

OUTIL D'AIDE AUX CONSEILS TELEPHONIQUES PEDIATRIQUES

(31) *

index

- Boiterie de l'enfant
- Brûlure de l'enfant
- Céphalées de l'enfant
- Convulsions
- Corps étranger digestif
- Corps étrangers autres
- Corps étranger larvng -trachéo-bronchique
- Crise d'asthme (en excluant le nourrisson)
- Diarrhée aiguë du nourrisson
- Douleur abdominale aiguë chez l'enfant de 1 à 4 ans
- Douleur abdominale du grand enfant
- Douleur thoracique
- Epistaxis / hémorragies ORL
- Eruption cutanée
- Eruption cutanée fébrile
- Fièvre
- Gêne respiratoire chez l'enfant de moins de trois ans
- Grippe
- Luxation de la rotule
- Mauvaise prise des biberons chez le nourrisson
- Morsures de tiques
- Otalgie du nourrisson et du jeune enfant.
- Piqûres d'insecte chez l'enfant
- Pleurs du nourrisson de moins de trois mois
- Pleurs du nourrisson de plus de trois mois
- La toux aiguë du nourrisson et du jeune enfant
- Traumatisme crânien de l'enfant
- Troubles du comportement : confusion/délire
- Trouble du comportement : Spasme du sanglot
- Troubles du comportement :Syncope (ou lipothymie)
- Vomissements aigus
- PHARMACIE DOMICILE

Cliquer une fois sur le thème choisi : la petite main indique un lien vers un texte. Ceci se retrouve également dans qq thèmes : le mot est toujours en minuscule et souligné
Dans les thèmes les mots surlignés en jaune permettent d'ouvrir des fenêtres complémentaires.

* Document rédigé par les Pédiatres du SAMU 31, à partir de « Pédiatrie par Téléphone » du Groupe de Pédiatrie Générale (SFP), enrichi de leur expérience. Ce document ne demande qu'à s'enrichir en fonction de vos besoins et de vos remarques. lelongissier.mc@chu-toulouse.fr

Crise d'asthme (en excluant le nourrisson)

[index](#)

Beaucoup de parents ne différencient pas asthme et laryngite

- l'enfant est-il connu pour asthme ?
- a-t-il un traitement de fond quotidien (corticoïde, β_2 + inhalé)
- a-t-il déjà été hospitalisé plusieurs jours pour asthme ?

OUI : asthme probable

NON : « auscultation téléphonique » : dyspnée expiratoire ou aux deux temps, pas de cornage, pas de toux rauque

Facteurs de gravité

Antécédent de crise sévère
Hospitalisation pour asthme
Corticoïdes per os en cours ou arrêt récent
Plus d'un spray de β_2 par mois
Problème psychiatrique ou psycho-social
Agitation ou apathie
Gêne de la parole, cyanose,
Débit expiratoire de pointe (DEP) < 50% de la meilleure valeur, après β_2 adrenergiques (β_2) répétés

Transport médicalisé	Hospitaliser	Consulter
Cyanose visible par les parents	Parle difficilement (respire entre chaque mot)	Peut parler au téléphone
Ne répond pas, paraît épuisé	Crise évoluant depuis plusieurs heures, résistant ou s'aggravant malgré traitement adapté	amélioration partielle sous β_2 inhalés
Hypotonique, ne tient pas bien assis	Facteurs de gravité	DEP entre 50 et 80% de la meilleure valeur du patient
Pauses respiratoires	faible amélioration après β_2 répétés	dépendance médicamenteuse élevée (β_2 fréquents, corticoïdes per os récents)
risque d'ACR		

CONSEILS THERAPEUTIQUES

Protocole écrit de prise en charge de la crise d'asthme en possession des parents ?

Traitement déjà administré par les parents ?

Savoir que :

- les corticoïdes inhalés (ex : Bécotide[®]) n'ont pas leur place dans le traitement de la crise
- le seul traitement utile est le Salbutamol administrée en aérosol doseur (ex : Ventoline[®]) avec chambre d'inhalation (ex : Babyhaler[®])
- le surdosage en salbutamol inhalé n'existe pas (seul 2% du produit atteint les petites bronches),
- Le Babyhaler doit être fermement appliqué sur le visage (bouche et nez), peu importe que l'enfant pleure, il doit être solidement maintenu s'il proteste et la valve bleue doit bouger au rythme de la respiration.

Proposer le schéma suivant :

Ventoline/babyhaler :

1[°] dose : 1 bouffée /kg sans dépasser 20 bouffées

2[°] dose à 20 minutes : ½ bouffée /kg

3[°] dose à 40 minutes : ½ bouffée /kg

→ amélioration franche : poursuivre ½ bouffée/kg toutes les 2 à 3 h

→ amélioration partielle : idem et rajouter corticoïde oral (C'élestène 20 gouttes/kg ou Solupred 2 mg/kg), réévaluer 2 h après.

→ pas d'amélioration : Hospitalisation

Boiterie de l'enfant

[index](#)

Signe d'appel : Boiterie *récente* en dehors d'un contexte traumatique.

- symptôme : **mon enfant refuse de se mettre debout, refuse de marcher, boîte, se plaint d'une douleur localisée à un (ou aux) membre(s) inférieur(s).**
- Diagnostic différentiel : ataxie aiguë, vertiges paroxystiques

Pièges

- Une boiterie peut révéler une pneumopathie, une appendicite aiguë, une hémopathie, une tumeur solide métastatique (neuroblastome), une maladie neurologique (polyradiculonévrite)
- Le diagnostic est souvent difficile avant l'âge de 2-3 ans et l'on ne doit pas conclure hâtivement à un «rhume de hanche» qui concerne en principe des enfants plus âgés.

Consultation dans la demi-journée	Consultation dans la journée	Consultation différée
Boiterie fébrile	Boiterie avec signes associés extra-squelettiques (digestifs)	Dans les autres cas
Age < 2 ans	Boiterie depuis plusieurs jours.	
Incapacité de poser le pied par terre	Maladie chronique associée.	
Tuméfaction articulaire ayant les caractères d'une inflammation	Inquiétude de la famille	
Altération de l'état général		
Eruption cutanée associée		

Brûlure de l'enfant

[index](#)

Pré-requis

Un nouveau-né doit être hospitalisé quelle que soit l'étendue de sa brûlure ++

La gravité d'une brûlure s'apprécie sur :

a) la surface cutanée atteinte (%) :

	Age	< 1 an	1-4 ans	5-10 ans	10-15 ans	15 ans
Tête entière		19	17	13	11	9
Cou entier		2	2	2	2	2
1 bras entier		3	3	3	3	3
1 avant-bras entier		4	4	4	4	4
1 main entière		2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
1/2 tronc (antérieur)		13	13	13	13	13
1/2 tronc (postérieur)		13	13	13	13	13
Périnée		1	1	1	1	1
1 fesse		2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
1 cuisse entière		5,5	6,5	8	8,5	9
1 jambe entière		5	5	5,5	6	6,5
1 pied entier		3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Le calcul de la surface cutanée atteinte est facilité, lors de l'interrogatoire, en précisant que 1 % de la surface corporelle correspond à la surface de la main de l'enfant

b) La profondeur de la brûlure :

Profondeur	Douleur	Aspect	Couleur
Superficielle	+++	Phlyctène à paroi épaisse et fond très suintant	Rosé
Intermédiaire	+	Phlyctène à paroi fine et à fond suintant	Rouge, blanc pétéchial
Profonde		Aspect de cuir Peau épaissie	Blanc, rouge, ou marron

c) l'atteinte de :

- visage : œdème ? atteinte des yeux ?
- périnée et organes génitaux externes (verge chez le garçon ?)
- brûlures circulaires : thorax, membres ?
- brûlures péri-orificielles : bouche ++

d) Les signes en faveur d'une inhalation de fumée (brûlure par flammes en espace clos) :

- modification de la voix (raucité, toux)
- suie au niveau des voies aériennes supérieures

a) les signes associés :

- troubles de la conscience (intox CO)?
- Gêne respiratoire ?
- Traumatisme associé ?

Douche à l'eau froide

- si brûlure par un liquide chaud : laisser couler de l'eau froide pendant 10 minutes jusqu'à 10 cm autour de la zone brûlée ;

- si brûlure chimique : enlever les vêtements sauf vêtements synthétiques, nettoyer à l'eau tiède et doucher à l'eau si grande surface et plus de 30 min.

- si brûlure oculaire: lavage oculaire à l'eau froide

Envelopper dans un linge propre

RECAPITULATIF VISUEL

Hospitaliser Transport Medicalisé

- brûlure du 3ème degré, ou du 2° degré avec surface atteinte $\geq 20\%$ ou $\geq 10\%$ chez le nourrisson
- troubles respiratoires associés (toux, gêne respiratoire)
- incendie d'habitation avec présence de suie dans les voies aériennes
- troubles de la conscience
- brûlure électrique symptomatique, si source > 1000 volts

hospitaliser	Consultation dans la journée	Soins à domicile
Age < 1 mois	phlyctènes > 5% ou > 2,5% chez le nourrisson	1 ^{er} degré et < 10 % (< 5 % chez le nourrisson), en dehors des zones à risque et sans lésion associée .
brûlure électrique brûlure chimique brûlure circonférentielle	douleur résistante aux moyens simples	désinfection locale en respectant les phlyctènes
surface brûlée > 10% ou > 5% chez le nourrisson brûlure 2 nd degré profond ou 3ème degré		Appliquer de la Flammazine* ou de la Biafine Si des phlyctènes sont rompues retirer les débris de peau
brûlure avec atteinte orificielle, brûlure de la face		Mettre du tulle gras.
brûlure d'un pied, d'une main, du périnée (risques fonctionnels) troubles du comportement		Vérifier l'absence d'hypothermie. Soulager la douleur : paracétamol +ou – codéine,
fièvre associée		Demander de consulter si douleurs intenses et/ou persistantes, ou si aspect surinfecté.
suspicion de maltraitance (discours incohérent, appel tardif)		

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Chlorhexidine

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: paracétamol 20 mg/kg toutes les 6h : dose maxi

[index](#)

[index](#)

Les enfants suivis pour une pathologie neurochirurgicale (valve de dérivation , antécédent du chirurgie pour tumeur,) devront être examinés immédiatement

Les diagnostics à faire en urgence sont dominés par :

- la pathologie infectieuse grave (méningite, encéphalite, ethmoïdite)
- la pathologie neurochirurgicale (traumatique ou tumorale)

Orientation diagnostique

❖ céphalées aiguës

- isolées fébriles ou non fébriles (potentiellement lésionnelles)
- aiguës récurrentes (généralement non lésionnelles)

❖ céphalées chroniques

- avec aggravation (HTIC)
- constantes

Questionnaire

- Intensité? Durée > 2 heures ?
- Si douleur apparue depuis plusieurs jours, augmente-t-elle en intensité ?
- douleur persiste-t-elle depuis plus d' 1 heure après administration d'un médicament ?

