

# Bref incident résolu inexplicé

## Nouveau diagnostic chez les nourrissons

Karen Arane MSc Ilene Claudius MD Ran D. Goldman MD FRCPC

### Résumé

**Question** Pendant de nombreuses années, l'acronyme ALTE (*apparent life-threatening event* ou malaise grave du nourrisson) était associé au syndrome de mort subite du nourrisson. Les parents qui décrivaient un malaise aigu chez leur nourrisson étaient envoyés à l'hôpital pour le faire admettre. J'ai appris qu'une nouvelle terminologie est recommandée pour les nourrissons. Quelle est l'approche actuelle pour une expérience proche de la mort chez un nourrisson?

**Réponse** Dans un guide de pratique clinique récent, on a révisé le nom d'un ALTE pour le remplacer par BRUE (*brief resolved unexplained event* ou bref incident résolu inexplicé), de même que sa définition. Un diagnostic de BRUE chez les nourrissons de moins de 1 an est posé lorsque l'enfant présente 1 des symptômes suivants du BRUE: un bref épisode (c.-à-d. moins de 1 minute et habituellement de 20 à 30 secondes) qui s'est complètement réglé (l'état du nourrisson est revenu à la normale), qui demeure inexplicé après l'anamnèse et l'examen physique, et peut comporter un incident caractérisé par une cyanose ou une pâleur; une respiration absente, diminuée ou irrégulière; une hypertonie ou une hypotonie; ou une réceptivité altérée. Les nourrissons à faible risque ne devraient pas être hospitalisés et les tests excessifs sont découragés.



Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the January 2017 issue on page 39.

Un nourrisson qui frôle la mort est une expérience bouleversante pour les parents<sup>1</sup>. Un ALTE (malaise grave du nourrisson) représente une multitude d'incidents inattendus qui sont effrayants pour le témoin<sup>2</sup>. Dans 80 à 90% des situations, le nourrisson n'a pas de symptômes à son arrivée à l'hôpital<sup>3</sup>. De tels incidents représentent environ 0,6 à 1,7% de l'ensemble des visites à l'urgence pour des enfants de moins de 1 an, et leur âge moyen se situe entre 1 et 3 mois<sup>1,4</sup>.

Avant 1986, les épisodes d'apnée infantile (l'expression antérieure pour un ALTE) étaient classés sous l'étiquette de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) évité de justesse<sup>5</sup>. Par ailleurs, une distinction importante entre le SMSN et l'apnée infantile a été apportée dans la nomenclature, lorsqu'aucune corrélation directe n'a été trouvée entre les 2, d'où l'adoption de l'acronyme ALTE pour remplacer un SMSN évité de justesse<sup>6</sup>. Le malaise grave du nourrisson ou ALTE est défini comme tout incident effrayant pour le témoin qui consiste en une combinaison d'apnée, de changement de coloration ou de tonus musculaire, d'étouffement ou de suffocation<sup>6</sup>. À l'encontre de celle d'autres problèmes médicaux, cette définition était large et vague, et reposait surtout sur le signalement par des proches plutôt que sur la pathophysiologie.

ALTE décrit un symptôme plutôt qu'un diagnostic définitif. La liste des problèmes qui peuvent se traduire par un ALTE est exhaustive. Il a été démontré que le trouble du reflux gastroœsophagien, les convulsions, des maladies respiratoires comme la coqueluche et la bronchiolite, des infections bactériennes graves et des traumatismes non accidentels peuvent causer un ALTE chez les nourrissons<sup>7,8</sup>. Parmi les diagnostics moins communs figurent l'arythmie, comme le syndrome du QT prolongé, des troubles métaboliques et des dysmorphies faciales ou des voies respiratoires<sup>10,11</sup>. La plupart des problèmes peuvent être envisagés en se fondant sur l'examen physique ou une anamnèse détaillée.

