



HAL
open science

CRYBB : que cachent les pleurs du nourrisson au service d'accueil des urgences pédiatriques : étude descriptive au CHU de Grenoble

Séverine Manen, Ellen Katranji

► To cite this version:

Séverine Manen, Ellen Katranji. CRYBB : que cachent les pleurs du nourrisson au service d'accueil des urgences pédiatriques : étude descriptive au CHU de Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02983086

HAL Id: dumas-02983086

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02983086v1>

Submitted on 29 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

CRYBB : Que cachent les pleurs du nourrisson au service d'accueil des urgences
pédiatriques : étude descriptive au CHU de Grenoble

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

MANEN Séverine

KATRANJI Ellen

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 27/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur DEBILLON Thierry

Membres :

M. le Professeur PIOLAT Christian

M. le docteur, maitre de conférences universitaire, MORTAMET Guillaume

Mme le docteur, directrice de thèse, MOUSSAOUI-BENAYACHE Ratiba

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans
les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Héléne	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrien	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAIINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Table des matières

REMERCIEMENTS :	7
RESUME :	8
ABSTRACT:	9
MATERIELS ET METHODES :	12
RESULTATS :	16
DISCUSSION :	20
CONCLUSION :	24
ABREVIATIONS :	26
ANNEXE 1 : TEXTE TYPE DES PLEURS DES NOURRISSONS	27
ANNEXE 2 : CLASSIFICATION DES DIAGNOSTICS ATTENDUS POUR PLEURS DU NOURRISSON AUX URGENCES	28
BIBLIOGRAPHIE:	29

Remerciements :

A **Monsieur le Professeur Thierry DEBILLON** pour l'honneur que vous nous accordez d'avoir accepté de présider ce jury. Merci de votre soutien tout au long de notre formation.

A **Monsieur le Professeur Christian PIOLLAT** d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci de votre disponibilité et votre enthousiasme.

A **Monsieur le Docteur Guillaume MORTAMET** d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour ta présence, ta bienveillance, ton encadrement pour le mémoire.

A **Madame le Docteur Ratiba BENAYACHE** d'avoir dirigé ce travail et d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci de ta bienveillance et de ton énergie. Merci de ton dynamisme.

A **Madame le Docteur Amandine RUBIO** de nous avoir aidé à affiner la question de ce sujet. Merci de ta patience, ton investissement. Merci d'y avoir cru.

A **Madame Caroline TOURNEGROS**, ARC génial qui nous a aidé. Un grand merci.

Au **personnel du service d'accueil des urgences pédiatriques** : l'ensemble des infirmiers et auxiliaires de puériculture, l'ensemble des médecins ayant pris du temps pour compléter les dossiers. Merci de votre investissement. Merci de votre soutien pour cette étude. Un merci spécial à Véronique.

A toi, **Jérôme**, pour ton soutien, tes encouragements, tes coups de pieds aux fesses. Tu as considéré ce travail comme le Notre. Merci à toi.

A **notre famille**, pour votre soutien sans faille et ce depuis le début.

Pour Ellen :

A mon **père**, de m'avoir inculqué la rigueur et la moralité d'être médecin. A ma **mère**, de m'avoir donné l'envie de m'envoler. A **Nani**, ma première patiente et la plus fidèle !

Sev, quelle belle aventure avec toi. Tu l'as rendu savoureuse, joyeuse. Chaque moment a été précieux. Merci ma cothésarde, ma cointerne, ma copine.

Pour Séverine :

A **ma grand-mère**, Françoise, pour m'avoir transmis une partie de son optimisme sans faille.

A **mes parents**, pour avoir cru en moi, m'avoir stimulée et rendue curieuse. Pour m'avoir appris à me relever.

A **Ellen**, un Eclat de Soleil, il y a beaucoup de raisons pour lesquelles je pourrai te remercier. Aujourd'hui, un grand merci pour ton investissement et ta confiance en notre travail et notre amitié.

A **mes amis du lycée, mes copines de la faculté, mes belles rencontres d'interne grenobloise, mon Piépié**, pour nos nombreux moments de rigolade, de partage et d'amitié dans les moments heureux comme dans les plus difficiles.

CRY BB : Que cachent les pleurs des nourrissons au service d'accueil des urgences pédiatriques : étude descriptive au CHU de Grenoble

Résumé :

Objectif : Déterminer les diagnostics retenus lors de consultations pour pleurs du nourrisson au service d'accueil des urgences pédiatriques. Nos objectifs secondaires étaient l'analyse des facteurs associés aux pleurs pathologiques et la description de leur prise en charge.

Matériel et Méthodes : Dans cette étude monocentrique, les nourrissons de moins de cinq mois consultant pour pleurs étaient inclus de novembre 2019 à juin 2020. La fièvre était un critère d'exclusion. Les données périnatales, l'alimentation, les caractéristiques des pleurs, l'examen clinique, les examens complémentaires et le devenir des nourrissons ont été recueillis. Le diagnostic retenu était classé en pleurs pathologiques ou non pathologiques.

Résultats : Le taux de consultation pour pleurs chez les nourrissons de moins de 5 mois était de 5,5% (n=89). Un quart ont présenté des pleurs pathologiques (n=22, 25%). La principale étiologie était d'origine infectieuse (n=9, 41%). L'âge > 6 semaines, l'absence d'antécédent de colique ou de RGO, la présence de troubles nutritionnels et/ou des pleurs caractérisés comme inhabituels par les parents étaient significativement associées aux pleurs pathologiques ($p \leq 0.05$). Le taux d'hospitalisation était de 21% (n=19). Le taux de reconsultation était de 40% (n=36) ce qui a permis de requalifiés 7 enfants (28%) en pleurs pathologiques.

