

Situation cliniques (maladie ou accidents)



Professeur Bertrand Chevallier.
*Service de pédiatrie Hôpital Ambroise Paré
Boulogne-Billancourt*



Que chercher d'abord lorsqu'on reçoit un enfant intoxiqué par un médicament ?



Réponse : Essayer de savoir s'il n'en a pas pris également un autre

Miguel 2,5 ans

- **ATCD**

- 2ème enfant, né à terme eutrophe
- soeur ainée autiste, placée en famille d'accueil
- mère: épilepsie-sclérose tubéreuse de Bourneville
- suivi régulier PMI
- vaccins à jour
- hospitalisation = 0
- médicaments = 0

Miguel

- HDM

- Fièvre à 39°C depuis deux jours
- convulsion tonico-clonique généralisée à 22 h
- appel pompiers qui arrivent à M40
 - Récidive de convulsion à H1
 - T° 37°, TA 108/54, pouls 156
 - obnubilé
 - SaO2 : 80%
 - mydriase bilatérale peu réactive
 - ROT vifs
- Valium IR : 6 mg.

Miguel

- Aux urgences (suite)
 - Récidive des convulsions
 - O2 nasal, Valium IV x 1 + Prodilantin 15 mg/kg

 - TDM cérébral
 - PL ?

Miguel

- Hypothèses ?

- Convulsion fébrile
- Début d'une maladie épileptique
- processus intra-crânien
 - hémorragique
 - ischémique
- Trouble métabolique
- Traumatisme
- Intoxication

- CAT

- O2
- Anticonvulsivant en continu

Miguel

Deux heures plus tard : rassurant mais.....

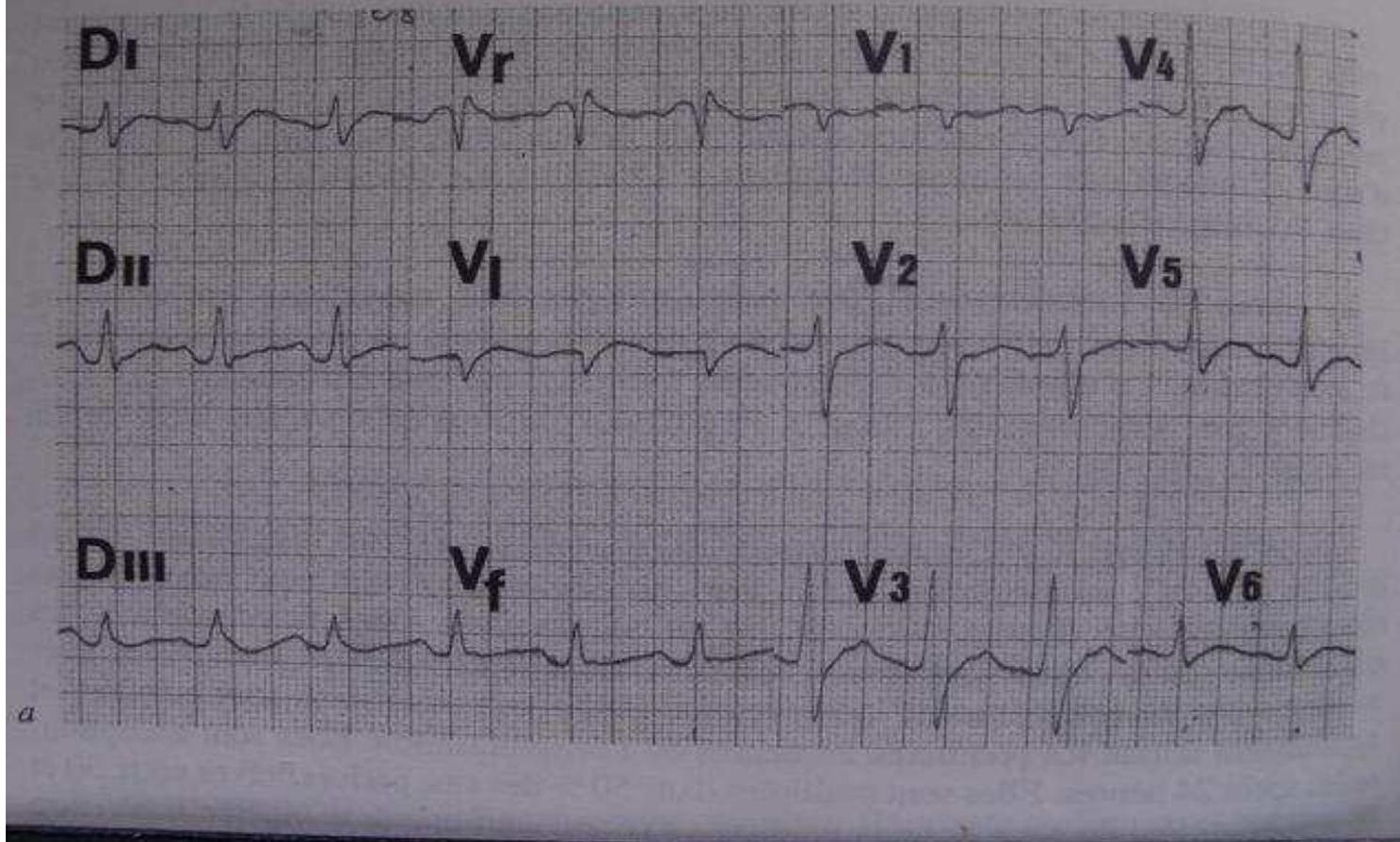
- 37°,
- TA 100/55, **Pouls 165**, TRC < 3s
- SaO2 100% (FiO2 30%),
- **Coma calme**
- **mydriase réactive x 2**
- Pas de déficit
- Doute sur globe vésical



hypothèse, examens ?

Miguel

- EXAMENS
 - PL : normale
 - toxiques sang et urines ++
 - bilan ionique, gaz du sang normaux
 - ECG (tachycardie,)



- Tachycardie sinusale
- Onde T aplatie
- QT long
- Elargissement QRS 0,12 en DII

Miguel

- Coma..... qui dure
- Convulsion
- Mydriase
- globe vésical
- Tachycardie
- Signes ECG



Coma + signes atropiniques



Antidépresseurs Tricycliques ?

