

PÉDIATRIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques Cas pratique n°1

Fantine, 5 ans, est amenée pour une constipation. Ses selles sont dures, émises environ tous les 4 jours. Elle se plaint souvent du ventre. Elle présente une attitude de rétention, a peur de pousser.

Question N°1 :

Quelles questions posez-vous en général pour conforter le diagnostic de constipation ?

Question N°2 :

Chez un nourrisson constipé, quelle question devez-vous poser pour éliminer une pathologie chirurgicale néonatale ?

Question N°3 :

Quels éléments cliniques principaux sont nécessaires à analyser, rechercher dans ce dossier pour vous assurer du caractère fonctionnel de cette constipation ?

Question N°4 :

Citez 4 complications de la constipation.

Question N°5 :

Face à un patient de 4 ans consultant pour constipation et présentant une cassure pondérale, citez 4 maladies pouvant être à l'origine de cette constipation ?

Question N°6 :

En cas de suspicion de maladie coéliqua chez cette patiente, quels résultats d'exams biologiques vous permettraient ne pas faire d'oeso-gastro-duodénoscopie selon les recommandations de l'ESPGHAN?

Question N°7 :

Citez les 4 objectifs principaux de la prise en charge de la constipation fonctionnelle

Question N°8 :

Quels conseils ou règles hygiéno-diététiques pouvez-vous donner pour cette patiente ?

Question N°9 :

Quel traitement de 1ère intention prescrivez-vous, à quelle posologie de départ, quelles précisions apportez-vous sur votre ordonnance pour que votre prise en charge soit la plus adaptée et efficace possible ?



Cas pratique n°2

Vous êtes pédiatre aux urgences pédiatriques et vous recevez un petit garçon, Thiago, âgé de 4 ans adressé par son médecin traitant pour une anémie.

Voici le bilan sanguin : NFS :

Hb 8.5 gr/dl	(N 11.5 -14)
VGM : 98fl	(N 80 - 90)
Réticulocytes 20G/L	(N40 - 80)
Leucocytes : 8G/L	(N 4.5 - 13.5)
Neutrophiles 3.1G/L	(N 1.8 - 8)
Plaquettes 80G/L	(N 175 -375)

Question N°1 :

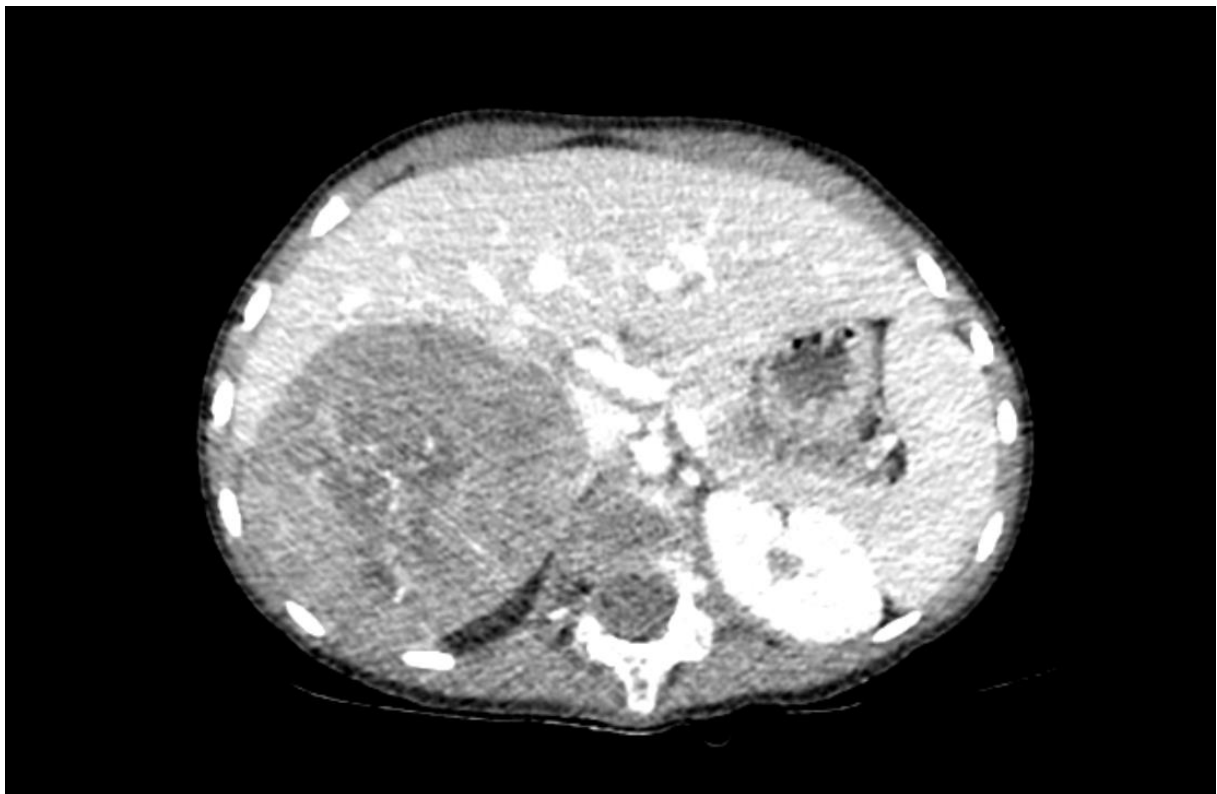
Quelles sont les 2 diagnostics les plus compatibles avec le bilan biologique ?

Question N°2 :

Quels examens sont indiqués pour explorer cette anémie ?

Question N°3 :

L'examen clinique retrouve une masse abdominale à la palpation. Une échographie abdominale est réalisée puis complétée par un scanner qui met en évidence les images suivantes :





Quels examens biologiques réalisez-vous en attendant de réaliser la biopsie ?

Question N°4 :

Vous obtenez les résultats suivants :

LDH : 2696UI/L	(N <305)
AFP2ng/ml	(N 0.9 -9)
Dopamine/ créatinine : 9580	(N<1300)
HVA/créatinine : 853	(N<25)
VMA/créatinine :565	(N<20)

Quel est votre diagnostic ?

Question N°5 :

Quels examens paracliniques spécifiques de cette pathologie demandez-vous ?

Question N°6:

Quelle est la cause probable de l'anémie retrouvée ?

Question N°7 :

Les examens paracliniques réalisés sont positifs: dans quel groupe de risque est classé Thiago?

Quelles sont les grandes lignes du traitement que vous allez proposer à ce patient ?



Question N°8 :

Vous débutez rapidement une chimiothérapie. Le bilan biologique recontrôlé met alors en évidence :
K6.7mmol/l ; Na 141mmol/l ; Cl101mmol/l ; acide urique 412umol/l ; LDH 3600UI/L ;
créatinine 75umol/l

Quelle complication présente votre patient? Quelle prise en charge spécifique cela nécessite-t-il ?

Question N°9 :

Dix jours après le début de la 2^{ème} cure, la famille de Thiago vous contacte car il présente une fièvre à 39° avec frissons. Quelle prise en charge proposez-vous ?

Question N°10 :

48h plus tard, Thiago est apyrétique mais le bilan biologique retrouve :

Hb 8.5gr/dl ; 18000 plaquettes /mm³ ; 1200GB /mm³ ; 430PN/mm³

Êtes-vous étonné de ce résultat ?

Quel traitement préconisez-vous ? Pourquoi ? Comment administrez-vous ce traitement ?

Cas pratique n°3

Lamine 7 ans se présente avec une dyspnée expiratoire sifflante. Il a été fébrile à 38,5°C la veille pendant 24h. Il tousse depuis 48h.

Question N°1 :

Quels sont les signes de gravité d'une gêne respiratoire ?

Question N°2 :

Les parents ont déjà débuté un traitement bien conduit de cette crise d'asthme à domicile, sans effet, Quelles est votre conduite thérapeutique immédiate (molécules, voies d'administration posologies) ?

Question N°3 :

Quels examens complémentaires envisagez-vous ?

Question N°4 :

Quelles sont les causes que vous évoquez ?

Question N°5 :

Aucune cause n'est retrouvée, l'état de l'enfant s'améliore. Quelle est votre ordonnance de sortie pour cette première crise (sans la signer pour maintenir votre anonymat) ?

