

Extrait gratuit : testez-vous !



Collection dirigée par Romain Jouffroy et Benjamin Bajer
Julie Beucher - Marion Pierre

Comprendre par les dossiers

D2/D3

Pédiatrie

Programme intégral DCEM - ECN en dossiers

50 cas cliniques couvrant tous les items

- ▶ Explications détaillées des raisonnements
- ▶ Commentaires, conseils
- ▶ Focus sur les fondamentaux du cours
- ▶ Iconographies essentielles
- ▶ Grilles de réponses
- ▶ Notation sur 100 points


EDITIONS

**Préparez vos partiels
en toute sérénité !**

Fracture de cheville à 4 ans

■ Enoncé

Luc, 4 ans, vient vous voir suite à une chute. Il a très mal à la cheville droite. Vous réalisez une radiographie, qui montre une fracture de type Salter II. Il s'est également fait une plaie du poignet nécessitant une simple suture.

Question 1

Que signifie une fracture de type Salter II ?

Question 2

Quels sont les principes du traitement de cette fracture ?

Question 3

Quelles échelles de douleur pouvez-vous utiliser chez cet enfant ? Détaillez-les.

Question 4

Il cote sa douleur à 6. Quels antalgiques pouvez-vous lui proposer ?

Question 5

Vous souhaitez une anesthésie locorégionale pour endormir son poignet. Quel en est le principe en général et dans ce cas ?

Question 6

Vous décidez de lui prescrire de la rééducation chez un kinésithérapeute. Rédigez votre ordonnance.

Question 7

Quelle est la principale complication évolutive essentiellement des fractures Salter III à V ? Expliquez le principe.

Vos réponses :

■ Corrections

■ Question 1

Que signifie une fracture de type Salter II ? (15)

- C'est la fracture épiphysaire (5) la plus fréquente.
- Il s'agit d'un décollement épiphysaire partiel (5) (au niveau du cartilage de conjugaison) avec un trait de fracture métaphysaire (5).

■ Question 2

Quels sont les principes du traitement de cette fracture ? (15)

- Le traitement est le plus souvent orthopédique (3).
- Il faut donner des antalgiques adaptés (2), réaliser une anesthésie pour réduire le décollement épiphysaire (4) si besoin et immobiliser la cheville droite par un plâtre cruro-pédieux (5) pendant 4 à 6 semaines.
- En cas d'instabilité, une ostéosynthèse percutanée peut être nécessaire.
- Reprise d'un appui partiel lors du déplâtrage de façon progressive (1), jusqu'à un appui complet à 2-3 mois
- Surveillance du plâtre, des douleurs, puis de la croissance

■ Question 3

■ Quelles échelles de douleur pouvez-vous utiliser chez cet enfant ? Détaillez-les. (19)

- Chez l'enfant de 4 à 6 ans, on peut essayer une auto-évaluation en couplant 2 échelles : l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) + l'échelle des 4 jetons ou l'EVA + l'échelle des 6 visages. (4)
- L'EVA (1) permet de coter la douleur de 0 à 10. Les explications devront être adaptées à l'âge de l'enfant et l'échelle sera présentée sous forme verticale (2). Il voit une réglette qui s'échelonne de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable » et l'enfant doit poser le curseur à l'endroit qui lui correspond (2). De l'autre côté, on obtient le chiffre correspondant entre 0 et 10 (2).
- L'échelle des 4 jetons (1) : consiste à présenter 4 gros jetons à l'enfant avec par exemple pour consigne : "Imagine que chaque jeton est un morceau de douleur, prends autant de jetons que tu as mal. Quatre jetons est la plus forte douleur que tu peux avoir." (3)
- L'échelle des 6 visages (1) : montre six visages allant de l'absence de douleur jusqu'à une douleur intolérable, « montre-moi le visage qui a mal comme toi en ce moment », la cotation se fait également de 0 à 10 au dos de l'échelle (3). Il est important de ne pas associer de notion d'émotion aux visages (ils ne sont pas tristes, ils ont mal).

■ Question 4

Il cote sa douleur à 6. Quels antalgiques pouvez-vous lui proposer ? (16)