A t-il déjà été vu pour ce même problème ? Quand ? que vous a t'on dit ?

Suit il un traitement?

antécédents traumatiques ou infectieux récents

troubles de la conscience, confusion mentale, somnolence, vomissements (> 2 en jets), photo ou phonophobie (HTIC et/ou irritation corticale).

D'autres personnes de l'entourage souffrent-elles actuellement de céphalées?

fièvre > 38°5c

présente-il des taches rouges sur le corps qui n'existaient pas et qui se multiplient rapidement

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: intox au CO

Hospitaliser et médicaliser le transport

- taches cutanées évoquant un purpura associées à de la fièvre
- trouble de conscience brutal (ne peut pas être réveillé)
- cas identiques dans la famille (chauffage)

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: purpura extensif voir fulminant

Conseiller aux parents de consulter

Consultation urgente	Consultation dans la journée	Consultation différée
Trouble du comportement ou de la marche	Pathologie infectieuse associée : fièvre, dysphagie, myalgie	Céphalées récidivantes
Douleur de la nuque associée	Céphalées persistantes après 2 prises d'antalgique	
Fièvre élevée associée ou persiste >48 h	le mal de tête s'aggrave ;	
Vomissements associés	le mal de tête ne cède pas quand la fièvre tombe ;	
Trouble de la conscience associés	Arrêt des activités habituelles, photo- phonophobie	
des signes nouveaux apparaissent (vomissements, conjonctivite, grande fatigue, somnolence, troubles visuels)		
Douleur nocturne ou au réveil ou à l'effort		
Traumatisme récent		

Consignes de prise en charge à domicile :

- 8 -16/12/09

- Donner du paracétamol . Donner de l'eau à boire et laisser au repos dans la pénombre et sans bruit .
- Rappeler si la douleur ne cède pas dans les 2h, ou si elle augmente, ou si l' enfant paraît avoir un comportement inhabituel (gémissements dans le sommeil , propos incohérents , grande lassitude, vomissements dès la moindre mobilisation

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: paracétamol 20 mg/kg toutes les 6h : dose maxi

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire:

Corps étranger laryngo-trachéo-bronchique

[index](#)

Le syndrome de pénétration est un **accident brutal et bruyant chez un enfant en bonne santé. Ses efforts de toux sont associés à une rougeur ou une cyanose de la face avec une suffocation intense, mais tout peut se réduire à quelques secousses de toux. Le syndrome de pénétration peut avoir été négligé puis oublié.**

Asphyxie aiguë

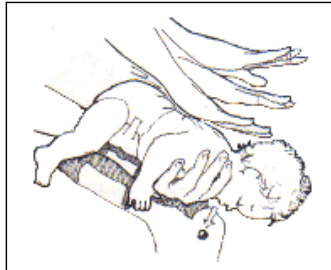
60 à 75 % des cas d'inhalation de corps étrangers (CE) laryngotrachéo-bronchiques surviennent entre 1 et 3 ans

Nature des corps étrangers

- végétaux = 75 %, dont cacahuètes 50% : réactions inflammatoires locales importantes en quelques heures
- 85 % sont radio-transparents



**Transfert
médicalisé vers
centre spécialisé**



Manœuvre de Mofenson

Chez le nouveau-né ou le petit enfant, poser l'enfant à plat ventre sur l'avant-bras, maintenir la tête vers le bas et percuter avec une main à plat sur le dos.

Manœuvre d'Heimlich.

Se placer derrière le sujet en enserrant sa taille avec ses bras. Placer les deux mains jointes dans le creux épigastrique puis appuyer brutalement de bas en haut. Répéter 3 à 5 fois de suite.

[index](#)

Pas d'asphyxie aiguë :

respecter la toux
pas de geste intempestif
respecter la position spontanée

Corps étranger digestif

[index](#)

Incident banal, le plus souvent sans conséquence.

Vérifier la réalité de l'ingestion

Syndrôme de pénétration ?

Fouille systématique des poches de l'enfant

Type de l'objet

Aliment

Pièce de monnaie : laquelle ? (> 10ct d'Euro ?)

Pile ?

Taille et forme de l'objet? Diamètre > 2cm longueur > 4cm

Forme pointue effilée (aiguille, épingle)

Aimants (2 ou plus)

Signes cliniques

Douleur, hypersialorrhée, dysphagie, dyspnée : CE 1/3 supérieur de l'œsophage

Vomissements

Consultation urgente	Consultation dans la journée
Pile (< 6h)	CE radio-opaques asymptomatiques
Pièces > 10ct d'Euro	Symptômes retardés
CE symptomatique	CE radio-transparent symptomatique
Ingestion ancienne symptomatique	Alimentation mal tolérée
CE forme pointue, effilée	Douleur abdominale
	Vomissements secondaires

Conseils :

Pas de tentative aveugle d'extraction ni de vomissement provoqué.

Si CE peu volumineux asymptotique radiotransparent , proposer de tester boissons puis alimentation. Si arête de poisson, en général dans le pharynx, essayer de faire avaler de la mie de pain

Favoriser le transit : régime riche en fibres, décubitus latéral droit, traitement prokinétique (Motilium)

Surveillance des selles

Si petit saignement après expulsion spontanée d'un CE : rassurer : rincer la bouche ou faire sucer un glaçon

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Motilium . 1 dose / poids 3 à 4 fois par jour

NB : ingestion de substances caustiques :

on distingue les symptômes cliniques mineurs (lésion buccales et/ou bucopharyngées) et majeurs (dyspnée, dysphagie, hypersialorrhée et hématemèse).

Si pas ou peu de symptômes : la fibroscopie peut-être évitée

Le risque d'atteinte œsophagienne sévère augmente proportionnellement avec la sévérité des symptômes et une endoscopie est toujours nécessaire chez les patients symptomatiques.

Corps étrangers autres

fréquents dans l'oeil

Ce qu'il ne faut pas faire

- utiliser du coton pour des soins oculaire (peuvent laisser des fibres dans les culs-de-sac conjonctivaux et provoquer de nouveaux corps étrangers)
- tenter d'extraire un élément enclavé, planté dans l'oeil.

Ce qu'il faut faire

- Utiliser le coin d'un mouchoir ou une compresse en écartant délicatement la paupière. en demandant à l'enfant de regarder à l'opposé.
- Lavage au sérum physiologique.

Quand faut-il s'inquiéter ?

- Si l'objet est planté dans la cornée.
- Si l'objet est invisible et l'oeil rouge.
- En cas de larmoiement, de photophobie (intolérance à la lumière).

dans les narines

provoquent une obstruction nasale puis une infection. Des lésions de la muqueuse nasale se produisent en cas de corps étrangers irréguliers, avec des arêtes.

Ce qu'il ne faut pas faire

- s'acharner à essayer de l'extraire, au risque de le repousser vers les voies aériennes.

Ce qu'il faut faire

- Si une extrémité est extérieure aux fosses nasales, on peut tenter l'extraction à l'aide d'une pince.
- Sinon, consulter en urgence

Quand faut-il s'inquiéter ?

Lorsque l'accident est passé inaperçu et que l'enfant présente des difficultés respiratoires ou un écoulement purulent.

dans l'oreille

Un petit objet coincé dans l'oreille peut être facteur de surdité, d'infection, ou être découvert fortuitement lors d'une visite systématique chez le pédiatre.

Ce qu'il ne faut pas faire

- Il ne faut pas essayer à tout prix d'extraire ce corps étranger qui ne fera que de l'enclaver plus profondément.

Ce qu'il faut faire

- Rien sauf si une extrémité est disponible mais dans tous les cas il existe des risques de lésions du conduit auditif externe.
- S'il s'agit d'un insecte on peut essayer le lavage d'oreille en versant doucement de l'eau tiède afin de déloger l'intrus sinon il faut aller aux urgences.
- Consulter un oto-rhino-laryngologiste (ORL)

Quand faut-il s'inquiéter ?

- Corps étranger inaperçu
- Ecoulement de l'oreille
- Douleurs

Convulsions

[index](#)

Identification des convulsions : PC avec mouvements anormaux et trouble du tonus, suivie d'une phase stertoreuse

Message clé : rechercher de la fièvre puis les autres causes : toxiques, traumatiques, anoxiques, épilepsie connue

3 types de convulsion

fébrile « simple »	Fébrile « non simple »	Non fébrile
6 mois à 5 ans	> 10min	Atcd traumato récent
<10 min	ou répétée	Atc neuro connu
Sans récurrence	ou déficit post critique	Autre pathologie
Sans déficit		Crise « inaugurale »
Comportement N au décours		

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: épilepsie ; encéphalopathie

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: DID, maladie métabolique

RECAPITULATIF VISUEL

Hospitaliser et transport médicalisé

- Convulsion persistante
- Troubles respiratoires (apnée, irrégularités respiratoires)
- Troubles de la coloration associées
- Notion de trauma crânien récent
- Possibilité d'intoxication ou d'anoxie

Consultation rapide	Consultation dans la journée	Consultation différée
âge < 1 an	Convulsion fébrile simple	Maladie convulsivante connue
Convulsion prolongée ou récidivante	Convulsion sans fièvre avec antécédents de ce type	Absence d'inquiétude
Incohérence des propos et /ou du comportement		Récupération et conscience complète

Conseils

PLS

Si fièvre :

Dévêtir, proposer boissons régulières

Bain frais inutile, enveloppements humides possibles (serviettes humides)

Antithermiques :

paracétamol | Ibuprofène

Si récurrence : Valium à la maison ?

