



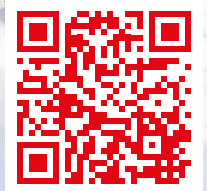
Le billet de A. Bourrillon

**Fuites urinaires diurnes de l'enfant :
quand banaliser et quand s'inquiéter ?**

Vulvites de la petite fille : conduite à tenir ?

**À propos de quelques réflexions éthiques partagées
aux débuts de la réanimation néonatale**

À propos de la pédopsychiatrie de liaison



COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr P. Bégué, Pr A. Bensman, Pr A. Bourrillon,
Pr A. Casasoprana, Pr B. Chevallier,
Pr L. de Parscau, Pr C. Dupont,
Pr J.P. Farriaux, Pr E.N. Garabédian,
Pr J. Ghisolfi, Pr J.-P. Girardet, Pr A. Grimfeld,
Pr C. Griscelli, Pr P.-H. Jarreau,
Pr C. Jousselme, Pr G. Leverger,
Pr P. Reinert, Pr J.J. Robert, Pr J.C. Rolland,
Pr D. Turck, Pr L. Vallée, Pr M. Voisin

COMITÉ DE LECTURE

Dr D. Bonnet, Dr A. Brami Forte,
Dr S. Bursaux-Gonnard, Pr F. Denoyelle,
Pr G. Deschênes, Dr O. Fresco, Dr M. Guy,
Dr P. Hautefort, Pr P.-H. Jarreau, Dr P. Mary,
Dr N. Parez, Dr O. Philippe, Dr M. Rybojad

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr B. Delaisi, Pr P. Tounian

DIRECTEUR DES PUBLICATIONS

T. Klein

DIRECTEUR DES RÉDACTIONS

Dr C. Reitz

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Oudry, A.-L. Languille, Ph. Legrain

RÉDACTEURS GRAPHISTES

B. Gattegno, M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy
C. Poussin (assistante)

RÉALITÉS PÉDIATRIQUES

est éditée par Performances Médicales
65, rue d'Aguesseau
92100 Boulogne-Billancourt
Tél. 01 47 00 67 14
info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Imprimerie : L'Ormont
88100 Saint-Dié-des-Vosges
Commission paritaire : 0127 T 81118
ISSN : 1266 - 3697
Dépôt légal : 4^e trimestre 2024

Sommaire

Décembre 2024

n° 282

BILLET DU MOIS

7 Fragilité
A. BOURRILLON

REVUES GÉNÉRALES

**8 Fuites urinaires diurnes de l'enfant :
quand banaliser et quand s'inquiéter ?**
C. HERBEZ-REA

**17 Vulvites de la petite fille :
conduite à tenir ?**
C. DELCOUR

**22 À propos de quelques réflexions
éthiques partagées aux débuts de la
réanimation néonatale. Transmission
d'expériences**
A. BOURRILLON

**28 À propos de la pédopsychiatrie
de liaison**
B. AABASSI

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

**34 Syndrome d'activation
macrophagique
dans le cadre d'un PIMS**

**Traitement oral par infigratinib
chez les enfants avec une
achondroplasie**
J. LEMALE

Un bulletin d'abonnement est en page 21.

Image de couverture
© Evgeny Atamanenko@shutterstock.com





26^{es}

JOURNÉES INTERACTIVES
DE RÉALITÉS PÉDIATRIQUES

Jeudi 20 mars 2025

Dermatologie pédiatrique

Pr Smaïl HADJ-RABIA, Paris

Vendredi 21 mars 2025

Troubles du neuro-développement

Pr David DA FONSECA, Marseille

PALAIS DES CONGRÈS DE VERSAILLES



Dermatologie pédiatrique

Président : Pr S. HADJ- RABIA, Paris

Mises au point interactives		
9 h 00 – 12 h 30	➤ Dermatite atopique : quelles stratégies thérapeutiques ?	Dr N. BELLON
	➤ Vitiligo : que proposer ?	En attente
	➤ Psoriasis : nouveautés thérapeutiques	Dr E. MAHE
	➤ Pelade : que faire ?	Dr S. MALLET
Pause déjeuner – 12 h 30-14 h 00		
Questions flash		
14 h 00 – 17 h 00	➤ Toxidermies : quelle démarche diagnostique ?	Dr A. WELFRINGER
	➤ Pathologies de la muqueuse buccale : quels sont les diagnostics les plus fréquents ?	Dr A. WELFRINGER
	➤ Suspicion de sévices : y a-t-il des signes cutanés évocateurs ?	Dr J. BONIGEN
	➤ Quand évoquer une pathomimie ?	Dr J. BONIGEN
	➤ Urticaire : quelle prise en charge ?	Dr N. BELLON
	➤ Est-ce vraiment du vitiligo ?	En attente
	➤ Pédiculoses : quoi de neuf ?	Dr S. MALLET
	➤ Verrues de l'enfant : traiter ou ne pas traiter ?	Dr E. MAHE
	➤ Ongles de l'enfant : quelles pathologies ne pas oublier ?	Pr S. HADJ-RABIA
	➤ Photosensibilité précoce : que faire ?	Pr S. HADJ-RABIA
Questions aux experts – 17 h 00-17 h 45		

Troubles du neuro-développement

Président : Pr D. DA FONSECA, Marseille

Mises au point interactives

9 h 00 – 12 h 30	➤ TDAH : mise au point sur les nouvelles recommandations	Pr D. DA FONSECA
	➤ Troubles du neuro-développement liés à la prématurité	Dr B. DESNOUS
	➤ Nouvelles recommandations pour la prise en charge du TDAH : rôle du pédiatre	Dr O. REVOL
	➤ Troubles du neuro-développement : le poids des gènes	En attente

Pause déjeuner – 12 h 30-14 h 00

Questions flash

14 h 00 – 17 h 00	➤ Développement du cerveau et troubles du neuro-développement : comment ça marche ?	Dr M.-A. JEUNE
	➤ Troubles du neuro-développement : comment ne pas manquer une sémiologie fine ?	Dr M.-A. JEUNE
	➤ TDAH : comment bien prescrire les traitements médicamenteux ?	Dr O. REVOL
	➤ Génération alpha et troubles du neuro-développement : comment aider les parents ?	Dr O. REVOL
	➤ Comment comprendre le fonctionnement cognitif des TSA ?	Pr D. DA FONSECA
	➤ Comment lutter contre la stigmatisation des troubles du neuro-développement ?	Pr D. DA FONSECA
	➤ Troubles dys : où commence le pathologique ?	Pr Y. CHAIX
	➤ Dyslexies, dysorthographies : quels outils de dépistage utiliser ?	Pr Y. CHAIX
	➤ Dyslexies, dysorthographies : quelle prise en charge ?	Pr Y. CHAIX
	➤ Troubles de l'apprentissage : quand prescrire une imagerie cérébrale ?	Dr B. DESNOUS
	➤ Comment prévenir les carences nutritionnelles des TSA ?	Dr J. LEMALE
	➤ Comment prendre en charge les troubles digestifs des TSA ?	Dr J. LEMALE

Questions aux experts – 17 h 00-17 h 45



La 1^{re} série de podcasts
d'Actualités Pédiatriques
à destination des professionnels de santé



en partenariat avec
réalités
PÉDIATRIQUES

Le **Laboratoire Gallia**, en partenariat avec **Réalités Pédiatriques**, vous propose une **3^e saison des PODCAP**.

Chaque mois, au travers d'une interview d'une dizaine de minutes, un expert vous livrera sans tabou sa lecture scientifique et médicale d'un sujet autour de votre pratique quotidienne.

Vous pouvez d'ores et déjà écouter le 5^e PODCAP de cette nouvelle saison



Traumatisme parental d'une naissance prématurée

Mme Myriam DANNAY

Psychologue clinicienne, NEUILLY-SUR-SEINE.

L'objectif de ce podcast est de sensibiliser les pédiatres sur le traumatisme durable que ressentent les parents d'enfant prématuré. Myriam Dannay, psychologue clinicienne, intervient depuis 20 ans au sein de l'Association SOS préma, dans la permanence téléphonique à l'écoute des parents d'enfants prématurés et vous explique pourquoi c'est un traumatisme d'avoir un enfant prématuré. Comment accompagner les parents ? Quel est le rôle du pédiatre en ville ?

RÉCEMMENT PARUS



Les troubles du spectre autistique

Pr D. DA FONSECA

Aix Marseille Université, Assistance Publique des Hôpitaux de MARSEILLE.

Allergies alimentaires de l'enfant : comment ne rien oublier lors de l'entrée en collectivité ?



Dr J. COTTET

Allergologue à Chartres, Vice-président de la Société Française d'Allergologie, Vice-président du groupe de travail Immunothérapie de la Société Française d'Allergologie.

Retrouvez ces PODCAP

- ▶ sur le site : www.realites-pediatriques.com
- ▶ sur le site : <https://pro.laboratoire-gallia.com>
- ▶ ou directement en flashant ce QR Code



À écouter où et quand vous voulez !

Réservé aux professionnels de santé

Vous avez aimé ? N'hésitez pas à liker, partager et parler à vos confrères de cette nouvelle série de PODCAP



Billet du mois

Fragilité



A. BOURRILLON

“Il y a une fissure dans tout. C’est ce qui permet à la lumière d’entrer.”
Leonard Cohen

Sa mère s’était inquiétée parce que sa fille était encore, à 7 ans, *anormalement* émotionnellement fragile. L’enfant avait refusé que l’on puisse porter ce jugement à son égard et avait déclaré que “même si c’était vrai”, ce serait pour elle “une chance”.

Une chance, il est vrai, si elle est aussi la *force* qui, en permettant d’analyser ses propres fragilités, conduit à mieux accueillir et comprendre celles des autres.

“Notre prochain nous éveille”, écrit le philosophe Alexandre Jollien atteint d’une infirmité motrice cérébrale, suggérant par ces mots que le handicap l’avait ouvert à la vie, lui permettant “de cultiver dans l’indicible fragilité le germe d’un accomplissement de soi, d’une exploration de soi vers l’autre, de soi dans l’autre et de soi grâce à l’autre.”*

En cela, être fragile est effectivement une force.

Et être fragile peut être alors considéré tout autant avec le cœur qu’avec la raison, même si, à l’âge de 7 ans, celle-ci a commencé à imprimer ses marques...

La chance sera pour cette enfant, si elle y consent et si on l’accompagne, d’avoir à faire de sa fragilité la force qui pourra *prendre soin* des blessures de ses propres vulnérabilités.

Et puis mieux vaut être fragile qu’indifférent...

“Je vous souhaite de résister à l’indifférence, à l’enlisement et aux vertus négatives de notre époque. Je vous souhaite surtout d’être vous, fier de l’être et heureux car le bonheur est notre destin véritable”, écrivait Jacques Brel.

Souhaitons que puissent être transmises à nos enfants les vertus d’une “fragilité conquérante” en leur offrant l’image qui pourrait rassurer les plus fragiles.

Une fissure par où entre la lumière.

* Christophe André, Alexandre Jollien, Matthieu Ricard. *Trois amis en quête de sagesse*. L’Iconoclaste Éditeur, 2016.

■ Revues générales

Fuites urinaires diurnes de l'enfant : quand banaliser et quand s'inquiéter ?

RÉSUMÉ : Les fuites urinaires chez l'enfant sont prises en charge à partir de l'âge de 6 ans et sont considérées comme normales avant cet âge. L'interrogatoire est l'élément clé qui va vous permettre de mieux définir ces fuites urinaires et d'éliminer des causes simples, comme la constipation qui doit être traitée afin de réévaluer à nouveau la situation urinaire [1, 2]. L'examen clinique vérifiera l'abdomen (à la recherche de signes de constipation), les organes génitaux externes et les examens neurologique et orthopédique (visée étiologique).

D'autres examens (échographie des voies urinaires, examens urinaires ± bilan urodynamique) peuvent être réalisés afin de mieux définir le type de trouble mictionnel de l'enfant pour adapter la prise en charge de façon plus spécifique [3]. Celle-ci comporte toujours en premier lieu des mesures hygiéno-diététiques (répartition des boissons, position mictionnelle...), avec une éducation majeure des patients/parents, auxquelles viennent s'ajouter, si besoin, une rééducation ou des traitements médicamenteux qui diffèrent selon le trouble mictionnel [4].



C. HERBEZ-REA

Service de Néphrologie pédiatrique du Pr Ulinski à l'Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

Les fuites urinaires de l'enfant (incontinence urinaire) sont un motif fréquent de consultation en pédiatrie générale et en néphrologie pédiatrique. L'incontinence diurne n'est habituellement pas diagnostiquée avant l'âge de 6 ans. Cette limite d'âge est basée sur les enfants qui ont un développement normal et peuvent ne pas s'appliquer aux enfants qui ont un retard de développement [5, 6].

L'incontinence est classée comme telle :

- **incontinence primaire :** les enfants n'ont jamais atteint la continence urinaire pendant ≥ 6 mois ;
- **incontinence secondaire :** les enfants ont développé une incontinence après une période d'au moins 6 mois de continence urinaire.

Une cause organique est plus probable en cas d'incontinence secondaire.

L'incontinence diurne est un symptôme, non un diagnostic, et nécessite

la recherche d'une cause sous-jacente. La grande majorité des enfants consultant pour des troubles mictionnels ne présente pas d'anomalie anatomique sous-jacente. Même lorsqu'il n'existe aucune cause organique, un traitement approprié et une éducation parentale sont essentiels du fait de l'impact physique et psychologique de l'incontinence urinaire [7, 8].

■ Physiopathologie de la miction

Pour comprendre les mécanismes de l'incontinence urinaire et sa prise en charge, il est important de connaître la physiopathologie de la vessie et d'une miction normale.

Une vessie idéale est un réservoir (dont il faut évaluer la capacité vésicale), content (grâce aux sphincters), à basse pression (pour éviter un retentissement au niveau des reins), capable de se vider sur commande (continence sociale), sans

résidu post-mictionnel (afin d'éviter les infections urinaires) [9].

L'organisation de la commande mictionnelle dépend de deux appareils (**fig. 1**) :

– **la commande neurologique** : cortex cérébral, centres médullaires, nerfs pelviens (fibres para Σ contraction vésicale), hypogastriques (fibres Σ favorisent la continence), pudendaux (contraction réflexe du sphincter) ;

– **l'appareil vésico-sphinctérien** : détrusor, urètre, sphincter lisse interne et externe.

Une miction normale a pour but de vider la vessie. Elle doit être volontaire, indolore, facile, complète et efficace. Elle doit durer en moyenne 30 secondes avec une miction toutes les 3-4 heures. Pour cela, il faut l'intégrité d'une commande nerveuse autonome et somatique et une anatomie normale de l'appareil urinaire.

Elle nécessite deux phases (**fig. 2**) :

– **une phase de stockage/remplissage** nécessitant un relâchement des fibres du détrusor (par inhibition du para Σ) et un tonus sphinctérien qui augmente de façon réflexe ;

– **une phase de miction** impliquant une relaxation cérébrale, une contraction du détrusor (par activation para Σ) et des muscles du plancher pelvien et une relaxation simultanée du complexe urètre/prostate/col vésical (inhibition Σ) [10].

Des anomalies de chacune de ces phases peuvent provoquer une incontinence primaire ou secondaire [11].

