

① Infections Néonatales

① Quel sont les facteurs de risque d'une infection Néonatale

- 1- Infect° Mrs-génitales
- 2- " au moment de l'Accouchement ou au moment du Travail
- 3- Rupture Précoce de la Poche des eaux ($>12R$).
(Rupture des Membranes Prolongée).
- 4- Liquide Amniotique trouble, louche, Fétide, Vert
dit en Puré de Bid (chorioamnionite).
- 5- Manœuvre Obstétricales.
- 6- Souffrance fœtale aigüe.
- 7- déclenchement Précoce de l'Accouchement.
(Prématurité spontanée I non expliquée)
- 8- colonisat° maternelle Par le S BG.

② Données Cliniques d'une IN :

- 1- Signes Généraux: ⁺⁺⁺Hyperthermie; ⁺⁺⁺Hypothermie, ⁺⁺⁺ref de Tête, geignements.
- 2- " Cutanés: Ictère Précoce⁺⁺⁺, Teint Gris, érupt° cutané, Pimpura, Omphalite, Sclérème Généralisé (Bactériém⁺⁺⁺)
- 3- Troubles respiratoires: Détresse respiratoire, Signe de lutte, apnées, Tachypnées, Cyanose.
- 4- " Hémodynamiques: Allongement du TRC >3 , Hypotension, Tachycardie, Bradycardie, Extrémités froides.
- 5- Troubles neurologiques: Somnolence, Apatie, Irritabilité, Hypo/Hypertonie, fontanelle tendu, Convuls°.
- 6- " Digestives: Ballonnement Abdominal, diarrhée, Vomissement, HPM, SPM.

③ * Signes Biologiques

Hémogramme

- 1 - Leucopénie $< 5000/mm^3$, Hyperleucocytose $> 5000/mm^3$
- 2 - Thrombopénie $< 100\ 000/mm^3$ (GRAVITÉ)

Protéines de l'inflammation

- 3 - CRP $> 10-20\ mg/l$.
- 4 - Procalcitonine $> 5\ ng/l$.
- 5 - Interleukine 6 (IL6 $> 100\ pg/ml$) au 1^{er} première semaine de vie.
- 6 - Fibrinogène $> 3,8\ g/l$ avant 48h et $> 4\ g/l$ après 48h.

Autres

- 7 - Trbl de l'Hémostase, CIVD, Acidose métabolique, hyper/hypo Glycémie.
- 8 - Tx : Image Évocative.
- 9 - Mise évidence du Germe, Antigène Soluble, PCR.

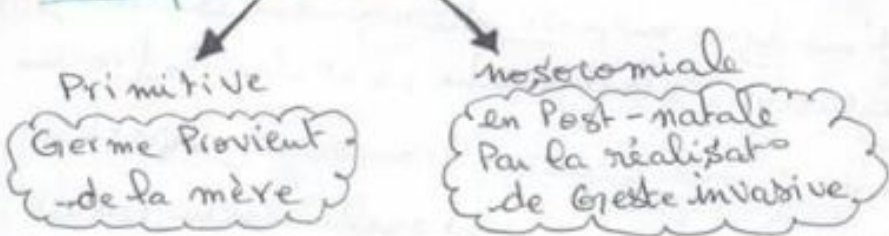
④ * Bactéries responsables d'une IN : Materno-fœtale Précoce!

- 1 - Streptocoque Grp B ⁺⁺⁺ / ou autres Grp.
- 2 - E. coli. ^{le + frq. en Algérie c'est le @ frq.}
- 3 - Entérocoques.
- 4 - Listeria Monocytogène.

⑤ * Définit° d'une IFM Précoce et Acquise (Tardive) :

① Précoce survenu au cours des 3-4 premiers jours de vie, origine essentiellement materno-fœtale.

② Acquise (Tardive) Survenu entre 5-28 jr de vie.



1* Bactéries responsables d'une IBN Tardive

- 1 - Staphylocoque à Coagulation négative.
- 2 - Staphylocoque aureus.
- 3 - Entérocoques.
- 4 - Bacilles GRAM Négatifs (BGN) multi-résistant.
- 5 - Streptocoque Groupe B sur le sérotype III.

② * Ictère Néonatal *

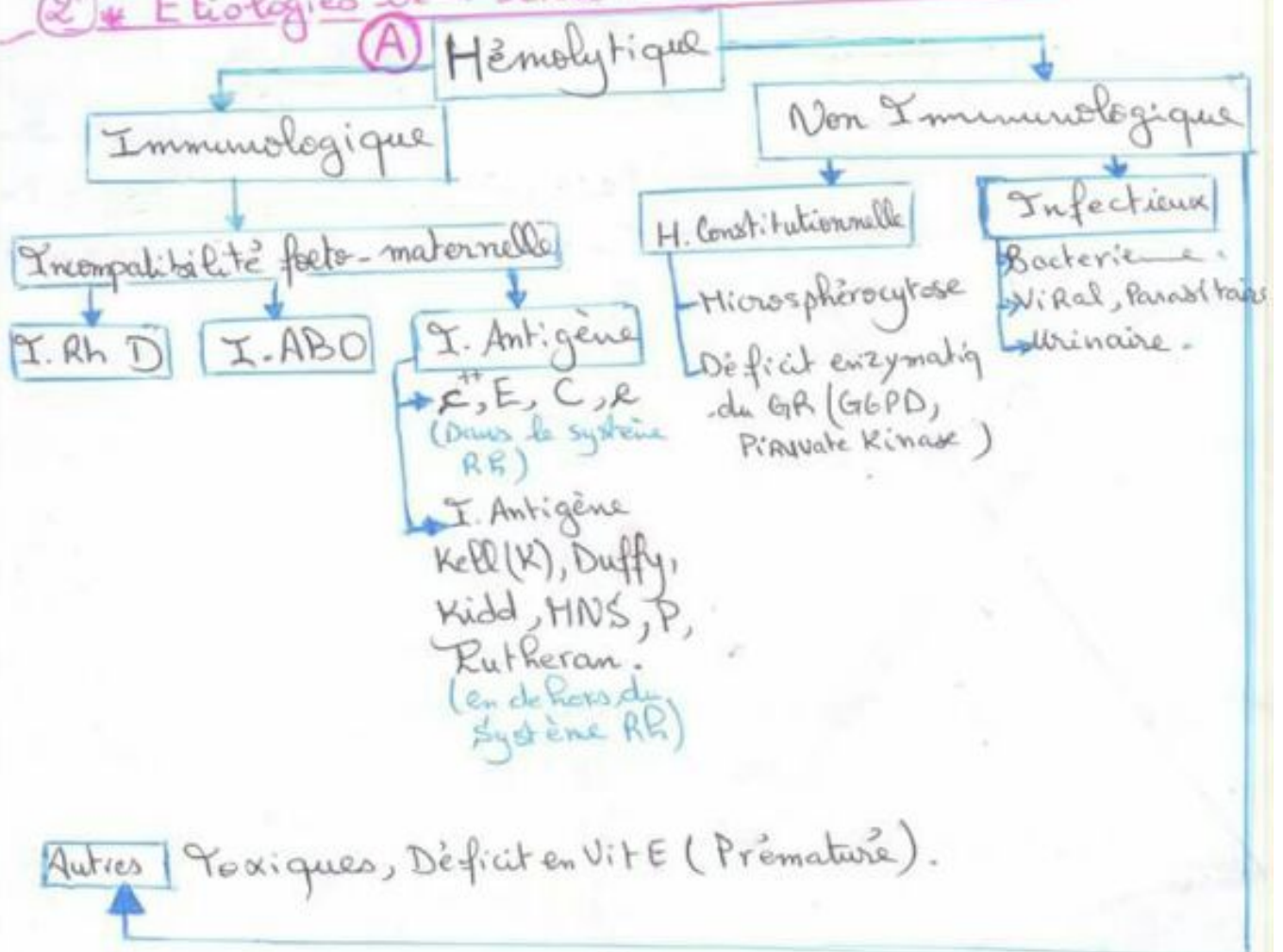
① * Définit° de l'Ictère Précoce, Tardive et Grave persistant *

1 - Précoce: colorat° jaunâtre des Téguments et/ou des Muqueuses due à une ↑ du Taux de Bilirubine dans le Sang avant 24 heures de vie.

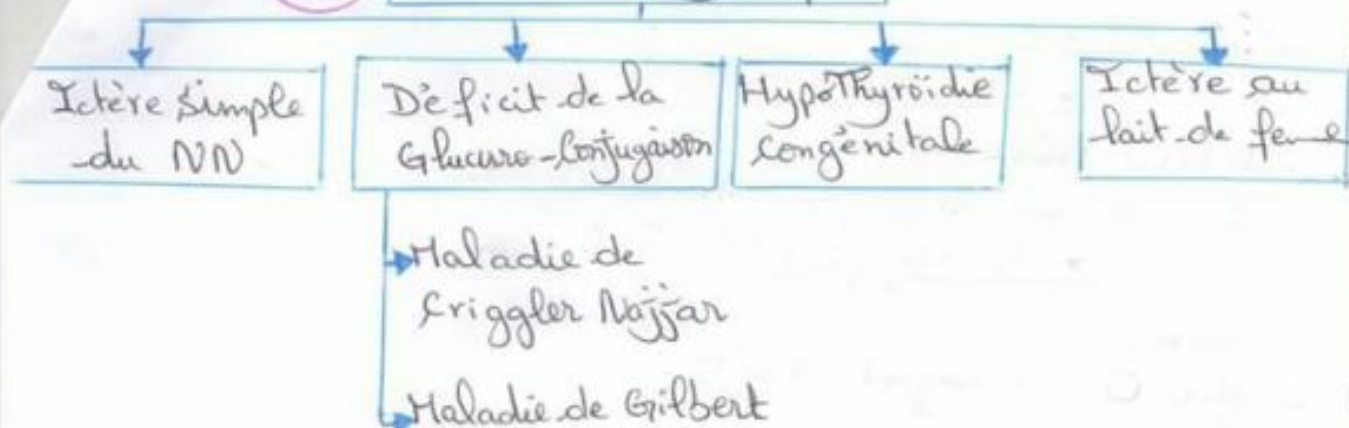
2 - Tardive: " " " " vers la 5^{ème} ou la 6^{ème} j de vie
 3 - Persistant: " " " " > 14 jr.
 4 - Grave: " " " " avec un Taux de

Bilirubine > 200 mg/l (ou 340 μmol/l) avec risque d'Ictère nucléaire.

② * Étiologies de l'Ictère à Bilirubine Libre *



③ Non Hémolytique



③* étiologies d'Ictère à Bilirubine conjuguées

Cholestase extra-Hépatiques	Cholestase intra-Hépatiques
- Atresie des voies Biliaires extra-Hépatique. - Kyste du cholédoque. - Lithiase Vésiculaire. - Sténose congénitale de la convergence des canaux Hépatique	- Paucité ductulaire Syndromique - " " non Syndromique. - Déficit en α 1 antitrypsine. - Mucoviscidose. - Cholestase récurrente familiales. - Maladies de surcharge. - Infect°, foetopathies, Tyrosinémie, Galactosémie, intolérance au Fructose.

④* Clinique et Biologie de l'Ictère Par Incompatibilité fœto-maternel RH et ABO :

④. 1. RH :

* Clinique :

A Manifestat° intra-Utérines, ABRT tardif, Mort in Utéro, anasarque fœtoplacentaire.

B - à la naissance : Ictère Précoce, Anémie, Hépatomégalie.

