

**SÉMIOLOGIE
PÉDIATRIQUE**

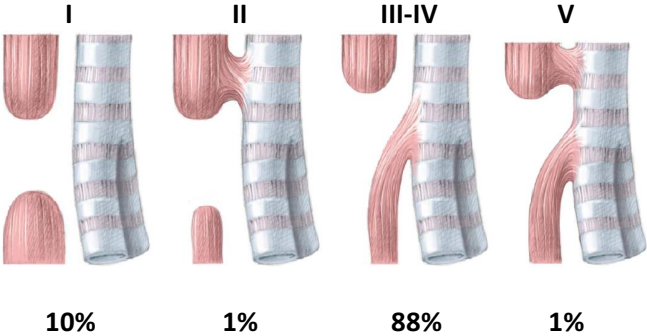
**EXAMEN DU
NOUVEAU-NÉ**

I. GÉNÉRALITÉS

Définitions	
Période intra-utérine	- Durée de la gestation = semaines d'aménorrhée (SA) - Accouchement à terme = 41 SA (294 J) - < 37 SA = accouchement prématuré - ≥ 42 SA = accouchement post-terme En salle de naissance : • 9/10 : le nouveau-né va bien • 1/10 : état intermédiaire • 1/100 : le nouveau-né va mal
Période néonatale	- 28 premiers jours de la vie (J0 à J27) - Période néonatale : • Précoc : 1^{ère} semaine • Tardive : 2^{ème} à 4^{ème} semaines - Période périnatale : de la limite (légale) de viabilité (22 SA, ou 500g) à J6 (168h)
Le nouveau-né extrême prématuré	- Limite de viabilité • Age gestationnel auquel la survie est considérée comme possible grâce à la mise en œuvre de tous les moyens médicaux disponibles • Pour l'OMS : 22 SA ou PN ≥ 500g (seuil d'enregistrement) - Zone grise • Correspond à une période durant laquelle le pronostic est considéré comme particulièrement incertain • Variable selon les pays • France : 24-25 SA - Pas d'effet seuil magique... il s'agit bien d'un « continuum »

II. ACCUEIL EN SALLE DE NAISSANCE

Généralités	
Objectifs	- Rôle essentiel de la sage-femme - Vérifier la bonne adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine : score d'Apgar - S'assurer de l'absence de toute malformation congénitale (<i>congenitus</i> = né avec) immédiatement menaçante : 2-3% des nouveau-nés sont porteurs d'une malformation - Favoriser l'installation d'une relation mère (parents)-enfant de bonne qualité
Score d'Apgar	- 5 paramètres qui donnent un score sur 10 - Evaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine à 1, 5 et 10 minutes de vie. Jamais à M0 - L'adaptation à la vie extra-utérine est : • Bonne si > 7 • Moyenne si entre 4 et 6 • Mauvaise si < 3 à M1
Premiers gestes systématiques	- Clampage du cordon - Vérification de la tranche de section du cordon ombilical : 1 veine + 2 artères = 3 lumières vasculaires - Lutte contre l'hypothermie : sécher puis recouvrir/envelopper le bébé. Bonnet ++ - Identification de l'enfant : 1 bracelet au poignet, portant ses nom et prénom - Désobstruction rhino-pharyngée : douce, brève, non traumatisante, uniquement si le bébé respire mal - Favoriser le lien mère-enfant...
Mensurations	- Poids de naissance (PN) reflète la qualité de croissance intra-utérine - Taille - Périmètre crânien - Courbes de référence : selon AG et sexe - Exemple : à 40 SA en moyenne • Poids : 3200 g • Taille : 50 cm • PC : 35 cm - Macrosome (> 90^{ème} p) - Né eutrophe - Petit pour âge gestationnel

