

# Malaises du nourrisson

---

PR BELAMRI.DJ

CLINIQUE SAINTE-THERESE

CHU ANNABA

2022-2023

# Sommaire

## I/ Introduction

1/ Objectifs Pédagogiques

2/ Définition

---

3/ Intérêt

## II/ Attitude aux urgences devant un malaise

## III/ Principales étiologies avec prise en charge

1/ Malaise Reflexes

5/ Causes neurologiques

2/ Causes digestives

6/ Causes métaboliques

3/ Apnées

7/ Causes infectieuses

4/ Causes cardiologiques

8/ Maltraitances

## IV/ Bibliographie

# INTRODUCTION

## Objectifs pédagogiques

---

- Reconnaître et prendre en charge un malaise grave en urgence
- Savoir demander le bilan qu'il faut pour retrouver la cause
- Traiter l'étiologie responsable
- Transmettre les règles de couchage juste aux parents vu que le RGO est la cause la plus fréquente

# Définition

- Terme de malaise = « mort subite manquante »
- 
- Regroupe toutes les modifications brutales de l'aspect
    - accès de cyanose ou de pâleur,
    - hypotonie ou hypertonie, apnée
  - ou du comportement d'un NRS
    - convulsions, mouvements anormaux
- jusqu'à la bien portant.

# Intérêt

**Fréquence** : motif de consultation pédiatrique.+++ 5-10% des Nrs < 2 ans

**PEC** : Interrogatoire+++ (ATCD F, P, circonstance ), Examen clinique complet,

---

RNM si urgence vitale ou une mise en observation si pas d'urgence

## Diagnostic étiologique

- RGO,++++, reflexe vagale+++ , causes infectieuses, neurologiques, cardiaques, métaboliques, maltraitance et toxique

## Pronostic

- Décès 4 fois plus > dans la population « malaise » que générale

## Prévention

- Couchage en décubitus dorsale (back to sleep) + évitement de couette ou oreiller moelleux

# Attitude aux UP devant un malaise

1<sup>ère</sup> situation «urgence vitale »

---

## Diagnostic facile

Malaise grave + défaillance hémodynamique

- \* Trouble du rythme, \*Choc septique,
- \* Trouble métabolique ou urgence neurologique

↓  
Réanimation

## 2<sup>ème</sup> situation « malaise transitoire et l'enfant est conduit aux UP »

Mise en observation sous monitoring cardiaque  
durant 24-48h ⇒ faire le point

**Interrogatoire** : \* ATCDF : malaises, perte de connaissance, mort subite, maladies héréditaire.

\* ATCDP : Prématurité, RGO, régime, ATCD médicaux et chirurgicaux

\* Circonstances : horaire, lieu, conditions de couchage

\* Description : durée et les mesures prises en décours

**Examen clinique complet** : Pouls, saturation, TA, T°, CHD

**Bilan de 1<sup>ère</sup> intention** : FNS, CRP, Gly, Ca<sup>++</sup>, urée, créa, ECBU, Gaz du sg, ECG (QT ischémie), Rtx, TGO, TGP, CPK