* Biologie :

- Mère RH ⊖, enfant RH ⊕

- Anémie régénérative → hyper-réticulocyte + érythroblastose.

- Test de Combs Direct $\oplus$ chez l'enfant.

② I. ABO

* Cliniques

- Ictère Précoce
- Syndrome Anémique Modéré.

* Biologiques

- Anémie
- Mère O $\rightarrow$ enfant A ou B.
- Test de Combs $\text{SVT} \ominus$.
- Meilleure Méthode diag: ? élution Par la chaleur d'Ac de type IgG Anti A ou B des Hématies du NN.

③ * Anémie Hémolytique de l'enfant *

① * Clinique et Paraclinique de la β -Thal Homozygote * Maladie de Cooley *

* Clinique *

- Age de Début : nourisson 6 mois Parfois 3 mois.
- Pâleur constante.
- Ictère conjonctival.
- HPM, SPM.
- Retard de Croissance. (Dvp intellectuel Nrmle).
- Faciès Thalassémique $\rightarrow$ Aspect Mongoloïde.

* Biologique *

- Anémie microcytaire Hypochrome
- Hb < 7 g/dL.
- Frottis Sanguin : Anisocytose, Poikilocytose, érythroblastes & cibles, schizocytes.
- Réticulocyte $\uparrow$.
- Résistance osmotique des GR $\uparrow$.
- Moelle Osseuse Très riche en érythroblaste.
- Leucocytes normal ou $\uparrow$.
- Plaquettes normal.

② * Profil de la β Thalassémie Hétérozygote *

* Clinique *

- Asymptomatique.

* Biologique *

- 1 - Hb nrmle ou discrètement $\downarrow$.
- 2 - microcytose.

- à l'électrophorèse de l'Hb:

$Hb A_2 > 3,5\%$.

③* Signes Cliniques et Biologiques de la β Thalassemie

- $G_1 + G_2$.

(4) * Croissance + Diététique *

(1) * Points d'ossification à la naissance

- 1 - Calcaneum et astragale.
- 2 - Épiphyse inférieure du fémur (Point de Beclard).
- 3 - Épiphyse supérieure du tibia (Point de Todd).
- 4 - Cuboïde.

(2) * Donnez les Points D'ossification qui Apparaissent le début de la Puberté

- le Sigmoides du court Adducteur du Pouce
12 ans chez la ♀ . 13 ans chez le ♂.

(3) * Donnez les Paramètres d'évolution de l'état nutritionnel de l'enfant

- 1 - La Taille.
- 2 - Le Poids.
- 3 - Le Périmètre crânien.
- 4 - La Croissance Partielle (ou segmentaire) : Segment Supérieur, Segment inférieur.
- 5 - Autres Périmètres : P. Thoracique, P. abdominal, P. Brachial.
- 6 - Les Diamètres (Dvpt Transversal) : D. bi-Acromial, D. bi-iliaque, le rapport bi-acromial/bi-iliaque.
- 7 - Croissance Tissulaire : mesure du Pli cutané.

(4) * Chronologie du dpt Pubertaire chez la fille *

- Le Premier signe est le développement d'un bourgeon mammaire accompagné ou suivi d'une Pilosité Pubienne.
- l'intervalle moyen entre le Début du dpt des seins et l'Apparition des Premières règles est de 2 - 3 ans.
- Âge de la Puberté en moyenne 11 ans (9 - 16 ans).

(5) * Acides aminés essentiels + Acides Gras essentiels *

- * AA : leucine - isoleucine - lysine - méthionine - Phénylalanine - Thréonine - Tryptophane - Valine.
- * AG : acide linoléique - Acide Alpha linoléique.

(6) * Menu journalier d'un NRS de 08 mois qui Pèse 08 Kg sous Allaitement Artificiel *

- Nombre de repas Par jour : 04 repas (Poids > 7 Kg)

- Ration journalière : Règle d'Apert = $\frac{\text{Poids}}{10} + 200$

$$= \frac{8000}{10} + 200$$
$$= 800 + 200 = 1000$$

- Ration Par repas = $1000 / 4 = 250$

$$4 \times 250 / j$$

- Petit Déjeuner Bouillie semi-épaisse :

3 cuillère à Mesure $\rightarrow$ 100 ml d'eau

Nbr de cuillère $\leftarrow$ 250 ml d'eau.

Nbr de cuillère = 4,5 à soupe Farine avec Gluten 15%

- Matinée Jus de Fruit

- Midi 15 - 20 g (1c à soupe rase) viande moulinée ou poisson
- Poché, Jaune d'œuf, légumes secs, Poisson semi-Gras. Abats (foie)

* 1 petite assiette purée de légumes + 1 noisette Beurre +
100 ml de lait pour délayer.

* Lempote de fruit 4 c à soupe.

- Gâter : * 1 Biberon lait de suite (2^{ème} Age).

250 ml d'eau → Règle d'Apert

→ nb de cuillère de poudre.

30 ml eau → 1 cuillère base.

250 → x.

x = 8 cuillère.

* 1 yaourt.

- Dîner : 1 Biberon de lait (250 ml d'eau → 8 cuillères
de Poudre)

+ 1 Petit Suisse + 3 c à soupe de Lempote de Fruits.

④ * Citez l'ordre chronologique de l'éruption dentaire

* entre 06 mois et 30 mois :

- Incisives médiane du maxillaire inférieur.

- " " " " Supérieur.

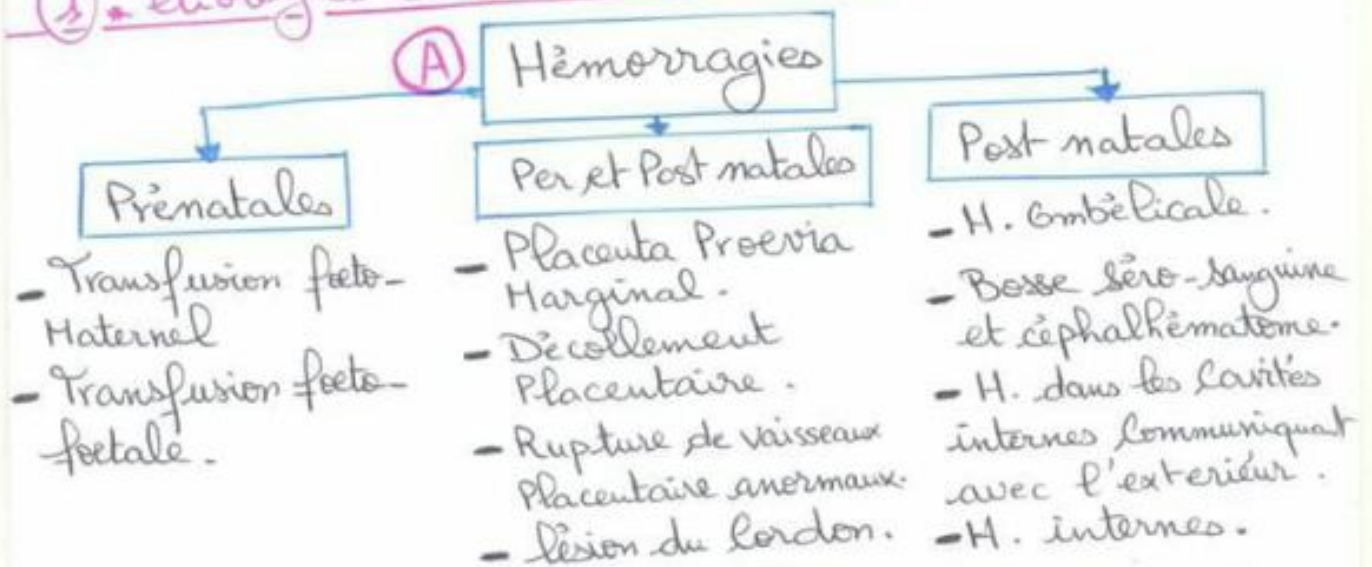
- " " Latéral " " " "

- " " " " inférieur.

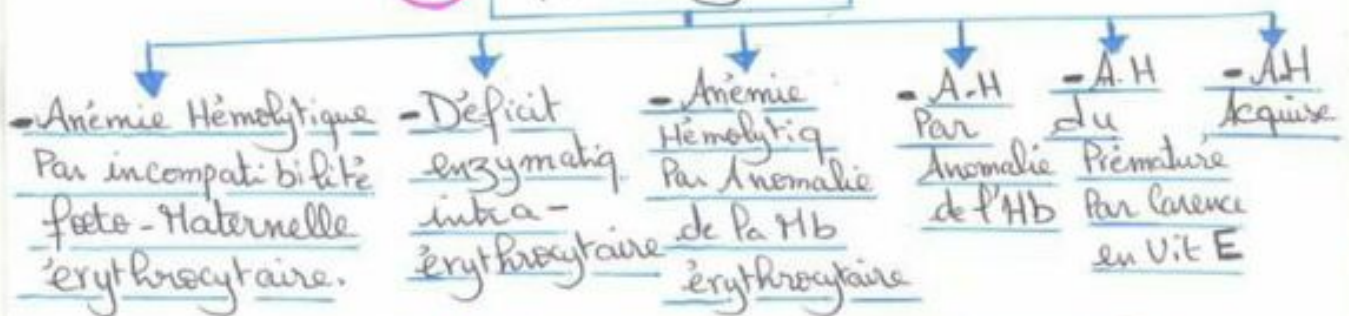
- Première prémolaires, les Canines, 2^{ème} Prémolaires.

{ ⑤ Anémies du NNc }

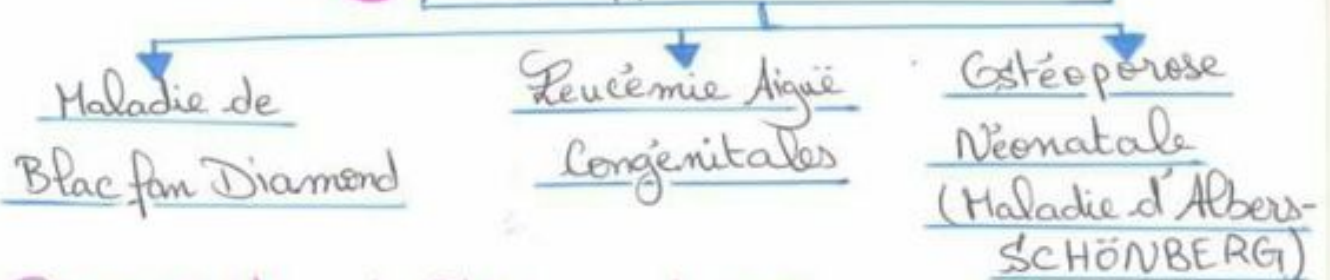
① Étiologies des Anémies du NNc



② Hémolyse



③ Insuffisance Médullaire



② Définition de l'Anémie du NNc

- Hb < 16 g / 100 ml de 0 - 48h de vie.
- Hb < 14 g / 100 ml du 3^{ème} - 7^{ème} j de vie.
- Hb < 10 g / 100 ml après 7^{ème} j de vie.

⑥ * Urgences chirurgicales du N.N.E *

① * Signes cliniques et radiologique de l'occlusion intestinale *

* Clinique *

- Vomissement teinté de Bile → Signe d'Alarme.
- Météorisme Abdominal.
- Absence d'élimination du Méconium.
- Not° d'Hydramnios.

* Radiologiques *

- ASP: Distension Gazeuse Intestinale Avec ou sans niv. hydro-aérique.
- Absence d'Air au Rectum.
- Ombres Gazeuses Fixe.

