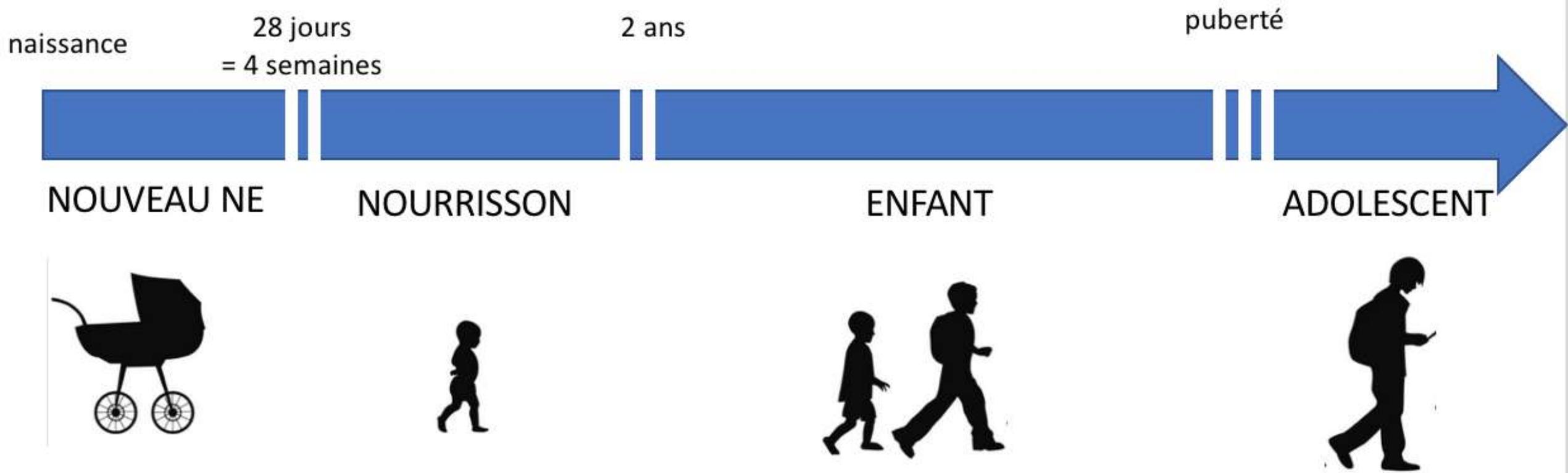


# Soirée quiz « pédiatrie »

Par le CMUB, le 10 avril 2025, avec le soutien de **sanofi**

# La pédiatrie... c'est qui...?



# Laryngite

## ► Corticoïdes

- Bétaméthasone 10-15 gouttes/kg
- Prednisolone 1 mg/kg

## ► +/- Adrénaline aérosol (formes sévères uniquement, surveillance hospitalière 4h)

- 0,5 mg/kg si < 1 an (max 5mg)
- >1an 5mg



# Laryngite

► NB:

► Betaméthasone: 40 gouttes = 1 ml = 0,5 mg

► 5 mg de **Betaméthasone** = 0,75 mg de **Prednisolone**



# Crise convulsive fébrile

Caractéristique	Crise fébrile simple	Crise fébrile complexe
Âge de survenue	1 an – 5 ans	< 1 an ou > 5 ans
Durée de la crise	< 15 minutes	> 15 minutes
Nombre de crises / 24h	Une seule	Plusieurs dans les 24 heures
Type de convulsions	Généralisées (tonico-cloniques)	Focales (limitées à un hémicorps ou un segment corporel)
Récupération post-critique	Rapide, sans déficit neurologique	Possible déficit transitoire ou lente récupération
Antécédents familiaux	Souvent présents	Parfois présents
Examen neurologique entre crises	Normal	Peut être anormal



# Bronchiolite

## Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois) Evaluation initiale

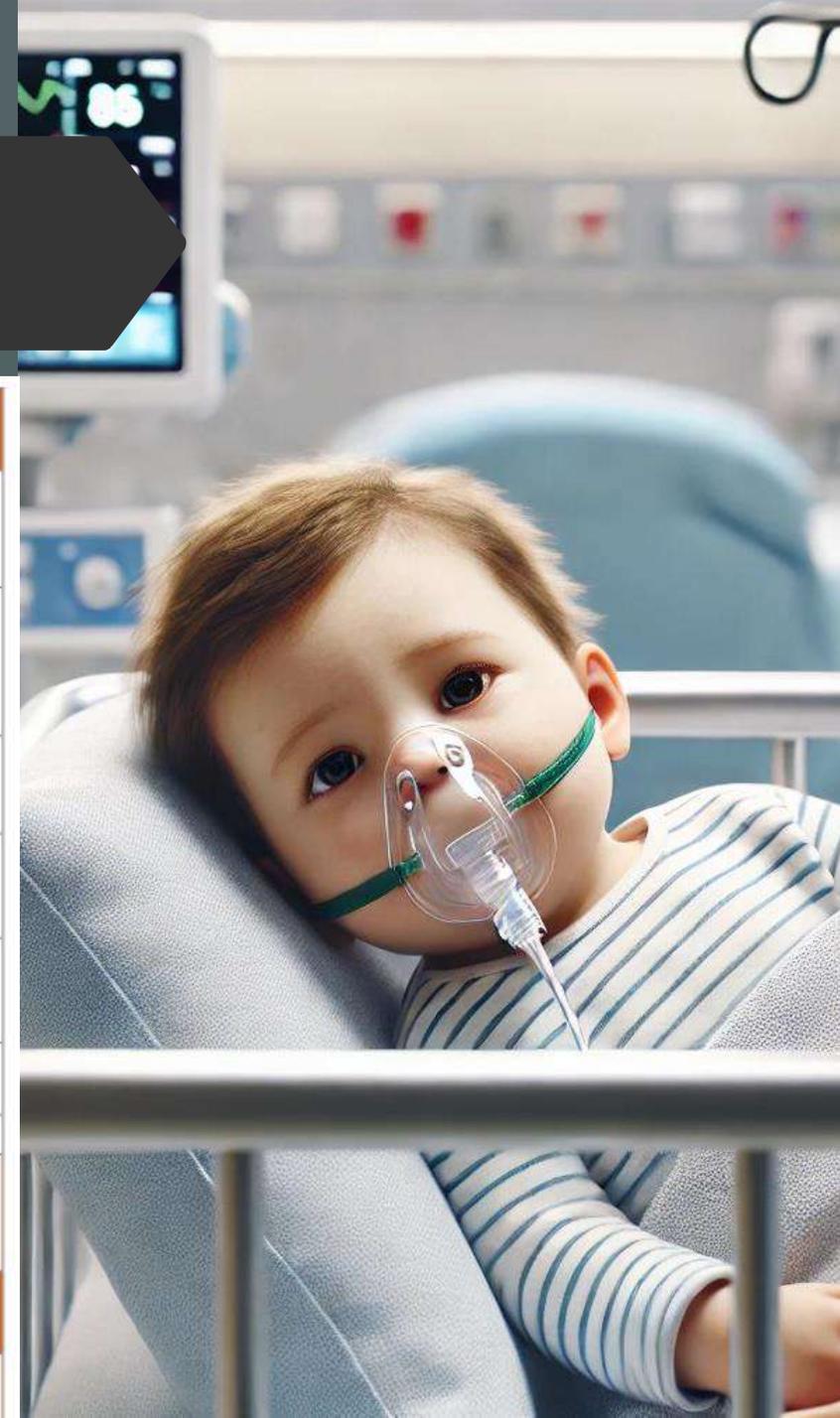
### Check List

- ✓ **Etat général/comportement/hypotonie**
- ✓ **Critères de gravité**
  - Fréquence respiratoire sur 1 minute (**> 60/ min ou <30/min**)
  - Fréquence cardiaque (**>180/min ou <80/min**)
  - Pausés respiratoires
  - Respiration superficielle
  - Signes de lutte respiratoires intenses (mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens, et un balancement thoraco abdominal, battements des ailes du nez)
  - SpO2 < 92% ou cyanose
  - Alimentation < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire
- ✓ **Critères de vulnérabilité**
  - Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA
  - Comorbidités (cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap)
  - Contexte socio-économique défavorable
  - Critères d'environnement (recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile)

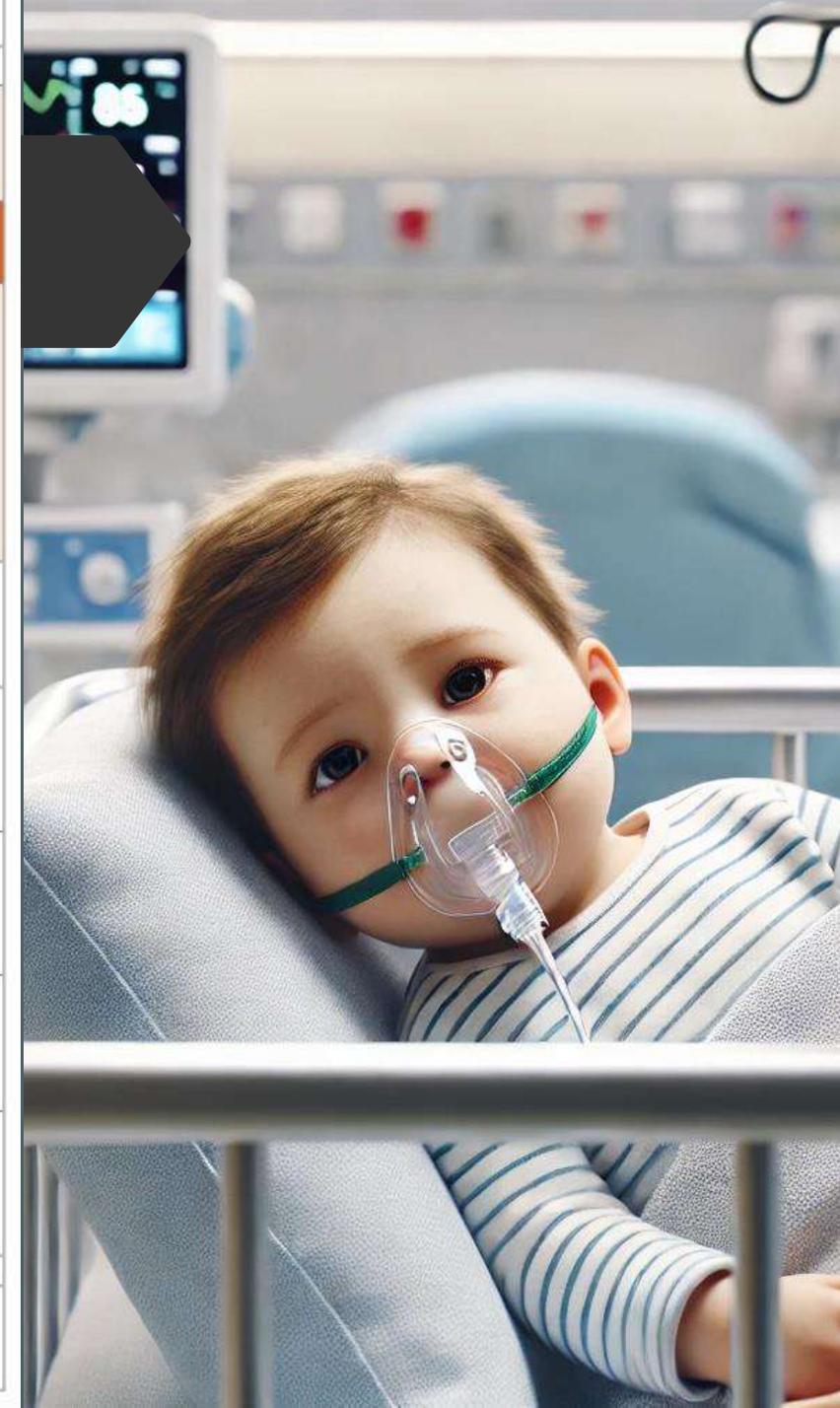


# Bronchiolite

Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)			
<b>Interprétation</b>	<b>Présence de tous les critères</b>	<b>Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)</b>	<b>Au moins un des critères graves</b>
<b>Prise en charge initiale</b>			
<b>Orientation</b>	<b>Retour au domicile avec conseils de surveillance</b>	<b>Hospitalisation si :</b>	<b>Hospitalisation systématique</b>



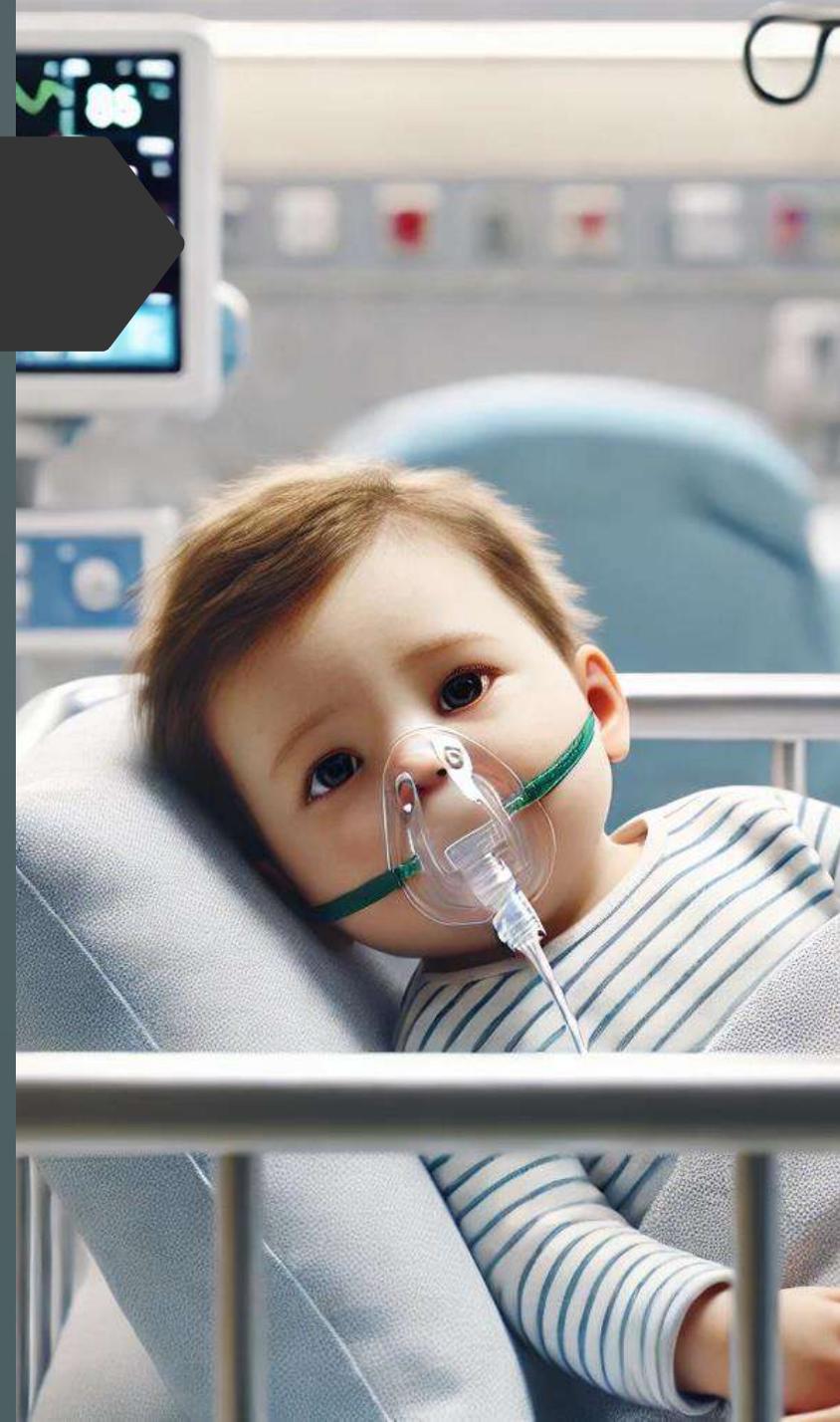
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)			
<b>Interprétation</b>	<b>Présence de tous les critères</b>	<b>Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)</b>	<b>Au moins un des critères graves</b>
<b>Prise en charge initiale</b>			
<b>Orientation</b> <i>(domicile, hospitalisation, USI réanimation)</i>	<b>Retour au domicile avec conseils de surveillance</b>	<b>Hospitalisation si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ SpO2 &lt;92% (indication oxygène)</li> <li>✓ Support nutritionnel nécessaire</li> <li>✓ Age &lt; 2 mois</li> </ul> <b>Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement</b>	<b>Hospitalisation systématique</b> <b>Hospitalisation USI / réanimation si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apnées</li> <li>✓ Épuisement respiratoire, capnie (&gt;46-50 mmHg), pH (&lt; 7,34)</li> <li>✓ Augmentation rapide des besoins en oxygène</li> </ul>
<b>Examens complémentaires</b>	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
<b>Oxygène</b>	Non indiqué	Si SpO2 <92%  Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 <94% à l'éveil  Objectif SpO2 > 90% sommeil et >94% à l'éveil
<b>Nutrition</b>	Fractionnement	Fractionnement  Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation intraveineuse (IV)	Fractionnement  Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv
<b>Désobstruction des voies aériennes supérieures</b>	systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées)		
<b>Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique</b>	Non recommandée	Non recommandée en hospitalisation  Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire)	Contre indiquée
A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)			
<b>Traitements médicamenteux</b>	<b>Pas d'indication :</b> bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique <b>Contre-indication :</b> sirop antitussif, fluidifiant bronchique		