EFFETS ATROPINIQUES : Toxidrome

fréquents, permettent le diagnostic

- bouche sèche
- tachycardie
- flou visuel
- dilatation pupillaire
- rétention d'urine
- arrêt du transit
- fièvre
- myoclonies



Une histoire curieuse

Un 31 août



épisode actuel

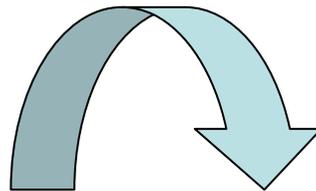
- G....14 ans, sans antécédents notables
- A 16 heures :
 - Lit sur son lit
 - Céphalées fronto-temporales
 - « trou visuel » brutal œil droit
 - Fourmillements du MS
 - » Durée 5 minutes
 - Puis céphalées isolées
- Le lendemain : consultation MT puis hospitalière aux urgences

Examen aux urgences

- Aucune symptomatologie sauf céphalées
- Examen neurologique :
 - Pas de déficit moteur, ni réflexe
 - Sensibilité normale
 - Oculomotricité : normale
- FO, EEG normaux
- TA, cœur : normal
- Interrogatoire :
 - Migraine familiale maternelle et sœur aînée
 - Céphalées fréquentes

Diagnostic retenu

- Céphalées
 - Hémicrânie
 - Caractère pulsatile
- Troubles visuels transitoires
- Antécédents personnels et familiaux



Migraine accompagnée ?

RDV Cs deux mois plus tard

Suite

- Revu en consultation 15 jours plus tard par le MT : Anxiété familiale
 - Scanner cérébral : normal
- Un épisode « migraineux » une semaine plus tard : durée 2 heures.
- Nouvel épisode six semaines plus tard
 - Un soir, en rentrant de l'école
 - Après deux heures de gymnastique
 - Céphalées fortes, flou visuel
- On apprend que son père et son jeune frère ont eu également mal à la tête !!! le même soir en se couchant (chaleur à paris, douches fréquentes) : que fait on ?
- Résultat négatif

19 octobre : venue aux urgences à 22 heures

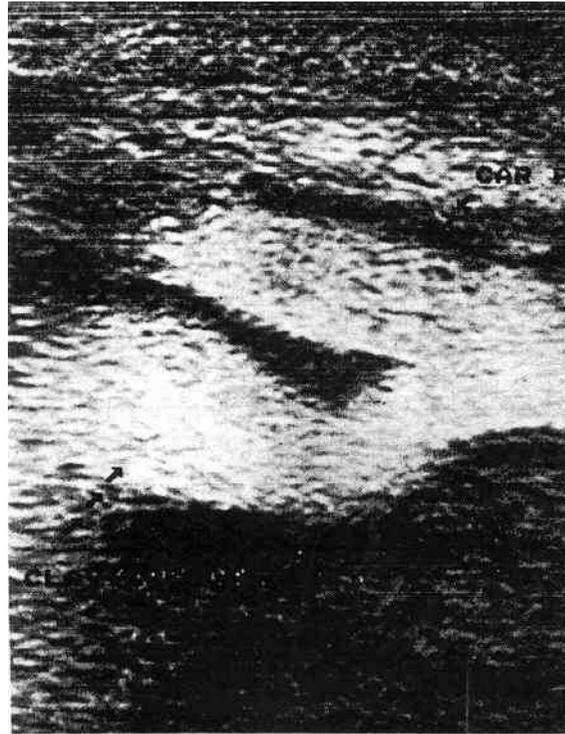
- Céphalées identiques chez le jeune G
- Nausées +/-
- SOS médecin trouve un nuque raide : urgences APR
- Pas de facteur déclenchant
- Examen neurologique normal
- Pas de souffle cardiaque; TA : normale
- Examen ORL sans anomalie
- Dextro normal

L'examen clinique est complété et un élément permet le Diagnostic Lequel ?

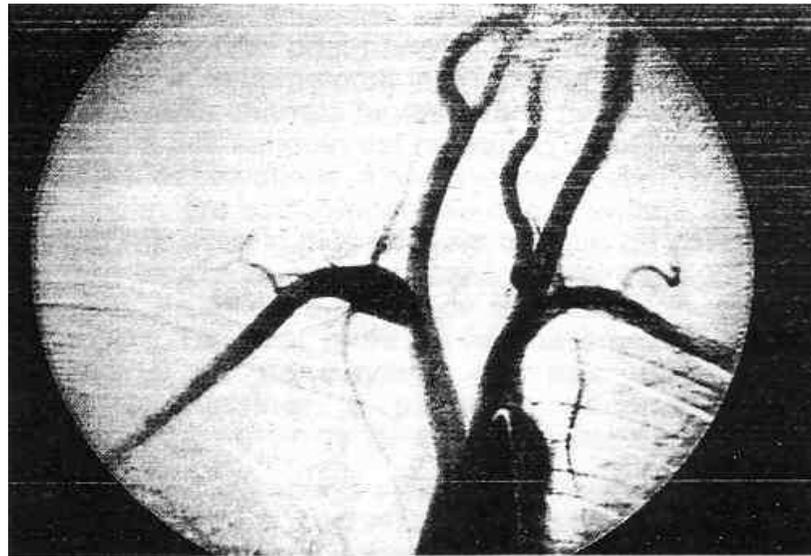
Auscultation des vaisseaux du cou

**Souffle continu
dans le creux sus claviculaire droit**

Echo - doppler



Artériographie des TSA (Pr. LACOMBE)



Mécanisme

- Malformatif
 - Côte cervicale
- HTA, athérome ?
- Anomalie tissulaire
- Acquis :
 - Compressif : cal
claviculaire
 - infectieux ? Traumatique ?
- idiopathique

Kieffer et al. 1992

Une histoire de seins



Loïc, 21 ans.....

- Vient pour avis
- Enfant suivi de l'âge de 3 à 11 ans pour un syndrome néphrotique cortico-dépendant

- **Gynécomastie depuis deux ans**

Histoire

- Apparition d'une gynécomastie depuis deux ans : 4 cm de diamètre, stable depuis six mois.
- MT : adipomastie (170/78 kg) : RAS
- Chirurgien esthétique pour avis : adipomastie modérée mais gynécomastie +++ confirmée par l'échographie.
- Ok pour ablation mais avis endocrino auparavant
- Vu en consultation le 11 juillet

Examen clinique

- Gynécomastie
 - bilatérale évidente
 - isolée,
 - non inflammatoire, sensible.
- Puberté P5G5
- Deux testicules normaux : vie sexuelle normale
- TA : 13/7
- Examen général normal
- Electromécanicien en stage en alternance avec un BTS

Gynécomastie post-pubertaire

- Puberté de 14 ans a 17 ans et demi (corticothérapie ?)
 - Croissance jusqu'à 18 ans
 - Gynécomastie apparue un an après la puberté
-
- Que faites vous ?