② * Signes Cliniques et Radiologiques de l'Atresie de l'œsophage *

* Clinique *

- 1 - Notion d'Hydramnios.
- 2 - Hypersialorhée: Salive abondante; aérée, mousseuse rencontrée la bouche et le naso-pharynx.
- 3 - Petit Signes de détresse respiratoire (tirage, Battement des ailes du nez)
- 4 - Cyanose lors des tétées.

* Radiologique *

- T^x de Face et de Profil; Sonde Gastrique de **NELATON** en Place → arrêt net de la Progression à environ 10 cm des arcades dentaires avec impossibilité d'aspirer le liquide Gastrique. ⇒
 - confirmat° Diag.
 - Précision de l'état du Parenchyme Pulmonaire.
 - L'insufflat° d'air Par la sonde dessine le cul de sac supérieur.

③ Diagnostic clinique et radiologique d'une Hernie Diaphragmatique

* Cliniques

- 1 - Détresse respiratoire.
- 2 - Hemi Thorax voussure Globuleux et moins mobile.
- 3 - Abdomen Plat, rétracté.
- 4 - Refoulement des Bruits du Cœur à Droite.
- 5 - Absence de Murmure Vésiculaire à Gauche.
- 6 - Bruits Lycho-aérique au niv du Thorax.

* Radiologiques

- 1 - Multiples Images Rileuse de Type Intestinale ^{Hydro-aérique.}
- 2 - l'ensemble du Médiastin est Déplacé Vers le Côté ^{Droit.}
- 3 - Abdomen Opaque Avec Absence des Bulles Gazeuses intestinale.
- 4 - Hypoplasie Pulmonaire droite.

(7)* Vomissements de l'enfant

(1)* Signes Cliniques et Paracliniques de la Sténose Hypertrophique du Pylore :

* Cliniques :

- 1 - Intervalle libre 3 à 5 semaines.
- 2 - Vomissements Alimentaires, faciles, Post Prandiaux, abondants en jets.
- 3 - Appétit conservé, Nourisson Affamé, Constipation.
- 4 - Cassure de la Courbe Ponderale.
- 5 - Déshydratation extra ϕ aire.
- 6 - Parfois Ictère Physiologique Prolongé.
- 7 - Ondes Péristaltiques épigastrique Passant Par la ligne médiane.
- 8 - Olive Pylorique (rare).
- 9 - Clapotage à jeun.

* Biologiques :

- 1 - Hypochlorémie.
- 2 - Alcalose métabolique.

* Radiologiques :

- échographie Abdominale : Mensuration du myome.
- Transit œsogastroduodénal : Si doute Diag.

☀ Signes Indirects : Dilatation gastrique, estomac de lutte.

☀ Signes Directs : Défilé Pylorique étroit et Allongé ; Empreinte de l'olive sur l'Antre gastrique ; mauvaise Vidange Gastrique.

② * Étiologies des vomissements du nourrisson.

Ⓐ Vomissements Aigus

* Causes Médicales :

- Infect° aiguës.
- Intoxicat° aiguës.

* Causes chirurgicales

- Invagination Intestinale aiguë.
- Appendicite du nourrisson.
- Hernie étranglée.
- Péritonite aiguë.
- Torsion du Testicule.

* Erreur diététiques

- Sur alimentat°

* Causes neurologiques :

- HIC.
- Hémorragie cérébraux méninge.
- Hydrocéphalie

Ⓑ Vomissements Chroniques

* Causes Digestives :

- RGO
- Sténose hypertrophique du pylore
- Plicature gastrique.
- Intolérance Alimentaire.
(Gluten, APLV)

* Causes Psychoaffectives :

- Conflit mère-enfant.
- Séparat° mère-enfant.

* Causes endocriniennes :

- Hyperplasie congénitale des surrénales.

* Causes métaboliques :

- Galactosémie, fructosemie.
- Aminoacidopathie : Phénylcétonurie

* Autres Causes :

- Infect° Urinaire.
- Cardiopathie congénitale.
- IRC.
- Encéphalopathies chroniques.

* Etiologies des Vomissements Rég. & N.N *

V. Avec $\bar{S}$ Digestif

Aiguë

1 Occlusion

- G. Duodénal.
- G. du Grêle.
- Maladie de Hirschprung.
- Vol Rotation. intestinale
- Torsion Héctorial.

2 Entérocèle Périlente

Méiére-
nécessante

- Par
Perforat°

V. Alimentaires

- Erreur Diététique.
- Intolérance Alimentaire
- RGO.
- Sténose Ruptrophique du Pylore.
- Infections néonates
- Maladie Héctoliques (Gallotémie, Fructosémie, Piénylactémie).
- Hyperplasie Congénitale des Suséonales
- Déficit en 21 Hydroxyase

V. Sanguin

- Maladie Hémevasique du NN
- Ulcère de Stres.
- Sépticémie avec CIVD.
- RGO avec œsophagite
- Peptique.
- Sang Maternel Déglati (crevasse ché la meie).

⑧* Diabète de l'enfant :

①* Définition + Signes cliniques et Paracliniques de l'Acidose Diabétique

* Définition :

* elle s'associe :

- 1 - Une Hyperglycémie $> 2g/l$.
- 2 - Une Acidose métabolique : $PH < 7,30$; $HCO_3^- < 15 \text{ mEq/l}$.
- 3 - Une Cétonémie importante.
- 4 - Une Glycosurie et une cétonurie massives.

* Clinique :

- 1 - Trb's de la conscience : Gbubilation, état de Torpeur ou Loma.
- 2 - Polypnée : Kussmaul ou ample et Bruyante. SINUSITARIA
- 3 - G. leur acétonémique de l'Haleine.
- 4 - Signes Digestifs : nausées, vomissements, Douleurs abdominales.
- 5 - Déshydratation.
- 6 - Examen neurologique : Loma Calm; Reflexes conservés.

* Biologique :

SANG

- Glycémie $> 2,5g/l \rightarrow$ Svt $4g/l$.
- Natrémie Faussement Abaisée.
- Kaliémie Svt $\uparrow$.
- Cétonémie $\geq 3 \text{ mmol/l}$
- $\uparrow$ Mée Sanguine, $\uparrow$ cholestérol, $\uparrow$ TG, $\uparrow$ AGL
- $\uparrow$ Protéidémie, $\uparrow$ Ht $\rightarrow$ Déshydratation.
- Hyperleucocytose à PNN.
- GAZ du Sang : $PH < 7,30$, Bicarbonate $< 15 \text{ mEq/l}$
 $Pa CO_2 \downarrow$

Urines

- Glycosurie + Cétonurie massives.
- PH urinaire < 5 .
- Pertes d'électrolytes.

② Définit° du COMA Acidocétosique

= Acidocétose (Gst N°1) + Trbls de la conscience

③ Prise en charge de l'Acidocétose Diabétique

- But :
- Correc° Progressive de l'Acidocétose.
 - // des Trbls Hydriques et ioniques : Deshydrat°.
 - Prévent° des Complicat° : Œdème cérébral, Hypokaliémie.
 - identifier et Traiter les Facteurs déclenchants

→ Mise en Condition :

- 1 - Hôpitalisat° de l'enfant.
- 2 - Posit° de Sécurité + examen rapide complet + recherche de cause déclenchante
- 3 - Voie d'Abror
- 4 - Sonde Gastrique
- 5 - Monitoring Cardiaque.
- 6 - Sachets à Urine / Sonde Vésicale.
- 7 - ATB Thérapie si infection
- 8 - Fiche de surveillance.
- 9 - Ne rien donner à Boire.

→ Mise en Route d'un Bilan Biologique Initial

* Sanguin : Glycémie, Gazométrie, PH, Bicarbonate, Hb
Ionogramme (Na^+ , K^+ , Ca^{++}), Fonction rénale.

* Urinaires : Glucosurie, Acétonurie, Ionogramme Urinaire.

* ECGs recherche d'Hypokaliémie.

→ Mise en Route du TRT : (Insulinothérapie + Réhydratation)

→ Réhydratation:

* 0h → 2h:

- Si collapsus: 20 cc/Kg de SSI en 30 min et renouveler avec 10 cc/Kg en 30 min si Persistance du Collapsus ajouter 20 meq/l si Hypokaliémie.

- D'emblée ou après correction du collapsus:

SSI 10 cc/Kg/h en 2h.

KCl 40 meq/l.

* 2h → 24h:

- SG 5% 2gr/l NaCl 3l/m + 3gr/l KCl + 1g/l Gluc. Ca + 0,5g/l Sulf. Mg.

le Total des liquides ne doit pas dépasser 4l.

→ Insulinothérapie:

- à Débuter après 2h de réanimation Au pousse Seringue.

Débit initial: 0,05 u/Kg/h chez enfant < 3 ans.
0,1 u/Kg/h " " > 3 ans.

→ Objectifs:

- Diminuer la Glycémie de 0,5 à 0,7 g/l.
- Maintenir la Glycémie > 2g/l jusqu'à la 12^{ème} heures.
- En cas de diminution rapide de la Glycémie passer du SG 10%

→ Surveillances

- Glycémie Capillaire /h, pdt 6 heures.
- " " / 2h " 24 heures.

④ * Signes cliniques de l'hypoglycémie du diabétique + Biologique + TRT

* Cliniques

* Manifestat° Polymorphes

→ Manifestations due à la libération d'adrénaline

+ Sueurs Profuses, fourmillements, engourdissements de ²extrémités,
Paleur, palpitations.

→ Manifestation de neuroglycopenie

① + Céphalées, nausées ou Vomissements.

② + Malaises, sensation de Fatigue, faim impérieuse, Dtrs
Abdominales.

③ + Manifestations majeures Confusion, Trbl de la Concentration
et Trbl du Comportement (irritabilité, Pleurs inconsolables).
Trbl de la vision - Trbl de la Parole.

④ + Accès convulsifs avec ou sans perte de connaissance.

⑤ + LOHA hypoglycémique : signe de BABINSKI Bilatéral.

* Biologique

- Glycémie $< 0,60 \text{ g/l}$ - grand enfant ; $< 0,40 \text{ g/l}$ nourrisson.

- Urines : aglycosurie + cétonurie.

* Traitements

- Cesser Toute Activité, Vérifier la Glycémie.

- Prendre du Sucre (5g / 20 kg), prendre du Sucre lent
Après réassucrage

- Si Hypoglycémie sévère

* Glucagon^{en IM}.

1 mg Si Poids > 25 Kg.

0,5 mg Si Poids < 25 Kg.

* Après donner au malade du Sucre puis du Pain.

⑨ Les Convulsions chez l'enfant *

① * étiologies des convulsions du NN

①	②	③	④	⑤
<u>Encéphalopathie Anoxo-ischemique (IEA)</u>	<u>Trbs métaboliques</u>	<u>Infect°</u>	<u>Hémorragie</u>	<u>Autres</u>
	- Hypoglycémie⁺⁺⁺ - Hypocalcémie. - Hyponatrémie. - Hyponatrémie. - Hypomagnésémie.	- infect° néonatale - méningite - méningo-encéphalite	- intra-cranienne - Aiguë - Constitutionnelles	- Malformat° cérébrales. - Prise de Toxique Par la mère. - Erreurs innées du Métabolisme - AVC. - Cistes Bénignes de la fin de la 1^{ère} semaine. - Encéphalopathie épileptique.

② * étiologies de convulsions du Nourisson

C. Fébrile	C. Apyrétique
<u>Infect° du SNC</u>	Occasionnelles Récurrentes
- Méningites Bactériennes et virales - Encéphalites virales et Post-éruptives. - Abscs cérébral, empyème, ventriculite.	Occasionnelles - Désordres Métaboliques (Hypoglycémie, hypocalcémie, hyponatrémie). - Intoxication - Post Traumatique. Récurrentes - Séquelles de lésions cérébrales. - Maladies Métaboliques - S^é épileptiques. (S^é west, S^é Dravet, S^é Oose)

③ * TRT et surveillance de la convulsion Fébrile simple curatif + Préventif du nourisson

- * Faire Baisser la Fièvre par des moyens Physiques et médicamenteux.

- Paracétamol : 60 mg/Kg/24h en Alternance Avec l'Acide acétylsalicylique 50 mg/Kg/24h.

- Ibuprofène : 20 à 30 mg/Kg.

* Traitement Prophylactique Continu :

- Valproate de Sodium (Dépakine) : + soluté Buivable 200 mg/ml.
+ Comprimés à 200 mg.
20 à 30 mg/Kg/jr en 2 prises

- Phénobarbital (Gardenal) : 3-5 mg/Kg/jr en 1 Prise le soir.
+ Comprimés à 100 et 500 mg.
+ Gouttes (Keneuron) : 1 Goutte = 1 mg.

La Barbitémie efficace est Atteinte vers le 10^{ème} J :
15 à 20 µg/ml.

- TRT étiologique.

* TrT Prophylactique intermittent : (Préventif) :

→ Institué dès que la T° > 38°C.

- Diazepam à 0,5 mg/Kg en dose d'Attaque puis 0,25 mg/Kg toutes les 6 heures.

* Réserve aux enfants ayant Présenté une Convulsion fébrile complexe.

- Information et éducation des Parents.

④ * Critères d'une Convulsion fébrile simple et d'une c.f. complexe :

	CF. Simple	c.f. complexe
Âge	≥ 1 an	< 1 an
Durée	< 15 min et 1 crise/24h	> 15 min ou > 1 crise/24h
focalisation	Crise Généralisée	Crise Partielle
Examen neurologique	normal	anormal
ATCD Familiaux d'épilepsie	Non	Oui

(10) * Asthme de l'enfant *

(1) * 05 signes de Gravité de la Crise d'Asthme *

1. Dyspnée extrême, Tirage important et Battement des ailes du nez.
2. Élocution difficile, Trouble de la conscience.
3. Thorax Bloqué en Inspirat°, Pauses respiratoires.
4. Cyanose, Sueurs, HTA, Pouls Paradoxal.
5. Silence expiratoire (Disparit° des sibilances).

(2) * TRT de la Crise d'Asthme modérée + surveillances *

* enfant < 6 ans : → TRT 1^{er} choix :

- Corticostéroïdes inhalés (CSI) à moyenne Doses + BDCA à la Demande.

→ TRT Alternatives :

- CSI faibles Doses + Anti-leucotriènes (ALT) + BDCA (Bronchodilatateurs à action rapide) à la Demande.

* enfant > 6 ans :

→ TRT 1^{er} choix :

- CSI faibles doses + BDLA (Bronchodilatateurs à longue durée d'Action) + BDCA à la Demande.

- CSI faibles Doses + ou BDLA + CSI + formotérol à la demande.

→ TRT Alternatives :

- CSI fortes doses + ALT + BDCA à la Demande.

- CSI fortes Doses + ALT + ou CSI + formotérol à la demande.

- Surveillance la crise.
- 1 - Réévaluation 15 jours après la crise.
 - 2 - Surveillance de la fonction respiratoire = DEP et EFR.
 - 3 - Evaluation régulière et adaptation du TPT :
 - + 1 à 03 mois après la mise en Route du TPT.
 - + Tous les 03 mois si contrôle est maintenu.
 - 4 - Si Asthme contrôlé : désescalade Thérapeutique (step down).
 - 5 - Si perte du contrôle : escalade Thérapeutique (step up).

(11) * Syndrome néphrotique *

*

(1) * Définition du Syndrome néphrotique *

→ c'est l'existence de :

- 1 - Σ œdémateux (important le + wt).
- 2 - une Protéinurie Massive $> 50 \text{ mg/Kg/24h}$ ($40 \text{ mg/m}^2/\text{H}$)
- 3 - une Hypoprotidémie et une Hypoalbuminémie.
- 4 - une Hyperlipidémie avec Hypercholestérolémie.

(2) * Complicat° du Syndrome néphrotique *

(1) → Infectieuse :

- + Infect° à pneumocoque (Pneumonie, Péritonite, Méningite Purulente)
- + Infect° cutanées (cellulites, Pyodermites, Abscesses)
- + Sinusite.

(2) → Trb's de l'équilibre Psycho-Séd° :

- + Rétention Psycho-Séd°
- + Rétention Psycho-Séd°
- + Collapsus
- + Céphalées, Convulsion, Tétanie.

(3) → Thromboemboliques :

- + Thromboses veineuses $+++$
- + " artérielles.

(4) → Malnutrit° :

- + Malnutrit° Protidique.

(5) → Trb's Digestifs :

- + Diarrhée
- + Dlr Abdominales $+++$
- + Œdème des séreuses, Ascite.

(6) → Autres :

- + Convulsion.
- + Tétanie.
- + Goitre, Hypothyroïdie.
- + Anémie.

③ * Signes Cliniques et Biologiques + YRT du 1^{er} néphrotique

= néphrose lipoïdique = N. Idiopathique
 * Clinique SN. // *

→ Début

- Âge: Tout âge (1-5 ans)⁺⁺⁺.
- Sexe: 2x Plus ♂.
- Facteurs déclenchants: Pas de causes évidente⁺⁺⁺
 - I. rhinopharyngée banale.
 - Allergie.
 - au cours d'une vaccination.
- Mode de révélation:
 - Gèdèmes.
 - Fortuite.

→ État parfois important: Lydœcèle, Boursoufflement du Pénis, Transsudat Péritonéal - Pnéumale - Péricardique) → Anasarque

- Gèdèmes: Blancs, mous, indolores, localisés d'abord aux Paupières et aux Mb inf. Gardant le Gèdème Plus important aux parties déclivantes.
- TA normal (HTA Possible au Début).
- Oligurie.
- État Général conservé au Début, Anorexie, Asthénie.
- Parfois HPM.
- Ramollissement du Cartilage auriculaire.
- Diarrhée.
- rarement complication infectieuse (Péritonite, cellulite) ou complication Thromboembolique.
- Df's Ab déminale.

* Biologiques

- Urines {
- Protéinurie Massive $> 50 \text{ mg/Kg/24h}$ sélective essentiellement Albumine.
 - Hématurie.
 - Oligurie.
 - Natriurèse éffondrée $< 5 \text{ mEq/24h}$.
 - Kaliurèse ↑.

SANG

- Perturbat^o Protéido-lipidiques
- Hypoprotéinémie $< 60 \text{ g/l}$, Hypoalbuminémie $< 25 \text{ g/l}$.
- Électrophorèse des Protéines: Hypoalbuminémie,
 α_2 Globulines $\uparrow\uparrow\uparrow$, Gamma globulines Totales $\downarrow$.
- Hyperlipémie, Hypercholestérolémie, Hypertriglycéridémie.
- Natriémie Normale ou $\downarrow$.
- Kaliémie normale ou $\uparrow$.
- Calcémie Totale $\downarrow$.
- VS $\uparrow$, Hyperleucocytose.
- Anémie Disaète.
- Hypapaquettes⁺⁺⁺, parfois Hyperéosinophilie.
- État d'Hypercoagulabilité.
- Fraction complément normales, C_3 normale.
- Cléance de la Créatinine normale.
- IR fonctionnelle (Rare).

Traitement

② Mesure Physiolo

Diététique

- Régime sans sel strict.
- Boissons normales.
- Apport Alimentaire riche en Protéides.
- Éviter la mobilisation permanente en phase d'œdème.

① mise
au
sédit^o

- Hospitaliser
- Voie d'abord
- repos au lit.

③ Symptomatique

- Perfusion Albumine Humaine (1 g/kg) puis furosemide
(Lasix) 1 mg/kg / 12 h après le début de la Perfusion à T30
 $\Rightarrow$ TR œdématisés.
- ATB et antibiose si infect^o.
- Hypotenseur si HTA.
- Supplémentat^o en calcium et Vit D.
- Vaccinat^o au Programme National.

GRR corticoïde
 (X) { - Prednisone : Cortancyl 5 mg Pdt 4 mois 1/2 -
 + 1 mois : 2 mg / Kg / 24h .
 + 23 mois : 2 mg / Kg / 24h .
 + 15 jr : 1,5 mg / Kg / 24h .
 + 15 jr : 1 mg / Kg / 24h .
 + 15 jr : 0,5 mg / Kg / 24h .

+ Si SN Corticorésistance (Persistance des Signes Clinique
 et Biologique Protéinurie Après 1 mois de GRR) Administrat^l
 de 03 Bolus de méthyl- Prednisone IV : (Solumédrol)
 à la Dose de 1g / 1,73 m².

(12) * Hypothyroïdie de l'enfant *

① * Signes cliniques et Parachiniques de l'Hypothyroïdie Congénitale *

→ ATHy Réosé (Myxoedème congénital) → Après 3 mois d'évolutⁿ
Tableau Typique.

* Cliniques *

- 1 - Dysmorphie:
 - + retard statural, Brachystelie, Poids excessif.
 - + Dysmorphie Faciale: Faciès Bouffi, Traits Grossiers
 - fontanelle large, Macroglossie.
 - nez Aplati, cou large court.
- 2 - Téguments:
 - + Peau Pâle, sèche, épaissie, infiltrée, froide.
- 3 - Abdomen:
 - + Distendu (surt Hernie ombilicale).
- 4 - Trbls fonctionnels:
 - + Hypothermie, Bradycardie, HypoTA.
 - + Constipatⁿ Tenace, Apathie.
- 5 - Hypotonie musculaire.
- 6 - Retard Psychomoteur.
- 7 - Complicatⁿ:
 - Fausse route.
 - Loma Myxoedémateux (nare).

* Radiologiques *

- 1 - Retard de maturatⁿ osseuse: intense, constant.
 - + Retard osseux Généralisé et symétrique.
 - + Si révelatⁿ néonatale → 0 de point d'ossificatⁿ.
- 2 - Dysgénésie épiphysaires Pathognomonique.
 - + Aspect fragmenté des épiphyses.
 - + Bi latéral et symétrique.
- 3 - Signes Crânio faciaux

Point d'ossificatⁿ
fragmenté, pauciforme,
porcé, rigé.
Contour du noyau
Grignoté irrégulier.

- + Densificat° exagérée de la voûte et de la Base du Crâne
- "Aspect en lunette" par densificat° des rebords orbitaires.
- + retard de maturat° crânio faciale ; retard de fermeture des fontanelles et des sutures.
- + retard du développement dentaires et dystrophies.

4 - Signes Vertébraux

- + élargissement inter vertébral (signe de BAMATTER).
- + Hypoplasie et Déformat° des corps vertébraux (L₁, L₂)
- Aspect ovoïde, en Sabot, en Loin (Signe de SWOBOA).

5 - Autres :

- + Aspect d'ostéochondrosat° osseuse.

* Biologiques

- Dosages Hormonaux :

- + T₄, T₃, T₄ libre, T₃ libre (FT₃, FT₄) ↓.
- + TSH ↑↑.

- Autres :

- + Anémie normo / hypochrome.
- + Hypercholestérolémie.
- + Hypercalcémie (inconstante).
- + Phosphatase alcaline sérique ↓.
- + Glycémie à jeun, calcémie, phosphorémie - Normale

→ Possibilité de dosage Ac Thyroïdiens ; Test au TRH.

(13) * Diarrhées chroniques *

(1) * Clinique et Paraclinique de la Maladie coeliaque - intolérance Primitive au Glutène

* Cliniques

- 1 - Nourisson > 6 mois.
- 2 - Diarrhée chronique & selles volumineuses, grasses ou pâteuses
« aspect bouse de vache », molle, pâle, fétides.
- 3 - Anorexie Tenace, Vomissements.
- 4 - Météorisme Abdominal.
- 5 - Pâleur.
- 6 - Lassure de la courbe Staturo Pondérale.
- 7 - Signes de dénutrition.
- 8 - Changement de caractère (Tristesse, irritabilité, hostilité)

* Paracliniques

→ Biologie

- 1 - Anémie microcytaire, Hypochrome, Hypochromique⁺⁺⁺ / mégablastique
- 2 - Stéatorrhée.
- 3 - Hypoprotidémie, Hypoalbuminémie.
- 4 - Lipide γ Taux $\downarrow$; Hypocholestérolémie.
- 5 - Taux de Prothrombine $\downarrow$, Facteurs Vitamine K dépendants $\downarrow$.
- 6 - Hyper IgG, Hyper IgA.
- 7 - $\downarrow$ de la xylosémie.

→ Radiologies

- Ostéoporese, retard osseux (I.C.D < 0,40).

→ Sérologie

- 1 - E d'Ac Anti-réticuline (Type R1).
- 2 - Ac Anti-Gliadine (+).
- 3 - Ac Anti-endomysium (+).

→ Biopsie Jéjunales

- Atrophie villositaire sub-Totale ou Totale (Grade IV ou V).

②* Étiologies de la Diarrhée chronique

①
- Intolérance Primitive
aux Glut en
(Maladie Coeliaque).

②
- Intolérance
aux
Protéines du
lait de vache
(APLV).

③
- Intolérance
aux
Sucres.

④
- Autres :

- Diarrhée Graves Rebelle du jeune nourrisson.
- Mucoviscidose.
- Déficits Immunitaires.
- Lymphangiectasies.
- Malabsorption de Graisses.
- Acrodermatite enteropatica.
- S inflammatoires chroniques.
- Lymphome malin méditerranéen.
- Diarrhée chlorée congénitale.

③* Aspects des selles selon l'étiologie d'une Diarrhée chronique

- + Maladie Coeliaque : selles volumineuses, Grasses ou Pâteuses « Aspect en Bouse de Vache, molles, Pâles, et Fétides.
- + APLV : Diarrhée parfois Sanglante rebelle du nourrisson (colite).
- + Intolérance aux Sucres : Diarrhée Aqueuse, liquide.
- + Mucoviscidose : Stéatorrhée, selles huileuses.
- + Cholestase : selle Décoloré.

④* Aspects des selles selon le mécanisme d'une Diarrhée chronique

①. Motrice : Post-Prandiales, impériennes Groupées en Salves contiennent des débris Alimentaires.

①. Osmotique : Hydrrique, sans AEG ni mal Absorption cède lorsque l'Agent osmotique n'est plus Présent de la lumière Intestinal.

①. Malabsorption : Selles réparties, volumineuses, Graisseuses.

①. Sécrétoire : Abondante, Hydrrique, Fuite Importante de Potassium et De Bicarbonate.

①. Volumogénique et Exsudative : (Rare) D. Motrice ou Pa Malabsorption.

Anémie Carentielle

① * Clinique de l'Anémie Carentielle *

- 1 - Anorexie, Apathie.
- 2 - Pâleur constante.
- 3 - Allongement du Temps de recolorat° lutanée.
- 4 - Ralentissement de la courbe de croissance.
- 5 - Infect° à Répétition.
- 6 - Trb's Digestifs
- 7 - Géophagie (Pica Syndrome) parfois.
- 8 - SPM, HPM, modéré Inconstante
- 9 - Souffle systolique.

② * Signes Biologiques " " " *

- Hémo-gramme** {
- Anémie Microcytaire Hypochrome.
 - $Hb \downarrow$, $Ht \downarrow$, $VGM \downarrow$ ($< 80 fl$), $CCHH \downarrow$ ($< 30\%$), $TCHH \downarrow$ (< 24), $GR \downarrow$.
 - Leucocytes normaux ou peu $\downarrow$.
 - Parfois Thrombopénie modérée.
 - Réticulocyte Normale ou $\downarrow$

- Frotté Sanguin** {
- Microcytose, Hypochromie.
 - Anisocytose : Annuleocytes, $\neq$ cibles, elliptocytes.

- Biochimie** {
- Fer sérique $< 70 \mu g/dl$
 - TIBC $> 330 \mu g/dl$.
 - Coefficient de Saturaⁿ CS $< 16\%$.
 - Ferritine sérique $< 10 \mu g/l$.

- Médullogramme** {
- Hyperplasie érythroblastique.
 - $\downarrow$ du % de Sidéroblaste $\rightarrow$ colorat° de Perl.

- Autres** {
- Atrophie villoitaire Partielle.
 - Carence Immunitaire.

(15) * Rachitisme Larentiel *

① * Signes cliniques et Paracliniques du Rachitisme Larentiel *

* clinique *

① → S. Osseux :

① * Crâne :

- Crâniotabès (après 3 mois).
- fontanelle antérieure large + retard de fermeture.

② * Membres :

- Bourrelet épiphysaire (nouures) → os long - poignet.
- Déformation Des membres.
- fractures spontanées.

③ * Thorax :

- Chapelet Costal.
- Déformation Thoracique (en Carène, en Brechet)

④ * Rachis :

- Cyphose.
- Scoliose.

⑤ * Bassin :

- Aplati (Coxa - Vera).

② → S. musculaire + Respiratoire :

- Hypotonie musculaire (retard d'acquisition Postural + Motrice).
- Distension Abdominal.
- Trbb respiratoire (Poumon rachitique).

③ → Altérat° Dentaires :

- retard de l'éruption Dentaires.
- Altérat° de l'émail dentaires.
- Caries Précoce (1^{ère} Dentition).

④ → S Hypocalcémique

- Convulsions.
- Tétanie.
- Encéphalite hypocalcémique.

⑤ → S Respiratoire

- Laryngospasme.

⑥ → S Cardiaque

- Trbls du Rythme Sévère.
- Cardiomyopathies.

⑦ → Autres

- Pâleur.
- infections respiratoires répétées.
- SPT.

* Radiologiques

* Signes d'Apparition Précoces.

→ R^x du Poignet Gauche⁺⁺⁺ de Face puis R^x du Thorax Face + Prof

① - Anomalies des membres Métaphysaires

- + élargissement des Bases métaphysaires Transversalement.
- + Aspect en Cupule ou en Toit de Pagode.
- + Distance métaphyse-épiphyse élargie.

② - Épiphyse

- + retard d'ossification (Points ^{Ossification} fous + irréguliers).
- + Densité Osseuse ↓.

③ - Diaphysaire

- + Fractures Pathologiques +/- déplacement.
- + Image pseudo Fracturaire de Looser Milkman.
- + Amincissement des Corticales.

④ - Déformation des membres : Diaphyse, Tibiales et Fémorales⁺⁺⁺
+ Incurvato à concavité interne⁺⁺⁺.

⑤ - Anomalies Thoraciques

- + Aspect en Bouche de champagne (= élargissement de la joint^e choncho-costale; chapelet costale).
- + Fractures costales, Ostéoporese.
- + Poumon rachitique.

⑥ - Anomalies Crâniennes

- + Retard de Fermeture des sutures.
- + Amincissement de la voûte crânienne (ostéoporese).

⑦ - Anomalies Rachidiennes

- + ↑ de la Transparence vertébrale.
- + Aspect en double contour des vertèbres.

* Biologique *

* Classificat° de Frasers

* Stade 1 : Hypocalcémie, phosphorémie normale, Absence d'Amino acidurie → Rachitisme Précoce, Signes Osseux (clinique et Radio) Discrètes.

* Stade 2 : Calcémie normale, Hypophosphorémie, Hyperaminoacidurie
→ Signes osseux net.

* Stade 3 : Hypocalcémie, Hypophosphorémie, Hyperaminoacidurie
→ Lésions osseuses Majeures.

* Autres :

- phosphatases alcalines ↑↑.
- Calciurie éffondrée, Hyperkaliémie, Magnésémie Basse.
- Hyperamino acidurie.
- Discrète Glycosurie.
- Défaut de réabsorption tubulaire des phosphates.
- Anémie Hypochrome, PTH ↑ (Sauf Stade 1), 25(OH)D Diminué au Dosage vitaminique.

② * TRT curatif du Rachitisme Latent *

① * Vitaminothérapie *

- Vitamine D₂ : Sterogyl Gouttes : 1 Goutte = 400 ui per os.
- Vitamine D₃ : Vit D₃ = 5 mg (200.000 ui).

② * Apport en Calcium *

- Si Déminéralisé et Hypocalcémie modérée : 500 à 1000 mg de calcium 4 @/jr pdt 10 jr + Alimentat° équilibré avec laitage assurant un Apport en Calcium de 500 - 700 mg/24h.
- Si Hypocalcémie Sévère : Supplémentat° en Calcium continue, régulière en IV 1000 mg/m²/24h jusqu'à la remontée de la Calcémie au dessus de 80 mg/l puis relais Per Os.

$$\text{Surface corporelle en (m}^2\text{)} = \frac{4P + 7}{P + 90} \quad P(\text{Kg})$$

③ * TRT Préventive du Rachitisme Latent *

* Méthode Général * Méthode Ut: lise.

- Soit Prophylaxie Quotidienne : 1,200 ui (3 Gouttes).
- Soit dose de charge : Vit D₃ = 200.000 ui (5 mg).

* Méthode en Algérie *

- Vit D₃ = 5 mg (200.000 ui) : voie per os.
- Calendrier vaccinal : 1 dose à 1 mois et 1 dose à 6 mois.

- Résultat : Bon.
- Prévalence : Rare.

(16) * Les Arthrites juvéniles idiopathiques *

(1) * Clinique de la maladie de Still *

* Manifestations extra-articulaires *

- 1 - Fièvre⁺⁺ (>15jr) Oscillante au cours du nyctémère, rebelle aux antipyrétiques.
- 2 - AEG.
- 3 - Éruption cutanée⁺⁺⁺ Erythème localisé fugace ou maculo-papuleux ou éruption urticaire fugace survenant aux clochers thermiques siégeant au membres et au Tronc.
- 4 - Atteinte lymphoïde : SPM modéré, Adénopathies.
- 5 - Atteinte des séreuses et viscérale : Péricardite, Atteinte Pleurale, Atteinte Péritonéale, Myocardite, HPM
- 6 - Atteinte cérébrale ou Hématologique : recherche un Sⁱ d'Activation macrophagique (SAM).

* Manifestations articulaires *

- Simple arthralgie à la phase initiale. 1/3 des cas.
- 2/3 des cas arthrites avec refus de marcher ou de se tenir debout chez l'enfant → symétrique non migratoire (fixe) Nbr < 4.
- Atteinte symétrique touchant les Poignets, les genoux, les chevilles, les coudes, les petites articulations des doigts, le rachis cervical⁺⁺⁺, les hanches et l'articulation Temporo-mandibulaire.
- 25% des cas Atteinte Polyarticulaire des formes Diffuses.