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 15 mg/kg toutes les 6 h

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Ibuprofène :

Advil : . Suspension buvable 1 dose /kg x 3 à 4/j

. . . Cp 100 mg : 1 cp / 10 kg x 3 par jour

Nureflex . Suspension buvable 1 dose / kg x 3 à 4/j

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 0.5 mg/kg en Intra rectal

Diarrhée aiguë du nourrisson

[index](#)

Définition

Augmentation brutale ou rapide du débit des selles (selles trop fréquentes et trop liquides) se traduisant par des pertes hydro-électrolytiques par voie digestive basse

Identification du symptôme :

> 5 selles par jour ou 3 selles liquides sur les 3 dernières heures

Message clé : Evaluer le risque de déshydratation et de choc hypovolémique

Le **comportement de l'enfant** (apathique, cri plaintif, yeux cernés) est le signe majeur

- La conduite à tenir doit aussi dépendre de l'**heure d'appel** des familles : attention à un appel le soir car la surveillance et la réhydratation nocturne à la maison est plus difficile que le jour
- Un **nombre important de selles liquides en un temps court** est en soi un facteur de sévérité de la diarrhée

Questionnaire

Age, Nombre de selles depuis 3 h, vomissements associés

Signes de déshydratation ? yeux cernés, absence d'humidité dans le sillon gingivo-jugal

Enfant boit-il ?

Signes de choc hypovolémique ? Altération de la conscience

Médicaliser le transport

Peu stimulable, geignements

Hypotonique

ne tient plus sa tête > 3 mois

ne tient plus assis > 9 mois

Consultation urgente	Consultation différée
Age < 3 mois	Age > 3 mois
3 selles ou plus dans les 3 heures	Enfant vigilant et tonique
Vomissements fréquents	Non cerné
Sang dans les selles (autre que simples filets)	Accepte facilement solution minérale en quantité modérée
Yeux cernés	Fièvre associée
Enfant abattu mais vigilant	Douleur abdominale
Ne geint pas	Enfant vigilant et tonique
Assoiffé (boit en grande quantité puis vomit)	
Attention aux appels en début de nuit !!!	

conseils :

médicaments inutiles , **soluté de réhydratation orale (SRO) froid** (garder au frigo) en prises fractionnées tous les ¼ d'heure (ex :30 ml puis augmenter en fonction tolérance gastrique); quantité totale non limitée (fonction des pertes et de la soif de l'enfant)

NB : la diarrhée va persister et l'enfant peut continuer à vomir : ne pas se décourager, l'important c'est le résultat de la balance entrées/sorties : possibilité de peser l'enfant à domicile ?

→ rappeler si apathique et cerné.

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: SRO : 1 sachet par biberon de 200 ml)

Douleur abdominale aiguë chez l'enfant de 1 à 4 ans

[index](#)

Age ? motifs d'appel ?

Questionnaire

- garçon ou fille
- A t-il déjà été opéré ? Est-il suivi pour un problème particulier ?
- La douleur est-elle intense ? Persiste t-elle depuis plus de 2 heures ?

- A t-il déjà été vu pour ce même problème ? Quand ? que vous a t'on dit ?

- Suit il un traitement?

- D'autres personnes de son entourage sont-elles malades ?

Signes justifiant une consultation :

- douleur persistante : de façon continue plus de 2 heures, de façon intermittente plus de 24 heures
- symptômes associés : fièvre (>38.5°), vomissements, diarrhée ou sang dans les selles , ou arrêt prolongé du transit...
- Si l'enfant reste alité.
- refus alimentaire complet
- anomalie du comportement
- gonflement et une douleur au niveau de l'aine (hernie) ? ou chez un garçon au niveau des bourses (torsion de testicule) ?.

Conseiller aux parents de consulter

Consultation urgente	Consultation dans la journée	Consultation différée
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense, sans position antalgique 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur modérée mais persistante 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur ancienne, peu intense et peu invalidante
<ul style="list-style-type: none"> • Altération importante de l'état général 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquiétude parentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Origine psychogène possible (changement mode de vie)
<ul style="list-style-type: none"> • suspicion d'urgence chirurgicale 		
<ul style="list-style-type: none"> • traumatisme abdominal récent 		
<ul style="list-style-type: none"> • suspicion d'intoxication 		
<ul style="list-style-type: none"> • troubles digestifs associés 		
<ul style="list-style-type: none"> • signes infectieux associés 		

Conseils :

L'enfant doit être gardé à la maison au calme avec une alimentation normale. Les selles doivent être surveillées, en cas de constipation confirmée : consulter

Pharmacopée familiale à visée symptomatique:

Doliprane Spasfon lyoc Vogalène Smecta

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:53
Commentaire: Doliprane 20 mg/kg toutes les 6h : dose maxi

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:53
Commentaire: Spasfon lyoc 80mg à partir de 6 ans, dissous dans un peu d'eau x 2

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:53
Commentaire: Vogalène : suspension buvable
 0.1% : 1 dose/ kg x 3 /j
 gouttes : 0,4% : 10 gtt= 1mg
 suppo (seccable) : 5mg
 lyoc 7.5mg
 <6ans : 1mg/kg/j à répartir en 2 à 3 prises
 >6 ans : 7.5 mg à 15mg à répartir

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:53
Commentaire: smecta : 1/2 sachet 3 à 4 fs/j

Douleur abdominale du grand enfant

[index](#)

Pré-requis

- l'organicité : brutalité du début, douleur non péri-ombilicale, réveil nocturne, altération de l'état général, troubles digestifs associés.
- cause chirurgicale *menaçant l'enfant* (ex : péritonite aiguë) ou la vitalité d'un organe (volvulus du grêle, torsion d'annexe).
- diagnostics médicaux : acidocétose diabétique, glomérulonéphrite aiguë, hépatite aiguë
- Beaucoup de causes *fonctionnelles* et *bénignes* : *constipation* ++

QUESTIONNAIRE

 ge ?

terrain particulier ?

Douleur à début brutal ?

Chute ou traumatisme du ventre ?

Opération récente ?

possibilité intoxication : médicaments, plantes ?

Douleur fréquente ? Constipation ? Douleur après les repas ? Règles ?

si fille, > 13 ans et réglée, est-il possible qu'elle soit enceinte (question à poser avec discernement) ?

intensité de la douleur ? > 2h ? Résistante aux antalgiques ?

- signes associés ? fièvre (>38.5 ), vomissements bilieux, diarrhée ou sang dans les selles , arrêt prolongé du transit...

- boutons au niveau des jambes, douleur articulaire

- gonflement et douleur au niveau de l'aine (hernie) ? ou chez un garçon au niveau des bourses

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: - Drépanocytose*
- Infections urinaires récidivantes ou uropathie connue* ?
- Diabète* ?
- Insuffisance surrénale* ?

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: purpura rhumatoide

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: torsion de testicule

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: drépanocytose, diabète, uropathie, grossesse en cours ?

Consultation urgente	Consultation dans la journée	Consultation différée
terrain particulier	douleurs datant de plusieurs jours	Douleurs récidivantes
notion d'intervention récente	douleurs post-prandiales	Constipation connue (conseils diététiques)
traumatisme abdominal récent	douleurs diffuses et/ou isolées si âge < 5 ans	Douleur peu intense
vomissement sanglants ou bilieux	douleurs liées aux règles (si première fois)	Douleur isolée si âge > 5 ans.
trouble du comportement	douleurs ne cédant pas antispasmodiques (ou aux antalgiques)	
fièvre aiguë > 39�		
pleurs permanents ou > 2 heures		
douleur empêchant la marche		
douleur testiculaire		
�ruption ou douleurs articulaires		

Doliprane Spasfon lycoc Vogalène Smecta

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Doliprane 20 mg/kg toutes les 6h : dose maxi

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Spasfon lycoc 80mg à partir de 6 ans, dissous dans un peu d'eau x 2

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Vogalène : suspension buvable
0.1% : 1 dose/ kg x 3 /j
gouttes : 0,4% : 10 gttes= 1mg
suppo (seccable) : 5mg
lyoc 7.5mg

<6ans : 1mg/kg/j à répartir en 2 à 3 prises
>6 ans : 7.5 mg à 15mg à répartir

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 1/2 sachet 3 à 4 fois par jour

Douleur thoracique

[index](#)

Hospitalisation urgente Médicaliser le transport	Consultation	Conseils ou consultation différée
Répercussion hémodynamique ?	Caractère organique ?	Caractère fonctionnel ?
	traumatisme récent	Douleurs pariétales
Signes cliniques associés Perte de connaissance Pâleur	pathologie chronique : nécessitant traitement quotidien (ex corticothérapie au long cours), drépanocytose	Douleurs psychosomatiques Adolescent (te) Facteur déclenchant (émotion, contrariété... pas l'effort) Douleur aigue avec palpitations Dyspnée (hyperventilation ou blocpnée) Couleur et température normale
	atcd cardio : chirurgie cardiaque, cardiopathie connue...	
	douleur d'effort	Consultation si les signes persistent
	dyspnée	
	Fièvre > 38°	

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire:
... Localisation très précise (pointée du doigt) ... [1]

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: auscultation téléphonique

Conseils antalgiques usuels : Paracétamol

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: paracétamol 20 mg/kg toutes les 6h : dose maxi

Epistaxis / hemorrhagies ORL

[index](#)

Tout saignement ORL **post opératoire** est suspect d'où qu'il vienne : nez, bouche, hématomèse.

