

9ème congrès

du Collège de Médecine d'Urgence de Bretagne

19  
MARS  
2009

CMUB

Saint-Brieuc 2009



Collège de Médecine d'Urgence  
de Bretagne

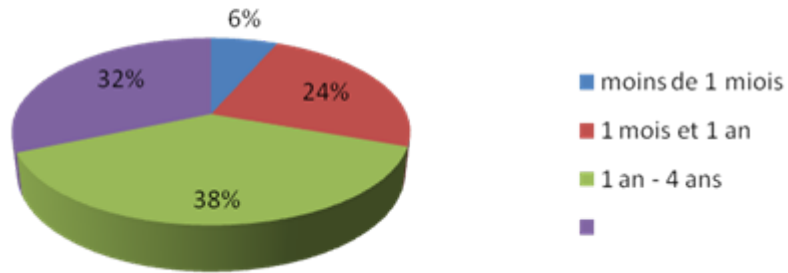


# Les urgences pédiatriques et la régulation au centre 15

Mohamed Saïdani – Pierric Renault

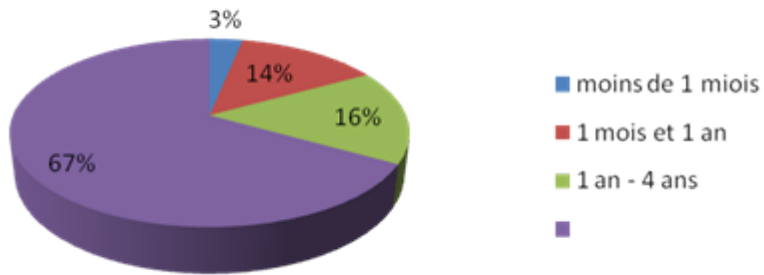
- L'évolution de la pédiatrie et de son environnement sont autant de questions et de défis pour les centres 15 (CRRA).
- Les appels autrefois dédiés à la MG arrivent maintenant au 15

