

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 14 janvier 2020

1^{re} heure :

Nouveautés en pédiatrie

Orateurs : Prof K. Posfay-Barbe et son équipe, Hôpital des enfants

En 2019, il y a eu 1'389'316 articles médicaux publiés, 98'599 concernaient « child » ou « pediatric ». A raison de 10 minutes de lecture par article, cela représenterait 685 jours de lecture. Les chefs de cliniques de pédiatrie présentent à tour de rôle un article qui leur semblait important de l'année passée.

Infant deaths in sitting devices. Peter Liaw, Pediatrics 2019 (144). La mort subite du nourrisson survient durant le sommeil (SIDS). Des recommandations ont été émises : literie ferme, couché sur le dos, l'enfant dort aux côtés des parents (sans partage de lit). Des données ont été collectées de 2004 à 2014 sur les décès survenus durant le sommeil. Ont été exclus les causes comme homicide, maladie, traumatisme. Le lieu du décès, le contexte, qui était le superviseur (gardien), ont été analysées. De même que les facteurs de risque comme prématurité et des facteurs de risque lié au superviseur (comme abus d'alcool, problème psychiatrique). 11'779 décès ont été enregistrés, dont 3% dans un dispositif assis. Dans 63% des cas, il s'agissait d'un siège de voiture. L'âge moyen est de deux mois, souvent le siège n'était pas adapté. La majorité des décès ont eu lieu à domicile, sous supervision parental. En conclusion, la mort du nourrisson en position assise dans un dispositif assis (siège auto) existe : le siège auto doit être utilisé correctement, seulement dans les véhicules, et le nouveau-né doit être mis dans un lit si l'enfant a encore besoin de dormir après le voyage.

Prednisolone versus dexamethasone in croup : à randomised equivalence trial.

A. Sparrow and G. Geelhoed. Archives of disease in Childhood. Les corticoïdes sont recommandés pour tout patient avec faux croup. L'efficacité de la dexaméthasone 0.6mg/kg versus dexaméthasone 0.15 mg/kg versus Prednisone 1 mg/kg a été étudiée, en double aveugle. Le score de Westley, la nécessité d'une reconsultation, la durée d'hospitalisation, l'usage d'adrénaline ont été recherchées. À 1 heure et 2 heures, il n'y a pas de différence significative entre les différentes modalités de traitement. Les patients ayant reçu la prednisone n'ont plus eu besoin d'une dose secondaire. En conclusion, ces trois traitements peuvent être utilisés, mais avec la

Prednisone, il est plus souvent nécessaire de revoir l'enfant et de donner une autre dose.

Probiotics for children with recurrent abdominal pain. JAMA Pediatrics. Un nombre élevé d'épisodes de douleurs abdominales interfère sur l'activité du quotidien. Il s'agit d'un problème significatif en pédiatrie. Une revue systématique de la littérature entre 1985 et 2014, pour des enfants âgés de 4 à 18 ans, a permis de retenir 19 études randomisées. Il a été comparé des interventions diététiques : probiotiques, régime avec fibres, diète de restriction ou d'exclusion. 13 études ont employé un probiotique. Les objectifs recherchés étaient nombre et intensité des douleurs, et l'absentéisme scolaire. Il a été observé : une amélioration des douleurs abdominales dans le groupe probiotique, une diminution plus importante de l'absentéisme dans le groupe probiotique, mais pas de différence entre le régime avec fibres et les régimes d'exclusion. Les limites de ces études étaient une évidence faible à modérée, un choix des souches de probiotique pas clair. Mais vu le peu d'effets secondaires, cette solution thérapeutique est utile. Il y a besoin d'études plus standardisées.

Association of Sexting With Sexual Behaviors and Mental Health Among Adolescents A Systematic Review and Meta-analysis. Camille Mori et all, JAMA Pediatr 2019. Le sexting consiste en échange de message, photographie ou vidéo, a contenu pornographique. Cet article est une méta analyse d'études. 1672 articles ont été publiés de 2000 à 2018. 23 études en anglais ont été retenues. Les résultats ont montré une association significative avec l'absence de contraception, un nombre de partenaires multiples ; un comportement délinquant ou dépressif ; des problèmes de consommation de substance. Est-ce que c'est le sexting qui favorise ces problèmes, ou le sexting est-il lié à ses comportements à risque ? En tout cas, lors de mise en évidence des comportements susnommés, il est utile d'aborder le sujet du sexting lors de la consultation.