Toute hémorragie post amygdalectomie est une urgence (chute d'escarre)

Questionnaire

-	age, sexe : garçon à l'âge de la puberté
-	contexte : traumatisme
-	chirurgie récente
-	antécédents personnels et familiaux : HTA, maladie hématologique ou de l'hémostase, télangiectasies, angiomes muqueux stellaires
-	prise de médicaments : AINS, anticoagulants
-	caractère antérieur et postérieur : on sent le sang couler en arrière malgré la position penchée en avant,
-	caractère bilatéral.
-	épistaxis répétées/continues > 30 min malgré mouchage et compression

- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: le fibrome naso-pharyngien du garçon
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: épistaxis initiale abondante orépétition des épisodes
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: face, bouche ou ORL
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Rendu Osler

Conduite à tenir

- calmer l'enfant
- l'installer en position confortable, assis, tête penchée vers l'avant
- mouchage : permet le décaillotage
- compression des 2 narines par l'extérieur pendant 10 minutes.
- si besoin, répéter une autre fois la séquence mouchage-compression,
- tamponnement narinaire antérieur limité au vestibule avec une petite touffe de coton sec ou imbibé de pommade type HEC, ou d'une gaze hémostatique introduite dans la narine et maintenue pendant la compression
- prévenir du risque fréquent de vomissement noirâtre (épistaxis déglutie)

Hospitaliser. Transport médicalisé	Consultation sans délai	Consultation différée (ORL)
Post amygdalectomie + hématomèse	Persistance après compression x 2	Epistaxis banale récidivante
	Post traumatique	
	Prise de médicaments à risque hémorragique	
	Atcd hémorragiques	
	Garçon age puberté	

Eruption cutanée

[index](#)

A rechercher : réaction allergique sévère ou éruption bulleuse avec atteinte muqueuse.

[Eruption cutanée fébrile ?](#)

Questionnaire

Age < ou > 3 mois

Est-ce le premier épisode de cette éruption cutanée ?

Antécédents dermatologiques, allergiques, hématologiques ?

Prise des médicaments récemment ? Lesquels ? Quand ? Pourquoi ?

Contage récent connu ?

Premières piqûres de moustiques ?

Signes associés ?

gêne respiratoire ? toux ?

vomissement, diarrhée, mal au ventre ?

difficulté à marcher (boite-t-il)

Caractères de l'éruption

Quand est-elle apparue ?

Où sont apparus les premiers éléments ?

Quelle(s) est (sont) sa (ses) localisation(s) actuelle(s) ?

Aspect des boutons ?

- "boutons" séparés les uns des autres ? Taille ?
- sont-ils accompagnés d'un "gonflement" (œdème) ?
- Bulles ? cloques ?
- Douleur ? prurit ?

RECAPITULATIF VISUEL

Consultation sans délai	Consultation dans la journée	Consultation différée
Eruption bulleuse	Eruption prurigineuse sans caractère de gravité	Eruption après 2 à 5 jours de fièvre
	Eruption sous antibiotiques	Eruption persistante > 3 jours

SELON PHARMACOPEE FAMILIALE :

Prurit : (varicelle, urticaire, eczéma..) **Antihistaminiques :** Polaramine

Varicelle : antiprurigineux, PAS D'ASPIRINE, NI D'IBUPROFENE (risque infection grave à Strepto A),

Dermite du siège : nettoyage eau et savon doux. Eviter lingettes . Mettre une crème avant consultation

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: varicelle

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Roséole possible

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire:

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: crème : Cétavlon, oxyplastine, Flammazine, mitosyl

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire:

Eruption cutanée fébrile

[index](#)

Définition

Eruption cutanée + fièvre > 38° : **Demander aux parents de déshabiller et d'éclairer l'enfant**
Le risque vital immédiat est lié à l'éventualité d'un purpura fébrile extensif, d'une réaction allergique sévère, ou d'une éruption bulleuse avec atteinte muqueuse.

Questionnaire

- Age
- Fièvre
- Comportement inhabituel ?
- Signes associés : toux, gêne respiratoire, vomissement, diarrhée, mal au ventre, boitement

Eruption cutanée

- Date de début
- Localisation du début et actuelle
- Caractère de l'éruption : points, plaques, bulles, gonflement associé
- Douleur ? Prurit ?

RECAPITULATIF VISUEL

Urgence absolue : transport médicalisé

Age < 3 mois
 Tout âge, t° > 41°
 purpura + fièvre
 éruption généralisée ou multifocale, sans prise médicamenteuse, avec altération état général++

consultation immédiate à l'hôpital	Consultation dans la journée	Consultation différée
bulles extensives, et/ou multifocales, et/ou contenu trouble	éruption non purpurique localisée, douloureuse ou non, prurigineuse ou non	éruption rosée apparaissant après 2 à 5 jours de fièvre
œdème des lèvres, gêne respiratoire, difficultés alimentaires majeures, signes neurologiques, troubles du comportement.	éruption bulleuse mais non extensive et sans bulle trouble	éruption depuis plus de 3 jours
Prise médicamenteuse récente suivie de: gêne respiratoire ou gêne à avaler, lèvres gonflées, prurit, éruption	éruption non bulleuse, sans gêne fonctionnelle associée	autres éruptions fébriles généralisées après prise médicamenteuse, sans signe associé
	éruption prurigineuse	
	éruption généralisée ou multifocale : sans gêne respiratoire	
	avec lèvres et langue rouges et craquelées et/ou difficultés alimentaires	
	éruption ressemblant à des piqûres d'orties en carte de géographie	
	prurit intense	

- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: sepsis, toxic choc syndrome
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: staphylococcie, toxidermie médicamenteuse
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: érysipèle, cellulite, lymphangite, zona, herpès
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: virose éruptive
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: œdème de Quincke, allergie
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: virose éruptive
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: varicelle débutante, eczéma surinfecté
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: scarlatine, Kawasaki, Stevens Johnson
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: urticaire aiguë fébrile
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: varicelle fébrile

Fièvre

[index](#)

< 3 MOIS Définition : T° rectale > 38°C (hypothermie < 36°C équivalente)
Evaluation rapide systématique

Transport médicalisé	Consultation d'emblée
avec altération état général	Toutes les autres fièvres
troubles du comportement	

> 3 MOIS Définition : T° rectale > 38°C

« L'intensité de la fièvre n'est pas corrélée à la gravité (mieux vaut un 40° bien toléré qu'un 39° mal toléré) »

Rechercher

Signes associés : **toux, rhume, diarrhée, céphalées, mal au ventre...**
ATCD notables ? Voyage à l'étranger récent ?

Urgence absolue : transport médicalisé

Difficile à réveiller
Extrémités cyanosées et froides
Geignements Purpura

Consultation dans la journée	Conseils
Très fatigué	Fièvre débutante (état général conservé)
Ne s'améliore pas sous antithermique	Contexte virose familiale
Boit mal (< 50% ration habituelle)	Signes associés clairs (rhume, toux, diarrhée...)
Vomissements	Signes associés clairs (rhume, toux, diarrhée...)
Fièvre > 5 jours	Antithermiques efficaces (descend à 38.5°) avec comportement amélioré

Conseils

Dévêtir, proposer boissons régulières
Bain frais inutile, enveloppements humides possibles (serviettes humides)

Antithermiques :

1° intention : paracétamol

2° intention : Ibuprofène

> 2 ANS

Consultation URGENTE	Consultation dans la journée
Pathologie chronique	Dysphagie ou anorexie
Risque de paludisme	Fatigue
Trouble du comportement	Résistance au traitement ou fièvre > 5j
PC avec ou sans convulsion	Frissons
Boiterie	Diarrhée, vomissements
Céphalées, photophobie	Douleur abdominale
Gêne respiratoire	Toux

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 15 mg/kg toutes les 6 h

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 10 mg/kg/ toutes les 8 h (1 dose poids toutes les 8 h)

Gêne respiratoire chez l'enfant de moins de trois ans

[index](#)

La gêne respiratoire est un symptôme subjectif dont l'intensité est difficile à quantifier par les parents et par téléphone. La consultation rapide est de règle, le pronostic vital pouvant être mis en jeu.

Pièges

- Une dyspnée aiguë lors d'une épidémie de bronchiolite n'est pas systématiquement une bronchiolite. Une dyspnée aiguë chez un nourrisson présentant un asthme peut être secondaire à un corps étranger.
- Une amélioration clinique (diminution du rythme respiratoire, diminution des signes de lutte) peut être faussement rassurante : thorax bloqué ++

< 3 MOIS GÊNE RESPIRATOIRE

BRUTALE Pendant la Tétée ou lors de régurgitation	SUBAIGUE Geignements Cyanose Ne tète rien	SUBAIGUE Ne geint pas Non cyanosé
Inhalation alimentaire spectaculaire et en général peu grave	Pathologie respiratoire grave	prend < 50% de sa ration habituelle (plusieurs tétées successives) Consultation (médecin traitant, SOS, urgences)
Conseils : garder en position verticale (« comme pour faire le rot »)	Sepsis, cardiopathie Acidose, deshydratation	Tétée normale : gêne respiratoire significative peu probable Consultation différée
	Transport médicalisé	

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: *CONSEILS* ne pas secouer, pas de doigt dans la bouche, laisser le temps à l'enfant de se dégager les voies respiratoires tout seul. Vérifier au téléphone l'amélioration du comportement du bébé et le retour au calme de la mère. Pas de consultation systématique au décours si comportement normalisé.

> 3 MOIS GÊNE RESPIRATOIRE

ATCD respiratoires (asthme ?) Enrhumé, Toux, Fièvre élevée ? Auscultation téléphonique

Brutale le jour	Brutale la nuit Toux rauque	Subaigue grave Cyanose ou pâle Somnolent Aphone Hypotonique Parait « épuisé »	Subaigue Sans signes de gravité Auscultation téléphonique +++
Corps étranger respiratoire : > 9 mois objet mis à la bouche ? entouré de petits objets ?	Laryngite striduleuse : 2 à 6 ans, milieu de nuit, dyspnée inspiratoire avec cornage et toux rauque (audible au téléphone), peu de fièvre	Laryngite ou Epiglottite : début plus progressif, dyspnée inspiratoire, cornage, toux rauque, dysphonie → <i>SMUR</i>	Bronchiolite : < 1 ans, période épidémique, rarement grave après 3 mois sauf ancien prématuré ou cardiopathie. → Evaluer la qualité de la tétée (> 50% ration habituelle ?)
« Syndrome de pénétration » ? : accès de suffocation avec cyanose suivi de toux voire de normalisation clinique	CONSEILS : faire respirer air humide Céléstène si disponible Rappeler après 30 min si ne s'améliore pas	Asthme grave : > 2 ans, ATCD, dyspnée expiratoire ou aux 2 temps, incapable de parler	Encombrement ORL: toux grasse, enrhumé, boit bien Conseils : désinfection rhinopharyngée
Transport médicalisé		Transport médicalisé	asthme: Conseils ou évaluation médicale selon degrés de dyspnée, heure, compétences et compréhension des parents

SMUR-REGUL9 18/9/08 12:31
Commentaire: Mettre le téléphone près de la bouche de l'enfant ou demander à parler à l'enfant (> 6 ans), permet de différencier cornage et sibillances, d'entendre une toux rauque caractéristique de laryngite, d'apprécier plus objectivement le degrés de dyspnée (ex : compter jusqu'à 10 pour l'enfant de plus de 6 ans, s'il respire entre chaque chiffre → la dyspnée est importante)

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: fièvre élevée + sialorrhée

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: salle de bain, vapeur d'eau en faisant couler eau très chaude

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Céléstène :
Suspension buvable : 10 à 15 gouttes / kg
1 fois par jour
... Cp 0,5 et 2 mg : 0,1 mg / kg 1 fois par jour

RECAPITULATIF VISUEL

Transport médicalisé	Consultation urgente :	Consultation dans la demi journée
troubles de conscience. troubles de la coloration. malaise, suffocation , apnée.	< 2 mois : risque d' apnées.	> 2 mois , aucun signe de mauvaise tolérance et la gêne respiratoire apparue progressivement
fièvre avec altération de l'état général et hypersalivation .	signes de mauvaise tolérance (alimentation, sommeil, état général, pleurs inconsolables)	
difficultés respiratoires après un syndrome de pénétration	antécédents de prématurité, de pathologie cardiologique, pulmonaire ou neuro-musculaire chronique.	
gêne respiratoire très intense.	difficultés respiratoires d'apparition brutale.	

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: épiglottite

Conseils téléphoniques et consultation différée au lendemain :

- > récurrence de laryngite (toux rauque sans fièvre dans la nuit) avec des parents capables de bien comprendre et surveiller leur enfant : conseil de corticoïdes per os + humidification et consultation différée .
- > asthmatique connu, sans signe de mauvaise tolérance, sans antécédent d'hospitalisation, avec des parents capables de surveiller leur enfant: ventoline + corticoïdes per os et consultation différée

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Célestène : .

Suspension buvable : 10 à 15 gouttes / kg
1 fois par jour

. . . Cp 0,5 et 2 mg : 0,1 mg / kg 1 fois par jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Ventoline A la chambre d'inhalation (babyhaler) jusqu'à 6 à 7 ans
En crise : 1 bouffée de 100 µg / kg ; maxi 20 bouffées ;
à renouveler toutes les 20 min la première heure

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Célestène : .

Suspension buvable : 10 à 15 gouttes / kg
1 fois par jour

. . . Cp 0,5 et 2 mg : 0,1 mg / kg 1 fois par jour

- 24 -16/12/09

- **Grippe**

[index](#)

Cas possible définition : mise à jour 29/07/2009

Syndrome respiratoire aigu, brutal et fébrile

(Fièvre $\geq 38^\circ$, courbatures ou asthénie, ET signes respiratoires : toux, dyspnée)

Critères de gravité et donc d'hospitalisation:

moins de 3 mois fébrile $\geq 38^\circ$

détresse respiratoire avérée

si moins de 6 mois : moins de la moitié des biberons pris dans les dernières 24h

signes de déshydratation aiguë : 7-10% perte poids, pli cutané, hémodynamique

tolérance de la fièvre médiocre : hypotonie, marbrures, cyanose

troubles de la vigilance et/ou convulsions répétées

Facteurs de risque justifiant une évaluation aux Urgences :

affection respiratoire chronique et insuffisance respiratoire

antécédents de prématurité, dysplasie broncho pulmonaire

asthme grave

cardiopathie expressive (hémodynamique, SaO₂...)

diabète déséquilibré

drépanocytaire et autres hémoglobinopathies

enfant sous aspirine (Kawasaki, arthrite juvénile...)

immunodéprimé (médicamenteux ou non) et VIH

insuffisants rénaux chroniques et pathologie rénale chronique

maladies métaboliques décompensée

maladies neuromusculaire et toute condition neurologique à retentissement respiratoire

Luxation de la rotule



Pathologie de l'adolescent et adulte jeune (3/4 avant 20 ans)
Pathologie du sport fréquente (football notamment)
Dysplasie fémoro-patellaire sous jacente fréquente
Récidives fréquentes (ATCD ?) : 50% chez l'adolescent

généralités

luxation rotulienne

réduction

Principe : mettre la *jambe en extension* ce qui soulage la pression de la rotule sur le genou et permet son repositionnement au sein de la trochlée.

En urgence : geste immédiat sans analgésie

Secondairement : plus difficile dans les luxations « vieilles », à faire sous analgésie (Nubain, Sufenta, Morphine...)

Ré-éducation : indispensable, principe de renforcement du vaste interne qui s'insère sur la partie interne de la rotule (le vaste externe, très puissant, s'insère côté externe de la rotule et favorise donc la luxation)

Chirurgie : uniquement pour les rotules très

clinique

Genou bloqué *en flexion*
Tuméfaction supéro-externe du genou (luxation toujours externe)
Plus ou moins algique (selon ATCD)

Mauvaise prise des biberons chez le nourrisson

[index](#)

Apprécier les modifications de la prise du biberon par rapport aux habitudes de l'enfant.

marqueur de surveillance des affections respiratoires et digestives aiguës
symptôme peu spécifique ; fièvre et mauvaise prise de biberon : parfois seul signe d'une infection urinaire chez le jeune enfant

Une mauvaise prise de biberons englobe plusieurs situations :

la réduction de l'appétit ;

une douleur pendant le biberon ;

une fatigabilité ;

une obstruction nasale : une rhinite obstructive favorise la respiration buccale et la prise du biberon est changement récent d'alimentation

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: bronchiolite, cardiopathie.....)

Signes associés

selles liquides

Vomissements répétés

Fièvre

gêne respiratoire

Conditions générales

- Quel est son poids approximatif ?
- Est-il suivi pour un problème médical particulier ?
- A-t-il actuellement un traitement ?
- A-t-il déjà été vu par un médecin pour ce problème ?
- Quelle est son alimentation actuelle ?

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 1 mois :3,5 à 4kg

2 mois : 4 à 5 kg

3 mois : 4.5 à 5.5kg

4 mois : 5 à 6 kg

6 mois : 7 kg

RECAPITULATIF VISUEL

Consultation immédiate	Consultation dans la journée	Consultation différée
Signes d'essoufflement au biberon	Pathologie associée	Pas de fièvre
Signes de déshydratation	Absence d'amélioration après nettoyage nasal	Pas de trouble digestif

Conseils à domicile

- Ne pas forcer l'enfant à boire
 - Fractionner les repas
 - Proposez lui ce qu'il aime le plus
 - Essayez l'alimentation à température ambiante
 - Si changement récent : revenir à la composition des repas précédents et attendre la prochaine consultation
- Si affection aiguë en cours bien étiquetée : rhinopharyngite, otite.... Rassurer l'appelant en lui expliquant qu'il est habituel qu'un enfant mange moins quand il est malade et que le point important est la prévention de la déshydratation. Fractionner les repas.

Morsures de tiques

[index](#)

Motif d'appel

découverte d'une tique au décours ou les jours suivant une promenade en forêt de feuillus.

Les morsures de tiques ne sont infectantes que si :
La morsure a lieu entre mars et octobre
Le délai d'accrochage à la peau est > 36 heures.

Avez-vous essayé de l'enlever ?
faire préciser avec quoi et si tentative
d'anesthésie de la tique avec éther, alcool ou
équivalent

Les morsures par des tiques jeunes sont moins infectantes (un seul repas sanguin), mais les tiques jeunes sont plus difficilement repérées, d'où un temps d'accroche plus long.
Le risque (minime) est la survenue d'une maladie de Lyme qui se manifeste par une éruption (erythème migrant) dans les semaines qui suivent, au point de morsure, puis éventuellement secondairement des manifestations neurologiques, oculaires ou cutanées.

▪ Rassurer la famille, toutes les tiques ne sont pas infectées, toute piqûre n'est pas infectante.
▪ Retirer la tique.
▪ Ne pas utiliser d'éther, de pétrole, d'huile ou de l'essence ou apparentés pour « l'endormir »
Utiliser une pince fine (type pince à épiler), la placer au plus près de la surface de la peau, en exerçant une traction continue (pas de mouvements de vrille, pas de traction forte)
▪ Désinfection locale : eau avec savon, Bétadine*, eau oxygénée
▪ Si ablation partielle à domicile, faire enlever partie restante par un médecin

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: augmente le risque de régurgitation de la tique, donc d'infection

Depuis combien de temps la tique est-elle sur la peau ?

- [Moins de 36 heures](#)
- [Plus de 36 heures](#)
- [Ne sait pas](#)

Forme ?

- [plate et grise](#)
- [ronde, gorgée de sang](#)
- [Ne sait pas](#)

Moins de 36 heures , plate et grise	Plus de 36 heures , ronde, gorgée de sang	Consultation dans la journée
	Ne sait pas	la tique ne peut être enlevée
Noter dans le carnet de santé, la date et l'endroit de la piqûre	Consulter un médecin dans les 24 heures pour :	la tique est anciennement accrochée
Pas d'indication d'antibiothérapie	-débuter un traitement par antibiotiques pour une durée de 10 jours minimum	Morsure surinfectée : lésion autour de la morsure, rougeur étendue, cellulite
	-réaliser une prise de sang pour sérologie de la maladie de Lyme	s'accompagne de fièvre

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: Amoxicilline

Otalgie du nourrisson et du jeune enfant.

[index](#)

Définition du symptôme

- Chez le nourrisson : Pleurs incessants, éventuellement majorés par le décubitus (avec ou sans écoulement par l'oreille) .
Tendance à se toucher les oreilles .
- Chez le jeune enfant capable de s'exprimer , douleur au niveau d'une ou des 2 oreilles.

Difficulté de localiser le siège de la douleur chez le très jeune enfant (fréquence des douleurs digestives)
Eléments de gravité faisant craindre une complication infectieuse loco-régionale : mastoïdite , méningite .
Ne pas oublier la possibilité d'un traumatisme .

