

UE4 Fiche de cours n°6 : Introduction à la sémiologie pédiatrique et sémiologie néonatale

Partie I : I) La démarche diagnostique

1) Introduction

En pédiatrie il existe une relation particulière, la **relation triangulaire** : Parents-Enfants-Médecin.

En pédiatrie il faut bien distinguer les **âges de la pédiatrie** :

- **0-28 j : nouveau-né**
- **1 mois – 2ans : nourrisson**
- 2-6 ans : petit enfant
- 6-10 ans : grand enfant
- 10-12 ans : pré-ado
- 13-18 ans : adolescent

2) L'examen clinique

a) Entretien initial : il s'agit de l'**anamnèse**. Il faut que le médecin pose les **questions adéquates** tout en étant **précis** et qu'il vérifie également que les termes employés par les parents correspondent à leur **définition médicale**.

b) Examen physique : L'enfant est examiné **nu**. L'examen est guidé par les **signes d'appel** (ex : s'il tousse → examen ORL et pulmonaire), mais il doit être **complet**.

c) Synthèse

II) Suivi du développement sain de l'enfant

1) Suivi de la croissance staturo-pondérale

**Poids, taille, PC
Variations en fonction de l'âge de l'enfant**

	Naissance	4 mois	12 mois	4 ans
Poids (kg)	3,5	7 (= PNX2)	10 (=PN X3)	16
Taille (cm)	50	60	75 cm	100 (=TN X2)
PC (cm)	35	40	47	50

PN: poids naissance
TN: taille naissance
PCN : périmètre crânien de naissance

C'est le suivi de la **taille**, du **poids** et du **périmètre crânien** (→ à chaque consultation)

Mesure du PC (grâce à un mètre ruban) **de 0 à 3 ans**.

Iere colonne à savoir ++

2) Les constantes physiologiques de l'enfant

**Constantes physiologiques
Variations en fonction de l'âge de l'enfant**

	Nourrisson 1 mois-2 ans	Enfant 2- 4 ans	Enfant ≥ 10 ans
FC/min	80-155 bradycardie < 80 tachycardie > 170	70-140 bradycardie < 70 tachycardie > 160	55-105 bradycardie < 50 tachycardie > 130
FR/mn	30 bradypnée < 20 tachypnée > 60	20 basse < 15 élevée > 40	15 basse < 10 élevée > 30
TA moy mmHg	65 à 80 hypotension < 60	65à 80 basse < 60	80 à 95 basse < 80
Diurèse (ml/kg/h)	2-3 oligurie <1	2 oligurie <1	1-2 oligurie <1

Bien connaître les constantes du nourrisson. La prof a insisté sur la FC et la FR.

A partir de **10 ans** les constantes de l'enfant s'approchent de celles d'un **adulte**. Un enfant présente une **tachycardie** et une **tachypnée physiologiques**.

Partie II : I) **Anamnèse familiale, obstétricale**

1) Introduction

- Etudier l'**adaptation** de l'enfant à la vie **extra-utérine** en période néonatale précoce (< **J8**) et tardive (**J8-J28**)
- Etude de la maturation du nouveau-né (examen somatique, neurologique++)
 - À terme signifie « **entre 37 et 42 semaines après la DDR**= date des dernières règles »
 - Post mature : > **42 semaines**
 - Prématuro < **37 semaines**

2) Anamnèse familiale

Elle doit être **systématique** et correspond au **recueil des informations** apportées par les parents et à l'examen du dossier obstétrical. Elle prend en compte : le **contexte socio-économique et culturel** et les **antécédents familiaux**

3) Anamnèse obstétricale

- Le degré de **parité** (=nombre d'accouchements), de **gestation** (=nombre de grossesse)
- **L'immunité antibactérienne** (syphilis), **virale** (rubéole, HepB, VIH, HepC), **parasitaire** (toxo)
- Le **groupe sanguin**, rhésus, RAI (recherche d'agglutinines irrégulières)
- Le **terme théorique** : date des dernières règles, 3 échographies (12, 22, 32 SA)
- **Déroulement de la grossesse** : HTA, infections, prise de médicaments, toxiques.
- Des **renseignements sur l'accouchement**.

II) Examen clinique en salle de naissance

1) Le score d'Apgar

	0	1	2
Coloration	cyanose généralisée	cyanose localisée	rose
Coeur	0	< 100	> 100
Respiration	0	irrégulière	régulière
Réactivité	0	faible	cri
Tonus	nul	faible	normal

Ce score permet d'évaluer **l'adaptation à la naissance**. C'est un test rapide qui permet d'évaluer l'état initial du nouveau-né, puis son évolution à une, trois, cinq et dix minutes. C'est un score sur 10 :

➤ **< 3** : état de « mort apparente » → urgence

➤ **3-7** : anormal

➤ **8-10** : normal

Permet aux médecins de déterminer la **conduite à tenir**.

