

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

**Université Abou Bakr BELKAID  
Faculté de médecine  
BENAOUDA BENZERDJEB**

**Mémoire de fin de stage**

**Thème**

**LES STATISTIQUES DES  
URGENCES PÉDIATRIQUES**

**Réalisé par :**

- M<sup>elle</sup> TERBOUD Amina Hadjer
- M<sup>elle</sup> KADDEM Wahiba

**Encadrées par :**

- D<sup>r</sup> Dib
- P<sup>r</sup> Bendeddouche

# les urgences pédiatriques

## Urgences médicales

### 1\_Introduction:

### 2\_Urgences néonatales:

- a\_ictère néonatal:
- b-infection nosocomiales foetomaternales

### 3\_Urgences cardio-respiratoires:

- a\_l'asthme de l'enfant
- b\_Bronchiolite aigue virale
- c\_reaction anaphylactique chez l'enfant

### 4\_Urgences infectieuses:

- a\_Coqueluche
- b\_Meningite purulente de l'enfant

### 5\_Urgences ORL

- a\_Corps étranger des voies aériennes inférieures
- b\_Laryngite aigue sous glottique
- c\_le syndrome d'apnée obstructive du sommeil

### 6\_Urgences digestives:

- a\_diarrhée aigue
- b\_Les hemorragies digestives

### 7\_Urgences métaboliques:

- a\_Acidocetose diabétique:
- b\_Déshydratation

### 8\_Urgences neurologiques:

- a\_Convulsions du NRS
- b\_Hypertension intracrânienne
- c\_Traumatisme crânien

### 9\_Urgences uro-néphrologiques:

- a\_Glomérulonéphrite aigue
- b\_le syndrome néphrotique
- c\_infections urinaires basses
- d\_pyélonéphrite

### 10\_autre: "brulures de l'enfant"

# Partie Théorique

# les urgences pédiatriques

## 1\_Introduction:

**urgence:** c'est une situation nécessitant un geste médical ou chirurgical précis dans des délais très brefs.

**la demande de consultations pédiatriques en urgence** est en augmentation importante

dans tous les pays. elle témoigne de la survenue d'un événement inhabituel inquiétant

aux yeux des parents, parfois d'une réelle menace vitale, ou encore de la soudaine

intolérance familiale ou de l'enfant vis-à-vis d'une situation ancienne dont l'existence

perturbe la vie quotidienne sur le plan affectif, social ou ludique.

cette demande de consultation non programmée doit par conséquent plus que jamais

être l'occasion de délivrer les messages de prévention et de puériculture, d'informer

les parents des situations qui relèvent de l'hôpital et de celles qui seront tout aussi

rapidement et efficacement évaluées par le médecin traitant, de répondre aux questions et de

les devancer, d'expliquer la durée d'évolution prévisible d'une pathologie infectieuse

et les circonstances qui motiveraient une nouvelle consultation après quelques heures

ou jours d'évolution ou de traitement.

l'évolution des connaissances épidémiologiques et physiopathologiques, thérapeutiques

et le sens clinique du consultant permettent après un recueil semiologique pertinent,

de choisir les examens complémentaires nécessaires et suffisants, de les ordonner par

priorité.

en fonction des probabilités diagnostiques, d'établir des schémas diagnostiques et souvent

thérapeutiques éprouvés.

## 2-urgences néonatales:

### A\_ictère néonatal:

#### 1\_Définition:

il résulte de l'accumulation dans la peau de la bilirubine non conjuguée liposoluble, dérivée de l'hémoglobine par action de l'hème oxygénase et de la biliverdine réductase.

il est observé au cours de la première semaine de vie chez 60% des nouveaux nés à terme

une cholestase doit être systématiquement suspectée lorsque l'ictère apparaît après le

10\_15<sup>ème</sup> jour de vie. les hépatites néonatales sont exceptionnelles.

**2\_examen clinique:** on recherche;

**.age d'apparition;** avant 24h c'est un ictère précoce  
après 7ème jour c'est un ictère tardif  
entre j2 et j6 c'est un ictère physiologique  
après j10 c'est un ictère prolongé(persistant)

**.couleur des urines:**

si elles sont claires c'est un ictère à bilirubine indirecte  
si foncées+couches tachées c'est un ictère à bilirubine directe

**.l'alimentation:**

au sein, jeûne prolongé

**.volume et consistance du foie et rate**

**l'existence d'un syndrome hémorragique,** hématome, sepsis, trouble digestif

**.malformations associées,** dysmorphie.

**.groupe sanguin maternel:**

**.administration de lait artificiel** ou de médicament susceptible de modifier la couleur des selles.

**.la couleur des selles** une teinte blanche, mastic, une décoloration partielle ou prolongée témoignent d'une cholestase

il faut alors faire en urgence une injection parentérale de 10mg de vitamine K pour prévenir les complications hémorragiques.

il s'agit d'un diagnostic d'atresie des voies biliaires jusqu'à preuve du contraire.

**3\_Examens complémentaires:**

ils ont pour but de caractériser l'ictère (bilirubine libre, conjuguée ou mixte)

en première intention on vérifie bilirubine libre et conjuguée, fns, hémoglobine, temps de quick, réticulocyte, groupe sanguin et teste de coomb

**4\_orientation diagnostique:**

**.ictère à bilirubine libre:**(urines claires, selles colorées, pas d'hépatomégalie)

il peut s'agir d'un:

- ictère hémolytique: hémolyse infectieuse ou alloimmunisation
- sténose du pylore(vomissements)
- sepsis à gram(-), infection urinaire
- maladie de Gilbert
- ictère au lait maternel

**. ictère à bilirubine conjuguée:**

(urines foncées, selles décolorées, hépatomégalie)

on s'applique à rechercher une cholestase et ou une insuffisance hépatocellulaire: gamma

Gt,tGO,TGP,temps de quick avant et après administration de vitamine K.

on fait une échographie hépatique et des voies biliaires.

■ **Ictère par insuffisance hépatocellulaire:**

temps de quick allongé malgré injection de vitamine K.

**B\_les infections néonatales foetomaternelles:**

elles sont fréquentes: 1% des naissances toutes infections confondues. elles sont graves (10 à 12% des mortalités néonatales) se observent par définition dans les 4 premiers jours de vie.

les infections bactériennes sont le plus souvent à révélation précoce: 80% d'entre elles sont symptomatiques dans les huit premières heures de vie.

\***mécanisme:** la contamination peut se faire soit par :

\_voie hématogène: lors d'une bactériémie maternelle

\_voie ascendante: contamination amniotique; la plus fréquente.

\***les germes habituels:**

\_streptocoque B: 40%

\_streptocoque non B, staphylocoque, et d'autres entérobactéries: 40%

\_listeria: sont devenus rares: < de 1%.

le risque d'infection maternofoetale est 2 à 4 fois plus fréquent chez les prématurés.

\***diagnostic:**

■ **anamnèse:**

les indices de suspicion:

\_fièvre maternelle ou "syndrome grippal"

\_tachycardie foetale

\_rupture de la poche des eaux prolongée

\_liquide amniotique teinté

■ **signes cliniques:**

ils sont divers, isolés ou associés, aucun n'est spécifique

\_trouble de la régulation thermique

\_anomalie du teint (pale gris)

\_ictère précoce

\_éruption diverses ou purpura

\_detresse respiratoire

\_trouble du tonus

\_prématurité inexpliquée

- Signes de gravité:  
troubles hemodynamiques

detresse respiratoire avec apnée

atteinte méningée, convulsion, syndrome hemorragique diffus

- examens complementaires:

**\_examen hematologique:** GB <5000/mm<sup>3</sup> ou sup a 25000/mm<sup>3</sup>

plaquettes <150.000

fibrine sup a 4g/l

**\_biochimie:** CRP sup a

procalcitonine sup a 5pg/ml

le diagnostic n'est affirmé que par les resultats d'hemoculture.

### **5\_Traitement:**

c'est l'antibiotherapie, en absence d'orientation bacteriologique, une trithérapie initiale est recommandée dans les infections severes.

\_amoxicilline; IV D 100mg/k/j, en cas de meningite la dose est doublée.

\_Cefotaxime: 20 a 100mg/k/J, la dose est doublée en cas de meningite.

\_aminoside: Genta ou Netromicine: 2 a 2,5mg/k

les autres mesures: \_l'incubation

\_perfusion: 60 a 80ml/k/j

\_correction de l'hypovolemie si troubles hemodynamiques

\_oxygene si hypoxie SaO<sub>2</sub> < 90%

### **3\_urgences cardiorespiratoires et allergiques:**

**A\_asthme de l'enfant:**

#### **1\_frequence:**

l'asthme est la plus frequente des maladies chroniques chez l'enfant et sa frequence (7 a 10%) de meme que sa severité sont en augmentation constante. si le diagnostic et le traitement de la crise ne posent

pas de problèmes particuliers, c'est surtout sur la période intercritique que doivent porter les efforts aussi bien pour évaluer la sévérité de l'asthme que pour faciliter l'observance thérapeutique.

## 2\_physiopath:

l'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes dans laquelle de nombreuses cellules jouent un rôle, notamment les mastocytes, les éosinophiles et les lymphocytes T

chez les sujets prédisposés, cette inflammation est à l'origine des symptômes récidivants associés à l'obstruction et de l'hyperreactivité bronchique non spécifique.

## 3\_diagnostique:

évoqué devant des paroxysmes de dyspnée avec sibilants, à prédominance expiratoire, survenant souvent la nuit, sensibles à l'inhalation de B<sub>2</sub> adrenergiques.

le diagnostic est plus difficile en cas d'équivalents d'asthme: bronchite s répétée, foyers pulmonaires récidivant, toux chronique nocturne, dyspnée d'effort, asthme induit par l'exercice isolé.

## 4-la crise d'asthme:

### sevérité de la crise:

definie en fonction des symptomes dans le tableau suivant:

symptomes	légère	modérée	sévère	dramatique
Dyspnée	modérée	modérée mais élocution aisée	intense, présente au repos	extrême; élocution difficile, dyspnéisante phrases+courtes difficulté d'alimentation
Tirage	très modéré	modéré	intense sus et sous sternal	balancement thoraco-abdominal
Fatigue	nulle ou modeste	modérée	intense	extrême troubles de la conscience
Coloration	normale	paleur	cyanose discrète	cyanose et sueurs
Auscultation	sibilants	sibilants aux 2 temps	thorax peu bryuant peu mobile, distendu	silencieux
FR	peu modifiée	>40/min avant 2ans. >30/min apres 2ans	>40/min avant 2ans >30/min après 2ans	pause
FC	peu modifiée	>120_130/min	>120_130/min	HTA ou collapsus
Réponse B <sub>2</sub>	rapide et stable	bonne, mais parfois brève: méfiance	insuffisante en durée et en intensité	très médiocre



DEP1	>75%	50 à 75%	< 50%	Nnon mesurable
SaO2	>95%	91 à 95%	<90%	< 90%

**Traitement de la crise:**

**B2 adrénergique**  
spray +chambre d'inhalation:2 à 4 bouffées

Evaluation après 1heure

**succés stable=crise usuelle**

DEP apres B2>80 %

**Echec =crise sévère**

**B2-adrenergique inhalés**

avec chambre d'inhalation:  
1 bouffée/2k jusqu'a 10bouffées  
**corticotherapie orale:**  
2mg/k equivalentprednisone en 1prise

**traitement de consolidation**

**B2-adrenergiques inhalés**  
4fios/j pendant qqs jours  
poursuite des **corticoides**  
per os si institués

**succés(<2h)**

**persistance**

**Réévaluer la prise en charge**

**Transfert en milieu hospitalier**

\_fig;Traitement de la crise d'ashme modérée

**Traitement de la crise d'asthme sévère:**

**crise d'asthme sévère=Mlieu hospitalier**

3nébulisations à 20 min d'intervalle sous O2(6L/min)  
salbutamol 0.5%0.03mL/k

**Terbutaline unidose à 5mg/2ml:2gouttes /k**

**+ dibromure d'ipratropium250ug**  
1nébulisation sur 2 si SaO2<92%

dilution avec sérum physiologique QSP=4ml

## évaluation après 1 à 2 heures

succès stable DEP > 80%  
SaO<sub>2</sub> > 95%

réponse insuffisante

DEP < 60%  
ou instable

**Retour au domicile**

**Hospitalisation**

**traitement de consolidation**

**réévaluation de la prise en charge**

B\_bronchiolite aiguë virale;

### 1\_definition:

c'est une infection virale saisonnière, épidémique, touchant le nourrisson de moins de 2 ans, et caractérisée par une obstruction bronchiolaire prédominante accompagnée de sibilants et de wheezing.

### 2\_physiopath:

illustrée par la figure suivante;

virus  
(vrs dans 70% des cas)

nécrose et desquamation de

inflammation

l'épithélium.

destruction de l'appareil mucociliaire

obstruction

### 3\_clinique:

commence brutalement par une rhinite, rapidement suivie d'une polypnée superficielle

on note une toux répétitive quinteuse avec une fièvre absente ou modérée, et une distension thoracique

clinique avec des signes de lutte dont l'intensité reflète la sévérité de l'épisode.

à l'auscultation, on relève des crépitations fines et des sibilants.

### 4\_complications:

chez le nourrisson le plus jeune il y a un risque de surinfection bronchique ou d'apnée par épuisement

nécessitant une intubation pour ventilation assistée.

### 5\_Traitement:

95% des enfants ne s'inscrivant pas dans un contexte de sévérité peut être traitée en ambulatoire.

le traitement est essentiellement symptomatique.

dans tous les cas:

\_effectuer des désinfections rhinopharyngées avant chaque biberon;

\_proposer des apports hydriques suffisants

\_administrer les biberons de façon fractionnée et répétée pour limiter les vomissements lors des quintes de toux

\_traiter la fièvre

\_normaliser l'hématose par une oxygénothérapie si saturation < 95%

NB: dans tous les cas ; pas de corticoïdes inhalés.

### bronchiolite aigue

oui		non	
age < 6 mois	age > 6 mois	bébé "siffleur"	
		dysplasie bronchopulmonaire	
terrain -	terrain +		
DR +	DR -	3 nebulisations	
traitement essentiel		résultat spectaculaire	
arrêt	échec	poursuite et corticothérapie	
		par voie générale	

conduite à tenir devant une première bronchiolite aigue.

### C\_Reaction anaphylactique chez l'enfant:

leur fréquence, surtout d'origine alimentaire, responsable de chocs ou même de décès est en augmentation. ces accidents où l'arachide est en cause dans > 2/3 des cas sont souvent survenus chez des enfants ou adolescents qui connaissent déjà leur allergie, en dehors de leur domicile.

la prévalence des allergies alimentaires est estimée aux alentours de 1,4%. chaque année 100 décès par

chocs anaphylactique d'origine alimentaire sont déclarés aux états unis.

1 à 2% de la population est à risque de développer des manifestations anaphylactiques à des aliments ou à des piqûres d'insectes; les médicaments et le latex sont moins souvent en cause.

### **1\_definition:**

c'est la manifestation la plus dramatique de l'hypersensibilité aigüe IgE-dépendante.

ce syndrome peut affecter un ou en général plusieurs organes en particulier l'appareil respiratoire et digestif, la peau, système nerveux, et surtout le cœur et les vaisseaux dont l'atteinte est responsable du choc anaphylactique.

### **2\_les aspects cliniques:**

**\_choc d'origine alimentaire:** survient au cours du repas, commence par une éruption urticarienne d'abord cervicale puis généralisée.

un œdème cutané et sous cutané affectant d'abord les lèvres et la langue, puis tout le corps.

sont associés des troubles digestifs et des symptômes respiratoires

**\_le tableau habituel;** comporte une hypotension artérielle

pincement de la différentielle

tachycardie

le tout pouvant aller jusqu'au collapsus cardiovasculaire.

**\_il existe des formes bénignes:** réagissent vite au traitement

**\_des formes sévères;** menace de mort subite ou même décès favorisés par le retard au traitement efficace.

### **3\_les étiologies les plus fréquentes:**

chez l'enfant la première cause d'accident anaphylactique est alimentaire devant les piqûres de guêpes, les médicaments, le latex, les accidents d'immunothérapie.

**les substances responsables:**

**\_antibiotiques**

**\_anesthésiques intraveineux**

**aspirine et anti-inflammatoires**

**\_produits de contraste intraveineux**

**\_latex.**

les aliments responsables:

\_arachides

\_noisettes, noix du Brésil, ammande, noix de cajou

\_poisson, crustacés, oeufs

\_lait de vache, sésame

\_légumineuses

\_épices et condiment

**NB:** dans tous les allergènes alimentaires, l'arachide est celui qui entraîne les réactions les plus sévères.

**4\_la conduite à tenir:**

l'adrénaline est le médicament essentiel et doit être administré par voie intramusculaire ou sous-cutanée profonde. l'adrénaline doit être administré chez tous les sujets ayant une gêne respiratoire ou une hypotension, une urticaire généralisée avec gêne respiratoire.

la dose est fonction de l'âge de l'enfant et sera répétée au bout de 10min si mauvaise réponse

l'administration d'adrénaline doit être suivie par l'administration d'antihistaminiques H1 et corticoïdes.

**3\_les urgences infectieuses:**

**A\_la coqueluche:**

**1\_definition:**

c'est une infection respiratoire liée à **Bordetella Pertussis**.

**2\_epidémio:**

l'OMS évalue à 60 millions le nombre de cas de coqueluche dans le monde qui seraient à l'origine de 400.000 décès annuels.

**Bordetella Pertussis** sécrète des toxines à tropisme respiratoire qui font toute la gravité de la maladie, notamment chez le nourrisson.

**3\_diagnostic clinique:**

**.coqueluche du NRS:**

souvent dans le contexte d'urgence

au terme d'une incubation silencieuse de 8 jours, survient une toux vite émetisante qui se précise en quinte.

\_parfois typique: série de secousses expiratoires + pause expiratoire et cyanose puis reprise inspiratoire bruyante.

\_souvent atypique: courtes ou à type de toux spasmodique parfois sévère.

#### **.enfant plus grand:**

le contexte en général n'est plus celui de l'urgence.

diagnostic est évoqué devant des quintes typiques avec reprise inspiratoires bruyante, souvent nombreuses et volontier nocturne.

parfois, il s'agit d'une toux rebelle de type "spasmodique".

#### **4\_ signes de gravité:**

concerne généralement la coqueluche du NRS et doivent conduire à une hospitalisation.

\_age < 3 mois

\_tachycardie sinusale

\_quintes asphyxiantes

\_des apnées répétées avec cyanose et bradycardie

\_des troubles de conscience

\_météorisme abdominal

\_deshydratation ou dénutrition

\_surinfection bactérienne

\_trouble de ventilation pulmonaire

\_hyperleucocytose

\_troubles neurologiques.

#### **5\_ traitement et surveillance:**

toutes les coqueluches du NRS ayant des signes de gravité doivent être hospitalisés

#### **.monitorage cardiorespiratoire**

#### **.traitement symptomatique:**

\_fractionner les repas ou gavage

\_aspiration et kinésithérapie prudente

\_oxygénothérapie par lunettes nasales

\_éventuellement; traitement anti-reflux gastro\_oesophagien.

#### **.Traitement antibiotique:**

l'antibiotique de référence est l'erythromicine

l'antibiothérapie réduit la contagiosité du malade et la diffusion de la maladie dans l'entourage

l'antibiothérapie précoce raccourcit la durée de la maladie et réduit la phase des quintes.

#### **.Autres traitements**

\_les antitussifs, le phénobarbital sont inutiles

\_dans certains cas (formes sévères), on peut proposer le salbutamol ou corticoïdes oraux ou inhalés

#### **.Traitement préventif:**

traitement prophylactique des sujets contacts :

-macrolides pendant 10 jours

-vaccination des sujets non ou incomplètement vaccinés.

#### **B\_meningite purulente de l'enfant:**

##### **1\_definition:**

la meningite bactérienne est due à l'envahissement du LCR par une bactérie qui s'y développe.

##### **2\_physiopath:**

3 germes sont responsables: **\_streptocoque pneumoniae**

**\_hemophilus-influenzae**

**\_neisseriae meningitidis**

l'ensemencement méningé se fait essentiellement par voie hématogène avec franchissement secondaire de la barrière hémato-méningée, exceptionnellement par extension d'un foyer régional de voisinage.

l'événement essentiel qui suit la pénétration du germe dans le LCR est la production locale de cytokines  
dans tous les cas le traitement doit donc répondre à deux objectifs:

\_obtenir une bactéricidie rapide dans le LCR.

\_lutter contre l'inflammation méningée et l'œdème cérébral.

##### **3\_epidémio;**

les principaux germes responsables des méningites purulentes sont:

##### **\_ a tout age:**

le meningocoque chez l'enfant >4ans

**\_chez le nourrisson:** pneumocoque (responsable de complications neurologiques)

hemophilus influenzae b

Neisseriae meningitidis

streptocoque pneumoniae

#### 4\_diagnostic:

il est urgent et repose exclusivement sur l'examen du liquide céphalorachidien, après ponction lombaire

##### **.diagnostic clinique:**

facile chez le grand enfant devant:

\*syndrome infectieux: fièvre, début souvent brutal.

\*syndrome méningée: céphalée, vomissement, refus alimentaire, photophobie.

\*raideur de la nuque

\*le signe de kernig

le diagnostic est beaucoup plus difficile chez le nourrisson, il est évoqué devant:

\_somnolence inhabituelle

\_des convulsions fébriles même brèves et apparemment isolées.

##### **les signes de gravité:**

.un purpura, rapidement extensif

.troubles hémodynamiques

.troubles de la conscience ou des convulsions

#### 5\_traitement:

se fait en milieu hospitalier

##### **.antibiotiques:**

s-pneumoniae; cefotaxime 200 à 300mg/k/j

ou ceftriaxone 100mg/k/j

meningocoque:

cefotaxime 200mg/k/j

ou ceftriaxone 100mg/k/j

hemophilus influenzae:

cefotaxime 200mg/k/j

ou ceftriaxone 100mg/k/j

\_l'enfant >5ans:

cefotaxime 200mg/k/j

ou ceftriaxone 100mg/k/j

##### **.traitement symptomatique:**

\_restriction hydrique modérée: si suspicion de sécrétion inappropriée d'ADH et d'œdème cérébral.

