

Dr Jean STEFANIUK
Service Pédiatrie
CH Saverne

PLEURS DU NOURISSON



FMC Haguenau-Wissembourg du 23 janvier 2018

Introduction



- Physiologique ! Donc normal !
- Pluriquotidien ++
- Enfant **dépendant**, de son entourage, de sa mère ...
c'est son seul mode d'expression !
- Augmente en fréquence de la naissance à 6 semaines de vie, pic jusqu'à **3 heures par jour !** puis diminue progressivement jusqu'à l'âge de 3 mois (**1heure/j**).
- **Enjeux de santé publique** : nombreuses consultations en cabinet, PMI, Urgences...
- Prévention du **Syndrome du bébé secoué** +++

INTERROGATOIRE



- **HORAIRES** : rythmés ou non par les repas, vespéral.
- **SIGNES ASSOCIÉS** : Pâleur, régurgitations, vomissements, crampes abdominales, tortillements, **diarrhées ,constipation....**
- **SIGNES NEGATIFS** : Absence de fièvre, de malaise de convulsions, d'hématémèse....



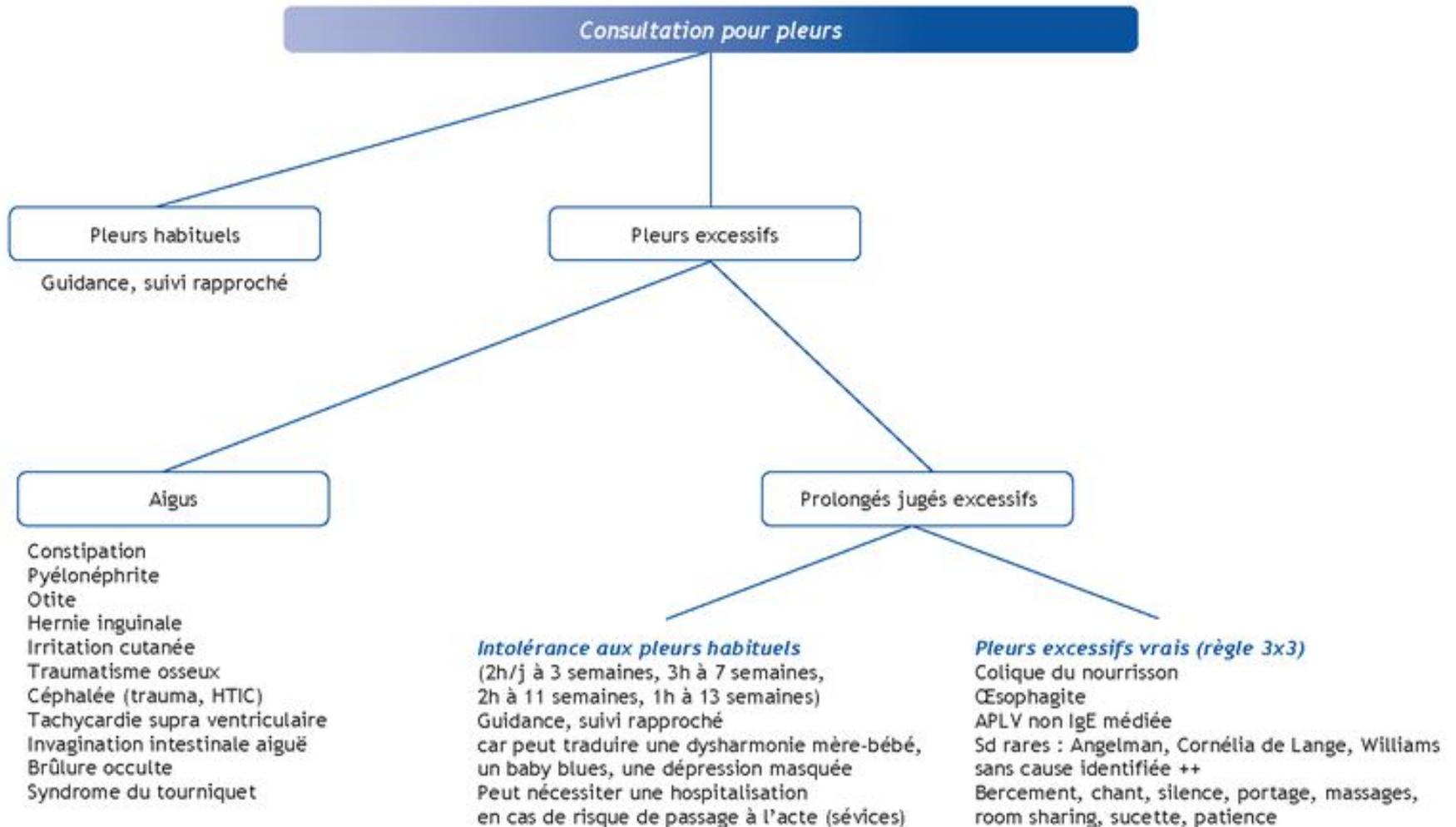
EXAMEN CLINIQUE + + +



- **Teint** : Enfant rose éveillé, bien réactif .
- **Pneumo**: Auscultation pulmonaire normale, absence de signes de détresse respiratoire.
- **Cardio**: Auscultation normale, pouls fémoraux perçus + + +
- **Abdomen** : **souple non chirurgical, pas d'HSM** (Hépto-Spléno-Mégalie), **orifices herniaires , testicules, ovaires + + + ...**
- **Neuro** éveillé réactif, bon tonus axial et périphériques, fontanelle normo tendue.
- **Évolution staturo-pondérale** normale ou satisfaisante.



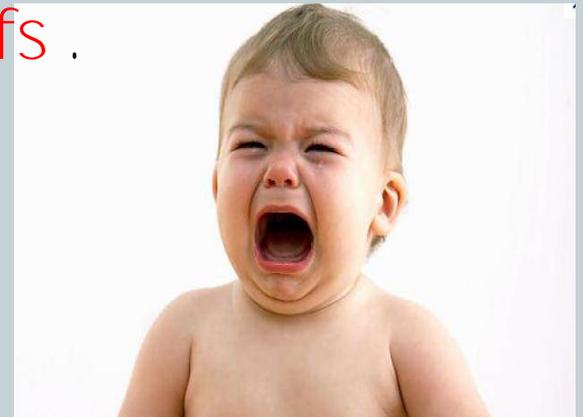