# SAMU 75 APPELS PEDIATRIQUES AU CENTRE 15 PARIS INTRAMUROS 2004



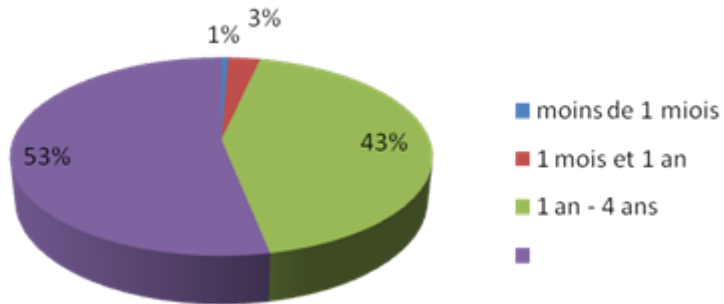
## SAMU 75 PARIS INTRAMUROS 2004

# SAMU 35 - 2008



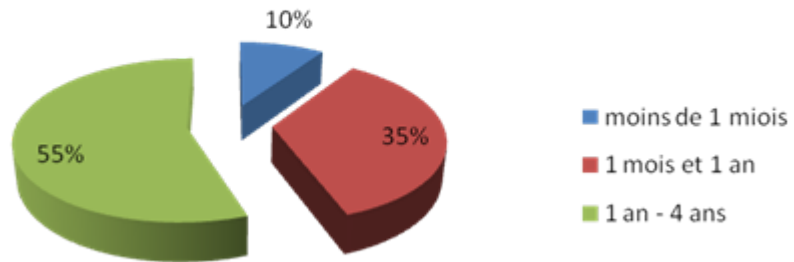
## SAMU 35 - 2008

# SAMU 22 - 2008

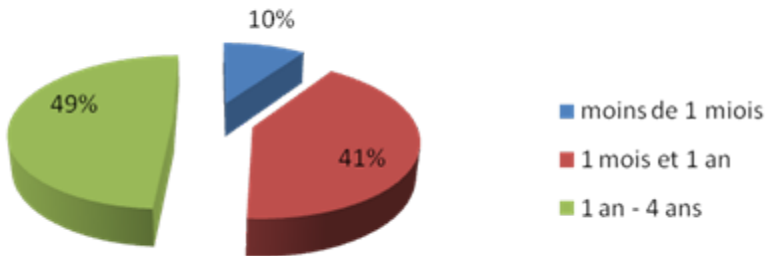


## SAMU 22 - 2008

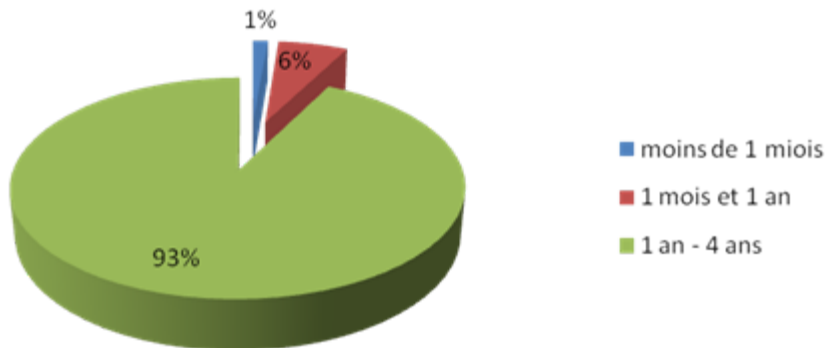
## SAMU 75 PARIS INTRAMUROS 2004



## SAMU 35 - 2008



## SAMU 22 - 2008



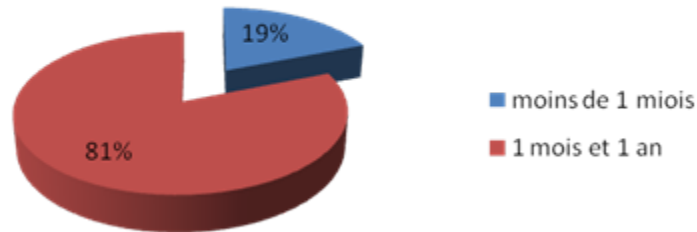
# APPELS PEDIATRIQUES AU CENTRE 15

## SAMU 75 PARIS INTRAMUROS 2004



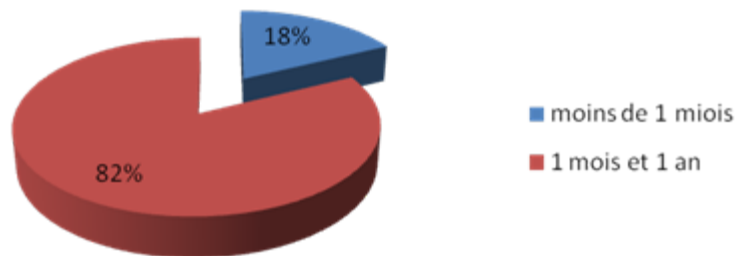
## SAMU 75 PARIS INTRAMUROS 2004

## SAMU 35 - 2008



## SAMU 35 - 2008

## SAMU 22 - 2008



## SAMU 22 - 2008

L'exercice de la pédiatrie au téléphone impose d'être particulièrement vigilant, en l'absence d'informations que l'on pourrait tirer :

- de l'observation,
- du contact physique avec l'enfant
- de la charge émotionnelle entraînée

L'appréciation repose sur un dialogue ouvert et constructif entre les parents et le médecin

De nos jours le téléphone est devenu le moyen de communication privilégié par les parents afin d'obtenir des informations ou des conseils sur la pathologie de leur enfant.

Le 15 est un moyen rapide,  
sans déplacement et  
qui reste gratuit

(travail effectué sur les conseils téléphoniques au sein du Service d'Urgences de Pédiatrie du Centre Hospitalier du Havre par D.DUFOUR et J-C. PAON 2003)

LES APPELS TELEPHONIQUES  
AU CABINET DU PEDIATRE  
(enquête 2001 Association ARPEGE)

- Motifs:
- Prise de rendez-vous 1/4
- Conseils diététiques / informations 1/4
- Conseils généraux *f*
- Pathologie : ½ = Pathologies aiguës ++

12 symptômes représente 85% des appels :

- fièvre
- diarrhée
- vomissements
- toux
- gêne respiratoire
- mauvaise prise des biberons
- pleurs
- troubles du comportement
- traumatisme
- éruption cutanée
- otalgie
- constipation
- Suivie d'une pathologie chronique 10%

LES APPELS TELEPHONIQUES  
AU CENTRE 15  
(SAMU 22 et SAMU 35)

- fièvre
- diarrhée
- vomissements
- Infection respiratoire haute
- Crise d'asthme
- pleurs
- traumatisme crânien
- éruption cutanée
- Douleur abdominale
- Demande d'information
- intoxication



