

PEDIATRIE

EPREUVE DE VERIFICATION DES CONNAISSANCES PRATIQUES

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

SUJET 1

Le centre de dépistage vous appelle car le résultat du test évoque une maladie endocrinienne chez un nouveau-né de sexe féminin de 10 jours.

Question n°1 :

Quelle(s) est/sont la/les maladie(s) que l'on peut identifier par le dépistage systématique à la naissance ?

Question n°2 :

Le résultat du test de dépistage, recontrôlé, met en évidence une TSH à 400 mUI/l (normes = 0.8 – 4 mUI/l).

Quel(s) diagnostic(s) évoque(nt) ce résultat ?

Question n°3 :

Quel(s) élément(s) recherchez-vous à l'examen clinique ?

Question n°4 :

Quels sont les examens complémentaires que vous demandez ?

Question n°5 :

Vous proposez un traitement immédiatement, la mère vous demande pourquoi on ne peut pas attendre qu'il soit plus grand ?



SUJET 2

Une mère de 28 ans, G1P1 accouche dans une maternité de niveau I, par voie basse, d'un nouveau-né à un terme de 40 semaines. Le poids de naissance est de 3950 g. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est anormal. Le liquide amniotique est méconial et épais. La température maternelle = 37,4 °C. La recherche de streptocoque B était négative à 34 semaines de gestation.

L'Apgar est évalué à 1 / 6 / 9 à respectivement 1, 3 et 10 min. La sage-femme de garde fait une aspiration nasale, pharyngée et gastrique. Avec un laryngoscope, elle ne visualise pas de méconium à l'orifice glottique, et décide de ne pas broncho-aspirer. L'enfant est alors ventilé au masque avec un ballon auto-remplisseur à 1 min de vie et pendant environ 3 min. Le ballon auto-remplisseur n'est pas connecté à un débit-litre d'oxygène. La saturation artérielle en O₂ (SpO₂) est à 94% à 5 min de vie. De l'oxygène est administré par lunettes nasales. La SpO₂ est mesurée à 92% à 10 min. Le bébé est rose et ne geint pas : la sage-femme décide de le garder en surveillance en salle de naissance dans un incubateur.

Question n°1 :

Dans l'intitulé de ce dossier, retrouvez et citez les trois points de la prise en charge qui respectent les recommandations internationales.

Question n°2 :

Donnez 3 hypothèses diagnostiques pour expliquer la détresse respiratoire ?

A 2 heures de vie, l'enfant a une fréquence ventilatoire à 55/min et présente un creusement sternal inspiratoire important. La SpO₂ est à 92% sous lunettes d'oxygène. Le transfert vers une maternité de niveau 3 est organisé et le médecin du SMUR intube et ventile le nouveau(-né). A l'arrivée en réanimation, la FiO₂ est de 60% pour une SpO₂ = 88%. Un cathéter veineux ombilical double-voie est mis en place. A 6 heures de vie, la FiO₂ = 70% pour une SpO₂ = 89%, FC = 135 /min, PA = 55/32 mmHg, Temps de recoloration cutanée < 3 s. Les résultats des examens montrent : pH = 7,26 / PaCO₂ = 65 mmHg / lactate = 350 mg/l (N< 70 mg/l). La NFS et la CRP sont normales. L'examen direct du liquide gastrique est négatif. Il a une bi-antibiothérapie (clamoxyl + gentamycine). Voici la radiographie de thorax :



Question n°3 :

Décrivez les anomalies pulmonaires observées sur la radiographie de thorax de face

Question n°4 :

Quelle est la cause la plus probable de la détresse respiratoire ?

Question n°5 :

Quelles sont les 2 complications possibles de cette maladie ?

SUJET 3

Une fillette de 13 mois est adressée aux urgences pédiatriques pour diarrhée depuis 6 mois, diurne, non glairosanglante. Elle persiste malgré le traitement par TIORFAN et LACTEOL. Il a prescrit un régime sans lactose pendant 1 mois sans amélioration.