Arbre décisionnel



Pleurs paroxystiques aigus.



- Intensité+++
- Début brutal.
- Révèle une douleur aigue.
- Rarement isolés. Faire un examen clinique complet++
- Nécessite une prise en charge de la cause
- Faible proportion des pleurs excessifs .



Étiologies PPA



- Abdominal : hernie étranglée, invagination intestinale **aigüe, torsion testiculaire ...**
- Infectieux: pyélonéphrite ,OMA.
- Traumatisme osseux: céphalées sur TC (HTIC, HSD (Hématome Sous-Dural), **hémorragie méningée...), fracture...**
- Cardio: accès de tachycardie supra ventriculaire, **coarctation de l'aorte...**
- Brûlure occulte: **brulure œsophagienne sur biberon trop chaud**

Invagination intestinale aigue



- **C'est la pénétration d'un** segment intestinal + méso dans le segment situé immédiatement en aval et sa progression dans le sens iso péristaltique
- Urgence typique de chirurgie pédiatrique
- Occlusion par strangulation
- Risque de nécrose intestinale



IIA Primaire ou idiopathique



- IIA idiopathique = nourrisson
- L'invagination intestinale aiguë se rencontre **à tout age**, mais :
- • IIA idiopathique possible < 2 ans
- • IIA secondaire possible > 2 ans
- 90 % NOURRISSON
- • < 2 ans , **Pic de fréquence 4^e – 9^e mois**
- • **Sexe ratio : 2♂ / 1♀**
- • **Mécanisme:**
- Virose ORL / Respiratoire / Digestive (25 à 50 %)
- Adénolymphite mésentérique
- Hyperpéristaltisme localisé
- • **Bouffées épidémiques saisonnières**
- • **Topographie : Carrefour iléo-cæcal**

