

ANNEE 2025

THESE N°303

Réflexes en pédiatrie : guide pratique à l'usage des étudiants en médecine

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/12/2025

PAR

Mme. FAHRI Chaimaa

Née le 21 Avril 2000 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

Mots clés

Pédiatrie – Réflexes cliniques – Guide pratique – Urgences pédiatriques – Pédagogie
médicale – Schémas décisionnels.

JURY

Mme. L.ESSAADOUNI

Professeur de Médecine interne

PRÉSIDENTE

Mr. M.BOURROUS

Professeur de Pédiatrie

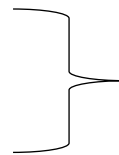
RAPPORTEUR

Mr. N. RADA

Professeur de Pédiatrie

Mr. H.A. BENJELLOUN

Professeur de Pneumologie



JUGES

Mme. J.FAHRI

Docteur en Pédiatrie

Membre
Associé

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ

لَا تَأْخُذُهُ سِنَةٌ وَلَا نَوْمٌ

لَهُ مَا فِي السَّمَوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ

مَنْ ذَا الَّذِي يَشْفَعُ عِنْدَهُ إِلَّا بِإِذْنِهِ

يَعْلَمُ مَا بَيْنَ أَيْدِيهِمْ وَمَا خَلْفَهُمْ

وَلَا يُحِيطُونَ بِشَيْءٍ مِنْ عِلْمِهِ إِلَّا بِمَا شَاءَ

وَسِعَ كُرْسِيُّهُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ

وَلَا يَئُودُهُ حِفْظُهُمَا وَهُوَ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ ﴿٢٥٦﴾

وَقَدْ كَفَرَ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدِّقَ قَوْلِ اللَّهِ الْعَظِيمِ

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

*Déclaration Genève,
1948*



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOUI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophthalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale

25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie

55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nistrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMACHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie

84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUEAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire

113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie

141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophthalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale

169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Raby	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique

199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Noureddine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIGHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie

228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOJAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANNNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique

257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOUZ Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie

287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOOUZI Omar	MC	Urologie

316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie

345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique–bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL–OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie–obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie–obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato–orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato–orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie–réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie–embryologie–cyto–génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie–réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie–réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio–vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie–réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie

374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
376	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 08/10/2025



DÉDICACES



La gratitude, c'est le secret de la vie. Celui qui ne sait pas remercier ne sait pas aimer. »

Albert Schweitzer



*À toutes celles et ceux qui ont semé dans mon cœur la force de persévérer et
le courage de rêver,
À ceux qui ont éclairé mes jours de leur bienveillance et apaisé mes doutes
par leurs mots,
Je veux dire merci, du plus profond de l'âme.
Cette thèse est le fruit d'un effort personnel, mais surtout d'un amour
collectif, de gestes simples et d'un soutien sincère.
C'est avec reconnaissance et tendresse que*

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عند خلقك ورضى نفسك
وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك
الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على
نعمتك

*Au bon Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé
dans le bon chemin, je vous dois ce que je suis devenu louanges
et remerciements pour votre clémence et miséricorde « Qu'il
nous couvre de sa bénédiction ». AMEN!*

A moi

À la petite CHAIMAA de 10 ans - celle qui rêvait, les yeux brillants, de porter une blouse blanche et un stéthoscope comme une armure, et de soigner le monde avec ses petites mains tremblantes d'ambition, de suivre, avec fierté les pas de son père . J'espère que tu es fière de la personne que tu es devenue, fière du chemin parcouru, des nuits blanches, des doutes surmontés, des défaites transformées en forces.

Aujourd'hui, tu réalises le rêve que tu portais déjà à l'âge où tout semblait impossible

*Que cette thèse soit un hommage à ta force, à ta résilience et à tout l'amour que tu t'es donné pour arriver jusqu'ici. Tu l'as fait.
Et tu peux être fière*

A toi mon cher PAPA Dr FAHRI BOUABID

À la personne qui a fait de moi celle que je suis aujourd'hui, à celui qui m'a toujours épaulée, protégée, et qui a toujours pris mon dos sans jamais hésiter.

Je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi.

Pour chaque effort que tu as fourni, pour chaque sacrifice silencieux, pour chaque moment où tu as mis mes besoins avant les tiens.

Tu m'as appris la valeur du travail, l'importance de l'honnêteté, la patience face aux difficultés, la force d'avancer même lorsque tout paraît lourd.

Tu m'as appris à ne jamais baisser les bras, à garder la tête haute, à croire en mes capacités quand moi-même je doutais.

Tu m'as appris la douceur dans la fermeté, la générosité sans attente, la dignité dans le silence.

Ce travail, Papa, est aussi le tien.

Je n'aurais jamais pu espérer un meilleur père, car j'ai déjà eu l'ultime.

Et c'est, sans aucun doute, la bénédiction la plus précieuse de ma vie.

Je t'aime, Papa.

A toi ma chère maman LEILA ABOUCHAMA

A celle qui m'a donné la vie, qui a marqué chaque moment de mon existence avec son intarissable tendresse, à celle à qui je dois le meilleur de moi-même.. Tu es la lanterne qui éclaire ma voie. C'est à travers tes encouragements que je me suis accrochée et à travers tes critiques que je me suis réalisée. Tes prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours. Pour toutes les peines que tu as endurées, j'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi. Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être la fille.

Puisse Dieu tout puissant t'accorder longue vie, santé, bonheur et que ta vie soit illuminée pour toujours. Ces quelques mots ne sauront te prouver combien je t'aime très fort.

À ma chère sœur JIHANE FAHRI

A Professor Hitler, la personne que j'aime le plus. Je suis tellement fière de toi, de ton parcours, de tout ce que tu as accompli par ta seule force et ta détermination. Tu es la vraie définition de la persévérance, la force incarnée dans le corps d'une belle femme, celle qui avance, qui se dépasse, et qui ne renonce jamais. Je te dédie ce travail en hommage à ton inspiration, à ton soutien et à l'amour immense que tu me donnes je t'aime énormément

À mon frère HAMZA FAHRI

A toi MIMOUZ , à ta paix intérieure, ta douceur et ta manière de prendre la vie avec légèreté. Tu es un vrai bon vivant, et grâce à toi j'ai appris que le plaisir se trouve dans les choses simples, que le bonheur est un choix de vie, pas quelque chose qu'on attend. Tu m'as aussi montré que la vie est une balance entre le travail et les moments où l'on respire, où l'on profite, où l'on savoure simplement d'être là. Merci pour ta sérénité, ton calme et ta présence qui apaise. Je te dédie ce travail avec toute mon affection

*A ma princesse YARA
ma miniature,
ma mini Chaïmaa.*

*Aujourd'hui est un grand jour pour ta Tati qui t'aime plus que
tout.*

*J'espère te voir un jour accomplir tout ce dont tu rêves,
et sache que je serai toujours là pour toi, à chaque étape, à chaque
réussite, à chaque sourire je t'aime*

*à mon neveux REDA et RIAD
À mes petits trésors.*

*Mes neveux adorés, J'espère qu'en grandissant, vous trouverez
toujours la force de croire en vos rêves , que cette thèse soit pour
vous un rappel que tout est possible quand on travaille avec
passion, Tatie sera toujours là pour vous, fière de vous
accompagner, de vous encourager et de vous aimer*

*A ma très chère grande mère LHAJA FATNA:
Vous étiez toujours et vous le continuez à être un exemple à
suivre .Vous avez
toujours exprimé envers nous amour et soutien .J'exprime envers
vous reconnaissance
et amour inconditionnels.
Puisse Dieu vous procure longue vie*

*A la mémoire de mon défunt grand père LHAJ MUSTAPHA
ABOUCHAMA:
J'aurai tant aimé que tu sois parmi nous aujourd'hui, que dieu ait
ton âme et
t'accueille dans son paradis en t'entourant de sa sainte
miséricorde.*

*A mon oncle Dr Abouchama Abderrahim
Cette humble dédicace ne saurait exprimer mon grand respect et
ma profonde estime, je te dis grand merci pour tout ce que tu as
fait pour moi, ton soutien, ton encouragement et tes conseils
durant toutes les années de mes études.
Que Dieu te protège merci infiniment.*

*A mon oncle Dr Abouchama Abderrahmane et sa sublime épouse
Dr LAMIA JIHANE*

Je souhaite que Dieu vous comble de bonheur, de paix et de réussite dans chaque instant de votre vie. Qu'Il vous protège de tout mal, qu'Il garde votre foyer uni, solide, et rempli d'amour. Je vous dédie ce travail en espérant que vous êtes fiers de votre petite nièce, je vous aime

*A MON ONCLE MR .MALAK ABDELLAH ET SA FEMME :
Merci pour votre bienveillance, vos soutien et votre présence chaleureuse. Je vous dédie ce travail avec beaucoup de respect et d'affection.*

*A mon duo préféré : OMRA AMARA et KENZA SOUIDLAINE
À mes deux meilleures amies, mon trio préféré, mes sœurs de cœur.*

Vous êtes les belles rencontres de ma vie, celles pour qui je suis infiniment reconnaissante.

Vous avez apporté lumière, force et vérité, même lorsque votre sincérité était un peu dure.

Vous avez été présentes dans les moments fragiles comme dans les plus joyeux.

Je vous aime profondément, et j'espère que notre amitié traversera toute une vie.

Des âmes comme les vôtres sont rares, et je me sens bénie de vous avoir

A ma chère HAFSA NIKSSI

Je ne sais même pas par où commencer, tant les mots seront toujours trop petits pour toi.

Tu es cette lumière qui brille même dans les ténèbres, cette force discrète dans un corps fragile, ce cœur blanc si rare en ce monde.

Tu m'as guidée, soutenue, jamais jugée, et tu m'as appris que l'amitié se prouve par les actes.

Avec toi, j'ai grandi, traversé des tempêtes et appris la vraie valeur de la loyauté.

Je suis chanceuse de t'avoir, et j'espère te voir rayonner, réussir et accomplir tout ce que ton âme mérite — car au fond de moi, je sais que tu y arriveras

A ma chère RAJA RIADO

*Tu es une personne unique, de celles qu'on rencontre rarement.
Directe, honnête, toujours transparente, tu sais dire les choses
comme elles sont — parfois avec dureté, mais toujours avec
justesse.*

*Depuis des années, tu ne m'as jamais déçue : tu es cette étonnante
combinaison de douceur et de force*

*Avec toi, l'amitié prend tout son sens, parce que tu incarnes la
loyauté dans sa forme la plus vraie, la plus belle.*

*Je suis reconnaissante d'avoir une personne comme toi dans ma
vie*

A ma belle FATY BOUHAFI

À mon amie de loin mais toujours si proche,

*On a partagé des fous rires, des folies, des aventures incroyables,
et tu restes l'une des plus belles énergies que j'ai connues.*

*Tu es cette fille un peu folle, un peu impulsive, mais tellement
vraie, tellement lumineuse, avec qui je partage le même délire
sans aucun effort.*

*La distance nous a séparés, mais jamais elle n'a changé notre vibe
: on reste sur la même longueur d'onde, comme toujours.*

*J'ai tellement hâte de te revoir et de reprendre nos histoires de
dingues là où on les a laissées*

***A mes amis d'enfance : KHADIJA TINESTI, NASSIME
ELGUEZIOUI, IKRAM TARKIS, YOUNES JAMAMA***

*Vous m'avez vue grandir, changer, évoluer, et malgré les années,
vous êtes toujours restés là.*

*Plus de dix ans de souvenirs, de rires, de confidences et de petits
moments qui ont façonné celle que je suis aujourd'hui.*

*Je suis profondément reconnaissante de vous avoir gardés dans
ma vie, car des amitiés comme les nôtres sont un cadeau.*

*Vous êtes des personnes d'une grande gentillesse, d'une sincérité
qui rassure et d'une présence qui apaise.*

*J'espère du fond du cœur que notre lien continuera à durer, car je
vous aime et je tiens à vous plus que vous ne l'imaginez*

*A mon binôme MOHAMMED FATH KHALIL et ANAS
CHERKAOUI*

*Presque sept ans d'amitié et de travail côte à côte, à partager les
partiels, les nuits blanches, les révisions de dernière minute et les
fous rires qui effaçaient la fatigue.*

*On a traversé chaque étape ensemble : on a réussi tous, et jamais,
jamais on n'a échoué l'un sans l'autre.*

*Vous êtes mes partenaire de route en médecine, ceux avec qui j'ai
construit des souvenirs précieux.*

*Merci pour tout ce qu'on a vécu, et pour tout ce qui nous attend
encore dans le résidanat*

*A mes chers amis HIBA ELOUAFI, SAMIA ERRAMI, HIND
ESSALIM, ASSAAD ECHAAAR*

*Votre présence rend chaque moment plus léger et plus beau.
J'aime la simplicité de nos échanges, la douceur de vos caractères
et la sincérité qui vous distingue.*

*Je suis vraiment contente de vous avoir dans ma vie, même sans
grande histoire, juste avec cette belle affection qui nous unit*



REMERCIEMENT



Notre maître et président de thèse :
PROFESSEUR ESSAADOUNI LAMIAA
CHEF DE SERVICE DE MÉDECINE INTERNE AU
CHU MOHAMED VI MARRAKECH

Vous me faites l'immense honneur de présider le jury de cette thèse. Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'intérêt bienveillant que vous avez porté à ce travail, ainsi que pour le temps et l'attention que vous lui avez consacrés malgré vos multiples responsabilités.

Votre expertise remarquable en médecine interne, votre rigueur scientifique et votre engagement envers l'enseignement font de vous une figure de référence et un modèle pour l'ensemble des étudiants que vous formez. Votre sens de la pédagogie, allié à votre exigence académique, contribue à élever le niveau de formation au sein de notre faculté.

Veillez trouver ici, Madame la Professeure, l'expression de mon respect le plus profond et de ma sincère reconnaissance.

A notre maître et rapporteur de thèse :
PROFESSEUR BOURROUS MONIR
CHEF DE SERVICE DES URGENCES PÉDIATRIQUES
AU CHU MOHAMED VI MARRAKECH

Vous me faites l'honneur d'accepter de rapporter ce travail, et je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour le temps, l'attention et la rigueur que vous lui avez consacrée. Votre expertise reconnue en pédiatrie d'urgence et votre sens clinique affûté apportent un éclairage essentiel à l'évaluation de cette thèse.

Je tiens également à saluer votre engagement constant envers la formation des étudiants et des jeunes médecins. Votre disponibilité, la qualité de vos enseignements et votre exigence scientifique constituent pour nous une source d'inspiration et un exemple de professionnalisme.

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À notre maître et juge de thèse
PROFESSEUR BENJELLOUN HARZIMI AMINE
PROFESSEUR EN PNEUMO-PHTISIOLOGIE AU CHU
MOHAMED VI MARRAKECH

Vous me faites l'honneur d'accepter la fonction de rapporteur de cette thèse, et je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour le temps, l'attention et la rigueur que vous avez consacrés à l'évaluation de ce travail. Votre expertise en pédiatrie d'urgence, votre sens clinique affûté et votre exigence scientifique apportent un éclairage essentiel à la qualité de ce manuscrit.

Votre engagement constant auprès des étudiants et votre disponibilité malgré les contraintes de votre spécialité témoignent de votre profond attachement à la formation médicale. Je suis particulièrement reconnaissant de l'intérêt bienveillant que vous avez porté à ce travail et de la précision de vos remarques. Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mon respect le plus sincère et de ma profonde reconnaissance.

À notre maître et juge de thèse
PROFESSEUR RADA NOUREDDINE
PROFESSEUR EN PÉDIATRIE AU CHU MOHAMED
VI MARRAKECH

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger au jury de cette thèse, et je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'attention et le temps que vous avez bien voulu lui consacrer.

J'ai eu le privilège d'effectuer mon stage de sixième année en pédiatrie sous votre supervision. Votre sens pédagogique, votre disponibilité et le temps que vous consacrez constamment à vos étudiants ont profondément marqué ma formation. Votre manière de transmettre, alliant rigueur scientifique, clarté et bienveillance, a enrichi mon apprentissage et m'a permis de développer une compréhension solide de la pédiatrie. Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mon respect le plus profond et de ma sincère reconnaissance.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



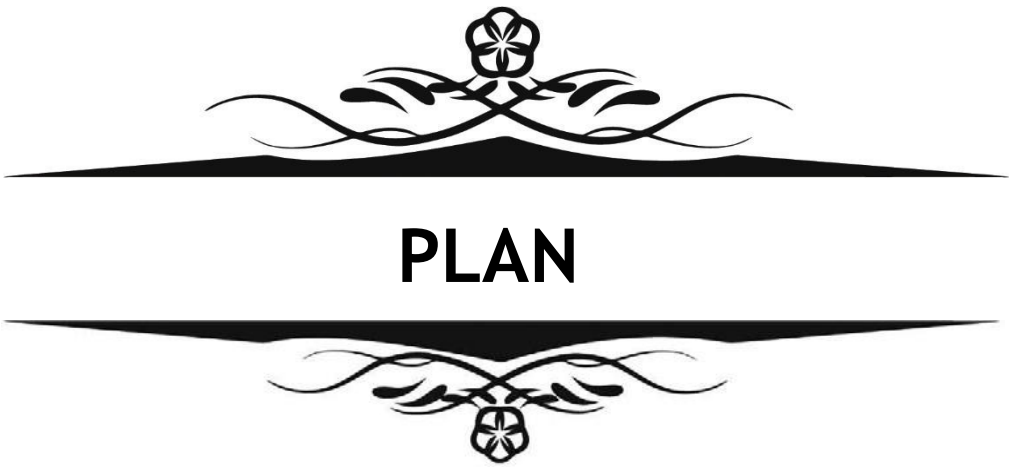
LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTH	: Hormone adrénocorticotrope
ADP	: Adénopathie
AG	: Anesthésie générale
ASCA	: Anti-Saccharomyces cerevisiae (anticorps anti-Saccharomyces cerevisiae)
ASLO	: Antistreptolysine O
ATB	: Antibiotique(s)
ATCD	: Antécédent(s)
AVANT	: Avant (utilisé comme instruction dans le texte : “prélèvements AVANT...”)
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin (vaccin BCG)
BK	: Bacille de Koch
BNP	: Brain Natriuretic Peptide (peptide natriurétique de type B)
BU	: Bandelette urinaire
C3	: Fraction C3 du complément
C3G	: Céphalosporines de 3 ^e génération
C4	: Fraction C4 du complément
CRP	: Protéine C-réactive
CRC-MHC	: Centre de Ressources et de Compétences – Maladies Hémorragiques Constitutionnelles
CRH	: Centre de Référence en Hémophilie (souvent utilisé comme “centre de référence”)
CT	: Tomodensitométrie (terme anglais parfois utilisé ; équivalent TDM)
CYP21A2	: Gène CYP21A2 (21-hydroxylase)
DAE / DEA	: Défibrillateur Automatisé Externe
DAX1	: Gène DAX1 (NR0B1)
DMD	: Gène de la dystrophine (Duchenne)
ECBU	: Examen cytobactériologique des urines
ECG	: Électrocardiogramme
EEG	: Électroencéphalogramme
EFR	: Explorations fonctionnelles respiratoires
EHEC	: Escherichia coli entérohémorragique
E. coli	: Escherichia coli
FC	: Fréquence cardiaque
FIX	: Facteur IX

FO	: Fond d'œil
FR	: Fréquence respiratoire
FVIII	: Facteur VIII
G10%	: Glucose 10 %
G6PD	: Glucose-6-phosphate déshydrogénase
GDS	: Gaz du sang
GGT	: Gamma-glutamyl-transférase
Hb / HbA1c	: Hémoglobine / Hémoglobine glyquée (HbA1c)
HCS	: Hyperplasie congénitale des surrénales
Hib	: Haemophilus influenzae type b
HIV	: Hémorragie intraventriculaire (chez le prématuré, ici le sens est celui-ci)
HTA	: Hypertension artérielle
HTIC	: Hypertension intracrânienne
IA2	: Auto-anticorps anti-IA2
IC	: Insuffisance cardiaque
IDR	: Intradermo-réaction (à la tuberculine)
IEC	: Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IgA / IgE	: Immunoglobulines A / E
IM	: Intramusculaire
IMC	: Indice de masse corporelle
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
IRA	: Insuffisance rénale aiguë
IV	: Intraveineux
IVU	: Infection urinaire
K+ / Na+ / PaO ₂	: Potassium / Sodium / Pression artérielle en O ₂
LCR	: Liquide céphalo-rachidien
LCS	: Liquide céphalo-spinal
LDH	: Lactate déshydrogénase
MC	: Maladie de Crohn
MICI	: Maladies inflammatoires chroniques intestinales
MI	: Membres inférieurs (utilisé dans "spasticité MI")
MODY	: Maturity-Onset Diabetes of the Young
MRSA / MSSA	: Staphylococcus aureus résistant / sensible à la méthicilline
NFS	: Numération formule sanguine
NN	: Nouveau-né

NOCTURNE	: Nocturne (écrit en majuscules dans le texte ; pas un sigle médical)
NT-proBNP	: N-terminal pro-BNP
O ₂	: Oxygène
OEA	: Otoémissions acoustiques
OGE	: Organes génitaux externes
OMA	: Otite moyenne aiguë
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
OSM	: Otite séromuqueuse
PA	: Pression artérielle
PAS	: Polyendocrinopathie auto-immune (Polyglandular Autoimmune Syndrome)
PBD	: Peroxisomal Biogenesis Disorders (troubles de biogenèse des peroxysomes)
PCR	: Polymerase Chain Reaction (réaction de polymérisation en chaîne)
PCT	: Procalcitonine
PEA	: Potentiels évoqués auditifs
PIO	: Pression intra-oculaire
PK	: Pyruvate kinase (déficit en PK)
PL	: Ponction lombaire
PO	: Per os (voie orale)
PROP1 / POMC	: Gènes PROP1 / POMC
PR	: Intervalle PR (ECG)
RAA	: Rhumatisme articulaire aigu
RCH	: Rectocolite hémorragique
RGO	: Reflux gastro-œsophagien
Rx	: Radiographie
SNC	: Système nerveux central
SGA	: Streptocoque du groupe A
SHU	: Syndrome hémolytique et urémique
SF1	: Steroidogenic Factor 1 (gène SF1)
SRO	: Soluté de réhydratation orale
SpO ₂	: Saturation périphérique en oxygène
STEC	: Shiga toxin-producing Escherichia coli (E. coli producteur de Shiga-toxine)
TA	: Tension artérielle
TCA	: Temps de céphaline activée
TDM	: Tomodensitométrie
TDR	: Test de diagnostic rapide

TSH / T3 / T4 : Thyroid-Stimulating Hormone / Tri-iodothyronine / Thyroxine
TR / TRC : Toucher rectal / Temps de recoloration capillaire
TTT : Traitement
TYAC : Toxi-infection alimentaire collective
UI : Unité(s) internationale(s)
VAS : Voies aérodigestives supérieures
VGM : Volume globulaire moyen
VLCFA : Very Long-Chain Fatty Acids (acides gras à très longue chaîne)
VPI / VPO : Vaccin polio injectable / Vaccin polio oral
VS : Vitesse de sédimentation
VP : Ventriculo-péritonéale (dérivation VP)
ZnT8 : Auto-anticorps anti-ZnT8



INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Matériel et méthodes	3
Matériels et Méthodes	4
I. Type d'étude	4
II. Sources documentaires	4
III. Critères de sélection des contenus	5
IV. Élaboration des fiches et schémas	5
V. Validation pédagogique et relecture	5
VI. Considérations éthiques et droits d'auteur	6
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN NÉONATOLOGIE	7
I. Détresse respiratoire chez un nouveau-né	7
II. Infection néonatale	9
III. Ictère néonatal	11
IV. Sténose hypertrophique du pylore	14
V. Hyperplasie congénitale des surrénales	16
VI. Hypoglycémie	18
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN PNEUMOLOGIE	20
I. Asthme	20
II. Coqueluche	22
III. Bronchiolite aiguë du nourrisson	24
IV. Inhalation de corps étranger	26
V. Détresse respiratoire du nourrisson	28
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN CARDIOLOGIE	30
I. Hypertension artérielle chez l'enfant	30
II. Endocardite d'Osler chez l'enfant	32
III. cardiopathie congénitale	34
IV. Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA)	36
V. Insuffisance cardiaque chez l'enfant	38
VI. La coarctation de l'aorte	40
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN NEUROLOGIE	42
I. Méningite purulente chez l'enfant	42
II. Convulsion chez l'enfant	44
III. Poliomyélite	46
IV. Hydrocéphalie	48
V. Myopathie de Duchenne	50
VI. Tumeur rachidienne chez l'enfant	52
Reflux gastro œsophagien chez l'enfant	54
I. Reflux gastro œsophagien chez l'enfant	54
II. les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)	56
III. La maladie de Hirschsprung	58
IV. Parasitoses digestifs	60
V. Maladie cœliaque	62
VI. Diarrhée aiguë chez l'enfant	64
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN ENDOCRINOLOGIE	66

I.	Diabète de l'enfant	66
II.	Hypothyroïdie	69
III.	Affections surrénaliennes	71
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN MALADIES INFECTIEUSE :		77
I.	Tétanos chez l'enfant	77
II.	Tuberculose chez l'enfant	79
III.	Fièvre aiguë	81
IV.	Purpura	83
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN NÉPHROLOGIE		85
I.	Glomérulonéphrite aiguë	85
II.	Syndrome néphrotique	88
III.	Infection urinaire	90
IV.	Enurésie chez l'enfant	92
V.	syndrome hémolytique et urémique	94
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN HÉMATOLOGIE		96
I.	Anémie chez l'enfant	96
II.	Anémie hémolytique	99
III.	Hémophilie	101
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN ORL		103
I.	Dysphagie chez l'enfant	103
II.	Épistaxis unilatérale récidivante	105
III.	Adénopathie cervicale	106
IV.	Otites de l'enfant	108
V.	Angine de l'enfant	111
VI.	Surdité chez l'enfant	112
VII.	Dyspnée laryngée	114
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN OPHTALMOLOGIE		117
I.	Rétinoblastome	117
II.	Glaucome congénital	119
III.	Strabisme chez l'enfant	121
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN DERMATOLOGIE		123
I.	La gale chez l'enfant	123
II.	Teigne chez l'enfant	125
Réflexes pédiatriques en Réanimation :		127
I.	Arrêt cardiorespiratoire	127
II.	Envenimation de scorpion	129
III.	Acidocétose diabétique	131
IV.	Etat de mal épileptique	133
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN URGENCES CHIRURGICALES		135
I.	Torsion testiculaire chez l'enfant	135
II.	Une invagination intestinale	137
III.	Boiterie aiguë chez l'enfant	139
CONCLUSION		141
RÉSUMÉS		143
BIBLIOGRAPHIE		147



INTRODUCTION GÉNÉRALE



La pédiatrie se distingue des autres spécialités médicales par la complexité particulière de sa prise en charge clinique. L'étudiant en médecine et le praticien ont le devoir éthique d'offrir à chaque enfant des soins attentifs, dévoués et basés sur les connaissances scientifiques actuelles. L'enfant n'est pas un adulte en miniature : il présente des spécificités physiologiques, pathologiques et sémiologiques qui nécessitent une approche adaptée et des réflexes diagnostiques précis.

On assiste depuis plusieurs années à une complexification croissante de la médecine pédiatrique. Les étudiants en médecine sont confrontés à une multitude de situations cliniques où la rapidité du diagnostic et la justesse de la prise en charge conditionnent le pronostic vital et fonctionnel de l'enfant. Face à cette exigence, l'étudiant doit savoir anticiper, sans improviser, et se rappeler qu'un enfant peut décompenser brutalement, ses réserves physiologiques étant limitées.

La formation médicale en pédiatrie est souvent plus complexe que dans d'autres spécialités pour de nombreuses raisons : difficultés de l'interrogatoire avec un patient non verbal ou peu coopérant, subtilité de l'examen clinique, inquiétude bien légitime des parents, stress de l'étudiant lui-même, contraint de prendre la bonne décision au bon moment dans un temps limité. Il est donc fondamental que les futurs praticiens possèdent les connaissances théoriques et surtout les réflexes pratiques indispensables à la réalisation d'une prise en charge rapide et efficace.

Dans ce contexte, est venue l'idée d'élaborer ce guide pratique des principaux réflexes en pédiatrie, utile et maniable, qui aidera les étudiants en médecine au cours de leur formation clinique (externes, internes et futurs spécialistes).

Ce guide est conçu pour accompagner les étudiants tout au long de leurs stages aux différents services de pédiatrie, de néonatalogie ou d'urgences pédiatriques, en leur fournissant les réflexes diagnostiques essentiels et des conduites à tenir pratiques face à des situations cliniques concrètes auxquelles ils seront fréquemment confrontés. Il regroupe les principales situations pédiatriques accompagnées des réflexes à acquérir, que nous avons organisés selon une approche syndromique et par spécialités.



Matériel et méthodes

Ce guide est conçu pour accompagner les étudiants tout au long de leurs stages aux différents services de pédiatrie, de néonatalogie ou d'urgences pédiatriques, en leur fournissant les réflexes diagnostiques essentiels et des conduites à tenir pratiques face à des situations cliniques concrètes auxquelles ils seront fréquemment confrontés. Il regroupe les principales situations pédiatriques accompagnées des réflexes à acquérir, que nous avons organisés selon une approche syndromique et par spécialités

Matériels et Méthodes

I. Type d'étude

Ce travail correspond au développement d'un support pédagogique en pédiatrie, sous la forme d'un guide pratique des réflexes cliniques destiné aux étudiants en médecine.

L'étude suit une démarche de conception et de structuration de matériel éducatif (schémas décisionnels et tableaux synthétiques de conduite à tenir), à partir des données de la littérature et des besoins identifiés en enseignement pédiatrique.

Le projet s'inscrit dans une logique de recherche en pédagogie médicale, centrée sur l'élaboration, l'organisation et la validation d'outils d'apprentissage plutôt que sur l'analyse exhaustive de la littérature.

II. Sources documentaires

- .Consultation de traités et manuels de pédiatrie, référentiels nationaux, recommandations de sociétés savantes et bases de données biomédicales (articles originaux, revues, guidelines).
- Sélection prioritaire de références récentes, complétées par des sources plus anciennes lorsque celles-ci font autorité dans le domaine des réflexes pédiatriques et de l'enseignement médical.

III. Critères de sélection des contenus

- Inclusion des réflexes et situations cliniques pédiatriques jugés prioritaires pour la formation des étudiants (fréquence en pratique, valeur sémiologique, impact sur la prise en charge urgente ou précoce).
- Exclusion des contenus trop spécialisés ou rarement rencontrés en stage généraliste, afin de conserver un guide synthétique et directement utilisable au lit du malade.

IV. Élaboration des fiches et schémas

Pour chaque thème pédiatrique retenu, un ou une liste des “réflexes” à avoir en pratique (questions clés à poser, éléments essentiels de l’examen clinique, premiers examens complémentaires à demander, critères d’orientation et d’urgence) a été mise en évidence au début de chaque chapitre, ensuite, à partir des données de la littérature et des recommandations, des schémas cliniques sous forme d’images que nous avons illustrées et développés nous même pour guider pas à pas la conduite à tenir de l’étudiant, depuis le premier contact avec l’enfant jusqu’à l’orientation.

Pour chaque situation, des tableaux synthétiques ont été élaborés afin de résumer sur une même page : les principaux diagnostics à évoquer, les réflexes immédiats, les examens de première intention et la conduite à tenir pratique adaptée au niveau de l’étudiant en médecine.

V. Validation pédagogique et relecture

Le contenu du guide a été validé par un comité de relecture composé de pédiatres enseignants et de praticiens hospitaliers(Pr BOURROUS, Pr MOUSAOUI, Pr ASSEM), afin d’assurer sa pertinence clinique et pédagogique pour la formation médicale universitaire.

VI. Considérations éthiques et droits d'auteur

- Utilisation exclusive de données publiées, accessibles au public ou via les ressources documentaires universitaires, sans reproduction de contenus protégés par le droit d'auteur ; seules des synthèses originales, reformulations et schémas créés pour ce travail sont intégrés.
- Respect de la propriété intellectuelle des auteurs et des éditeurs, avec citation systématique des références utilisées dans la bibliographie de la thèse.

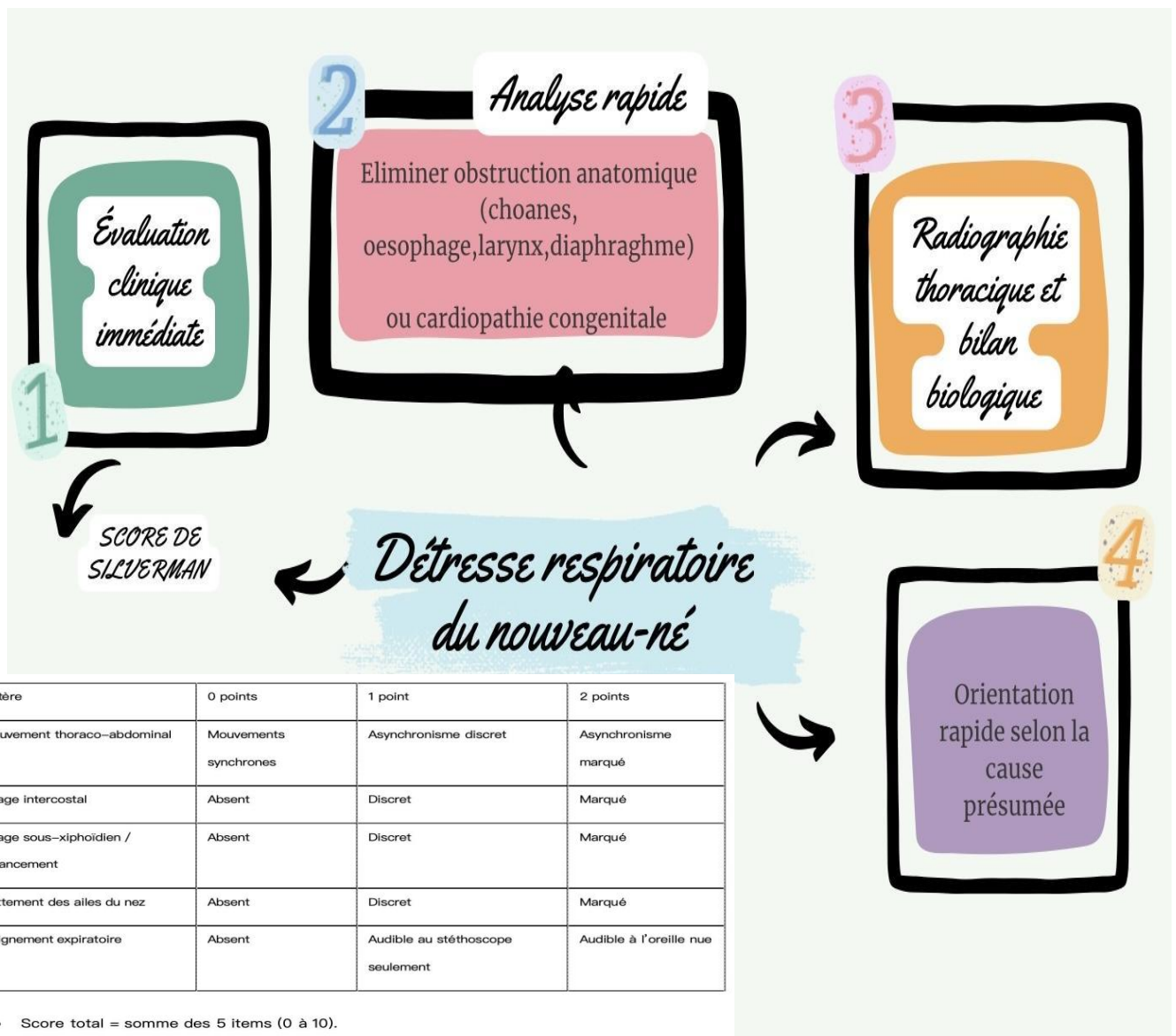
RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN NÉONATOLOGIE :

I. Détresse respiratoire chez un nouveau-né : (1)

- **RÉFLEXE :**

- Toute détresse respiratoire du nouveau-né doit éliminer une cause chirurgicale.

Schéma Clinique Synthétique



- Score total = somme des 5 items (0 à 10).
- Plus le score est élevé, plus la détresse respiratoire est sévère; un score ≥ 5 traduit une détresse importante nécessitant prise en charge urgente.

Tableau synthétique :

Étape/Action	Exécution/Justification	Points-clés à surveiller (intégrant les points essentiels)
1. Installation/Sécurité	Incubateur, maintien T° centrale, monitoring, position dorsale	<ul style="list-style-type: none"> - Température, saturation SpO₂, FC, FR - Surveillance continue
2. Liberté des voies aériennes	Désobstruction systématique (ORL et digestif)	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours vérifier perméabilité choanes/œsophage/voies aériennes - Exclure obstruction anatomique
3. Support respiratoire	O ₂ nasal, pression positive continue nasale si échec, ventilation mécanique/intubation si score Silverman >5	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter technique à la sévérité - Score Silverman pour graduer la sévérité
4. Bilan clinique systématique	Recherche cause chirurgicale (malformation, obstruction, cardiopathie congénitale)	<ul style="list-style-type: none"> - La détresse révèle souvent une cause chirurgicale - Diagnostic différentiel large (malformation, infection, acidose métabolique...)
5. Examens complémentaires	Radiographie thoracique, ECG, écho cardiaque, bilan infectieux (NFS/CRP/hémocultures)	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours avant toute stratégie thérapeutique intensive - Particularité : tachypnée isolée → acidose métabolique
6. Prise en charge étiologique	Selon la cause : traitement infection, chirurgie adaptée	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de l'étiologie et de la précocité d'intervention - En cas de pneumothorax : drainage - Pathologies révélées parfois par la détresse
7. Soins de support	Pose voie veineuse, nutrition adaptée, gestion du confort, antibiothérapie en cas de suspicion d'infection de nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance rapprochée et adaptation continue - Prise en charge étiologique et symptomatique simultanée

II. Infection néonatale : (2)

- Réflexe :
 - Toute détresse respiratoire du nouveau-né doit faire éliminer une infection néonatale
 - Toute fièvre néonatale impose une administration systématique d'antibiotique probabiliste

Schéma Clinique :

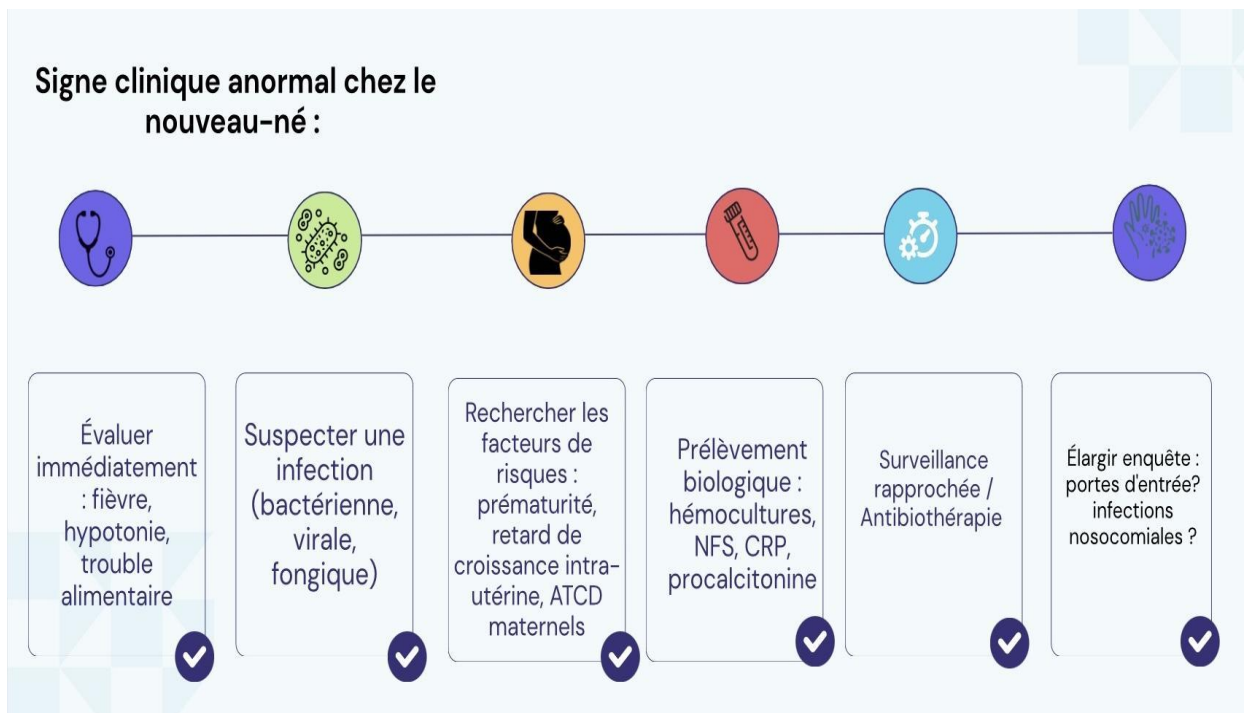


Tableau synthétique :

Étape/Action	Exécution/Justification	Points Essentiels intégrés
Évaluation clinique immédiate	Prendre au sérieux toute anomalie, même légère, car les signes sont souvent aspécifiques (fièvre, hypothermie, détresse respiratoire, troubles neurologique, digestifs)	<ul style="list-style-type: none"> – Les signes cliniques précèdent les biologiques et sont peu spécifiques : toute anomalie doit faire suspecter une infection. – Exemples : fièvre (>38 °C), hypothermie (<36 °C), détresse respiratoire, hypotonie, léthargie, troubles digestifs, convulsions.
Recueil du contexte et facteurs de risque	Interroger sur la prématurité, antécédents infectieux, rupture prématurée des membranes, hospitalisation néonatale, contextes maternels à risque	<ul style="list-style-type: none"> – Prématurité et antécédents maternels exposent à des infections plus sévères. – Les facteurs de risque orientent la prise en charge et complètent le bilan initial.
Prélèvements et bilan biologique	Hémoculture avant antibiothérapie, NFS, CRP, PCT, PCR virale/fongique si tableau atypique, ponction lombaire selon contexte	<ul style="list-style-type: none"> – Toute suspicion impose un bilan systématique, car le diagnostic précoce détermine le pronostic. – Ne pas attendre l'aggravation pour agir.
Imagerie	Radio thorax	– Signe d'infection : scissure, syndrome alvéolaire
Surveillance rapprochée et isolation	Surveillance continue, isolement si suspicion de contagion, hospitalisation au niveau adapté	<ul style="list-style-type: none"> – Le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge. – Surveillance formalisée (grille clinique régulière) pour détecter rapidement toute évolution.
Traitement probabiliste précoce	Débuter traitement empirique IV devant toute suspicion grave, ajuster selon hémocultures et biologie	<ul style="list-style-type: none"> – Ne jamais différer l'antibiothérapie en cas de signes cliniques évocateurs. – Adapter le traitement selon résultats biologiques.
Recherche de porte d'entrée et d'origine	Examiner cutané, digestif, cathéter, hospitalisation, recherche d'exposition virale/fongique	<ul style="list-style-type: none"> – Les infections nosocomiales ou liées aux cathéters sont fréquentes chez le prématuré. – Toujours chercher une origine pour adapter la prise en charge.
Prévention et suivi post-thérapeutique	Hygiène, vaccination, limitation des gestes invasifs, suivi neurodéveloppemental	<ul style="list-style-type: none"> – La prévention conditionne la survie et la réduction des séquelles. – Le suivi doit inclure l'accompagnement parental et le dépistage des complications à distance.

