



Photo : Claudio Calligaris

Nouvelles de médecine pédiatrique

est publié par le bureau des
Relations publiques et communications

**L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL**

2300, rue Tupper, local F-372
Montréal (Québec) H3H 1P3
514-412-4307
info@hopitalpourenfants.com

COMMENTAIRES?

Nous désirons connaître votre opinion sur ce
bulletin d'information :

Info@hopitalpourenfants.com

VERSION ÉLECTRONIQUE

Si vous désirez recevoir la version électronique
de ce bulletin, veuillez vous inscrire à l'adresse
suivante : info@hopitalpourenfants.com

NOUVELLES À PARTAGER

Nouvelles de médecine pédiatrique est publié
deux fois par année. Vous désirez nous faire part
d'initiatives mises en œuvre dans votre région?
C'est avec plaisir que nous en parlerons dans un
prochain numéro. Veuillez nous envoyer un texte
de 200 mots avec une photo ou une illustration à
info@hopitalpourenfants.com





FORMATION CONTINUE

L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS - COURS DE PÉDIATRIE

*Ces cours sont présentés en anglais avec possibilité de poser des questions en français.

Lieu : Centre Mont-Royal, 2200, rue Mansfield, Montréal (QC)

Date : Le 8 février 2012

Titre : **PROTOCOLES PRATIQUES EN URGENCE PÉDIATRIQUE**

Information : Ce cours, à l'intention des pédiatres, des infirmières et infirmiers, et des urgentologues, aborde les nouveaux développements en médecine d'urgence pédiatrique.

Date : Les 9 et 10 février 2012

Titre : **PROBLÈMES PRATIQUES EN PÉDIATRIE**

Information : Destiné aux omnipraticiens, pédiatres, infirmières et infirmiers, résidents, étudiants et autres professionnels de la santé, ce cours met l'accent sur l'information pratique immédiatement utilisable au cabinet médical.

Inscription : www.pedscourses-mch-mcgill.ca



DIVISION DE PÉDOPSYCHIATRIE DE L'UNIVERSITÉ MCGILL

Une série de 4 séminaires bilingues pour les professionnels s'intéressant à la santé mentale. Ces séminaires seront donnés en **anglais les mardi après-midi** et en **français les jeudi après-midi**.

Lieu : HME, 2300 rue Tupper, Montréal, Salle D-182

Date : **Jeudi 12 janvier 2012, de 15h à 17h**

Titre : **COMPRENDRE L'ADOLESCENCE AUJOURD'HUI : PRATIQUE CLINIQUE ET THÉORIE**

Conférencier : Mounir Samy, MD

Date : **Jeudi 16 février 2012, de 15h à 17h**

Titre : **ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS SOCIALES POUR LES JEUNES AVEC UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)**

Conférencier : Michèle Paquette, INF et Jack Strulovitch, MSW

Date : **Jeudi 15 mars 2012, de 15h à 17h**

Titre : **UNE PERSPECTIVE GLOBALE ET L'ÉVALUATION DES JEUNES QUI SE PRÉSENTENT EN CRISE À L'URGENCE**

Conférencier : Brian Greenfield, MD

Date : **Jeudi 12 avril 2012, de 15h à 17h**

Titre : **TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

Conférencier : Lila Amirali, MD

Inscription : www.mcgill.ca/childpsychiatry



**L'Hôpital de Montréal pour enfants
The Montreal Children's Hospital**

**Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre**

2300, rue Tupper, Montréal (QC) H3H 1P3
www.hopitalpourenfants.com



NOUVELLES DE PRATIQUE CLINIQUE

**Les jeunes et les commotions
cérébrales**

**50 ans comme chef de file en
neurochirurgie pédiatrique**

**Traiter les infections urinaires
à la maison**

**Première clinique nationale
pour traiter les malformations
congénitales de la paroi thoracique**

NOUVELLES DE RECHERCHE

**Découvrir les causes de
l'allergie aux arachides**

NOUVELLES DU RUIS MCGILL

**Technique Ponseti pour traitement
du pied bot**

FORMATION CONTINUE

TRANSFÉRER UN PATIENT

Pédiatrie générale.....	514-412-4242
Chirurgie pédiatrique.....	514-412-4242
Psychiatrie.....	514-412-4242
Sous-spécialité pédiatrique.....	514-412-4242
Urgence pédiatrique.....	514-412-4499
Soins intensifs néonataux.....	514-934-4425
.....	1-888-590-1617
Soins intensifs pédiatriques.....	514-412-4238

NOUVELLES DE PRATIQUE CLINIQUE

À chances égales : les jeunes et les commotions cérébrales

Les programmes de neurotraumatologie et de traumatisme craniocérébral léger de L'HME visent à mieux faire connaître les commotions cérébrales et à assurer leur traitement en temps opportun.