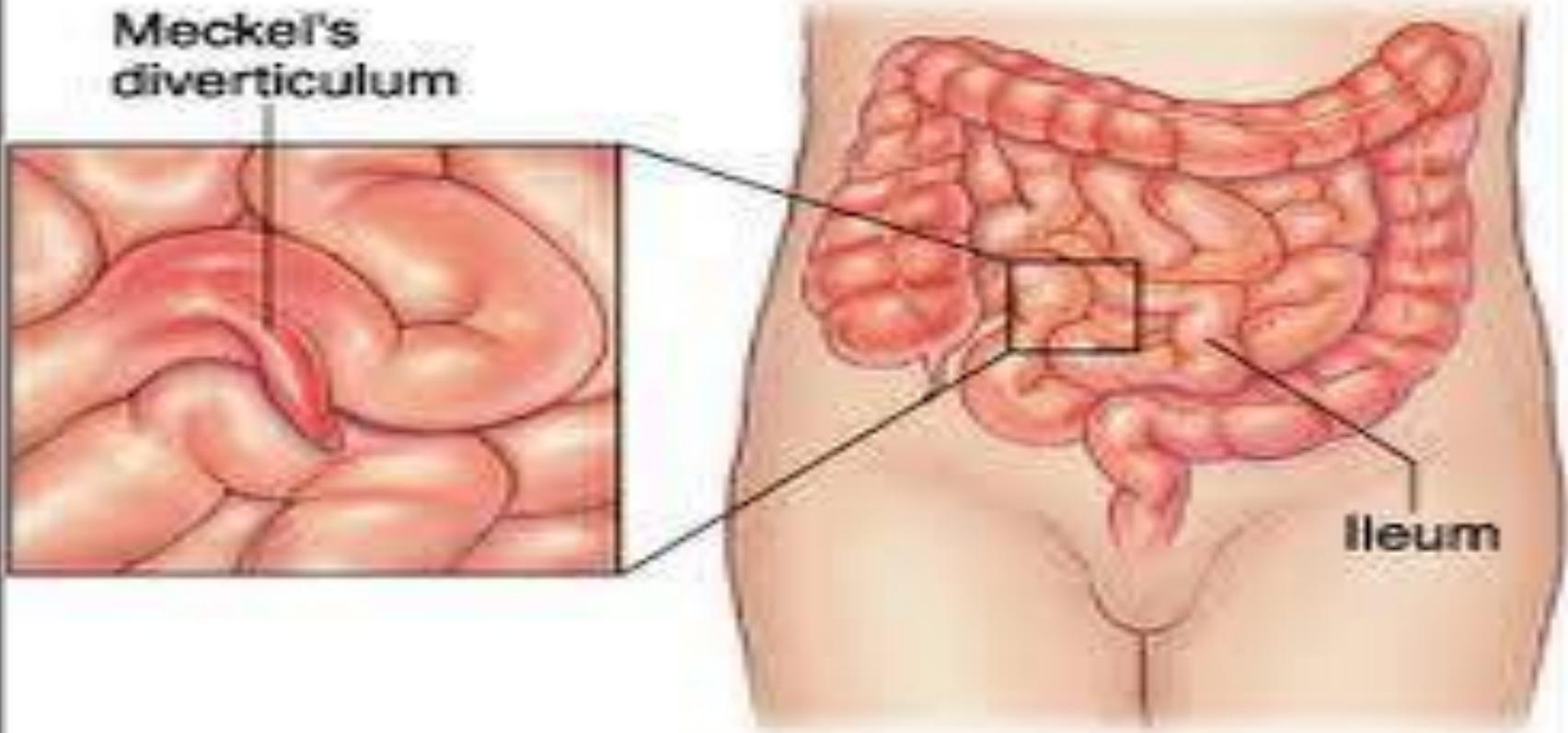
IIA secondaire



- 10 % GRAND ENFANT
- **> 2 ans**
- **Pas de sexe ratio**
- **IIA secondaire → Cause organique**
causé par tout obstacle au péristaltisme
- 1) Diverticule de Meckel = 50 % des causes
- 2) Les "Tumeurs" :
 - Polypes*
 - Duplication digestive* (dédoublément de la paroi digestive empêchant le bon fonctionnement du transit)
 - Angiomes*: Les hémangiomes de l'intestin grêle par exemple sont des tumeurs bénignes et rares du tube digestif
 - Lymphomes et lymphosarcomes*
- 3) IIA Post-opératoire

Pas de chronologie saisonnière . Hors carrefour iléo-cæcal.
sauf le lymphosarcome de la valvule de Bauhin

Diverticule de Meckel



Diverticule de Meckel



Reliquat embryologique du tube vitellin situé sur l'Iléon terminal contenant dans 25% des cas de la muqueuse gastrique ectopique et existant chez 2% de la population.

Rappel anatomique : L'*iléon* est la partie de l'intestin grêle faisant suite au jéjunum et s'étendant jusqu'à la valve iléo-caecale .

Il est l'un des trois segments de l'intestin grêle (le duodénum, le jéjunum et l'*iléon*), d'une longueur de 5 à 7 m et d'un diamètre de 3 cm .

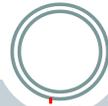
Sa fonction biologique principale est l'absorption de la vitamine B12 et de la bile.

Les **complications** sont rares à type de saignements, **invagination**, diverticulite.