# Bronchiolite



Recommandations  
Bronchiolite HAS 2019



# Mort inattendue du nourrisson

## Conduite à tenir sur place

Où : sur place

Qui : médecin premier intervenant

- Selon l'état de l'enfant : entreprendre ou non des manœuvres de réanimation, et les interrompre dans un délai raisonnable en l'absence de reprise d'activité cardiaque
  - Tenir informés les parents des gestes pratiqués et s'assurer qu'ils ne restent pas seuls
  - Annoncer le décès aux parents avec respect, tact et empathie, par un médecin (après s'être présenté)
  - Ne pas évoquer de diagnostic potentiel à un stade aussi précoce
  - Proposer aux parents un rapprochement physique avec l'enfant décédé
  - S'assurer de la prise en charge des autres enfants présents et les rassurer
  - Prendre contact avec le centre de référence MIN pour organiser le transfert de l'enfant
  - Prévenir le médecin habituel de l'enfant et lui faire préciser les antécédents ou l'histoire médicale récente de l'enfant
- Si événement en dehors de la présence des parents :**
- les contacter dès que possible
  - éviter d'annoncer d'emblée le décès par téléphone sauf si les parents le demandent expressément
- Si décès chez une assistante maternelle :**  
prévenir le service de PMI, s'assurer de la continuité de la garde des autres enfants et s'assurer qu'elle bénéficie d'une prise en charge avec la même attention que les parents

## Informations à recueillir sur place : compléter la « fiche de recueil » qui sera transmise au centre de référence

Où : sur place

- Examen complet de l'enfant dénudé :** noter les lésions cutanéomuqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.
- Entretien avec chacune des personnes présentes et si possible par le même intervenant :** guider l'échange en laissant les personnes s'exprimer librement, et en étant attentif à d'éventuelles discordances ou incohérences
- Documents à recueillir :** carnet de santé et ordonnances récentes de l'enfant



Or décès chez une assistante maternelle :  
prévenir le service de PMI, s'assurer de la continuité de la garde des autres enfants et s'assurer qu'elle bénéficie d'une prise en charge avec la même attention que les parents

**Informations à recueillir sur place : compléter la « fiche de recueil » qui sera transmise au centre de référence**

**Où :** sur place

**Qui :** médecin premier intervenant

**Examen complet de l'enfant dénudé :** noter les lésions cutané-muqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.

**Entretien avec chacune des personnes présentes et si possible par le même intervenant :** guider l'échange en laissant les personnes s'exprimer librement, et en étant attentif à d'éventuelles discordances ou incohérences

**Documents à recueillir :** carnet de santé et ordonnances récentes de l'enfant

**Examen détaillé du lieu de décès :**

- examen de l'endroit où a été trouvé l'enfant : caractéristiques du lit ou du couchage, type de literie, couettes, coussins, peluches, etc.
- température de la pièce, recherche de CO, présence d'animaux, signes de tabagisme
- noter la présence de médicaments (pédiatriques ou pour adultes) ou de produits toxiques susceptibles d'avoir pu contribuer au décès
- si l'examen du lieu du décès n'est pas possible immédiatement, prévoir avec l'accord des parents une visite ultérieure, dans les 48 h, par l'équipe de centre de référence

**Transport du corps de l'enfant**

**Où :** sur place

**Qui :** médecin premier intervenant

Expliquer aux parents qu'en cas de MIN le transport est systématique vers un centre de référence, pour mener les investigations médicales, afin de rechercher la cause du décès et pour leur proposer une prise en charge dans un service hospitalier spécialisé (on n'évoquera pas sur place la question de l'autopsie, qui sera expliquée à l'hôpital, sauf bien sûr si les parents soulèvent la question)

- Informer les parents : lieu où est transporté l'enfant, coordonnées du médecin du centre de référence et du médecin « premier intervenant »
- Organiser, en lien avec la régulation du 15, le transport vers le centre de référence
- proposer aux parents d'accompagner le corps de leur enfant dans le véhicule
- Informer les parents que tous les frais de transport de l'enfant (aller, retour et transport secondaire) sont pris totalement en charge par le centre de référence
- Si malgré les explications, les parents refusent le transport, le médecin jugera au cas par cas, en fonction des premières constatations, de la nécessité de cocher la case « obstacle médico-légal », après les avoir informés que cela entraînera une prise en charge judiciaire

Dans tous les cas, le centre MIN sera tenu informé par la régulation du 15



après les avoir informés que cela entraînera une prise en charge judiciaire  
Dans tous les cas, le centre MIN sera tenu informé par la régulation du 15

**Quand alerter l'autorité judiciaire ?** : Cette question peut se poser à tout moment de la prise en charge

**Qui :**  
médecin  
premier  
intervenant  
ou  
pédiatre du  
centre de  
référence

Sur les lieux du décès, en cas de signes d'emblée évocateurs de maltraitance (ecchymoses multiples ou d'ages différents, morsures, brûlures de cigarettes, maigreur extrême, etc.) :

- cocher la case « obstacle médico-légal » sur le certificat de décès et alerter immédiatement les autorités judiciaires (parquet du TGI)

Pour les autres situations :

- évaluation au cas par cas en s'appuyant sur des éléments objectifs, recueillis sur le lieu du décès et/ou issus des premières investigations hospitalières
- si besoin, prendre conseil auprès d'un médecin légiste

En cas de décès alors que l'enfant est confié à un tiers, les explorations *post-mortem* sont indispensables : en cas de refus, contacter le procureur



Synthèse des recos  
HAS



Recos HAS  
(avec fiches recueil)



# Sepsis

- **Fièvre + purpura = ATB en urgence absolue !**  
(C3G 50 mg/kg IVD ou à défaut amoxicilline 50mg/kg IM)



# Sepsis

- ▶ Fièvre nouveau né < 1 mois: SAU en **urgence**
- ▶ Fièvre nourrisson < 3 mois: SAU dans les **6 h**
  
- ▶ Fièvre = recherche de **sepsis**  
par **score de Phoenix**
  
- ▶ **TOUJOURS DESHABILLER** un enfant lors de  
l'examen (couche comprise)



# Sepsis

- Fièvre nouvelle
- Fièvre nouvelle
- Fièvre = re

Variables	0 point	1 point	2 points	3 points
<b>Respiratoire, 0-3 points</b>				
	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥ 400 ou SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥ 292 <sup>b</sup>	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 400 sous support respiratoire ou SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 292 <sup>b</sup> sous support respiratoire <sup>b, c</sup>	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> 100-200 et ventilation invasive ou SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> 148-220 et ventilation invasive	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 100 et ventilation invasive ou SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 148 ventilation invasive
<b>Cardiovasculaire, 0-6 points</b>				
		1 point pour chaque (jusqu'à 3)	2 points pour chaque (jusqu'à 6)	
	0 traitement vasoactif <sup>d</sup> Lactate < 5 mmol/L <sup>e</sup>	1 traitement vasoactif <sup>d</sup> Lactate 5-10,9 mmol/L <sup>e</sup>	≥2 traitements vasoactifs <sup>d</sup> Lactate ≥11 mmol/L <sup>e</sup>	
<b>Selon l'âge<sup>f</sup></b>				
<b>Pression artérielle moyenne<sup>g</sup>, mmHg</b>				
< 1 mois	> 30	17-30	< 17	
1 to 11 mois	> 38	25-38	< 25	
1 to < 2 ans	> 43	31-43	< 31	
2 to < 5 ans	> 44	32-44	< 32	
5 to < 12 ans	> 48	36-48	< 36	
12 to 17 ans	> 51	38-51	< 51	
<b>Coagulation (0-2 points)<sup>h</sup></b>				
		1 point pour chaque (maxi 2 points)		
	Plaquettes ≥100×10 <sup>3</sup> /μL INR ≤1.3 D-dimères ≤2 mg/L Fibrinogène ≥100 mg/dL	Plaquettes < 100×10 <sup>3</sup> /μL INR > 1.3 D-dimères > 2 mg/L Fibrinogène < 100 mg/dL		
<b>Neurologique (0-2 points)<sup>i</sup></b>				
	Score de Glasgow <sup>j</sup> > 10 ; Pupilles réactives	Score de Glasgow <sup>j</sup> ≤10	Pupilles fixes bilatérales	



# Sepsis

- Fièvre = recherche de **sepsis** par **score de Phoenix** 🏰
- **CAT:**
  - 💧 **Remplissage** initial 10-20 ml/kg en 15-20min
  - 💊 **Antibiothérapie précoce dans les 3h**
  - ⚡ **Amines** si signe de choc malgré 20-40 ml/kg (lactates  $\geq 5$  ou hypotension artérielle ou hypoperfusion TRC)



# Sepsis



Recommendations  
Sepsis HAS 2025



# Acido-cétose diabétique

- ▶ **Débuter par remplissage** :
  - ▶ 10-20 ml/kg sur environ 30 min
  - ▶ Puis entre 4 et 6,5 ml/kg/h
  - ▶ Avec supplémentation potassique (4 à 6g /L)
- ▶ Puis après 1h d'hydratation: **insulinothérapie IVSE**   
(0,05 – 0,1 UI/kg/h)
- ▶ A jeun les 1ères heures
- ▶ Surveillance rapprochée glycémies, ionogramme, ECG, ... 



# Déshydratation

- ▶ En cas de choc hypovolémique:
  -   **Remplissage** cristalloïdes bolus **20 ml/kg IV**
- ▶ Déshydratation et voie orale impossible:
  -  **Hydratation IV**
    - ▶ **< 8 ans** : Polyionique / isotonique « maison » : 500ml de G5% + 1 ampoule de NaCL 20% 20ml
    - ▶ **> 8 ans** : Isofundine
- ▶ Déshydratation et voie orale possible:
  - **SRO**
- ▶ Pas de signe de déshydratation et voie orale possible:
  -  **Boissons sucrées** possible : jus de pomme ou boisson préférée diluée ou sucette > 3 ans



# Choc hémorragique



**Exacyl** (<12 ans : 10-20 mg/kg puis 2 mg/kg/h IVSE max 1g/8h)



**CGR + PFC** (1:1 à 1:2)



**Fibrinogène** (si Fib < 1,5-2 g/L; par 30-50 mg/kg de Clottafact)



**Plaquettes** (dès le 2<sup>ème</sup> CGR et/ou si Pq < 50 000 mm<sup>3</sup>)



**Calcium** (60 mg/kg si transfusion massive et/ou hypocalcémie)

## Objectifs tensionnels :

Hors TC = PAM > 45 mmHg (<2ans) > 55mmHg (>2ans)

Si TC = PAM > 55mmHg (<2ans) PAM > 65 mmHg (>2ans)

Hypotension permissive interdite, sauf hémorragie ACTIVE INCONTROLEE.

Hypotension de l'enfant = pré ACR



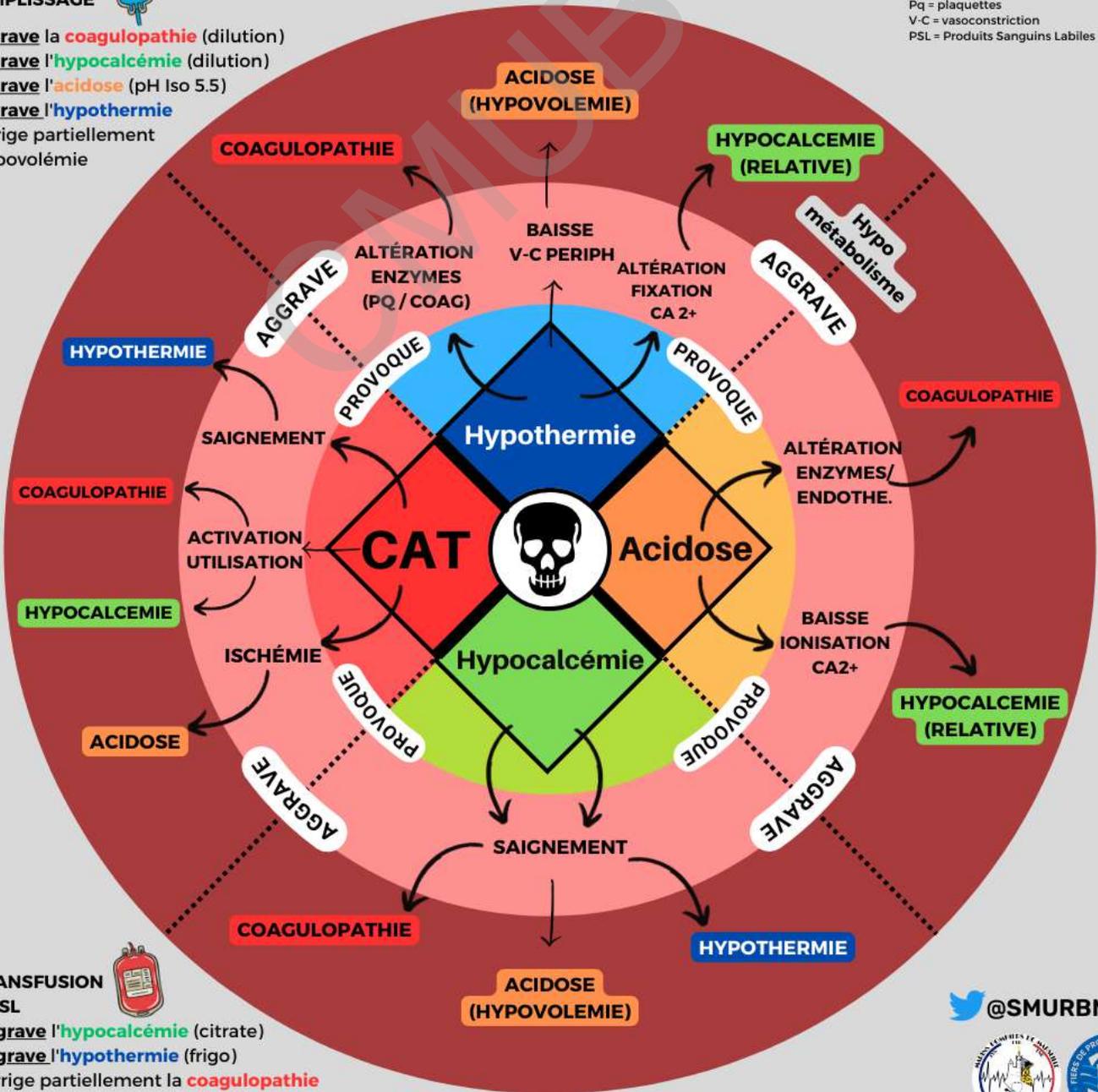
# LE DIAMANT LÉTAL

LEXIQUE  
 CAT = Coagulopathie Aigue Traumatique  
 Ca<sup>2+</sup> = calcium ionisé  
 Pq = plaquettes  
 V-C = vasoconstriction  
 PSL = Produits Sanguins Labiles