Diag = Erythème fugace + SPM ou HPM ou Adénopathies ou épanchements séreux.

(14) * Dermatose de l'enfant

(1) * Signes Cliniques de L'ainé Housseux

(A) → Début : Précoc (3 semaines - 2 mois)

* Mode de Début : bipolaire Cranio - Caudal

- Cuir chevelu : squames Grasses, Croûtes adhérentes
Aspect de "Croûtes de lait".

- Siège : Erythème Périorificiel, Plis inguinaux
Aspect en "y".

- Ø de Fièvre, Ø de Prurit.

(B) → Extension : Lentifuge. (Après 2 semaines).

- Casque séborrhéique : au cuir chevelu.

- Dermite en culotte : médaillons érythémateux squameux
avec intervalles de Peau saine.

* érupt° au visage (Front, oreilles, nez).

* intertrigos symétriques axillaires, cervicaux,
rétro auriculaires.

- Bon État Général, Ø de fièvre, Ø de Prurit.

(2) * Tableau d'une Dermatite Atopique :

= ECZEMA constitutionnel = Dermatose érythémato-vésiculeuse
Prurigineuse.

* Terrain : Atopique.

* Clinique :

- Début : à partir du 3^{ème} mois ou plus, localisé
céphalique : joue, Pommette, front.

- Évolution : en 4 stades :

(1) + Stade d'érythème : avec peu de Prurit.

(2) + Stade de vésiculation : vésicules fines, Très Prurigineuses

③ + Stade de suintement et format° de croûtes : les vésicules suintent : liquide clair, séreux (érythème exsudatif et suintent) + formation de croûtes.

④ + Phase d'assèchement et de desquamation : Peau +/- rouge et craquelée et desquame finement, puis évolution vers la Parakératose, puis l'épidermisation.

→ Autres localisat° : cuir chevelu, sillons rétroauriculaires, Plis des coudes et Des Poignets, creux Poplités, cou, Tronc, fesses.

→ Signes Associés

- Etat Général non Altéré.
- Prurit constant.

* Diag (+) :

- Notion d'Atopie Personnelle ou familiale.
- Hyperéosinophilie Sanguine.
- ↑ des IgE sérique.

18) * Leishmaniose viscérale

①) * Signes Cliniques et Biologiques + TRT et Surveillance de la leishmaniose viscérale

* Cliniques

- ① - Âge : Petit enfant (1 - 4 ans) → Possible à tout âge.
- ② - Incubation : 6 semaines à 6 mois ou plus.
- ^{chambre d'incubation} - ^{Fugale} - ^{viscère} - ^{Populeux} au Point de Piqûre (transmission)
- ③ - Début :
+ Progressif - insidieux, fièvre irrégulière, AEG,
Pâleur, Asthénie, Amaigrissement, Trb's du
Comportement, ↑ du Volume de l'Abdomen.
Trb's Digestifs.
+ Brusques rare, Fièvre ↑ 40°C.

④ - État : Triade → Fièvre + pâleur + SPH (HPM).

- + SF : - S Anémique : Dyspnée d'effort.
- Trb's Digestifs : Diarrhée subaiguë ou chronique
- + SG : - Fièvre ↑ au long cours, rebelle.
- AEG, Abdomen Distendu, Pâleur, Amaigrissement.
- + SP : - Pâleur intense.
- Tachycardie, Souffle organique.
- SPH, HPM, Adénopathies superficielles.
- + Autres : - Purpura Pétéchiol et ecchymotique (rare)
- Épistaxis, gingivorragies.
- Ictère.
- Atteintes respiratoires.
- Syndromes Gédémateux.

①) Interrogatoire : Séjour en Zone Endémique, chien Habité de l'environnement

* Biologique

- Héogramme
- Anémie normocytaire, normochrome.
 - Pancytopénie.
 - Leucopénie, neutropénie, éosinophiles Presque 0
 - Thrombopénie.

- Anomalies Protidiques** {
- Dysprotéinémie : - Protéidémie Totale normale ou ↓,
 - Hypoalbuminémie.
 - Hypergamma globulinémie polyclonale
 - Surt IgG, IgM ↑ (transitoire).

- Autres** {
- VS ↑.
 - Test de Leembs Parfois ⊕.

- Diag Parasitologique de l'infect°** {
- Recherche de Leishmanies dans les f. du système réticulo-histocytaire au niv de la moelle osseuse.
 - Frotté de moelle osseuse (coloré Par May Grunwald Giemsa) + culture sur Milieu NNN.
 - Frotté de suc splénique.
 - Ponction Biopsie du foie.
 - Ganglions lymphatiques périphériques.
 - Biopsie jéjunale.

- Diag Immunologique de l'infection** {
- Réact° d'Immunofluorescence indirecte.
 - La Technique ELISA. ⊕ à partir de 1/80.

* Traitement *

- Traitement Symptomatique adapté.
- Schéma Thérapeutique :
 - * injection quotidienne de 20 mg/Kg/jr
 - d'antimoine pentavalent : Glucantime en IM Profondes.
 - Pdt 30 jours.
 - * Médullogramme au 15^{ème} jr de TRT : confirme la stérilité de la moelle et l'efficacité du TRT.

* Surveillance *

- Cliniques** {
- constantes vitales, courbe Thermique.
 - Surveillance des signes de la Maladie : SPM (calque)
 - Signes Stibio-intolérance, stibio-intoxication.

Biologique

- NFS, VS
- Bilan hépatique, rénal, hémostasie.
- Frottis médullaire (en fin de cure).
- ECG; échographie.
- Sérologie.

②) * Effets secondaires du Glucantime

- * Stibio - Intolérance:
 - Manifestat° Précoce imposant l'arrêt du TPT car la mort est possible:
 - + Fièvre, frissons, céphalées, arthralgies.
 - + Myalgies, éruption cutanée.
 - + Anorexie, vomissements et Diarrées, Hémorragies
- * Stibio - Intoxication:
 - Tardif, en fin de cure ou en post cure = erreur de Posologie.
 - + Signes d'intoxication Variable : atteinte hépatique, rénale, Polynévrite, atteinte myocardique⁺⁺ (inversion du T et Allongement du QT).
 - ou Hématologique (A. Hémolitique ou Granulocytose).

(19) * Malnutrition Protéino-énergétique

(1) * Classification de GOMEZ : Basé sur la mesure du Poids et de l'âge.

Poids par rapport à l'âge exprimé en Pourcentage de la médiane de référence P50	Degré de Sévérité
90 - 100 %	Normal
75 - 89 % (Déficit 40 25 %)	Stade I de Malnutrition légère
60 - 74 % (Déficit 26 - 40 %)	Stade II de Malnutrition Modérée
inférieur à 60 % (Déficit sup à 40 %)	Stade III ou Malnutrition Sévère.

(2) * Différence entre Marasme et KWASHIORKOR

(20) + Dysthydiection Aigue

① * Signes Cliniques et Biologiques de la Dysthydiection Aigue *

* Cliniques

① → DHA extra fœtal

- 1 - Globe oculaires excavés et hypotoniques
- 2 - Absence de larmes.
- 3 - Fontanelle Antérieure Déprimée.
- 4 - Signes de Rhabdomyos.
- 5 - Pli cutané.

② → DHA intra fœtal

- 1 - Soif importante.
- 2 - Fièvre inexpliquée.
- 3 - Fontanelle antérieure Peu Déprimée.
- 4 - Globes oculaires Peu excavés.
- 5 - Mucosuses sèches.
- 6 - Pli cutané Discrète.
- 7 - Hyper irritabilité, Convulsion, coma.

* Biologique

- | | |
|--|---|
| <u>Ionesgramme</u>
<u>Sanguin</u> | - Natrémie : |
| | + DHA isonatrémique (130 - 150 mEq/l).
+ DHA hyponatrémique (< 130 mEq/l).
+ DHA hypernatrémique (> 150 mEq/l). |
| | - Kaliémie = Normale ou ↓. |
| | - Parfois Hyperglycémie de stress. |
| <u>Examen</u>
<u>des</u>
<u>Urines</u> | - Diurèse Absente en cas de DHA sévère ou modérée. |
| | - Densité urinaire ↑↑↑ > 1025. |
| | - Natriurèse ↓ < 20 mEq/l. |
| | - pH urinaire < 5,5. |
| | - Osmolarité urinaire ↑. |

Autres:

- Urée sanguine ↑, Créatinine ↑ au nrmL.
- Chloremie < 80 mEq/l en cas de vomissements.
- Glycémie suit ↑.
- Osmolalité Plasmaticque $[Na (mEq/l) \times 2] + [Gly (g/l) \times 5,4]$
(N^o 290 mosm/l)

(2)* YRT + Surveillance de la DHA:

- DHA < 10% : Réhydratation orale.
- Solution SRO 20 ml / Kg / R Pdt 6h (120 ml / Kg).
- Réévalué chaque 30 min.
- Réhydratation continue par sonde nasogastrique si refus de Boire.

+ Surveillance

- Réévalué chaque 30 min / rechercher les signes de Gravité.
- Réévaluer l'état de l'enfant après 4 h :
- + si Aggravat° Réhydratation IV.
- + si : 0 signes de déshydratation (l'enfant a uriné).
- SRO en domicile, YRT de la Diarrée Aiguë.

→ DHA ≥ 10% ; DHA ≥ 15%
Réhydratation Intra Veineuse.

Type	Isotonique			Hypotonique			Hypertonique		
	10%		15%	10%		15%	10%		15%
<u>Pertes antérieures</u>									75
0 - 20 mn	20	SSI/SBI	30	20	SSI/SBI	30	50	SG 5%	
20 mn - 2h	30	SSI	45	30	SSI (+ déficit sodé)	45		(25mEq/l de Na)	
		DIURESE			DIURESE			x2	
2h - 6h	50	SRH	75	50		75			
					SRH				
<u>Pertes en cours</u>	50	SRH	50	50	SRH	50	50	SRH	50
6h - 12h									
<u>Ration de base</u>	100	SRH	100	100	SRH	100	75	SRH	75
12h - 24h									

* Surveillance :

Cliniques { - Respire : état conscience, T, FR, état d'Hydratation, état hémodynamique : Puls, FC, TA.
- Poid : 6^{ème} heure, 24 h puis tous les jours.

Bilan des Pertes { - Diarrhée.
- Vomissement.
- Diurèse.

Évaluation de l'état d'Hydratation { - 6^{ème} heure chez le nourrisson.
- 3 h chez l'enfant.

Biologies { - Tabstix, Densité Urinaire.
- Fonction rénale, Ionogramme Sanguin, GAZ du Sang.

2^{ème} jour { - Évaluation de l'état d'Hydratation.
- Poursuite de l'Administration SRO.
- Traitement de la Diarrhée Aiguë

③ * Déshydratation isotonémique, hyponatrémique,

hypernatrémique :

* Définition :

* Signes Cliniques :

DHA	Isoonatémique	Hyponatémique	Hypernatémique
<u>Définition</u>	Natémie entre 130-150 mg/l	Natémie < 130 mg/l	Natémie > 150 mg/l
Début	Variable	Variable	Aiguë
Fèvre	Absente	Absente	Hyperthermie
Humides	+/- sèche	Humides	Très sécher, Rétios.
G.O. exaérés	++	+++	+
Fent. Ant. déprimée p/c cutanée (Tünger)	++	+++	+
Pouls	Rapide	Rapide	Peu Accéléré
TA	Basse	effondrée	Peu Abaissée
T.R.C	Allongé	Très Allongé	Peu Allongé
Consistance	Selon Degré	Obtubilisation	COHA / Consulsion
Diurèse	Éliguine ++ (Anurie si sévère)	Éliguine +++ Anurie	Hyper-irritabilité. Normale +/-

* clinique *

(21) * Infections Urinaire de l'enfant *

Signes cliniques et Biologiques de l'infection Urinaire Basse et Haute de l'enfant + TRT

* Haute Pyélonéphrite aiguë

* Clinique

- Fièvre $> 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Frissons, Douleurs lombaires, Pollakiurie, Dysurie.