Les signes cliniques sont similaires à une appendicite avec douleurs plus médianes

Le traitement est l'exérèse chirurgicale

Triade symptomatique d'appel



- Nourrisson **garçon de 4-8 mois ... en bonne santé apparente**
- **1) DOULEUR ABDOMINALE PAROXYSTIQUE**
- Début brutal "*à l'emporte pièce*"
- Intense « *inoublable* » pour les parents
- **Petite modification de l'EG / du comportement / pâleur++**
- Durée brève : quelques minutes
- Disparition brutale « *à l'emporte pièce* »
= Pénétration du boudin

- *Intervalle libre ± long* = INTERCRISE

- **2) RÉPÉTITIONS PAROXYSTIQUES** = Progression du boudin

- **3) VOMISSEMENTS ALIMENTAIRES / REFUS DU BIBERON** = Iléus

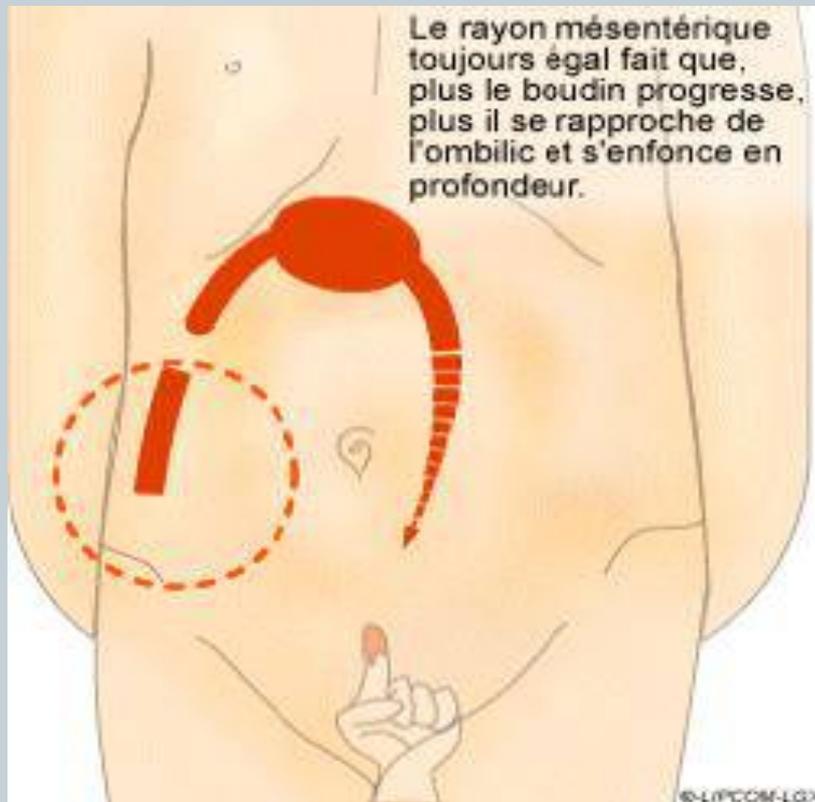
- **RECTORRAGIE EXTÉRIORISÉE** = Souffrance muqueuse
Extériorisation tardive par rapport au Syndrome douloureux

forme type de l'IIA idiopathique du nourrisson



- *Possible uniquement dans l'inter crise*
- **VACUITÉ DE LA FID**
FID anormalement dépressible
- **BOUDIN D'INVAGINATION**
- *Recherche patiente / Palp douce / Mains réchauffées*
50 % "Tumeur" ovoïde, élastique, peu mobile, sensible
- **Localisation** : Épigastrique / Péri ombilicale
- **TR** : " Le doigtier revient souillé de SANG
Le TR va au devant de la rectorragie non encore extériorisée

UN EXAMEN CLINIQUE NEGATIF NE CONTRE INDIQUE PAS LE DIAGNOSTIQUE D'IIA



Les moyens du diagnostic

L'Échographie abdominale +++



- **L' ÉCHO est aujourd'hui le maître examen pour le diagnostic de l' IIA ...**
- **Diagnostic toutes les formes d'IIA**
- Aucune contre indication
- *Mais : fiable si Radiologue expérimenté / Sondes à hautes fréquences / Écho en temps réel*
- **En l'absence d'échographie ou ... d'échographiste fiable, le lavement diagnostique garde toute sa valeur**
- CI : Niveaux HA / Pneumopéritoine

Les Traitements = Lavement opaque thérapeutique



Image en pince de homard



le lavement thérapeutique



doit être réalisé par un **radio pédiatre expérimenté** à **proximité immédiate d'un centre de chirurgie**