Conclusion : Une prise en charge médicale est nécessaire pour un quart des nourrissons consultant pour pleurs. Les diagnostics retenus sont variés. Cette étude a identifié des facteurs anamnestiques pouvant être prédictifs de pleurs pathologiques. D'autres études seraient nécessaires afin de mieux cibler les nourrissons à risque dès la première consultation.

Why are crying babies visiting the emergency department: a descriptive study in a french tertiary hospital

Abstract:

Objectives: To determine the diagnosis retained during consultations for infant crying at the pediatric emergency department. Our secondary objectives were to analyze the factors associated with pathological crying and the description of their management.

Methods: In this unicentric study, under five months infants consulting for crying were included from November 2019 to June 2020. Fever was an exclusion criterion. Perinatal data, nutrition data, crying characteristics, physical examination, diagnostic test and the infant's outcomes were collected. The retained diagnosis was classified as pathological or non-pathological crying.

Results: A total of 89 infants < 5 months (5,5%) had consult for crying. A quarter had pathological crying (n = 22, 25%). The main etiology was infectious (n = 9, 41%). Age > 6 weeks, no history of colic or GERD, presence of nutritional disturbances and / or crying characterized as unusual by parents were significantly associated with pathological crying ($p \leq 0.05$). The hospitalization rate was 21% (n = 19). The reconsultation rate was 40% (n = 36) which allowed 7 children (28%) to be re-qualified for pathological crying.

Conclusion: Medical care is necessary for a quarter of infants consulting for crying. The diagnoses retained are varied. This study identified anamnestic factors that could be predictive of pathological crying. Further studies are needed to better target infants at risk at the first consultation.

Introduction :

Les services d'accueil des urgences (SAU) pédiatriques sont souvent mis en tension par l'affluence croissante des consultations non urgentes. Dans ce contexte, l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et le clinicien, doivent trier les patients relevant d'une prise en charge urgente ou non. Au SAU, plus d'un quart des consultations du nourrissons concernent des problématiques banales (inquiétude parentale, coliques et reflux gastro-œsophagien (RGO) (1,2). Celles-ci nécessiteraient un suivi en ambulatoire, une réassurance et un accompagnement du couple parents-enfant par les soignants. Devant les difficultés rencontrées pour avoir un suivi régulier et une consultation en moins de 24 heures, nombre de parents se tournent vers le SAU afin d'obtenir une réponse rapide à leur inquiétude (3).

Les pleurs font partis de ces motifs de consultation. En 2014, 14% des nouveau-nés étaient amenés aux urgences dans le but d'avoir une explication à ces pleurs (1). En effet, l'incompréhension par les parents de la cause sous-jacente source d'inconfort, de cri ou de douleur est génératrice d'angoisse.

Les pleurs peuvent avoir plusieurs significations. Ces derniers, communs au développement de tous les nourrissons durent en moyenne 2 à 3 heures par jour (4). Ils peuvent être un simple moyen de communication en lien avec les besoins de base du nourrisson. Ils peuvent aussi traduire la présence d'une des pathologies banales affectant la vie du nourrisson. Les coliques du nourrisson en sont un exemple parlant. De part, leur terme anglais « excessive crying » et leur définition clinique (critères de Wessel puis de Rome), les coliques seraient un extrême de la normale concernant les pleurs (5). Ceci est corroboré dans la méta-analyse de Wolke et al. Selon l'âge, plus la durée des pleurs habituels est élevée, plus le pourcentage de nourrissons dont le diagnostic de colique est établi, est important (6). De plus, l'étiologie même des coliques n'est à ce jour pas très clair. Aucune preuve scientifique n'a été établie entre douleur, cri et

colique (7). Les pleurs inexplicables et les coliques sont tous deux fréquents avant 5 mois et la limite entre ces deux entités est fine.

Les pleurs peuvent aussi être le reflet d'une multitude de pathologies organiques pouvant avoir un retentissement fonctionnel ou vital. Ce signe aspécifique peut être le témoin d'une pyélonéphrite ou d'une tachycardie supra-ventriculaire, par exemple (8). Un interrogatoire et un examen clinique minutieux permettent le plus souvent d'orienter le clinicien (9).

Enfin, ces pleurs ont des répercussions non négligeables, ce indépendamment de l'étiologie (10,11). L'évaluation de la relation parents-enfant, l'écoute et la réassurance sont aussi important que le diagnostic final. A l'issue de chaque consultation, le clinicien doit être en mesure d'identifier les risques et de proposer l'accompagnement nécessaire pour prévenir des comportements potentiellement dangereux (12). Le traumatisme crânien non accidentel constituant la conséquence la plus grave (13).

Dans la littérature, le taux de pathologies sévères lors d'une consultation pour pleurs varie entre 5 et 61% (9,14). De plus, la distinction entre colique et pleurs n'est pas toujours bien claire.

Afin de mieux pouvoir orienter le clinicien face à ce motif de consultation complexe et anxiogène, nous nous sommes intéressées aux pleurs chez les nourrissons de moins de cinq mois. Notre objectif principal est d'établir le taux de pathologie organique sous-jacente dans cette population consultant au SAU. Nos critères secondaires sont la mise en évidence de facteurs associés aux pleurs pathologiques et l'analyse de nos prises en charge.