Deux semaines après avoir subi une commotion cérébrale, Sébastien s'est présenté au département d'urgence de L'Hôpital de Montréal pour enfants (L'HME) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Il avait des nausées, et se plaignait de maux de tête et de fatigue. Il va sans dire que ses parents étaient inquiets. C'était la quatrième commotion cérébrale de Sébastien, mais les autres fois, il s'était remis plus rapidement.

Selon Debbie Friedman, directrice du service de traumatologie à L'HME, une commotion cérébrale peut entraîner une variété de symptômes qui peuvent apparaître sur le coup, quelques heures après ou même le lendemain. « Une commotion cérébrale est un traumatisme craniocérébral léger. Pendant une à deux semaines, le seul traitement pour se rétablir est le repos. Des effets cumulatifs peuvent apparaître si une autre commotion cérébrale survient dans un court laps de temps. »

Chaque année, les programmes de neurotraumatologie et de traumatisme craniocérébral léger (TCCL) de L'HME voient des centaines d'enfants qui ont subi une commotion cérébrale en lien avec le sport. Ça fait plus d'une dizaine d'années qu'ils travaillent à améliorer la sensibilisation, le traitement et la prévention de ces traumatismes et d'autres types de blessures. Le programme TCCL a été élargi pour inclure la Clinique des commotions cérébrales, qui a un volet consacré spécialement aux enfants et aux adolescents qui sont des athlètes. « Nous encourageons l'activité physique tout en insistant sur l'importance de la sécurité, explique M^{me} Friedman. C'est un équilibre, et c'est important de ne jamais revenir au jeu tant qu'on est blessé. »

Les spécialistes de la traumatologie de L'HME ont mis au point le « Kit pour les commotions cérébrales », un outil éducatif destiné à aider les parents, les entraîneurs, les enseignants et les athlètes à mieux comprendre les commotions cérébrales et leurs répercussions. Des brochures et des directives ont aussi été distribuées au sein de la communauté médicale et sportive. De plus, le site Web du département de traumatologie de L'HME (hopitalpourenfants.com/trauma) est une excellente source de renseignements sur les traumatismes.

« Ce que nous voulons, c'est mieux faire comprendre la gravité des commotions cérébrales. Si ces blessures ne sont pas détectées et traitées correctement, les conséquences peuvent être graves et durables », conclut M^{me} Friedman.

Pour plus d'informations :
**Département de traumatologie
de L'HME**
Tel. : 514-412-4400, poste 23310
Fax : 514-412-4254





NOUVELLES DE PRATIQUE CLINIQUE

Chef de file de la neurochirurgie pédiatrique depuis 50 ans

« Les enfants ne sont pas simplement de petits adultes, ils ont besoin de soins pédiatriques spéciaux », explique le Dr Jean-Pierre Farmer, neurochirurgien et directeur des services chirurgicaux pédiatriques à L'Hôpital de Montréal pour enfants (L'HME) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). « Cela est particulièrement vrai pour un domaine comme la neurochirurgie. »

C'est ce sentiment qui a motivé le Dr Preston Robb, chef de la neurologie à L'HME (1961), et le Dr John Blundell à créer le département de neurochirurgie de L'HME en 1961, il y a maintenant 50 ans.

« Dans les années 1960, la technologie d'imagerie moderne que nous avons aujourd'hui n'existait pas », raconte le Dr José Luis Montes, chef de la neurochirurgie à L'HME. Le diagnostic des malformations du spina bifida, de l'hydrocéphalie, de l'épilepsie et des tumeurs reposait généralement sur les techniques d'éclairage en lumière transmise et de radiographie. En cas de problèmes plus complexes, on effectuait des analyses indirectes en employant des procédures effractives comme les angiogrammes.

En 1993, L'HME a été parmi les premiers hôpitaux au Canada à installer un appareil d'IRM destiné uniquement aux patients pédiatriques. En 2009, L'HME est devenu le premier hôpital pédiatrique canadien à installer un appareil d'IRM peropératoire. Ce nouvel appareil d'IRM permet pour la toute première fois aux chirurgiens de voir le cerveau sans interrompre leur intervention chirurgicale.