Parenteral Antibiotic Therapy Duration in Young Infants With Bacteremic Urinary Tract Infection. Derai S. Pediatrics 2019. L'infection urinaire est la plus fréquente des infections graves en dessous de deux mois, il y a souvent bactériémie concomitante. Les recommandations suisses de 2013 étaient, chez l'enfant de moins de deux mois, 10 jours de traitement intraveineux si l'hémoculture est négative, 14 jours de traitement intraveineux si l'hémoculture est positive. Cette étude rétrospective multicentrique de 2011 à 2016 a regroupé les enfants avec même pathogène dans le sang et l'urine. Sur 497 patients, 115 ont été retenus pour infection urinaire confirmée et hémoculture positive. La moitié des enfants a été traitée moins de 7 jours et l'autre moitié plus que 7 jours. Les résultats ont montré une récurrence d'infection urinaire chez six patients, deux dans le groupe de moins de 7 jours et quatre dans le groupe de plus que 7 jours. Tous avaient un reflux important. Il n'y a pas eu de différence dans les consultations secondaires. Il y a donc eu étonnamment peu de complication dans le groupe avec traitement court. Ceci suggère que la durée du traitement intraveineux pourrait être rediscutée, mais il est nécessaire de tenir compte de la présence d'un reflux. La cysto-urétéro-graphie mictionnelle serait utile pour déterminer la durée d'un traitement antibiotique. Les limites de cette étude est qu'il s'agit d'une étude rétrospective, ne concernant que 114 patients. Dans l'étude n'est pas mentionné la durée du traitement antibiotique oral.

Evaluation of Long-term Risk of Epilepsy, Psychiatric Disorders, and Mortality Among Children With Recurrent Febrile Seizures: A National Cohort Study in Denmark.

Dreier JW JAMA Pediatr 209, les convulsions fébriles touche 2 à 5% des enfants de trois mois à cinq ans. Est-ce que la récurrence de convulsion est un facteur de risque ? Quelles sont les conséquences ? Une étude de cohorte faite au Danemark entre 1977 et 2011, avec un suivi assuré jusqu'en 2016, a été conduite grâce à un registre. Il y avait 75'000 patients représentant 3.6% de la population. Il y a un pic de fréquence de convulsion fébrile à l'âge de 16 mois l'étude montre un risque augmenté d'épilepsie si les crises sont répétées, il existe également un risque accru de maladie psychiatrique. L'étude ne mentionne pas s'il s'agit de crises convulsives simples ou complexes. Il convient peut-être d'être moins optimiste, lorsque l'on parle avec des parents dont l'enfant a fait plusieurs crises convulsives, sur l'évolution à long terme.

Recommandation GINA up date 2019 (Global Initiative for Asthma). La stratégie procède par pallier, selon l'âge de l'enfant. Auparavant, chez les enfants de plus de 12 ans, lorsqu'il y avait moins que deux crises par mois, sans comorbidité associée, était recommandé un bronchodilatateur seul (par ex. le Ventolin). La nouveauté est un changement du premier pallier avec une recommandation d'emploi de cortisone inhalée associée au formotérol (en Suisse Vannair ou Symbicort). Dans le pallier deux, lors de crises plus fréquentes, un traitement corticoïde de fond est associé à des bronchodilatateurs de courte durée d'action. Mais l'emploi d'un combiné (corticoïdes inhalés plus formotérol) lors des crises est une alternative utile, cette simplification thérapeutique est bien ressentie, le formotérol ayant une action rapide. L'emploi de cortisone au besoin plutôt qu'en continue pourrait même diminuer la consommation de cortisone. Voilà les nouveautés pour les enfants de plus de 12 ans.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch