

Ulg, Faculté de Médecine, Département de pédiatrie

# Cas de pédiatrie, Sainte-Justine et Ulg

Professeur Oreste Battisti

## Sommaire

Cas cliniques en pédiatrie: .....	3
Vignettes de pédiatrie .....	126
VIGNETTE cardiovasculaire : .....	126
VIGNETTE respiratoire.....	131
VIGNETTE digestive : .....	137
VIGNETTE urologique :.....	142
VIGNETTE mère -enfant.....	147
Vignettes d'hémo-oncologie pédiatriques.....	149
Vignettes clinique d'infectiologie-rhumatologie-immunologie .....	153
Vignettes de néphrologie pédiatrique .....	157

# **Cas cliniques en pédiatrie**

approche clinique, investigation et traitement de base

Benoit Carrière MD FRCPC MHPE

Pédiatre

CHU Ste-Justine

# Format proposé

- 30 cas cliniques
- questions les accompagnant




- Léonie
- Nouveau-né de 24 heures de vie
- Examen initial

Lors de l'examen physique d'un nouveau-né,  
toutes les observations suivantes sont  
considérées normales, SAUF UNE:

1. Trémulations lorsque actif
- ☒ 2. Rythme respiratoire continu à 60/min
- ☒ 3. Chevauchement des os du crâne
4. Fréquence cardiaque variable de 80 à 180/min
5. Foie palpable à 2 cm sous le rebord costal

Chez l'enfant né à terme, dont le poids de naissance est normal, à quel moment l'hémoglobine atteint-elle son taux le plus bas physiologiquement?

1. Naissance
2. 2 semaines
-  3. 2 mois
4. 6 mois
5. 1 an



- The hemoglobin concentration continues to decrease until tissue oxygen needs are greater than oxygen delivery. Normally, this point is reached between 8-12 wk of age, when the hemoglobin concentration is 9-11 g/dL. As hypoxia is detected by renal or hepatic oxygen sensors, EPO production increases and erythropoiesis resumes. The iron previously stored in reticuloendothelial tissues can then be used for hemoglobin synthesis.
- Nelson. Textbook of Pediatrics. 18e édition.

Parmi les erreurs couramment véhiculées concernant l'alimentation du nourrisson, on retrouve:


1. Introduction des solides à 1 mois
2. Allaitement maternel sur demande
3. Utilisation de lait écrémé > 4 mois
4. Supplément de vitamine D aux bébés allaités


**Attention aux  
réponses suggérées...**

- Stéphanie
- 18 mois
- Tousse depuis cinq jours

# Toux – Aiguë

- Anamnèse:
  - Qualité de la toux - horaire
  - Symptômes associés
  - Fièvre
  - Hydratation – vomissements
  - Conditions médicales associées
    - Immunosuppression
    - Problèmes pulmonaires/cardiaques chroniques

- Stéphanie - 18 mois -  
 ATCD
- Tousse depuis cinq jours
- Fièvre depuis 4 jours ad 40°C
- Fatiguée, boit peu
- FC 150 – T/A 100/60 – RR 40

- Crépitants base G -  
 sibilants

# Quel diagnostic est probable?

1. IVRS

2. Coqueluche



3. Pneumonie

4. Fibrose kystique

5. Tuberculose

# DDX Toux aiguë / 1-5 ans

## CAUSES FRÉQUENTES

### Infectieux – Viral

IVRS

Laryngite

Pneumonie

### Infectieux – Bactérien

Pneumonie

Sinusite

Coqueluche

Mycoplasma pneumoniae

### Anatomique

Aspiration de corps étranger

### Inflammatoire

Asthme



# DDX Toux aiguë / 1-5 ans

## CAUSES MOINS FRÉQUENTES

### Infectieux – Bactérien

Trachéite

### Infectieux – Autres

Tuberculose


### Anatomique

Ingestion de caustique

### Tumoral

LLA

# Traitement de la pneumonie de notre patiente?

1. Azithromycine
2. Clarithromycine
- ♦  3. Amoxicilline
4. Cefprozil
5. Cefaclor

### C A S # 3

- Justin
- 7 mois
- Tousse depuis 2 mois

Un enfant de 5 ans présente une toux chronique nocturne depuis 3 mois. Pas de fièvre et un bon état général.  
Quel est le diagnostic le moins probable?

1. Asthme
2. Fibrose kystique
3. Facteur environnemental
4. Écoulement nasal postérieur
- ☒ 5. Pneumonie

# DDX Toux Chronique/ < 1 an

CAUSES FRÉQUENTES	
Infectieux – Viral	Anatomique
Bronchiolite	Aspiration de corps étranger
Pneumonie virale	
	RGO
Infectieux – Bactérien et autres	
Pneumonie	Irritants - Environnement
Coqueluche	Tabagisme secondaire
Chlamydia pneumoniae	
Inflammatoire	
Asthme	

# DDX Toux Chronique/ < 1 an

CAUSES MOINS FRÉQUENTES	
Inflammatoire	Anatomique
Aspirations récurrentes	Malformation congénitale
	Anneau vasculaire
	Fistule trachéo-oesophagienne
Insuffisance cardiaque	Kyste bronchogénique
Fibrose kystique	
Infectieux	
Tuberculose	

# Quels éléments de l'examen physique seront présents dans une bronchiolite?

1. Température élevée  $>40^{\circ}\text{C}$

☐ 2 Tachypnée

☐ 3 Tirage

4. Souffle tubaire

☐ 5 Sibilants

☐ 6 Coryza


## Agent causal principal de la bronchiolite?

1. Adenovirus
2. Influenza
3. Rhinovirus
4. Parainfluenza
- ☒ 5. Virus respiratoire syncitial (RSV)



- Manuel
- 5 ans
- Mal à la gorge depuis 48 heures


Un enfant de 6 ans a une amygdalite aiguë.  
Quel est l'agent bactérien le plus probable?

-  1. Streptocoque  $\beta$ -hémolytique
- 2. Staphylocoque
- 3. Neisseria gonorrhea
- 4. Streptocoque pneumoniae
- 5. Haemophilus influenzae

# Pharyngite

- Étiologie la plus fréquente: virale
- 15% des pharyngites entre 3 et 18 ans sont à Streptocoque du groupe A


## La raison principale de traiter une pharyngite à Strepto A avec des antibiotiques?

1. Enrayer la douleur
2. Faire cesser la pharyngite
3. Empêcher l'abcès péri-amygdalien
-  4. Diminuer le risque de RAA
5. Empêcher le patient de devenir porteur du Strepto A

# Diagnostics à ne pas manquer avec douleur à la gorge

Épiglottite
Abcès rétro-pharyngé
Abcès péri-amygdalien
Pharyngite à gonocoque
Maladie de Kawasaki

Chez l'enfant, de petites vésicules et des ulcérations au pharynx postérieur, une fièvre à 38,9°C, de l'anorexie, des douleurs abdominales avec vomissements font penser à une infection du type:

1. Herpès simplex
2. Rougeole
3. Virus Epstein-Barr
-  4. Coxsackie
5. Adénovirus

# ???

## C A S # 5

- Nadine
- 15 mois
- Se tire les oreilles depuis qq jours

# Otalgie

- Anamnèse:
  - Durée / pattern / caractéristique de la douleur
  - Uni- ou bilatéral?
  - Otorrhée associée
  - Fièvre / symptômes IVRS
  - Baignade récente
  - Trauma / Corps étranger
  - Hypoacousie / plénitude dans oreille



## Quelles sont les complications que peuvent entraîner une otite moyenne aiguë?

- ❑ 1 Perforation du tympan
- ❑ 2 Perte auditive
- ❑ 3 Mastoidite
- ❑ 4 Abscès épidual
- ❑ 5 Cholestéaome
- ❑ 6 Paralysie du nerf facial
- ❑ 7 Retard de langage
- ❑ 8 Labyrinthite

- William
- 8 ans
- Douleur abdominale depuis 48 heures

William souffre de douleur abdominale depuis 2 jours. D'abord centrale, elle est maintenant au niveau de la FID. Il a vomi deux fois, n'a pas faim et se sent un peu fiévreux. L'examen révèle un McBurney + et du ressaut.

**Quel diagnostic est le plus probable?**

1. Hernie inguinale incarcerated

 2. Appendicite

3. Adénite mésentérique

4. Gastrite

5. Abscès du psoas

Un autre William a mal au ventre depuis 48h. Il n'a pas osé en parler à sa mère. Il n'a pas vomi, n'est pas fiévreux. Son examen abdominal est sans particularité, mais il est objectivement souffrant.

**Quels autres aspects de l'examen doivent être effectués avec soin chez ce patient?**

1. Raideur de nuque

☐ 2 Examen des articulations

☐ 3 Examen cutané

☐ 4 Examen des organes génitaux externes

☐ 5 Examen des hanches

6. Examen des aires ganglionnaires

Un garçon de 12 ans jouant au hockey présente subitement une rougeur a/n du testicule droit avec une masse sensible à ce niveau et une rougeur scrotale.

Quel est le diagnostic le plus probable?

- 👁️ 1. Torsion testiculaire
- 2. Tumeur
- 3. Orchite-épidydymite
- 4. Hydrocèle
- 5. Hernie étranglée

- Mathilde
- 2 ans
- Douleur abdominale depuis 12 heures

Quels éléments parmi les suivants  
contribueraient à considérer une INVAGINATION  
comme la cause de sa douleur abdominale?

1. Douleur continue



2. Douleur paroxystique

3. Hématurie




4. Rectorragie

5. Fièvre élevée




6. Léthargie importante

# Quel est le meilleur outil diagnostique pour prouver une INVAGINATION?

1. Plaque simple de l'abdomen
2. FSC
3. Recherche de sang dans les selles
-  4. Échographie abdominale
5. Exploration chirurgicale
6. Scan au Tc marqué



Les douleurs abdominales fonctionnelles chez l'enfant présentent toutes les caractéristiques suivantes SAUF UNE.

1. Surviennent surtout à l'âge scolaire
-  2. Habituellement loin de l'ombilic
3. Difficiles à décrire
4. Fréquemment associées à d'autres symptômes
5. Fréquentes chez d'autres membres de la famille

# Diagnostics à ne pas manquer avec douleur abdominale

Appendicite
Hernie inguinale incarcerated
Invagination
Torsion ovarienne / testiculaire
Grossesse / grossesse ectopique / PID
Purpura Henoch-Schonlein

- Ahmed
- 3 ans
- Vomit depuis deux jours

# DDX de vomissements - très large

<b>Obstruction intestinale</b>	<b>Infectieux</b>
Malrotation / volvulus	Gastro-entérite (V, B, P)
Bezoar / corps étranger	Otite
Invagination	Hépatite
Hernie incarcerated / Torsion testis	Méningite
Appendicite	Vo post-toux
	Sinusite, pneumonie
<b>Neurologique</b>	
Masse intra-crânienne	<b>Rénale</b>
Hémorragie intra-crânienne	Urémie
Œdème / hydrocéphalie	Uropathie obstructive
<b>Endocrinienne/Métabolique</b>	<b>Toxique</b>

Insuffisance surrénalienne	Plomb, alcool, AAS, acétaminophène, etc.
----------------------------	--

# Diagnostics à ne pas manquer avec vomissements – nouveau-né

Sténose du pylore
Hernie inguinale incarcerated
Malrotation / volvulus
Hydrocéphalie
Maladie métabolique
Insuffisance surrénalienne

# Diagnostics à ne pas manquer avec vomissements – nourrisson/toddler

Invagination
Appendicite
Masse intracrânienne
Intoxication
Maladie métabolique

# Diagnostics à ne pas manquer avec vomissements – enfant/adolescent

Pharyngite à Strep
Pancréatite
Acidocétose diabétique
Intoxication (acéta, etc.)
Torsion testiculaire / ovarienne
Grossesse



- Isabella
- 4 ans
- Diarrhée sanglante depuis 3 jours

Quelles associations classiques feriez-vous dans le tableau suivant?

Germe	
E. Coli O157:H7	
Campylobacter	
C. Difficile	
	Anémie falciforme
	Vaccination disponible
	Parasite plausible

# Diagnostiques à ne pas manquer avec Diarrhée – en aigu

SHU E. coli O157:H7
Giardiase
Colite pseudomembraneuse
Infection urinaire
Invagination
Constipation avec diarrhée « trop-plein»

# Diagnostiques à ne pas manquer avec Diarrhée - chronique

Fibrose kystique
Maladie coeliaque
MII
Immunodéficience (HIV, SCID, etc)
Phéochromocytome
Abus de laxatifs chez anorexique

- Layla
- 3 semaines
- Souffle cardiaque à l'examen physique

Un bébé de 2 semaines présentait à la naissance une légère tachypnée et un souffle systolique II/VI. Outre l'auscultation cardiaque, pour évaluer l'état cardiaque, vous allez vérifier tout SAUF:

- 👁️ 1. Présence d'hippocratisme digital
- 2. Comportement lors des boires
- 3. Poids
- 4. Coloration de la peau
- 5. Tension artérielle

# Caractéristiques de souffles cardiaques pathologiques

---

Cyanose associée

Pouls très forts ou très faibles

Souffle de grade 4-6/6

Souffle diastolique

Associé à autres bruits (clic, B<sub>2</sub> large fixe)

RX anormal (cardiomégalie, vascularisation)

ECG anormal

---

CAS # 11

- BB
- 3 heures de vie
- Cyanosé



# Cyanose périphérique ou centrale?

- Cyanose périphérique:
  - Seulement au niveau des extrémités
  - Souvent rencontré chez les nouveaux-nés
  - Exposition au froid
  - Polycythémie; obstruction veineuse localisée
- Cyanose centrale:
  - Décoloration bleutée a/n bouche, langue, muqueuses

# Étiologies pour cyanose centrale

- Cardiopathie cyanogène
  - Shunt droit–gauche
  - Flot pulmonaire diminué
- Maladies pulmonaires
  - Membranes hyalines
  - Aspiration méconiale
  - Pneumonie
- Problèmes hématologiques
  - Polycythémie, méthémoglobinémie
- Sepsis, choc
- Hypoglycémie

Toutes les malformations cardiaques congénitales suivants sont cyanogènes sauf une. Laquelle?

