puis s'est arrêté. L'enfant pouvait alors de nouveau parler, mais avec un peu de gêne puis est redevenu normal. Il a dit qu'il somnolait, puis quelque chose s'est mis à le picoter dans la bouche, que sa langue est devenue bizarre et qu'il ne pouvait plus parler, ce qui lui a fait peur. Le père, encore secoué par l'événement, vous demande ce qu'il faut faire, car il n'a pas confiance dans les médecins locaux : il se trouve en Espagne, près de la frontière française.

Question 43 : Citez 4 éléments d'anamnèse importants pour le diagnostic différentiel d'un tel épisode.

Réponse 43 : Fièvre ? Vomissements ? maux de tête ? chute sur la tête durant les vacances ? autre événement particulier ? A-t-il pu dormir dans la voiture et les nuits auparavant ? Bouche de nouveau d'aspect normal maintenant ?

Question 44 : A quel diagnostic pensez-vous en premier ?

Réponse 44 : Crise épileptique focale, comme on le voit typiquement dans l'épilepsie partielle (ou focale) bénigne de l'enfant (synonyme : épilepsie rolandique), la plus fréquente des épilepsies chez l'enfant en âge scolaire par ailleurs sain.

Question 45 : Que répondez-vous au papa ; que doit-il faire maintenant ?

Réponse 45 : rassurer le père que maintenant ça va bien, que cela peut arriver parfois à cet âge lors d'une déprivation de sommeil, qu'il n'y a pas de risque vital même si événement impressionnant. Poursuivre le voyage du retour en laissant l'enfant dormir et vous le verrez à son retour pour l'examiner et rediscuter de la suite et voir si d'autres examens sont nécessaires

Question 46 : Quel examen proposez-vous au retour de l'enfant en Suisse pour éclaircir la situation et que pensez-vous trouver (donnez un résultat précis, pas seulement « pathologique » ou « normal ») ?

Réponse 46 : un EEG ; pointes-ondes dans la région centro-temporale (épilepsie rolandique)

Question 47 : Quel traitement proposez-vous ?

Réponse 47 : aucun.

Damien

L'ambulance amène ce bébé de 4 1/2 mois aux urgences de votre hôpital à 22h45. Les ambulanciers vous mentionnent que le bébé avait été trouvé apparemment sans vie par son père à domicile dans son petit lit et que celui-ci avait contacté le SMUR. Pendant le transport, l'enfant était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, son état de conscience ne peut pas vous être précisé exactement par l'infirmier.

Aux urgences, vous trouvez un garçonnet de 4 ½ mois en bon état nutritionnel, bien dans les percentiles pour le poids et la taille. Il réagit par une flexion des bras et un wimmern aux stimuli douloureux ; il n'ouvre pas les yeux. Fréquence cardiaque à 148/min, régulière, pression artérielle 69/37 mm Hg, fréquence respiratoire 31/min, légèrement irrégulière. Afébrile. Pâleur marquée, périphérie chaude, temps de recoloration capillaire à 2 secondes. Le status somatique est sans particularité ; au status neurologique, le tonus musculaire est normal et symétrique hormis un mauvais contrôle de tête, les ROT sont symétriques, faibles.

Complément d'anamnèse (par les parents) : 1^{er} enfant du couple, grossesse normale et naissance à terme en position céphalique, sans problème obstétrical. PN 3240 g. Le développement psycho-moteur a été jusqu'ici normal, Damien a été nourri au sein pendant 3 mois, puis de façon mixte (lait maternel et biberons) car sa maman a repris son travail. Il a reçu 2 vaccinations DiTe, aPer, HiB, IPV et pneumocoques. Damien pleure beaucoup depuis la 5^e semaine de vie, surtout le soir. Il est gardé par la grand-maman maternelle et, 2 fois par semaine, par la crèche.

Anamnèse actuelle : pas de maladie dans les derniers jours, dernière vaccination il y a 11 jours. Damien a été allaité à 19h ce soir, la maman est ensuite sortie avec une amie, c'est le père qui gardait l'enfant qui, comme d'habitude, a pleuré pendant 2 heures et ne se laissait pas consoler. A 22h15, son père qui était aller voir s'il dormait enfin le trouve très pâle, couché sur le dos dans son lit, avec un peu de vomi au coin de la bouche et sur la couche. Le bébé ne réagit pas lorsqu'il le prend dans ses bras et reste flasque.

Question 48 : De quel type d'épisode s'agit-il ?

Réponse 48 : ALTE

Question 49 : Citez au moins 4 étiologies possibles de cet épisode chez Damien

Réponse 49 :

- (status post) convulsion
- (status post) trouble du rythme cardiaque
- maladie métabolique avec décompensation aiguë
- syndrome du bébé secoué
- autre traumatisme

- hémorragie cérébrale sur coagulopathie

Question 50 : Quel est le point capital de l'examen clinique ?

Réponse 50 : l'examen du fond d'œil

Question 51 : hormis une imagerie cérébrale, citez 6 examens complémentaires (de laboratoire) indispensables pour préciser cette situation

Réponse 51 :

- gazométrie capillaire avec lactate
- formule sanguine complète
- CRP
- Glycémie
- Electrolytes (Na, K, Cl, Ca)
- Sang et urine en R pour bilan métabolique

Par manque d'expérience, vous n'arrivez pas à évaluer le point critique de l'examen clinique. Les examens de laboratoire pratiqués en urgence sont normaux. Le CT-scan cérébral montre un hématome sous-dural fronto-pariétal droit et une perte de différenciation entre le cortex et la substance blanche dans la même région. Le radiologue n'est pas sûr si les espaces liquidiens péri-cérébraux sont élargis ou non et s'il y a une hémorragie cérébrale intra-parenchymateuse.

Question 52 : Quel diagnostic suspectez-vous en priorité et quels sont les deux diagnostics différentiels les plus importants ?

Réponse 52 : Dx de 1^e priorité : syndrome du bébé secoué

DD : - hématome sous-dural dans le cadre d'une coagulopathie et d'un traumatisme banal

- acidurie glutarique avec élargissement des espaces péri-cérébraux et traumatisme banal.

Nous sommes maintenant le lendemain matin. Damien est aux soins intensifs. Son état cardio-respiratoire est toujours stable, ses gazométries sont normales, le score de Glasgow entre 10 et 13. Il boit au biberon.

Question 53 : Quelles démarches diagnostiques entreprenez-vous ?

- a) anamnestiques : donnez 2 éléments
- b) clinique (quel spécialiste demandez-vous au chevet du patient pour évaluer l'élément clinique essentiel que vous n'avez pas pu apprécier vous-même) : 1 élément
- c) examen de laboratoire / imagerie : donnez au moins 3 éléments

Réponse 53 :

- a) a-t-il reçu la prophylaxie néonatale de vitamine K ?
développement psycho-moteur vraiment normal (interroger le MT)

b) examen du fond d'œil par l'ophtalmologue

c) bilan de crase ; dosage de l'acide glutarique urinaire ; EEG, IRM

Toutes les investigations ainsi que les compléments de l'anamnèse confirment votre suspicion diagnostique initiale et rendent les diagnostics différentiels hautement improbables.

Question 54 : Qu'allez-vous entreprendre maintenant sur le plan de la prise en charge globale de ce cas ?

Réponse 54 : activer le CAN team