Pédiatrique. Danger de perforation+++

- Réduction chirurgicale

Si Échec du traitement non opératoire des IAA

Les symptômes de la torsion du testicule



- La torsion du testicule est une urgence chirurgicale qui se manifeste par les signes suivants :
- Chez le nourrisson
Si la torsion survient chez le nourrisson, celui-ci se met à **pleurer** soudainement en raison des douleurs et présente une grosse bourse inflammatoire et très sensible au toucher.
Si la torsion a eu lieu avant la naissance, c'est la sage-femme ou le pédiatre qui, lors de l'examen du nouveau-né à la naissance, découvre une bourse non douloureuse parfois brunâtre ou violacée contenant un testicule induré et très petit. Dans ce cas, le testicule est déjà détruit.
- Le traitement : une intervention chirurgicale en urgence
- Une intervention chirurgicale dans les 6 heures suivant la torsion est indispensable pour conserver la viabilité du testicule. Au-delà de ce délai, la chance de sauvegarder la viabilité du testicule diminue rapidement.

Pleurs excessifs prolongés



- 8 à 25% des nourrissons du premier trimestre.
- 65 000 à 200 000 enfants /an.
- « excessifs » : « Règle des 3x3 »
 - Plus de 3 heures/jour,
 - Plus de 3 jours /semaine,
 - Depuis au moins 3 semaines .
- **Souvent parents dépassés, anxieux, isolés...**

Facteurs de risques



- Premier enfant.
- Famille monoparentale.
- Vie urbaine.
- **2 parents au niveau d'étude élevé + activité professionnelle.**
- Age maternel entre 30 et 34 ans .
- Absence de soutien.
- Tabac passif.
- **familiales, violences conjugales, surinvestissement d'un « enfant précieux ».**

Pleurs excessifs Vrais



COLIQUES
HYPER LACTATION
RGO
APLV

COLIQUES DU NOUVEAU NÉ



- Début 15j – 6 à 8 semaines .
- Diminue vers l'âge de 3 mois .
- Enfant algique, facies erythrosique, poings serrés, front plissé, cuisses repliées sur un abdomen ballonné, émission répétée de gaz.
- Acmé vespérale + + +
- **Hyper phonique jusqu'à 100Db.**
- **Ne cède pas mais plutôt majoré par l'alimentation.**



Traitement



- Positions ++
- Portage ++
- Réassurance parentale .
- Le temps .
- spasfon, doliprane ?
- Homéopathie
- **Tisane fenouil (calmosine), camomille...**
- Massages



HYPERLACTATION



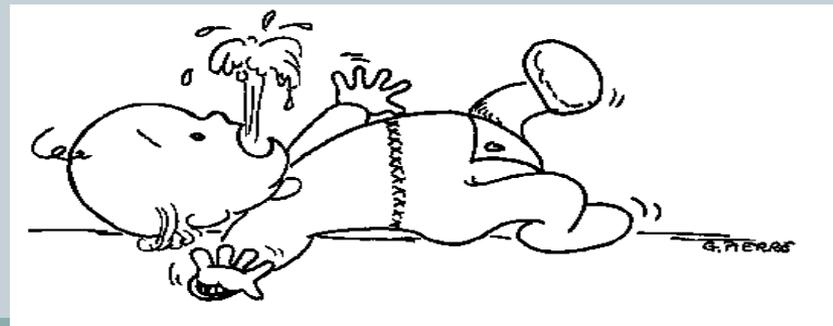
- Maman avec beaucoup de lait
- Bébé surpris par la puissance du jet de lait .
- Quantité importante de lait au tire-lait.
- Selles vertes .
- Crampes abdominales ++
- Bébé glouton.
- **Freiner l'enfant, pauses pendant l'allaitement, biberon de lait maternel...**



RGO



- Régurgitations simples: le + souvent physiologique .
- Immaturité physiologique du système anti-reflux.
- **Quantités inadaptées** ++
- Prise de 120-150 cc/kg en 6 repas de 10 à 20 minutes.
- **Pour l'adulte = équivalent d'ingurgiter 6 à 8 litres de boissons gazeuses en 6 fois /j.**