# Sur quels éléments peut-on s'appuyer pour réguler une fièvre chez l'enfant ?

Pierric RENAUT – Mohamed SAIDANI

CMUB St Briec, 19 mars 2009

# **FIEVRE AIGUE : LES SIGNES DE GRAVITE**

- q **Troubles de la vigilance et du tonus**
- q **Troubles hémodynamiques : FC, TA, TRC**
- q **Anomalies de la coloration : Pâleur +++, cyanose, marbrures**
- q **Détresse respiratoire**
- q **Déshydratation**
- q **Infections des parties molles ou du squelette**
- q **Purpura**
- q **Troubles du comportement : cri, réactivité, irritabilité,**
- q **Difficultés d'alimentation**
- q **Hyper ou hypo (++) tonie de la nuque**
- q **Hépatosplénomégalie**
- q **Masse anormale**
- q **Examen peau, bouche, tympan**

# Scores

- Yale observation scale (YOS) :
  - En 7 points, dont plusieurs peuvent poser problème au téléphone (observation, couleur, hydratation...)
  - Sensibilité 20%, spécificité 86%, VPP 29%, VPN 79%
  - Utile si couplé à de la biologie



# La fièvre : un symptôme courant

- Motif de 10-20 % des consultations aux urgences pédiatriques
- 20,4% des cas sans cause identifiée
  - dont 17,3 à 22,5% avaient une IBS sérieuse

*A. Gervais, Genève, Arch pediatr 2001*



# La fièvre : un symptôme à traiter ?

- **Seule indication prouvée :**
  - améliorer le confort de l'enfant
- **Effets bénéfiques dans la lutte contre l'infection**
  - Fonctions du système immunitaire meilleure à 40°C qu'à 37°C (migration IT, mb oxydatif macrophages...)
  - Pneumocoque pousse moins bien à 40°C qu'à 37°C
  - Absence de fièvre facteur de risque de DC dans de nombreuses infx (péritonite, septicémie, méningite...)
  - Augmentation de la durée du portage viral dans la rhinopharyngite
- **Hyperthermie maligne**
  - > 41°C chez nourrisson < 1 an
  - > 39°C chez nouveau-né
- **Pas de diminution de la fréquence des convulsions** chez les enfants traités par antipyrétiques VS placebo

...Néanmoins, **pas de données fortes pour recommander de la respecter**

# Comment traiter une fièvre ?

*Recommandations de l'afssaps « prise en charge de la fièvre chez l'enfant »*

**IN :**

- Supplément de boisson à proposer
- Le déshabillage
- Le paracétamol seul

... pour 1 seul objectif : le *confort* de l'enfant !

**OUT :**

Les boissons glacées  
Le gant d'eau fraîche  
Les poches de glace  
Le bain frais  
L'alternance médicamenteuse

# La fièvre : un symptôme piège

- Décès le lendemain d'un appel pour fièvre sans point d'appel maintenu à domicile sans consultation
- Arrivée au SAU d'un enfant en état de choc après appel pour fièvre



- Appels nombreux, traités « à la chaîne »...
- Symptôme banal...

...trop banal, et donc banalisé ?

# Quels éléments pour s'orienter en régulation devant une fièvre ?



# Fièvre « évidente »

- Signes de gravité au premier plan
  - Agir en fonction de ceux-ci
- Signes d'orientation au premier plan
  - Agir en fonction de l'étiologie



*Photo : Dr JF Hartmann Réanimation pédiatrique  
Hôpital Robert DEBRE (AP-HP) Paris*

# Fièvre : sur quel terrain ?

- Les antécédents – Les traitements en cours
- La notion de contagage
  - Méningococcémie
  - Voyages en pays étranger
- Durée de la fièvre

# Fièvre : à quel âge ?

- 0- 1 mois
  - IMF bactérienne probable
  - Sémiologie pauvre
- 1-3 mois
  - 17-20 % d'infections bactériennes sévères
  - Choc septique « pas loin »
- 3 mois- 3 ans

# Comment interpréter la hauteur de la T° ?

« Le risque d'infection bactérienne sérieuse augmente  
avec la hauteur de la température,

... mais...

des maladies mineures peuvent également donner des  
fièvres élevées

...et...

des infections bactériennes sévères peuvent être  
présentes avec des températures modérées »

*A. Gervais, M. Caflish, Arch pediatr 2001*

# extrémités froides et frisson

- « L'enfant de moins de 2 ans a souvent (toujours ?) les extrémités froides quand il a de la fièvre »
- Extrémités froides + frissons chez un nourrisson = pyélonéphrite jusqu'à preuve du contraire
- Le frisson = décharge bactériémique ou suppuration profonde