Matériels et méthodes :

Type d'étude

L'étude a été menée au sein du SAU pédiatrique de l'hôpital couple enfant du CHU de Grenoble-Alpes (CHUGA), dont le nombre de passage est d'environ 35 000 par an. Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique.

Patients

Les données ont été recueillies rétrospectivement du 1^{er} avril 2020 au 30 juillet 2020. La période d'inclusion s'étendait du 1^{er} novembre 2019 au 30 juin 2020. Étaient inclus les nourrissons de moins de 5 mois consultant pour pleurs aux urgences. Le motif de consultation « pleurs » était recherché dans le dossier médical des urgences (DMU). Ce motif de consultations était renseigné par l'infirmière d'accueil des urgences. Les nourrissons présentant de la fièvre à l'accueil ou avec un historique de fièvre ont été exclus. Chaque patient a été inclus une seule fois. Les passages secondaires pour le même motif étaient renseignés dans les données analysées pour le patient.

Recueil de données

Une observation type (**Annexe 1**) avait été mise à disposition préalablement à la date du début de l'étude. Elle était remplie par les médecins lors des consultations pour pleurs du nourrisson. Cette observation était directement intégrée dans le DMU des patients. Le but était de standardiser la prise en charge des pleurs du nourrisson et de penser aux signes d'alertes orientant vers une pathologie organique. Étaient recueillis dans les antécédents : les informations périnatales, personnelles avec notamment les facteurs de risque d'infection

materno-fœtale (IMF) si l'âge était inférieur à 6 semaines, le développement psychomoteur-moteur, la croissance pondérale et le type d'alimentation. Concernant l'interrogatoire, les caractéristiques des pleurs tels qu'incessants, inhabituels, brutaux et geignements ainsi que la présence d'un contexte inhabituel comme un choc traumatique étaient spécifiées. La définition des pleurs des coliques du nourrisson était lue aux parents lors de l'interrogatoire selon les critères de Rome IV. La présence de signes potentiels de gravité tel que vomissement, diarrhée, rectorragies, malaise, arrêt alimentaire étaient recherchés. Les signes cliniques de colique ou RGO avec ou sans œsophagite été recueillis. L'examen clinique complet, appareil par appareil dont le poids et le périmètre crânien, étaient renseignés.

Lorsque cette observation type n'était pas remplie, les données étaient directement recherchées dans le dossier DMU du patient. Le diagnostic retenu était celui quotté dans le CCMU ou celui inscrit dans la conclusion du courrier lorsque le patient était hospitalisé. Pour chaque patient, nous avons recherché si une rectification du diagnostic avait été faite soit par un passage aux urgences secondaires (DMU) soit lors d'une hospitalisation ou consultation au CHUGA via le dossier patient informatisé (logiciel Easily Connect). Les consultations secondaires étaient recherchées jusqu'à 2 mois après le passage initial aux urgences.

Ont été recueilli en plus de l'observation type :

- L'épuisement parental : identifié soit sur stipulation directe dans le dossier soit par les termes : fatigue parentale, parents désemparés, pleurs des parents pendant la consultation.
- Les conséquences des pleurs : répercussion de l'épuisement parental et/ou des pleurs englobant soit les hospitalisations soit les accidents domestiques.
- La réalisation ou non d'examens complémentaires a été recueillie. De façon systématique, la réalisation d'une bandelette urinaire (BU), d'un examen cytologique

des urines (ECBU), d'une biologie sanguine et d'un examen radiologique a été notée.

Un examen était jugé normal si la bactériologie était stérile, la biologie ou la radiologie n'orientait vers aucun état pathologique.

- La mise en place d'un traitement ou d'une action à visée thérapeutique ou préventive.

Pour l'analyse de nos données, les nourrissons ont été classés en deux groupes. Les pleurs pathologiques étaient définis comme toutes pathologies nécessitant une prise en charge sans laquelle le pronostic vital et/ou fonctionnel de l'enfant était mis en jeu. Les pleurs non pathologiques ne répondaient pas à ses critères et relevaient de pathologies bénignes du nourrisson. Un listing de diagnostic a été défini d'après la littérature et après l'accord de 4 médecins du CHUGA (**Annexe 2**). Si un diagnostic n'était pas listé, deux pédiatres se réunissaient pour classer le diagnostic dans l'un des deux groupes. Concernant le RGO, une différence a été faite entre RGO physiologique et RGO pathologique. Le RGO était pathologique si le nourrisson avait présenté un malaise, des signes d'œsophagite ou des symptômes ORL ou pulmonaire en lien avec un reflux prouvé par pH-métrie. Concernant la bronchiolite, la gravité (légère, modérée, sévère) était évaluée selon le score de Wang et la nécessité d'une hospitalisation.

Dans l'analyse, les troubles du transit ont été définis par la présence de vomissement et/ou diarrhée et/ou rectorragie ; et les troubles nutritionnels par une cassure de la courbe staturo-pondérale, une stagnation ou perte de poids > 5%, ou un arrêt des prises alimentaires.

Statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel Statview 5.0 pour Windows (Cary, NC, Etats-Unis). Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne +/- quartiles, et les variables qualitatives par l'effectif et le pourcentage. Les valeurs nominales sont comparées avec un test du Chi 2 ou un test de Fisher si l'effectif théorique est inférieur à 5. La recherche

de corrélations entre variables quantitatives est effectuée avec des ANOVA en analyse univariée. Pour comparer les données quantitatives entre les 2 groupes « pleurs pathologiques » et « pleurs non pathologiques », des t-tests pour groupes non appariés ont été effectués. Un $p \leq 0,05$ était retenu comme significatif. Les performances extrinsèques de nos signaux d'alerte ont été calculées par la formule de Bayes.

