



- ▶ Certificat médical pour l'inscription à une course à pied de vingt-quatre kilomètres
- ▶ Picotements pharyngés chez un garçon de neuf ans
- ▶ Hypotonie-hyporéactivité après vaccination Hexyon®-Prevenar® chez un nourrisson de deux mois
- ▶ Plagiocéphalie, casque et recommandations

## Certificat médical pour l'inscription à une course à pied de vingt-quatre kilomètres

C'est une demande de certificat très insolite qui vient d'être faite à S. Romano : «Un garçon de dix ans vient en consultation avec son père pour un certificat médical ne contre-indiquant pas la pratique d'un marathon (24 km)». Notre collègue ajoute que «d'après le père, l'enfant est très endurant puisqu'il a déjà couru 20 km». S. Romano demande s'il y a des précautions et examens à faire pour rédiger ce genre de certificat. Cette question a suscité plusieurs commentaires d'adeptes (ou non) de la course à pied. Parmi plusieurs intervenants, P. Pascal, «pédiatre, coureur et médecin du sport à l'occasion», indique : «Les enfants en bas

âge ne sont pas autorisés à pratiquer la course à pied en compétition sur de telles distances. Il n'y a donc pas lieu de rédiger un tel certificat. Par contre, vous pouvez rédiger un certificat autorisant la pratique de la course à pied ou de l'athlétisme, sans plus de précisions». C. Salinier indique que ce n'est

pas pour rien qu'il existe des classes d'âge (poussins, benjamins, minimes, cadets). La réponse est inscrite dans le règlement des courses sur route de la FFA (Fédération française d'athlétisme) (1), lequel précise les distances maximales fixées selon les catégories d'âge :

- masters, seniors, espoirs (20 ans et plus) : pas de limite de distance ;
- juniors (18-19 ans) : 25 km ;
- cadets (16-17 ans) : 15 km ;
- minimes (14-15 ans) : 5 km ;
- benjamins (12-13 ans) : 3 km ;
- poussins (10-11 ans) : 1,5 km (privilégier éventuellement des cross adaptés).

Fait important, le règlement de la FFA précise : «Le surclassement des moins de 16 ans n'est pas accepté pour participer aux courses hors stade. A partir de la catégorie cadet, le surclassement est possible sur avis médical et sera valable toute la saison». Mais cette disposition ne s'applique pas pour le patient de S. Romano, qui, rappelons-le, est âgé de dix ans. Les règlements de la FFA montrent que le certificat demandé n'est pas réalisable. A notre avis, rédiger un certificat autorisant la pratique de la course à pied sur route ou l'athlétisme sans plus de précisions n'est pas conforme aux règlements de la FFA, qui sont faits pour être appliqués. ■

(1) «Réglementation des manifestations hors stade», [www.athle.fr/Reglement/Reglementation\\_Hors-Stade\\_2017.pdf](http://www.athle.fr/Reglement/Reglementation_Hors-Stade_2017.pdf).

## Picotements pharyngés chez un garçon de neuf ans

Notre confrère S. Romano a reçu un garçon de neuf ans qui, depuis plusieurs années, présente par épisodes des sen-

sations de picotements pharyngés accompagnées de nau-sées et parfois de vomissements. Ces épisodes sont brefs

(10 à 15 mn), mais sont invalidants. Aucun facteur déclenchant n'a été relevé, comme l'ingestion de protéines pouvant, en particulier, évoquer un SEIPA (syndrome d'entérocolite induit par les protéines alimentaires). Cet enfant a bénéficié d'une amygdalectomie pour angines à répétition à l'âge de cinq ans, mais il présentait déjà des nausées. Les picotements ont commencé vers l'âge de six ans, plus ou moins fréquents, environ un à deux épisodes par mois. L'enfant a été traité par un inhibiteur de la pompe à protons (Inexium®) sans effet tangible. Il n'existe pas d'antécédent particulier personnel ou familial. Un allergologue a été consulté, mais aucun élément évoquant une hypersensibilité quelconque n'a été détecté. L'examen neurologique est normal, la croissance staturale pondérale l'est aussi, et cet enfant ne présente aucun trouble alimentaire. Notre confrère demande aux membres de la liste de discussion s'ils ont un avis sur ces symptômes curieux ?

