

Médecine d'urgence pédiatrique

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

by

American Academy of Pediatrics and the Section on Emergency Medicine

L'Association canadienne des médecins d'urgence

Dernière mise à jour : novembre 2022



1 Ne demandez pas de radiographie pour les enfants atteints de bronchiolite, de croup, d'asthme ou d'un premier épisode de respiration sifflante.

Les maladies respiratoires figurent parmi les motifs les plus courants de visites aux urgences pédiatriques, et la respiration sifflante est une observation clinique fréquente. Chez les enfants présentant un premier épisode de respiration sifflante ou des signes cliniques caractéristiques de l'asthme, de la bronchiolite ou du croup, les radiographies permettent rarement d'arriver à des résultats positifs d'importance. De plus, elles exposent les patients à des radiations, augmentent le coût des soins et prolongent la durée du séjour à l'urgence. Les lignes directrices nationales et internationales insistent d'ailleurs sur la valeur de l'anamnèse et de l'examen physique pour poser un diagnostic exact et exclure toute pathologie sous-jacente grave. On a aussi montré une association entre la réalisation de radiographies en l'absence de signes cliniques pertinents et la surutilisation des antibiotiques. Dans ces situations, il ne faut donc pas systématiquement prescrire de radiographies, sauf en présence de constatations telles qu'une hypoxie importante, des anomalies localisées à l'examen des poumons, une maladie persistante ou une détresse grave. Si la respiration sifflante n'est pas accompagnée d'une étiologie atopique claire ou de symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures (p. ex. rhinorrhée, congestion nasale ou fièvre), une imagerie diagnostique appropriée doit être envisagée selon le cas.

2 Ne demandez pas d'analyses de laboratoire de dépistage dans le cadre de l'évaluation médicale de patients pédiatriques nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, à moins qu'il y ait indication clinique.

L'incidence des problèmes de santé mentale chez les enfants a augmenté au cours des deux dernières décennies, les suicides dépassant maintenant les homicides comme deuxième cause de décès chez les adolescents. La plupart des enfants qui souffrent de problèmes graves de santé mentale ne présentent aucune étiologie médicale sous-jacente pour ces symptômes. Selon un vaste corpus de données probantes, tant chez les adultes que chez les enfants, les analyses de laboratoire systématiques réalisées malgré l'absence d'indications cliniques ne sont pas nécessaires et augmentent les coûts des soins de santé. Les tests diagnostiques doivent être fondés sur un examen approfondi des antécédents et de la condition physique. Les exigences universelles d'analyses systématiques devraient être abandonnées.

3 Ne prescrivez pas d'analyses de laboratoire ou de tomodensitométrie (TDM) de la tête pour un patient pédiatrique accusant une crise convulsive généralisée non provoquée ou une simple convulsion fébrile et dont l'état mental revient ensuite à la condition de départ.

Chez les enfants présentant des crises convulsives généralisées non provoquées ou de simples convulsions fébriles et dont l'état mental revient à la condition de départ, les analyses sanguines ou la TDM produisent rarement des résultats entraînant des changements à la prise en charge aiguë.

Les analyses sanguines comme le dosage des électrolytes ne devraient pas être prescrites systématiquement et ne sont indiquées que dans des circonstances précises, selon les antécédents et les résultats de l'examen clinique.

Les TDM sont associées à des risques de cancer liés aux radiations, à une augmentation du coût des soins et à un risque supplémentaire lorsqu'une sédation est requise pour effectuer l'examen. Une TDM de la tête peut être indiquée chez les patients présentant une nouvelle crise focale, de nouveaux signes neurologiques focaux ou des antécédents médicaux associés à un risque élevé (néoplasme, AVC, coagulopathie, anémie falciforme, âge inférieur à 6 mois).

4 Ne demandez pas de radiographie abdominale lorsque vous soupçonnez une constipation.

La constipation fonctionnelle et les douleurs abdominales non spécifiques et généralisées sont des symptômes courants chez les enfants qui se présentent aux urgences. La constipation est un diagnostic clinique qui n'exige aucun test; pourtant, nombre de ces enfants sont soumis à une radiographie abdominale. La subjectivité et le manque d'uniformisation se traduisent par une faible sensibilité et spécificité des radiographies abdominales pour le diagnostic de la constipation. Le recours à cet examen est associé à un risque accru d'erreur de diagnostic. Dans les lignes directrices cliniques, on recommande d'éviter de demander systématiquement une radiographie abdominale pour les patients ayant reçu un diagnostic clinique de constipation fonctionnelle. Le diagnostic de constipation ou de fécalome devrait plutôt se fonder principalement sur les antécédents et l'examen physique, accompagné d'un toucher rectal, lorsqu'indiqué.

5**Ne prescrivez pas de dépistage viral simultané pour les patients chez qui l'on soupçonne une infection virale respiratoire.**

Les infections virales sont courantes chez les enfants et une raison fréquente de consultation pour des soins médicaux. Concernant les infections virales respiratoires, le diagnostic clinique suffit et n'exige généralement pas de test de confirmation. De plus, il n'y a pas suffisamment de données fiables confirmant les effets du recours à un dépistage viral simultané (c.-à-d. un test dépistant simultanément 8 à 20 virus ou plus) sur les résultats cliniques ou la prise en charge. Par conséquent, dans la majorité des lignes directrices cliniques nationales et internationales, on n'en recommande pas l'utilisation systématique. De plus, certains tests de dépistage viral sont coûteux, et les prélèvements nasopharyngés peuvent être désagréables pour les enfants. Le dépistage viral simultané peut être envisagé chez les patients présentant un risque élevé (p. ex. personne immunovulnérable) ou lorsque les résultats influenceront directement les décisions en matière de traitement, comme l'utilisation d'antibiotiques, la réalisation de tests supplémentaires ou l'hospitalisation. Le dépistage de virus précis peut être indiqué si le résultat peut influencer le plan de traitement (p. ex. l'usage d'antiviraux contre la grippe) ou les recommandations de la santé publique (p. ex. l'isolement pour le SRAS-CoV-2). Pour des recommandations précises sur le diagnostic et la prise en charge du SRAS-CoV-2, veuillez consulter la page Web (en anglais) <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/>.

Comment la liste a été établie

Le Committee on Quality Transformation (COQT) de la section de médecine d'urgence [Section on Emergency Medicine] de l'American Academy of Pediatrics (AAP) a formé un groupe de travail pour superviser l'élaboration de la liste « Choisir avec soin – Médecine d'urgence pédiatrique ». Le groupe a d'abord rassemblé les suggestions de recommandations d'un groupe composé de divers prestataires de soins d'urgence (médecins, infirmières et prestataires en pratique avancée) provenant de six services universitaires d'urgence pédiatrique pour ainsi obtenir une liste initiale d'interventions et de tests fréquemment surutilisés ou superflus. Les membres du groupe de travail ont indépendamment attribué une note à chaque élément de la liste en fonction de leur surutilisation pendant un quart de travail typique d'un service d'urgence, des données probantes sur le manque d'efficacité et des préjudices potentiels associés à la surutilisation. Les notes ont fait l'objet de discussions, jusqu'à l'émergence d'un consensus sur les 25 éléments les plus importants. Cette liste de 25 éléments proposés a ensuite été envoyée à tous les membres du COQT sous forme de sondage invitant les membres à choisir les 10 éléments qui devraient se retrouver, selon eux, sur la liste Choisir avec soin. Le groupe de travail a alors classé les éléments choisis selon la fréquence de sélection par les membres du COQT. Il a fait une liste des cinq éléments les plus fréquemment choisis qui ne se répétaient pas dans les listes Choisir avec soin des autres spécialités et l'a transmise à la direction de la section de la médecine d'urgence de l'AAP. La liste des cinq éléments finaux accompagnée d'un résumé des données probantes a enfin été soumise, pour une évaluation par les pairs, à des experts compétents parmi les dirigeants du COQT, de la section de la médecine d'urgence et de l'AAP. La liste a reçu l'approbation définitive du comité exécutif de l'AAP.