\_macromolécules en cas de collapsus

\_si convulsion: valium administré à 1mg/kg par voie intraréctale ou I V



### **.Durée du traitement;**

seules les méningites à pneumocoque justifient un second examen du liquide céphalorachidien 48h après le début du traitement. la durée pour les méningites purulentes:

\*5 à 7 jours pour le méningocoque

\*7 jours pour haemophilus influenzae b

\*au moins 10 jours pour le pneumocoque.

si la glucorachie à l'examen de contrôle du LCR est encore basse, le pronostic est plus sévère

### **4\_Urgences ORL:**

#### **A\_Corps étranger des voies aériennes inférieures:**

##### **1\_definition:**

il s'agit d'un corps étranger situé dans le larynx, la trachée ou les bronches.

##### **2\_epidémiologie:**

ils se voient surtout chez, avec une fréquence entre 1 et 2 ans.

ils sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles .

le corps étranger est alimentaire dans 60 à 70% des cas, avec une particulière fréquence des oléagineux qui représente plus de la moitié des cas. les autres CE sont inertes.

##### **3\_complications et pronostic:**

le pronostic peut être en jeu en quelques minutes si le CE volumineux, s'enclave en sous-glotte ou si

le CE, fragmenté, bouche les deux bronches souches.

Après l'extraction du corps étranger, des complications peuvent survenir :

\_dans les minutes qui suivent: œdème aigu du poumon.

\_dans les heures qui suivent: infection

les séquelles à distance (sténose bronchique, DDB) sont surtout le fait de CE méconnus et restés en place plusieurs jours, voire semaine.

##### **4\_diagnostic:**

le diagnostic de CE des VAI peut être évoqué dans 3 circonstances différentes:

\_asphyxie brutale: chez un enfant qui allait bien dans la journée.

\_brusque accès de toux survenant dans la journée, chez un enfant apyrétique

\_persistance d'une atelectasie pulmonaire, en particulier d'une des bases, malgré un traitement antibiotique.

## 5\_examen clinique:

peut retrouver:

\_si CE laryngé;bradypnée inspiratoire,avec ou sans tirage et cornage.

\_si CE trachéal;wheezing,avec ou sans dyspnée aux deux temps.

\_si CE bronchique;asymetrie a l'auscultation thoracique

un examen clinique normale n'élimine pas le diagnostic

## 6\_examens complementaires:

\_en cas de syndrome de pénétration ou de signes évoquant un foyer pulmonaire,il faut faire des radiographie du thorax en inspiration,et en expiration

## 7\_traitement:

\_en cas de detresse respiratoire :tenter la manoeuvre de heimlich ou celle Moffenson

\_dans les autres cas,evoyer l'enfant dans un service hospitalier spécialisé

.a l'arrivée si l'enfant est en detresse respiratoire,il faut l'intuber pour refouler le CE dans une bronche souche et ventiler par le coté libre,puis demander à un endoscopiste de venir extraire le CE

.dans les autres cas il faut que l'enfant soit a jeune pour faire:

\_une fibroscopie bronchique si l'examen clinique et les radio sont peu évocateurs de CE

\_une bronchoscopie sous anesthésie générale dans les autres cas ,car l'extraction d'un CE tracheobronchique ne peut se faire qu'avec un bronchoscope rigide.

## B\_Laryngite aigue sous glottique:

### 1\_definition:

c'est la conséquence d'une inflammation de la sous glotte.

la sous glotte est la partie du larynx située sous les cordes vocales.elle est enserrée par un anneau cartilagineux inextensible:le cricoide.

les epiglottites sont la conséquence d'une inflammation d'origine infectieuse de la partie du larynx située au dessus des cordes vocales et en particulier de l'epiglote.

### 2\_epidémiologie:

les laryngites sous\_glottiques se rencontrent surtout l'hiver,en particulier lors des redoux,chez les nourissons et les jeunes enfants.elles sont d'origine virale.elles peuvent etre favorisée par un reflux gastro-oesophagien,une allergie respiratoire,une sous-glote étroite.

les épiglottites sont pratiquement exclusivement dues à **hemophilus influenzae** type B.elles ont pratiquement disparu dans les régions ou la vaccination contre Hib s'est généralisée.

### **3\_diagnostic:**

.il se fait devant toute dyspnée laryngée fébrile.

.la fièvre est peu élevée:37.5 à 38.5°,une température plus élevée doit faire craindre une forme particulière de laryngite

.dyspnée laryngée prédominante à l'inspiration

.un tirage sous-angulo-maxillaire est le signe d'un obstacle plus haut situé.

.le tirage intercostal ou xyphoïdien est un signe de gravité.

.l'enfant avale sa salive sans problème en cas de laryngite aiguë sous-glottique,alors qu'il

bave dans les épiglottites

### **4\_evaluation de la tolérance:**

la tolérance est appréciée sur l'importance du tirage et l'existence ou non d'une cyanose ou de sueurs.

### **5-examens complémentaires:**

n'ont d'intérêt que dans 2circonstance:

\_en cas d'évolution atypique,une endoscopie permet de vérifier l'absence de corps étranger laryngé,l'absence d'angiome sous-glottique et l'absence de sténose laryngée.

\_en cas de laryngite aiguë récidivante pour rechercher un facteur favorisant susceptible de bénéficier d'un traitement PH-métrie...

### **6\_Traitement:**

\_mettre l'enfant dans une atmosphère chaude et humide

\_le médecin appelé au chevet d'un enfant prescrira:

.si la dyspnée est bénigne :10gouttes/k de bétaméthasone(célestène)

.si la dyspnée est sévère:une à 2ampoules de 4mg de célestène IM

.une demi heure après il vérifie l'amélioration clinique avant de confier aux parents une ordonnance de :  
10 gouttes/k de célestène pendant 5jours.

.ne jamais coucher à plat dos avant intubation.

### **l'intervention aux urgences:**

\_si la dyspnée est bénigne: traitement corticoïde pendant 3jours.

\_si la dyspnée est sévère ou grave: aérosols d'adrénaline: avec surveillance de l'évolution.

**\_si la dyspnée est très grave d'emblée,ou l'enfant n'avale pas sa salive:**

en position verticale ou 1/2 assise,(jamais allongé),intubation et reanimation.

aspect du larynx lors dell'intubation permet de distinguer la laryngite aigue sous-glottique d'origine virale (pas d'intéret de TRT antibiotique),d'une epiglottite d'origine infectieuse,necessitant un TRT antibiotique parentéral.

**3\_syndrome d'apnée obstructive du sommeil:**

il concerne 2à 5% des enfants.il peut engendrer un retard de croissance,une insuffisance cardiaque,des manifestations neurologiques anoxiques.son identification est simple,les éléments d'interrogatoire étant très suggestifs.le traitement adapté à l'étiologie permet la réversibilité des symptomes.

**a\_clinique:**il faut rechercher ce syndrome lors;

- \_des infections ORL récidivantes
- \_de tout retard de croissance;
- \_des retards de developpement psychomoteur
- \_difficultés respiratoires nocturne
- \_difficultés alimentaires
- \_des vomissements nocturnes
- \_des troubles du sommeil

**b-Examens complémentaires:**

.**fibroscopie ORL:**apprecie le volume des vegetations adenoides

.**radiographie du cavum de profil;** montre l'obstruction de la filière nasale

.**la polygraphie du sommeil avec enregistrement de la SaO2:** montre les arrêts respiratoires obstructifs.

**c\_Traitement:**

en urgence ,face a un coeur pulmonaire aigu:intubation et oxygenothérapie suffisent à faire regresser toute symptomatologie en quelques heures.

le traitement curatif dépend de l'étiologie:adenoïdectomie avec eventuellement amygdalectomie.

le pronostic est excellent.

la symptomatologie disparaît en quelques jours,la croissances se normalise en quelques mois souvent avec une courbe de rattrapage pondéral.

la trachéotomie est réalisée quand l'obstruction est secondaire à une infiltration des parois pharyngées

et laryngées.

## **5\_les urgences digestives:**

### **A\_diarrhées aiguës:**

#### **1\_definition:**

c'est l'augmentation de la perte d'eau intestinale.elle correspond à une hypersécrétion et une malabsorption aigue,entraînant des troubles de la motricité,rendant très variables le nombre et l'aspect des selles.la couleur des selles n'a aucune valeur diagnostique ou pronostique.

la conséquence immédiate et unique de la diarrhée aigue est une perte d'eau et d'électrolytes.

la déshydratation est le risque majeur.ce risque est d'autant plus élevé que la diarrhée est intense et que l'enfant est plus jeune.le poids en est le reflet instantané.

compenser les effets de la diarrhée est plus important que d'en trouver la cause.

#### **2\_epidemiophysio:**

la grande majorité des diarrhées aiguës est d'origine infectieuse.même si cette origine n'est pas toujours prouvée.les diarrhées virales sont les plus fréquentes dans les pays industrialisés.

la chronologie habituelle est;fièvre,vomissements,diarrhée,est un élément caractéristique permettant de soupçonner le caractère viral des troubles di

gestifs,confirmé sur l'aspect sécrétoire,selles extrêmement aqueuses,abondantes,avec perte de d'eau et de sel.

#### **3\_Examen:**

la préoccupation essentielle est d'évaluer:

- \_le degré de DSH pour apprécier l'urgence
- \_le terrain pour estimer la place que doit prendre
- \_les cernes sous les yeux ne signifient pas DSH
- \_la fièvre et la soif intense sont des témoins de DSH

#### **4\_ paraclinique:**

.ionogramme sanguin: n'a pas d'intérêt si les signes cliniques ne sont pas nets

.autres examens: ECBU, ponction lombaire,ASP,échographie, sont réservés aux formes atypiques.

#### **5\_Traitement:**

.hydratation: par des solutés de réhydratation: la quantité administrée sur 24h peut dépasser 200ml/k

si l'enfant refuse de boire, il faut s'interroger sur:

\_la réalité de la DSH

\_la cause du refus: trouble de conscience

l'absence d'efficacité et la constatation d'une perte de poids non corrigée et >8% doit conduire à l'hospitalisation

**.Alimenter: en fonction de l'état clinique** et non l'aspect des selles.

**.Autres mesures:** antipyrétiques sont administrés en cas de fièvre.

antibiothérapie

autres TRT: visant à modifier la flore intestinale, essentiellement médicamenteux, reste d'intérêt mineur

**B\_les hémorragies digestives:**

**hematémèse:** est le rejet de sang rouge ou noir par la bouche lors de l'effort de vomissements.

**Meléna:** émission de sang noir par l'anus.

**Rectorragie:** l'émission de sang rouge frais par voie basse.

les causes sont fonction de l'âge, l'hémorragie digestive est un symptôme sans relation avec la gravité de la cause. l'abondance de l'hémorragie est difficile à apprécier, en particulier quand un segment digestif joue le rôle de réservoir. c'est le retentissement sur le pouls qui est le meilleur critère d'appréciation en attendant la FNS.

**\_diagnostic:**

facile si elle est extériorisée mais ne doit pas être confondue avec un saignement ORL

difficile si elle est non extériorisée. il faut y penser devant une anémie chronique ou comme cause d'une hémorragie basse massive.

**\_diagnostic différentiel:**

**un saignement ORL dégluti**

**Hémoptysie**

**Des colorants alimentaires ou médicamenteux**

**\_pronostic:**

les facteurs pronostic péjoratifs:

\*taux d'HB < 7g/dl

\*besoins transfusionnels > masse sanguine

\*une anomalie de la coagulation

\*une maladie menaçante sous-jacente.

**\_Examens complémentaires:**

HB, FNS, Ht, hémostase, groupe sanguin, selon le contexte: cliché ASP, échographie abdominale.

**\_Prise en charge:**

**hemorragie minime:** gérée en ambulatoire, ne nécessite pas de mesure de réanimation.

si cause évidente: pas d'endoscopie, si elle l'est pas on fait une endoscopie

**hemorragie modérée:** est à hospitaliser car elle entraîne une déglobulisation. même si pas de retentissement hémodynamique et général, cela permet la pose d'une voie d'abord et une transfusion et pratique d'une endoscopie le plus tôt possible.

**hemorragie sévère:** à hospitaliser car entraîne une déglobulisation importante ou la présence de facteurs péjoratifs; le retentissement hémodynamique et général doit être corrigé en vue des explorations diagnostiques et/ou thérapeutiques éventuelles.

**\_2 voies veineuses périphériques ou 1 voie veineuse centrale fiable:**

**\_groupe sanguin, hémostase, FNS, ionogramme sanguin**

**\_correction du collapsus: macrolides**

**\_Arrêt alimentaire**

**\_sonde nasogastrique**

**6\_les urgences métaboliques:**

**A\_acidocétose diabétique:**

**\_la conduite diagnostique:**

**.Anamnèse:**

c'est le mode révélateur du diabète insulino-dépendant (type 1).

à l'interrogatoire: un syndrome polyuro-polydipsique ou une énurésie, une asthénie et un amaigrissement, depuis 1 à 3 mois, d'aggravation récente.

**\_la cause est l'arrêt de l'insulinothérapie ou sous-dosage**

**\_un défaut d'éducation: absence de supplémentation rapide en insuline en cas d'hyperglycémie avec glycosurie.**

**.clinique et biologie:**

- \_conscience normale ou obnubilation, plus souvent que coma
- \_signes cliniques de DSH de degrés variable
- \_polypnée et odeur acétonurique de l'haleine
- \_signes digestifs fréquents, parfois un tableau pseudo-chirurgical.

**.Diagnostic immédiat:**

à partir d'une glycémie capillaire d'au moins 2g/l et une glycosurie massive avec cétonurie à la bandelette. un PH < 7.35 et/OU RA < 18meq/l

**.indicateurs de sévérité:**

- \_acidose sévère (PH < 7.10)
- \_DSH sévère
- \_coma
- \_troubles hémodynamiques
- \_NRS et jeune enfant (âge < 5ans)
- \_hyperglycémie majeure

**.Mesures thérapeutiques urgentes dans les 24 premières heures:**

- \_en présence de signe de gravité le collapsus est traité par plasmion: 10 à 20 ml/K en 20 minutes
- \_acidose sévère nécessite: apport de 6ml/k de bicarbonate à 14 pr 1000 en IV en 45 minutes.
- \_commencer le protocole de réhydratation et d'insulinothérapie IV

**.surveillance au cours des 24 premières heures:**

les éléments cliniques à surveiller:

- \*conscience
- \*céphalées
- \*examens neurologiques
- \*FC, TA, TRC, FR
- \*l'état d'hydratation, diurèse, température, poids, ECG.
- \*glycémie capillaire toute les 30min pendant les 2 premières heures de l'insulinothérapie. IV

les éléments biologiques:

- \*ph, ionogramme urinaire sur la première miction
- \*glycémie labo, PH veineux, ionogramme sang+urines, créat, calcémie, phosphorémie, à H0; H4, H6, H12, H24

**NB:** le protocole ne convient pas aux situations d'hyperglycémie avec cétose, sans acidose. (ph > ou égale à 7.35)



L'objectif du traitement d'urgence est de mettre en oeuvre une insulinothérapie efficace en continu, tout en corrigeant lentement les troubles hydro électrolytiques, rappelons les objectifs:

\_dans les 2 premières heures, la glycémie ne doit pas chuter de plus de 5mmol/h; de H2 à H24 doit être maintenus entre 1.80 et 2g/L

\_l'acidose se corrige progressivement sous l'effet de l'insulinothérapie IV en 10\_12 heures

\_les complications du traitement doivent être prévenues

#### **combien de temps va durer l'hospitalisation:**

se pose le problème de l'annonce d'une maladie chronique dans une situation d'urgence.

s'il est important que le mot de diabète soit prononcé, que la situation aigue et les soins immédiats d'urgence soient expliqués et que les informations sur l'évolution médicale soient régulièrement données.

il est important de ne pas aller trop loin dans l'urgence.

l'annonce d'une maladie chronique nécessite un long entretien avec un médecin et les deux parents au calme.

il faut prévoir une hospitalisation d'une dizaine de jours.

#### **ce qu'il ne faut pas faire:**

\_dépasser 4litres /m<sup>2</sup> dans les 24 premières heures

\_vouloir normaliser trop vite la glycémie

\_faire "une dose de charge" d'insuline IV, IM, ou sous cutanée.

\_arrêter l'insuline en cas de normalisation de la glycémie

\_oublier d'apporter du K<sup>+</sup> ou l'arrêter devant une hyperkaliémie non vérifiée

\_alcaliniser en absence d'acidose très vite

\_apporter trop de bicarbonate

\_se contenter de suivre la biologie et ne pas examiner l'enfant dans les 12 premières heures

\_alimenter ou faire boire de l'eau à l'enfant pendant toute la durée du traitement IV.

#### **B\_Deshydratation:**

##### **1\_definition**

une déshydratation complique un excès de perte liquidienne non compensées, un défaut d'apport hydroélectrolytique ou la constitution d'un troisième secteur. elle est d'autant plus à craindre que l'enfant est plus jeune en raison de son manque d'autonomie et de la part plus importante du liquide

extracellulaire dans les compartiments hydriques de l'organisme et donc des besoins plus grands en eau.

## 2\_Examen clinique;

\_apprecie l'etat d'hydratation et les premiers signes de déshydratation.

\_selon le type de déshydratation intra ou extracellulaire on peut observer les signes suivants:

DSH extracellulaire  
perte de Na<sup>+</sup>

DSH intracellulaire  
perte d'eau

pli cutané  
fontanelles déprimées  
yeux creux  
collapsus  
cri aigu, éraillé

soif vive  
fièvre  
hypotonie des globes oculaires  
muqueuses sèches  
sommolence, trémulation  
troubles de conscience

la gravité est évaluée par l'examen clinique et la perte de poids

### les facteurs aggravants:

\_dénutrition préalable

\_hyperthermie

\_infection

\_detresse respiratoire

### 3\_Etiologies:

on distingue les deshydratations :

\_isonatremiques:  $135 < \text{Na} < 150 \text{ meq/l}$  sont les plus fréquentes(80%)

\_hypernatremiques:  $\text{Na} > 150 \text{ meq/L}$  (15%)

peuvent etre secondaires à: soit pertes extrarénales: \_digestives: gastroentérite

\_cutanée: coup de chaleur, ichtyose, lyell.

soit pertes rénales: \_diabete insipide néphrogénique ou central

\_diabete sucré

\_diurèse osmotique

\_syndrome de levée d'obstacle

\_hyponatrémique:  $\text{Na} < 135 \text{ meq/l}$

peut etre secondaire à: pertes extrarénales: \_digestives: vomissements, diarrhée, fistule, iléostomie

\_cutanée: mucoviscidose

\_3eme secteur: pancréatite, peritonite, ascite, brulures

pertes rénales: \_insuffisance surrénale, pseudohypoaldostéronomie

\_néphropathie avec perte de sel

\_excès de diurétiques

\_acidose tubulaire proximale

\_diurèse osmotique

#### 4 principes thérapeutiques:

**formes bénignes et modérée:** solutés de réhydratation

le traitement est débuté par voie orale

les solutés de réhydratation ont pour particularités:

\_osmolarité inférieure à celle du plasma

\_composition à base de glucose et de sodium facilitant leur absorption couplée.

ils sont administrés en quantité fractionnée de 5, puis 10ml/kg, de façon répétée toutes les 15min

et sous surveillance .

l'efficacité est appréciée par:

\_absence de vomissement

\_reprise pondérale à H2

\_une correction significative de la perte de poids en 6H

**.formes sévères ou échec à la voie orale:**

\_la nature du soluté de réhydratation et le débit de perfusion dépendant de la natrémie

\_il est nécessaire d'obtenir rapidement un ionogramme sanguin avec un dosage de

l'urée et de la créat.

\_ionogramme urinaire sur la première miction

\_dans un premier temps, on s'applique à la correction des troubles hémodynamiques

\_le deuxième temps, correspond aux 6 premières heures pour une correction partielle de la déshydratation

extracellulaire, par 50ml/kg en 6 heures d'un soluté standard, si la perte de poids est <10% ou plus riche

en sodium et sans potassium si la perte de poids est >10%.

\_le 3ème temps consiste en correction complète de la déshydratation à un rythme fonction de la

natrémie

\_en cas de normonatrémie: soluté B27 et correction en 18H.

\_en cas d'hypernatrémie: soluté B27+1g NaCl

\_en cas d'hyponatrémie: la correction de la natrémie de 10mmol/l est apportée par  $10 \times 0.6 \times P(\text{kg})$

#### **5\_surveillance et complications:**

.**diurèse:** doit reprendre avant H6

sa non reprise à H6 fait rechercher une nécrose corticale rénale une thrombose veineuse rénale ou rhabdomyolyse.

on suspecte une insuffisance rénale fonctionnelle si urée urinaire/urée plasmatique  $>10$  et

natriurèse/kaliurèse  $<1$

.**conscience:**

la survenue de convulsion témoigne d'un oedème cérébrale consécutif à une baisse trop rapide de la tonicité plasmatique ,plus rarement d'une hypoglycémie,une hypocalcémie ou d'une complication vasculaire cérébrale .

on surveille le poids tous les 6heures ,la FC,FR,PA.

#### **7\_urgences neurologiques:**

##### **A\_Convulsions du NRS:**

###### **1\_Definition:**

c'est une crise d'épilepsie comportant des manifestations motrices et provoquée par un facteur exogène aigu qui agresse le cerveau.les termes de convulsion,de crise

occasionnelle sont synonymes.on parlera de crise d'épilepsie lorsqu'il n'y a pas de contexte permettant

d'expliquer la survenue de la crise.Cela sous-entend que la crise est peut-être la première manifestation d'une épilepsie débutante.

il est important de reconnaître les crises occasionnelles nécessitant un traitement spécifique.

en dehors de ces situations spécifiques,le diagnostic étiologique et le traitement au long cours reposent sur des investigations complémentaires.

###### **2\_diagnostic des crises convulsives;**

###### **les éléments du diagnostic:**

le Dg repose sur la description clinique par l'entourage.

chez le NRS la perte d'urine et la morsure de langue sont peu fréquentes et ne constituent pas un critère diagnostique.

###### **crises occasionnelles:**

les crises fébriles,les convulsions fébriles,sont les plus fréquentes chez le NRS entre 6mois et 4ans

,elle touchent jusqu'à 5% de cette tranche d'âge dans les pays occidentaux.elles sont liées à une

élévation excessive, très rapide de la température du corps elles sont le + souvent (1 à 2 min), ne laissent aucune séquelle.

**crises convulsives fébriles:**

sont des crises généralisées. on distingue:

\_des crises convulsives fébriles simples, tonico-cloniques généralisées brèves

\_des crises convulsives fébriles frustes, se résume à une perte de connaissance.

il peut exister une cyanose transitoire.

\_des crises convulsives fébriles compliquées:

inhabituelles par leur caractère prolongé, plus de 3 à 5 min, la découverte d'un déficit post-critique unilatéral, le plus souvent transitoire, la répétition des crises, lors d'un même épisode fébrile. ces crises sont plus fréquentes, avant l'âge de 18 mois.

**Crises d'origine métabolique:**

au cours des hypoglycémies, le diagnostic repose sur le dosage sanguin en urgence,

la glycémie remonte souvent très rapidement après la crise, de façon spontanée, et peut passer inaperçue si le dosage n'est pas fait à temps.

\_d'autres crises peuvent se rencontrer: \*hyponatrémie en cas de DSHaiue sévère

\*hyponatrémie lors de la rehydratation

\*hypomagnésémie.

**3\_ Examens complémentaires:**

**.en urgence:**

.il faut rechercher une étiologie dont le traitement est urgent

.pratiquer un dextrostix, cétonurie, calcémie en urgence.

.selon l'orientation clinique les examens complémentaires seront orientés sur la recherche de l'étiologie d'une fièvre et la PL doit être facile chez le NRS.

**.à l'issue de la crise:**

si l'on suspecte une épilepsie, la recherche d'une étiologie non aiguë doit être effectuée

systématiquement : une lésion cérébrale, ou une encéphalopathie évolutive sera évoquée quand la convulsion s'accompagne de troubles progressifs.

le diagnostic repose sur les résultats des investigations de neuro-imagerie, d'électrophysiologie, de la PL, recherche d'une inflammation, une hyperalbuminorachie.

**.diagnostic différentiel :**

les malaises du NRS ne sont pas tous de nature épileptique.

lorsque le malaise est bref et ne comporte pas de clonie on évoque en premier lieu le malaise est bref et ne comporte pas de clonie, on évoque en premier lieu le malaise vagal, le spasme du sanglot les causes de malaise grave sont d'origine cardiaque ou traumatique .

**.Traitement:**

\_lutter contre les conséquences de la crise:

.position latérale de sécurité

.ne pas intervenir sur la bouche

.calmer l'entourage

.s'assurer que la crise cesse d'elle même rapidement en une à 2min.

\_après la crise, le coma post critique ou phase stertoreuse, nécessite de libérer les voies aériennes supérieures, maintenir la position latérale de sécurité.

\_l'hémiplégie post critique est fréquente après la crise généralisée prolongée; généralement spontanément résolutive, en quelques minutes à quelques heures

**traitement étiologique des crises occasionnelles:**

\_le traitement antiepileptique est inefficace.

\_certaines étiologies sont dangereuses par elles mêmes

\_l'hypoglycémie a un risque de lésion cérébrale, voire un risque vital, l'hypocalcémie un risque de laryngospasme.

\_pour les convulsions fébriles le traitement symptomatique de la fièvre et le traitement de l'infection causale s'imposent.

**traitement des crises qui se prolongent et de l'état de mal épileptique:**

il débute par valium injectable intrarectale: 0.5mg/kg si échec on injecte par voie veineuse jusqu'à arrêt de l'état de mal:

\_valium IV: 0.5mg/kg

\_anti-épileptique IV : dose de charge: 15mg/kg

**Que doit-on faire en cas de nouvelles crises:**

savoir que la crise n'est pas dangereuse par elle-même si elle ne dure pas plus de quelques minutes prendre la température de l'enfant et traiter la fièvre, consulter un médecin pour connaître la cause de la fièvre et la traiter: si la crise ne cède pas, amener rapidement l'enfant à l'hôpital ou appeler un médecin

pour poursuivre le traitement de la crise par voie intraveineuse.

**B-hypertension intracranienne:**

L'hypertension intracranienne met en jeu le pronostic vital immédiat et fonctionnel.

Les causes en sont multiples et ont par elles-mêmes un pronostic parfois sévère après traitement de l'HIC

**1\_diagnostic:**

Il doit être évoqué précocément sur les signes fonctionnels:

\_céphalées volontiers nocturnes

\_vomissements faciles, en jet

\_troubles visuels, plus tardifs, intermittents ou continus très évocateurs

\_troubles des fonctions supérieures

\_flou papillaire, hémorragie rétinienne au fond d'œil

\_disjonction des sutures

\_hypodensité péri-ventriculaire au scanner

Chez le NRS, l'hypertension intracranienne est souvent bien tolérée dans les formes progressives.

se manifeste par une macrocranie, fontanelles tendues.

.des troubles de l'oculomotricité, regard en coucher de soleil

.des troubles du comportement

.vomissements

.des troubles neurologiques

.des troubles végétatifs chez le NNé

L'échographie transfontanellaire permet de détecter certaines étiologies: hydrocéphalie, épanchement sous-dural.

**2\_complications nécessitant un traitement symptomatique d'urgence:**

**.souffrance du tronc cérébral:**

annonciatrice d'engagement temporal ou amygdalien rapidement mortel, elle se traduit par:

\_raideur du rachis, attitude guindée

\_raideur du rachis

\_baillements, hoquet.

\_troubles de conscience

\_troubles végétatifs

**.Atteinte visuelle:** se traduit par:

\_baisse de l'acuité visuelle

\_cecité, parfois d'installation brutale

\_oedème papillaire au fond d'oeil, laissant place à une atrophie optique.

### 3\_Etiologies:

identifier l'étiologie est urgent pour poser les indications neurochirurgicales

\_le scanner sans puis avec produits de contraste dépiste les causes neurochirurgicales.

\_l'IRM cérébrale est l'examen de choix pour préciser le diagnostic étiologique et guider le geste chirurgical des lésions parenchymateuses.

**.tumeurs de la fosse postérieure:** 60% des tumeurs cérébrales de l'enfant

associe une HTIC avec des anomalies de l'examen neurologique:

\_syndrome cérébelleux cinétique

\_syndrome cérébelleux statique

\_atteinte des voies longues

\_nerfs crâniens: atteinte uni ou bilatérale

\_syndrome vestibulaire central

**.hématome sous dural du NRS:** souvent post traumatique

**.hydrocéphalie**

**.craniosténose**

**.HIC médicale:** peuvent être médicamenteuse, inflammatoires (otite, infection rhinopharyngée..),

neoplasique mais parfois aucune cause n'est retrouvée.

**.dysfonctionnement de la valve:** c'est une urgence neurochirurgicale.

### 4\_Traitement:

c'est une urgence, il est symptomatique et étiologique.

le traitement symptomatique: consiste à:

\_position demi-assise, mobilisation douce, aspiration rhinopharyngée, voire intubation et hyperventilation

\_lutter contre l'oedème cérébrale perfusion de solutés hypertoniques à 10%



\_si HTIC menaçante,ou degrés de pression >25cm d'eau faire un traitement sédatif"barbiturique"  
après intubation.

**C\_traumatisme crânien:**

**.deux situations sont fréquentes en pédiatrie:**

\_le trauma crânien connu dont il faut apprécier la gravité et savoir reconnaître les urgences  
neurochirurgicales.

\_le syndrome neurologique aigu inexpliqué, où il faut savoir retrouver l'étiologie traumatique parfois  
cachée.

**1\_physiopath:**

la gravité du traumatisme est liée à:

\_la lésion directe du parenchyme cérébral lors du traumatisme.

\_l'oedème cérébral qui s'installe au décours du traumatisme, responsable d'une hypertension  
intracrânienne et de lésions secondaires.

\_la lésion hémorragique, méningée, entraînant un hématome extra-dural ou sous-dural  
toutes ces pathologies constituent une urgence neurochirurgicale.

**2\_clinique et attitude pratique:**

l'examen initial recherche :

\_les circonstances du traumatisme

\_l'existence et la durée d'une perte de connaissance

\_la présence de signes neurologiques focaux témoignent d'une atteinte parenchymateuse focale ou  
conséquence de l'HTIC.

\_le niveau de conscience

\_l'existence de lésions traumatiques extra-crâniennes, osseuses, ou viscérales.

**3\_identification des urgences neurochirurgicales immédiates:**

ce sont les plaies crâniocérébrales les embarrures, les comas graves d'emblée, qui nécessitent une  
réanimation neurochirurgicale pour ventilation artificielle, une lutte contre l'HTIC, une intervention  
évacuatrice en cas d'hématome.

**4\_Urgences neurochirurgicales secondaires:**

elles apparaissent dans les premières heures, en cas d'hématome extra-dural, ou plus tardivement

en cas d'hémrome sous-dural chronique .le traitement s'effectue en milieu neurochirurgical après scanner cérébral sans injection de contraste en urgence.

les écoulements de liquide céphalorachidien doivent être recherchés car ils ont le même risque infectieux que les plaies crânio-cérébrales.

#### **5\_Evolution:**

elle est fonction de la gravité de l'atteinte cérébrale.les séquelles peuvent être absentes ou mineures ;troubles comportementaux,agressivité,difficultés scolaires.

elles peuvent être sévères;déficit moteur, déficience mentale.

les séquelles endocriniennes sont possibles.

#### **8\_Urgences uro-néphrologiques:**

##### **A\_glomérulonéphrite aigue:**

##### **1\_Definition:**

c'est une maladie rénale aigue associant un syndrome glomérulaire et un syndrome tubulaire caractérisé par une activation du système complémentaire survenant au cours ou au décours d'un épisode infectieux aigu.

##### **2\_appréciation clinique de la gravité:**

##### **.les formes sans symptômes cliniques:**

se traduisent par une hématurie microscopique,parfois macroscopique.

la protéinurie est inconstante et modérée.elles sont sans gravité et nécessitent une simple surveillance ambulatoire après avoir informé les parents des signes qui doivent inquiéter.

##### **.un syndrome néphrologique biologique:**

##### **protéinurie>50mg/kj et hypoalbuminémie< à 30g/l**

observée dans 30% des cas ,une insuffisance rénale doit être recherchée systématiquement,elle est oligo-anurique dans 60% des cas et nécessite une épuration extra-rénale dans 20%des cas.

##### **.les symptômes cliniques de la rétention hydro-sodée;font la gravité de la maladie**

ils se limitent souvent à une hypertension artérielle confirmée,des oedèmes malléolaires,un épanchement pleural,une cardiomégalie.

##### **3\_prescriptions diagnostiques d'urgence:**

##### **.diagnostic positif:**

il repose sur l'abaissement des fractions complémentaires C3 et C4 qui a la signification d'une activation

complémentaire par la voie principale. ces examens biologiques doivent être prélevés sans tarder en raison du caractère parfois fugace de cette anomalie. l'association des signes cliniques rénaux et des anomalies complémentaires sont suffisants pour retenir le diagnostic de glomérulonéphrite aiguë. une biopsie rénale est indispensable pour évaluer l'agressivité de la forme histologique en cas d'oligo-anurie d'une durée supérieure à 24 heures, d'insuffisance rénale d'une durée > 3 jours ou d'une protéinurie de néphrotique d'une durée > 7 jours.

**.diagnostic infectieux:**

repose sur la notion clinique d'une infection streptococcique antérieure et souvent guérie ou impétigo avec un intervalle libre, sérologie streptococcique, ou sur l'existence d'un syndrome infectieux contemporain de la maladie rénale

**.prescription thérapeutique d'urgence:**

**.diurétiques:**

furosémide est le diurétique de choix, en IV: 2 à 3 mg/kg en 30 min

une deuxième injection est parfois nécessaire pour être efficace.

en cas d'anurie ou d'oligurie résistante à ce traitement, il est nécessaire de recourir à l'épuration extra-rénale

**.autres traitements symptomatiques:**

le traitement de l'hypertension artérielle peut nécessiter l'utilisation de calcium bloqueur ou d'inhibiteur de l'enzyme de conversion. les B-bloqueurs ne doivent être utilisés qu'après s'être assuré de la fonction myocardique par echo-cœur.

**.Epuration extra-rénale:**

un seul des critères est suffisant pour débiter une épuration extra-rénale; une oligo-anurie de plus de 24H

**.antibiotiques:**

il est classique de traiter un ATCD de pharyngite ou d'impétigo par de la pénicilline; 1 à 3 million U/j  
une infection à haemophilus influenzae, à méningocoque ou à staph devront être traités avec une antibiothérapie intraveineuse adaptée au germe.

**.Evolution:**

elle est spontanément favorable chez la plus part des malades. les signes cliniques s'amendent en quelques jours et le complément revient à des valeurs normales en moins d'un mois.

une hématurie microscopique peut persister pendant 18 mois sans signification pronostique particulière

les formes menaçantes d'emblée répondent au traitement symptomatique de la rétention sodée et les formes glomérulaires sévères répondent au traitement glucocorticoïde.

\_la glomérulonéphrite aiguë peut récidiver en raison de la multiplicité des sérotypes streptococciques néphritogène.

\_la glomérulonéphrite chronique peut initialement emprunter la forme clinique d'une GNA post-infectieuse une biopsie rénale est indispensable pour le diagnostic si protéinurie >1g/l.

## **B\_ le syndrome néphrotique:**

### **1\_ définition:**

le syndrome néphrotique est défini par une protéinurie supérieure à 50 mg/kg/j et une albuminurie < 30g/L. il se traduit par une rétention hydro-sodée liée à une dysrégulation de la réabsorption rénale du sodium. les autres anomalies biologiques sont secondaires et n'entrent pas dans la définition. il est toujours le signe d'une maladie glomérulaire.

### **2\_ situations urgente:**

les œdèmes ou l'état d'anasarque œdémato-ascitique sont inesthétiques mais ne présentent aucun danger immédiat. les complications du syndrome néphrotique sont autrement redoutables et peuvent être une cause de mort si elles ne sont pas prises en charge sans délai en milieu hospitalier.

#### **.fièvre:**

les enfants atteints de syndrome néphrotique sont particulièrement sensibles aux infections bactériennes à streptococ et à E.coli. l'évolution vers un choc septique ou un collapsus est parfois brutale et rapide toute fièvre élevée chez un enfant en poussée de protéinurie doit être rattachée à une infection bactérienne à pneumocoque ou à E.Coli

#### **.choc et collapsus cardio-vasculaire:**

toute détresse hémodynamique doit être traitée en urgence par un remplissage vasculaire elle peut être simplement secondaire à un déséquilibre oncotique brutale au début d'une poussée de protéinurie mais aussi à un choc septique ou thrombose veineuse pulmonaire en l'absence de traitement anticoagulant préventif.

#### **.vomissements et malaise indét**

il peuvent être liés à une hyponatrémie de dilution en raison d'une sécrétion inappropriée d'ADH mais de corriger la natrémie d'une valeur de 3 à 5% correspondant à l'élévat

ion de la lipidémie totale.

### **3-la conduite pratique:**

la démarche initiale est subordonnée aux résultats de l'analyse d'urine par bandelettes réactives.

#### **.proteinurie abondante mais isolée:**

la cause du syndrome néphrotique est idiopathique .les éléments du diagnostic de proteinurie isolée doivent être réunis:

\_peser l'enfant ,et confirmer biologiquement le syndrome néphrotique .

\_mesurer la pression artérielle pour vérifier l'absence d'hypertension artérielle.

\_evaluer la fonction rénale

\_prélever une sérologie pour le virus de l'hépatite B .

il faut rechercher une prédisposition pour une complication thrombotique:

\_faire un dosage de fibrinogène,des D\_dimeres et surtout evaluer le degré de l'hypoalbuminémie.

#### **.proteinurie abondante associée à une hématurie micro ou macroscopique:**

cette situation est aussi compatible avec le diagnostic de syndrome néphrotique idiopathique mais d'autres causes peuvent être discutées:

\_maladie de Berger

\_glomérulonéphrite chronique.

avant l'âge de 1an le syndrome néphrotique est secondaire à un syndrome néphrotique idiopathique

.la démarche initiale doit rassembler de nombreuses données cliniques:

\_peser l'enfant et mesurer sa pression artérielle(éléments de base).

\_chercher les ATCD familiaux d'hématurie,d'insuffisance rénale et de surdité

\_confirmer le syndrome néphrotique par un dosage de la proteinurie des 24H et une albuminémie.

\_evaluer la fonction rénale avec dosage de l'urée sanguine et de la Créat plasmatique.

\_commencer les investigations diagnostiques par un prélèvement pour le dosage des fractions complémentaires.

\_evaluer le risque thrombotique

\_informer les parents de la possibilité d'une biopsie rénale

**la conduite thérapeutique doit comprendre en urgence:**

\_un régime hyposodé

\_l'équilibre d'une hypertension artérielle par un traitement approprié.

\_traitement d'un état infectieux

\_une épuration extra-rénale en milieu spécialisé en cas d'insuffisance rénale grave.

**.oedème et protéinurie nulle:**

il s'agit pas d'une pathologie rénale, les causes d'oedèmes sont:

\_causes hépatiques: insuffisance hépato-cellulaire chronique

syndrome de Budd-Chiari

\_causes digestives: enteropathie exsudative

lymphangiectasie

malnutrition

\_causes cardiaques: insuffisance cardiaque globale

insuffisance cardiaque droite

péricardite constrictive

\_causes diverses: purpura rhumatoïde

béribéri

lymphoedème congénitaux

les oedèmes sont traités de façon symptomatique, par un régime hyposodé systématique.

les principaux médicaments sont:

\_le Lasix 1 à 3mg/kg/j en une prise

\_aldactone 5 à 10mg/kg/j en une prise

\_modamide 0.25 à 0.5mg/kg/j en une prise.

**C\_infections urinaires basses:**

**1\_definition\_epidemiolo:**

la fréquence des infections urinaires est d'environ 1 à 7% chez l'enfant en période d'âge scolaire

l'infection urinaire basse est une infection non ou peu fébrile qui ne touche que la vessie et ne menace

jamais le parenchyme rénal.

il existe également des bactériuries asymptomatiques correspondant à une colonisation non virulente

des urines, sans caractère pathologique.

**2\_appréciation clinique:**

la cystite est une affection bénigne qui ne met jamais en jeu le pronostic rénal. En revanche, elle

occasionne un inconfort qui conduit au diagnostic: il s'agit d'une pollakiurie, brûlures mictionnelles, ou hématurie macroscopique ces signes surviennent dans un contexte non ou peu fébrile.

### **3\_diagnostique positif:**

confirmé par une bactériurie > 100.000/mL

une leucocyturie > 10.000/mL

ces critères ne sont valables que si les conditions de prélèvement et de conservation des urines sont respectées.

### **4\_explorations complémentaires:**

\_chez le garçon: le prépuce peut être à l'origine de contamination bactérienne de la vessie

le diagnostic clinique: \*urgence mictionnelle

\*enurésie nocturne

l'instabilité vésicale peut être due à une immaturité vésicale

\_des boissons insuffisantes, une mauvaise hygiène périnéale, une oxyurose doivent être recherchés

\_les explorations radiologiques sont inutiles dans la majorité des cas.

\_une échographie rénale et vésicale, une cystographie et des épreuves urodynamiques se justifient en cas de doute sur un diagnostic de vessie neurologique.

### **5\_Traitement:**

#### **.infection urinaire basse symptomatique:**

\_antimicrobiens par voie orale: et en monothérapie pour une durée de 5 à 7 jours.

les produits utilisés sont: cotrimoxazole "Bctrim": 6mg/k/j

sulfaméthoxazole: 30mg/k/j

l'acide nalidixique: 30 à 60mg

Amoxicilline: 50mg/k/j

ou Augmentin: 40mg/k/j

ou céphalosporine 3ème Génération

si résistance aux produits précédents: céfixime 8mg/k/j

#### **bactériurie asymptomatique:**

aucune gravité en absence d'anomalie urinaire.

finissent par guérir spontanément, elles rechutent dès l'arrêt du traitement antimicrobien et leur durée

totale d'évolution n'est pas modifiée par le traitement pour ces raisons, il faut s'abstenir de toute thérapeutique.

#### **.infections urinaires basse récidivantes:**

en cas d'immaturité vésicale expliquant ces infections, la prescription d'un atropinique, tell'oxybutinine à la dose de 5 à 15mg/j donne de bon reultat

les causes favorisantes doivent etre traitées; vulvites, constipation, oxyuroses.

lorsque le TRT des causes favorisantes ne donne pas de résultat il est justifier de donner un TRT préventif: antimicrobiens à doses subinhibitrices en une seule prise quotidienne, le soir on utilise les cotrimoxazole à dose de 10mg/k/jde trimethoprime.

#### **D\_pyélonéphrite aigue:**

##### **1\_definition:**

c'est une infection urinaire fébrile avec atteinte du parenchyme rénal et risque de séquelles sous la forme de cicatrice fibreuse.

toute pyélonéphrite aigue est l'indication d'un bilan urologique à la recherche d'une obstruction urinaire.