Dépistage des malformations	– Inspection (faciès, membres, tronc, périnée, palais) ; vérification de la perméabilité des orifices naturels selon l'état clinique (non systématique depuis HAS 2018) • Fosses nasales : pas d'atrésie des <u>choanes</u> • Œsophage : pas d'atrésie <u>œsophagienne</u> • Anus : pas d'imperforation <u>anale</u> • et autres...
Test de la seringue	— Atrésie de l'œsophage  The diagram shows four types of esophageal atresia (I, II, III-IV, V) with their respective frequencies: 10%, 1%, 88%, and 1%.
Autres éléments de l'accueil	– Désinfection oculaire par instillation d'un collyre : prévention d'une conjonctivite néonatale (< 37 SA, seulement si mère à risque) – Administration orale de 2 mg de vitamine K1 : prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né – Carnet de santé et transcription des premières constatations faites en salle de naissance
Le nouveau-né à terme	—> 37 – 41 SA + 6J • PN = 3,2 – 3,4 kg; TN = 50 cm; PC = 35 cm • En suite de couches : “ bien portant” dès 36 SA – adaptation vie extra-utérine et malformations – nutrition : allaitement – dépistages : Guthrie, auditif, ophtalmique, hanches – hygiène – prévention : MIN, maltraitance,... vaccinations • Problèmes posés par les sorties précoces

III. EXAMEN CLINIQUE

Généralités	
Pré-requis	- Tout nouveau-né doit être examiné : • Dès la naissance par la sage-femme • Avant la sortie de maternité par un pédiatre : J1-J2 - Objectif : vérifier la bonne adaptation à la vie extra-utérine et dépister d'éventuelles malformations - Nécessité absolue d'avoir une connaissance de l'histoire de la grossesse et des circonstances de l'accouchement. Lecture du dossier médical - Être dans de bonnes conditions pour réaliser cet examen (nouveau-né calme, en présence des parents, à la lumière du jour)
Comportement général	- A l'Inspection : le nouveau-né (à terme) a ses 4 membres en flexion, les mouvements sont harmonieux et la gesticulation est symétrique. La respiration est calme, le cri est puissant et l'enfant est bien coloré • L'inspection générale du bébé renseigne sur sa vigilance, sa posture de repos, sa motricité spontanée et provoquée • Le cri est franc et vigoureux • Aucun mouvement anormal n'est observé
Examen cutanéomuqueux	- Inspection • Aspect général et texture de la peau • Coloration des téguments et des muqueuses : cyanose, ictère, érythrosique • Recherche d'une éruption • Recherche d'une effraction cutanée traumatique liée aux conditions de l'accouchement
Examen cardiovasculaire	• Auscultation cardiaque aux 4 foyers : sémiologie habituelle d'auscultation : recherche d'un souffle • FC : 120-140/min – TRC < 3 sec • Palpation des pouls périphériques : huméraux, fémoraux • Souffle cardiaque et cyanose isolée évoquent une cardiopathie : la plus fréquente est la transposition des gros vaisseaux (TGV)

Examen pulmonaire	• FR : 30 à 60/min • Le bébé ne respire que par le nez • Tout obstacle narinaire va entraîner une dyspnée obstructive • Score de SILVERMAN : évalue la gravité de la détresse respiratoire
Examen de l'appareil digestif	Examen abdominal - Inspection : recherche d'un ballonnement abdominal ; le jet urinaire est franc (1ères urines émises avant 48h) - Palpation : foie, rate, reins (peuvent être palpés sans être anormalement hypertrophiés) ; les orifices herniaires sont libres - Auscultation : présence de bruits hydro-aériques - Rechercher un retard à l'émission du méconium (au-delà de 48h) pouvant faire évoquer une imperforation anale et surtout une pathologie organique Examen de l'appareil digestif • Les glaires sont physiologiques, les rejets sont habituels, les vomissements ne sont pas normaux • L'abdomen peut sembler ballonné mais doit rester souple (pas de météorisme abdominal)
Examen génito-urinaire	Appareil génito-urinaire • Traces orangées dans la couche : cristaux d'urate en rapport avec des urines concentrées • Chez la fille – vulve bien conformée, pas d'hypertrophie du clitoris ou de fusion postérieure des grandes lèvres – sécrétions blanchâtres, parfois « mini règles » entre J3 et J5 – l'anus doit se situer à plus de 1 cm de la fourchette vulvaire – en cas d'anomalie on ne dit plus ambiguïté sexuelle mais anomalie de différenciation sexuelle : c'est une urgence ! On doit sursoir à la déclaration à l'état civil • Chez le garçon – scrotum plissé, testicules palpés dans les bourses, pénis de taille normale (20-25 mm), pas d'hypospadias (position ventrale du méat urinaire) vérifier la qualité du jet urinaire – les testicules doivent être palpés ✓ parfois ils se situent à l'anneau ou sur le trajet inguino-scrotal ✓ parfois on observe aussi une hydrocèle de vaginale (épanchement séreux avec testicule normal)