Situation pathologique

Message +++ Une gynécomastie survenant en dehors de la puberté doit toujours être explorée

- Rechercher une prise médicamenteuse
- Rechercher un hypogonadisme
 - Périphériques : dysmorphie type klinefelter : morphotype, petits testicules, grande taille
 - Centrales : insuffisance gonadotrope ou adénome à prolactine
- Palper les testicules : tumeur.
- Palper le foie : tumeur

Médicaments et gynécomastie

- Oestrogènes
- INH
- Methyldopa
- Digitaliques
- Inhibiteurs calciques et de l'EC
- Ketoconazole
- methotrexate
- Cimetidine
- Omeprazole
- Dilantin
- Diazepam
- Spironolactone
- Phenothiazine
- Oncovin
- Cyclophosphamide

Suite

- Pas de médicaments
- Testicules normaux
- Foie normal
- Bilan (endocrino de ville)
 - hCG normale
 - Alpha foeto proteine : normale
 - Prolactine : normale
- IRM cérébrale ? : normale
- Autre ?

- Le diagnostic reposait sur l'interrogatoire de l'habitus de l'adolescent
- Quelle question aurait du être posée ?

Intoxication chronique au cannabis



- Prévalence : 2 à 10 % des fumeurs réguliers (Werr 2011)
- Données cliniques :
 - dépendant du nombre de joints/semaine
 - évolue par poussées
 - Régresse avec réduction de l'intoxication
- Physiopathologie :
 - Proximité des récepteurs cannabinoïdes : réduction d'affinité pour les récepteurs périphériques de la testostérone
 - Réduction de la transformation de la testostérone en DHT : études animales non confirmées

Les dégâts de l'attraction



Dylan, 2 ans

- Vomissements alimentaires depuis deux jours
 - Apyrétique
 - inappétence
 - Selles molles
 - Pleurs fréquents
- Traité comme une GEA
- **A J3 :**
Amélioration de selles, mais pleurs ++ et mange mal
- **A J5**
Accentuation des pleurs + persistance de vomissements

Urgences a 5h du matin

suite

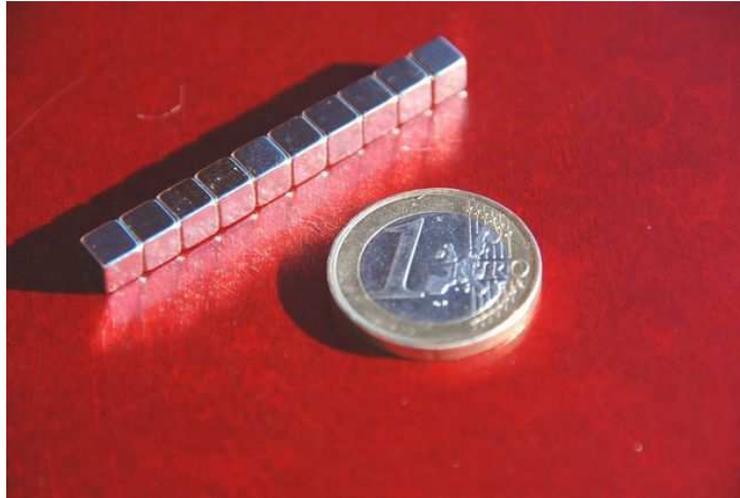
- **Aux urgences :**
 - Pâle, tachycarde, polypnée superficielle
 - Ballonnement abdominal, contracture diffuse
 - T° 39° C
 - Voie d'abord : remplissage + ATB en urgence
 - Echo + ASP



Risques des mini-aimants

- Laparotomie urgente
- Fistule duodéno-jéjunojéjunale, perforation duodénale, 5cm de long
- Abscès de paroi
- 28 jrs d'hospitalisation

Risques des mini-aimants



Risques des mini-aimants

RISQUES

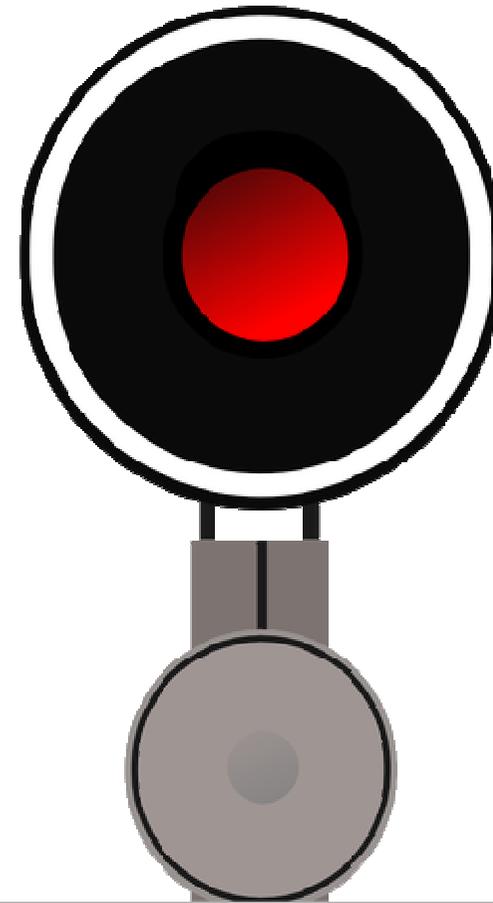
- Aimants en néodyme, très puissants, présents dans jouets, « faux piercing », tableaux photos.
- Ingestion et introduction nasale
- Conséquences
- Tube digestif :
 - * risque d'obstruction, de nécrose du grêle / attraction
 - * perforations, fistules
- Nez : risque de perforation, nécrose septale

TRAITEMENT

Ablation en urgence des aimants intra gastriques + signes digestifs (≥ 2)*

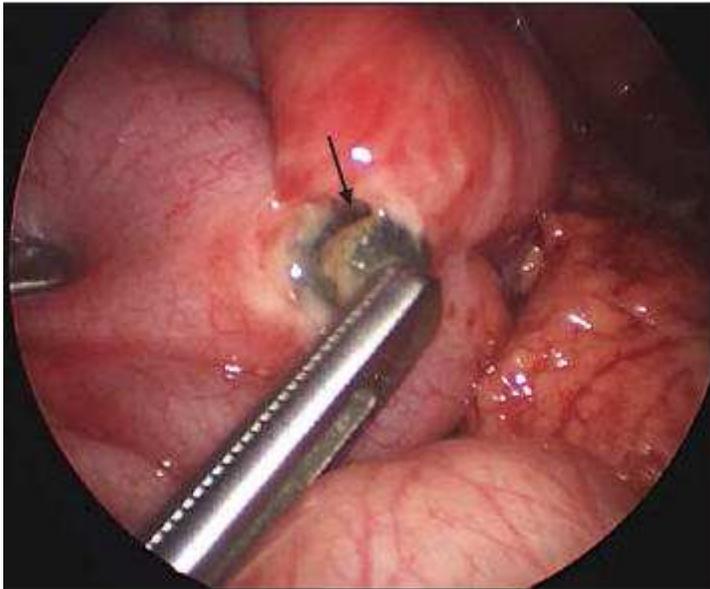
Simple surveillance si pas de troubles digestifs en milieu hospitalier (aimants intestinaux)

- *Ingestion de corps étrangers chez l'enfant.*
- *Recommandations du Groupe Francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. Arch Pédiatr 2009 ;16 :54-61.*



**UN TRAIN PEUT
EN CACHER
UN AUTRE**

Risques des micro piles



- Enfant de 4 ans, ingestion pile bouton 48 h auparavant
- Récidive le lendemain
- H72, douleurs abdominales -> urgences
- ASP visualise 2 aimants
- Laparoscopie : perforation
- Evolution sans séquelles
- Sortie J3

*Dutta S et al. Arch Pediatr Adolesc Med
2008;162:123-5.*

Maladies ou

et si le responsable était la main de l'homme....