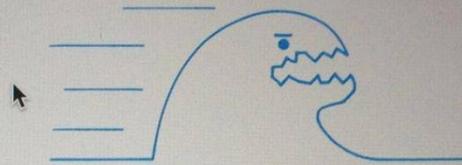


RGO



LE REFLUX EST-IL

▶ **COMPLIQUÉ**

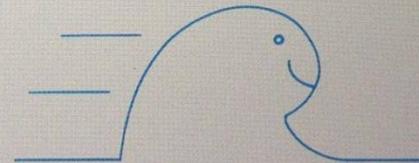


« il pleure en buvant, refuse parfois, grossit mal, il a renvoyé du sang... »

« il est devenu pâle lorsque je l'ai allongé, j'ai dû le secouer »

« il tousse, fait bronchites sur bronchites, laryngites sur laryngites »

▶ **NON COMPLIQUÉ**



« à part ses renvois il va bien »

RGO compliqué / **Œsophagite**



- Dysphagie à la prise des biberons.
- Repas interrompus de pleurs stridents, agitations.
- Sommeil perturbé.
- Régurgitations ++
- **Attitude en hyper extension.**
- Attentions aux reflux occultes-> traitement d'épreuve.

Traitement RGO



- Repérer les erreurs diététiques+++ (quantités trop importantes). (L'estomac de 10 ml du NN ne peut recevoir un bib de 30 ml)
- Epaississement : Gumilk (caroube)
magimix (amidon)
Lait AR
- Hydrolysat (Peptijunior: Mais mauvais goût)
- Proclive.
- Verticalisation 20 min après repas.
- Gaviscon
- IPP : inxium

APLV



- *L'allergie aux protéines du lait de vache est la première allergie alimentaire à apparaître chez l'enfant, elle débute le plus souvent chez le nourrisson âgé de moins d'un an .*
- *Elle représente la quatrième allergie alimentaire chez l'enfant, derrière l'œuf, l'arachide et le poisson; elle est responsable de 12,6 % des allergies alimentaires de l'enfant*
- *La perception d'une allergie alimentaire au lait de vache est forte dans la population générale, pourtant, l'allergie au lait de vache concerne au maximum 7,5% des enfants.*
- *En France, la prévalence cumulée de l'allergie au lait de vache est estimée à 1,1% chez les enfants scolarisés âgés entre 2 et 14 ans*
- *Le diagnostic est difficile et les tests d'allergies ne sont pas toujours positifs dès le diagnostic évoqué.*
- *Le pronostic est globalement bon et la guérison est obtenue chez 90% des enfants à un âge moyen de 3 ans.*

APLV



- Le lait de vache est le premier aliment ingéré par le nourrisson, de sorte que **l'allergie aux protéines du lait de vache est la première à apparaître, avec un début précoce, souvent avant l'âge de 6 mois.**
- Classiquement, le diagnostic est évoqué chez un nourrisson allaité qui présente peu de temps après le sevrage une urticaire aiguë .
- Il était habituel de différencier **l'allergie** et **l'intolérance au lait de vache**.
- Actuellement, toutes les réactions adverses au lait de vache sont appelées **allergie au lait de vache** suivie de **la dénomination IgE-dépendante ou non IgE-dépendante** en fonction du mécanisme immunologique .
- Les formes **non immunologiques** sont prédominantes.

Quand penser à une allergie au lait de vache ?



- Les signes cliniques sont variés : digestifs (50 à 60% des cas), cutanés (10 à 39% des cas) ou respiratoires (20 à 30% des cas).
- Le choc anaphylactique représente 9% des allergies aux protéines du lait de vache. Il peut inaugurer l'affection, ou plus fréquemment, survenir au moment de réintroductions accidentelles ou effectuées dans un but diagnostique.
- **La sévérité initiale de la réaction allergique n'est pas péjorative pour le devenir**
- Les manifestations **des formes immunologiques** sont de type **urticaire, angio-œdème** qui peut toucher certaines parties du corps : visage, lèvres, langue, voile du palais, larynx et cordes vocales (dans les formes graves).
- Les symptômes de **rhinite** (associés ou non à une **conjonctivite**) et le **bronchospasme** font partie du tableau de l'allergie au lait de vache IgE-dépendante.
- **L'eczéma et les symptômes digestifs** sont habituels dans les APLV non immunologiques.

Quand penser à une allergie au lait de vache ?



- Il faut savoir évoquer une APLV chez le nourrisson âgé de moins d'un an qui présente **un eczéma sévère et récidivant** malgré un traitement adapté par dermocorticoïdes.
- **Les signes digestifs** : comportent nausées, douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, sang dans les selles.
- Ces signes sont souvent associés à **des pleurs persistants**, des troubles du sommeil et parfois une mauvaise croissance staturo-pondérale.
- **La constipation chronique**, simple ou compliquée (fissures et fistules anales), a été décrite au cours de l'APLV.