Antécédents personnels : Elle est le premier enfant, née à terme, après une grossesse sans particularité. Elle a eu un allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois. Les différentes étapes de la diversification ont été suivies selon les recommandations du carnet de santé.

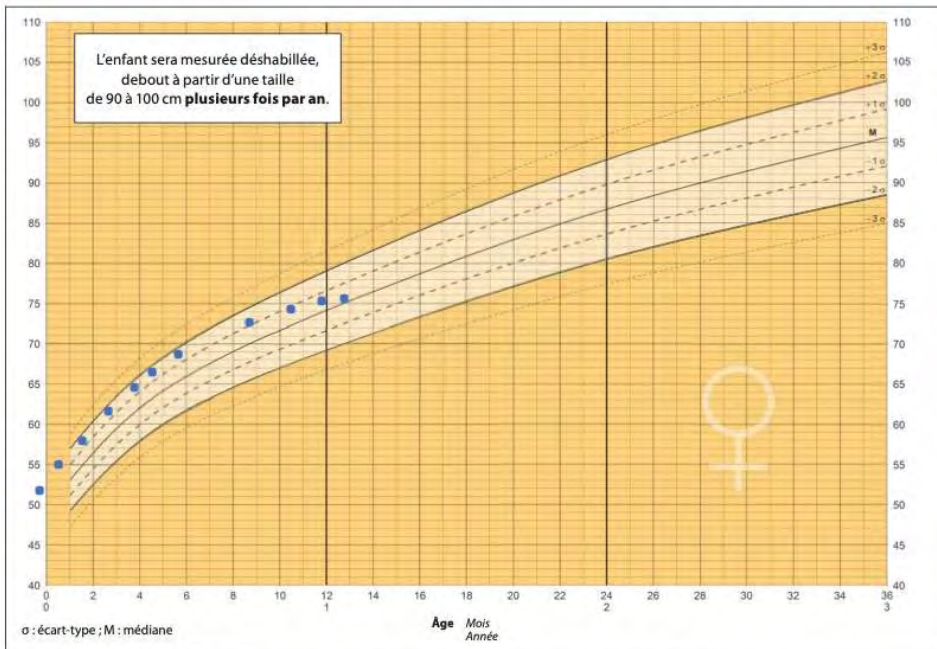
ATCD familiaux : La mère a une thyroïdite de Hashimoto et un eczéma atopique.

Traitement actuel : aucun.

Examen clinique : l'enfant est fatiguée, a un pli cutané non persistant, des cheveux clairsemés, et des ongles cassants, de minimes œdèmes des chevilles ne prenant pas le godet. Elle pèse 8,4 kg pour une taille de 75,5 cm.

La courbe de croissance est ci jointe (Figure 1 et 2).