Roger Perelman



Yohan : 22 mois

- Amené aux urgences pour brûlure des deux pieds et des mollets
- Histoire de l'épisode
 - 18h50 : enfant pieds nus à la cuisine
 - La mère renverse une casserole d'eau chaude sur les pieds de l'enfant

23h15 : arrivée de l'enfant aux urgences

- Brûlure 3,9% de la surface corporelle
- Second degré superficiel avec zones douteuses
- RAS par ailleurs
- Soins locaux + pansement de biaffine

Le lendemain : staff de dossiers

- Éléments troublants
 - Délai entre accident et arrivée aux urgences , la famille habite dans le bas de Rueil
 - Localisation symétrique de la brûlure (en chaussette)
 - Pas de trace d'ébouillement plus haut sur le reste des mollets, des cuisses.
-
- Reprise de l'interrogatoire

Brûlure et maltraitance

- **Epidémiologie (avant 2 ans)**
- 4 à 13% des brûlures de l'enfant dites accidentelles sont intentionnelles. Blond 2002, Gold 2011
- 15% des mécanismes de sévices aux enfants comportent des lésions de brûlures, Szterkins 2007
- **Devant une brûlure, arguments pour une maltraitance**

Age < 12 mois

Délai entre accident et consultation

Localisations : périnée, mains et pieds si symétriques

Ébouillement >>> contacts

Absence de traces d'ébouillement à distance



Impétigo ?



Brûlure de cigarettes ?

Deux histoires identiques :

- Elodie, 2 mois et demi, est dans son landau,, place Cambronne, un dimanche à 17 heures en novembre 2010.
- La maman trouve qu'elle respire mal, est toute rouge, fait un drôle de bruit, a la tête en arrière. La prend dans les bras et se dépêche pour aller a Necker.
- A Necker : dyspnée inspiratoire bruyante sans signes de lutte, sat O2 normale
- Déshabillée
- Amélioration rapide
- Rendue au domicile une heure plus tard



Manon, 3 mois et demi



- Une jeune maman appelle le centre 15 un dimanche de novembre 2013 à 16h30. Il pleut à Paris ce jour là.
- Manon a 3 mois et demi, est dans son landau, la tête couverte par une capuche attachée par un cordon que la maman avait serré car la capuche bougeait tout le temps.
- Au bout d'un moment la maman constate que l'enfant est rouge et respire bruyamment. Elle le prend dans les bras et constate un bruit respiratoire inhabituel.
- Elle téléphone aux urgences hospitalières en faisant écouter au médecin le bruit que fait son enfant. Il s'agit d'une dyspnée bruyante lors de la reprise inspiratoire avec un pleur rauque.

- Le médecin demande à la mère de dégager le cou de l'enfant et de desserrer le cordon de la capuche.
- La mère constate alors une trace rouge dans le cou de son enfant témoignant d'un serrage excessif.
- L'examen clinique de l'enfant est normal lors de l'arrivée aux urgences 20 minutes plus tard.



- Ces deux observations constituent deux des douze cas remontés à la CSC en 2012-2013 qui émet des recommandations et saisit la ministre :
- *« Les cordons, parfois coulissants, sont susceptibles de poser des problèmes et d'être à l'origine d'étranglements. En effet, ces liens de serrage, largement présents sur les bas de pantalon et les capuches, peuvent s'enrouler autour du cou, se coincer dans une chaîne de vélo, une portière de voiture, un toboggan... »*
- Plus de 16 000 vêtements comportant des cordons ont été examinés auprès de détaillants, de grossistes, de fabricants et d'importateurs pour vérifier qu'ils étaient conformes aux exigences de sécurité de la norme EN 14682:2007. Celle-ci précise que pour les enfants âgés de 0 à 6 ans, aucun cordon ne doit se trouver sur la capuche du vêtement et la zone du cou..

Des symptômes trompeurs



Celine, 7 ans

Se plaint de douleurs aux yeux en revenant de l'école

La maman

- trouve les yeux un peu rouges
- note des éléments pétechiiaux autour des yeux
- donne un collyre

Le lendemain soir : la maîtresse parle à la maman : votre fille a du mal a voir ?

- écriture malhabile, dépasse le cadre du dessin
- couchée sur sa feuille de dessin

Consultation du MT:

- Examen clinique
 - Apyrétique
 - Examen neurologique standard normal
 - Examen général normal
 - Douleurs orbitaires et à la pression des globes oculaires
 - Motricité oculaire normale
 - Conseille une consultation OPH

- Interrogatoire de la famille
 - Migraine familiale ++
 - Tante décédée rupture anévrisme à 21 ans
 - Grand-mère : SEP

- Interrogatoire de Céline
 - Céphalées intermittentes
 - Voit moins bien depuis quelques jours
 - voit flou, points brillants devant les yeux.

- **Examen ophtalmologique**

- FO : hyperhémie, aspect d'œdème papillaire (ischémique?), petites hémorragies rétiniennes disséminées
- AV : diminuée des deux yeux / 18 mois
- Inversion des couleurs : rouge/vert
- Champ visuel au doigt normal mais.....

Consultation hospitalière

- Inquiétude la mère : HTIC ?
- Discours inquiétant de l'OPH d'adulte
- Scanner cérébral normal

- Hospitalisation
 - Examen neurologique poussé normal
 - EEG normal
 - PL : 11 éléments.

- IRM : pas de signe de démyélinisation

- Entretien dans le service

Kashul, 9 ans

- Venu aux urgences le 11 octobre 2013 pour un malaise avec **vertiges et troubles visuels**.
- Origine pakistanaise, arrivée en France avec sa famille à l'âge de 5 ans.
- Troisième enfant d'une fratrie de 6
- Habite dans un appartement HLM a Trappes depuis deux ans.
- Suivi médical en PMI puis par un MG
- Bon développement psychomoteur, CE2 assez timide
- Développement physique : 130 cm (-0,4 DS) pour 21 kg (- 1,7 DS) avec VC régulière.