Quand penser à une allergie au lait de vache sévère ?

- Le consensus européen différencie les APLV légères ou modérées avec les APLV sévères.
- Les signes digestifs des APLV sévères comportent la stagnation pondérale, la perte de poids par diarrhée, les régurgitations ou vomissements, le refus d'alimentation, la présence de sang dans les selles avec anémie, l'entéropathie avec fuites protéiques.
- Au niveau cutané, les symptômes sévères sont à type d'eczéma sévère avec retentissement sur la courbe de croissance, avec hypo-albuminémie et anémie.
- Les signes respiratoires sévères retenus sont l'œdème laryngé et la gêne respiratoire.
- La manifestation la plus sévère est représentée par le choc anaphylactique
- Il faut aussi connaître le passage d'une forme non immunologique vers une forme immunologique. Le quart avec IgE spécifiques du lait de vache initiales négatives ont un an plus tard des IgE spécifiques positives. Les formes immunologiques guérissent à un âge plus tardif

Le diagnostic



- **le test de provocation par voie orale**, parfois appelé test d'éviction-réintroduction, représente le test de référence pour prouver l'allergie au lait de vache quelle que soit la forme immunologique
- Prick Tests cutanés : technique simple, rapide et très spécifique. L'agence du médicament ayant retiré du marché les extraits d'allergènes d'origine bovine (comportant le lait de vache), les tests cutanés sont effectués à l'aide d'une goutte de la formule lactée consommée par l'enfant.
- Les tests cutanés sont réalisés également pour la caséine et éventuellement le beurre.
- **Un diamètre d'induration du prick test au lait de vache supérieur à 15 mm** est corrélé à une valeur prédictive positive de 95%
- **Un diamètre du prick test avec l'extrait caséine supérieur à 3 mm** permet de classer correctement les enfants dans plus de 80% des cas
- Les tests cutanés sont aussi utiles pour la recherche d'une **allergie croisée**, soja, bœuf cuit et cru, ainsi que lait de chèvre, lait de brebis

Le diagnostic



- Dosage des IgE spécifiques :
- Le dosage des IgE sériques spécifiques est disponible pour le lait de vache et les protéines du lait (alpha-lactalbumine, bêta-lactoglobuline et caséine).
- Des auteurs ont établi une corrélation entre la concentration des IgE spécifiques dirigées contre le lait de vache et la positivité du test de provocation par voie orale.
- Néanmoins, les concentrations des IgE spécifiques dirigées contre le lait proposées **varient avec l'âge** de plus les concentrations pour prédire une APLV dans les études publiées varient de **3.5 kU/L à 88.8 kU/L**. Il **n'est donc pas possible de retenir une valeur seuil pour le lait de vache** .
- En revanche, le suivi des **concentrations des IgE spécifiques dans le temps** est essentiel pour guider l'âge de la réintroduction du lait de vache +++ Une diminution de 99% de la valeur des IgE sur 12 mois est associée à une probabilité de guérison de 94% .

Le diagnostic



- Test de provocation par voie orale
- Le test de provocation par voie orale (TPO) représente l'étalon du diagnostic. Il reproduit l'histoire clinique en administrant des quantités croissantes de lait jusqu'à la dose habituellement consommée, sous couvert d'une surveillance rigoureuse.
- Le TPO est **impérativement réalisé dans des structures hospitalières** aptes à prendre en charge des réactions allergiques graves.
- Le test de « réintroduction », est effectué après **6 mois d'exclusion des** protéines du lait de vache.
- Les objectifs du test de provocation par voie orale et de la réintroduction sont en fait différents :
- **Le test de provocation par voie orale authentifie l'allergie aux protéines** du lait de vache et **la réintroduction** démontre la tolérance aux protéines du lait de vache.
- **Le pronostic de l'allergie aux protéines du lait de vache est bon** puisque finalement plus de 90% guériront à l'âge de 15 ans

Prise en charge de l'APLV



- *Le traitement repose, quelle que soit la forme immunologique, sur une exclusion de toutes les protéines bovines et un remplacement assuré par des **les hydrolysats poussés de protéines**: Peptijunior, allernova AR, nutramigen , modillac Riz , novalac riz.*
- **Les formules « HA » sont contre indiquées , tout comme l'utilisation de laits d'autres espèces animales** (chèvre, brebis, jument, ânesse, chamelle) du fait d'une même composition protéique de base et d'une forte homologie de structure entre les protéines entrant dans leur composition .
- Les « jus » **végétaux de riz, d'amande, de châtaigne ... sont également déconseillés** car nutritionnellement **inadaptés** pour la croissance du nourrisson et pouvant favoriser le développement secondaire d'autres **allergies alimentaires croisées** (amande – arachide ou châtaigne – latex et fruits du groupe latex).
- **L'éducation thérapeutique** prend aussi toute sa place pour éviter les réactions par exposition accidentelle aux protéines du lait de vache.