Résultats :

Au total, 1615 nourrissons de moins de 5 mois ont consulté au SAU de novembre 2019 à juin 2020. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient remplis dans 5.5% des cas soit pour 89 nourrissons. Un quart d'entre eux présentaient des pleurs pathologiques (n=22, 25%).

Les caractéristiques des patients sont détaillées dans le **Tableau 1**. L'âge moyen des nourrissons étaient de 2 mois et la majorité issue d'un couple primipare (n=55, 65%). Environ un tiers étaient alimentés exclusivement par du lait maternel (n=31, 36%). Les consultations avaient lieu principalement entre 18h et 00h sans distinction entre les deux groupes (n=34, 38% ; n(pleurs pathologiques)=26 (39%) ; n(pleurs non pathologiques)=8, (36%) ; p=0.8). Les enfants venant pour pleurs ont reconsulté dans un quart des cas (n=22, 25%).

La majorité des nourrissons présentant des pleurs pathologiques avaient plus de 6 semaines (n=19, 86%, p<0.01) et n'avaient aucun antécédent de RGO ou de colique (n=19, 86%, p=0.05). La principale étiologie était d'origine infectieuse (n=9, 41%), majoritairement bactérienne (n=5, 22%) (**Tableau 2**). L'interrogatoire se révélait discriminant principalement lorsque les parents notaient des pleurs inhabituels (n=20, 91%, p< 0.01) (**Tableau 3**). Ce critère avait une sensibilité de 91% et une valeur prédictive négative (VPN) de 93%. L'examen clinique, dont principalement une anomalie cardio-pulmonaire, abdominale, neurologique ou des troubles nutritionnels étaient significativement associée à des pleurs pathologiques (p<0.01). Cependant, plus de la moitié des nourrissons avaient un examen clinique non contributif (n=12,55%). Le diagnostic n'a pas pu être fait lors de la première consultation aux urgences pour 7 patients (32%) dont 4 (18%) présentaient une pathologie infectieuse. Le délai de reconsultation était entre 1 et 3 jours.

Tableau 1 : Caractéristiques des nourrissons consultant pour pleurs au SAU.

	Sous-groupe	Total n= 89	Pleurs non pathologiques n=67 (65%)	Pleurs pathologiques n=22 (25%)	P value
Données démographiques					
Age, jours (IQR)		59 (29 ;83)	59 (27 ;87)	57 (34 ;76)	0.79
Tranche d'âge, n (%)	0-6 semaines	38 (43%)	35 (52%)	3 (13,5%)	<0,01
	6-20 semaines	51 (57%)	32 (48%)	19 (86,5%)	<0,01
Terme de naissance (Semaine) (IQR)		39 (38 ;40)	39 (38 ;41)	38 (38 ;40)	0.10
Sexe masculin, n (%)		44 (49%)	30 (45%)	14 (64%)	0.12
Poids, kg (IQR), n=83		4,7 (3,9 ;5,7)	4,8 (3,9 ;5,7)	4,8 (3,9 ;5,7)	0.9
Age maternel, années (IQR), n= 59		30 (28 ;33)	30 (28 ; 34)	29 (26 ; 33)	0.6
Primiparité, n=73		55 (65%)	42 (67%)	13 (59%)	0.5
Alimentation, n=86	Lait maternel	31 (36%)	24 (37.5%)	7 (32%)	0.6
	Lait artificiel	42 (49%)	31 (48%)	11(50%)	0.9
	Mixte	13(15%)	10(16%)	3(14%)	0.8
Antécédents, n=87	Taux	42 (48%)	31 (48%)	11 (50%)	0.8
	Facteur de risque IMF*	13 (34%)	13 (37%)	0	0.2
	RGO simple ou colique	25 (29%)	22 (34%)	3 (14%)	0.05
	Traitement d'un RGO	12 (14%)	11 (16.5%)	1(4.5%)	0.15
Contexte viral ou vaccinal dans les 15 jours		9 (10%)	8(12%)	1 (4.5%)	0.3
Examen clinique, n=87					
Trouble du transit		12 (14%)	8 (12%)	4 (18%)	0.5
Trouble nutritionnel		11 (13%)	3(5%)	8(38%)	<0,01
Anomalie de l'examen clinique		25 (29%)	15 (23%)	10 (45%)	0.04
Anomalie de l'examen cardiopulmonaire/abdominal/neurologique		11 (13%)	4 (6%)	7 (32%)	<0,01
Examens complémentaires aux urgences, n=87					
BU		12 (13,5%)	6 (9%)	6 (27%)	0.06
ECBU		12 (13,5%)	4 (6%)	8 (36%)	<0,01
Biologie sanguine		14 (16%)	5 (8%)	9 (41%)	<0,01
ECG		3 (3%)	1 (1%)	2 (9%)	0.14
≥ 1 examen complémentaire		21 (23,5%)	9 (13%)	12 (55%)	<0,01
Hospitalisation lors de la première consultation					
	Taux	19 (21%)	7 (10.5%)	12 (55%)	<0,01
	Durée (Jours) (IQR)	2.9 (2,0 ;4.5)	1.6 (1.5 ;2,0)	3.5(2.5 ;4,0)	0.04

*nourrissons < 6 semaines

Tableau 2. Diagnostics retenus pour les pleurs du nourrisson.

Pleurs non pathologiques	N=67 (75%)	Pleurs pathologiques	N=22 (25%)
Pleurs inexplicés	27 (30%)	Sepsis à Streptocoque B	1 (1%)
Colique du nourrisson	11 (12,5%)	Pyélonéphrite aigue *	2 (2%)
RGO physiologique	9 (10%)	Tachycardie supra-ventriculaire	1 (1%)
Constipation	6 (7%)	Invagination intestinale aigue	1 (1%)
Virose ORL	5 (5,5%)	Bronchiolite modérée *	4 (4.5%)
Candidose buccale	3 (3,5%)	Pneumopathie *	1 (1%)
		Otite moyenne aigue *	1 (1%)
Autres	4 (4,5%)	RGO pathologique *	3 (3.5%)
Partis sans consultation	2 (2%)	Hernie inguinale	3 (3.5%)
		APLV	2 (2%)
		Stagnation pondérale sur :	
		Insuffisance d'apport *	2 (2%)
		Anémie ferriprive *	1 (1%)

Autres : spasme du sanglot, bronchiolite simple, douleur post vaccinale, douleur post circoncision.

* Diagnostic fait à la reconsultation

Les pleurs non pathologiques étaient majoritairement les pleurs inexplicés (n=27,30%) et les coliques (n=11, 12%). Leur âge moyen de consultation était d'environ 6 semaines (56 jours). Ils nécessitaient uniquement une consultation simple sans examen complémentaire (n=58, 87% ; p<0.01). Les conseils et actions préventives concernaient uniquement 22% des consultations (n=15) et 12% des nourrissons repartaient avec un traitement (n=8). Les prescriptions concernaient les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), le gaviscon et les probiotiques.

Tableau 3. Caractéristiques des pleurs.

	Total n = 89	Pleurs non pathologiques n = 67 (75%)	Pleurs pathologiques n = 22 (25%)	P value
Pleurs brutaux	36 (42%)	25 (39%)	11 (50%)	0.36
Pleurs incessants, type pleurs des coliques	46 (53%)	39 (59%)	7 (32%)	0.02
Pleurs inhabituels	56 (65%)	36 (56%)	20 (91%)	<0.01
Geignement	8 (9%)	4 (6%)	4 (18%)	0.09
Pleurs inhabituels ET incessants	20 (22.5%)	14 (21%)	6 (27%)	0.34
Pleurs brutaux ET inhabituels	32 (37%)	22 (34%)	10 (45,5%)	0.35
Pleurs brutaux ET incessants	11 (12%)	8 (12%)	3 (13,5%)	0.9

Les parents se disaient épuisés dans 24% des consultations(n=16). Les conséquences de cet épuisement et/ou des pleurs apparaissaient dans 8% des cas (n=7). Elles étaient l'hospitalisation pour 5 patients ou l'accident domestique (brulure et fracture du fémur sur chute) pour 2 patients. Un seul patient était classé dans les pleurs pathologiques pour RGO.

Discussion :

À notre connaissance, ce travail est la première étude portant sur les diagnostics en lien avec les pleurs dans la population concernée par les coliques du nourrisson. Au CHUGA, les nourrissons de moins de cinq mois sont amenés pour pleurs isolés aux urgences dans 5.5% des cas. Un quart de ces consultations (n=22) ne relevaient pas de pathologies banales du nourrisson. Pour un tiers d'entre eux (n=7, 28%), le diagnostic n'était pas réalisé lors de la première consultation. Les diagnostics étaient variés et nécessitaient une prise en charge dont le degré d'urgence était modulable selon l'étiologie. Les pathologies infectieuses étaient les plus fréquentes (n=9). Nous avons mis en évidence des signaux d'alerte orientant vers ces pleurs pathologiques. Les consultations pour pleurs du nourrisson de plus de 6 semaines et sans antécédents de RGO ou de colique sont statistiquement associées aux pathologies les plus graves ($p \leq 0.05$). L'existence de troubles nutritionnels et une anomalie de l'examen clinique étaient eux aussi des signaux d'alerte ($p \leq 0.05$).

Interroger les parents sur les caractéristiques des pleurs a été contributif dans notre étude. Quand ces derniers rapportaient des pleurs inhabituels, les nourrissons avaient une probabilité de 91% de présenter une pathologie sous-jacente. Ce critère semblait être un facteur prédictif orientant vers les pleurs pathologiques ($p \leq 0.01$). Son absence avait également une excellente VPN (93%). En outre, dans notre étude, l'examen clinique n'était pas discriminant dans plus de la moitié des pleurs pathologiques (n= 12, 55%). L'importance des parents dans la relation de soins apparaît alors comme centrale. Ils nous fournissent des informations importantes relatives à l'état de santé de leur enfant lors de l'interrogatoire (11). Le clinicien pourrait être tenté de minimiser la fiabilité des propos parentaux devant l'inquiétude génératrice de disproportions en tous genres (3,12). Notre étude a prouvé que cette simple question pourrait orienter sur les caractéristiques des pleurs. Ce critère est reproductible et simple à obtenir. Ce signe, associé à

d'autres facteurs, permettrait de mettre en place une prise en charge plus standardisée, avec une meilleure identification des nourrissons nécessitant des examens complémentaires, une surveillance simple ou une hospitalisation.