III. Ictère néonatal : (3)

- Réflexe 1 :

Devant tout ictère néonatal différencier entre : un ictère cholestatique et non cholestatique

- Réflexe 2 :

Devant tout ictère néonatal cholestatique, l'atrésie des voies biliaires doit être éliminée

Schéma Clinique :

Ictère néonatal observé

- ▽  Confirmer ictère, précocité (<24 h), persistance (>15 jours)
- ▽  Interrogatoire*: selles décolorées, urines foncées, hépatomégalie
- ▽  Éliminer cause cholestatique
- ▽  Évaluer risque d'atrésie voies biliaires (selles blanches, foie dur, poids normal, échographie)
- ▽  Appeler centre spécialisé, bilan rapide
- ▽  En En cas de suspicion, opacification voies biliaires, biopsie hépatique
- ▽  Décision chirurgicale avant 6 semaines

Tableau synthétique :

Étape/Action	Exécution/Justification	Points essentiels intégrés
1. Diagnostic initial	Dosage bilirubine totale, conjuguée, non conjuguée ; interrogation clinique	- Tout ictère néonatal persistant >15 jours doivent faire rechercher une cholestase et une atrésie biliaire
2. Recherche de gravité	Recherche selles décolorées, urines foncées, hépatomégalie Chez un nouveau-né : sondage pour séparer les selles des urines	- Selles blanches et urines foncées = signe clé d'atrésie ; hépatomégalie ferme souvent associée à cette urgence chirurgicale
3. Bilan spécialisé	Bilirubine, GGT, colorimétrie selles, échographie abdominale	- Contact urgent avec centre spécialisé si suspicion, car le traitement chirurgical doit être précoce
4. Imagerie, diagnostic étiologique	Opacification voies biliaires, recherche obstacle, biopsie hépatique selon contexte	- Chirurgie (Kasai) efficace uniquement <6 semaines ; chaque jour de retard aggrave le pronostic
5. Prise en charge cholestase	Vitamine K systématique IV/IM ; supplémentation vitamines liposolubles ; nutrition adaptée	- Risque majeur de syndrome hémorragique ; malnutrition et carences vitaminiques nécessitent surveillance prolongée
6. Suivi et prévention	Vaccination hépatite A/B ; dépistage complications ; conseil génétique	- Suivi indispensable pour dépister la cirrhose, hypertension portale ; informer et accompagner la famille

- Réflexe 3 :

Devant un ictère néonatal non cholestatique : penser à une incompatibilité materno foétale (groupage mère-nouveau-né + test de Coombs)

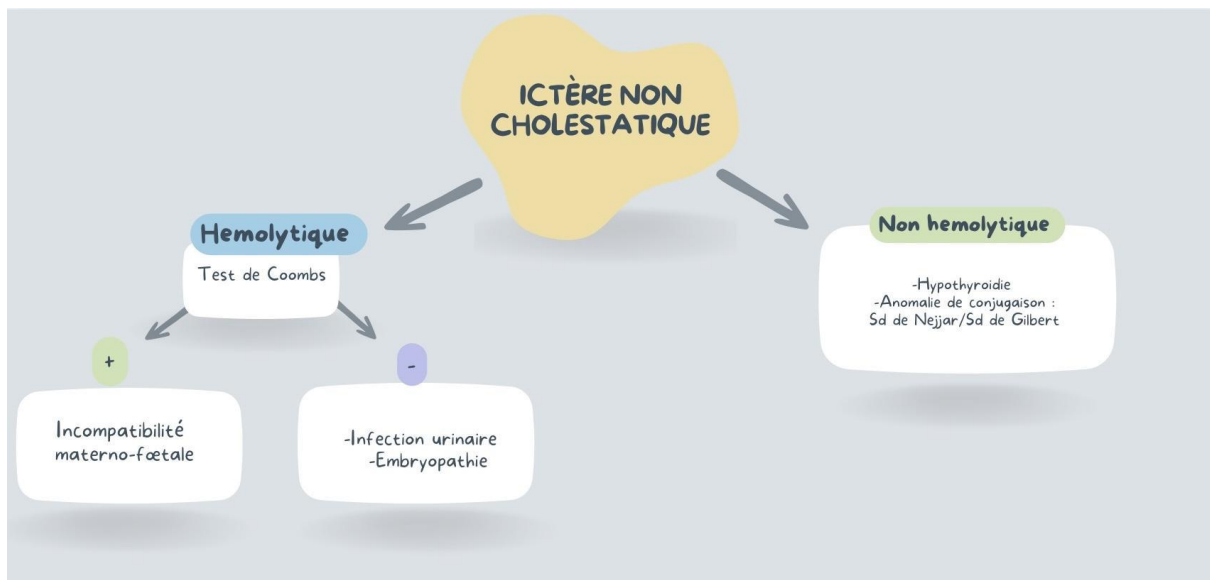
- Réflexe 4 :

Une infection urinaire et une hypothyroïdie sont à évoquer en cas d'ictère néonatale non cholestatique avec un test de Coombs négatif

- Réflexe 5 :

Un ictère néonatal non précoce, non prolongé sans autre signe associé est un ictère physiologique : Diagnostic d'élimination

Schéma Clinique Synthétique :

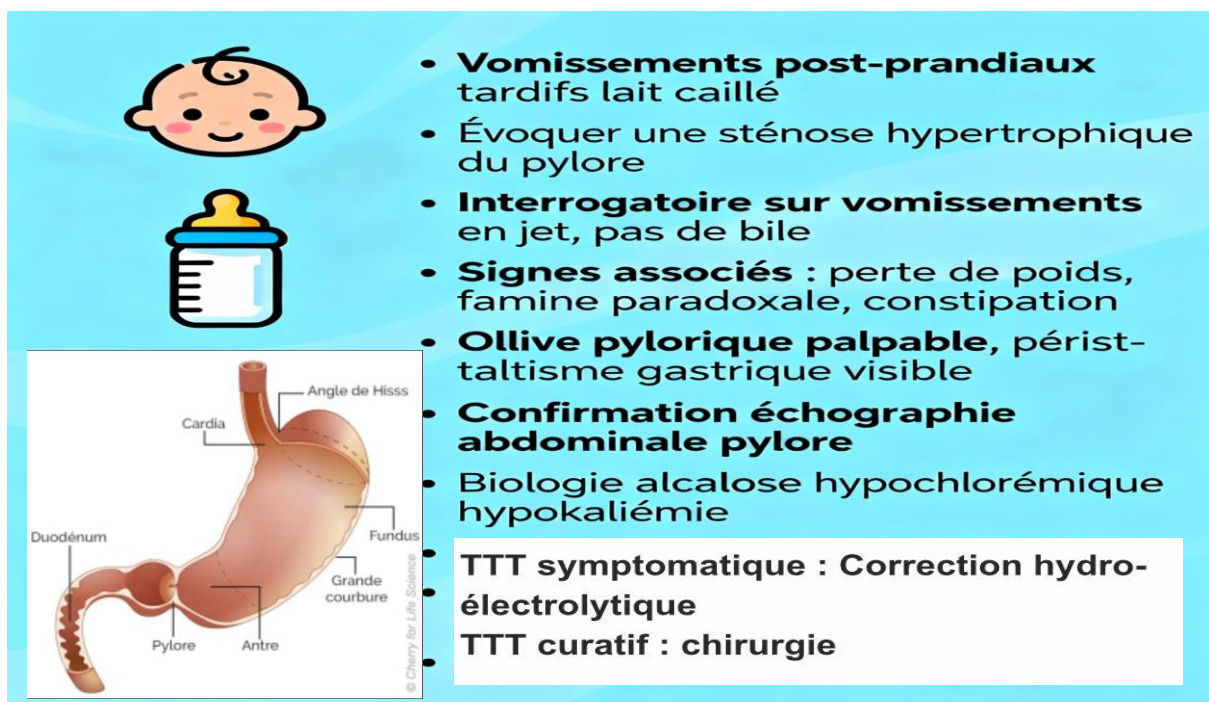


IV. Sténose hypertrophique du pylore : (4)

- Réflexe :

Devant un nourrisson qui présente des vomissements post-prandiaux (après un intervalle libre de 4-6 semaines), faits de lait caillé : Évoquer une sténose hypertrophique du pylore

Schéma clinique :



- **Vomissements post-prandiaux** tardifs lait caillé
- Évoquer une sténose hypertrophique du pylore
- **Interrogatoire sur vomissements** en jet, pas de bile
- **Signes associés** : perte de poids, famine paradoxale, constipation
- **Ollive pylorique palpable**, péristaltisme gastrique visible
- **Confirmation échographie abdominale pylore**
- Biologie alcalose hypochlorémique hypokaliémie
- **TTT symptomatique** : Correction hydro-électrolytique
- **TTT curatif** : chirurgie

Tableau synthétique :

Étape/Action	Exécution/Justification	Points essentiels intégrés
Repérage clinique	Vomissements tardifs, lait caillé, en jet, pas de bile	- Toujours évoquer la sténose hypertrophique du pylore si absence de bile et vomissement post-prandial tardif
Interrogatoire/Examen	Refus de tétée, perte de poids, constipation, pâleur, famine paradoxale	- La « famine paradoxale » est un signe clé : bébé affamé mais qui vomit tout
Palpation et observation gastrique	Olive pylorique dans hypochondre droit, péristaltisme visible	- Palpation de l'olive = pathognomonique, péristaltisme visible
Confirmation échographique	Échographie abdominale, mesures du pylore	- Dimension critique : épaisseur >3mm, longueur canal >14mm
Bilan biologique	Chlorémie, kaliémie, gaz du sang	- Alcalose hypochlorique et hypokaliémie = complications attendues
Prise en charge préopératoire	Correction hydro-électrolytique, sonde gastrique si besoin	- Correction préalable indispensable avant la chirurgie
Traitement chirurgical	Pyloromyotomie extra muqueuse (Ramstedt/Fredet), laparotomie ou coelioscopie	- La chirurgie (technique "gold standard") guérit l'obstacle
Mode de réalimentation post-opératoire	Progressive ou ad libitum selon protocole	- Mode ad libitum facilite la récupération, hospitalisation plus courte

V. Hyperplasie congénitale des surrénales :(5)

- Réflexe :

Toute déshydratation sans pertes visibles chez le nouveau-né, doit faire évoquer une hyperplasie congénitale des surrénales

Schéma clinique synthétique :

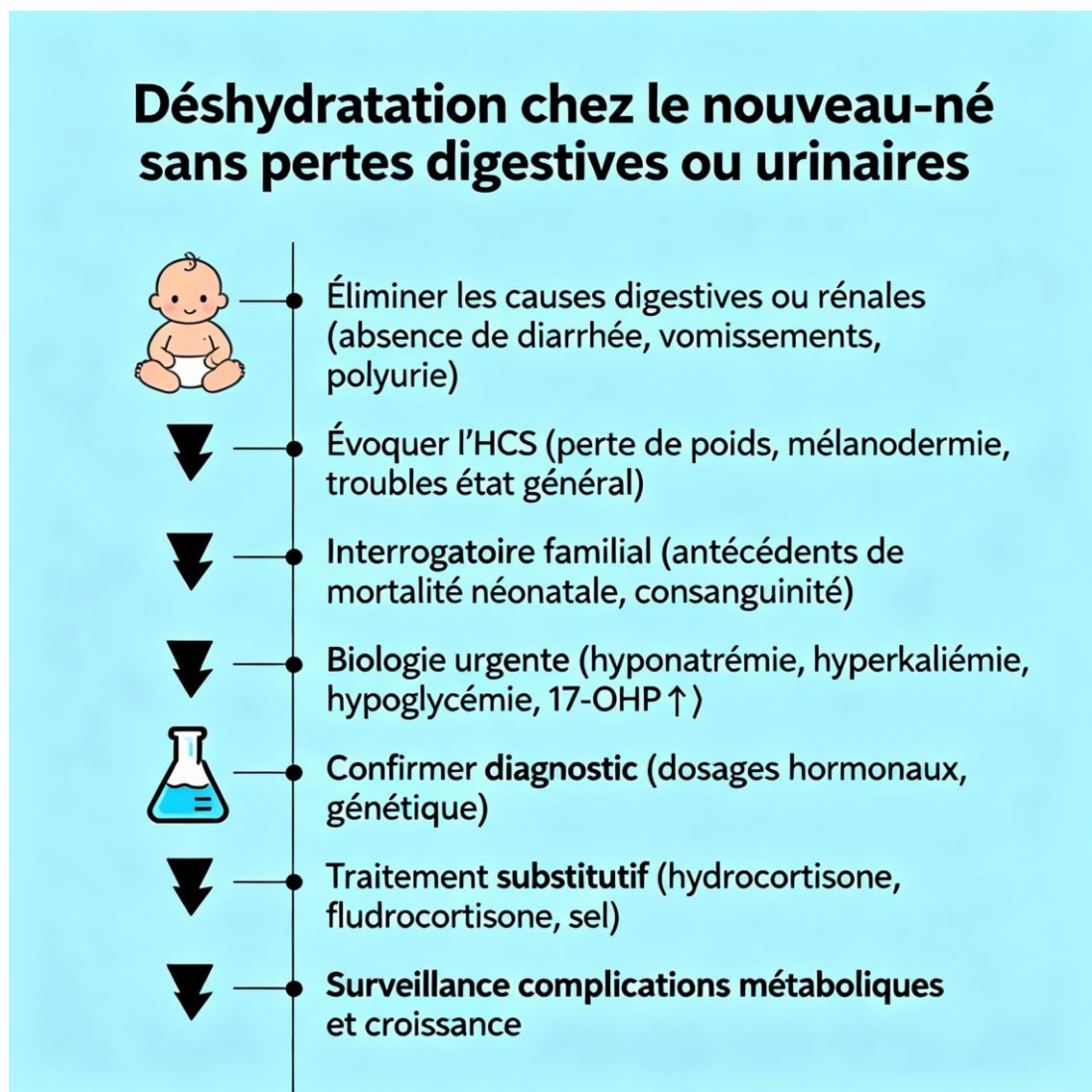


Tableau synthétique :

Étape / Action	Détail clinique & démarche	Points essentiels à retenir
1. Suspicion clinique initiale	Déshydratation aiguë ou insidieuse chez le nouveau-né sans diarrhée, vomissement ou polyurie ; parfois mauvaise prise de poids, hypotonie, collapsus, troubles de l'état général.	Toute déshydratation sans pertes apparentes chez NN = urgence ; penser HCS en première ligne, surtout si tableau grave, sans étiologie évidente.
2. Examen clinique orienté	-Rechercher virilisation fille (ambiguïté génitale), mélanodermie, hypotension, collapsus, antécédents familiaux (mort néonatale, consanguinité). -Déshabiller le nouveau-né : rechercher une anomalie de différenciation sexuelle	Virilisation chez fille évocatrice, mais hyperplasie congénitale des surrénales peut être « silencieuse » chez garçon (révélée par crise de perte de sel). Attention aux antécédents familiaux inexpliqués.
3. Bilan biologique urgent	Ionogramme : hyponatrémie, hyperkaliémie, parfois hypoglycémie, urée/créat \uparrow ; dosage rapide 17-OHP et cortisol, testostérone, activité rénine/aldostérone si possible.	Hyponatrémie + hyperkaliémie + déshydratation = triade d'appel de HCS. Dosage 17-OH progestérone Dosage 21 hydroxylase Confirmation génétique utile mais pas urgente.
4. Confirmation par biologie spécialisée	Dosages hormonaux adaptés (17-OHP très augmenté, testostérone, Δ 4-androstènedione, cortisol bas), +/- génotypage CYP21A2.	Dosage 17-OHP élevé = diagnostic clé ; génotypage pour conseil familial et médecine personnalisée, mais ne doit jamais retarder prise en charge.
5. Initiation traitement substitutif en urgence	Hydrocortisone IV/PO dès suspicion, fludrocortisone si perte de sel, supplémentation en sel (1-2 g/j) chez nourrisson. Doubler/tripler les doses si stress/fièvre.	Le traitement substitutif est vital : l'arrêt/l'oubli peut être fatal. Éducation familiale = piliers du pronostic à long terme. Adaptation nécessaire lors de stress organique.
6. Surveillance et suivi spécialisés	Croissance mensuelle, tension artérielle régulière, bio série (ionogramme, 17-OHP, activité rénine, testostérone). Ajuster les doses pour éviter hyper- ou hypo-cortisolémie.	Seul un suivi strict permet d'éviter le retard de croissance et les complications. Surdosage = syndrome de Cushing iatrogène ; sous-dosage = crise d'insuffisance aiguë et puberté précoce/fusion prématurée des cartilages.
7. Éducation et coordination multidisciplinaire	Carte d'urgence, formation des parents et relais soignants (crèche, école) ; prise en charge psychologique et, si besoin, chirurgicale (anomalie OGE).	La prévention des accidents dépend de la prise de conscience des familles/aidants ; le risque ne disparaît jamais totalement. L'éducation et le réseau sont essentiels.

VI. Hypoglycémie :(6)

- Réflexe :

Toute symptomatologie neurologique chez un nouveau-né survenue après un intervalle libre doit faire rechercher une cause métabolique

Schéma clinique :

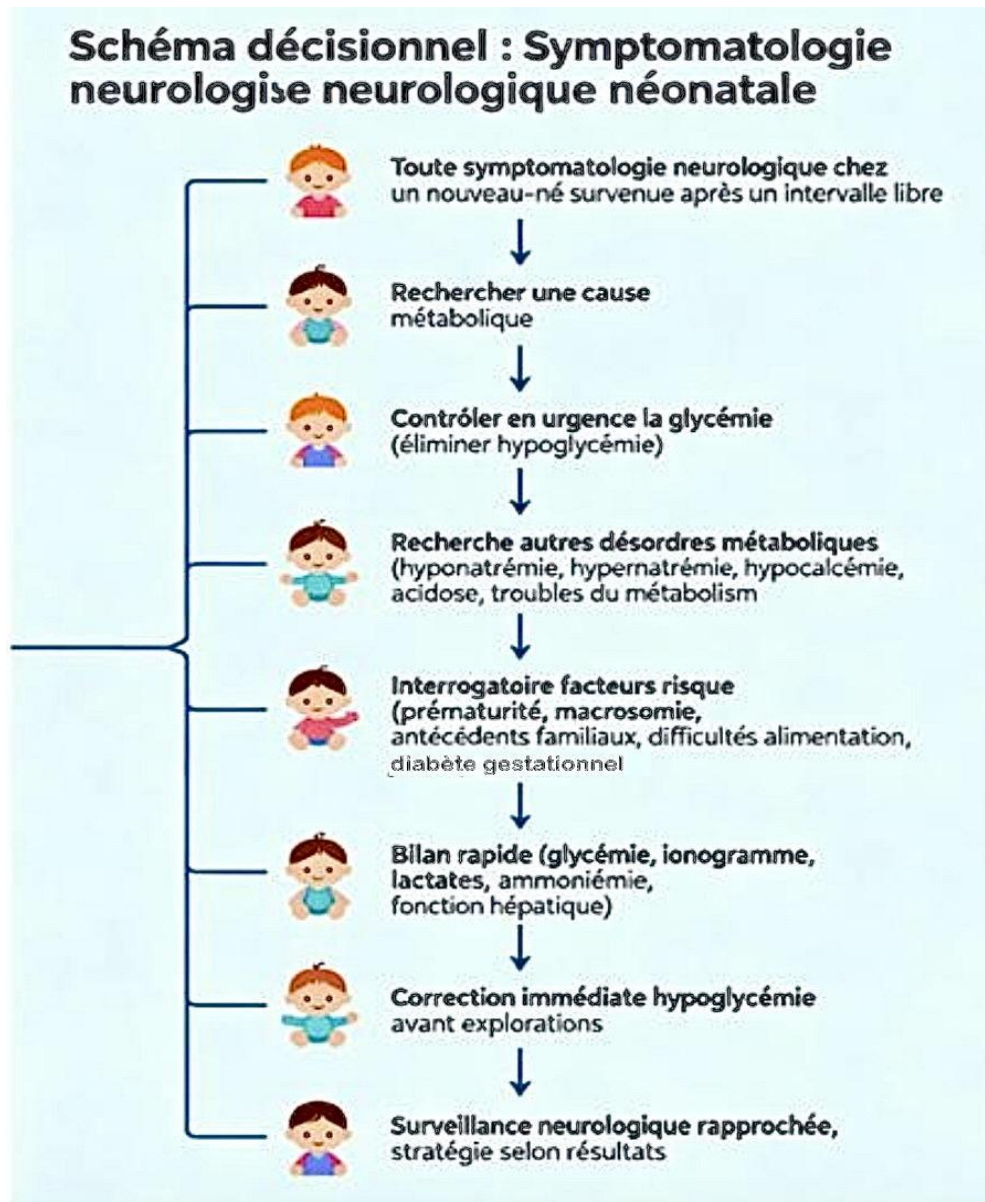


Tableau synthétique :

Étape/Action	Conduite / Justification	Points essentiels à retenir
Symptômes neurologiques après intervalle libre	Survenue de convulsions, hypotonie, troubles vigilance sans cause infectieuse ou traumatique	Cinq « R » : Retarder l'enquête étiologique, Retrouver la cause, Réagir vite, Réduire le risque de séquelles, Référer tôt
Contrôle de la glycémie	Prélèvement capillaire/sanguin en urgence, corriger si <0,4 g/L (<2,2 mmol/L)	L'hypoglycémie est la cause métabolique la plus fréquente, sa correction est prioritaire
Recherche métabolique élargie	Ionogramme, lactates, ammoniémie, bilan hépatique selon contexte	D'autres causes coexistent (troubles électrolytiques, erreurs innées du métabolisme)
Correction immédiate	Apport IV de glucose (bolus + nuit, adaptation selon l'évolution)	Correction rapide indispensable : le pronostic neurologique peut être sauvé à ce stade
Interrogatoire circonstanciel	Contexte de jeûne, difficultés alimentaires, antécédents familiaux de maladie métabolique	Distinguer contexte à risque (prématurité, macrosomie, allaitement difficile, jeûne prolongé)
Prise en charge spécialisée	Suivi neurologique et biologique, avis neuropédiatrie/métabolique si cause non évidente	Rapidité de prise en charge = diminution du risque de séquelles et d'évolutivité sur l'EEG

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN PNEUMOLOGIE :

I. Asthme : (7)

- Réflexe 1 :


Devant des épisodes récurrents de dyspnée expiratoire : penser asthme

- Réflexe 2 :

Tout ce qui siffle n'est pas forcément un asthme

Schéma clinique :

Dyspnée expiratoire récurrente avec sibilants réversibles sous bronchodilatateurs chez un enfant atypique : penser à un asthme



- ◆ Vérifier facteurs atopiques (eczéma, rhinite, asthme famille)
- ◆ Interroger fréquence, nature, déclencheurs (effort, virus, allergène)
- ◆ Confirmer réversibilité bronchodilatateurs
- ◆ Exclure diagnostics différentiels (corps étranger, malformation, mucoviscidose, cardiopathie)
- ◆ Bilan allergologique et explorations fonctionnelles respiratoires
- ◆ Évaluer gravité et contrôle asthme

Tableaux synthétiques :

Critère	Interrogatoire ou Examen	Justification
Épisodes de dyspnée + sibilants bilatéraux	Symptômes récurrents	Favorise le diagnostic positif d'asthme
Atopie familiale ou personnelle	Antécédents, enquête allergique	Terrain prédisposant, 80% des asthmatiques enfants
Réversibilité des symptômes	Test bronchodilatateur	Critère cardinal du diagnostic positif d'asthme
Exclusion autres pathologies	Radio thoracique, EFR	Enlever diagnostic différentiel et rechercher complications
Bilan allergologique	Prick-tests, IgE	Identifier les allergènes responsables et adapter le traitement
Suivi régulier	Contrôle clinique, spirométrie	Évaluer l'évolution et adapter prise en charge

II. Coqueluche : (8)

- Réflexe :

Devant des quintes de toux paroxystiques avec cyanose, entrecoupées de périodes asymptomatiques, il faut suspecter une coqueluche

Schéma clinique :

**Quintes de toux paroxystiques
chez enfant avec cyanose,
périodes asymptomatiques :
suspecter coqueluche**

↓

- Interrogatoire nature quintes (paroxysmes, sifflement, chant du coq)
- Vérifier cyanose/apnées pendant la toux
- Noter alternance asymptomatique
- Rechercher tousseur entourage (adulte/fratrie)
- Effectuer prélèvement PCR Bordetella/culture nasopharyngée
- Évaluer vaccination et prophylaxie entourage et patient

Le tableau synthétique :

Critère clinique	Actions / Examens	Justification et points clés
Quintes de toux paroxystiques + cyanose	Interrogatoire ; observation de la toux	Présentation typique de la coqueluche, entrecoupée d'accalmies
Reprise inspiratoire bruyante ("chant du coq")	Recherche à l'auscultation ou anamnèse	Signe spécifique, évocateur, mais non constant
Contact avec cas de coqueluche	Interrogatoire sur entourage	Favorise diagnostic en cas de transmission familiale ou communautaire
Statut vaccinal incomplet, âge < 6 mois	Vérification carnet de vaccination	Nourrisson particulièrement à risque
Toux atypique persistante > 2 semaines	Surveillance, exclusion autres causes	Durée de toux anormalement longue pour une infection virale courante
Confirmation biologique (PCR Bordetella, culture nasale)	Prélèvement nasopharyngé	Précise le diagnostic, permet la déclaration et la prophylaxie
Complications : apnées, cyanose, vomissements, déshydratation	Surveillance hospitalière selon gravité	Indique la nécessité d'une prise en charge spécialisée

SIGNE DE GRAVITÉ :

- L'âge : nourrisson jeune (surtout < 2-3 mois), avec un risque élevé d'hospitalisation, de passage en réanimation et de décès.
- La sévérité des quintes de toux : apnées, cyanose, bradycardies, difficulté à s'alimenter, altération générale nécessitant hospitalisation

III. Bronchiolite aiguë du nourrisson : (9)

- Réflexe 1 :

Tout premier épisode de gêne respiratoire survenant après une rhinite chez un nourrisson de moins de 12 mois doit faire évoquer une bronchiolite.

- Réflexe 2 :

En cas de nez bouché, faire une désobstruction nasale

Schéma clinique :

Premier épisode de gêne respiratoire après une rhinite chez nourrisson <12 mois : évoquer bronchiolite

- **Rechercher les signes respiratoires** (polypnée, sibilants, tirage, geignement, cyanose) après rhinite 
- **Noter l'âge** <12 mois, premier épisode, absence d'atopie/antécédents respiratoires 
- **Évaluer sévérité** : lutte, apnées, troubles alimentaires/hydratation, altération état général, SpO2<92% 
- **Diagnostic clinique privilégié** : aucun test viro/radio systématique sauf doute 
- **Surveillance rapprochée**, hospitalisation selon gravité, soins de support (désobstruction, hydratation, oxygène) 



Tableau synthétique :

Critère diagnostique	Action à mener	Justification scientifique
Premier épisode de gêne respiratoire post-rhinite	Interrogatoire, contexte épidémique	Critère majeur pour bronchiolite aiguë
Âge < 12 mois, absence d'atopie	Noter âge, vérifier antécédents familiaux	Correspond au groupe à risque principal
Polypnée, tirage, sibilants, râles crépitants	Examen clinique complet	Sémiologie typique, exclusion de pneumonies et autres causes
Evaluation de la sévérité	Vérifier apnées, cyanose, troubles alimentaires, SpO ₂	Prioriser hospitalisation ou surveillance renforcée
Diagnostic clinique, pas de tests viraux systématiques	Limiter examens complémentaires sauf cas atypiques	Recommandations HAS et consensus scientifique
Soins de support, surveillance	Désobstruction nasale, apport hydrique, oxygène si besoin	Prise en charge médicale validée

IV. Inhalation de corps étranger :(10)

- Réflexe 1 :

Tout syndrome de pénétration impose la réalisation d'une bronchoscopie

- Réflexe 2 :

Une radiographie thoracique normale n'élimine jamais le diagnostique

Schéma clinique :

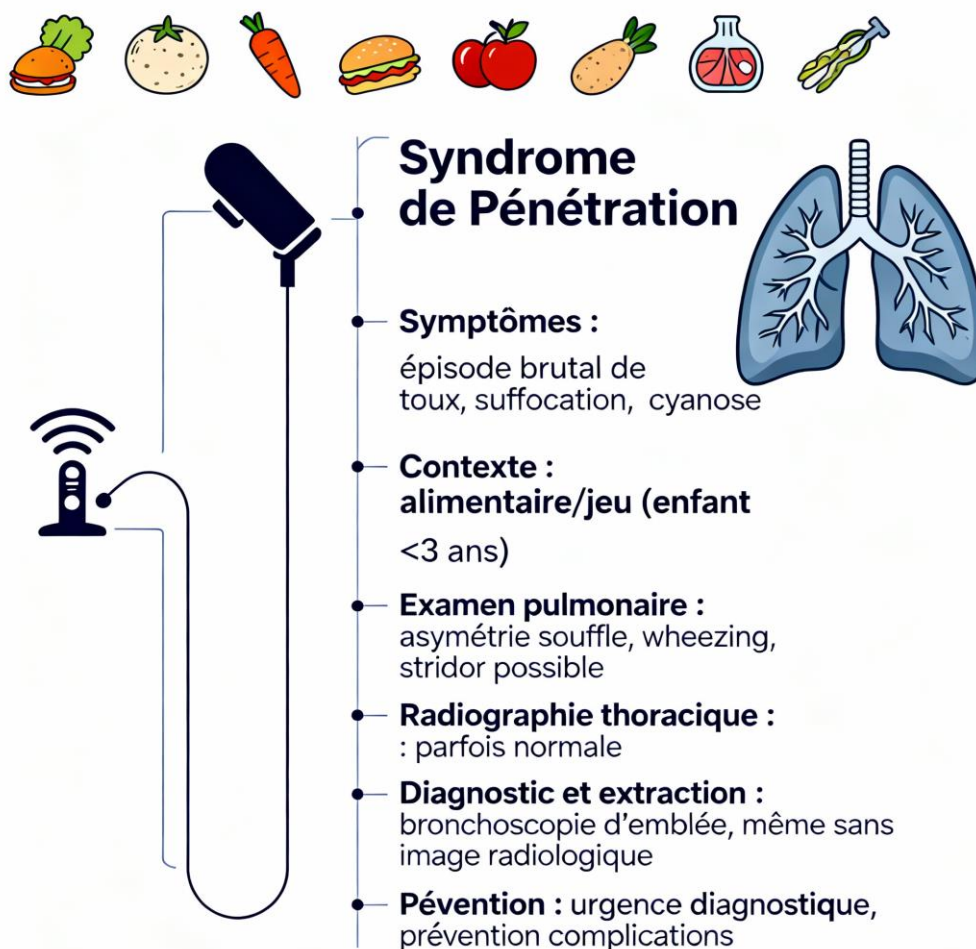


Tableau synthétique :

Situation clinique	Démarche pratique
Épisode brutal de toux, suffocation, cyanose (syndrome de pénétration)	Penser immédiatement à l'inhalation d'un corps étranger
Contexte alimentaire ou de jeu, enfant <3 ans	Interroger l'entourage pour retrouver un épisode témoin
Examen pulmonaire (asymétrie, wheezing, stridor possible)	Radiographie thoracique systématique (peut être normale)
Fort soupçon, même sans preuve radiologique	Bronchoscopie en urgence pour extraction et confirmation
Diagnostic différentiel (pneumonie traînante, asthme, toux rebelle)	Toujours réévaluer le terrain et envisager l'endoscopie si doute
Objectif	Rapidité du geste : prévention complications graves (abcès, atélectasie, décès)

IV. Détresse respiratoire du nourrisson :(1)

- Réflexe 1 :

Toute détresse respiratoire fébrile chez un nourrisson doit faire évoquer une staphylococcie pleuro-pulmonaire

- Réflexe 2 :

Ne pas oublier de rechercher les signes de gravités

Schéma clinique :

Staphylococcie pleuro-pulmonaire du nourrisson


Signes cliniques

- Détresse respiratoire fébrile, début brutal
- Altération majeure état général (anorexie, amaigrissement, asthénie, teint gris)
- Polypnée, signes de lutte, geignement, cyanose
- Toux sèche ou productive, tachypnée, râles ou souffle tubaire, douleur thoracique possible
- Troubles digestifs




Critères de gravité

- Hypoxie
- Mauvaise tolérance alimentaire
- Déshydratation
- Évolution rapide
- Aspect toxique



Confirmation diagnostique

- Radiographie (épanchement, pyothorax, pneumothorax, abcès)



Prise en charge urgente

- Drainage
- Antibiothérapie IV
- Hospitalisation







Tableau synthétique :

Critère	Détail/Manifestation clinique
Terrain	Nourrisson (<3 ans), antécédent de malnutrition, infection cutanée
Début	Brutal, avec fièvre >39°C, évolution rapide
Symptômes généraux	Etat toxique, altération majeure, teint gris, asthénie, anorexie, déshydratation
Symptômes respiratoires	Détresse respiratoire (polypnée, tirage, cyanose), toux sèche ou productive, geignement
Symptômes digestifs	Vomissements, diarrhée, ballonnement abdominal, refus alimentaire
Critères de gravité	Trouble de conscience, SpO2 <92%, désaturation rapide, signes de lutte importants, mauvaise tolérance hémodynamique
Radiologie	Épanchement pleural, abcès, pneumothorax, poumon blanc, atélectasie
Prise en charge	Hospitalisation immédiate, antibiothérapie IV, drainage pleural si besoin, surveillance rapprochée

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN CARDIOLOGIE :

I. Hypertension artérielle chez l'enfant : (11)

- Réflexe 1 :

La prise de la tension artérielle est systématique lors de tout examen clinique

- Réflexe 2 :

Toute hypertension artérielle chez l'enfant doit motiver une recherche d'étiologie organique

Schéma clinique :

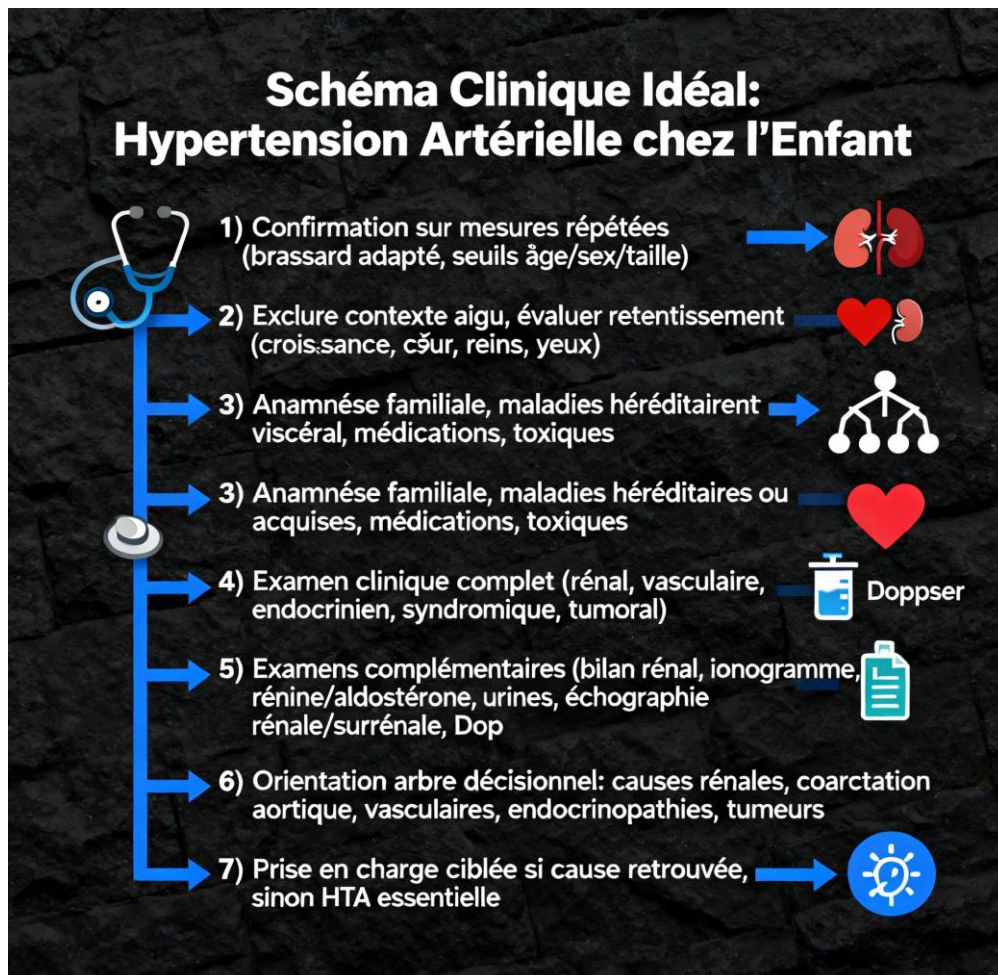


Tableau synthétique :