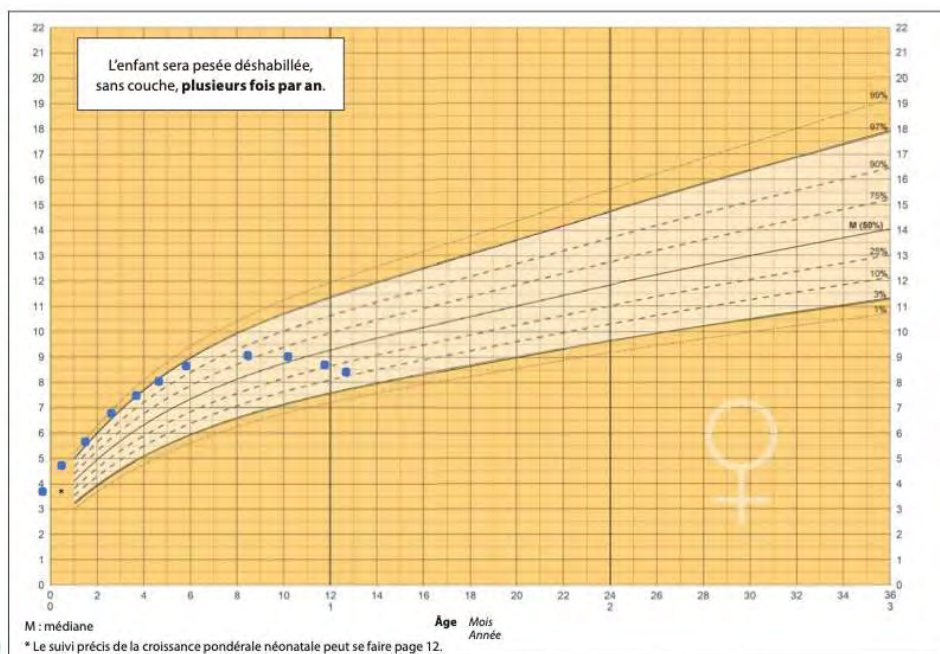




Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

DE 1 MOIS À 3 ANS (CM)

TAILLE DES FILLES



* Le suivi précis de la croissance pondérale néonatale peut se faire page 12.

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)

POIDS DES FILLES

Question n°1:

Quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques à ce stade ?

Question n°2 :

Quelle est la démarche diagnostique de première intention pour orienter ces hypothèses ?

Question n°3 :

Une partie des résultats du bilan sanguin est : NFS normale, CRP < 5 mg/L, ionogramme sanguin normal, ECBU : Leucocytes = 10/mm³ Hématies = 0/mm³, culture négative, IgA anti transglutaminase = 40 UI/L (N < 5), coproculture négative, virocult négatif. Quel diagnostic retenez-vous ? Comment confirmez-vous ce diagnostic, justifiez.

Question n°4 :

Les investigations que vous avez demandées auront lieu dans 15 jours, débutez-vous un traitement spécifique en attendant ? Justifiez.

Question n°5 :

Une fois le diagnostic confirmé, quel est le traitement proposé ? précisez la durée.

SUJET 4

Vous recevez aux urgences pédiatriques un enfant de 36 mois pour hyperthermie comprise entre 38° et 39° (en rectal) persistante depuis 7 jours. L'enfant a déjà consulté il y a 6 jours, pour fièvre et angine érythémateuse. Un traitement par paracétamol a été prescrit. Il revient car il ne mange plus, ne veut plus se lever.

L'examen clinique retrouve :

- un enfant grognon sans être hypotonique
- les paramètres vitaux sont les suivants : température à 38°5 en axillaire, FC= 117 bpm, TA= 80/60 mmHg, TRC < 3 sec, SpO₂ = 97%, FR = 26/min
- un exanthème érythémateux fait de plaques rouges confluentes, un peu granité prédominant au niveau des plis de flexion
- une inflammation pharyngée sans rhinite
- des conjonctives rouges
- des lèvres sèches
- des adénopathies jugulocarotidiennes, de taille variable les plus grosses mesurant 1,5cm, souples, indolores et mobiles.
- Le reste de l'examen est normal

Question n°1 :

Citez 2 principales hypothèses diagnostiques à formuler devant ce tableau ?

Question n°2 :

Quels examens complémentaires biologiques réalisez-vous pour étayer votre diagnostic étiologique à cette phase aiguë ? justifiez.

La mère vous fait remarquer que les dos de ses pieds et de ses mains ont gonflé ces derniers jours. Vous constatez un œdème modéré et ferme.

Question n°3 :

Quelle complication spécifique est à rechercher dans l'évolution de l'affection présentée par cet enfant et quel examen paraclinique prescrivez-vous pour la rechercher ?

Question n°4 :

Quelles mesures thérapeutiques instaurez-vous à la phase aiguë ?

Question n°5 :

Quel est l'élément majeur du suivi de cette affection ?

SUJET 5

Vous recevez à 21h aux urgences un jeune garçon de 6 ans, adressé par son médecin généraliste pour anémie profonde à 5.6 g/dl, demandée devant une asthénie et une pâleur.