##### **2\_criteres cliniques de gravité:**

la pyelonephrite peut etre sévère chez NNé et NRS de <6mois du fait de la dissemination hématologique relativement fréquente chez ces jeunes enfants qui encourent un risque de choc septique. il faut donc penser à ce diagnostic devant des signes peu spécifiques tels qu'un teint grisatre, anorexie ou stagnation pondérale chez qui la fièvre peut etre totalement absente .

les constantes hémodynamiques, telles que la fréquence cardiaque et la tension artérielle doivent etre systématiquement vérifiés.

chez le NRS et le jeune enfant, la fièvre est présente, associée fréquemment à des signes digestifs.

la pyélonéphrite du grand enfant est beaucoup plus parlante bien que moins grave car ne menaçant pas le pronostic vital. la fièvre est associée à des douleurs abdominales, ou de siège lombaire, et des brulures mictionnelles.

dans tous les cas l'infection du parenchyme rénal risque d'entraîner des cicatrices rénales source ultérieures d'hyertension artérielle et nécessite de ce fait un TRT antibiotique urgent.

##### **3\_Diagnostic positif:**

le diagnostic est confirmé en présence d'une bacteriurie >100.000/mL

et une leucocyturie >10.000



les urines doivent être examinées le plus rapidement possible afin d'éviter toute prolifération microbienne  
la technique des poches n'est pas complètement fiable et peut entraîner l'existence de faux positifs  
il faut alors préférer le recueil des urines par cathétérisme vésical chez la fillette et par ponction sus  
pubienne chez le garçon.

une hyperleucocytose à prédominance de PNN ainsi qu'une élévation de la CRP et la VS sont  
habituelles mais inconstantes.

#### **4\_ Explorations complémentaires:**

\_l'échographie rénale et vésicale réalisée rapidement lors de l'épisode infectieux permet de visualiser  
une uropathie obstructive ou une lithiase:

\_autres sont réalisés en second temps: la cystographie rétrograde, cystographie isotopique

#### **5\_ Traitement:**

il est urgent; il doit stériliser rapidement le parenchyme rénal afin d'éviter les lésions de pyélonéphrite  
chronique et de cicatrices rénales.

le TRT doit systématiquement commencer par une antibiothérapie parentérale:

certain utilisent les céphalosporines 3<sup>ème</sup> Génération, en monothérapie à dose de 50mg/kg/j

d'autres y associent un aminoside; nétilmycine 6mg/kg/j durée habituelle de 5 jours.

\_dans tous les autres cas un TRT oral paracéxime: 8mg/kg/J peut être utilisé comme TRT d'attaque.

\_après obtention de l'apyrexie un TRT par voie orale remplace le TRT parentéral, généralement vers le 6<sup>ème</sup>  
jour.

le choix de l'antibiotique se fait en fonction du résultat de l'antibiogramme réalisé initialement.

un TRT antimicrobien préventif est prescrit au terme de l'antibiothérapie bactéricide, afin d'éviter une  
récidive sa durée est fonction des résultats du bilan urologique .on peut utiliser "Bctrim" 10mg/kg/j.

#### **9\_ autres; "brûlures de l'enfant":**

##### **1\_ Epidémiologie:**

la brûlure représente 3 à 8% des accidents de l'enfant

il s'agit presque exclusivement d'accidents domestiques (94.82%)

le contact avec un liquide chaud représente le principal mécanisme de brûlures (72.95%)

ces accidents surviennent souvent dans la cuisine ou la salle de bain.

il s'agit le plus souvent d'un garçon dont l'âge est en moyenne de 24 mois.

tout pédiatre doit être à même de répondre aux questions suivantes: faut-il hospitaliser l'enfant? que faire avant transfert en service spécialisé.

## **2\_Décision d'hospitalisation:**

la réponse à cette question nécessite une évaluation de la gravité de la brûlure et du contexte social

### **.Evaluation de la gravité:**

par la règle des 9: \_tête:9%  
\_membre sup:9%  
\_tronc:4x9%=36%  
\_membre inf=2x9%=18%

un NNé doit être hospitalisé quelque soit l'étendue de la brûlure

un NRS doit être hospitalisé si surface cutanée brûlée est >5%

un enfant doit être hospitalisé si la surface cutanée brûlée est > 10%

### **.profondeur;**

dont l'évaluation est clinique:

1er degré: "coup de soleil" avec érythème douloureux

2ème degré: **.superficiel:** déduit partiellement la jonction dermo-épidermique,

présence de phlyctènes remplies de sérum

**.profond:** déduit la jonction, sauf autour des annexes

phlyctènes inconstantes

lésions rouges, brunâtre, suintante

3ème degré: détruit complètement la couche des cellules basales.

la lésion apparaît blanchâtre cartonnée, cireuse

en pratique toute brûlure 3ème degré impose l'hospitalisation de l'enfant.

**.siège:** toute brûlure circulaire d'un membre, de la face, des pieds, et des mains ou du périnée doit être hospitalisée.

### **mecanisme:**

brûlure électrique, chimique, ou par incendie en espace clos nécessite une hospitalisation

**lésions associées:** l'hospitalisation s'impose pour toute brûlure associée à :

\_lésion respiratoire

\_lésion traumatique

### **Evaluation:**

Quelle que soit la gravité de la brûlure, la possibilité d'une intolérance doit toujours être envisagée elle est suspectée:

- \_si l'enfant est présenté aux urgences avec retard
- \_s'il existe des lésions multiples d'âge différent:
- \_si le discours des parents est incohérent
- \_si les brûlures sont d'un type particulier: "brûlures en chaussettes", "brûlures de cigarette"
- \_si une intolérance est suspectée, l'hospitalisation s'impose

### **.classification établie par l'évaluation initiale:**

sépare les enfants brûlés en 3 groupes:

#### **1-le petit brûlé non hospitalisé:**

c'est un NRS dont la brûlure est <5% ou un enfant dont la brûlure est <10% de la surface corporelle qui ne présente pas de lésion du 3<sup>ème</sup> degré  
ne pose pas de problème fonctionnel  
ne présente pas de lésions associées  
ces brûlures sont superficielles, et peuvent être suivies en consultation externe.  
en revanche toute brûlure non cicatrisée au bout de 10 jours nécessite une hospitalisation pour traitement chirurgical.

#### **2\_ le petit brûlé hospitalisé**

est un NRS qui présente une brûlure entre 5 et 10% ou un enfant dont la brûlure ne dépasse pas 20% de la surface corporelle, qui ne présente pas de problème respiratoires ou hémodynamiques et qui ne présente pas d'atteinte grave de la face, des mains ou du périnée.  
il doit être transféré en milieu spécialisé  
les lésions seront enveloppées dans un linge propre ou mises sous pansement gras. une analgésie doit être prescrite.

#### **3\_ le brûlé grave:**

nécessite un transfert rapide, médicalisé, vers l'unité de soins intensifs du centre de traitement des brûlés le plus proche.

#### **3\_ Conduite à tenir avant le transfert d'un brûlé grave:**

**.refroidissement de la brûlure et réchauffement du patient:**

le refroidissement de la brûlure diminue la profondeur de la lésion, l'œdème et la douleur

la température doit être comprise entre 8 à 25 °

**.la mise en condition:**

la voie intraveineuse doit être utilisée

si une voie centrale s'avère nécessaire, l'abord fémoral est le plus simple chez l'enfant

il doit être aussi mis en place une sonde gastrique et un dispositif de recueil urinaire

la pose d'une sonde veineuse s'impose en cas de brûlure périnéale.

**.Remplissage:**

**quantité:** la règle de "carvajal" : 2000ml de Ringer lactate par m<sup>2</sup> de surface corporelle totale + 5000ml de Ringer lactate par m<sup>2</sup> de surface brûlée. est la plus adaptée à la réanimation de l'enfant brûlé

**soluté:** . cristalloïdes isotoniques :le ringer lactate reste le produit de référence.

colloïdes: albumine à 4%(1g/kg),ou hestérel 6%(20mg/kg)

cristalloïdes hypertoniques :300meq de sodium par litre,ne sont pas recommandés dans la réanimation de l'enfant brûlé.

**.surveillance:**

repose sur remplissage repose sur le recueil des données hémodynamiques et sur la diurèse.

**.analgésie et sédation:**

on peut utiliser **paracétamol**: 15 à 20 mg/kg (IV)

si l'enfant est intubé,une sédation par **fentanyl** 2mcg/kg IV

une sédation par **Midazolam** à raison de 100 ug/kg en IV ou 250 ug/kg par voie rectale en cas d'agitation.

**.assistance respiratoire;**

les lésions respiratoires peuvent être liées à 5 mécanismes:

\_inhalation de fumées: pratiquer un bilan lésionnel et une toilette bronchique par un bronchoscope rigide.

\_intoxication oxycarbonée ou cyanhydrique: (en cas d'incendie en milieu fermé),sera traitée par la ventilation en O<sub>2</sub> pur.un taux d'HbCO>40% ou persistance de troubles neurologiques malgré ventilation impose une oxygénothérapie hyperbare.

\_constriction thoracique:la défaillance respiratoire par striction thoracique nécessite la réalisation d'incisions de décharge.

\_retentissement des brûlures très étendues:si >40% l'intubation est indiquée pour faire face à

l'augmentation considérable des besoins métaboliques.

\_Asphyxie en cas de brûlures faciale ou pharyngée: dans le cas d'une brûlure profonde de la face l'intubation s'impose et doit être précoce; en effet l'intubation différée peut être périlleuse lorsque l'œdème est constitué.

**"il vaut mieux intuber trop que pas assez!"**

**.Problèmes particuliers:**

\_brûlures électriques et chimiques:

en cas de brûlure électrique, il existe un risque de rhabdomyolyse il convient donc d'assurer un remplissage encore plus important

\_les brûlures chimiques: doivent bénéficier d'un lavage prolongé, l'utilisation d'antidote est inutile sauf en cas de brûlure par acide fluorhydrique.

une telle brûlure entraîne un risque majeur d'hypocalcémie, il faut donc dès que la brûlure dépasse 2 cm<sup>2</sup>, réaliser une complexion in situ des ions fluor par du calcium en couvrant la lésion avec du gel de gluconate de calcium.

\_incision de décharge:

s'il existe des lésions circulaires et constrictives d'un membre, des incisions de décharge doivent être faites. l'existence de paresthésie, la froideur du membre, l'absence de saignement à la piqure en aval de la zone brûlée, sont des indications d'incision de décharge.

**conclusion:**

la prise en charge d'un enfant brûlé aux urgences nécessite une bonne évaluation de la gravité des lésions. les règles de cette prise en charge sont simples mais souvent méconnues. rappelons qu'un appel au centre de traitement des brûlés est toujours possible.

# Partie Pratique

ge

Sexe	age	Dg
G	3 mois	Bronchiolite
G	45 jour ours	Bronchiolite
F	45 jour ours	Dirrhées infectieuses
G	5 mois	Bronchiolite
G	5ans	Crise épileptique
F	11 ans	DSH
G	18 mois	Bronchiolite
G	18 mois	Ingestion de produits caustiques
G	18 mois	Convulsion
G	18 mois	Convulsion
G	8 ans	Bronchopneumopthie
F	2 mois	Bronchiolite
G	5 mois	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
G	8 mois	Bronchiolite
G	1 ans	Crise d'asthme
G	3ans	Sd infectieux
F	6 mois	Convulsion
F	1 mois	Bronchiolite
F	45 jour ours	Bronchiolite
F	45 jour ours	Bronchopneumopthie
F	2 mois	Bronchiolite
F	3 mois	Broncopneumopthie
G	2 mois	DSH
F	2 mois	DSH
F	7 mois	DSH
G	11 ans	Ingestion de produits caustiques
F	14 ans	Intoxication médicamenteuse
G	6ans	Sd néphrotique
F	35 jour ours	Bronchiolite
G	1 mois	DSH
F	2ans	Bronchiolite
G	11 mois	DSH
G	13ans	AAnemiehypochrome microcytaire
G	4 mois	Bronchiolite
G	3 mois	Convulsion
G	21 mois	Bronchiolite
G	1 mois	Infection urinaire
G	8 ans	Convulsion
G	8 mois	Bronchiolite
F	21 mois	Bronchiolite
F	3ans	Sd infectieux
F	10 ans	PFLA
F	3 mois	Bronchiolite
F	3ans	AAemie
G	1 ans	DSH

G	10 mois	DSH
G	1 mois	Etat de choc septique
G	10 mois	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
F	7 ans	Perte de connaissance
G	6 mois	DSH
G	6 mois	Bronchiolite
G	23 mois	Bronchopneumopathie
F	30 mois	Pneumonie
F	26 mois	Convulsion
F	4 mois	Bronchiolite
F	4 mois	DSH
G	1 ans	Crise d'asthme
F	4 ans	Bronchiolite
G	1 mois	Sd hémorragique
G	1 mois	Ingestion de produits caustiques
G	4 ans	Convulsion
F	4 ans	Bronchiolite
F	8 mois	Bronchiolite
F	2 mois	Bronchiolite
G	17 mois	Bronchopneumopathie
G	17 mois	DSH
F	2 mois	Bronchiolite
G	2 ans	Convulsion
F	4 ans	Convulsion
G	15 mois	Convulsion
G	6 mois	DSH
G	4 ans 1/2	convulsion
G	4 mois	Bronchopneumopathie
G	6 mois	Bronchiolite
F	1 ans	Crise d'asthme
G	4 mois	Bronchiolite
F	2 mois	Sd infectieux
G	15 mois	Convulsion
G	2 mois	DSH
F	33 jours	Bronchiolite
G	12ans	Diabète
G	2 mois	Insuffisance cardiaque
F	21 mois	Convulsion
G	7 mois	DSH
G		DSH
G	8 mois	DSH
G	6 mois	DSH
F	2ans1/2	Convulsion
F	2 mois	DSH
F	2 mois	Convulsion
F	40 jours	Bronchiolite
F	2ans	Cellulite de la face
F	18 mois	convulsion
F	31 jours	Bronchiolite



F	5 mois	Bronchiolite
G	3ans	DSH
G	6 mois	Bronchiolite
G	4 mois	Bronchiolite
G	4 mois	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
F	11 ans	Crise convulsive
F	6 mois	Crise convulsive
G	9 mois	Convulsion
F	1 mois	toux coqueluchoide
G	2 mois	Bronchiolite
G	8 mois	Bronchiolite
F	16 mois	Bronchiolite
F	15 mois	Ingestion de fumafer
F	3 mois	DSH
F	11 mois	Convulsion
F	11 mois	Convulsion
F	7 mois	DSH
F	10 mois	Bronchopneumopathie
G	22 mois	Convulsion
G	2ans	DSH
G	55 jour ours	toux coqueluchoide
F	2 mois	Bronchiolite
F	2ans	detresse respiratoire
F	25 jour ours	toux coqueluchoide
G	40 jour ours	Bronchiolite
F	8 mois	Convulsion
G	1 mois	toux coqueluchoide
G	3ans	Convulsion recontée
G	18 mois	AAemie
F	2ans	DSH
G	10 mois	<b>DSH</b>
G	6 mois	Detresse respiratoire
G	5 mois	DSH
G	3ans	Convulsion
F	40 jour ours	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
G	3 mois	Bronchiolite
F	2ans	DSH
F	1 mois	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
F	2ans	Intoxication au Rticide
G	1 ans	Crise d'ashme
G	4 mois	Bronchiolite
G	5 mois	Bronchiolite
G	22 jour ours	toux coqueluchoide
G	5 mois	<b>DSH</b>
G	5 mois	Bronchiolite
G	5 mois	Bronchiolite
G	8 ans	Bronchopneumopathie

F	29 jour ours	detresse respirtoire
F	6 mois	Bronchiolite
G	4 ans	AAemie
F	6 mois	suspicion de pyélonéphrite
G	4 jour ours	Bronchiolite
G	10 mois	Sd infectieux
G	7 mois	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
F	4 mois	bronchoilite
F	2 ans	Convulsion
G	18 mois	convulsion
G	1 mois	convulsion
G	1 ans	Crise d'asthme
F	2 mois	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion F
F	24 mois	Bronchopneumopthie
F	45 jour ours	Bronchopneumopthie
G	8 mois	Bronchopneumopthie
G	8 mois	DSH
G	8 ans	Morsure de scorpion
F	15 mois	Convulsion
F	4 ans	DSH
G	45 jour ours	Bronchiolite
G	9 mois	Bronchiolite
F	4 mois	Méningite
G	4 mois	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
G	5ans	morsure de scorpion
G	6ans	Cellulite
G	3ans	Bronchopneumopthie
G	2ans	Intoxication au Rticide
G	13ans	Sd infectieux
G	6 mois	Bronchiolite
G	8 mois	Bronchiolite
F	14 ans	Ingestion de produits caustiques
F	3 mois	Bronchopneumopthie
G	7 ans	DSH
G	2 mois	Bronchiolite
G	4 mois	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
F	8 mois	Bronchiolite
G	4 ans	Bronchopneumopthie
G	6ans	IMC
G	3 mois	Bronchiolite
G	9 mois	Bronchopneumopthie
F	3ans	Convulsion
F	6 mois	Bronchiolite
F	12 mois	DSH
G	1 ans	Crise d'asthme

G	7 ans	Convulsion
F	3ans	Bronchopneumopthie
G	2ans	DSH
F	18 mois	Convulsion
G	16 mois	Ingestion de produits caustiques
F	20 mois	DSH
F	20 mois	Ingestion de produits caustiques
G	2 mois	DSH
G	4 mois	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
F	15 mois	DHS
F	5ans	Suspicion de pyélonéphrite
G	5 mois	Méningite
G	17 ans	Convulsion
F	6ans	Morsure de scorpion
G	11 mois	Convulsion F
G	2 ans	Convulsion
F	4 ns 1/2	Méningite
G	7 ans	Purpura rhumtoide
F	3ans	Cardiopathie
G	9 mois	DSH
G	11 ans	Noyade
G	4 ans	Méningite
F	6 mois	DSH
G	14 mois	Bronchiolite
G	18 mois	DSH
F	5 mois	DSH
G	6 mois	Bronchopneumopthie
G	16 mois	Bronchopneumopthie
G	4 mois	Bronchopneumopthie
G	3 mois	Méningite
F	2 ans	Convulsion
G	2ans	DHS
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Crise d'asthme
G	10 mois	Bronchiolite
F	5ans	DSH
F	4 ans	DSH
F	5 mois	Bronchiolite
G	7 ans	Méningite
G	1 mois	DSH
G	14 mois	Convulsion
G	16 mois	DSH
F	3ans	DSH
G	2ans	Intoxication médicamenteuse
G	18 mois	Convulsion
G	9 mois	DSH
F	5 mois	Bronchiolite
G	6 mois	DHS
F	11 ans	DSH

F	11 ans	Etat de mal convulsif
G	20 mois	DSH
F	12 mois	DSH
G	27 mois	DSH
G	18 mois	Intoxication alimentaire
F	3 ans	Bronchiolite
F	2ans	DHS
G	2ans	DSH
F	12 mois	DSH
F	5 mois	Méningite
G	11 mois	Bronchiolite
F	6ans	Intoxication alimentire
F	7 mois	DSH
F	2 mois	Convulsion
F	4 ans	intoxication alimentaire
F	3 ans	intoxication alimentaire
G	3 mois	intoxication alimentaire
G	3ans	choc septique
G	8 mois	Bronchiolite
G	6 mois	intoxication alimentaire
G	1 ans	intoxication alimentaire
F	1 ans	Morsure de scorpion
G	1 ans	DSH
F	7 mois	Méningite
G	1 ans	DSH
F	4 mois	DSH
F	2ans	AAemie
F	5 mois	Bronchiolite
G	12 mois	DSH
G	13ans	intoxication alimentaire
F	4 ans	Intoxication au plomb
G	13 mois	Convulsion
G	8 mois	DSH
G	3 mois	DSH
G	3 mois	DSH
G	10 mois	Méningite
G	4 ans	Bronchiolite
G	4 mois	DSH
F	18 mois	Bronchopneumopthie
G	18 mois	Convulsion
F	5ans	toux coqueluchoide
F	5ans	AAemie
F	2ans	bronchoilite
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	2ans	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH

F	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	5 mois	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	10 ans	Broncholvéolite
F	4 ans	Bronchopneumophtie
G	3 mois	Bronchiolite
G	9 ans	Intoxication alimentaire
F	15 mois	DSH
F	10 ans	DSH
G	1 mois	Bronchiolite
F	1 ans	Suspicion de pyélonéphrite
F	3ans	Insuffisance renale
G	3 mois	DSH
G	7 ans	Bronchopneumophtie
G	2 mois	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	4 ans	Méningite
G	3 mois	DSH
F	8 ans	Convulsion
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	10 ans	cétose diabétique
F	13 mois	DSH
G	5ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	3 moi	DSH
G	3ans	Ingestion de produits caustiques
F	12ans	Sd nephrotique
F	1 ans	Convulsion
F	6ans	Morsure de serpent
F	1 mois	Méningite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Convulsion Febrile
G	5ans	IMC
F	1 ans	DSH
F	10 ans	Convulsion
F	9 mois	DSH
F	2 mois	toux coqueluchoide
G	2ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
G	6ans	Hemophilie
F	2ans	Bronchopneumophtie
F	1 ans	Bronchiolite
F	2ans	Bronchopneumophtie
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 mois	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	8 ans	DSH

F	2 ans	Convulsion
G	2ans	Intoxication médicamenteuse
G	1 ans	Bronchopneumophtie
F	1 ans	Bronchiolite
F	11 ans	Pleuresie
F	1 mois	Bronchiolite
G	2ans	DSH
G	4 mois	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
G	5ans	Ingestion de produits caustiques
G	4 ans	DSH
G	13ans	cétose diabetique
G	1 ans	convulsion
F	1 mois	Bronchiolite
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	7 ans	DSH
G	1 ans	Crise d'asthme
G	5ans	Ingestion de produits caustiques
G	3 ans	ingestion de produits caustiques
G	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	5ans	ingestion de produits caustiques
F	2ans	ingestion de produits caustiques
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchopneumophtie
G	1 ans	Bronchiolite
F	3 ans	Bronchopneumophtie
G	1 ans	Méningite
F	7 ans	Convulsion
G	4 mois	Diabete
F	11 ans	DSH
G	11 ans	cétose diabétique
G	3 ans	Hemophilie
G	11 ans	Ingestion de raticide
G	1 ans	ingestion de raticides
G	9 ans	ingestion de raticides
G	10 ans	ingestion de raticides
F	10 ans	ingestion de raticides
G	10 ans	ingestion de raticides
G	15ns	ingestion de raticides
G	11 ans	ingestion de raticides
G	11 ans	ingestion de raticides
G	4 ans	Convulsion
G	5 mois	Bronchiolite
F	5 mois	Bronchiolite
G	11 ans	AAemie
F	5ans	DSH
F	2ans	Bronchiolite