Étape clé	Points essentiels à rechercher
1. Diagnostic positif	Symptômes (céphalées, vomissements, troubles de la croissance, épistaxis, troubles visuels.) Brassard adapté, valeurs selon âge/taille, répétitions, centiles VALEUR NORMAL : 1-5 ans : environ 95-105 / 55-70 mmHg. 6-12 ans : environ 100-115 / 60-75 mmHg. ≥ 13 ans : on se rapproche de l'adulte, une PA < 120/80 mmHg
2. Recherche d'organicité	Toujours éliminer une cause secondaire avant de conclure à une HTA essentielle
3. Causes rénales	Glomérulonéphrite, polykystose, néphropathie héréditaire, obstruction urinaire, cicatrice rénale, transplantation rénale
4. Causes vasculaires	Coarctation de l'aorte, dysplasie fibromusculaire, syndrome de Williams-Beuren, aortite de Takayasu, atrésie des vx rénaux
5. Causes endocriniennes	Hyperaldostéronisme, phéochromocytome, pathologies thyroïdiennes
6. Causes tumorales	Neuroblastome, néphroblastome, tumeur sécrétante de rénine, compressions
7. Causes rares/syndromiques	Maladies génétiques, neuro ectodermiques, syndromes poly malformatifs
8. Bilan biologique et imagerie	Fonction rénale, ionogramme, rénine/aldostérone, échographie abdo/surrénale, Doppler, scanner/IRM selon la suspicion clinique
9. Surveillance/prise en charge	Selon la cause retrouvée, traitement adapté ; si HTA essentielle : contrôle des facteurs de risque

II. Endocardite d'Osler chez l'enfant : (12)

- Réflexe :

Devant une fièvre prolongée + souffle, il faut évoquer l'endocardite d'Osler

Schéma clinique :

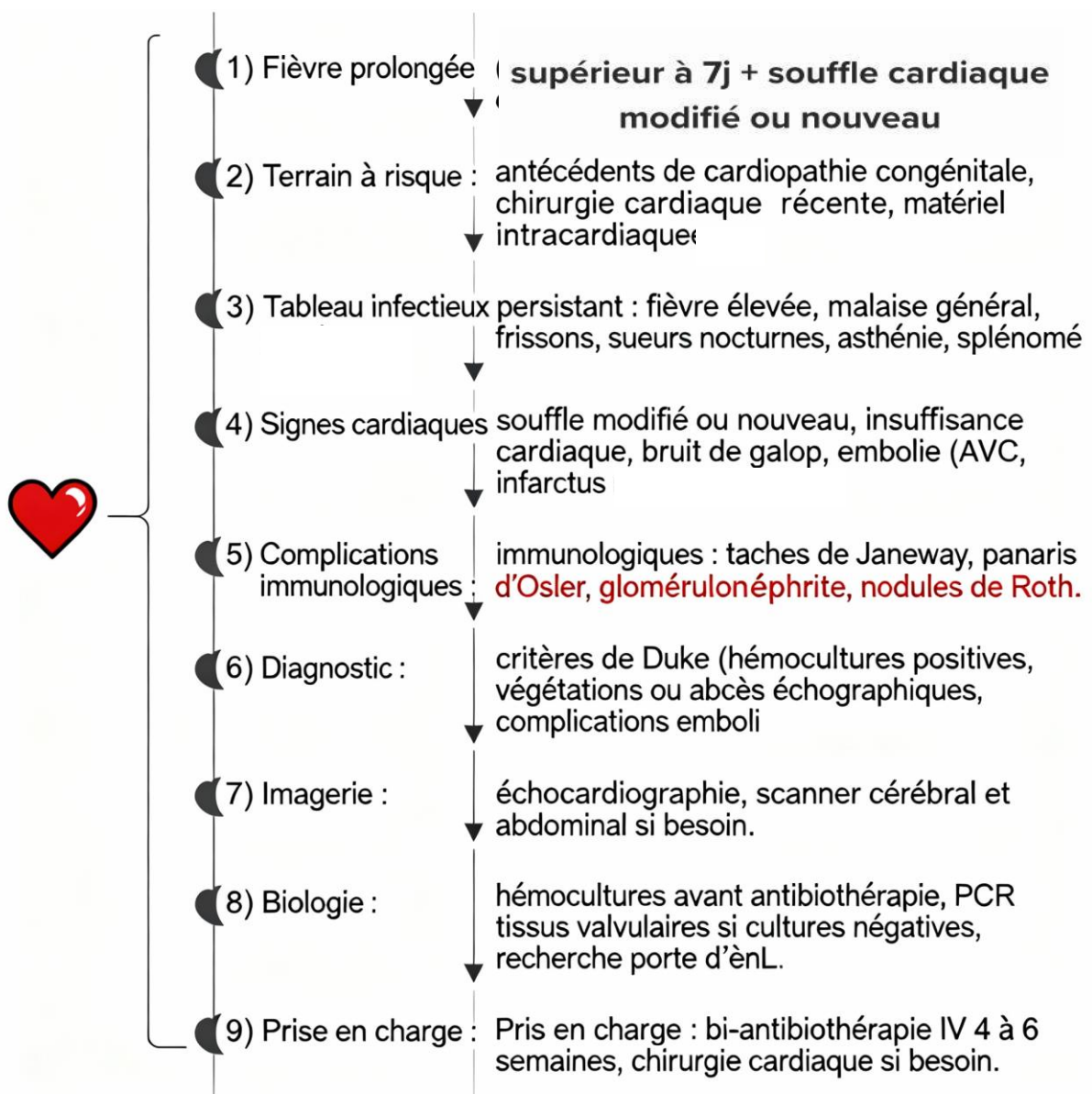


Tableau synthétique :

ÉLÉMENT CLÉ	À RECHERCHER/EXAMINER	CONDUITE À TENIR
Terrain à risque	Cardiopathie congénitale, chirurgie cardiaque récente, matériel intracardiaque, shunt, valvulopathie	Hospitalisation, surveillance rapprochée, bilan complet
Fièvre prolongée (> 7 jours)	Fièvre persistante, asthénie, frissons, altération de l'état général, sueurs nocturnes, splénomégalie, éruption cutanée	Prélèvements bactériologiques, hémocultures multiples
Souffle cardiaque modifié/nouveau	Apparition ou modification du souffle, bruit de galop, signes d'insuffisance cardiaque, manifestations emboliques	Échocardiographie d'urgence, ECG, bilan cardiaque complet
Complications immunologiques	Tâches de Janeway, panaris d'Osler, glomérulonéphrite, nodules de Roth oculaires	Bilan immunologique, consultation néphrologique/dermatologique selon les cas
Diagnostic	Critères de Duke (hémocultures, échographie cardiaque, complications emboliques/immunologiques)	Confirmation microbiologique et échographique, rédaction du dossier d'endocardite
Imagerie complémentaire	Échocardiographie transthoracique/Trans œsophagienne, scanner cérébral et abdominal si complications	Programmer les examens selon le contexte clinique
Biologie	Hémocultures avant antibiothérapie, PCR sur tissus valvulaires si cultures négatives, recherche porte d'entrée (dentaire, cutanée, ORL)	Antibiothérapie probabiliste après prélèvements, adaptation après antibiogramme et discussion avec infectiologue
Prise en charge	Bi-antibiothérapie IV (4 à 6 semaines), chirurgie cardiaque si échec ou complications sévères	Mise en route d'un traitement antibiotique adapté, suivi multidisciplinaire, indication chirurgicale à discuter

III. cardiopathie congénitale : (13)

- Réflexe 1 :

Devant toute cyanose persistante, penser à une cardiopathie congénitale

- Réflexe 2 :

Toute cyanose du nouveau né doit faire éliminer une cardiopathie cyanogène : faire test d'hyperoxie

Schéma clinique :

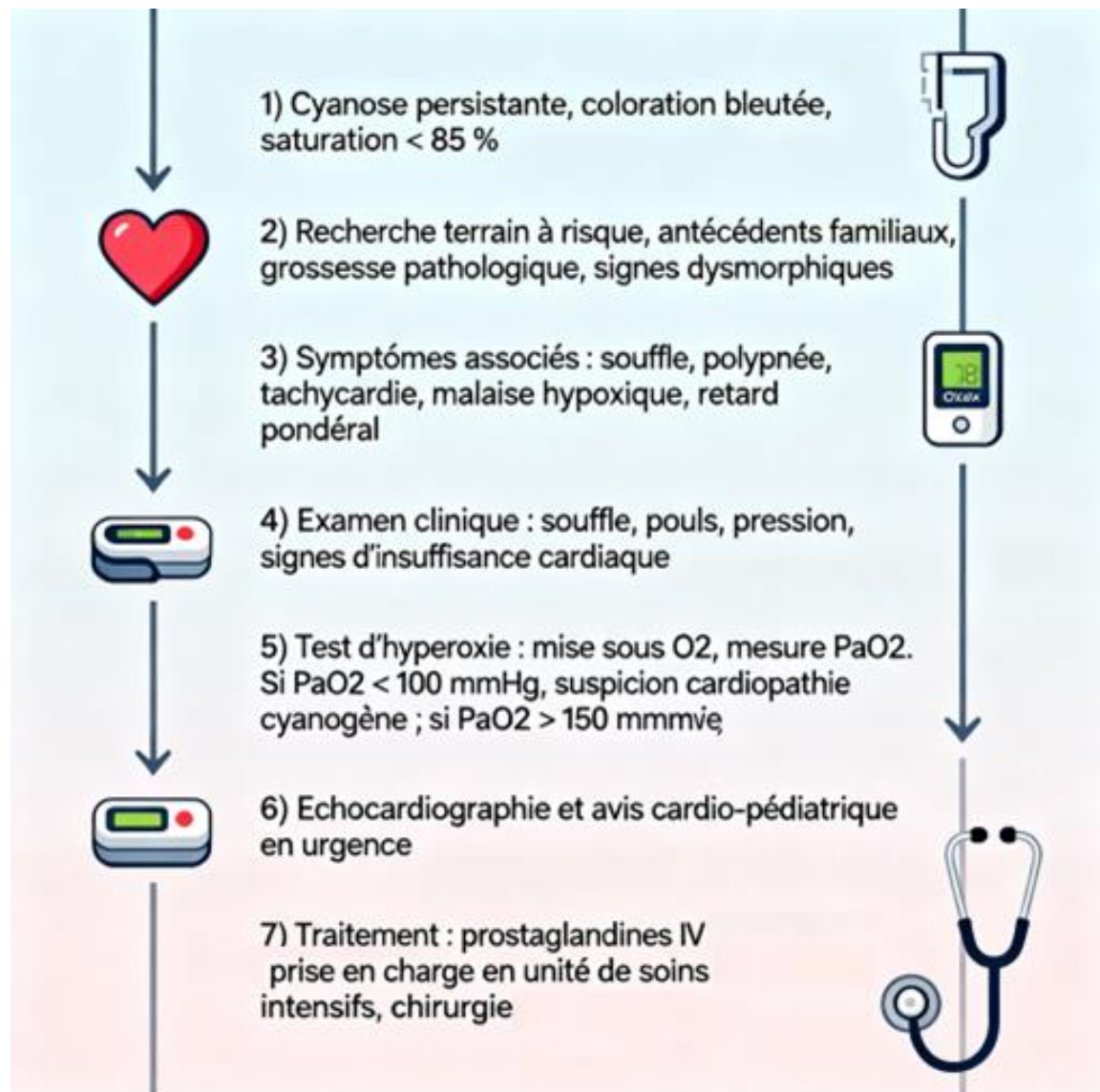


Tableau synthétique :

Élément essentiel	Points à rechercher/examiner	Conduite à tenir
Cyanose persistante	Coloration bleutée lèvres, extrémités, visible au repos et à l'effort ; saturation < 85%	Hospitaliser en urgence, surveiller la saturation, vérifier hypoxie réfractaire à l'oxygène
Terrain à risque	Antécédents familiaux, pathologies associées, grossesse pathologique, signes dysmorphiques	Rechercher syndrome associé, faire échocardiographie cardiaque
Symptômes associés	Souffle, signes d'insuffisance cardiaque, malaise hypoxique, retard pondéral, polypnée, tachycardie	Bilan cardio-respiratoire complet, radiographie thorax
Examen clinique	Recherche de souffle, pouls périphériques, pression artérielle, signes d'insuffisance cardiaque, hippocratisme digitale	Examiner la courbe statur pondérale, explorer saturation aux membres, examiner le cœur
Test d'hyperoxie	Administrer O ₂ à fort débit, mesurer PaO ₂	PaO ₂ < 100 mmHg orientant vers cardiopathie cyanogène (non-répondant à O ₂) ; PaO ₂ > 150 mmHg éliminer une cardiopathie cyanogène
Diagnostics d'urgence	Cardiopathies cyanogènes fréquentes (tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux, atrésie pulmonaire, retour veineux pulmonaire anormal, ventricule unique)	Demander avis cardio-pédiatrique, échocardiographie en urgence
Traitement	Prostaglandines en IV, prise en charge de l'insuffisance cardiaque, correction chirurgicale selon l'étiologie	Traitement médical spécifique selon la cardiopathie, chirurgie cardiaque si besoin
Suivi et pronostic	Surveillance échographique, suivi multidisciplinaire, prise en charge des complications à distance (arythmies, récurrences)	Programme de suivi long terme et préparation à l'intervention si nécessaire

IV. Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) : (14)

- Réflexe :

Devant toute angine à répétition + arthralgie inflammatoire aiguë : penser à Rhumatisme Articulaire Aigu

Schéma clinique :

Schéma clinique vertical rhumatisme articulaire aigu (RAA) enfant

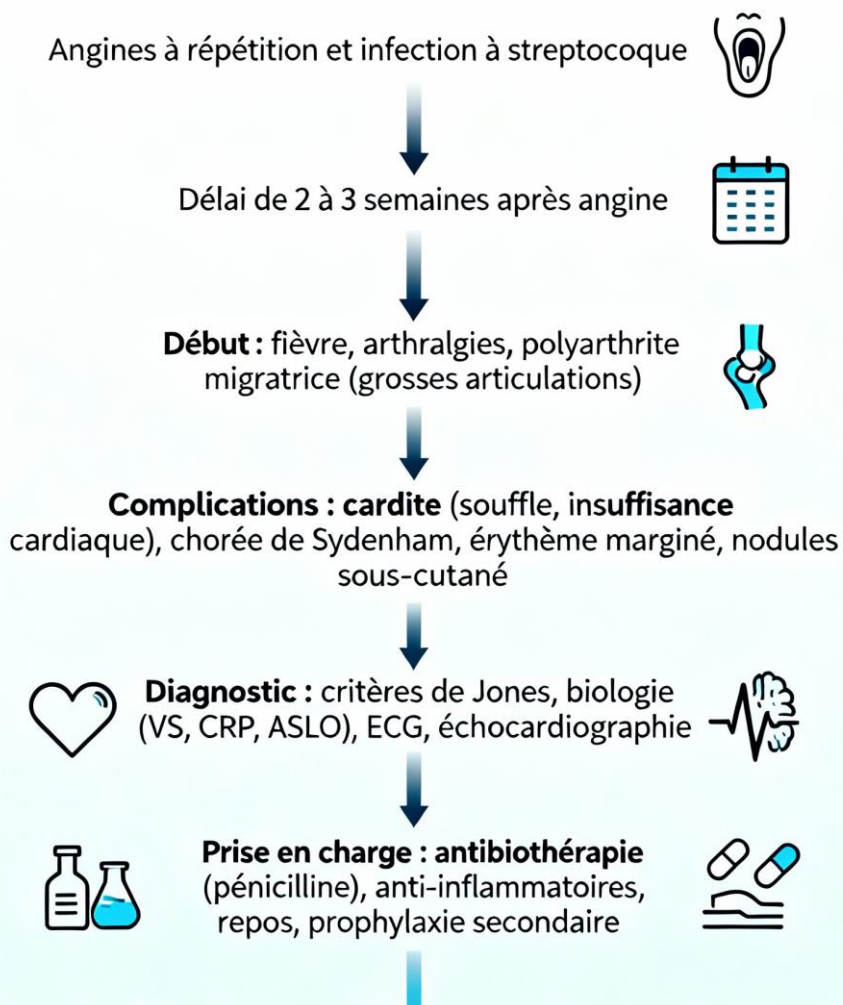


Tableau synthétique :

Élément	Description
Étiologie	Infection streptocoque β -hémolytique groupe A
Population à risque	Enfants 5-15 ans, angines à répétition, zones d'endémie
Période d'incubation	2-3 semaines après pharyngite streptococcique
Symptômes majeurs	Polyarthrite inflammatoire migratrice, cardite, chorée de Sydenham, érythème marginé, nodules sous-cutanés
Symptômes mineurs	Arthralgies, fièvre, augmentation VS/CRP, allongement intervalle PR, fatigue
Diagnostic	Critères de Jones (2 majeurs ou 1 majeur + 2 mineurs + preuve streptococcique)
Examens complémentaires	Echocardiographie, ASLO, anti-DNase B, ECG, biologie inflammatoire
Complications	Insuffisance cardiaque, lésions valvulaires
Traitement	Antibiothérapie (pénicilline) + anti-inflammatoires + repos
Prophylaxie	Antibioprofylaxie prolongée (benzathine-pénicilline)
Pronostic	Bon si traitement précoce et suivi ; risque de séquelles cardiaques

V. Insuffisance cardiaque chez l'enfant :(15)

- Réflexe :

Chez un enfant tachycarde–polypnéique qui présente cliniquement une hépatomégalie : penser à l'insuffisance cardiaque

Schéma clinique :

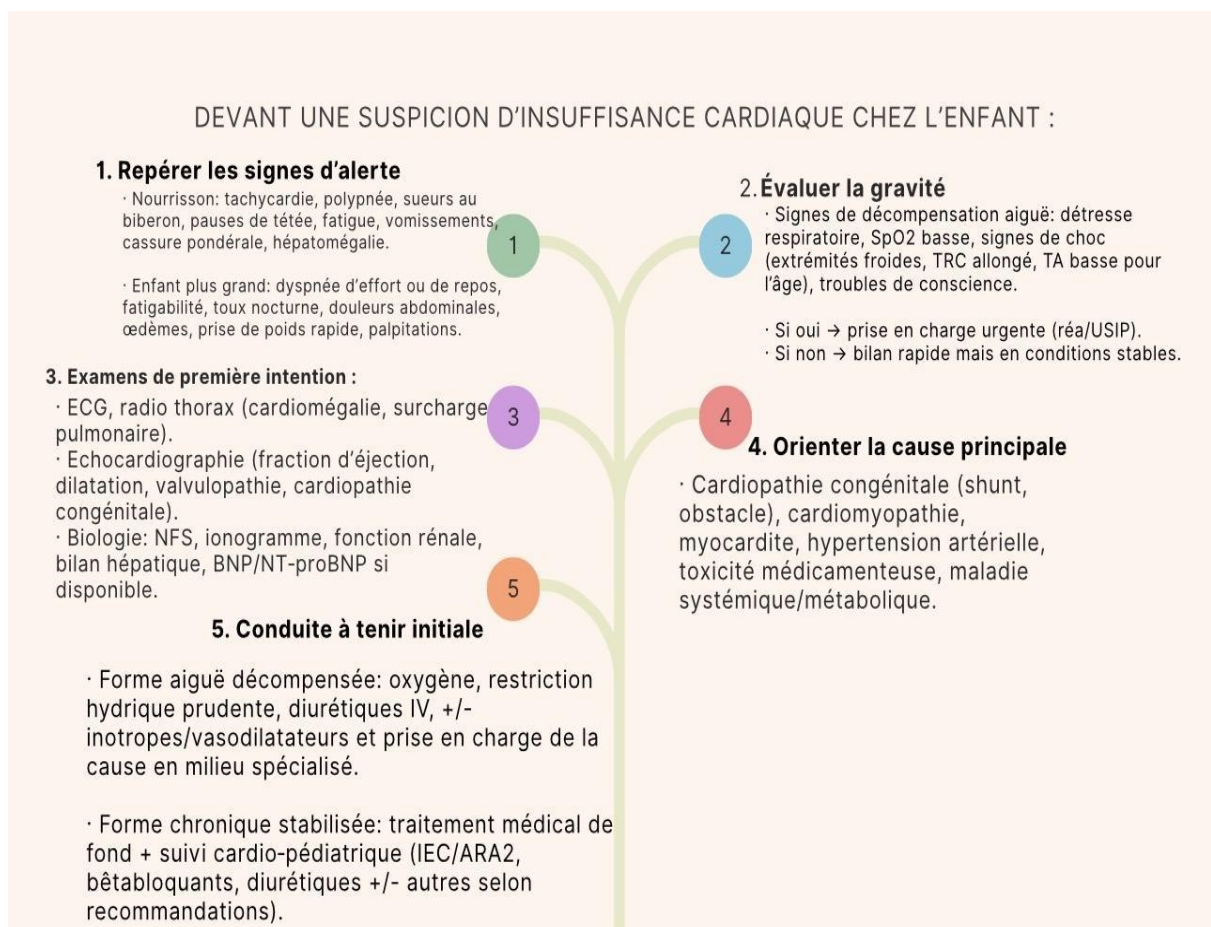


Tableau synthétique :

Étape	Ce que l'étudiant doit faire / retenir
1. Suspecter IC	Nourrisson : polypnée, sueurs au biberon, mauvaise prise de poids, hépatomégalie. Enfant : dyspnée, fatigue, toux nocturne, œdèmes, douleurs abdominales.
2. Vérifier la gravité	Rechercher détresse respiratoire, SpO2 basse, TA basse pour l'âge, extrémités froides, TRC allongé, troubles de conscience → urgence.
3. Examens de base	ECG, radio thorax, écho cardiaque, NFS, ionogramme, créatinine, bilan hépatique, BNP/NT-proBNP si disponible.
4. Chercher la cause	Cardiopathie congénitale, cardiomyopathie, myocardite, HTA, traitements cardiotoniques, maladies systémiques/métaboliques.
5. Traitement aigu	Oxygène, diurétiques IV, limitation apports, +/- inotropes/vasodilatateurs selon écho et avis spécialisé, transfert en cardio-pédiatrie / réa si besoin.
6. Traitement chronique	IEC/ARA2 + bêtabloquant + diurétique (schéma adapté à l'âge et à la cause), éducation des parents (poids, symptômes), suivi cardio-pédiatrique régulier.

VI. La coarctation de l'aorte : (16)

- Réflexe :

Chez tout nouveau-né, la palpation des pouls fémoraux périphériques doit être systématique afin d'éliminer une coarctation de l'aorte

Schéma clinique :

Orientation:
nourrisson ou enfant, suspicion d'une cardiopathie congénitale

Signes cliniques:
hypertension artérielle des membres supérieurs, pouls fémoraux faibles ou absents,

Symptômes:
mauvaise perfusion des membres inférieurs, intolérance à l'effort ou à l'alimentation, pâleur,

Examens à réaliser:
échocardiographie, radiographie thoracique, bilan biologique, angioscanner

Prise en charge:
prostaglandines IV, traitement médical, chirurgie (résection ou élargissement, angioplastie)

Tableau synthétique :

Élément	Détail
Définition	Rétrécissement congénital localisé de l'aorte, le plus souvent au niveau de l'isthme
Terrain	Nouveau-né, nourrisson ou enfant ; parfois diagnostic tardif chez l'adulte jeune
Signes cliniques	HTA des membres supérieurs, pouls fémoraux diminués ou absents, gradient tensionnel bras-jambes, souffle systolique interscapulaire, retard de croissance
Symptômes	Troubles de la perfusion des membres inférieurs, fatigue, claudication, insuffisance cardiaque, choc si forme néonatale sévère
Examens à demander	Échocardiographie (diagnostic de certitude), radiographie thoracique, bilan biologique, scanner ou IRM cardiaque
Prise en charge	Perfusion de prostaglandines en cas de forme critique, traitement médical de l'insuffisance cardiaque, chirurgie cardiaque (résection/anastomose ou angioplastie)
Complications	Insuffisance cardiaque, hypertension persistante, ischémie des membres inférieurs, complications neurologiques

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN NEUROLOGIE :

I. Méningite purulente chez l'enfant : (17)

- Réflexe 1 :

Toute convulsion fébrile chez un nourrisson : éliminer une méningite

- Réflexe 2 :

Toute suspicion d'hypertension intracrânienne(très importante ou secondaire a une tumeur) contre-indique la ponction lombaire

- Réflexe 3 :

Devant tout coma fébrile, il faut éliminer une infection du système nerveux central

- Réflexe 4 :

Le diagnostic de méningite doit être évoqué devant un trouble de comportement dans un contexte fébrile chez un nourrisson

- Réflexe 5 :

Toute méningite à méningocoque impose une chimioprophylaxie de l'entourage

Schéma clinique :

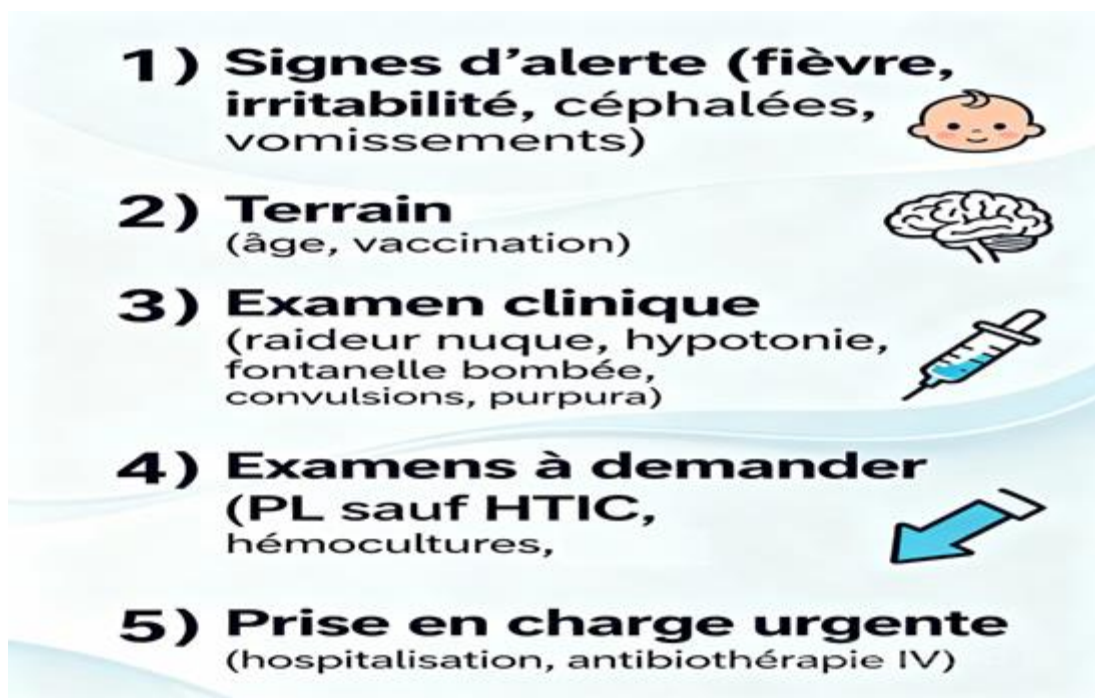


Tableau synthétique :

Élément	Nourrisson (<2 ans)	Enfant (>2 ans)
Points essentiels	Diagnostic difficile : signes atypiques, le classique syndrome méningé est rarement observé	Symptômes classiques, triade fièvre + raideur nuque + céphalées ou troubles de conscience
Signes cliniques	Irritabilité, hypotonie, fontanelle bombée, pleurs plaintifs, extrémités froides, convulsions, refus alimentaire, altération du teint, purpura	Fièvre, céphalées, raideur de la nuque (fréquente), syndrome méningé (Kernig, Brudzinski), troubles de conscience, vomissements, purpura
Examens cliniques	Recherche de troubles neurologiques, hypoactivité, bombement fontanelle, pas toujours raideur nuque	Recherche raideur de la nuque, syndrome méningé, purpura, troubles neurologiques focaux
Examens paracliniques	Ponction lombaire systématique sauf HTIC (signe de focalisation, trouble de l'hémostase, infection au site de ponction) LCR trouble purulent, hémocultures, PCR, NFS, CRP, scanner si HTIC	Ponction lombaire (sauf HTIC), LCR trouble, hémocultures, PCR, NFS, CRP
Signes de gravité	Purpura extensif, état de choc, convulsions persistantes, coma fébrile, troubles neurologiques focaux	Purpura extensif, état de choc, coma, convulsions persistantes, troubles neuro focaux
Réflexes prioritaires	Diagnostic à évoquer même sans raideur nuque ; pense à PL sauf contre-indication	Toute association fièvre + purpura = urgence ; pas de PL si suspicion d'HTIC
Gestes à faire	Hospitalisation en urgence, voie veineuse, PL systématique (sauf HTIC), antibiothérapie IV immédiate (C3G ± van/genta selon germe), corticoïdes, surveillance neurologique continue	Hospitalisation, PL sauf HTIC, antibiothérapie IV immédiate, corticoïdes si pneumocoque/Hib, surveillance neurologique continue
Conduite à tenir	Surveillance continue, transfert réanimation si choc/coma, adaptation du traitement après identification du germe	Surveillance continue, réanimation si gravité, adaptation du traitement, gestion des complications neurologiques et infectieuses

II. Convulsion chez l'enfant : (18)

- Réflexe :

Devant toute convulsions apyrétiques : examiner les urines à l'aide de bandelette urinaire (suspicion de glomérulonéphrite aiguë)

Schéma clinique :

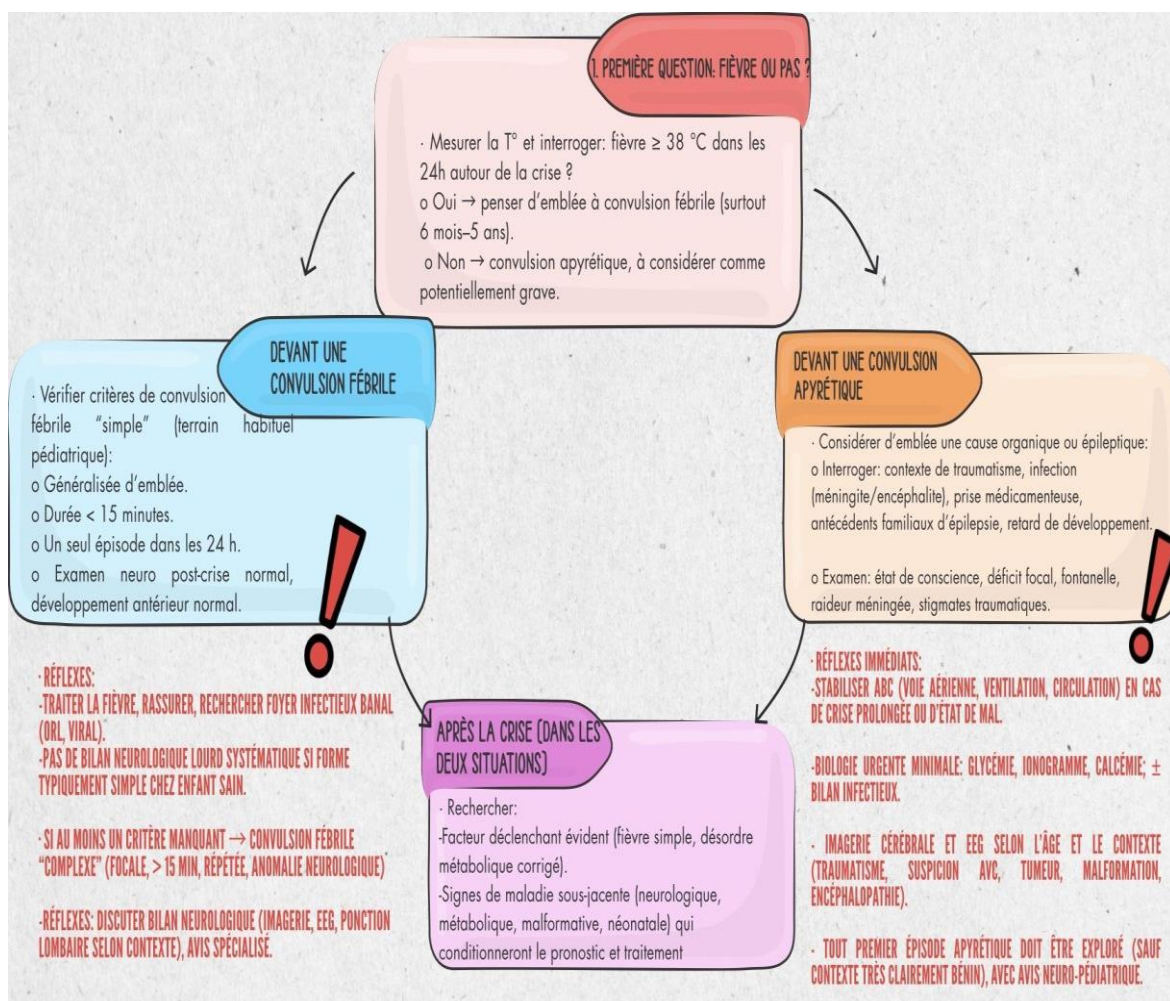


Tableau synthétique :

Situation	Caractéristiques clés (niveau étudiant)	Réflexes de conduite à tenir
Convulsion fébrile simple	Enfant 6 mois-5 ans, crise généralisée, < 15 min, non répétée, examen neurologique normal après, développement normal.	Traiter fièvre, chercher foyer bénin, rassurer parents, pas de bilan neurologique systématique si aucun signe de gravité.
Convulsion fébrile complexe	Focale ou > 15 min ou ≥ 2 crises/24 h ou anomalie neuro / contexte atypique.	Avis spécialisé, discuter PL, EEG, imagerie selon signes ; surveiller et évaluer risque ultérieur d'épilepsie.
Convulsion apyrétique (premier épisode)	Pas de fièvre ; penser lésion cérébrale, métabolique ou épilepsie débutante. Souvent contexte (trauma, infection SNC, antécédents, retard).	Urgence : ABC, glycémie/ionogramme/calcium ; Bilan infectieux si suspicion ; EEG + imagerie (IRM/scan) selon contexte ; avis neuro-pédiatrique quasi systématique.
Convulsions néonatales (apyrétiques)	Expression souvent atypique (trémulations, mouvements oraux, apnées) ; forte valeur de l'EEG pour confirmer le caractère épileptique.	Toute crise néonatale = exploration complète (EEG, imagerie, bilan métabolique/infectieux) et traitement en milieu spécialisé.