Le seul antécédent personnel est un ictère néonatal traité par photothérapie. Les vaccinations sont à jours selon les recommandations actuelles. Sur le plan familial, la mère a une HTA traitée, le père a eu une cholécystectomie

L'examen clinique montre un enfant pâle, fatigué, FC= 130/min, TA 110/65, SpO2%= 99% , T°= 38.5°C. A l'examen, vous palpez un débord splénique de 2.5 cm. Le reste de l'examen complet est normal.

Voici la NFS- Plaquettes réalisée en ville :

Hématies : 2,38 téra/l

Hémoglobine : 5,6 g/dl

Hématocrite : 20.5 %

VGM : 86 fl

CCMH: 34 %

TCMH : 30 pg

Plaquettes : 115 giga/l

Leucocytes : 9.62 giga/l

Formule leucocytaire :

neutrophiles : 5 % = 0,481 giga/l

éosinophiles : 6 %

basophiles : 0 %

lymphocytes : 86% = 8.27 giga/l

monocytes : 3% = 0.288 giga/l

réticulocytes 1.4% =33.4 giga/l

Question n°1 :

Décrivez les anomalies constatées sur la NFS

Question n°2:

A la lecture de ce résultat, quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques principales ?

Question n°3 :

Quel examen indispensable permettra d'avancer dans la démarche étiologique, et faut-il le réaliser en urgence ?

Question n°4 :

Vous vous posez la question de débiter une corticothérapie en attendant les résultats des examens. Que décidez-vous ? Justifiez.

Question n°5 :

Vous expliquez aux parents la nécessité de transfuser en globule rouge leur enfant, ils vous demandent des explications et vous montrent leur carte de groupe sanguin : ils sont A+ tous les deux. Quelles sont les 2 arguments qui justifient cette décision ?

SUJET 6

Vous recevez ce jour à votre consultation, au mois de Juin, un garçon de 7 ans, né en France, accompagné de ces parents. Il a une toux récurrente, nocturne, depuis septembre, qui le réveille la nuit et qui résiste à l'amoxicilline, et à la josamycine. La toux est sèche, est déclenchée par nuit, à l'effort, et ses parents observent qu'il ne court plus beaucoup.

Parmi les antécédents, ce petit garçon a fait une bronchiolite à 4 mois, a des rhumes l'hiver, n'a jamais été hospitalisé. La mère a un rhume des foins. Ils habitent à la campagne dans une ferme. L'examen retrouve un souffle systolique 2/6, latéro-sternal gauche, qui disparaît en position assise. Le reste de l'examen est normal. La courbe staturo-pondérale est régulière.

Question n°1 :

Quelles sont les trois principales hypothèses diagnostiques au regard des données anamnestiques et cliniques. Justifiez.

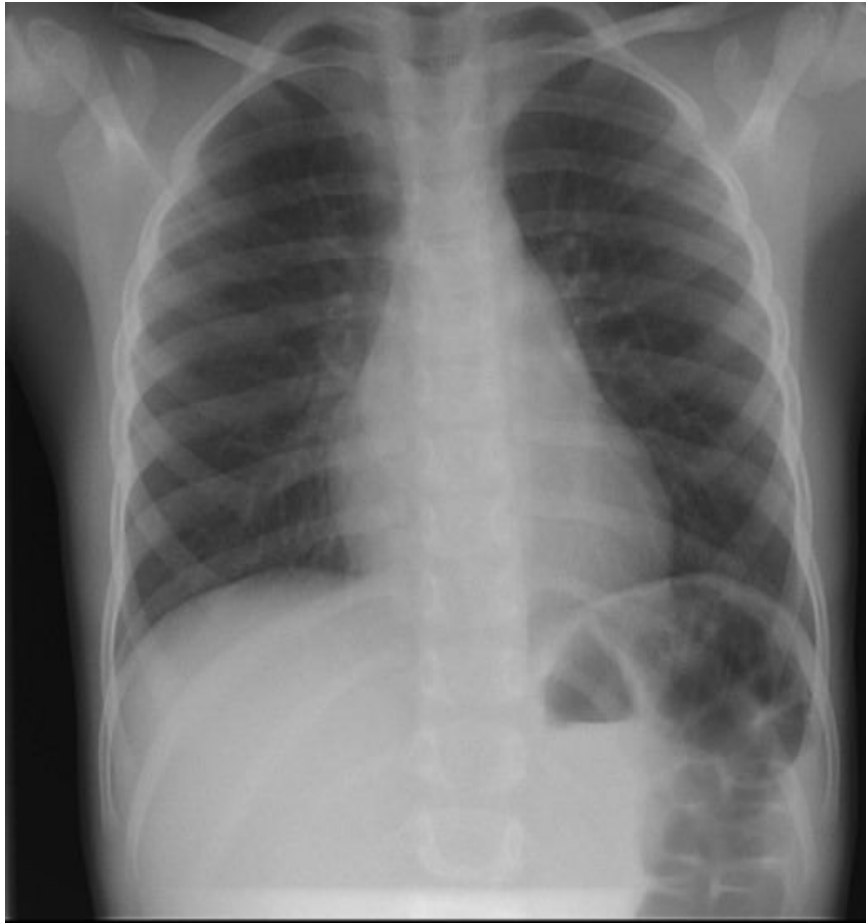
Question n°2 :