- Méthodes non pharmacologiques pour tous les niveaux de douleur (2) :
 - relaxation, hypnose +++ par du personnel formé (2)
 - présence des parents afin de rassurer l'enfant, s'il le souhaite (1)
 - informer l'enfant sur ce qu'il a, ce que l'on a fait et va faire en utilisant des termes rassurants, quelque soit son âge (1)
- Méthodes pharmacologiques, palier II : antalgiques centraux faibles (2) :
 - codéine (2) ± paracétamol : intraveineux ou per os
 - la codéine peut être utilisée seule Codenfan® sirop à la posologie de 0,5-1 mg/kg/4-6 heures (AMM dès 1 an) ou associée au paracétamol : Codoliprane® après 6 ans ou Efferalgan® + codéine après 4 ans
 - nalbuphine (Nubain®) (2) : agoniste-antagoniste de la morphine, à la posologie de 0,2 mg/kg/6 heures en intraveineux ou intra rectal, effet rapide, peu d'effets secondaires
- Pour encadrer le geste médical : utilisation de MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote), gaz anxiolytique et euphorisant, disponible par voie inhalée, d'action rapide (1)
- Réévaluer régulièrement la douleur pour adapter le traitement, si l'EVA est supérieure à 3 il faut réadapter le traitement (1).
- Donner le traitement en systématique au moins au début pour ne pas laisser le temps à la douleur de s'installer (1)
- Surveiller les effets secondaires (1)

■ Question 5

Quel en est le principe en général et dans ce cas ? (15)

- L'anesthésie locorégionale est aussi efficace pour traiter la douleur postopératoire, améliorer la rééducation et faciliter la convalescence des patients.

Fracture de cheville à 4 ans

- Le principe de l'anesthésie locorégionale est de réaliser un bloc de conduction nerveuse (4), réversible par l'application d'une solution d'anesthésique local (2) au voisinage de la moelle, des racines médullaires, des plexus ou des troncs nerveux. Elle permet de conserver un état de conscience des patients (2), qui ne nécessitent donc pas d'assistance respiratoire et elle peut être réalisée sur un sujet non à jeun (1).
- Cette technique s'est développée avec les stimulateurs de nerfs qui permettent de repérer les nerfs par contraction des muscles qu'ils innervent (1).
- On pourra réaliser dans ce cas un bloc axillaire (3), qui consiste à injecter de la lidocaïne (anesthésique local) à proximité du plexus brachial (2).

■ Question 6

Rédigez votre ordonnance. (15)

- Ordonnance comportant :
 - la date et lieu de la consultation (2)
 - les nom et prénom, âge et poids du patient (3)
 - la mention "indication de kinésithérapie" (4)
 - médecin : nom, adresse, qualification, numéro de téléphone, numéro ADELI, signature et cachet du médecin (2)
- Cette ordonnance doit être consignée au dossier médical (1) (c'est-à-dire qu'il faut garder un double dans le dossier médical).
- Faire une lettre d'accompagnement sur laquelle est notée que le patient a présenté une fracture de la cheville droite (3), ayant nécessité un plâtre pendant 4 ou 6 semaines. Le plâtre a été retiré le Une rééducation douce est nécessaire afin de permettre une récupération des amplitudes articulaires et une récupération de la force musculaire.
- Il ne faut pas mettre ces indications (médicales) sur la même feuille que l'ordonnance (pour l'administration), ni préciser le nombre de séances ou les techniques à utiliser (qui relèvent maintenant de la responsabilité du kinésithérapeute).

■ Question 7

Quelle est la principale complication évolutive essentiellement des fractures Salter III à V ?

Expliquez le principe. (10)

- Le risque est une épiphysiodèse partielle ou complète (4), c'est-à-dire une ossification du cartilage de croissance (4).
- La forme partielle sera responsable de troubles statiques avec une déviation angulaire (1), alors que la forme complète sera responsable d'une inégalité de longueur de membre par arrêt de la croissance (1).
- Ce risque est plus important si le sujet est jeune et si la fracture se situe à proximité d'un cartilage fertile (près des genoux, loin des coudes).

■ Items de l'ECN

- 53 - Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la massokinésithérapie et l'orthophonie.
- 66 - Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.
- 67 - Anesthésie locale, locorégionale et générale.
- 68 - Douleur chez l'enfant : Sédatation et traitements antalgiques.
- 237- Fractures chez l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Commentaires et rappels

Kinésithérapie

La réforme profonde des règles de prescription de kinésithérapie a été générée par l'arrêté du 22 février 2000 et le décret n° 2000-577 du 22 juin 2000

- Les conséquences :
 - la gestion de l'activité des kinésithérapeutes n'est plus de la responsabilité économique des médecins
 - ceux-ci ne doivent plus mentionner sur leur ordonnance de nombre de séances, ni préciser les techniques à utiliser ou la zone à traiter
- Cependant, la communication du diagnostic médical reste fondamentale pour orienter le bilan diagnostique kinésithérapique en vue du choix thérapeutique.
- Cette communication doit se faire par une lettre d'accompagnement. Le diagnostic médical, ainsi que les éventuelles indications que le médecin désire communiquer au kinésithérapeute ne doivent en aucun cas être portés sur la prescription.
- Cette disposition est destinée à garantir le secret médical vis à vis du personnel administratif des Caisses, qui manipule nécessairement les prescriptions.
- Les kinésithérapeutes sont désormais responsables économiquement de la gestion de leur activité : ils déterminent eux-mêmes, après établissement de leur bilan diagnostique kinésithérapique, le nombre de séances nécessaires pour atteindre l'objectif thérapeutique et mettent en place l'aspect qualitatif des techniques à utiliser, dans les limites de leur Décret de compétences.
- Ils établissent alors une Demande d'Entente Préalable qu'ils adressent à la caisse, accompagnée de l'ordonnance du médecin.