Question N°6 :

Les parents vous disent que l'enfant tousse souvent la nuit, au sport et qu'il est parfois essoufflé sans explication évidente. Comment complétez-vous votre ordonnance ?



Cas pratique n°4

- Un nouveau-né de 25 jours est amené en consultation pour ictère persistant. C'est le premier enfant, sans antécédent familial particulier. Naissance à terme PN3450g TN50 cm PCN 35cm, bonne adaptation à la vie extra-utérine
- Ictère apparu à J4 qui fonce progressivement
- Examen: 3900g ictère marqué cutanéomuqueux gros foie débordant de 4cm sur la ligne médio-claviculaire

Question N°1 :

Que recherchez-vous cliniquement en urgence ?

Question N°2 :

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question N°3 :

Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

Question N°4 :

Quelle est votre prise en charge ?

Cas pratique n°5

Première observation

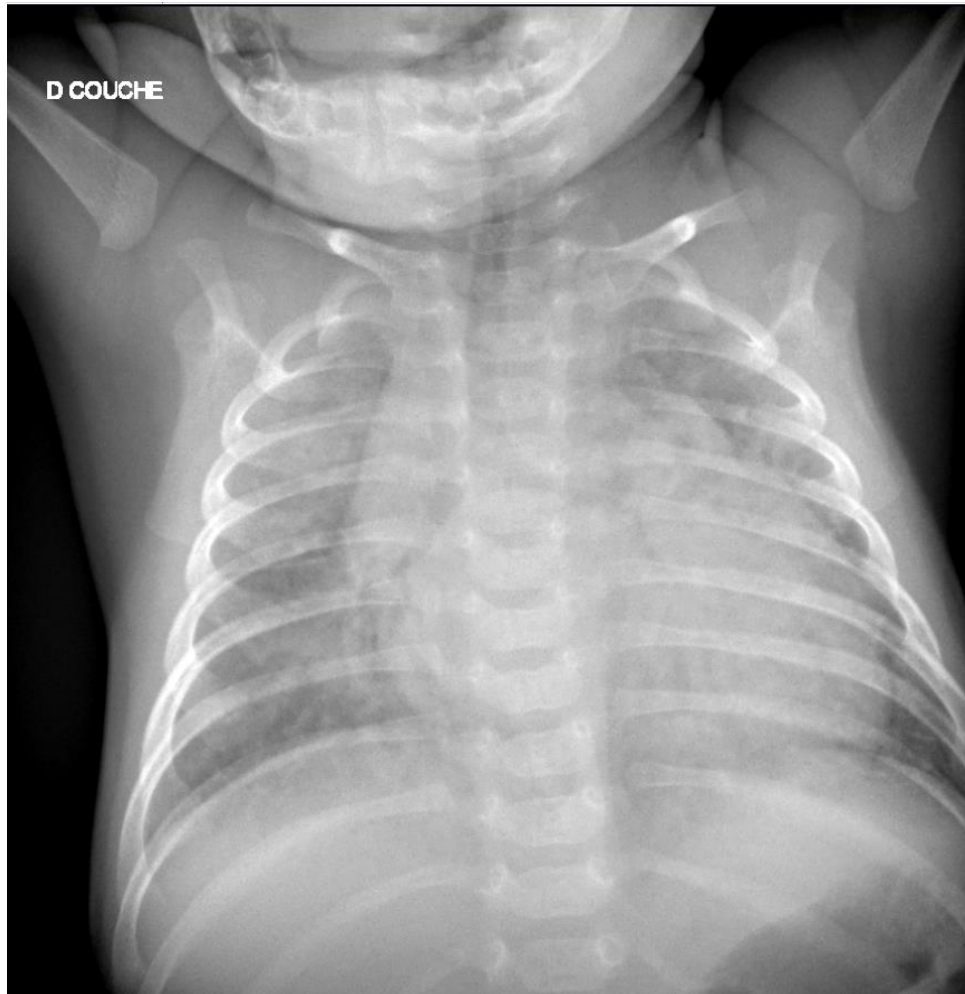
Un enfant âgé de 4 semaines, né à terme avec bonne évolution post-natale immédiate, arrive aux urgences en raison de difficultés alimentaires avec prise de poids insuffisante. La maman raconte que depuis quelques jours, la prise des biberons est de plus en plus difficile avec un bébé qui s'essouffle et ne termine pas ses biberons, il est en sueurs et s'arrête de téter.