III. Poliomyélite : (19)

- Réflexe 1 :

Toute paralysie flasque aiguë des membres inférieurs doit être déclarer comme poliomyélite

- Réflexe 2 :

Devant un trouble de marche aiguë d'origine neurologique : hospitalisation

- Réflexe 3 :

Toute paralysie flasque doit faire éliminer une compression médullaire

- Réflexe 4 :

Diagnostic différentiel : Devant toute impotence fonctionnelle bilatérale symétrique et ascendant : penser au syndrome de Guillain Barré

Schéma clinique :

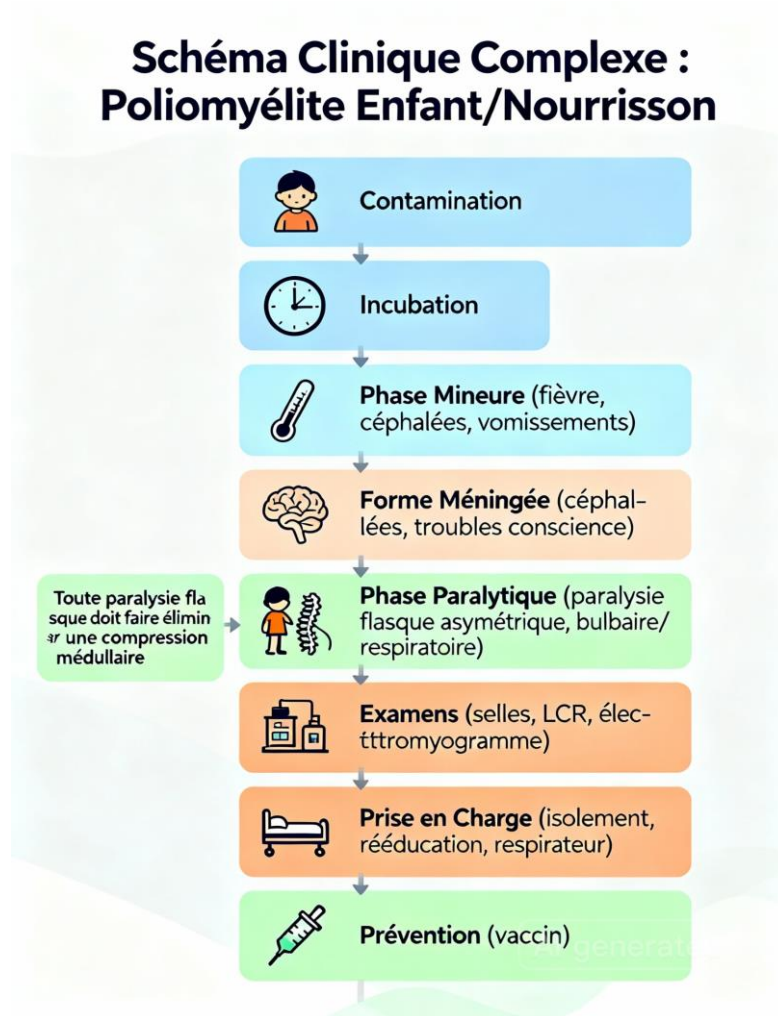


Tableau synthétique :

Catégorie	Description et points essentiels
Définition	Maladie virale neurotrope, à transmission digestive/orale, donnant des formes mineures (asymptomatiques, syndrome grippal) ou majeures (paralytique)
Modes de contagion	Oro-fécale majoritaire, puis oro-orale : aliments, eau contaminée, salive, objets souillés et manque d'hygiène collective ou familiale
Incubation	Incubation silencieuse, durée moyenne de 7-14 jours (parfois jusqu'à 30), passage initial asymptomatique mais contagieux
Formes cliniques	<ul style="list-style-type: none">- Asymptomatique : 90% des cas- Forme mineure (abortive) : fièvre, asthénie, céphalées, myalgies, troubles digestifs- Forme méningée : syndrome méningé franc (céphalées, vomissements, raideur de nuque) sans paralysie- Forme paralytique- Gravité en cas d'atteinte bulbaire, atteinte des muscles respiratoire
Séquelles possibles	Syndrome post-poliomyélitique : faiblesse musculaire, troubles neuromoteurs, atrophie, attitude vicieuse, douleurs séquellaires et trophiques, invalidité
Examens complémentaires	Prélèvements de selles (PCR, culture), LCR (cytochimie, PCR), hémoculture, électromyogramme, scanner/IRM en cas de doute sur l'étiologie
Prise en charge initiale	Isolement, surveillance vitale stricte, antalgiques, rééducation fonctionnelle précoce, support ventilatoire si besoin
Réadaptation	Kinésithérapie, orthopédie fonctionnelle, prévention des attitudes vicieuses, prise en charge pluridisciplinaire (médecin, rééducateur, psychologue, assistant social)
Prévention	Vaccination généralisée (VPI et VPO), campagnes de rattrapage en situation de risque, hygiène individuelle et collective

IV. Hydrocéphalie :(20)

- Réflexe 1 :

Devant toute macrocrairie, bombement des fontanelle ou retard psychomoteur, éliminer une hydrocéphalie

- Réflexe 2 :

La mesure du périmètre crânien et son interprétation sur la courbes de référence est systématique au cours de chaque examen du nourrisson

Schéma clinique :

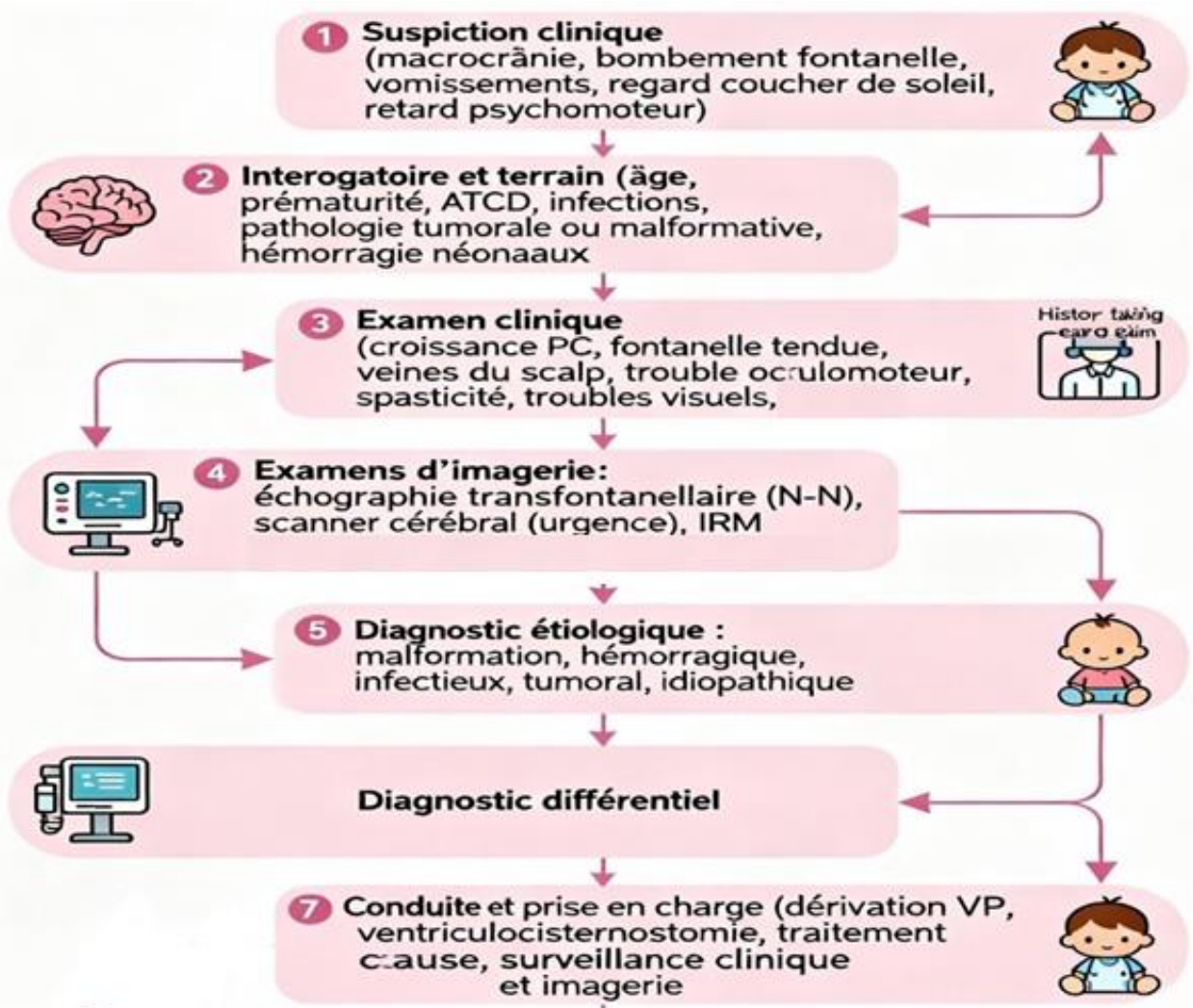


Tableau synthétique :

Élément	Description
Définition	Dilatation active des cavités ventriculaires par déséquilibre production/résorption du liquide céphalorachidien. Constitue une pathologie à risque vital par hypertension intracrânienne et lésions parenchymateuses
Physiopathologie	Production LCS (plexus choroïdes) > résorption (Pacchioni, lymphatiques, gaines nerveuses). Toute anomalie de production, circulation (obstruction : sténose, kyste, tumeur), ou résorption (inflammation, hémorragie) peut causer une hydrocéphalie
Types principaux	<ul style="list-style-type: none"> - Non communicante (obstructive ; sténose aqueduc de Sylvius, tumeurs) - Communicante (trouble de résorption arachnoïdienne post-infectieux/hémorragique) - Hypersécrétion (rare : papillome plexus)
Signes cliniques	<p><2 ans : macrocraînie, fontanelle bombée, irritabilité, vomissements, troubles visuels, veines du scalp apparentes, regard en coucher de soleil, retard psychomoteur.</p> <p>n>2 ans : céphalées matinales, vomissements, spasticité MI, troubles visuels, œdème papillaire, perte acquisitions, diplopie (VI), coma</p>
Imagerie	Echographie transfontanellaire (nouveau-né), scanner cérébral (urgence), IRM (site obstruction, anatomie, évolution, perfusion, suivi), fond d'œil (œdème papillaire)
Etiologies	<ul style="list-style-type: none"> - Nourrisson : malformative (sténose aqueduc, Dandy-Walker, kystes, syndromes génétiques), post-hémorragique, post-méningite, rarement tumeur ou cause veineuse - Enfant : tumeur fosse postérieure/pinéale, craniosténose, post-infectieux, idiopathique
Diagnostics différentiels	Hydrocéphalie externe bénigne, macrocéphalie métabolique (Mucopolysaccharides, aciduries), hématome sous-dural chronique, atrophie cérébrale, syndrome CACH
Traitements	Dérivation ventriculo péritonéale (VP), traitements spécifiques de la cause, surveillance clinique et radiologique régulière
Surveillance	Contrôle clinique (croissance PC, développement), imagerie de suivi, surveillance du drain, recherche de complications (obstruction, infection), consultation ophtalmologique régulière
Complications	Obstruction ou infection de la valve (méningite, abcès), hyperdrainage avec fontanelle creuse, hématome sous-dural, complications vasculaires, troubles endocriniens

V. Myopathie de Duchenne : (21)

- Réflexe :

Devant tout enfant de sexe masculin qui se présente pour difficultés de marche
hypertrophie des mollets en absence des œdèmes : penser à la myopathie de Duchenne

Schéma clinique :

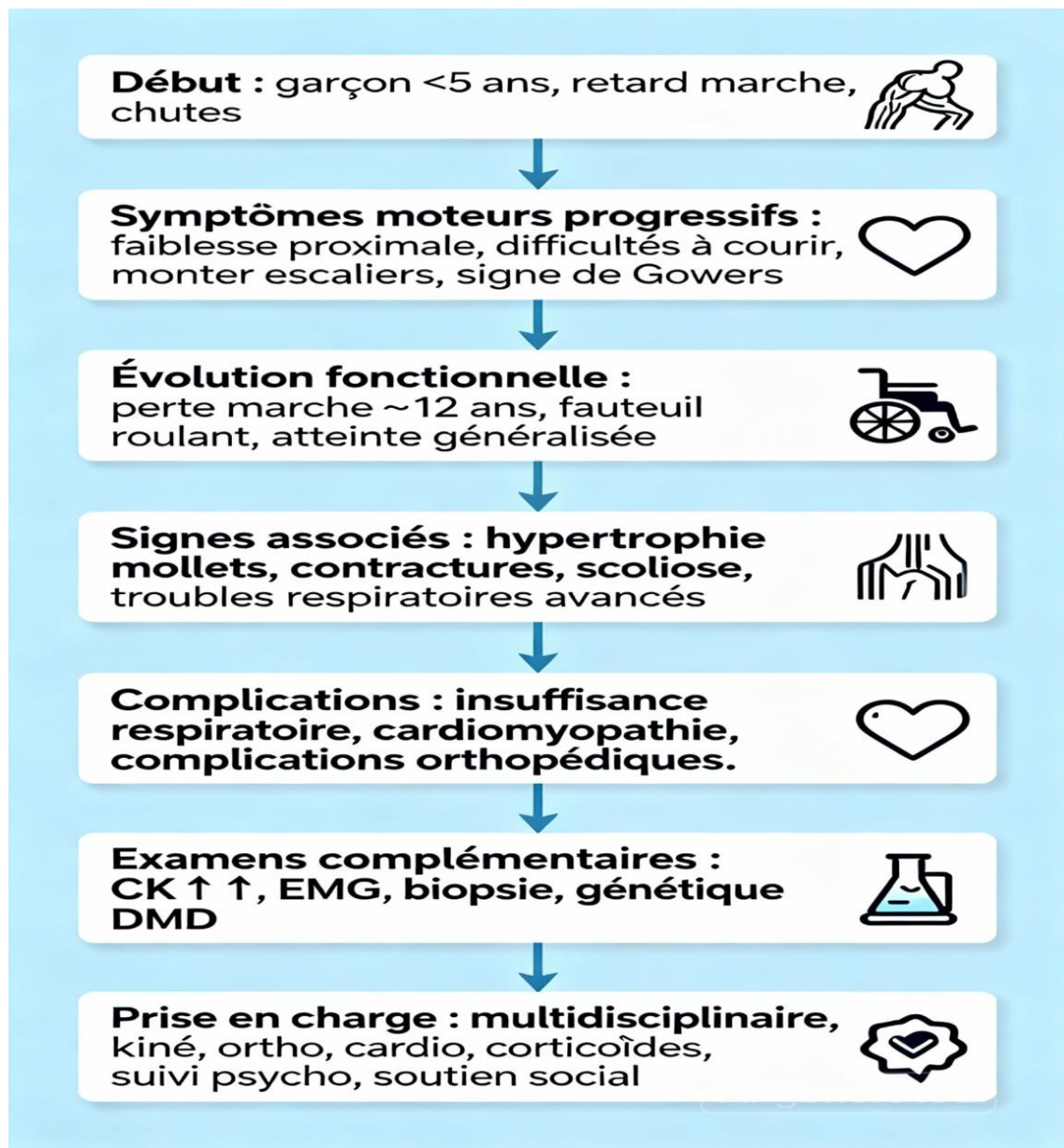


Tableau synthétique :

Élément	Points clés et particularités
Épidémiologie	Maladie génétique, transmission récessive liée à l’X, garçons exclusivement
Gène impliqué	Dystrophine (délétion/duplication du gène DMD)
Début	Petite enfance (<5 ans), retard de motricité, marche, chutes
Manifestations moteurs	Faiblesse progressive, muscles proximaux, Signe de Gower, perte de la marche vers 12 ans
Atteinte musculaire	Axiale et proximale, puis distale, hypertrophie des mollets, contractures, scoliose
Complications	Insuffisance respiratoire, cardiomyopathie dilatée, troubles digestifs, scoliose
Examens diagnostics	Créatine-kinase ↑↑, EMG myopathique, biopsie musculaire, confirmation génétique
Prise en charge	Kinésithérapie intensive, orthopédie (attelles, chirurgie), aide respiratoire, surveillance cardiaque, accompagnement psychologique, prévention des complications orthopédiques / respiratoires
Pronostic	Évolution inexorable; dépendance au fauteuil roulant dès l’adolescence puis insuffisance respiratoire et cardiaque
Prévention	Conseil génétique

VI. Tumeur rachidienne chez l'enfant :(22)

- Réflexe 1 :

Devant syndrome déficitaire moteur/sensitif = éliminer compression médullaire (diagnostic d'urgence)

- Réflexe 2 :

Devant toute douleur rachidienne isolée ; toute paraplégie/hémiplégie d'installation brutale : exploration étiologique (suspicion d'une tumeur rachidienne maligne)

Schéma clinique :

	1) Début douleurs rachidiennes sans traumatisme, refus de la marche, irritabilité, scoliose/torticolis atypique
	2) Symptômes progressifs raideur rachidienne, déformation scoliose, troubles moteurs (chutes, marche instable, sous-instable, sous-utilisation d'un membre),
	3) Signes d'alerte/réflexes douleur rachidienne ou scoliose = IRM obligatoire, syndrome moteur/sensitif = éliminer compression médullaire en urgence contexté
	4) Examens complémentaires IRM médullaire, stigmates utanés, biologie tumorale, bilan d'extension selon contexte
	5) Prise en charge chirurgie adaptée au type, multidisciplinaire, suivi radiologique prolongé, radio/chimio selon extension

Tableau synthétique :

Élément	Points clés, particularités et réflexes à retenir
Épidémiologie	Rare (5-10 % des tumeurs du SNC pédiatrique), âge moyen 8,5 ans
Localisation	Prédominance dorsale/cervicale, lombaire plus rare. Toute scoliose ou torticolis (surtout atypique ou douloureux) impose une IRM vertébro-----médullaire pour éliminer une tumeur !
Sous-types	-Extradurales (neuroblastomes, sarcomes, métastases), -intradurales extra médullaires (kystes dermoïdes, schwannomes, méningiomes), -intramédullaires (astrocytomes, épendymomes, gangliogliomes)
Symptômes	Douleurs rachidiennes isolées, scoliose, déficits moteurs progressifs ou sensitifs, troubles sphinctériens, hydrocéphalie rare. Si syndrome déficitaire progressif, éliminer d'urgence une compression médullaire !
Examens	IRM médullaire systématique à la moindre suspicion clinique
Traitement	Priorité à la chirurgie d'exérèse complète selon le type
Surveillance	Suivi clinique et radiologique prolongé, surtout jusqu'à la fin de la croissance
Pronostic	Dépend de la nature histologique, de la complétude de l'exérèse, du grade tumoral et de la qualité de la prise en charge multidisciplinaire.

Réflexes pédiatriques en Gastro-entéro- hépatologie :

I. Reflux gastro œsophagien chez l'enfant : (23)

- Réflexe 1 :

Devant toute pneumopathie récidivante chez un enfant, il faut éliminer un reflux gastro-œsophagien

- Réflexe 2 :

Devant des vomissements chroniques chez un nourrisson, il faut évoquer le reflux gastro-œsophagien

Schéma clinique :

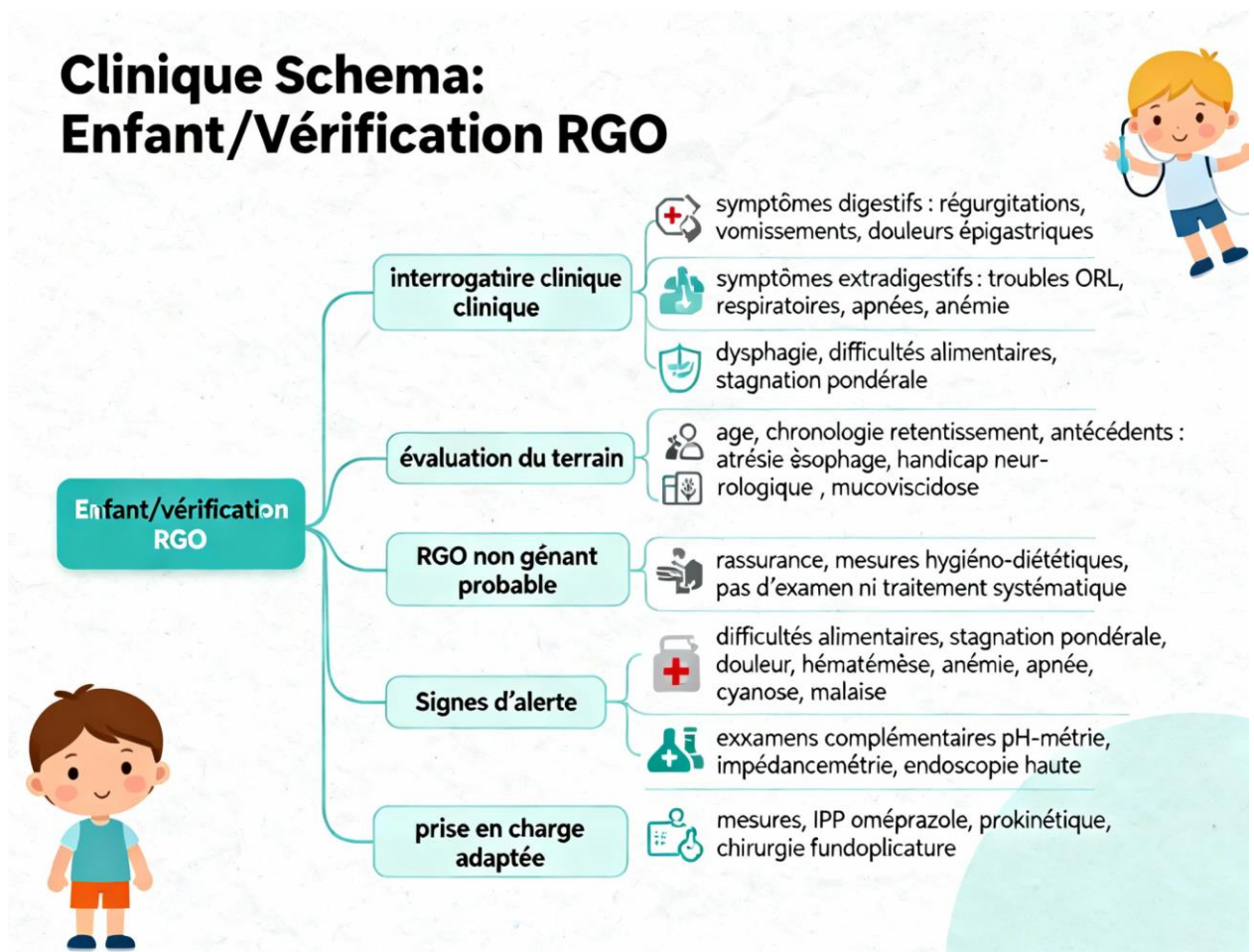


Tableau synthétique :

Réflexe clé	Conduite/démarche
Régurgitations sans trouble croissance (nourrisson)	Rassurer, mesures hygiéno-diététiques, pas de traitement systématique
Vomissements, douleurs persistantes, hématurie, anémie	Rechercher œsophagite (endoscopie haute), bilan complémentaire
Stagnation pondérale, difficultés alimentaires	Suspicion RGO pathologique, avis spécialisé, bilan endoscopique
Troubles respiratoires chroniques, apnées	Penser aux complications extra digestives, orientation ORL/pneumologie
Complication (sténose, endobrachyoœsophage, anémie)	Traitement IPP prolongé, surveillance endoscopique régulière
Échec IPP ou terrain à haut risque	Discussion médicale multidisciplinaire, chirurgie si besoin
Symptômes atypiques/nourrisson polyhandicapé	Adapter la prise en charge, surveiller nutrition et respiration
Pas d'amélioration sous traitements bien conduits	Rechercher diagnostic différentiel (allergie protéine lait de vache, malformation, etc.)

II. les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) : (24)

- Réflexe 1 :

En cas de diarrhée glairosanglante sans cause infectieuse retrouvée penser aux maladies inflammatoires chroniques intestinales

- Réflexe 2 :

Ne pas négliger l'examen périanal pour tout symptôme digestif chronique chez l'enfant : fissure, abcès ou fistule sont très évocateurs de Crohn pédiatrique.

- Réflexe 3 :

Toujours mesurer et tracer poids/taille à chaque consultation d'enfant : la croissance est un marqueur clé de gravité et de contrôle.

Schéma clinique :



Tableau synthétique :

Critères	Maladie de Crohn (MC)	Rectocolite hémorragique (RCH)
Localisation	Tout le tube digestif, atteinte segmentaire et transmurale	Atteinte continue du côlon à partir du rectum
Début type	Douleurs abdominales, diarrhée, perte de poids	Rectorragies, diarrhée chronique, douleurs abdominales
Atteinte périanale	Fréquente : fissures, fistules, abcès (10-30%)	Rare
Atteinte digestive haute	Possible (20-50%)	Rare
Manifestations extra digestives	Fréquentes : arthrite, aphtes, érythème noueux, retard croissance	Présent mais moins fréquentes : arthrites, atteintes cutanées, hépatiques
Retard staturo pondéral	Fréquent : peut précéder les signes digestifs	Rare, plutôt cassure pondérale sur poussée
Aspect endoscopique	Lésions segmentaires, aphtes, ulcérations profondes, fistules	Lésions diffuses et superficielles, muqueuse fragile, saignement facile
Aspect histologique	Granulomes épithélioïdes (spécifiques), inflammation transmurale	Infiltrat inflammatoire superficiel, pas de granulome
Biologie	CRP élevée fréquente, anémie, thrombocytose, ASCA positif	CRP variable, anémie sur hémorragie, pANCA positif
Imagerie	Épaississement mural, complications fistulisantes, sténoses	Épaississement colique homogène, rarement sténose
Evolution	Poussées/rémissions, complications sténosantes/fistulisantes fréquentes	Poussées/rémissions, complications rares, colectomie si résistance
Traitements	Nutrition, corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF, chirurgie possible	Corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF, chirurgie en cas d'échec, AINS

III. La maladie de Hirschsprung : (25)

- Réflexe :

Devant toute constipation chronique chez le nourrisson/enfant → penser à une cause organique, en particulier maladie de Hirschsprung.

Schéma clinique :

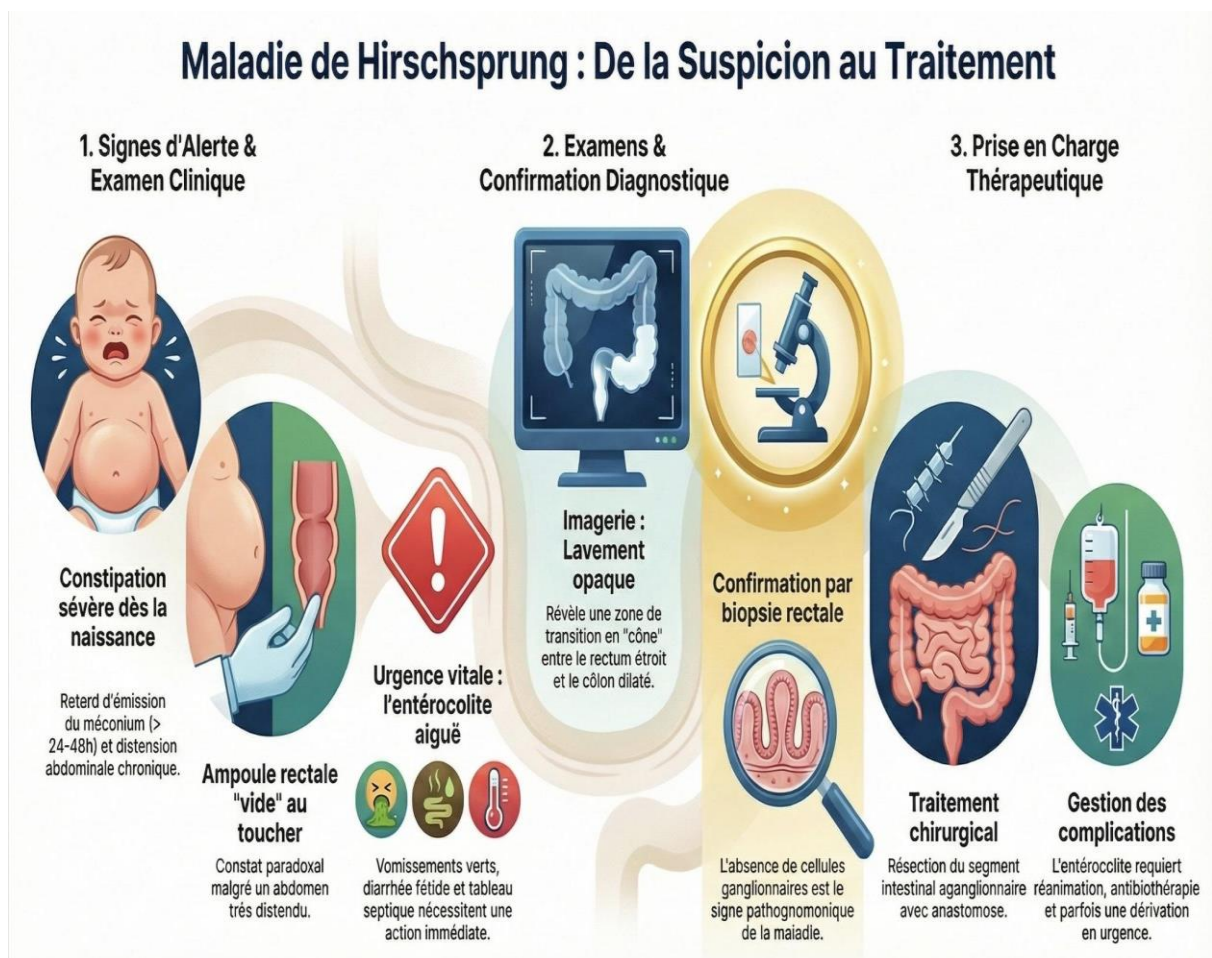


Tableau synthétique

Élément	Points clés pour l'étudiant
Définition	Aganglionose congénitale distale (absence de cellules ganglionnaires sous-muqueuses et myentériques), responsable de mégacôlon au-dessus de la zone atteinte.
Formes anatomiques	Recto sigmoïdienne (≈ 80%), pancolique (8-10%), forme totale grêle + côlon (≈ 1%), forme courte rectale (< 8-10%).
Épidémiologie	Prédominance masculine ; association fréquente avec trisomie 21 et autres malformations.
Clinique néonatale	Occlusion précoce, retard méconial, distension abdominale, vomissements bilieux ; risque d'entéocolite aiguë, pneumopéritoine.
Clinique tardive	Constipation opiniâtre dès la naissance, abdomen ballonné, fécalome, retentissement pondéral ; entéocolite possible chez un enfant plus grand.
TR / examen	Ampoule rectale vide, parfois explosion de gaz/selles après TR ; abdomen distendu, état nutritionnel altéré.
Imagerie	ASP : distension, absence d'air rectal, pneumopéritoine/pneumatose si complication ; lavement opaque : rectum étroit, côlon dilaté, zone de transition typique.
Diagnostic de certitude	Biopsie rectale (Noblett ou chirurgicale) montrant absence de cellules ganglionnaires
Diagnostics différentiels	Iléus méconial (mucoviscidose), bouchon méconial, petit côlon gauche, troubles métaboliques/endocriniens, pseudo obstruction intestinale chronique, autres troubles d'innervation.
Traitement	Stabilisation en cas de complication, dérivation éventuelle ; chirurgie de pull-through en un temps sans colostomie dans la plupart des formes recto sigmoïdiennes et souvent totales.
Pronostic / suivi	Morbidité et mortalité réduites grâce aux techniques actuelles ; nécessité d'un suivi prolongé (croissance, troubles fonctionnels, entéocolites).

IV. Parasitoses digestifs : (26)

- Réflexe 1 :

Devant toute douleur abdominale récurrente, penser aux parasitoses intestinaux (surtout l'oxyurose)

- Réflexe 2 :

Devant toute vulvo vaginite à répétition chez une fille, penser à l'oxyurose

Schéma clinique :

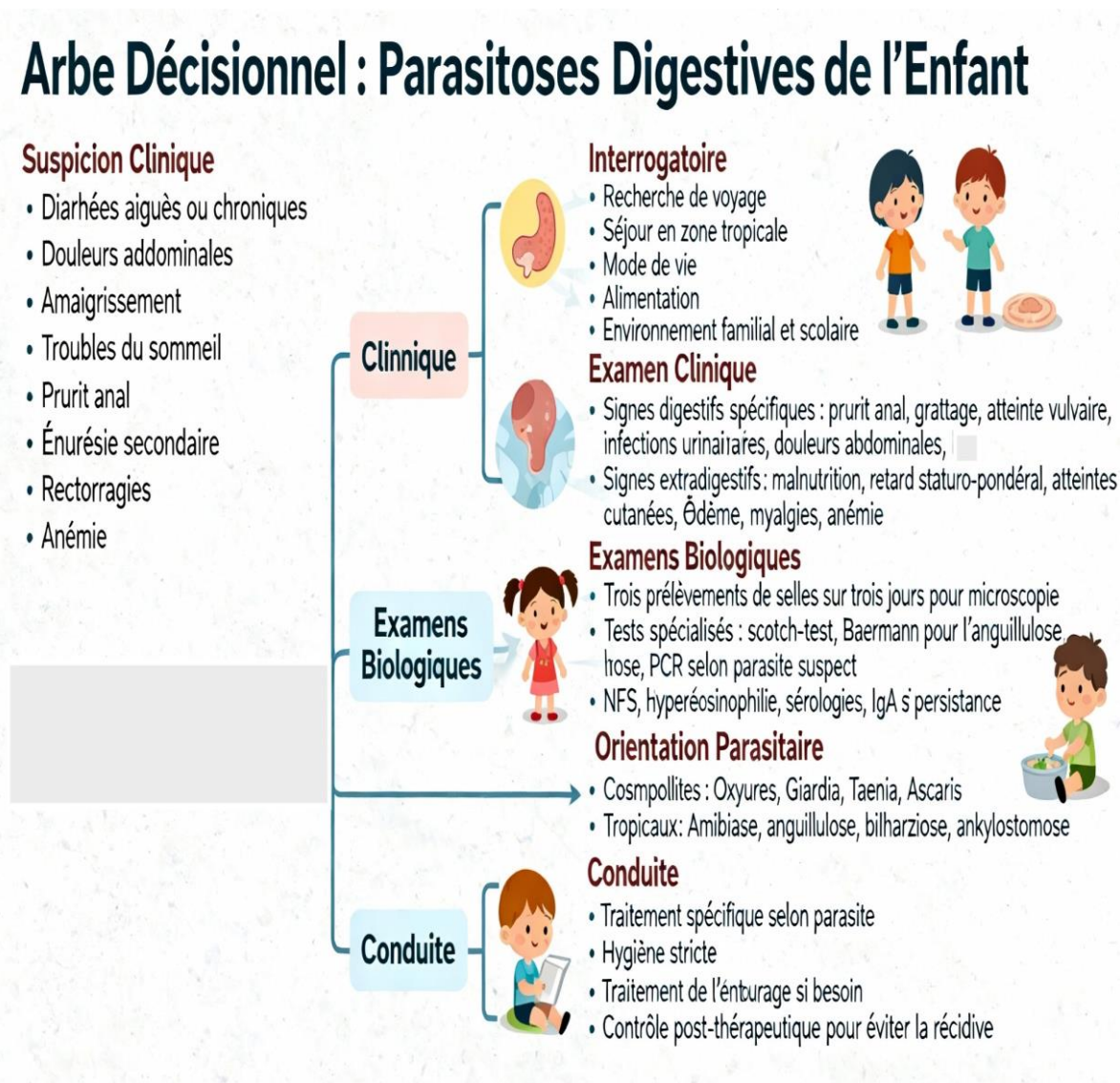


Tableau synthétique :

Parasite	Clinique principale	Diagnostic	Traitement	Réflexes-clés
Oxyurose	Prurit anal nocturne, irritabilité	Scotch-test, macroscopie	Flubendazole, hygiène familiale	Traiter toute la famille
Giardiose	Diarrhée, ballonnements, malabsorption	Microscopie selles, PCR, IgA	Métronidazole, albendazole, contrôle des contacts	Chercher déficit IgA si persistance
Amoebiose	Diarrhée glairo-sanglante, douleurs	Microscopie, PCR selles, sérologie	Métronidazole puis antiamibien de contact	Trois examens à trois jours différent
Taenia	Découverte d'anneaux, troubles digestifs	Observation anneaux, scotch-test, microscopie	Praziquantel, hygiène alimentaire	Bien cuire viande/vérifier agneau/porc
Ascaridiose	Douleurs abdominales, obstruction	Microscopie selles, imagerie	Flubendazole, albendazole, hygiène	Surveiller complications digestives
Anguillulose	Douleurs épisodiques, éruption cutanée	Test Baermann, hyperéosinophilie, sérologie	Ivermectine, albendazole	Hygiène pieds et terrain en zone humide
Ankylostomose	Anémie, diarrhée chronique, ballonnements	Microscopie selles, coproculture, NFS	Albendazole, flubendazole	Prurit au point d'entrée

V. Maladie cœliaque : (27)

- Réflexe 1 :

Nourrisson de > 6 mois avec diarrhée + cassure de la courbe pondérale : penser à la maladie cœliaque

- Réflexe 2 :

Tout retard statural associé à une anémie carencielle rebelle à un traitement bien codifié doit faire rechercher une maladie cœliaque

- Réflexe 3 :

Le diagnostic positif repose sur le dosage d'Ig A total + Ac antitransglutaminase type Ig A + biopsie jéjunale (atrophie villositaire)

Schéma clinique :

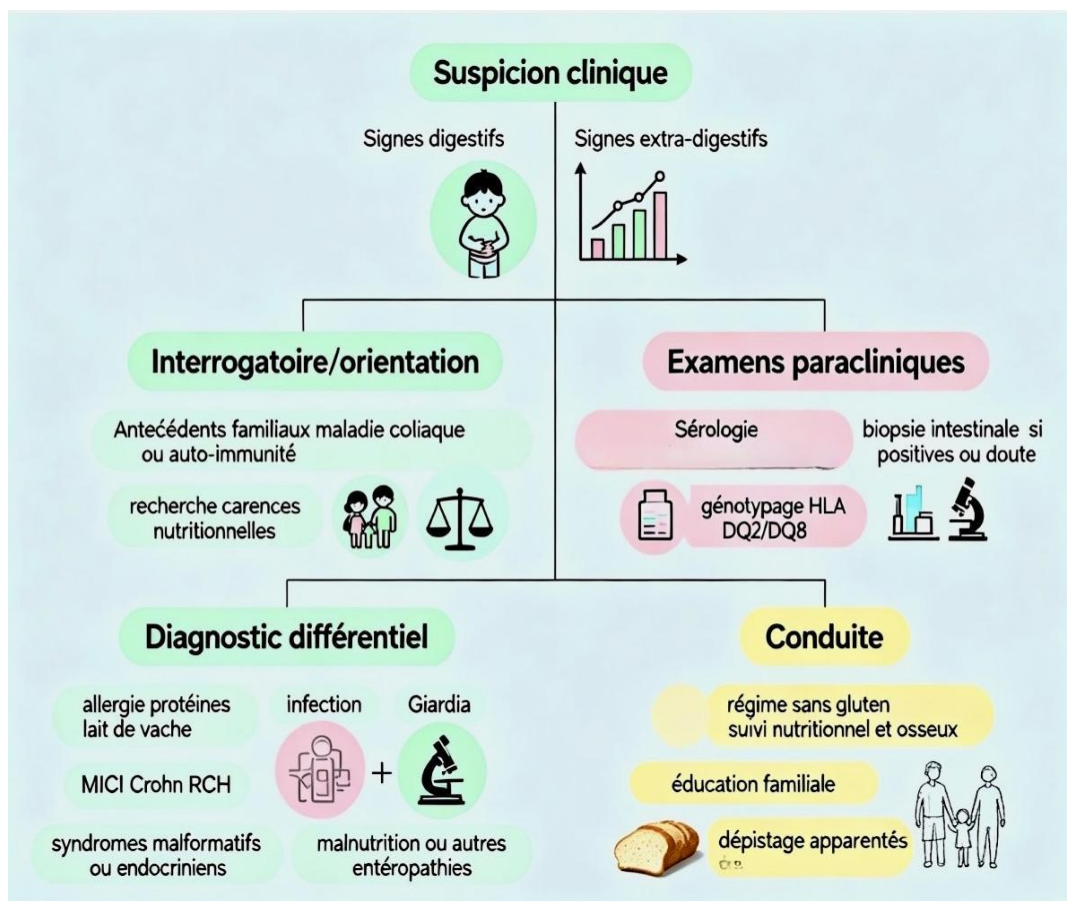


Tableau synthétique :

Étape	Points clés
Suspicion clinique	Diarrhée, constipation rebelle, douleurs abdominales, retard statural, anémie, aphtes, fatigue, manifestations extra-digestives
Interrogatoire	Contexte familial, auto-immunité, puberté, antécédents de fausses carences, trisomie 21, Turner
Examens biologiques	Sérologie anticorps anti transglutaminase type IgA, IgA anti-endomysium, IgA totales, carences en fer/vitamines
Examens morphologiques	Biopsie intestinale (atrophie villositaire, infiltration lymphocytaire)
Diagnostic différentiel	Allergies alimentaires, MICI, Giardia, déficits immunitaires, endocrinopathie, malnutrition
Traitement	Régime strict sans gluten, suppléments, accompagnement nutritionnel et psychologique, suivi régulier
Risques associés	Retard staturo-pondéral, ostéopénie/ostéoporose, autres maladies auto-immunes
Suivi familial	Dépistage recommandé chez les apparentés de premier degré

VI. Diarrhée aiguë chez l'enfant : (28)

- Réflexe 1 :

Toujours rechercher le retentissement : la déshydratation + l'état nutritionnel

- Réflexe 2 :

Soluté de réhydratation orale (SRO) = pierre angulaire du traitement

- Réflexe 3 :

Coproculture non systématique : indication si diarrhée glairo-sanglante, contexte d'épidémie, diarrhée persistante malgré traitement symptomatique

- Réflexe 4 :

Déshabiller l'enfant à la recherche d'anomalie de différenciation sexuelle

- Réflexe 5 :

Rotavirus : cause fréquente d'où l'intérêt de la prévention par vaccination

Schéma clinique :

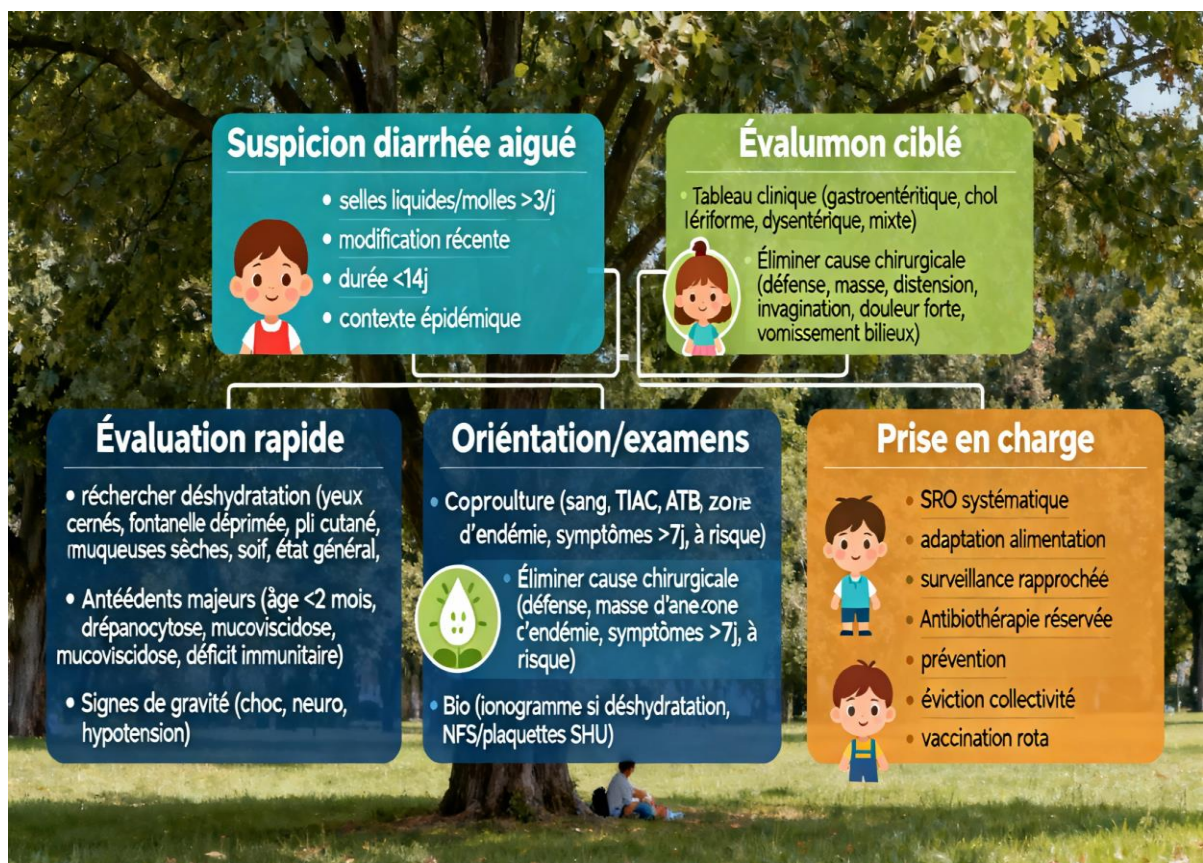


Tableau synthétique :