2) Le premier cri, les premiers soins (→ réalisés sur une table chauffante pour prévenir l'hypothermie)

- Le premier cri du bébé a une fonction vitale car il **permet le déplissement des alvéoles pulmonaires** : les poumons peuvent se remplir d'air.
- Si le bébé va bien il présente une bonne adaptation cardio respiratoire et son Score d'Apgar est **supérieur à 7**.
- Par rapport aux soins du cordon ombilical : il faut le clamber à 2 cm, désinfecter et **vérifier la présence des 2 artères + 1 veine ombilicale**.
- Après avoir séché le bébé, il faut prendre les **mesurations** et ne pas oublier le bracelet d'identification

3) Croissance staturo-pondérale et courbe du périmètre crânien

- Le nouveau-né mesure environ **50cm** et pèse à peu près **3300g**. On dit qu'il est **eutrophe** si son PN (poids à la naissance) est compris entre 2800 et 4000, **hypotrophe** lorsqu'il y a un retard de croissance intra utérin (RCIU) et enfin **macrosome** si le PN est supérieur au 90ème percentile.
- **Périmètre crânien (mesure environ 35cm) = T/2 + 10** (T : terme). On parlera de **microcéphale** si le PC est inférieur au 10e percentile sur la courbe et de **macrocéphale** s'il est supérieur au 90e percentile.
- On précise aussi le poids du placenta : **PN/6**

III/ Examen clinique détaillé

1) Inspection

a) Examen cutané : Vérifier si la couleur est normale : **érythrosique**

On parle de **pathologie** si : l'enfant présente une **pâleur** ; **cyanose** avec ou sans polypnée ; **ictère** ; **couleur grise** = infection. On inspecte ensuite ce que l'on appelle les **téguments**. Parmi ces téguments on distingue : le **Vernix caseosa** (enduit blanc et gras recouvrant la peau dans les premières heures) ; **Lanugo** ; **Grains de milium** ; **Erythème toxique** ; **Tâche mongoloïde** et **Angiomes plans**.

b) Autres examens

<u>TÊTE</u>	<u>ABDOMINAL</u>	<u>HANCHES</u>	<u>EXTREMITÉS</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Crâne : bosse séro-sanguine (molle, superficielle, mal limitée, oedématisée) ; céphalématome (épanchement sanguin sous-périosté, limité par les sutures) • Yeux : œdème palpébral, angiomes plans des paupières, hémorragies sous-conjonctivales ; pupilles • Nez : respiration nasale exclusive • Cavité bucco-dentaire : pas d'éruption dentaire (bourgeons gingivaux) fente vélo-palatine, vélaire • Oreilles : implantation des pavillons (haute, basse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen plat (atrésie duodénale), distendu (occlusion basse) • Hernie ombilicale • Cordon ombilical (2artères/1veine), chute vers J7 (anormale >J20) • Pénis : L > 2cm • Miction normale en jet (<i>si l'enfant fait pipi goutte à goutte</i> : craindre valves de l'urètre postérieure) • Testicule : ectopie testiculaire, (si bilatérale : rechercher un trouble de différenciation sexuelle) • Fille : petites lèvres et clitoris : souvent hypertrophiés ; sécrétions blanchâtres possibles 	<p>Manœuvre de Barlow et Ortolani : recherche d'un ressaut : hanche luxée ou potentiellement luxable (faire une écho)</p>	<p>Main : doigts surnuméraires ?</p> <p>Mains, pieds : syndactylies (= accolement de deux ou plusieurs doigts)</p> <p>Vérifier les pieds : « mal-opposition » des pieds (varus par exemple signifie que les pieds sont en-dedans)</p>

2) Palpation

<u>Examen cardiovasculaire</u>	<u>Examen abdominal</u>
<p>=> Palpation des pouls fémoraux et huméraux</p> <p>Révèle une pathologie si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pouls hyper pulsatiles (signe de la persistance du canal artériel) - pouls fémoraux absents ou diminués par rapport aux pouls huméraux (signe de coarctation de l'aorte) <p>=> Mesurer la PA (brassard adapté) : PA systolique normale = 60-85mmHg (PAM= 40 mmHg)</p> <p>=> Fréquence cardiaque = 80-180 bat/min</p>	<p>Foie : situation normale : consistance molle, bord inférieur 1 à 2 cm sous le rebord costal</p> <p>Rate non palpée</p> <p>Reins (rein gauche plus facilement palpable) recherche d'une masse ou d'une zone douloureuse</p> <p>Orifice herniaire inguinal (hernie du testicule, ovaire)</p> <p>OGE (organes génitaux externes) : cryptorchidie, ectopie testiculaire, hydrocèle vaginale (présence d'eau)</p>