# L'état « toxique »

- = léthargie, signes de mauvaise perfusion, hypo ou hyper ventilation marquée, ou cyanose

- Augmente la probabilité d'IBS de 1,5 à 15%

*V Gadjos, P. Labrune*

- Probabilité de 17% d'avoir une IBS

*Méta-analyse de Baraff et al., pediatrics, 1993*



Photo : Dr JF Hartmann Réanimation pédiatrique Hôpital Robert DEBRE (AP-HP) Paris



**FAIRE DESHABILLER L'ENFANT**

« Purpura fébrile = SMUR si le délai  
d'intervention est inférieur à 20 minutes »

*P. Minodier, K. Retornaz - CHU Nord - COPACAMU - 2004*

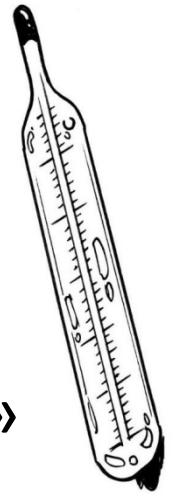
# Les signes digestifs

« 50% des enfants avec une infection en dehors du système gastro-intestinal présentent des plaintes d'origine digestive »

*A. Gervais, M. Caflisch. Arch pédiatr 2001*

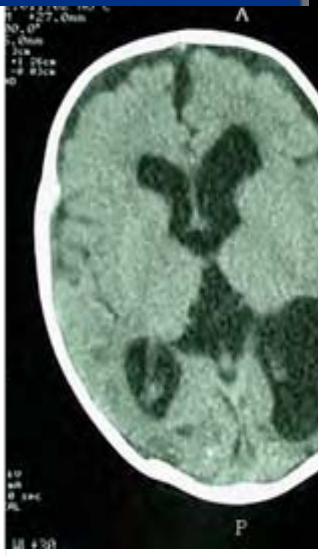
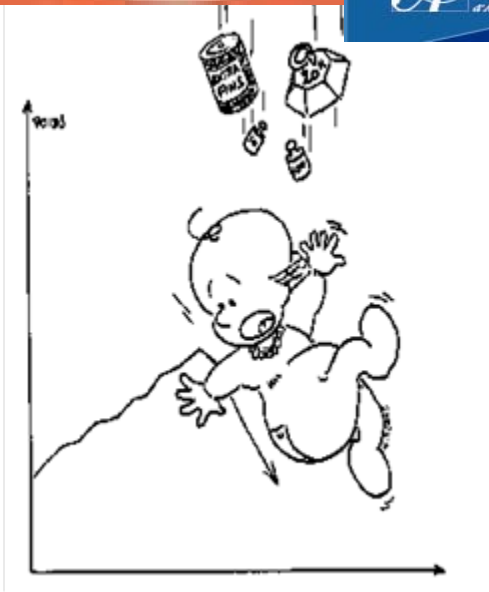
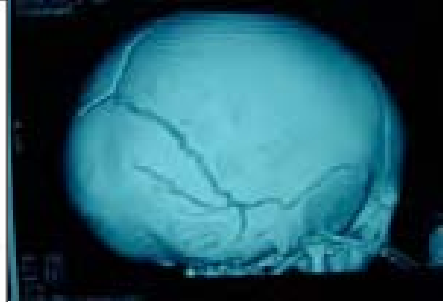
# L'absence de signe d'orientation

- **O**rienter
  - vers un médecin « en urgence »
- **C**onseiller
  - Sur la prise en charge du symptôme « fièvre »
- **S**urveiller
  - Et expliquer la surveillance si maintien à domicile ou attente
- **R**ester disponible
  - Maintenir la « porte ouverte »



# Le TC de l'enfant en régulation

Pierric RENAUT – Mohamed SAIDANI  
CMUB St Brieuc, 19 mars 2009



## Traumatismes Crâniens : Recommandations générales

*Conférence de consensus SRLF (Tours 1990)*

- 1- Tout traumatisme crânien doit être classé** selon son risque évolutif d'après les groupes de Masters,
- 2- Cette classification est une aide indispensable** pour la demande des examens d'imageries et pour la conduite à tenir qui prend en compte également d'autres éléments : notion de perte de connaissance certaine, amnésie post-traumatique, agitation, troubles mnésiques ...
- 3- La tomодensitométrie crânienne rapide est particulièrement utile** pour décision d'un transfert et/ou d'un geste neurochirurgical et d'une sortie rapide du malade. Un Score de Glasgow inférieur à 13 classe le malade en groupe 3 de Masters et implique une tomодensitométrie en urgence

- Le pronostic d'un traumatisme crânien est lié au risque de lésion intracérébrale (LIC) et/ou d'épanchement extra ou péri-dural.

