

# Pathologies infectieuses en Pédiatrie

octobre 2010

Vincent Gajdos

Pédiatrie Générale - Hôpital Antoine Béchère

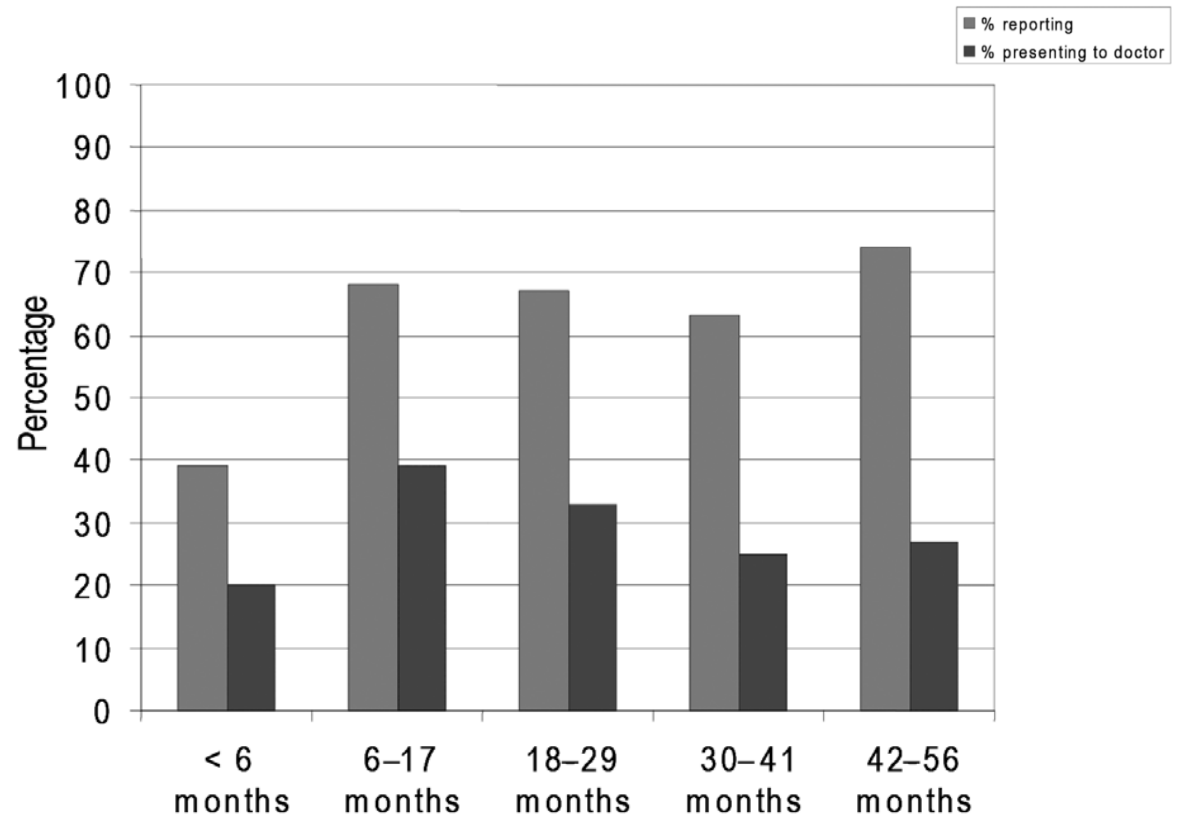
Faculté de médecine Paris Sud - 11

# Objectifs

- Epidémiologie: quelques notions
- La fièvre
  - La diagnostiquer
  - Reconnaître les enfants à risque d'infection bactérienne sévère
  - La crise convulsive hyperpyrétique
  - Traiter le symptôme
- Principales infections bactériennes de l'enfant
- Principales infections virales de l'enfant
  - Les fièvres éruptives
  - Principales autres infections virales
- Prise en charge infirmière d'un nourrisson fébrile

# Epidémiologie

Pourcentage d'enfants d'une cohorte de naissance pour lesquels les parents rapportent la survenue d'un épisode fébrile ou consultent pour fièvre



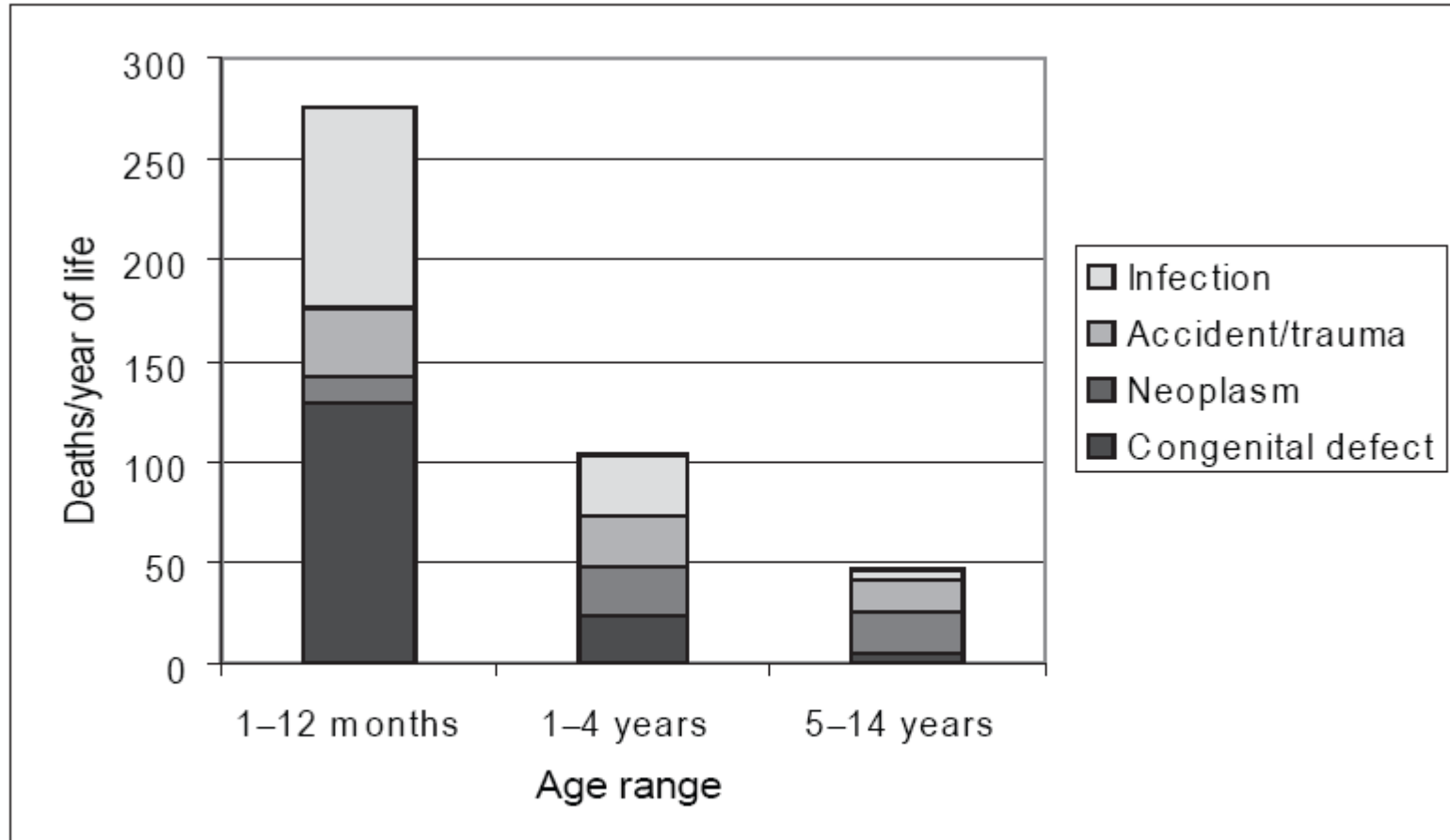
- Nombre moyen de consultations=3.7/enfant/an dont 40% pour fièvre
- 60% des enfants consultent pour infection avant l'âge d'un an

# Principales infections sévères

Table 1.1 Estimated incidence of serious infections in children aged 0–5 years in the UK; data from Hospital Episode Statistics (HES)

Diagnosis group	Incidence (per 100 000)	
	HES data	Published data
Pneumonia	664	92 <sup>a</sup>
Septicaemia	388	20–50 <sup>b</sup>
Urinary tract infection	333	
Meningitis	30.2	
Septic arthritis	9.25	3.75–5.0
Osteomyelitis	6.17	2.9
Other bacterial infection	0.66	
Encephalitis	3.65	0.8 <sup>c</sup>
Kawasaki disease <sup>d</sup>	10.2	8.1
Total	1445	

# Mortalité



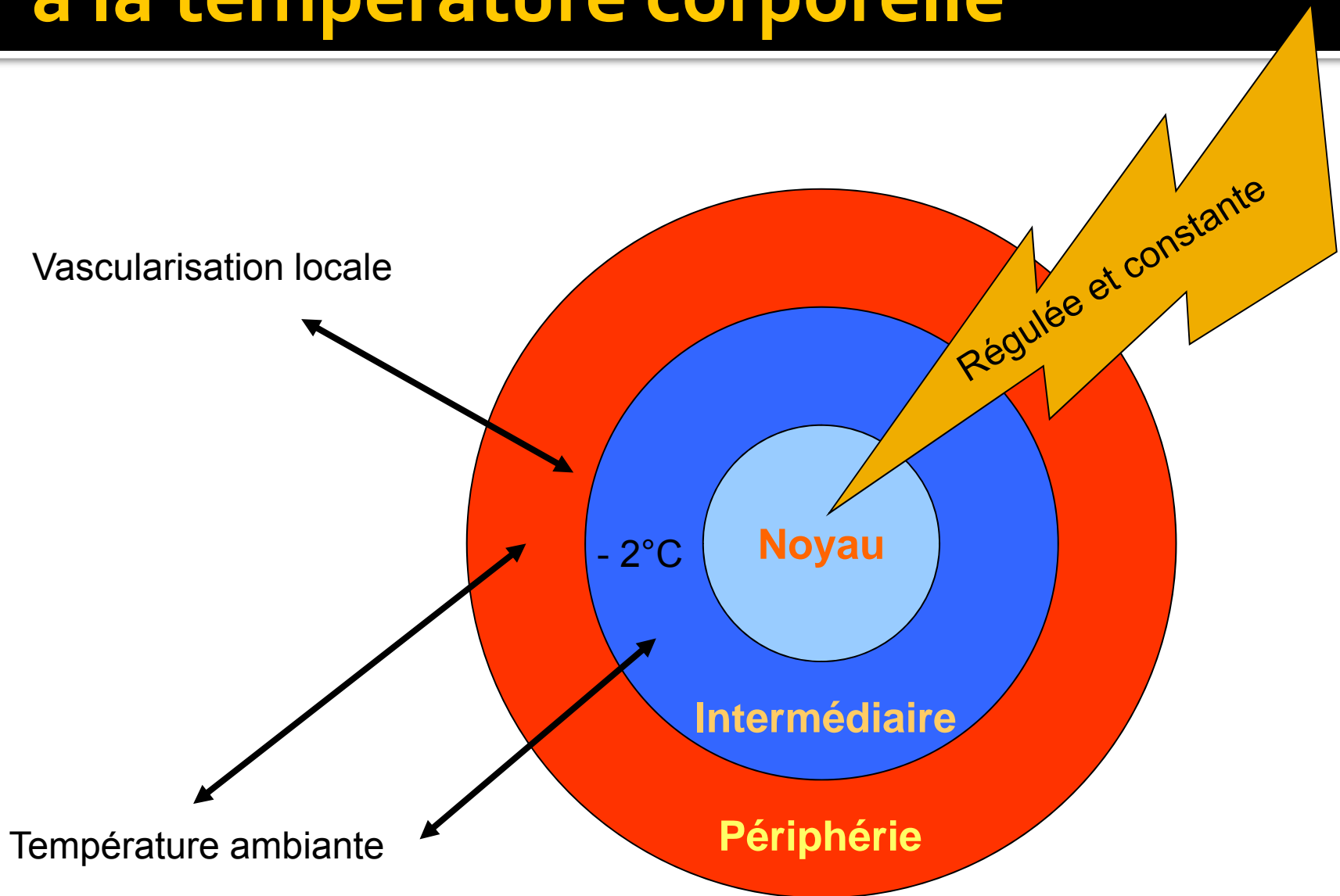
**Figure 1.2** Contributions of the four major causative categories to childhood mortality, England and Wales, 2004; neonatal deaths and deaths due to perinatal events have been excluded; data from the Department of Health, courtesy of R MacFaul

# Diagnostic de fièvre

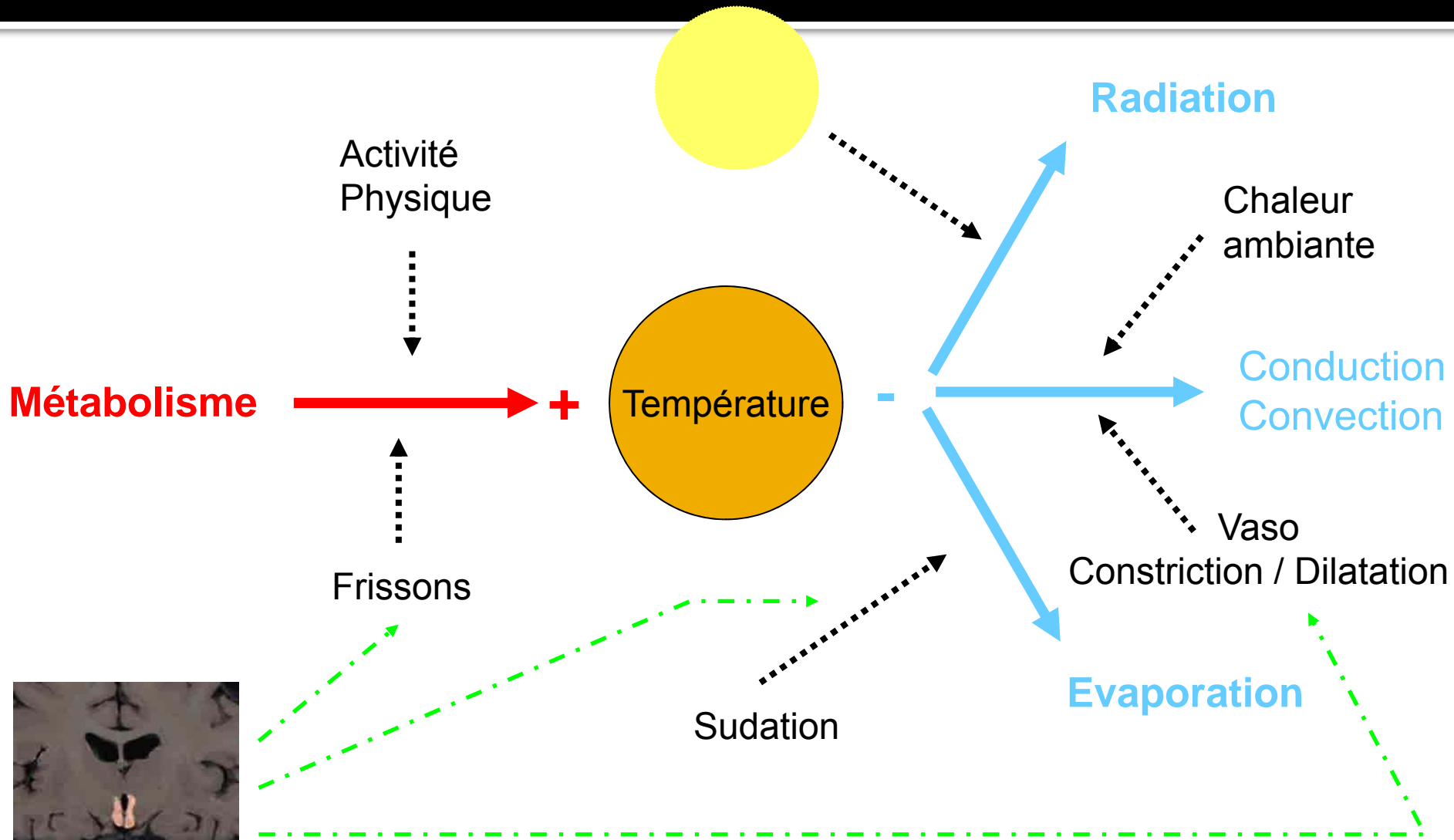
---

- ✓ Qu'est-ce que la fièvre ?
- ✓ Comment la mesure t-on ?
- ✓ Comment la traite t-on ?
- ✓ Complications de la fièvre

# De la fièvre ... à la température corporelle

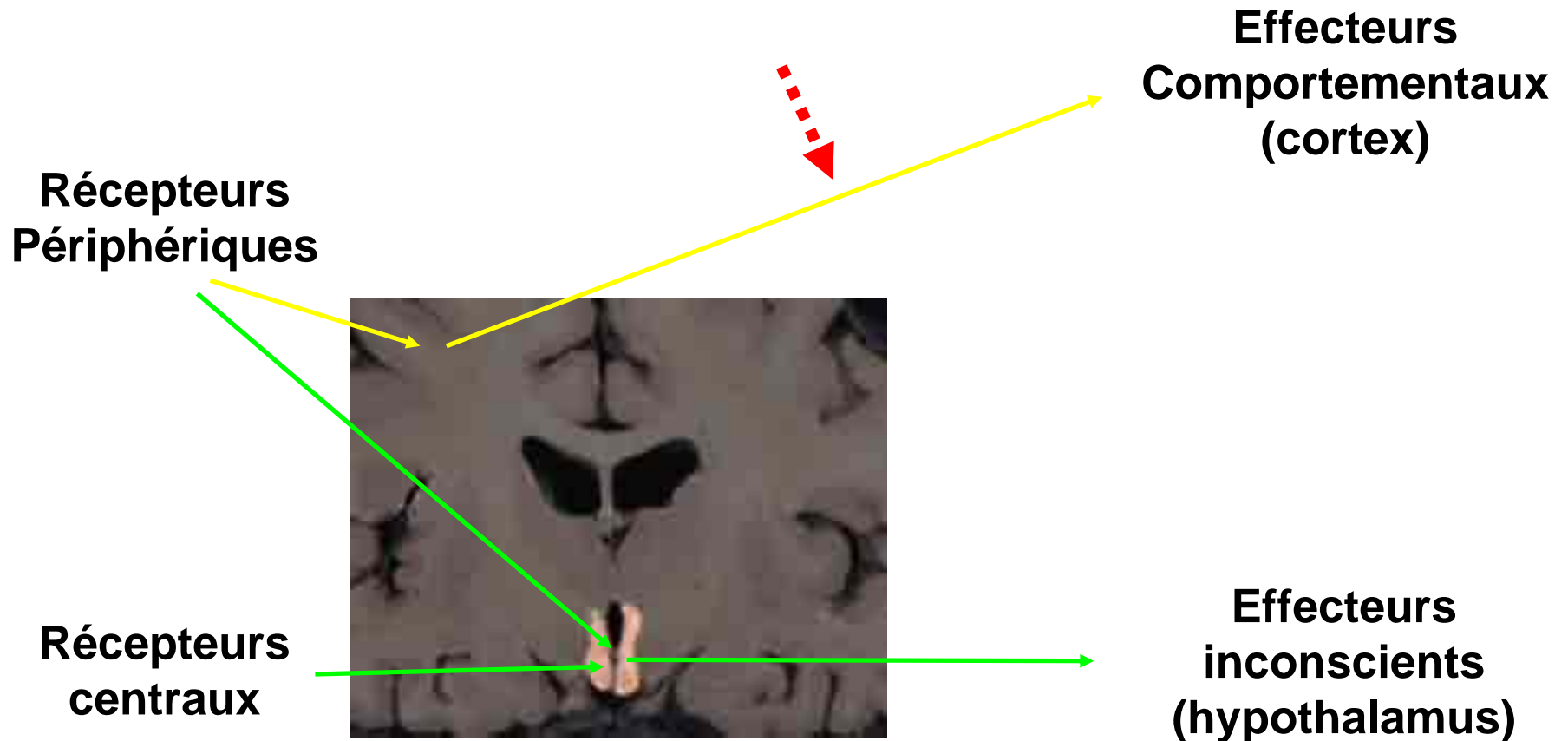


# Equilibre Thermique





# Hypothalamus = thermostat



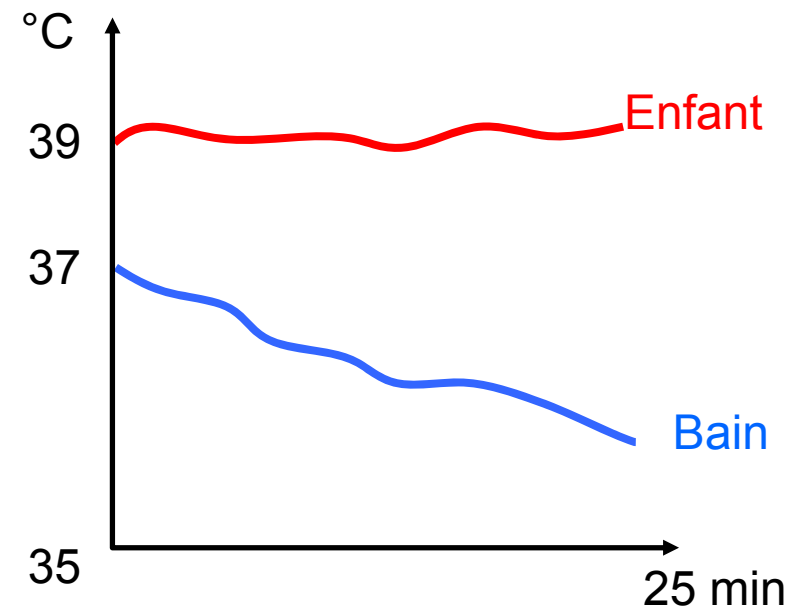
# Fièvre et hyperthermie

- Fièvre = déplacement du point de contrôle hypothalamique (dépendant des cytokines)
  - Antipyrétiques efficaces
  - Mesures physiques ???
- Hyperthermie = dépassement des capacités de régulation thermique de l'organisme
  - Antipyrétiques inefficaces
  - Mesures physiques plus pertinentes

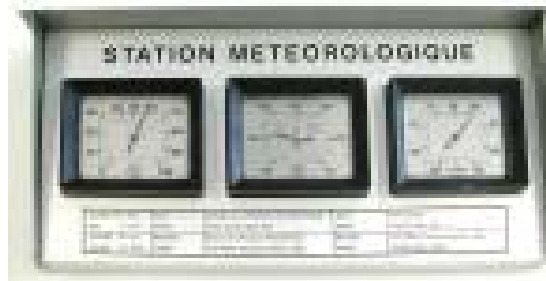
# Traitement symptomatique de la fièvre

- Antipyrétiques
  - Paracétamol
  - Aspirine
  - Ibuprofène
- Mesures physiques
  - Hydrater correctement +++
  - Découvrir l'enfant +++
  - Environnement frais +++
  - Bain frais ???

**ATTENTION**



# A propos de son diagnostic



# Les modes, les valeurs sûres ...

↪ Thermomètre tympanique (4441 enfants)

✘ Différence moyenne :  $0.29^{\circ}\text{ C}$

✘  $\Delta 0.3^{\circ}\text{ C}$  : 26-62% des enfants

✘  $\Delta 0.6^{\circ}\text{ C}$  : 35% des enfants

✘  $IC_{.95} = [-0.74 - 1.32^{\circ}\text{ C}]$

✘  $\rightarrow 38^{\circ}\text{ C} = [37.01 - 39.2^{\circ}\text{ C}] \dots$

↪ Défaut de diagnostic  $\rightarrow 12\%$

↪ Sous-estimation corrélé à la  $T^{\circ}$

↪ Imprécision maximale 1 - 3 ans ...

Craig et al, Lancet 2002

Molly et al, J Ped 2002

*Il est capital d'être critique par rapport aux résultats de sa mesure et de ne pas hésiter à la contrôler avec un autre dispositif*

Principale complication de la fièvre

**Crise convulsive**  
**Hyperthermique**

---

# Une définition simple ...

- ↪ Fréquent (5%)
- ↪ FdR: antécédent familial
- ↪ Crise convulsive tonico-clonique généralisée
- ↪ En contexte fébrile
- ↪ Eliminer une épilepsie
- ↪ Se méfier d'une pathologie infectieuse grave
  - ✗ Neurologique
  - ✗ Autre
- ↪ Traitement adapté
  - ✗ Nécessaire
  - ✗ Suffisant
- ↪ Prévenir les récurrences
- ↪ Gérer les parents

# Classiquement

- Crise tonico-clonique généralisée
- De courte durée
- Sans déficit post critique
- Sans anomalie neurologique
- Entre 1 et 5 ans
- Terrain familial favorisant



# Prise en charge initiale

➤ PLS

➤ Libération des VAS

➤ Observer +++

➤ Valium intra rectal (0,5 mg/kg X 2)

➤ Examen clinique

➤ Explorations complémentaires

# Prévention des récurrences ?

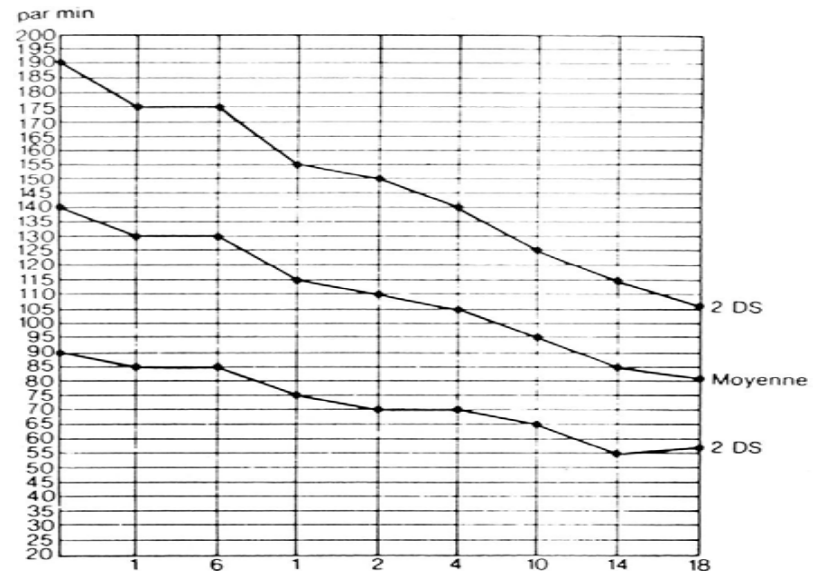
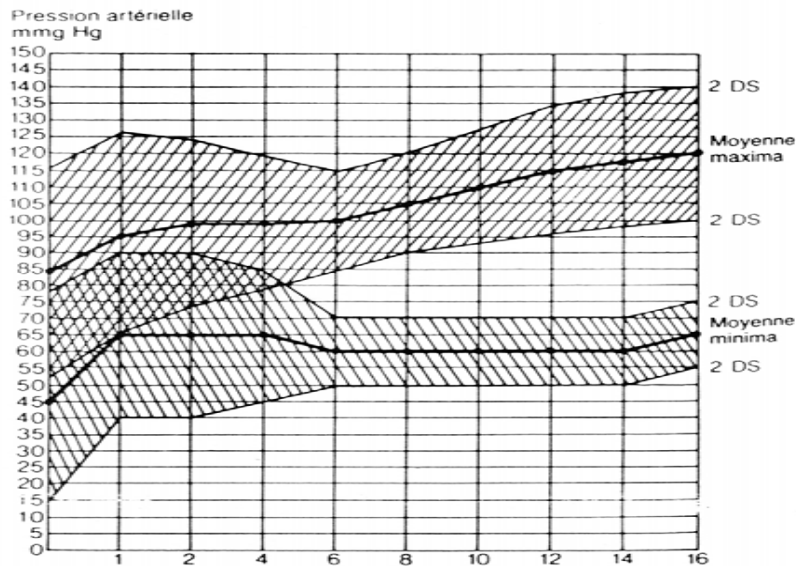
- Traitements ponctuels
- Traitement de la fièvre +++
- Expliquer, rassurer, reconforter ....

# Prise en charge d'un nourrisson fébrile

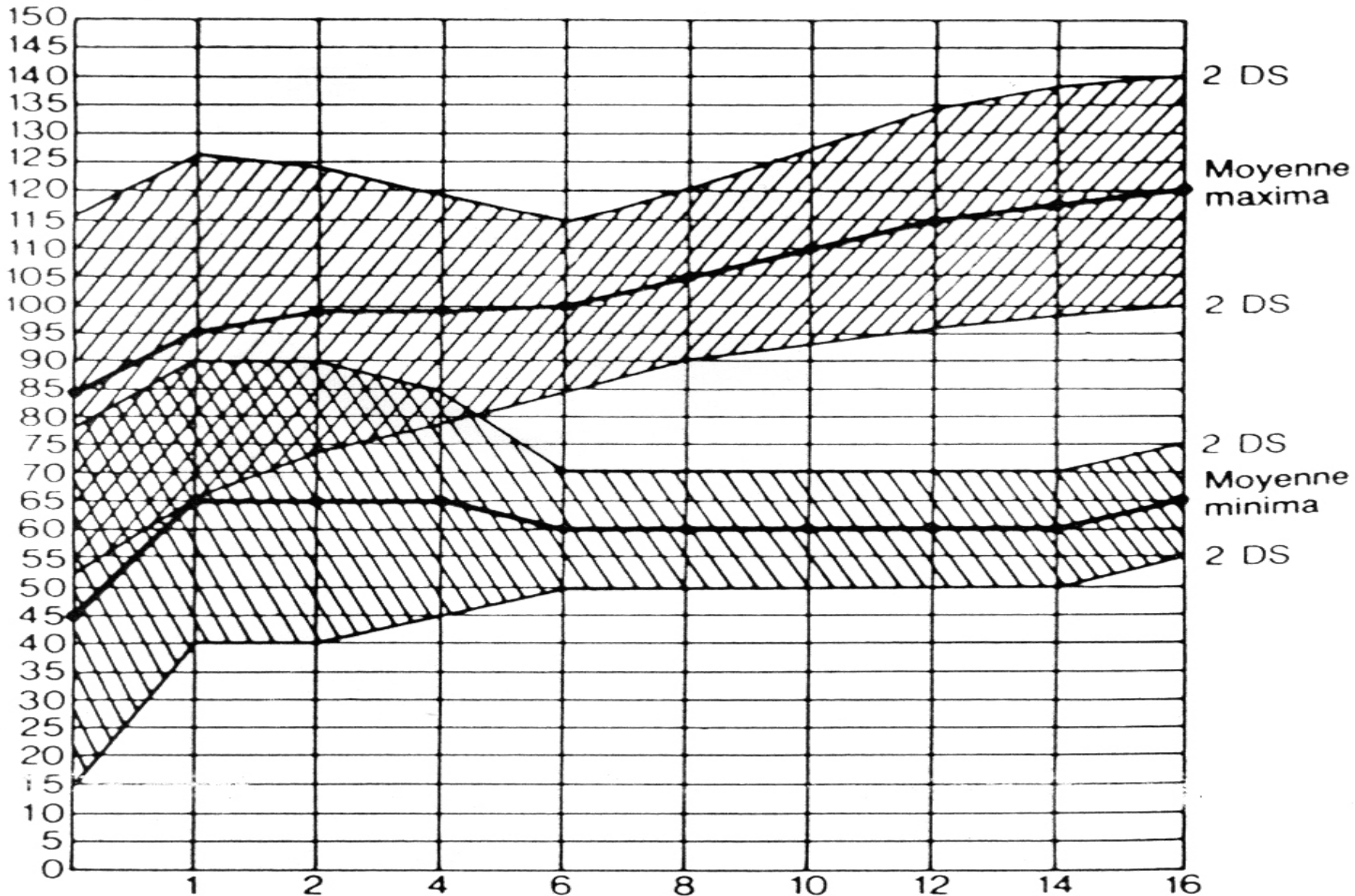
- ✓ Reconnaissance des critères de gravité
- ✓ Première orientation diagnostique
- ✓ Prise en charge symptomatique

# Choc ou pas choc ?

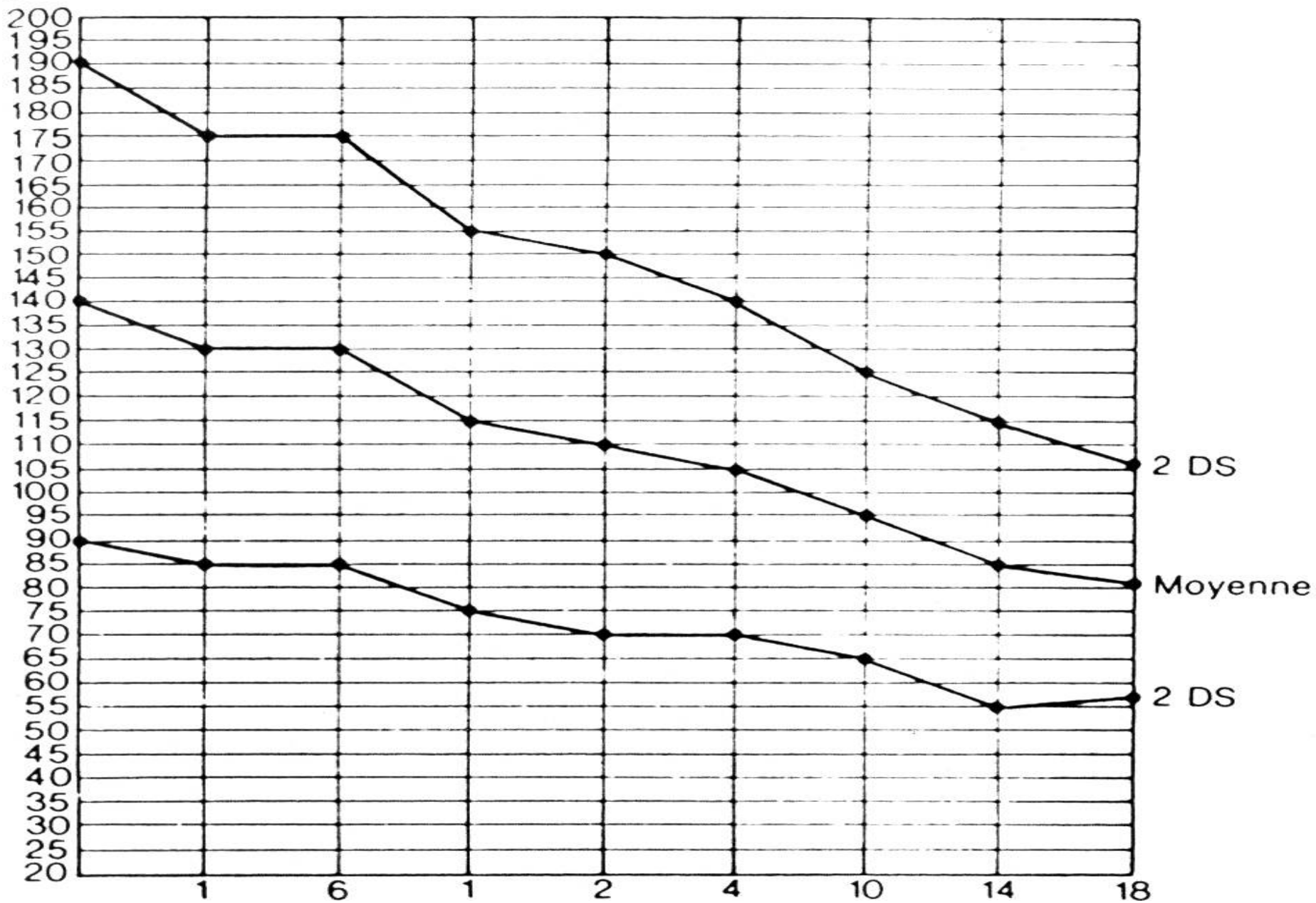
- ↗ Fréquence cardiaque
- ↗ Pression artérielle
- ↗ TRC, chaleur des extrémités, perfusion périphérique
- ↗ Fréquence respiratoire
- ↗ Hydratation
- ↗ Conscience



Pression artérielle  
mmg Hg



par min





# Evaluer l'insuffisance Circulatoire : **FC + 4P**



- Fréquence **C**ardiaque
- **P**ression **A**rtérielle
- Volume des **P**ouls
- **P**erfusion **P**ériphérique
- **P**récharge



# Evaluer

## le Rythme Cardiaque

- Varie avec l'âge, la fièvre, l'anxiété ainsi qu'avec l'insuffisance circulatoire

### RC et RR normal pour l' âge

Age	>30 jours	5 ans	14 ans
FR	30	20	14
		X5	X5
FC	130	100	70





# Evaluer la Pression Artérielle

## Variation de la PA systolique en fonction de l'âge

Age	Pression Artérielle Systolique (normale) mmHg	Pression Artérielle Systolique ( limite inférieure) mmHg
0 –1 mois	60	50-60
1 – 12 mois	80	70
1 – 10 ans	$90 + 2x \text{ âge}$	$70 + 2x \text{ âge}$
> 10 ans	120	90



# Evaluer le volume des Pouls



- Comparer les pouls centraux et périphériques
  - Reflete le volume d'éjection
  - Les pouls diminuent plus rapidement en périphérie qu'en central



# Evaluer la Perfusion Périphérique: Perfusion Cutanée



- Temps de recoloration capillaire anormal  
> 2 secondes





# Evaluer la Perfusion Périphérique

- Couleur de la peau
  - Marbrée
  - Pâle
  - Cyanose périphérique
  - Rash
- Sentir la température de la peau
  - Ligne chaud / froid





## Evaluer la Précharge

- Evaluer la pulsatilité des veines jugulaires
- Palper le foie (normal jusqu'à 1 cm sous le RC)
- Auscultation pulmonaire



# Evaluer

## la Perfusion Cérébrale

Evaluer le niveau de réponse

- **Eveillé**
- Somnolent / Agité
- Diminution de l'interaction avec les soignants
- Absence de réponse à la stimulation **douloureuse** (= coma)

# Prise en charge d'une fièvre avec insuffisance circulatoire

- Abord vasculaire
- Remplissage
- Antibiothérapie probabiliste
- Surveillance ++++

# Première orientation diagnostique et CAT

---



# Signes de gravité : Traffic light system



## Feverish illness in children

Implementing NICE guidance

May 2007

# “The Traffic Light System”

- Outil permettant d'identifier les enfants à risque de pathologie sévère
- Les enfants
  - Ne remplissant que les critères **vert** : faible risque
  - Présentant au moins un critère **orange** : risque intermédiaire
  - Présentant au moins un critère **rouge** : haut risque

# Traffic light system: green

Couleur	Couleur normale de la peau, des lèvres et de la langue
Activité	Réponses normales à l'interaction Content / souriant Reste éveillé ou se réveille rapidement Pleurs normaux ou forts ou absence de pleurs
Hydratation	Aspect normal de la peau et des yeux Muqueuses humides
Autre	Aucun signe de la zone orange ou rouge

# Traffic light system: amber

Couleur	Pâleur rapportée par les parents
Activité	Réponses anormales dans les interactions sociales Eveil uniquement en cas de stimulation prolongée Diminution de l'activité Pas de sourire
Respiration	Battement des ailes du nez Tachypnée : FR > 50/min si 6-12 mois, > 40/min si >12 mois SaO <sub>2</sub> ≤ 95% sous air Crépitants
Hydratation	Muqueuses sèches Diminution des prises alimentaires TRC ≥ 3 secondes Oligurie
Autre	Fièvre ≥ 5 jours Tuméfaction d'un membre ou d'une articulation Refus de marcher ou de poser un membre à terre Tuméfaction nouvelle >2cm

# Traffic light system: red

Couleur	Pâleur, marbrure, cyanose
Activité	Aucune réponse aux sollicitations sociales Aspect toxique pour l'équipe médicale Impossibilité de le réveiller ou de le maintenir éveillé Cri faible, aigu, continu (geignement)
Respiration	Geignement expiratoire Tachypnée > 60 /min Tirage intercostal modéré ou sévère
Hydratation	Pli cutané
Autres	$\geq 38^{\circ}\text{C}$ avant 3 mois, $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 3 – 6 mois Purpura EMC Convulsion partielle Vomissements bilieux Fontanelle bombante Raideur de nuque Signe neurologique focal

# Symptômes évocateurs (1)

<b>Méningococcémie</b>	Purpura, d'autant plus que <ul style="list-style-type: none"><li>- Aspect toxique de l'enfant</li><li>- lésions &gt; 2 mm de diamètre</li><li>- TRC <math>\geq</math> 3 secondes</li><li>- Raideur de nuque</li></ul>	
<b>Méningite</b>	Raideur de nuque Fontanelle bombante Troubles de conscience Etat de mal épileptique	
<b>Encéphalite à HSV</b>	Signes neurologiques focaux Crise convulsive partielle Troubles de conscience	
<b>Pneumopathie</b>	Tachypnée Crépitants BAN	Signes de lutte R. Cyanose SaO <sub>2</sub> $\leq$ 95%

# Symptômes évocateurs (2)

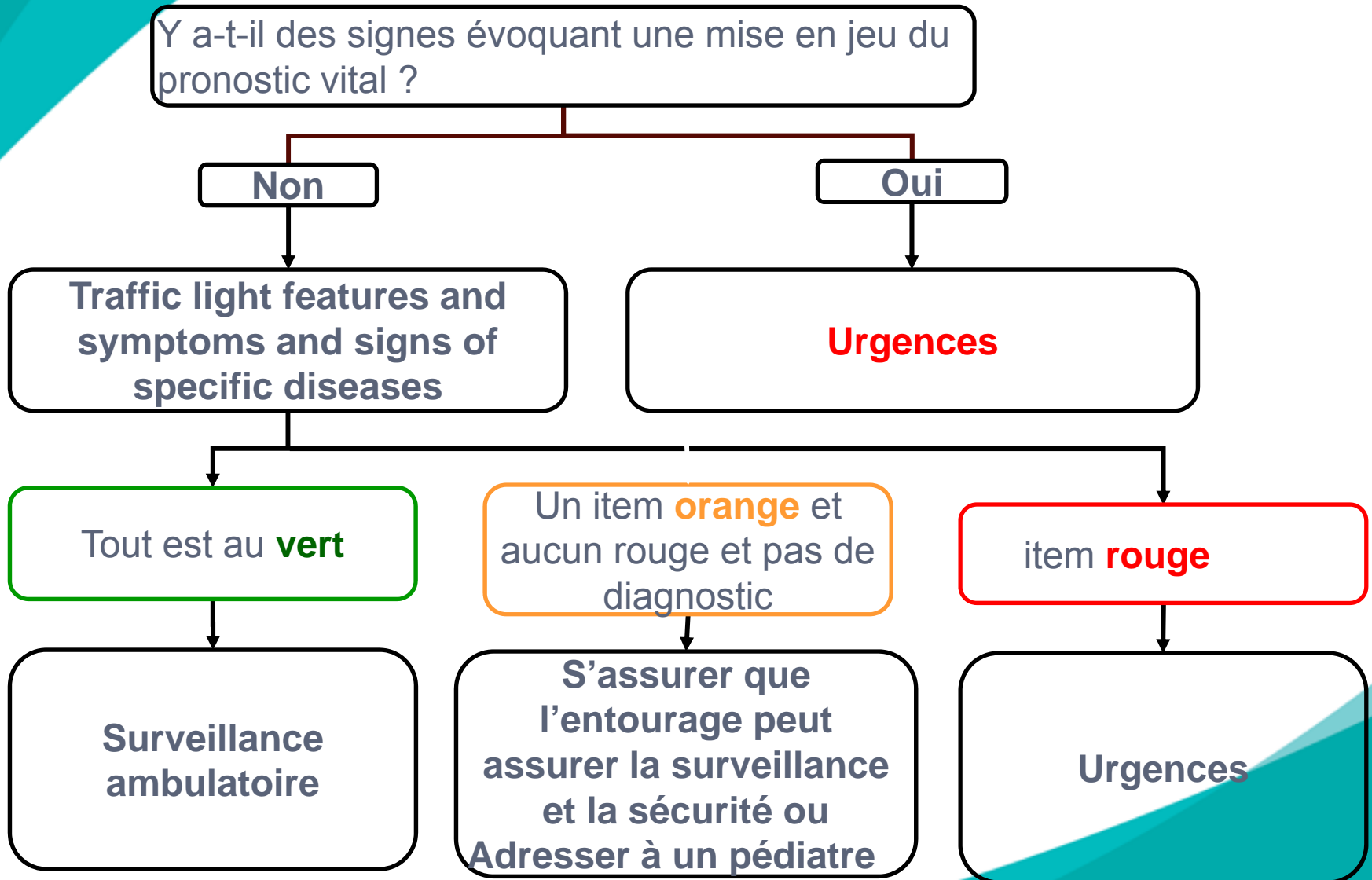
<b>UTI (&gt; 3 mois)</b>	Vomissements, ↘ de l'alimentation Léthargie Irritabilité Douleur ou sensibilité abdominale anormale Pollakiurie, dysurie Urines troubles ou hématurie
<b>Arthrite Ostéoarthrite</b>	Tuméfaction d'un membre ou d'une articulation Refus d'utiliser un membre Boiterie
<b>Maladie de Kawasaki</b>	Fièvre >5 jours et au moins 4 signes : <ul style="list-style-type: none"><li>• conjonctivite aseptique</li><li>• énanthème</li><li>• lympoedème des extrémités</li><li>• éruption polymorphe</li><li>• adénopathie cervicale</li></ul>