Consultation urgente	Consultation dans la journée	Conseils
Douleur insupportable	Douleur ne cédant pas aux antalgiques usuels	douleur est supportable
Troubles du comportement	+ fièvre	mouchage ou lavage de nez
Enfant fatigué , abattu , somnolent	+ difficultés alimentaire	Doliprane, Ibuprofène
Céphalées , vomissements	+ diarrhée	consulter dans la journée en cas de réapparition de la douleur
Age < 3 mois		Consulter si apparition signes complémentaires
Fièvre très élevée (t > 40°)		ne pas mettre de gouttes dans les oreilles
Traumatisme récent		
Corps étranger		

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: mauvaise prise des biberons , enfant agité

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Doliprane 20 mg/kg toutes les 6h : dose maxi

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Advil : . Suspension buvable 1 dose /kg x 3 à 4/j
. . . Cp 100 mg : 1 cp / 10 kg x 3 par jour
Nureflex . Suspension buvable 1 dose / kg x 3 à 4/j

Piqûres d'insecte chez l'enfant

[index](#)

Piqûre récente par un insecte soit « piqueur » soit « suceur de sang »

Apparition de signes locaux ou généraux dans les suites immédiats ou retardées.

- Danger chez des enfants sensibilisés : risque de choc anaphylactique, d'asphyxie
- Possibilité d'une réaction sévère lors de la 1^{ère} piqûre
- Réaction toxique si > de 50 piqûres.
- Le meilleur traitement dans les formes graves : l'adrénaline injectable. Les corticoïdes sont inefficaces ++
- Toute manifestation évocatrice d'hypersensibilité doit conduire à consulter

Hospitaliser . Médicaliser le transport

2 signes associés et/ou de l'un des signes du stade 4, 5 ou 6 :

1. des boutons comme des piqûres d'orties sur tout le corps (urticaire) ?
2. un gonflement du visage, en particulier des lèvres ?
3. 50 piqûres et enfant < 2 ans
4. une difficulté à avaler et/ou une voix modifiée?
5. une gêne respiratoire : l'air a du mal à rentrer ou toux et sifflement ?
6. et/ou une très grande fatigue avec malaise, et/ou une pâleur, et/ou un pouls accéléré ?

En attendant les secours, si les parents possèdent une trousse d'urgence

- Adrénaline en IM , face latéro-externe de la cuisse :

ANAPEN : stylo auto-injecteur	ANAHELP* à 1 mg/ml en IM.
> 20 kg. 0,1 % (0,3 mg/0,3ml)	< 20 kg : 0,25 ml qui correspond à la butée contre la première ailette.
< 20 kg 0,05 % (0,15 mg/0,3 ml)	> 20 kg : 0,50 ml en cassant la première ailette

- anti-histaminique H1 per os (Aerius*, Clarityne*, Polaramine* ,Primalan* Xyzall*, Zyrtec*).
- En cas de sifflement : Ventoline* ou Bricanyl* : 10 cycles respiratoires par bouffée en chambre d'inhalation

Consultation immédiate	Consultation dans la journée	Conseils
> 50 piqûres, âge < 2 ans sans signes cliniques actuels	douleur persistante > 2 heures malgré antalgique.	simple rougeur, démangeaisons, gonflement au point de piqûre
gonflement du visage	lésion continuant de suinter malgré antibiotique local	
réaction cutanée importante	altération de l'état général de l'enfant	
ATCD de manifestations sévères après une piqûre d'insecte		

Conseils

- Si un dard est visible, le retirer à l'aide d'une pince en évitant toute pression sur le sac. Aspivenin peut diminuer la quantité de venin injecté.
- Approcher d'une source de chaleur près du point de piqûre. (Attention à ne pas brûler l'enfant)
- Sur les lésions prurigineuses :gel calmant : Sédagel* ou gel de Calamine* ou un pansement imbibé d'alcool à 90°
- Sur les lésions très prurigineuses, utiliser un dermocorticoïde
- Si le prurit persiste, donner un anti-H1.
- Douleur et en dehors des piqûres d'hyménoptères : frotter la piqûre pendant 15 min à l'aide d'un coton imbibé d'Hexomédine* ou appliquer un glaçon pendant 20 minutes sur le point de piqûre.
- Dans tous les cas, donner de l'ibuprofène ou Paracétamol
- En cas de suintement :
- Désinfecter la plaie 4 fois/jour avec de la Bétadine*. Appliquer une pommade antibiotique

Recouvrir la croûte d'un pansement afin d'éviter le grattage

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Hyménoptère : abeille, guêpe, frelon, fourmi

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: moustique, taon, puce, pou et/ou punaise

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Aerius . Suspension buvable : mesure de 5 ml avec graduation 2.5 ml
 . . . 1 à 5 ans : ½ mesure (2.5 ml) / jour
 . . . 6 à 11 ans : 1 mesure / jour
 . . . 12 ans : 2 mesures / jour
 . . . Cp à 5 mg : > 12 ans : 1 cp / jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Clarityne . Suspension buvable
 > 2 ans - < 30kg : 1 mesure / j
 30 kg : 2 mesures / j
 . . . Cp effervescent à 10 mg : > 12 ans : 1 cp / j

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Polaramine . Suspension buvable : mesure de 5 ml avec graduation 2.5 ml
 < 30 mois , ½ mesure (2.5ml) x 2 à 3/j
 30 mois- 10 ans : 1 mesure (5ml) x 2 à 3 /j
 10 ans : 2 mesures x 2 à 3/j
 Cp sécable à 2 mg :
 . 6 à 12 ans : ½ cp x 2 à 3/j
 12 ans : 1 cp x 3 à 4 / j

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire:
 Primalan . Suspension buvable : 1 cuillère-
 mesure (2,5 ml = 1,25 mg) par 10 kg x 2 / j
 . . . Cp sécable 5 et 10 mg : 2.5 mg / 10 kg /jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Xyzall : . > 12 ans 1 cp 5 mg par jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Zyrtec . Suspension buvable : .
 > 2 ans : 10 gouttes
6 ans : 20 gouttes

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: 1 bouffée / kg max 20 bouffées

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: 1 bouffée / kg max 20 bouffées

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: abeille

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: abeilles, guêpes, frelon, vives

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Locapred 4 fois/ j

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Ibuprofène :
 Advil : . Suspension buvable 1 dose /kg x 3 à 4/j
 . . . Cp 100 mg : 1 cp / 10 kg x 3 par jour
 Nureflex . Suspension buvable 1 dose / kg x 3 à 4/j

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: 20 mg/kg 4 fois /j maximum

Pleurs du nourrisson de moins de trois mois

Questionnaire

[index](#)

pleurs incessants (>2H)

est-ce qu'il grossit bien ?

Les pleurs surviennent-ils :

- au cours du biberon (évoquer une oesophagite)
- ou à distance du repas (coliques ou RGO)

éliminer coliques du nourrisson si

début après l'âge d'un mois

plus de 3 fois par jour de manière prolongée

Identification des critères de gravité

- . Enfant très malade, très faible ? (caractère particulier des pleurs audibles au téléphone)
- . pâleur marquée ?
- . Est-il mou comme une poupée de chiffon ?
- . lèvres violettes ?

Signes associés ou maladie connue

Fièvre > 38°

Vomissements (verts ?)

diarrhée, éruption, toux, mouvements anormaux ?

Examen de l'enfant déshabillé : absence de boutons sur le corps, d'anomalie sur son sexe, de boule à la racine des cuisses

Changement récent de lait, de logement, ou voyage

Médicaliser le transport

- > enfant très faible
- > enfant très pâle
- > enfant très mou
- > enfant cyanosé

Consultation immédiate	Consultation dans la journée	Consultation différée
Fièvre (ou hypothermie)	Pleurs fréquents	Coliques du nourrisson connues
Vomissements	Symptômes associés	Pleurs intermittents, et/ou à distance des repas
Pleurs incessants	Suspicion d'oesophagite (pleurs au cours du biberon)	Aucun symptôme associé
Terrain particulier	Inquiétude parentale	Croissance normale
Parents à risque de maltraitance		Pas d'inquiétude parentale

CONSEILS POUR LES COLIQUES DU NOURRISSON :

Diagnostic : pleurs d'agitation, chez les bébés en bonne santé, plutôt en fin de journée,

- **Position horizontale. Bercer**
- **Donner un bain chaud si les pleurs continuent.**
- **si le dernier biberon remonte à plus de 2 heures ou si la dernière tétée remonte à plus de 1 h 1/2 faire téter**
- **s'il n'a pas dormi depuis plus de 3 heures et s'il ne se calme pas après ½ heure de tentative avec les moyens ci-dessus : le coucher**

Rappeler si : le bébé continue à pleurer >2h malgré la mise en œuvre de ces conseils

Pleurs du nourrisson de plus de trois mois

[index](#)

Liés à une maladie ou à une douleur. Troubles de l'alimentation ou du sommeil possibles.

Identification des critères de gravité

- . Enfant très malade, très faible ? (caractère particulier des pleurs audibles au téléphone)
- . Enfant vous paraît-il très pâle ?
- . Est-il mou comme une poupée de chiffon ?
- . A-t-il les lèvres violettes ?

Eléments d'orientation

irritable, geignard, pleurant depuis plus d'une heure (méningite, encéphalite, abdomen aigu)?

fièvre et des boutons rouges ou violacés (> 40° ou <36°)

pleurs persistent plus de 2h (otite moyenne aiguë ? invagination ? ulcération cornéenne ? constipation ? corps étranger oesophagien) ?

Traumatisme récent

Signes associés

Vous êtes-vous énervé à cause de ces pleurs ? Qu'avez-vous fait (lui avez-vous donné une fessée, l'avez-vous secoué ?)

RECAPITULATIF VISUEL

Médicaliser le transport

- > enfant très faible
- > enfant très pâle
- > enfant très mou
- > enfant cyanosé
- > purpura fébrile extensif

Consultation immédiate	Consultation dans la journée	Consultation différée ou soins à domicile
Fièvre élevée (ou hypothermie)	Irritabilité intermittente	Pleurs rares
Irritabilité persistante (2h)	Symptômes associés	Pas d'inquiétude parentale
Douleur persistante ou intermittente > 2j	Inquiétude parentale	Prise médicamenteuse éventuellement explicative
Notion de chute récente	Pas d'explication évidente	
Suspicion de maltraitance	Irritabilité intermittente	

CONSEILS DE SURVEILLANCE A DOMICILE POUR DES PLEURS MODERES ET CONSOLABLES.

- 1) Essayer de **réconforter** l'enfant en le prenant dans les bras, en le berçant, en le massant, etc. Si les pleurs répondent au réconfort, ce n'est sans doute pas grave
- 2) Essayer de le **coucher** : Certains enfants très fatigués ont besoin de pleurer pour s'endormir.
- 3) **Déshabiller** l'enfant : rechercher des rougeurs sur la peau, une enflure (des piqûres d'insecte, une hernie à la racine des cuisses).
- 4) **Arrêter la prise de médicaments** pour le rhume ou la toux : les anti-histaminiques et les corticoïdes peuvent provoquer des pleurs et une irritabilité chez certains enfants.

Evolution attendue : la plupart des agitations qui accompagnent les maladies disparaissent avec elle. La plupart des agitations dues au stress ou aux changements de mode de garde ou de lieu durent moins d'une semaine.

Pharmacopée familiale
Doliprane

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: 15 mg/kg

La toux aiguë du nourrisson et du jeune enfant

[index](#)

Définition : Secousses expiratoires, brusques et saccadées, involontaires depuis < 5 jours chez un enfant de < 5 ans.

Pièges : Avant 3 mois : signe d'une dyspnée obstructive : bronchiolite, ou coqueluche +++ Après 9 mois : corps étranger +++

caractéristiques de la toux

début brutal

- toux aboyante et début la nuit
- toux avec sifflement
- toux est-elle sèche, nocturne, ou lors des efforts (asthme)
- toux survient-elle par accès, quintes, avec augmentation des épisodes (coqueluche)
- toux s'accompagne-t-elle de pleurs, de douleurs, avec ou sans fièvre

RECAPITULATIF VISUEL

Hospitalisation et transport médicalisé

- difficulté respiratoire majeure (étouffement, incapacité à parler, sensation de lutte pour respirer, geignement)
- lèvres bleues, sueurs sur le front, toux avec impression d'arrêt respiratoire
- début brutal

Consultation immédiate	Consultation dans la journée	Consultation différée :
< 1 mois.	< 3 mois, toux bien tolérée	> 1 an
antécédents pathologique	< 1 an, toux depuis > 48 heures	toux depuis > 48 heures, sans fièvre
< 3 mois toux depuis < 48 heures toux mal tolérée, ou température > 38°5 difficulté respiratoire persistante après lavage de nez ou en dehors des épisodes de toux,	avec rhinite purulente et/ou otalgie.	avec vomissement sans retentissement comportement, ni fièvre
toux à début brutal avec douleur thoracique, sans fièvre	sifflement, bien tolérée	toux depuis > 3 semaines
toux avec fièvre > 40°	fièvre, bien tolérée	
toux avec sifflement rapidement progressif	vomissements ou difficultés alimentaires	
	< 1 mois	

Soins à domicile toux sans fièvre (t° < 38°5), rhinite simple, contexte récurrent
Conseils : lavage de nez sérum physiologique

Toux

Grasse : Fluidifiants ;

Sèche :

Toplexil ;

Coquelusedal : suppo nourrisson, enfant et adulte

Ventoline

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: laryngite

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: bronchiolite, asthme

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: asthme

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: coqueluche

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: corps étranger trachéo-bronchique, épiglottite

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: dysplasie broncho-pulmonaire, de prématurité

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Carbocistéine ;
Bronchokod ; Rhinathiol, Muciclar, :
à donner le matin et après midi ; pas le soir : ½ à cuillère à café x2 à 3/ jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: gobelet doseur 5 et 10 ml > 1an
... 10 à 20 kg : 5 ml x 2 à 3 / jour
... 20 à 30 kg : 10 ml x 2 à 3 / jour
... 30 à 40 kg : 10 ml x 3 à 4 / jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: coquelusedal-paracétamol
contient du paracétamol (100, 250 et 500mg par suppo)

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Jusqu'à 30 mois : 1 suppo nourrisson le soir au coucher

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: 30 mois- 15 ans : 1 à 2 suppo enfant/ jour

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: A la chambre d'inhalation (babyhaler) jusqu'à 6 à 7 ans
En crise : 1 bouffée de 100 µg / kg ; maxi 20 bouffées ;

Traumatisme crânien de l'enfant

[index](#)

âge : plus ou moins de **6 mois**.

La radiographie simple du crâne est généralement inutile : **scanner** au moindre doute
Evoquer une **maltraitance** lorsque les circonstances de l'accident paraissent peu claires.

Circonstances de l'accident constituant un critère de gravité

AVP,

autres blessés dans le même accident

hématome important du cuir chevelu ou de large plaie

. mécanisme : violent

. point d'impact ?

. en cas de chute, hauteur supérieure à la taille de l'enfant

. nature du terrain : sol dur

Evaluation des critères de gravité

TC avec signes de gravité	TC Modéré	TC peu grave
Age < 6 mois	Age > 6 mois	Age > 6 mois
Troubles du comportement	PCI, même brève,	Pas de PCI
l'enfant n'est pas comme d'habitude :	troubles neurologiques, même transitoires :	Pas de troubles du comportement
- il est mou ;	somnolence passagère,	
- il présente une agitation inhabituelle ;	2 vomissements ou plus	
- il ne tient pas debout ;		
- il présente des vomissements répétés ;		
- il paraît somnolent, difficilement réveillable ;		
Céphalées intenses ;		
Troubles visuels inhabituels ;		
Mouvements anormaux , convulsion		
Déficit moteur au niveau d'un membre ou d'un côté ;		
Suspicion d'embarrure ,		
Rhinorrhée, otorrhée		

RECAPITULATIF VISUEL (en fonction de l'âge)

Enfant > 2 ans

transport médicalisé	consultation urgente	surveillance à domicile
PCI > 1 minute	modification de la conscience au moment de l'accident	pas de PC
Altération de la conscience	amnésie post critique	traumatisme a priori faible
Signes neurologiques focaux	céphalées progressives	état général de l'enfant parfait
convulsion	hématome important ou large plaie	pas d'inquiétude parentale
vomissements répétés	Chute d'une hauteur > taille de l'enfant	
Embarrure probable	lésions faciales associées	
Lésion pénétrante	circonstances peu claires	
AVP et autres blessés dans le même accident	inquiétude parentale	

Enfant < 2 ans

médicaliser pour scanner en urgence

- PCI > 1 minute
- état de conscience altéré
- signes neurologiques de focalisation
- irritabilité persistante
- bombement de la fontanelle (position assise, en dehors des cris)
- vomissements répétés > 5 ou persistants 6h plus tard
- suspicion de fracture du crâne et/ou embarrure probable
- polytraumatisme

Consultation urgente	Consultation dans la journée	Surveillance à domicile
Age < 6 mois	pas de PC initiale	Durant 48h
Vomissements répétés >2	enfant de plus de 6 mois	Réveiller 1 à 2 fois par nuit
PCI < 1 minute	pas d'hématome important	Consulter si
Irritabilité transitoire	pas de lésions traumatiques associées	Vomissements répétés
Comportement inhabituel	pas de trouble de conscience	Anomalie comportement
Hématome du scalp étendu, fluctuant	pas plus d'un vomissement	Anomalie motrice
Mécanisme violent, chute > 1 m, sol dur		
Chute dans les escaliers		
Trauma sans témoin ou histoire peu claire (suspicion de maltraitance)		

Troubles du comportement : confusion/délire

[index](#)

Définition : altération partielle de la conscience, de l'attention, du jugement, de la mémoire, désorientation temporo-spatiale, avec parfois des hallucinations

Identification de la confusion ou du délire :

Pas de perte de connaissance, pas de mouvements anormaux.

Que fait-il ? Est-il trop agité ou trop calme ?

si > 1 an : Vous reconnaît-il ?

si > 3 ans : « A-t-il des propos cohérents ? Sait-il où il est ? »

Message clé : Urgence avérée si .

Diagnostic différentiel : terreurs nocturnes, état confusionnel lié à une fièvre élevée chez le jeune enfant (cf),

Transport médicalisé	Consultation urgente	Consultation dans la journée
difficultés respiratoires	enfant somnolent et fièvre élevée	enfant éveillé et fébrile
troubles de la conscience	notion de nuque raide	terreur nocturne
cause traumatique	céphalée associée	
cause toxique	vomissement associé	
	traumatisme récent	
	prise médicamenteuse	
	cas identiques dans la famille	

Troubles du comportement :Spasme du sanglot

[index](#)

Age : environ 6 mois à 3 ou 4 ans.

Définition : perte de connaissance succédant à une apnée déclenchée par une crise de larmes, une colère, une contrariété, voir un simple choc.

Parfois l'enfant n'a pas eu le temps de pleurer, par exemple, il s'est cogné, s'est fait grondé, il « veut » pleurer et fait son malaise très vite : hyper-réflexivité vagale

Peut s'accompagner de quelques mouvements convulsifs brefs, sans phase stertoreuse au décours ; Volontiers récidivant.

Eliminer

- Avec asphyxie : notion de « [Syndrome de pénétration](#): corps étranger
- A l'effort : consultation urgente
- En dehors de tout contexte de contrariété : pas un spasme du sanglot
- [Convulsion](#) sans notion de pleurs ou colère au préalable
- Perte de connaissance prolongée, phase stertoreuse : c'est plutôt une [Convulsion](#) qu'un spasme du sanglot
- Avec [fièvre](#) : consultation nécessaire

Conseil : : faire souffler doucement sur le visage de l'enfant. Stimuler doucement avec de l'eau sur le visage. Rassurer : rien à faire de plus .

Troubles du comportement : Syncope (ou lipothymie)

[index](#)

Définition : perte brutale et brève (en général inférieure à une minute) de la conscience, entraînant une chute.