F	14 ans	Pleuresie
F	4 ans	intoxication alimentaire
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
F	12ans	DSH
G	4 ans	DSH
G	3 ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	Bronchiolite
G	14 mois	Bronchiolite
F	14 mois	Intoxication medicamenteuse
F	2 ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
F	12 mois	Crise d'asthme
G	2 ans	Convulsion
F	2ans	ingestion de produits caustiques
G	1 ans	DSH
G	10 ans	Anemie
F	3ans	Bronchopneumopathie
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	4 ans	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite severe sthme
F	3ans	DSH
G	13ans	Pneumonie
G	10 ans	Bronchiolite
F	14 ans	Crise d'asthme
G	16ans	Cétose dibetique
F	12ans	Bronchopneumopathie
F	10 ans	Encepahlite
G	2ans	DHS
G	4 ans	Convulsion
G	3ans	DHS
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
F	2 ans	Convulsion
G	3ans	DSH
G	2ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	DHS
G	5ans	Purpura rhumtoide
G	1 ans	Bronchopneumopathie
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DHS
F	2ans	Douleur abdominale
G	1 ans	Bronchiolite
F	3ans	ingestion de produits caustiques
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DHS
G	4 ans	DSH
F	1 ans	toux coqueluchoide
F	3ans	ingestion de produits caustiques
G	2 ans	Convulsion

G	1 ans	Bronchiolite
G	2ans	Intoxication par insecticides
F	1 ans	Bronchiolite
G	2ans	Intoxication medicamenteuse
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	10 ans	Rectorragies
G	2ans	DSH
G	2 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	2 ans	Convulsion
G	3ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	5ans	Convulsion
F	3ans	DHS
G	3 ans	DSH
F	3ans	Ingestion D'essence
G	2ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Intoxication medicamenteuse
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Méningite
G	1 ans	Bronchopneumophtie
G	2ans	Méningite
G	1 ans	toux coqueluchoide
G	8 ans	Intoxication medicamenteuse
F	7 mois	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	3ans	ingestion de produits caustiques
F	6ans	Anémie
G	5ans	Anémie
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	10 ans	Bronchiolite
G	3ans	Convulsion
F	12 mois	DSH
F	1 ans	DSH
F	8 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Convulsion
G	14 ans	intoxication alimentaire
G	1 ans	Ingestion de produits caustiques



G	1 ans	toux coqueluchoide
F	2ans	Microcranie
F	13ans	crise epileptique
F	1 ans	DSH
F	5ans	DSH
F	2ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	2ans	DSH 5
G	1 ans	Bronchiolite
F	2ans	Méningite
F	1 ans	Pyelonephite
G	1 ans	Pneumonie
G	1 ans	Sd infectieux
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Pyelonephite
G	2 ans	Convulsion
F	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	2ans	DSH
G	2ans	DSH
G	9 ans	Bronchiolite
G	10 ans	Bronchiolite
G	6ans	Bronchiolite
G	2ans	Pneumonie
F	1 ans	DSH
F	4 ans	Méningite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	5ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite
G	5ans	Laryngite
F	_ 1 ans	Bronchiolite
G	15ans	cétose diabétique
F	2 ans	Convulsion
G	3ans	DSH
G	3ans	Bronchiolite
G	3ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	9 ans	Ingestion de produits caustiques
F	9 ans	DSH
F	11 ans	Betathalssemie
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	8 ans	DSH

G	10 ans	Convulsion
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	3 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
F	2ans	Bronchiolite
G	5ans	Convulsion
G	5ans	Vomissements
G	1 ans	Toxidermie medicamenteuse
G	2 ans	Convulsion
F	12ans	<b>Epistaxis</b>
F	15ans	Intoxication medicamenteuse
G	1 ans	DSH
G	10 ans	Fièvre
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	14 ans	Intoxication medicamenteuse
F	11 ans	Injection de produits caustiques
G	2 ans	Convulsion
F	3ans	DSH
F	25 jour ours	hypotrophie
F	2ans	DSH
G	41 jour ours	Choc septique
G	2 ans	Convulsion
G	2 mois	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
F	9 ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
F	8 ans	Méningite
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	10 ans	DSH
F	2ans	Morsure de scorpion
G	9 ans	Morsure de scorpion
G	2ans	Bronchiolite
G	9 mois	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite

F	5ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	15ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	4 ans	Pleuresie
F	1 ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	DSH
G	14 ans	Crise d'ashme
F	1 ans	Pyelonephrite
G	14 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
G	3ans	convulsion
G	1 ans	DSH
F	3ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
G	7 mois	Bronchopneumopthie
F	1 ans	Bronchiolite
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Ictère
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	6 mois	Méningite
G	15 mois	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
G	18 mois	Crise d'asthme
F	19 mois	Crise d'asthme
G	1 ans	DSH
F	3 ans	Intoxication medicamentouse
G	1 ans	Bronchiolite
F	8 ans	Bronchopneumopthie
G	1 ans	toux Coqueluchoide
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Suspicion de pyelonephrite
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	2ans	DSH
G	1 ans	Sd Hemorragique
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
G	5ans	PFLA
G	3 mois	Bronchiolite
F	2ns	DSH

G	1 ans	DSH 5%
G	1 ans	Convulsion fébrile
F	1 ans	Convulsion fébrile
F	5 mois	DSH
F	14 ans	Cetose diabetique
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	14 ans	Intoxication medicamenteuse
G	1 ans	Convulsion
G	4 ans	Appendicite
G	2 ans	Convulsion
G	6 mois	Convulsion
F	6 mois	Méningite
G	16 mois	bronchopneumopathie
G	13 mois	Méningite
G	1 ans	Bronchiolite
G	2ns 1/2	Toux coqueluchoide
G	2ns 1/2	DSH
F	6 mois	Méningite
G	1 ans	Infection urinaire
G	1 ans 1/2	Convulsion
G	9 mois	Ingestion de produits caustiques
F	9 mois	Convulsion
F	9 mois	Toux coqueluchoide
G	5ns	Sd infectieux
G	13 mois	DSH
G	13 mois	Bronchiolite
G	13 mois	Vomissements
G	4 ans 1/2	Intoxication
F	6 mois	DSH
G	1 ans	Convulsion
F	7 ans	Convulsion
G	10 ns	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Sd infectieux
G	13ans	IMC
G	3ans	DSH
G	7 mois	DSH
F	2 mois	toux coqueluchoide
G	3ans	toux coqueluchoide
G	1 ans	Morsure de scorpion
G	1 ans	Méningite
G	2 mois	Broncho_alveolite
G	1 ans	Convulsion
G	11 ans	Acidocétose diabétique
G	1 ans	Bronchiolite
G	10 ans	Dyspnée
G	2ans	Sd infectieux
F	1 ans	Convulsion



G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	5ans	DSH
F	5ans	DSH
F	5 mois	DSH
G	1 ans	DSH
G	2 mois	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	3ans	DSH
G	11 ans	Sd infectieux
G	1 ans	Sd infectieux
G	1 ans	Méningite
F	1 ans	DSH
F	1 mois	toux coqueluchoide
G	1 ans	DSH
G	7 ans	Hemophilie
G	1 ans	Bronchiolite
G	9 ans	Sd infectieux
F	1 ans	Hypotrophie
F	5ans	Sd infectieux
F	4 mois	DSH
F	3 mois	Suspicion de pyelonephrite
F	2 ans	convulsion
F	1 ans	Corps etranger
F	7 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	8 mois	DSH
F	5 mois	Convulsion
F	2ans	Bronchiolite
G	2 ans	Crise d'asthme
F	13ans	DSH
G	3 mois	DSH
G	1 mois	Convulsion
G	1 mois	Méningite
G	2 mois	Bronchopneumopathie
G	13 ans	Convulsion
F	2ans	Hemophilie B
G	2ans	DSH
F	2ans	Bronchiolite
G	4 ans	Méningite
F	2ans	Morsure de scorpion
G	4 mois	DSH
F	3 mois	Sd infectieux
G	5 mois	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
F	4 mois	CIV
G	3 mois	toux coqueluchoide
G	3 mois	Convulsion
F	2ans	DSH
G	2ans	Bronchopneumopathie

F	3 ans	bronchiolite
F	1 ans	bronchopneumopathie
F	1 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
G	3 mois	Pyelonephrite
F	4 ans	DSH
G	4 ans	DSH
F	5ans	DSH
G	4 ans	DSH
G	6 mois	Bronchopneumopathie
G	10 mois	Bronchiolite
F	1 ans	Suspicion de pyelonephrite
G	7 ans	Bronchopneumopthie
F	1 ans	ingestion de produits caustiques
G	13 mois	Bronchiolite
F	11 mois	Bronchiolite
G	10 mois	DSH
F	10 mois	DSH
F	8 ans	Bronchiolite
G	47 jour our	DSH
F	1 ans	Cétose Dibetique
F	13ans	DSH
F	2ans	DSH
G	13ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
F	3ans	DSH
F	8 ans	DSH
G	8 ans	DSH
F	10 mois	DSH
F	15 mois	convulsion
F	7 mois	Convulsion
G	1 ans	Crise epileptique
F	18 mois	Crise epileptique
F	3ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	2ans	DSH
G	7 mois	Convulsion
G	7 mois	convulsion
G	8 ans	Infection urinaire
F	13ans	bronchiolite
G	14 mois	DSH
F	2ans	DSH
G	2ans 1/2	DSH
G	2ans	DSH
G	4 mois	DSH
F	1 ans	Convulsion
F	3ans	DSH
G	9 mois	ingestion de produits caustiques
F	2ans	DSH

F	3 ans	bronchiolite
F	1 ans	bronchopneumopathie
F	1 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
G	3 mois	Pyelonephrite
F	4 ans	DSH
G	4 ans	DSH
F	5ans	DSH
G	4 ans	DSH
G	6 mois	Bronchopneumopathie
G	10 mois	Bronchiolite
F	1 ans	Suspicion de pyelonephrite
G	7 ans	Bronchopneumopathie
F	1 ans	ingestion de produits caustiques
G	13 mois	Bronchiolite
F	11 mois	Bronchiolite
G	10 mois	DSH
F	10 mois	DSH
F	8 ans	Bronchiolite
G	47 jour our	DSH
F	1 ans	Cétose Dibetique
F	13ans	DSH
F	2ans	DSH
G	13ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
F	3ans	DSH
F	8 ans	DSH
G	8 ans	DSH
F	10 mois	DSH
F	15 mois	convulsion
F	7 mois	Convulsion
G	1 ans	Crise epileptique
F	18 mois	Crise epileptique
F	3ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	2ans	DSH
G	7 mois	Convulsion
G	7 mois	convulsion
G	8 ans	Infection urinaire
F	13ans	bronchiolite
G	14 mois	DSH
F	2ans	DSH
G	2ans 1/2	DSH
G	2ans	DSH
G	4 mois	DSH
F	1 ans	Convulsion
F	3ans	DSH
G	9 mois	ingestion de produits caustiques
F	2ans	DSH



F	7 mois	DSH
G	2ans	Sd infetieux
G	16 mois	DSH
F	1 mois	DSH
G	2ans 1/2	Infection urinaire
F	9 ans	Convulsion
F	14 mois	DSH
F	3 mois	DSH
F	10mois	DSH
G	3mois	DSH
G	6ans	DSH
G	6 mois	DSH
G	10 mois	Sphérocytose
G	2 ans	Convulsion
G	16 mois	DSH
G	3ans	DSH
F	10 ans	DSH
G	1 mois	DSH
G	15 mois	DSH
F	2 mois	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
G	1 mois	Convulsion
G	5 mois	DSH
F	18 mois	ingestion de produits caustiques
G	14 mois	DSH
F	8 mois	DSH
G	8 mois	DSH
F	2 mois	Ingestion de produits caustiques
G	3ans	DSH
F	3 mois	Ingestion de produits caustiques
G	28 mois	DSH
G	13 mois	intoxication médicamenteuse
F	17 mois	DSH
G	2 mois	Sd infectieux
G	45 jour our	Sd infectieux
G	6 mois	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	17 mois	DSH
G	6 mois	ingestion de produits caustiques
G	2ans	DSH
G	15 mois	DSH
G	8 mois	DSH
G	3ans	DSH
G	2 mois	DSH
G	3ans	DSH
G	9 mois	Bronchopneumopathie
G	3ans	Convulsion
G	14 ans	DSH

F	2 ans	Crise d'asthme
G	2ans	Bronchopneumopathie
G	2 ans	Convulsion
G	9 ans	Convulsion
F	22 mois	Intoxication medicamenteuse
G	1 ans	DSH
F	4 mois	Convulsion
G	3ans	Convulsion
F	3ans	Bronchiolite
G	8 mois	Intoxication au plomb
F	2ans	Sd infectieux
F	8 mois	DSH
G	8 mois	DSH
F	14 mois	DSH
F	4 mois	Méningite
F	4 mois	Asthme
G	9 mois	DSH
F	8 mois	Méningite
F	4 mois 1/2	DSH
F	3 mois	Bronchiolite
G	9 mois	Bronchiolite
G	4 mois	convulsion
F	1 ans	Méningite
F	1 ans	DSH
G	18 mois	DSH
G	4 mois	Ingestion de produits caustiques
G	6 mois	DSH
F	6 mois	DSH
G	2ans	DSH
F	7 ans	DSH
F	2ans	intoxication alimentaire
G	9 ans	DSH
G	9 ans	DSH
G	2 mois	Méningite
G	8 mois	DSH
G	1 mois	DSH
F	4 mois	DSH
G	3 mois 1/2	Envenimation scorpionique
F	5ans	DSH
G	8 mois	DSH
F	8 mois	DSH
F	14 ns	Intoxication alimentaire
G	4 ans	Intoxication alimentaire
G	7 ans	Intoxication alimentaire
G	10 mois	Bronchiolite
G	2ans	Bronchiolite 6
G	1 ans	DSH
G	2ans	intoxication alimentaire
G	9 ans	intoxication alimentaire
F	2ans	intoxication alimentaire

G	7 ans	Ingestion d'essence
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	22 mois	DSH
F	8 mois	DSH
G	4 mois	Convulsion
G	19 mois	Bronchiolite
F	14 mois	DSH
F	4 mois	Adenophlegmon
G	14 ans	Méningite
G	4 mois	Convulsion
F	2 mois	Accès de cyanose
F	15 mois	Convulsion
F	2ans	DSH
G	6 mois	Sd nephrotique
G	1 ans	Sd infectieux
G	4 mois	Rectorragie
F	45 jour ours	DSH
F	9 mois	Sd infectieux
G	21 mois	DSH
F	21 moi	Ingestion de produits caustiques
G	1 mois	Méningite
G	4 mois	Méningite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Sd infecteux
G	6ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	7 mois	DSH
G	8 mois	DSH
F	6ans	corps etranger
G	2ans	DSH
G	9 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	21 mois	DSH
G	15 mois	DSH
G	9 ans	PFLA
F	2ans	Bronchiolite
G	3 mois	Convulsion
G	18 mois	Cetose diabetique
G	4 ans	epilepsie
G	7 ans	Bronchiolite
G	4 ans	Convulsion
G	14 ans	Bronchiolite
G	22 mois	DSH
F	1 mois	Bronchiolite
G	9 mois	Sd infectieux
G	6 mois	DSH
G	3 mois	DSH
F	12ans	Oedeme cerebral
F	2ans	DSH

F	15 mois	Ingestion de produits caustiques
G	2ans	ingestion de produits caustiques
G	22 mois	DSH
G	18 mois	Bronchiolite
G	13 mois	DSH
F	1 ans 1/2	DSH
G	5 mois	DSH
G	11 ans	DSH
G	9 mois	DSH
G	5 mois	DSH
F	11 ans	Hemophilie
G	2ans	DSH
G	3 mois	Méningite
G	4 mois	Bronchiolite
G	1 mois	Bronchiolite
G	5 mois	Une piqure d' insecte
F	5ans	DSH
G	3 mois	Cardiopathie
G	2ans	DSH
F	2 ans	Crise d'asthme
G	3ans1/2	DSH
G	5 mois	DSH
G	3ans	Pneumonie
F	7 mois	Convulsion
G	2 mois	DSH
F	2ans	Crise d'asthme
G	7 ans	bronchiolite
G	3 mois	DSH
F	22 mois	DSH
G	9 mois	DSH
F	1 ans	bronchiolite
G	3 mois	Convulsion
G	3ans	DSH
G	8 mois	Convulsion
F	2ans	Sd infectieux
G	1 ans	bronchiolite
G	3 mois	DSH
G	18 mois	bronchiolite
G	6ans1/2	DSH
G	4 mois	ingestion de produits caustiques
G	2ans 1/2	morsure de scorpion
G	8 ans	DSH
G	2ans	DSH
G	7 mois	DSH
G	11 ans	DSH
F	10 mois	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	15 mois	Anemie
G	8ns	DSH
F	2ans	Crise d'asthme

F	4 ans	intoxication medicamenteuse
G	5ans	DSH
F	4 mois	DSH
G	2 mois	DSH
G	2 mois	DSH
G	11 ans	Méningite
G	9 ans	Convulsion
G	16 mois	DSH
G	4 mois	DSH
F	2 ans	Convulsion
F	3ans	Morsure de scorpion
G	5ans	Convulsion
F	2ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	2ans	DSH
G	7 ans	Méningite
G	11 mois	Ingestion de produits caustiques
G	13 mois	DSH
G	13 mois	DSH
F	13 mois	DSH
G	2 ans	Convulsion
G	27 mois	Intoxication medicamenteuse
F	7 ans	Sd néphrotique
G	15ans	intoxication alimentaire
G	13ans	Bronchiolite
G	16 mois	intoxication alimentaire
G	13ans	intoxication alimentaire
G	6ans	DSH
G	2ans	DSH
G	3 mois	Cetose diabetique
F	15ans	Sd infectieux
G	3 mois	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
G	2ans	intoxication alimentaire
G	8 ans	Convulsion
G	8 mois	DSH
G	6 mois	DSH
G	6 mois	Convulsion
G	1 mois	Intoxication medicamenteuse
F	11 mois	DSH
G	_ 1 ans	bronchiolite
G	2ans	Bronchiolite
F	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	DSH
F	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	Bronchiolite
F	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	DSH
F	_ 1 ans	Bronchiolite

G	3ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	Bronchiolite
G	_ 1 ans	DSH
G	_ 1 ans	Vertige
G	12ans	Hemophilie
G	4 ans	DSH
G	1 ans	Bronchoilite
G	1 ans	Anemie
G	05ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
F	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	5ans	DSH
G	5ans	Bronchiolite
F	4 ans	DSH
F	1 ans	Choc septique
F	10 mois	DSH
F	01 ans	Bronchiolite
G	3 mois	Bronchiolite
F	3 mois	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	4 ans	Intoxication au CO2
G	11 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	3 ans	Convulsion
G	6ans	intoxication alimentaire
G	5ans	intoxication alimentaire
F	8 ans	Hypoglycemie
G	13ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
F	2ans	Bronchiolite
F	1 ans	Fièvre
F	1 ans	DSH
F	2ans	Bronchiolite
F	12ans	Choc septique
G	2ans	Dyspnée
G	1 ans	Dyspnée
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Broncho_alveolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	ingestion de produits caustiques

G	3ans	DSH
G	3ans	DSH
G	4ns	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	4 ans	Convulsion
G	3ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Intoxication aux orgnophosphorés
F	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Broncho_alveolite
F	2 mois	DSH
F	2 mois	DSH
G	3ans	Bronchiolite
G	3ans	Bronchiolite
F	3ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	2 mois	DSH
G	2 mois	DSH
G	7 mois	Bronchiolite
F	7 mois	PEL
F	3ans	bronchiolite
G	1 ans	bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	bronchiolite
G	1 ans	bronchiolite
G	2 mois	bronchiolite
G	7 mois	DSH
F	4 mois	Convulsion
G	2ans 1/2	DSH
F	3 ans	bronchiolite
F	1 ans	bronchiolite
F	5 mois	bronchiolite
G	26 jour	DSH
G	3 mois	Bronchiolite
G	2 mois	bronchiolite
F	1 ans	bronchiolite
F	1 ans	bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	bronchiolite
G	1 ans	bronchiolite
F	1 ans	Prenmonie
G	1 ans	Intoxication medicamenteuse

F	4 ans	DSH
G	5ans	Ingestion de produits caustiques
G	8 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	3 mois	DSH
G	6 mois	Méningite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	2ans	Crise d'asthme
G	3ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	2 ans	Convulsion
F	2 ans	DSH
F	2 ans	Bronchiolite
F	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Convulsion
F	2 ans	DSH
G	2 ans	Bronchiolite
F	2 ans	DSH
G	2 ans	Convulsion
G	4 ans	DSH
G	18 mois	DSH
G	1 ans	DSH
G	4 ans	infection urinaire
G	12ans	DSH
G	4 ans	Convulsion
G	3ans	Méningite
G	2ans	DSH
F	4 mois	DSH
G	11 ans	Convulsion
G	22 mois	DSH
G	8 mois	DSH
F	8 ans	DSH
F	5 mois	Convulsion
F	3ans	Bronchiolite
F	3 mois	Méningite
F	1 ans	DSH