1. Tétralogie de Fallot

👉👉 2. CIV – Communication  
inter-ventriculaire

3. Atrésie triscupidienne

4. Transposition des gros vaisseaux

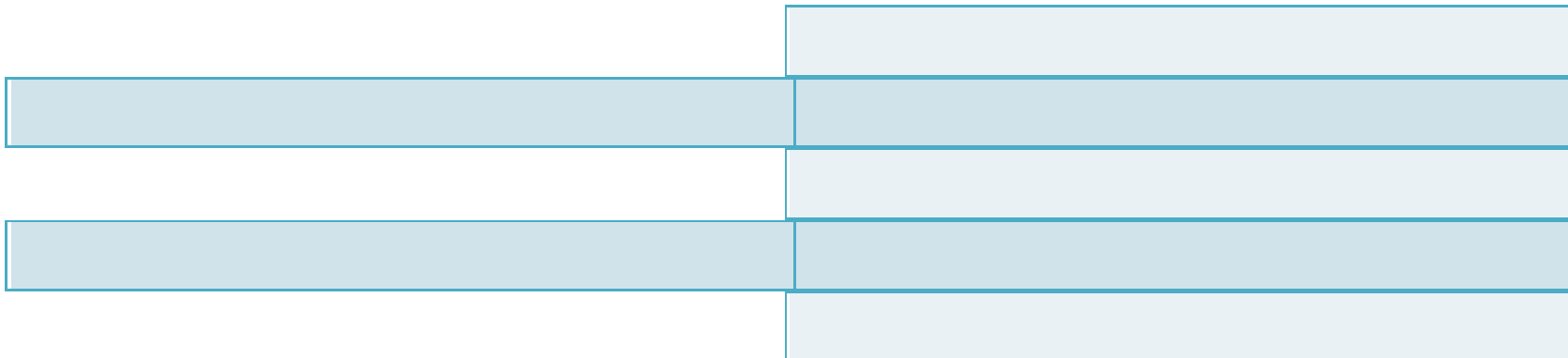
5. Tronc artériel commun

# Cardiopathies cyanogènes (5T)


**Transposition des gros vaisseaux**  
**Atrésie tricuspidienne**


**Tronc artériel commun**  
**Tétralogie de Fallot**

**Anomalie totale du retour veineux pulmonaire**



Dès la naissance, on remarque qu'un enfant prématuré présente de la tachypnée, du tirage, de la cyanose, de la tachycardie et un abdomen scaphoïde.


Quel est le diagnostic suggéré ici?

1. Atrésie duodénale
2. Maladie des membranes hyalines
-  3. Hernie diaphragmatique
4. Cardiopathie cyanogène
5. Iléus méconial

C A S # 1 2

- Caroline
- 16 ans
- Perte de conscience

Chez l'adolescent, quelle est la cause la plus fréquente de la perte de conscience?

-  1. Hypertonie vagale
- 2. Épilepsie
- 3. Hypoglycémie
- 4. Hystérie / Conversion
- 5. Hyperglycémie



# Anamnèse de l'adolescent

## HEADSSS Screen

<b>H</b>	<b>Maison (Home)</b>
<b>E</b>	<b>Éducation / Emploi</b>
<b>A</b>	<b>Activités</b>
<b>D</b>	<b>Drogues</b>
<b>S</b>	<b>Sexualité / Orientation</b>
<b>S</b>	<b>Suicide</b>
<b>S</b>	<b>Sexualité / Abus / Harcèlement</b>

- Héloïse
- 4 jours
- Ictérique

La cause la plus fréquente de l'hyperbilirubinémie indirecte dans la première semaine de vie est:

- 👁️ 1. Ictère physiologique
2. Incompatibilité Rh
3. Atrésie des voies biliaires
4. Maladie de Gilbert
5. Syndrome de Crigler-Najar

# Facteurs de risque pour ictère

- Prématurité
- Large céphalématome
  - Forceps
  - Ventouse
  - Travail prolongé
- Incompatibilité ABO
- Désordres hémolytiques

- Javier
- 9 mois
- Pâle et fatigué
- Hb 100; VGM 56; Leuco et PLQ normaux

# Quelle serait la conduite à tenir dans l'immédiat?

1. FSC chez tous les membres de la famille
2. Recherche de sang occulte dans les selles
3. Conseils diététiques
4. Fer élément 6mg/kg/j pour 3 mois
- ☒ 5. Fer élément 6 mg/kg/j et électrophorèse

Hb


Au sujet de l'anémie ferriprive du nourrisson,  
toutes les affirmations suivantes sont vraies  
SAUF UNE.

1. Incidence maximale entre 9 et 15 mois
2. Anémie définie par une valeur Hb < 110 mg/dL
3. Anémie caractérisée par de la léthargie
4. Anémie favorisée par alimentation exclusive au lait de vache
- 🌀 5. Anémie peut être prévenue par addition précoce de céréales et légumes

- Tisha
- 22 mois
- Fièvre depuis ce jour
- Convulsion TC de 4 minutes il y a deux heures



La convulsion fébrile simple est  
caractérisée par tous les éléments suivants  
SAUF UN:

1. Généralisée d'emblée
2. Température de 38,5°C ou plus
3. Durée de moins de 15 minutes
-  4. Hémiparésie transitoire après la convulsion
5. Survient chez un enfant de 6 à 21 mois


- Jason
- 3 ans
- Bleus partout et rash « picotté » depuis 4 jours
- Examen: ecchymoses larges diffuses, pétéchies innombrables, saignement gingival, épistaxis

## Diagnostic le plus probable:

1. PTT – Purpura thrombotique thrombopénique
2. Leucémie
3. Maltraitance
4. Hémophilie sévère

◆ ➡ 5. PTI – Purpura thrombopénique idiopathique

Quelle est la complication principale à craindre dans cette pathologie?

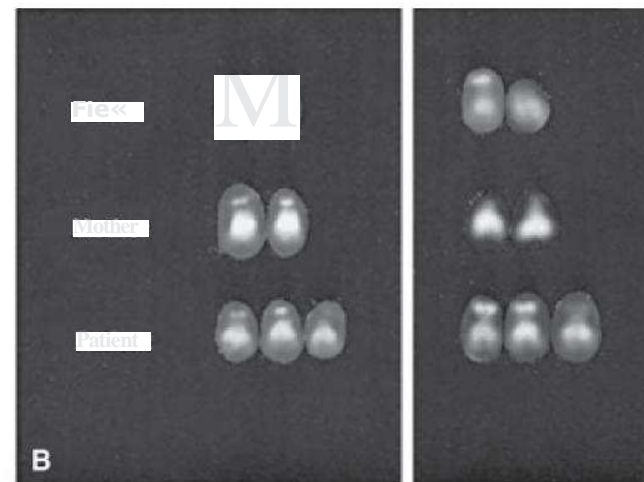
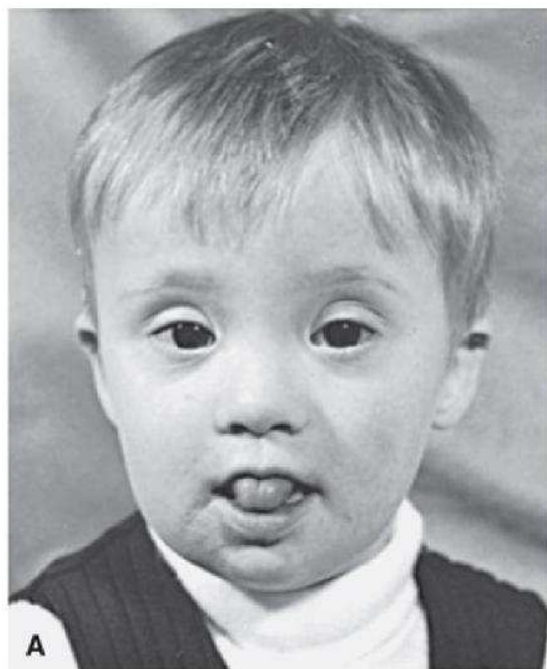
1. Anémie nécessitant transfusion
2. Effets secondaires du traitement
-  3. Saignement intracrânien
4. Chronicisation de la pathologie
5. Traumatisme psychologique au patient lié à l'hospitalisation

- Karine
- 2 semaines
- Vomit
- Dort tout le temps
- Hypothermique

Le DDx d'une telle présentation est très large. Il doit contenir les conditions suivantes:

- ☐ 1 Tyrosinémie
- ☐ 2 Hypoglycémie
- ☐ 3 Méningite à Strepto B
- 4. Mastite chez la maman
- ☐ 5 Syndrome de l'enfant secoué
- ☐ 6 Infection urinaire
- 7. Premier bébé – parents inquiets
- ☐ 8 Hypoplasie congénitale des surrénales
- ☐ 9 Anomalie du cycle de l'urée
- 10. Reflux gastro-oesophagien non compliqué

- Sacha
- Jour 1 de vie
- « Funny looking »



Copyright ID 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.





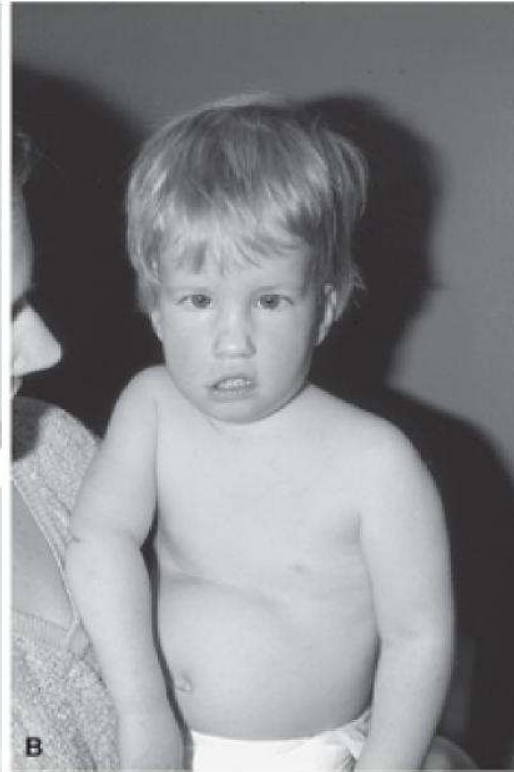
Copyright 10 2007 by Saunders, an irnprInt of Elsevier Inc. Ali rights nmerved.



Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

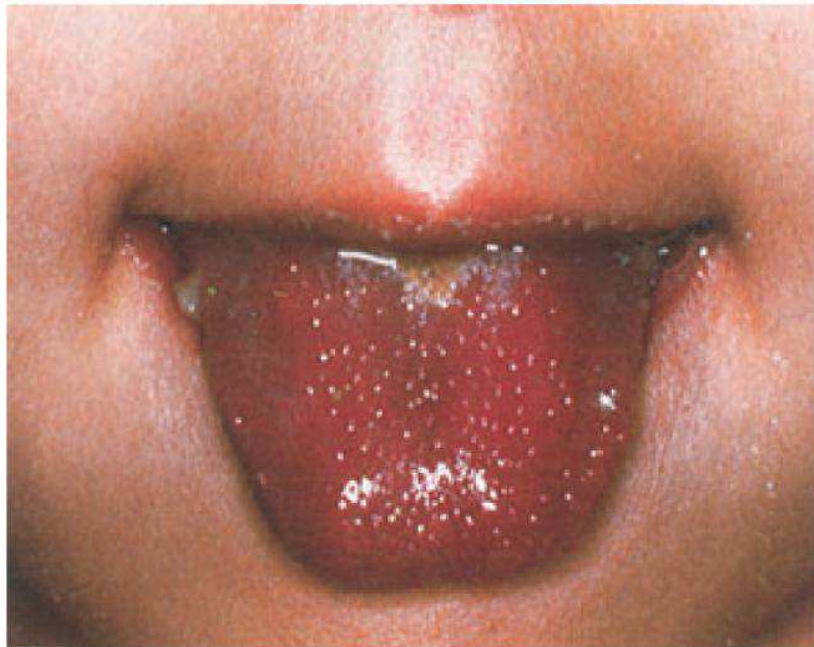


Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.



Copyright © 2001 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

- Kao
- 3 ans
- Fièvre prolongée
- Rougeur sur mains, aines, langue
- Irritabilité



Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.




Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

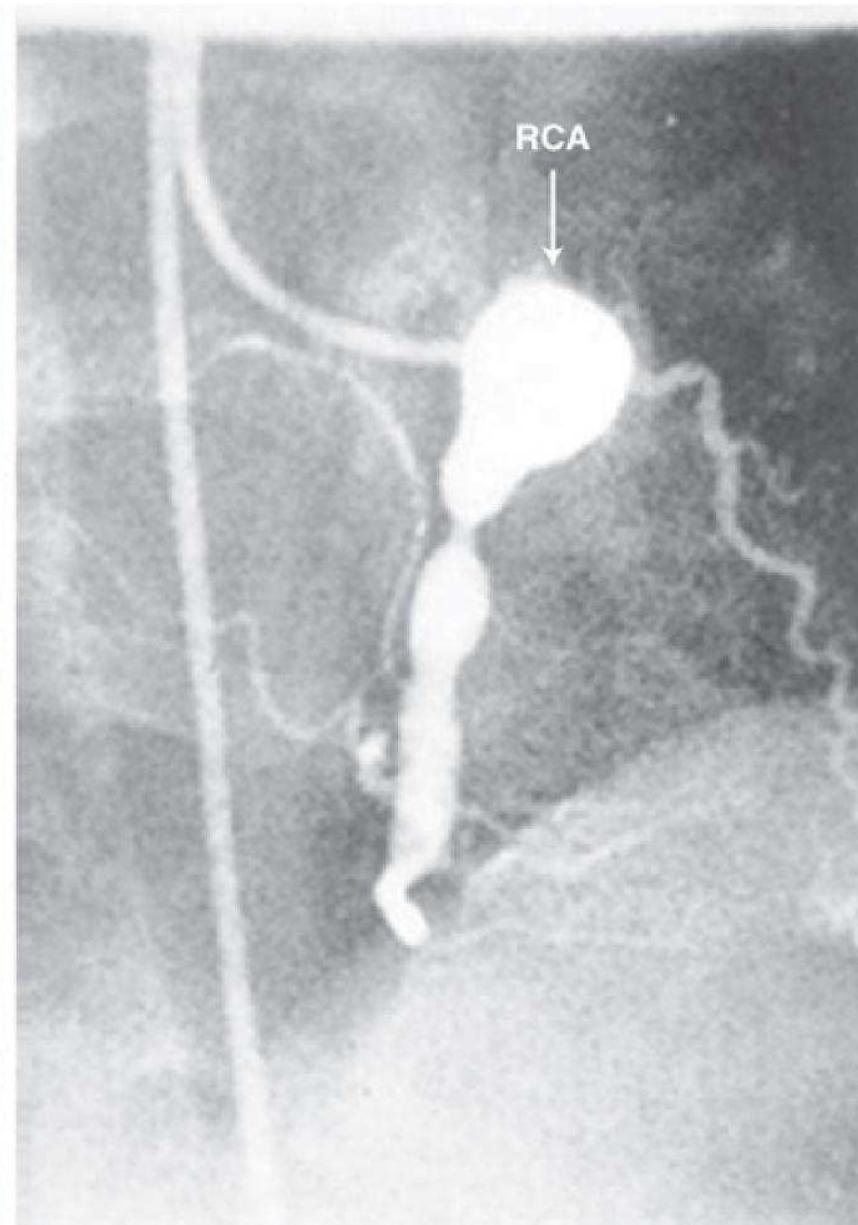
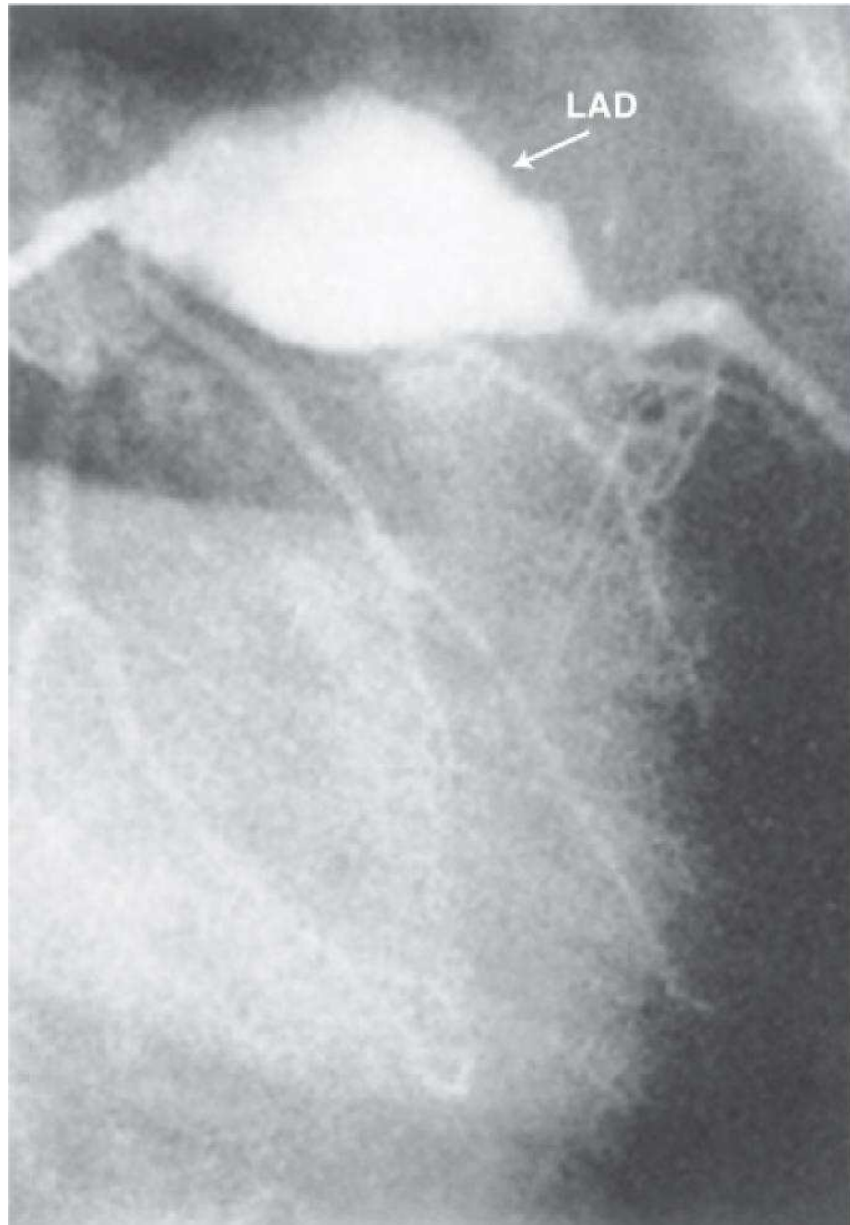


Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

Chez un enfant avec un Kawasaki, laquelle des complications suivantes peut survenir?

1. Glomérulonéphrite progressive
2. Arthrite progressive avec difformité sévère
-  3. Artérite coronarienne
4. Panencéphalite progressive
5. Pneumonie interstitielle





Copyright 1 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

## **CAS # 20**

- Esteban
- 20 mois
- Ne marche pas encore

L'enfant normal de 18 mois peut faire tout ce qui suit sauf:

1. Courir
2. Construire une tour de 3 blocs
3. Vider les tiroirs
4. Connaître 10-15 mots
- ☒ 5. Utiliser le pronom « je »

L'enfant normal de 6 mois peut faire tout ce qui suit sauf:

1. Sourire spontanément



2. Saisir un objet entre pouce et index

3. Tendre la main pour prendre un objet

4. Se retourner sur lui-même

5. Se retourner quand il entend une voix

Lequel des critères suivants permet d'affirmer chez un enfant de 7 ans qu'il s'agit d'un retard mental et non d'un autisme?

- ☒ 1. L'enfant est affectueux avec sa famille et son thérapeute
- 2. L'enfant a un quotient intellectuel bas
- 3. L'enfant s'adapte difficilement à de nouvelles situations
- 4. L'enfant présente des difficultés sévères à l'école
- 5. L'enfant tolère peu les changements

- Vishna
- 9 mois
- Récemment immigré
- Retard vaccinal

Un nourrisson a reçu le vaccin DCT à raison d'une dose à l'âge de deux mois et une dose à 4 mois. Vous le voyez maintenant à l'âge de 10 mois pour la poursuite de sa vaccination.

Quelle est la conduite à tenir?

1. Donner deux doses de DCT à 2 mois d'intervalle



2. Donner la 3<sup>e</sup> dose et prévoir une 4<sup>e</sup> dose dans un an

3. Reprendre la série complète d'immunisation et prévoir 3 doses espacées de 2 mois

4. Reprendre la série complète d'immunisation et prévoir 3 doses espacées de 1 mois



5. Donner 1 dose de DCT et prévoir une autre dose

# 256


dans un an



C A S # 2 2

- Arianne
- 2 ans
- Boiterie depuis 10 jours

La bactérie la plus fréquemment responsable de l'ostéomyélite chez l'enfant de 8 ans est:

-  1. Staphylococcus aureus
- 2. Streptococcus  $\beta$ -hémolytique groupe A
- 3. Haemophilus influenzae
- 4. Pseudomonas aeruginosa
- 5. Streptococcus pneumoniae

Un garçon de 15 ans, obèse, est amené à l'urgence pour boiterie X 48h. SV N. La douleur est à la hanche droite, avec diminution des mouvements en flexion et abduction.

Le diagnostic le plus probable:

1. Ostéomyélite suppurée
2. Fracture inter-trochantérienne
3. Maladie de Legg-Calvé-Perthes
4. Fracture de stress

☒ 5. Glissement épiphysaire

# Diagnostics à ne pas manquer

## Boiterie / douleur articulaire


<b>Tumeur osseuse</b>
<b>Leucémie</b>
<b>Ostéomyélite</b>
<b>Fièvre rhumatismale / RAA</b>
<b>Arthrite septique</b>
<b>Crise vaso-occlusive / Anémie falciforme</b>

## **CAS # 23**

- Luc
- 9 mois
- Fièvre depuis 72 heures

Enfant de 4 mois amené à l'urgence pour fièvre à 40°C qui dure depuis 3 heures. L'examen physique est normal sauf pour la fièvre.

Votre conduite sera:

1. Prescrire acétaminophène et retourner l'enfant à la maison
2. Hospitaliser et observer
3. Ampicilline aux 6h + acétaminophène
-  4. Faire FSC, hémoculture, A+C urine
5. Commencer Sulfa et attendre les résultats d'une culture d'urine

- Zoé
- 3 ans
- Déshydratée suite à une gastro-entérite

Un enfant de 11 mois pesant 10 kg présente des diarrhées X 3 jours. Diminution des mictions. Hypotonie, muqueuses sèches, fontanelle et orbites déprimées. Pli cutané +. FC 130, T/A 80/40.

À combien estime-t-on les pertes liquidiennes?

1. 200 cc

2. 400 cc


3. 600 cc

 4. 1000 cc

5. 1800 cc



Un enfant de 4 mois qui pèse 6 kg souffre de gastro-entérite depuis quatre jours. On estime ses pertes à 5% de déshydratation. Laquelle des quantités de liquide IV doit être prescrite pour les premières 24 heures?

1. 300 cc
2. 600 cc
-  3. 900 cc
4. 1200 cc
5. 1500 cc

# Calcul des besoins d'entretien

0-10 kg	100 cc/kg/j
---------	-------------

11-20 kg	50 cc/kg/j
----------	------------

Pour chaque kg de plus	25 cc/kg/j
------------------------	------------

Exemple précédent:

BE: 6kg X 100 cc/kg/j	600 cc/j
-----------------------	----------

## **CAS # 25**

- Océane
- 14 mois
- Trop maigre et trop petite selon sa grand-maman

# DDX de retard staturo-pondéral

<b>Gastro-intestinal</b>	<b>Infectieux</b>
RGO	VIH
Maladie coeliaque	Tuberculose
Intolérance protéines bovines	Parasitose
MII	<b>Métabolique</b>
Hépatite	Maladies métaboliques
<b>Cardiaque</b>	<b>Tumoral</b>
Cardiopathie congénitale	Leucémie, tumeur maligne
<b>Pulmonaire</b>	<b>Neurologique</b>
Dysplasie broncho-pulmonaire	Hydrocéphalie
Fibrose kystique	Maladie neuro-dégénérative
Apnée obstructive du sommeil	Encéphalopathie
<b>Endocrinienne/Métabolique</b>	<b>Psy</b>

Diabète / Hypothyroïdie	Carence, négligence
-------------------------	---------------------

## **CAS # 26**

- Alexandre
- 13 ans
- Le plus petit de sa classe

<b>Extrêmes de la croissance normale</b>	<b>Petite taille primaire</b>	<b>Petite taille secondaire</b>
<b>Petite taille familiale</b>	<b>Dysplasies Squelettiques</b>	<b>Malnutrition</b>
<b>Petite taille constitutionnelle</b>	<b>Désordres métaboliques</b>	<b>Maladies chroniques</b>
	<b>Anomalies Chromosomiques</b>	<b>Rx</b>
	<b>RCIU</b>	<b>Carence</b>
		<b>Déficit GH</b>
		<b>Hypothyroïdie</b>


- Karim
- 9 mois
- Fracture du fémur survenue il y a 3 jours



Quels éléments parmi les suivants vous feront suspecter un enfant maltraité?

- ☐ 1 Une histoire vague
- ☐ 2 Des détails changeants selon les interlocuteurs
- ☐ 3 Un délai important dans la recherche de soins
- ☐ 4 Mécanisme de blessure ne concordant pas avec le développement de l'enfant

Toutes les affirmations suivantes à propos des mauvais traitements que subissent certains enfants sont vraies SAUF UNE:


1. La capacité parentale est souvent insuffisante
2. Les mauvais traitements sont souvent niés
-  3. Les parents appartiennent à une couche socio-économique inférieure
4. Il existe souvent des troubles émotifs chez les parents
5. La déclaration des cas par les médecins n'est pas en général uniforme ou cohérente

# 188


## **CAS # 28**

- Junior
- 3 ans
- Retrouvé avec des Rx dans la sacoche de sa mamie

Enfant avec spasmes musculaires cervicaux importants, trismus, sans convulsion.  
Quelle est la substance ingérée?

1. Phénobarbital
-  2. Chlorpromazine
3. Mépéridine
4. Imipramine
5. Diazépam

# Quel est le traitement d'une intoxication à l'acétaminophène?

1. Naloxone IV
2. Physostigmine
-  3. N-acétylcystéine IV
4. Néostigmine
5. Pénicillamine

## **CAS # 29**

- Shawn
- 6 ans
- Fait pipi au lit deux fois par semaine

En effectuant le questionnaire de ce patient, quels éléments spécifiques voudrez-vous obtenir pour bien cerner son problème?

- ☐ 1 Horaires des incontinences / diurnes vs nocturnes
- ☐ 2 Polydipsie
- ☐ 3 Constipation
- ☐ 4 Fréquence des mictions et défécations
- ☐ 5 Perte d'un être proche
- ☐ 6 Traitements tentés
- ☐ 7 Incontinence de selles associées
- ☐ 8 Qualité de la démarche
- ☐ 9 Caractéristique du jet urinaire
- ☐ 10 Histoire développementale

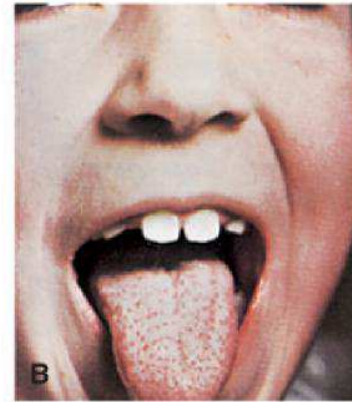
## CAS # 30

- Maya, Matéo, Charles, Raphaëlle
- 4 enfants fiévreux
- Certains avec des rashes, d'autres toussent, tous inquiètent leurs parents





Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.



Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.



---

Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.



Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.



## ***Vignettes de pédiatrie***

### **VIGNETTE cardiovasculaire :**

#### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Un enfant de 6 mois est amené aux urgences car il présente un état de difficulté respiratoire depuis quelques heures.

#### **b : autres éléments anamnétiques :**

Comme élément nouveau, on signale que les aliments solides ont été introduits il y a une semaine. Il n'a pas présenté ni fièvre, ni vomissement, ni diarrhée, ni plaintes douloureuses. Jusqu'à présent, l'enfant n'a présenté que 2 épisodes de rhume banal.

#### **c : antécédents personnels :**

Il est issu d'une grossesse normale et n'a présenté aucune difficulté en période néonatale. Un souffle léger a été entendu à la visite récente du pédiatre : celui-ci l'explique par une anémie modérée et a prescrit du fer.