Constantes : l'enfant a pris 200 gr depuis la naissance. FC 160 bpm au calme, SpO2 98%, FR 70/min. T° 36.8°C TA 80/60 mmHg.

Examen clinique : enfant asthénique, plutôt pâle avec polypnée et discret tirage intercostal. L'auscultation cardiaque montre un souffle intense 3/6 en parasternal en rayon de roue. Le foie est palpé à 2 travers de doigts. Les pouls fémoraux sont correctement palpés.



Vous faites une radiographie de thorax que voici :



Question N°1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Vous appelez le cardiopédiatre qui vous propose d'hospitaliser l'enfant pour échocardiographie et prise en charge.

Question N°2 :

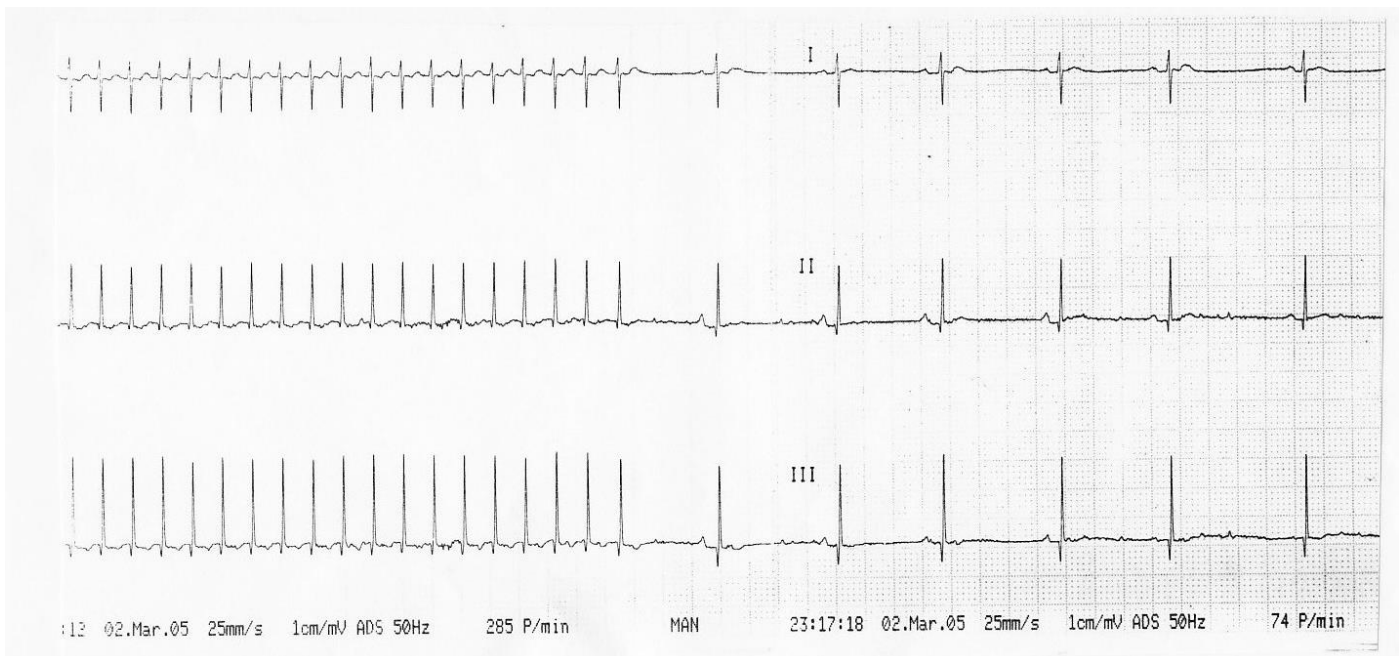
Si l'échocardiographie confirme votre diagnostic, quel sera le traitement médical qui pourra être mis en place avant éventuelle correction chirurgicale ?