Prise en charge de l'APLV



Les nourrissons qui présentent :

- une allergie alimentaire multiple ou complexe.
- une allergie aux protéines du lait de vache à un âge très précoce ou sévère.
- une allergie aux différents hydrolysats de protéines.

relèvent d'une substitution par des acides aminés de synthèse.

Deux produits sont présents sur le marché: **le Néocate et le Puramino**

L'intolérance au Lactose



- La **diminution** de lactase est un phénomène génétiquement programmé et irréversible.
- Chez les personnes de race blanche, elle se manifeste habituellement dans **la vingtaine**, mais elle peut être observée chez **les enfants à partir de deux ans** dans certaines populations.
- Les molécules de lactose non digérées peuvent **produire ou non** des symptômes accompagnés de **pleurs ++** (Douleurs abdominales, Ballonnements, Diarrhées aqueuses, nausées et vomissements chez les enfants et les adolescents, plus rarement **constipation...**)
- Il existe une **déficience en lactase congénitale**, maladie autosomale récessive très rare.
- Parmi **les causes secondaires**, habituellement transitoires et réversibles, figurent tous les types de « blessures » de la muqueuse intestinale notamment **la maladies cœliaque** et les infections intestinales ou **GEA** liées à *E. Coli pathogènes* et au *Rotavirus*.
- « **L' allergie au lactose** » est en fait une **APLV**. Elle touche les jeunes enfants (environ 2,8 % à un an et 0,6 % à trois ans) et de façon moindre les adultes (0,1 %-0,3 %) . Elle se manifeste le plus souvent par des symptômes systémiques. Elle peut être médiée par les IgE ou non.
- **La réaction médiée par les IgE** survient généralement **immédiatement** après **l'ingestion ou jusqu'à deux heures** après cette dernière.
- Trois tests peuvent être utilisés pour **détecter l'intolérance** au lactose. Le plus fréquent est le « Lactose breath hydrogen » très peu utilisé en pratique, **on se base plutôt sur la clinique et les tests d'exclusion**- réintroduction.

Maladies rares avec pleurs prolongés



SYNDROME DE WILLIAMS
CORNELIA DE LANGE

Maladies rares



- Pleurs prolongés + + +
- Troubles du sommeil.
- Se prolonge au delà de 4 mois.
- Dysmorphie.
- Troubles de la succion déglutition.
- Mauvaise croissance staturo pondérale
- Développement psychomoteur perturbé

Maladies rares



Syndrome de Williams

- Le syndrome de Williams ou syndrome de Williams-Beuren est une maladie génétique rare (micro délétion Chr 7) caractérisée par une anomalie du développement qui associe **malformation cardiaque** (sténose aortique supra valvulaire -SASV- le plus souvent) dans 75% des cas, **retard psychomoteur**, dysmorphie du visage évocatrice « **Visage Elfique** » et profil cognitif et comportemental spécifique: très **sociable et bon contact, peur du bruit, sensibilité à la musique...**
- **L'enfant est petit et présente souvent des troubles digestifs avec vomissements**, douleurs abdominales responsables de **pleurs fréquents**.

Maladies rares



Syndrome de Cornelia de Lange

- Le syndrome de Cornelia de Lange est un syndrome malformatif d'expression variable caractérisé par une **dysmorphie faciale** très reconnaissable accompagnée d'un déficit intellectuel de sévérité variable, d'un important retard de croissance à début anténatal (deuxième trimestre), **d'anomalies des extrémités** (oligodactylie, voire amputation plus sévère, brachymétopie du premier métacarpien constante) et parfois de malformations associées (cardiaques, rénales...).
- **Hirsutisme**
- **Comportement type autistique avec tendances à l'auto mutilation** et RGO grave rebelle souvent chirurgical++ (gastrostomie, Niessen) expliquant **les pleurs prolongés**.

Cornelia de Lange



Traits typiques du visage : sourcils bien dessinés se rejoignant au milieu du front (synophrys), cils longs, petit nez retroussé, lèvres supérieures longues, fines et tombantes



Merci de votre attention