Douleur chez l'enfant

- Correspondance entre les outils d'évaluation et l'intensité de la douleur :

	EVA	4 jetons	6 visages
Légère	1-3	1	2
Modérée	3-5	2	4
Intense	5-7	3	6
Très intense	>7	4	8
Seuil d'intervention	3/10	2	4

- Le tramadol (Contramal®, Topalgic®) peut également être utilisé en palier de niveau II, mais il est contre-indiqué avant 15 ans.

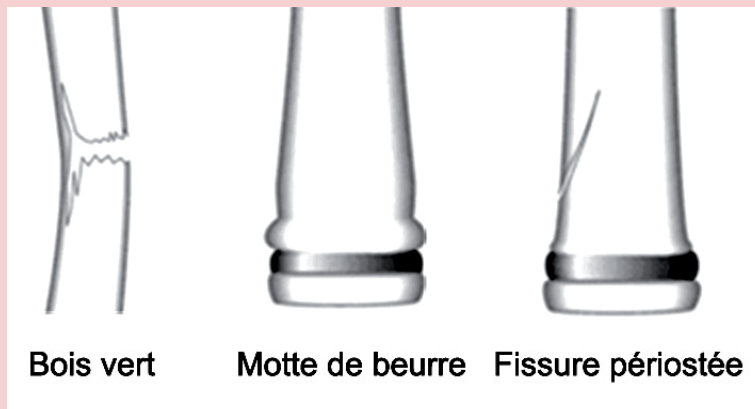
Fractures spécifiques à l'enfant

- **Fractures épiphysaires :**
 - sont rangées selon la **classification de Salter**, de gravité croissante :
 - Salter I : décollement épiphysaire pur, sans fracture. Le traitement repose sur une immobilisation plâtrée 6 semaines après la réduction du décollement
 - Salter II : fracture métaphysaire associée à un décollement épiphysaire partiel, c'est la plus fréquente. Le traitement est orthopédique, identique au Salter I
 - Salter III : fracture articulaire avec un décollement épiphysaire partiel. Le traitement nécessite une ostéosynthèse chirurgicale
 - Salter IV : fracture trans-épiphysométaphysaire. Là encore le traitement est chirurgical par ostéosynthèse après réduction
 - Salter V : il s'agit d'un écrasement du cartilage de croissance
 - le diagnostic est porté sur des radios standard du membre traumatisé uniquement ; en cas de doute diagnostique, un scanner peut compléter le bilan
 - les complications sont :
 - l'épiphysiodèse partielle : une partie du cartilage de croissance est lésée et arrête sa croissance, entraînant une déviation du membre
 - l'épiphysiodèse complète : avec un arrêt complet de croissance entraînant une inégalité de longueur des membres

Fractures épiphysaires selon la classification de Salter



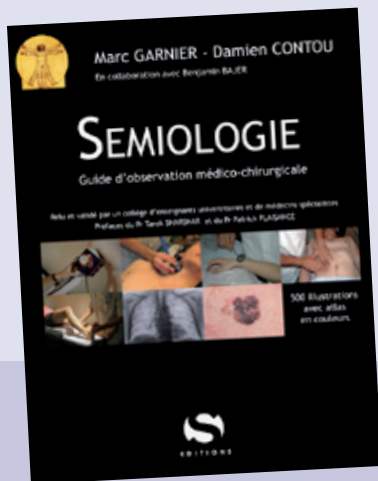
- **Fracture en motte de beurre :**
 - due à un tassement de la métaphyse par la diaphyse
 - cliniquement on palpe un bourrelet au niveau du tassement et la radio retrouve un trait de fracture entouré par un bourrelet au niveau de la corticale
 - le traitement est orthopédique par immobilisation plâtrée
- **Fracture en bois vert :**
 - c'est une fracture corticale partielle avec une rupture du périoste en regard, la radio retrouve un trait de fracture au centre de l'os
 - le traitement est également orthopédique après réduction



« Comprendre par les dossiers D2/D3 » La collection incontournable pour valider vos partiels !