Deuxième observation

Un nourrisson de 2 mois arrive aux urgences pour difficultés alimentaires. La prise de constantes met en évidence une tachycardie à 210 bpm.

Voici l'ECG fait pendant que les infirmières mettent la sonde gastrique.





Décrivez

- le type de tachycardie
- le mécanisme de réduction de cette tachycardie constaté sur l'ECG
- le mécanisme physiopathologique de la tachycardie

Cas pratique n°6

Un garçon est né à 37+2/7SA avec un poids de 2800 g, une taille de 49 cm, et un PC de 33 cm, avec un score d'Apgar côté à 6/8/10 et une glycémie capillaire à 3,2 mmol/l à 1 heure de vie.

Sa maman, G2-P1, n'a pas d'antécédant particulier. La recherche de *Streptococcus agalactiae* est négative au prélèvement vaginal. La durée de rupture des membranes a été de 13 heures, 6 heures avant le début du travail. La température de la maman était à 38°2 en fin de travail et la fréquence cardiaque fœtale à 185 bpm sans ralentissement lors des contractions. Le liquide amniotique a été clair, puis teinté. Premier examen clinique normal.

Question N°1 :

Ce nouveau-né justifie-t-il une surveillance particulière et si oui pourquoi et laquelle ?

Question N°2 :

Il y a-t-il un ou des facteurs de risque démontrés d'infection néonatale bactérienne précoce dans cette histoire ?

Question N°3 :

En retournant au dossier vous constatez qu'une antibiothérapie a été administrée à la maman. Quel(s) est(sont) le(s) critère(s) qui vous fera(on)t considérer qu'elle était adéquate pour prévenir le risque d'infection néonatale bactérienne précoce ?



Question N°4 :

Vous êtes alerté à 6 heures de vie, alors que le nouveau-né était en maternité auprès de sa maman, parce qu'il geint. Vous constatez une fréquence cardiaque au repos à 170 bpm, une fréquence respiratoire à 60 cpm, une température à 36°5 et un aspect de la peau pâle sans autre particularité. Il n'y pas de trouble hémodynamique, ni trouble respiratoire persistant, ni trouble neurologique et sa maman n'a pas reçu d'antibiothérapie prolongée. Que proposez-vous comme traitement de première intention et pourquoi ?

Question N°5 :

Votre examen clinique à 48 heures de vie est normal. L'hémoculture prélevée initialement était revenue positive à *E. coli* K1 en 13 heures. Le liquide céphalorachidien prélevé à H24 était stérile avec 22 globules blancs/mm³ une glycorachie à 2,7 mmol/l et une protéinorachie à 1,2 g/l. Un maximum de CRP a été observé à 24 heures de vie avec une valeur de 65 mg/L et est en décroissance à ce jour. Quelle est votre proposition thérapeutique ?

Cas pratique n°7

Vous recevez aux urgences Antoine, âgé de 12ans, adressé par son médecin traitant pour altération de l'état général fébrile associant pâleur, épistaxis, splénomégalie à l'ombilic et de volumineuses adénopathies cervicales bilatérales. Les constantes à l'arrivée sont : Température 38°7 C, FC=90bpm, TA : 110/70mmhg, SaO₂=94%. Cliniquement, vous remarquez des hématomes sur le tronc, les avant-bras et les tibias.

Le laboratoire de ville appelle pour transmettre les premiers résultats de l'hémogramme : Hb=9.1g/dl, Plaquettes =70G/l, GB=380 G/L, formule en attente

Question N°1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N°2 :

Quelle complication infectieuse faut-il craindre ? quel examen complémentaire est indispensable pour la rechercher ?

Question N°3 :

Quelle complication métabolique faut-il rechercher ? par quels examens complémentaires ?

Question N°4 :

Comment expliquez-vous le syndrome hémorragique cutanéomuqueux ? quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

Question N°5 :

Quelles complications pulmonaires sont à craindre ? Quel examen complémentaire permet de les mettre en évidence en urgence ?