Appareil locomoteur	– L'examen locomoteur dépiste une malformation (rachis : scoliose) ou une lésion traumatique obstétricale (clavicules : fracture) – L'examen des membres est bilatéral et comparatif : intégrité morphologique et longueur, absence de déformation des extrémités (mains et pieds), bon fonctionnement des articulations (amplitudes normales), absence de paralysie (plexus brachial). – L'examen systématique des hanches élimine une maladie luxante (MLH, ex-LCH) : symétrie des mouvements d'abduction, stabilité des hanches à la mobilisation ...
Examen neurologique	Fonctions sensorielles • Examen des yeux : il est obligatoire ! – Il est souvent difficile – Regarder la taille des globes oculaires (imperforation du canal lacrymal) – Lueur pupillaire (rouge cerise) avec un « otoscope ». L'absence de lueur évoque une cataracte – Leucocorie (tâche blanche évoque une tumeur intra oculaire) – Vision : une fois son regard accroché par la cible (œil de bœuf), l'enfant la suit des yeux sur 90° • Audition – On déclenche facilement un réflexe cochléo-palpébral (fermeture des paupières au bruit) – Le dépistage instrumental de la surdité est plus contributif (OEAP, PEA automatisés) : le repérage néonatal d'un déficit auditif doit désormais être systématiquement organisé avant la sortie • Tonus passif (périphérique) – Position spontanée de l'enfant en quadri-flexion des membres (extension forcée = retour immédiat en flexion) – Membres supérieurs : il n'est pas possible d'amener le poignet sur l'épaule controlatérale (manœuvre de l'écharpe ou foulard = négative) – Membres inférieurs : l'angle d'extension de la jambe sur la cuisse (fléchie sur le bassin) ne dépasse pas 90° (mesure de l'angle poplité) • Tonus actif (axial) – Il est mieux exploré par la manœuvre du tiré-assis • Réflexes archaïques – Réflexe de Moro – Grasping – Marche automatique

Examen du crâne	– Inspection et palpation • Repères normaux : sutures et fontanelles — Sutures : non disjointes — Fontanelles : antérieure ouverte, postérieure fermée – Examen de la face, du crâne et des oreilles • Recherche d’une éventuelle fistule • Oreilles bien implantées, bien ourlées • Recherche d’une excroissance en avant du conduit auditif externe (fibrochondrome) • Prise de PC obligatoire ! • Palper les fontanelles, les sutures (craniosténose) • Rechercher BSS (tuméfaction molle, sous-cutanée qui chevauche les sutures) et céphalématome (épanchement entre l’os et le périoste, limité par les sutures)  BSS Céphalématome
-----------------	---

IV. DÉPISTAGE BIOLOGIQUE

Test de Guthrie	
Dépistage	• Phénylcétonurie : phénylalaninémie • Hypothyroïdie congénitale : TSH • Hyperplasie congénitale des surrénales : 17 OH progestérone • Mucoviscidose : trypsine immuno-réactive (TIR) puis éventuellement les 30 mutations principales (par biologie moléculaire) • Drépanocytose : électrophorèse de l’Hb à la recherche d’HbS — Le dépistage est réservé aux enfants dont 1 ou les 2 parents ont des ATCD ou sont originaire(s) d’une zone à risque : Antilles, Guyane, Réunion, Afrique noire, Asie du sud-est

Conclusion : la sortie

- **Remise du carnet de santé** rempli (Guthrie) après accord de l'équipe pour la sortie
- **Visite médicale souhaitable une dizaine de jours après la sortie**
- **Renseignements médicaux si nécessaire :**
 - Eventuels traitements
 - RDV de CS à distance
- **Ordonnances remplies et comprises**
- **Rappel des points importants :** discours homogène indispensable

3-4 jours en maternité durant lesquels se jouent beaucoup
de choses importantes pour la suite