Histoire médicale

- Céphalées vagues en 2011, puis plus fréquentes en 2012
- Malaise après vertige en 2012, gardé en SR dans un CH pendant une journée : bilan EEG, Holter cardiaque, TA, RP, bilan métabolique normal.
- Se plaint de vertiges à plusieurs reprises :
 - Scanner cérébral en raison de céphalées majorées : normal
- Examen ORL avec electronystagmographie : normal
- Sérologies : EBV, Borrélioses (douteuses)

- **Urgences APR en octobre 2012 :**
 - Malaise survenue en rentrant de l'école
 - Démarche vertigineuse
 - Se plaint de maux de tête
 - Fléchissement scolaire net
 - Se plaint de moins bien voir depuis la rentrée scolaire
 - Plainte 15 jours avant pour racket

 - A l'examen :



Jeux d'évanouissement?

- But : « jeux » ou pratiques qui ont comme objectif de **freiner l'irrigation sanguine du cerveau** par compression des carotides, du sternum ou de la cage thoracique **pour ressentir des sensations intenses, ou des visions pseudo-hallucinatoires**
- Moyen : Hétéro-étranglement (*consentement, plus rarement sous la contrainte*) ; auto-étranglement avec les mains ou au moyen d'un lien.
- Variantes: même mécanisme mais dénominations variables.

Deux jeux principaux

- Jeu de la tomate (dès 3 ans)
- Blocage respiratoire prolongé pour devenir tout rouge avec poussée thoracique
- Jeu du foulard (dès 6 ans)
- Hyperventilation provoquée puis apnée et strangulation par autrui ou auto strangulation avec lien (*ceinture, foulard.....*)

Blockpnée + manoeuvre de Valsalva



= Jeu de la tomate

Quand y penser ?... Pas trop tard

Une proposition de première description clinique commune : le « SPREJE »

Syndrome de
Pratique
REgulière de
Jeux
d'**E**vanouissement

S.P.R.E.J.E

- Signes physiques = les cas flagrants (rares...)
 - Signes cutanés facio-cervicaux +++ :
 - Hyperhémie faciale inhabituelle,
 - Purpura pétéchial +/- ecchymotique facio-cervical
 - Hémorragies conjonctivales
 - Hémorragies rétiniennes
 - Lésions cervicales « étranges » et inexplicées

S.P.R.E.J.E

Présentation pathognomonique



Purpura pétéchiol et ecchymotique limité à la face
Hémorragies conjonctivales bilatérales
Hyperhémie faciale +/- cyanique

S.P.R.E.J.E



Traces de strangulation

S.P.R.E.J.E



Hémorragies (pré)rétiniennes au fond d'oeil

S.P.R.E.J.E

- Signes neurosensoriels = cas frustrés (fréquents+++)

- **Asthénie**, troubles du **sommeil**
- **Céphalées** chroniques +++
- Troubles **visuels** : scotomes, baisse d'acuité visuelle...
- Troubles auditifs : **acouphènes**, **otalgies**, hypoacousie...
- **Vertiges**, « étourdissements »
- **Malaises** « inexplicables »



Une épidémiologie de bas niveau de preuve.....

Enquêtes de connaissance et de pratiques

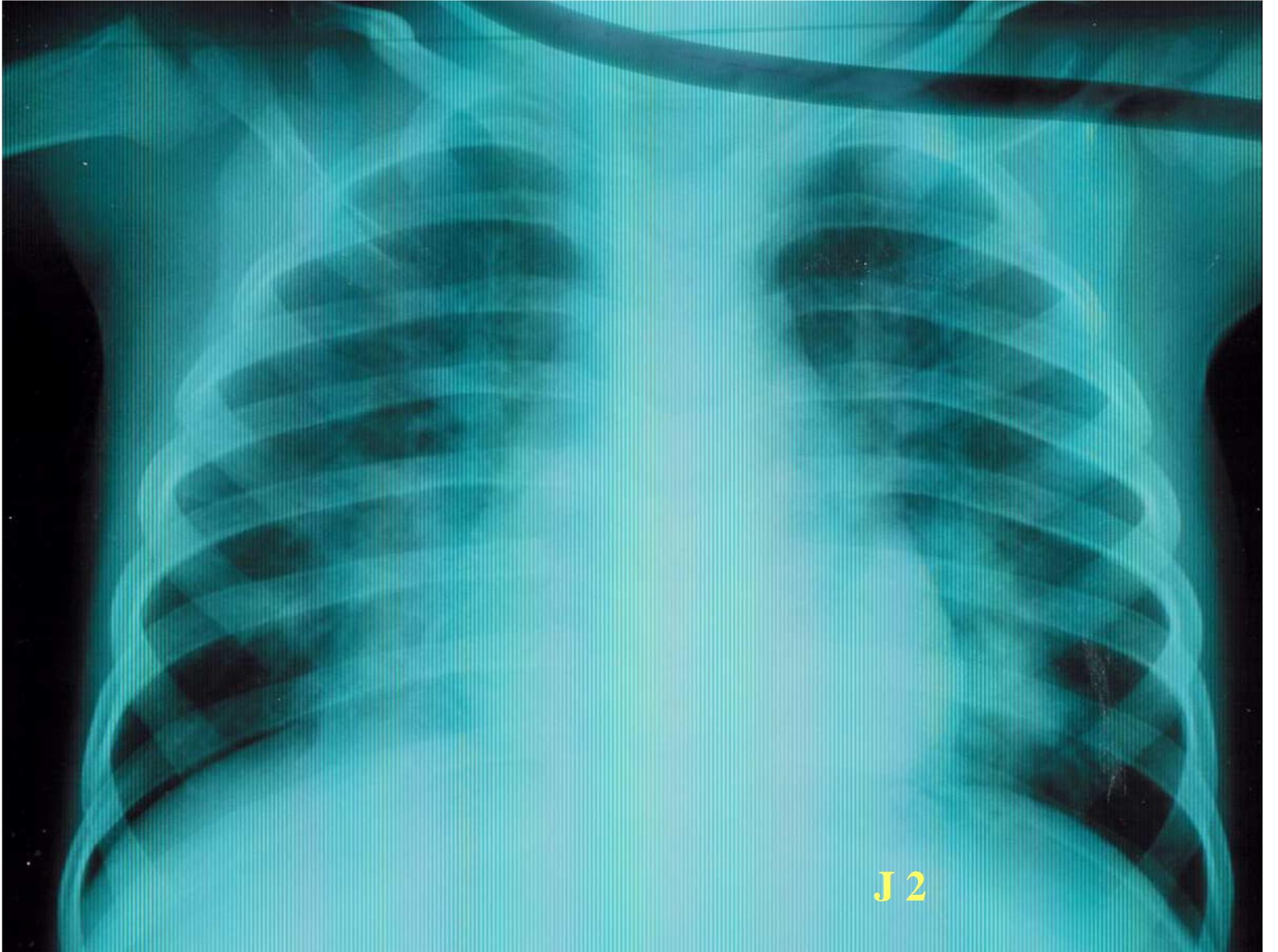
- 64% des enfants et ados de 7 à 17 ans connaissent ces jeux.
- **15% des enfants de 7 à 17 ans ont déjà assisté à ce type de jeu.**
- **7% l'ont déjà pratiqué**
 - Âge moyen : 11 ans 10 mois (4 – 17 ans)
 - 52% de filles
 - 90% les pratiquent à l'école ou en centre de loisirs et 9% à la maison)
- 11% pensent que c'est possiblement dangereux (5% avant 10 ans)
- 30% des parents pensent que cela ne touche que les lycéens.