**L'âge de l'enfant** est un élément pronostique important de LIC, notamment avant 6 mois.

- **La notion de perte de connaissance (PC) initiale est essentielle**, bien que parfois difficile à faire préciser, notamment en fonction de la nature des témoins de l'accident.

- **La radiographie simple du crâne est généralement inutile**, au profit du scanner au moindre doute (selon disponibilité), bien que certaines fractures puissent se compliquer en cas d'embarrure, et pour lesquelles certains auteurs recommandent une TDM systématique.

- **Il faut savoir évoquer une maltraitance** lorsque les circonstances de l'accident paraissent peu claires

# Q1 : Quel âge a votre enfant?

moins de 6 mois



*CONSULTATION IMMÉDIATE  
OU SMUR*



# Q2 : Perte de connaissance?

si l'enfant paraît toujours inconscient



*SMUR*

Il y a une perte de connaissance initiale



*CONSULTATION URGENTE  
A L'HOPITAL EN VUE D'UNE  
SURVEILLANCE DE 24 -48 H*



# Q3 : Troubles du comportement et autres signes de gravité

Trouvez vous que son comportement est différent ?:

- est-il mou;
- présente t-il une agitation inhabituelle;
- a t-il du mal à tenir debout?
- présente t-il des vomissements répétés?
- est-il somnolent, difficilement réveillable ?
- se plaint t-il de céphalées intenses
- se plaint t-il de troubles visuels inhabituels ?
- présente t-il des mouvements anormaux ?
- bouge t-il moins bien une jambe ou un bras ?



*SMUR*



# Q4 : circonstances de l'accident?

- Mécanisme: violent?
- En cas d'AVP ?
- Notion de traumatisme violent ou d'autres blessés dans le même accident
- Point d'impact ?
- Hauteur en cas de chute: vérifier si supérieure à la taille de l'enfant,
- Nature du terrain: sol dur?



***SMUR + CONSULTATION IMMÉDIATE  
A L 'HOPITAL . POUR BILAN ET  
SCANNER AU MOINDRE DOUTE***



# Q5 : nature des lésions (siège, importance)

- En cas d'hématome important du cuir chevelu ou de large plaie, se méfier d'une fracture associée
- Si lésion apparemment importante (l'embarrure, lésion pénétrante),
- Si douleurs intenses



***SMUR***

# Q6 : y a-t-il des lésions associées?

- Demander à ce que la maman fasse bouger les membres Si mal au dos ( en cas d'AVP)



***SMUR***

# RECAPITULATIF

ENFANT DE PLUS DE 2 ANS

## I. SMUR ± SCANNER EN URGENCE

PC > 1 minute  
Altération de la conscience  
signes neurologiques focaux  
Crise comitiale après l'accident  
Vomissement répétés  
Embarrure probable  
Lésion pénétrante

### Groupe 3 de Masters (risques élevés)

- Altération du niveau de conscience (à l'exclusion d'une cause toxique, d'une comitialité) c'est-à-dire un Score de Glasgow inférieur à 13/15.
- Signes neurologiques focaux.
- Diminution progressive de l'état de conscience.
- Plaie pénétrante.
- Embarrure probable.

# RECAPITULATIF

ENFANT DE PLUS DE 2 ANS

## II. CONSULTATION URGENTE

Modification de la conscience au moment de l'accident  
Amnésie post critique  
Céphalées progressives  
Hématome important  
Large plaie  
Lésions faciales associées  
Circonstances peu claires  
Inquiétude parentale  
Suspicion de maltraitance.

### Groupe 2 de Masters (risques modérés)

Modification de la conscience au moment de l'accident ou dans les suites immédiates (" perte de connaissance").

- Céphalées progressives.
- Intoxication (drogue, alcool).
- Histoire peu fiable des circonstances de l'accident (par ex: perte de connaissance indéterminée).
- Crise comitiale après l'accident.
- Vomissements.
- Amnésie post-traumatique.
- Polytraumatisé.
- Lésions faciales sévères associées.
- Signes de fracture basilaire.
- Possibilité de fracture avec dépression ou lésion pénétrante.
- Enfant de moins de 2 ans ou suspicion de maltraitance.

