

COMMENT J'EXPLORE ...

Un nourrisson grincheux apyrétique

J.-P. BOURGUIGNON (1)

RÉSUMÉ : Devant un nourrisson grincheux apyrétique, il y a lieu d'envisager trois niveaux étiologiques. Les problèmes majeurs et demandant une intervention urgente incluent l'invagination, la hernie inguinale étranglée, la torsion testiculaire, la fracture osseuse et l'intoxication au CO. Parmi les problèmes significatifs mais demandant une prise en charge moins urgente, on envisagera le reflux gastro-oesophagien, les coliques par intolérance alimentaire, l'hypertension intracrânienne chronique et les troubles relationnels enfant-parents. Enfin, certains problèmes plus mineurs mais fréquents ne doivent pas être ignorés : l'éruption dentaire, l'erreur diététique par défaut ou par excès, la colique sur constipation chronique, la fissure anale et un syndrome post-vaccinal (faisant suite à la vaccination antioqueluche). Cet article rappelle les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique qui seront utiles au praticien. Il indique également les examens requis et, lorsqu'il y a lieu, la nécessité d'une prise en charge urgente en milieu hospitalier.

Il n'est pas rare que le praticien soit appelé à domicile par des parents désespérés devant un nourrisson grincheux sans qu'ils ne puissent identifier la raison. Selon les cas et l'âge, le nourrisson pourra se présenter comme grincheux, ou gémissant, ou encore, avec des pleurs francs.

La toute première démarche consistera à s'assurer que les paramètres vitaux, l'état de conscience (réactivité), la ventilation et la perfusion (coloration, hydratation et température des téguments) ne requièrent pas des manoeuvres immédiates de réanimation et un transfert urgent vers un service hospitalier. Le deuxième geste immédiat, si cela n'a pas été fait par les parents, sera de s'assurer que l'enfant n'est pas fébrile. En effet, la fièvre évoquera d'emblée une étiologie infectieuse et les infections sévères à manifestations frustes chez le nourrisson, comme la méningite, la septicémie et l'infection urinaire ne doivent pas être méconnues.

Le propos de cet article est de discuter les autres situations où l'enfant ne présente pas de fièvre. On peut stratifier l'approche en trois niveaux : les problèmes majeurs et urgents, les problèmes significatifs mais non urgents et, enfin, les problèmes plus mineurs.

LES PROBLÈMES MAJEURS ET URGENTS

Dans le tableau I sont repris les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique ainsi que les

examens complémentaires qui conduiront au diagnostic possible d'une invagination, d'une hernie inguinale étranglée, d'une torsion testiculaire, d'une fracture osseuse ou, encore, d'une intoxication au CO. On verra de suite l'importance de l'anamnèse centrée sur le système digestif et de l'examen abdominal. Une évaluation du contexte socio-économique, affectif et matériel dans lequel vit l'enfant sera également critique.

Toutes ces situations requièrent une prise en charge, sans délai, dans un service hospitalier. En effet, le succès du traitement chirurgical de l'invagination, la hernie inguinale et la torsion testiculaire sera fonction de la rapidité de la prise en charge. Il en va de même pour l'intoxication au CO dans laquelle il faudra administrer à l'enfant de l'oxygène dès que possible, avant même le transfert et l'admission à l'hôpital.

LES PROBLÈMES SIGNIFICATIFS MAIS NON URGENTS

Dans le tableau II sont repris différents diagnostics d'affections qui se présentent de manière moins aiguë que les précédentes. Dans ces cas, il ne s'agit plus de pleurs survenant chez un enfant préalablement normal. L'enfant sera grincheux depuis un temps plus ou moins long. A nouveau, on insistera sur l'importance de l'anamnèse digestive. Celle-ci orientera non seulement vers des problèmes tels que le reflux ou la colique par intolérance ou allergie, mais également vers les troubles de la relation mère-enfant qui comportent souvent des facettes alimentaires telles qu'une anorexie. L'itinéraire de croissance du périmètre crânien sera reconstitué. Une accélération de la vitesse de croissance de celui-ci pourra suggérer une hypertension intracrânienne chronique dont la seule symptomatologie peut être un comportement grincheux du nourrisson. Lorsque cette symptomatologie survient dans le cadre d'un hygrome sous-dural, une dérivation de la collection peut entraîner une amélioration du comportement. Une telle décision sera prise après évaluation neuropédiatrique en milieu hospitalier. Lorsque des troubles relationnels peuvent expliquer les pleurs, l'attitude des parents (distante, machinale ou, au contraire, coercitive) sera suggestive. L'enfant se calmera à force de lui parler, de le toucher. Le développement moteur et social pourra être affecté.