Les mictions évoluent en fonction de la croissance. La maturation de la miction du nourrisson à l'adulte implique donc de passer du mode de miction réflexe du nourrisson, dans lequel les contractions de la vessie se produisent sans opposition par une résistance à la sortie accrue, au modèle adulte, dans lequel les contractions de la vessie sont supprimées par le centre pontique de la miction. Pendant la maturation, il existe une

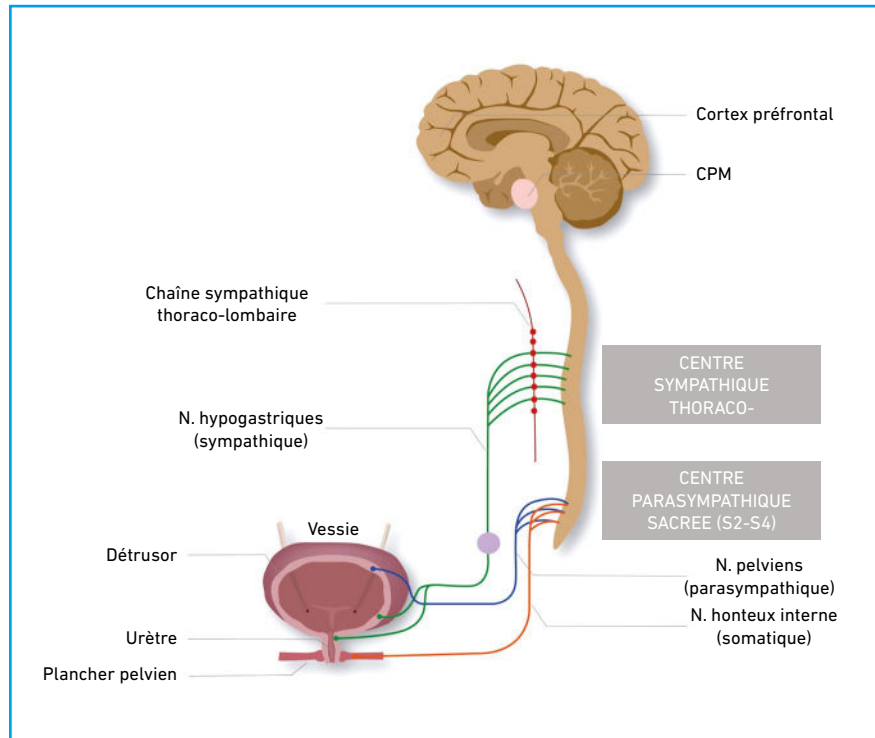


Fig. 1 : Organisation de la commande mictionnelle.

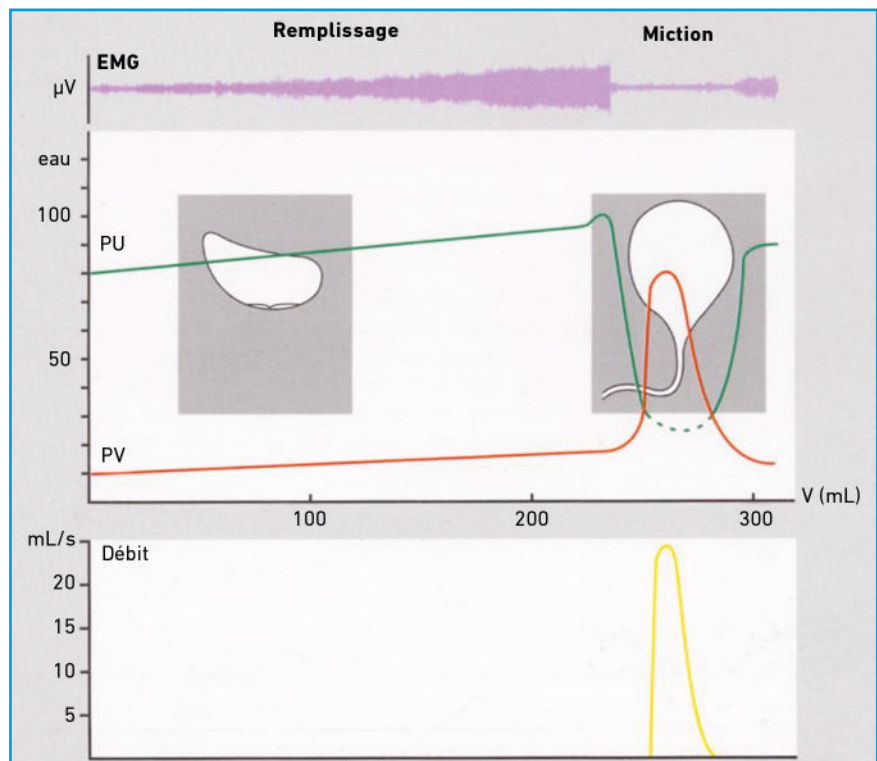


Fig. 2 : Phases mictionnelles.

Revue générale

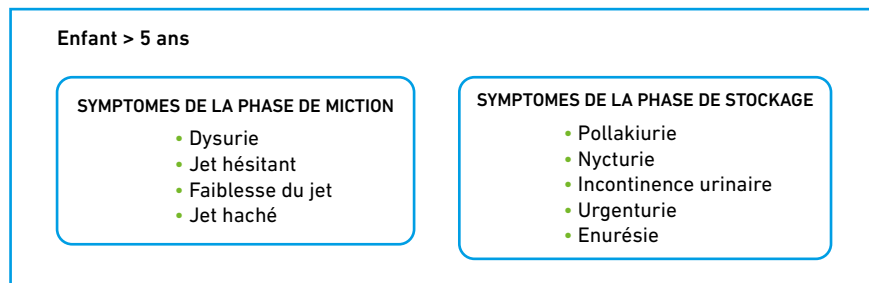


Fig. 3 : Symptomatologie des troubles mictionnels en fonction de la phase mictionnelle impliquée [13].

phase de transition au cours de laquelle les contractions du détrusor sont opposées par la contraction du sphincter externe [12]. Le sphincter externe est sous contrôle musculaire volontaire chez le patient neurotypique. Le développement du contrôle se produit pendant l'entraînement à la propreté, représentant la **période critique** qui nécessite la capacité volontaire d'inhiber ou d'initier une miction.

La transition mictions type réflexes/adultes est parfois difficile, entraînant des dysfonctionnements transitoires ou intermittents et des dysfonctionnements persistants (pathologies, **fig. 3**).

Bilan diagnostique

Bien que certains troubles provoquent une incontinence nocturne et diurne, les étiologies varient généralement selon le caractère nocturne ou diurne de l'incontinence, ainsi que l'aspect primaire ou secondaire. La plupart des incontinenances primaires sont nocturnes (énurésie nocturne) et ne sont pas dues à un trouble organique.

Les causes fréquentes d'incontinence diurne comprennent :

- une irritabilité vésicale ;
- une relative faiblesse de la contraction du détrusor (rendant difficile à retenir les fuites) ;
- une constipation ;
- un reflux urétrovaginal : les filles qui utilisent une position incorrecte pendant la miction (les jambes jointes) ou ont des

plis cutanés redondants avec un reflux de l'urine dans le vagin, qui ultérieurement va s'échapper lors du retour à la position debout ;

- des anomalies structurelles (exemple : uretères ectopiques) ;
- une faiblesse du sphincter (exemple : spina bifida, syndrome de la moelle atteinte).

L'évaluation doit toujours comprendre un bilan de constipation (qui est un facteur favorisant l'incontinence nocturne et diurne, de résolution facile et rapide).

1. Anamnèse

L'anamnèse est l'outil diagnostique **le plus important** (et donc le plus long) dans l'évaluation d'un enfant atteint d'incontinence urinaire. Aucun outil diagnostique ne peut remplacer l'interrogatoire d'un médecin [14]. L'anamnèse de la maladie actuelle renseigne sur la **date d'apparition des symptômes** (c'est-à-dire, primaire vs secondaire), la **durée** des symptômes (la nuit, la journée, après la miction), la **fréquence** des symptômes et si les symptômes sont continus ou intermittents. Il faut également noter l'âge de début d'**acquisition de la propreté** et si une propreté complète a été obtenue depuis que l'entraînement a commencé.

Les habitudes mictionnelles sont importantes à détailler (position pendant les mictions, force du jet d'urine) ainsi que les symptômes associés type polydipsie, dysurie, mictions impérieuses, pollakiurie, jet saccadé. Pour éviter les fuites, les enfants atteints d'incontinence peuvent utiliser des manœuvres pour se

retenir, comme croiser les jambes ou s'accroupir (parfois avec leur main ou leur talon poussé contre leur périnée). Chez certains enfants, ces manœuvres de rétention peuvent augmenter le risque d'infection urinaire.

Il faudra également évaluer la qualité, quantité et répartition des prises de boissons dans la journée et rechercher des symptômes en faveur d'une constipation ; mais également d'autres signes cliniques tels qu'une fièvre, des douleurs abdominales, une dysurie, une hématurie (infection urinaire) ; un prurit péréal et une vaginite (oxyurose) ; une polyurie et une polydipsie (diabète insipide ou diabète sucré). Puis rechercher des facteurs déclenchants. Les enfants doivent être évalués à la recherche de la possibilité de sévices sexuels, qui, bien qu'il s'agisse d'une cause rare, est trop souvent ignorée. La recherche des antécédents médicaux doit porter sur les causes connues possibles, dont les accidents périnataux, les anomalies congénitales (comme la spina bifida), les maladies du système nerveux, les malformations rénales et les antécédents d'infections urinaires. Tous les **traitements** actuels et antérieurs de l'incontinence, et comment ils ont été effectivement institués, doivent être notés, ainsi que la liste des médicaments actuels.

Les antécédents familiaux notent la présence d'une énurésie et de malformations urologiques.

La recherche de tout stress survenant aux alentours de l'apparition des symptômes, y compris des difficultés à l'école, avec les amis ou à la maison est importante ; bien que l'incontinence ne soit pas un trouble psychologique, une brève période de fuites urinaires peut survenir en période de stress.

L'anamnèse du développement psychomoteur doit noter un retard de développement ou d'autres anomalies liées à un dysfonctionnement mictionnel (exemple : trouble d'hyperactivité/défi-



Une série de podcasts réalisée par **Réalités Pédiatriques**

Avec le soutien institutionnel de



Réalités Pédiatriques, avec le soutien institutionnel des laboratoires **MSD**,
vous propose 1 série de 3 podcasts.

Vous pouvez d'ores et déjà écouter le 2^e PODCAST de cette série



Infections bactériennes invasives et non invasives

Pr Elise LAUNAY
CHU NANTES.

Ce podcast fait le focus sur un type d'infection invasive, les méningites, particulièrement du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant. À l'heure actuelle, en dehors de la période néonatale où le streptocoque B est responsable de la majorité des méningites, c'est le pneumocoque qui est le principal agent de ces infections invasives, suivi par le méningocoque (qui reprend la première place chez l'ado et le jeune adultes). L'arrivée de nouveaux vaccins anti-pneumococciques élargissant les sérotypes couverts par la vaccination est prometteuse quant à la poursuite de la réduction des infections invasives chez l'enfant. En complément de la vaccination, l'histoire a montré l'importance d'un suivi épidémiologique rapproché de ces infections invasives afin d'adapter nos traitements préventifs et curatifs.

Liens d'intérêts:

- Financement congrès online ESPID 2024 : GSK
- Participation Board sur la vaccination anti-pneumococcique : Pfizer
- Symposium à la SFP : MSD (contrat tripartite avec le CHU de Nantes)
- Expertise pour MSD (contrat tripartite avec le CHU de Nantes)

À VENIR



Infections hivernales et co-infections

Dr Zein ASSAD
IAME (Infection, Antimicrobials, Modelling, Evolution)
Inserm UMR 1137, Bichat PARIS.

Retrouvez ce PODCAST

- ▶ sur le site : www.realites-pediatriques.com
- ▶ sur le site : <https://www.realites-pediatriques.com/vacci-podcast/>
- ▶ ou directement en flashant ce QR Code



À écouter où et quand vous voulez !

Réservé aux professionnels de santé

Revue générale

cit attentionnel, qui augmente la probabilité de l'incontinence).

Les médecins doivent également demander à l'entourage de l'enfant l'impact de l'incontinence sur l'enfant parce que cela influence également les décisions thérapeutiques.

Enfin, un calendrier mictionnel sur 48h correspondant à un relevé mictionnel, permettant d'estimer la fréquence (pollakiurie), le volume des mictions ainsi que l'importance des fuites, pourra être utile pour caractériser le trouble mictionnel de l'enfant.

2. Examen clinique (fig. 4)

L'examen commence par la recherche de signes généraux comme la fièvre (infection urinaire), des signes de perte de poids (diabète), et d'HTA (maladies rénales).

L'examen de l'abdomen doit noter toute masse compatible avec des selles (rétention stercorale) ou un globe vésical.

Chez la fille, un **examen génital** doit noter toute coalescence des petites lèvres, cicatrices ou lésions évocatrices de sévices sexuels. Un orifice ectopique urétéral est souvent difficile à observer mais doit être recherché. Chez les garçons, cet examen doit vérifier l'aspect du méat urétral ou toute lésion sur le gland ou autour de l'anus et du rectum. Dans les deux sexes, les excoriations périanales peuvent suggérer des oxyures.

Le **rachis et la région sacrée** doivent être examinés à la recherche d'anomalies

- Signes évoquant des sévices sexuels
- Soif excessive, polyurie et perte de poids
- Incontinence primaire diurne (au-delà de l'âge de 6 ans)
- Tout signe neurologique, en particulier au niveau des membres inférieurs
- Incontinence d'apparition récente après une continence pendant > 1 an.

Fig. 4 : Signes cliniques d'alarme.

tégumentaires évocatrices d'une anomalie du contenu du canal rachidien ou des racines nerveuses du plexus sacré (lipome, tache pigmentaire, fossette sacrococcygienne haute et profonde, touffe de poils sacrée).

Un **bilan neurologique** complet est essentiel, étudiant la marche et la voûte plantaire. Cet examen doit cibler spécifiquement la force des membres inférieurs, la sensibilité, les réflexes tendineux profonds, les réflexes sacrés (comme le réflexe anal) et, chez les garçons, le réflexe crémastérien pour identifier un éventuel dysraphisme médullaire [15].

Examens complémentaires

Le diagnostic de l'incontinence est souvent évident d'après l'anamnèse et l'examen clinique. Des examens complémentaires sont utiles principalement lorsque l'anamnèse et/ou l'examen clinique suggèrent une cause organique. Voici les principaux examens complémentaires à effectuer en cas de trouble mictionnel d'origine organique :

1. Débitmétrie (fig. 5)

– Mesure le débit du jet mictionnel en mL/sec : volume urine, Q max, Q moyen, temps de miction, temps au Q max.

– Étude de la forme de la courbe.

– Mesure du résidu post mictionnel (RPM) qui est à considérer comme significatif : entre 4 et 6 ans, si RPM > 20 mL ou > 10 % capacité vésicale (CV) et entre 7 et 12 ans, si RPM > 10 mL ou 6 % CV.

Les recommandations (ICCS) donnent pour consignes de réaliser deux ou trois débitmétries pour les “nouveaux cas”.

2. Bilan paraclinique [16]

● **Examens urinaires** : ECBU (infection urinaire), ionogramme urinaire (recherche d'un trouble de concentration des urines – hyperconcentration des urines la journée –, glycosurie dans le cadre du diabète sucré).

● **Échographie rénovésicale** (morphologie des reins, du tractus urinaire, recherche de dilatation, d'anomalie de la paroi vésicale, d'un résidu post-mictionnel).

● ± ASP (à la recherche d'une rétention stercorale si doute ou anomalie de la colonne dorso-lombaire + sacrum).

● ± Cystographie et scintigraphie (quand infection urinaire documentée).

● ± Bilan urodynamique (formes graves ou complexes).

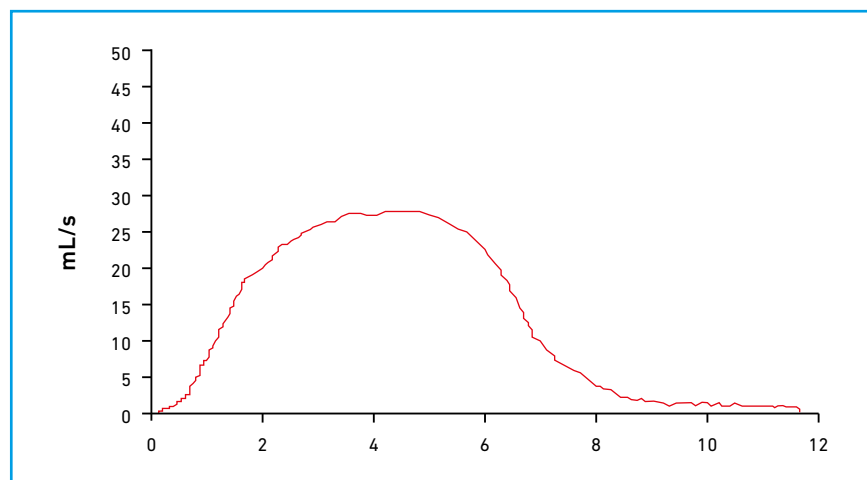


Fig. 5 : Débitmétrie normale.