Le Dr Jeffrey Atkinson a été recruté en 2003. L'équipe de L'HME, elle, se consacre exclusivement aux enfants, ce qui lui a permis de devenir un chef de file mondial dans le traitement des enfants atteints d'épilepsie, de spasticité et de tumeurs.

Chirurgie de la spasticité

L'HME a été le premier hôpital au Canada, et est encore l'un des deux seuls aujourd'hui, à opérer des enfants qui souffrent de spasticité. La spasticité est un problème neuromusculaire qui fait en sorte que les muscles sont contractés en permanence. Ces muscles ankylosés ou rigides entravent les activités normales, comme la marche, le mouvement et la parole. La spasticité chez les enfants peut avoir plusieurs causes, et la plupart incluent une forme de dommage au système nerveux, comme lorsque le cerveau est endommagé à la suite d'un manque d'oxygène, d'un traumatisme crânien, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme médullaire.



Photo : Daniel Héon

La chirurgie pratiquée en cas de spasticité chronique grave préconise notamment des approches orthopédiques et neurologiques. L'équipe de L'HME pratique une intervention appelée rhizotomie dorsale sélective, qui consiste à couper les nerfs qui acheminent l'information sensorielle aux membres spastiques à leur sortie de la moelle épinière. L'intervention permet d'améliorer le travail des jambes. « Cette intervention aide les enfants à remarcher ou même à s'asseoir », précise le Dr Farmer.

Traitement chirurgical de l'épilepsie

L'HME est également considéré comme un chef de file mondial dans le traitement chirurgical de l'épilepsie. Dans les années 1980, il est devenu l'un des premiers centres au monde à pratiquer des interventions chirurgicales sur des enfants atteints d'épilepsie. Avant ces années-là, les médecins généralistes croyaient que les enfants souffrant d'épilepsie surmonteraient la maladie en vieillissant. En raison de cette idée fautive, l'intervention chirurgicale destinée à maîtriser ou même à faire cesser complètement les crises était souvent retardée de plusieurs années. À cette époque également, on avait compris que certains très graves troubles épileptiques chez les nourrissons et les jeunes enfants causaient des dommages à long terme à leur cerveau en développement. « L'intervention chirurgicale permet d'éliminer du cerveau la lésion qui déclenche les crises, explique le Dr Montes. Certaines de ces lésions sont des tumeurs bénignes et certaines sont des malformations du cerveau ou de la circulation du cerveau. Ce que nous espérons, c'est qu'en éliminant la source des crises, celles-ci cessent. L'énorme avantage de l'IRM, c'est la confiance qu'elle nous donne pour retirer des zones non vitales du cerveau. »

Pour plus d'informations ou pour référer un patient :

Division de Neurochirurgie pédiatrique

Tél. : 514-412-4492



Aidez-moi à bâtir un Children tout neuf



fondationduchildren.com

NOUVELLES DE PRATIQUE CLINIQUE

Traiter les infections urinaires à la maison

Technologie et soutien à L'HME : une alliance qui permet de soigner les nourrissons dans le cadre d'un programme ambulatoire

Caden n'avait que trois semaines et demie quand il a fait sa première visite à L'Hôpital de Montréal pour enfants (L'HME) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Après son arrivée à l'urgence avec des symptômes de fièvre, on a diagnostiqué une infection des voies urinaires. Caden a aussitôt été admis et mis sous antibiothérapie intraveineuse. Toutefois, grâce à un nouveau programme de soins ambulatoires, au lieu de terminer son traitement à l'hôpital, Caden a pu rentrer à la maison après quelques jours seulement.

« La plupart des enfants de moins de 30 jours atteints d'une infection urinaire sont traités au moyen d'antibiotiques administrés par voie intraveineuse », explique la D^{re} Hema Patel, directrice des Services de soins ambulatoires intensifs. « Nous procédons ainsi parce que nous considérons qu'ils font partie d'une population particulièrement fragile; ils peuvent devenir très malades très rapidement. »

Habituellement, ces patients doivent rester à l'hôpital pour toute la durée de leur traitement. Cependant, avec l'avènement des antibiotiques que l'on administre en une seule dose toutes les 24 heures et le savoir-faire qui nous permet d'utiliser les cathéters centraux à insertion périphérique (une forme d'intraveineuse pouvant être utilisée pour une longue période), nous

disposons d'un nouveau mode de traitement. Il permet aux nourrissons, une fois qu'ils sont stabilisés, de rentrer à la maison pour terminer leur traitement. Pour recevoir leurs antibiotiques, ils doivent se présenter une fois par jour à L'HME ou, dans certains cas, au CLSC.