#### **d : antécédents familiaux :**

Ils sont sans particularité.

#### **e : données de l'examen clinique :**

Il ne présente pas de fièvre .

A l'examen clinique, on observe un rythme cardiaque régulier à plus de 200/m, un foie palpé à 3 cm. La tension artérielle est difficilement prenable, mais les valeurs sont normales pour l'âge. Le développement psychomoteur est normal.

Il pèse 6kg et mesure 66 cm, avec un PC de 40cm.

#### ***F : examens complémentaires :***

- RX thorax : normal
- Biologie sanguine : sans particularité
- Échographie cardiaque : structures normales et contractilité normale
- ECG : rythme sinusal régulier à 260/minute

#### ***G : diagnostic retenu :***

Tachycardie supraventriculaire

#### ***Traitement :***

- en phase aiguë : réflexe vagal induit par la technique du « ice bag » ; si échec, injection de Adenocor ou Stryadine
- phase préventive : discuter de la digitalisation

1<sup>o</sup> question : Établissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )



4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE cardiovasculaire 2

##### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Nathalie est née hier à la maternité avec un poids de 3kg100, une taille de 50 cm et un PC de 35 cm : il s'agit d'un beau bébé. Comme la naissance s'est faite sans difficulté, il n'y a pas encore eu d'examen pédiatrique. La famille s'inquiète car elle ne boit pas bien, et l'accoucheuse lui trouve une coloration bleue aux lèvres..

##### **b : autres éléments anamnétiques :**

Un allaitement a été programmé. Elle commence à téter, mais elle se fatigue.  
Aucune médication particulière n'a été prise par la mère.

##### **c : antécédents personnels :**

Aucun.

##### **d : antécédents familiaux :**

Les 2 parents sont enfants uniques. Le père est indépendant et la mère est gérante de commerce. Le frère, âgé de 8 ans, a une bonne santé .

##### **E : Données de l'examen clinique :**

Présence d'une cyanose des téguments et des muqueuses.

FC : 150/m ; FR : 45/m ; T° : 37.2 ;

- auscultation pulmonaire normale ;
- auscultation cardiaque : présence d'un souffle 3/6, systolique audible à tous les foyers ; TA : 80/60. Pouls fémoraux et radiaux normaux.
- Saturométrie à 87.

Le foie est palpé à 3 cm. Pas de splénomégalie ; aires ganglionnaires normales.

L'examen neurologique et abdominal est normal.

##### ***F : examens complémentaires :***

- RX thorax : discrète diminution de la perfusion pulmonaire, silhouette cardiaque ne montrant pas bien l'artère pulmonaire et pointe cardiaque relevée donnant l'aspect « d'un bateau ».
- ECG : pas d'anomalie pour l'âge
- Échographie cardiaque : aorte à cheval, petite CIV et sténose pulmonaire.

##### ***G : diagnostic retenu :***

Tétralogie de Fallot.

##### ***H : traitement :***

- en phase aiguë : mesures de support nutritionnel
- en phase curative en deux temps : chirurgie cardiaque.
- 

1° question : Établissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

### VIGNETTE cardiovasculaire 3

#### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

un nourrisson se présente à la consultation à 6 semaines de vie. Il s'agit de la 1<sup>re</sup> visite chez le pédiatre. Selon les parents, tout se passe bien.

#### **b : autres éléments anamnestiques :**

Dès avant la grossesse, la maman est traitée pour un diabète insulino-dépendant. La grossesse s'est bien déroulée, bien que les doses d'insuline ont dû être augmentées. Les échographies fœtales sont restées bonnes.

#### **c : antécédents personnels :**

l'enfant naît à 38 semaines avec un poids de 3kg2, une taille de 51 cm, un PC de 35 cm. Apgar 8/10/10. L'examen à la naissance ne montre rien de particulier.

#### **d : antécédents familiaux :**

diabète chez la mère.

#### **e : données de l'examen clinique :**

- l'enfant ne montre pas de détresse, il est bien coloré, les pouls sont bien palpés.
- L'auscultation pulmonaire est normale ; l'auscultation cardiaque met en évidence un souffle systolique 3/6 en parasternal gauche et droit. TA : 70/40. Saturation : 94
- L'enfant boit normalement, même s'il doit s'arrêter plusieurs fois lors de la mise au sein.

#### ***Examens complémentaires***

- échographie cardiaque : présence d'une CIV musculaire de 3 mm de diamètre, sans autre anomalie.
- ECG : normal
- RX thorax : discrète augmentation de la perfusion pulmonaire
- Biologie sanguine : normale ; l'hémoglobine étant notamment à 11 g/dL.

#### ***Diagnostic retenu :***

#### ***Présence d'une CIV musculaire***

- Traitement conservateur avec un suivi échographique « régulier »

1<sup>re</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>de</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».



3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE cardiovasculaire 4

##### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Julie, 12 ans, consulte avec ses parents.

Elle se trouve trop corpulente mais veut faire du sport avec sérieux ( du tennis ).

##### **b : autres éléments anamnétiques :**

Julie est une personne joyeuse. Il n'y a aucune plainte particulière, mais ses parents trouvent qu'elle prend trop de poids depuis 1 an.

##### **c : antécédents personnels :**

3° enfant, elle est née au décours d'une grossesse compliquée : la mère faisait trop de tension, et elle est née par césarienne urgente à 35 semaines.

Elle pesait 2kg pour une taille de 46 cm et un PC de 30 cm : on lit dans le rapport remis aux que l'enfant est né prématuré et hypotrophe, et qu'il a eu un séjour tranquille durant la période néonatale.

Julie a été très peu malade et a présenté une croissance satisfaisante.

##### **d : antécédents familiaux :**

Le père, 45 ans, est traité pour une hypertension artérielle depuis 1 an.

##### **e : données de l'examen clinique :**

Son développement psychomoteur est excellent, et à l'école tout se passe bien. La puberté montre un stade 2 selon Tanner.

Poids 48kg, taille 142 cm.

Sa TA au repos est de 130/90, valeurs trop élevée en diastolique ( > Percentile 90 ).

Les autres paramètres de l'examen sont normaux

##### ***F : examens complémentaires :***

- Biologie sanguine : fonction rénale normale à partir des examens sanguins et urinaires ; pas d'anomalies endocriniennes ( notamment l'activité rénine ) ; glycémie normale ainsi que l'hémoglobine glycosylée
- Analyse des masses graisseuses corporelles : teneur de 35 % ( normale entre 15 et 20 % )
- Calcul du BMI ( normale entre 16 et 20 ) :
- fonctions de base et épreuve d'effort cardio-respiratoire : mauvaise réactivité des paramètres neuro-végétatifs ( FC, FR, TA ).
- Échographie cardiaque et rénovasculaire : normale

##### ***G : diagnostic retenu :***

- hypertension artérielle
- surcharge pondérale

***H : traitement :***

- modification de la nutrition
- revalidation physique
- envisager un betabloquant
- évaluer le suivi.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question :proposez et commentez le traitement ainsi que les complication possibles

**VIGNETTE cardiovasculaire 5****a : motif de la consultation ou de l'admission :**

un garçon de 10 ans, dans la cour de l'école, se tort de douleur dans le décours d'un jeu banal au cours duquel il se cogne avec un camarade pendant la récréation, puis s'effondre, inconscient. Le médecin du village est appelé ; en attendant, le surveillant, qui a suivi un formation de secouriste, couvre l'enfant d'une couverture car il se trouve en présence d'un enfant pâle, tachycarde ( 180/m ), en transpiration ;

A l'arrivée du médecin, la tension systolique est mesurée à 80/50.

Les compagnons disent qu'il s'est tenu le bas du ventre et a crié.

Arrivé à l'hôpital par le SMUR. Il est conscient et pleure.

**b : autres éléments anamnétiques :**

Les parents l'accompagnent. Ils signalent que leur enfant, depuis quelque temps ( environ 6 mois ), est devenu plus vite fatigable, et qu'il lui arrive volontiers de vomir. Il a également présenté régulièrement des céphalées. Le médecin de famille a évoqué le diagnostic d'une mononucléose infectieuse ; une prise de sang confirme ce diagnostic, celui d'une hépatite étant écarté. L'appétit semble conservé et les selles sont restées normales. Le sommeil s'est montré légèrement perturbé.

**c : antécédents personnels :**

ce garçon est né dans un contexte de grossesse et de naissance paisibles. Les deux 1° années de la vie sans encombres. A l'âge de 30 mois, il a une invagination intestinale qui a pu être réduite en radiologie. Durant cette hospitalisation, on a découvert des troubles du rythme, apparemment sans gravité mais demandant un suivi cardiologique. Celui-ci, par lassitude, est cependant arrêté depuis 3 ans.

**d : antécédents familiaux :**

Rien de particulier

**e : données de l'examen clinique :**

Le garçon est encore pâlot, parle mais désire encore rester couché. L'examen neurologique et pulmonaire est normal. L'abdomen, la peau et les phanères ne montrent rien de particulier. Il existe un léger souffle systolique, une FC à 140/m et la TA est à 110/70.

Saturation : 92

***F : examens complémentaires :***

- biologie sanguine : normale, hormis une élévation des enzymes musculaire cardiaques ( CPK-MB )
- RX thorax : normale, mais silhouette cardiaque plutôt grosse ( index cardiothoracique = 0.51 )
- ECG : décalage du segment ST ; rythme sinusal ; présence d'extrasystoles supraventriculaires.
- Échographie : anomalie d'implantation de l'artère coronaire gauche.

***Diagnostic retenu***

- Anomalie anatomique d'une artère coronaire annoncée par les extrasystoles ;
- Infarctus menaçant

***H : traitement***

- Digitalisation
- Aspirine à faibles doses
- envisager cure chirurgicale
- changement des habitudes ludiques

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complication possibles

## **VIGNETTE respiratoire**

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Rémy, 12 ans, consulte pour une toux sèche qui le gêne lors des efforts. Une obstruction nasale continue le gêne aussi, même pour dormir.

**b : autres éléments anamnétiques :**

Cet état est manifeste depuis 2 mois.

**c : antécédents personnels :**

eczéma dans la 1° enfance.

**d : antécédents familiaux :**

allergie respiratoire chez le père.

**e : données de l'examen clinique :**

Son anthropométrie est normale.

L'enfant semble fatigué, a une toux répétée.

La FR est à 30/m, la FC est à 90/m.

L'auscultation cardiaque est normale, l'auscultation au repos pulmonaire ne montre rien de particulier.

Il y a un léger tirage intercostal.

L'examen ORL montre une rhinite hypertrophique.

Poids : 40 k, taille : 160 cm.

***F : examens complémentaires :***

- RX thorax normale
- Test cutanés : positifs pour *Dermatophagoïdes pteronissimus*
- IgE : 400 U/ml ( soit très positifs )
- IgE spécifiques pour autres allergènes : négatifs.
- Epreuves fonctionnelles respiratoires ou EFR : positifs pour un syndrome obstructif ( VEMS à 80 % de la valeur normale ).

***G : diagnostic retenu :***

Asthme extrinsèque à la poussière de maison mal toléré à l'effort.

***Traitement :***

- réduction de la charge des acariens
- envisager la désensibilisation
- antihistaminique, antileukotriènes
- préparation à l'effort : échauffement, bronchodilatateur ( salbutamol ).

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

**VIGNETTE respiratoire 2****a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Igor est âgé de 16 ans et présente une toux depuis 3 semaines.

Au départ, il a présenté de la fièvre, traitée après 4 jours par de l'amoxicilline. Mais il n'y a pas de véritable amélioration. La fièvre s'est partiellement amendée, mais il y a encore des épisodes fébriles et une toux grasse.

**b : autres éléments anamnétiques :**

On retient un aspect fatigué, car les dernières nuits ont été mauvaises.

De plus, il revient d'un voyage de 3 semaines à visée humanitaire avec les scouts, au Nicaragua.

**c : antécédents personnels :**

On retient quelques maladies infantiles ( varicelle, angines ), une appendicectomie

**d : antécédents familiaux :**

Rien de particulier

**e : données de l'examen clinique :**

Bon développement pubertaire.

Taille 185 cm ; poids 60k. TA 130/80. FC 70/m, FR 25/m, T° à 38.

Examen ORL normal .

Examen cardiaque normal. Auscultation pulmonaire : l'auscultation démontre quelques râles craquant en para cardiaque droit..

Examen abdominal, neurologique, orthopédique et abdominal : normaux.

***F : examens complémentaires :***

- biologie sanguine : syndrome inflammatoire ( VS, CRP et procalcitonine élevées ), hémogramme = pas d'anémie, légère leucocytose ( neutrophiles 50 %, lymphocytes 40 % ), plaquettes normales, fonctions hépatique et rénale normales ; sérologie + pour chlamydia en IgG, + en IgM pour le mycoplasme, - en EBV, - en hépatites A, B et C, - en HIV.
- RX thorax : lésions multiples de péribronchite et de pneumopaties segmentaire des deux côtés, un peu plus marquées à droite.
- Intradermo à 10 UI ; après 72 hres, lésions de 4 mm.
- Analyse des expectorations : absence de bacilles, présence d'une flore diversifiée.

***G : Diagnostic retenu :***

Pneumonie atypique à mycoplasme.

***H : Traitement***

- traitement par un macrolide
- pas de kiné respiratoire ni d'antitussif.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complication possibles

**VIGNETTE respiratoire 3**

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Célia, 8 mois, est envoyée par la consultation ONE pour mise au point d'une croissance pondérale insuffisante et une toux plutôt grasse persistante.

**b : autres éléments anamnétiques :**

L'appétit semble bon. Les selles ont toujours été abondantes.

Il n'y a pas de contexte infectieux ; l'appartement est petit, et les parents ne fument pas.. L'humidité n'est pas excessive.

**c : antécédents personnels :**

Célia est née à terme avec un poids de 2k9, une taille de 49 cm et un PC de 34 cm.  
Elle a été allaitée pendant 4 mois, ensuite par lait artificiel ; la diversification a été démarrée à 6 mois.  
Une toux est présente depuis l'âge de 4 mois, plutôt grasse ; on signale 2 épisodes de bronchite virale.

**d : antécédents familiaux :**

Le père présente des allergies au pollen.  
La mère et le père ne fument pas.