Corentin, 19 mois

- **Adressé aux urgences pour RP et NFS pour toux plus fièvre depuis deux jours par son MT.**
- AC : 19 mois. Taille : 77 cm, Poids : 12,6 kg.
- Naissance prématurée 31 semaines avec PN 1350 g, rattrapage normal.
- Une soeur en bonne santé
- Bon développement, un peu agité
- Examen clinique : quelques râles fins aux bases, bonne saturation, RP normale, renvoyé chez lui avec conseils de revenir si la fièvre ne baisse pas le lendemain.

J2

- Tousse de plus en plus, fièvre à 39°5, fatigué
- Retour aux urgences
- Examen idem : râles fins aux deux bases.
- Sat O2 : 96%
- NFS : 16700 GB dont 84% PN
- RP :

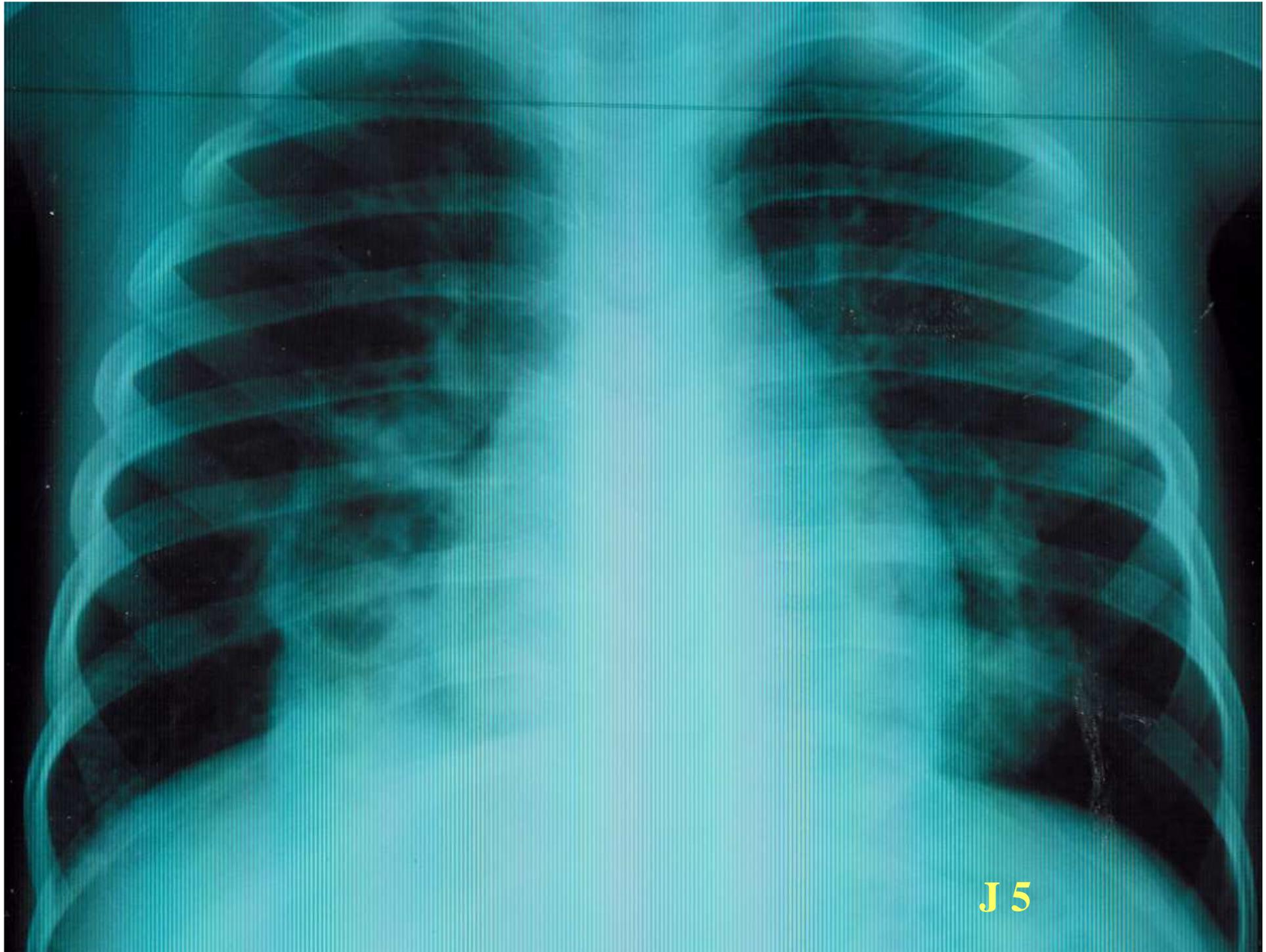


- Amoxicilline : 100 mg/kg
- A J4 : toujours fébrile, fatigué, revu aux urgences puis hospitalisé
- NFS : 34000 GB dont 91%PN
- CRP : 141 mg/l
- Fonction rénale normale
- Hémoculture négative
- RP : stable