Fig. 6 : Images de fossette sacrococcygienne et de myéloméningocèle.

● **Cystomanométrie** : à ne réaliser qu'après avis spécialisé, uniquement si suspicion de maladies (et/ou si infections urinaires et/ou apparition/aggravation urétéro hydronéphrose) [9].

>>> Pathologies malformatives

- valves de l'urètre postérieur ;
- cloaque, sinus urogénital ;
- extrophie vésicale.

>>> Pathologies neurologiques (fig. 6)

- myéloméningocèle ;
- vessie neurologique acquise ;
- agénésie sacrée, malformation anorectale.

>>> Pathologies fonctionnelles

- instabilité inhabituelle/réfractaire ;
- dysnergie vésico-sphinctérienne ;
- syndrome d'Hinman et vessie neurogène non neurogène.

■ Étiologies

Lorsque des anomalies sont constatées à l'interrogatoire et à l'examen clinique, il convient de caractériser spécifiquement le trouble mictionnel en fonction de la physiopathologie afin de proposer le traitement le plus adapté (fig. 7) [13].

Concernant les troubles mictionnels en phase de remplissage :

– **l'hyperactivité vésicale** en fait partie. Cliniquement, ce trouble touche majoritairement des filles qui présentent des mictions impérieuses (urgentes), généralement fréquentes (pollakiurie), avec des fuites diurnes fréquentes, de petit volume pouvant être associés à des fuites nocturnes. On retrouve chez ces petites filles des manœuvres d'évitement : accroupissement avec le talon sur le périnée, croisement des jambes, compression de l'urètre avec les doigts, restriction apport hydrique. Une constipation est souvent associée.

L'échographie rénovesicale peut retrouver un épaississement de la paroi vésicale en réplétion ainsi qu'un résidu post-mictionnel. Il est important de détecter ce trouble et d'y remédier le plus rapidement possible afin d'éviter les risques évolutifs que sont la cystite de stase et le RVU secondaire.

– **l'incontinence fonctionnelle** se caractérise par une perte involontaire d'urine par incompétence du contrôle sphinc-

térien (en l'absence d'anomalie anatomique sous-jacente).

On distingue **l'incontinence de stress** qui apparaît lorsque les pressions intravésicales (normales) sont supérieures aux résistances uréthrales (faibles). C'est un trouble rare chez l'enfant.

La **“giggle” incontinence** correspond à une miction involontaire et imprévisible survenant au fou rire ou au rire. Cette incontinence touche surtout les filles, avec une vidange incomplète à la précédente miction. Le traitement peut être difficile (souvent utilisation d'anticholinergiques).

Lors que les fuites sont permanentes avec des mictions conservées, il faut aller rechercher un abouchement urétéral ectopique (qui nécessite un traitement chirurgical).

S'agissant des **troubles fonctionnels en phase de vidange**, on retrouve **l'asynchronisme vésico-sphinctérien** qui cor-

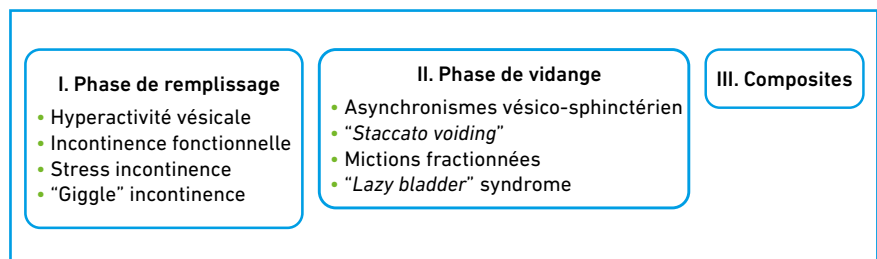


Fig. 7 : Étiologies des troubles mictionnels de l'enfant.

Revue générale

POINTS FORTS (fig. 8)

- La grande majorité des enfants consultant pour des troubles mictionnels ne présente pas d'anomalie anatomique sous-jacente. L'incontinence urinaire diurne et/ou nocturne résulte, dans la majorité des cas, de causes psychologiques ou d'une pathologie bénigne et transitoire. Cependant, aucun trouble mictionnel ne doit être banalisé au vu de l'impact psychologique qu'ils peuvent avoir sur les patients et leur famille. Les anomalies anatomiques peuvent découler d'une ou plusieurs malformations congénitales de la moelle épinière, du système nerveux et/ou du système urinaire et rectal (une vessie de faible capacité, un urètre mal placé chez les filles, obstruction congénitale des voies urinaires, faiblesse du sphincter urinaire, vessie qui ne se vide pas complètement (vessie neurogène) [19].
- Le traitement de première intention est comportemental. Si l'enfant a atteint la maturité psychologique nécessaire, il peut également bénéficier de techniques de rééducation, également appelées "biofeedback". La constipation doit être envisagée systématiquement et traitée.
- Si la prise en charge non médicamenteuse optimale ne suffit pas à résoudre un trouble mictionnel, il est de coutume de proposer des médicaments/chirurgies spécifiques à chaque trouble.

respond à une relaxation incomplète ou une hyperactivité de l'appareil sphinctérien (obstacle à l'évacuation), donnant lieu à différents types de troubles :

– les mictions *staccato* sont liées à une hyperactivité sphinctérienne pendant la miction. Elles touchent principalement les filles, à l'école avec un détrusor fonctionnel ;

– cliniquement, les mictions sont retardées et interrompues malgré la contraction du détrusor, les rendant prolongées et souvent incomplètes (résidus). Ce trouble prédispose aux infections urinaires (IU) +++ ;

– les mictions fractionnées sont liées à une hyperactivité sphinctérienne en l'absence d'activité ou d'efficacité des contractions du détrusor. Cliniquement, les mictions sont de petit volume, fractionnées, obtenues par des poussées abdominales ++++. Ces mictions sont rares et incomplètes (résidus). Il existe également une prédisposition aux IU +++ ;

– le *lazy bladder* syndrome correspond à l'évolution terminale de l'asynchronisme. Cliniquement, la vessie est acontractile, de grande capacité, se vidant par regorgement. Les mictions sont obtenues par poussées abdominales majeures. Les enfants atteints de ce syndrome présentent fréquemment des infections urinaires ;

– cas particulier : le syndrome de Hinman, qui représente un obstacle cervico-urétral fonctionnel sévère, avec des conséquences importantes (détérioration vésicale et rénale). Il correspond à des "vessies neurologiques non neurogéniques". Il est plus fréquent chez les garçons, avec une atteinte urinaire et digestive, dans un contexte psychologique bien particulier (à rechercher absolument : autorité parentale abusive, alcoolisme, drogue, maltraitance, abus sexuels).

Il y a une absence de déficit neurologique, une absence d'obstruction uré-

trovésicale avec échec des interventions chirurgicales type réimplantation, plastie du col vésical.

Suspicion de **vessie neurologique** devant :

- un contexte connu : atteinte de la moelle épinière congénitale (myélo-méningocèle) ou acquise (myélopathie, traumatisme), dysraphisme spinal occulte (moelle attachée) ;

- interrogatoire/signes cliniques : persistance ou apparition d'un problème mictionnel banal : fuites, mictions anormales, infection urinaire, énurésie secondaire ;

- rechercher un trouble de la marche ou un antécédent neurologique.

La vessie neurologique responsable de fuites urinaires est vite éliminée par l'interrogatoire, l'examen clinique et la débitmétrie. En effet, **si la débitmétrie est normale, sans résidu post-mictionnel, ce n'est pas une vessie neurologique** [17].

Traitements

La plus importante partie du traitement est **l'éducation du patient et de sa famille** qui va permettre la diminution de l'impact psychologique négatif des fuites urinaires et une amélioration de l'observance du traitement. Si l'enfant est immature, s'il n'est pas dérangé par l'incontinence ou s'il ne veut pas participer au plan de traitement, le plan doit être reporté jusqu'à ce que **l'enfant soit prêt à y participer** [15].

En premier lieu, il est important de **traiter toute constipation** sous-jacente.

Les modifications comportementales/consignes hygiéno-diététiques sont les plus importantes. Effectuer des mictions régulières dans la journée (×6/j) avec des modalités de miction correctes : détendu, "laisser couler le jet librement", position correcte, aller aux toilettes dès l'envie d'aller uriner ± augmentation progressive des intervalles mictionnels (en cas de suspicion d'instabilité du détrusor

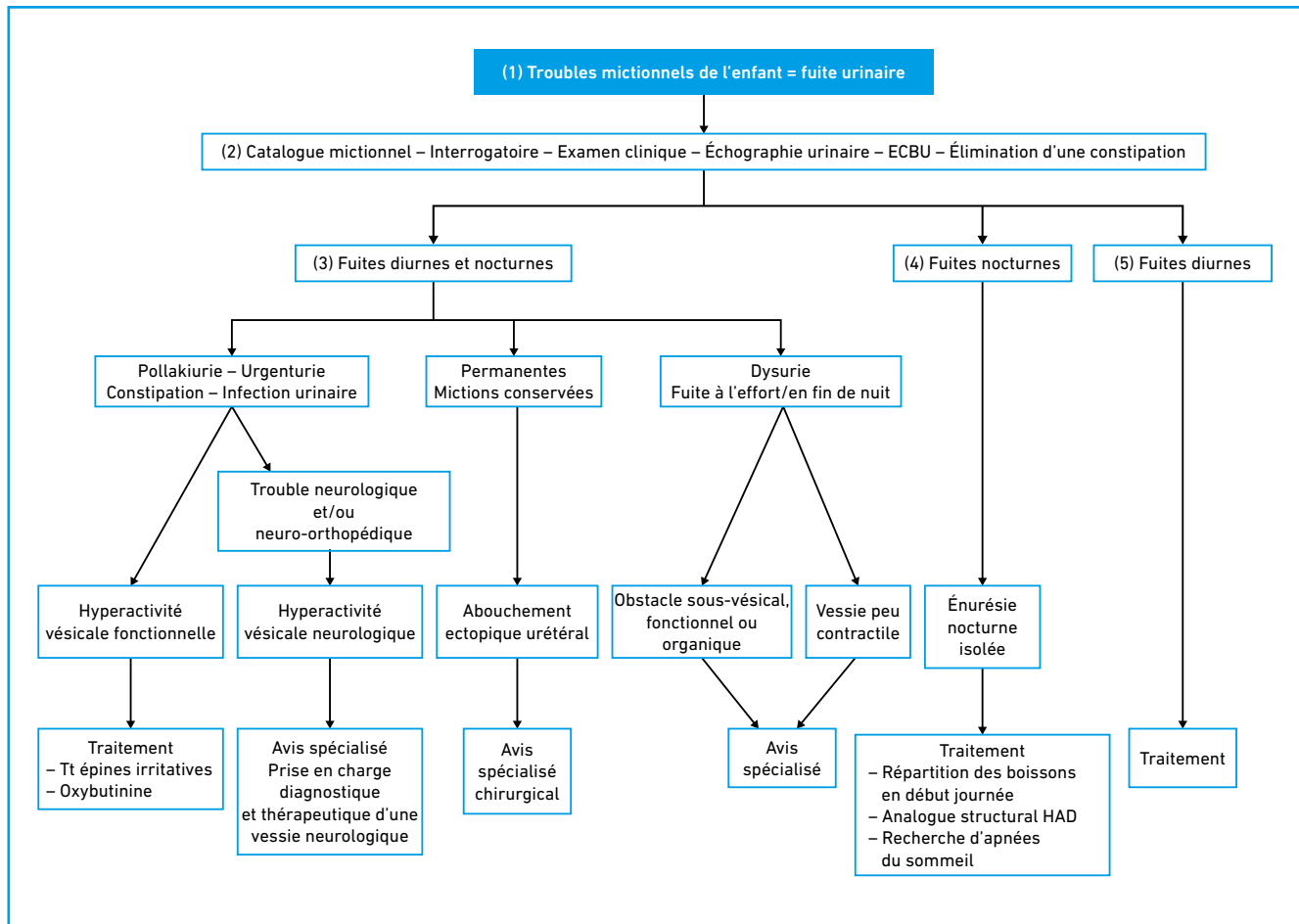


Fig. 8 : Conduite à tenir devant des troubles mictionnels chez l'enfant, *Pas à pas pédiatrie* V. Forin. 2010. Elsevier Masson SAS.

ou de trouble fonctionnel mictionnel) ± modifications du comportement/méthodes mictionnelles appropriées (chez les filles chez qui on observe une rétention vaginale d'urine, le traitement consiste à suggérer une **position** assise face vers l'arrière des toilettes ou les genoux largement écartés).

Le **biofeedback** consiste à apprendre aux enfants des exercices ainsi qu'une utilisation appropriée des muscles du plancher pelvien et des muscles de l'abdomen, ce qui permet de favoriser une miction coordonnée synergique [18].

Un calendrier mictionnel diurne et des accidents nocturnes permettront de suivre les progrès et de démasquer une

immaturité vésicale (puis de rectifier le diagnostic) ainsi que revoir l'enfant régulièrement pour le motiver.

Le reste de la prise en charge varie en fonction de la phase mictionnelle impliquée et du type de trouble mictionnel incriminé.

Pour l'hyperactivité vésicale, les anticholinergiques peuvent être utilisés : oxybutynine/ditropan (effets indésirables fréquents : troubles visuels, sécheresse de la bouche) ainsi que la **neuromodulation tibiale** postérieure [13]. Si l'hyperactivité vésicale est secondaire à un trouble neurologique ou neuro-orthopédique, la prise en charge se fera après avis spécialisé dans le cadre des vessies neurologiques.

Concernant les autres dysfonctionnements de la vidange vésicale (incomplète), si l'on retrouve un obstacle sous-vésical fonctionnel (dys-synergie vésico-sphinctérienne) ou organique (valves de l'urètre postérieur), le traitement sera spécifique : traitement chirurgical de l'obstacle organique, rééducation pour l'obstacle fonctionnel, sondages intermittents lors d'obstacle neurologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. COCHAT P. Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant. Elsevier, 1997.
2. FORIN V. Périnéologie infantile. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2002;2:5-34.

Revue générale

3. FORIN V. Quand demander une exploration urodynamique devant une énurésie? *Réalités Pédiatriques*, 2000;49:35-36.
4. FORIN V. Prise en charge de l'incontinence urinaire dans l'enfance. *Arch Pediatr*, 2005;12:731-733.
5. WRIGHT AJ. The epidemiology of childhood incontinence. In *Pediatric Incontinence, Evaluation and Clinical Management*, edited by FRANCO I, AUSTIN P, BAUER S, VON GONTARD A, HOMSY I. CHICHESTER, JOHN WILEY & Sons Ltd., 2015.
6. HOROWITZ M. Diurnal and nocturnal enuresis. In *The Kelalis-King-Belman. Textbook of Clinical Pediatric Urology*, ed. 6, edited by DOCIMO S, CANNING D, KHOURY A, SALLE JLP. BOCA RATON, CRC Press, 2019.
7. AUSTIN PF, VRICELLA GJ. Functional disorders of the lower urinary tract in children. In *Campbell-Walsh Urology*, ed. 11, edited by Wein A, Kavoussi L, Partin A, Peters C. Philadelphia, Elsevier, 2016.
8. PR. N.KALFA, Enuresie, Service de Chirurgie Urologique Pédiatrique, CHU Montpellier.
9. DRS MIRNA HADDAD ET ALICE FAURE. Les explorations uro-dynamiques, service de Chirurgie infantile et Urologie pédiatrique, APHM Aix Marseille Université.
10. BUSH N, SHAH A, PRITZKER J *et al.* Constipation and lower urinary tract symptoms. In *The Kelalis-King-Belman. Textbook of Clinical Pediatric Urology*, ed. 6, edited by DOCIMO S, CANNING D, KHOURY A, SALLE JLP. Boca Raton, CRC Press, 2019.
11. WAN J, KRAFT K. Neurological control of storage and voiding. In *The Kelalis-King-Belman. Textbook of Clinical Pediatric Urology*, ed. 6, edited by DOCIMO S, CANNING D, KHOURY A, SALLE JLP. Boca Raton, CRC Press, 2019.
12. HOROWITZ M. Diurnal and nocturnal enuresis. In *The Kelalis-King-Belman. Textbook of Clinical Pediatric Urology*, ed. 6, edited by DOCIMO S, CANNING D, KHOURY A, SALLE JLP. Boca Raton, CRC Press, 2019.
13. PR N.KALFA, DR C.LOPEZ. Troubles mictionnels non neurogènes de l'enfant. Service de Chirurgie urologique pédiatrique, CHU Montpellier.
14. WINTNER A, FIGUEROA TE. History and physical examination of the child. In *The Kelalis-King-Belman. Textbook of Clinical Pediatric Urology*, ed. 6, edited by DOCIMO S, CANNING D, KHOURY A, SALLE JLP. Boca Raton, CRC Press.
15. FIGUEROA TE, DECOTIIS KN. Incontinence urinaire chez l'enfant. Nemours/Alfred I. du Pont Hospital for Children, 2023.
16. COPLEN DE. Radiologic assessment of bladder disorders. In *The Kelalis-King-Belman. Textbook of Clinical Pediatric Urology*, ed. 6, edited by DOCIMO S, CANNING D, KHOURY A, SALLE JLP. Boca Raton, CRC Press, 2019.
17. DR C. LOPEZ. La vessie neurologique de l'enfant. Service de Chirurgie urologique pédiatrique, CHU Montpellier.
18. Rae A, Renson C. Biofeedback in the treatment of functional voiding disorders. In *Pediatric Incontinence, Evaluation and Clinical Management*, edited by FRANCO I, AUSTIN P, BAUER S, VON GONTARD A, HOMSY I. CHICHESTER, JOHN WILEY & Sons Ltd., 2015.
19. Hartmann. L'énurésie chez l'enfant, 2024.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

■ Revues générales

Vulvites de la petite fille : conduite à tenir ?