**e : données de l'examen clinique :**

La croissance est bonne pour la taille et le PC, mais insuffisante pour le poids :  
Poids : 5k5, taille 67 cm, PC 42 ;  
Bon développement psychomoteur.  
la FR est à 40/m, la FC à 110/m, elle est bien colorée mais pâlotte. La saturation est à 94.  
On observe un léger prolapsus de la muqueuse rectale. Le reste de l'examen est normal.

**F/ Examens complémentaires :**

- léger syndrome inflammatoire ( CRP 30 mg/L )
- biologie sanguine : anémie microcytaire ( Hb 9.5/dL ), ferritine abaissée, Ca et P limites bas, albumine à 3.5 g/dL, ionogramme normal, fonctions hépatique et rénale normales, coagulation dans les normes ( NB : Quick à 60 % ) ; pH et gazométrie normales ;
- RX thorax : péribronchite
- ECG : surcharge du ventricule droit
- Analyse des expectorations : positive pour le St aureus, quelques pseudomonas ;
- Test de la sueur : teneur en chlore > 60 mEq/L.

**G : Diagnostic retenu :**

- mucoviscidose

**H: Traitement :**

- approche multidisciplinaire et réalisation d'un dossier pour remboursements divers
- calcul et appropriation du régime
- apports supplémentaires en enzymes digestives
- kinésithérapie
- antibiothérapie dirigées contre le germe trouvé dans les expectorations.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

**VIGNETTE respiratoire 4****a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Jules est né il y a 6 heures, à terme par un accouchement en voie basse ; l'extraction a été difficile. Le score d' Apgar est 4/8/10. Il est observé pour des gémississements qui s'estompent après 70 minutes.  
L'examen est alors satisfaisant, et comme tout le contexte est rassurant, il va près de sa mère.

La mise-au-sein s'avère impossible car il garde une respiration difficile.

Le pédiatre est alors rappelé, afin de l'examiner.

Il présente un tirage intercostal n'est pas bien coloré, présente une FR à 70/m et FC à 170/m.

Poids : 3kg9, taille 52 cm ; PC 37 cm.

**b : autres éléments anamnétiques :**

L'enfant a présenté des pleurs.

Il n'y a pas de fièvre, et la mise au sein est laborieuse.

**c : antécédents personnels :**

Rien de particulier

**d : antécédents familiaux :**

Rien de particulier

**e : données de l'examen clinique :**

En dehors des éléments décrits plus haut, l'auscultation pulmonaire est asymétrique : le côté droit ventile moins bien ; l'auscultation cardiaque est normale.

La TA est bonne ( 70/50 ), la FC est à 170/m, les pouls sont bien palpés, l'examen abdominal est bon, et l'examen neurologique est satisfaisant mais l'enfant est irritable et inconfortable.

Saturation : 89.

***F : examens complémentaires :***

- biologie sanguine : normale
- pH et gazométrie en sang artériel: pH = 7.22, pCO<sub>2</sub> = 59 mmHg, pO<sub>2</sub> = 65, HCO<sub>3</sub> = 16, BE = - 8
- échographie cardiaque : normale
- RX thorax : pneumothorax droit sous tension.

***G : Diagnostic retenu :***

Pneumothorax droit sous tension, spontané

***H : Traitement***

- l'enfant est amené en néonatalogie ;
  - oxygénothérapie
  - exsufflation à l'aiguille et drainage thoracique ( pleural ) pendant 2 jours.
- 1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité
- 2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».
- 3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )
- 4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## VIGNETTE respiratoire 5

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Adrien, âgé de 5 ans, lors d'une fête d'anniversaire de son grand frère, a présenté brusquement un étouffement et un accès de cyanose, suivi d'une toux qui ne s'arrête pas. Inconsolable et en difficulté respiratoire, il est présenté aux urgences.

**b : autres éléments anamnétiques :**

Adrien a une santé remarquablement solide : il a juste présenté 2 ou 3 rhumes.  
Par contre, il est assez désobéissant et intrépide : « 3° enfant, il est plutôt gâté ». Il ne pouvait trop se mêler à la fête, mais comme il était fiévreux depuis 2 jours, les parents ont permis de s'introduire dans le groupe des amis du frère ( des adolescents ), de prendre une boisson et quelques chips.

**c : antécédents personnels :**

Il a dû être monitorisé jusqu'à l'âge d'un an, étant à risque de mort au berceau. La croissance a toujours été normale.

**d : antécédents familiaux :**

Le 2° enfant a fait une mort au berceau à l'âge de 7 mois/

**e : données de l'examen clinique :**

L'enfant est agité et prostré, veut rester assis dans les bras de son père.  
Il a une salivation, un tirage sus sternal et touse.  
La FR est à 35/m et la FC à 140/m. TA normale. T° 38.2 Saturation 0.90  
Examen cardio circulatoire normal.  
Examen pulmonaire : mauvais ventilation bilatérale.  
Examen neurologique normal.

***F : Examens complémentaires :***

- biologie sanguine : normale
- RX thorax : absence de pneumothorax, présence d'une asymétrie de la ventilation pulmonaire, le poumon droit étant en hyperdistension ; en scolie, on observe une bascule du diaphragme.

***Diagnostic retenu***

Inhalation d'un corps étranger, avec blocage soit au niveau de la carène soit à l'entrée de la bronche souche droite.

***Traitement***

- mise en perfusion, antibiothérapie et corticothérapie IV
- au bloc opératoire, sous narcose, enlèvement par endoscopie rigide, d'une cacahuète présente à l'entrée de la bronche souche droite.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles



**VIGNETTE digestive :****a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Vincent a 13 ans et est trisomique. Habituellement, il est un garçon joyeux, vivant en internat durant la semaine. En congé de Toussaint, Il se plaint de douleur abdominale et semble fatigué. Le médecin de famille est alors appelé, car il est épileptique..

**b : autres éléments anamnétiques :**

Cet enfant est traité depuis l'âge de 6 ans par de la Dépakine. Il est régulièrement suivi par un neuropédiatre pour une épilepsie partielle complexe ; le médecin contrôle régulièrement la fonction hépatique et l'EEG, et ces données semblent stables.

Il fréquente un milieu d'accueil pour enfants infirmes moteurs, et plusieurs enfants ont été « malades du foie ».

Les selles sont moins colorées, et l'enfant n'a pas de fièvre.

Il est plus fatigué que d'habitude.

Il est en ordre de vaccinations, y compris l'hépatite B.

**c : antécédents personnels :**

Vincent est né à terme dans un contexte d'asphyxie néonatale, suivie de convulsions. Il est trisomique sans cardiopathie.

L'évolution a été néanmoins favorable, même si la conclusion a abouti à un diagnostic d'accident de la cérébrale moyenne gauche.

Il est atteint d'une hémiparésie droite modérée.

Il a reçu une cure au phénobarbital jusqu'à l'âge de 24 mois.

Il a présenté la roséole et quelques infections ORL banales.

**d : antécédents familiaux :**

rien de particulier.

**e : données de l'examen clinique :**

P 44k ; taille 142 cm ; PC 49 cm. Le déficit moteur est présent et peu marqué. Il n'a pas de fièvre, l'examen cardiopulmonaire est normal. On note un ictère conjonctival, le foie est palpé à 3 cm. Dans le slip, des taches d'urines sont présentes et sont fort colorées.

***F : Examens complémentaires :***

- biologie sanguine : léger syndrome inflammatoire ; hémogramme normal ; transaminase augmentées ( 10 x la normale ), fonction rénale normale ; bilirubinémie = 90 mg/L ; serologie + pour l'hépatite A ( Ag positif aussi )
- urines : + pour la bilirubine, pas d'infection urinaire

***G : diagnostic retenu :***

Hépatite A

***H : Traitement :***

- repos et régime approprié
- éviction de l'école
- vaccination de l'entourage

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE digestive 2

##### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Anémone, âgée de 17 ans est pourchassée par sa mère : celle-ci s'inquiète d'un affaiblissement remarqué depuis plus de 3 mois : perte de poids de 6 kgs en 6 mois, diminution des performances scolaires, humeur de plus en plus désagréable, difficile à table.

##### **b : autres éléments anamnétiques :**

Anémone est une fille décrite comme ayant toujours été exigeante, intelligente, plutôt renfermée. Elle n'a que 2 amies ; toutes les 3 sont coquettes, sportives. Sa santé a toujours été bonne. Depuis le décès du père ( cela s'est passé il y a 2 ans ), la fille se dispute plus souvent. La famille est aisée sur le plan matériel. Anémone a un frère et une petite sœur. Elle est réglée. Après insistance, elle avoue avoir du sang dans les selles. Elle ne présente pas de vomissements.

##### **c : antécédents personnels :**

elle a été opérée d'une appendicite à l'âge de 8 ans. Pas d'autres éléments à signaler.

##### **d : antécédents familiaux :**

Le père était ingénieur, la mère dirige un commerce. Le frère, âgé de 20 ans, étudie la philosophie et est très peu à la maison. Sa santé est bonne. La petite sœur est en bonne santé.

##### **e : données de l'examen clinique :**

la fille mesure 162 cm et pèse 48 kg ( soit une perte de 6 k en 6 mois ).

L'examen met en évidence un stade pubertaire 4 selon Tanner, l'absence de toute malformation ou d'anomalie orthopédique. Peau, phanères, téguments normaux.

Examen cardio-pulmonaire normal. Pas d'anomalie à la palpation de l'abdomen et des aires ganglionnaires. Les muqueuses sont bien peu colorées.

##### ***F : examens complémentaires :***

- biologie sanguine : anémie microcytaire à 10 g Hb/dL ;
- syndrome inflammatoire discret mais + pour la CRP et la VS
- fonctions rénale et hépatique normales ;
- coproculture : dysmicrobisme
- examen ophtalmologique normal
- abdomen à blanc : épaissement des parois cœliques,
- et cela se confirme en échographie
- endoscopie colo-rectale : hyperhémie diffuse de la muqueuse cœlique, avec ulcération dans la partie sigmoïdienne
- biopsie de la muqueuse

##### ***G : diagnostic retenu :***

Colite ulcéro-hémorragique

**H : traitement :**

- antiinflammatoires en suppositoires ( Pentasa ), avec lavements au budesonide
- travail sur le stress
- antispasmodiques au besoin

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

**VIGNETTE digestive 3**

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Léon est le 2° enfant ; âgé de 28 jours, il remet de plus en plus ses repas, alors qu'il mange bien. Inquiets, les parents consultent un pédiatre.

**b : autres éléments anamnestiques :**

Léon est né à terme, au décours d'une grossesse tranquille, par voie basse.

Il pesait 2kg7, pour une taille de 49 cm et un PC de 34 cm ; l'adaptation néonatale est bonne. Il a émis ses premières selles méconiales à 36hres de vie, avec finalement une aide par suppo de glycérine. Aucune échographie ni radiologie abdominale n'a été réalisée.

**c : antécédents personnels :**

il est nourri au sein.

**d : antécédents familiaux :**

rien de particulier

**e : données de l'examen clinique :**

l'enfant a un état général encore satisfaisant, mais semble affamé et déshydraté : les muqueuses sont plutôt sèches, le ventre n'est pas ballonné. Le pli cutané est légèrement paresseux. Le péristaltisme est présent, mais ralenti et parfois métallique. Les autres paramètres sont normaux, notamment les orifices herniaires.

La prise en poids n'est pas satisfaisante : le poids est de 3kg, la taille est à 50cm.

FC 130/m, FR 30/m, T° 36.9

**F : examens complémentaires :**

- biologie sanguine : hémogramme normal, fonctions hépatique et rénale normales, ions : Na 133, K 3, Cl 87 mEq/l, pH et gazométrie : pH 7.58, pCO2 39, pO2 90 mmHg ;
- échographie abdominale : présence d'une olive pylorique de 12 mm

**G : diagnostic retenu :**

Sténose hypertrophique du pylore

**H : Traitement :**

- perfusion gluco-hydro-électrolytique et correction du trouble ionique et du pH ;
- opération ( pylorotomie extramuqueuse )

- réalimentation entérale progressive.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE digestive 4

##### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Jérémy a 4 mois et présente des vomissements depuis la naissance. Au départ, ceux-ci semblaient être bien tolérés. Mais, depuis 1 semaine, l'enfant se raidit volontiers, pleure facilement au cours des repas. Ces 24 dernières heures, il refuse de boire et quasiment inconsolable. La grand-mère, qui garde l'enfant, vient aux urgences.

##### **b : autres éléments anamnétiques :**

Jérémy, né à terme au décours d'une grossesse normale ( 2kg9 et 49 cm à la naissance ) est d'habitude un enfant facile, et n'est quasiment jamais malade. Il a reçu le lait maternel jusqu'à l'âge de 2 mois ; depuis, il reçoit un lait anti régurgitations. .

En regardant le carnet de santé, on constate qu'il y a 15 jours il pesait 5kg5 et mesurait 61 cm.

Il n'a pas pu aller chez la gardienne, car celle-ci est malade ( elle aurait des ennuis intestinaux ).

##### **c : antécédents personnels :**

bonne évolution ; en ordre de vaccination, y compris celle pour le rotavirus.

##### **d : antécédents familiaux :**

rien de particulier

##### **e : données de l'examen clinique :**

Jérémy pèse 5kg, mesure 61 cm et a un PC de 44.

Il est apathique et présente un pli cutané abdominal paresseux.

FC : 170/m, FR 25 /m, TA 80/60, saturation 97 et T° 38°7.

Tout le reste de l'examen est sans particularité.

##### **F : examens complémentaires :**

- biologie sanguine normale, y compris pour l'allergie aux protéines de vache et de soja ;
- fonctions hépatique et rénale normales ;
- RX thorax normale
- Hématest + sur les selles
- Échographie du cardia : + pour un reflux
- Endoscopie et biopsie de la muqueuse oesophagienne : oesophagite peptique de stade 1

##### **G : diagnostic retenu :**

Oesophagite peptique sur reflux gastrooesophagien

##### **H : traitement**

- traitement antireflux : position au lit, prokinétique ( Motilium ) et oméprazole.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE digestive

##### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Lucie, 10 ans, présente depuis des mois, des douleurs abdominales. Depuis 2 semaines, celles-ci sont exacerbées avec même présence de filets de sang dans les selles. Ceci a été signalé à sa mère. De plus, les douleurs abdominales sont de plus en plus marquées. Ces faits ainsi qu'une perte de 2kg incitent la mère à consulter.