Les parents vous demandent s'il est malade du cœur ? Que leur répondez-vous ? Justifiez.

Question n°3 :

Vous avez demandé la radiographie de thorax ci-dessous. Quels sont les critères qui vous permettent d'évaluer la qualité de cette radiographie ?





Question n°4 :

Pour étayer votre hypothèse la plus probable, quels sont les 2 examens non biologiques que vous réalisez. Justifier.

Question n°5 :

Quel traitement probabiliste proposez-vous pour la toux à la fin de la consultation en précisant son mode d'administration ? Justifiez.

SUJET 7

De garde aux urgences, vous recevez un garçon de 18 mois sans antécédent pour une fièvre évoluant depuis 48h. Il n'est pas décrit de contagé particulier et il n'a jamais voyagé. L'enfant est grognon. Ses constantes sont les suivantes : fréquence respiratoire 22/min, fréquence cardiaque 130/min, oxymétrie de pouls : 99%, pression artérielle brassard : 99/61 mmHg. Vous l'examinez et retrouvez uniquement une otite moyenne aigue gauche (OMA). Vous expliquez à la famille à la famille que ce garçon va pouvoir rentrer à domicile.

Question n°1 :

Quel germe suspectez-vous et quelle est l'attitude thérapeutique recommandée ?

Dans la salle d'attente alors que la famille attend ses papiers de sortie, ce petit garçon présente brutalement un malaise avec rupture du contact, révulsion oculaire, hypertonie généralisée et trismus des mâchoires.

L'infirmière d'accueil et d'orientation l'installe immédiatement en position latérale de sécurité en salle de déchocage. Ses paramètres vitaux retrouvent une fréquence cardiaque à 160 battements/minute, une saturation en oxygène à 84%, une pression artérielle à 120/70 et une température rectale à 39°C.

Question n°2 :

Décrivez votre prise en charge immédiate concernant les fonctions vitales

Question n°3 :

Cet épisode se poursuit depuis 5 mn. Quel est votre conduite à tenir en urgence ?

Question n°4 :

Citez 3 étiologies que vous devez évoquer devant cette crise chez cet enfant, en dehors d'une éventuelle crise épileptique fébrile ou convulsion fébrile ?

Question n°5 :

Dans le cas d'une convulsion fébrile, quels critères devez-vous rechercher à l'interrogatoire, sur le déroulement de la crise et sur l'examen clinique pour qualifier cette crise de simple ou complexe ? Citez le principal risque d'une convulsion fébrile simple

SUJET 8

Un enfant de 7 mois est amené aux urgences par sa mère pour une urticaire du visage qui s'est étendue sur le thorax et les bras. La mère s'en est aperçue en début après-midi, au réveil de la sieste. Il s'agit d'un nourrisson asthmatique, allaité depuis sa naissance. Les légumes et les fruits ont été introduits depuis 1 mois. La maman arrête progressivement d'allaiter et lui a donné un yaourt au déjeuner pour compenser. Sa croissance est régulière, il pèse 8.540 kg. L'enfant a une rhinite et toussé depuis la sieste. L'examen retrouve une urticaire diffuse et l'auscultation révèle des sibilants. L'hémodynamique est stable et la saturation à 90 %.