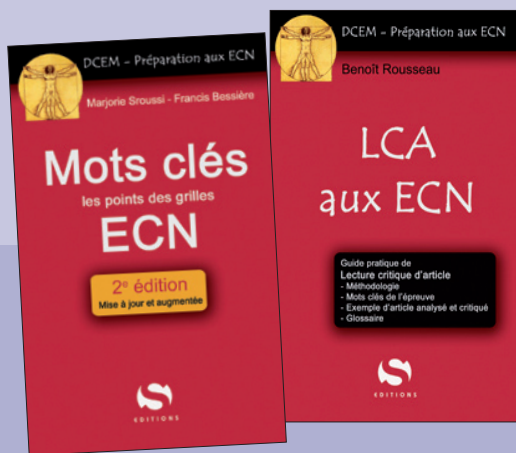
Titres disponibles dans la collection : Cardiologie • Dermatologie • Endocrinologie • Gériatrie • Gynécologie et obstétrique • Hématologie • Hépato-gastro-entérologie • Pédiatrie • Pneumologie • Psychiatrie • Urologie.
À paraître : Neuro-neurochirurgie • Rhumatologie

S-éditions : de la validation des partiels à la réussite des ECN

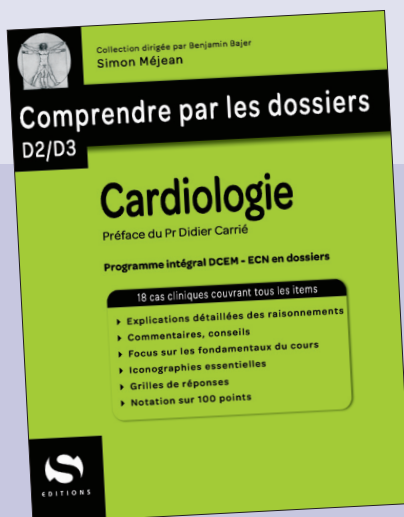


◀ **Sémiologie** : à partir de P2.
Relu et validé par un collège d'enseignants universitaires et de médecins spécialistes.
+ de 500 illustrations.

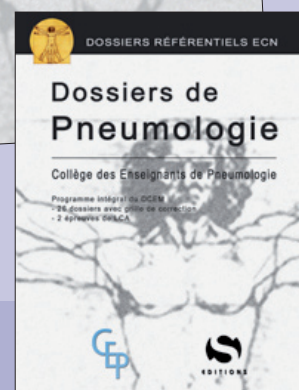
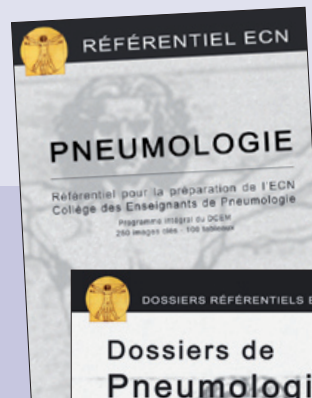
Pneumologie : à partir de D2.
Le référentiel national de préparation de l'ECN.
Rédigé par le collège national de pneumologie. ▼



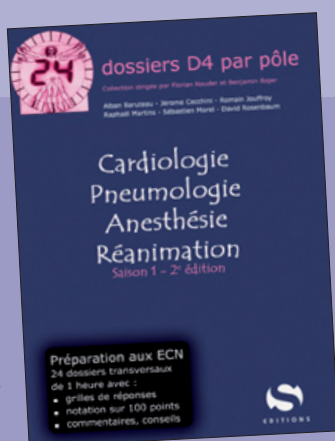
▲ Coll. ECN préparation : à partir de D3.
Gagnez du temps et des points.
Tous les trucs et astuces des conférenciers.



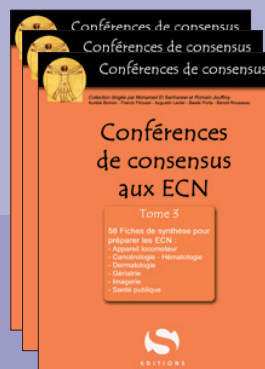
▲ Coll. Comprendre par les dossiers D2/D3 : à partir de D2.
Tous les items du programme DCEM traités en dossier pour consolider vos acquis et valider vos partiels.



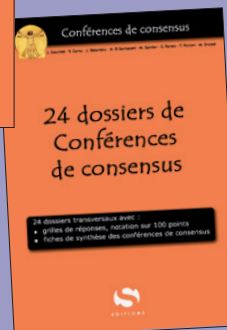
▲ Dossiers de Pneumologie : à partir de D2.
Dossiers référentiels ECN.
Rédigé par le collège national de pneumologie.



Coll. 24 dossiers D4 par pôle : à partir de D3.
Dossiers transversaux « dernier tour » de mise en situation réelle aux ECN.
Toutes les difficultés et les pièges détaillés par les conférenciers. ▶



Coll. ECN consensus : à partir de D3.
Fiches de synthèse et dossiers de conférence de consensus indispensables pour se préparer aux ECN. ▶



D1

D2

D3

D4



ÉDITIONS

www.s-editions.com

Ce dossier est offert par :



WWW.REMEDE.ORG
Communauté Médicale &
Paramédicale Indépendante