Sources

- 1 Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474-e1502. [PMID : 25349312](#).
Trotter ED, Chan K, Allain D, Chauvin-Kimoff L. Managing an acute asthma exacerbation in children. *Paediatr Child Health*. 2021;26(7):438-439. [PMID : 34777663](#).
Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does this child have pneumonia? The rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2017;318(5):462-471. [PMID : 28763554](#).
Schuh S, Lalani A, Allen U, et al. Evaluation of the utility of radiography in acute bronchiolitis. *J Pediatr*. 2007;150(4):429-433. [PMID : 17382126](#).
National Heart, Lung, and Blood Institute. [Expert Panel Report 4: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma: National Asthma Education and Prevention Program](#), Third Expert Panel on the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2007:391.
- 2 Thrasher TW, Rolli M, Redwood RS, et al. 'Medical clearance' of patients with acute mental health needs in the emergency department: a literature review and practice recommendations. *WMJ*. 2019;118(4):156-163. [PMID : 31978283](#).
Donofrio JJ, Horeczko T, Kaji A, Santillanes G, Claudius I. Most routine laboratory testing of pediatric psychiatric patients in the emergency department is not medically necessary. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(5):812-818. [PMID : 25941283](#).
Chun TH. Medical clearance: time for this dinosaur to go extinct. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):676-677. [PMID : 24342816](#).
Donofrio JJ, Santillanes G, McCammack BD, et al. Clinical utility of screening laboratory tests in pediatric psychiatric patients presenting to the emergency department for medical clearance. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):666-675.e663. [PMID : 24219903](#).
Santillanes G, Donofrio JJ, Lam CN, et al. Is medical clearance necessary for pediatric psychiatric patients? *J Emerg Med*. 2014;46(6):800-807. [PMID : 24642041](#).
Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, Mojica MA. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department—epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatr Emerg Care*. 2006;22(2):85-89. [PMID : 16481922](#).
- 3 Hirtz D, Ashwal S, Berg A, et al. Practice parameter: Evaluating a first nonfebrile seizure in children. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, the Child Neurology Society, and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2000; 55(5):616-623. Reaffirmed October 17, 2020. [PMID : 10980722](#).
Riviello JJ Jr, Ashwal S, Hirtz D, et al; American Academy of Neurology Subcommittee; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: Diagnostic assessment of the child with status epilepticus (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2006;67(9):1542-1550. [PMID : 17101884](#).
McKenzie KC, Hahn CD, Friedman JN; Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee. Emergency management of the paediatric patient with convulsive status epilepticus. *Paediatr Child Health*. 2021;26(1):50-57. [PMID : 33552322](#).
American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Febrile Seizures. Neurodiagnostic evaluation of the children with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-394. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3318>. [PMID : 21285335](#).
- 4 Freedman SB, Rodean J, Hall M, et al. Delayed diagnoses in children with constipation: multicenter retrospective cohort study. *J Pediatr*. 2017;186:87-94. e16. [PMID : 28457526](#).
Pensabene L, Buonomo C, Fishman L, Chitkara D, Nurko S. Lack of utility of abdominal x-rays in the evaluation of children with constipation: Comparison of different scoring methods. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51(2):155-159. [PMID : 20453675](#).
Berger MY, Tabbers MM, Kurver MJ, Boluyt N, Benninga MA. Value of abdominal radiography, colonic transit time, and rectal ultrasound scanning in the diagnosis of idiopathic constipation in children: a systematic review. *J Pediatr*. 2012;161(1):44-50.e502. [PMID : 22341242](#).
Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258-274. [PMID : 24345831](#).
Kearney R, Edwards T, Braford M, Klein E. Emergency provider use of plain radiographs in the evaluation of pediatric constipation. *Pediatr Emerg Care*. 2019;35(9):624-629. [PMID : 30045349](#).
Freedman SB, Thull-Freedman J, Manson D, et al. Pediatric abdominal radiograph use, constipation, and significant misdiagnoses. *J Pediatr*. 2014;164(1):83-88.e2. [PMID : 24128647](#).
- 5 Gill, PJ, Richardson, SE, Ostrow O. Testing for respiratory viruses in children: to swab or not to swab. *JAMA Pediatr*. 2017;171(8):798-804. [PMID : 28672402](#).
Noël KC, Fontela PS, Winters N, et al. The clinical utility of respiratory viral testing in hospitalized children: a meta-analysis. *Hosp Pediatr*. 2019;9(7):483-494. [PMID : 31167816](#).
Parikh K, Hall M, Mittal V, et al. Establishing benchmarks for the hospitalized care of children with asthma, bronchiolitis, and pneumonia. *Pediatrics*. 2014;134(3):555-562. [PMID : 25136044](#).
Innis K, Hasson D, Bodilly L, et al. Do I need proof of the culprit? Decreasing respiratory viral testing in critically ill patients. *Hosp Pediatr*. 2021;11(1):e1-e5. [PMID : 33323392](#).

À propos de la section de médecine d'urgence de l'American Academy of Pediatrics

L'American Academy of Pediatrics (AAP) est une organisation qui regroupe 67 000 pédiatres en soins primaires, médecins de surspécialité pédiatrique et chirurgiens de surspécialité pédiatrique se consacrant à la santé, à la sécurité et au bien-être des bébés, des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. La section de la médecine d'urgence pédiatrique de l'AAP, un groupe de plus de 1 900 membres, a été fondée en 1981. Sa mission est de soutenir, d'étendre et de promouvoir la prestation de soins d'urgence optimaux aux bébés, aux enfants et aux adolescents blessés ou atteints de maladie aiguë. Sa vision : un accès équitable aux soins d'urgence pour les bébés, les enfants et les adolescents; la prestation de soins d'urgence sûrs, efficaces et fondés sur des données probantes; et l'élaboration de programmes créatifs et novateurs qui répondent aux besoins de ses membres. envisions: equitable access to emergency care for infants, children, and adolescents; delivery of evidence-guided, safe, and cost-effective emergency care; and development of creative and innovative programs that address the needs of our membership.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



À propos de l'Association canadienne des médecins d'urgence

L'ACMU est le principal organisme médical voué à la représentation, à l'éducation et à la défense des intérêts des urgentologues canadiens et de leurs patients, notamment en ce qui a trait aux enjeux en milieu de travail. L'ACMU représente plus de 2000 urgentologues partout au Canada. Son siège social est situé à Ottawa, et elle fait partie des membres fondateurs de la Fédération internationale de la médecine d'urgence. L'ACMU contribue à l'application des connaissances en publiant le Journal canadien de la médecine d'urgence et en organisant des tournées de formation et d'autres activités d'EMC ainsi que son propre congrès annuel.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)