(1) Chargé de cours, Département Universitaire de Pédiatrie (Pr. J. Senterre), Service de Pédiatrie Ambulatoire et Médecine de l'Adolescent.

TABLEAU I. LES PROBLÈMES MAJEURS ET URGENTS À ENVISAGER DEVANT UN NOURRISSON GRINCHEUX APYRÉTIQUE

Diagnostic	Anamnèse	Examen clinique	Ex. complém./Traitement
Invagination	- 3-12 ms, souvent < 2 ans - pleurs intenses et contorsions, incontrôlables - paroxystiques - vomissements bilieux - pas de prodromes ou inf. virale VRS - selle peu abondante + sang (gelée groseille)	- boudin flanc droit (1/2) - toucher rectal	<i>A l'hôpital :</i> - échographie - Rx abdomen à blanc - lavement baryté - chirurgie urgente
Hernie inguinale (étranglée)	- 0-2 ans - 9 ♂ / 1 ♀ - prématuré > à terme - D 60%/G 30% bilat. 10-20% (80 %) ♀ - masse inguino-scrotale intermittente - arrêt éventuel des selles	- masse inguino-scrotale réductible - transillum. nég. - hyperhémie + non réductible, si étranglée	<i>A l'hôpital :</i> - chirurgie urgente
Torsion testiculaire	- âge variable - G > D	- bourse enflée et douloureuse parfois hyperhémée	<i>A l'hôpital :</i> - chirurgie urgente
Fracture (osseuse)	- contexte familial et socio-économique - discordances anamnèse	- signes négligence, maltraitance phys. - anomalie spont., mobilis. active et passive, pseudoparalysie	<i>A l'hôpital :</i> - Rx squelette
Intoxication CO	- séjour dans une pièce avec appareil de chauffage - bain : enfant plus bas	- signes éventuellement associés : bradypnée, somnolence, convulsions, érythème, tachycardie	<i>A l'hôpital :</i> - oxygénothérapie (dès le transfert)

TABLEAU II. LES PROBLÈMES SIGNIFICATIFS MAIS NON URGENTS À ENVISAGER DEVANT UN NOURRISSON GRINCHEUX APYRÉTIQUE

Diagnostic	Anamnèse	Examen clinique	Ex. complémentaires
Reflux gastro-oesophagien	- > 2 mois - inf. répétées VRI - régurgitations - sommeil interrompu - toux et pleurs nocturnes - accès de pâleur, cyanose (+ bradycardie)	- pas ou peu grincheux en dehors des épisodes	<i>Ambulatoire :</i> - scintigraphie - rx OED <i>Hôpital :</i> - pH métrie
"Colique" par intolérance ou allergie alimentaire (lactose, prot. lait)	- qq semaines à qq mois (cfr. allaitement) - chronique - rythmé par repas - diarrhées/vomissements - ant. héréd. allergie - ant. pers. entérite, allergie - insomnie	- hypotrophie éventuelle - ballonnement - pas grincheux en dehors des épisodes	<i>Ambulatoire :</i> - test lactose (H ₂) - IgE, RAST LV - test élimination-réintroduction - tests cutanés
Hypertension intracrânienne chronique	- âge variable	- anomalies de développement du PC, des fontanelles, des sutures	<i>Hôpital :</i> - imagerie SNC (écho transfontanellaire...)
Troubles relationnels mère-enfant	- > 6 mois, sevrage - contexte familial et psychologique - anorexie	- observation attitude des parents - consolable à force de lui parler et de le toucher - retard de développement	<i>Ambulatoire :</i> - prise en charge sociale et psychologique