* Biologique

- Syndrome inflammatoire :
CRP $> 10\text{ mg/l}$, VS $> 30\text{ mm à la 1}^{\text{re}}\text{ heure}$, Hyperleucocytose avec Polynucléose.
- Bactériurie $> 10^5/\text{ml}$.
- Leucocyturie $> 10^3/\text{ml}$ ou $> 20/\text{mm}^3$.

* Traitement

! c le trt de la cystite aigue

Per os

Monothérapie

- Cotrimoxazole (6-7 mg/Kg).
- Nitrofurantoin (1) (3-5 mg/Kg/jr).
- Acide Nalidixique (2) (30-60 mg/Kg/jr).
- Nitroxo line (50 mg/Kg/jr).

(1) + (2) sont contre indiqués chez le N.N et le nourisson $< 3\text{ mois}$

* Basse Cystite aiguë

* Clinique

- Absence de Fièvre ou $< 38^{\circ}\text{C}$.
- Pollakiurie, Brûlures mictionnelles.
- Urgences Mictionnelles.
- Douleurs sus Pubiennes.
- Perte Urinaires Diurnes, Énurésie II^e aie.

* Biologique

- Absence de Syndrome inflammatoire.
- Bactériurie $> 10^5/\text{ml}$.
- Leucocyturie $> 10^3/\text{ml}$ ou $> 20/\text{mm}^3$.

* Traitement

IV puis relai Per os

Bi Thérapie en IV pendant

24 à 48 h $\rightarrow$ C3G + Aminesides

Puis relai Par voie orale pdt

7 à 14 jr.

! c le trt de la pyelonephrite

② * Diagnostic Bactériologique de l'infection urinaire * Modalités de Prélèvement + Critères du diag

→ Diag (+) Bactériologique :

- Par ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines).

<u>* Modalités de Prélèvement</u>	<u>* Critères Diagnostiques Culture :</u>
① - Ponction sus Pubienne ⁺⁺⁺ (+ fiable) avec repérage échographique	<u>* Bactériurie :</u> Bacille Gram $\ominus$: Pas de Seuil Cocci Gram $\oplus$: UFC $> 10^3$ /ml. <u>* Leucocyturie :</u> 10^3 /ml ou 10 /mm ³
② - Cathétérisme Mésal (facile chez la fille).	<u>* Bactériurie :</u> UFC $> 10^3$ /ml <u>* Leucocyturie :</u> 10^3 /ml ou 10 /mm ³
③ - Prélèvement au milieu du jet (Prut mictionnel). non Invasive - chez l'enfant ayant une miction volontaire	<u>* Bactériurie :</u> UFC $> 10^5$ /ml <u>* Leucocyturie :</u> 10^3 /ml ou 10 /mm ³
④ - Prélèvement Par Poche Adhésive. - enfant < 2 ans, non Invasive, expose au contaminat° par la flore Comensale du Tube Digestif	<u>* Bactériurie :</u> UFC $> 10^5$ /ml <u>* Leucocyturie :</u> 10^3 /ml ou 10 /mm ³

(22) * Glomérulonephrites aiguës post-infectieuses *

1 * Signes cliniques et Biologiques de la GNA + Traitement :

* Cliniques

① → Syndrome néphritique aigu : 1 à 2 semaines après une infection rhinopharyngée et 3 à 6 semaines après une infect° lutanée.

- Œdème d'installation rapide : Blanc indolore. Grandant le Œdème siégeant à la face Hbif ; Parfois œdème cérébral.
- Hématurie macroscopique & urines Brun-rouge foncées dites "Coca-cola" ou "Bouillon Sale". H. microscopique (constante).
- HTA systole-diastolique, GAP, IC, encéphalopathie hypertensive.
- Parfois Oligoanurie Transitoire.

② → Autres :

- Douleurs lombaires, Dlr Abdominales.
- Angine.
- Impétigo.
- Pâleur.
- Anorexie, Vomissement, nausées.

* Biologique :

- 1 - Hématurie constante macro/microscopique. Au compte d'Addis $> 10^5$ Rématis / mn ; $\exists$ d'Hématies en rouleaux cylindriques et d'Hématies dysmorphiques (Origine Glomérulaire).
- 2 - Protéinurie modérée < 50 mg/24h non sélective.
- 3 - Leucocyturie sans Bactériurie.
- 4 - ASLO $\uparrow$ Transitoirement ; $\uparrow$ IgG, IgM ; Complexes Immuns Circulant.
- 5 - $\downarrow$ C3 - C4 ; Bilan Protido-lipidique sanguin normal.
- 6 - Urée $\uparrow$ (Urinaire + Sanguine).

- 7 - $\downarrow$ Complément Hémitique Total :
CH50 $\downarrow$ qui se normalisent qu'après 1 mois d'évolution.
- 8 - Créatinémie $\uparrow$, clarence à la créatinine normale.
- 9 - Filtration Glomérulaire $\downarrow$.
- 10 - Natriurèse Basse $\downarrow$.
- 11 - Parfois Hyperkaliémie.
- 12 - Parfois Hyponatrémie.
- 13 - Insuffisance rénale aiguë modérée et Transitoire.
- 14 - $\hat{S}$ inf inflammatoire Discrète, VS + Fébrinémie $\uparrow$; Anémie normocytaire normochrome, hyperleucocytose à PNV.

* Traitement

- 1 - Régime sans sel.
- 2 - Restriction Hydrique.
- 3 - Traitement de l'HTA :
+ Dihydralazine 1 à 3 mg/Kg/24h
Cp 25 mg.
- 4 - Épuration extra rénale si IRA.
- 5 - Oxygénothérapie si GAP.
- 6 - Antibiothérapie.

② * Citez les complications de la GNA Post-Streptococcique

- 1 - HTA maligne avec œdème Pulmonaire cérébral et rétinopathie Hypertensive.
- 2 - Anémie.
- 3 - Insuffisance rénale Terminale (21% des cas).
- 4 - Insuffisance Cardiaque.

{ (23) * Tumeurs Abdominales }



(1) * Diagnostic Positif d'une Tumeur Abdominale :

- 1 - Présence d'une Masse Abdominale.
- 2 - Distension Abdominale.
- 3 - Appel Généraux : fièvre Prolongée, Amaigrissement, Dtrs Abdominales, Trbls du Transit (Vomissement, Diarrhée, constipation).
- 4 - Signes de compression Pelvienne : Pollakiurie, Rétention d'urine.
- 5 - Complicat° aiguë (rare) : invagination intestinale (lymphome).

④ * Vaccinations

NOUVEAU CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION

Vaccin	Age	Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	11 mois	12 mois	18 mois	6 ans	11-13 ans	16-18 ans	Une fois entre 16 ans et 18 ans
BCG		BCG										
HVB		HVB										
VPO		VPO	VPO		VPO		VPO		VPO	VPO		
DTC-Hb-HVB			UTC VAC HVB		UTC Hb HVB		UTC Hb HVB					
Pneumocoque			Pneumo- coque		Pneumo- coque		Pneumo- coque					
VPi				VPi								
ROB						ROB		ROB				
DTG									DTG			
dt Adulte										dt Adulte	dt Adulte	dt Adulte

BCG : tuberculose, HVB : hépatite B, VPO : poliovirus oral, DTC-Hb-HVB : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hémophilus Influenzae type b-Hépatite B, VPi : poliovirus injectable, ROB : Rougeole-Oreillons-Rubéole, DTG : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche, dt Adulte : diphtérie-Tétanos Adulte

① * Donnez le Calendrier Vaccinal Actuel + effets Secondaires.

② * Donnez le Calendrier Vaccinal de 0 à 6 ans.

③ * Donnez le Calendrier Vaccinal national de la naissance jusqu'à 18 mois.

④ * BCG

- Indications.
- Technique.
- Surveillance (incident et Accident).

* Indications *

- Il doit être administré avant la sortie de la maternité à tous les N.N viables ainsi qu'aux Prematurés.
- Tous les enfants non Porteurs de Cicatrice BCG âgés de 0-6 ans. (une seule fois)
- Tous les enfants présentant une IDR négative.

* Techniques *

- Voie intradermique
- Face antéro-externe de l'avant Bras Gauche, dans la région deltoïdienne du Bras, jonction $1/3$ moyen et du $1/3$ supérieur au niveau de l'insertion du deltoïde.
- 0,05 ml avant 1 ans ; 1 ml après 1 ans.

* Surveillance Incident + Accident *

* Réaction Attendue *

- Induratio au site d'injection
- Lésion locale pouvant s'ulcérer qlq semaines
- Cicatrisation qlq mois
- Persistance d'une petite cicatrice plate.
- Parfois survenue d'un Ganglion lymphatique régional de moins d'1 cm.

* Effets secondaires *

- Strictement local.
- Ulcération durable > 10 mm.
- Abscess sous cutané.
- Adénite.
- Erythème, Lupus, érythème noueux $\rightarrow$ exceptionnels.

Description des différents vaccins du calendrier vaccinal - Cours de B.E.O 2016 - 1/2					
Description	B.C.G	DTC	Diphthérie	Tétanos	Coqueluche
Type vaccin	Vivant atténué Bacille de Koch bovin	DT: anatoxines C: tué inactivé	Anatoxine: Toxine diphthérique	Anatoxine Bacille de Nicolaïer	Tué inactivé par le formol Bordetella pertussis
Présentation	Forme lyophilisée: flacons multi doses + ampoule de solvant	DTC: amp unidose 0,5ml DT: amp unidose 0,5ml TETRACOQ = DTC 0,5ml + Polio inactivé 0,5ml	Ampoule 0,5ml Flacons 20 à 50 doses Liquide	Ampoule 0,5ml Liquide	Liquide en association DTC
Conservation	+4°C / 12 mois / U: 2H À l'abri de lumière	+4 à +8°C	+4 à +8°C	+4 à +8°C	+4 à +8°C
Les vaccins les plus stables					
Technique	Vole ID, Face ant-ext de l'avt-bras G 0,05ml avt 1an, 1ml après	IM, Sous cutanée	IM, Sous cutanée	IM, Sous cutanée	IM, Sous cutanée
Effets itaires	Suinterment local, Ulcération durable > 10mm Absès sous cutané Adénite, Ostéite, lupus, érythème nodosus : exceptionnels	L'association DTC: Hyperthermie 1 à 2 jrs, Troubles digestifs 1 à 2 jrs, Nodule indolore au point d'injection.	Fèvre à 38, 39°C, Urticaire, oedème, choc exceptionnels (>10 ans + adultes)	Douleur initiale, Aucune réaction locale ou générale Enceinte : 2 doses à 1 mois d'intervalle (avt fin 7 ^e et 8 ^e mois)	Fèvre jusqu'à 39, Douleur locale, nodule, Convulsions fébriles, Cris persistants + hypotonie- hyperactivité, choc et encéphalite exceptionnels
C.I.	Déficits immunitaires				F> 40, choc lors d'une 1 ^{ère} vaccination
Efficacité	Protection: formes graves de TBC: méningites et milaires		Idéale : efficacité et innocuité	Longue durée d'immunité : 5 à 10 ans	Imperfecte : épidémies + formes graves, Forme atténuée possible