---

Et un premier tri, suivi d'une prise en charge



# 1<sup>er</sup> niveau de prise en charge



# Les infections les plus fréquentes

---

Infections urinaires

Infections respiratoires

Infections neuro-méningées

Infections ORL

Infections digestives

# Infections urinaires

---

# Infection urinaire

➤ Syndrome urinaire (chez le grand)

- ✗ Dysurie
- ✗ Pollakiurie
- ✗ Brûlures mictionnelles
- ✗ Contact/douleur lombaire

➤ +/- Syndrome infectieux (fièvre)

➤ ECBU positif

➤ Infection haute: pyélonéphrite

➤ Infection basse: cystite

# Le problème du recueil urinaire

## DIFFÉRENTS DISPOSITIFS



## LA TOILETTE

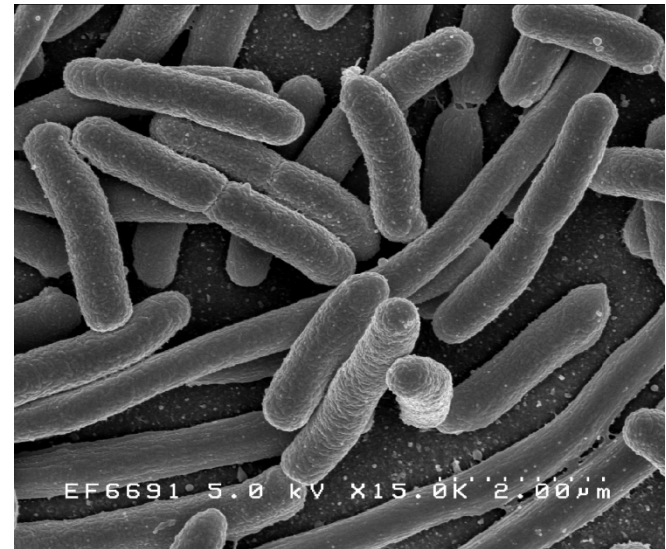
- Réalisée par un professionnel
- Eau savonneuse
- Dakin
- Eau savonneuse

# Bandelettes urinaires

- Sensibilité ++++
- Spécificité ++
- Pas avant trois mois (réaction uréase nécessitant une stagnation des urines d'au moins une heure)
- Résultat
  - ✗ Nitrites
  - ✗ Leucocytes

# ECBU

- $\geq 10^4$  GB/ml
- Examen direct (Gram)
- $\geq 10^5$  germes/ml, flore monomorphe (E. Coli le plus souvent)



# Examens complémentaires

## ↗ Bilan inflammatoire

- ✗ NFS

- ✗ CRP

## ↗ BU - ECBU

## ↗ Echographie rénale

- ✗ Abscès?

- ✗ Malformation favorisante?

## ↗ Si signes de gravité: hémoculture

## ↗ Si échographie en faveur d'un reflux vésico-urétéral: cystographie rétrograde



# Traitement

➤ Absence de signes de gravité ou de facteurs de risque

- ✘ Parentérale pendant 2 à 4 jours: Ceftriaxone
- ✘ Relais oral: Cefixime ou Bactrim (10 jours au total)

➤ Facteurs de gravité ou facteurs de risque

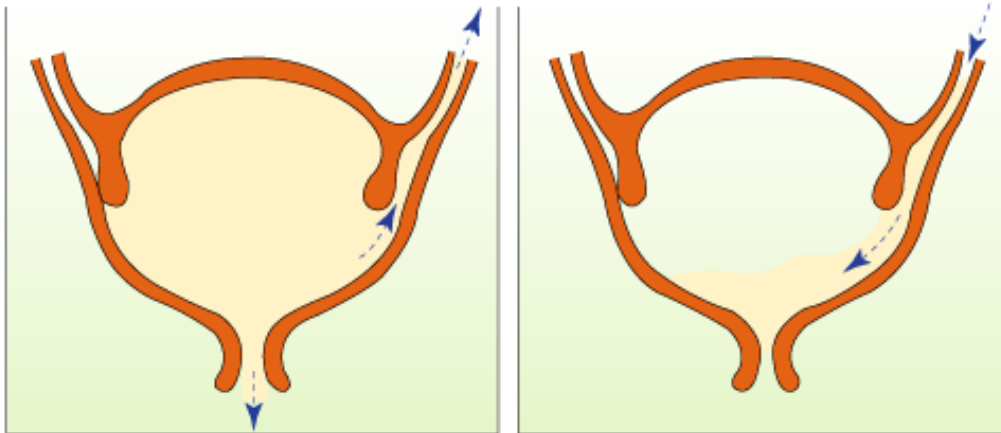
- ✘ Bithérapie parentérale: Ceftriaxone – Aminoside
- ✘ Relais oral: Cefixime ou Bactrim (10 jours au total)

➤ Toujours

- ✘ Adaptation secondaire à l'antibiogramme (attention aux résistances +++)
- ✘ Reconsidérer le traitement en l'absence d'apyrexie en 4 jours

# Traitement des facteurs favorisants

- ↗ Constipation
- ↗ Instabilité vésicale
- ↗ Reflux vésico-urétéral



# Infections broncho- pulmonaires

---

# Quand suspecter une infection bronchopulmonaire ?

## ➤ Fièvre + signes respiratoires


- ✗ Toux
- ✗ Polypnée
- ✗ Signes de lutte
- ✗ Auscultation : crépitants, ronchi, sibilants  
diminution du murmure vésiculaire

## ➤ Fièvre + signes digestifs

- ✗ Douleurs abdominales
- ✗ Vomissements

## ➤ Fièvre isolée, d'autant plus

- ✗ Qu'elle traîne
- ✗ Qu'il y a un syndrome inflammatoire



- Fréquence respiratoire ?  
- Mécanique ventilatoire ?  
- SpO<sub>2</sub>



## Evaluer la Fréquence Respiratoire

- La FR varie avec l'âge, la fièvre, la douleur et le stress ainsi qu'avec l'insuffisance respiratoire

Age (ans)	<1	2-5	5-12	>12
Freq Resp	30-40	20-30	20-24	12-20

*Monitorer une tendance de FR plutôt que leurs valeurs absolues*



# Evaluer le Travail Respiratoire



- Tachypnée
- Tirage
- Balancement de la tête
- Battement des ailes du nez
- Bruits accessoires
- Anxiété
- Epuisement

# Bronchite aiguë

## ➤ Causes

- ✗ VIRALE +++,
- ✗ Mycoplasme (> 2 ans), Haemophilus (< 2 ans)

## ➤ Clinique

- ✗ Fièvre, symptômes ORL +++ (nourrisson)
- ✗ Toux sèche puis grasse en quelques jours, sécrétions claires le plus souvent
- ✗ Râles bronchiques
- ✗ Pas de détresse respiratoire