ÉTAPE / SITUATION	CONTENUS-CLÉS
Suspicion clinique	Diarrhée aiguë : selles liquides/molles > 3/j, modification du transit < 14j
Tableaux cliniques	Gastro Entéritique (vomissements, fièvre modérée), Cholériforme (selles eau de riz), Dysentérique (sang/glaïres, fièvre ++), mixte
Causes fréquentes	Virale (rotavirus, norovirus, adénovirus), bactérienne (Campylobacter, Salmonella, Shigella, E. coli, Yersinia), parasitaire (Giardia, cryptosporidium), non infectieuse (ATB, toxique, allergie)
Facteurs de risque de gravité	< 2 mois, absence allaitement, maladie chronique (drépanocytose, mucoviscidose, déficit immunitaire, MICI), état de choc, dénutrition, contexte familial épidémique
Recherche de signes de déshydratation	-Classe A : Enfant vif, larmes présentes, bouche peu sèche, diurèse normale. -Classe B : Soif ++, bouche sèche, peu de larmes, yeux un peu creux, urine rare. -Classe C : Enfant mou ou somnolent, yeux très creux, pas de larmes, extrémités froides, presque pas d'urines.
Examens complémentaires	Orientés : coproculture (diarrhée sanglante, TYAC, retour zone endémique, syndrome hémolytique), parasitologie selon contexte, ionogramme/sang (déshydratation/choc), NFS/plaquettes, Dextro
Principes thérapeutiques	-Réhydratation orale (SRO), Nasogastrique si refus oral, IV si choc/persistance/vomissements incoercibles, arrêt ATB si incriminé, réintroduction précoce alimentation normale, lactée conservée -traitement de l'étiologie
Prévention/collectivités	Lavage des mains, éviction temporaire en collectivité si TYAC, certificat négatif shigella/EHEC, vaccination rotavirus, précautions alimentaires, info en cas de voyage/environnement animalerie
Suivi et surveillance	Parents informés des signes de gravité/réhydratation, consignes précises (6-8 selles/j, vomissements incessants, stagnation poids ou aggravation état, troubles neuro/comportement)

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN ENDOCRINOLOGIE :

I. Diabète de l'enfant : (29)

- Réflexe :

Un syndrome qui associe une polyuro-polydipsie, polyphagie, perte de poids est appelé syndrome cardinal

Devant tout syndrome cardinal, penser au diabète insulinodépendant

Schéma clinique :



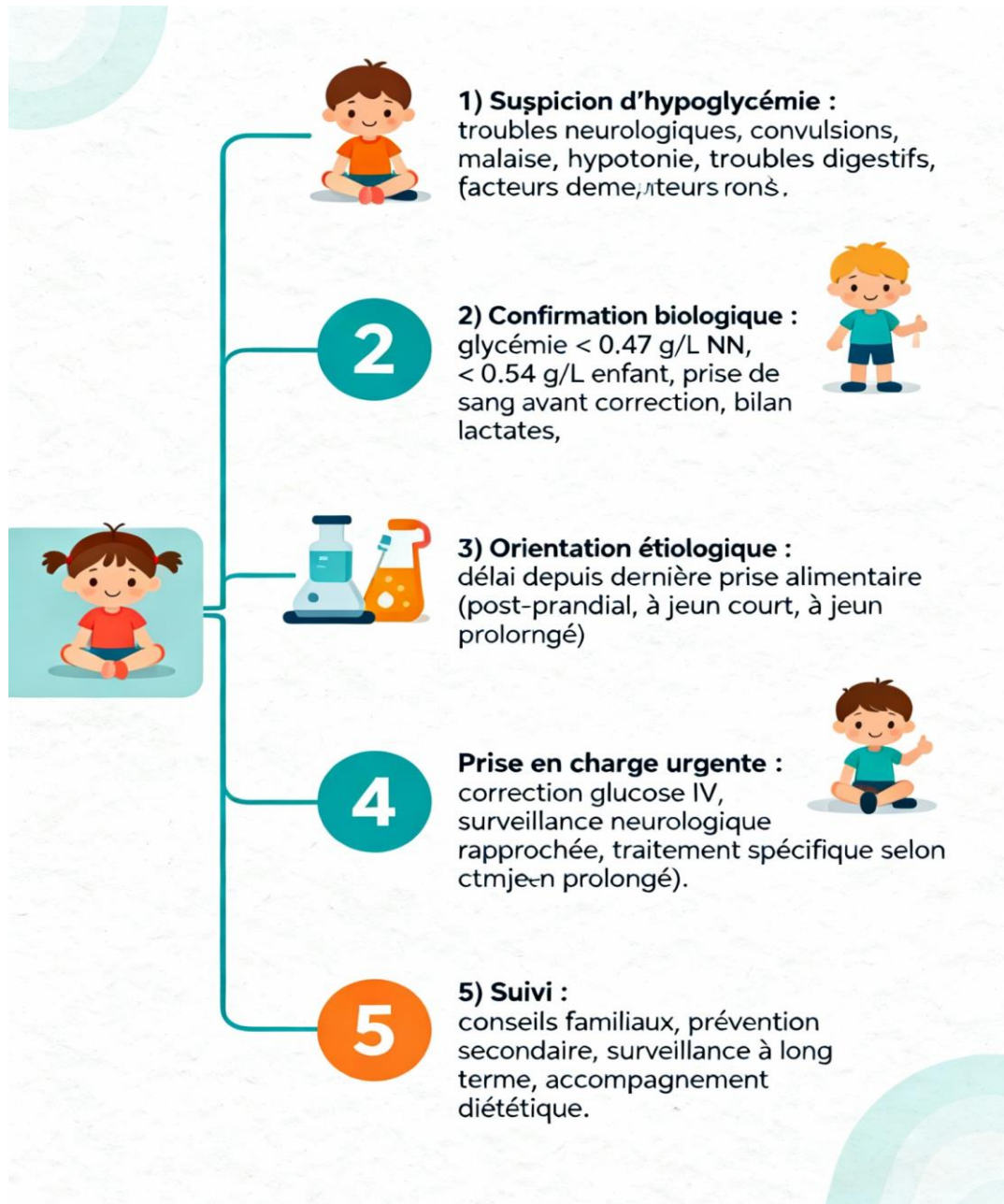
Tableau synthétique :

Étape	Points-clés
Circonstances	Syndrome cardinal (polyuro-polydipsie, amaigrissement, polyphagie), acido-cétose, énurésie, découverte fortuite
Diagnostic biologique	Glycémie \geq 2g/L à tout moment ou \geq 1,26g/L à jeun (2 dosages), glycosurie/cétosurie, HbA1c \geq 6,5%
Typage du diabète	Recherche auto-anticorps, antécédents familiaux, contexte (âge, ethnie, surpoids, anomalies associées) Recherche auto-anticorps : anti-îlots, anti-GAD, anti-IA2, anti-insuline, anti-ZnT8
Complications aiguës	Acido-cétose inaugurale, hypoglycémie iatrogène, troubles hydro-électrolytiques, œdème cérébral
Complications chroniques	Microangiopathies (rétinopathie, néphropathie, neuropathie), macroangiopathies, retard de croissance
Examens complémentaires	Surveillance annuelle (albuminurie, fond d'œil, tension, lipides, croissance, glycémies capillaires)
Prise en charge	Insulinothérapie, éducation thérapeutique, accompagnement psychologique, suivi spécialisé multidisciplinaire
Autres formes	MODY, diabète néonatal, diabète mitochondrial, secondaires : mucoviscidose, pancréatopathie, syndromes génétiques
Spécificités	Risque accru d'acido-cétose chez $<$ 5 ans, facteur saisonnier, association à d'autres maladies auto-immunes

ATTENTION :

- Réflexe :

Devant un enfant diabétique sous insuline, guetter les complications : en premier, l'hypoglycémie en cas de faim intense ou de trouble de conscience



II. Hypothyroïdie : (30)

- Réflexe 1 :

Un ictère prolongé chez le nouveau-né doit faire évoquer une hypothyroïdie

- Réflexe 2 :

Devant un nourrisson qui présente une constipation chronique, penser à l'hypothyroïdie

- Réflexe 3 :

Le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale est systématique afin d'améliorer le devenir neurologique et statural de l'enfant

Schéma clinique :

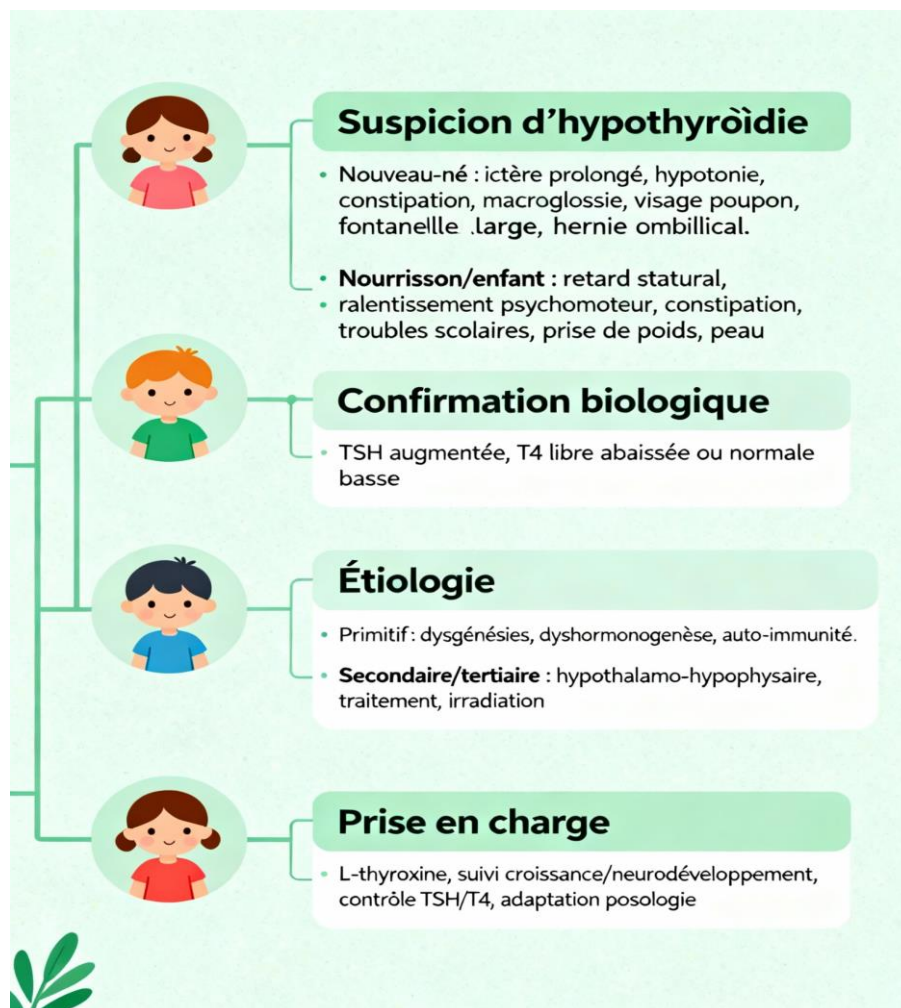


Tableau synthétique :

Aspect	Contenu détaillé
Signes néonataux	Ictère persistant, hypotonie, difficultés alimentaires, hernie ombilicale, constipation, macroglossie, fontanelle large, peau sèche, retard à la fermeture du canal artériel
Signes cliniques tardifs	Retard statural, prise de poids disproportionnée, troubles cognitifs, retard scolaire, constipation chronique, goitre palpable ou non palpable, maturité osseuse retardée
Étiologies principales	Hypothyroïdie congénitale (dysgénésie, dyshormonogénèse – majorité), hypothyroïdie acquise (thyroïdite auto-immune de Hashimoto, iatrogène, carence iodée, irradiation, séquelles chirurgicales)
Examens diagnostiques	Dosage TSH/T4 libre, T3 généralement peu contributive, anticorps antithyroïdiens si suspicion auto-immune, échographie thyroïdienne (volume, aspect), scintigraphie si congénitale, analyse génétique (formes familiales)
Dépistage néonatal	TSH sur buvard au 3 ^e jour de vie, permet diagnostic précoce, traitement préventif dès 10 jours idéalement
Diagnostics différentiels	Retard global de développement, syndromes génétiques (Down, Prader-Willi), pseudohypoparathyroïdie, carence nutritionnelle, hypothyroïdie transitoire du prématuré
Complications	Retard sévère psychomoteur, petite taille définitive si prise en charge tardive, déficit intellectuel, puberté précoce ou retardée, troubles du rythme, cardiomégalie, myopathie
Traitement	L-thyroxine per os, adaptation pondérale (8–10 µg/kg/j chez le NN, 3–5 chez grand enfant), objectifs : TSH normale, T4 à la limite haute de la normale, contrôle bimensuel puis semestriel
Suivi	Examen clinique et courbe staturο-pondérale réguliers, dosage TSH/T4 libre chaque 3–6 mois, surveillance neurodéveloppement, adaptation posologique, collaboration familiaux-école
Pronostic	Excellent si dépistage/prise en charge précoces ; séquelles lourdes si traitement >2–4 semaines de vie

III. Affections surrénaliennes : (31)

A. insuffisance surrénalienne :

- Réflexe 1 :

Toujours évoquer une insuffisance surrénalienne devant toute pigmentation cutanée inexpliquée

- Réflexe 2 :

L'hypoglycémie, surtout chez le NN ou le nourrisson, est un des signes les plus précoces d'insuffisance surrénalienne

- Réflexe 3 :

Administrer en urgence une hydrocortisone à faible dose si suspicion d'insuffisance aiguë

Schéma clinique :

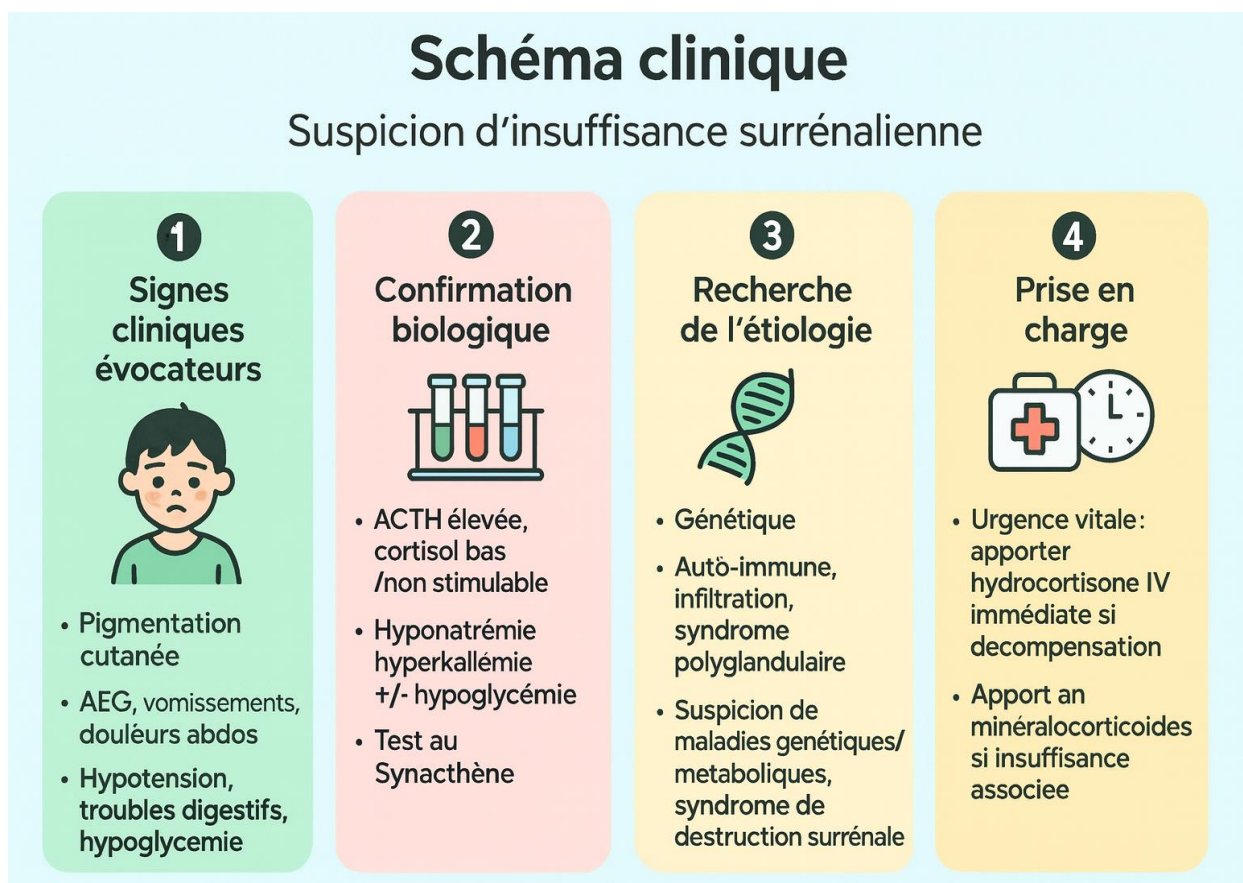


Tableau synthétique :

Aspect	Détails
Formes cliniques	Aiguë : choc, hypoglycémie, vomissements, asthénie brutale. Chronique : pigmentation, anorexie, retard croissance
Signes d'appel	Hyperpigmentation, hypotension, vomissements, douleurs abdominal, hypoglycémie néonatale, perte de sel, dysrégulation hydro-électrolytique
Examens biologiques	Cortisol bas/non stimuable, ACTH très élevée, hyponatrémie, hyperkaliémie, test Synacthène, dosage rénine/aldostérone, ionogramme, glycémie, VLCFA (si suspicion ALD)
Causes principales	Génétique (hypoplasie : DAX1, SF1 ; déficit enzymatique stéroïdogène : 21-hydroxylase...), auto-immunité (PAS I, II : anti-P450, polyglandulaires), adrénoleucodystrophie, infection, hémorragie néonatale, infiltration, iatrogène
Formes secondaires	Déficit corticotrope (tumoral, malformatif, infiltration, post-chirurgie/irradiation, génétique PROP1, POMC...), maintien minéralocorticoïdes sauf dans rares cas
Typicalités par âge	NN : hypoglycémie, choc, perte de sel. Enfant/grand : asthénie, pigmentation, douleurs abdos, croissance stagnante, puberté retardée ou précoce
Imagerie et génétique	Imagerie surrénalienne (calcifications, masses), IRM hypothalamo-hypophysaire, études génétiques ciblées selon histoire familiale et tableau clinique, PCR, dosage anticorps surrénaliens
Traitement substitutif	Hydrocortisone (10-15 mg/m ² /jour en 2-3 prises), 9-alpha-fludrocortisone selon besoin. Traitement d'urgence lors d'agression/remplacement rapide en cas de défaillance aiguë
Urgence aiguë	Toujours apporter hydrocortisone (IV/IM si oral impossible), réanimation hydro-électrolytique, hospitalisation, prélèvements AVANT traitement si possible
Suivi	Surveillance clinique (croissance, tension, pigmentation), biologique (ionogramme, ACTH, cortisol), éducation famille, carte d'urgence, adaptation posologie lors de stress ou maladie intercurrente
Éducation/famille	Carte/bracelet d'insuffisant surrénalien, brefs protocoles d'adaptation aux stress, surveillance des apparentés : nombreux syndromes polyglandulaires et histoire familiale fréquente
Complications	Choc addisonien, hypoglycémie récidivante, troubles du développement si diagnostic tardif, maladie neurologique associée (ALD, PBD), nouvel étiquetage syndrome polyglandulaire auto-immun surtout si association thyroïde, diabète, maladie cœliaque

B. Hypercorticisme :

- Réflexe :

Devant une obésité syndromique + cassure staturale : penser à l'origine endocrinienne (avis spécialisé)

Schéma clinique :

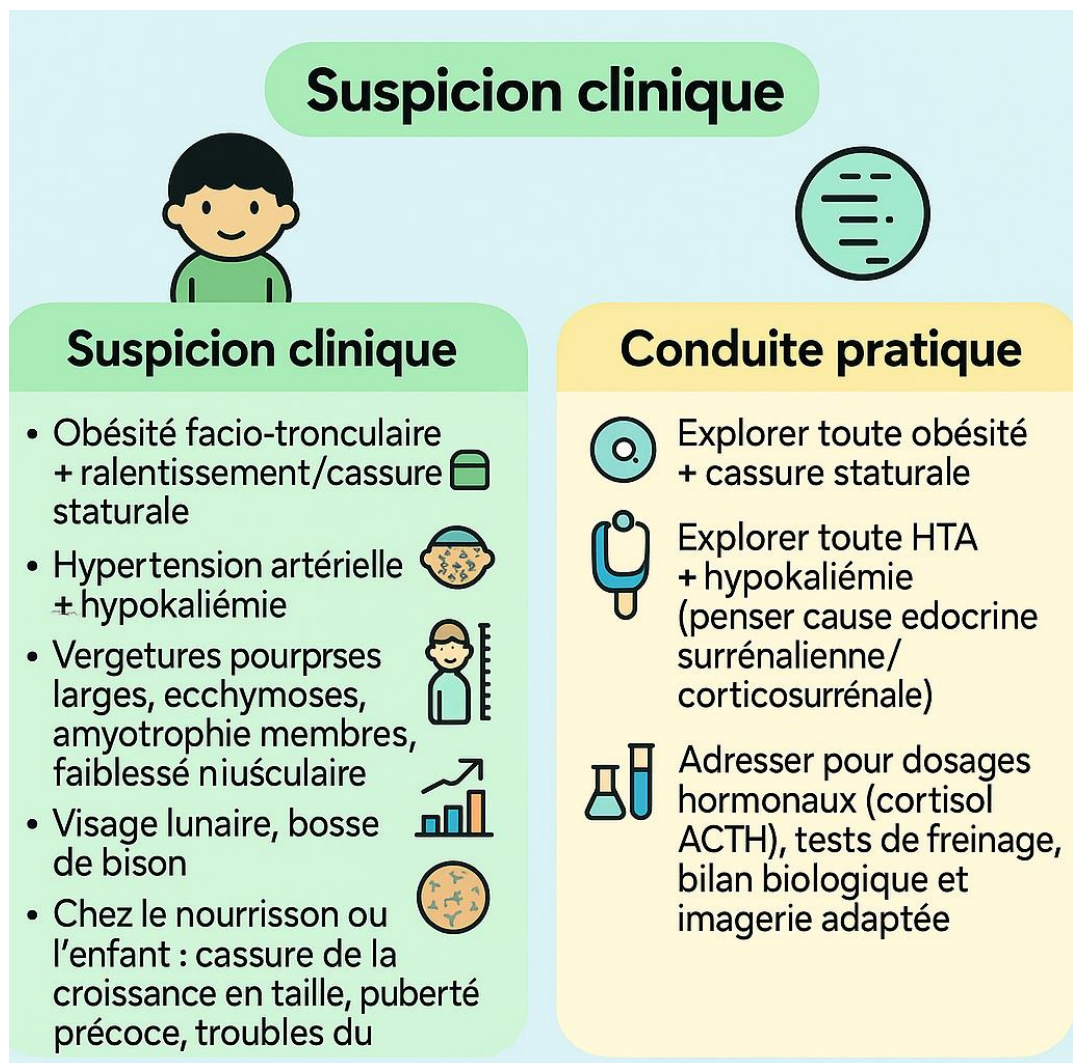


Tableau synthétique :

Situation/Aspect	Ce qu'il faut rechercher/faire	Réflexe clinique à retenir
Obésité + cassure staturale	Analyse courbe taille/poids, associer signes : visage lunaire, vergetures, amyotrophie	Toute obésité avec cassure staturale = suspecter hypercorticisme
HTA persistante + hypokaliémie	Mesurer TA, ionogramme sanguin, rechercher alcalose métabolique	Hypertension avec kaliémie basse = penser cause surrénalienne (hyperaldostéronisme, Cushing)
Nourrisson garçon déshydraté + ambiguïté sexuelle	Examens génitaux, ionogramme, recherche perte de sel, virilisation, dosage 17-OH progestérone	Devant garçon déshydraté/ambiguïté sexuelle = urgence, penser à hyperplasie congénitale des surrénales
Syndrome clinique évocateur	Vergetures, amyotrophie, faiblesse musculaire, infections, troubles cutanés, diabète	Regarder les « petits signes » (fragilité cutanée, vergetures larges, infections, croissance ralentie)
Biologie nécessaire	Cortisol libre urinaire des 24h ↑, absence de freinage à la dexaméthasone, ACTH	Toujours confirmer par tests dynamiques adaptés avant le bilan étiologique
Surveillance	Courbe staturale (perte de taille !), répartition graisses, TA, puberté, IMC	Croissance en taille prioritaire sur le poids : cassure staturale = alerte endocrine
Pathologies associées	Puberté avancée/précoce, troubles psy, diabète, infection, HTA	Penser forme atypique ou frustré si tableau partiel ; bilan complet indispensable


C. hyperplasie congénitale surrénalienne :

- Réflexe :






Chez un nourrisson de sexe masculin, une anomalie de différenciation sexuelle associée à une déshydratation doit faire évoquer une hyperplasie congénitale des surrénales


Schéma clinique :

Supcma clinique de l'HCS



Suspicion clinique chez le nourrisson ou l'enfant:

- Déshydratation aiguë avec perte de sel (vomissements, troubles digestifs) 
- Anomalies de différenciation sexuelle chez le garçon (organes génitaux ambigus) 
- Pilosité pubienne précoce, accélération du développement statural suivi d'un ralentissement 
- Chez la fille: virilisation, hypertrophie clitoridienne, fusion labio-scrotale 
- Historique familial souvent retrouvé 



Diagnostic biologique:

- Cortisol bas, non stimuable par le Synacthène
- ACTH élevée
- 17-hydroxyprogestérone (17-OHP) très augmentée
- Hyponatrémie, hyperkaliémie, hypoglycémie possible

Prise en charge:



- Urgence vitale ; hydrocortisone IV, apport en sel et minéralocorticoïdes 
- Surveillance cardiaque et hydroélectrolytique 

Tableau synthétique de l'HCS

Élément	HCS classique (perte de sel)	HCS virilisante simple	HCS non classique
Âge d'apparition	Nouveau-né	Nourrisson, enfant	Enfant, parfois adulte
Sexe : présentation	F : virilisation	Virilisation, pas de perte de sel	Signes peu marqués, cycle irrégulier, hirsutisme
Retentissement pubertaire	Précocité	Précocité	Rare, trouble de puberté
Biochimie	17-OHP↑, Na↓, K↑, cortisol↓	17-OHP↑, Na N, K N	17-OHP↑ modéré, ionogramme N
ACTH	Augmentée	Augmentée	Discrètement augmentée
Traitement	Hydrocortisone + fludrocortisone	Hydrocortisone	Parfois nécessaire, selon bilan

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN MALADIES INFECTIEUSE :

I. Tétanos chez l'enfant : (32)

- Réflexe :

Tout trismus doit faire évoquer un tétanos

Schéma clinique :





	a) terrain: absence/incomplétude vaccinale, porte d'entrée cutanée
b	b) incubation 2-21j
	c) phase invasion: trismus, gêne ouverture bouche
	d) phase état: contractures, spasmes, opisthotonos, faciès sardonique
e	e) dysautonomie: sueurs, HTA, tachycardie
d	f) Formes: généralisée, localisée, céphalique, néonatale
g	g) diag diff: autres trismus, infections locales, médicaments
	h) En prise en charge: soins intensifs, antibiothérapie, sérothérapie, vaccination, myorelaxants, trachéotomie possible
i	i) pronostic: risque mortalité, complications infectieuses/respiratoires

Tableau synthétique :

Formes cliniques	Généralisée (80%), localisée (membre), céphalique, ophtalmoplégique, néonatale
Clinique typique	Trismus bilatéral permanent, douleurs à la mastication, faciès sardonique, raideur généralisée, spasmes paroxystiques, opisthotonos, sueurs, HTA, tachycardie, fièvre
Complications	Apnée, laryngospasme, troubles ventilatoires, dysautonomie, surinfections, complications du décubitus
Diagnostiques différentiels	Causes locales (abcès, arthrite, parotidite, trauma), trismus neurologique, dyskinésie neuroleptique
Traitement	Unité de soins intensifs, soins de l'entrée, parage, antibiothérapie (pénicilline/métronidazole), sérothérapie, vaccination systématique, myorelaxants, trachéotomie si besoin
Pronostic	Réservé : mortalité élevée sans traitement, séquelles motrices possibles, surtout dans les formes néonatales et en l'absence de vaccination
Prévention	Objectif : L'éradication du tétanos Vaccination systématique dès 2 mois, rappels réguliers, prophylaxie des plaies : nettoyage et vaccination/injection d'immunoglobulines selon statut vaccinal

II. Tuberculose chez l'enfant :(33)

- Réflexe 1 :

Devant toux persistante >2 semaines + altération de l'état général évoquer tuberculose

- Réflexe 2 :

Toute tuberculose de l'enfant impose une enquête familiale à la recherche d'un adulte contaminateur

- Réflexe 3 :

Toute tuberculose de l'enfant impose un bilan d'extension

Schéma clinique :

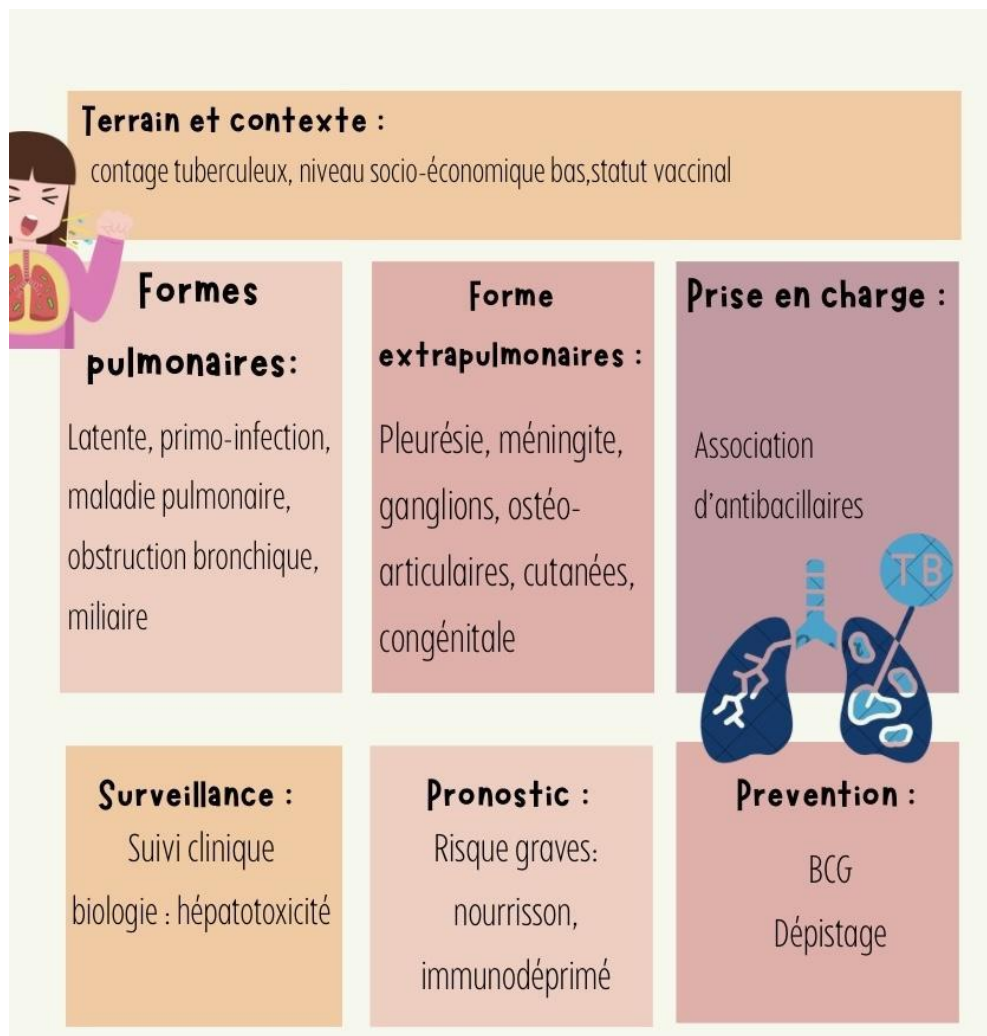


Tableau synthétique

Élément	Points clés et réflexes cliniques
Terrain et contexte	Contage TBK, contexte social à risque, collective, pays d'endémie, non vacciné par la BCG
Formes cliniques pulmonaires	Latente (asymptomatique), primo-infection (toux >2 semaines, asthénie, fièvre, perte de poids), maladie chronique
Obstruction bronchique	Wheezing, gêne respiratoire, hémoptysie rare
Formes extra pulmonaires	Pleurésie, méningite tuberculeuse, ganglions, ostéo-articulaires, cutanées, abdominales, congénitales
Diagnostic	Recherche de signe indirecte par la radio thorax IDR, quantiféron Confirmation : Identification de BK au niveau des expectoration, LCR, biopsie
Prise en charge	Isolement Isoniazide-rifampicine (infection latente), quadrithérapie initiale (maladie), suivi, prophylaxie
Information/Suivi	Expliquer signes hépatotoxicité aux familles, consultation mensuelle, bilan biologie adapté
Prévention	BCG chez tous les enfants, dépistage contacts, prophylaxie précaution chez <2 ans
Pronostic	Engagement vital chez nourrisson, immunodéprimé, formes neuro-méningées, surveillance rapprochée

III. Fièvre aiguë : (34)

- Réflexe 1 :

Devant toute fièvre aiguë chez un nourrisson ≤ 3 mois, il faut éliminer une infection potentiellement sévère

- Réflexe 2 :

Fièvre aiguë : Déshabiller complètement l'enfant

- Réflexe 3 :

Toujours rechercher les signes de gravité

Schéma clinique :

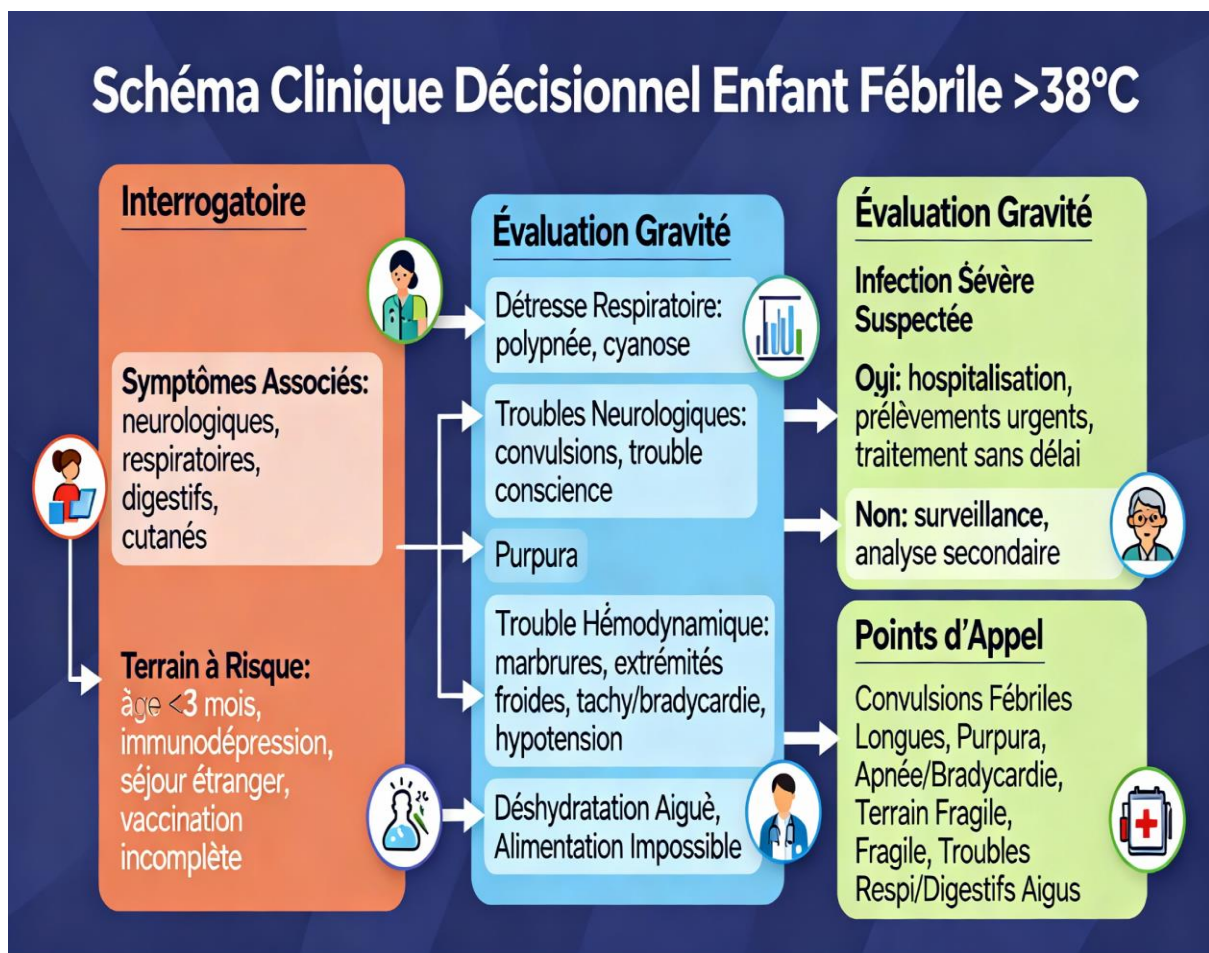


Tableau synthétique :

Syndrome/Signes d'alerte	Diagnostic à éliminer / conduite à tenir
Troubles neuro, raideur nuque, purpura	Méningite bactérienne, choc méningococcique Toute fièvre isolée, mal tolérée, chez un nourrisson, devrait faire éliminer une méningite purulente
Détresse respiratoire aiguë, cyanose	Pneumonie, bronchiolite grave
Purpura extensif, marbrures, choc	Infection invasive à méningocoque, sepsis, purpura fulminants
Apnées, bradycardies <6 mois	Coqueluche grave, infection virale sévère
Hyperthermie avec altération conscience	Encéphalite, infection herpétique, méningo-encéphalite
Vomissements prolongés, douleurs abdominal	Infection digestive bactérienne invasive, sepsis
Terrain fragile (nourrisson, immunodéprimé)	Toute fièvre = hospitalisation + bilan infectieux complet
Retour zone tropicale, saignements	Fièvre hémorragique virale, isolement, PEC urgente

IV. Purpura : (35)

- Réflexe :

Tout purpura fébrile doit être considéré comme purpura fulminants jusqu'à preuve du contraire

Schéma clinique :

Schéma décisionnel prise en charge purpura fulminants enfant fébrile

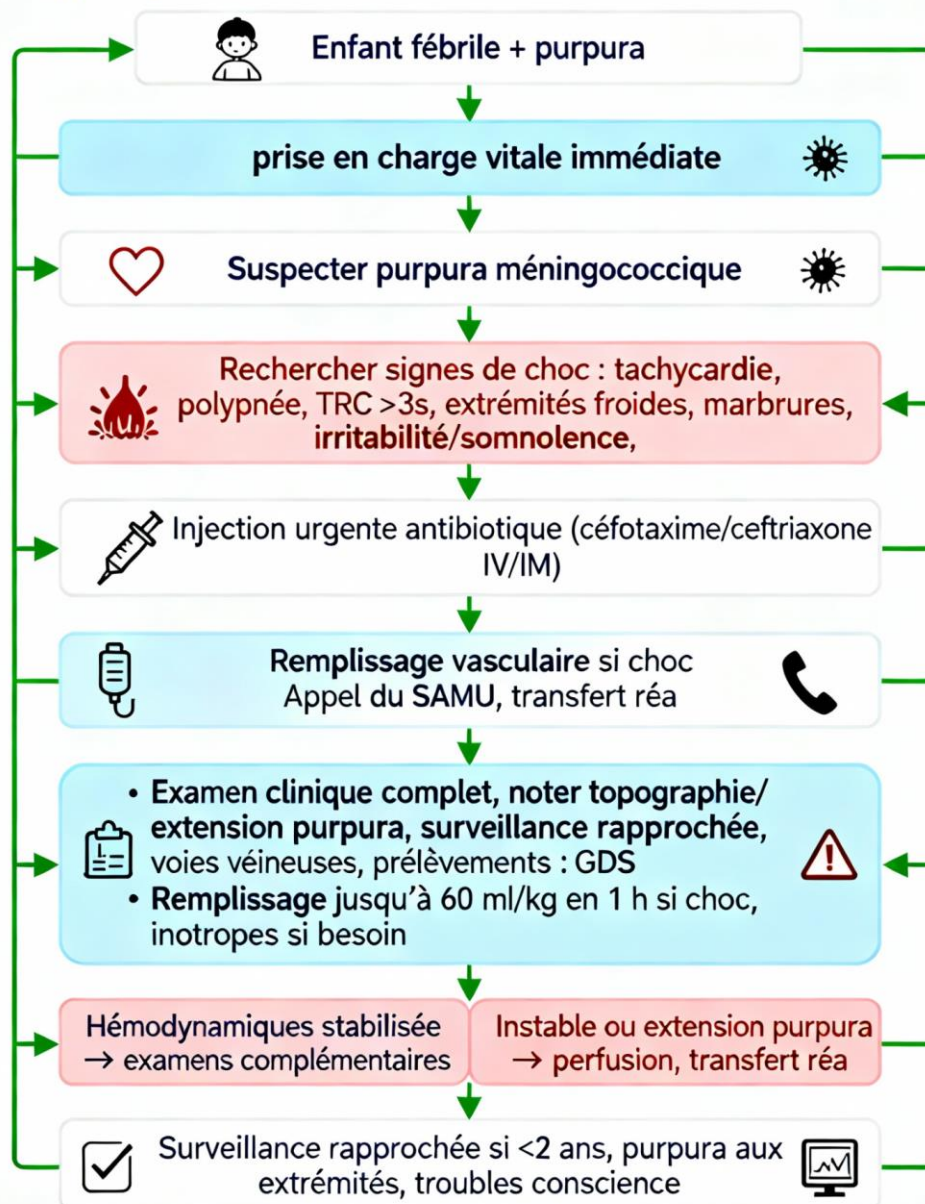


Tableau synthétique :