# RECAPITULATIF

ENFANT DE PLUS DE 2 ANS

## III. SURVEILLANCE AVEC CONSEILS À DOMICILE

Pas de PC  
Traumatisme a priori faible  
Etat général de l'enfant parfait  
Pas d'inquiétude parentale

### Groupe 1 de Masters (risques faibles)

Patient asymptomatique.

- Céphalées.
- Sensations ébrieuses.
- Hématome, blessure, contusion ou abrasion du scalp.
- Absence de signe des groupes 2 et 3.

# RECAPITULATIF

ENFANT DE MOINS DE 2 ANS

## I. SMUR ± SCANNER EN URGENCE

Etat de conscience altéré  
Signes neurologiques de focalisation  
Suspicion de fracture du crâne et/ou  
embarrure probable.  
Irritabilité persistante  
Bombement de la Fontane (position  
assise, en dehors des cris)  
Vomissements répétés > 5 ou  
persistants 6h plus tard  
PC > 1 minute.

### **Groupe 3 de Masters (risques élevés)**

Altération du niveau de conscience (à l'exclusion d'une cause toxique, d'une comitialité) c'est-à-dire un Score de Glasgow inférieur à 13/15.

- o Signes neurologiques focaux.
- o Diminution progressive de l'état de conscience.
- o Plaie pénétrante.
- o Embarrure probable.

# RECAPITULATIF

ENFANT DE MOINS DE 2 ANS

## II. CONSULTATION URGENTE SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITAIER DE 4-6 HEURES ET/OU TDM

Age < 6 mois  
Vomissements répétés <5  
PC < 1 minute  
Irritabilité transitoire  
Comportement inhabituel  
Hématome du scalp étendu,  
fluctuant  
Mécanisme violent, chute > 1 m, sol  
dur  
Chute dans les escaliers  
Polytraumatisé  
Trauma sans témoin ou histoire peu  
claire (suspicion de maltraitance)

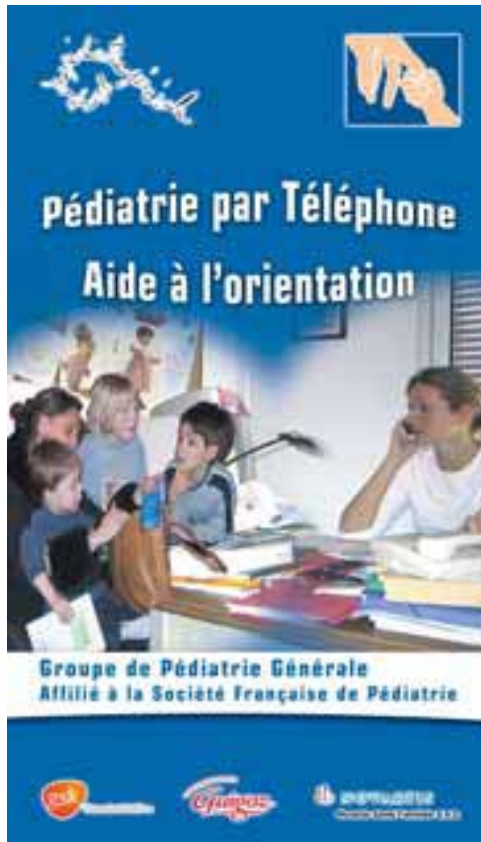
### Groupe 2 de Masters (risques modérés)

Modification de la conscience au moment de l'accident ou dans les suites immédiates ("perte de connaissance").

- Céphalées progressives.
- Intoxication (drogue, alcool).
- Histoire peu fiable des circonstances de l'accident (par ex: perte de connaissance indéterminée).
- Crise comitiale après l'accident.
- Vomissements.
- Amnésie post-traumatique.
- Polytraumatisé.
- Lésions faciales sévères associées.
- Signes de fracture basilaire.
- Possibilité de fracture avec dépression ou lésion pénétrante.
- Enfant de moins de 2 ans ou suspicion de maltraitance.

**Traumatismes Crâniens Recommandations générales**  
**Cf. conférence de consensus SRLF (Tours. 1990).**

**Les traumatismes crâniens du nourrisson et du petit enfant :  
prise en charge initiale F. Trabold, P. Meyer, G. Orliaguet\***





**Nous vous remercions de votre attention**