RÉSUMÉ : La vulvite est une affection fréquente chez la petite fille, mais sa prévalence est cependant inconnue [1]. Elle survient en général entre 3 et 6 ans [2], chez des petites filles en cours d'autonomisation concernant la propreté et disparaît spontanément vers l'âge de 8 ans. Il s'agit dans la quasi-totalité des cas de vulvites irritatives qui sont traitées par des règles d'hygiène simples. Il est alors indispensable d'expliquer à la famille que les vulvites peuvent récidiver en cas de relâchement des règles d'hygiène. La connaissance de la physiologie vulvaire de la jeune enfant est indispensable pour éviter de proposer des traitements inadaptés qui aggravent ou entretiennent la situation. Les autres causes de vulvite sont beaucoup plus rares et très faciles à distinguer cliniquement.



C. DELCOUR

Service de chirurgie gynécologie-obstétrique,
Hôpital Robert Debré, PARIS.

■ L'histoire d'une errance thérapeutique trop fréquente

La physiologie vulvaire de la petite fille est souvent mal connue, conduisant à des prises en charge parfois inadaptées, voire traumatisantes, et à une errance thérapeutique [3].

La vulvite correspond dans la quasi-totalité des cas à un phénomène inflammatoire local dans un contexte d'hygiène insuffisante chez des petites filles âgées de 3 à 6 ans en cours d'autonomisation sur la propreté. À l'interrogatoire, ce sont souvent des petites filles qui ont une hygiène mictionnelle incorrecte : elles se retiennent pour uriner, ne s'essuient pas correctement après être allées aux toilettes et se retrouvent fréquemment avec des sous-vêtements souillés d'urine. Ces différents facteurs sont responsables d'une irritation locale qui est favorisée par les particularités anatomiques de cet âge : l'absence de pilosité, des petites et grandes lèvres fines qui ne recouvrent pas l'*introitus* et une faible distance ano-rectale [4].

La vulvite survient chez les jeunes filles en âge prépubères, c'est-à-dire en l'absence d'imprégnation œstrogénique.

L'absence d'œstrogène ne permet pas le développement des lactobacilles responsables de l'acidification du pH vaginal [5]. Ainsi, le pH vaginal de la petite fille est plutôt alcalin, aux alentours de 7 et la flore vaginale est composée essentiellement de streptocoques, staphylocoques, corynébactéries, entérobactéries et des germes de la flore cutanée vulvaire. Cette alcalinisation est donc très défavorable au développement des candidoses, et celles-ci ne surviennent que dans des contextes particuliers d'immunodépression ou de diabète très déséquilibré chez la petite fille [6].

On retrouve fréquemment à l'interrogatoire de ces petites filles des facteurs irritants favorisant l'inflammation locale : l'utilisation de soins d'hygiène destinés à l'adulte ou de lingettes, l'application de traitement antifongique, corticoïde ou autres topiques inadaptés et entretenant, voire aggravant l'irritation [7].

■ Les manifestations cliniques

Les douleurs sont au premier plan de la symptomatologie, avec des brûlures majorées par les mictions ou lors de la toilette. Parfois, les enfants peuvent

Revue générale

POINTS FORTS

- La vulvite est une maladie irritative locale et n'est que très exceptionnellement d'origine infectieuse.
- La réalisation d'un prélèvement local, vaginal ou vulvaire est inutile et souvent traumatisante pour la petite fille.
- La prise en charge de la vulvite repose sur des règles d'hygiène simples et les crèmes antifongiques n'ont aucune place dans le traitement de la vulvite de la petite fille.
- La récurrence est fréquente en cas de relâchement des efforts d'hygiène et la famille doit être prévenue de ce caractère récidivant.

également se plaindre de prurit justifiant la recherche d'une oxyurose associée ou d'un lichen scléreux sous-jacent.

Cliniquement, on note une rougeur localisée et isolée. Il est possible d'observer du smegma (pertes sèches correspondant à des cellules desquamées et/ou des résidus urinaires), voire des traces de selles dans les plis interlabiaux et/ou périnéaux.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) nécessaire(s) ?

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour le diagnostic ou le traitement de la vulvite. La réalisation d'un prélèvement vaginal ou vulvaire **ne doit pas être proposée** pour la prise en charge diagnostique de la vulvite, car il s'agit d'un acte traumatisant dont l'interprétation est complexe et l'intérêt est extrêmement limité dans ce contexte de lésion irritative.

La seule situation dans laquelle un prélèvement local peut se justifier est dans le cas exceptionnel de suspicion de vulvite streptococcique (cf. ci-dessous). Le prélèvement concernera alors la vulve et ne doit en aucun cas être réalisé en intravaginal.

Le traitement de la vulvite irritative

Le traitement repose essentiellement sur une éviction des facteurs favorisants et sur la mise en place de règles d'hygiène [8]. Il est alors important d'expliquer à la famille que la vulvite peut récidiver au moindre relâchement des efforts d'hygiène. Les règles d'hygiène consistent à éviter la macération, de la même manière que les conseils donnés pour un érythème fessier, par exemple.

Concernant la toilette intime, il est important de rappeler aux parents que les produits dédiés à la toilette intime de la femme adulte ne sont pas adaptés. Les lingettes et autres traitements locaux peuvent également entretenir l'irritation et sont donc à proscrire. De la même manière, l'utilisation d'un gant de toilette n'est pas recommandée. Une toilette intime quotidienne à main nue avec un savon neutre est à privilégier. Le rinçage doit être minutieux ainsi que le séchage. En cas d'irritation avec des douleurs importantes, il faut proposer de tamponner, voire de sécher avec un sèche-cheveux et de l'air froid.

Afin de prévenir la macération, les vêtements en coton sont à préférer et il faut éviter autant que possible les vêtements serrés. Les règles d'hygiène urinaire sont

également à rappeler : ne pas se retenir d'aller aux toilettes, bien s'essuyer d'avant en arrière et changer rapidement les sous-vêtements s'ils sont souillés.

En cas d'irritation importante aiguë très douloureuse, il est possible d'utiliser ponctuellement une crème cicatrisante locale (dexpanthénol, acide hyaluronique, oxyde de zinc, etc.), mais le principe du traitement est d'éviter autant que possible l'application de topique et de laisser la vulve au sec.

En cas de vulvites répétées et/ou de point d'appel, il est également possible de traiter une oxyurose par un traitement de tous les membres de la famille comportant deux doses de flubendazole espacées de 10 jours.

Cas particuliers

1. Vulvite streptococcique

Les streptocoques bêta hémolytiques du groupe A peuvent exceptionnellement être responsables de vulvite bactérienne (**fig. 1**). Le diagnostic est alors facilement posé sur l'examen clinique avec un érythème rouge vif, intense et bien limité. Il est alors possible de réaliser un test de détection rapide du streptocoque



Fig. 1 : Aspect typique de vulvite streptococcique. Vulve présentant un érythème vernissé bien limité et squames périphériques. Image extraite de l'article de Larquay et al., 2018 [9].



Une série de podcasts réalisée par **Réalités Pédiatriques**

Avec le soutien institutionnel de



Réalités Pédiatriques, avec le soutien institutionnel des laboratoires **MSD**,
vous propose 1 série de 3 podcasts.



La vaccination contre le pneumocoque évolue

Pr Naim OULDALI

Service de Pédiatrie générale, Maladies infectieuses et Médecine interne pédiatrique, CHU Robert Debré, PARIS.
Groupe de Pathologies infectieuses pédiatriques; INSERM UMR 1137 IAME (Infection, Antimicrobials, Modelling, Evolution), Université Paris Cité.

La prévention des infections à pneumocoques est un enjeu majeur de santé publique. 15 années après la mise à disposition du dernier vaccin antipneumococcique, deux nouveaux vaccins sont au calendrier vaccinal en 2024, l'un pour les enfants et l'autre pour les adultes. Mais connaissez-vous l'histoire de ces infections et de leurs vaccins? Saviez-vous que tout a commencé dans la salive d'un enfant de 5 ans en 1880?

Liens d'intérêt:

Invitations à des congrès scientifiques: GSK, Pfizer, Sanofi.

Autres liens d'intérêts: aucun

À VENIR



Infections hivernales et co-infections

Dr Zein ASSAD

IAME (Infection, Antimicrobials, Modelling, Evolution)
Inserm UMR 1137, Bichat PARIS.

Retrouvez ce PODCAST

- sur le site: www.realites-pediatriques.com
- sur le site: <https://www.realites-pediatriques.com/vacci-podcast/>
- ou directement en flashant ce QR Code



À écouter où et quand vous voulez !

Réservé aux professionnels de santé

Revue générale

en cas de doute diagnostique. Le traitement repose sur une antibiothérapie par amoxicilline à la dose de 50 mg/kg/jour pendant 10 jours.

2. Lichen scléreux vulvaire

Le lichen scléreux vulvaire (*fig. 2*) est une dermatose inflammatoire chronique qui survient particulièrement chez les petites filles et à la ménopause, dans un contexte d'absence d'imprégnation œstrogénique [10]. Cette entité souvent méconnue induit un retard diagnostique important, responsable de complication ou de difficultés thérapeutiques.

La symptomatologie peut se rapprocher de celle de la vulvite irritative, avec des douleurs, des brûlures, un prurit et de fréquents troubles sphinctériens.

Cliniquement, il existe une pâleur cutanée blanc nacré en "sablier" autour du vestibule et de l'anus, avec des muqueuses très fines et fragiles pouvant présenter des hémorragies sous-épithéliales, des fissures ou des ecchymoses. Dans les cas de retard diagnostique important, l'inflammation chronique peut être responsable de séquelles anatomiques de sévérités variables (disparition du relief des petites lèvres,

enfouissement du clitoris, brides vestibulaires voire sténose de l'*introitus*) qui peuvent avoir des conséquences fonctionnelles urinaires et/ou sexuelles sur le long terme [11].

La biopsie cutanée n'est, en général, pas nécessaire en dehors de cas d'échec thérapeutique et le diagnostic est clinique. Le traitement repose sur l'application locale de dermocorticoïdes fort ou très fort associés à des émollients pour une durée prolongée (plusieurs mois) et avec une décroissance progressive [12]. Il existe un risque de rechute fréquent jusqu'à la puberté et il est donc nécessaire d'en informer la famille pour éviter de nouveau retard thérapeutique pour les éventuelles rechutes ultérieures.

3. Vulvites atopiques

À noter que certaines vulvites aiguës peuvent être d'origine atopique (*fig. 3*). Le cas de figure est facilement suspecté à l'interrogatoire : changement de marque de couches, changement de lessive, de savon, etc. À l'examen, la vulve est érythémateuse et suintante associée à des vésicules, voire érythémato-squameuse ou lichénifiée dans les formes chroniques. Il peut également y avoir d'autres localisations cutanées d'eczéma ou un

terrain atopique. Dans ce cas précis, l'éviction du facteur déclenchant est suffisante en règle générale et il n'y a pas de récurrence. Un traitement dermocorticoïde local peut parfois être nécessaire dans les formes traînantes ou chroniques.

4. Vulvo-vaginite infectieuse

La présence de leucorrhées associées, facilement mises en évidence lors d'un effort de toux ou en demandant à la petite fille de gonfler l'abdomen, est le signe d'une association avec une infection vaginale et nécessite une prise en charge particulière. Il s'agit, en général, de vulvo-vaginite secondaire à oxyurose vaginale ou d'une vaginite bactérienne secondaire ou non à un corps étranger. La présence de traces de saignements associées aux leucorrhées est fortement évocatrice d'un corps étranger. Le corps étranger est facilement visualisé lors de l'examen de la petite fille en position grenouille, en tractant doucement les lèvres vers l'examineur. La réalisation d'une douche vaginale douce pour évacuer les corps étrangers [5] – qui sont le plus souvent des petits morceaux de papier – est souvent suffisante. Le traitement peut parfois être complété par une antibiothérapie probabiliste à large spectre visant les germes de la sphère oro-fécale [13], pendant 7 jours (amoxicilline acide clavulanique).

Conclusion

La vulvite est une pathologie irritative fréquente de la jeune fille, dont la prise en charge thérapeutique est simple et repose sur des règles d'hygiène. Il existe une méconnaissance importante de la physiologie vulvaire chez la petite fille, conduisant à une errance diagnostique et des traitements inadaptés parfois de vécu difficile. Les autres causes de vulvites sont plus rares (en dehors du lichen scléreux vulvaire), très faciles à distinguer à l'aide d'un examen vulvaire simple non invasif et requièrent un traitement adapté.



Fig. 2 : Aspect caricatural de lichen scléreux vulvaire associant une pâleur cutanée en sablier et des lésions fissuraires. Image publiée après information et recueil du consentement des parents.

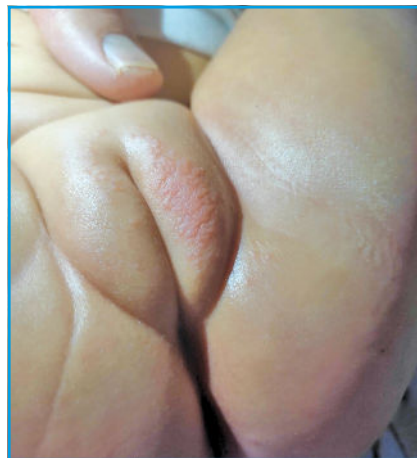


Fig. 3 : Aspect de vulvite atopique en phase aiguë avec présence de multiples petites surélévations érythémateuses, responsables d'une rugosité de la peau, avec quelques vésicules. Image publiée après information et recueil du consentement des parents.