**Bilan à discuter** : PH métrie, Fibro et/ou manométrie œsophagienne, EEG, Holter et échocardiog

**Autres investigation**: Prélèvement de toxicologie, CAA, Rx squelette, IRM du tronc cérébral

### 3<sup>ème</sup> situation « Malaise non inquiétant et consultation différée »

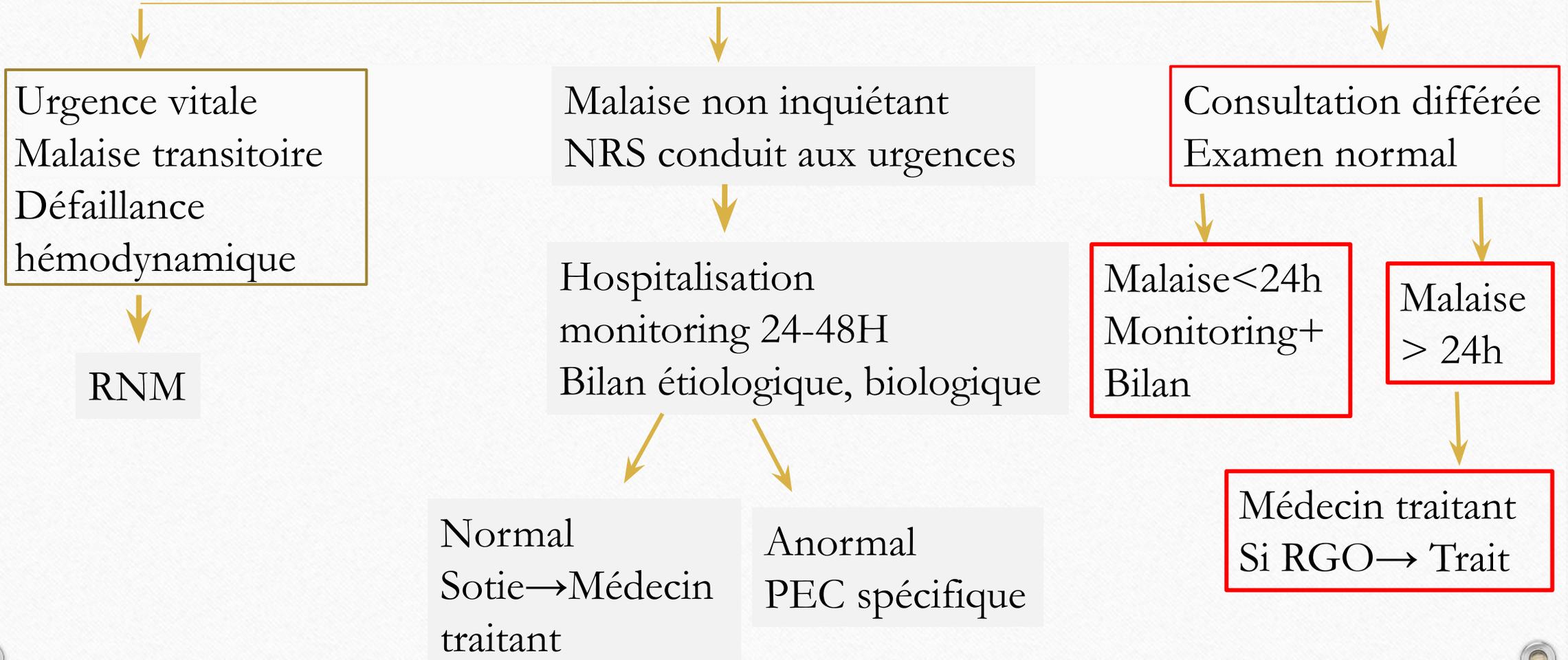
---

Examen normale + malaise bref  $\Rightarrow$  Recherche d'un RGO et le traiter



Récidive ou examen anle : hospitalisation + Bilan

# Malaise



## Principales étiologies + prise en charge

### 1/ Malaises reflexes

- Immaturité du SNA (prématuré),  $\nearrow T^{\circ}$
- Perturbation du rythme veille-sommeil,
- Hypoxie / couchage, infection VRS,
- RGO, déglutition défailante

Stimulation du larynx+++

Apnée + Bradycardie

Gasp, Syncope

### 2/ Causes digestives

**RGO**

**Douleurs aiguës (digestive)**

**Evoqué:** notion inhalation alimentaire avec toux + cyanose

\***Mécanisme :** malaise d'origine reflexe

**DG +:** PH métrie/24h, fibro(œsophagite), manométrie œsophagienne (hypotonie sphinctere < œsophage )

\***Causes :** I I aigüe, hernie étranglée, coliques du Nrs

**Trait:** mesures hygiéno-diététiques + anti sécrétoires

**APLV**

\***Mécanisme:** malaise par réaction anaphylactique

\* **Clinique:** Vomissements, selles molles, signes cutanés

\* **DG+** : Prick test + IgE sérique (forme IgE médiées)

### 3/ Apnées

- > 20 sec source de malaise brutal → mort imminente avec reprise respiratoire après RNM).
- \*

#### Causes

- Bronchiolite, coqueluche, pneumopathie RGO, .....
- Obstruction des VAS, ↓gly, ↓ca++, convulsion,
- Spasme de Sanglot (5%) à 4-6mois.  
*Clinique*: F. bleues + blockpnée prolongée  
F. pâles + bradycardie, voir asystolie >10sec  
*Pronostic*: bénin
- *PEC*: *psychologique* + RNM + exploration si malaise fréquents et prolongés, (HTAP, trble du rythme)

### 4/ Causes cardiologiques

#### Hyperréactivité vagale ++++

*Dg d'exclusion* par les chémo réflexes laryngés

- Clinique*: \*Hyper vagotonie familiale (50%)  
\*Enfant: vue de sang, émotion, contrariétés,..  
\* NRs: RGO, couchage /ventre, coliques,..