F	3 mois	Morsure de scorpion
F	15 mois	Convulsion
G	19 mois	DSH 5
F	8 mois	Convulsion
F	12 jour	intoxication medicamenteuse
G	10ns	DSH
F	5ans	Bronchiolite
G	7 mois	DSH
F	10 mois	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans 1/2	DSH
G	1 ans	Méningite
F	4 mois	DSH
G	4 mois	Convulsion
F	4 mois	DSH
F	4 mois	DSH
F	4 mois	DSH
g	4 mois	Intoxication medicamenteuse
F	4 mois	Intoxication medicamenteuse
G	2ans	Crise d'asthme
F	15ans	intoxication alimentaire
G	15ans	Convulsion
F	2ans	DSH
G	2ans	intoxication alimentaire
G	10 ans	intoxication alimentaire
G	4 ans	intoxication alimentaire
G	7 ans	intoxication alimentaire
G	10 mois	intoxication alimentaire
G	4 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	2ans	intoxication alimentaire
G	9 ans	intoxication alimentaire
F	2ans	intoxication alimentaire
G	7 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
F	16ans	DSH
G	22ans	DSH
F	8 ans	DSH
G	4 ans	Convulsion
G	9 mois	DSH
F	4 mois	Adenophlegmon
G	14 ans	Méningite
G	4 mois	Convulsion
F	20 ns	Convulsion
F	2 ans 1/2	Convulsion
F	2ans	DSH
G	6ans	Convulsion
G	2ans	DSH
G	2 mois	intoxication medicamenteuse
G	10 ans	intoxication alimentaire

G	7 ans	intoxication alimentaire
G	1 ans	Laryngite Severe
G	10 mois	intoxication alimentaire
F	18 mois	Broncho_alveolite
G	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	2ans	intoxication alimentaire
G	9 ans	intoxication alimentaire
F	2ans	intoxication alimentaire
G	7 ans	ingestion d' essence
F	1 ans	DSH
F	16 mois	DSH
G	22 mois	DSH
F	8 mois	DSH
G	4 mois	Convulsion
G	19 mois	Bronchiolite
F	14 mois	DSH
F	4 mois	Adenophlegmon
G	14 mois	Méningite
G	4 mois	Convulsion
F	20 mois	hypoglycemie
F	15 mois	Convulsion
F	2 ans 1/2	Convulsion
F	2ans	DSH
G	6 mois	Sd néphrotique
G	1 ans	Sd infectieux
F	4 mois	Convulsion
G	9 mois	Sd infectieux
G	3 mois	Rectorragie
F	45 jour our	Convulsion
F	2ans	DSH
G	2ans	Sd infectieux
G	2 mois	DSH
F	21 mois	ingestion de produits caustiques
G	10 mois	Méningite
G	4 mois	Méningite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	7 mois	DSH
G	8 mois	DSH
F	6ans	DSH
G	9 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
F	21 mois	ingestion de produits caustiques
G	15 mois	DSH
G	9 ans	PFLA
F	2ans	Bronchiolite
G	3 mois	Convulsion
G	18 mois	Cétose Diabetique

G	13ans	epilepsie
G	7 ans	Bronchiolite
G	4 ans	Convulsion
G	14 mois	Convulsion
G	14 ans	DSH
F	2ans 1/2	Crise d'asthme
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
F	2 ans	DSH
F	2 ans	Convulsion
F	2 ans	Convulsion
F	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	intoxication au plomb
F	2 ans	Sd infectieux
G	2 ans	DSH
G	2 ans	DSH
F	14 mois	DSH
G	4 mois	DSH
F	8 mois	Méningite
F	4 mois	DSH
F	3 mois	Bronchiolite
G	9 mois	Bronchiolite
G	4 mois	Convulsion
F	1 ans	Sd infectieux
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
F	3ans	Convulsion
G	3ans1/2	DSH
F	40 jour ours	Cétose Diabetique
G	12 ans	Convulsion
G	2ans	Sd infectieux
F	6 mois	Accès de cyanose
G	29 jour ours	Bronchiolite
G	8 mois	Hematemese
G	2ans 1/2	Crise d'asthme
G	6 mois	Laryngite Sévere
G	5 mois	Sd infectieux
F	26 mois	Ingestion de produits caustiques
G	13 mois	Bronchiolite
F	21 mois	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	11 ans	Bronchiolite
G	6 mois	Cétose Diabetique
G	14 ans	Bronchiolite
G	6 mois	DSH
G	8 mois	Toux coquluchoide
G	43 jour ours	Bronchiolite
G	6 mois	Convulsion
G	1 ans	DSH
G	6 mois	Bronchiolite

G	24 mois	DSH
F	4 ans	Convulsion
G	5ans	Convulsion
G	15 mois	DSH
F	1 ans	Convulsion
F	5ans	DSH
F	6 mois	Bronchiolite
G	2ans 1/2	Crise d'asthme
F	1 mois	Convulsion
F	9 mois	DSH
G	2 mois	Convulsion
F	7 ans	Convulsion
F	3 ans	Crise d'asthme
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	DSH
F	2 ans	Bronchiolite
F	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Ingestion de produits caustiques
F	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	DSH
G	2 ans	DSH
G	2ans	Bronchiolite
G	2 mois	Ingestion de produits caustiques
G	4 ans	Bronchopneumopathie
F	9 mois	DSH
G	6ans	Convulsion
F	3 mois	Bronchiolite
F	2ans 1/2	DSH
F	2ans	Bronchiolite
G	3 mois	Bronchiolite
G	10 mois	Bronchiolite
G	1 ans	DSH 5 %
F	2 mois	Convulsion
G	9 mois	DSH
F	2 mois	DSH
G	3ans	Crise d'asthme
F	2 ans 1/2	Convulsion
F	2ans	Cétose diabétique
G	12ans	DSH
G	5ans	Crise épileptique
G	14 ans 1/2	DSH
F	10 mois	DSH
G	7 mois	Bronchiolite
G	3 mois	Convulsion
G	2ans	DSH
G	1 ans	Intoxication au CO
F	2ans	DSH
G	7 mois	DSH

G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	DSH
F	2 ans	Convulsion
F	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	laryngite Severe
G	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	DSH
G	5 mois	Anemie severe
G	4 ans	Bronchiolite
F	1 ans 8 mois	Bronchiolite
F	5ans	Anemie
F	11 ans	Bronchiolite
F	11 ans	Convulsion
G	11 ans	Convulsion
F	3ans	Crise d'asthme
F	3ans	toux coqueluchoide
G	3ans	Bronchiolite
G	3ans	Bronchiolite
F	3ans	Bronchiolite
F	3ans	Bronchiolite
G	4 ans	Convulsion
F	2ans	Bronchiolite
G	2ans	Gingivostomatite
G	12 ans	Convulsion
G	2ans	Anemie hemolytique
G	2ans 1/2	Bronchiolite
G	12 ans	Convulsion
G	12ans	Bronchopneumopathie
G	4 ans	DSH
F	4 ans	DSH
G	8 mois	Bronchiolite
F	45 jour ours	Meningite
G	45 jour ours	Meningite
G	1mois	Convulsion
G	4 ans	toux coqueluchoide
F	1 mois 1/2	Convulsion
G	6 mois	Anemie hemolytique
G	9 ans	DSH
F	3ans	Crise d'asthme
F	9 ans	Eruption cutanee
F	12ans	Sd infectieux
G	10 ans	Hematemese
G	6ans	Bronchiolite
G	2 mois	Bronchiolite
F	16 mois	Bronchopneumopathie
F	23ans	Bronchiolite
F	3 ans	Bronchiolite

F	6 mois	DSH
G	2ans	Bronchiolite
G	2 mois	Convulsion
F	13 mois	Bronchiolite
G	8 mois	Toux coqueluchoide
F	34 jour ours	Bronchiolite
F	2ans	Bronchiolite
G	1 ans 1/2	Convulsion
G	3ans	Crise d'asthme
G	4 ans	Bronchiolite
G	2ans 1/2	Bronchiolite
G	19 mois	Detresse respiratoire
G	1 ans	Bronchiolite
G	4 ans	Crise d'asthme
G	3ans	Méningite
F	8 mois	Cardiopathie
G	2 ans 1/2	Convulsion
G	21 ans	Intoxication medicamenteuse
F	3ans	DSH
G	4 ans	Crise d'asthme
F	9 ans	Méningite
F	9 ans	Accés de caynose
F	9 jour ours	Méningite
G	18 ans	Intoxication medicamenteuse
G	3 ans	Convulsion
F	3 ans	Bronchiolite
G	6 mois	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
G	15 mois	Bronchiolite
G	3ans	Bronchiolite
G	3ans	Anemie normocytaire normochrome
G	13ans	Ingestion de produits caustiques
F	12 mois	Anemie hemolytique
G	4 ans	Crise d'asthme
G	5ans	Bronchiolite
F	9 mois	Morsure de scorpion
G	2 ans	Convulsion
F	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	PFLA
G	2 ans	Toux coqueluchoide
G	2 ans	Méningite
G	4 ans	Crise d'ashme
G	2 ans	DSH
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Anemie feriprive
G	2 ans	Bronchiolite
F	12ans	Bronchiolite
F	2 mois	DSH
F	3ans	Convulsion
G	15ans	Intoxication alimentaire

F	8 ans	Intoxication medicamenteuse
G	3ans	Sd.hemorragique
G	4 ans	Crise d'asthme
G	2ans	Bronchiolite
F	12ans	infection urinaire
F	10 ans	Eruption cutnée
G	12ans	DSH
G	7 ans	DSH
F	3 mois	Hematurie macroscopique
G	7 ans 1/2	ingestion de produits caustiques
G	4 mois	Crise d'asthme
G	6 mois	Bronchopneumopathie
G	26 mois	Cétose Dibetique
F	6ans	DSH
G	4 ans	DSH
G	7 mois	Sd nephretique
F	5ans	Bronchopneumopathie
G	12 mois	DSH
G	6 mois	infection urinaire
G	22 mois	Morsure de scorpion
G	14 ans	Convulsion
G	2ans	DSH
G	18 mois	Cellulite
G	4 ans	DSH
P	11 mois	DSH
F	2ans	Méningite
G	2ans	Méningite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	14 ans	DSH
G	5ans	Bronchiolite I
G	2 mois	Toux coqueluchoide
F	6 mois	Méningite
G	2 mois	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Gingivostomatite
F	11 ans	Infection urinaire
F	10 mois	Bronchopneumopathie
G	5 mois	Infection urinaire
G	18 mois	Dibète
F	2ans	Ictère
G	7 mois	Bronchiolite
F	4 mois	DSH
G	7 mois	Diabète
G	3 ans	Intoxication alimentaire
G	9 mois	Gingivostomatite
G	8 ans	Sd infectieux
G	17 ans	Convulsion
F	14 mois	DSH
G	1 ans	Cétose Diabetique

G	13ans	DSH
G	4 ans	Sd infectieux
G	5ans	DSH
G	6ans	Ingestion de produits caustiques
G	7 ans	Méningite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	2 mois	Bronchiolite
F	16 mois	Intoxication alimentaire
F	2ans	DSH
f	2ans	Sd infectieux
G	2ans	DSH
G	6 mois	Convulsion
F	3 ans	Convulsion
G	6ans	Méningite
F	11 mois	Douleur abdominale
G	3 ans	DSH
G	4 mois	Sd infectieux
F	2 mois1/2	Méningite
F	13ans	Méningite
F	1 mois	Bronchopneumopathie
F	8 ans	Infection urinaire
F	1 mois	DSH
G	2 mois	Toux coqueluchoide
G	2 mois	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite
G	8 mois	Méningite
G	5 mois	Accès de cyanose
F	2 mois	Laryngite
G	2ans	DSH
G	2ans	Insuffisance Cardiaque
f	6 mois	DSH
G	6 mois	hematurie macroscopique
G	7 ans	Ingestion d'essence
G	4 ans	Bronchopneumopathie
G	3 mois	Drépanocytose
F	1 ans	Ingestion de produits caustiques
G	3ans	Leucemie
G	8 ans	Morsure de scorpion
F	15 mois	Fièvre
F	1 mois1/2	Insuffisance Cardiaque
F	1 mois1/2	Ingestion de produits caustiques
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	DSH
F	2 ans	Sd infectieux
G	2 ans	Infection urinaire
F	2 ans	Bronchopneumopathie
G	2 ans	DSH
G	2 ans	Ingestion de produits caustiques
G	2 ans	Bronchiolite



G	2 ans	Bronchopneumopathie
G	2 ans	Bronchiolite
F	2 mois	Convulsion
F	4 ans	Bronchopneumopathie
G	3 mois	Hématurie macroscopique
G	5ans	Bronchiolite
F	2 mois	Convulsion
G	7 mois	DSH
F	7 mois	Convulsion
G	21 mois	Morsure de scorpion
F	5ans	Bronchopneumopathie
F	2ans	Bronchiolite
G	1 mois	Bronchiolite
G	4 mois	hématurie macroscopique
G	2 mois	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite
G	1 mois	Sd Infectieux
F	35 jour ours	Bronchiolite
F	52 jour ours	Bronchiolite
G	3 mois	DSH
G	11 mois	Bronchiolite
G	40 jour ours	Convulsion
G	5 mois	Crise d'asthme
G	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	Toux coqueluchoïde
F	50 jour ours	Crise d'asthme
f	5ans	DSH
G	11 ans	Bronchopneumopathie
G	20 jour ours	Bronchiolite
G	2ans	Bronchiolite
F	4 mois	Convulsion
G	3 ans	Convulsion
G	1 mois	Bronchiolite
G	4 mois	Bronchiolite
F	40 jour ours	Bronchiolite
F	6 mois	Bronchiolite
F	2 mois	DSH
G	3 mois	Sd Infectieux
G	22 mois	Bronchiolite
G	14 mois	Ingestion de produits caustiques
F	16 mois	Bronchiolite
G	41 jour ours	Bronchiolite
F	1 mois1/2	Bronchiolite
G	28 jour ours	Convulsion
G	12 mois	Bronchopneumopathie
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Bronchopneumopathie
G	2 ans	Convulsion
F	5ans	Crise d'asthme
G	2 ans	Bronchiolite

G	2 ans	Bronchiolite
F	2 ans	Bronchopneumopathie
F	2 ans	Hématémèse
G	2 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Sd infectieux
F	2 mois	DSH
G	13ans	Intoxication medicamenteuse
F	12ans	DSH
G	10 ans	DSH
F	5ans	Intoxication medicamenteuse
F	8 ans	Bronchiolite
G	9 ans	Convulsion
G	8 ans	Convulsion
G	13ans	Broncho_alveolite
G	1 ans	Convulsion
G	22ans	Bronchiolite
G	6 mois	Bronchiolite
G	9 jour ours	Toux coqueluchoide
F	13ans	Bronchiolite
F	4 ans	DSH
F	41 jour ours	Bronchopneumopathie
F	13 ans	Convulsion
F	23ans	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Bronchiolite
F	2 ans	Intoxication medicamenteuse
G	2 ans	Purpura Rhumtoide
G	2 ans	Toux coqueluchoide
F	2 ans	Convulsion
F	2 ans	DSH
G	5ans	Crise d'asthme
F	2 ans	Intoxication alimentaire
F	2 ans	Méningite
F	12 ans	Convulsion
G	2ans1/2	Bronchiolite
G	2ans1/2	Méningite
G	1 ans	Convulsion
G	23 mois	DSH
G	5 mois	Bronchiolite
F	18 mois	Bronchiolite
F	3 mois	Toux coqueluchoide
G	36 jour ours	DSH
F	14 mois	PFLA
G	16 mois	Sd Infectieux
F	15 mois	Anemie
G	7 ans	Bronchiolite
F	6 mois	Bronchiolite
G	8 mois	DSH
f	4 ans	Intoxication alimentaire
f	9 ans	Bronchiolite

F	2 mois	Bronchiolite
G	8 mois	Sd infectieux
G	18 mois	DSH
F	8 mois	convulsion
G	3 mois	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	DSH
F	2 ans	Intoxication medicamenteuse
F	2 ans	Intoxication alimentaire
F	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Méningite
G	2 ans	Douleur abdominale
G	2 ans	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
F	2 ans	Ingestion de produits caustiques
f	3 ans	DSH
F	17 mois	DSH
G	9 mois	DSH
f	3ans	Bronchiolite
F	7 ans	<b>Méningite</b>
F	2 mois	Bronchiolite
G	6 mois	Bronchiolite
G	4 ans	Ingestion de produits caustiques
F	2ans	Bronchiolite
F	8 mois	Bronchiolite
G	6ans	Bronchopneumopathie
F	14 ans	Ingestion de produits caustiques
F	14 ans	PFLA
F	7 ans	Convulsion
G	17 ans	Toux coqueluchoide
G	40 jour ours	Bronchiolite
G	2 mois	Convulsion
F	8 mois	Bronchiolite
G	9 ans	DSH
F	9 ans	Morsure de Scorpion
G	8 mois	DSH
G	34 jour ours	DSH
G	7 ans	Polyurie
G	3 ans	Toux coqueluchoide
G	4 ans	Convulsion
G	4 ans	Bronchiolite
G	2ans	Bronchiolite
G	4 ans	Ingestion d'essence
G	14 ans	Intoxication alimentaire
G	9 ans	Intoxication alimentaire
F	2ans	Intoxication alimentaire
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	17 ans	Méningite
G	5 mois	cétose diabétique
G	23 mois	Convulsion

F	23 mois	Sd infectieux
F	5 mois	Convulsion
F	7 mois	DSH
G	10 mois	Convulsion
G	18 mois	Bronchiolite
f	7 mois	laryngite
G	7 mois	DSH
F	6 mois	Crise d'asthme
F	15 mois	DSH
F	8 mois	DSH
G	5 mois	Convulsion
F	2 ans	Convulsion
F	3ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Intoxication medicamenteuse
G	4 ans	DSH
F	3 ans	DSH
G	7 ans	DSH
G	5ans	DSH
G	1 ans	DSh
F	1 ans	Sd infectieux
G	6ans	Convulsion
F	1 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
G	4 ans	DSH
F	4 ans	Sd infectieux
G	1 mois	Pyelonephrite
G	1 ans	Convulsion
G	7 ans	Meningite
F	3 ans	Intoxication
G	2ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Infection urinaire
G	1 mois	Bronchopneumopathie
F	6ans	Convulsion
F	1 ans	Infection urinaire
G	1 ans	Infection urinaire
G	3 ans	Convulsion
F	7 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	2ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	4 mois	DSH
G	3 mois	DSH
F	6ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
F	2 mois	Infection urinaire
F	3 ans	DSH
G	1 ans	Infection urinaire

G	2ans	Intoxication medicamenteuse
G	2ans	Bronchiolite
F	10 ans	Fievre
G	1 mois	Fievre
F	1 mois	Ingestion de produits caustiques
G	2ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	2ans	DSH
F	1 ans	Méningite
G	3 ans	Méningite
G	1 ans	Méningite
F	1 ans	Méningite
G	2 mois	Méningite
F	1 ans	Méningite
G	1 ans	Méningite
F	7 ans	Méningite
f	2ans	Méningite
G	2ans	Méningite
F	4 ans	Méningite
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Méningite
F	1 ans	Intoxication medicamenteuse
G	1 ans	DSH
G	6ans	DSH
G	6ans	Convulsion
F	6ans	DSH
F	6ans	Bronchiolite
G	6ans	DSH
F	6ans	Intoxication medicamenteuse
G	6ans	Ingestion de produits caustiques
F	6ans	DSH
G	6ans	DSH
F	6ans	Intoxication alimentaire
G	6ans	Convulsion
G	6ans	Crise d'asthme
G	6ans	DSH
F	6ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH

G	1 ans	DSH
G	1 ans	Morsure de scorpion
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Sd infectieux
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Toux coqueluchoide
G	1 ans	Méningite
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Sd infectieux
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Méningite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Intoxication alimentaire
F	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Morsure de scorpion
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
F	14 mois	DSH
G	18 mois	Suspicion de corps étranger
G	4 mois	Convulsion
G	13 mois	DSH
G	2ans	DSH
F	3ans 1/2	DSH
F	6 mois 1/2	Convulsion
G	5 mois	DSH
F	18 mois	DSH
F	8 mois	DSH

G	15 mois	Convulsion
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	3ans	DSH
G	10 mois	Intoxication medicamenteuse
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	2 mois	Bronchiolite
F	7 mois	DSH
F	2 mois	convulsion
F	8 ans	Bronchiolite
F	17 mois	DSH
G	10 ans	Convulsion
G	3ans	Infection urinaire
G	3ans	DSH
F	4 ans	Bronchiolite
F	4 ans	DSH
G	6 mois	DSH
F	5 mois	Ingestion de produits caustiques
G	1 ans	DSH
G	18 mois	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
G	8 mois	Convulsion
F	2ans	Cetose diabetique
G	18 mois	DSH
F	18 mois	Bronchiolite
F	7 mois	Convulsion
G	1 mois	DSH
F	10 ans	DSH
G	3 mois	DSH
F	3 mois	DSH
F	5 mois	DSH
G	2 mois	DSH
G	1 mois	DSH
F	6 mois	DSH
G	13ans	Anemie ferriprive
F	21 mois	Convulsion
G	1 mois	Convulsion
G	9 mois	Convulsion
G	17 mois	Bronchiolite
G	9 mois	Convulsion
F	2 mois	DSH
G	1 mois	DSH
G	21 ans	Ingestion de produits caustiques
G	21 mois	Sd infectieux
G	2ans 1/2	Bronchiolite
F	15ans	Bronchiolite
G	14 mois	Convulsion
G	7 mois	Convulsion
G	8 mois	Convulsion

G	3ans	DSH
F	4 ans	Convulsion
G	7 ans	Tentative de suicide - DNV
F	1 ans	DSH
F	13ans	DSH
G	12 ns	DSH
G	4 ans 1/2	DSH
G	5 mois	Anemie
F	7 ans	Anemie
G	6ans	DSH
F	11 ans	Bronchiolite
F	2ans	DSH
G	5 mois 1/2	DSH
F	1 ans	DSH
F	6 mois	DSH
G	2ans	DSH
F	3 mois	Convulsion
G	4 ans	Convulsion
G	24 mois	Bronchiolite
G	27 mois	Convulsion
F	2 mois	DSH
F	3ans	DSH
F	2 mois	Intoxication au plomb
G	6 mois	Prise accidentelle de raticides
F	3ans	Pneumonje
F	14 ans	Bronchiolite
F	11 ans	DSH
F	2ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	6ans	Bronchiolite
F	14 ans	Hemophilie B
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	4 ans	DSH
F	1 ans	Ingestion de produits caustiques
G	1 ans	DSH
G	5ans	Bronchiolite
G	2ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
F	6ans	Bronchiolite
G	6ans	Convulsion
G	7 ans	Crise d'asthme
F	1 ans	Toux coqueluchoide
G	13 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	2ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	3 ans	DSH