3) Percussion

- Examen **pulmonaire** : recherche de **matité** si épanchement pleural liquidien
- Examen **abdominal** : appréciation des **bords du foie**

4) Auscultation

- La FC est audible au niveau de la fontanelle : on recherche un **souffle du sinus longitudinal supérieur**.
- Auscultation pulmonaire : **bruits surajoutés** : **râles crépitants** (retard de résorption de liquide alvéolaire)
- Auscultation cardiaque FC : **100-160 /mn** (200 si cri)

5) Evolution neurologique détaillée

a) **Acquisitions motrices et posturales** : **tonus actif / tonus passif** : De 1 mois à 2 ans : ce tonus va se modifier. Au niveau des membres : **diminution de l'hypertonie périphérique** (membres supérieurs puis inférieurs) Au niveau de l'axe : **augmentation du tonus axial** (tronc) de la tête vers les pieds pour permettre la marche Ces modifications permettent à l'enfant d'acquérir successivement la **station assise** (6-9 mois) puis **debout** (12-18 mois)

- **Tonus actif** : renforcement du tonus axial de la tête vers les pieds → à évaluer
- **Tonus passif** : Hypertonie périphérique (des membres) → Mesures d'angles d'ouverture et de fermeture de différentes articulations.

b) **Les réflexes archaïques** : Ils sont présents chez le **nouveau-né à terme**. Leur **absence** est **pathologique**. Ces réflexes doivent disparaître entre **2 et 6 mois**. Ils sont les suivant : **Succion** ; **Points cardinaux** ; **Grasping** (façon dont les enfants attrapent les mains : si on met son doigt dans la main de l'enfant, celui-ci s'agrippe donc c'est un réflexe, même chose au niveau des orteils) → pathologique après 6 mois ; **Moro** (enfant en position assise puis

extension « brutale » : ouverture des mains puis adduction des mains près du visage et cris) ; **Allongement / extension croisé** (position allongé, stimulation du pied, flexion) ; **Marche automatique et enjambement.**

c) Les critères de maturation neurologiques et morphologique :

- Pour la **maturation neurologie** il faut qu'à terme il y ait un **tonus en flexion des 4 membres**, un **retour en flexion**, **signe du fouldard** : ligne médiane, angle poplité : 90°, **flexion talon oreille impossible.**
- Pour la **maturation morphologique** on s'aide du score de **Farr**. Il faut palper les **fontanelles**, vérifier que le **cartilage** des oreilles est ± mou, ainsi que la présence de **plis plantaires** et mesurer le **diamètre des mamelons.**
- Critères de **maturation en fonction de l'âge gestationnel** : Date des **dernières règles**, mesure de la longueur **cranio caudale** lors de l'écho à 12SA et **examen somatique et neurologique + ECG** après la naissance.

IV/ Dépistages systématiques et suivi de l'enfant

1) Dépistages en salle de naissance

- En salle de naissance on procède à la **désobstruction des voies respiratoire**. Cet examen est réalisé grâce au test de la seringue, qui consiste à insérer une sonde gastrique par la bouche et à progresser dans l'œsophage. Si on n'arrive pas à faire avancer la sonde on suspecte une **atrésie** de l'œsophage.
- D'autre part, on va vérifier :
 - La perméabilité des autres orifices : **choanes, anus**
 - La **fréquence cardiaque et respiratoire**
 - La **coloration** et réactivité
 - L'absence de **souffle**, perception de tous les **pouls**
 - L'absence **d'ictère** et de **pâleur**

2) En maternité

On va procéder à divers **dépistages** comme :

- Le dépistage de la **surdité** (OEA = oto-émissions acoustiques) au 2e ou 3e jour
- Test de **GUTHRIE** (  72h de vie = 3e jour) :
 - **Mucoviscidose** (TIR = trypsine immunoréactive)
 - **Hypothyroïdie** (TSH)
 - **Phénylcétonurie** (Phénylalanine)
 - Hyperplasie congénitale des surrénales (on dose le 17OHP)
 - **Drépanocytose** : ce dépistage n'est pas réalisé chez tous les nouveaux nés → seulement ceux à risque (population du bassin méditerranéen)

3) Suivi du nouveau-né et du nourrisson

Visites mensuelles pour les 6 premiers mois, puis pour les 9, 12, 18, 24 me mois.

Les visites obligatoires : du **8 me jour**, 9 me mois et 24 me.

Ces visites permettent de dépister les principales **anomalies possibles** (neurologiques, sensorielles, cardiovasculaires, hanche...). Il est important de tenir à jour le **cahier de santé**, d'expliquer et d'appliquer le **calendrier vaccinal**.