« Nous avons tous les bons ingrédients pour démarrer un programme ambulatoire pour les nourrissons, un programme semblable à celui que nous offrons aux enfants plus âgés », explique la D^{re} Patel.

« Les familles adorent ça, ajoute-t-elle. Nous avons une ligne d'urgence 24 heures sur 24 qui, avec les visites quotidiennes, offre le sentiment de sécurité et le soutien dont les familles ont besoin. »

« J'étais ravie que Caden puisse rentrer à la maison », assure Tara Gardetti, maman de Caden. « Nous avons cru en cette approche et nous étions confiants quant à ses soins. »

Pour plus d'informations :
Services de soins ambulatoires intensifs de L'HME
Tél. : 514-412-4420
Fax: 514-412-4424

NOUVELLES DE PRATIQUE CLINIQUE

Les Hôpitaux Shriners et l'HME : une clinique nationale unique pour traiter les malformations congénitales de la paroi thoracique

Les Hôpitaux Shriners pour enfants®- Canada à Montréal et l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ont fondé une clinique nationale unique pour évaluer et traiter les enfants souffrant de malformations congénitales de la paroi thoracique. Le trouble, qui touche un enfant sur mille, est souvent mal diagnostiqué ou sous-diagnostiqué chez les jeunes enfants.

Les deux types les plus communs de la maladie, *pectus excavatum* (un sternum creux) et *pectus carinatum* (un thorax saillant ou en forme d'entonnoir sortant), se forment lorsque les côtes et le sternum se développent de façon anormale. Il arrive souvent que les médecins ne décèlent pas les légères malformations, sinon par pure coïncidence lors d'une consultation pour le traitement d'une scoliose. Des malformations plus sévères peuvent conduire vers le syndrome d'insuffisance thoracique ce qui aurait un impact important sur la croissance et le développement normal.

« Ces malformations sont souvent une cause de stress sur la croissance et le développement normal de l'enfant et de l'adolescent et sur toute sa famille », a déclaré D^r Sherif Emil, Directeur, division de chirurgie générale pédiatrique, Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill et le médecin qui a imaginé ce nouveau centre. « Les pédiatres et les médecins de famille écartent souvent les anomalies croyant que la solution est seulement l'opération radicale. Depuis les derniers 10 ans,

il y a eu révolution dans le traitement de ces anomalies avec des options beaucoup moins invasives », ajoute-t-il.

La Clinique est la première de genre au Canada et l'une des seules en Amérique du Nord. Selon D^r Jean A. Ouellet, chirurgien chef adjoint, Hôpitaux Shriners pour enfants® - Canada « notre équipe multidisciplinaire développera un centre d'excellence en concentrant toute son expertise dans un centre de traitement unique. »



Les Drs Robert Baird (c.) et Jean-Martin Laberge (d.), chirurgiens, examinent un appareil orthopédique de compression sur le patient Antoine Marciel.

Photo offerte par l'Hôpital Shriners pour enfants® - Canada

Pour plus d'informations ou pour référer un patient :
Clinique pour les malformations congénitales de la paroi thoracique
Tél. : 514-282-7201



NOUVELLES DE RECHERCHE

Recherche en infectiologie et immunologie découvrir les causes de l'allergie aux arachides

Des chercheurs canadiens, en partenariat avec des collaborateurs internationaux, ont fait une percée majeure dans la compréhension des causes de l'allergie aux arachides. L'équipe de la D^{re} Ann Clarke de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, qui inclut les D^{rs} Reza Alizadehfar et Moshe Ben-Shoshan de L'Hôpital de Montréal pour enfants, a aidé à identifier un gène qui pourrait doubler ou tripler le risque qu'un enfant développe une allergie aux arachides.