Question n°1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question n°2 :

Quel (s) examen (s) demandez-vous en première intention pour confirmer le diagnostic ?

Question n°3 :

Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous aux urgences (précisez la voie d'administration) ? Argumentez.

Question n°4 :

L'évolution est favorable après traitement aux urgences. Citez 3 médicaments (ne pas donner le nom mais la classe thérapeutique) indispensables pour la trousse d'urgence à domicile ?

Question n°5 :

Les parents demandent s'il y a des précautions alimentaires ? Que répondez-vous ? Justifiez.

SUJET 9

Un garçon âgé de 3 ans, présente les paupières gonflées au réveil avec la marque du pli des draps au décours d'un rhume simple. Il est né à terme, pas d'antécédent particulier sur le plan personnel ou familial. L'examen clinique aux urgences montre un bon état général, T°= 37.4°C, FC = 82 bpm, TA 94/56 mmHg, SpO2%= 98%. Il pèse 20Kg, soit une prise de poids de 3 Kg en une semaine, et il existe des œdèmes des pieds et des chevilles. Vous suspectez un syndrome néphrotique idiopathique de l'enfant.

Question n°1 :

Quels sont les deux examens biologiques indispensables pour confirmer que ces œdèmes sont liés à un syndrome néphrotique ? préciser les valeurs attendues.

Question n°2 :

Quels sont les trois autres examens complémentaires que vous demandez en urgence en pour préciser l'étiologie et le retentissement de ce syndrome néphrotique ?

Question n°3 :

Le syndrome néphrotique est confirmé et les examens réalisés sont normaux. Quels traitements médicamenteux allez-vous proposer dans cette forme ?

Question n°4 :

Faut-il ajouter des mesures diététiques ? si oui, la ou laquelle(s)

Question n°5:

Quentin présente brutalement une douleur abdominales diffuse, cotée à 7/10 sur une échelle visuelle. L'abdomen est douloureux à la palpation, et dépressible. La T°= 39,4°C, FC=127 bpm, TA 100/70mmHg. Le reste de l'examen complet est normal.

Quelles sont les 2 complications que vous évoquez en première intention ?

SUJET 10

Une petite fille de 6 ans consulte dans votre cabinet pour l'apparition d'une énurésie nocturne depuis 2 semaines. Ses parents ont constaté qu'elle a perdu 2 kg, avec un appétit conservé et boit beaucoup, et est de plus en plus fatiguée. L'examen somatique est sans particularité en dehors de cernes périorbitaires.

Question n°1 :

Quel(s) sont les deux examens complémentaires que vous demandez ?

Question n°2 :

Les parents n'ont pas fait les examens. Ils consultent aux urgences 3 jours après la consultation, pour des douleurs abdominales et une grande fatigue. La $T^{\circ} = 37^{\circ}\text{C}$, FC = 124/Min, FR= 39/min, le score de Glasgow =12. L'abdomen est souple.

Vous prescrivez un bilan biologique qui montre les résultats suivants :

pH 7,12 ; bicarbonates 8 mmol/L; $p\text{CO}_2$ 25 mmHg ; natrémie 129 mmol/L; kaliémie 4,5 mmol/L; glycémie 4,3 g/L , protidémie 80 g/L, urée 9 mmol/L; créatinine 70 $\mu\text{mol/L}$. Bandelette urinaire : leucocytes 1 croix, hématies =0, Glucose 3 croix, corps cétoniques 3 croix.

Comment interprétez-vous ces résultats ?

Question n°3 :

Quel est votre diagnostic final chez cette patiente ?

Question n°4 :

Quelles sont vos premiers gestes d'urgence par voie IV ?

Question n°5 :

Citez les trois principales le(s) complication(s) au cours de la prise en charge des premières 24h ?