BIBLIOGRAPHIE

1. MENTA N, NUSSBAUM D, KHLNANI A *et al.* Insights from a joint pediatric dermatology-gynecology vulvar clinic: A retrospective study. *Pediatr Dermatol*, 2024;41:41-45.
2. LE SACHÉ DE PEUFEILHOUS L, CHEIKHELARD A. Pathologies vulvaires chez l'enfant et l'adolescente. *Perfect. En Pédiatrie*, 2020;3:242-249.
3. VILANO SE, ROBBINS CL. Common prepubertal vulvar conditions. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2016;28:359-365.
4. ROMANO ME. Prepubertal vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*, 2020;63: 479-485.
5. ZUCKERMAN A, ROMANO M. Clinical recommendation: vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2016;29: 673-679.
6. FISCHER G. Chronic vulvitis in prepubertal girls. *Australas. J Dermatol*, 2010;51:118-123.
7. ALANIZ VI, KOBERNIK EK, GEORGE JS *et al.* Comparison of short-duration and chronic premenarchal vulvar complaints. *J Pediatr. Adolesc. Gynecol*, 2021;34:130-134.
8. LOVELESS M, MYINT O. Vulvovaginitis-presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2018;48:14-27.
9. LARQUEY M, MAHÉ E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant. *Perfect. En Pédiatrie*, 2018;1:25-31.
10. MAUSKAR MM, MARATHE K, VENKATESAN A *et al.* Vulvar diseases. *J Am Acad Dermatol*, 2020;82:1287-1298.
11. DINH H, PURCELL SM, CHUNG C *et al.* Pediatric lichen sclerosus: a review of the literature and management recommendations. *J Clin Aesthetic Dermatol*, 2016;9:49-54.
12. SMITH SD, FISCHER G. Paediatric vulval lichen sclerosus. *Australas. J Dermatol*, 2009;50:243-248.
13. VEHAPOGLU A, KIYAK MC. Clinical symptoms and microbiological findings in prepubescent girls with vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc. Gynecol*, 2022;35:629-633.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

réalités

PÉDIATRIQUES

☐ **oui**, je m'abonne à *Réalités Pédiatriques*

 Médecin : ☐ 1 an : 60 € ☐ 2 ans : 95 €

 Étudiant/Interne : ☐ 1 an : 50 € ☐ 2 ans : 70 €
 (joindre un justificatif)

 Étranger : ☐ 1 an : 80 € ☐ 2 ans : 120 €
 (DOM-TOM compris)

 Bulletin à retourner à : Performances Médicales
 65, rue d'Aguesseau – 92100 Boulogne-Billancourt
 Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville/Code postal :

E-mail :

■ Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n°
 (à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : Cryptogramme :

Signature :



■ Revues générales

À propos de quelques réflexions éthiques partagées aux débuts de la réanimation néonatale. Transmission d'expériences

RÉSUMÉ : La réanimation néonatale a conduit, dès ses débuts, ses médecins à des questionnements éthiques spécifiques, à propos du choix des indications de survie d'enfants jusque-là condamnés à "une mort naturelle". Quelles souffrances possibles et quelle qualité de vie future pour l'enfant ? Quelles possibilités d'accompagnement pour sa famille ? Quels regards de bienfaisance de ses soignants ? Quelle place accordée par la société pour l'accueil et le suivi des plus fragiles ? sont les interrogations les plus fréquentes.

Soigner, c'est porter les inquiétudes. Il n'y a pas de recettes dans cette démarche mais des interrogations "positives". C'est ici notre spécificité médicale qui, entre la précision scientifique permise par les techniques et l'adaptation aux conditions humaines, peut révéler "le meilleur" de ses réponses.



A. BOURRILLON
Pédiatre.

À l'opposé de la morale qui peut être définie comme "la science du bien et du mal en soi" indépendamment des actions que l'on mène, le domaine de l'éthique *interroge* à propos des réflexions, concrètes et singulières, susceptibles de conduire avec *discernement* aux choix décisionnels les *meilleurs* (ou les moins mauvais). Elle est, par essence, un monde d'incertitudes qui interpellent sur *la vie bonne* (ce qu'il convient de faire) *et sur les valeurs qui la fondent* [1].

■ Réflexions éthiques aux débuts de la réanimation néonatale

À l'heure des premières réflexions du groupe d'Étude en Néonatalogie et Urgences Pédiatriques de la Région Parisienne (GENEUP-RP) [2], les techniques de réanimation néonatale avaient, depuis une vingtaine d'années, permis la survie d'un nombre croissant

d'enfants en détresse vitale ou évalués selon des estimations successives aux limites extrêmes de la prématurité [3]. Les décisions d'indications de la réanimation néonatale avaient alors pu répondre aux objectifs de la morale traditionnelle (la lutte première pour la vie) dans le but de réduire la mortalité néonatale mais aux risques de handicaps, en particulier neurodéveloppementaux, pour l'enfant et d'une "aventure possiblement destructrice" pour sa famille [4].

Une telle attitude avait pu être jugée initialement comme le reflet des comportements "mégalo-maniaques" de médecins ayant eu en leurs *pouvoirs* les capacités de décisions de survie de nouveau-nés jusque-là condamnés à la mort naturelle.

"Parents d'un nouveau-né désespérément prématuré, nous avons demandé pour lui la mort naturelle", avaient écrit des parents dans une revue d'éthique médicale [5].

Le but poursuivi par les membres du GENEUP-RP avait été de mettre en commun les expériences de chaque équipe afin d'évaluer les "cheminements" de leurs choix décisionnels et de s'interroger à propos de l'impact des facteurs ayant pu guider leurs conduites. Avec l'objectif premier de permettre un devenir susceptible d'être le *meilleur* pour l'enfant, au sein de sa famille et de la société.

1. L'enfant

Trouver dans l'intérêt supérieur de l'enfant un compromis entre personnalisme et parentalisme interroge des domaines éthiques auxquels les équipes médicales peuvent être confrontées en pédiatrie en tenant compte de l'ambiguïté du statut ontologique de l'enfant (et plus particulièrement du nouveau-né), lequel relève à la fois de l'être et de l'avoir. En tant que personne, il n'appartient à personne, en tant qu'enfant, il appartient à ses parents [6].

Ainsi, pouvait-on situer, à propos des nouveau-nés, la multiplicité des interrogations successives posées aux réanimateurs :

- jusqu'à quel poids ? [5, 7]
- jusqu'à quel terme ?
- jusqu'à quel handicap ? [3, 8]
- jusqu'à quelles pathologies sévères associées à la prématurité ?

Toutes situations susceptibles de s'intégrer dans ces "zones floues" marquées par l'incertitude, ou toute décision risque d'être prise avec "crainte et effroi" [8].

2. Les parents, la famille

L'implication décisionnelle des parents, directe ou déléguée, est variable selon les situations et les pays.

Notre attitude, aux débuts de la réanimation néonatale, n'avait pas été, contrairement à des opinions souvent exprimées aux États-Unis, de considérer que toute décision concernant la réanimation de

nouveau-nés en détresse vitale ou d'une extrême prématurité relevait de la lourde prérogative des parents [8].

Une telle attitude, assez conforme alors au contexte socio-culturel nord-américain, impliquait pour les parents d'être aptes à prendre de telles décisions de façon éclairée, conjointe et définitive [4, 8].

Comment évaluer cependant les parents dans de telles situations ?

Quels sont-ils ? De quelle clairvoyance peuvent-ils témoigner dans un contexte d'intenses émotions et de stress ? Quels souhaits d'épargnes de souffrances ou quelles craintes face à la qualité de la vie future de leur enfant ont-ils pu formuler ? Que peut signifier pour eux un possible handicap neurologique, sinon le pire ? Ont-ils une perception identique du retentissement d'un handicap de l'enfant sur l'ensemble d'une famille à l'équilibre antérieur parfois fragile [9] ?

Les équipes de réanimation de notre groupe [2], n'avaient alors, et ce quels que soient les contextes, jamais impliqué *directement* les parents dans les décisions à prendre, notamment en cas d'interruption de soins intensifs dans des situations dont le pronostic avait pu alors être évalué "désespéré".

Quels que soient les contextes, les parents avaient le plus souvent témoigné de l'importance qu'ils avaient eu, pour eux, les liens de *confiance* instaurés entre eux et les équipes soignantes. Une confiance généralement permise par un accompagnement, franc, clair, cohérent, même si parfois difficile à assurer face à l'évolution imprévisible et parfois déroutante de l'état de leur enfant. L'essentiel avait été, pour ces parents, de percevoir que l'équipe soignante avait démontré être attachée pour l'enfant "aux mêmes objectifs qu'eux-mêmes".

L'expression au sein de l'équipe médicale de divergences, parfois reliées à

des antagonismes d'éthiques personnelles ou à des évaluations pronostiques contradictoires, avait alors conduit à différer toute décision, les temps permis par une "réanimation d'attente" [4].

Chacune des décisions médicales s'était ainsi le plus souvent révélée comme ayant eu le temps de considérer plus encore les souhaits des parents sans qu'à aucun moment ils n'aient été *directement* conduits à gérer eux-mêmes la culpabilité d'un *choix* ayant pu engager, pour leur enfant, une décision définitive.

3. L'équipe soignante : médecins et infirmières

Les équipes infirmières avaient souvent exprimé la demande d'assister aux discussions éthiques, sans souhaiter être impliquées par quelque pouvoir décisionnel. Elles avaient ainsi pu témoigner de la qualité des liens d'attachement des parents à leur enfant. Elles avaient transmis leur reconnaissance, envers les équipes médicales, d'avoir formulé *devant* elles le contenu de réflexions rigoureuses et humaines évaluées comme *les plus justes*, car respectueuses de l'intérêt premier de l'enfant. Leurs interventions s'étaient souvent traduites par des échanges émotionnels qui avaient généralement éprouvé les plus jeunes d'entre elles [4]. Les psychologues ou psychiatres avaient pu apporter, dans ces contextes, de précieux éclairages à propos des vulnérabilités perçues au sein de l'équipe.

Autour de la table de discussions, les émotions s'étaient pondérées mutuellement au fur et à mesure de la confrontation des points de vue. Un tel éclairage avait alors permis de dépasser le niveau de ce qu'auraient pu être des communications d'informations pour accéder à une véritable formation. Il était ainsi évité toute dichotomie entre le médecin qui décide et une équipe soignante qui lui soit moralement subordonnée, ce qui permettait de parvenir à une auto-information de l'équipe, meilleur reflet de son homogénéité et de son harmonie.

Revue générale

4. La Société

“Il est établi que beaucoup des problèmes de morale, d'éthique et de jurisprudence sont des problèmes relationnels. La personnalité de chacun y est confrontée au discours collectif”, écrivait Pierre ROYER [10].

● Médias et réseaux sociaux

L'éthique est une affaire trop sérieuse pour être abandonnée aux sondages d'opinion, aux raccourcis médiatiques, et aux avis le plus souvent infondés des réseaux sociaux [11].

Autant de points de vue susceptibles de diffuser des certitudes (par essence non éthiques), attribuant parfois aux médecins réanimateurs médicaux “la pratique d'actes irresponsables à la recherche d'exploits...”.

“Nous étouffons parmi des gens qui pensent avoir absolument raison”, écrivait Albert Camus [12].

“Il nous faut être soucieux de la justesse des mots, de notre jugement, au risque de privilégier une éthique de la retenue, là où certains exigent des réponses définitives”, alertait Emmanuel Hirsch.

Qu'en est-il aujourd'hui, à l'époque où la Société exige, plus que jamais, une éthique de la mesure ?

Les craintes pour le futur de possibles contraintes **économiques** avaient été évoquées au sein des discussions de notre groupe [4].

“La vie d'un enfant n'a pas de prix, mais elle a un coût”, avait écrit Jean-Yves Nau dans *Le Monde* [13]. Il était alors redouté que les médecins pratiquant des techniques coûteuses soient de plus en plus interpellés par la société à propos du coût de leurs actes [13]. Nous avons exprimé les inquiétudes que les équipes de réanimation puissent être confrontées, dans l'avenir, à des normes éco-

nomiques imposées selon des critères susceptibles de méconnaître les dimensions *humaines* des choix décisionnels. Nous redoutions alors qu'une pression économique globale confrontée à des *situations individuelles* puisse méconnaître les prix devant être accordés à la qualité de vie future d'un enfant. À l'inverse, nous devons admettre qu'il était de notre propre éthique de ne pas nous soustraire aux évaluations économiques de soins qui ne pouvaient être l'exclusivité d'économistes n'ayant pu avoir l'appui d'analyses médicales scientifiquement éclairées [14]. Il était alors de notre devoir de situer avec rigueur les indications et coûts de nos actes [15].

“Ne pas faire n'importe quoi, n'importe où, n'importe comment”. Considérer ce que devraient être des choix éthiques dans les domaines des traitements, des recherches et de la prévention individuelle et collective en ayant le discernement des soins à apporter aux pays en voie de développement au sein desquels, selon l'expression de Pierre Royer, le seul fait d'être un enfant est en lui-même une maladie [11].

“Le prix de la vie” c'est le refus de normes imposées sur des critères susceptibles de méconnaître les dimensions humaines des meilleurs choix à adopter.

POINTS FORTS

- Guider ses actions pédiatriques au nom de l'intérêt supérieur d'un enfant qui existe en tant que personne et reconnu dans ses droits.
- Évaluer tout enfant au sein de sa famille et de sa communauté en appréciant son identité socio-économique et culturelle.
- Toute décision médicale pédiatrique peut répondre à la séquence éthique du discernement dont les mots clés sont : **réflexions, décisions, actions, expérience**.
- L'expérience guide le bien fondé des conséquences de ses actes en médecine de l'enfant, en les protégeant de toute fascination pour des certitudes qui pourraient être “maltraitantes”.

● Fallait-il légiférer ? Le faudra-t-il ?

L'éthique est, par définition, le monde de l'incertitude.

“En pratiquant sans prendre en compte leurs conséquences *néfastes* et hautement *prévisibles*, les médecins ont fait preuve d'une obstination décisionnelle *déraisonnable* constitutive d'une *faute médicale* de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier dans lesquels ils exercent” avait-il été notifié, dans un jugement ayant concerné une situation de réanimation néonatale chez un enfant né en état de mort apparente.

Dans ces contextes, le médecin pouvait être pris entre deux écueils : celui d'une réanimation évaluée excessive ou celui d'une participation à un arrêt de vie proche de l'euthanasie. Quel est le meilleur choix ? avait écrit Claude Sureau, membre du Comité consultatif national d'éthique [16].

La réanimation du nouveau-né en salle de naissance fait actuellement l'objet de recommandations des sociétés américaines (ILCOR) et européennes de réanimation (ERC) [17] clarifiant précisément les *incertitudes dénoncées par des conclusions juridiques* ne disposant pas toujours de recommandations

actualisées et de protocoles de soins faisant consensus et rigoureusement référencés.

Les textes juridiques peuvent aussi varier d'un pays à l'autre et, selon leurs propres ressources, apparaître inadaptés aux progrès de la technologie. L'essentiel aujourd'hui, et pour le futur, est de situer les responsabilités respectives des divers intervenants en relation avec les diverses évaluations rationnelles et spécifiques de prises de décisions éthiques [11].

Transmission d'expériences et conséquences

Le problème de l'éthique, n'est pas celui de l'efficacité (comment faire ?), ni même celui de la légalité (ce qu'il est permis de faire) mais celui de la légitimité (pourquoi faire ?) En vue de quoi ? Les conséquences de nos actes seront-elles justes ?

À l'époque d'une fascination pour les certitudes, la transmission d'interrogations laissant la place aux doutes, par essence scientifiques ou philosophiques, aurait sans doute pu conduire plus précocement à accorder une place privilégiée à l'enseignement des humanités au cours des études médicales.

Les propositions, visant à programmer des cours abordant des réflexions et questionnements éthiques, dès l'année probatoire aux études médicales, avaient pu apparaître inadaptées à la maturité de jeunes étudiants confrontés à des connaissances aussi spécialisées que celles relevant, par exemple, de la réanimation néonatale. L'adhésion des étudiants à ces cours, qui permettaient d'initier et transmettre les dimensions *humaines* des choix éthiques médicaux, devait cependant prouver le contraire [18].

L'ensemble, constitué par les réflexions, les actions et l'analyse de leurs conséquences, permettait de faire *vivre le*

savoir, de l'expérimenter, de le reproduire, et de renforcer les étapes de la maturation des décisions à prendre face aux incertitudes. À la découverte de l'expérience qui protège de la fascination pour des convictions infondées et dont il faut prendre soin des conséquences.

L'expérience des réflexions acquises sur les parcours des chemins éthiques des débuts de la réanimation néonatale a aussi permis de répondre à d'autres interrogations pédiatriques "partagées et transversales".

À titre d'exemples :

- Il en fut ainsi au cours des premières "cellules de prévention de la maltraitance" ayant réuni les divers acteurs impliqués dans des analyses de cas d'enfants victimes de sévices. Combien sont humainement précieux ces échanges entre les divers intervenants ayant appris à se connaître et à enrichir leurs expériences mutuelles pour mieux éclairer et souvent partager des propositions décisionnelles évaluées comme les meilleures (si ce n'est les moins mauvaises) pour l'enfant et sa famille.

- Il en fut ainsi des interrogations portées à propos des situations de handicap. Selon leurs diversités ? Leurs conséquences spécifiques ? Les capacités d'accueil et de suivi de l'enfant et sa famille au cours du difficile "parcours du handicap" ? Autant de réflexions et de décisions à prendre pour la construction du meilleur projet de vie pour les enfants avec cet autre regard qu'ils nous invitent à partager [9].