Le dépistage systématique de ces maladies a été jugé superflu<sup>12</sup>. Diverses études rétrospectives se sont penchées sur l'efficacité des analyses de laboratoire systématiques chez des nourrissons ayant subi un ALTE et ont conclu en l'insuffisance de données probantes selon lesquelles elles amélioreraient la détermination d'une cause<sup>12,13</sup>. Dans une étude effectuée à New York<sup>14</sup> et portant sur 243 patients ayant reçu un diagnostic d'ALTE, sur les 3776 tests administrés, seulement 5,9% avaient aidé à poser un diagnostic.

Compte tenu de l'incertitude initiale entre un ALTE et le SMSN, des mesures élaborées étaient prises pour

évaluer à l'urgence les nourrissons ayant subi un ALTE et les mettre sous surveillance en milieu hospitalier. De nombreux nourrissons recevaient leur congé avec des moniteurs d'apnée à utiliser à domicile<sup>15</sup>. Au cours de la dernière décennie, des études ont révélé les faibles taux de problèmes graves associés à l'ALTE<sup>12</sup>. Même si un ALTE est encore considéré comme un phénomène alarmant, les symptômes de plus de 83% des enfants dans une récente étude rétrospective en Italie avaient complètement disparu spontanément ou après une simple stimulation tactile<sup>3</sup>. Parmi 59 patients hospitalisés en Californie, tous de moins de 1 an et auparavant en bonne santé, seulement 14% ont nécessité un suivi clinique subséquent exigeant une admission et une hospitalisation<sup>16</sup>.

### Ancien problème, nouveau nom

En avril 2016, l'American Academy of Pediatrics a publié des lignes directrices de pratique clinique portant sur la nécessité d'une définition et d'une classification nouvelles pour ce qu'on appelait auparavant un ALTE<sup>17</sup>. En adoptant l'expression *brief incident résolu inexplicé* (BRUE pour *brief resolved unexplained event*), les auteurs voulaient insister sur la nature transitoire de l'incident et l'absence de cause précise, tout en éliminant la crainte que l'acronyme *ALTE* inspirait. Les nouvelles lignes directrices fournissent des symptômes clairement définis permettant au médecin d'évaluer le degré de risque chez les patients, de même que des recommandations pour les nourrissons à faible risque.

### Diagnostic et traitement

Un diagnostic de BRUE chez les enfants de moins de 1 an est posé lorsque le nourrisson éprouve 1 des symptômes suivants: un bref épisode (c.-à-d. de moins de 1 minute et habituellement de moins de 20 à 30 secondes) entièrement résolu (le nourrisson est revenu à la normale) qui demeure inexplicé après l'anamnèse et l'examen physique, et comporte un incident caractérisé par une cyanose ou une pâleur, une respiration absente, diminuée ou irrégulière, de l'hypertonie ou de l'hypotonie, ou une réceptivité altérée (**Tableau 1**)<sup>17</sup>. Comme il est indiqué au **Tableau 2**<sup>17</sup>, le risque chez les nourrissons peut être classifié comme étant faible s'ils répondent aux critères suivants: âgés de plus de 60 jours; un seul épisode de BRUE d'une durée de moins de 1 minute; une anamnèse et des constatations à l'examen physique rassurantes; n'ont pas eu besoin d'une réanimation cardiorespiratoire par un professionnel de la santé; et ne sont pas considérablement prématurés ( $\geq 32$  semaines de gestation à la naissance et  $\geq 45$  semaines d'âge postconceptionnel au moment du BRUE). Selon les lignes directrices de l'American Academy of Pediatrics, le traitement recommandé pour ceux qui sont à faible risque de BRUE est axé sur l'éducation des proches à domicile. Il s'agit de donner des renseignements de base à propos du BRUE, d'établir

**Tableau 1. Différences entre les classifications BRUE et ALTE**

CLASSIFICATIONS	BRUE	ALTE
Âge du nourrisson	< 1 an	s.o.
La personne qui décrit les caractéristiques de l'incident	Clinicien	Proche
Coloration	Pâleur ou cyanose épisodique	Tout changement dans la coloration
Respiration	Toute irrégularité dans la respiration	Apnée
Tonus	Changement marqué dans le tonus musculaire	Tout changement dans le tonus
Étouffement ou suffocation	N'est pas un symptôme	Un symptôme
Réceptivité	Altération du degré de réceptivité	N'est pas un symptôme

ALTE—malaise grave du nourrisson (apparent life-threatening event), BRUE—brief incident résolu inexplicé (brief resolved unexplained event), s.o.—sans objet.  
Données tirées de Tieder et coll.<sup>17</sup>.