Notre étude a mis en avant la forte prévalence de pathologies sous-jacentes lors d'une consultation pour pleurs (n=22, 25%). Les diagnostics étaient variés. Leur prise en charge allait du changement de lait ou d'une chirurgie à distance à une initiation rapide d'antibiotiques et/ou d'une hospitalisation. Le point commun de toutes ses pathologies était le risque fonctionnel ou vital encouru par ces nourrissons en l'absence de prise en charge à court ou moyen terme. Ici résidait l'importance d'en faire correctement le diagnostic contrairement aux pathologies banales, telles que les coliques du nourrisson ou le RGO physiologique, qui évoluent spontanément vers la guérison et sans séquelle pour le nourrisson. Selon la définition utilisée et les populations ciblées dans la littérature, le taux de pathologie sévère varie. Selon Freedman et al. les pleurs, l'irritabilité ou les coliques occultaient 5.1% de pathologies sévères chez les nourrissons de moins de 1an (8). Leur critère de jugement incluait un degré d'urgence élevé. Par exemple, les hernies inguinales et les insuffisances d'apport avaient été classées dans les pleurs non pathologiques. Or, sans prise en charge, ces derniers peuvent avoir des conséquences délétères (13). A l'inverse, selon Poole et al., un taux de 61% de pleurs ont été considérées comme sérieux (10). Notre définition de pleurs pathologiques était similaire à cette étude datant de 1991. Elle incluait seulement 56 nourrissons de moins de 24 mois. Ceci peut s'expliquer par la constante augmentation de l'affluence aux urgences depuis ces quinze dernières années. De nombreux nourrissons, dans notre étude, comme dans la littérature, pourraient avoir recours uniquement à une prise en charge ambulatoire (14). L'augmentation des consultations non urgentes peut expliquer entre autres, l'effectif réduit et la plus grande proportion de pathologies sous-jacentes retrouvés dans l'étude de Poole et al.

Outre les pathologies organiques à diagnostiquer, l'état d'anxiété et de fatigue des parents devrait être systématiquement évalué. Près d'un quart des parents se disaient épuisés (n=16, 24%). Cinq d'entre eux ont nécessité une hospitalisation. Ce chiffre a pu être sous-estimé car en l'absence de mention écrite « épuisement parental », nous ne savons pas si cela a été évalué à chaque consultation. De plus, notre questionnaire ne contenait pas d'item sur ce sujet. La frustration et l'anxiété des parents ne pouvant répondre aux besoins de leur nourrisson qui pleure, peut mener à des comportements dangereux (15,16). L'interaction parents-enfant et l'état d'épuisement des parents est à évaluer à chaque consultation (17). Dans notre étude, deux nourrissons ont reconsulté pour brûlure ou fracture dans les suites d'une première venue pour pleurs inexplicables. Ces accidents domestiques auraient été favorisés par une fatigabilité et une mauvaise gestion des phases de pleurs entraînant une réduction des ressources attentionnelles des parents. Aucun cas de sévices ou de traumatisme crânien non accidentel n'a été répertorié. Or, il constitue la conséquence la plus grave et se présente dans la majorité des cas aux urgences (18). Le clinicien doit être attentif aux autres risques encourus lorsque les parents demandent de l'aide aux urgences devant la présence de pleurs (9).

Bien que notre recueil de données soit rétrospectif, il est amélioré par le questionnaire standardisé des pleurs aux urgences à disposition des médecins. Celui-ci était enregistré dans le dossier du patient et comportait les informations nécessaires à la réalisation de notre étude. Il était reproductible et limitait la perte de données. Une étude prospective est donc facilement envisageable en utilisant ce texte-type à remplir lors des consultations. Notre étude a permis de répondre à notre objectif primaire. Cependant, l'utilisation de notre définition de pleurs pathologiques n'incluait ni le degré d'urgence de prise en charge ni l'évaluation de la pertinence des consultations. Le nombre de sujets inclus étant trop faible, nous n'avons pas pu réaliser d'analyse multivariée. Ceci ne nous permet pas d'explorer un hypothétique biais de confusion

concernant les signaux d'alerte mis en évidence. La poursuite de cette étude sur une année nous permettra peut-être de confirmer ces facteurs prédictifs.

Conclusion :

Les nourrissons de moins de 5 mois consultant pour pleurs aux urgences présentaient dans un quart des cas une pathologie grave sous-jacente. L'étiologie infectieuse était la plus fréquente. Un interrogatoire et un examen clinique précis et complet étaient déterminants pour orienter leur prise en charge. L'âge > 6 semaines, l'absence d'antécédent de colique ou de RGO, la présence de troubles nutritionnels et/ou des pleurs caractérisés comme inhabituels par les parents étaient significativement associées à des pathologies graves ($p \leq 0.05$). Cependant, d'autres études sont nécessaires afin d'étayer nos conclusions et identifier clairement ces facteurs prédictifs. Ceci permettrait de mieux cibler les nourrissons à risque dès la première consultation pour pleurs.