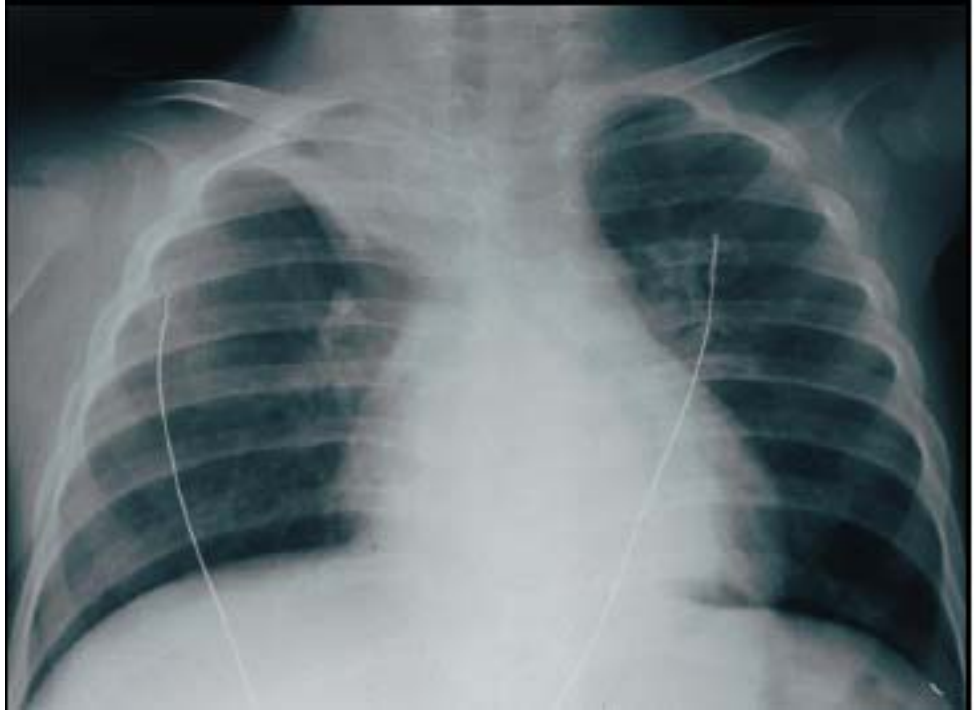
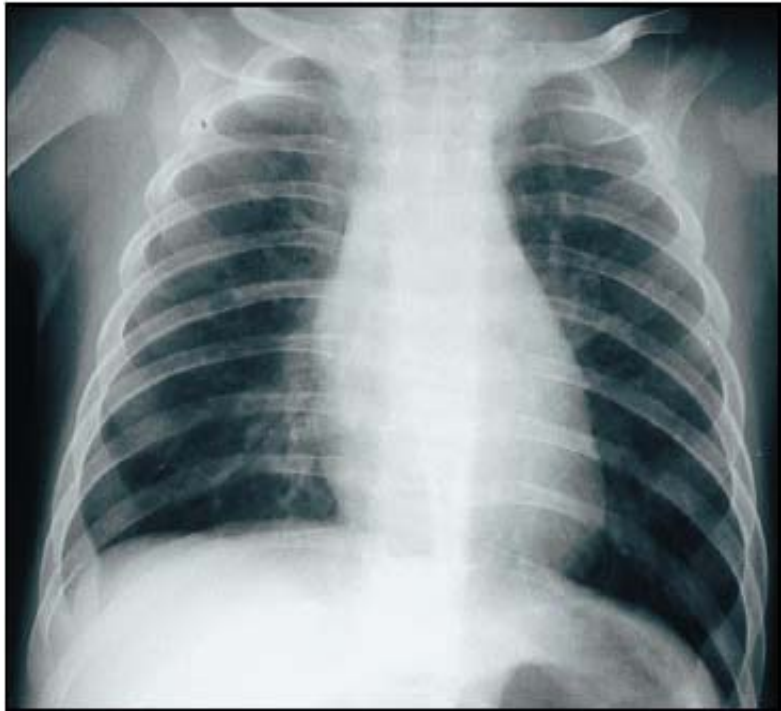
## ➤ Traitement

- ✗ Pas d'antibiotique en première intention
- ✗ A discuter si fièvre persistante, sécrétions purulentes
- ✗ DRP

# Bronchiolite aiguë du nourrisson

- Affection virale automno-hivernale : VRS
- Enfant < 24 mois
- 3 phases :
  - ✗ Aggravation – Plateau – guérison
  - ✗ Rhinopharyngite suivie d'une détresse respiratoire
- Aucun examen complémentaire
- DRP, kinésithérapie si encombrement, surveillance
- Hospitalisation si insuffisance respiratoire ou retentissement sur l'alimentation





# Pneumopathies aiguës

## ➤ Clinique

- ✗ Fièvre plus ou moins élevée
- ✗ Signes auscultatoires plus ou moins présents
- ✗ Polypnée, signes de lutte plus ou moins présents

## ✗ Diagnostic radiologique

## ➤ Origine virale ou bactérienne ?

- ✗ VIRUS : 1ère cause des pneumopathies de l'enfant (surtout < 5 ans) : 60 %
- ✗ PNEUMOCOQUE : 13 à 25 % quel que soit l'âge
- ✗ MYCOPLASMA PNEUMONIAE : 30 à 40 %, surtout > 5 ans
- ✗ Autres :
  - ☞ Haemophilus influenzae non typable (5%, surtout nourrisson),
  - ☞ Branhamella catarrhalis (3%) ...

Diagnostic écologique quasi impossible, clinique, radiologique, biologique

# Pneumopathies : antibiothérapie

➤ Avant 3 ans : virus + pneumocoque

- ✗ Amoxicilline en première intention, 50 à 100 mg/kg/j 8 à 10 jours
- ✗ Augmentin pas indiqué, sauf si vaccination incomplète ou otite (HI)
- ✗ Si échec à 48 heures, refaire Rx thorax et discuter : Amoxicilline 150 mg/kg/j, switch pour macrolides ou les deux

➤ > 3 ans : pneumocoque (grave), mycoplasme (fréquent)

➤ Choix en fonction du tableau :

- ✗ en faveur d'un Pneumocoque: Amoxicilline. Si échec à 48 h, rajouter macrolide +/- augmenter Amoxicilline (ne pas l'arrêter)
- ✗ en faveur d'un Mycoplasme: macrolide : Amoxicilline si aggravation radiologique, AEG, Sd inflammatoire

# Infections neuro-méningées

---

# Sémiologie classique

## ↪ Syndrome infectieux

- ✗ Fièvre, Signes généraux si bactériémie

## ↪ Signes fonctionnels

- ✗ Vomissements
- ✗ Photophobie, phonophobie
- ✗ Céphalées
- ✗ +/- constipation

## ↪ Syndrome méningé

- ✗ Raideur de nuque
- ✗ Kernig
- ✗ Brudzinski
- ✗ Attitude en chien de fusil
- ✗ Hyperesthésie

## ↪ +/- troubles de conscience, convulsions

# Le classique des classiques



# Particularité du petit

- ↗ Pas de raideur de nuque (Fontanelle)
- ↗ Syndrome méningé peu spécifique
  - ✗ Altération de l'état général
  - ✗ Somnolence, plafonnement du regard
  - ✗ Hyper ou hypotonie
  - ✗ Bombement de la fontanelle
  - ✗ Vomissements, anorexie



# Méningite biologique

- Hyper cellularité (> 5 GB/ml)
- Proéteinorachie (hyper si bactérien)
- Glycorachie (hypo si bactérien)
- Germes au direct ou à la culture
- PCR entérovirus, herpes ...
- +/- Antigènes solubles

Le LCR est un bien précieux !!  
Conditions de transport +++



# Etiologie

## ↗ Méningites bactériennes

- ✗ Pneumocoque
- ✗ Méningocoque B +++, A, C
- ✗ Haemophilus influenzae
- ✗ BK, Pseudomonas .....

## ↗ Méningites virales

- ✗ Entérovirus
- ✗ Herpes
- ✗ ...

# En faveur d'une méningite bactérienne

## ➤ Clinique

- ✗ Syndrome infectieux important
- ✗ AEG importante
- ✗ Signes de gravité (neurologiques)
- ✗ Purpura

## ➤ LCR

- ✗ Pleïocytose (purulent)
- ✗ Hyper-protéinorrhachie
- ✗ Hypoglycorrhachie
- ✗ Germe au direct

*mais pas toujours*

# Traitement = une urgence

➤ Antibiotiques ++++++++: Ceftriaxone +/- Vancocine

➤ Traitement du choc septique

✗ Remplissage

✗ +/- corticoïdes

➤ Restriction Hydrique

➤ Antalgie ++++++++, antipyrétiques

➤ +/- anticonvulsivants

➤ Surveillance

# Prévention (Méningocoque)

## ➤ Sujets contacts **uniquement**

- ✘ Rifamycine (Rifadine) 48 heures
- ✘ Vaccin si Méningocoque A ou C

## ➤ **Le mieux c'est d'éviter la contamination**

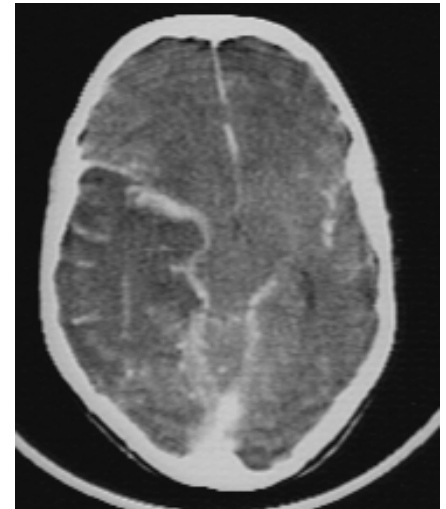
*Port d'un masque pour toute infirmière s'occupant d'un enfant porteur d'une méningite*

# Méningites virales

- Les plus fréquentes
- Mode épidémique (Entérovirus)
- Comment les différencier ?
  - ✗ Absence de syndrome inflammatoire
  - ✗ Lymphocytaire, biochimie normale
  - ✗ bactériologie négative
  - ✗ PCR Entérovirus

# Méningo-encéphalites (HSV)

- Troubles du comportement
- Troubles de conscience
- Signes focaux
- Convulsions
- Syndrome infectieux
- Éventuelle notion de contagé
- Facteur pronostic majeur : précocité du traitement



*Aciclovir au moindre doute  
ou devant toute situation avec note encéphalitique*