##### **b : autres éléments anamnétiques :**

Lucie est décrite comme un enfant angoissé de longue date ; excellente étudiante, elle n'est jamais satisfaite de ses résultats.

##### **c : antécédents personnels :**

On signale des troubles du sommeil depuis l'âge de 2 ans.

##### **d : antécédents familiaux :**

Lucie a 2 frères en bonne santé, son père a aussi facilement mal au ventre.

##### **e : données de l'examen clinique :**

Lucie est un enfant intelligent. Elle est pâlotte et paraît fatiguée.

P 24k ; taille 137 cm ; FC 90/m ; FR 20/m, TA 110/80.

L'abdomen est sensible à la palpation dans le cadre cœlique, et le péristaltisme est augmenté.

Les autres paramètres de l'examen clinique sont normaux.

##### **F : examens complémentaires :**

- biologie sanguine normale : hémogramme, ionogramme, glycémie, fonctions hépatique et rénale ; absence de syndrome inflammatoire.
- Abdomen à blanc : sans particularités ;
- Échographie abdominale : rien de particulier
- Surcharge orale en lactose : analyse de l'H<sub>2</sub> expiré élevé dès 30' et reste élevé → 150 '.

##### **G : diagnostic retenu :**

Intolérance au lactose

##### **H : traitement :**

- éviction du lactose ( consultation diététique )
- apport exogène en lactase sous forme de comprimé ;

- en cas d'évolution clinique non satisfaisante, on prévoit un biopsie jéjunale avec analyse des enzymes dissacharidiques.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complication possibles

## **VIGNETTE urologique :**

### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Elisa, fille de 9 mois, présente une fièvre à 38°8 depuis 4 jrs sans autre symptôme.

### **b : autres éléments anamnétiques :**

elle n'a jamais été malade ; nourrie au sein exclusivement. Il semble à la mère qu'Elisa est plus plaintive depuis 48 hres,.

### **c : antécédents personnels :**

Elisa est le 3° enfant ; elle est issue d'une grossesse sans problème.  
Elle est née à terme, avec un P de 3kg1, une taille de 51 cm et un PC de 35cm.  
Elle est allaitée. Elle va à selles 3 fois/j

### **d : antécédents familiaux :**

rien de particulier.

### **e : données de l'examen clinique :**

Elisa est dans un état général qui n'est pas satisfaisant : elle a un teint gris, est gémissante, et la vessie est bien remplie. Elle ne présente rien sur le plan ORL, son auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est sans particularité. Les urines ont une odeur prononcée.  
Paramètres : poids 10k ; taille 70 cm ; PC : 43 cm, T° 38°6.  
FC 130/m ; FR 35/m TA 70/50

### **F : examens complémentaires :**

- biologie sanguine : présence d'un syndrome inflammatoire marqué ( CRP à 140 mg/dL )
- examens des urines : leucocyturie et pyurie ; culture + pour un E Coli à > 100000 germes/ml
- échographie rénale : hyperéchogénicité rénale bilatérale, un plus marquée à gauche
- scintigraphie normale : compatible avec une pyélonéphrite gauche.

### **G : diagnostic retenu :**

Infection urinaire avec pyélonéphrite à E Coli ; une cystographie viendra montrer un reflux vésico-urétéral bilatéral stade 3.

### **H : traitement :**

- antibiothérapie IV avec cefuroxime et amikacine
  - relais pers os par amoxicilline
- 1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité
- 2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».
- 3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )
- 4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## VIGNETTE urologique 2

### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Pauline, âgée de 8 ans, est présentée à la consultation du médecin de famille. Elle n'est pas toujours propre la nuit, et un voyage scolaire est prévu dans 6 mois auquel elle aimerait participer.

### **b : autres éléments anamnétiques :**

Pauline est aussi régulièrement constipée. Tout se passe bien à l'école, mais le sommeil n'est pas toujours idéal : elle manifeste régulièrement des cauchemars..  
La journée, aucun incident n'a jamais été décrit.

### **c : antécédents personnels :**

En dehors d'une commotion cérébrale survenue à l'âge de 2 ans et de quelques épisodes de vaginite bénigne, on ne retient rien de particulier.

### **d : antécédents familiaux :**

Rien de particulier

### **e : données de l'examen clinique :**

Pauline est dans bon état général : elle pèse 27k et mesure 128cm. L'examen cardio-pulmonaire est normal. L'examen développemental et locomoteur est normal.  
On ne note rien de particulier au niveau de l'abdomen et des organes génitaux ( Tanner stade 1 ).  
Ses paramètres ( FC, FR et TA ) sont normaux.

### **F : examens complémentaires :**

- biologies sanguine et urinaire normales
- abdomen à blanc : amas stercoraux de selles dans le côlon transverse et descendant ; anatomie des voies urinaires normale
- débitmétrie de la miction ( évaluation ultrasonographique ) normale.

### **G : diagnostic retenu :**

Enurésie nocturne de type cognitif

### **H : traitement :**

- acceptation de 10 séances de psychothérapie
- régime laxatif
- acceptation du traitement par MINIRIN.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE urologique 3

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Julien, 4 ans, est porteur d'un reflux vésico-urétéral de stade 3 qui doit être opéré. De plus, il n'a plus qu'un rein, car il est né sans posséder les 2 reins. Le chirurgien programme l'intervention et demande à l'anesthésiste une consultation conjointe afin d'expliquer aux parents :

- le geste chirurgical urologique ;
- la surveillance en hospitalisation des drains mis en place ;
- la gestion de la douleur post-opératoire.

**b : autres éléments anamnestiques :**

préciser ici ce que vous allez demander

**c : antécédents personnels :**

préciser ici ce que vous allez demander

**d : antécédents familiaux :**

rien de particulier

**e : données de l'examen clinique :**

Julien a actuellement un bon état général.

Paramètres : P 15k ; T 38,5°C. TA : 100/70. FC 110/m ; FR 25/m

L'examen clinique est normal.

La biologie montre une FGR calculée à 90 ml/min/M2.

Les autres paramètres biologiques sont banals.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### VIGNETTE urologique 4

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Solange, 5 ans, est amenée aux urgences car elle présente du sang dans urines.

**b : autres éléments anamnestiques :**



Solange est une fille ayant une tendance à la constipation. Depuis quelques jours, elle se réveille 2 à 3 fois en pleurant et demande pour aller à la toilette. Elle se plaint d'ailleurs que cela lui fait mal. Elle n'a pas de fièvre, diarrhée ni vomissements. On ne signale pas non plus de traumatisme.

A l'école, les toilettes sont réputées comme n'étant pas « propres », et d'ailleurs des travaux d'aménagement sont promis par la direction.

**c : antécédents personnels :**

rien de particulier, en dehors de la varicelle et quelques angines.

**d : antécédents familiaux :**

rien de particulier.

**e : données de l'examen clinique :**

Bon état général. L'enfant est souriante et semble gênée. L'examen clinique peut être réalisé dans son entièreté car l'enfant se montre collaborant. On observe une rougeur dans la région génitale.

P 19 kg T 112 cm. Paramètres ( FC, FR, TA, T ° ) sont normaux.

**F : examens complémentaires :**

- biologies sanguine et urinaire normales
- abdomen à blanc : amas stercoraux de selles dans le côlon transverse et descendant ; anatomie des voies urinaires normale
- examen des urines prélevées au jet : leucocyturie et hématurie sans protéines ni cylindres, culture + pour E Coli à 50000 germes/l
- échographie des reins normales ; vessie légèrement hyperéchogène et présence d'amas intravésicaux échogènes

**G : diagnostic retenu :**

cystite

**H : traitement :**

- traitement par cotrimoxazole
- traitement par bains de siège désinfectant et application de crème bactéricide et fongicide
- laxatifs

1 ° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2 ° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3 ° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4 ° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

**VIGNETTE urologique 5**

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Adrien, 12 ans, est amené aux urgences, car il se tord de mal depuis 6 hrs et ses douleurs ne sont pas calmées par les moyens classiques.

**b : autres éléments anamnétiques :**

Ces derniers jours se sont passés normalement, en dehors d'un rhume banal. Il n'y pas eu de fièvre, l'appétit est conservé et les selles sont normales. La douleur est décrite comme lancinante, part du dos et descend vers la région inguino-scrotale droite. Il n'a pas de fièvre, et faire pipi est pénible et douloureux. Il a même remarqué que ses urines avaient une coloration rougeâtre.

**c : antécédents personnels :**

Adrien a été opéré de l'appendice à l'âge de 8 ans.

**d : antécédents familiaux :**

rien de particulier.

**e : données de l'examen clinique :**

Jules se tient difficilement tranquille. Les douleurs lui donnent des nausées. L'examen neurologique est normal. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale, ainsi que l'examen de la sphère ORL et celui du système locomoteur.

Il pèse 40 k pour une taille de 150 cm.

FC et FR normales. TA 120/85, T° 38.2

L'examen des organes génitaux et des orifices herniaires ne montrent pas d'anomalie.

**F : examens complémentaires :**

- biologie sanguine : hémogramme normal, pas de syndrome inflammatoire, fonctions hépatique et rénale normales, pH et gazométrie normale, Na, K, Cl normaux ; calcium, acide urique et cholestérol légèrement augmentés.
- Urines : hématurie, leucocyturie, cristaux d'oxalate calcique
- Abdomen à blanc : lithiases du côté droit.
- Échographie rénale : légère hydronéphrose du côté droit.
- Uroscan : présence d'une artère aberrante comprimant le bassinet à droite.

**G : diagnostic retenu**

Crise de colique néphrétique sur lithiase

**H : traitement :**

- mise en perfusion
- alcalinisation des urines
- antispasmodiques et antalgiques
- récolte des urines pour analyse de la lithiase
- correction chirurgicale de l'anatomie artérielle.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

**VIGNETTE mère-enfant 1**

**a : motif de la consultation ou de l'admission :**

Josianne, 2° grossesse, est en observation en obstétrique car la poche des eaux est rompue à 23 semaines de grossesse.

**b : autres éléments anamnétiques :**

Elle n'a pas de fièvre. On sait qu'il y a un fœtus bien formé, que la quantité de liquide amniotique devient insuffisante, et que Josianne a déjà été dépistée dans le cadre d'un portage éventuel pour un streptocoque Beta Hémolytique du groupe B : celui-ci est négatif. Toutefois, dans la prise de sang, le taux de plaquettes est trop bas, et les anticorps plaquettaires sont positifs.

**c : antécédents personnels :**

Le 1<sup>er</sup> enfant est né à 37 semaines, dans de conditions normales et l'enfant n'avait présenté aucun problème.

**d : antécédents familiaux :**

La mère souffre d'asthme bien toléré.

**e : données de l'examen clinique :**

L'examen fœtal montre une bonne anthropométrie, et les mouvements respiratoires sont conservés. L'examen Doppler des vaisseaux ombilicaux est normal.

1<sup>er</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>ème</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>ème</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>ème</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

**VIGNETTE mère -enfant****a : motif de la consultation ou de l'admission :**

L'équipe sociale demande à l'équipe pédiatrique et obstétricale de se rencontrer madame Valériane, enceinte de 35 semaines, car: celle-ci avoue prendre un antidépresseur.

**b : autres éléments anamnétiques :**

Valériane est soignée depuis 4 ans par un psychiatre pour une dépression bipolaire. Elle souhaiterait allaiter.

**c : antécédents personnels :**

Valériane a eu de gros problèmes familiaux, et a dû quitter le domicile parental à l'âge de 20 ans. Elle souffre de migraines.

**d : antécédents familiaux :**

Ses parents sont de niveau aisé.

Elle vit avec un garçon qui ne prend aucune drogue ; ils se connaissent depuis 18 mois.

**e : données de l'examen clinique :**

Valériane est une personne avec un bon état général ( elle est maigre : 55 k pour 177 cm ). Elle a un bon équilibre psychologique, et l'examen physique ainsi que les données obstétricales sont bons.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

### VIGNETTE mère -enfant 3

#### **a : motif de la consultation ou de l'admission :**

L'équipe pédiatrique est appelée en salle de césarienne pour une mère qui leur est connue et qui présente un diabète insulino-dépendant.

#### **b : autres éléments anamnestiques :**

Avant la grossesse, la mère ne présentait pas de diabète.

Actuellement, la mère reçoit 40 UI insuline/j ; le fœtus est estimé à 3k900. La césarienne est programmée car le bassin est limite. Le monitoring fœtal est normal. L'anesthésie se fait par voie péridurale.

Les examens échographiques n'ont pas montré de malformation ; l'échographie cardiaque fœtale a cependant montré une épaisseur septale au-dessus de la limite tolérée.

#### **c : antécédents personnels :**

La maman n'était pas connue comme étant diabétique avant la grossesse.  
Sa tension artérielle est normale.

#### **d : antécédents familiaux :**

Rien de particulier.

#### **e : données de l'examen clinique :**

L'enfant, un garçon, naît avec un score d'Apgar de 6/8/10.

Il pèse 3k980 pour une taille de 50 cm et un PC de 34 cm.

L'adaptation néonatale est marquée par des gémississements expiratoires qui ne s'estompent pas après 45 minutes.

Il reçoit le colostrum, et la glycémie à 1h est de 45 mg/dl.