THÈSE SOUTENUE PAR : MANEN Séverine et KATRANJI Ellen

TITRE :

CRY BB : Que cachent les pleurs du nourrisson au service d'accueil des urgences pédiatriques : étude descriptive au CHU de Grenoble

CONCLUSION :

Les nourrissons de moins de 5 mois consultant pour pleurs aux urgences présentaient dans un quart des cas une pathologie grave sous-jacente. L'étiologie infectieuse était la plus fréquente. Un interrogatoire et un examen clinique précis et complet étaient déterminants pour orienter leur prise en charge. L'âge > 6 semaines, l'absence d'antécédent de colique ou de RGO, la présence de troubles nutritionnels et/ou des pleurs caractérisés comme inhabituels par les parents étaient significativement associées à des pathologies graves ($p < 0.05$). Cependant d'autres études sont nécessaires pour étayer nos conclusions afin d'identifier clairement ces facteurs prédictifs. Ceci permettrait de mieux cibler les nourrissons à risque dès la première consultation pour pleurs.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 9/10/20

LE DOYEN

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. DEBILLON Thierry

Abréviations :

BU : Bandelette urinaire

CHUGA : Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes

DMU : Dossier médical des urgences

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

ECG : ElectroCardioGramme

IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation

IMF : Infection materno-fœtale

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Proton

ORL : Oto Rhino-Laryngée

RGO : Reflux gastro-œsophagien

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAU : Service d'accueil des urgences

VPP : Valeurs prédictives positives

VPN : Valeurs prédictives négatives.

ANNEXE 1 : Texte type des pleurs des nourrissons

1. Données épidémiologiques :

- Age de la mère :
- Parité :
- Terme de naissance :
- Facteur de risque d'infection néonatale bactérienne précoce (IBPN) :
 - Colonisation maternelle à Streptocoque du groupe B (PV ou CBU +) : oui/non
 - ATCD IBPN à SGB lors d'une précédente grossesse : oui/non
 - Prématurité spontanée < 37 SA : oui/non
 - RPM > 12h : oui/non
 - Fièvre maternelle : oui/non
- Antécédents personnels :
- Développement psychomoteur d'un enfant de moins de 5 mois : *Sourire réponse avant 2 mois, tenu de tête avant 4 mois*

2. Examen clinique :

a. Caractéristiques des pleurs :

Les parents définissent les pleurs comme rentrant dans la définition des « pleurs excessifs des coliques » : *Périodes récurrentes et prolongées de pleurs, avec agitation ou irritabilité du nourrisson qui se produisent sans cause évidente et qui ne peuvent être évitées ou résolues par les parents.*

Ou avec des caractéristiques considérées comme anormales :

- A début brutal : oui/non
 - Considéré comme inhabituel : oui/non (*typiquement « il n'a jamais pleuré comme ça avant »*)
 - Geignement : oui/non
 - Cri neurologique (*timbre aigu, son caractère plaintif chez un enfant irritable, hyperesthésique*) : oui/non
- Contexte particulier : Choc traumatique récent : oui/ non, ou autre :

b. Alimentation/ croissance :

- Type allaitement : maternel / artificiel/ mixte
- Poids du jour :
- Percentile sur la courbe :
- Cassure : oui/non, si oui, à quel âge ? *Une cassure pondérale est définie comme un changement de couloir.*
- Prises alimentaires : en g/k/j
- Perte de poids > 5% : oui/ non
- Refus alimentaire totale : oui/non

Trouble du transit :

- Vomissements : oui/non. *Un vomissement est un rejet actif du contenu gastrique ou intestinal par la bouche, c'est à dire s'accompagnant de contractions musculaires abdominales*
- Régurgitations : oui/ non. *Des remontées passives par la bouche de petites quantités de lait ou de liquide gastrique.*

- Diarrhées : oui/ non
- Rectorragie : oui/non
- RGO :

RGO simple : oui/non
RGO simple= Régurgitation

RGO avec œsophagite : oui/non
Définie comme un refus de biberon, anorexie, cris, pleurs et irritabilité, cambrage, hématomèse, Sandifer (dystonie axiale associée au RGO)

c. Événements associés :

- Malaise : oui/ non
- Accident brutal, responsable de modifications du tonus et/ou de la coloration des téguments avec ou sans apnée ou perte de connaissance.*
- Fièvre : oui/ non

d. Examen physique standardisé :

1. Hémodynamique :

- Constantes à l'accueil :
- Stabilité : TRC , perfusion

2. Neurologique :

- PC du jour :
- Percentile :
- Cassure : oui/ non
- Fontanelle antérieure : normotendu/ bombé/ déprimé
- Réflexes archaïques (suction/ grasping/ moro/ marche automatique) présent/ absent
- Suivi de la cible : correct, POM, couche de soleil.
- Tonus axial : hypotonie/ tonus normal / hypertonie
- Tonus périphérique :

Hypotonie/tonus normal/hypertonie

Symétrique / asymétrique.

- ROT présent et symétrique : oui/ non
- Pouce adductus: oui/ non
- Babinsky oui/ non

3. Cardiologique :

- Souffle : oui/non
- Pouls fémoraux
- Signes d'insuffisance cardiaque droite ou gauche

4. Pulmonaire :

- FR :
- Travail respiratoire :
- Auscultation :

5. Digestif :

Abdomen souple, pas de masse, pas d'hépatosplénomégalie, BHA+, orifice herniaire libre, OGE en place non douloureux.

6. Cutanée/ ORL :

- Pas d'hématome ni pétéchies ni douleur élective osseuse
- Pas de muguet/ Irritation du siège.
- Sphère ORL libre, tympan vu/ non vu.