**DG+**: R.Ocardiaque (ECG + Atropine) Holter (asys/malaise )

**PEC**: cause puis Diphémanyl (1<sup>ère</sup> année de vie)

#### Syndrome de Wolff-parkinson-white

- \* 70-80% des TSV du Nrs, 10-15% + C C
- \* 60-80% / voie accessoire de pré excitation Ven
- \* *Holter*: FV = 250 – 320/min

\***Trait**: RNM, manœuvre vagale, digoxine (1an)

\* **Pronostic**: guérison 70-80%, si tjrs malaise → visualisation de la perméabilité de la voie →

B bloquant → ablation par radio fréquence

## Syndrome du QT long congénital

**Définition :** QT↑ → Fv et torsade de pointe → Mort  
tbls de la perméabilité memb Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, et Ca<sup>++</sup>

**ECG:** QT↑ D2 ou V5 > 440ms + ECG pour sa famille

**LQT3:** T ample tardive, **LQT2:** T faible amplitude

**LQT1** T monophasique + base large, **Nné:** QT↑↑ + BAV

**Trait:** LQT1 et LQT3 → stimulateur cardiaque

**Pronostic:** LQ2 et Q1: sympto+ risque de mort=0

LQ3: asympto+ Risque mort ↑ / syncope

## Syndrome du QT court

**ECG:**

\*QT court < 300ms quand la FC < /min80

\*T ample, géante, symétrique → précordiales dtes

\* ST court voire =0 avec T qui démarre après S.

**Pronostic:** risque de FA et de mort subite

**Trait:** Difficulté d'implanter un défibrillateur

⇒ Quinidine : allonge QT et ↘ risque FA

## Cardiopathies non soufflantes

### Anomalie de coronaire

**Age:** 1<sup>er</sup> mois de la vie,

**Echo-cardio :** myocardiopathie

dilatée akinétique + petite fuite mitral

+ piliers hyperéchogènes

### HTAP primitive ou secondaire

**DG+:** échocardiographie : Retour

veineux anormal, CAV complet,

VU ou autres shunte gauche

–droite

## 5/ Causes neurologiques

- 9% des causes des malaises du Nrs
- Evoqués sur la description du malaise convulsif
- FO (hgie rétinienne), Pl (mgite, hgie méningée),
- TDM (HSD, Hgie S/ arach), EEG (épilepsie)
- Bilan biologique (gly, Ca<sup>++</sup>, créa, transaminases,
- lactate, pyruvate, gaz du sang, bilan d'hémostase)

## 8/ Maltraitances

### Syndrome de Munchhausen par procuration

**Définition** : symptomato récurrente, récidivante malgré la normalité des explorations.

**Clinique** : symptômes allégués par la mère (infirmière, éducatrice)

\* malaises, convulsions, saignement, infection → hospitalisations à répétition → examens invasifs → interventions chirurgicale non justifiées encouragés par la mère

**Pronostic** : 5-10% de décès.

## 6/ Causes métaboliques

- ↘gly: le jeûne, sueurs profuses
- ↘ca<sup>++</sup> : spasme laryngé, tble rythme, ↘↗para thyroïdie
- **Maladie métabolique héréditaires**
  - consanguinité, ATCDF mort subite/malaises grave, -
  - HPM, hypotonie, RPM, acidose métabolique, cétonurie
  - Bilan hépatique perturbé
- **Déficit de l'oxydation des AG** : coma hypoglyc sans cétose
- **Intolérance au fructose** : ↘gly post prandiale (élargiss régime)
- **Glycogénose 1A** : HPM(fosse iliaque droite)+↗ lactate
- **Déficit de la chaîne respiratoire** : apnée +léthargie/ mort subit, ↗lactate + ↗ lactate/ pyruvate ++++++

## 7/ Causes infectieuses

- Episode septique grave débutant : PNA, mgite, pneumo
- Infection virale : myocardite ; coqueluche avec quinte de toux asphyxiante, bronchiolite à VRS

## Syndrome de Silverman et des enfants secoués

**Mécanisme:** secousses violentes du Nrs, porté par les aisselles. pds de la tête ↗+faiblesse des muscles de la nuque→lésions cérébrales

**Clinique :** coma convulsion, ↘ T° ( BEG le matin).

Fontanelle tendue, PC, hgie rétiniennes bilatérales → somnolant, irritable + vomit et macrocranie.

Pfx: sévices (ecchymose, hémat, brulures, fracture, lésions génitales) →violence intentionnelle

3/ **TDM** :HSD , H S/ arachnoïdien

4/**Pronostic**:10 % décès, 1/3 IMC, épilepsie, cécité

### 9/ Autres causes

**Malaise au bain :** allergie à l'eau, forme bénigne d'une épilepsie ou d'une réaction vagale.

**Malaises inexplicé :** 15 –20% des cas

# Pour en savoir plus

---

- 1/ V. Lucet, E. Araujo-Drouet. Malaises du nourrisson. *Journal de Pédiatrie et de puériculture* (2010), 23, 279-291.
- 2/ American Academy of Pediatrics. Task force on sudden infant death syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome : diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005 ; 116 : 1245-55.
- 3/ Lavaud. J. Malaise grave du nourrisson ; *Arch Pediatr* 2008 ; 15 : 211-5.