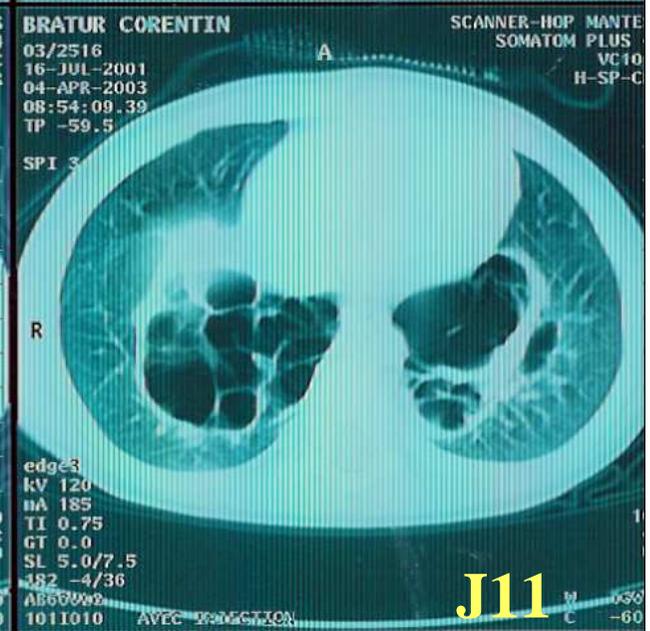
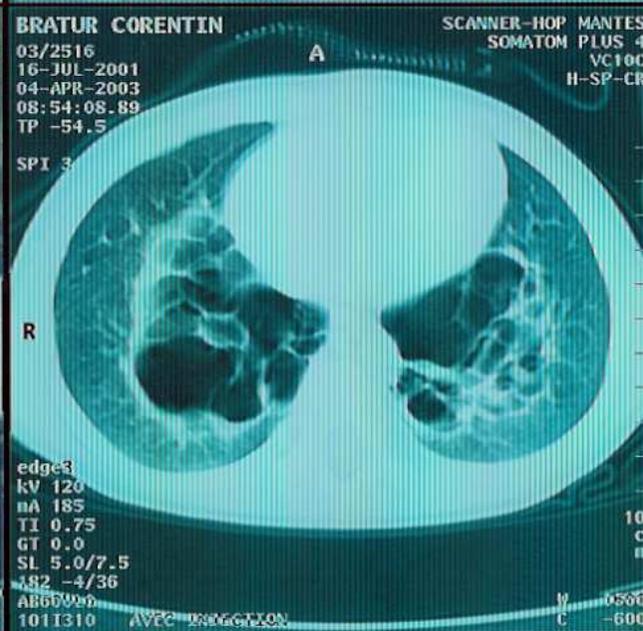
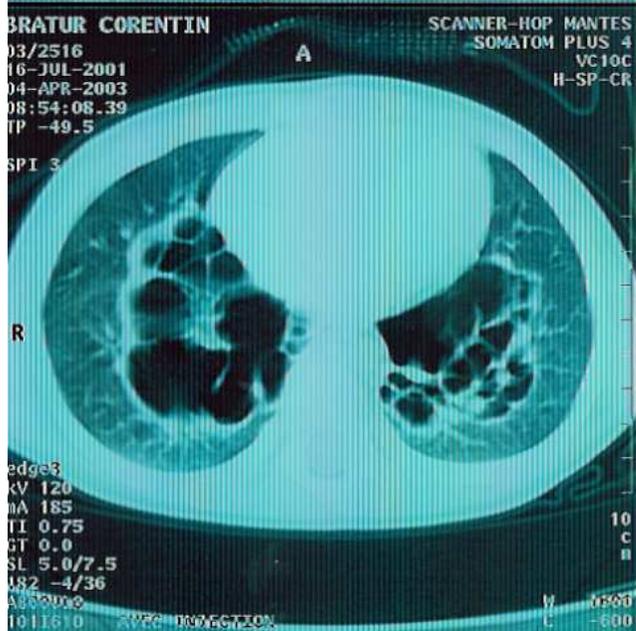
J5

- A J5 : 39°5, frissons, hémodynamique périphérique limite : un remplissage.
- RP stable
- Que faire ?

- Antibiotiques : Rocéphine + Rulid
- Nouvelle RP :
- Echographie puis scanner thoracique



J5



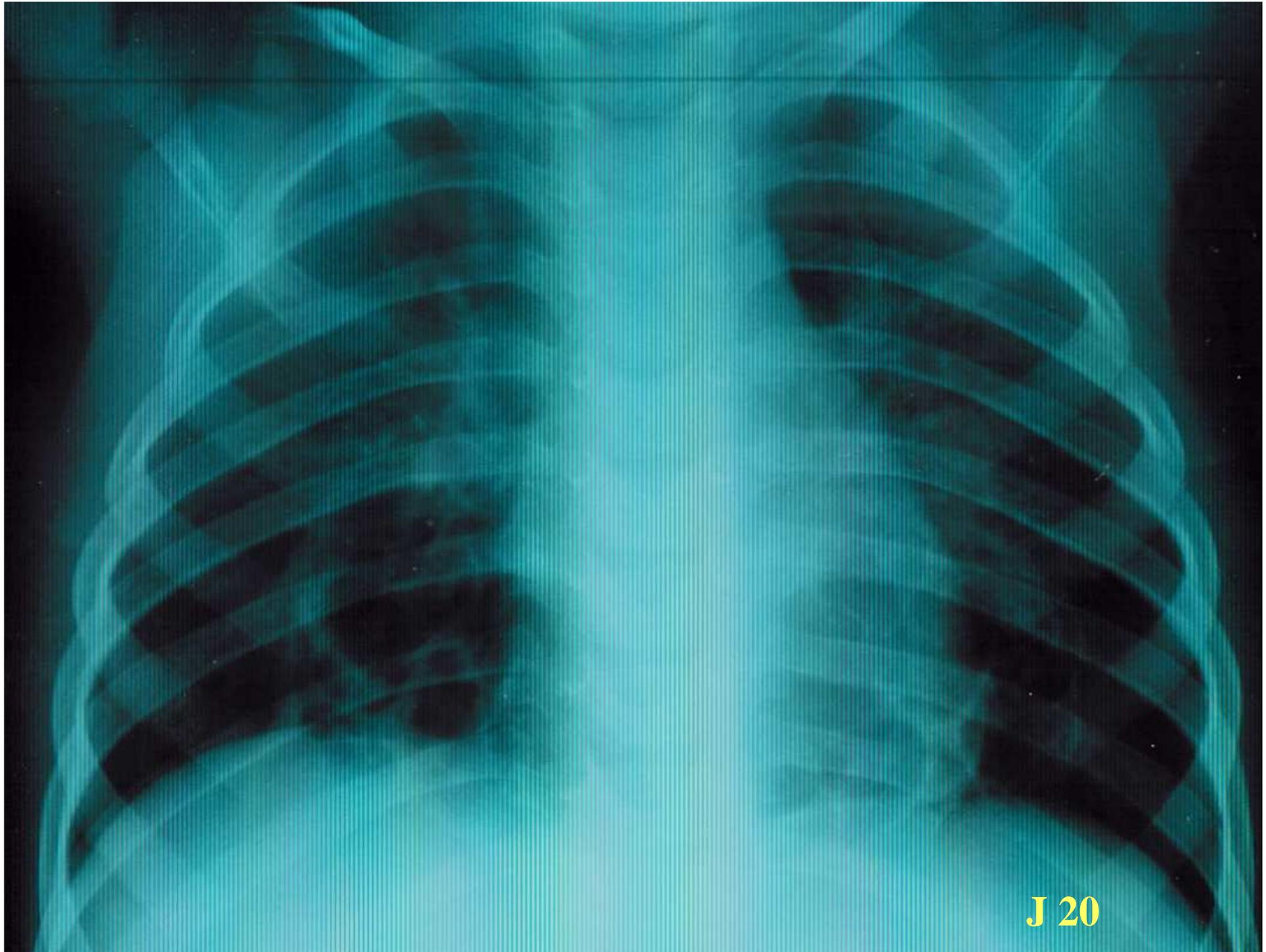
- Adjonction de VANCOMYCINE le 28 / 3
- Bilan bactériologique :
- CBC (-)
- AGurie pneumocoque (-)
- Sérologie Mycoplasme (-)
- Hémoculture (-)