Il a déjà été démontré que le gène qui nous intéresse, la filaggrine, est un facteur causal important de l'eczéma et de l'asthme. « Nous savons qu'il y a une prédisposition héréditaire aux allergies, explique la D^{re} Clark. Nous voulons savoir si un gène impliqué dans l'eczéma joue aussi un rôle dans les allergies aux arachides. »

La filaggrine est une protéine de la barrière cutanée qui empêche les corps étrangers, comme les irritants et les allergènes, de pénétrer dans l'organisme. Une mutation de ce gène diminue l'efficacité de la barrière, ouvrant ainsi la porte à des substances qui contribuent vraisemblablement à l'apparition d'une variété d'allergies. Les chercheurs ont découvert que la

probabilité d'observer une mutation était supérieure chez les personnes allergiques aux arachides que dans la population générale, que les personnes souffrent ou non d'eczéma.



Au Canada, l'allergie aux arachides touche jusqu'à 2 % des enfants et peut provoquer des réactions allergiques graves, voire mortelles. Le nombre de personnes touchées par l'allergie aux arachides semble avoir augmenté drastiquement au cours des 20 à 30 dernières années, mais les causes de la maladie restent encore inconnues.

C'est la première fois qu'une association génétique avec l'allergie aux arachides est démontrée dans plus d'une population, ce qui augmente la probabilité que ce soit un réel facteur de risque.

Pour plus d'informations :
Institut de recherche de l'HME
Tél. : 514-412-4300

NOUVELLES DU RUIS MCGILL

Intervention précoce et travail d'équipe : éléments clés du traitement du pied bot

À l'échelle mondiale, le pied bot est l'une des plus fréquentes malformations orthopédiques congénitales avec une prévalence d'environ 1 cas pour 1 000 naissances. Le traitement du pied bot peut être chirurgical, non chirurgical ou une combinaison des deux.

La technique Ponseti

En 2001, le D^r Reggie Hamdy et le D^r Thierry Benaroch ont introduit la technique Ponseti à l'Hôpital Shriners pour enfants@-Canada à Montréal. La technique demande trois ans de traitement. C'est une approche excessivement exigeante, mais avec un taux de réussite de près de 90 %, les parents et les professionnels de la santé estiment que ça en vaut bien la peine. L'objectif du traitement est de rendre le pied fonctionnel et non douloureux avec une bonne mobilité.

Quand un nourrisson naît avec un pied bot, il est dirigé vers l'Hôpital Shriners de Montréal pour être traité, idéalement dès sa première semaine de vie. L'enfant est évalué sur-le-champ par un chirurgien orthopédiste. Ensuite, une infirmière explique à la famille chacune des étapes de la technique et le rôle de la famille dans le traitement.

En première étape du traitement, le chirurgien manipule le pied, qui est ensuite immobilisé dans un moulage précis de plâtre. Au cours des cinq à six semaines suivantes, la famille revient à l'hôpital chaque semaine. À chacune des visites, le plâtre est retiré; la correction du pied se poursuit par d'autres manipulations, puis la pose d'un nouveau plâtre.

Responsables des plâtres, l'infirmière Deborah Kenney et les infirmiers Pierre Ouellet et Mario Rinaldi ont aussi pour mission d'enseigner les différents aspects de la technique aux parents. Ils les aident à affronter les

répercussions sociales et émotionnelles liées au traitement. De plus, ils travaillent en collaboration avec les médecins et, au besoin, orientent la famille vers les services de physiothérapie ou d'ergothérapie pour veiller au bon développement de l'enfant.

La chirurgie

Quand le chirurgien orthopédiste estime avoir obtenu le réalignement du pied souhaité, il pratique une intervention chirurgicale sur le tendon d'Achille pour corriger la position du talon. Après la chirurgie, le bébé passe trois autres semaines consécutives dans un plâtre.

Le rôle des parents dans le traitement

Une fois que le plâtre est retiré, les parents jouent un rôle crucial dans le traitement, puisque le succès des deux prochaines phases dépend entièrement d'eux. D'abord, l'enfant doit porter des bottillons adaptés fixés sur une attelle de posture (attelle de Denis Brown). Pour maintenir le bon alignement du pied corrigé, il est crucial que l'enfant porte les bottillons et l'attelle 23 heures par jour durant trois mois, puis seulement durant la sieste et la nuit jusqu'à l'âge de trois ans. À ce moment, le traitement se termine en général avec succès.

Pour adresser une famille à
l'Hôpital Shriners pour enfants-Canada
Tél. : 1 800 361-7256 ou 514-282-7223



Un tout-petit avant (haut) et après (bas) avoir été traité pour un pied bot par la technique Ponseti.