Pour C. Salinier, il faut évoquer une œsophagite à éosinophiles et demander une œsophagoscopie avec biopsies. C'est aussi l'avis de F. Kochert, qui a vu plusieurs cas semblables, dont l'un récent chez un jeune lycéen. Elle ajoute que, parmi les symptômes, figure souvent une dysphagie ou une sensation de « blocage alimentaire », que le tableau est moins typique chez les jeunes enfants et qu'un terrain atopique est fréquent. Le traitement n'est pas toujours facile, indique-t-elle ; certaines formes sont améliorées par les inhibiteurs de la pompe à protons ou des régimes d'exclu-

sion difficiles à réaliser. Bien évidemment, il faut faire une fibroscopie et des biopsies œsophagiennes, sans quoi il n'est pas possible de porter un diagnostic de certitude. Notre confrère D. Garcin évoque un autre diagnostic, celui d'arc vasculaire anormal. E. Fournier-Charrière pense que ces symptômes sont « fonctionnels » (psychogènes), mais elle demanderait une IRM cérébrale en insistant sur le tronc cérébral et les paires crâniennes.

M. François (service d'ORL, hôpital Robert-Debré, Paris), que nous avons sollicitée sur ce sujet, précise que les picotements pharyngés sont une cause fréquente de consultation en ORL. Ils évoquent trois diagnostics : l'allergie, le reflux gastro-œsophagien (RGO), en fait reflux pharyngo-laryngé, et une pathologie fonctionnelle. Pour notre collègue, l'allergie est

suspectée si les picotements pharyngés sont associés à d'autres signes ou symptômes typiques tels que prurit nasal ou oculaire, antécédents d'allergie, œdème des lèvres... et le traitement repose alors sur les antihistaminiques oraux. Si la nasofibroscopie montre un œdème ou un érythème de la margelle laryngée, un RGO peut être suspecté, mais doit absolument être prouvé par pHmétrie (en attendant d'autres méthodes d'exploration) avant d'initier le moindre traitement car, en cas de succès, on ne pourra trancher entre un réel effet et une coïncidence (et on ne saura pas combien de temps traiter) et, en cas d'échec, on pourra toujours dire que la posologie n'était pas adaptée... Mais, conclut M. François, je n'ai jamais eu de patient associant picotements pharyngés et nausées/vomissements ! ■

## Hypotonie-hyporéactivité après vaccination Hexyon®-Prevenar® chez un nourrisson de deux mois

Notre collègue O. Fresco a vu un enfant âgé de deux mois pour altération du tonus moins de 48 h après une vaccination par Hexyon® et Prevenar®. L'enfant était somnolent, hypotonique, peu réactif, sans mouvements anormaux. Allaité, sa succion était faible. A l'examen, l'enfant avait une température centrale normale, il était toujours hypotonique et n'était réactif que de façon furtive. Pour sa mère, la situation semblait s'améliorer progressivement. O. Fresco se de-

mande s'il s'agit d'un syndrome hypotonie-hyporéactivité tel qu'il est décrit après le vaccin coquelucheux. Il se demande également s'il y a des éléments de surveillance particuliers et si cet épisode modifie la réalisation du rappel à quatre mois.

Pour F. Vié Le Sage, il faut d'abord éliminer un autre syndrome neurologique, mais l'examen clinique et l'évolution dans les jours à venir devraient permettre de faire la part des choses. Pour lui, le diagnostic

vraisemblable est en effet celui de syndrome HHE (*hypotonic-hyporeactive episode*) (1). Le lien de causalité avec la valence coquelucheuse du vaccin est vraisemblable. Cet accident rare et impressionnant est plus fréquent avec les vaccins coquelucheux entiers, mais peut également être provoqué par un vaccin acellulaire (1). Cet effet indésirable est une manifestation d'irritabilité de mécanisme encore inconnu, a priori liée à la « composante coqueluche » du vaccin. Les récurrences sont rarissimes et la guérison a lieu sans séquelles.

En dehors du vaccin coquelucheux, les vaccinations peuvent être poursuivies sans risque. Pour la valence coquelucheuse, tous les experts considèrent actuellement qu'elle peut être réalisée, après des explications et l'accord des parents, avec un vaccin acellulaire, que l'on administre le matin afin de pouvoir surveiller l'enfant quelques heures et calmer l'anxiété parentale bien compréhensible (2). Pour tous les experts, indique F. Vié Le Sage, un tel épisode HHE n'est plus une contre-indication à la poursuite de la vaccination, car le risque de récurrence est extrêmement faible, voire nul, et aucune séquelle n'a été décrite. Il faut cependant prendre des précautions : donner des explications aux parents, prescrire un fébrifuge, vacciner sous surveillance médicale ou tôt le matin. Si l'inquiétude parentale le justifie, une vaccination en hôpital de jour peut être proposée, ce qui nous paraît être un conseil supplémentaire important, comme le montre l'étude d'Andrews et al. (3), qui ont revacciné en milieu hospitalier (dans une unité de soins

intensifs ici) 91 enfants ayant présenté des réactions, dont des syndromes HHE, après diverses vaccinations. ■