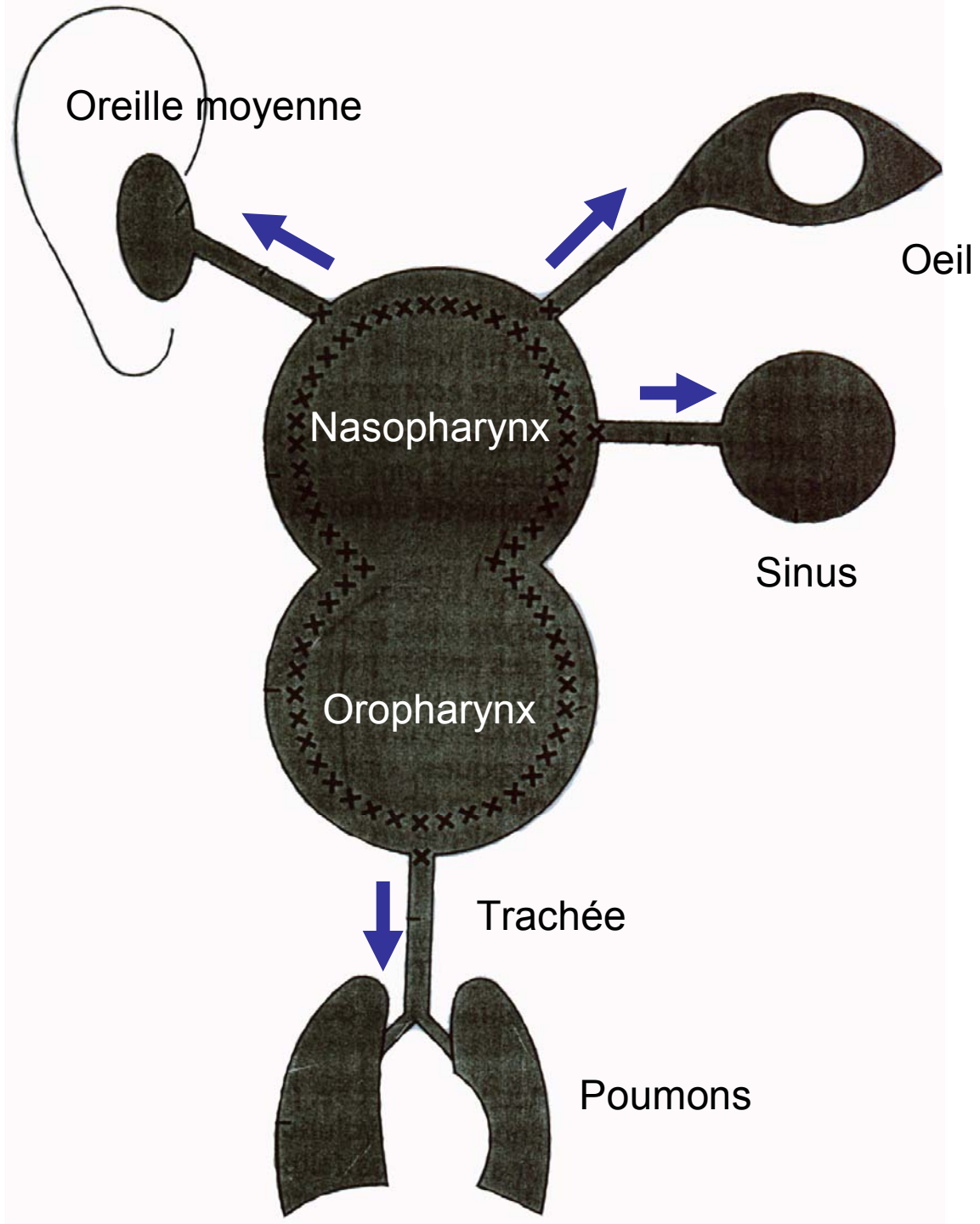
# Il y a des médicaments toxiques



# Infections ORL

---





# Rhinopharyngite

## ➤ Clinique

- ✗ Respiration buccale bruyante.
- ✗ Rhinorrhée bilatérale séreuse ou mucopurulente et postérieur.
- ✗ Toux irritative majorée par le décubitus dorsal.
- ✗ Érythème pharyngé.
- ✗ Adénopathies cervicales.
- ✗ Fièvre parfois élevée (40), malaise général modéré.
- ✗ Troubles du sommeil et difficultés alimentaires liées à l'obstruction nasale.

## ➤ Evolution

- ✗ Guérison en 5 à 6 jours.
- ✗ Récidives +++ (collectivité : crèches, écoles).
- ✗ Surinfections bactériennes (haemophilus, pneumocoque, staphylocoque, streptocoque....).

# Traitement de la rhinopharyngite

- Désinfection rhino-pharyngée (DRP) au sérum physiologique.
- Antipyrétiques.
- Antibiothérapie par voie générale : Quasiment jamais

# ANGINES

## ➤ Clinique

- ✗ Fièvre
- ✗ Dysphagie douloureuse
- ✗ Amygdalite Érythémateuse ou érythémato-pultacée

## ➤ Ecologie

- ✗ 1/3 Streptocoque du groupe A
- ✗ 2/3 Virales

## ➤ Prise en charge

- ✗ Streptatest: diagnostic rapide
- ✗ Traitement antibiotique uniquement si positif (Amoxicilline)

# Engines



# Otites

## ➤ Clinique

- ✗ Ootalgie fébrile
- ✗ Diarrhées, vomissements
- ✗ Examen otoscopique

## ➤ Ecologie

- ✗ Bactérienne (50%): Pneumocoque, Streptocoque, H. Influenzae
- ✗ Virale (50%)

## ➤ Traitements

- ✗ DRP.
- ✗ Antibiotiques :
  - Avant 2 ans : amoxicilline-acide clavulanique ou céphalosporine.
  - Après 2 ans : amoxicilline 100 à 150 mg/kg/j ou céphalosporine.
- ✗ +/- traitement local (gouttes auriculaires)
- ✗ Antipyrétiques et antalgiques

# Otoscopie



# Laryngite aiguë sous-glottique

## ➤ Cliniquement

- ✗ **Dyspnée laryngée par œdème sous glottique.**
- ✗ Précédée par une rhinopharyngite banale.
- ✗ Dyspnée inspiratoire apparue en quelques heures souvent la nuit.
- ✗ Toux rauque. Voix aboyante. Pas de dysphagie.
- ✗ T° 38° -39°

## ➤ Ecologie: Viral

## ➤ Traitement

- ✗ Corticoïdes
- ✗ Aérosols adrénaline – corticoïde si gêne respiratoire



# Ethmoïdite



# Infections digestives

---

# Un diagnostic facile

- Notion d'épidémie
- Contage
- Troubles du transit
- Intolérance alimentaire
- Diurèse adaptée
- Evaluer la déshydratation
  - ✗ Poids
  - ✗ Etat général, soif, pli cutané ...
- Evaluer l'hémodynamique
  - ✗ Fréquence cardiaque
  - ✗ TRC
  - ✗ Diurèse
  - ✗ Pression artérielle ?

*Pas toujours corrélé !!!*

# Fiabilité des différents signes

↻ < 3% : Pas de signe clinique ou biologique

↻ 3-8% :

- ✗ Muqueuses sèches
- ✗ Yeux creux
- ✗ Pli cutané
- ✗ Irritabilité, somnolence
- ✗ Dyspnée de kusmaull

↻ > 8%

- ✗ Perfusion périphérique diminuée
- ✗ Collapsus

# Ecologie

## ➤ Les virus

- ✗ Rotavirus
- ✗ Adénovirus, coronovirus, ...

## ➤ Les bactéries

- ✗ Salmonelles
- ✗ Shigelles
- ✗ E. Coli (EPEC, ETEC, EIEC, ...)
- ✗ Campylobacter

## ➤ Parasites

- ✗ Giardia ...

# Quels examens ?

➤ Aucuns ...

➤ Evaluer la déshydratation

- ✗ Protidémie
- ✗ Hématocrite
- ✗ Natrémie
- ✗ +/- Acidose

➤ Bilan infectieux et étiologique : +/-

- ✗ Coproculture / virologie des selles
- ✗ Bilan inflammatoire

# Traitement (1)

## ↪ Les situations aiguës

- ✗ Remplissage (20 ml/kg)
- ✗ Réhydratation IV
  - ↪ Solutions hypertoniques ?
  - ↪ Corriger vite ... mais pas trop

## ↪ Les situations plus tranquilles

- ✗ Réhydrater per os +++ : SRO
- ✗ Raccourcir la durée de jeûne +++

## ↪ Anti-émétiques non recommandés

## ↪ Anti-diarrhéiques

# Régime ? (1)

↪ Ne jamais arrêter l'allaitement maternel

- ✗ Lait pauvre en sodium
- ✗ Diminution de la durée (rotavirus)

↪ Rapidité de la reprise de l'alimentation

- ✗ Eviter la dénutrition
- ✗ Diminution de l'absorption
  - ☞ Sodium
  - ☞ Glucose AA
  - ☞ eau
- ✗ Diminution de l'activité disaccharidasique



# Régime ? (2)

↪ < 3 mois : lait sans PLV

↪ 3 - 6 mois : lait sans lactose

↪ > 6 mois : lait normal sauf si

- ✗ Ballonnement
- ✗ Selles acides
- ✗ Histoire traînante, récidivante

→ *Lait sans lactose*

# Fièvres éruptives

---