## REPLISSAGE



Aggrave la **coagulopathie** (dilution)  
 Aggrave l'**hypocalcémie** (dilution)  
 Aggrave l'**acidose** (pH Iso 5.5)  
 Aggrave l'**hypothermie**  
 Corrige partiellement l'hypovolémie



## TRANSFUSION & PSL



Aggrave l'**hypocalcémie** (citrate)  
 Aggrave l'**hypothermie** (frigo)  
 Corrige partiellement la **coagulopathie**  
 Corrige partiellement l'ischémie  
 Corrige partiellement l'hypovolémie



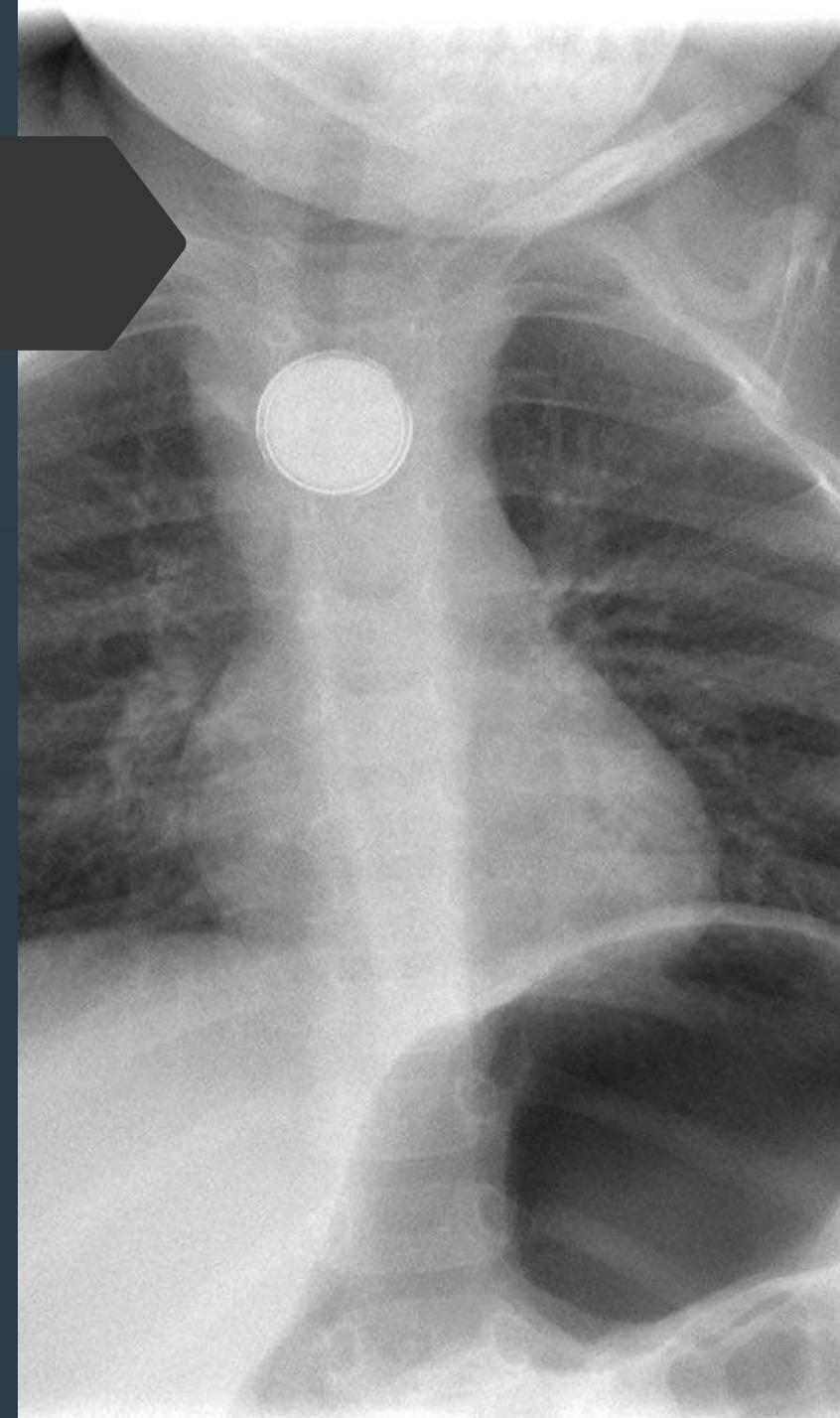
@SMURBMPM

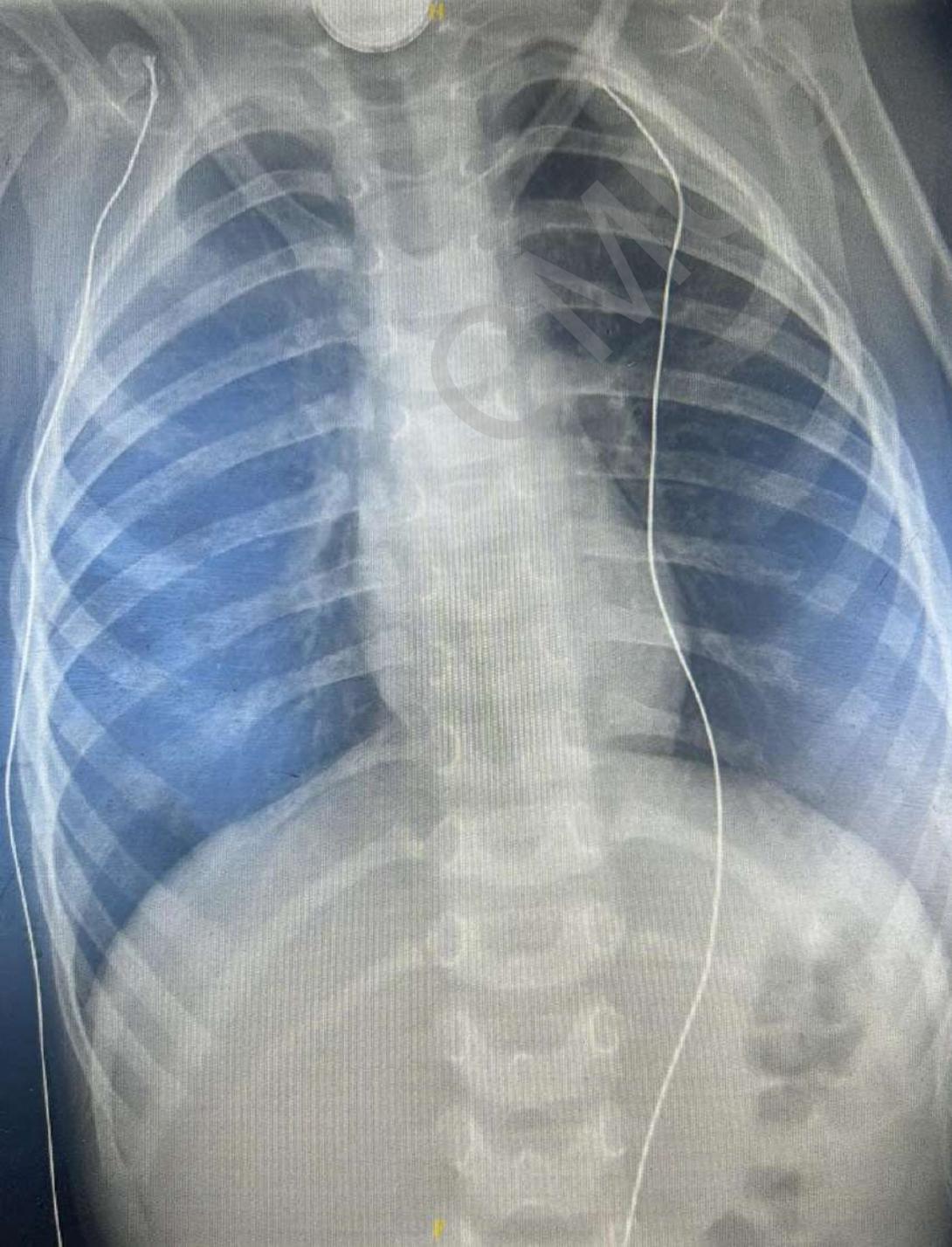


Infographie : Dr Pierre BALAZ

# Ingestion de pile bouton

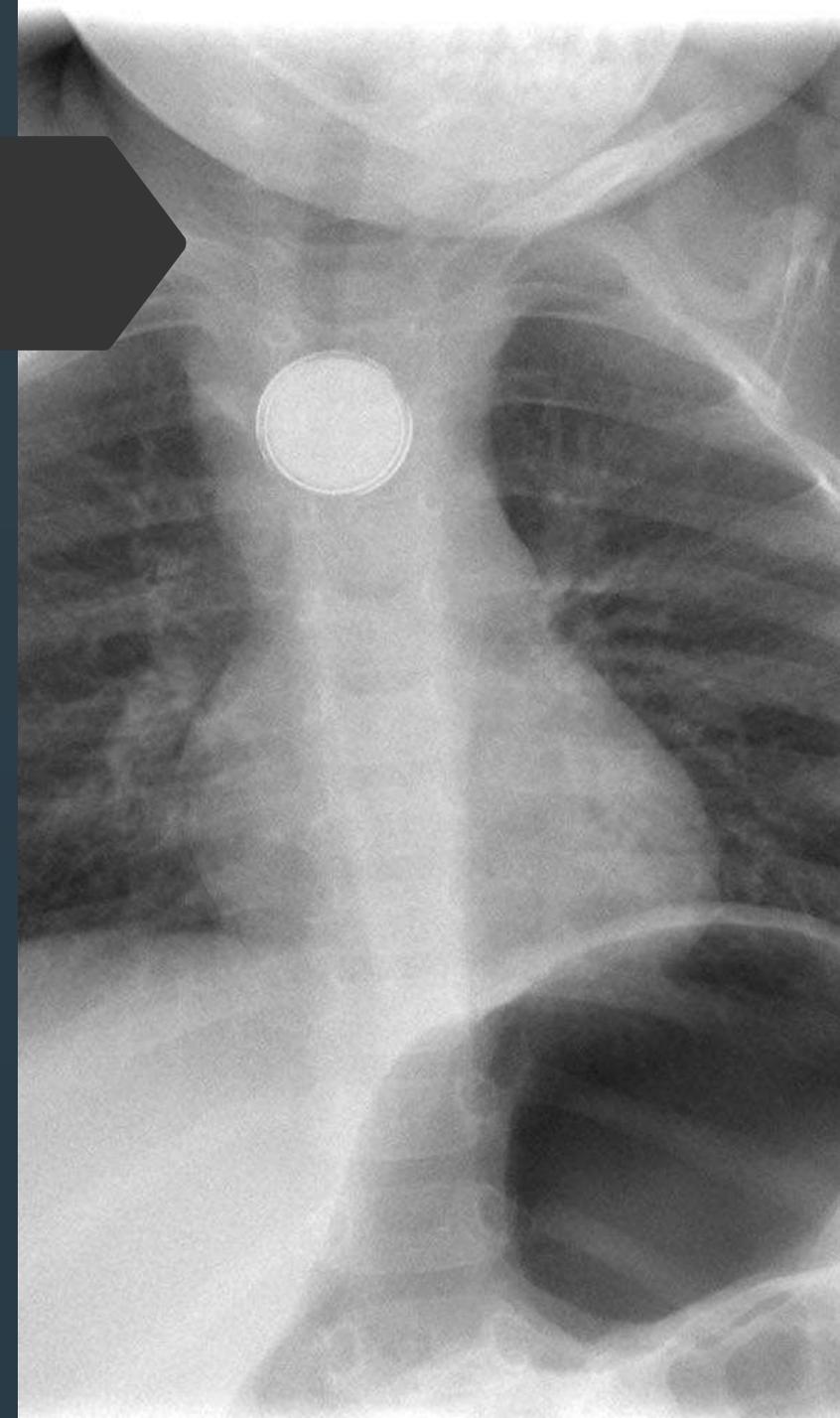
- Urgence absolue = enclavement œsophagien

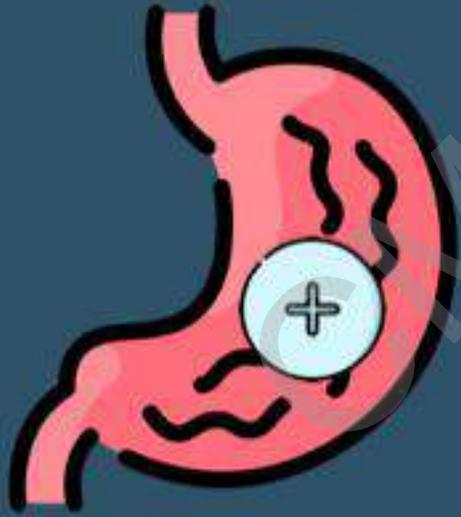




20/04/2000  
01:41:41

00  
H7E





## Pile dans l'estomac



- Enfant symptomatique
- Enfant  $\leq 5$  ans + pile  $\geq 15$  mm

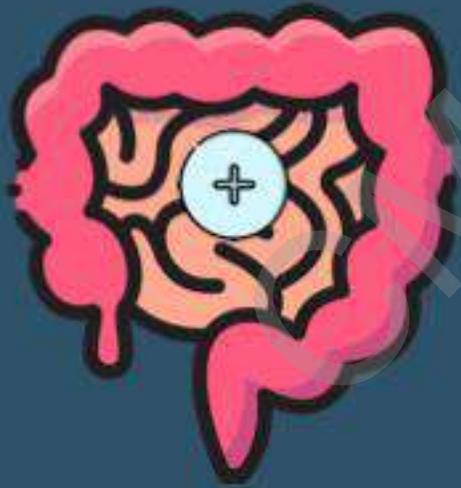


- à **J4**
- si pile  $\geq 15$  mm chez le 5-12 ans



- à **J10-14**
- si pile  $\leq 15$  mm chez le 5-12 ans
- Si enfant  $> 12$  ans