- Il en est ainsi des médiations hospitalières à la recherche des *meilleures* solutions aux situations de conflits [19]. Elles conduisent aussi à une éthique du discernement si elles partagent sans compromission, accueillent sans démagogie, et permettent de rétablir une relation de confiance telle que celle-ci s'inscrit dans tout pacte de soins [20].

Les métiers du soin sont essentiellement confrontés à *l'autre*, ce qui en fait des métiers éthiques. La sollicitude, la prudence, le prendre soin, la résilience, les réflexions partagées et pondérées interviennent parmi les facteurs qui permettent de conserver et développer en tous domaines le potentiel précieux de l'épanouissement humain. Chaque situation porte en elle ses propres conflits. Chaque décision contient sa dimension d'insécurité et de risques [4].

Les débats éthiques multiples ouverts par les progrès scientifiques ne sauraient omettre la nécessaire considération permanente des repères offerts par les réflexions collectives des Comités nationaux consultatifs d'éthique susceptibles d'éclairer chaque situation individuelle sans occulter le droit de regard de la société [8].

"L'enfant qui souffre, qui va mourir, est un agresseur involontaire pour tous ceux qui sont responsables de lui", écrivait Nicole Alby. À ceux-là, parents, soignants, intervenants impliqués dans la société, **de réfléchir et d'agir**, sans se méconnaître, en fonction de l'intérêt supérieur de cet "agresseur privilégié".

Aux médecins réanimateurs d'analyser leurs décisions et *"de connaître les limites qu'ils assignent eux-mêmes à leur propre pouvoir"* [16]. Ayant pris la décision d'avoir restauré la vie, ils pourraient apparaître les plus autorisés à la remettre en question, les plus aptes à accompagner les parents face à leur culpabilité, les premiers protecteurs d'une équipe exposée à *souffrir* d'une éventuelle perception de l'arbitraire d'une décision.

Nouvelle médecine. Nouvelle éthique

On reprochera peut-être à cet article des écrits et des références anciens mais j'ai souhaité les inscrire dans l'historique des réflexions éthiques ayant guidé des réanimateurs pédiatres aux **débuts** de la

Revue générale

réanimation néonatale. Les réflexions et l'expérience d'un groupe* ont sans doute pu permettre, dans leur continuité, d'aborder le *sens d'une éthique renouvelée à laquelle nos successeurs* sont aujourd'hui confrontés.

L'évolution de nos sociétés démontre que, quels soient leurs bouleversements, les technologies définissent les morales et les règlements de l'avenir qui conditionnent notre raison d'être et notre raison d'agir.

Aux États Unis, l'*American Association of Pediatrics* (AAP) recommande depuis 2015, une prise de décision partagée entre les parents et les soignants pour les soins à donner à la naissance aux nouveau-nés de moins de 25 semaines [21].

Au-delà de la variabilité inter-centres, une meilleure prise en charge proactive a permis de constater l'évolution des pratiques des soins périnataux. Une augmentation des naissances vivantes a ainsi pu être possible dans certains cas, à des termes de 22-23 semaines, ceux-ci étant évidemment possibles selon les moyens et l'expertise des centres périnataux, ce qui soulève une question éthique complémentaire à propos de l'équité des soins vis-à-vis des enfants susceptibles de naître à la limite de la viabilité [21].

L'expérience des parents impliqués dans les décisions de soins palliatifs en réanimation néonatale est alors

*Le groupe de réflexions des réanimateurs néonatalogues pédiatres était coordonné par Michel Dehan auquel va toute notre reconnaissance entourée, entre autres, par François Beaufils (réanimation Hôpital Bretonneau, Paris) Jean-Louis Chabernaud (Clamart), Jacques Charlas (Institut de Puériculture, Paris), Gilbert Huaut (Hôpital de Bicêtre), Guy Moriette (Port Royal), Jean-Claude Ropert (Clamart), Michel Soulé (Centre de guidance infantile, Institut de Puériculture, Paris), Marcel Voyer (réanimation néonatale, Institut de Puériculture, Paris) et les nombreuses infirmières des diverses équipes de réanimation néonatale de la région Parisienne. Reconnaissance pour ces moments intenses de réflexions partagées.

analysée dans le cadre de décisions partagées, selon des recommandations préconisant aux médecins de *guider* les familles dans ces contextes, à préciser leurs "souhaits" et à les soutenir "tout au long du processus" [22].

Quels souhaits? Quelles modalités pour ce "processus"? Quel accompagnement? Quelle maturation des choix en cas de report décisionnel? Quelle adhésion à la préparation d'un deuil différé? Quelles justifications renouvelées face au choix décisionnel? Quelle appréciation de l'incompatibilité de la qualité de vie future de l'enfant avec la vision des parents d'une bonne vie? Quelle intolérance attribuer à la souffrance d'un enfant qui traduit souvent leur propre souffrance? Quelle confiance renouvelée dans l'expérience d'une équipe médicale ayant pu exprimer à nouveau et fait partager à la famille qu'il n'y avait alors plus de place aux doutes décisionnels?

Des questions souvent inchangées par rapport à celles de nos premières expériences dans un contexte cependant bouleversé par l'évolution des morales sociétales et à la recherche d'un nouveau savoir être en quête d'humanité.

La boussole éthique nous invite ainsi -et toujours- à un voyage au fond de nous-mêmes, aussi passionnant qu'insatisfaisant, aussi fondamental que redoutable, aussi nécessairement rationnel que possiblement émotionnel.

"*Sois raisonnable et humain*", avait confié son père à Axel Kahn [23].

Sois raisonnable pour être encore humain. Pour être mieux humain.

Pour mesurer l'être que nous sommes à l'aune de celui que nous aurions voulu être [1].

BIBLIOGRAPHIE

1. KAHN A. L'éthique est une boussole. En chemin vers la vie bonne. Editions de

l'Aube. Ouvrage édité par Denis Lafay. Marabout, 2024.

2. Éthique et réanimation du nouveau-né et de l'enfant. Réflexions du groupe d'étude en Néonatalogie et Urgences pédiatriques de la région Parisienne (GENEUP-RP). Numéro spécial des Archives françaises de pédiatrie supplément 1, 1986;43:543-588.
3. CAMPBELL AG. Which infants should not receive intensive care? *Arch Dis Child*, 1982;57:569-571.
4. BOURRILLON A, DEHAN M, BEAUFILS F *et al*. Incidence des facteurs d'environnement dans la décision éthique en réanimation pédiatrique. *Arch Fr Pédiatr*, 1986;43:563-568.
5. STRAIN JE. Current issues in medical ethics: on the death of a baby. *J Med Ethics*, 1981;7:5-18.
6. PLEASURE JR, DHAND M, KAUR M. What is the lower limit of viability. Intact survival of a 440g infant. *Am J Dis Child*, 1984;138:783-785.
7. LECOZ P. L'intérêt supérieur de l'enfant. Enjeux philosophiques, éthiques et juridiques. In Chapitre Éthique coordonné par Brigitte Chabrol In Pédiatrie Pour le Praticien. Médecine de l'enfant et de l'adolescent. Bourrillon A, Benoist G, Chabrol B, Chéron Grimpel E Elsevier Masson 7^e éd. Paris, 2020.
8. MAC CORMICK J. To save or let die: the dilemma of modern medicine. *J Med Assoc*, 1974;229:172-176.
9. HUAULT G, VOYER M, DEHAN M. Le Handicap, ses conséquences et la réanimation du nouveau-né et de l'enfant. *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1986;43:545-550.
10. Souvenirs et Messages d'avenir. Professeur Pierre Royer 1917-1995 Elsevier Éditeur. 1998, Paris.
11. ROYER P. Problèmes éthiques soulevés par l'existence de la médecine de l'enfant. In *Éthique et Pédiatrie*. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 1982;10-23.
12. CAMUS A. Le siècle de la peur. *Journal Combat*, 16 octobre 1948.
13. NAU JY. Réanimation et contraintes économiques. Des survies trop coûteuses? *Le Monde*, 6 Mai 1983, p 11.
14. BEAUFILS F, DEHAN M, FOURNET JP *et al*. Néonatalogie et réanimation pédiatrique: des acquis menacés. *Arch Fr Pédiatr*, 1983;40:521-524.
15. BEAUFILS F. L'évaluation en réanimation pédiatrique. Une nécessité aujourd'hui pour un fonctionnement optimal demain. *Arch Fr Pédiatr*, 1984;41:229-236.

16. SUREAU C. Le conflit d'intérêt fœto-maternel. *Rev Prat*, 1984;34:3303-3305.
17. KERMORVAN E. Accueil du nouveau-né en salle de naissances. in Chapitre Néonatalogie coordonné par Ph Jarreau A in Pédiatrie pour le Praticien. Médecine de l'enfant et de l'adolescent Bourrillon A, Benoist G, Chabrol B, Cheron G, Grimpel E. 7^e édition Elsevier Masson, 2020.
18. BOURRILLON A. Des étudiants jugent notre réflexion. *Arch Fr Pédiatr*, 1986; 43:587-588.
19. BERNARD J. Préface de l'ouvrage SIX JF: Le temps des médiateurs. *Le Seuil*, ed.1990.
20. SICARD D. L'alibi éthique. Plon éd, 2006.
21. LORE D, GRODEN CM, SCHUH AR *et al*. Investigating neonatal decisions for extremely early deliveries (Indeed study group). Variability of care Practices for extremely Early Deliveries. *Pediatrics*, 2024;154.
22. SAINT DENNY K, LAMORE K, NANDRINO JL *et al*. Parents expériences of palliative care décision-making in néonatal intensive care units: An interpretative phenomenological analysis. *Acta Paediatr*, 2024;113:992-998. *Les références 21 et 22 ont été traduites dans la lettre Pédiatrie Du JIM (30 septembre 2024) par Jean- Marc REITBI.*
23. KAHN A. Raisonnable et Humain? NIL éd. Paris, 2004.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Se connecter | S'inscrire gratuitement à la version en ligne

Chercher...

ABONNEZ-VOUS et recevez la revue chez vous

FEUILLETER LA REVUE >

ACCUEIL DOSSIERS ARTICLES ANNÉE PÉDIATRIQUE REVUE DE PRESSE UN CERVE ET SA PRÉVENTION CONTACT

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement par tiraglutide des enfants obèses de 6 à 12 ans

Principales nouveautés en pneumologie pédiatrique au Congrès francophone d'allergologie 2024

Télédermatologie en pédiatrie, une optimisation du parcours de soins?

BILLET DU MOIS

6 SEPTEMBRE 2024

Un p'tit truc en plus

10 JUIN 2024

Kafka, l'enfant et la poupée

13 MAI 2024

C'est quoi l'espoir, papa?

NUMERO ACTUEL

réalités n° 280 PÉDIATRIQUES

www.realites-pediatriques.com

La FMC du pédiatre d'aujourd'hui pour préparer la médecine de demain

■ Revues générales

À propos de la pédopsychiatrie de liaison

RÉSUMÉ : Les sollicitations du corps médical pour des interventions de pédopsychiatrie de liaison à l'hôpital général et pédiatrique connaissent un net accroissement de nos jours, nécessitant ainsi de repenser la question de définition des modalités, du cadre et des objectifs de ces interventions. Les activités de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, et sont orientées en direction du patient, son entourage ainsi que de l'équipe soignante. Une certaine concordance des pratiques est nécessaire entre attentes d'un côté et réponses de l'autre.



B. AABBASSI

Service universitaire de Pédopsychiatrie, hôpital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI.
Laboratoire de recherche "Enfance, santé et développement", faculté de Médecine et de Pharmacie, MARRAKECH, MAROC.

Selon R. Zumbrunnen, la pédopsychiatrie de liaison est *"la partie de la psychiatrie et de la psychologie clinique qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients atteints de pathologies somatiques"*. Une définition qui a le mérite de la simplicité mais qui ne semble pas recouvrir tout le champ de cette discipline. Pour S.-M. Consoli, *"la psychiatrie de liaison consiste à mettre à la disposition des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique d'un hôpital général, les compétences de professionnels, experts dans le domaine de la souffrance psychique et de la santé mentale, pour répondre aux besoins des patients, de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge"*, incluant ainsi l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives et de recherche données par l'équipe pédopsychiatrique dans les autres sections de l'hôpital pédiatrique. Il est capital de noter que le praticien pédopsychiatre opère ses missions dans la transversalité, autour du corps et de la psyché.

■ Les missions

Les activités de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont extrêmement diver-

sifiées, et sont orientées en direction du patient, son entourage et de l'équipe soignante. On individualise six types d'interventions :

1. Des interventions à caractère diagnostique :

>>> Pour établir un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique.

>>> Ou contribuer au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes sans organicité sous-jacente.

2. Des interventions à caractère thérapeutique :

>>> La prescription d'un traitement psychotrope.

>>> La discussion d'une indication de psychothérapie.

>>> La médiation entre l'équipe médicochirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient.

3. Des interventions à caractère multidisciplinaire :

>>> Consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien.

>>> La préparation à une intervention chirurgicale majeure (exemple une greffe d'organe).

>>> La participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.

4. Des interventions à caractère pragmatique, afin d'orienter un patient vers une structure de soins psychiatriques.

5. Des interventions à caractère pédagogique à travers l'animation de groupes de paroles de soignants, soutien aux équipes soignantes en difficulté ou en souffrance, exposé synthétique sur un thème effectué à visée didactique.

6. Des interventions à caractère scientifique par la participation à des publications scientifiques et des travaux de recherche.

Le cadre et l'organisation des activités

Il s'agit bien de la mission d'être au service "du malade de l'autre". Le pédopsychiatre est appelé à intervenir dans un autre cadre que son cadre de travail habituel. Il va généralement se déplacer vers un autre service, voire une autre institution que la sienne pour rencontrer le malade du service demandeur. C'est une situation de rencontre, avec l'enfant et ses parents mais aussi avec des collègues d'autres disciplines où l'organique est roi et le corps occupe une place centrale. Il y a là toute la dimension de la "clinique du réel". Cette fascination de la position médico-technique reconquise ne doit pas dissimuler l'identité du pédopsychiatre qui, à la base, vient recueillir le récit subjectif de l'enfant hospitalisé et symboliser le réel de la maladie ou du

traumatisme. Force est de constater que le pédopsychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire, au carrefour de la psychiatrie et de la médecine. Il se démarque de la psychiatrie générale, par l'intérêt qu'il accorde systématiquement aux dimensions biologiques et physiques ; et il se distingue des somaticiens par la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux. Néanmoins, certaines conditions préalables permettent d'assurer l'ancrage du travail de pédopsychiatrie de liaison. D'abord, l'intervention du pédopsychiatre doit faire l'objet d'une reconnaissance officielle au sein du centre hospitalier qui en bénéficie. Ceci mérite d'être discuté longuement en réunion où siègent tous les intervenants hospitaliers. C'est un "cérémonial" qui aura pour objectif de définir le cadre, la nature de l'alliance du travail. Plusieurs modèles d'organisation peuvent être distingués :

– **le modèle 1** : le pédopsychiatre est attaché à un service pédiatrique dans lequel il intervient sans coordination pédopsychiatrique au sein de l'hôpital ;
– **le modèle 2** : les pédopsychiatres et pédiatres de services différents travaillent dans le même lieu. Le pédopsychiatre participe à la visite, aux réunions d'équipe et aux prises de décision de la pédiatrie ;

– **le modèle 3** : le dispositif de pédopsychiatrie de liaison est organisé en unité autonome qui répond aux besoins de l'ensemble de l'hôpital pédiatrique ;

– **le modèle 4** : qui est un modèle pédiatrique pur où l'équipe pédiatrique est formée aux concepts psychopathologiques de l'enfance et reste alors seule à poser les indications de la prise en charge et de la sortie.

Ces activités vont s'effectuer dans le cadre d'une liaison périnatale avec l'équipe de la maternité et des services de pédiatrie concernant le bébé et le très jeune enfant, le post-partum à la maternité, l'unité de développement et le service des bébés âgés de moins de 1 an. Ou encore, la liaison "enfants et adolescents" qui concerne d'une part la liaison avec le service de pédiatrie générale,

mais également la prise en charge globale des enfants présentant des maladies chroniques, une atteinte oncologique, des greffes, etc.