F	2ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	4 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Coqueluche
G	1 ans	Bronchiolite
f	11 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	9 ans	Bronchiolite
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
F	1 ans	Convulsion
G	7 mois	Crise d'asthme
F	4 ans	Convulsion
F	8 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
F	1 ans	Convulsion
G	2 ans	Convulsion
F	1 ans	Convulsion
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	1 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	10 ans	Bronchiolite
G	2ans	Bronchiolite
G	2 ans	Sd infectieux
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
G	2 ans	Bronchiolite
G	3ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	5ans	DSH
f	3ans	Convulsion
G	3 ans	Bronchiolite
G	3ans	Bronchiolite
G	2ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite

G	1 ans	Ingestion de produits caustiques
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
F	2ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	8 ans	Sd infectieux
F	7 mois	Bronchiolite
F	1 ans	DSH
G	3ans	DSH
G	6ans	Bronchiolite
F	5ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
G	10 ans	Bronchiolite
f	3ans	DSH
G	12 mois	Bronchiolite
G	1 ans	Pneumonie
G	8 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Convulsion
F	7 mois	Crise d'asthme
G	14 ans	Bronchiolite
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
F	2ans	Toux coqueluchoide
F	13ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	5ans	Convulsion
F	2ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	2ans	Ingestion de produits caustiques
G	1 ans	Ingestion de produits caustiques
F	2ans	DSH
F	1 ans	Intoxication alimentaire
F	1 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Asthme
G	1 ans	Convulsion
G	2 ans	DSH
F	2 ans	Convulsion
f	2ans	DSH
F	2ans	Bronchiolite
F	9 ans	Bronchiolite
G	10 ans	Bronchiolite
F	6ans	DSH
G	2ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	4 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Convulsion

G	1 ans	Bronchiolite
F	5ans	Toux coqueluchoide
F	1 ans	Bronchopneumopathie
F	1 ans	Bronchiolite
F	2ans	DSH
G	5ans	convulsion
G	_ 1 ans	Bronchiolite
G	15ans	Sd infectieux
F	2ans	Bronchiolite
F	8 ans	Crise d'asthme
F	3ans	Bronchiolite
F	3ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
F	8 ans	crise d'asthme
G	1 ans	Sd infectieux
G	9 ans	Sd infectieux
F	9 ans	DSH
F	11 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	epilepsie
G	8 ans	Convulsion
F	10 ans	DSH
F	1 ans	Bronchopneumopathie
G	1 ans	Bronchopneumopathie
F	3 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchopneumopathie
F	2ans	Bronchopneumopathie
G	5ans	Convulsion
F	5ans	Bronchiolite
G	1 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Convulsion
F	12ans	Bronchiolite
G	15ans	DSH
G	1 ans	Ingestion de produits caustiques
G	10 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Convulsion
F	14 ans	Convulsion
G	11 ans	DSH
G	2 ans	Bronchiolite
G	3ans	Ingestion de produits caustiques
G	25 jour ours	Bronchopneumopathie
G	2ans	DSH
F	41 jour ours	Convulsion
G	2 ans	Cétose diabetique
F	2 mois	Bronchiolite
F	2 ans	Convulsion
G	2ans	Bronchiolite

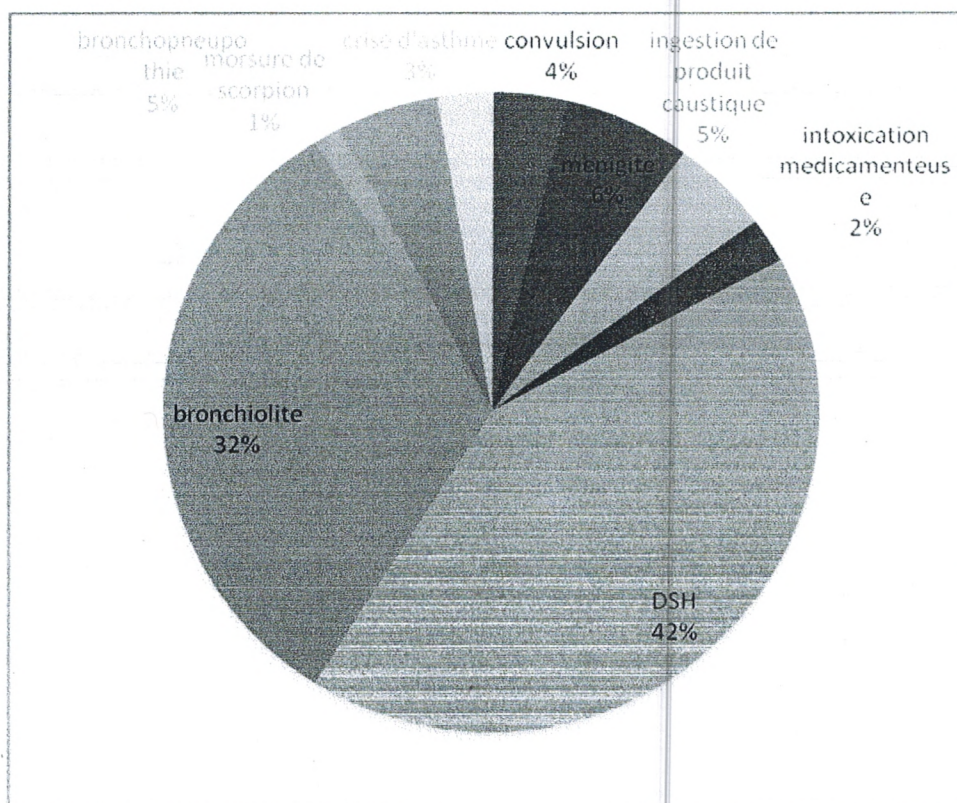
F	2ans	Bronchiolite
F	1 ans	Bronchiolite
G	9 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
F	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Cétose diabetique
F	1 ans	DSH
G	8 ans	Crise epileptique
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Bronchiolite
G	10 ans	Bronchiolite
G	2ans	DSH
G	9 ans	DSH
F	2ans	DSH
G	9 mois	Convulsion
F	1 ans	Convulsion
F	1 ans	Toux coqueluchoide
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Méningite
G	5ans	Convulsion
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Cardiopathie
G	15ans	DSH
G	1 ans	DSH
F	1 ans	Bronchiolite
F	4 ans	Sd infectieux
G	1 ans	Toux coqueluchoide
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	Toux coqueluchoide
G	1 ans	Convulsion
G	14 ans	DSH
G	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
F	3ans	DSH
G	1 ans	Bronchiolite
F	3ans	Fièvre prolongée
G	1 ans	Cétose diabetique
F	1 ans	Intoxication alimentaire
G	7 mois	DSH
G	1 ans	Intoxication alimentaire
G	2ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Méningite
f	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
G	1 ans	Ingestion de produits caustiques
G	6 mois	DSH

G	15 mois	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Intoxication alimentaire
F	4 ans	DSH
G	8 ans	Intoxication alimentaire
F	1 ans	Convulsion
G	3 ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	DSH
F	8 ans	Convulsion
F	1 ans	Convulsion
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Intoxication alimentaire
G	1 ans	Méningite
G	1 ans	Méningite
G	2ans	Sd infectieux
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Intoxication
G	1 ans	Sd infectieux
G	1 ans	Bronchopneumopathie
G	2 ans	Bronchiolite
G	1 ans	Méningite
F	5ans	DSH
F	3 mois	Toxinfection
G	2ns	Toxinfection
G	1 ans	DSH
F	1 ans	DSH
F	1 ans	Sd infectieux
G	5 mois	Méningite
G	14 ans	Ingestion de produits caustiques
G	1 ans	Méningite
G	1 ans	Méningite
G	14 ans	DSH
F	1 ans	Convulsion
G	4 ans	Bronchiolite
G	2 ans	Méningite
F	1 ans	Convulsion
F	8 ans	Crise d'asthme
F	2 ans	Convulsion
F	6ans	Toux coqueluchoide
G	1 ans	DSH
G	1 ans	DSH
G	1 ans	Méningite
G	1 ans	DSH
F	11 ans	Convulsion
F	1 ans	Asthme
G	1 ans	convulsion
G	1 ans	DSH
G	1 mois	Méningite
G	1 ans	Convulsion
F	4 mois	Convulsion
F	14 ans	DSH



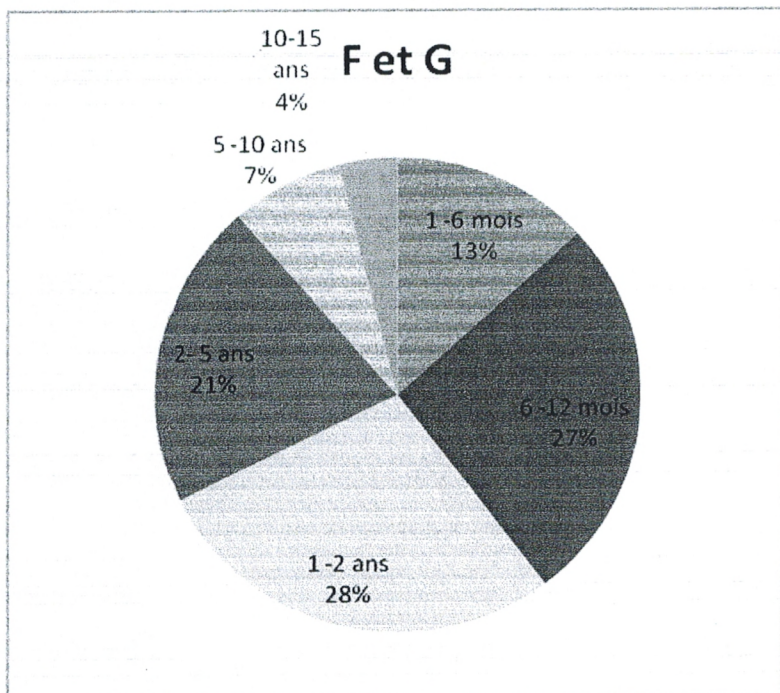
## 1. Fréquence des pathologies

pathologie	F et G	fréquence
convulsion	53	4,6
menigite	91	7,91
ingestion de produit caustique	71	6,17
intoxication medicamenteuse	34	2,87
DSH	601	52,3
bronchiolite	460	40,03
morsure de scorpion	19	1,65
bronchopneupothie	72	6,26
crise d'asthme	39	3,39



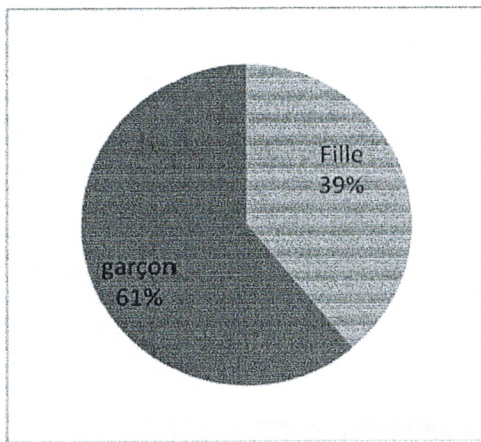
## 2-AGE

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F et G	397	803	844	632	225	118



## 3-SEXE

Fille	1174
garçon	1845



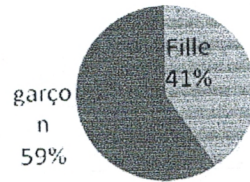


## 4-AGE-SEXE

	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans	
Fille	162	299	323	255	88	47	<b>1174</b>
garçon	235	504	521	377	137	71	<b>1845</b>
F et G	397	803	844	632	225	118	

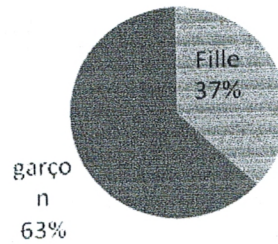
	1 -6 mois
Fille	162
garçon	235
	397

### 1 -6 mois



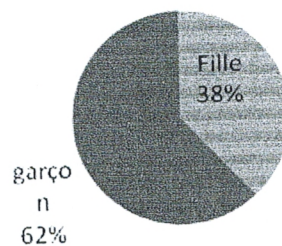
	6 -12 mois
Fille	299
garçon	504
	803

### 6 -12 mois

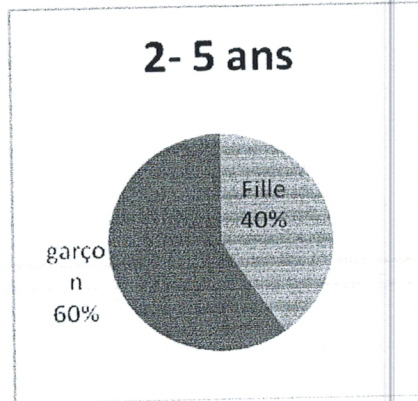


	1 -2 ans
Fille	323
garçon	521
	844

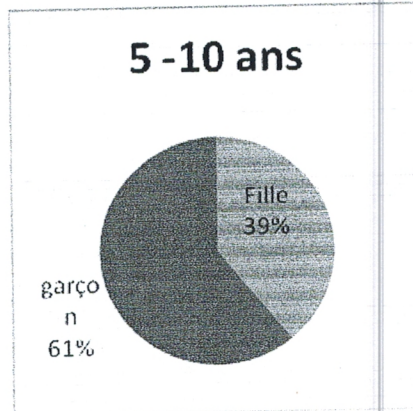
### 1 -2 ans



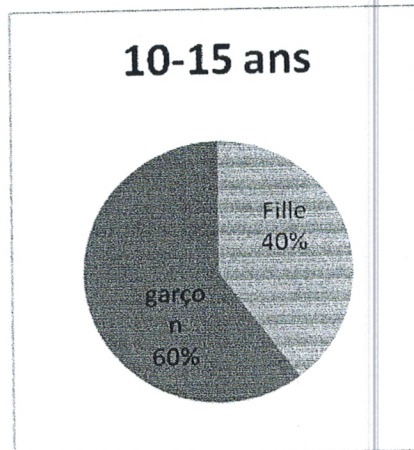
	2- 5 ans
Fille	255
garçon	377
	632



	5 -10 ans
Fille	88
garçon	137
	225



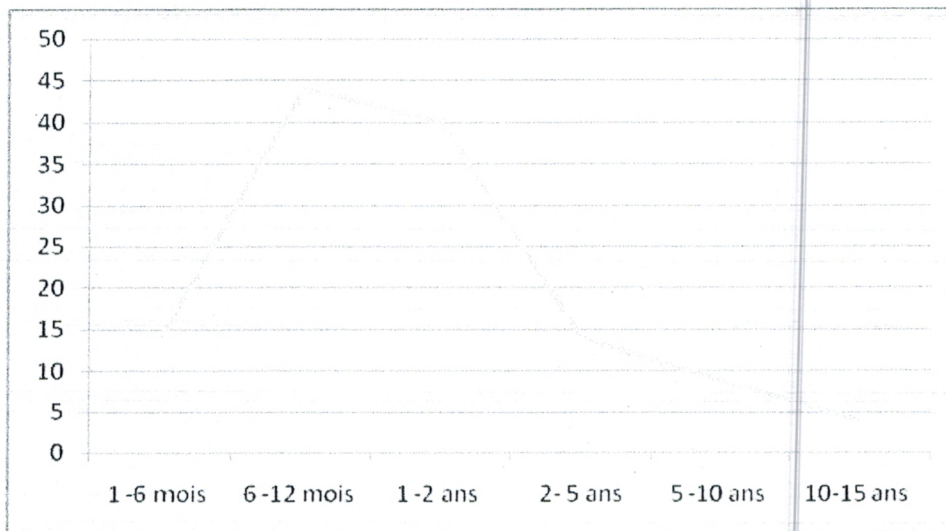
	10-15 ans
Fille	47
garçon	71
	118



## 5-PATHOLOGIE –AGE

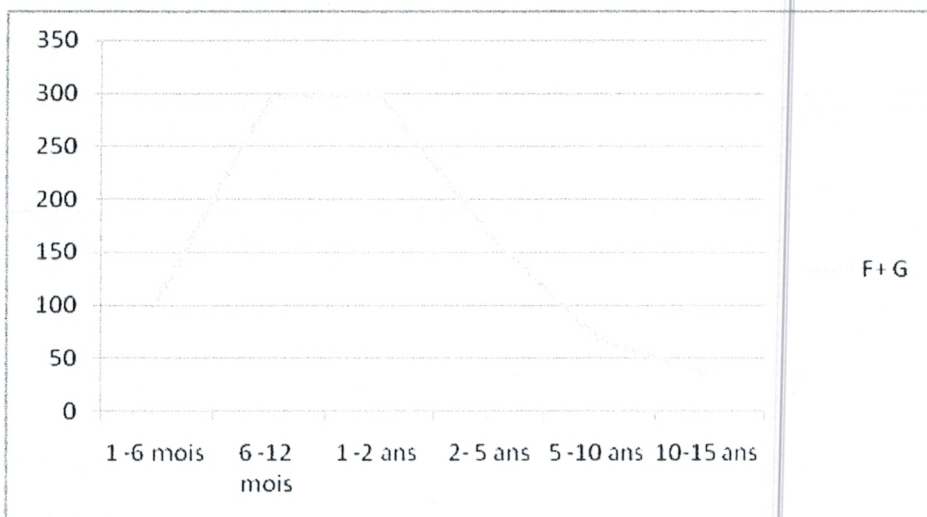
### 5.1 CONVULSION

	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans
F+ G	14	44	40	14	9	4



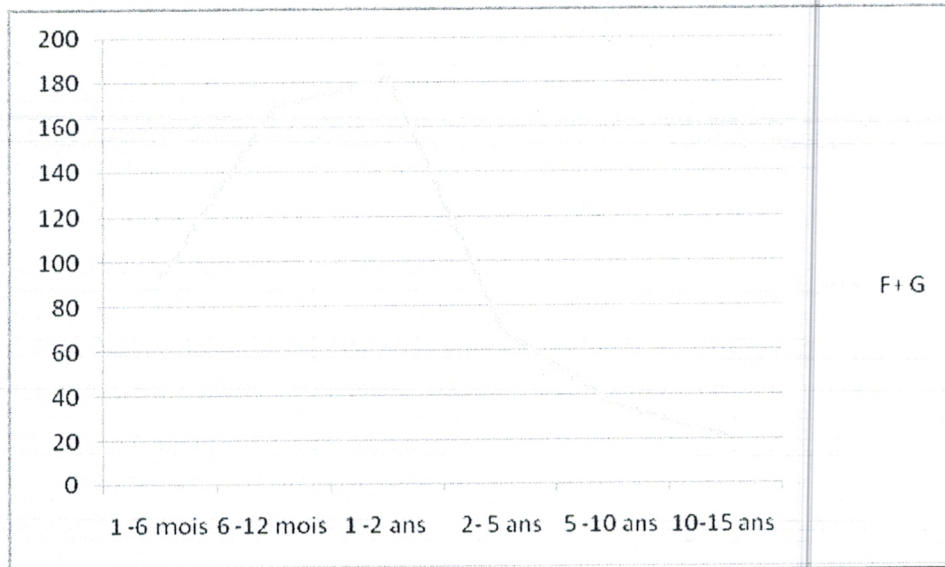
### 5.2 DSH

	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans
F+ G	107	297	299	169	68	36



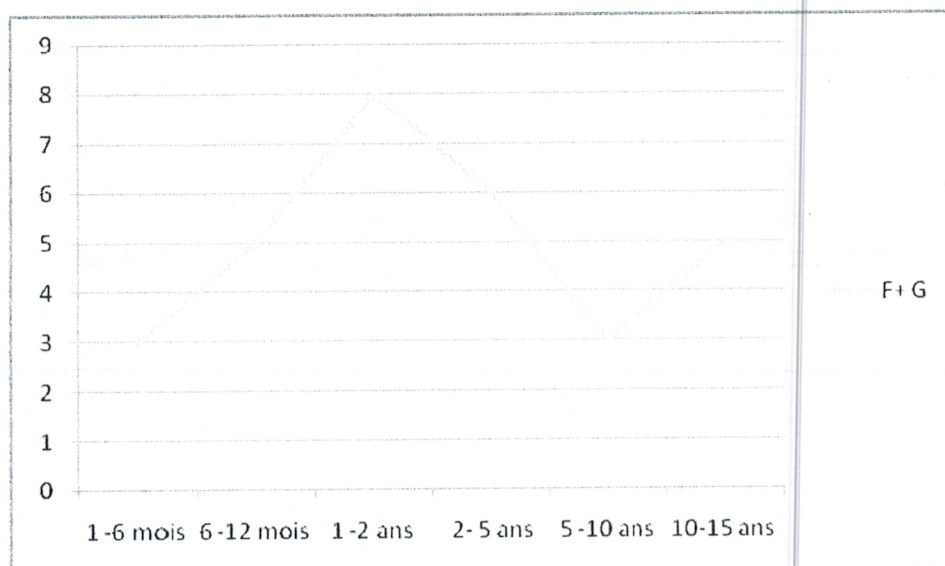
### 5-3. BRONCHIOLITE

	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans
F+ G	94	168	182	70	36	22