Pile  
post-  
pylorique



Radiographie à J10-14



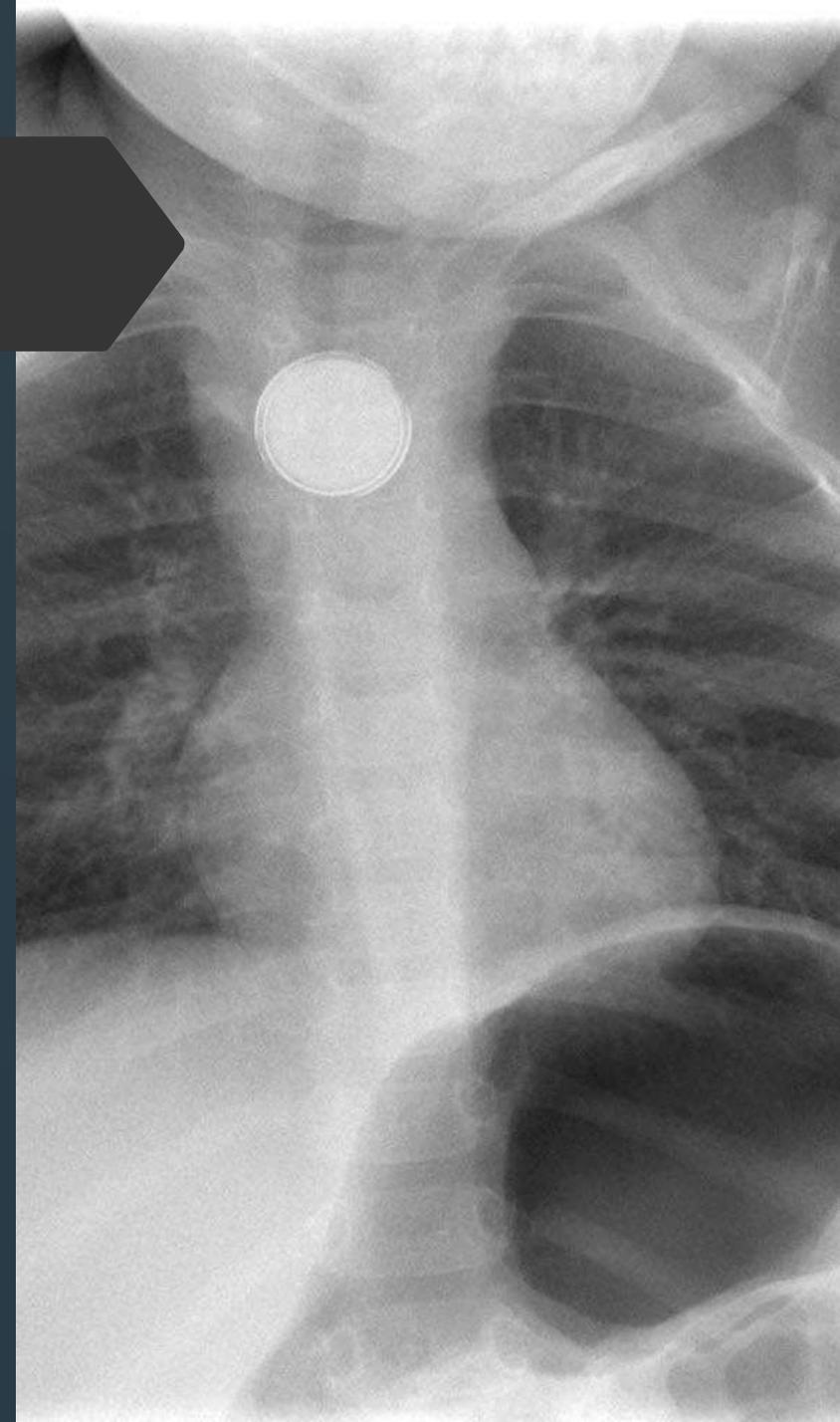
Endoscopie  
+ avis chirurgical



# Ingestion de pile bouton



Recommandations HAS  
2022



# Antalgiques

		Posologie	Voie	Galénique	AMM
Palier 1	Paracétamol	60 mg/kg/j en 4 prises (max. 80 mg/kg/j)	Orale ou IV (non détaillée) Voie IR non recommandée du fait de sa mauvaise absorption	Comprimés, comprimés oro-dispersibles, gélules, sirop, sachets, ampoules IV et suppositoires	Dès la naissance
	Ibuprofène	20 à 30 mg/kg/j en 3 ou 4 prises (max. 400 mg/prise)	Orale	Comprimés, comprimés oro-dispersibles et sirop	3 mois
Palier 2	Tramadol	LI : 1 (à 2) mg/kg/prise toutes les 6 à 8 h <sup>(a)</sup> (max. 100 mg/prise) LP : 1 prise toutes les 12 h	Orale	Gouttes et comprimés	3 ans/gouttes 12 ans/comprimés LP 15 ans/comprimés LI
Palier 3	Morphine <sup>(b)</sup>	Posologie initiale de 0,2 mg/kg/prise 6 fois par jour (max. 20 mg) et de 0,1 mg/kg/prise pour les moins de 1 an Dose de charge <sup>(c)</sup> de 0,4 à 0,5 mg/kg (max. 20 mg)	Orale (voie IV non détaillée)	Comprimés et gélules LI, gouttes et pipettes mono-doses détaillées ici (formes LP non détaillées)	Voie orale : 6 mois (usage hors AMM dès la naissance)

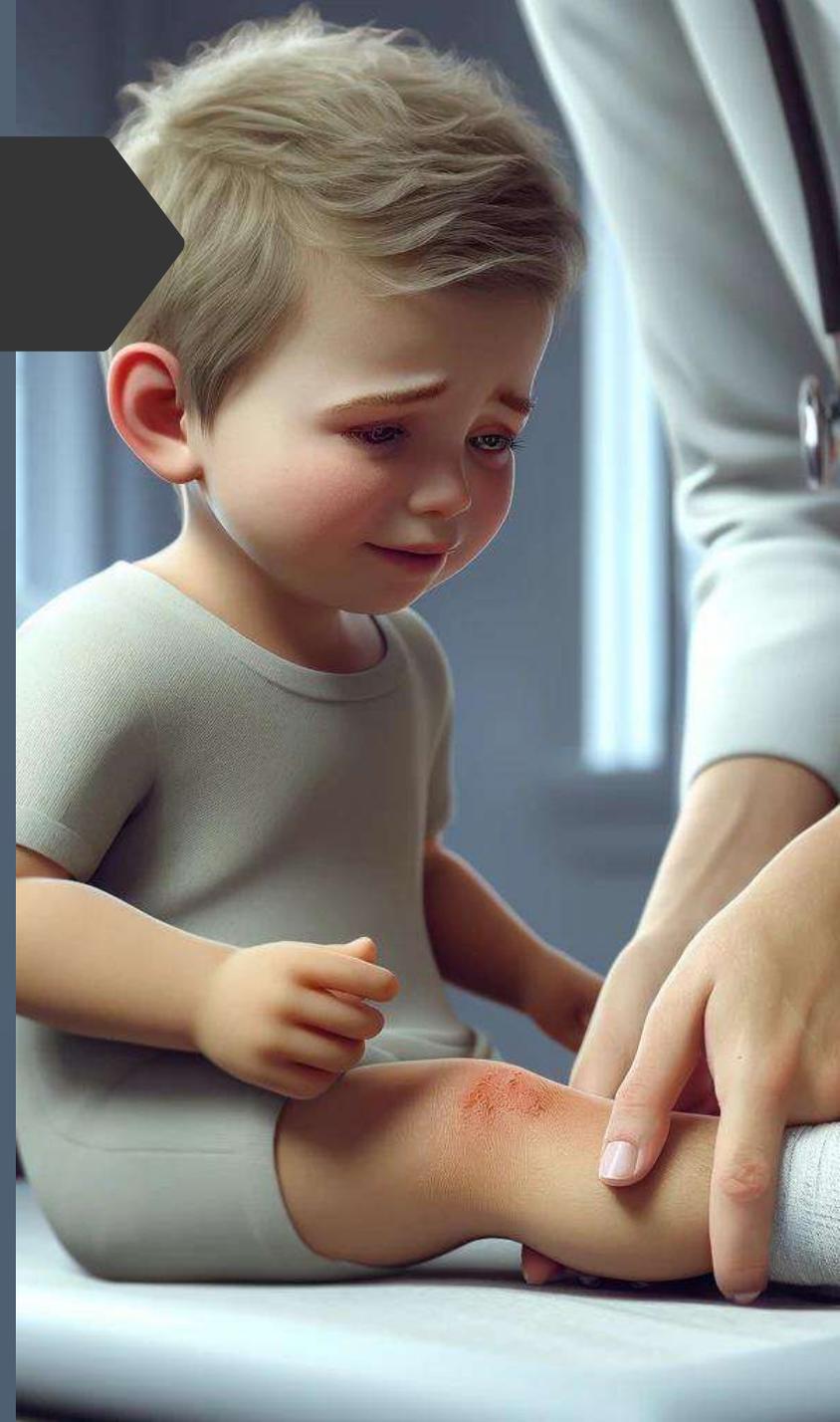
(a) : en LI posologie prescrite et augmentée en fonction de la douleur, en principe au maximum 400 mg/j ; (b) : doses initiales chez un enfant naïf de morphine, l'adaptation des posologies se fait ensuite selon la douleur avec des augmentations de 50 %/24 h (et jusqu'à 100 %/24 h pour des prescripteurs expérimentés), sans dosage maximal, la posologie à atteindre étant celle qui soulage la douleur sans entraîner d'effets indésirables gênants; (c) : en cas de douleur très intense et en fonction de la situation clinique.

IV : intraveineuse ; IR : intrarectale ; LP : libération prolongée ; LI : libération immédiate



# Traumatisme de jambe

- ▶ Exemple des **fractures de Toddler**



R



R

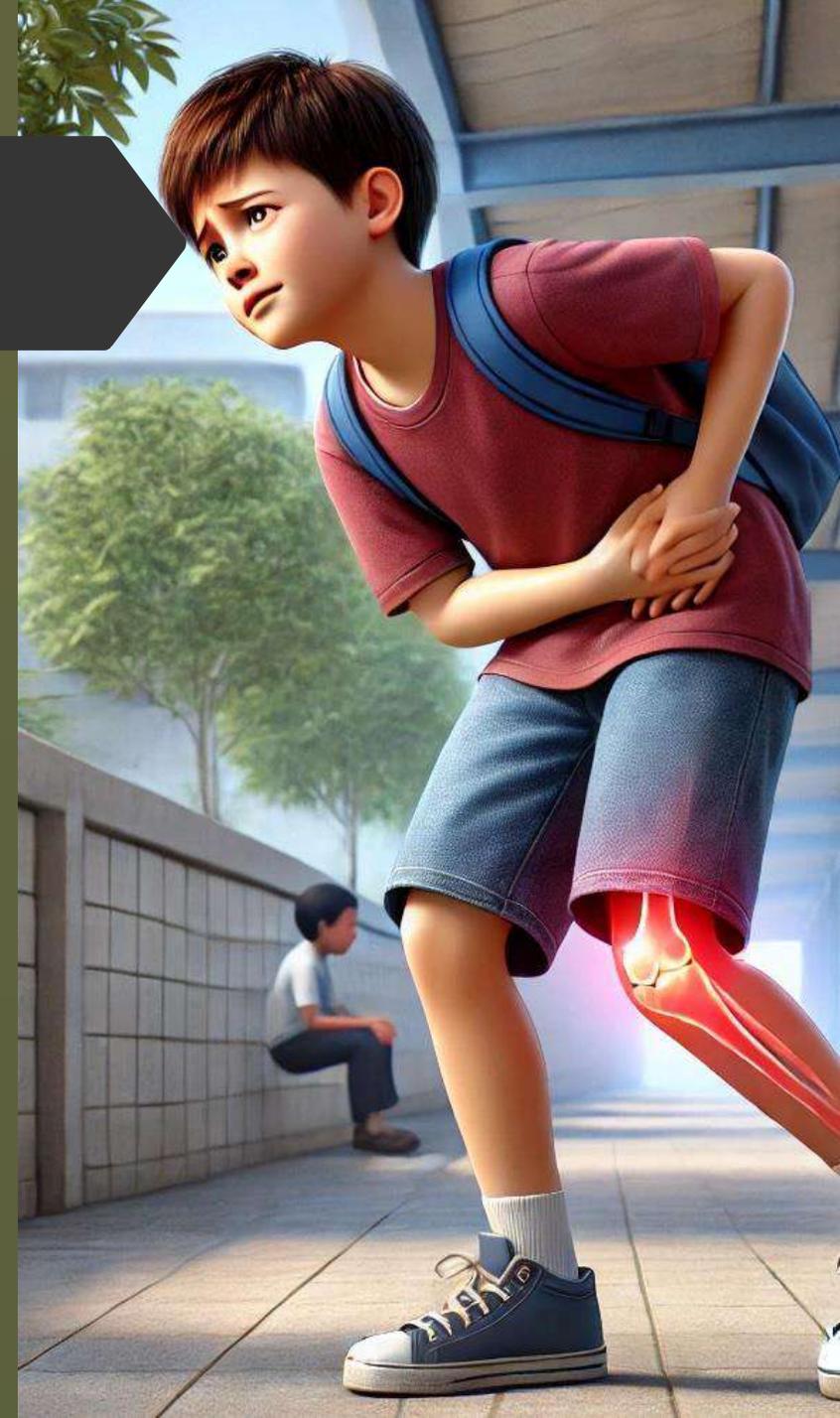


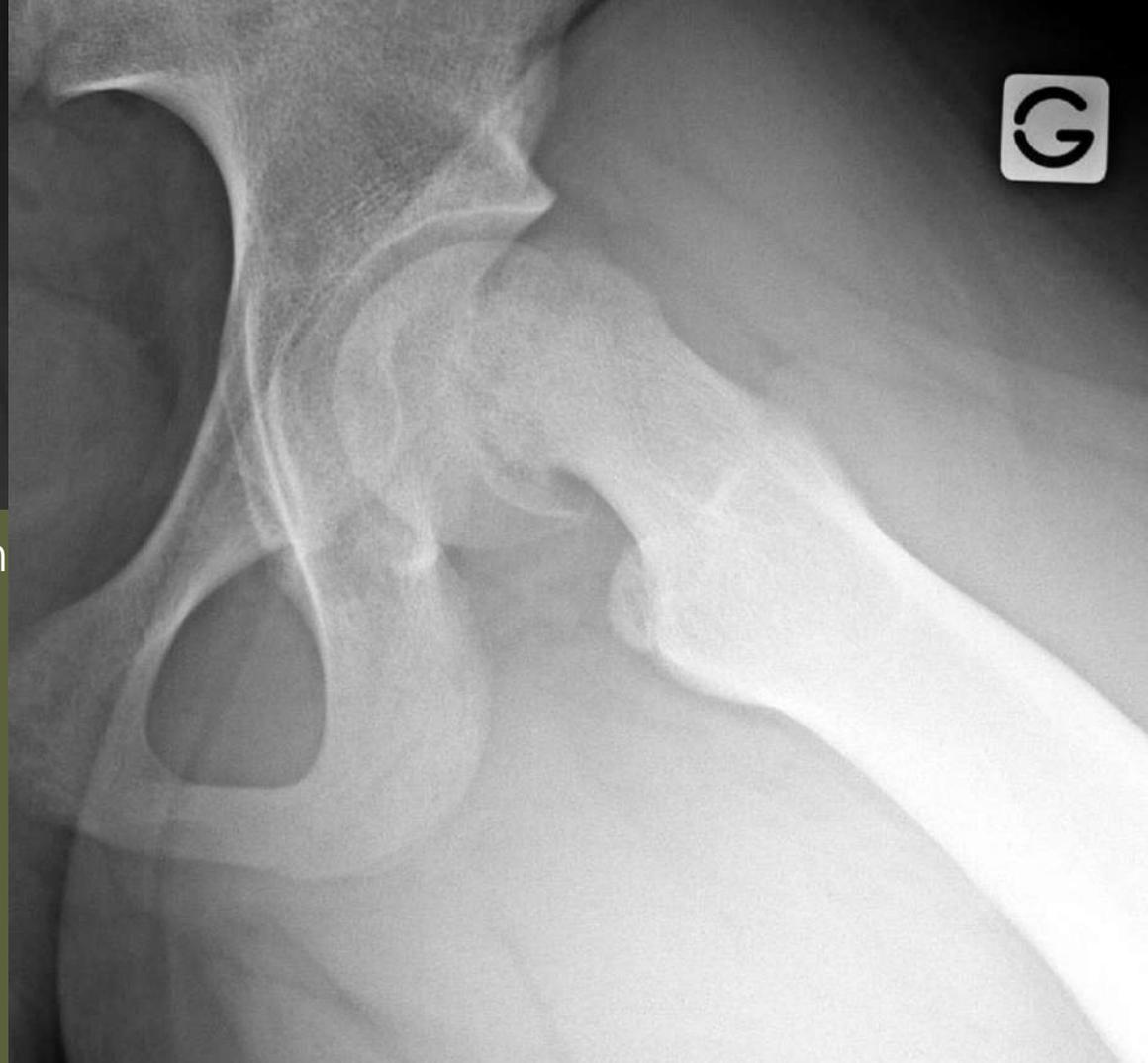
G PEDS  
ries, 2001



# Epiphysiolyse fémorale

- ▶ Terrain: obésité, garçon, pic de croissance
- ▶ Clinique de **douleur hanche** ( ⚠️ douleurs délocalisées)  
+ **boiterie**
- ▶ **Radio**: diminution de hauteur épiphysaire, glissement de la tête fémorale / col





- ▶ Radio: diminution de hauteur épiphysaire, glissement la tete fémorale / col

# Maltraitance

SAVOIR Y PENSER 📞 ALLO 119

Déclaration de toute information préoccupante à la CRIP

<https://association-cvm.org/public/media/uploaded/pdf/coordonnees-crip-france-cvm-asso-2024-septembre.pdf>

Si suspicion de mise en danger immédiate de l'enfant : hospitaliser l'enfant . Si refus des parents : appel du procureur pour ordonnance de placement provisoire



Collège des  
pédiatres



Fiche mémo  
HAS



# Crise d'asthme



Recommandations 2024 de la SP2A



### ALGORITHME 1 : EVALUATION DE LA GRAVITE DE LA CRISE D'ASTHME CHEZ L'ENFANT

Rechercher les facteurs déclenchants de la crise et les facteurs de risques d'asthme aigu grave : Perte du contrôle de l'asthme de plus de 7 jours, Terrain polyallergique, Allergie alimentaire, Logement humide, Séjour en réanimation

Tenir compte des traitements pris à domicile et de leur technique d'administration

Signes de gravité	NON	OUI	☹️☹️☹️	Asthme aigu grave Pronostic vital engagé*
		Un seul critère suffit	☹️☹️	L'asthme aigu grave associé généralement plusieurs critères cliniques
État général altéré Modification du comportement	Non	Fatigue Refus de marcher Difficulté à parler	☹️☹️	Trouble de la conscience Elocution hachée
Troubles hémodynamiques	Non	Non	☹️☹️	Oui
Fréquence respiratoire (mesurée sur 1 min) <16/min ; > 20/min	16-30/min	>30/min	☹️☹️	Elevée ou < 16/min
Fréquence cardiaque <60/min ; ≥ 125/min **	Non	>124/min	☹️☹️	Elevée ou < 60/min
Murmure vésiculaire (MV)	Présent	Diminué/absent	☹️☹️	Absent
Sibilants à interpréter avec le MV et les traitements par BDCA reçu avant l'examen	Présents Ou absents	Diffus ou rares + MV diminué	☹️☹️	Rares ou absents Et MV absent Silence auscultatoire
Utilisation des muscles accessoires	Absente	Présente	☹️☹️	Intense, longue expiration, ou ampliation faible
SpO2% en air ambiant	≥ 95 %	< 95%	☹️☹️	≤ 90% ou cyanose
Capnie veineuse ou capillaire	-	-	☹️☹️	PvCO2 >40mmHg
Score de PRAM	≤ 3	≥ 4	☹️☹️	≥ 8
DEP ☹️ technique*	≥ 75%	51-74%	☹️☹️	≤ 50% ou impossible

\* La technique nécessite une inspiration profonde puis une expiration profonde, en position assise, le dos droit. Elle doit être réalisée chez des enfants éduqués à la technique. Elle est souvent difficile à appliquer pendant les crises d'asthme.

\*\* La fréquence cardiaque doit être interprétée en fonction de la prise de BDCA et/ou de la présence d'une fièvre

Paramètres	Description	Score
Saturation O <sub>2</sub>	≥ 95%	0
	92-94%	1
	< 92%	2
Tirage sus-sternal	Absent	0
	Présent	2
Contraction des muscles scalènes	Absente	0
	Présente	2
Murmure vésiculaire (MV) *	Normal	0
	↓ à la base	1
	↓ à l'apex et à la base	2
	Minimal ou absent	3
Sibilances †	Absentes	0
	Expiratoires seulement	1
	Inspiratoires (± expiratoires)	2
	Audibles sans stéthoscope ou absentes (MV minimal ou absent)	3
<b>Score PRAM : (max. 12)</b>		

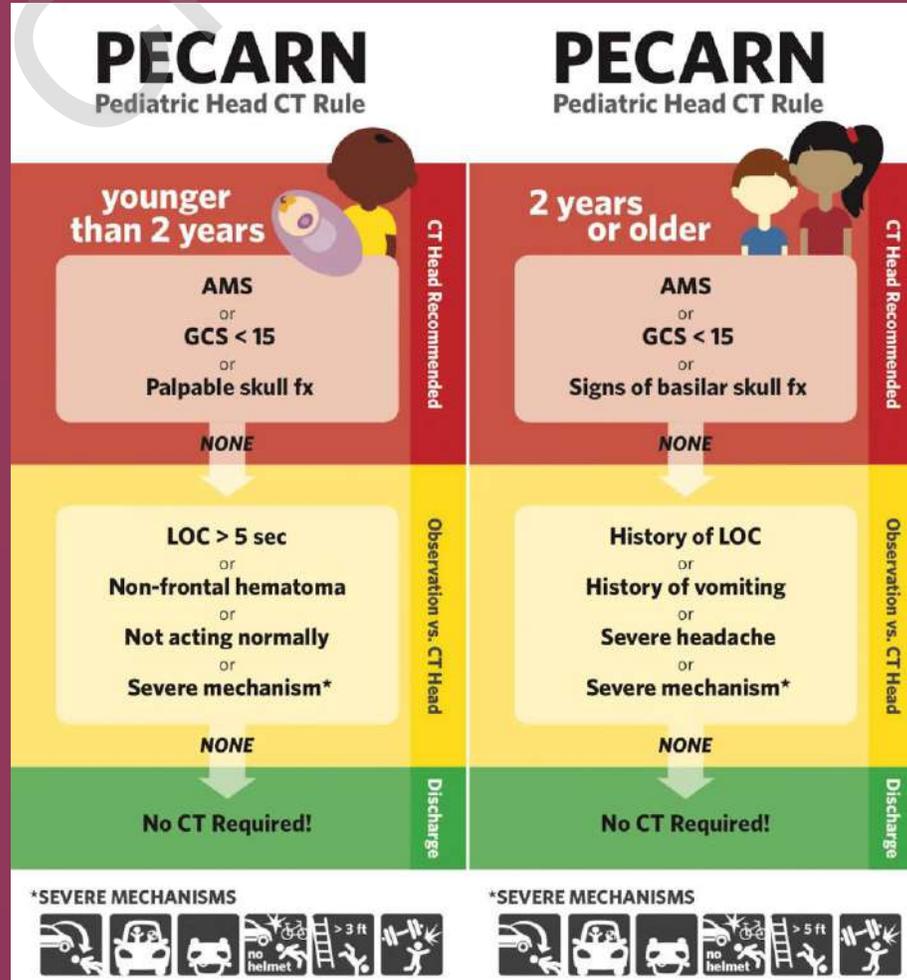
Score	0-3	4-7	8-12
Sévérité	Légère	Modérée	Sévère

\* En cas d'asymétrie, la plage pulmonaire (apex-base) la plus sévèrement affectée (droite ou gauche, antérieure ou postérieure) déterminera la cote pour ce critère.

† En cas d'asymétrie, les deux foyers d'auscultation les plus affectés, où qu'ils soient (LSD, LMD, LID, LSG, LIG), détermineront la cote pour ce critère.

P2A

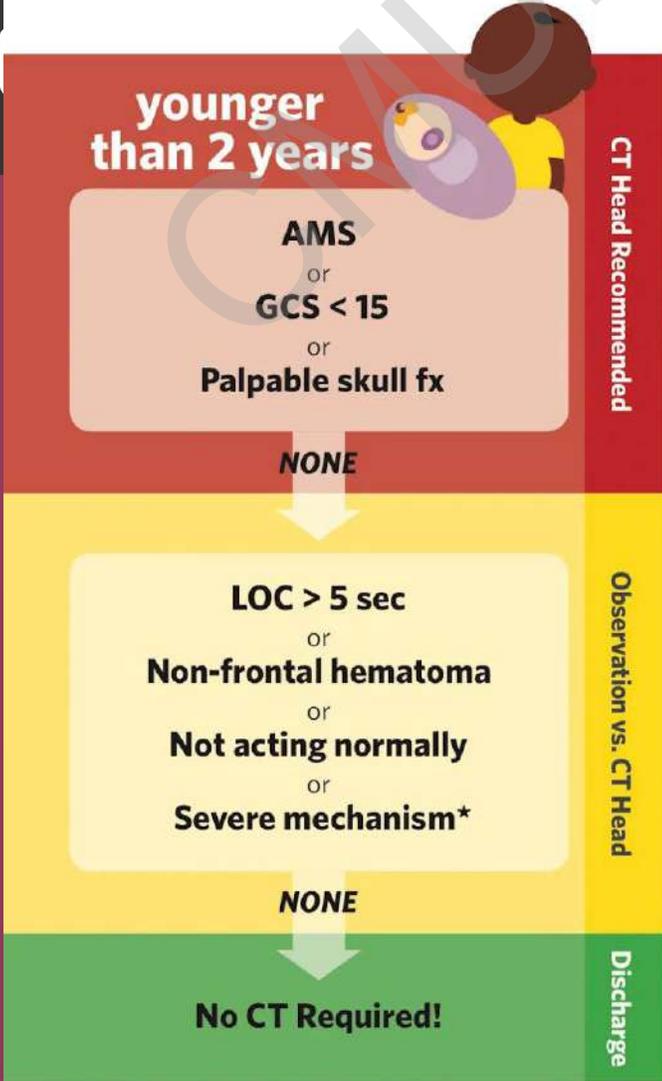
# Traumatisme Crânien léger



Trauma

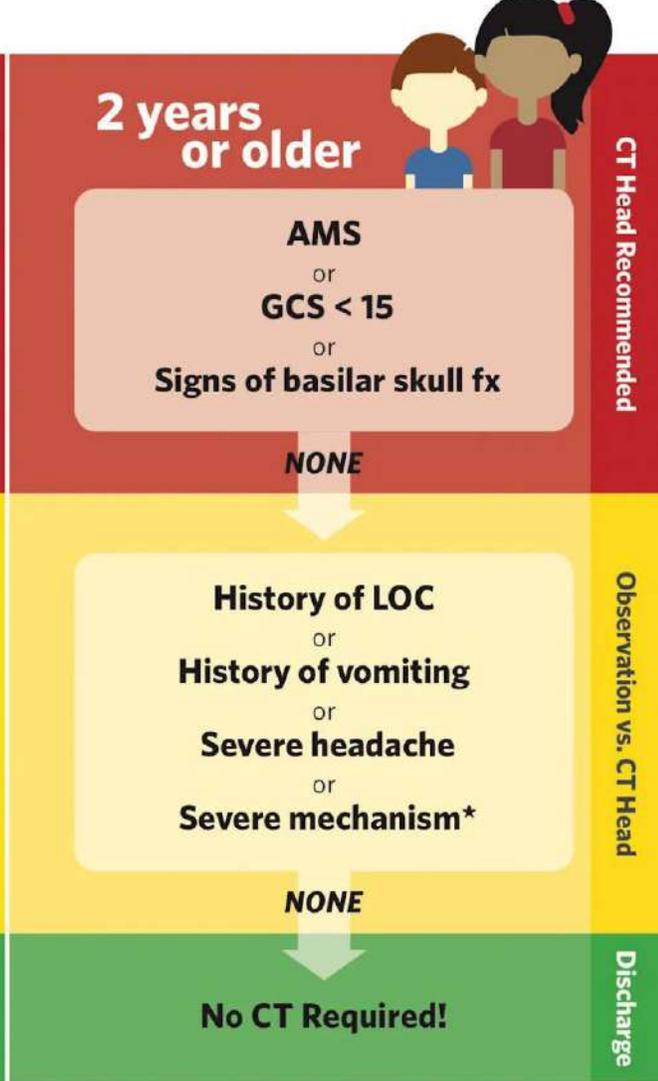
# PECARN

Pediatric Head CT Rule



# PECARN

Pediatric Head CT Rule



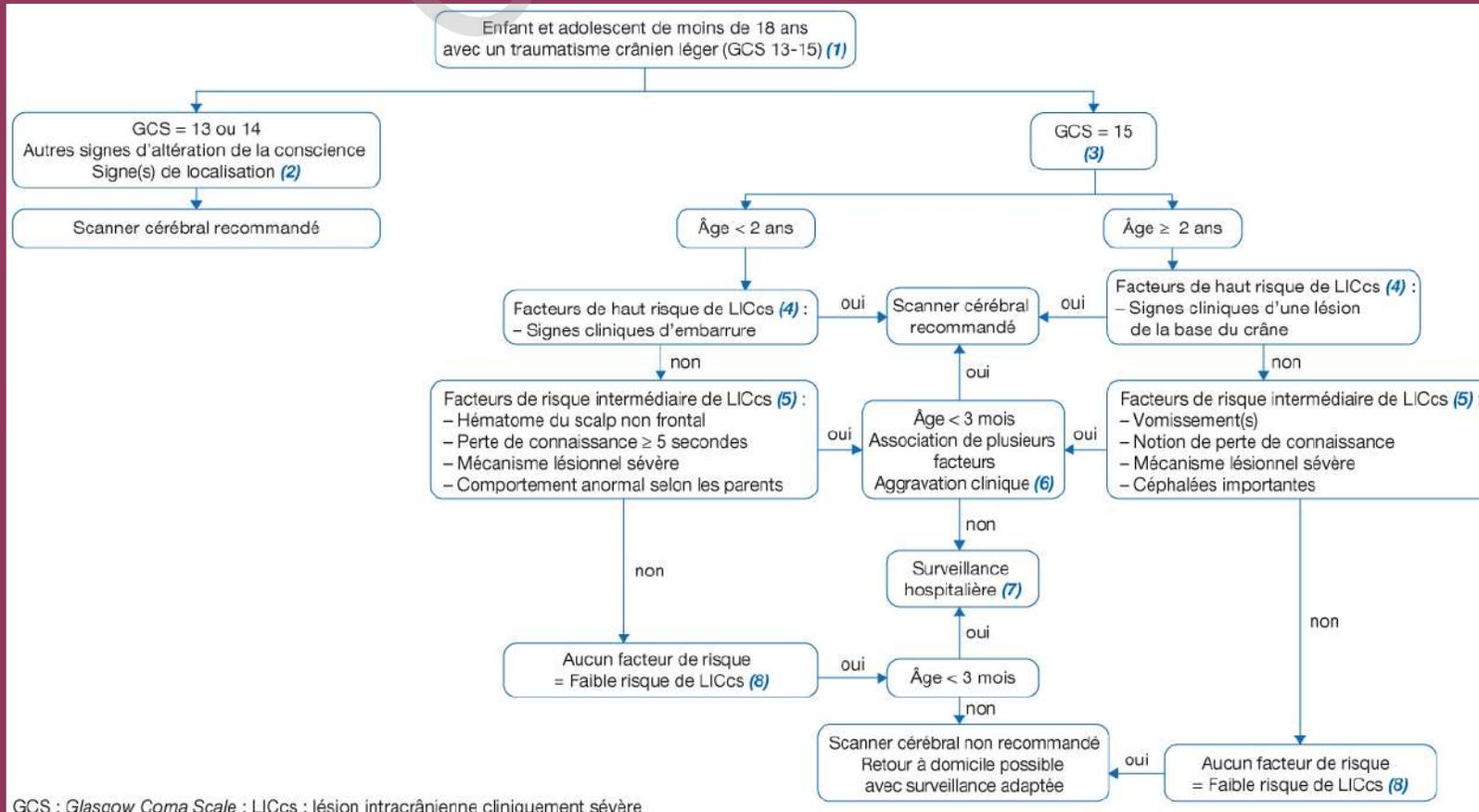
**\*SEVERE MECHANISMS**



**\*SEVERE MECHANISMS**



# Traumatisme Crânien léger



GCS : Glasgow Coma Scale ; LICCs : lésion intracrânienne cliniquement sévère



(1) TCL défini par GSG compris entre 13 et 15

(2) Systématiquement recommandé pour tout enfant qui a un GCS à 13 ou 14, des signes d'altération de la conscience tels qu'une agitation, une somnolence, une répétition de questions, une lenteur des réponses verbales ou des signes de localisation à l'examen neurologique, Dans l'heure.

(4) < 2 ans signes cliniques d'embarrure, > 2 ans signes cliniques de lésion de la base du crâne : présence d'un hématome rétroauriculaire ou périorbitaire, d'un hémotympan, d'une rhinorrhée ou otorrhée de liquide cérébro-spinal.

(5) Les mécanismes lésionnels sévères : un accident de la voie publique automobile avec un passager éjecté du véhicule, ou décès d'un autre passager, ou tonneau, ou victime piéton ou cycliste non casqué ; une chute d'une hauteur supérieure à 0,9 m chez l'enfant de moins de 2 ans et à 1,5 m chez le plus de 2 ans ; un TC par objet à forte cinétique.

(6) Association de plusieurs facteurs, <3 mois ou aggravation clinique = scanner cérébral

(7) Surveillance de 6 heures minimum

(8) Pour les enfants présentant des facteurs de risque de syndrome postcommotionnel, une information sur la possibilité de survenue de ces symptômes (céphalées, asthénie, vertiges, difficultés de concentration ou de mémoire, troubles du sommeil, irritabilité, ralentissement de la pensée) dans les jours voire les semaines qui suivent le TCL doit être donnée en conseillant aux familles de consulter un médecin si ces symptômes persistent au-delà de 1 mois.



# Accueil du nouveau né

Les premières mesures:

- ☐ Sécher / stimuler
- 🔥 Réchauffer
- ♥☐ Monitorer (Fc+++)



# Accueil du nouveau né

Evaluation de la FC  

Si Fc > 100: 

Si Fc < 100: Ventilation masque 

Si Fc < 60 = CTE + ventilation

(3   :1 )

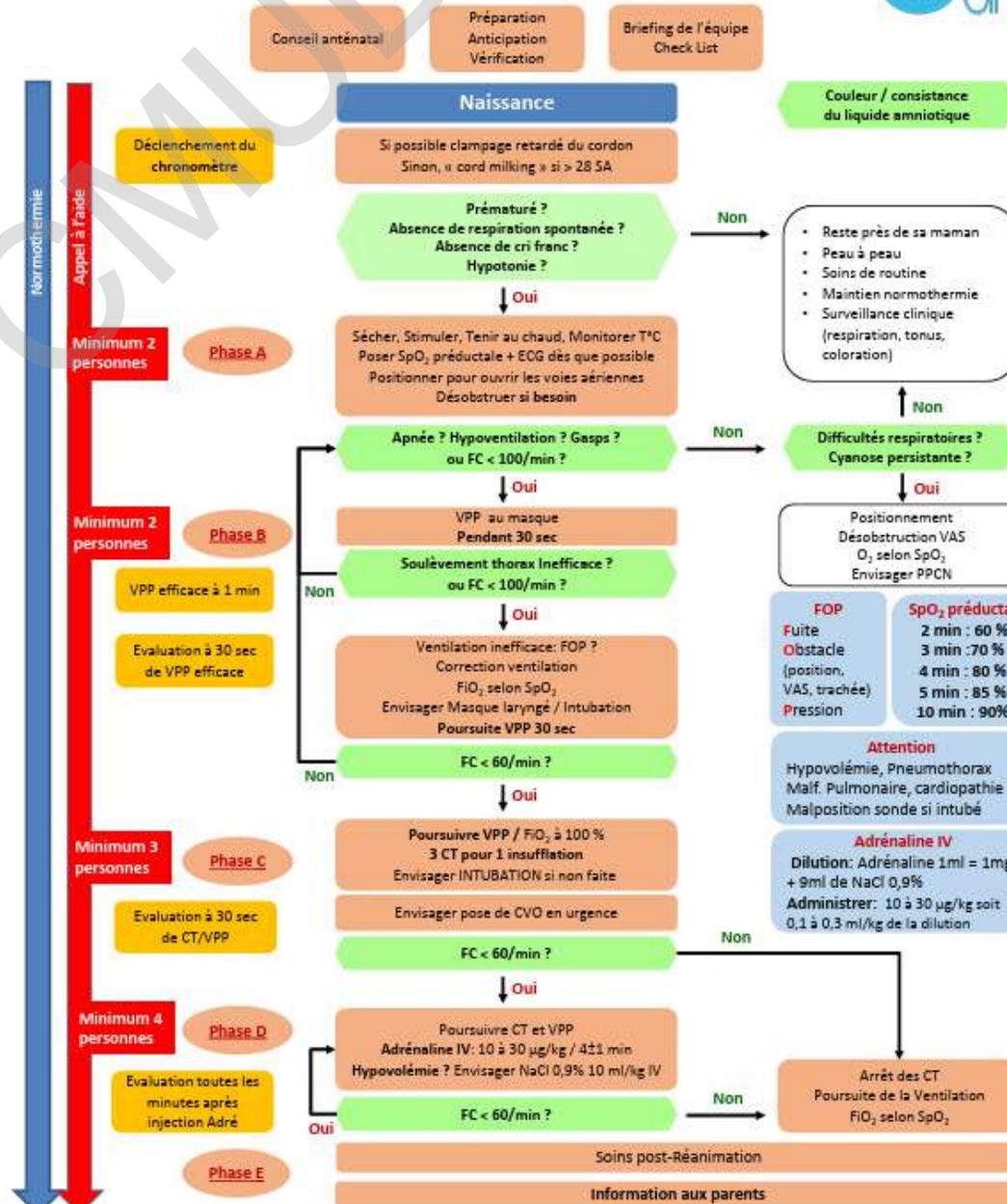


# Accueil

## Evolution

Si Fc < 100

Si Fc < 60





CAMUB

Conseil anténatal

Préparation  
Anticipation  
Vérification

Briefing de l'équipe  
Check List

### Naissance

Déclenchement du chronomètre

Si possible clampage retardé du cordon  
Sinon, « cord milking » si > 28 SA

Couleur / consistance  
du liquide amniotique

Prématuré ?  
Absence de respiration spontanée ?  
Absence de cri franc ?  
Hypotonie ?

Non

- Reste près de sa maman
- Peau à peau
- Soins de routine
- Maintien normothermie
- Surveillance clinique (respiration, tonus, coloration)

Oui

Sécher, Stimuler, Tenir au chaud, Monitorer T°C  
Poser SpO<sub>2</sub> préductale + ECG dès que possible  
Positionner pour ouvrir les voies aériennes  
Désobstruer si besoin

Non

Difficultés respiratoires ?  
Cyanose persistante ?

Non

Apnée ? Hypoventilation ? Gaspes ?  
ou FC < 100/min ?

Oui

VPP au masque  
Pendant 30 sec

Positionnement  
Désobstruction VAS

Oui

Normothermie

Appel à l'aide

Minimum 2 personnes

Phase A

Minimum 2 personnes

Phase B

Minimum 2 personnes

Phase B

VPP efficace à 1 min

Evaluation à 30 sec de VPP efficace

VPP au masque  
Pendant 30 sec

Non

Soulèvement thorax inefficace ?  
ou FC < 100/min ?

Oui

Ventilation inefficace: FOP ?  
Correction ventilation  
FiO<sub>2</sub> selon SpO<sub>2</sub>  
Envisager Masque laryngé / Intubation  
Poursuite VPP 30 sec

Non

FC < 60/min ?

Oui

Poursuivre VPP / FiO<sub>2</sub> à 100 %  
3 CT pour 1 insufflation  
Envisager INTUBATION si non faite

Envisager pose de CVO en urgence

FC < 60/min ?

Oui

Poursuivre CT et VPP  
Adrénaline IV: 10 à 30 µg/kg / 4±1 min  
Hypovolémie ? Envisager NaCl 0,9% 10 ml/kg IV

Oui

FC < 60/min ?

Non

Arrêt des CT  
Poursuite de la Ventilation  
FiO<sub>2</sub> selon SpO<sub>2</sub>

Minimum 3 personnes

Phase C

Evaluation à 30 sec de CT/VPP

Minimum 4 personnes

Phase D

Evaluation toutes les minutes après injection Adré

Positionnement  
Désobstruction VAS  
O<sub>2</sub> selon SpO<sub>2</sub>  
Envisager PPCN

**FOP**  
Fuite  
Obstacle  
(position, VAS, trachée)  
Pression

**SpO<sub>2</sub> préductal:**  
2 min : 60 %  
3 min : 70 %  
4 min : 80 %  
5 min : 85 %  
10 min : 90%

**Attention**  
Hypovolémie, Pneumothorax  
Malf. Pulmonaire, cardiopathie  
Malposition sonde si intubé

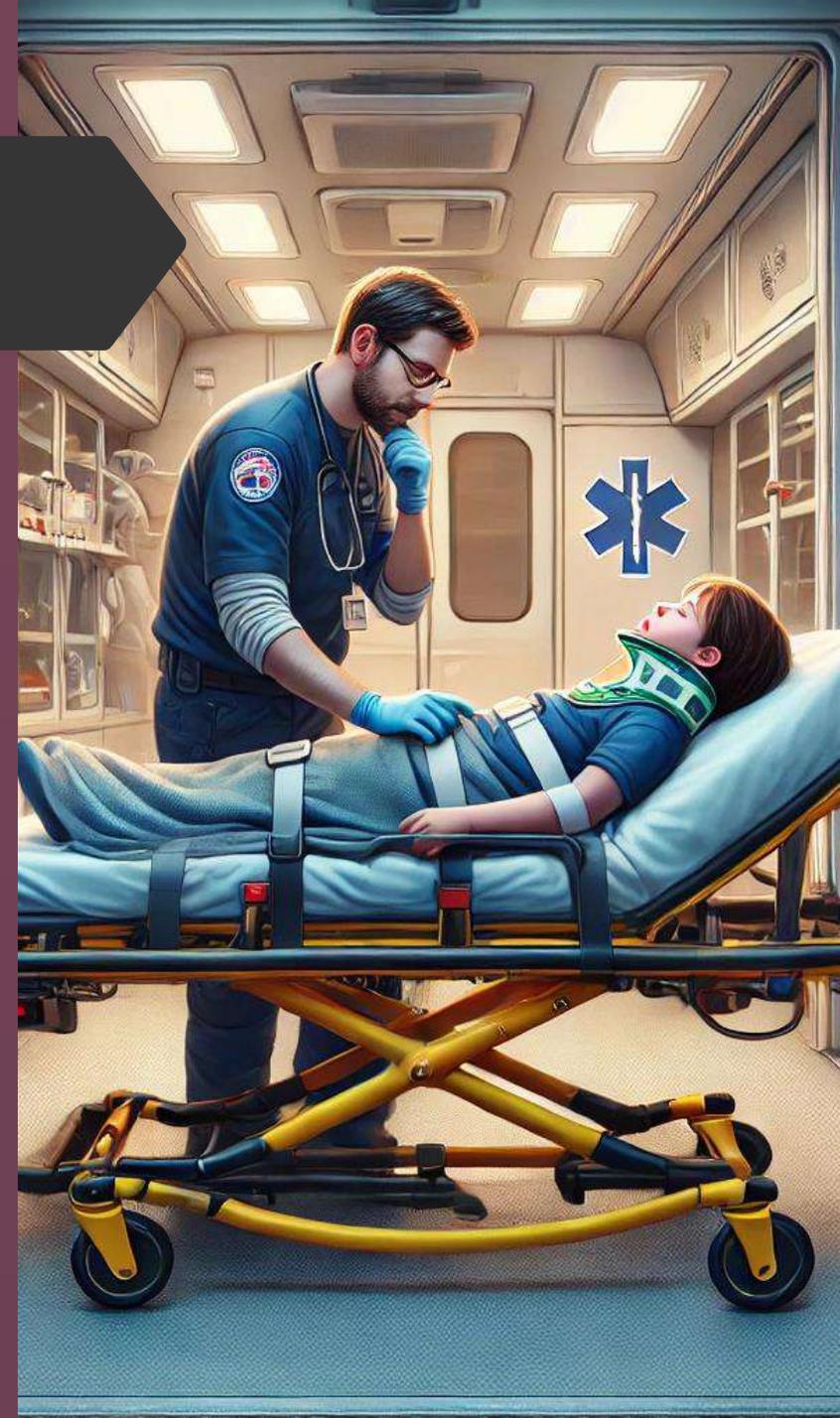
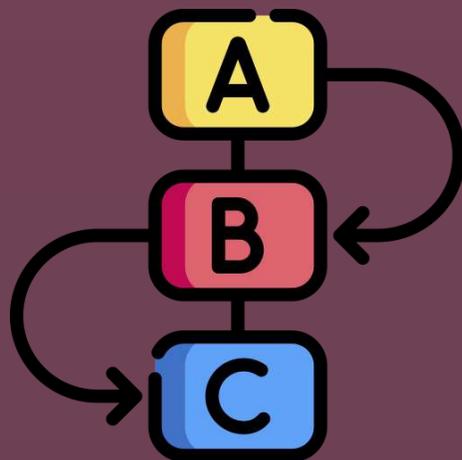
**Adrénaline IV**  
Dilution: Adrénaline 1ml = 1mg + 9ml de NaCl 0,9%  
Administrer: 10 à 30 µg/kg soit 0,1 à 0,3 ml/kg de la dilution

Soins post-Réanimation

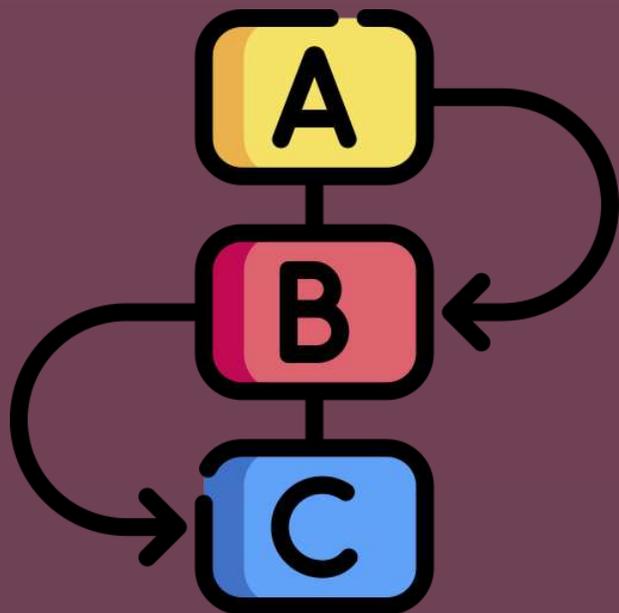
# Traumatisé sévère

**PRIORISATION** des détresses vitales

*« Treat first what kills first »*



# Traumatisé sévère



**A** - Airway



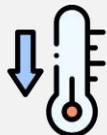
**B** - Breathing



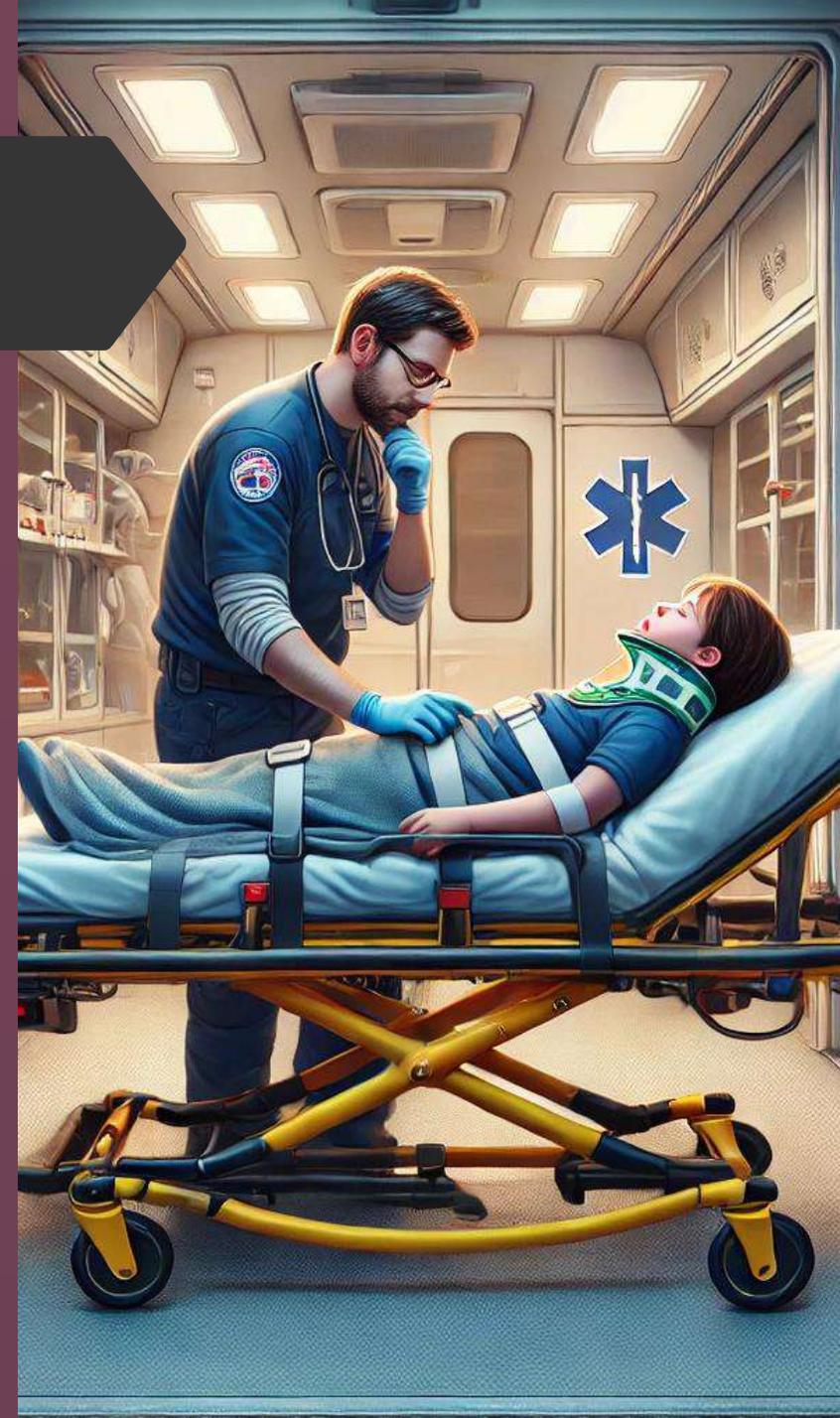
**C** - Circulation



**D** - Disability



**E** - Exposure

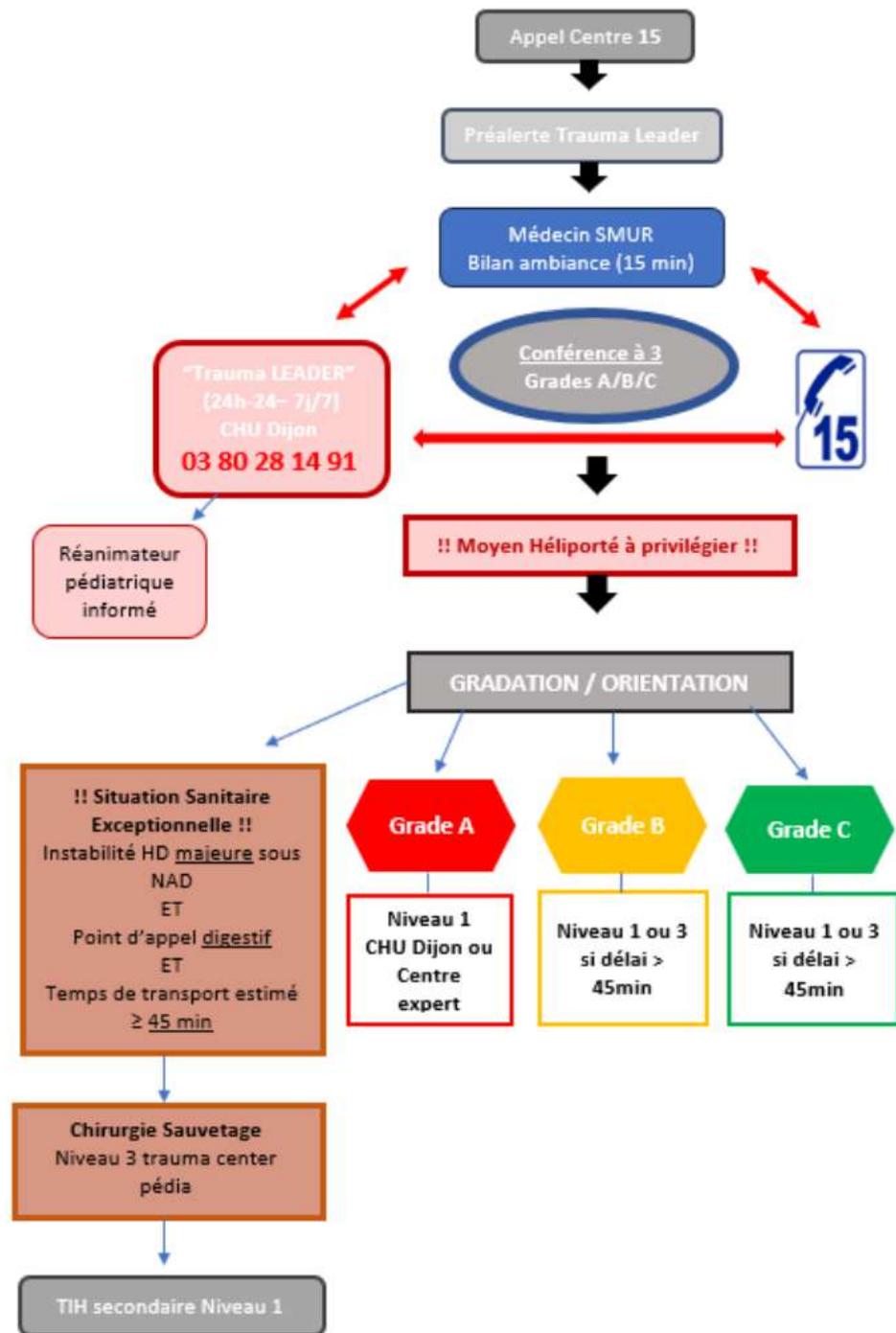


## Protocole selon RUBFC - ReBouTS

	Neurologique	Hémodynamique	Respiratoire	Lésions
<b>GRADES A (instable)</b>	GCS<9 ou GCSm≤4	<b>PAS après 40 ml/kg RV ou nécessité d'amines</b> <1 an <70 mmHg >1 an <70+2x(âge) mmHg	Détrousse respiratoire avec SpO2<95% sous O2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traumatisme thoracique important</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déformation majeure</li> <li>- Volet thoracique clinique</li> <li>- Emphysème majeur, extensif</li> </ul> </li> <li>• <b>Traumatisme pénétrant</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crânien / Cervical / Facial</li> <li>- Thoracique profond / soufflant / aire cardiaque</li> <li>- Abdominal balistique / délabrant</li> </ul> </li> <li>• <b>Traumatisme vertébro-médullaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit neurologique transitoire ou permanent</li> </ul> </li> <li>• <b>Orthopédique / Maxillo-facial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatisme bassin cliniquement instable</li> <li>- Fracture ouverte complexe du fémur ou de l'humérus</li> <li>- Amputation proximale / hémorragique / complexe</li> <li>- Délabrement majeur / complexe</li> </ul> </li> <li>• <b>Lésion vasculaire hémorragique ou ischémiant</b></li> </ul>
<b>GRADES B (stabilisé)</b>	GCS≤13 ou GCSm≤5	<p><b>Hypotension artérielle corrigée par RV :</b> &gt;1 an PAS &gt;70+2x(âge) mmHg &lt; 1 an PAS &gt; 70 mmHg</p> <p><b>Absence d'hypotension mais tachycardie permanente :</b> FC &gt; 160/min &lt; 3 ans FC &gt; 140/min &lt; 3 ans</p> <p>Signes d'hypoperfusion périphériques : TRC &gt; 3 sec, marbrures, extrémités froides</p>	Détrousse respiratoire stabilisé SpO2≥95%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suspicion traumatisme thoracique simple</b></li> <li>• <b>Traumatisme pénétrant abdominal simple non balistique</b></li> <li>• <b>Suspicion traumatisme vertébro-médullaire non déficitaire</b></li> <li>• <b>Orthopédique / Maxillo-facial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspicion traumatisme bassin sans instabilité mécanique et hémodynamique</li> <li>- Amputation distale non hémorragique</li> <li>- Ecrasement de membre isolé</li> <li>- Fracture fermée ou ouverte simple du fémur ou de l'humérus</li> </ul> </li> </ul>
<b>GRADES C (stabilisé)</b>	GCS>13			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chute &gt;3m ou &gt;3 fois taille de l'enfant</b></li> <li>• <b>AVP victime projetée ou écrasée</b></li> <li>• <b>Blast, décès autre victime dans l'habitation</b></li> <li>• <b>Traumatisme haute cinétique</b></li> <li>• <b>Fracture ≥2 OS long proximaux</b></li> <li>• <b>Jugement clinique SMUR/urgences</b></li> </ul>

# Protocole selon RUBFC - ReBo

	Neurologique	Hémodynamique	Respiratoire
<b>GRADES A (instable)</b>	GCS<9 ou GCSm≤4	PAS après 40 ml/kg RV ou nécessité d'amines <1 an <70 mmHg >1 an <70+2x(âge) mmHg	Détrousse respiratoire avec SpO2<95% sous o2
<b>GRADES B (stabilisé)</b>	GCS≤13 ou GCSm≤5	<b>Hypotension artérielle corrigée par RV :</b> >1 an PAS >70+2x(âge) mmHg < 1 an PAS > 70 mmHg <b>Absence d'hypotension mais tachycardie permanente :</b> FC > 160/min < 3 ans FC > 140/min < 3 ans Signes d'hypoperfusion périphériques : TRC > 3 sec, marbrures, extrémités froides	Détrousse respiratoire stabilisé SpO2≥95%
<b>GRADES C (stabilisé)</b>	GCS>13		

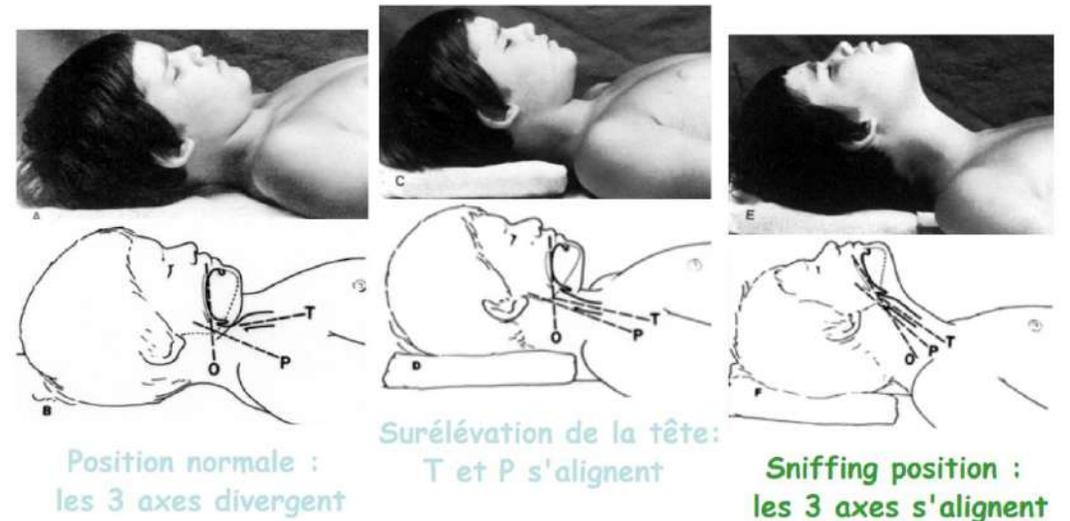
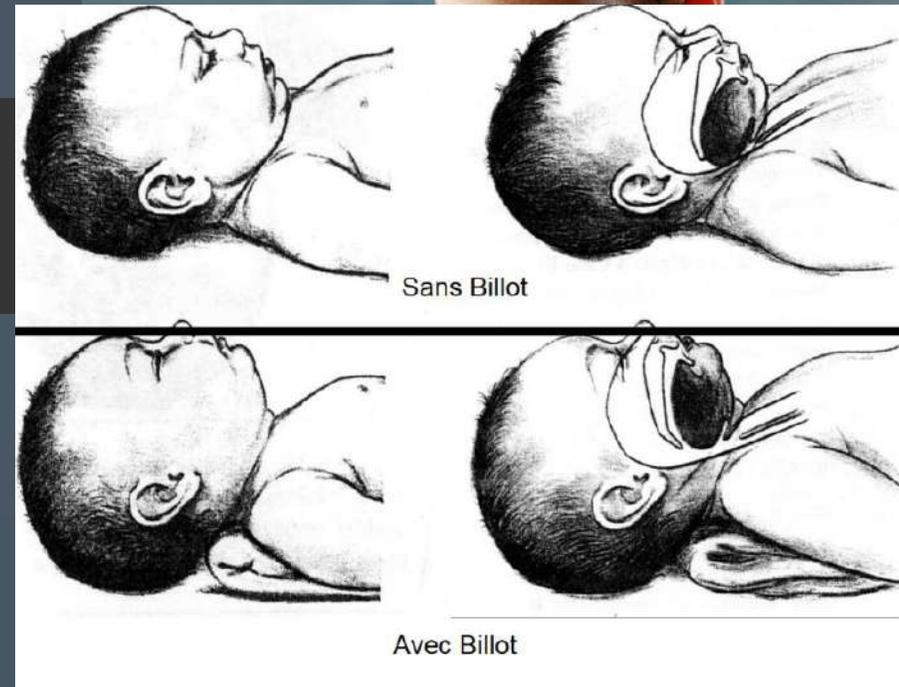


# Intubation / ventilation

➤ ISR chez < 8 ans =  **ATROPINE** (0,02 mg/kg)

➤ Ne pas négliger la **position**

➤ Adapter le **matériel**  



# Intubat

➤ ISR chez <

➤ Ne pas né

➤ Adapter le

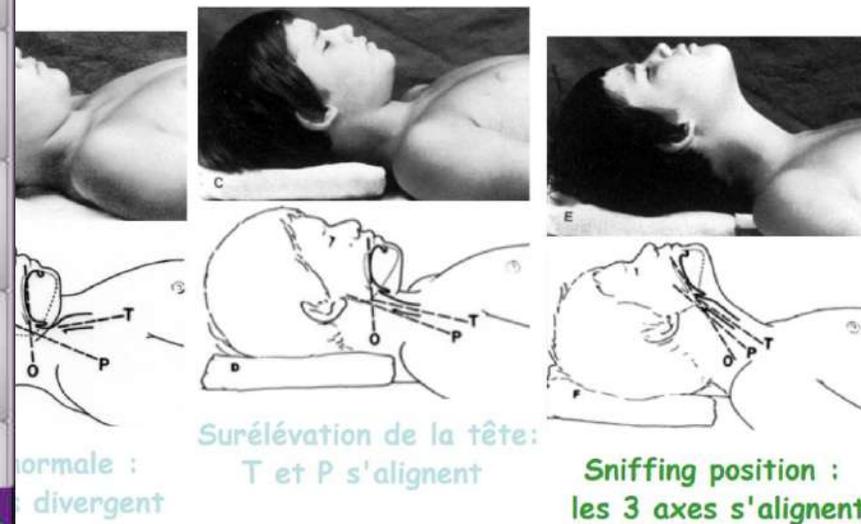
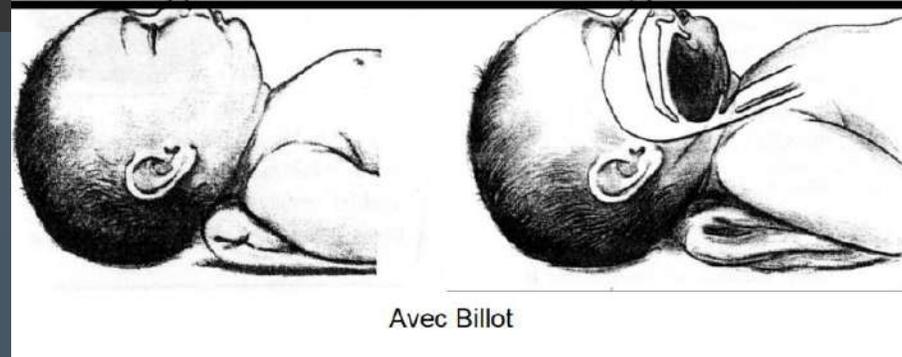
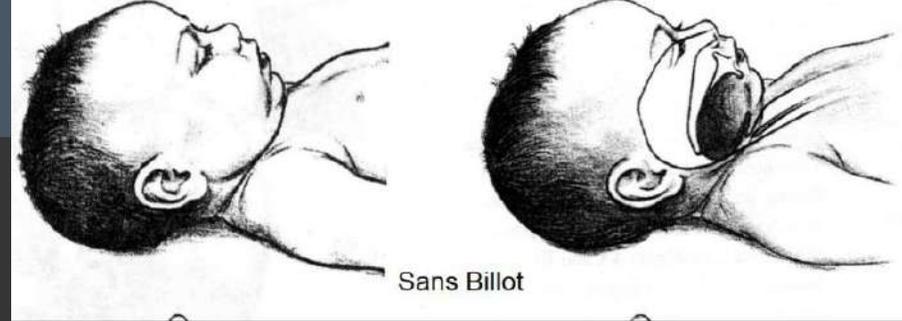
**PEDI HELP** BUY PRO VERSION ONLY PRO

age		weight	height
11 years	8 months	39 kg	140-150 cm

	Equipment E.T. Tube (uncuffed)	∅	mm
	Equipment E.T. Tube (cuffed)	6.0	mm
	Equipment Insertion Length (oral)	17.5	cm
	Equipment Insertion Length (nasal)	21.0	cm
	Equipment LMA	3	#
	Equipment I-GEL	3	#
	Equipment Laryngeal Tube	3	#