(1) BRAUN M.M., TERRACCIANO G., SALIVE M.E. et al. : « Report of a US public health service workshop on hypotonic-hyporesponsive episode (HHE) after pertussis immunization », *Pediatrics*, 1998; 102 : E52. L'article de Braun et al. indique les critères diagnostiques retenus après le workshop sur le syndrome HHE

qui s'est tenu à Rockville, Maryland, le 19 juin 1997 : événement survenant moins de 48 h après la vaccination; durée de l'épisode de 1 mn à 48 h; enfant âgé de moins de dix ans; hypotonie ou mollesse; hyporéactivité; pâleur ou cyanose ou défaut de recoloration cutanée. (2) GOODWIN H., NASH M., GOLD M. et al. : « Vaccination of children following a previous hypotonic-hyporesponsive episode », *Paediatr. Child Health*, 1999; 35 : 549-52. (3) ANDREWS R.M., KEPE A.E., SINN K.K., HERCEG A. : « Vaccinating children with a history of serious reactions after vaccination or of egg allergy », *Med. J. Austr.*, 1998; 168 : 491-4.

## Plagiocéphalie, casque et recommandations

Notre confrère M. Duchayne voit en consultation un nourrisson âgé de neuf mois porteur d'une plagiocéphalie très modérée. « Les parents veulent absolument lui faire porter un casque de remodelage ». Le neurochirurgien pédiatrique qui a examiné cet enfant au CHU de Toulouse pense et écrit que cela n'a pas d'utilité, même si, comme l'indique notre confrère, cette technique est

utilisée dans cette ville. Rappelons que M. Duchayne indique qu'il s'agit d'une « plagiocéphalie très modérée ». Il se trouve que les parents ont consulté à Barcelone un spécialiste de cette pratique qui recommande le casque en se fondant sur une « décision de la Haute Autorité de santé » pour justifier cette mesure. Notre collègue souhaite savoir si d'autres membres de la liste de discussion

connaissent ce document présenté comme une décision officielle de la HAS.

La lecture de ce document (1) montre : qu'il s'agit d'un texte motivé par le droit d'alerte ; que le lanceur d'alerte est l'association Le Lien ; que le collège de la HAS a décidé de se saisir du problème « en inscrivant à son programme de travail l'élaboration de deux documents portant sur la prévention des risques de plagiocéphalie chez le nourrisson : une fiche mémo destinée aux professionnels de santé et un document d'information destiné au public ». Le texte actuel est donc une « déclaration d'intention » qui n'a pas la teneur d'une recommandation.

J. Ducelier, O. Fresco et S. Romano indiquent qu'ils ont vu et suivi plusieurs enfants atteints de plagiocéphalies et porteurs de ce type de casque, un thème qui a déjà été abordé dans notre revue (2).

Le Lien est une association d'in-

formation et d'aide aux victimes d'infections nosocomiales et d'accidents médicaux. Comme nous, D. Lemaitre rappelle que le document cité indique tout simplement que la HAS a décidé de se saisir du problème et de formuler des recommandations. Son programme pour 2018 précise d'ailleurs que celles-ci sont attendues pour le troisième trimestre de cette année (3). Par conséquent, D. Lemaitre écrit avec logique : « Pré-tendre que ces recommandations existent pour justifier une attitude thérapeutique aujourd'hui est faux ». Attendons la publication des recommandations de la HAS ! ■

(1) HAS : « Décision n° 2017.0086/DC/MRAPU du 28 juin 2017 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur le droit d'alerte prévu à l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale », [www.has-sante.fr/portail/jcms/\\_1492536/fr/la-has-bulletin-officiel-decisions-d-administration-generale-portlet-colonne-accueil](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/_1492536/fr/la-has-bulletin-officiel-decisions-d-administration-generale-portlet-colonne-accueil).

(2) « A propos de la plagiocéphalie et de la désinformation », *Méd. Enf.*, 2017; 37 : 210.

(3) HAS : « Programme de travail au 31 janvier 2018 », [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/programme\\_de\\_travail\\_has\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/programme_de_travail_has_vd.pdf).