Cas pratique n°8

Léa âgée de 4 ans et demi consulte aux urgences pour hyperthermie, douleur rétro-orbitaire gauche avec tuméfaction de l'œil gauche.

Cet enfant présente depuis plusieurs jours une rhinite purulente.

Apparition brutale de douleurs rétro-orbitaires avec état fébrile et gonflement des paupières supérieures.

Pas d'antécédent particulier, ni de rhinorrhée chronique, ni d'angine à répétition. Vaccination à jour.

L'examen clinique aux urgences retrouve un enfant fébrile à 39,5°, teint septique.

L'examen ORL retrouve une rhinite postérieure purulente, pas d'angine, tympons normaux.

Paupières œdématisées, pression de l'angle interne de l'œil déclenche une violente douleur avec présence d'œdème à ce niveau.

Question N°1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?

Question N°2 :

Quelles sont les signes à rechercher pour l'atteinte ophtalmologique ?

Question N°3 :

Quels sont les complications selon la classification de CHANDLER ?

Question N°4 :

Quels sont les germes les plus fréquents à cet âge-là ?

Question N°5 :

Quel est le bilan biologique initial à réaliser ?

Question N°6 :

Quel examen complémentaire réaliseriez-vous ? Pourquoi

Question N°7 :

Quel(s) avis spécialiste(s) demanderiez-vous en complément ?

Question N°8 :

Détaillez votre conduite thérapeutique à tenir ?



Cas pratique n°9

Adolescent de 13 ans, vient consulter avec ses parents suite à l'apparition d'une confusion et de propos incohérents. Contexte de céphalées, survenue secondaire d'une hyperthermie 48h plus tard.

Pas de contage infectieux évident ; notamment varicelleux. Pas de voyage récent. Pas d'antécédent particulier, pas de traitement de fond. Pas de traumatisme récent. Récurrences herpétiques labiales fréquentes chez sa soeur.

A l'examen, il pèse 55 kg, fébrile 38,9°C, vigilant, asthénique, FC 72/min, TA 99/66 mmHg, pas de souffle cardiaque, pas d'insuffisance circulatoire. Stable sur le plan respiratoire. Céphalées éva-luées EN 5/10, pas de phono-photophobie, doute sur raideur de nuque mais pas de signe de Ker-nig, pupilles symétriques et réactives, pas d'hémianopsie latérale homonyme, pas de syndrome cérébelleux, pas de déficit des paires crâniennes, pas de déficit neurologique sensitivo-moteur aigu.

Propos incohérents, réponses confuses mais compréhensibles.

Reste de l'examen clinique sans particularité.

Question N°1 :

Quel diagnostic suspectez-vous en premier lieu sur l'ensemble du tableau clinique ?

Question N°2 :

Que proposez-vous comme investigations de première intention ?

Question N°3 :

Vu la situation clinique présente, décrivez les caractéristiques cytologiques, et biochimiques attendues après l'analyse de LCR

Question N°4 :

Du point de vue infectieux (bactériologique/virale), quelle analyse spécifique à cette situation faut-il précisément demander pour l'analyse de LCR ?

Question N°5 :

Le bilan biologique et infectieux réalisé en urgences montre :

NFS : GB 11.6 G/L dont 8.2 G/L PNN, Hb 13.9 g/dL, ionogramme sans anomalie, fonction rénale normale, bilan hépatique normal

CRP 1.8 mg/L

Hémoculture stérile.

Ponction lombaire :

380 éléments/mm³ dont 98% lymphocytes, normoglycorachie, protéinorachie 0.5 g/L.

Examen direct négatif, culture stérile.

PCR entérovirus non détecté, PCR HSV1 positif, HSV2 non détecté, VZV non détecté.



IRM cérébrale : Aspect d'encéphalite temporale aiguë gauche. Pas de collection intra parenchymateuse, pas d'hydrocéphalie, pas de thrombophlébite, pas de saignement intracrânien.

Au vu des résultats, quel diagnostic devez-vous évoquer ?

Question N°6 :

Dans ce contexte, quel traitement anti-infectieux prescrire ? À quelle posologie ? Pour quelle durée ?

Question N°7 :

En complément du traitement anti-infectieux, quelles prises en charge doivent être proposées ?