**NORM** **EQUIP** **RES** **ANE** **EMGY** **ONLY PRO**

© CreaBooSoft MMXXV



# ACR de l'enfant



**Insufflations x5**



Compressions thoraciques



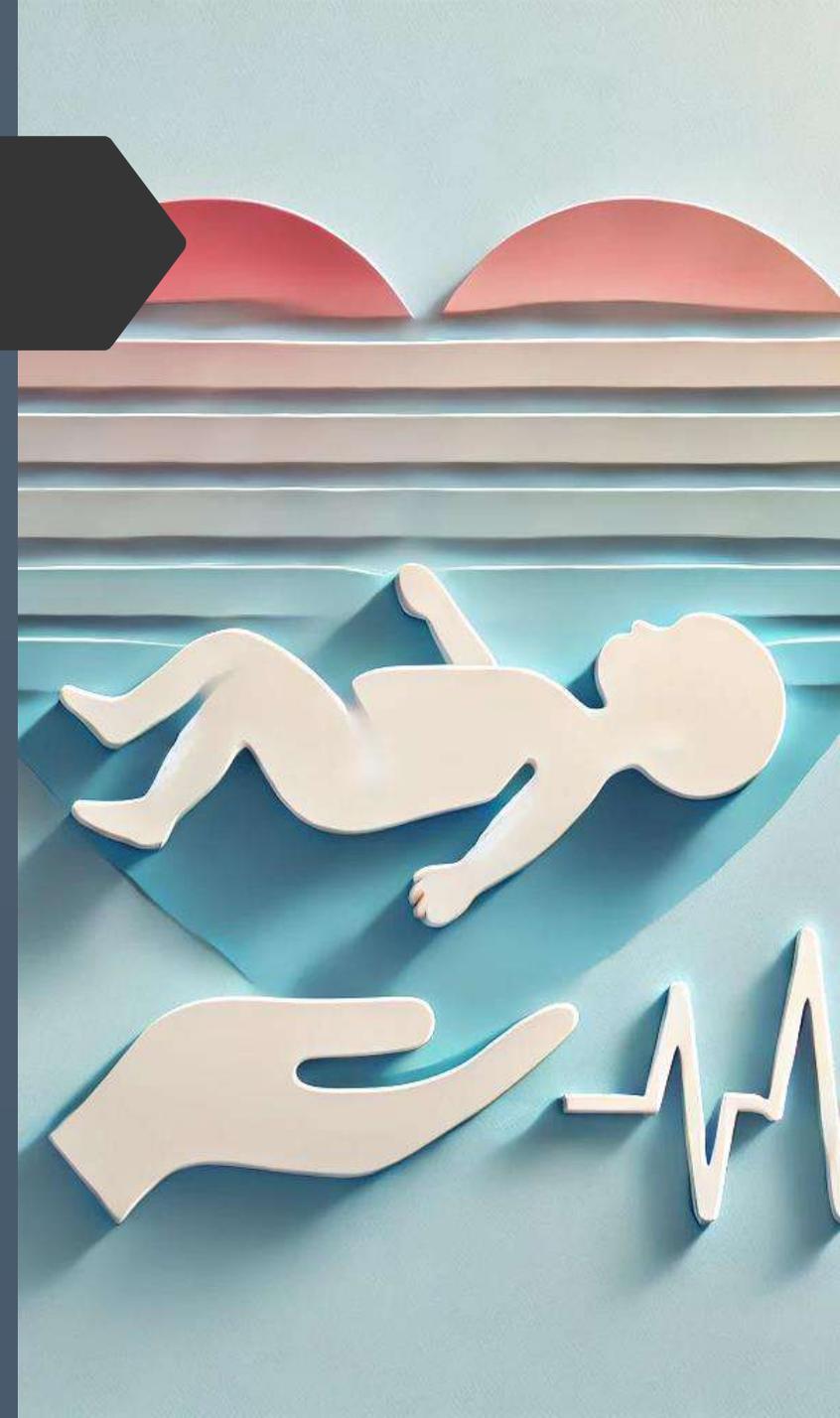
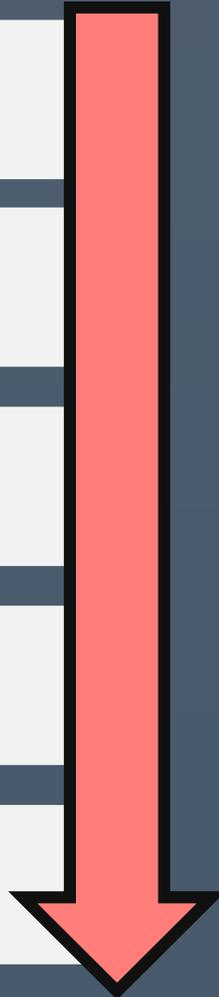
Alternance avec ventilation



Défibrillation (4J/kg)



Adrénaline (0,01 mg/kg)



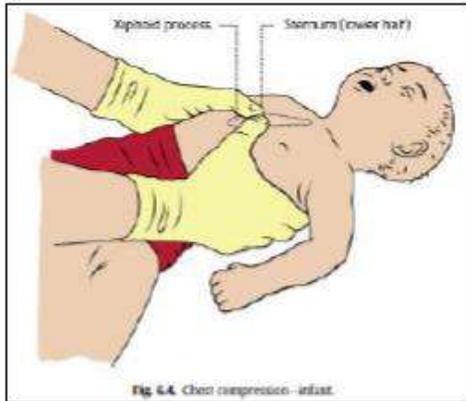
## NOUVEAU-NE

Naissance

Rythme alternant

**3** compressions

**1** insufflation



## ENFANT

Jusqu'à la puberté

Rythme alternant

**15** compressions

**2** insufflations



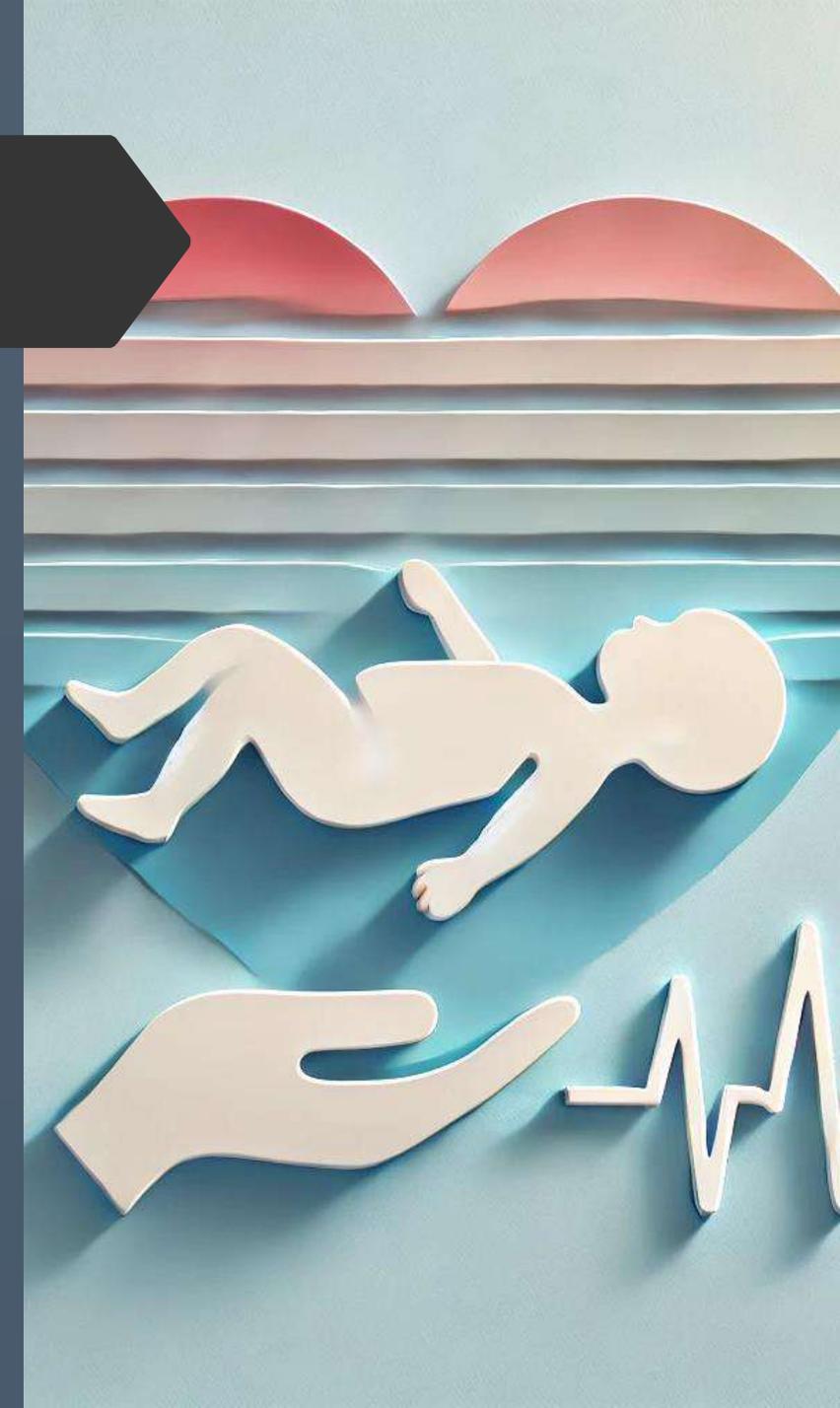
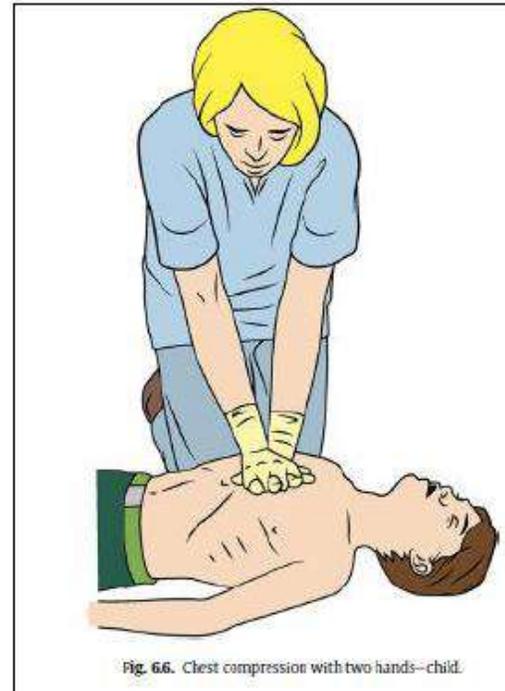
## ADOLESCENT

Après la puberté

Rythme alternant

**30** compressions

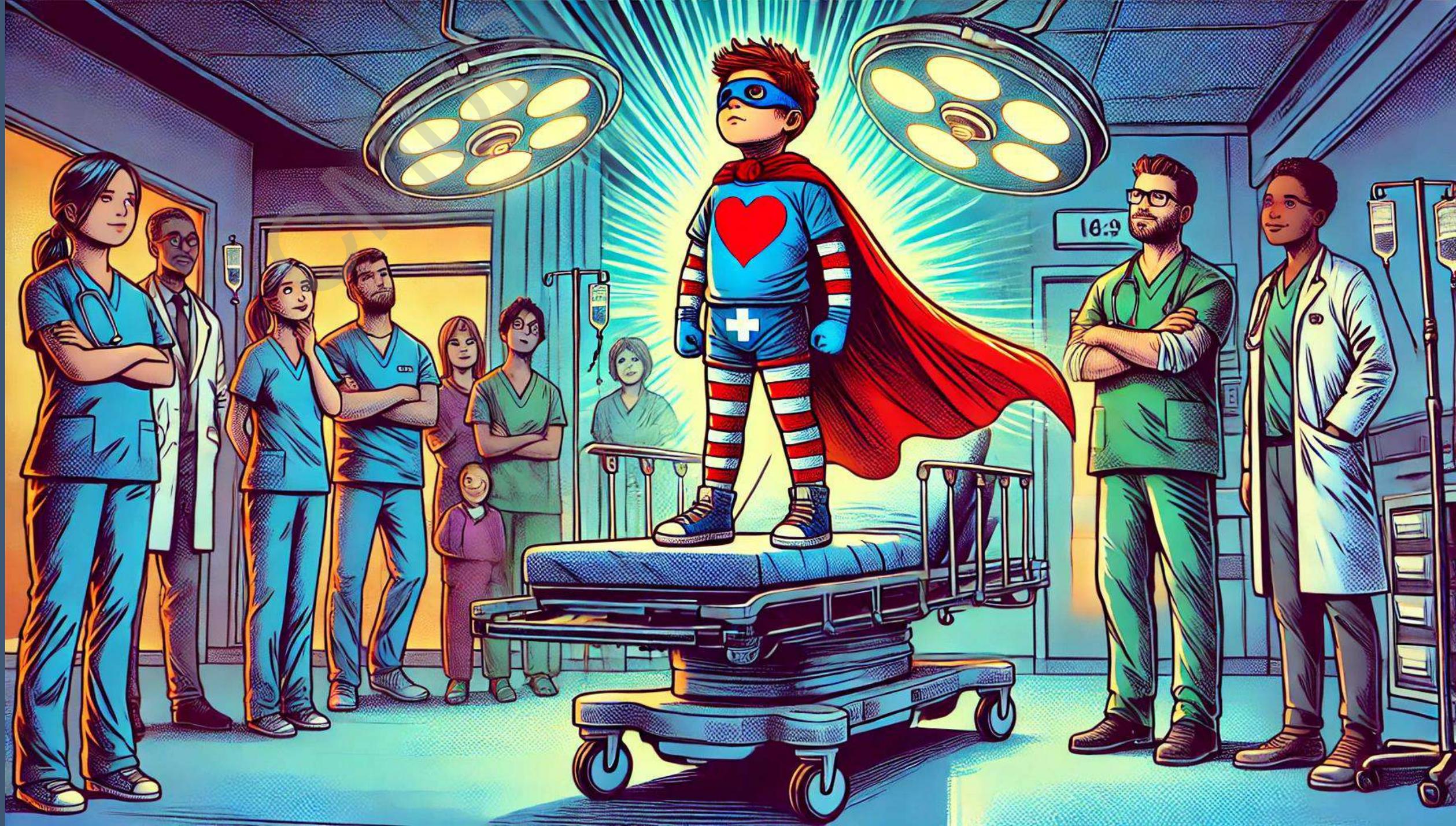
**2** insufflations



# Soirée Quiz Pédiatrie

Le CMUB vous  
remercie!





# Quelques applications utiles en pédiatrie

- le trousseau
- pedi help
- urg'pédiatrie