**Tableau 2. Caractéristiques des nourrissons à faible risque de BRUE**

CATÉGORIES	CARACTÉRISTIQUES
Âge	> 60 j
Prématurité	$\geq 32$ semaines de gestation ou $\geq 45$ semaines d'âge postconceptionnel
Nombre de BRUE antérieurs	0
Durée du BRUE	< 1 min
RCR	N'a pas été nécessaire par un professionnel de la santé
Anamnèse	Rien d'inquiétant
Examen physique	Rien d'inquiétant

BRUE—brief incident résolu inexplicé (brief resolved unexplained event), RCR—réanimation cardiorespiratoire.  
Données tirées de Tieder et coll.<sup>17</sup>.

un plan de suivi thérapeutique et d'offrir de la formation en réanimation cardiorespiratoire.

À l'urgence, le clinicien peut surveiller les patients à faible risque brièvement (de 1 à 4 heures), notamment par une oxymétrie de pouls continue et des séries d'observations pour assurer que les signes vitaux et la symptomatologie demeurent stables. Les médecins peuvent aussi envisager d'obtenir des tests de dépistage de la coqueluche, de même qu'un électrocardiogramme à 12 dérivations pour exclure des canalopathies, selon les soupçons cliniques.

Le changement le plus important par rapport aux pratiques antérieures est l'accent mis sur le fait de ne pas admettre les patients à l'hôpital simplement pour faire un monitoring cardiopulmonaire et aussi sur l'importance de décourager les tests excessifs. L'omission de faire passer des tests pourrait être difficile pour certains médecins<sup>18</sup>, surtout lorsqu'ils sont pressés de le faire par des proches inquiets. Quoi qu'il en soit, les lignes directrices mettent en évidence l'insuffisance de bienfaits des analyses génériques de laboratoire chez les patients à faible risque.

Des recommandations précises ne sont pas offertes pour les patients classés dans la catégorie à risque élevé; il est probable qu'une évaluation plus approfondie et une période d'observation soient appropriées pour de tels nourrissons.

## Conclusion

De nouvelles lignes directrices de pratique clinique<sup>17</sup> ont récemment été produites pour aider les cliniciens à prendre en charge les BRUE chez les nourrissons selon qu'ils sont classés à risque faible ou élevé. Ces nouvelles directives pourraient contribuer à diminuer le nombre d'interventions médicales inutiles et coûteuses, à améliorer les résultats chez les patients et à alimenter de futures recherches dans ce domaine.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

D<sup>r</sup> Ran D. Goldman; courriel [rgoldman@cw.bc.ca](mailto:rgoldman@cw.bc.ca)

### Références

- Sahewalla R, Gupta D, Kamat D. Apparent life-threatening events: an overview. *Clin Pediatr (Phila)* 2016;55(1):5-9. Publ. en ligne du 19 juin 2015.
- Fu LY, Moon RY. Apparent life-threatening events: an update. *Pediatr Rev* 2012;33(8):361-8.
- Vigo A, Balagna R, Brazzi L, Costagliola G, Gregoretti C, Lupica MM et coll. Apparent life-threatening events. *Pediatr Emerg Care* du 9 juill. 2016. Publ. en ligne avant l'impression.
- Monti MC, Borrelli P, Nasetti L, Tajè S, Perotti M, Bonarrigo D et coll. Incidence of apparent life-threatening events and post-neonatal risk factors. *Acta Paediatr* du 6 mars 2016. Publ. en ligne avant l'impression
- Friedman SB, Bergman AB, Mandell F, Vales-Dapena MA, Connelly JP, Merritt TA. Statement on terminology from the national SIDS foundation. *Pediatrics* 1981;68(4):543.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference on Infantile Apnea and Home Monitoring, du 29 sept. au 1<sup>er</sup> oct. 1986. *Pediatrics* 1987;79(2):292-9.
- Okada K, Miyako M, Honma S, Wakabayashi Y, Sugihara S, Osawa M. Discharge diagnoses in infants with apparent life-threatening event. *Pediatr Int* 2003;45(5):560-3.