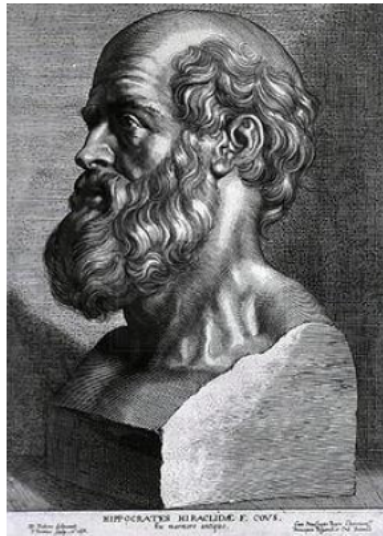
ANNEXE 2 : Classification des diagnostics attendus pour pleurs du nourrisson aux urgences

<p>PLEURS NON PATHOLOGIQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Digestif</u> : Colique, RGO physiologique, constipation, fissure anale - <u>Infectieux</u> : Pharyngite, bronchiolite simple, mycose buccale - <u>Cutanée</u> : Érythème fessier, mycose du siège - <u>Ophtalmologique</u> : Imperforation canal lacrymal, dacryocystite - <u>Autres</u> : Pleurs inexplicables du nourrisson, inquiétude parentale
<p>PLEURS PATHOLOGIQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Chirurgicale</u> : Volvulus, invagination intestinale aiguë, occlusion, péritonite, hernie (sauf ombilicale réductible), atésie des voies biliaires, sténose du pylore, torsions de gonade - <u>Cardiologique</u> : Myocardite, insuffisance cardiaque, tachycardie supra ventriculaire, trouble de la conduction. - <u>Respiratoire</u> : Obstruction des VAS, asthme, bronchiolite modérée à sévère - <u>Infectieux</u> : Infection néonatale bactérienne tardive, septicémie, méningoencéphalite, pneumopathie, infection ostéo-articulaire, dermo-hypodermite, omphalite - <u>Neurologique</u> : Hypertension intracrânienne, hémorragie, convulsions - <u>Traumatique</u> : Traumatisme crânien, fracture - <u>Digestif</u> : RGO pathologique, APLV, déshydratation - <u>Métabolique</u> : Maladie du métabolisme héréditaire, toxique exogène, Hyperthyroïdie - <u>Hématologique</u> : Leucémie, Anomalies des lignées sanguines, Trouble de la coagulation, crise vaso-occlusive

Bibliographie:

1. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. [An epidemiological study of early consultations of newborns in pediatric emergency units]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. févr 2015;22(2):135-40.
2. Calado CS, Pereira AG, Santos VN, Castro MJ, Maio JF. What brings newborns to the emergency department?: a 1-year study. *Pediatr Emerg Care*. avr 2009;25(4):244-8.
3. Harrold J, Langevin M, Barrowman N, Sprague AE, Fell DB, Moreau KA, et al. Parental characteristics and perspectives pertaining to neonatal visits to the emergency department: a multicentre survey. *CMAJ Open*. sept 2018;6(3):E423-9.
4. Brazelton TB. Crying in Infancy. *Pediatrics*. 1 avr 1962;29(4):579-88.
5. 5-sept-18Fiche-recommandations-COLIQUE.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.gfhgnp.org/wordpress/wp-content/uploads/kdocuments/5-sept-18Fiche-recommandations-COLIQUE.pdf>
6. Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr*. 2017;185:55-61.e4.
7. Biagioli E, Tarasco V, Lingua C, Moja L, Savino F. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 sept 2016;9:CD009999.
8. Hernández-Bou S, Trenchs V, Alarcón M, Luaces C. Afebrile Very Young Infants With Urinary Tract Infection and the Risk for Bacteremia: *Pediatr Infect Dis J*. mars 2014;33(3):244-7.
9. Freedman SB, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The Crying Infant: Diagnostic Testing and Frequency of Serious Underlying Disease. *Pediatrics*. 1 mars 2009;123(3):841-8.
10. Barr RG. Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatr Radiol*. déc 2014;44 Suppl 4:S559-564.
11. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RAH, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet Lond Engl*. 9 oct 2004;364(9442):1340-2.
12. maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
13. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Negl*. 1 janv 2006;30(1):7-16.
14. Poole SR. The Infant With Acute, Unexplained, Excessive Crying. *Pediatrics*. 1 sept 1991;88(3):450-5.
15. Porter SC, Fleisher GR, Kohane IS, Mandl KD. The value of parental report for diagnosis and management of dehydration in the emergency department. *Ann Emerg Med*. févr 2003;41(2):196-205.

16. Long CM, Mehrhoff C, Abdel-Latif E, Rech M, Laubham M. Factors Influencing Pediatric Emergency Department Visits for Low-Acuity Conditions. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 5 oct 2020 [cité 12 oct 2020]; Publish Ahead of Print. Disponible sur: https://journals.lww.com/pec-online/Abstract/9000/Factors_Influencing_Pediatric_Emergency_Department.98387.aspx
17. Haynes JH. Inguinal and Scrotal Disorders. *Surg Clin*. 1 avr 2006;86(2):371-81.
18. Parental perceptions of avoidability of their child's emergency department visit | *Emergency Medicine Journal* [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://emj.bmj.com/content/33/5/313.long>
19. M M, Me B, H A, I R. Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence [Internet]. Vol. 80, Child abuse & neglect. *Child Abuse Negl*; 2018 [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29604504/>
20. Barr RG. Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 16 oct 2012;109 Suppl 2:17294-301.
21. Bennett S, Ward M, Moreau K, Fortin G, King J, MacKay M, et al. Head injury secondary to suspected child maltreatment: Results of a prospective Canadian national surveillance program. *Child Abuse Negl*. 1 nov 2011;35(11):930-6.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.