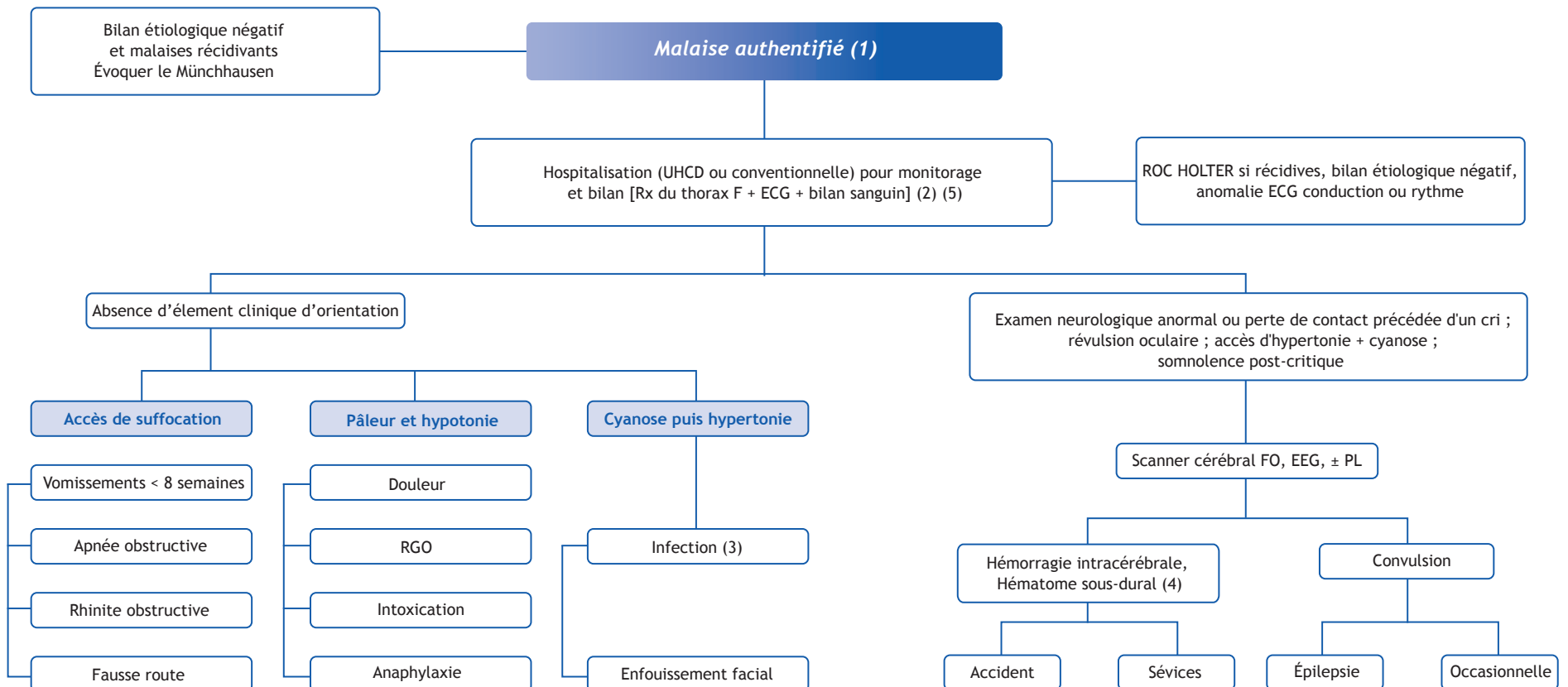


**P. Foucaud, A. Cailho**

Service de Pédiatrie-Néonatalogie, Centre Hospitalier de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France



## ■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) Le malaise du nourrisson est un accident inopiné et brutal, responsable de modifications du tonus et/ou de la coloration des téguments avec ou sans apnée ou perte de connaissance. Il s'agit essentiellement d'enfants de moins de 6 mois, plus souvent durant l'hiver. Ce symptôme génère régulièrement une grande anxiété familiale avec impression de mort imminente. Sa gravité est appréciée par des critères objectifs lors du bilan initial : hypoxie, acidose, lyse cellulaire, ischémie myocardique, convulsions. Le malaise vient révéler des étiologies très diverses, le plus souvent bénignes. Trop longtemps, il a été assimilé à une forme avortée de mort subite. La chute de l'incidence annuelle de cette dernière, après qu'aient été identifiés les facteurs déclenchants au cours du sommeil, a fait évoluer la prise en charge du malaise comme une entité à part entière. La première étape doit être d'authentifier l'accident, de faire la part entre physiologie et pathologie. Certains « pseudo-malaises » viennent révéler des anxiétés infondées, voire des dépressions masquées du *post-partum*.

(2) La prise en charge du malaise ne s'appuie pas sur des recommandations récentes, alors qu'il constitue l'une des urgences pédiatriques type. Un prélèvement sanguin (NFS, ionogramme sanguin, CRP, glycémie, calcémie, transaminases), un électrocardiogramme (ECG), une radiographie du thorax suffisent le plus souvent. Lorsqu'une origine neurologique est évoquée, le bilan est complété par électroencéphalogramme, fond d'œil et scanner cérébral.

(3) Une infection avec composante encéphalitique peut entraîner apnées centrales ou mixtes. Signes respiratoires, fièvre apparaissent dans un second temps. Coqueluche, adénovirose, bronchiolite, grippe peuvent se révéler sur ce mode.

(4) Les hémorragies intra et/ou péri-cérébrales sont beaucoup plus souvent traumatiques que secondaires à un trouble de l'hémostase. Il peut s'agir de sévices ou d'accident. L'hématome sous-dural sans fracture désigne le « bébé secoué ». Lorsque les mauvais traitements sont avérés ou hautement

probables (2 à 4 % des cas selon les séries), un signalement judiciaire s'impose, assorti d'un bilan lésionnel (scintigraphie osseuse et radiographies du squelette) et d'une évaluation psychosociale.

(5) La systématisation de la radiographie thoracique, de l'ECG et du bilan sanguin de débrouillage permet de ne pas méconnaître les étiologies rares des malaises. Certaines peuvent être sévères et exposées aux récurrences : tachycardie supraventriculaire, QT long, cardiomyopathie obstructive, obstacle sur la voie aortique ou pulmonaire, tétralogie de Fallot ; hypocalcémie, hypoglycémie (anomalie de la  $\beta$  oxydation des acides gras) ; asphyxie par enfouissement facial sur proclive ventral, trachéomalacie par compression (anomalie des arcs vasculaires) ; Münchhausen par procuration.

## Conflits d'intérêts :

Aucun.

## ■ Références

Al-Kindy HA, Gélinas JF, Hatzakis G, et al. Risk factors for extreme events in infants hospitalized for apparent life-threatening events. *J Pediatr* 2009;154:332-7.

Bonkowsky JL, Guenther E, Filloux FM, et al. Death, child abuse, and adverse neurological outcome of infants after an apparent life-threatening event. *Pediatrics* 2008;122:125-31.

Tieder JS, Cowan CA, Garrison MM, et al. Variation in inpatient resource utilization and management of apparent life-threatening events. *J Pediatr* 2008;152:629-35.

Kahn A. Recommended clinical evaluation of infants with an apparent life-threatening event. Consensus document of the European society for study and prevention of infant death, 2003. *Eur J Pediatr* 2004; 163:108-15.

Correspondance.

Adresse e-mail : pfoucaud@ch-versailles.fr