#### ***F : examens complémentaires :***

- RX thorax : surcharge périciliaire bilatérale et surdistension modérée des 2 poumons ; absence de pneumothorax ;

- Biologie sanguine : pas de syndrome inflammatoire, hémogramme normal, ionogramme normal, pH 7.45, pCO<sub>2</sub> 35, pO<sub>2</sub> 70, HCO<sub>3</sub> 18, BE – 6
- Frottis bactériens et Hémoculture négative

***G: diagnostic retenu :***

Retard de résorption du liquide alvéolaire

***H : Traitement***

- mise en perfusion
- oxygénothérapie
- antibiothérapie de prudences en attendant la bactériologie.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## Vignettes d'hémo-oncologie pédiatriques

### 1. rétinoblastome

a. motif de la consultation :

Un garçon de 5 ans est amené en consultation, car depuis quelques jours il s'énervé très vite alors qu'il s'adonne à son jeu favori : faire rouler sa voiture rouge sur la table du salon. Il se jette par terre, pleure et semble perdu.

b. autres éléments anamnestiques

les parents sont désemparés, car ils n'ont jamais connu cela avec les 2 autres enfants.

c. antécédents personnels

ce garçon a présenté des difficultés pour dormir jusqu'à l'âge de 2 ans. Il a fait quelques maladies ORL bénignes.

d. antécédents familiaux

2 autres enfants et parents en bonne santé.

e. données de l'examen clinique

- à l'examen clinique, l'enfant paraît triste
- l'examen cardio-pulmonaire et abdominal est normal
- l'examen neurologique est normal
- l'examen du système locomoteur est normal
- le poids est de 18kg et la taille est de 118cm.
- Lors de l'examen de la face, la pupille gauche présente un reflet blanchâtre.

f. examens complémentaires

devant cette leucocorie, un examen ophtalmologique est demandé. Celui-ci peut être obtenu en 3 heures. Le diagnostic de rétinoblastome est posé : unilatéral, à gauche. Une analyse génétique est alors programmée chez l'enfant.

g. diagnostic retenu

rétinoblastome isolé

h. traitements instaurés et propositions de suivi

il est décidé d'hospitaliser l'enfant, en expliquant aux parents qu'il faudra enlever l'œil, et mettre une prothèse. Il est aussi expliqué qu'un suivi à long terme est nécessaire, car le risque de développer un autre cancer ( notamment le sarcome ostéogénique ) est accentué.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 2. hémihypertrophie

### a. motif de la consultation

Un garçon de 5 mois est référé par l'ONE, car on remarque une différence entre le côté gauche et le côté droit : les membres supérieurs et inférieurs gauches sont plus longs et plus massifs.

### b. autres éléments anamnestiques

rien de particulier.

### c. antécédents personnels

ce enfant est le 1<sup>o</sup> né du couple, au terme d'une grossesse normale (notamment pas de diabète), avec un poids de 4kg, une taille de 53 cm et un PC de 36.5 cm. Bonne adaptation néonatale et séjour en maternité paisible. Il est nourri au sein.

### d. antécédents familiaux

rien de particulier ; les parents ne sont pas consanguins.

### e. données de l'examen clinique

- les différentes mensurations démontrent une différence de longueur de 3 cm au niveau du membre inférieur et 1.5 au supérieur. Les circonférences sont également plus élevées de respectivement 10 et 8 mm.
- bon développement psychomoteur et examen neurologique.
- Examen cardio-pulmonaire normal
- Pas d'hépatosplénomégalie ; reins non palpés
- Pas d'hernie ombilicale.
- Poids : 8kg, taille 67 cm et pc 41 cm.

### f. examens complémentaires

- biologie sanguine : hémogramme, fonction hépatique et rénale, hormonologie hypophysaire et gonadique, âge osseux comparatif, caryotype, échographie abdominale et CT scan cérébral. Ces examens reviennent normaux.

### g. diagnostic retenu

hémihypertrophie en dehors d'un cadre syndromique.

### h. traitements instaurés et propositions de suivi

Ce tableau éveille une surveillance de l'évolutivité possible d'un cancer hépatique ou rénal, accessoirement de la crête neurale. L'enfant est suivi sur le plan clinique, sur le plan échographique et sur le plan biologique ( marqueurs tumoraux )

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 3. tumeur cérébrale

### a. motif de la consultation

une fille de 8 ans consulte car elle présente des difficultés pour garder l'équilibre ; de plus, son humeur change : elle fait facilement des colères.

b. autres éléments anamnestiques

Les vaccinations son en ordre.

Il n'y a pas de fièvre, pas de diarrhée ni vomissements. L'alimentation est restée la même.

c. antécédents personnels

elle a été opérée des amygdales à l'âge de 5 ans, et a fait la varicelle à 2 ans.

d. antécédents familiaux

rien de particulier.

e. données de l'examen clinique

La croissance est bonne. L'examen clinique révèle une ataxie cérébelleuse et une oculomotricité instable, sans nystagmus ni diplopie.

Le reste de l'examen est strictement normal. Il n'y a aucun signe d'irritation méningée.

Les paramètres mesurés ( T° et Tension artérielle ) sont normaux.

f. examens complémentaires

- biologie sanguine : sans particularité
- toxicologie urinaire négative
- fond-d'œil : signes d'hypertension intracrânienne.
- Pas de ponction lombaire
- Ct scan cérébral : lésion tumorale au niveau du cervelet, avec dilatation modérée du système ventriculaire.

g. diagnostic retenu

astrocytome ou medulloblastome

h. traitements instaurés et propositions de suivi

neurochirurgie avec exérèse de la lésion.

Anatomie pathologique : astrocytome

1 ° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2 ° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3 ° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4 ° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

#### 4. ostéosarcome

a. motif de la consultation

Un garçon de 13 ans consulte car il présente une gêne et une douleur dans la région du genou droit, qui l'empêche de faire du tennis, et depuis 2 jours de dormir.

b. autres éléments anamnestiques

Cette gêne est présente depuis 15 jours. Ceci est arrivé en dehors de tout contexte fébrile ou traumatisme.

c. antécédents personnels

Ce garçon a, jusqu'à présent, eu un parcours de santé banal.

d. antécédents familiaux

Le frère de 8 ans et la sœur de 16 ans sont en bonne santé. Le père est asthmatique.

e. données de l'examen clinique

Bien constitué, le garçon a une allure sportive. L'examen cardio-pulmonaire est normal, ainsi que l'abdomen ( Tanner stade 3 ). L'examen neurologique, ainsi que la peau, les muqueuses et la sphère ORL sont normaux.

Le poids est de 45kg et la taille de 150 cm.

Il n'y a pas de fièvre, et la tension artérielle est normale.

A l'examen orthopédique, la colonne et le bassin sont normaux. Dans la région du genou droit, on note une tuméfaction au niveau de la tête distale du fémur ; les tissus mous ne semblent pas concernés.

L'articulation non plus. Cette région est douloureuse.

f. examens complémentaires

- hémogramme normal, augmentation des LDH et phosphatases alcalines ; fonction rénale et hépatique normales. Moëlle osseuse normale.
- Scintigraphie du squelette : zone de fixation au niveau de la zone clinique suspecte.
- bilan radiologique squelettique complet : lésion osseuse isolée, d'aspect d'un ostéosarcome, avec des dimensions de 7/4 cm.
- CT scan abdominal, thoracique, cérébral normaux ;

g. diagnostic retenu

ostéosarcome du fémur distale droit sans métastases.

h. traitements instaurés et propositions de suivi

- Résection chirurgicale : histologie d'ostéosarcome
- Chimiothérapie : methotrexate, doxorubicine et cisplatine.
- La radiothérapie n'a pas été instaurée.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 5. thrombophilie

a. motif de la consultation

Un bébé garçon de 4 jours est admis en néonatalogie car il présente des convulsions tonico-cloniques du côté droit du corps.

b. autres éléments anamnestiques

Il s'agit du 1<sup>o</sup> enfant d'un jeune couple. Il n'y a aucun contexte infectieux, et pas de fièvre.

c. antécédents personnels

La grossesse s'est bien déroulée, l'enfant est né par voie basse et sans aucune asphyxie. Il s'alimente bien aux seins. La courbe de poids est bonne.

d. antécédents familiaux

Du côté paternel, on signale une thrombose cérébrale chez le grand-père à l'âge de 48 ans, dont il a bien récupéré.

e. données de l'examen clinique

- L'examen cardio-pulmonaire et l'examen des pouls est normal.
- L'examen de l'abdomen est normal, les loges rénales sont normales.
- Le tonus axial est satisfaisant, et on remarque des mouvements tonico-cloniques du côté droit concernant surtout le membre inférieur.
- Le poids, la taille et le PC sont normaux
- La température rectale est à 37°2

f. examens complémentaires

- hémogramme, CRP, urée, pH, ammonium, acide lactique, Ca-P, Mg et glycémie : valeurs normales.
- Coagulation classique normale. Une étude plus poussée démontre une élévation du facteur VIII, et l'homocystéine est normale.
- EEG : tracé irritable dans la région pariéto-occipitale gauche
- Echographie-doppler du système nerveux central : atteinte ischémique à partir de la cérébrale moyenne gauche.



- CT scan cérébral et RMN cérébrale : accident vasculaire dans le territoire de la sylvienne gauche.

g. diagnostic retenu

accident vasculaire cérébral du nouveau-né par thrombophilie héréditaire.

h. traitements instaurés et propositions de suivi

- traitement au phénobarbital limité dans le temps
- analyse de la coagulation chez les parents
- RMN cérébrale endéans les 4 mois

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## Vignettes clinique d'infectiologie-rhumatologie-immunologie

### 1. fièvre < 6 mois

a. motif de la consultation

Un nourrisson de 4 mois est amené aux urgences, car il fait une fièvre à 39°9 depuis 6 heures, et le paracétamol n'arrive pas à la faire baisser.

b. autres éléments anamnestiques

Il n'y a pas de diarrhée, mais l'enfant semble remettre une partie du lait. Il est plus plaintif. Il n'a présenté aucun mouvements suspects. La respiration est aisée.

c. antécédents personnels

Cette fille est née à terme, au décours d'une grossesse non compliquée. L'accouchement s'est fait par voie basse, avec une bonne adaptation. Elle est nourrie au sein.

d. antécédents familiaux

La famille comporte 2 autres enfants : un garçon de 6 ans et une fillette de 4 ans. Le garçon est enrhumé depuis 3 jours, mais il arrive à fréquenter l'école.

e. données de l'examen clinique

- l'état général est bon ; la peau et les muqueuses ne montrent rien de particulier.
- L'examen ORL est sans particularité ; l'examen cardio-pulmonaire et abdominal est normal.
- L'examen neurologique, y compris la fontanelle, est normal.
- Paramètres : FC à 160/m, FR à 30/m, saturométrie 92, T° 39°7, TA 80/60.

f. examens complémentaires :

- biologie sanguine : hémogramme : lignée rouge et plaquettes normales ; GB : 12000, dont 40% neutro et 50 % lympho. CRP : 40 mg/L
- examen des urines ( sondage ) : absences de bactéries, pas de GR, pas de protéines, GB :2/ch, test aux nitrites
- bactériologie de la gorge et du nez, hémoculture.
- RX thorax : absence de foyer.

g. diagnostic retenu

fièvre élevée avec éléments cliniques et paracliniques rassurants. Une roséole en incubation est évoquée.

## h. traitements instaurés et propositions de suivi

L'enfant est observé pendant 6 heures à l'hôpital ; les médicaments avec un dosage approprié permettent de contrôler la fièvre. Il a pu être alimenté sans souci.

Il est renvoyé à la maison sans antibiothérapie. Les parents sont recontactés afin de donner les résultats microbiologiques qui sont négatifs ; ils signalent l'apparition d'un rash sur le visage et le corps 3 jours après le début de la fièvre, qui elle s'est alors estompée.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

2. Guillain-Baré

## a. motif de la consultation

Un garçon de 9 ans est présenté aux urgences, car il ne sait plus se tenir debout.

## b. autres éléments anamnestiques

Il n'a pas de fièvre, et se plaint de fatigue. Il a eu, il y a environ 2 semaines, des ennuis intestinaux : une diarrhée avec du sang dans les selles.

## c. antécédents personnels

Ce garçon a toujours été fragile des intestins, cela étant mis sur l'angoisse. Par contre, ses résultats scolaires ont toujours été bons. On signale les maladies d'enfance : rubéole, varicelle, quelques angines.

## d. antécédents familiaux

rien de particulier

## e. données de l'examen clinique

- état général altéré : le garçon est fatigué, avec peu de forces.

## f. examens complémentaires

- le fond d'œil est normal
- l'échographie abdominale et le CT scan cérébral sont normaux
- l'EEG est normal
- la biologie sanguine est normale, la toxicologie est négative
- la sérologie pour les germes typiques respiratoires est négative, celle pour le campylobacter est positive
- la ponction lombaire : cytologie normale, hyperprotéinorachie

## g. diagnostic retenu

Syndrome de Guillain-Baré suite à une entérite à campylobacter.

## h. traitements instaurés et propositions de suivi

le garçon est hospitalisé et reçoit un traitement par gammaglobulines en IV ( schéma de 5 jours ).

L'évolution est bonne : il ne développe ni hypertension artérielle ni atteinte de la fonction respiratoire.

Il est prévu de le revoir dans les 6 semaines pour examen clinique et RMN.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

### 3. malaria

#### a. motif de la consultation

un étudiant collégien de 17 ans revient d'Afrique noire ( Haute Volta): il es allé rendre visite à son père ingénieur agronome, durant les vacances d'été. Au retour, il consulté car il présente de la fièvre avec frissons, céphalées et douleurs abdominales.

#### b. autres éléments anamnestiques

Il est resté 15 jours, avec de nombreuses visites de plantations, car il envisage aussi des études d'ingénieur agronome. Il avoue ne pas avoir été très régulier à prendre la prévention de la malaria ( paludrine )

#### c. antécédents personnels

rien de particulier

#### d. antécédents familiaux

cette famille a toujours été attirée par l'Afrique. La santé est bonne. Le père, caucasien, a grandi en Afrique, et son parrain, africain, est atteint de drépanocytose.

#### e. données de l'examen clinique

- bon état général ;
- Poids : 70k, taille 180 cm.
- paramètres : bon ; on note cependant une T° à 38.2
- aires ganglionnaires, sphère ORL, examen cardio-pulmonaire, abdomen : normaux.
- Examens neurologique : normal

#### f. examens complémentaires

- hémogramme : anémie normocytaire ;
- pas de syndrome inflammatoire
- sérologie hépatite A et B +, C négative ; HIV –
- prélèvement sanguin et examen en goutte épaisse : positif pour la présence de plasmodium dans les globules rouges

#### g. diagnostic retenu

malaria aiguë

#### h. traitements instaurés et propositions de suivi

- paludril 2 comp/j pendant 4 semaines ;
- réévaluer l'enfant cliniquement et biologiquement
- réinsister sur le traitement préventif

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question :proposez et commentez le traitement ainsi que les complication possibles

### 4. Lyme

#### a. motif de la consultation

une fille de 15 ans consulte car, au retour d'un camp de mouvements de jeunesse, elle ressent encore une fatigue anormale et des douleurs articulaires.

#### b. autres éléments anamnestiques

Le camp s'est déroulé en Alsace. Curieusement, après 5 jours, elle a présenté une sorte de grippe qui l'a empêché de faire le hike. La fièvre a duré 3 jours.