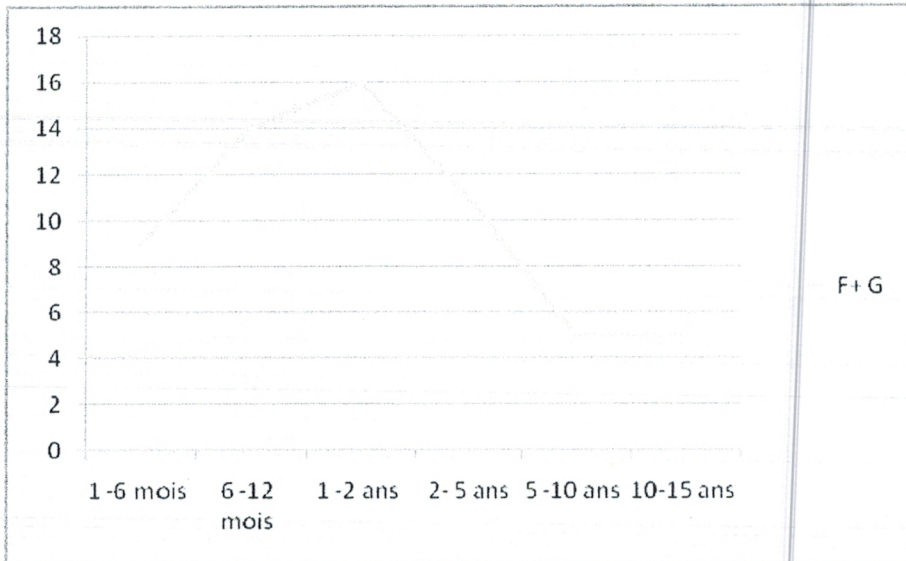
### 5-4. INTOXICATION MEDICAMENTEUSE

	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans
F+ G	3	5	8	6	3	5



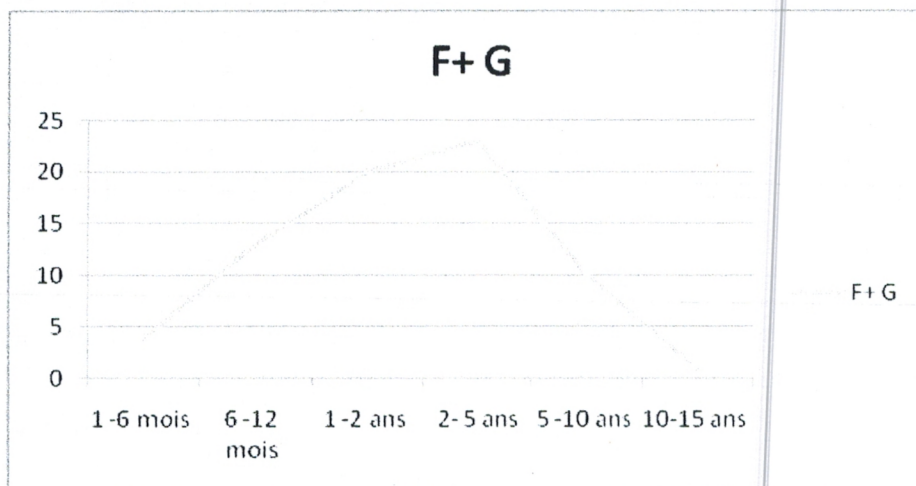
## 5-5.INGESTION DE PRODUITS CAUSTIQUES

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F+G	9	14	16	11	5	5



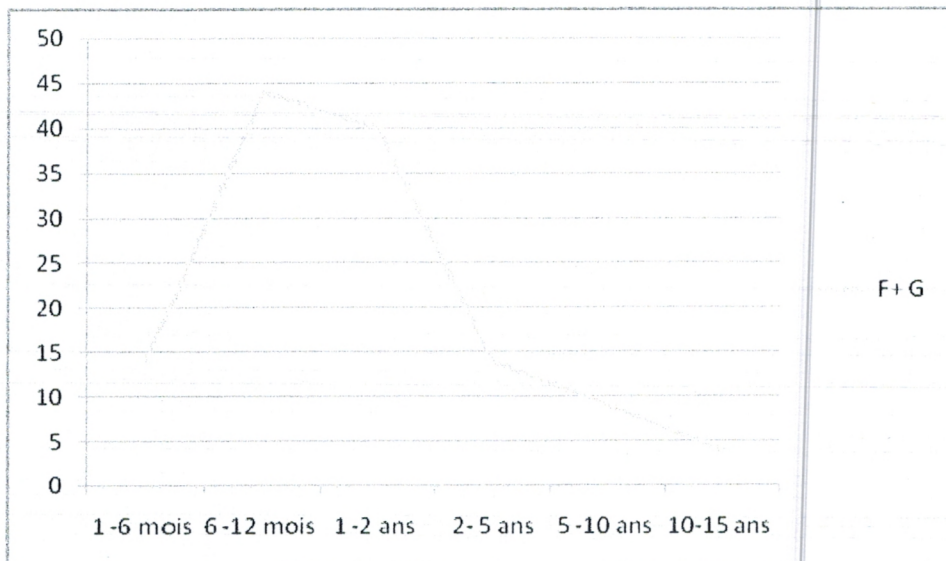
## 5-6.CRISE D'ASTHME

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F+G	4	13	20	23	10	1



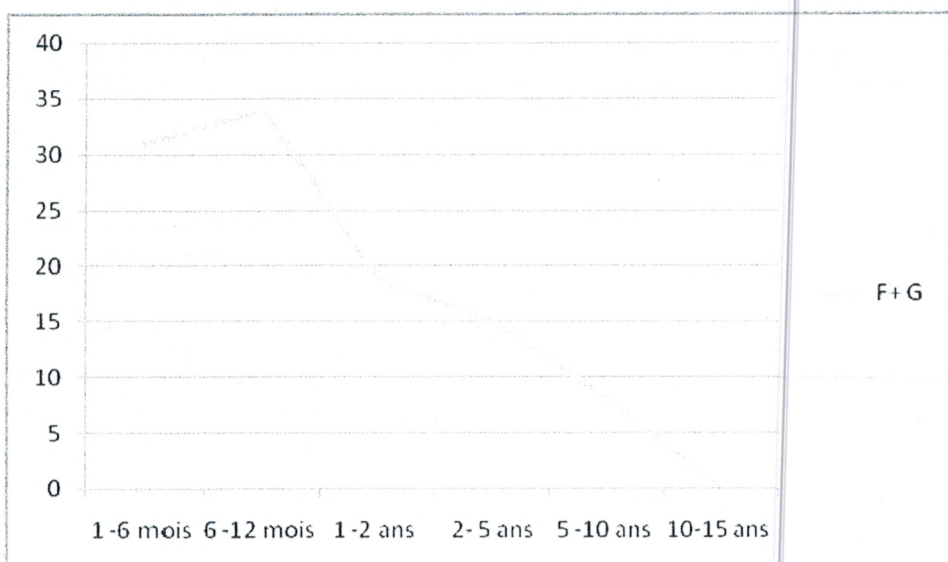
### 5-7.MENINGITE

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F+G	14	44	40	14	9	4



### 5-8.BRONCHOPNEUMOPATHIE

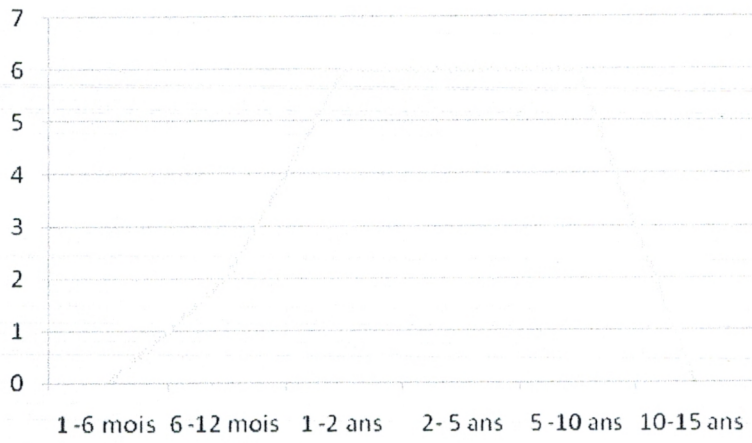
	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F+G	31	34	19	15	8	0



### 5-9.MORSURE DE SCORPION

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F+G	0	2	6	6	6	0

# F+G

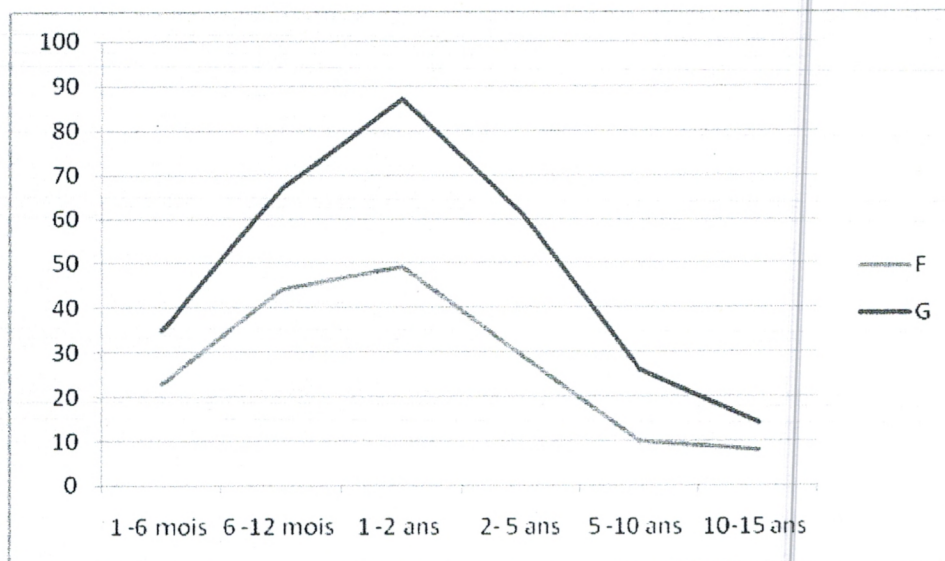


F+G

## 6-PATHOLOGIE-SEXE

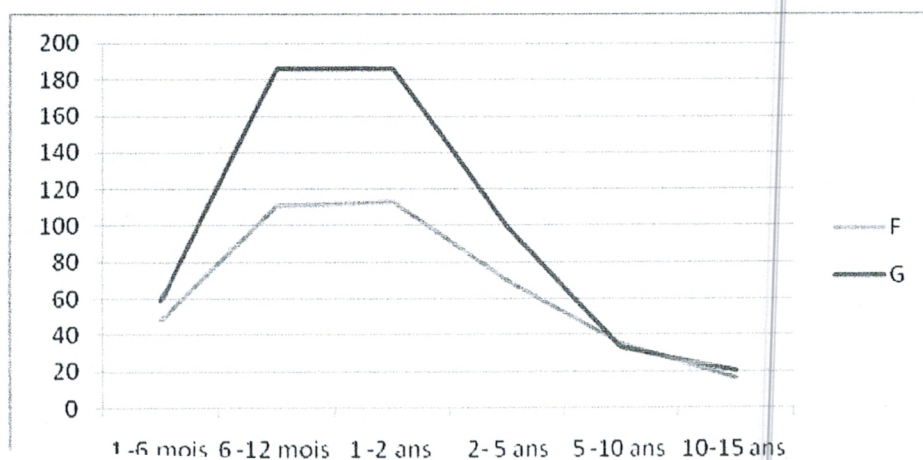
### 6-1.CONVULSION

	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans
F	23	44	49	29	10	8
G	35	67	87	61	26	14



### 6-2.DSH

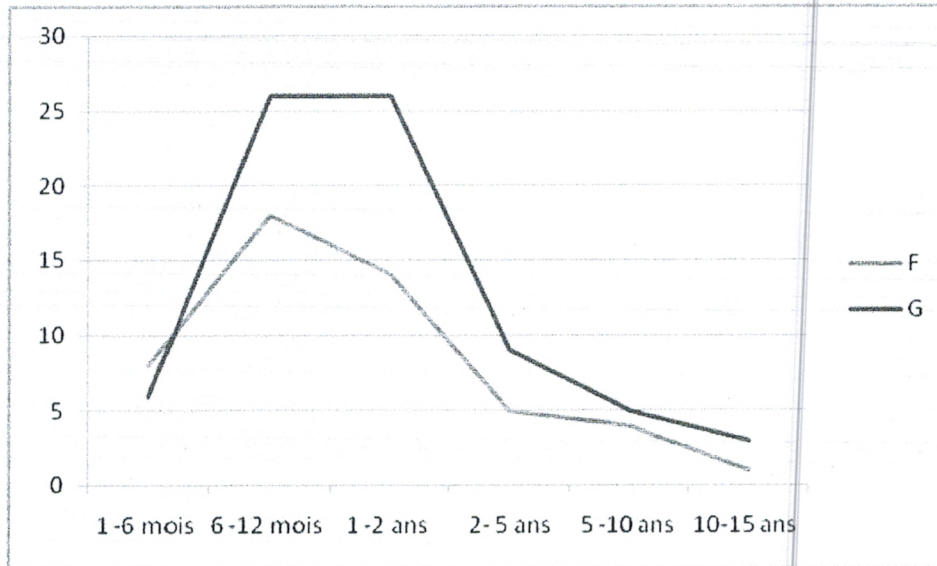
	1 -6 mois	6 -12 mois	1 -2 ans	2- 5 ans	5 -10 ans	10-15 ans
F	48	111	113	70	35	16
G	59	186	186	99	33	20





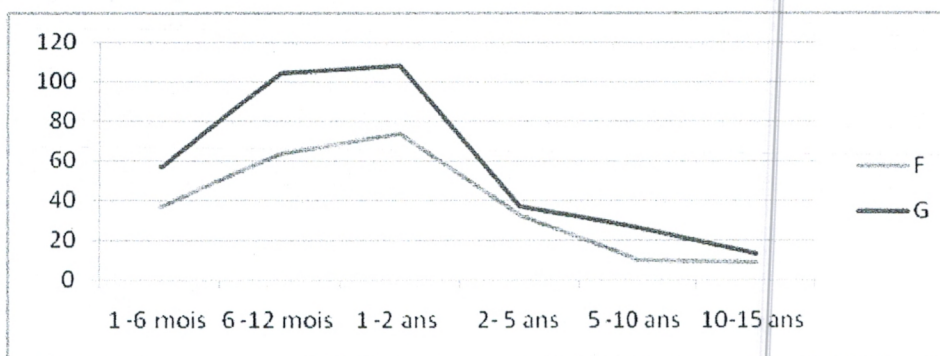
### 6-3.MENINGITE

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	8	18	14	5	4	1
G	6	26	26	9	5	3



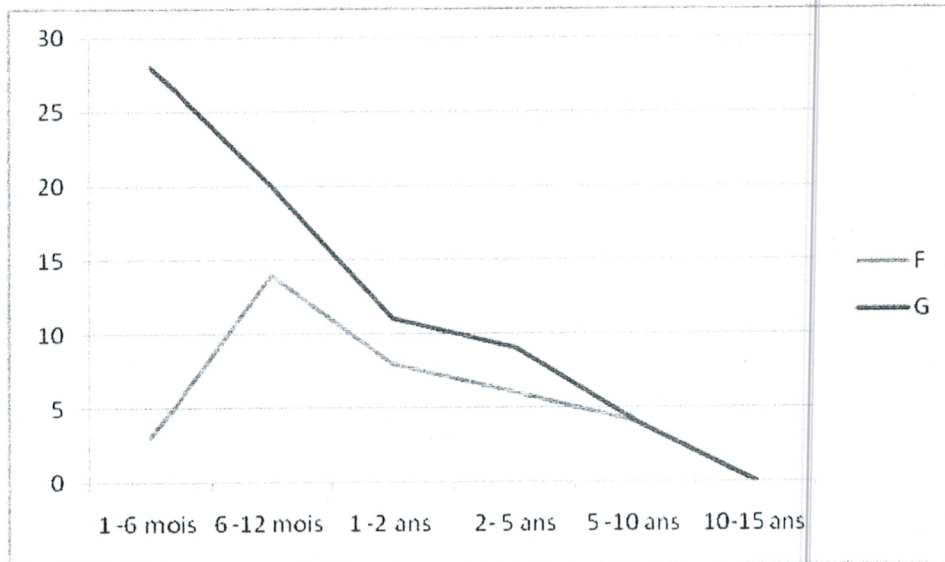
### 6-4.BRONCHIOLITE

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	37	64	74	33	10	9
G	57	104	108	37	26	13



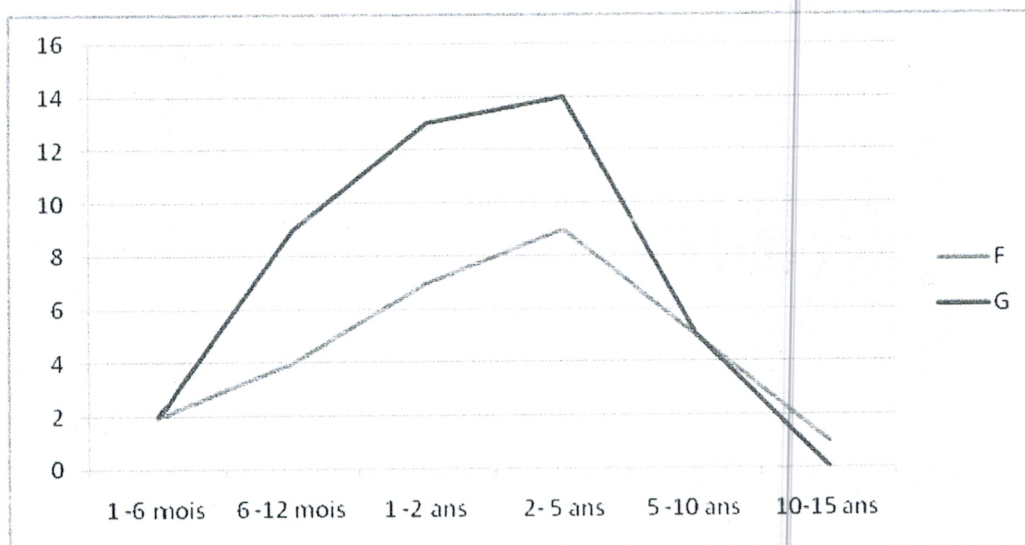
## 6-5. BRONCHOPNEUMOPATHIE

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	3	14	8	6	4	0
G	28	20	11	9	4	0



## 6-6. CRISE D'ASTHME

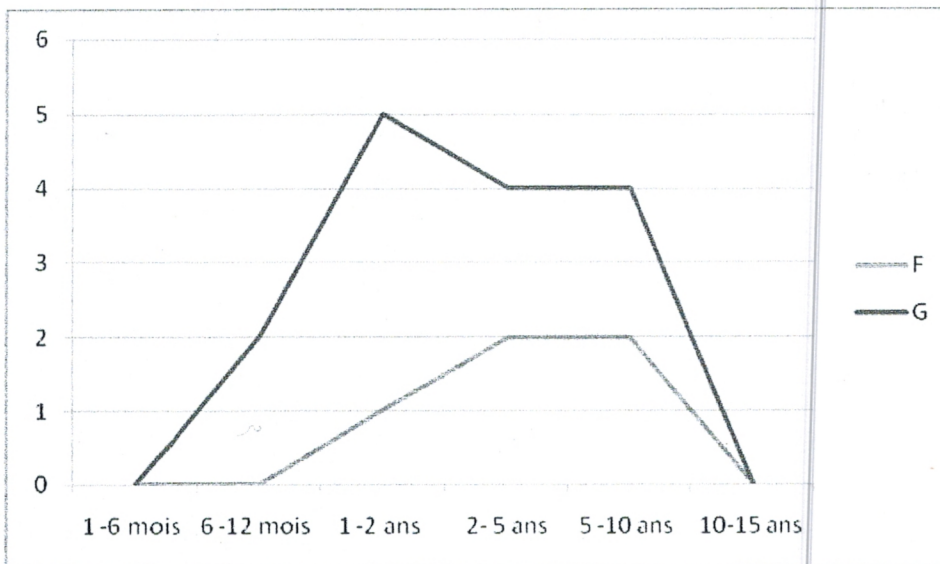
	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	2	4	7	9	5	1
G	2	9	13	14	5	0





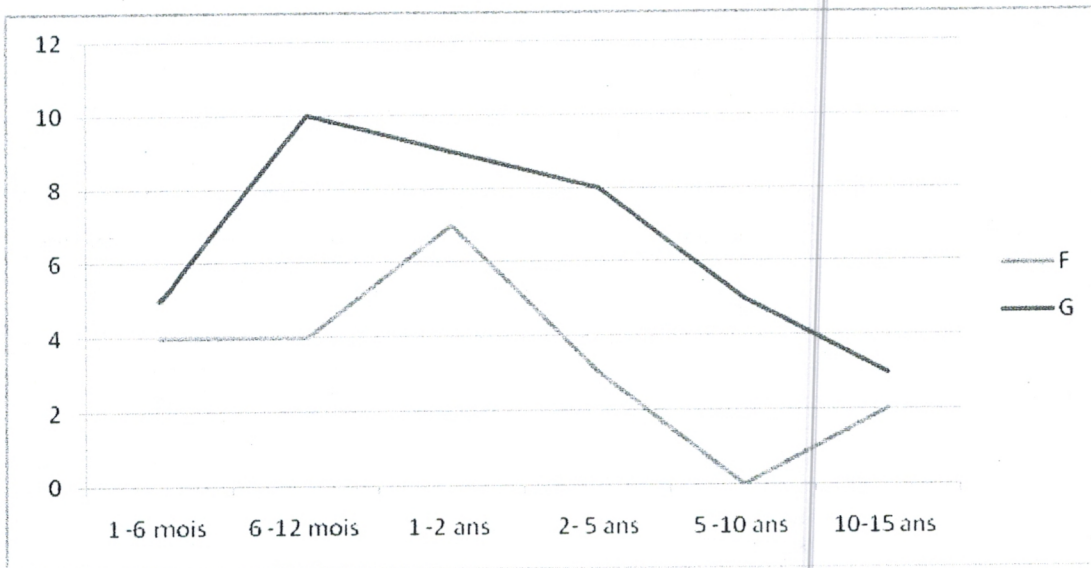
## 6-7.MORSURE DE SCORPION

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	0	0	1	2	2	0
G	0	2	5	4	4	0



## 6-8.INGESTION DE PRODUITS CAUSTIQUES

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	4	4	7	3	0	2
G	5	10	9	8	5	3



## 6-9. INTOXICATION MEDICAMENTEUSE

	1-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
F	1	2	4	5	3	3
G	2	3	4	1	0	2