•Evolution (suite):

- Apyrexie à J7 stable et définitive
- CRP = 93 mg/l à J6, 48 mg/l à J8
et < 5 mg/l à J10
- Arrêt des AB IV à J10 puis passage à l'AUGMENTIN
- 2e TDM thoracique à J11; stable

•**Evolution (suite) :**

- Sortie à J13 avec
 - augmentin
 - Surveillance Rx pulmonaire 1 fois par semaine
 - TDM thoracique de contrôle dans 3 mois
- Evolution favorable



J 20

Quid ?

- Pneumopathies bulleuses
- Causes ?
 - infectieuses
- Virales : grippe, rougeole, parainfluenzae
- Bactérienne : staphylocoque, BK, gram négatifs
- Parasites, mycoses
 - Toxiques
 - Quel toxique ?

Ingestion de pétrole et dérivés

- Gravité : complications pulmonaires (45 à 87%)
- Mécanisme: inhalation lors de la déglutition (car faible viscosité)
plutôt que élimination pulmonaire

•Symptomatologie:

- à l'ingestion toux, suffocation, vomissements
- en quelques heures:
 - * signes neurologiques (coma, convulsions)
 - * signes hémodynamiques (tachycardie, collapsus)
 - * hyperthermie (39-40°)
 - * signes digestifs (douleurs, vomissements, diarrhée)
 - * signes respiratoires (toux, polypnée, détresse resp)

Ingestion de pétrole et dérivés (suite)

- **Rx pulm:**

- images précoces (nodules des bases, bronchopneumonie)
- images retardées, mais modifications rapides
- parfois évolution vers images bulleuses ou hydro-aériques entre 5j et 15 j (bulles interstitielles ou nécrose pulmonaire)
- exceptionnellement emphysème interstitiel, pneumothorax, pneumo-médiastin, emphysème sous-cutanée, épanchement pleural

- **Prise en charge:** *Ann Emergency Med. Mc Burnett et al 2006*

- pas de vomissements provoqués ou lavage +++
- Conduite à tenir :
 - Traitement AB (augmentin) si signes respiratoires ou si toux + pneumopathie
 - Surveillance à domicile et RV l'enfant a H48 si toux avec radio (signes retardés)
 - Corticothérapie si œdème lésionnel à la radio

Troubles du sommeil



- Elise, 4 ans, trouble du sommeil
- 2ème enfant, frère de 6 ans
- réveils nocturnes avec cris, se lève pour aller dans la chambre parentale.
- Ne veut plus dormir seule, dort mieux dans la chambre de son frère.
- Accentuation des symptômes pendant l'année scolaire +/- céphalées
- parents en cours de séparation

Examen

- Examen général normal
- Courbe staturo-pondérale normale
- Labstix : négatif
- Fibroscopie digestive normale
- Scanner cérébral normal.
- Consultation psychologue : rôle de la séparation ?



Consultation psychologue

- Mutisme lors des premiers entretiens
- refuse de continuer les entretiens
- refuse que sa mère la laisse seule pendant les entretiens
- conclusion : syndrome dépressif + éléments phobiques de séparation
- dessin instructif : grande poupée, petite fille et gros chien

Histoire

- Sept mois plus tôt : morsure par un chien qu'elle croise dans la rue et qu'elle caresse.
- Venue aux urgences avec la nounou qui la ramenait de l'école
- morsure de la paupière supérieure superficielle, propre : pas de sutures et traitement antibiotique

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER DOG BITES IN CHILDREN

VINCENT PETERS, MD, MARTINE SOTTIAUX, MD, JOCELYNE APPELBOOM, MD, AND ANDRÉ KAHN, MD, PHD

Of 22 children who were victims of dog bite, 12 had symptoms of posttraumatic stress disorder 2 to 9 months after the bite. Violent dog attacks inflicting multiple and/or deep wounds were associated with risk of posttraumatic stress disorder. (*J Pediatr* 2004;144:121-2)

Selon les études, de 26 à 50 % de stress post traumatique.....

Stress post-traumatique

- 11 publications entre 2004 et 2006
- 45 enfants
 - gros chien
 - âge de l'enfant < 5 ans
 - morsure par animal inconnu ou peu connu
 - gravité de la morsure variable
 - fille > garçon
- valeur de l'entretien psychologique rapide, nécessaire, dans les 15 jours idéalement.



Observation

- Audrey, née à terme PN : 2870 g, TN : 49 cm, PCN : 34 cm
- RGO traité à 3 semaines de vie : Motilium + Gaviscon
- Malaise à 4 semaines : épisode de suffocation pendant le biberon, hypotonie, hyporéactivité

Observation (2)

- Examen :
 - hypotonie pendant 12 heures
 - toux pendant le biberon
- ECG, Holter, Fibroscopie normale
- EEG : rythme rapide sans foyer, ni aspect critique.
- Examen ORL : normal
- Radio-cinéma de la déglutition :
 - objective quelques fausses routes

Observation (3)

- Nouveau malaise à 6 semaines : apnée + pâleur avec hypotonie ++ prolongée
- Examen neurologique :
 - hypotonie de la nuque
 - trouble de déglutition
- IRM (tronc cérébral) : normal
- Fibroscopie : oesophagite 1 : tt anti-H2
- Gardé en surveillance une semaine : amélioration

Observation (4)

- 3ème malaise : apnée, pâleur, hypotonie, enfant peu réactif (SAMU)
- Enfant inquiétant à l'arrivée aux urgences : geignard, hypotonie nette, irrégularités respiratoires et cardiaques.
- Hémodynamique normale

Hypothèses ?

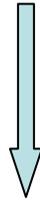
Hypothèses

- Traumatique (HSD)
- Infectieux (PL, EEG)
- Maladie neurologique ? Tronc cérébral ? Pathologie neuro-végétative ?
- Maladie métabolique
- Epilepsie (EEG)
- Munchhausen ?

Orientation fournie par l'EEG

Epilogue

EEG : Rythme rapide : Prise d'anti-convulsivants ?



Dosages sanguins

Nordiazepam +++

Munchhausen ?

1 tétée par jour

Prise intermittente de Rohypnol par la mère le soir