Critère/signes	Diagnostic/attitude
Fébrile + purpura	Purpura fulminants (méningocoque probable)
Signes de choc : TRC > 3s, marbrures, extrémités froides, tachycardie, agitation/somnolence, hypotension	Injection immédiate antibiotique, remplissage, transfert réanimation
Topographie : extensif, extrémités, visage, "en gants/chaussettes"	Risque sévère, surveillance intensive
Terrain à risque : < 2 ans, retard vaccination	Facteur de mauvais pronostic
Prélèvements : NFS, plaquettes, hémocultures, PCR méningocoque, GDS	Précoce, sans retarder antibiothérapie
Administration antibiotique	Ne pas attendre les résultats des prélèvements
Prophylaxie des contacts	Rifampicine, ceftriaxone ou ciprofloxacine selon âge
Vaccination méningocoque C (± B, A, Y, W135)	Prévention à large échelle
Surveillance : collapsus possible secondaire, risque séquelles	Hospitalisation prolongée en réanimation

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN NÉPHROLOGIE :

I. Glomérulonéphrite aiguë : (36)

- Réflexe 1 :

Devant tout syndrome néphrétique aiguë (hématurie, protéinurie, rétention hydrosodée) évoquer une glomérulonéphrite aiguë

- Réflexe 2 :

La glomérulonéphrite aiguë post infectieuse post streptococcique est l'étiologie la plus fréquente

- Réflexe 3 :

Devant tout GNA confirmée : surveillance de TA et la fonction rénale pour éliminer une GNA maligne

- Réflexe 4 :

Intérêt de la prévention : traitement de toute infection streptococcique

Schéma clinique :

Schéma clinique de la glomérulonéphrite aiguë

Phase latente

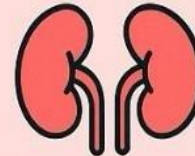
7-14 jours après l'infection,
asymptomatique



Phase aiguë

Apparition brutale d'hématurie
urines bouillon sale, œdèmes,
hypertension artérielle (HTA), oligurie

- Risque de complications: encéphalopathie hypertensive, œdème pulmonaire aigu, insuffisance rénale aiguë



Phase de récupération

Reprise progressive de la diurèse,
disparition des œdèmes et de l'HTA
normalisation des paramètres biologiques



Tableau synthétique :

Aspect	Détails / Signes	Critères et Particularités
Définition	Affection glomérulaire inflammatoire non suppurative principalement post-infectieuse	Enfant 2-12 ans, latence 1-2 semaines post-infection
Principaux symptômes	Hématurie (macroscopique ou microscopique), œdèmes, HTA, oligurie	Forme typique : urines foncées, prise de poids, élévation TA
Examens biologiques	Protéinurie modérée, C3 abaissé, ASLO élevé, cylindres hématiques	C4 souvent normal, leucocyturie parfois présente
Complications	Encéphalopathie hypertensive, œdème aigu du poumon, insuffisance rénale aiguë	Surveillance hospitalière si complications
Diagnostic différentiel	Vascularite IgA, néphrite lupique, endocardite bactérienne	Nécessité d'éliminer signe systémique ou cause non infectieuse
Traitement	Restriction hydro sodée, diurétiques de l'anse (furosémide), surveillance clinique stricte	Antibiothérapie si foyer infectieux actif
Indications biopsie	Formes atypiques, protéinurie >7j, persistance hypocomplémentémie, évolution prolongée	Non systématique, réservée aux cas douteux ou sévères
Facteurs de bon pronostic	Normalisation complément <6 semaines, prolifération endo capillaire pure, oligurie modérée	Evolution favorable dans >95% des cas
Facteurs de mauvais pronostic	Prolifération extra capillaire, Oligo anurie réfractaire, syndrome néphrotique, anomalies associées	Rares : risque de chronicité ou insuffisance rénale terminale
Prévention / suivi	Traitement précoce infections streptococciques, amélioration hygiène	Suivi ambulatoire jusqu'à normalisation, récurrence rare

II. Syndrome néphrotique : (37)

- Réflexe 1 :

Un syndrome néphrotique chez un enfant est une néphrose lipoïdique jusqu'à preuve du contraire

- Réflexe 2 :

Un enfant suivi pour un syndrome néphrotique qui se présente pour des douleurs abdominales, penser à hypovolémie par le biais de l'hypoalbuminémie

Schéma clinique :

1. Début clinique typique

- o Œdèmes généralisés mous, blancs, indolores, prenant le godet
- o Prise de poids rapide et distension abdominale fréquente.
- o Douleurs abdominales
- o Découverte possible à l'occasion d'un examen urinaire systématique (protéinurie)

2. Examens biologiques de première intention

- o Protéinurie > 50 mg/kg/24h, hypoalbuminémie < 30 g/L.
- o Hypercholestérolémie, natriurèse basse (< 5 mmol/j), protidémie basse.
- o Fonction rénale majoritairement conservée.

3. Complications à surveiller

- o Hypovolémie : oligurie (extrémités froides, hypotension, douleurs abdominales)
- o Infections bactériennes (cellulites, péritonite, pneumonie, septicémie)
- o Complications thromboemboliques (thrombose veineuse/rénale, embolie pulmonaire, céphalée)
- o Troubles de la croissance et perturbations hormonales en cas d'évolution prolongée.
- o Complication liée au TTT corticoïde

4. Prise en charge immédiate

- o Hospitalisation si hypovolémie, infection sévère ou complication thrombotique.
- o Perfusion d'albumine si collapsus
- o Démarrer la corticothérapie rapidement en cas de syndrome néphrotique idiopathique.
- o Mobilisation du patient (éviter l'alitement prolongé).
- o Vaccination antipneumococcique + grippe/an et varicelle si non à jour.

5. Surveillance et évolution

Tableau synthétique :

Aspect	Points clés	Importance clinique
Symptômes initiaux	Œdèmes diffus, prise de poids, distension abdominale, douleurs abdominales, hypoalbuminémie, protéinurie	Diagnostic positif, orientation rapide vers le SN
Examen urinaire	Protéinurie > 50 mg/kg/24h, test bandelette positif, rapport protéine/créatinine élevé > 2	Diagnostic et suivi de l'évolution
Examens biologiques	Hypoalbuminémie < 30 g/L, hypercholestérolémie, natriurèse basse, protidémie basse	Confirmation et bilan de gravité
Complications	Hypovolémie, infections bactériennes, thromboses veineuses/artérielles, embolie pulmonaire, troubles de croissance	Indication d'hospitalisation et de surveillance accrue
Prise en charge initiale	Éviter diurétiques en cas d'hypovolémie, perfusion d'albumine si collapsus, restriction sodée/hydrique	Prévention des complications immédiates
Traitement spécifique	Corticothérapie adaptée selon protocole + TTT adjuvant, vaccination, prévention des infections et thromboses	Traitement de fond du SN idiopathique
Surveillance et évolution	Poids, diurèse, tension, dosage protéinurie, bilan lipidique, gestion des rechutes	Suivi longitudinal et ajustement thérapeutique
Critères de gravité	Insuffisance rénale associée, infections sévères, thromboses, syndrome néphrotique corticorésistant	Nécessité d'avis spécialisé, adaptation prise en charge
Pronostic	Majoritairement favorable en cas de syndrome néphrotique idiopathique cortico sensible	Prise en charge précoce = réduction du risque de chronicité
Prévention/rechutes	Education, respect du protocole, adaptation corticoïdes, vaccination	Éviter chronicité et complications à long terme

III. Infection urinaire : (38)

- Réflexe 1 :

Penser à infection urinaire devant toute fièvre inexplicquée

- Réflexe 2 :

Dépistage par bandelette urinaire mais l'ECBU reste l'examen de confirmation

- Réflexe 3 :

Echographie abdomino-pelvienne est systématique après le premier épisode d'infection : recherche des uropathies malformatives

Schéma clinique :

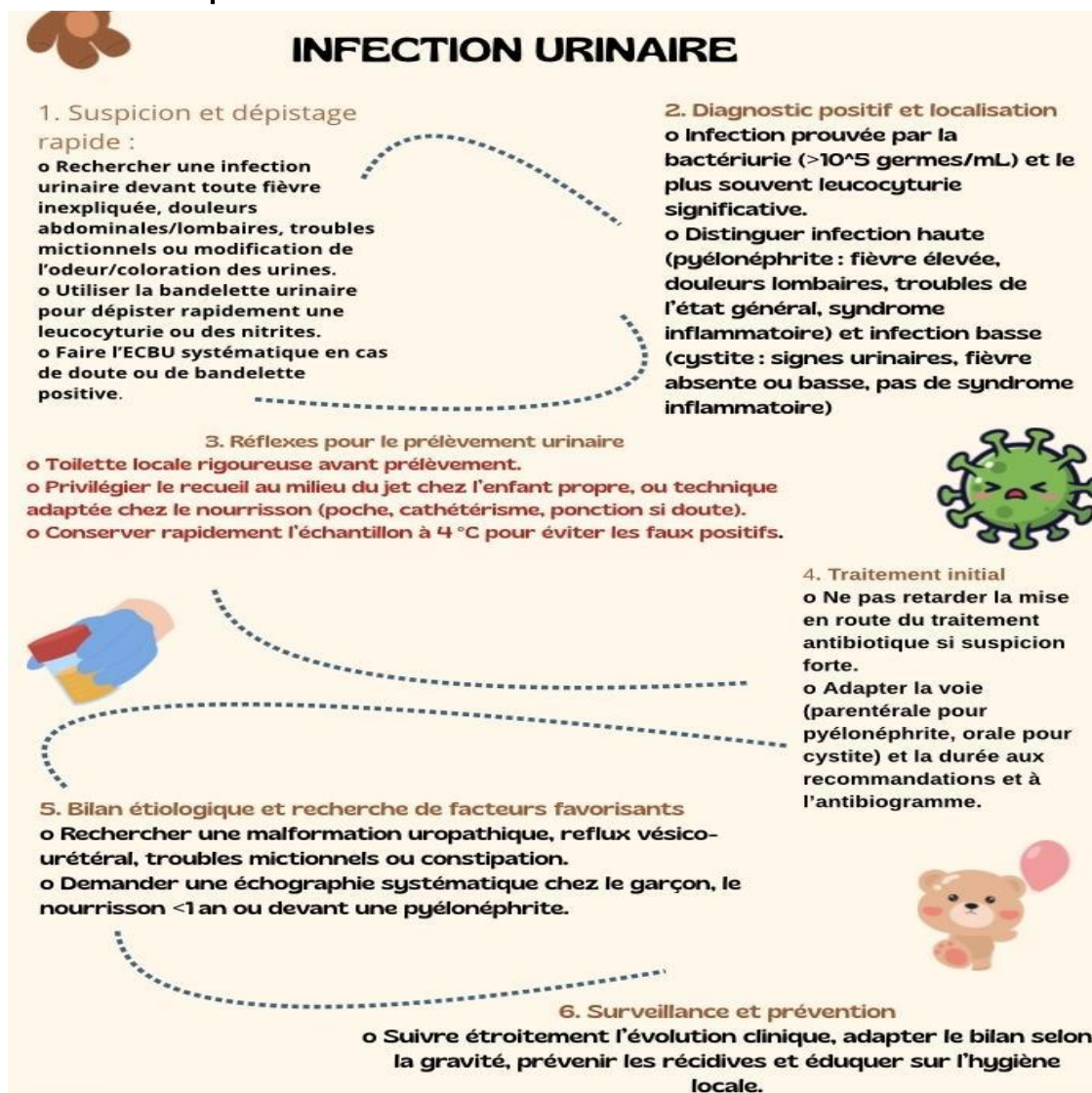


Tableau synthétique :

Étape clé	Réflexe à adopter	Objectif pratique
Suspicion clinique	Rechercher systématiquement une infection urinaire devant tout symptôme évocateur	Diagnostic précoce
Dépistage rapide	Bandelette puis ECBU et antibiogramme	Confirmation rapide
Prélèvement urinaire	Toilette locale ; technique adaptée au patient	Prévention erreurs
Diagnostic positif	Bactériurie > 10 ⁵ germes/ml, leucocyturie > 10 ⁴	Certitude diagnostic
Localisation	Pyélonéphrite : fièvre élevée, douleurs lombaires, syndrome inflammatoire Cystite : signes urinaires isolés	Orientation pratique
Traitement initial	Antibiothérapie adaptée sans retard, voie selon gravité	Prévention complications
Bilan étiologique	Echographie abdomino-pelvienne : recherche d'uropathie, résidu mictionnel	Prise en charge ciblée
Surveillance	Suivi clinique et biologique, prévention récidives	Optimisation pronostic
Éducation familiale	Hygiène locale, observance thérapeutique, repérage des signes d'alerte, circoncision si garçon	Réduction rechutes

ATTENTION :

Toute vulvovaginite récidivante chez une fille, éliminer en premier un abus sexuel ou corps Étranger vaginal

IV. Enurésie chez l'enfant : (39)

- Réflexe :

Toute énurésie doit faire rechercher une cause organique, en particulier un diabète

Schéma clinique :

Énurésie de l'Enfant : Guide de Diagnostic et d'Orientation

Étape 1 : Évaluation Initiale

La question clé : des troubles urinaires le jour ?

- Besoins urgents
- Fuites
- Mictions fréquentes ou difficiles

Rechercher les drapeaux rouges

- Soif/urines excessives (diabète)
- Fièvre (infection)
- Constipation

Examen clinique ciblé

Recherche une cause organique (diabète, neurologique, urologique)

Étape 2 : Orientation Diagnostique

CAS 1 : Signes de polyurie-polydipsie

Urgence diabète ! Contrôler glycémie et bandelette urinaire immédiatement.

CAS 2 : Troubles mictionnels diurnes présents

Suspecter une vessie hyperactive après avoir éliminé une infection.

CAS 3 : Énurésie nocturne pure et isolée

Probable énurésie fonctionnelle. Rassurer et débiter par des mesures simples.

Tableau synthétique :

Point clé	Contenu pour l'étudiant
Définition	Mictions involontaires diurnes ou nocturnes après 5 ans.
Réflexe diagnostique	Toujours rechercher une cause organique (polyurie-polydipsie = diabète, IVU, obstacle) avant de conclure à une énurésie fonctionnelle.
Classification pratique	1) Énurésie nocturne isolée. 2) Énurésie nocturne + troubles mictionnels diurnes/énurésie diurne.
Questions clés	Nocturne seule ou aussi diurne ? Primaire ou secondaire ? Polyurie-polydipsie ? Douleur, fièvre ? Constipation/encoprésie ? Antécédents familiaux ?
Examen clinique	Croissance, hydratation, abdomen/sus-pubien, organes génitaux, périnée, rachis, membres inférieurs.
Signes d'alerte « diabète »	Soif importante, urines abondantes, amaigrissement, fatigue → glycémie + BU immédiates.
Examens de base	BU (infection, glycosurie, densité), ECBU si doute; ± glycémie selon contexte.
Si troubles mictionnels diurnes	Penser surtout immaturité vésicale, mais éliminer : IVU, obstruction urétrale, vessie neurogène, diabète/autres polyuries.
Si énurésie nocturne isolée	Prise en charge simple : réassurance, règles hygiéno-diététiques, puis pipi-stop ou desmopressine.
Message final	Devant tout enfant énurétique : 1) exclure rapidement un diabète et une IVU, 2) repérer les troubles diurnes, 3) adapter les examens et le traitement au type d'énurésie.

V. syndrome hémolytique et urémique : (40)

- Réflexe 1 :

Une triade faite d'anémie + thrombopénie + insuffisance rénale doit faire évoquer un syndrome hémolytique et urémique

- Réflexe 2 :

Rechercher des antécédents infectieux récentes à Escherichia coli

- Réflexe 3 :

Traitement symptomatique surtout

Schéma clinique :



Tableau synthétique

Étape	Réflexes à adopter	Explication/objectif
Suspicion clinique précoce	Penser au SHU devant : diarrhée sanglante, altération brutale de l'état général, triade anémie-thrombopénie-IRA	Pour diagnostic rapide et éviter le retard de prise en charge
Recueil d'éléments clés	Recherche du contexte infectieux (E. coli, pneumocoque), interrogatoire familial et ATCD de SHU	Peut orienter vers une cause ou une forme atypique
Bilan d'urgence	NFS avec schizocytes, LDH, haptoglobine, créatinine, ionogramme, bilan infectieux, bilan complément	Confirmation diagnostique, évaluation de la gravité
Surveillance rapprochée	TA, diurèse, poids, signes neurologiques ou cardiaques	Détection précoce des complications graves
Correction symptomatique	Prise en charge hydro-électrolytique prudente, éviter l'hyperhydratation, dialyse si besoin, transfusion restreinte	Limiter l'aggravation de la microangiopathie
Recherche de cause	Coproculture, PCR selles pour STEC, culture/antigène urinaire pour pneumocoque, analyse génétique si SHU atypique	Adapter la prise en charge spécifique
Prévention/éducation	Hygiène alimentaire (viande/Lait cru), lavage des mains, surveillance long terme en cas de séquelles	Diminuer risque de récurrence et assurer suivi à long terme

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN HÉMATOLOGIE :

I. Anémie chez l'enfant :(41)

- Réflexe 1 :

Devant toute pâleur cutanéomuqueuse : faire une NFS

- Réflexe 2 :

Toujours enquêter sur la tolérance de l'anémie et rechercher les signes de gravité nécessitant une transfusion

- Réflexe 3 :

Devant une anémie microcytaire, penser en premier à la carence martiale, mais ne pas négliger les causes génétiques (thalassémie) et toxiques (intoxication par plomb)

Schéma clinique :

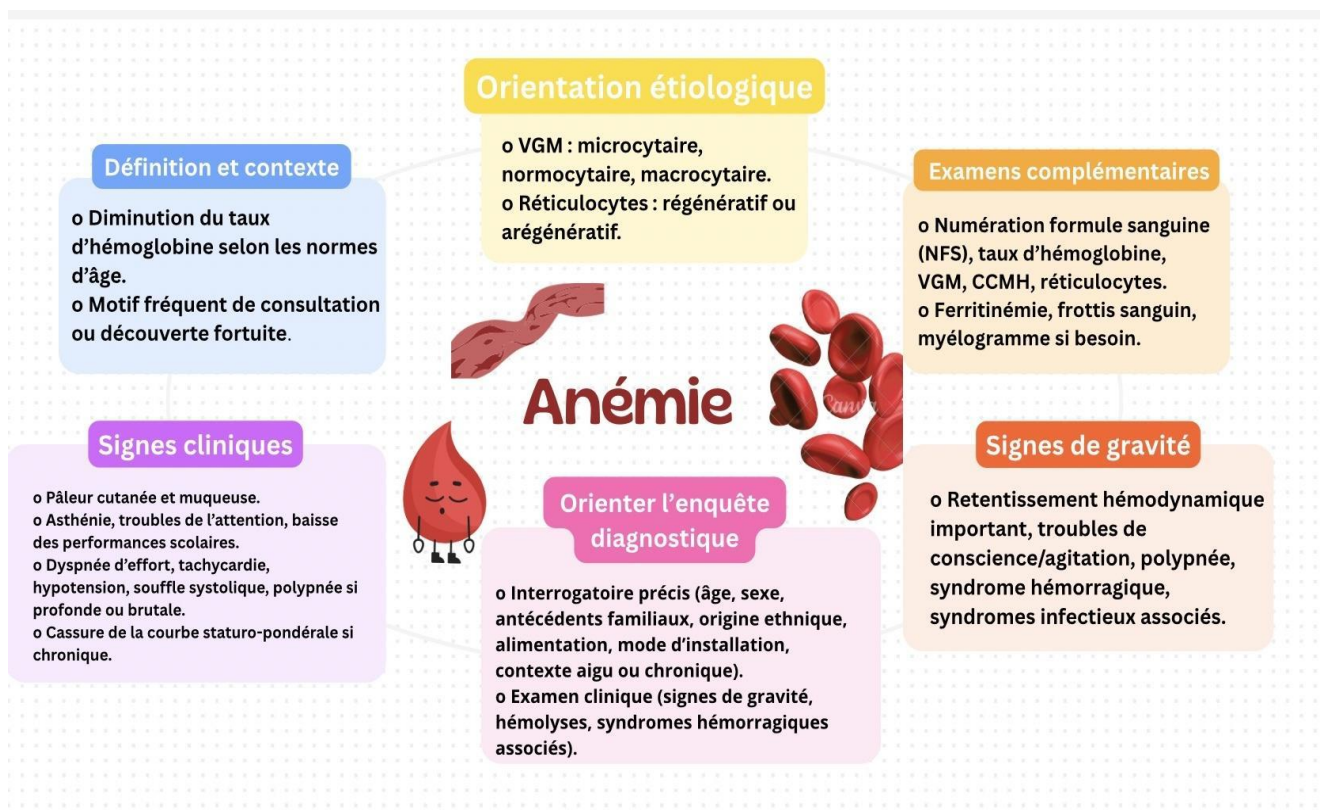


Tableau synthétique :

Type d'anémie	Mécanisme principal	Diagnostic biologique	Causes fréquentes (exemples)	Réflexes à adopter
Microcytaire	Défaut synthèse Hb, carence en fer	VGM bas, ferritine, frottis	Carence martiale, thalassémie, syndrome inflammatoire	Rechercher cause carencielle, bilan martial, électrophorèse Hb
Normocytaire régénérative	Hémolyse, hémorragie	Réticulocytes élevés, test de Coombs	Sphérocytose, drépanocytose, G6PD, SHU, auto-immune, infection	Frottis sanguin, test de Coombs, LDH, haptoglobine, bilan infectieux
Normocytaire arégénérative	Atteinte centrale, érythropoïèse	Réticulocytes bas, myélogramme	Aplasie médullaire, érythroblastopénie (Blackfan Diamond), infection parvovirus, envahissement tumoral	Bilan médullaire, rechercher contexte, surveillance multiligne
Macrocytaire	Trouble de maturation nucléaire	VGM élevé, frottis, dosage B12/folates	Carence en B12/folates, syndrome myélodysplasique, maladies métaboliques	Dosage B12/folates, myélogramme, penser régime alimentaire et malabsorption

Étude comparative : microcytaire vs normocytaire vs macrocytaire :

Critère	Microcytaire	Normocytaire régénérative	Normocytaire arégénérative	Macrocytaire
VGM	Bas	Normal	Normal	Élevé
Réticulocytes	Bas si carence, élevé si hémorragie/thal assémie	Élevés (hémolyse, hémorragie)	Baisse (atteinte centrale)	Bas (B12/folates)
Frottis sanguin	Hypochromie, microcytes	Schizocytes, sphérocytes, drépanocytose, normocytes	Normocytose ou anomalies spécifiques	Macrocytes, anisocytose, hypersegmentation neutrophiles
Étiologies fréquentes	Carence martiale, thalassémie, intoxications	Hémolyse constitutionnelle/ auto-immune, hémorragie aiguë	Aplasie médullaire, érythroblastopénie, envahissement tumoral	Carence B12/folates, syndrome myélodysplasique, maladies métaboliques
Examen clé	Ferritinémie, bilan martial, électrophorèse Hb	Frottis, test de Coombs, LDH, haptoglobine	Myélogramme, bilan infectieux/tumoral	Dosage vitamines, myélogramme
Réflexes essentiels	Vérifier le régime alimentaire, ATCD familiaux, environnement. Social, recherche carence	Rechercher hémolyse ou hémorragie, signes de gravité, bilan infectieux	Suspicion de maladie centrale, recherche de contexte infectieux ou tumoral	Interrogatoire sur alimentation, troubles digestifs, maladies sous-jacentes

II. Anémie hémolytique :(42)

- Réflexes 1 :

Devant une pâleur d'installation aiguë + urine Coca Cola : penser à l'hémolyse

Toute hémolyse aiguë chez le garçon devrait évoquer un déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase (demander si notion de prise de Fève)

- Réflexes 2 :

Le frottis sanguin est capital pour retrouver anomalies morphologiques des hématies

- Réflexes 3 :

L'hémolyse intravasculaire aiguë expose à une hémoglobinurie avec risque d'insuffisance rénale aiguë

Schéma clinique :

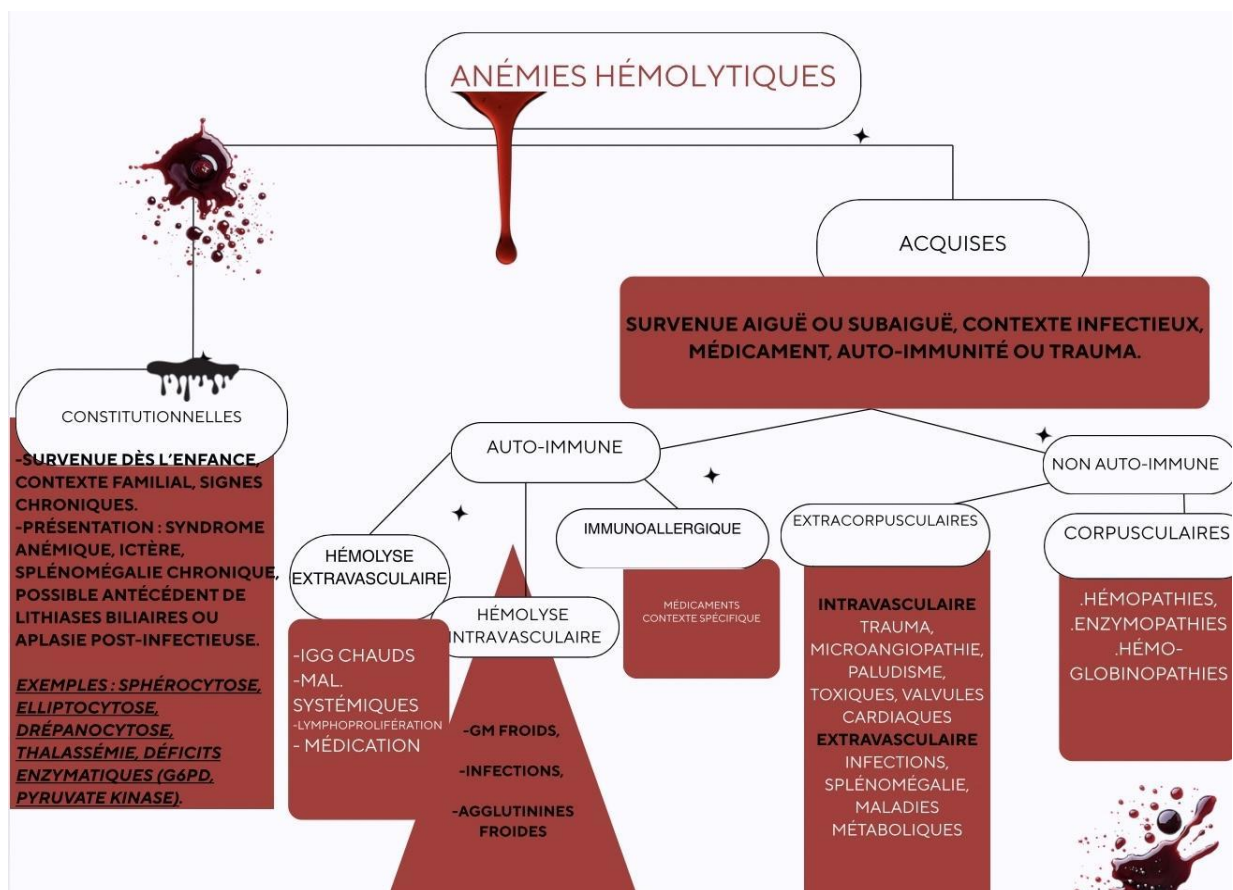


Tableau comparatif synthétique

Type / Mécanisme	Début	Caractères biologiques	Examens orientant	Principales causes	Orientation intravasculaire / extravasculaire
Constitutionnelle	Chronique	NFS, frottis (anomalies morphologiques)	Cyrtométrie, électrophorèse	Sphérocytose, elliptocytose, drépanocytose, thalassémie, G6PD, PK	Essentiellement extravasculaire
Acquise auto-immune	Aigu/ Subaigu	Coombs + (IgG chauds/IgM froids), LDH ↑, haptoglobine↓	Test de Coombs, sérologie, frottis	Auto-immunité, infection, médicament	IgG chauds : extravasculaire ; IgM froids : intravasculaire
Acquise non auto-immune	Aigu	Réticulocytes↑, schizo-/sphéro-/corps de Heinz	Frottis, toxiques, infection	Microangiopathie, traumatisme	Microangiopathies, intravasculaire
Iso-immune et immuno-Allergique	Très aigu	Coombs +, hémolyse en contexte spécifique	Antécédent transfusionnaire médicamenteux	Incompatibilité ABO/fœto-maternelle, β-lactamines	Variable selon contexte

III. Hémophilie : (43)

- Réflexe :

Toujours penser à l'hémophilie chez un garçon avec saignement prolongé ou inexplicé (circoncision)

Schéma clinique :

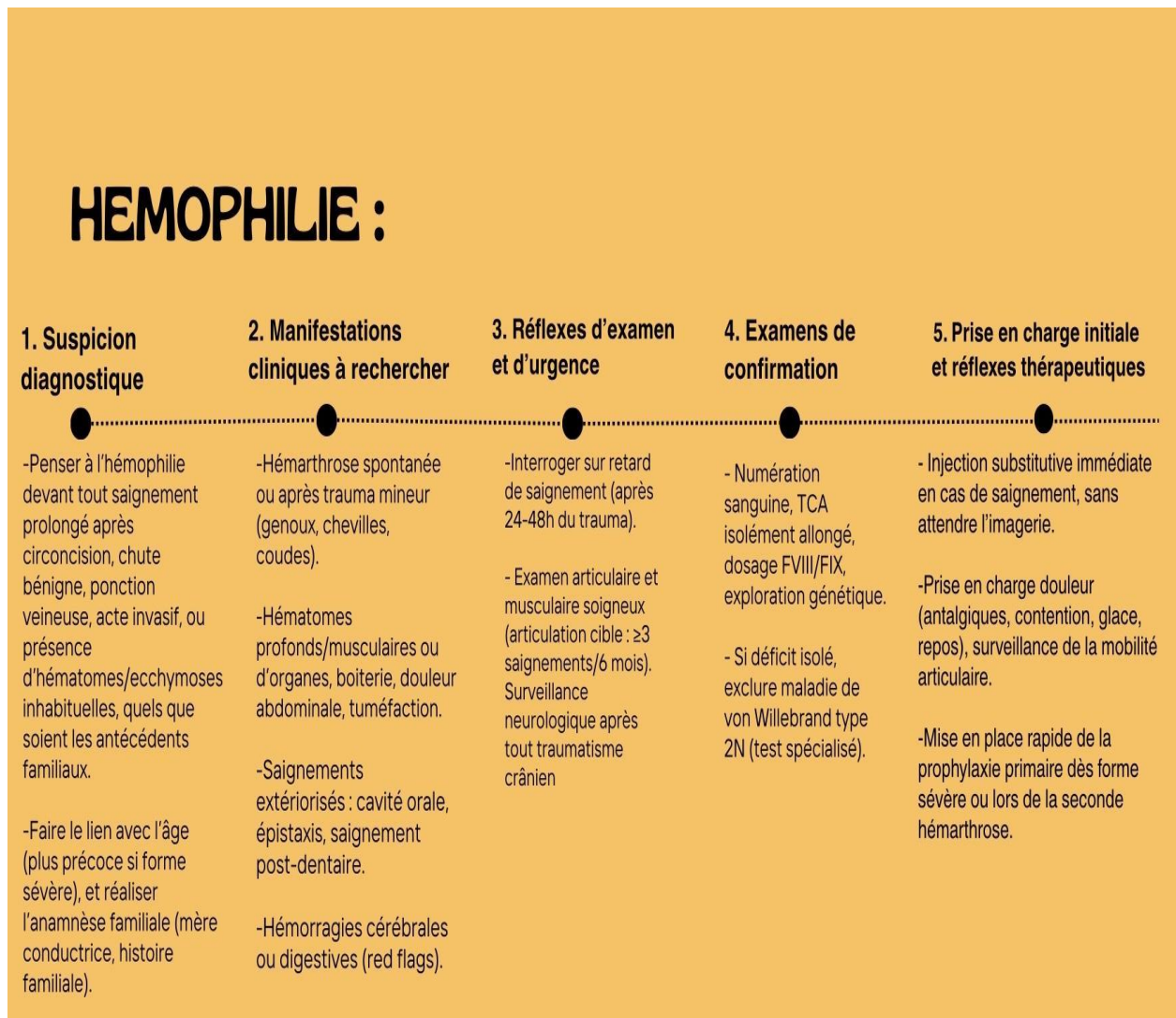


Tableau synthétique :

Tableau clinique	Réflexe clé à extraire	Examen/Action prioritaire	Prise en charge initiale
Saignement post-circoncision	Penser à hémophilie, dosage FVIII/FIX	Bilan hémostase, enquête familiale	Injection substitutive urgente, orientation CRH/CRC-MHC
Hémarthrose (douleur, tuméfaction articulaire)	Interrogatoire du contexte (spontané/trauma mineur), examen complet	TCA, dosage facteur manquant, surveillance	Injection facteur rapidement, mise au repos, antalgiques
Hématome profond/musculaire	Localiser, rechercher signes compressifs/neuro	Imagerie si suspicion (pas avant injection), bilan hémostase	Injection substitutive, repos strict, surveillance neurologique
Saignement extériorisé (oral, digestif)	Rechercher cause locale, explorer l'hémostase	NFS, TCA, dosage FVIII/FIX	Correction facteur, arrêt cause locale, suivi rapproché
Apparition hémorragie après geste invasif	Déclencheur évident, dosage facteur	Bilan hémostase	Injection substitutive selon taux facteur, surveillance

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN ORL :

I. Dysphagie chez l'enfant : (44)

- **Réflexe :**

Devant une dysphagie chez l'enfant, il faut éliminer une malformation ORL ou une compression extrinsèque.

Schéma décisionnel :

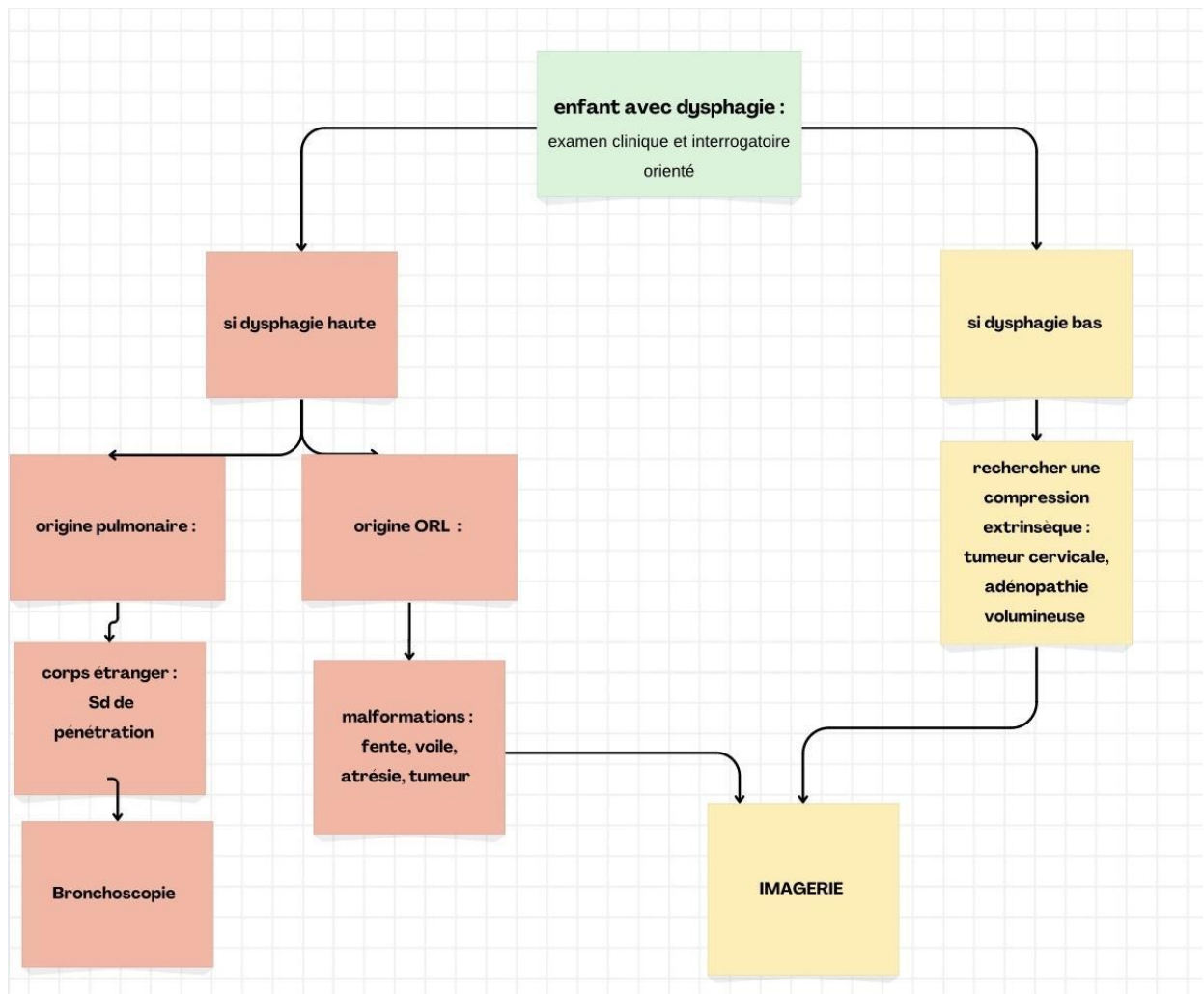


Tableau causes principales :

Cause	Orientation clinique	Examens clés
Malformation ORL	Trouble déglutition haute, malformation clinique	Fibroscopie, examen ORL
Compression extrinsèque	Tuméfaction cervicale, signes associés	TDM, IRM, échographie
Tumeur	Signes neurologiques ou masses palpables	Imagerie, biopsie

II. Épistaxis unilatérale récidivante : (45)

Réflexe :

Devant une épistaxis unilatérale récidivante, il faut rechercher une cause locale (croûtes, tumeur nasale, télangiectasie).

Schéma rapide :

Schéma clinique pour épistaxis unilatérale récidivante chez l'enfant



Tableau diagnostic :

Étiologie	Signes d'appel	Confirmation
Cause locale (croûtes)	Traumatisme, grattage	Examen local, simple
Tumeur nasale (polype, angiofibrome, carcinome, rhinosinusien)	Masse, obstruction, récurrence	Imagerie, biopsie
Télangiectasie	Antécédents familiaux	Examen général, bilan génétique

III. Adénopathie cervicale :(46)

- Réflexe 1 :

Devant une adénopathie cervicale chronique, il faut éliminer une tuberculose ganglionnaire ou une tumeur.