LV = lait de vache; VRS = voies respiratoires supérieures; VRI = voies respiratoires inférieures

LES PROBLÈMES MINEURS

Dans le tableau III sont repris une série de raisons, a priori mineures, pouvant expliquer le comportement grincheux d'un enfant. L'anamnèse et l'examen clinique permettront d'éclaircir ces situations qui ne requièrent pas d'examen complémentaires. Un traitement symptomatique

sera proposé dans l'éruption dentaire de même qu'un traitement local associé à une prévention de la constipation par une alimentation appropriée, dans le cas de la fissure anale. L'administration de substances telle que l'Imodium® visant au traitement des coliques, est contre-indiquée chez le nourrisson.

TABLEAU III. LES PROBLÈMES MINEURS À ENVISAGER DEVANT UN NOURRISSON GRINCHEUX APYRÉTIQUE

Diagnostic	Anamnèse	Examen clinique
Eruption dentaire	- > 4-5 mois - bave - mordille	- gencives rouges/blanchies - parfois subfébrile
Erreur diététique (excès ou défaut, tétines ...)	- premières semaines - jeune mère inexpérimentée, anxieuse - anamnèse alimentaire - enfant au sein qui réclame : prise pondérale	- faire préparer et donner biberon de visu
Colique sur constipation	- tout âge - nombre de selles insuffisantes pour l'âge et l'alimentation	- ballonnement - encombrement FIG
Fissure anale	- tout âge - constipation chronique - pleurs après repas, différés - se retient	- fissure marge anale
Post-vaccinale	- 3-6 mois - vaccin coqueluche 6 à 36 h auparavant (1/500)	- enfant inconsolable pendant 24-48 h

LES PLEURS SINE MATERIA

Chez le jeune nourrisson, entre la naissance et l'âge de 6 semaines, il arrivera que l'enfant pleure sans qu'aucune raison objective ne puisse être identifiée. L'attitude rationnelle consistera à s'assurer que l'enfant ne manifeste pas sa faim ou sa soif, ou la gêne occasionnée par un linge humide ou, encore, son besoin d'être cajolé et rassuré. Il arrivera chez le jeune nourrisson, que les pleurs ne puissent être expliqués après avoir envisagé toutes les hypothèses raisonnables. Ces situations seront de moins en moins fréquentes entre l'âge de 1 et 4 mois et exceptionnelles au-delà. Dans ces cas, après s'être rassuré par une anamnèse et un examen soigneux de l'absence probable d'une étiologie précise, le médecin se doit de conseiller les parents qui risquent d'adopter des attitudes inadéquates parce qu'ils sont fatigués, culpabilisés voire exaspérés par les pleurs. Ils peuvent alors hyperstimuler l'enfant au moment où le calme et la douceur sont requis. Ils peuvent laisser l'enfant seul au moment où il a besoin de contact, de mouvement et de bercement. A l'extrême, les parents exaspérés peuvent en venir à secouer vigoureusement l'enfant, ce qui peut entraîner des lésions hémorragiques du système nerveux central et de la rétine. Ceci constitue une forme de maltraitance qu'il ne faut pas ignorer.

CONCLUSION

Devant un nourrisson grincheux, le médecin pourra généralement suspecter et objectiver une étiologie, sur base d'une anamnèse soigneuse et de l'examen clinique. Selon le cas, la confirmation diagnostique et la prise en charge thérapeutique pourront être réalisées à domicile ou nécessiteront un transfert à l'hôpital. Certains diagnostics urgents ne doivent pas être manqués sous peine de séquelles à long terme voire de décès. S'il n'y a pas de cause immédiatement évidente et si l'enfant est apyrétique, l'attitude sera dictée par l'aspect général de l'enfant et la situation familiale. Le transfert à l'hôpital sera indiqué pour tout enfant dont l'aspect général est préoccupant de manière imprécise ou dont les parents ne sont pas ou plus à même de gérer la situation. Dans les autres cas, il sera opportun de proposer de revoir l'enfant au domicile ou à la consultation, pour juger de l'évolution avec quelques heures de recul.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. J.-P. Bourguignon, Service de Pédiatrie Ambulatoire et Médecine de l'Adolescent, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.