




## Histoire d'un malaise

Il était une petite fille  
de 5 mois

I Wroblewski  
Réanimation  
pédiatrique



## Antécédents



1<sup>er</sup> enfant née à terme  
Accouchement voie basse  
PN = 3170 PC = 37 cm T= 49 cm

Allaitement maternel puis artificiel

Hospitalisée en février pour vomissement diagnostic GEA

Vomissements persistants suspicion ALPV

Contexte de mère hospitalisée pour anorexie à l'adolescence

Vu le 11/02 pour vaccin par pédiatre examen normal PC = 44 cm

Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

## MALAISE le 15 /02

- Épisode de perte de tonus et pâleur peu de temps après le biberon
- L'assistante maternelle appelle la mère car la petite a récupéré en 15 min
- Devant l'hypotonie et la somnolence elle va chez son pédiatre qui l'adresse aux urgences avec les pompiers devant la pâleur et la bradycardie

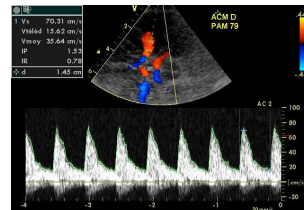
## Aux urgences

- Pale extrémités froides marbrées TRC = 2 s 35° c
- Pouls 103/mm par l'IAO puis 160/mm
- Consciente , tonique
- Pleurs abdomen peu dépressible
- Dextro 2,19 g/l
- Bilan malaise : lactate 6,5 mmol/l
- Echo abdominale pour éliminer IIA
- Avis endocrino ( pas de cétose début cycle)
- ECG normal hémoglobine 97g/l
- ETF non réalisée car fontanelle fermée
- EEG demandée le 18/02



### A 22 h H+ 8 après malaise

- Convulsion myoclonique gauche
- Perte de contact
- Déviation regard à droite
- Hypotonie
- DTC plus résistif à droite
- Indication TDM en urgence



### TDM en urgence H+8



Hématome sous-dural aigu pariétal droit

## En réanimation

- Avis neurochirurgical : pas d'indication de drainage
- Récidive des convulsions sous rivotril
- Traitement par Prodilantin puis keppra
- Déglobulisation à 75g/l
- transfusion
- Contrôle ACSOS

PAM  
PaCO2  
PaO2  
Temp  
Hb  
Dextro

## FOND D'OEIL

- OD :

Hémorragie pré-papillaire

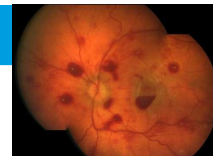
Hémorragie pré-rétinienne interpapillo-maculaire inférieur avec doute sur atteinte maculaire.

Nombreuses hémorragies en tâche, le long de l'arc temporal supérieur et arc temporal inférieur.


- OG :

Quelques hémorragies superficielles (en flammèche et en tâche). Petite hémorragie superficielle maculaire inférieure.

Intérêt RETCAM




# Interrogatoire



Pas de traumatisme rapporté par les parents ou par l'assistante maternelle

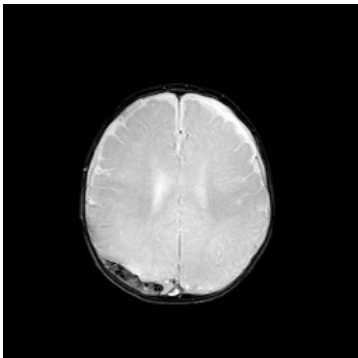
Les parents signalent qu'elle est plus grognon la nuit surtout depuis 72 h mais elle a été vaccinée

Elle est gardée depuis début janvier 4/j par semaine  
Pas de problème particulier hormis que les parents avaient remarqué quelques jours avant une ecchymose pré mammelonnaire

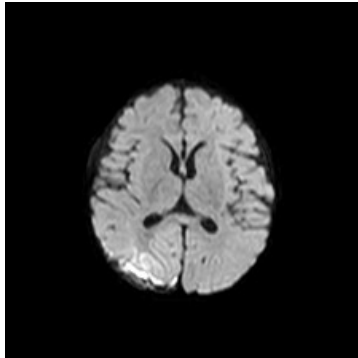


Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

## IRM le 16/02 sans AG



Hématome sous dural pariétal droit, exerçant un effet de masse modéré sur le parenchyme



Séquelles ischémiques constituées pariéto occipital bilatéral prédominant à droite