- Davies F, Gupta R. Apparent life-threatening events in infants presenting to an emergency department. *Emerg Med J* 2002;19(1):11-6.
- Goldhammer EI, Zaid G, Tal V, Jaffe M, Abinader EG. QT dispersion in infants with apparent life-threatening events syndrome. *Pediatr Cardiol* 2002;23(6):605-7.
- Guillemainault C, Pelayo R, Léger D, Philip P. Apparent life-threatening events, facial dysmorphism and sleep-disordered breathing. *Eur J Pediatr* 2000;159(6):444-9.
- Hartmann H, Seidenberg J, Noyes JP, O'Brien L, Poets CF, Samuels MP et coll. Small airway patency in infants with apparent life-threatening events. *Eur J Pediatr* 1998;157(1):71-4.
- Tieder JS, Bonkowsky JL, Brand DA, Claudius I, Cunningham DJ et coll. Management of apparent life-threatening events in infants: a systematic review. *J Pediatr* 2013;163(1):94.e1-6. Publ. en ligne du 14 févr. 2013.
- De Piero AD, Teach SJ, Chamberlain JM. ED evaluation of infants after an apparent life-threatening event. *Am J Emerg Med* 2004;22(2):83-6.
- Brand DA, Altman RL, Purtili K, Edwards KS. Yield of diagnostic testing in infants who have had an apparent life-threatening event. *Pediatrics* 2005;115(4):885-93. Erratum dans: *Pediatrics* 2005;116(3):802-3.
- Fu LY, Moon RY. Apparent life-threatening events (ALTEs) and the role of home monitoring. *Pediatr Rev* 2007;28(6):203-8.
- Claudius I, Keens T. Do all infants with apparent life-threatening events need to be admitted? *Pediatrics* 2007;119(4):679-83.
- Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, Franklin WH, Gremse DA, Herman B et coll. Brief resolved unexplained events (formerly apparent life-threatening events) and evaluation of lower-risk infants. *Pediatrics* 2016;137(5). Publ. en ligne du 25 avr. 2016. Erratum dans: *Pediatrics* 2016;138(2).
- PerryUdem Research/Communication. *Unnecessary tests and procedures in the health care system: what physicians say about the problem, the causes, and the solutions*. Philadelphie, PA: American Board of Internal Medicine; 2014. Accessible à: [www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/04/Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf](http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/04/Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf). Réf. du 25 nov. 2016.



Mise à jour sur la santé des enfants est produite par le programme de recherche en thérapeutique

d'urgence pédiatrique (PRETx à [www.pretx.org](http://www.pretx.org)) du BC Children's Hospital à Vancouver, en Colombie-Britannique. M<sup>me</sup> Arane et la D<sup>re</sup> Claudius sont membres, et le D<sup>r</sup> Goldman est directeur du programme PRETx. Le programme PRETx a pour mission de favoriser la santé des enfants en effectuant de la recherche fondée sur les données probantes en thérapeutique dans le domaine de la médecine d'urgence pédiatrique.

Avez-vous des questions sur les effets des médicaments, des produits chimiques, du rayonnement ou des infections chez les enfants? Nous vous invitons à les poser au programme PRETx par télécopieur au 604 875-2414; nous y répondrons dans de futures Mises à jour sur la santé des enfants. Les Mises à jour sur la santé des enfants publiées sont accessibles dans le site web du *Médecin de famille canadien* ([www.cfp.ca](http://www.cfp.ca)).

— \* \* \* —