

Prise en charge des malaises du nourrisson : quand hospitaliser, quand investiguer ?

Docteur Delphine LAMIREAU, pédiatre

CHU Pellegrin Enfants
Service de Réanimation Pédiatrique
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux cedex
delphine.lamireau@chu-bordeaux.fr

Les malaises du nourrisson représentent un motif fréquent de sortie pédiatrique en SMUR pédiatrique et de consultation aux urgences. Les malaises sont définis par la perception d'un événement ayant un caractère inhabituel avec la sensation de danger imminent. Le pronostic dépend de la cause, de la durée du malaise et du mécanisme.

Lors d'un appel ou d'une consultation pour malaise, il est important d'identifier le malaise et d'en apprécier la gravité.

Nous distinguons plusieurs situations :

- le malaise avec détresse vitale nécessitant une prise en charge symptomatique urgente
- le malaise récent ; à l'arrivée, l'enfant va mieux mais la récupération est incomplète : troubles hémodynamiques, respiratoire, trouble du tonus. Ce type de malaise nécessite une prise en charge et un transfert
- le malaise ancien, l'enfant va bien à l'arrivée mais il est important de ne pas le « négliger » et programmer un bilan à distance.

Dans tous ces cas, il faut tenter de trouver la cause pour la traiter et éviter une récurrence.

Il est important de faire un interrogatoire et un examen clinique détaillé : conditions de découverte de l'enfant, heure de survenue, position, lieu de survenue, présence de prodromes, de facteurs favorisants : fièvre, virose, modification de l'environnement, sommeil, alimentation, vaccination, médicaments; antécédents personnels (carnet de santé) et familiaux.

Les deux principales causes de malaise sont le **reflux gastro-oesophagien** (RGO) et l'**hypertonie vagale** (HPV). Vingt à 30% des malaises ont une médiation vagale de la simple pâleur à la perte de connaissance, avec hypotonie voire hypertonie, cyanose et clonies. L'examen complémentaire à réaliser si l'on suspecte une HPV est la recherche d'un réflexe oculo-cardiaque. Il est positif si pause sinusale > 2500 ms avant 3 mois ou >3000 après 3 mois (>4000 ms très significatif), ou chute de la moitié de la FC. Les signes cliniques de RGO sont des régurgitations après biberon au changement de position à partir d'un mois, des pleurs pendant ou juste après le biberon et une absence de prise de poids. La survenue d'un malaise au cours d'un RGO correspond soit à des apnées obstructives sur laryngospasme, soit à des apnées centrales, soit à une détresse respiratoire avec cyanose voire perte de connaissance, trouble du tonus par inhalation. Le malaise survient le plus souvent après le biberon chez un bébé « régurgiteur » avec présence parfois de lait retrouvé dans la bouche. Le diagnostic peut être fait par la pH métrie œsophagienne (mais objective seulement les reflux acides), le TOGD (RGO dans 50% des cas) ou encore l'endoscopie (diagnostic d'œsophagite). En pratique s'il existe un RGO clinique typique, il n'y a pas lieu de faire d'examen complémentaire et il faut démarrer un traitement médical associant des mesures hygiéno-diététiques, une position en decubitus dorsal à 30°, des prokinétiques (Motilium®, Motilio®, Péridys®) et anti-acides (Phosphalugel®, Maalox®, Gaviscon®) voire des anti-sécrétoires, anti H2 (Azantac®) ou les inhibiteurs de la pompe à protons (Mopral® Inxium®) en cas d'œsophagite prouvée ou RGO persistant.

On s'orientera vers une **cause cardiaque** en cas de cyanose, souffle cardiaque, hépatomégalie, anomalie du rythme, ou malaise syncopal (à l'effort).

Ces malaises peuvent correspondre à un bloc auriculo- ventriculaire, un syndrome de Wolf Parkinson White, une tachycardie supra-ventriculaire ou ventriculaire cathécholinergique, une dysplasie arythmogène du VD, un syndrome du QT long, un obstacle à l'éjection du ventricule gauche comme une sténose aortique, une coarctation aortique ou une myocardiopathie obstructive ou dilatée.

Les **causes neurologiques** sont dominées par les convulsions. Il peut s'agir aussi d'encéphalite, de traumatisme d'un syndrome du bébé secoué, de tumeurs ou de malformations vasculaires.

Beaucoup plus rares sont les **causes métaboliques** : par exemple, un malaise grave après un jeune long avec hypoglycémie sans cétose évoque une anomalie de la β oxydation; un malaise post-prandial : une intolérance au fructose; une hypoglycémie de jeune court et hépatomégalie: une glycogénose.

Face à un malaise les examens complémentaires doivent être **ciblés** selon l'anamnèse. On demandera en fonction du type de malaise une radio pulmonaire, un ECG+++ , une pH métrie, un TOGD, une fibroscopie, une échographie cardiaque, un EEG (peut être normal), un dextro et glycémie voire un bilan métabolique.

En conclusion, les malaises du nourrisson représentent une part importante des consultations d'URGENCE, ils nécessitent un interrogatoire et un examen clinique détaillé afin de s'orienter vers les différents axes étiologiques. L'angoisse suscitée par cet événement doit être également pris en compte.