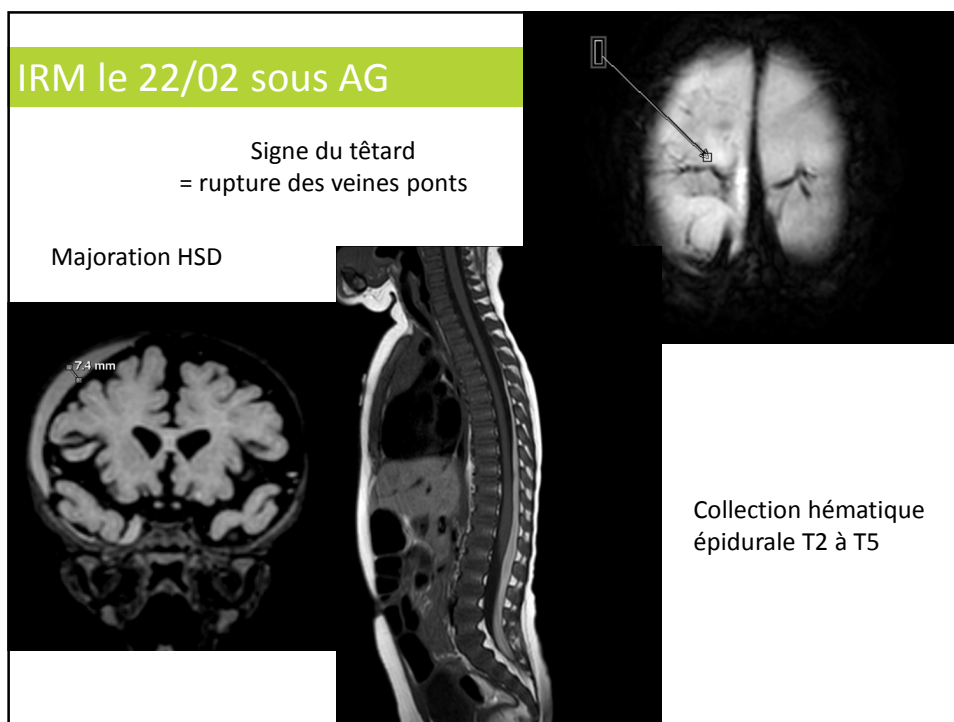
## BILAN EXAUSTIF = normal

- Bilan de coagulation avec cofacteurs
- Plaquettes
- Dosage cuivre et céréuloplasmine
- Dosage acides aminés plasmatiques
- Profil des acides organiques urinaires  
recherche acidurie glutarique type 1
- Bilan de squelette à la recherche de lésions osseuses ( fractures ou ostéogénèse imparfaite)


## BILAN recommandations HAS

### ► Bilan clinique et paraclinique chez un enfant vivant

- **Bilan clinique** : examen complet, en particulier courbe de périmètre crânien, recherche d'éventuelles lésions traumatiques (qu'il faut photographier), état de la fontanelle, examen neurologique.
- **Scanner cérébral** : examen de première intention. Il objective les lésions hémorragiques et l'œdème cérébral. S'il est normal, il peut, en cas de doute, être répété 12 ou 24 heures plus tard.
- **Examen ophtalmologique après dilatation** : il doit être fait au plus tard dans les 48 à 72 heures par un ophtalmologiste expérimenté.
- **IRM** : elle est faite dès que l'enfant est stable. Elle a un intérêt diagnostique majeur en phase aiguë. Elle permet un bilan complet des lésions axiales ou extra-axiales, hémorragiques ou non ; elle explore également le tronc cérébral, la moelle épinière, la région cervicale. Elle fait partie du bilan lésionnel qui doit être fait avant la sortie de l'hôpital.
- **Autres examens nécessaires** :
  - hémogramme, TP, TCA, facteurs de coagulation ;
  - radiographies de tout le squelette, faites selon les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie<sup>2</sup> ;



**Signalement judiciaire  
diagnostic TCNA**



**ASSOCIATION HEMATOME SOUS DURAL +  
HEMMORAGIES RETINIENNES**


Avis du médecin légiste

Réalisé le 17/02 auprès du substitut du procureur

Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes



+ 9 MOIS Soit 14 MOIS



La marche est quasiment acquise. La sous utilisation du membre supérieur gauche a quasiment disparu. Il existe une bonne pince pouce-index à ce niveau

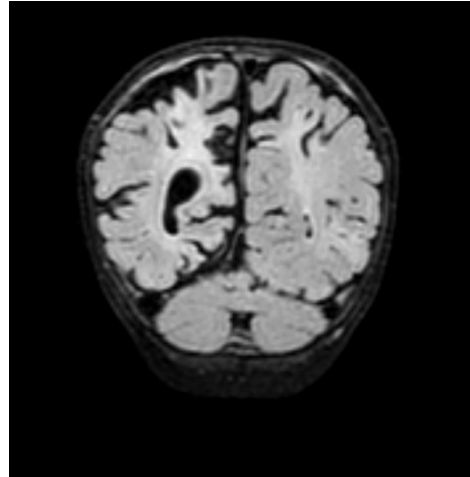
On note une très bonne évolution au niveau du comportement visuel avec absence de strabisme, une vision binoculaire correcte  
L'examen du segment antérieur et du fond d'œil sont par ailleurs normaux.



## IRM contrôle décembre

lésions ischémiques  
vers une atrophie  
avec des signes de  
gliose.

Diminution en  
volume des  
collections sous-  
duraux



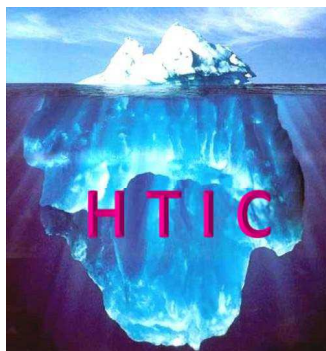
**Consultation  
médecin , PMI ou urgences  
21 % de trouble non spécifiques**

**Troubles digestifs  
Vomissement  
isolé  
déshydratation**

**Troubles  
neurologiques  
Comportement  
inhabituel  
Hypotonie**

**Troubles du  
sommeil**

**Enfant irritable  
Pleurs beaucoup**



Mesure du périmètre crânien (PC)