- Réflexe 2 :

Toute adénopathie cervicale récente qui persiste au-delà d'un mois impose la réalisation d'une biopsie

- Réflexe 3 :

Un ADP cervical chez l'enfant est généralement bénin : réactionnelle aux infections rhinopharyngées

Schéma d'exploration :

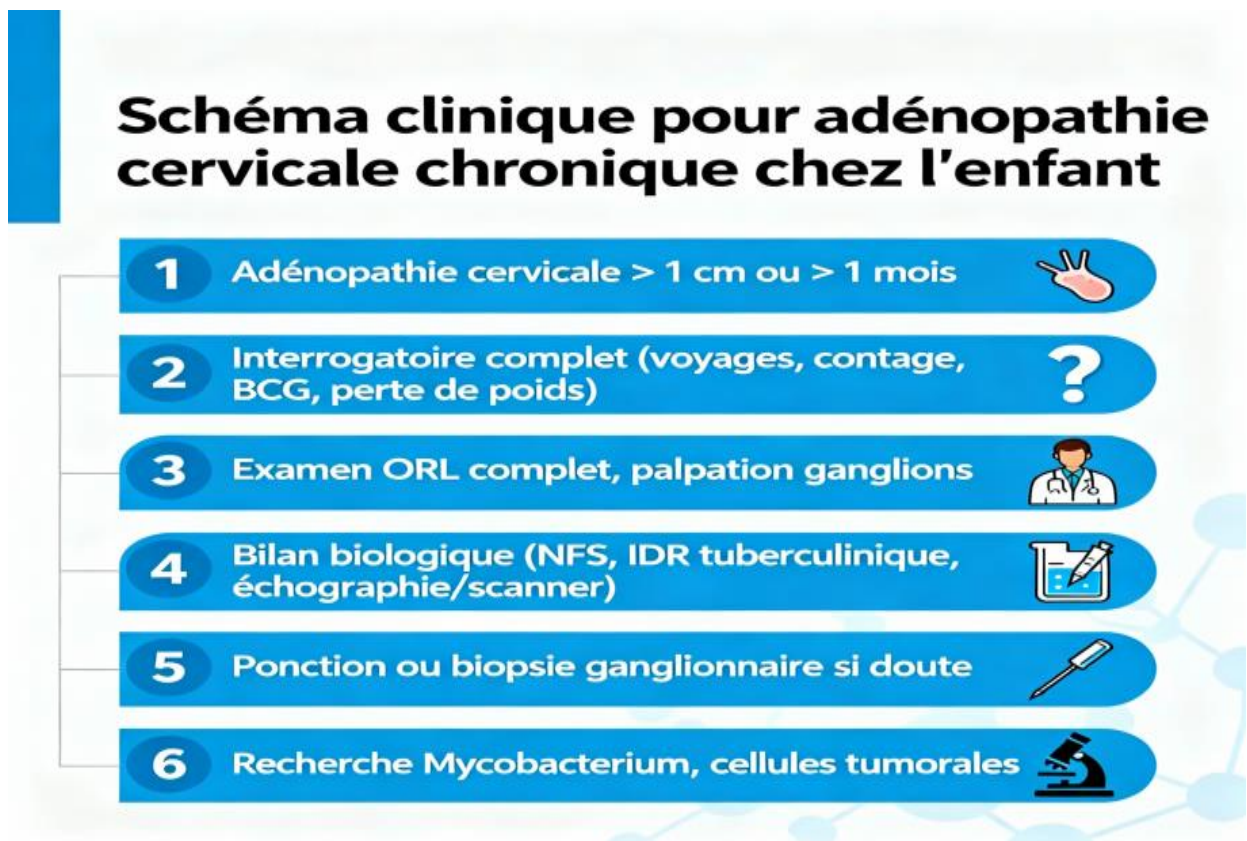


Tableau diagnostic :

Cause principale	Orientation clinique	Examens clés
Tuberculose ganglionnaire	Réaction tuberculinique positive, fièvre, contexte migratoire	Ponction/biopsie, examen direct, culture
Tumeur primitive ORL	Masses du VAS, antécédents	Imagerie, biopsie
Hémopathie	Signes généraux, poly adénopathie	NFS, myélogramme

IV. Otites de l'enfant : (47) (48)

A. Fièvre aiguë chez l'enfant :

- Réflexe :

fièvre aiguë chez l'enfant : ne pas oublier un examen à l'otoscope

Schéma décisionnel :

Schéma Clinique pour Enfant avec Douleur ou Fièvre Aiguë

Interrogatoire Précis

- ? Otalgie
- ? Troubles Comportementaux
- ? Manipulation de l'Oreille

Otoscopie Systématique

- Aspect du Tympan : Couleur
Relief
Relief
- Bombement → Effusion → Perforation
-

Recherche d'OMA et Différenciation

- OMA (Otite Moyenne à Effusion)
- Différenciation avec Otite Externe en Cas de Doute

Tableau des signes ORL :

Symptôme principal	Signes à rechercher	Interprétation clinique
Douleur	Tympan rouge, bombé, purulent	Otite moyenne aiguë
Fièvre	Pus, perforation tympanique	Complication ORL
Manipulation oreille	Refus sommeil, pleurs	Possible OMA

B. OMA récidivante : rechercher hypertrophie adénoïdienne

- Réflexe :

Devant une OMA récidivante, il faut rechercher une hypertrophie adénoïdienne.

Schéma clinique

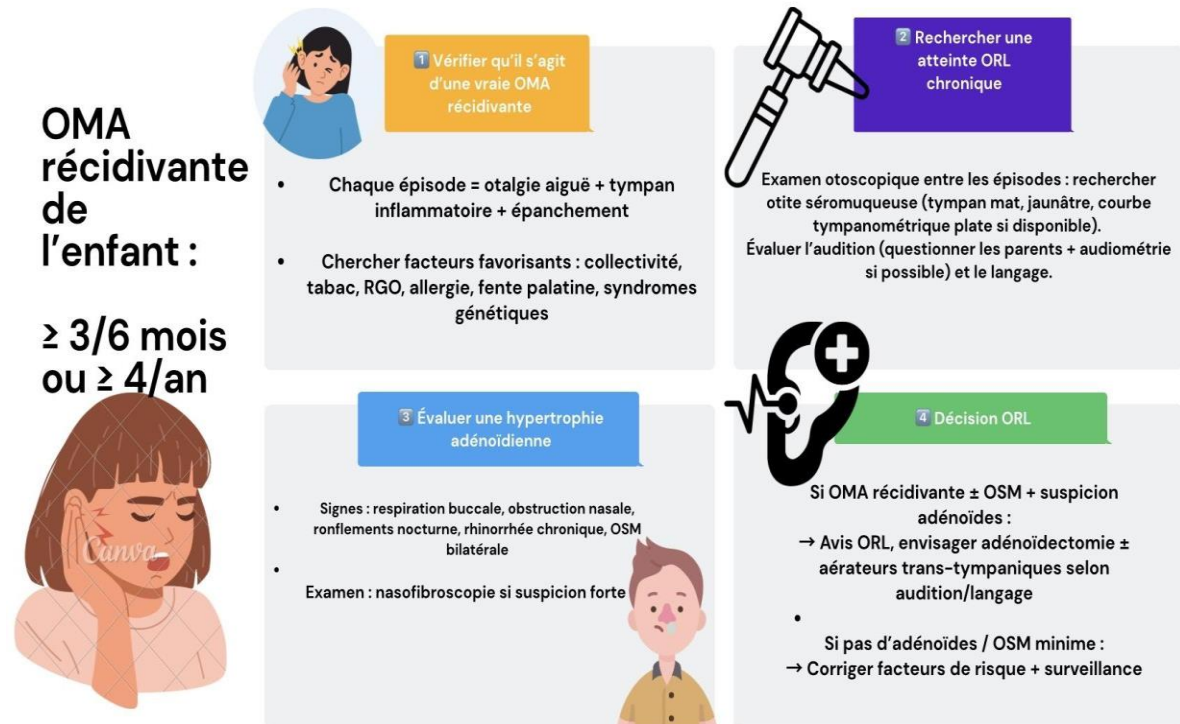


Tableau synthétique :

Étape	A retenir
Définition OMA récidivante	≥ 3 OMA en 6 mois ou ≥ 4 en 12 mois.
1. Vérifier les diagnostics	S'assurer que chaque épisode était une vraie OMA (otalgie aiguë + tympan inflammatoire avec épanchement).
2. Chercher facteurs de risque	Collectivité, tabac passif, terrain allergique, RGO, anomalies crânio-faciales (fente, trisomie 21...).
3. Rechercher OSM associée	Otoscopie entre les épisodes : tympan mat/jaune, parfois bulles ; penser tympan métrie et audiométrie si possible.
4. Suspecter hypertrophie adénoïdienne	Obstruction nasale, respiration buccale, ronflements surtout NOCTURNE, voix "nasonnée", otites séromuqueuse bilatérales répétées.
5. Examen spécialisé	Nasofibroskopie
6. Conduite à tenir	<ul style="list-style-type: none">- Corriger les facteurs de risque et traiter OMA selon les recommandations.- En cas d'OMA récidivante + OSM ± hypertrophie adénoïdienne : adresser en ORL pour discussion adénoïdectomie ± aérateurs transtympaniques.

V. Angine de l'enfant :(49)

- Réflexe :

Chez l'enfant, toute angine doit être considérée comme une angine à streptocoque du groupe A (SGA) jusqu'à preuve du contraire

Schéma clinique :



Tableau synthétique de la conduite :

Situation clinique	Prise en charge	Traitement antibiotique adapté
Angine aiguë chez enfant ≥ 3 ans	Antibiotique si TDR +, symptomatique si TDR -	Amoxicilline (50 mg/kg/j en 2 prises pendant 6 jours) en 1er choix. Alternatives si allergie : C3G (8 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours) ou Clarithromycine (15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours) [
Angine aiguë enfant <3 ans	Traitement symptomatique souvent d'origine virale	Pas d'antibiothérapie, surveillance

VI. Surdité chez l'enfant : (50)

- a. réflexe 1 :

Tout retard du langage, il faut toujours éliminer une surdité

Au moindre doute sur la surdité chez l'enfant impose une exploration auditive : PEA, OEA, audiométrie

Schéma clinique :



Tableau synthétique :

Contexte clinique	Bilan indispensable	Causes à éliminer	Conduite à tenir
Retard de parole	Audiométrie, PEA, tympanométrie	Surdité Otite séromuqueuse	Exploration ORL Suivie orthophonique
Difficultés de compréhension Difficultés scolaires + trouble de compréhension	Bilan ORL Audiométrie	-Déficit intellectuel, - trouble neurodéveloppemental Globale -surdité - trouble cognitif	Accompagnement éducatif et prise en charge multidisciplinaire Rééducation + surveillance

VII. Dyspnée laryngée : (51)

a. réflexe :

Devant tout stridor inspiratoire chronique du nourrisson, il faut éliminer les malformations laryngées : la laryngomalacie reste la cause la plus fréquente

Schéma clinique :



Tableau synthétique :

Interrogatoire/clinique	Examens à demander	Diagnostiques à évoquer	Conduite à tenir détaillée
Antécédents familiaux, notion de malformation, troubles alimentaires, cassure pondérale, absence de contexte infectieux	Endoscopie	<ul style="list-style-type: none"> - Laryngomalacie - Sténoses congénitales - Kystes sous-glottiques - Angiome sous-glottique - Paralysie congénitale cordes vocales 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation si formes sévères - Surveillance ORL rapprochée - Traitement chirurgical si nécessaire <ul style="list-style-type: none"> - Nutrition adaptée - Consultation spécialisée

b. réflexe 2 :

Devant une dyspnée laryngée aiguë, il faut toujours évoquer un corps étranger

Rechercher systématiquement un syndrome de pénétration : l'apparition est souvent brutale

Penser à une laryngite sous glottique : début progressif, dans un contexte de fièvre modérée le soir avec cornage (cause souvent viral)

Schéma clinique :

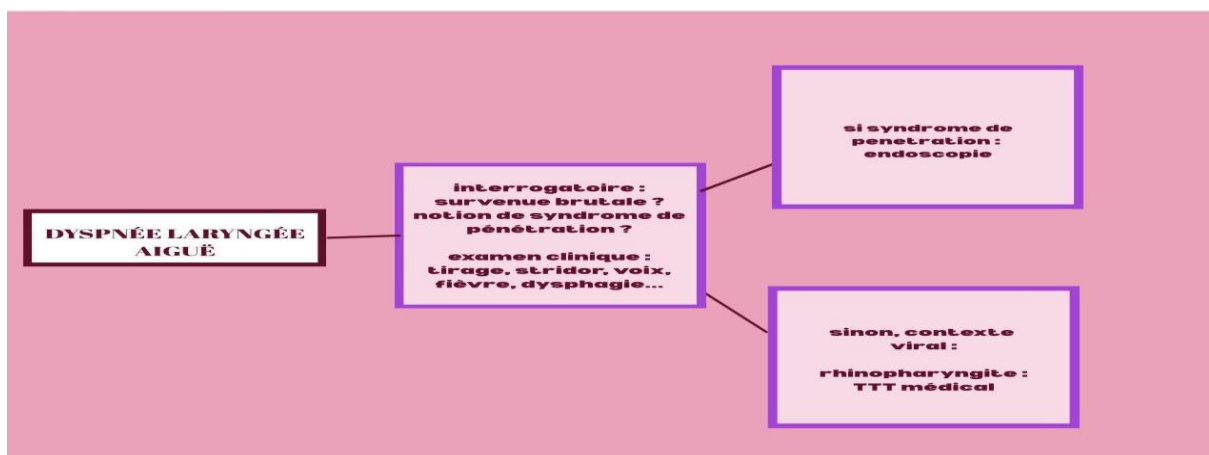


Tableau synthétique :

Élément clé	Interrogatoire/cl inique	Examens à demander	Diagnostiques à évoquer	Conduite à tenir détaillée
Installation brutale, syndrome de pénétration, apyrexie	Antécédent corps étranger, notion de jeu, début brutal, apyrexie, tirage, cornage/stridor, voix normale puis extinction possible	<ul style="list-style-type: none"> - Endoscopie en urgence - Radiographie si doute 	<ul style="list-style-type: none"> - Corps étranger laryngé - Traumatisme laryngé 	<ul style="list-style-type: none"> - Urgence absolue - Ne jamais coucher l'enfant - Oxygénation, préparation équipe réanimation/intubation - Extraction du corps étranger sous AG par équipe spécialisée - Surveillance constante, hospitalisation même après extraction [1][2][4]
Début progressif, contexte viral, fièvre modérée, cornage/toux à prédominance nocturne	Antécédents récents d'infection ORL ou respiratoire, fièvre, voix rauque, cornage, toux trouble mineur de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic clinique surtout - Pas d'examen complémentaire systématique 	<ul style="list-style-type: none"> - Laryngite aiguë sous-glottique (croup) 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la gravité clinique (tirage, cyanose, sueurs, polypnée) : bénigne, modérée, sévère ou grave - Forme bénigne : corticoïdes per os, surveillance à domicile, aérosols humidifiés - Forme sévère : hospitalisation, aérosol d'adrénaline, corticoïdes IV ou IM, surveillance ECG, préparation intubation si épuisement - Exclusion d'un corps étranger si absence d'amélioration ou contexte atypique

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN OPHTALMOLOGIE :

I. Rétinoblastome : (52)

- Réflexe :

Une leucocorie chez un nourrisson est un rétinoblastome jusqu'à preuve du contraire

Schéma clinique :



The infographic is a vertical layout with a light blue background and yellow speech bubble-like shapes containing text. It includes several images: a cross-section of an eye showing a red mass, a close-up of a child's eyes with a white reflex, a close-up of a child's face with a white reflex, and a close-up of a child's face with a white reflex. The text is organized into five numbered sections.

- 1. Contexte & génétique**
 - o Tumeur maligne intraoculaire la plus fréquente de l'enfant, souvent avant 5 ans.
 - o Forme sporadique (unilatérale, non héréditaire) ou héréditaire (bilatérale, prédisposition familiale, mutation RB1).
- 2. Circonstances de découverte**
 - o Leucocorie (reflet blanc pupillaire) : signe d'alerte le plus fréquent.
 - o Strabisme (souvent constant).
 - o Révélé parfois lors d'un examen systématique, dépistage familial ou investigation d'anomalie génétique.
- 3. Bilan diagnostique**
 - o Examen du fond d'œil sous anesthésie générale, échographie, IRM orbitaire pour extension.
 - o Classification des tumeurs (Reese Ellsworth, TNM, International Classification).
- 4. Bilan d'extension**
 - o Intraoculaire: nombre, taille, localisation, extension vitréenne.
 - o Locorégionale (IRM) et à distance (si facteur de risque: ponction lombaire, biopsie moelle si extension extraoculaire).
- 5. Traitement**
 - o Approches conservatrices (chimiothérapie locale/systémique, laser, cryothérapie, curiethérapie).
 - o Enucléation si tumeur étendue ou proliférante.
 - o Radiothérapie très rare (formes rebelles ou avec extension orbitaire).
- 1. Suivi et pronostic**
 - o Contrôle ophtalmologique régulier, surveillance des récives et des tumeurs secondaires (formes héréditaires).
 - o Pronostic excellent (>95% guérison dans pays développés), variable selon le stade au diagnostic.

Tableau synthétique :

Aspect	Points clés et réflexes à adopter	Importance clinique
Population cible	Enfant < 5 ans (1 / 15 000 naissances), surveiller ATCD familiaux	Identification précoce, suspicion génétique
Signe d'alerte principal	Leucocorie, strabisme persistant	Diagnostic rapide, éviter retard
Diagnostic positif	FO, échographie, IRM orbitaire	Certitude, évaluation extension
Diagnostic différentiel	Maladie de Coats, persistance vitré primitif, autres tumeurs	Éviter erreur, prise en charge adaptée
Bilan extension	Intraoculaire (taille, nombre, extension vitrénne) ; locorégionale (IRM) ; à distance si formes évoluées	Orienter le traitement
Traitements	Conservateur si possible : chimiothérapie, laser, cryothérapie, curiethérapie. Enucléation si tumeur étendue	Préserver vision, guérir, limiter séquelles
Surveillance & génétique	Suivi long terme, dépistage familial, surveillance complications, information parents	Prévention, conseil génétique
Pronostic	Guérison quasi-complète si diagnostic précoce (<95%) ; plus sombre dans pays à faible ressource	Améliorer la survie

II. Glaucome congénital : (53)

- Réflexe 1 :

Devant toute mégalo cornée, il faut évoquer un glaucome congénital

- Réflexe 2 :

Devant tout nourrisson avec larmoiement, photophobie, clignements fréquents et augmentation de taille oculaire, suspecter un glaucome congénital en urgence

Schéma clinique :

CONTEXTE & ÉPIDÉMIOLOGIE

- o Maladie rare, présente dès la naissance ou révélée avant 3 ans.
- o Elle résulte d'une malformation des voies d'évacuation de l'humeur aqueuse (trabéculodysgénésie).

SIGNES D'APPEL

- o Larmoiement chronique (épiphora).
- o Photophobie.
- o Blépharospasme (clignements fréquents, fermeture des yeux).
- o Augmentation du volume du globe oculaire (buphtalmie).
- o Cornée élargie, parfois trouble (œdème cornéen).
- o Rougeur oculaire, baisse d'acuité visuelle.

EXAMEN CLINIQUE ET PARACLINIQUE

- o MESURE DE LA PRESSION INTRAOCULAIRE (PIO) TOUJOURS ÉLEVÉE.
- o MESURE DU DIAMÈTRE CORNÉEN (SOUVENT >12 MM AVANT 1 AN).
- o FOND D'ŒIL (EXCAVATION PAPILLAIRE), RECHERCHE DES AUTRES ANOMALIES OCULAIRES.
- o BILAN GÉNÉRAL (RECHERCHE DE SYNDROMES GÉNÉTIQUES ASSOCIÉS).

1. ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

- o RETARD DIAGNOSTIC = RISQUE DE CÉCITÉ IRREVERSIBLE.
- o COMPLICATIONS : RUPTURE DE DESCÉMET, OPACIFICATION CORNÉENNE, AMBLYOPIE PAR PRIVATION.
- o RISQUE D'ATTEINTE BILATÉRALE.

PRISE EN CHARGE

- o URGENCE OPÉRATOIRE : CHIRURGIE (TRABÉCULÉCTOMIE, GONIOTOMIE) POUR RESTAURER LE DRAINAGE DE L'HUMEUR AQUEUSE.
- o TRAITEMENT MÉDICAL PARFOIS UTILISÉ EN ATTENTE OU EN COMPLÉMENT.
- o SURVEILLANCE À VIE (RISQUE DE RÉCIDIVE, SUIVI VISUEL, PIO ET CROISSANCE OCULAIRE).

Tableau synthétique :

Étape/Aspect	Points clés et réflexes à adopter	Objectif
Contexte	Survenue avant 3 ans, malformation congénitale	Diagnostic précoce, éviter retard
Signes d'appel	Larmoiement, photophobie, blépharospasme, buphtalmie, cornée trouble	Orientation immédiate vers ophtalmologiste
Examen clinique/paraclinique	Mesure PIO, diamètre cornéen, fond d'œil, recherche anomalies associées	Confirmer diagnostic, bilan complet
Evolution/complications	Surveillance bilatérale, risque de cécité, opacité cornéenne	Évaluation pronostique, prévenir séquelles
Prise en charge	Chirurgie urgente + suivi régulier, traitement médical si besoin	Rétablir drainage, diminuer pression, préserver vue
Surveillance	Suivi ophtalmologique, éducation familiale, dépistage siblings	Prévenir récurrence, informer famille

III. Strabisme chez l'enfant : (54)

- Réflexe 1 :

Dépister l'amblyopie devant tout strabisme persistant

Schéma clinique :



Tableau synthétique :

Étape	Réflexe pour l'étudiant / le MG
Observation d'un strabisme	Considérer tout strabisme permanent comme anormal, surtout après 3-4 mois. Ne pas rassurer sans un avis spécialisé.
Évaluation de la vision	Tester chaque œil séparément ; si différence nette d'acuité ou refus d'occlusion d'un œil → suspecter amblyopie.
Signes associés à rechercher	Leucocorie, ptosis, anisocorie, nystagmus, signes neurologiques, strabisme d'apparition brutale → avis ophtalmo/urgences.
Message clé aux parents	"Un œil qui louche peut devenir paresseux (amblyopie) et perdre sa vision si l'on ne traite pas tôt." Importance de la prise en charge avant 6-7 ans.
Conduite à tenir	Strabisme + suspicion d'amblyopie → orientation rapide en ophtalmologie pédiatrique pour correction optique, occlusion et bilan étiologique.

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN DERMATOLOGIE :

I. La gale chez l'enfant : (55)

- Réflexe 1 :

Toute lésion papulo-vésiculeuse prurigineuse (surtout nocturne) chez un nourrisson doit faire évoquer une gale

- Réflexe 2 :

Ne jamais oublier : traiter tous les sujets-contacts simultanément et désinfecter literie/linge pour éviter les échecs et les ré-infestations.

Schéma Clinique :

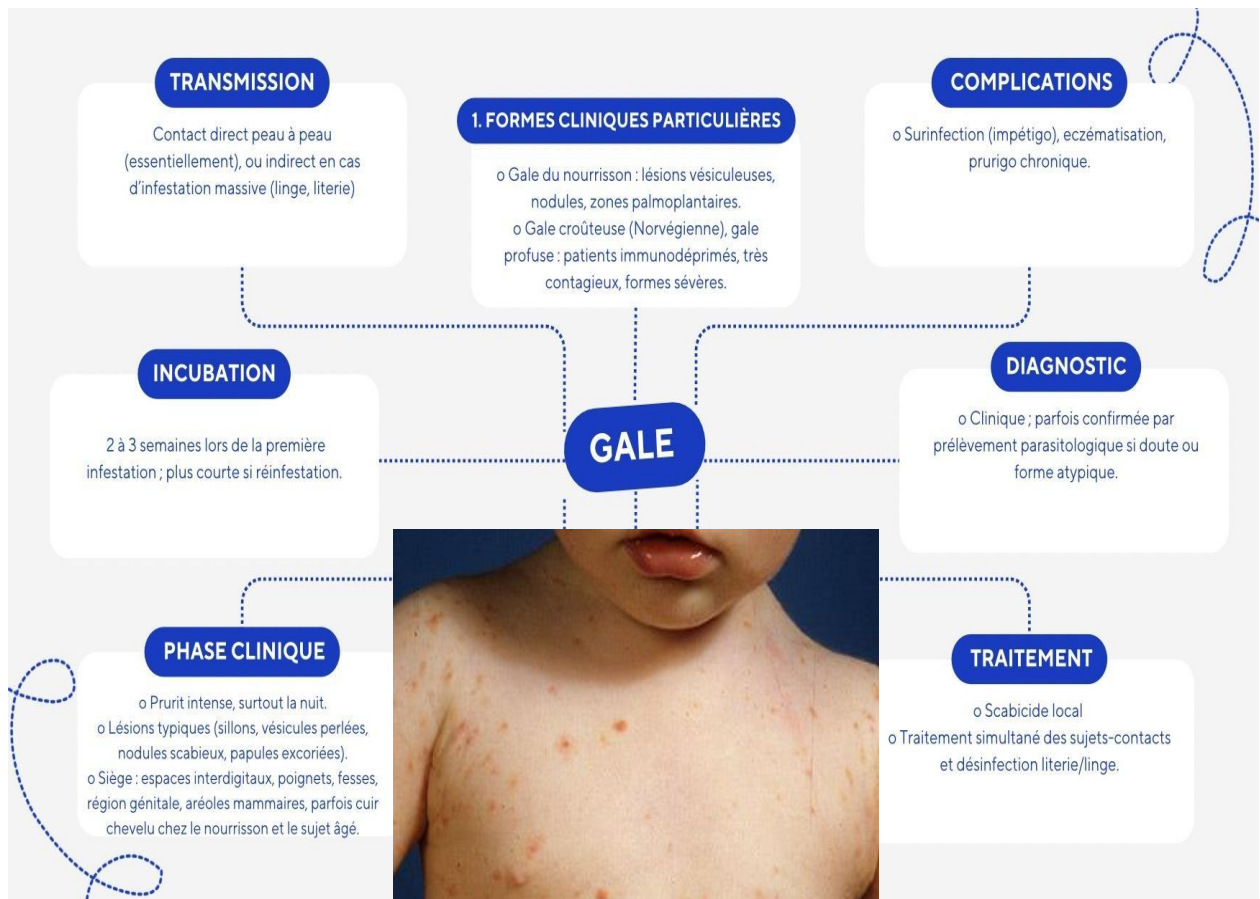


Tableau synthétique :

Étape	Point clé / réflexe à adopter	Objectif
Transmission	Savoir évoquer la gale devant prurit nocturne, formes familiales	Diagnostic précoce et éviter épidémie
Sémiologie	Chercher sillons, vésicules, nodules dans sites typiques	Diagnostic clinique
Recherche d'atypies	Réaliser prélèvement en cas de forme atypique/nourrisson	Ne pas méconnaître les formes particulières
Traitement	Scabicide local Renouveler selon protocole Toujours traiter l'entourage et désinfecter linge/literie	Éradiquer le parasite et limiter récurrence
Surveiller	Prurit post-traitement, nouvelle infestation Surinfection éventuelle	Suivi efficace, agir sur complications
Information	Expliquer transmission, mesures d'hygiène, importance du traitement en simultané	Limiter diffusion et améliorer observance

II. Teigne chez l'enfant : (56)

- Réflexe 1 :

Penser à la teigne devant toute plaque alopécique localisée érythémateux–squameuse avec cheveux cassés et squames sur le cuir chevelu chez l'enfant.

Schéma clinique :

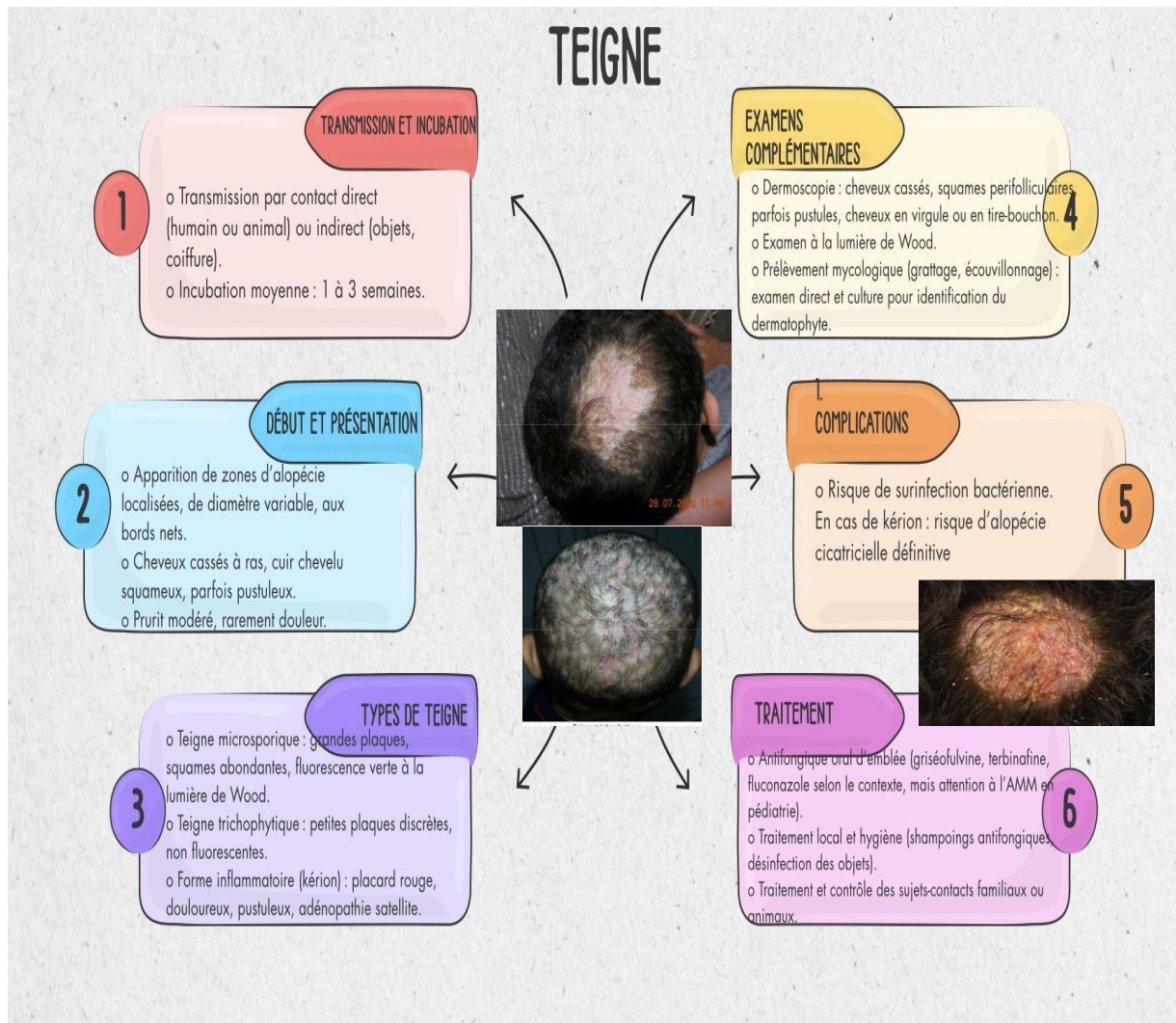


Tableau synthétique

Étape	Réflexes à adopter	Objectif
Suspecter clinique	Devant alopecie localisée, cheveux cassés, squames, examiner zones typiques	Diagnostic précoce, éviter retard
Préciser le type	Utiliser lumière Wood, regarder diamètre, aspect des plaques	Orientation du diagnostic et traitement
Confirmation mycologique	Toujours réaliser prélèvement (grattage, écouvillon) avant traitement	Confirmation et choix antifongique adapté
Recherche complications	EN PREMIER : AVIS DERMATOLOGIE Surveiller kérion, signes de surinfection	Prévenir séquelles d'alopecie cicatricielle
Débuter traitement	Instaurer antifongique oral (sans attendre culture), hygiène locale	Efficacité, limitation transmission
Traiter l'entourage	Dépister et traiter contacts humains et animaux, désinfecter objets	Éviter échecs et récurrences

Réflexes pédiatriques en Réanimation :

I. Arrêt cardiorespiratoire : (57)

- Réflexe 1 :

Devant tout arrêt cardiorespiratoire confirmé chez un enfant, ne jamais retarder le massage cardiaque

- Réflexe 2 :

Chez le nouveau-né / nourrisson, l'arrêt est le plus souvent d'origine respiratoire → priorité à la ventilation.

Schéma clinique :

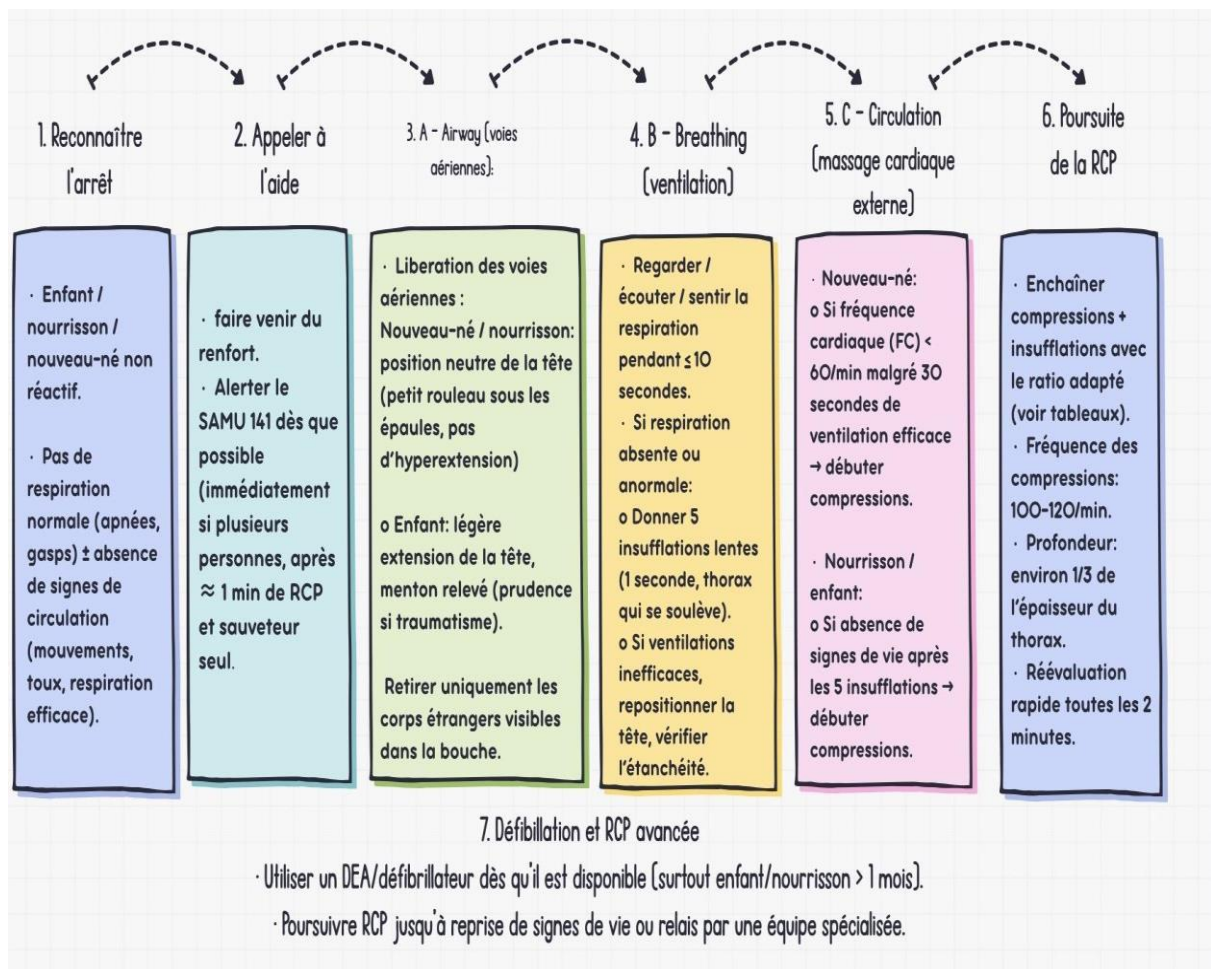


Tableau synthétique :

Élément	Nouveau-né (salle de naissance / tout petit NN)	Nourrisson (< 1 an)	Enfant (≈ 1 an - puberté)
Reconnaissance de l'arrêt	Pas/peu de respiration, FC < 60/min malgré 30 s de ventilation efficace	Inconscient, pas de respiration normale, pas de signes de vie	Idem nourrisson
Ouverture des voies aériennes	Position neutre, rouleau sous épaules, maintien de la tête	Position neutre, sublaxation du menton, pas d'hyperextension	Légère extension de la tête, menton relevé
Ventilations initiales	5 insufflations au masque 1 s chacune, O ₂ si disponible	5 insufflations bouche-à-bouche-nez, 1 s, thorax qui se soulève	5 insufflations bouche-à-bouche (nez pincé), 1 s chacune
Condition pour débiter massage	FC < 60/min après 30 s de ventilation efficace	Pas de signes de vie après les 5 insufflations	Pas de signes de vie après les 5 insufflations
Point d'appui massage	1/3 inférieur du sternum, 2 pouces / thorax encerclé (ou 2 doigts)	1/3 inférieur du sternum, 2 doigts (ou 2 pouces encerclant thorax)	Milieu du sternum, talon d'1 main (ou 2 mains chez grand enfant)
Profondeur compressions	≈ 1/3 du thorax (≈ 4 cm)	≈ 1/3 du thorax (≈ 4 cm)	≈ 1/3 du thorax (≈ 5 cm)
Fréquence compressions	100-120/min	100-120/min	100-120/min
Ratio compressions/ventilations (2 sauveteurs pro)	3 :1 (90 compressions + 30 insufflations/min)	15 :2	15 :2
Ratio compressions/ventilations (1 sauveteur formé)	30 :2	30 :2	30 :2
DEA / choc	Rare (cause surtout respiratoire)	Possible > 1 mois, électrodes/mode pédiatrique si dispo	DAE standard, idéalement mode pédiatrique

II. Envenimation de scorpion : (58)

- Réflexe 1 :

Toute envenimation scorpionique est grave jusqu'à preuve du contraire et impose une surveillance même si absence d'éléments de gravité

- Réflexe 2 :

Toujours rechercher signes de gravité

Schéma clinique :

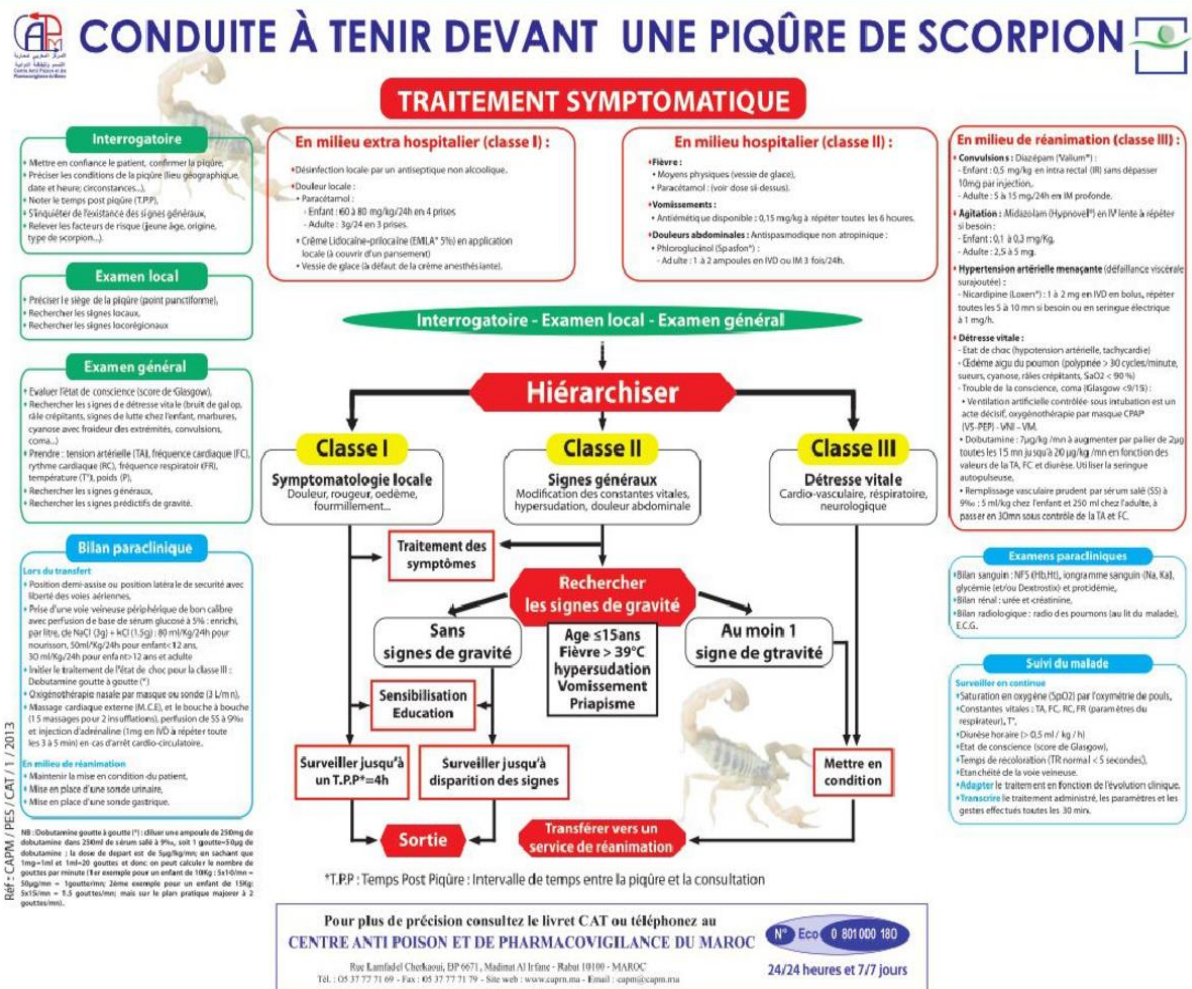


Tableau synthétique :

Grade de gravité	Symptômes clés	Réflexe/examen prioritaire	Prise en charge initiale recommandée
Grade I	Douleur locale, œdème, érythème	Surveillance locale, antalgie, vérif statut vaccinal	Antalgiques simples, désinfection, repos, statut antitétanique
Grade II	Troubles digestifs, tachycardie, hypertension modérée, hypersialorrhée	Surveillance rapprochée cardiaque et respiratoire, monitoring	Hospitalisation, oxygénothérapie si besoin, correction troubles hydro-électrolytique
Grade III	Choc, hypotension, troubles du rythme, détresse respiratoire, œdème pulmonaire	Admission en réanimation, monitoring intensif, gaz du sang	Remplissage vasculaire, ventilation, anti venin IV spécifique
Atteinte neurologique	Confusion, coma, convulsions	Surveillance neurologique, évaluation Glasgow	Surveillance rapprochée, maintien des fonctions vitales, traitement symptomatique

III. Acidocétose diabétique : (59)

- Réflexe 1

Devant douleur abdominale / vomissements / mauvais état → glycémie capillaire + Bandelette urinaire.