Description des différents vaccins du calendrier vaccinal - Cours de B.E.O 2016 - 2/2						
Description	Polio		R.O.R	Hib	HRV	Pneumo
Type vaccin	Inactivé inj (IPV) SALK, LEPINE	Atténué en per os (VPO)	Hyper atténué (milieu d'embryons de poule)	Polysaccharide Hib conjugué à la protéine tétanique	Obtenu par technique de recombinant génétique	Polysaccharidique (23 sérotypes) Conjugué (13valences)
Présentation	VPO divalent (sérotypes 1 et 3) +++ Seul: 5, 10 doses Combiné : non disponible ici	Flacons de 20 doses Le + fragile	F, lyophilisée: flacons de 5 à 10 doses + 5ml de solvant	Poudre en flacon à combiner à la suspension inj DTC- HBV (vaccin à reconstituer)	Ampoule unidose dans une seringue pré- remplie de 0,5 ou 1ml Combiné avec DTC-Hib (vaccin pentavalent)	Seringue pré-remplie de 0,5ml, Flacon unidose de 0,5ml
Conservation	VPI seul: + 2phényléthanol +2 à +8°C Pas de congélation Abri de lumière	0 à +4°C, haut du réfrigérateur Abri de lumière	+4 à +8°C Haut réfrigérateur Pas de congélation Abri de lumière Utiliser: EH	+2 à +8°C Pas de congélation	+4 à +8°C Pas de congélation	+4 à +8°C Pas de congélation
Technique	IM++ ou SC = 0,5ml Face ext de cuisse Jamais mélangé	2 gouttes sur la langue	SC : fosse s/épi ou face ext du bras O IM: ant-ext cuisse	IM: face ant-latérale de la cuisse Sous cutanée	IM: face ant-latérale de la cuisse (NRS) Deltolde (+ grand)	IM: face ant-latérale de la cuisse
Effets itaires			F ⁺ +/-: exanthème morbilliforme, Troubles digestifs, Catarrhe oculo- nasal, convulsions fébriles, gonflement parotidien	Douleur, rougeur, tuméfaction, F>38°C OMI + cyanose ou purpura fugace du membre vacciné ou l'autre à disparition spontanée	Douleur transitoire, érythème, induration, Rarement: F ⁺ , céphalée, myalgie, troubles digestifs, Hypersensibilité excep SEP (sans aucun lien)	
C.I.			Ceux des vaccins vivants atténués, ATCO de réactions anaphylactiques aux œufs ou au vaccin	Hypersensibilité à l'un des composants (prot tétanique+++) ou après injection antérieure	Hypersensibilité lors d'une injection antérieure Voir dans le cours : immunoprophylaxie	

(25) Diarrhée Aiguë

① * Traitement de la Diarrhée Aiguë

→ Plan "A" D. sans Déshydratation

- Faire Boire l'enfant Plus de liquide que d'Habitude.
- Administrer SRO après chaque selle molle :
 - * 50 à 100 ml à la cuillère chez l'enfant < 2 ans (1/4 à 1/2 Tasse).
 - * 100 à 200 ml chez l'enfant > 2 ans - 10 ans. (1/2 à 1 Tasse).
 - * 10 ans ou Plus autant qu'il voudra.

→ Plan "B" D. avec Déshydratation < 10%

- Réhydratation Par voie Orale pdt 4 heures à l'Hôpital du Jour
- Quantité de SRO = (Poids x 75) ml.
- Si Poids inconnu la quantité Approximative est :
 - * < 4 mois → 5 Kg → 200 - 400 ml.
 - * 4 - 11 mois → 5 - 7,9 Kg → 400 - 600 ml.
 - * 12 - 23 mois → 8 - 10,9 Kg → 600 - 800 ml.
- Réévaluer l'état au bout de 4 heures si pas de signe de DHA de 06 - 24 h remplacer Volume par volume.
- Si signe de DHA plan B.

→ Plan "C" Déshydratation sévère > 10%

- Réhydratation Par voie intraveineuse selon le schéma national.

NB: il faut Prévenir la malnutrition au Plan "A" en continuant l'Allaitement maternel et si allaitement Artificiel ne pas l'arrêter et ne pas diluer le lait.

→ Anti Biothérapies si :

- 1 - Shigella, Giardiose.
- 2 - Nourisson < 3 mois.
- 3 - Tableau de Toxi-infection.
- 4 - Dénutrition sévère.
- 5 - Déficit Immunitaire, Drépanocytose.

(26) * Tuberculose de l'enfant *

① * Diagnostic Positif de la Primo-infection Tuberculeuse + Traitement *

* PRIMO-INFECTION LATENTE *

- 1 - Notion de latence.
- 2 - Absence de cicatrice BCG.
- 3 - IDR ≥ 10 mm.
- 4 - Absence de signes cliniques et radiologiques évocateurs de Tuberculose.

* PRIMO-INFECTION PATENTE (PIP) *

- Fébricule véséral.
- Toux chronique.
- Anorexie (rare).
- Asthénie.
- Amaigrissement.
- Sueurs nocturne.
- Erythème noueux : au Membre (Face ant. Tibio++).
- Kératoconjonctivite Phlycténulaire.
- Parfois Asymptomatique (Découverte lors d'un Dépistage Systématique).

- IDR ≥ 10 mm si B de cicatrice BCG.

- IDR ≥ 15 mm si $\exists$ de // " "

- T^x : Image de PIP (adénopathies médiastinales, Complex Primaire, Trble de la ventilation)

- Endoscopie Bronchique (Granulome, Caséum, Compression)

- Radiodensitométrie.

- PL : enfant < 3 ans.

- Biologie : VS $\uparrow$, FNS : lymphocytes, Anémie.

→ Traitement *

* 2RHZ / 4RH → le matin à jeun en une seule fois.

Médicament	R	H	Z
Hg/Hg/jr	10-12	5-6	25

Posologie.

* Kinésithérapie si Primo-infection avec Trouble de la ventilation.

37 + Bronchopneumonies Bactériennes de l'enfant

① * Signes Cliniques et Paracliniques d'une Staphylococcie Pleuro-Pulmonaire

* Cliniques

Début: Brutal

- + État Général Altéré, geignement, refus de Boire.
- + Fièvre ↑.
- + Polypnée, Détresse respiratoire importante, $FR > 60/m$
- + Teint grisâtre, Pâleur, Cyanose, Toux.
- + Trb's digestif.
- + Signe d'Appel: météorisme Abdominal important.
- + Battement des ailes du nez, Tirage sous costal.
- + Râles crépitants à l'auscultat°.
- + S' d'épanchement Pleural GAZEUX ou LIQUIDIEN.

* Radiologique

- + Variable en qlq heures.
- + Opacités micro ou macronodulaires mal limitées, disséminées.
- + Opacités Ségmentaires ou Lobaires.
- + Image Bullense → Caractéristiques.
- + Signes d'Atteinte Pleurale: Pyopneumothorax.

* Biologiques

- NFS: Hyperleucocytose à PNN.
- Si forme GRAVE: Leucopénie.

Diag: Hémoculture indispensable.
Ponct° Pleural: Examen Direct, CIE

28. Risque médicamenteux chez l'enfant

① effets secondaires d'Acide Acétyl Salicylique

- Allergie & rash, Syndrome de Stevens - Johnson - crise d'Asthme - Urticaire - Œdème de Quinck.
- Lésions Gastriques & saignements Gastro-intestinaux (Hémorragies digestives) - Dlr Abdominal - Ulcère.
- Syndrome de Reye & atteinte hépatique associé à des signes neurologique Grave.
- Intoxication aiguë & DHA - coma - convulsion - Somnolence - hyperpnée.

(29) * Maladie Hémorragiques du N.N. *

① * Signes Cliniques et Biologiques de la maladie Hémorragique du N.N. + Prise en charge et Prévention *

* Cliniques

1 - enfant né de conditions normales, nourri au sein n'ayant pas reçu de vit K entre le 2^{ème} - 7^{ème} jour.

2 - Hémorragies des muqueuses Digestives.

3 - Hémorragies Gastro-intestinales & Méléna⁺⁺.

4 - " Cutanées.

5 - Autres (Rare, Grave) :

+ céphalHématome.

+ H. rétinienne.

+ H. sous capsulaire du foie.

+ H. des surrénales.

+ H. cérébro-méningées.

* Biologiques

1 - Temps de saignement normal (4 mn - NNé)

2 - " " Coagulation normal (4-5 mn) ou ↑.

3 - " " Céphaline Kaolin (TCK) ↑.

4 - " " Quick ↑.

5 - " " Plaquettes normal, Fibrinogène normal.

6 - Anémie Plus ou moins marquée.

7 - Facteurs II, VII, X ↓.

* Traitement *

→ Curatif :

1 - Dose de charge : 5 mg vitamine K en IV
Ampoule de 1 ml = 10 mg (seringue à insuline)
Par voie orale : 1 Goutte = 1 mg.

2 - Proscrire la voie Intra-musculaire.

3 - Corriger l'Anémie : culot Globulaire.

4 - en Cas de Tableau Grave : Plasma frais
 congelé 10 à 20 cc / Kg en Perfusion.

→ Préventifs

- Vitamine K à la naissance :
Vit K₁ → 1 mg en I.M.

ou :
Vit K₁ Par voie orale : 2 mg (2 Gouttes).

* CPRO non fait *

* RAA

- 1- Critère de Jones du RAA.
- 2- Définit° de la Cardite Rhumatismale Sévère.
- 3- Classificat° des Cardites Rhumatismales.
- 4- TRT curatif du RAA + Prévention.

* Albino-juveniles Idiopathiques

- 1- ACJ { Clinique + Radio
+ Biologie +
Classificat°

- 2- Diagnostic Positif de l'ACJ + Traitement.

- 3- Classificat° radiologique de l'ACJ.

* Developpement Psychomoteur

- 1- Acquisit° Psychomotrices d'un enfant de 3 ans.

* Malnutrition

- 1- Définition d'un Marasme
- Kula shior Kor
- Kula shio Kor
Marastique.

- 2- Tableau Comparatif entre Marasme et Kula shior Kor.

* Tuberculose

- 1- Phéma Thérapeutique + Posologie.
- 2- " " d'une Pleurésie Tuberculeuse.

* Anémie de NNÉ

- 1- NNÉ de 24h, 3kg, Anémie 10g/dl, mère O⁺, enfant A⁺, CAT?
- 2- NNÉ 10jr, Poids 6p B⁺. Mère O⁺
Hb: 8g/dl. Donnez: Quantité de sang transfusé, le grp sangu transfusé, le Débit de transfusion, les précautions à prendre lors de la transfusion.

* Insuffisance Cardiaques

- 1- Signes Cardinaux d'une I.C.
- 2- TRT Digitale - Diurétique de l'IC du Nouveau-né (Poids 10Kg) durant les 24 premières heures.

- 3- CAT.

* Diabète de l'enfant

- 1- Insulinothérapie d'un enfant Présentant un diabète insulino-dépendant non compliqué Pesant 30Kg.

* Hypothyroïdie Congénitale

- 1- Signes d'HT Congénital chez un NRS de 1 mois.

* Créissance

- 1- Première Dentition: Grobte d'Apparition.

* Bronchopneumonie Virale de l'enfant

- 1- Bronchiolite virale: facteurs de risque + signes de Gravité d'une Bronchiolite aiguë.