Message clé : Ne pas méconnaître une cause cardiaque, anaphylactique, traumatique ou toxique

Le comportement de l'enfant est inhabituel :

- état de conscience anormal (PC) ou de vigilance : enfant ne peut être réveillé ou confus, ou au contraire extrêmement agité
- il s'y associe éventuellement des mouvements inhabituels ([convulsions](#) ?)
- < 3 ans : la PC a été précédée par des pleurs importants avec changement de coloration et apnée : « [spasmes du sanglot](#) » ?

RECAPITULATIF VISUEL

(commun aux troubles du comportement)

Hospitaliser et médicaliser le transport

- Troubles respiratoires
- Trouble de la conscience
- Prise médicamenteuse
- Piqûre d'insecte

Consultation en urgence	Consultation dans la journée	Consultation différée
Perte de connaissance prolongée	Durée brève et réveil rapide si 1 ^{er} épisode	Antécédents de malaise vagal connu
Trauma crânien récent (en l'absence de troubles de la conscience)		
Survenue au cours d'un effort physique		
Fièvre élevée		
Vomissements et/ou diarrhée associées		

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: douleur, émotion, position debout prolongée, lever brutal

Conseils :

PLS

Vomissements aigus

[index](#)

Définition

Vomissement = évacuation forcée du contenu gastrique différent de **régurgitation** qui est une évacuation sans efforts

Pré-requis

diagnostics urgents « à ne pas manquer » = occlusion digestive, hypertension intracrânienne, lésion intra-cérébrale post traumatique, déshydratation aiguë

AGE < 3 MOIS Régurgitations ou vomissements ?
Etat général altéré ?
Vomissements bilieux

REGURGITATIONS	VOMISSEMENTS	VOMISSEMENTS
	Non bilieux	Bilieux ou
	Etat général OK	Enfant très abattu
Rejets depuis la naissance Appétit conservé Bon état général Prend du poids régulièrement	STENOSE PYLORE : entre 1 et 2 mois : bébé affamé vomissements récents et puissants en fin de tétée	OCCLUSION : mésentère commun - gros ventre douloureux - vomissements bilieux - urgences chirurgicale
CONSEILS voir médecin traitant	AUTRES : fébricule, diarrhée, rhinite, toux	AUTRES : diarrhée et déshydratation, sepsis et fièvre Transport Médicalisé
absence de gravité, s'améliore seul à partir de 4 mois, proposer lait épaissi (lait AR pour « anti régurgitations »)		

- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: Hospitaliser
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: transport médicalisé
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: consulter
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: transport médicalisé

AGE > 3 MOIS Vomissements isolé ou répétés ?
Autres signes (mal au ventre, diarrhée, fièvre, céphalées) ?
enfant très abattu (mou, prostré, geint) ?

Mal au ventre	Mal au ventre	Céphalées	Fièvre élevée	Intoxication
Enfant abattu Anorexie	Boit facilement	Enfant abattu	Bonne tolérance	
Invagination intestinale : 6M -2A crise douleur + pâleur, anorexie, apyrexie, +/- sang ds selles	Gastro enterite : contage, signes ORL, fébricule, diarrhée,	HTIC : chute récente, modification comportement, hypothermie	Pyelonephrite : fièvre canalaire depuis plusieurs jours	Alimentaire : autres cas à proximité
Occlusion : gros ventre, vomissements bilieux, arrêt transit [ATCD] chirurgicaux	→ deshydratation ? yeux cernés, ne tient pas assis, geint : médicaliser	Infection SNC : fièvre élevée	Infection ORL : encombré, mal à la gorge, toux	Autre : médicaments accessibles, plantes, produit domestique
Peritonite : fièvre, abdomen hyperalgique	→ sinon conseils : solution minérale à volonté mais fractionnée .			
Traumatisme abdo : trauma récent				
Transport Médicalisé	Consulter +/- vite selon état général	Transport Médicalisé	Consulter	Hospitaliser selon état général

- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: hématome post trauma ou spontané, tumeur, maltraitance (nourrisson)
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: méningite, encéphalite
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: ATCD chirurgicaux abdo. ? hernie inguinale ?
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: (50 ml/20 mn, médic. inutiles)
- LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31
Commentaire: guidon de vélo

RECAPITULATIF VISUEL

Consultation urgente : transport médicalisé

Signes de déshydratation
Troubles du comportement
Troubles de la coloration
Geignement
Fièvre > 39°C et éruption associée
Troubles respiratoires

Consultation immédiate	Consultation dans la journée ou le lendemain	Soins à domicile
Trauma crânien récent	Vomissement isolé	Vomissements connus (RGO, régurgitations simples)
Intoxication médicamenteuse	Vomissement avec selles liquides évoluant depuis plus de 5 jours	Expliquer le traitement
Vomissements bilieux et âge < 3 mois	Fièvre présente depuis plus de 3 jours associée	Epaississement des biberons
Vomissements sanglants	Anxiété parentale ou souhait des parents	
Diarrhée associée si âge < 1 an		
Refus de boire		
Pleurs associés		
Céphalées persistantes		
Maladie chronique susceptible de se décompenser		

PHARMACIE DOMICILE

[index](#)

Antihistaminiques (allergie)

Primalan Suspension buvable : 1 cuillère-mesure (2,5 ml = 1,25 mg) par 10 kg x 2 /j
Cp sécable 5 et 10 mg : 2.5 mg / 10 kg /jour

Polaramine Suspension buvable : mesure de 5 ml avec graduation 2.5 ml
< 30 mois , ½ mesure (2.5ml) x 2 à 3/jour
30 mois- 10 ans : 1 mesure (5ml) x 2 à 3 /jour
10 ans : 2 mesures x 2 à 3/jour
Cp sécable à 2 mg :
6 à 12 ans : ½ cp x 2 à 3/jour
12 ans : 1 cp x 3 à 4 / jour

Zyrtec Suspension buvable :
> 2 ans : 10 gouttes
6 ans : 20 gouttes

Clarityne Suspension buvable
> 2 ans – < 30kg : 1 mesure / jour
30 kg : 2 mesures / jour
Cp effervescent à 10 mg : > 12 ans : 1 cp / jour

Aerius Suspension buvable : mesure de 5 ml avec graduation 2.5 ml
1 à 5 ans : ½ mesure (2.5 ml) / jour
6 à 11 ans : 1 mesure / jour
12 ans : 2 mesures / jour
Cp à 5 mg : > 12 ans : 1 cp / jour

Xyzall : > 12 ans 1 cp 5 mg par jour

Antipyrétiques et Antalgiques

Paracétamol : 15 à 20 mg / kg x 4/j

Doliprane Suspension buvable 1 dose - poids x 4/j
Suppo (100 sécable, 150, 200, 300mg)

Effergal Suspension buvable 1 dose /kg x 4/j
Suppo (80, 150, 300mg)

Ibuprofène :

Advil : Suspension buvable 1 dose /kg x 3 à 4/j
Cp 100 mg : 1 cp / 10 kg x 3 par jour

Nureflex Suspension buvable 1 dose / kg x 3 à 4/j

SMUR-REGUL9 18/9/08 12:31

Commentaire: Pas en cas de varicelle

Kétoprofène :

Toprec Suspension buvable 1 dose / kg x 3 à 4/j

SMUR-REGUL9 18/9/08 12:31

Commentaire: Pas en cas de varicelle

Aspirine (Aspégic) : 15 mg/kg x 4 par jour

SMUR-REGUL9 18/9/08 12:31

Commentaire: pas en cas de varicelle

Antispasmodiques

Spasfon : cp à 80 mg, enrobé ou Lyoc : 1 cp X 2 / jour ou ½ X 4 / jour

Corticoïdes

Céléstène :

Suspension buvable : 10 à 15 gouttes / kg 1 fois par jour
Cp 0,5 et 2 mg : 0,1 mg / kg 1 fois par jour

Solupred :

Cp 5 et 20 mg effervescent ou orodispersible : 1 mg / kg 1 fois par jour

Anti Diarrhée

Smecta (sachet adulte) ½ sachet 3 à 4 fois par jour (possibilité de doubler la dose)
Ultralevure 2 gélules 3 fois par jour en les ouvrant

Tiorfan Sachet nourrisson : 10 mg :
Sachet enfant : 30 mg
1^{er} jour : 4 prises, puis 3 prises/ jour

Age	Nbre sachets
1 à 9 mois (< 9 kg)	10 mg/ prise
9 à 30 mois (9 à 13 kg)	20 mg/ prise
30 mois – 9ans (13 à 27 kg)	30 mg / prise

Soluté de réhydratation,

Adiaril, GES 45, Alhydrate, Hydrigoz : 1 sachet dans 200 ml eau. A volonté.

Otalgie : Si oreille ne coule pas : Panotile, Otipax, Polydexa : 2 gouttes dans l'oreille en réchauffant le flacon

Nifluril Suppo enfant 400mg: 1 suppo pour 10 kg par jour

Toux

Grasse : Fluidifiants ; augmentent la toux;

Carbocistéine ; Bronchokod ; Rhinathiol, Muciclar, :
à donner le matin et après midi ; pas le soir : ½ à cuillère à café x2 à 3/ jour

Sèche :

Toplexil : gobelet doseur 5 et 10 ml > 1an

10 à 20 kg : 5 ml x 2 à 3 / jour

20 à 30 kg : 10 ml x 2 à 3 / jour

30 à 40 kg : 10 ml x 3 à 4 / jour

Coquelusedal : suppo nourrisson, enfant et adulte

Jusqu'à 30 mois : 1 suppo nourrisson le soir au coucher

30 mois- 15 ans : 1 à 2 suppo enfant/ jour

Ventoline A la chambre d'inhalation (babyhaler) jusqu'à 6 à 7 ans

En crise : 1 bouffée de 100 µg / kg ; maxi 20 bouffées ;
à renouveler toutes les 20 min la première heure ;

Vomissements

Motilium 1 dose / poids 3 à 4 fois par jour

Vogalene Suspension buvable à 0,1% : 1 dose / kg x 3/j
Gouttes : (0,4%) : 10 gttes = 1 mg.
Suppo sécables à 5 mg.
Lyoc à 7.5 mg

< 6 ans : 1mg/kg à répartir > 6 ans : 7.5 à 15mg / jour à répartir

LELONG-TISSIER 18/9/08 12:31

Commentaire: coquelusedal-paracétamol contient du paracétamol (100, 250 et 500mg par suppo)