- Réflexe 2

Toujours commencer par évaluer l'état neurologique et l'état hémodynamique

- Réflexe 3

La priorité est la réhydratation ; puis l'insuline

- Réflexe 4

Toujours rechercher un facteur déclenchant

Schéma clinique :

Acidocétose diabétique :

Reconnaissance clinique rapide :

- o Syndrome cardinal (polyurie, polydipsie, amaigrissement) souvent associé à : dyspnée de Kussmaul, haleine cétonique, troubles digestifs : nausées, vomissements, douleur abdominale aiguë pouvant mimer une urgence chirurgicale.
- o Surveillance de la conscience : somnolence, coma, agitation ou modifications comportementales, surtout chez le jeune enfant.
- o Rechercher les facteurs déclenchants : oubli d'insuline, infection, stress physiologique.

Examens paracliniques et confirmation

- o Glycémie > 2.5 g/L, cétonémie > 3 mmol/L (ou cétonurie), pH < 7.30, bicarbonates < 15 mmol/L, hyperglycémie.
- o Recherche de troubles électrolytiques : hyponatrémie (corrigée), hypokaliémie (risque majeur en début de traitement), élévation urée/créatinine, hyperosmolarité plasmatique.
- o ECG pour évaluation des anomalies du potassium.

Réflexes de prise en charge en réanimation

- o Priorité à la réhydratation par soluté salé isotonique (NaCl 0,9%) sur 1-2h, correction lente du déficit hydrique.
- o INSULINE : bolus systématiquement évité — débuter en continu IV faible dose après une heure (jamais en urgence immédiate).
- o Surveillance rapprochée de la kaliémie, supplémentation dès le début même si taux normal, pas de bicarbonates sauf pH < 6.9 avec instabilité hémodynamique ou arythmie.

Gestion des complications aiguës

- o Prévention de l'œdème cérébral : correction hydrique lente (éviter baisse rapide de l'osmolarité), alerte si baisse vigilance.
- o Si suspicion œdème cérébral : mannitol en urgence, ventilation assistée, imagerie non retardante.
- o Aspiration gastrique chez patient inconscient pour éviter inhalation.

Tableau synthétique :

Situation critique	Réflexe-clé extrait	Examen paraclinique immédiat	Prise en charge initiale recommandée
Suspicion acidocétose	Reconnaître Kussmaul, digestif, conscience	Glycémie, cétonémie/urie, gaz du sang	Admission réanimation, réhydratation immédiate NaCl
Troubles digestifs et neurologiques	Alerte abdominale et coma	Iono, ECG, osmolalité, urée/créatinine	Correction hydrique, monitoring neurologique rapproché
Désordre potassium ou sodium	Anticiper hypokaliémie, corriger hyponatrémie	ECG, ionogramme, bilan rénal	Supplémentation potassium dès début (sauf hyperK+), correction lente Na+
Administration insuline	Jamais bolus, lente, après 1h de réhydratation	Glycémie fréquente, cétonémie	IV continue faible dose (0,05-0,1 UI/kg/h après 1h) ; pas de bolus
Œdème cérébral suspecté	Manœuvres d'urgence, mannitol	Imagerie cérébrale si possible (voire scanner)	Mannitol dès suspicion, ventilation, transfert si besoin
Patient inconscient	Acheminement à la réanimation : Aspiration gastrique systématique	Surveillance clinique renforcée, gaz du sang	Aspiration gastrique ; surveillance continue, mesures de prévention
Infection déclenchante	Recherche cause infectieuse systématique	Hémocultures, CRP, urines, septicémie	Antibiothérapie rapide selon bilan et contexte

IV. Etat de mal épileptique :(18)

- Réflexe 1 :

Devant toute crise qui dépasse 15 minutes : considérer un état de mal convulsif et débiter immédiatement un traitement par benzodiazépine.

- Réflexe 2 :

Toujours vérifier en urgence : voie aérienne oxygénation glycémie.
Hypoglycémie = G10% 2 ml/kg immédiatement

- Réflexe 3

Si l'enfant reste convulsif malgré 2 lignes : penser état de mal réfractaire → Avertir la réanimation

Schéma clinique :

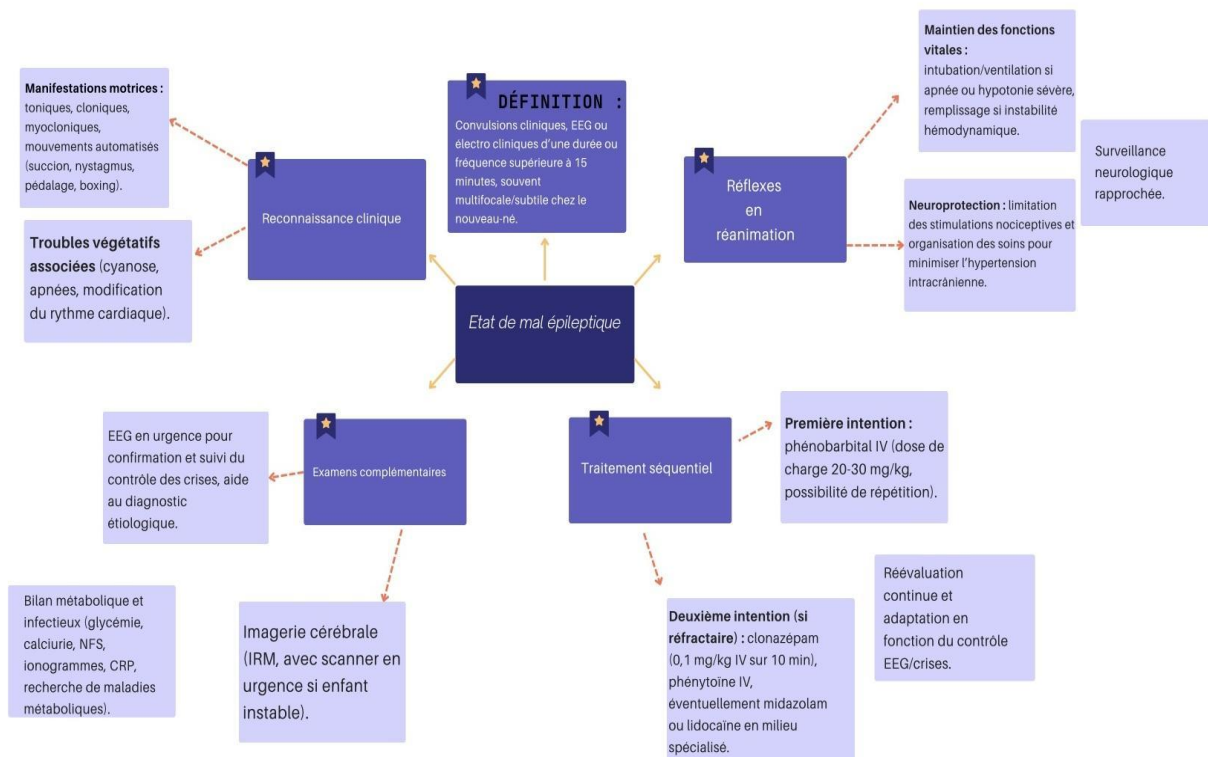


Tableau synthétique :

Étape critique	Réflexe-clé extrait	Examen/action immédiate	Prise en charge recommandée
Reconnaissance du tableau	Durée >15 min, forme multifocale	EEG urgent, évaluation neurologique complète	Admission réanimation, EEG continu, monitoring vital
Troubles respiratoires/ Hémodynamiques	Ventilation insuffisante, apnées, hypotonie	Intubation, ventilation, remplissage vasculaire	Maintien grandes fonctions vitales, adaptation hydrique
Confirmation étiologie	Anamnèse, contexte périnatal, recherche cause	Imagerie cérébrale, bilan métabolique, NFS, CRP	Traitement cause (infection, métabolique, neurochirurgie)
Contrôle des crises	Suivi EEG/activité clinique	Phénobarbital IV en première intention	Dose de charge 20-30 mg/kg, possibilité de répétition
Crises réfractaires	Persistance après 1ère ligne	Clonazépam, phénytoïne, midazolam, lidocaïne	Injection séquentielle, arrêt médicament après échec
Protection cérébrale	Éviter stimulation, surveiller œdème	Organisation soins limités, hypothermie si EAI	Neuroprotection, hypothermie selon indication

RÉFLEXES PÉDIATRIQUES EN URGENCES CHIRURGICALES

I. Torsion testiculaire chez l'enfant : (60)

- Réflexe 1 :

Devant toute bourse aiguë suspecte, l'exploration est prioritaire chez l'enfant.

- Réflexe 2 :

Le délai entre le début des symptômes et l'intervention est le principal facteur de préservation testiculaire

- Réflexe 3 :

L'imagerie Doppler est utile mais ne doit en aucun cas retarder la chirurgie si le tableau est évocateur

Schéma clinique :



Tableau synthétique :

Situation critique	Réflexe clinique/diagnostic clé	Action immédiate recommandée	Justification/exposé clinique
Bourse aiguë douloureuse, brutale	Suspecter torsion testiculaire	Intervention chirurgicale immédiate	Diagnostic clinique souvent difficile ; prudence, intervention sans retard
Position élevée/horizontale du testicule	Recherche signe de Prehn, abolition réflexe crémastérien	Ne pas attendre l'imagerie si suspicion forte	Réflexe crémastérien souvent absent, mais inconstant
Échec de l'échographie décisive	Toujours privilégier chirurgie en urgence	Exploration chirurgicale même si l'écho est rassurant	Facteurs d'erreur échographique nombreux en urgence pédiatrique
Torsion néonatale ou bilatérale	Fixation testiculaire controlatérale systématique	Surgery urgemment, information aux parents	Risque d'anorchidie en cas de torsion bilatérale asynchrone
Diagnostic différentiel (autres bourses aiguës)	Identifier signes de purpura, tumeur, hernie	Imagerie orientée si doute	Exclure autres causes avant de retarder une intervention testiculaire

II. Une invagination intestinale : (61)

- Réflexe :

Devant un accès de pleurs inexplicables chez un nourrissons, penser à une invagination intestinale

Schéma clinique :

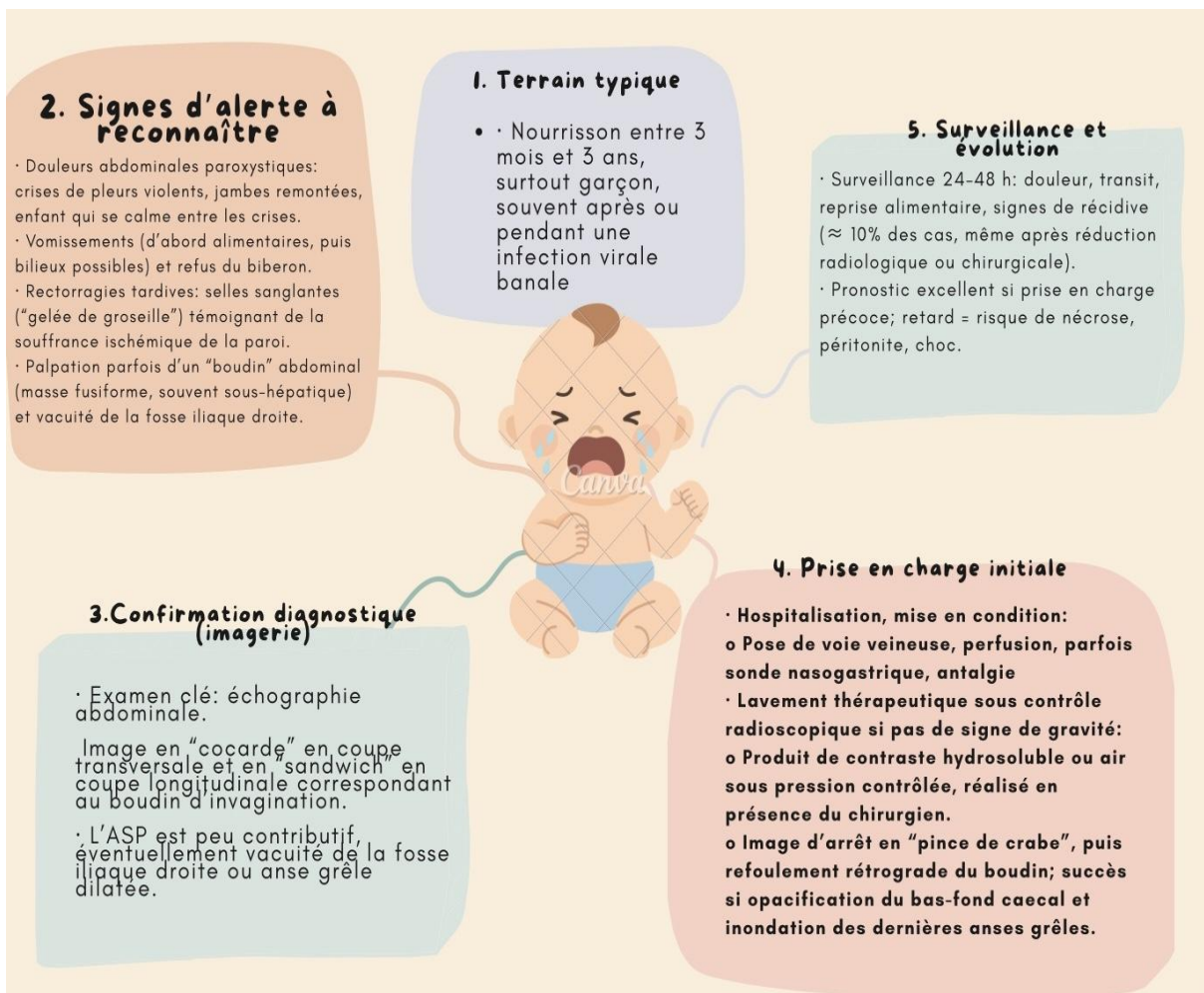


Tableau synthétique :

Rubrique	Points clés chez le nourrisson
Définition	Invagination d'un segment intestinal proximal dans un segment distal, formant un "boudin" intraluminal qui entraîne compression du mésentère, ischémie puis nécrose si non traité.
Âge / contexte	Surtout 3 mois-3 ans, souvent au décours d'une infection virale
Clinique typique	Douleurs abdominales paroxystiques (pleurs, jambes fléchies), vomissements, refus d'alimentation, puis rectorragies (selles sanglantes), parfois masse abdominale palpable.
Message clinique étudiant	"Tout nourrisson avec crises de pleurs + vomissements = invagination à éliminer en urgence.
Examen clé	Échographie abdominale : image en cocarde / sandwich correspondant au boudin d'invagination.
Examens complémentaires	ASP peu utile (peut montrer anse dilatée, vacuité fosse iliaque droite) ; lavement opaque/air à visée surtout thérapeutique.
Traitement de première intention	Lavement rétrograde sous contrôle radioscopique (produit hydrosoluble ou air), en présence du chirurgien, après mise en condition (voie veineuse, perfusion, antalgie).
Contre-indications du lavement	Altération sévère de l'état général, syndrome occlusif marqué, suspicion de perforation ou de péritonite.
Traitement chirurgical	Réduction manuelle via laparotomie ou coelioscopie ; Si échec de réduction ou nécrose : résection intestinale + anastomose.
Récidives	Environ 10% des cas, taux comparable après réduction par lavement ou chirurgie ; nécessite information des parents et surveillance clinique.
Pronostic	Excellent si diagnostic et réduction précoces ; gravité liée au retard diagnostique (nécrose, péritonite, choc).

III. Boiterie aiguë chez l'enfant : (62)

- Réflexe :

Devant toute boiterie aiguë chez l'enfant penser à ostéomyélite

Schéma clinique :



Tableau synthétique :

Élément	Points clés
Définition	Infection bactérienne de l'os, le plus souvent aiguë, hémotogène, touchant métaphyses des os longs chez l'enfant.
Germes principaux	Staphylococcus aureus (MSSA/MRSA) le plus fréquent ; parfois streptocoques, Kingella, Gram négatifs selon l'âge.
Clinique typique	Fièvre, douleur osseuse localisée, boiterie/refus d'appui, limitation fonctionnelle, parfois tuméfaction locale.
Biologie	CRP et VS élevées, CRP utile au suivi ; leucocytose inconstante ; hémocultures avant antibiotiques
Imagerie	Rx souvent normale au début ; écho pour abcès/épanchement ; IRM examen de référence pour confirmation et extension.
Diagnostic positif	Association : tableau clinique compatible + syndrome inflammatoire + imagerie (IRM) évocatrice ± documentation bactériologique (sang/prélèvement osseux).
Traitement médical	Antibiothérapie IV probabiliste ciblant S. aureus puis adaptée à l'antibiogramme ; relais per os dès amélioration ; durée totale 3-6 semaines selon sévérité
Traitement chirurgical	Drainage d'abcès, débridement osseux si forme compliquée, abcès volumineux, nécrose ou échec du traitement médical seul
Critères de relais per os	Apyrexie, amélioration clinique nette, CRP en baisse franche, enfant pouvant prendre le traitement oral et suivi fiable.
Complications	Abcès sous-périosté, arthrite septique associée, séquelles de croissance (troubles de longueur/axe), chronicisation, fractures pathologiques



CONCLUSION



Au terme de ce travail, nous avons élaboré un guide pratique des principaux “réflexes” en pédiatrie, destiné aux étudiants en médecine, avec l’objectif de faciliter une prise en charge initiale structurée, rapide et sécurisée des situations les plus fréquentes et/ou potentiellement graves rencontrées en stage. La démarche adoptée, centrée sur la pédagogie médicale, s’est appuyée sur les données de la littérature et les recommandations disponibles, puis sur une structuration en fiches, tableaux synthétiques et schémas décisionnels, afin de rendre l’outil clair, maniable et directement utilisable au lit du malade.

Ce guide met l’accent sur une approche pragmatique : reconnaître les signes d’alerte, hiérarchiser les diagnostics, demander les examens de première intention pertinents, initier les mesures immédiates, et orienter au bon niveau d’urgence. La validation par la relecture enseignante vise à garantir sa cohérence clinique et sa pertinence pédagogique. Par son format synthétique et son organisation par thèmes/syndromes, ce support répond à une difficulté fréquemment rencontrée par l’étudiant : transformer des connaissances théoriques en réflexes décisionnels concrets dans un contexte de temps limité et de stress clinique.

Enfin, ce travail ouvre des perspectives d’amélioration : évaluation de l’impact pédagogique (avant/après, satisfaction, performance en simulation), mise à jour régulière selon les nouvelles recommandations, et éventuel développement d’une version numérique

(QR codes, algorithmes interactifs, check-lists). Ainsi, ce guide se veut un outil évolutif, au service de la formation clinique, contribuant à renforcer la qualité et la sécurité des soins pédiatriques.



RÉSUMÉ :

La pédiatrie impose une démarche clinique rapide, structurée et adaptée à un patient aux réserves physiologiques limitées, pouvant se décompenser brutalement. Face à la complexification des situations rencontrées en stages (urgences, néonatalogie, services spécialisés), l'étudiant a besoin d'un support pratique transformant les connaissances théoriques en réflexes décisionnels concrets. L'objectif de ce travail est d'élaborer un guide maniable des principaux « réflexes » en pédiatrie, destiné aux étudiants en médecine, afin de faciliter une prise en charge initiale sécurisée des situations fréquentes et/ou potentiellement graves.

Il s'agit d'un travail de pédagogie médicale basé sur la consultation de manuels, référentiels, recommandations de sociétés savantes et bases biomédicales. Les contenus ont été sélectionnés selon leur fréquence, leur valeur sémiologique et leur impact sur l'orientation urgente, en excluant les notions trop spécialisées pour conserver un outil utile au lit du malade. Pour chaque thème, les réflexes essentiels (questions clés, examen clinique, examens de première intention, critères de gravité, conduite à tenir et orientation) ont été structurés sous forme de fiches, tableaux synthétiques et schémas décisionnels originaux.

Le guide regroupe 63 situations cliniques, organisées en 14 chapitres (néonatalogie, pneumologie, cardiologie, neurologie, gastro-entéro-hépatologie, endocrinologie, maladies infectieuses, néphrologie, hématologie, ORL, ophtalmologie, dermatologie, réanimation, urgences chirurgicales). Une relecture par des praticiens et enseignants a visé à garantir la cohérence clinique et la pertinence pédagogique.

En conclusion, ce guide se veut un outil évolutif favorisant une prise en charge initiale rapide et fiable, avec des perspectives d'évaluation de l'impact pédagogique, de mise à jour régulière selon les recommandations, et de développement d'une version numérique (algorithmes interactifs, check-lists, QR codes).

MOTS-CLÉS : pédiatrie ; réflexes cliniques ; guide pratique ; urgences pédiatriques ; pédagogie médicale ; schémas décisionnels.

Abstract:

Pediatrics requires a rapid, structured clinical approach tailored to patients with limited physiological reserves who can deteriorate abruptly. Given the growing complexity of situations encountered during clinical placements (emergency care, neonatology, specialized units), students need a practical resource that turns theoretical knowledge into concrete decision-making reflexes. The aim of this work is to develop a handy guide to the main pediatric “reflexes” for medical students, to facilitate safe initial management of common and/or potentially serious conditions.

This is a medical education project based on the consultation of textbooks, reference materials, professional society guidelines, and biomedical databases. Content was selected according to frequency, semiological value, and impact on urgent triage, while excluding overly specialized notions in order to preserve a tool that is useful at the bedside. For each topic, essential reflexes (key questions, clinical examination, first-line investigations, severity criteria, management, and orientation) were structured as fact sheets, summary tables, and original decision-making flowcharts.

The guide includes 63 clinical situations, organized into 14 chapters (neonatology, pulmonology, cardiology, neurology, gastroenterology-hepatology, endocrinology, infectious diseases, nephrology, hematology, ENT, ophthalmology, dermatology, intensive care, and surgical emergencies). A review by clinicians and teachers aimed to ensure clinical consistency and educational relevance.

In conclusion, this guide is intended to be an evolving tool promoting rapid and reliable initial management, with prospects for evaluating its educational impact, regular updates in line with recommendations, and the development of a digital version (interactive algorithms, checklists, QR codes).

KEYWORDS: pediatrics; clinical reflexes; practical guide; pediatric emergencies; medical education; decision-making flowcharts.

الملخص

تتطلب طب الأطفال مقارنة سريرية سريعة ومنظمة، لأن الأطفال يملكون احتياطياً فيزيولوجياً محدوداً وقد تتدهور حالتهم بشكل مفاجئ. ومع تزايد تعقيد الحالات التي يواجهها الطالب خلال التدريب السريري (طب الاستعجالات، حديثو الولادة، والوحدات المتخصصة)، تبرز الحاجة إلى مرجع عملي يحول المعارف النظرية إلى “منعكسات” قرار سريري واضحة. يهدف هذا العمل إلى إعداد دليل جيبى لأهم المنعكسات في طب الأطفال موجّه لطلبة الطب، لتسهيل التدبير الأولي الآمن للحالات الشائعة و/أو المحتملة الخطورة.

هذا مشروع في التربية الطبية اعتمد على مراجعة الكتب المرجعية، والدلائل الإرشادية للجمعيات العلمية، وقواعد البيانات الطبية الحيوية. تم اختيار المحتوى وفق معايير الشيوخ والقيمة السيميولوجية وتأثيره على الفرز والاستجابة الاستعجالية، مع استبعاد التفاصيل فائقة التخصص للحفاظ على أداة مفيدة على سرير المريض. ولكل موضوع، تم تنظيم المنعكسات الأساسية (الأسئلة المفتاحية، الفحص السريري، الفحوصات الأولية، معايير الخطورة، التدبير، والتوجيه) على شكل بطاقات عملية، وجدول ملخصة، وخوارزميات قرار أصلية.

يتضمن الدليل 63 وضعية سريرية موزعة على 14 فصلاً (حديثو الولادة، أمراض الجهاز التنفسي، أمراض القلب، طب الأعصاب، أمراض الجهاز الهضمي-الكبد، الغدد الصماء، الأمراض المعدية، أمراض الكلى، أمراض الدم، الأنف والأذن والحنجرة، طب العيون، الأمراض الجلدية، الإنعاش، والاستعجالات الجراحية). كما خضع لمراجعة من طرف أطباء وأساتذة لضمان الاتساق السريري والملاءمة البيداغوجية.

خلاصةً، يُراد لهذا الدليل أن يكون أداة متطورة قابلة للتحديث، تُسهّم في تدبير أولي سريع وموثوق، مع آفاق لتقييم أثره التعليمي، والتحديث المنتظم وفق التوصيات، وتطوير نسخة رقمية (خوارزميات تفاعلية، قوائم تحقق، ورموز QR).

الكلمات المفتاحية: طب الأطفال؛ منعكسات سريرية؛ دليل عملي؛ استعجالات الأطفال؛ التربية الطبية؛ خوارزميات اتخاذ القرار.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Lorotte–Namouni S, Clamadieu C, Jarreau PH.**
Détresses respiratoires du nouveau-né (en dehors des malformations et des maladies génétiques ou constitutionnelles). EMC – Pédiatrie [Internet]. mai 2004 [cité 3 déc 2025];1(2):152-70. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1762601304000217>
2. **Masson E.**
EM–Consulte. [cité 2 déc 2025]. Infections néonatales bactériennes et mycosiques. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1696467/infections-neonatales-bacteriennes-et-mycosiques>
3. **Masson E. EM–Consulte.**
[cité 2 déc 2025]. Cholestase néonatale. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1685514/cholestase-neonatale>
4. **Zbinden O.**
Sténose hypertrophique du pylore : étude comparative rétrospective post-pyloromyotomie extramuqueuse des modes de réalimentation post-opératoires [mémoire de master]. Lausanne (Suisse) : Université de Lausanne; 2015.
5. **Dumeige L, Bouvattier C, Lombès M.**
Nouveautés dans l’hyperplasie congénitale des surrénales. Ann Endocrinol [Internet]. oct 2017 [cité 3 déc 2025];78:S21-30. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003426617309228>
6. **Masson E.**
EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Hypoglycémies de l’enfant. Disponible sur:
<https://www.em-consulte.com/article/1211952/hypoglycemies-de-l-enfant>
7. **Masson E.**
EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Asthme de l’enfant et du jeune enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1467031/asthme-de-l-enfant-et-du-jeune-enfant>
8. **Bonmarin I, Bouraoui L, Guiso N, Levy–Bruhl D.**
La coqueluche : collecte de données et choix des stratégies vaccinales. Médecine Mal Infect [Internet]. mai 2009 [cité 3 déc 2025];39(5):271-7. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0399077X09000626>
9. **Masson E.**
EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Infections respiratoires virales des voies aériennes inférieures : bronchiolite. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1627900/infections-respiratoires-virales-des-voies-aerienn>

10. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Inhalation de corps étrangers chez l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1196155/inhalation-de-corps-etranagers-chez-l-enfant>

11. Deschênes G.

Diagnostic de l'hypertension artérielle de l'enfant. EMC - Pédiatrie - Mal Infect [Internet]. 2008 [cité 3 déc 2025];28(3):1-11. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637501708724098>

12. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Endocardite infectieuse et cardiopathie congénitale. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1466685/endocardite-infectieuse-et-cardiopathie-congenital>

13. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Cardiopathies congénitales. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1290507/cardiopathies-congenitales>

14. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Rhumatisme articulaire aigu - Pédiatrie. Disponible sur:

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/pediatrie/diverses-infections-bacteriennes-chez-le-nourrisson-et-l-enfant/rhumatisme-articulaire-aigu>

15. Beyler C.

Insuffisance cardiaque en pédiatrie.

16. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Coarctation de l'aorte - Pédiatrie. Disponible sur:

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/pediatrie/anomalies-cardiovasculaires-congenitales/coarctation-de-l-aorte>

17. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Méningites purulentes du nourrisson et de l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/859362/meningites-purulentes-du-nourrisson-et-de-l-enfant>

18. Kaminska A, Mourdie J, Barnerias C, Bahi-Buisson N, Plouin P, Huon C.

Conduite à tenir en cas de « convulsions » néonatales. Arch Pédiatrie [Internet]. sept 2007 [cité 3 déc 2025];14(9):1137-51. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X07003089>

19. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Poliomyélite. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1566314/poliomyelite>

20. Girard N, Chapon F, Pineau S, Combaz X.

Imagerie de l'hydrocéphalie de l'enfant. EMC – Radiol Imag Médicale – Musculosquelettique – Neurol – Maxillofac [Internet]. 2008 [cité 3 déc 2025];27(2):1-12. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1879855108708042>

21. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Myopathies héréditaires : comment interpréter l'imagerie par résonance magnétique musculaire ? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1505920/myopathies-hereditaires-comment-interpreter-l-imag>

22. Chivoret N.

Tumeurs intrarachidiennes de l'enfant.

23. Jung C, Bellaïche M.

Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. EMC – Pédiatrie – Mal Infect [Internet]. juill 2012 [cité 3 déc 2025];7(3):1-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637501712577240>

24. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Maladies inflammatoires chroniques intestinales de l'enfant : maladie de Crohn, rectocolite hémorragique. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1051535/maladies-inflammatoires-chroniques-intestinales-de>

25. Philippe-Chomette P, Peuchmaur M, Aigrain Y.

Maladie de Hirschsprung chez l'enfant : diagnostic et prise en charge. J Pédiatrie Puériculture [Internet]. févr 2008 [cité 3 déc 2025];21(1):1-12. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798307001338>

26. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Parasitoses digestives. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1500977/parasitoses-digestives>

27. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Maladie cœliaque – Troubles gastro-intestinaux. Disponible sur:

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/syndromes-de-malabsorption/maladie-coeliaque>

28. Diarrhées aiguës de l'enfant – EM consulte [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1323147/diarrhees-aigues-de-l-enfant>

29. Bouhours–Nouet N, Coutant R.

Aspects cliniques et diagnostiques du diabète de l'enfant. EMC – Pédiatrie – Mal Infect [Internet]. 2011 [cité 3 déc 2025];31(3):1-20. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637501711724930>

30. Toublanc JE.

Pathologie thyroïdienne de l'enfant (hypothyroïdie, hyperthyroïdie et cancer). EMC – Pédiatrie – Mal Infect [Internet]. 2007 [cité 3 déc 2025];27(4):1-11. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S163750170772389X>

31. Demay MCR.

Pathologie des corticosurrénales. EMC – Pédiatrie – Mal Infect [Internet]. 2010 [cité 3 déc 2025];30(3):1-14. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637501710724686>

32. Masson E.

EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Tétanos. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1003823/tetanos>

33. Labbé G, Amat F, Labbé A.

Tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire chez l'enfant. EMC – Pédiatrie – Mal Infect [Internet]. oct 2012 [cité 3 déc 2025];7(4):1-12. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637501712421226>

34. Masson E.

EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Fièvre de l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1194196/fievre-de-l-enfant>

35. Masson E.

EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Purpura fulminans. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1417285/purpura-fulminans>

36. Masson E.

EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Glomérulonéphrite aiguë. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1566283/glomerulonephrite-aigue>

37. Masson E.

EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Syndrome néphrotique chez l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/188164/syndrome-nephrotique-chez-l-enfant>

38. Masson E.

EM–Consulte. [cité 3 déc 2025]. Infections urinaires et reflux vésico–urétéral de l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/985338/infections-urinaires-et-reflux-vesico-ureteral-de->

39. Girardin E, Parvex P, Cachat F.

Enurésies et troubles mictionnels diurnes chez l'enfant. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2005 [cité 3 déc 2025];1(7):470-4. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-7/enuresies-et-troubles-mictionnels-diurnes-chez-l-enfant>

40. Niaudet P.

Syndrome hémolytique et urémique chez l'enfant. Néphrologie Thérapeutique [Internet]. 1 févr 2008 [cité 3 déc 2025];4(1):34-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769725507002027>

41. Ducassou S.

Diagnostic d'une anémie. J Pédiatrie Puériculture [Internet]. 1 févr 2025 [cité 3 déc 2025];38(1):32-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987798324001270>

42. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Anémies hémolytiques immunologiques. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1203740/anemies-hemolytiques-immunologiques>

43. Enfant hémophile S.

Meunier – Recherche Google [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1363790/enfant-hemophile>

44. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Dysphagie – Troubles gastro-intestinaux.

Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/troubles-oesophagiens-et-de-la-deglutition/dysphagie>

45. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Épistaxis : conduite à tenir. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1488839/epistaxis-conduite-a-tenir>

46. Adénopathie cervicale : conduite à tenir – EM consulte [Internet]. [cité 3 déc 2025].

Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/239108/adenopathie-cervicale-conduite-a-tenir>

47. Otite séromuqueuse de l'enfant – EM consulte [Internet]. [cité 3 déc 2025].

Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1658959/otite-seromuqueuse-de-l-enfant>

48. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Otite moyenne aiguë de l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1632814/otite-moyenne-aigue-de-l-enfant>

49. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Angines de l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/224305/angines-de-l-enfant>

50. Surdité brutale – EM consulte [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Disponible sur:

<https://www.em-consulte.com/article/1696549/surdite-brutale>

51. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Conduite à tenir devant une dyspnée obstructive haute. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/829245/conduite-a-tenir-devant-une-dyspnee-obstructive-ha>

52. Jehanne M, Brisse H, Gauthier-Villars M, Lumbroso-le Rouic L, Freneaux P, Aerts I.

Le rétinoblastome : les avancées récentes. Bull Cancer (Paris) [Internet]. 1 avr 2014 [cité 3 déc 2025];101(4):380-7. Disponible sur:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455115301119>

53. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Glaucomes. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1608057/glaucomes>

54. Journal Français d'Ophtalmologie – Présentation – EM consulte [Internet].

[cité 3 déc 2025]. Disponible sur: [https://www.em-](https://www.em-consulte.com/revue/JFOO/presentation/journal-francais-d-ophtalmologie)

[consulte.com/revue/JFOO/presentation/journal-francais-d-ophtalmologie](https://www.em-consulte.com/revue/JFOO/presentation/journal-francais-d-ophtalmologie)

55. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Ectoparasitoses : poux et gale. Disponible sur:

<https://www.em-consulte.com/article/232996/ectoparasitoses-poux-et-gale>

56. Legal K, Plantin P.

Alopécie de l'enfant. J Pédiatrie Puériculture [Internet]. 1 juin 2021 [cité 3 déc 2025];34(3):130-46. Disponible sur:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987798321000475>

57.  dition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Réanimation

cardiorespiratoire du nourrisson et de l'enfant – Réanimation. Disponible sur:

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/réanimation/arrêt-cardiaque-et-réanimation-cardiorespiratoire/réanimation-cardiorespiratoire-du-nourrisson-et-de-l-enfant>

58. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Conduite à tenir devant les morsures, les griffures et envenimations de l'enfant. Disponible sur: [https://www.em-](https://www.em-consulte.com/article/39813/conduite-a-tenir-devant-les-morsures-les-griffures)

[consulte.com/article/39813/conduite-a-tenir-devant-les-morsures-les-griffures](https://www.em-consulte.com/article/39813/conduite-a-tenir-devant-les-morsures-les-griffures)

59. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Prise en charge du diabète sucré chez l'enfant. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/209308/prise-en-charge-du-diabete-sucre-chez-l-enfant>

60. Masson E.

EM-Consulte. [cité 3 déc 2025]. Torsion du testicule et de ses annexes. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/855742/torsion-du-testicule-et-de-ses-annexes>

61. Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. CrossRef Listing Deleted

DOIs [Internet]. 2000 [cité 30 juill 2025]; Disponible sur:

http://www.crossref.org/deleted_DOI.html

62. Ostéomyélite [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Disponible sur:

<https://www.aboutkidshealth.ca/osteomyelite>

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي
وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك، والمرض، والألم،
والقلق.

و أن أحفظ للناس كرامتهم و أستر عورتهم و أكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، مسخرة كل رعايتي
الطبية للقريب و البعيد، للصالح و الطالح، و الصديق و العدو.

و أن أثابر على طلب العلم و أسخره لنفع الإنسان لا لأداه.

وأن أوقر من علمي وأعلم من يصغرنى وأن أكون أختا لكل
زميل(ة) في المهنة الطبية متعاونين على البر و التقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري و علانيتي،
نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

و الله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم 303

سنة 2025

الانعكاسات في طب الأطفال: دليل عملي لطلبة الطب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2025/12/12

من طرف

الآنسة فهري شيماء

المزدادة في 21 أبريل 2000 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

طب الأطفال – الانعكاسات السريرية – دليل عملي – مستعجلات طب الأطفال – البيداغوجيا
الطبية – مخططات اتخاذ القرار

اللجنة

الرئيس

ل. السعدوني

السيدة

أستاذة في الطب الباطني

المشرف

م. بوروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

الحكام

أ. بنجلون حرزيمي

السيد

أستاذ في طب أمراض الجهاز التنفسي

ن. راضي

السيد

أستاذ في طب الأطفال

ج. فهري

السيدة

دكتورة في طب الأطفال

عضو مشارك