#### c. antécédents personnels

Elle est connue comme un fille sportive, de bonne humeur. Elle est bonne élève. Elle a subi une appendicetomie à l'âge de 9 ans.

d. antécédents familiaux

Diabète chez le père. Les 2 frères et la sœur sont en bonne santé

e. données de l'examen clinique

- paramètres ( T°, FC, FR et TA ) sont normaux
- l'examen neurologique est normal.
- La sphère ORL est normale
- L'examen cardio-pulmonaire est normal
- L'examen locomoteur démontre une sensibilité articulaire au niveau des poignets et des genoux.
- L'examen de la peau démontre 2 placards rouges, surélevés avec un centre plus clair et une desquamation, sur la cheville gauche et l'abdomen.

f. examens complémentaires

- biologie sanguine : très léger syndrome inflammatoire
- sérologie positive pour le borrelia ( IgM +, IgG - )

g. diagnostic retenu

syndrome de Lyme ou borréliose sans atteinte neurologique

h. traitements instaurés et propositions de suivi

La fille est placée sous amoxicilline orale pendant 3 semaines, et de l'ibuprofène pour les douleurs articulaires. Elle sera revue dans 4 à 6 semaines.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 5. douleur lombaire sur spondyloarthrite

a. motif de la consultation

un garçon de 15 ans consulte car il a un mal de dos qui devient invalidant depuis 2 à 3 semaines : en marchant, en dormant. La douleur est postérieure, médiane, à mi-distance entre la cage thoracique et le bassin. Il a également mal au genou gauche.

b. autres éléments anamnestiques

ce garçon n'a reçu aucun choc, n'a pas présenté d'infection récemment. Il présente toutefois depuis quelque temps régulièrement des douleurs abdominales vagues, avec parfois un peu de diarrhée.

c. antécédents personnels

dans ses antécédents, on retient une intolérance au lactose transitoire et une appendicetomie à l'âge de 8 ans.

d. antécédents familiaux

le père présente une légère cyphose dorsale

e. données de l'examen clinique

- bon état général
- poids 65kg, taille 182 cm, TA normale,
- examen cardio-pulmonaire normal, y compris l'échographie et l'ECG
- examen neurologique normal
- examen ophtalmologique normal
- examen abdominal : légère sensibilité de la fosse iliaque gauche
- Stade 4 de Tanner
- Système locomoteur : douleur modérée dans la région dorsolombaire, avec contracture musculaire dans le bas du dos ; cette douleur est exacerbée par les manœuvres de

flexion extension du bassin. On note une attitude cyphotique modérée, ainsi qu'une hyperlordose.

f. examens complémentaires

- hémogramme, CRP et VS : syndrome inflammatoire léger
- Facteur rhumatoïde, FAN, complément, ASLO, complexes immuns circulants : négatifs
- Sérologie ( campylobacter, chlamidia, mycoplasme, yersinia, salmonella ) : négative
- Dosage HLA B 27 : positif
- ID tuberculine : -
- RX bassin : présence d'une sacro-ilite à gauche
- RX colonne et RMN : image compatible avec une spondylo-discite L4-L5 ; exclusion d'un abcès, d'une tumeur, d'un pseudo-kyste ou granulome, d'une loge de Pott.

g. diagnostic retenu

spondylarthrite juvénile ankylosante

h. traitements instaurés et propositions de suivi

- kinésithérapie
- anti-inflammatoires non stéroïdiens
- suivi particulier du bassin, de la colonne, des articulations, des yeux, du tube digestif, du cœur.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## Vignettes de néphrologie pédiatrique

### 1. le cas d'une protéinurie orthostatique

- a. motif de la consultation : un garçon de 12 ans consulte car la médecine scolaire a détecté la présence de protéines (+) dans les urines
- b. autres éléments anamnestiques : ce garçon a un parcours scolaire sans particularité, et fait du vélo.
- c. antécédents personnels : rien de particulier si ce n'est l'enlèvement des amygdales à l'âge de 4 ans. Il apparaît en bonne santé.
- d. antécédents familiaux : rien de particulier.
- e. données de l'examen clinique : Il présente une taille de 160 cm, un poids de 45 kg, un stade de Tanner à 2. L'ensemble de l'examen clinique est satisfaisant, y compris l'orthopédie et la dentition. La TA est mesurée : 120/80.
- f. examens complémentaires : hémogramme normal, transaminases et ionogramme normal, urée et créatinine normale, sérologies diverses banales, pas de signes inflammatoires. L'examen des urines ne montre pas d'hématurie, et le rapport Protéines/créatinine est < 0.15.
- g. diagnostic retenu protéinurie orthostatique.
- h. traitements instaurés : aucun ; et propositions de suivi : examen des urines du matin et revoir le patient dans les 3 mois pour examen clinique et des urines.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 2. le cas d'une néphropathie à IgA

### a. motif de la consultation

- une fillette de 7 ans consultée car elle présente une hématurie macroscopique depuis 24 h, avec comme cause manifeste une angine.

### b. autres éléments anamnestiques

cette fillette est traitée depuis 6 jours par amoxicilline pour une angine pultacée.

La fièvre a été jugulée après 48 h de traitement. Aucune autre plainte n'est présente ;

### c. antécédents personnels

cette fillette a déjà présenté l'un ou l'autre épisode d'infection ORL, et l'hématurie a déjà été notifiée par le passé.

### d. antécédents familiaux

rien de particulier ; elle a 1 frère et une sœur en bonne santé.

### e. données de l'examen clinique

- état général conservé : pas de fièvre, appétit conservé
- poids : 26 kg, taille 130 cm
- paramètres : T° à 37,4, FC et FR normales, TA normale, saturation à 94
- examen cardio-pulmonaire normal
- examen ORL : amygdales légèrement augmentées
- peau et phanères sont normaux
- abdomen et aires ganglionnaires normales

### f. examens complémentaires

- hémogramme, VS et CRP : normaux
- fonction rénale et ionogramme : normaux
- complément, AC ADN - , ASLO +, Ag HepB -, dosage des immunoglobulines : IgA augmentées ; complexes immuns circulants +
- examens de urines : hématurie avec cylindres hématiques et protéinurie (présence d'Ig et d'albumine + )

### g. diagnostic retenu

glomérulonéphrite à IgA, confirmée par la biopsie rénale

### h. traitements instaurés et propositions de suivi

- aucun traitement spécifique n'est instauré
- suivi régulier de la TA, de la fonction rénale et d'examen des urines.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 3. un cas d'une maladie d'Alport

### a. motif de la consultation

Un garçon de 8 ans consulte son pédiatre car, lors de l'examen de santé à l'école, une hématurie est mise en évidence.

### b. autres éléments anamnestiques

aucune plainte n'est mise en avant : l'enfant se sent bien, ne manque jamais l'école et pratique le judo depuis l'âge de 6 ans. Il n'a pas été malade depuis plus de 2 ans.

c. antécédents personnels

plus jeunes, il a fait quelques otites et angines. Il subi un adénoïdectomie à l'âge de 3 ans.

d. antécédents familiaux

On signale qu'un oncle mater<sup>55</sup> pour la tension artérielle, doit faire attention à l'alimentation et doit limiter les activités physiques.

e. données de l'examen clinique

- paramètres : pas de fièvre, FC et FR normales ;
- TA : 135/90
- Poids : 135 cm ; poids : 42 ( BMI :23)
- Examen abdominal : adiposité manifeste
- Examen ORL, cardio-pulmonaire et neurologique :normaux
- Locomoteur : léger genu varum
- Le garçon porte des lunettes pour myopie et astigmatisme

f. examens complémentaires

- hémogramme et coagulation, fonction hépatique et ionogramme normaux
- créatinine sanguine : 1.2 mg/dL ;
- urines : hématurie microscopique et proteinurie +
- la FGR est calculée à :  $0.55 \times 135 \times 1.2 = 89 \text{ ml/min/1.73 M2}$
- activité rénine augmentée
- échographie abdominale : reins en place, légère hyperéchogénicité du cortex, taille normale. Doppler des artères rénales normal.
- examen de l'audition normal
- examen ophtalmologique n'apporte rien de plus que les éléments connus

g. diagnostic retenu

Hématurie, hypertension artérielle modérée à sévère, insuffisance rénale de stade 1.

Possibilité de syndrome d'Alport.

Egalement surcharge pondérale

h. traitements instaurés et propositions de suivi

- adéquation de la nutrition
- adéquation de l'hygiène de vie
- étude génétique
- traitement hypotenseur : lisinopril 5mg/j

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question :proposez et commentez le traitement ainsi que les complication possibles

#### 4. un cas de syndrome urémique-hémolytique

a. motif de la consultation

un garçon de 11 mois est amené aux urgences : depuis hier, jour du retour des vacances passées en Tunisie, il n'a quasiment plus uriné et de plus présente de la diarrhée et des vomissements. Il fait également de la fièvre à 39°2.

b. autres éléments anamnestiques

les vacances se sont déroulées agréablement : au bord la mer, séjour en hôtel ½ pension ; les derniers jours, quelques visites des marchés et repas en groupe familial dans un restaurant. Le bébé a

moins bien mangé depuis 48h, et cela avait été mis sur le compte de la fatigue et de la chaleur. La veille du retour, des selles diarrhéiques ont commencé, ainsi que des vomissements. Le médecin consulté a conclu à une gastro-entérite virale commune, et a prescrit une diète, des probiotiques et du motilium.

c. antécédents personnels

ce bébé a fait une bronchiolite modérée à l'âge de 2 mois.

d. antécédents familiaux

rien de particulier. Il s'agit du 1<sup>o</sup> enfant de ce jeune couple.

e. données de l'examen clinique

- état général altéré : il gémit, ne présente pas de pétéchies ; il est irritable.
- Paramètres : T° 39.2, FC 130/m, FR 25/m, saturométrie 91, TA 90/70
- Poids 8kg ; taille 70 cm ; PC 43 cm
- Examen ORL normal
- Examen neurologique : pas de signes méningés, fontanelle normotendue
- Examen cardio-pulmonaire : soufles systoliques d'allure fonctionnelle
- Pâleur des téguments
- Abdomen : foie à 3 cm et reins palpables de chaque côté ; vessie non palpée

f. examens complémentaires

- hémogramme : Hb à 9g/dl avec schizocytes, plaquettes à 90000
- ionogramme : Na 155, K 5, Cl 102, Ca et P normaux ; TGO 70, TGP 80
- urée 30 mg/dl ; créatinine 1.4 mg/dl ( FGR calculée  $0.45 \times 69 \times 1.4 = 43$  ml/min/1.73M2 ), et FeNa=2 )
- pH 7.28, pCO2 42, pO2 90, HCO3 14, BE - 9
- urines: protéines +++, hématurie, leucocyturie.
- Échographie rénale: augmentation des volumes rénaux, et perte de la différenciation cortico-médullaire.
- La biopsie rénale démontre une atteinte d'environ 35 % des glomérules, une microangiopathie et une nécrose corticale.
- Coproculture positive pour un coli pathogène avec toxine SHIGA positive )

g. diagnostic retenu

syndrome urémique et hémolytique dans le cadre d'une gastro-entérite, avec insuffisance rénale de stade 3

h. traitements instaurés et propositions de suivi

- l'enfant est placé sous épuration rénale,
- et reçoit des liquides appropriés ( suivant l'ionogramme et la diurèse ) ;
- l'anémie et la thrombopénie sont corrigées. Il reçoit également du plasma frais.
- La diurèse reprend et la fonction rénale redevient normale après 22 jours.

1<sup>o</sup> question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2<sup>o</sup> question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3<sup>o</sup> question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4<sup>o</sup> question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles

## 5. enfant infirme moteur et rachitisme

a. motif de la consultation

Un garçon diplégique vient à sa consultation annuelle. Il est âgé de 7 ans et est atteint d'une infirmité motrice cérébrale depuis la période néonatale. Le kinésithérapeute signale que depuis quelques semaines, il le trouve plus douloureux aux exercices habituels.

b. autres éléments anamnestiques



il a une alimentation normale, mais il n'aime plus trop les produits laitiers.

Aucun traitement médicamenteux n'est instauré.

Sa mobilité réduite l'empêche d'être souvent à l'extérieur.

Son intellect n'est pas touché, et il fréquente l'école normale.

c. antécédents personnels

Il est né prématuré et a présenté dans son parcours néonatal une atteinte de la substance blanche périventriculaire. Celle-ci a entraîné un handicap moteur, ainsi que des crises convulsives facilement résolues et disparues depuis l'âge de 3 ans.

d. antécédents familiaux

rien de particulier

e. données de l'examen clinique

- on retrouve la diplégie spastique, une maigreur, une pâleur
- les fonctions cognitives sont bonnes
- l'examen cardio-pulmonaire est normal
- la sphère ORL est normale ; on constate des caries dentaires soignées
- les poids est de 19 kg ; la taille est difficile à prendre mais semble aux alentours de 115 cm
- la palpation des aires musculaires est douloureuses, et on constate une hypertrophie des jonctions chondrocostales.

f. examens complémentaires

- hémogramme : anémie microcytaire, ferritine à 20 ; ionogramme normal ; Ca 8, P 4, phosphatases alcalines augmentées. Sur un échantillon d'urines, la calciurie est basse et la phosphaturie est augmentée.
- L'âge osseux est évalué à 6 ans, le test de Risser est au degré 2, et l'os paraît ostéopénique
- Le taux sanguin de 1,25 OH cholécalciferol est bas, ainsi que celui de carotène.
- L'enquête nutritionnelle démontre un apport insuffisant en produits lactés, en lipides et en protéides.

g. diagnostic retenu

- alimentation mal équilibrée
- ostéopénie sur rachitisme par carence en vitamine D

h. traitements instaurés et propositions de suivi

- appropriation de l'alimentation
- supplémentation phospho-calcique
- supplémentation en vitamine D naturelle ( 1500 UI pendant 6 semaines, puis 400 UI pendant 6 mois )
- conseil d'augmenter l'exposition au soleil.

1° question : Etablissez une liste des diagnostics envisagés au terme de l'examen physique et classez-les par ordre de probabilité

2° question : Discutez, pour chaque diagnostic envisagé, les éléments cliniques « pour » ou « contre ».

3° question : commentez la séquence des examens complémentaires ( justification ou non de chaque examen et de l'ordre de priorité, signification du résultat pour éliminer les diagnostics non retenus et poser le diagnostic retenu )

4° question : proposez et commentez le traitement ainsi que les complications possibles