Vers quelle articulation entre le pédiatre et le pédopsychiatre ?

À l'hôpital pédiatrique, deux positions s'opposent classiquement : d'un côté la démarche médicale, pédiatrique ; une médecine scopique où la maladie pousse à voir, parfois sans entendre. Par exemple, l'ophtalmologiste opère un œil et non un regard. Et de l'autre côté, la pédopsychiatrie, médecine psychique qui pourrait avoir tendance à entendre sans voir et pour qui le corps n'est pas l'enjeu central. Ces cultures différentes entre les deux praticiens peut amener à des fausses routes aussi fréquentes que dangereuses. Par exemple, quand la consultation psychiatrique devient un examen complémentaire, systématique, au même titre qu'une glycémie ou une radiographie. Ou plutôt, lorsque la consultation psychiatrique est définie comme une exclusion, quand les troubles psychologiques apparaissent comme des phénomènes parasites à résoudre et à effacer. Autant de situations capables de générer des déceptions du côté du pédiatre, en attente d'explications de causes à effets.

La question de la demande

L'analyse de la demande est un préalable incontournable avant toute rencontre avec un enfant. Pour le psychiatre, la vraie demande n'est pas tant : quand faire appel au psychiatre ? Mais : Qui demande quoi ? Pourquoi ?". Elle va conditionner ses modalités de réponses, sa position à l'égard de l'enfant (et de ses parents) et sa place auprès de l'équipe soignante de pédiatrie. Un contact direct ou écrit garantit un bon ajustement de la réponse en termes d'évaluation, de traitement symptomatique ou de prise en charge spécialisée.

■ Revues générales

Il faudra donc :

- identifier le demandeur, ce qui détermine le moment de cette demande, le(s) motif(s) de la consultation et les questions posées. Le demandeur est, en principe, le médecin référent du cas. Cette précaution évite les demandes prématurées, non concertées et surtout les conflits de responsabilité médico-administrative ;
- préciser le degré d'urgence de la consultation (immédiate/ dans la journée/ programmée) ;
- informer le patient et sa famille de la consultation pédopsychiatrique.

Chaque pédiatre a une vision du recours à la pédopsychiatrie. Certains sollicitent rarement une consultation ou ne réagissent qu'à une problématique. D'autres ont des demandes fréquentes en fonction de leur sensibilité à la souffrance de l'enfant ou une difficulté à y faire face. Parfois, ces sollicitations témoignent d'une surestimation des possibilités de la pédopsychiatrie, de la sous-estimation des interventions déjà en place ou simplement du désir de passer le relais devant un cas difficile.

Vignette clinique : Jalil est un garçon de 6 ans qui, à la suite de troubles de conscience, est hospitalisé en service de pédiatrie. Un diagnostic de diabète insulino-dépendant est porté depuis 2 ans, l'enfant, refusant les injections d'insuline, le régime alimentaire et la restriction des activités, se retrouve en état d'acidocétose. Le pédiatre désespéré par l'attitude opposante de Jalil, fait appel au pédopsychiatre de liaison. Jalil est un garçon attachant, au discours spontanément cohérent, explique ne pas comprendre pourquoi il doit se faire piquer plusieurs fois par jour. Il aime jouer au football mais n'en joue plus comme avant, il aime les bonbons "mais on lui interdit d'y toucher". La maman, qui semble impliquée lors de l'entretien, ne comprend pas les consignes du pédiatre. Quant au papa, il n'est pas convaincu du diagnostic de diabète chez un garçon de 6 ans : *"le diabète, c'est*

pour les vieux !" L'entretien pédopsychiatrique ne relève pas de trouble psychiatrique caractérisé, mais l'éducation à la maladie et l'annonce diagnostique semblent être faites "à la hâte" aux parents, l'enfant n'y était pas activement associé. Une psychoéducation sur plusieurs séances a été programmée avec le médecin référent.

■ La question de l'urgence en liaison

Le pédopsychiatre n'aime pas l'urgence. Il a un rapport au temps différent de celui du pédiatre. L'urgence subjective existe bien, elle est à prendre en compte. Mais la réponse se déroulera et s'inscrira dans le temps, dans une relation qui s'instaurera progressivement. C'est tout le sens des "soins intensifs psychiques", avec des consultations quotidiennes. Le consultant de psychiatrie de liaison devrait pouvoir intervenir de façon rapide, efficace et souple. Ce qui semble capital, c'est que cette urgence soit entendue et que les moyens soient mis en place pour accueillir et entendre cette souffrance. Ce qui ne veut pas dire que la solution soit trouvée en urgence.

Vignette clinique : Laila est hospitalisée depuis 2 mois en service de chirurgie réparatrice suite à un accident domestique occasionnant des brûlures de 3^e degré sur 60 % de la surface de son corps. L'urgence pour l'équipe de la chirurgie réparatrice est une reprise de poids qui conditionnera son pronostic vital. Mais Laila rapporte une perte d'appétit avec une fatigabilité générale et une humeur manifestement triste. Il s'agit d'une dépression dans un contexte post-traumatique aigu. Les tentatives de réalimentation par sonde gastrique échouent et les désordres métaboliques compliquent la prescription de médicaments psychotropes. Nous nous interrogeons sur l'abord psychothérapeutique au chevet du malade. Quel effet ? À quelle rapidité d'effet s'attendre ? Le médecin réanimateur exige un regain de poids de

2 kg afin de passer à l'abord chirurgical des surfaces cutanées atteintes. L'avis du pédopsychiatre se réduit à la réalimentation et la reprise de poids, à la fin d'une série de tentatives échouées pour sauver une situation clinique complexe.

Dans le cadre de la liaison, il existe divers types de situations d'urgence :

- Les urgences vraies regroupent les situations de détresse, de danger, de gravité, d'imminence de complications, imposant une intervention rapide : tentatives de suicide, états dépressifs caractérisés, épisodes psychotiques aigus, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires avec menace physiologique et/ou stress post-traumatique, détresse liée à l'environnement, sévices et aggravation du comportement dans le cadre de troubles du neurodéveloppement.
- Les interventions sans délai répondant à des demandes pour avis diagnostique ou thérapeutique pour une décision à prendre : sortie de l'hôpital, indication d'examens complémentaires, orientation. Elles réclament une intervention dans la journée.
- Et les "nouvelles" urgences accompagnant les progrès de la pédiatrie : aide à l'évaluation diagnostique ou thérapeutique, à la prévention des conséquences de situations à risques (naissance prématurée avec complications, naissance d'enfants malformés, naissances multiples avec décès d'un ou plusieurs enfants, mort subite du nourrisson).

■ Le symptôme

Le symptôme initialement rapporté est somatique. Il a conduit à une hospitalisation dans un service de médecine ou de chirurgie. Le symptôme psychique se révèle durant l'hospitalisation, rapporté aux soignants ou perçu par ceux-ci comme pathologique pour générer une demande auprès de l'équipe de liaison. Les motifs regroupent habituellement les

troubles psychosomatiques et fonctionnels, les problèmes médicosociaux et les symptômes psychiatriques proprement dits. La première difficulté rencontrée par les équipes de psychiatrie de liaison est donc l'élaboration de ce symptôme psychique.

Vignette clinique : Zahira a 13 ans, elle est reçue en service de chirurgie pédiatrique pour un polytraumatisme à multiples points de fracture à la suite d'une chute accidentelle du deuxième étage de sa maison. De J1 à J5 postopératoire, elle est accompagnée par sa mère. Zahira est silencieuse, apathique et en retrait relationnel vis-à-vis de l'équipe soignante. La mère paraît plutôt omniprésente dans le service, occupant le couloir et les salles d'examen, très sociable, ceci contrastant avec une distance relationnelle et un détachement vis-à-vis de l'état de santé critique de sa fille.

Lors d'une évaluation par son chirurgien, sans la présence de la mère, Zahira rapporte qu'il ne s'agit pas d'un accident : sa mère l'aurait poussée du balcon intentionnellement ! La condition médico-légale s'impose devant ce contexte de maltraitance. Le médecin légiste et le pédopsychiatre s'associent à la situation. Le signalement est fait aux autorités judiciaires compétentes et la procédure judiciaire est entamée avec la mise en place de mesures de protection de la fille. Le suivi psychothérapeutique est proposé à l'adolescente.

Les troubles chez l'enfant hospitalisé

L'examen pédopsychiatrique est multidimensionnel : évaluation du malade, évaluation des liens malade-soignants, évaluation des réactions et du vécu parental. Les troubles relèvent de trois registres : comportemental, affectif et relationnel, et psychosomatique.

Entrer à l'hôpital serait déjà un événement de vie agressif pour l'enfant. Et

l'hospitalisation aurait une dimension traumatique, quel que soit son motif. L'appareil psychique de l'enfant est soumis brusquement à une surcharge d'excitation non maîtrisable et se retrouve en état de détresse. Ce traumatisme induit une effraction dans l'espace psychique interne, une certaine béance psychique qui a pour effet de bouleverser les repères et induire une incontinuité temporelle. Le rôle du pédopsychiatre est de permettre à l'enfant d'évoquer son vécu, ses souvenirs, et de reconstruire une histoire psychique interrompue.

Vignette clinique : Fatima est une adolescente de 16 ans, hospitalisée en service de néphrologie depuis 3 semaines pour insuffisance rénale chronique terminale en décompensation métabolique. Elle est suivie par l'équipe de néphrologie depuis l'âge de 13 ans et fréquente le service régulièrement pour ses séances hebdomadaires d'hémodialyse (à un rythme de trois séances par semaine). Elle est décrite comme très proche de l'équipe soignante, coopérante pour les soins mais depuis le début de cette dernière hospitalisation, Fatima refuse les prises de sang, devient agressive par moment, difficilement consolable. Elle s'agite principalement le soir, la tension s'installe dans la relation avec les soignants. Le pédopsychiatre est appelé pour évaluer la situation. Il y a là un changement de repères imposé par l'hospitalisation mais pas que ! Fatima réussit brillamment à l'école malgré l'absentéisme causé par les soins. Elle aime bien les rencontres familiales chaque dimanche. Elle perçoit donc son hospitalisation comme "une rupture" d'un vécu "serein" qu'elle a su se construire malgré sa maladie assez invalidante. Elle avait noué des relations d'amitié avec deux malades au service de néphrologie durant ce moment d'hospitalisation, une ado de 15 ans et un enfant de 8 ans, les deux ayant décédé la même semaine, pourtant "si motivés à guérir", dit-elle. Avec la réalisation de la dimension "fatale" de sa maladie, le double deuil et l'identification, Fatima sombre dans l'angoisse mortifère.

D'après Lewis et Leebens, certains facteurs de risque sont incriminés dans la genèse des troubles :

1. Ceux relatifs à l'enfant et à son environnement

- L'âge de l'enfant et son niveau de développement. Certains soins viennent raisonner avec des problématiques développementales activant le réel des angoisses archaïques de morcellement ou de dévoration, de vidage, de castration. Deux groupes d'âge, notamment en chirurgie, méritent une attention particulière : le nourrisson, chez qui la chirurgie et les soins de suites peuvent venir troubler le schéma corporel et entraver l'établissement de relations précoces, et l'adolescent dont la vulnérabilité narcissique, la crainte de la soumission et de la passivité s'accommodent mal avec les soins.

- Antécédents de troubles psychopathologiques chez l'enfant.

- Perturbations des relations parents-enfant dépendant de la personnalité parentale, du fonctionnement du couple et de la famille, la place de la maladie dans l'histoire familiale et les modes relationnels parents-enfant. L'enfant est investi sur un mode narcissique de culpabilité inconsciente envers cet enfant insatisfaisant car malformé ou malade avec des tendances tantôt à la surprotection, tantôt à la négligence et la maltraitance.

- Trouble psychiatrique chez l'un ou l'autre des parents.

- Diagnostic ambigu ou pronostic sévère (vital ou fonctionnel).

- Maladie chronique (durée de la maladie et la répétition des soins) et hospitalisations multiples.

- Préparation psychologique à l'hospitalisation insuffisante et procédures invasives.

Revue générale

- Compréhension de la maladie par les parents insuffisante ou inadéquate (attentes irréalistes, réactions inappropriées, sentiments d'impuissance ou d'abandon, pessimisme).

- Interventions d'autres acteurs non médicaux (services sociaux, police, justice) impliqués dans la protection de l'enfant.

Vignette clinique : Mohamed est un garçon de 4 ans, opéré en urgence pour un tableau d'appendicite aiguë. Le geste chirurgical était ordinaire et habituel, l'état postchirurgical de la cicatrice et de l'abdomen sans particularités inquiétantes. Mais Mohamed se plaint de douleurs au ventre diffuses, intermittentes, s'accroissant la nuit mais sans pour autant l'empêcher de dormir. Après la réalisation d'un bilan échographique, le pédopsychiatre est appelé pour évaluer l'enfant. Mohamed est un garçon au tempérament anxieux, fils unique d'un jeune couple qui vit seul et assez isolé socialement. La maman décrit chez lui une angoisse de séparation à l'entrée en garderie, "qu'il est arrivé à dépasser" mais qui ressurgit à chaque situation de séparation d'avec elle. Les symptômes relèvent majoritairement du registre digestif : vomissements, douleurs abdominales diffuses et pleurs. Il est à noter que les pathologies qui relèvent de la chirurgie viscérale touchent à des fonctions du corps qui sont souvent une voie d'expression privilégiée de symptômes psychiques (anorexie, encoprésie, troubles fonctionnels intestinaux...). L'enfant est orienté à sa sortie vers un suivi psychothérapeutique.

2. Ceux relatifs à l'équipe soignante

- Intervention de multiples consultants (avec parfois des opinions divergentes) sans référent fiable, disponible et/ou clairement désigné.
- Compréhension ou réponse de l'équipe soignante au vécu psychologique de la

POINTS FORTS

- Les activités de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, et orientées en direction du patient, son entourage et de l'équipe soignante.
- L'analyse de la demande est un préalable incontournable avant toute rencontre avec un enfant.
- Le symptôme initialement rapporté est somatique, le symptôme psychique se révèle, quant à lui, durant l'hospitalisation. Les motifs regroupent habituellement les troubles psychosomatiques fonctionnels, les problèmes médicosociaux et les symptômes psychiatriques proprement dits.
- Les troubles de l'enfant hospitalisé relèvent de trois registres : comportemental, affectif et relationnel, et psychosomatique.
- La restitution de l'information est une fin légitime de l'intervention de liaison.

maladie et/ou de l'hospitalisation de l'enfant et sa famille, insuffisante ou inadéquate.

Le soutien aux équipes soignantes

En effet, les infirmiers, les aides-soignants, les éducateurs et les médecins sont souvent pris, consciemment et inconsciemment, dans des mouvements affectifs parfois intenses mais aussi dans des processus d'identification et de projection. Le pédopsychiatre de liaison assure à travers des réunions de supervision un espace de protection des intervenants qui se trouvent exposés à des situations très prenantes sur le plan psychique sans y être préparés, ni reconnus dans ce rôle. Cette mission aurait pour but de :

- permettre une pluralité des regards sur une situation ;
- soutenir les compétences interpersonnelles des soignants ;
- favoriser une attitude réflexive ;
- offrir un cadre sécurisant et contenant ;
- sortir d'un certain isolement.

La consultation de liaison auprès des parents

Le pédopsychiatre est amené à rencontrer les parents à chaque fois qu'il évalue un enfant. Dans l'activité de liaison, les parents ne sont généralement pas demandeurs de cette rencontre. Le respect de leur attitude face à la visite inopinée du psychiatre doit être pris avec beaucoup de conscience et d'empathie. Leurs attitudes varient de la révolte, au déni, à l'agressivité. Leurs comportements du retrait, à l'inhibition ou au découragement. L'écoute empathique des parents crée un espace de parole et un climat de confiance. Les repères familiaux sont souvent chamboulés par un événement traumatique ou simplement par la décision de l'hospitalisation de l'enfant. L'imprévisibilité, la culpabilité face à une responsabilité "manquée" auprès de l'enfant, l'impuissance ressentie par rapport au milieu savant qu'est l'institution hospitalière sont autant de facteurs qui peuvent interférer avec l'adaptation que nécessitent la maladie et le contexte de soin. Les parents peuvent aussi faire face à des obligations personnelles qui

les empêchent de rester auprès de leur enfant (travail, rendez-vous, vie familiale, appréhension, lieu d'habitation éloigné de l'hôpital, etc.).

Vignette clinique : Hind est âgée de 8 ans, hospitalisée depuis 2 mois en service de réanimation pédiatrique à la suite d'un traumatisme pancréatique. La décision de l'indication chirurgicale est en cours de discussion entre les réanimateurs et les chirurgiens ; les soins d'accompagnement sont mis en place mais les somaticiens n'ont pas encore de visibilité pour la suite. L'enfant devient triste, irritable. L'équipe appelle le pédopsychiatre pour une suspicion de syndrome dépressif. L'évaluation pédopsychiatrique est à l'encontre de la demande formulée. L'enfant s'ennuie, anticipe sa sortie mais sans présenter un tableau dépressif caractérisé. La culpabilité par rapport à l'accident (chute de son vélo) est fort présente dans les propos de Hind, reproduisant les dires d'une maman fatiguée, détachée de ses repères et qui projette sa propre culpabilité sur sa fille malade.

Quoi après l'évaluation pédopsychiatrique ?

À la fin de son évaluation, le pédopsychiatre conclut généralement à :

- un diagnostic psychiatrique caractérisé (dépression, trouble anxieux, trouble adaptatif, trouble dissociatif ou bien troubles de comportement dans le cadre d'un désordre neurodéveloppemental...);
- l'absence de symptôme psychiatrique chez le patient, excluant ainsi la thèse psychiatrique dans la démarche de diagnostic positif ou différentiel chez l'enfant;
- l'impossibilité de distinguer une pathologie psychiatrique d'une pathologie somatique. Une situation compliquée où chaque équipe doit s'adapter à une symptomatologie atypique et apportera ses soins dans le cadre d'un travail conjoint.

Dans tous les cas, la restitution de l'information est une fin légitime de l'intervention de liaison. Les pédiatres s'interrogent : qu'en est-il de la suite ? Dans le meilleur des cas, ils reçoivent un simple accusé de réception. Dans le pire des cas, aucune réponse. En cause, les veilles habitudes, l'éloignement géographique ou le rapport au temps. Le pédopsychiatre, que peut-il en restituer au pédiatre et à l'équipe soignante ? Jusqu'où le psychiatre doit-il informer le pédiatre de ce qu'il a pu comprendre ? Tout ne peut être divulgué. La vérité d'un sujet et de son intimité ne peut être étalée, ni confiée. Dans la majorité des cas, certains éléments peuvent être transmis, comme la confirmation de l'accueil de l'enfant, le choix (ou non) d'un projet de soins, la mise en place d'un cadre de soins ou bien encore un traitement psychotrope.

L'une des thématiques notamment récurrentes est celle du sens de la prise en soins. Quand les pédiatres se questionnent : est-il pertinent de garder ce patient chez nous ? Et pour le pédopsychiatre : quel circuit de soins de santé mentale choisir pour le relais ? L'ambulatoire ou l'hospitalier ?

Pour un certain nombre de jeunes patients hospitalisés en pédiatrie et relevant d'une prise en charge conjointe, la part de la pédopsychiatrie est prépondérante pour :

- les tentatives de suicide ;
- les situations de maltraitance ;
- l'anorexie mentale en présence de signes de gravité engageant le pronostic vital ;
- les somatisations ;
- la complexité du tableau clinique et ou de la situation socio-environnementale (contexte familial explosif ou précaire).

Quand le patient relève de soins de santé mentale, il est judicieux de faire le relais après sa sortie avec l'équipe pédopsychiatrique compétente pour en assurer le suivi.

Conclusion

Apley disait : “*La psychiatrie de l'enfant et la pédiatrie prennent plaisir depuis longtemps à flirter ensemble. Il est grand temps qu'elles se marient, à condition toutefois que cela se fasse dans l'intérêt des enfants*”. Il s'agit bien dans la pédopsychiatrie de liaison d'un travail de collaboration et d'articulation entre le corps et la psyché pour assurer une approche globale de l'enfant malade en milieu hospitalier. Cette articulation est souvent difficile à opérer sans une sorte de concordance parfaite entre attentes d'un côté et réponses de l'autre.

POUR EN SAVOIR PLUS

- RAUCHER-CHÉNÉ D. Le symptôme en psychiatrie de liaison. *La lettre du Psychiatre*, 2012 Vol VIII N°1:38-40.
- PODLIPSKI MA, GAYET C, GERARDIN P. Pédiatre et pédopsychiatre : un duo bien tempéré. *Adolescence*, 2012;30:359-367.
- KOENER B, LAURENT M, JOUSSELME C. *Liaison en pédiatrie*, Lavoisier. 2018;510-520.
- CANOUI P, GOLSE B, SÉGURET S. La pédopsychiatrie de liaison. Édition Érès, 2014.
- LEBLANC A, DUVERGER P. Collaboration entre pédiatres et psychiatres d'enfants en hôpital général. *Enfances & Psy*, 2006;30 :79-91.
- CANOUI P. Éthique en pédopsychiatrie de liaison. *La vie de l'enfant*, 2012;37:344.
- BLANC S, ROTHENBURGER S, KABUTH B. La psychiatrie de liaison : une pratique de la transdisciplinarité, une éthique de la rencontre. *Perspectives Psy*, 2005 ;2:96-101.
- LENOIR P, MALOY J, DESOMBRE H *et al.* La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009;57:75-84.
- DUVERGER P, LEBREUILLY-PAILLARD A, LEGRAS M *et al.* Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009;57:505-509.
- BERNEY A, DOROGI Y. Supervision des équipes de soins en psychiatrie de liaison : quelques points de repère. *Rev Med Suisse*, 2019;15:344-346.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

■ Analyse bibliographique

■ Syndrome d'activation macrophagique dans le cadre d'un PIMS

GAMEZ-GONZALEZ LB, MURATA C, GARCIA-SILVA J *et al.* Macrophage activation syndrome in MIC-S. *Pediatrics*, 2024;154:in press.

Le PIMS est un syndrome inflammatoire multisystémique associé à un antécédent de COVID-19. Le syndrome d'activation macrophagique (SAM), pouvant être associé à une pathologie maligne, rhumatologique ou infectieuse, a été rapporté dans les PIMS.

Le but de ce travail était d'évaluer l'incidence, l'histoire naturelle, les critères diagnostiques, le traitement et l'évolution des SAM dans une cohorte de patients ayant présenté un PIMS.

Il s'agissait d'une étude observationnelle, multicentrique, rétrospective, réalisée dans 16 pays d'Amérique du Sud de janvier 2020 à juin 2022. Les données étaient extraites des dossiers médicaux et rentrées dans un registre spécifique. Pour être inclus, les patients devaient avoir les six critères suivants :

- un état nécessitant une hospitalisation ;
- un âge inférieur à 21 ans ;
- une fièvre > 38 °C pendant au moins 24 h ;
- une inflammation biologique ;
- une atteinte multisystémique (au moins deux organes) ;
- une infection passée à coronavirus 2 (sérologie ou PCR positive).

Le SAM était défini selon les critères internationaux par un enfant fébrile avec une ferritine > 684 ng/mL et deux des critères suivants parmi des plaquettes < 181 000/mm³, des ASAT > 48 UI/L, des triglycérides > 156 mg/dL et un fibrinogène ≤ 360 mg/dL. Les patients avec un SAM-PIMS étaient comparés à ceux avec un PIMS seul.

Au total, 1 238 patients avec un PIMS ont été inclus. Parmi ceux-ci, 212 (17,1 %) ont présenté un SAM selon les critères établis, 53 % étaient des garçons. L'âge moyen des patients SAM-PIMS était de 7,9 ans vs 80,2 mois pour ceux avec un PIMS isolé ($p < 0,001$). En comparant les deux groupes, les symptômes digestifs étaient majoritairement observés dans les deux groupes mais les douleurs abdominales et un ictère étaient significativement plus fréquents dans le groupe SAM-PIMS par rapport au groupe PIMS, soit respectivement dans 76 et 9 % vs 64 et 3 % ($p < 0,01$).

Les manifestations cardiovasculaires étaient identiques dans les deux groupes. En revanche, une atteinte neurologique (céphalée et/ou convulsions) était plus fréquente dans le groupe SAM-PIMS par rapport à l'autre groupe (43 vs 30 % $p < 0,001$). De même, une arthrite était retrouvée plus fréquemment dans le groupe SAM-PIMS dans 12 % vs 6 % des cas dans le groupe PIMS ($p = 0,006$).

Un état de choc était noté chez 59 % des patients du groupe SAM-PIMS vs 35 % dans l'autre groupe ($p = 0,001$). Le pourcentage de mortalité était plus important dans le groupe SAM-PIMS par rapport au groupe PIMS (11 vs 4 %, $p = 0,001$). La ferritine, les ASAT étaient significativement plus élevées et les plaquettes plus basses chez les patients décédés. Dans la cohorte totale, la mortalité était significativement associée à un SAM, des convulsions, une arthrite et un état de choc.

En étude de régression logistique, le diagnostic de SAM pouvait être prédit en cas de ratio ferritine/VS ≥ 18,765 avec un risque de mortalité en cas de ratio > 31,6.

Le diagnostic de SAM doit toujours être recherché en cas de PIMS en raison d'un pronostic plus sombre mais évitable en cas de prise en charge précoce. Le taux de ferritine, et particulièrement le ratio ferritine/VS, peut être une aide au diagnostic de SAM.

■ Traitement oral par infigratinib chez les enfants avec une achondroplasie

SAVARIRAYAN R, DE BERGUA JM, ARUNDEL P *et al.* Oral Infigratinib therapy in children with achondroplasia. *N Engl J Med*, 2024:in press.

L'achondroplasie est une maladie génétique responsable d'un nanisme due à des variants pathogènes du gène codant pour le récepteur 3 du facteur de croissance fibroblastique (*FGFR3*). Ceci altère le processus d'ossification endochondrale du squelette par inhibition de la prolifération des chondrocytes. Actuellement, seul un traitement par vosoritide, administré quotidiennement en sous-cutanée, a été approuvé.

L'infigratinib est un inhibiteur oral du FGFR-3. Il agit directement en inhibant la phosphorylation du récepteur FGFR permettant ainsi, dans les modèles animaux, une amélioration de la croissance appendiculaire et axiale du squelette.

Le but de cet essai de phase II était d'identifier les doses efficaces et sans risque du traitement oral par infigratinib chez des enfants atteints d'achondroplasie.

Il s'agissait d'un essai multicentrique, international, réalisé à partir de juillet 2020 dans 19 sites hospitaliers. Les critères d'inclusion étaient des enfants de 3 à 11 ans avec une confirmation génétique d'achondroplasie. Les critères d'exclusion étaient la prise d'un autre traitement pour la maladie et un antécédent de chirurgie d'allongement des membres. L'étude comprenait une phase d'augmentation des doses où les

patients étaient répartis en cinq cohortes pour recevoir par jour soit 0,016 mg/kg (cohorte 1), soit 0,032 mg/kg (cohorte 2), soit 0,064 mg/kg (cohorte 3), soit 0,128 mg/kg (cohorte 4) ou soit 0,25 mg/kg (cohorte 5) pendant 6 mois. Puis les patients continuaient le traitement pour 12 mois avec augmentation possible des doses pour les cohortes 1 et 2.

L'objectif primaire de la phase d'augmentation des doses était d'identifier la dose optimale d'infigratinib sur la base de l'efficacité et de la sécurité du traitement. L'objectif primaire de sécurité était d'établir l'incidence des effets secondaires qui conduisaient à la diminution ou à l'arrêt du traitement. L'objectif primaire d'efficacité était d'évaluer à 12 et 18 mois le changement par rapport à l'inclusion de la vitesse de croissance staturale annuelle.

Au total, 72 enfants d'âge moyen de 7,5 $\pm$ 2,2 ans (58 % de filles) ont été inclus dans les cinq cohortes. La durée moyenne du traitement était de 485 $\pm$ 83 jours. Tous les patients ont eu au moins un effet secondaire, léger dans 54 % des cas, modéré dans 39 % et sévère dans 7 % des cas, sans différence entre les cohortes. Dans 10 % des cas, l'effet indésirable était relié au traitement (dyspepsie, baisse des taux de vitamine D, perte d'appétit et hyperphosphatémie). Aucun arrêt de traitement n'a eu lieu.

À 12 mois, la vitesse de croissance était la plus importante dans la cohorte 5, de 2,51 cm par an (IC95 % : 1,02-3,99) avec une persistance à 18 mois de 2,50 cm par an (IC95 % : 1,22-3,79 ; $p = 0,001$). Cette augmentation était notée chez 91 % des patients. L'augmentation cumulative de la croissance linéaire correspondait à une augmentation du Z-score de taille de

0,54 DS (IC95 % : 0,35-0,72) à 18 mois. Le ratio des segments supérieurs/inférieurs diminuait de 2,02 à l'inclusion à 1,88 à 18 mois, soit une différence moyenne de -0,12 (IC95 % : -0,18 à -0,06).

Cet essai de phase II montre que, chez les enfants de 3 à 11 ans atteints d'achondroplasie, le traitement oral quotidien par infigratinib n'est pas responsable d'effets secondaires majeurs et permet à la dose de 0,25 mg/kg d'augmenter la vitesse de croissance staturale annuelle, d'augmenter le Z-score de taille et de diminuer le ratio des membres supérieurs/inférieurs par rapport à une population de référence d'enfants avec une maladie non traitée.



J. LEMALE

Service de Gastroentérologie
et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.

Pour les protéger dès les premiers mois de vie, ils pourront toujours compter sur **VAX&VAX**.



Vaxneuvance™
Vaccin pneumococcique polysaccharidique
conjugué (15-valent, adsorbé)

vaxelis®
Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux
(acellulaire, multicomposé, de l'hépatite B (ADN),
poliomyélique (inactivé) et conjugué
de l'Haemophilus de type b (adsorbé))

Vaxneuvance™ est indiqué pour l'immunisation active pour la prévention des infections invasives, des pneumonies et des otites moyennes aiguës causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les nourrissons, les enfants et les adolescents âgés de 6 semaines à moins de 18 ans. Vaxneuvance™ doit être utilisé selon les recommandations officielles.¹

Place dans la stratégie thérapeutique et recommandations vaccinales^{2,4}

Pour les nourrissons âgés de 2 à 6 mois : une dose de Vaxneuvance™ ou VPC-13 à 2 mois (8 semaines) et à 4 mois avec une dose de rappel à 11 mois. Pour les schémas de rattrapage, les populations particulières et à risque élevé d'IP, se référer au calendrier vaccinal en vigueur.^{2,4}

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Vaxelis® (D-T-Polio-Ca-Hib-HepB) est indiqué chez les nourrissons à partir de l'âge de 6 semaines pour la primovaccination et la vaccination de rappel contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et les maladies invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib). L'utilisation de Vaxelis® doit se faire conformément aux recommandations officielles.³

Place dans la stratégie thérapeutique et recommandations vaccinales^{2,5}

La vaccination des nourrissons contre DTCaPolioHib-HBV (avec la valence D) est obligatoire et comporte 2 injections à deux mois d'intervalle à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois, suivi d'un rappel à l'âge de 11 mois. Ce schéma ne doit pas être différé.

Liste I. Vaccins soumis à prescription médicale. Présentations agréées aux collectivités. Remboursés par la Sécurité Sociale : 65%. Avant de prescrire, pour des informations complètes, consultez les résumés des caractéristiques des produits Vaxneuvance™ et Vaxelis® sur <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>. Les recommandations vaccinales produits ainsi que les avis de la commission de la transparence sont disponibles sur <https://www.has-sante.fr/>. Retrouvez également toutes ces informations ainsi que les bons usages de Vaxneuvance™ et de Vaxelis® en flashant le QR code ci-contre.



1. RCP Vaxneuvance™. 2. Calendrier vaccinal en vigueur disponible sur <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>. 3. RCP Vaxelis®. 4. HAS. Avis de la Commission de la Transparence de Vaxneuvance™ du 20 septembre 2023. 5. HAS. Avis de la Commission de la Transparence de Vaxelis® du 11 octobre 2017 et du 11 octobre 2022.

