

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>: le nom d'utilisateur est formationcontinue et le mot de passe : pediatrie

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 1^{er} mars 2016

Première heure :

Quel lien pour la pédiatrie entre l'hôpital périphérique et le CHUV ?

Orateurs : Drsse I. Felberbaum & Team Yverdon (CHUV, Lausanne)

L'hôpital d'Yverdon regroupe plusieurs anciens hôpitaux du Nord vaudois (St Loup, Chamblon) et voit aussi quelques patients d'une partie du canton de Fribourg.

Les urgences voient 12'000 cas par année, avec l'aide de pédiatres installés (une dizaine).

Il n'y a pas de service de soins intensifs, il y a 25 lits, dont 5 de néonatalogie, trois de soins continus, 5 de psychiatrie. En 2015, il y a eu 908 hospitalisations, 5 à 10 enfants sont transférés par année. La néonatalogie accepte des nouveaux-nés de plus que 34 semaines.

L'équipe médicale regroupe un médecin chef de clinique, huit assistants, quatre médecins chefs, et 23 emplois de soins infirmiers, polyvalents.

Exemple de cas : nouveau-né de 14 jours présentant des vomissements, avec selles régulières. L'enfant paraît bien, mais lors de la consultation, il présente un vomissement verdâtre.

Il est hospitalisé pour surveillance, avec un diagnostic différentiel de gastro-entérite, infection urinaire, reflux gastro-œsophagien ou de malformation digestive.

Devant la persistance des vomissements, une échographie abdominale est pratiquée montrant un signe de twist des vaisseaux mésentériques, suggestif d'un volvulus. L'enfant est transféré vers le CHUV, avec sonde nasogastrique et voie périphérique, où il sera opéré.

Deuxième exemple de cas vécu à Yverdon : un nouveau-né de 17 jours présente un inconfort digestif et des rougeurs cutanées. Nourri au lait maternel, la mère passe au lait artificiel en raison de coliques et selles abondantes. L'érythème persiste, prédominant aux plis, plus marqué lors des pleurs. Le bilan sanguin est sans particularité. L'enfant est mis au bénéfice d'un hydrolysate de protéines bovines mais les lésions persistent avec des papulo-pustules, des phlyctènes, et décollement cutané. Il n'y a pas de lésion muqueuse. Le signe de Nikolsky est négatif.

Un traitement d'antibiotiques avec amoxicilline et garamycine est introduit, auquel est rajouté la vancomycine. Les cultures pour recherche d'herpès restent négatives. La recherche d'exfoliatine A et B est positive. Par la suite, l'évolution est favorable.

Il s'agit d'un Staphylococcal Scalded Skin Syndrom (SSSS) ou maladie de Ritter. Les lésions sont dues à un staphylocoque sécrétant une toxine, il n'y a pas de germe au niveau des lésions. L'exfoliatine est une métalloprotéine qui a pour cible le stratum spinosum de l'épiderme, la dissémination se fait par voie hématogène.

3e cas : petit garçon sans antécédent particulier qui est grincheux depuis 6 jours, se réveille en pleurs, ne marche pas. Il y avait une notion de comptage de varicelle une dizaine de jours auparavant.

A l'examen clinique, il s'agit d'un garçon de 14 kg, l'examen général est normal, la percussion du rachis est indolore, la mobilité des hanches est inconfortable. Les examens complémentaires (formule sanguine complète, CRP, vitesse de sédimentation) sont dans la norme. La radiographie de la colonne totale face et profil montre un petit pincement entre deux vertèbres. Le bilan est complété avec une résonance magnétique montrant la disparition d'un disque. Le diagnostic de spondylodiscite est retenu.

La recherche de *Kingella Kingae* par PCR est positive.

Les spondylodiscites ont une incidence de 1 à 2/30'000. Elle peut se voir en période néonatale, 60 % des cas ont moins de quatre ans (une vascularisation très riche est un facteur de risque à cet âge); il existe un autre pic à l'adolescence, en général le germe retrouvé est le staphylocoque.

La présentation clinique de la spondylodiscite est peu spécifique : un des signes principaux est le refus de s'asseoir, on retrouve l'irritabilité des hanches, parfois fièvre, boiterie, douleurs abdominales. L'infection peut être due à du staphylocoque. *Kingella kingae* est un germe également souvent responsable de spondylodiscite, qui peut être mis en évidence par PCR soit de la gorge, soit du sang, soit éventuellement d'un prélèvement local. Ce germe entraîne étonnamment peu d'inflammation, la CRP est souvent normale.

L'imagerie radiologique est constituée du cliché standard, souvent normal au début de la maladie. En général, l'I.R.M. est recommandée par la plupart des auteurs. La scintigraphie est très sensible mais non spécifique. Les recommandations de durée de traitement sont variables. Une immobilisation peut être utile selon les recommandations des orthopédistes. Des lésions radiologiques persistent 23 ans après, avec environ 20 % de gêne fonctionnelle.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch