

UE4 Sémiologie
Dr Mathie LORROT et Pr Valérie BIRAN
Le 24/11/16 de 15h30 à 17h30

Ronéotypeur : Margaux Bousquet
Ronéolecteur : Ryan Boughzala

Cours n°6 : Introduction à la sémiologie pédiatrique et sémiologie néonatale

Ce cours est en deux parties : une première qui sert d'introduction et une seconde qui concerne la sémiologie néonatale.

Le Pr LORROT a dit que l'examen porterait seulement ce qui est enseigné en cours, pas de pièges. Il est possible de la contacter à l'adresse suivante : mathie.lorrot@aphp.fr

Par ailleurs, elle a tenu à nous féliciter encore une fois d'être en P2 : alors à vous tous bande de BG et même si ça fait déjà quelques mois qu'on est là, bravo. (Et puis ça fait du bien de se le rappeler, surtout à l'approche des partiels #mauvaiseambiance , et puis c'est moi qui rédige cette ronéo donc j'écris ce que je veux.)

Enjoy les enfants

SOMMAIRE

PARTIE I : Introduction à la sémiologie pédiatrique

Les fonctions du médecin...

I/ La démarche diagnostique

- 1) Introduction
- 2) L'examen clinique

II/ Suivi du développement de l'enfant sain

- 1) Suivi de la croissance staturo-pondérale
- 2) Les constantes physiologiques de l'enfant

Partie II : Sémiologie néonatale et examen clinique du nouveau-né

I/ Anamnèse familiale, obstétricale

II/ Examen clinique en salle de naissance

- 1) Le score d'Apgar
- 2) Le premier cri, les premiers soins
- 3) Croissance staturo-pondérale et courbe du périmètre crânien

III/ Examen clinique détaillé

- 1) Inspection
- 2) Palpation
- 3) Percussion
- 4) Auscultation
- 5) Evaluation neurologique détaillée

IV/ Dépistages systématiques et suivi de l'enfant

- 1) Dépistages en salle de naissance
- 2) En maternité
- 3) Suivi du nouveau-né et du nourrisson

PARTIE I : Introduction à la sémiologie pédiatrique

I/ La démarche diagnostique

1) Introduction

Le rôle du médecin est toujours d'établir un diagnostic et de prescrire un traitement. Mais le médecin est aussi le partenaire d'une relation affective et plus particulière en pédiatrie où il fait parti de la fameuse **relation triangulaire : Parents-Enfant-Médecin**.

La pédiatrie c'est « la médecine de l'enfant ». L'enfant est vulnérable sous les contraintes de son programme génétique et de son environnement familial et social. Le pédiatre doit donc suivre le bon développement de l'enfant sain (croissance, acquisitions motrices etc...) ainsi que celui de l'enfant malade. L'enfant n'est pas un adulte en miniature.

Attention : En pédiatrie, il faut bien distinguer les « âges de la pédiatrie » ++: (*retenir surtout les deux premiers en gras*)

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

Il comprend : - un entretien initial (= interrogatoire) avec les parents
- un examen physique
- une synthèse

a) l'entretien initial

Il s'agit de **l'anamnèse** : cela s'apparente à une enquête policière :

- Poser les **questions adéquates** : motif de consultation ? Symptômes d'appel ?
- Vérifier que les termes employés par les parents correspondent à leur définition médicale (*ex* : « *il est chaud* » => *vérifier la température* ; « *il a la diarrhée* » => *vérifier les selles*)
- Être précis : depuis quand, combien de temps...

Car une mauvaise interprétation par les parents peuvent induire en erreur.

Durant l'interrogatoire, l'enfant reste le plus possible dans les bras de sa mère afin qu'il soit plus calme. But : établir un premier contact médecin/enfant + observer le comportement spontané (mobilité, coloration, symptômes...)

b) l'examen physique

L'enfant est examiné nu. Il est déshabillé par ses parents (il faut respecter sa pudeur).

L'examen physique est guidé par les signes d'appel : s'il tousse, examen ORL et pulmonaire par exemple. Mais l'examen physique doit être complet !

On termine cet examen par « ce qui peut fâcher », être désagréable et compliqué : exemple : examen de la gorge et des oreilles.

II/ Suivi du développement de l'enfant sain

Le suivi de l'enfant consiste en **un suivi de la croissance** mais aussi du **développement psychomoteur et sensoriel** (motricité globale et fine, langage, contrat social) et enfin de la **prévention**, c'est-à-dire des vaccinations (carnet de santé), accidents domestiques, conseils de puériculture...

1) Suivi de la croissance staturo-pondérale

C'est le suivi de la taille, du poids et du périmètre crânien (PC) de l'enfant. À chaque consultation ceux-ci sont systématiquement mesurés.

Poids, taille : avant 2 ans il est pesé/mesuré sur une balance/toise spéciale (couché), après deux ans il est debout (mesuré avec une toise verticale / pesé sur une balance normale).

Ces données sont ensuite reportées sur une courbe de croissance dans le carnet de santé.

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

1ere colonne à savoir ++

	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

Le PC est mesuré à l'aide d'un mètre ruban entre 0 et 3ans ++

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

2) Les constantes physiologiques de l'enfant

Rappels des constantes :

Pouls : fréquence cardiaque = battements/min (bradycardie : cœur trop lent / tachycardie : trop rapide)

Tension artérielle en mmHg : Hypo/Hypertension

Fréquence respiratoire : nbre de cycles respiratoire/min (1cycle =inspiration+expiration) ; dyspnée = difficulté respiratoire : distinguer la polypnée=tachypnée et la bradypnée

- À partir de 10 les constantes d'un enfant se rapprochent de celles d'un adulte
- Un enfant présente une tachycardie et une tachypnée physiologiques
- Il faut des instruments adaptés pour les mesures effectuées sur les enfants (brassard + petit par ex)

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

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

	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

Partie II : Séméiologie néonatale et examen clinique du nouveau-né

I/ Anamnèse familiale, obstétricale

1) Introduction

Quelques objectifs...

- 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++)

Sachez que :

- il y a environ 830 000 naissances par an
- de 0 à 28j on parle d'un nouveau-né
- à terme signifie « entre 37 et 42 semaines après la DDR= date des dernières règles »
- post mature : > 42 semaines
- prématuré : < 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 :

- Contexte socio-économique et culturel
 - Père et mère: âge, profession, pays d'origine, atcds personnels
 - Conditions de vie : socio-économiques, environnementales (tabac, animaux), sanitaires (pour pouvoir prévenir une assistante sociale si besoin)
- Antécédents familiaux
 - consanguinité, arbre généalogique,
 - fratrie: âge, grossesse, accouchement, terme, atcds
 - causes de décès éventuels

3) Anamnèse obstétricale

Il s'agit ici de rechercher :

- Le degré de parité (=nombre d'accouchements), de gestation (=nombre de grossesse). Par ex. G2P1 (2 grossesses mais 1 seul accouchement)
- L'immunité antibactérienne (syphilis), virale (rubéole, HepB, VIH, HepC), parasitaire (toxoplasme)
- Le groupe sanguin, rhésus, RAI (recherche d'agglutinines irrégulières)

Remarque : il est nécessaire de connaître la sérologie de la mère car cela peut être une contre indication à l'allaitement.

- Le terme théorique : date des dernières règles, 3 échographies (12, 22, 32 SA)
- Comment s'est déroulée la grossesse : HTA, infections, prise de médicaments,...
- Des renseignements sur l'accouchement : Voie basse (extraction instrumentale), césarienne ; présentation (céphalique, siège, transverse), durée du travail ; rupture de la poche des eaux (spontanée <12h, provoquée), abondance et couleur du liquide amniotique.

II/ Examen clinique en salle de naissance

1) Le score d'Apgar (+++)

Dans certains QCMs il s'agira de déterminer ce score alors apprenez bien les lapinoux <3

	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 : Il permet aux médecins de déterminer la conduite à tenir ainsi que les éléments de surveillance de chaque nouveau-né. C'est un score sur 10, « plus le score est élevé, plus c'est normal » :

<3 : état de « mort apparente » => urgence ++

3-7 : anormal

8-10 : normal

Ex : Le nouveau-né est rose, avec une fréquence cardiaque >100batt/min, il est réactif (cri) mais sa respiration est irrégulière et son tonus est faible : score = 8

2) Le premier cri, les premiers soins

Le premier cri du bébé a une fonction vitale car il permet le déplissement des alvéoles pulmonaires : les poumons vont 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.

Concernant les premiers soins en salle de naissance : Il faut tout d'abord sécher l'enfant puis le mettre en peau à peau contre la poitrine de sa maman ou sur le côté en vérifiant sa respiration.

Ses premiers soins médicaux sont réalisés sur une table chauffante (prévention de l'hypothermie)

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.

Enfin, il faut prendre les mensurations 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 utilise les termes suivants pour qualifier le poids du nouveau-né à la naissance +++ :

- **eutrophe** si son PN (poids à la naissance) est compris entre 2800 et 4000 g (= poids correct par rapport à l'âge gestationnel),
- **hypotrophe**, lorsqu'il y a un retard de croissance intra utérin (RCIU)
- et enfin **macrosome** : PN supérieur au 90^{ème} percentile (= poids trop important pour l'âge gestationnel)

Le périmètre crânien mesure environ 35cm. On peut l'estimer par la formule suivante : $T/2 + 10$ (T : terme)

On parlera de microcéphale si le PC est inférieur au 10^e percentile sur la courbe et de macrocéphale s'il est supérieur au 90^e percentile.

On précise aussi le poids du placenta : PN/6 (rappel : PN = poids à la naissance)

La prof ne s'est pas trop attardée là-dessus...

III/ Examen clinique détaillé

Il doit se faire : en présence des parents, dans une **chambre à 21 °C**, entre 2 tétés, nu sur une table d'examen.

1) Inspection

a) examen cutané

Vérifier si la couleur est normale : càd **rose-rouge (érythrosique)**

On parle de pathologie si l'enfant présente : une pâleur (anémie due à une hémolyse, vasoconstriction cutanée) ; cyanose avec ou sans polypnée, ictère (jaunisse, le plus souvent physiologique, pathologique avant J1 ou retardé) ; couleur grise = infection

Par ailleurs, vous avez remarqué qu'à la naissance le bébé n'est jamais tout beau tout propre : il est bien souvent recouvert d'une pellicule blanchâtre, sa peau n'est pas toute lisse et il a parfois des tâches sur son p'tit corps... Explications :

On inspecte ce qu'on appelle **les téguments** (= terme générique décrivant toutes les muqueuses et épithéliums qui recouvrent la surface des organes. – Internet). Parmi ces téguments on distingue :

- Le **Vernix caseosa**, c'est un enduit blanc graisseux recouvrant la peau dans les premières heures.
- Lanugo: fin duvet au niveau des épaules, dos, front, tempes (chez les prématurés)
- Grains de milium : petits amas sébacés (nez, face)
- Erythème toxique: éruption transitoire de macules rouges (malgré le terme « toxique » son évolution est constamment bénigne)
- Tâche mongoloïde: placard bleu-ardoisé (région lombo-sacrée)
- Angiomes plans (région médio-faciale) disparaissent le plus souvent avant 2 ans

b) Autres examens

<u>TÊTE</u>	<u>ABDOMINAL</u>	<u>HANCHES</u>	<u>EXTREMITÉS</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Crâne</u> : bosse séro-sanguine (molle, superficielle, mal limitée, oedématiée); céphalématome (épanchement sanguin sous-périosté, limité par les sutures) • <u>Yeux</u> : œdème palpébral, angiomes plans des paupières, hémorragies sous-conjonctivales; pupilles • <u>Nez</u> : respiration nasale exclusive • <u>Cavité bucco-dentaire</u> : pas d'éruption dentaire (bourgeons gingivaux) fente vélo-palatine, vélaire • <u>Oreilles</u> : implantation des pavillons (haute, basse) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Abdomen</u> plat (atrésie duodénale), distendu (occlusion basse) • Hernie ombilicale • <u>Cordon ombilical</u> (2artères/1veine), chute vers J7 (anormale >J20) • <u>Pénis</u> : L > 2cm • <u>Miction</u> normale en jet (<i>si l'enfant fait pipi goutte à goutte</i>: craindre valves de l'urètre postérieure) • <u>Testicule</u> : ectopie testiculaire, (si bilatérale : rechercher un trouble de différenciation sexuelle) • Fille: <u>petites lèvres et clitoris</u>: souvent hypertrophiés; sécrétions blanchâtres possibles 	<p><u>Manœuvre de Barlow et Ortolani</u>: recherche d'un ressaut : hanche luxée ou potentiellement luxable (faire une écho)</p>	<p><u>Main</u> : doigt surnuméraire ?</p> <p><u>Mains, pieds</u> : syndactylies (=accolement de deux ou plusieurs doigts)</p> <p><u>Vérifier les pieds</u> : « mal-oposition » 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>=> Fréq cardiaque = 80-180 batt/min</p>	<p><u>Foie</u>: situation normale : consistance molle, bord inférieur 1 à 2 cm sous le rebord costal</p> <p><u>Rate non palpée</u></p> <p><u>Reins</u> (rein gauche plus facilement palpable) recherche d'une masse ou d'une zone douloureuse</p> <p><u>Orifice herniaire inguinal</u> (hernie du testicule, ovaire)</p> <p><u>OGE (organes génitaux externes)</u> : cryptorchidie, ectopie testiculaire, hydrocèle vaginale (présence d'eau)</p>

Juste pour mieux comprendre : *Le canal artériel est un vaisseau sanguin fonctionnel uniquement chez le fœtus (et indispensable à sa survie), qui relie le tronc pulmonaire à l'aorte et permet au sang d'éviter la circulation pulmonaire. En effet, l'oxygénation du sang fœtal se fait via le placenta et non par les poumons.*

La coarctation de l'aorte est un rétrécissement congénital de l'aorte

3) Percussion

Percussion à deux doigts pour :

L'examen pulmonaire : Recherche d'une matité si épanchement pleural liquidien

L'examen abdominal: appréciation du bord supérieur du foie

4) Auscultation

La prof est passée très rapidement là-dessus... la partie sur les souffles n'a pas été expliquée

L'auscultation de fait avec un stétho de faible diamètre et réchauffé (question de confort).

Chez l'enfant la FC est audible au niveau de la fontanelle : on recherche un souffle du sinus longitudinal supérieur.

Auscultation pulmonaire: bruits surajoutés: râles crépitant (retard de résorption de liquide alvéolaire)

Auscultation cardiaque FC : 100-160 /mn (200 si cri)

Concernant les souffles (auscultation aux mêmes foyers que chez l'adulte) : Le plus souvent systémiques : anorganiques (souffle systolique peu intense), parfois organiques (càd pathologiques, peut traduire une cardiopathie), diastolique, continu (indique une persistance du canal artériel)

5) Evaluation neurologique détaillée

L'étude du développement psychomoteur du nouveau-né se compose de 3 parties : L'exploration des **acquisitions motrices et posturales** (tonus actif, passif) ; L'exploration des **réflexes archaïques** et enfin l'exploration du **suivi oculaire**.

Pour l'examen neuro il faut : écouter, regarder, toucher, palper, mesurer.

L'inspection se fait en position de repos spontanée (en quadriflexion : flexion des membres inf et sup). On regarde la gesticulation spontanée (réagit aux stimuli sonores, ferme les yeux quand il a de la lumière dans les yeux...), les mimiques, le regard.

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'acquies successivement la station assise (6-9 mois) puis debout (12-18 mois)

Tonus actif (+++) : renforcement du tonus axial de la tête vers les pieds

Evaluation (+++) : **manœuvre du tiré assis** (le bébé doit maintenir sa tête dans l'axe = contraction des fléchisseurs de la tête), redressement des membres inférieurs et réactions posturales lorsqu'on met l'enfant sur le côté.

Tonus passif : Hypertonie périphérique (des membres)

⇒ Mesures d'angles d'ouverture et de fermeture de différentes articulations :

- manœuvre du foulard : coude qui n'atteint pas la ligne médiane
- angle poplité à 90° : fléchir le genou sur le ventre (hyper flexion)
- tonus des adducteurs : angle de 30° formé par les jambes écartées
- angle de dorsi-fléxion du pied : 0° (le dos du pied du nouveau né à terme touche la jambe, *c'est elastic-man*)

b) les réflexes archaïques (+++)

Ils sont présents chez le nouveau-né à terme

Leur absence en dehors de toute imprégnation médicamenteuse est pathologique

Ils doivent disparaître entre 2 et 6 mois.

- **Succion**
- **Points cardinaux** (on touche la joue du bébé => tourne la tête du côté stimulé)
- **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). Grasping pathologique après 6 mois
- **Moro** : enfant en position assise puis extension « brutale » : ouverture des mains puis adduction des mains (retour en flexion) près du visage et cris.
- **Allongement / extension croisé** : position allongé, stimulation de la plante du pied, extension puis abduction de la jambe.
- **Marche automatique** et enjambement

c) les critères de maturations neurologiques et morphologiques

Pour la maturation neurologique il faut qu'à terme il y ait un tonus en flexion des 4 membres, un retour en flexion, signe du foulard : ligne médiane, angle poplité : 90°, flexion talon oreille impossible etc (cf les acquisitions page précédente)

Les éléments pathologiques :

- | | |
|---|------------------------------------|
| • Gesticulation nettement asymétrique ou très pauvre | • Absence de réaction au bruit |
| • Poings fermés en permanence
pouces dans les paumes | • Mauvais contact oculaire |
| • Microcéphalie congénitale | • Hypotonie axiale ou opisthotonos |
| | • Pleurs incessants |

Au niveau morphologique : examen clinique : on s'aide d'un score : **le score de Farr**.

- Crâne : lors de la palpation du crâne, il faut vérifier les fontanelles (si les sutures sont trop espacées risque d'hyperpression intracrânienne)
- Cartilage des oreilles (+ ou - mou)
- Diamètre des mamelons (+ il augmente, + âge élevé)
- Pieds : plis plantaires (absence de plis = prématuré)

Les critères de maturation permettent l'évaluation de l'âge gestationnel :

- Date des dernières règles (semaines d'aménorrhée)
- Echographie précoce à 12 SA (pour dater la grossesse encore une fois) on regarde la longueur crânio-caudale.
- Après la naissance :
 - Examen somatique et neurologique
 - EEG (électro encéphalogramme)

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 respiratoires, c'est-à-dire qu'on aspire de la bouche vers le cavum et des narines au pharynx. Cet examen est réalisé grâce au **test de la seringue** (**Attention : ce test n'est plus systématique !**), 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**. La fréquence de cette malformation est de 1/2500. Le dépistage est possible avant la naissance mais il y a environ 30% de faux positifs, de ce fait le diagnostic doit être fait à la naissance. Le traitement est variable selon le type de l'atrésie. De plus le pronostic dépend du poids (inférieur ou supérieur à 1500g) et des anomalies associées (notamment des cardiopathies).

D'autre part, on va vérifier :

- la **perméabilité des autres orifices** : choanes, anus
- la **fréquence cardiaque et respiratoire**
- la **coloration** (absence d'ictère et de pâleur) et **réactivité**
- l'absence de souffle, perception de tous les pouls

2) En maternité (+++)

On va procéder à divers dépistages comme :

- Le dépistage de la surdité (OEA = oto-émissions acoustiques) au 2^e ou 3^e jour

• **Test de GUTHRIE (à 72h de vie = 3^e jour): ATTENTION : question classique : qu'est ce que dépiste le test de Guthrie ? C'est un papier buvard avec des petits ronds, on fait des prélèvements capillaires, on remplit les petits ronds de sang : dix ronds pour faire 5 dépistages (à connaître +++):**

-**Mucoviscidose** (TIR = trypsine immunoréactive)

-**Hypothyroïdie** (TSH)

-**Phénylcétonurie** (Phénylalanine)

-**Hyperplasie** congénitale des surrénales (on dose le 17OHP)

-**Drépanocytose** : ATTENTION ce dépistage n'est pas réalisé chez tous les nouveaux nés => seulement ceux à risque (population du bassin méditerranéen) !!

Il est nécessaire d'obtenir la signature des parents pour les tests génétiques. Néanmoins, on ne les fait pas signer directement pour le test de Guthrie. En fait on réalise ces tests, puis s'ils s'avèrent être positifs, on leur fait signer une autorisation pour approfondir les recherches. Pourquoi ? Car pour la TIR par exemple, le taux peut être faussement élevé : s'il l'est vraiment : recherche de maladie génétique et il faut le consentement des parents. Mais comme il y a bcp de « faux positifs », on évite de leur demander avant...

=> Visite obligatoire (avant 8^{ème} jour)

3) Suivi du nouveau-né et du nourrisson

⇒ Visites mensuelles pour les 6 premiers mois, puis pour les 9, 12, 18, 24^{ème} mois.
Les visites obligatoires : du 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois : pour remplir des certificats à visée statistique et administrative

Les objectifs de ces visites et donc de ce suivi sont : de suivre **les étapes de développement physique et psychomoteur normal** du nourrisson, d'informer sur **l'allaitement** et l'alimentation du nourrisson, de repérer et répondre aux **préoccupations** parentales (à propos de l'alimentation, du sommeil, de la propreté...), de favoriser et comprendre les relations parents-enfant...

Il s'agit aussi de **dépister** les principales anomalies possibles (neurologiques, sensorielles, cardiovasculaires, hanche...).

Il est important de tenir à jour le carnet de santé, d'expliquer et d'appliquer le calendrier vaccinal.

Voilà pour la partie cours les amis, j'espère que cela vous paraît assez clair. Les exemples dans le cours ne sont pas forcément hyper importants mais la prof voulait qu'on arrive à imaginer le truc et qu'on se rende compte. Bref ;) les parties importantes (selon moi et où la prof a passé + de temps) sont signalées de +++

Maintenant je vous mets les quelques QCMs qu'on a fait en amphi. Bon courage à tous, que du looove <3

QCM 1- Victor naît très rapidement par voie basse sous rachianesthésie après une extraction instrumentale par ventouse. A cinq minutes de vie, on constate les paramètres cliniques suivant : fréquence cardiaque à 180/min, cyanose des extrémités, ventilation irrégulière, absence de réaction à la stimulation, discrète flexion des membres. Quel est le score d'Apgar chez ce nouveau-né ?

1. 3
2. 4
3. 5
4. 6
5. non calculable

QCM 2- Après avoir signé le papier buvard, les parents vous demandent quelle est (sont) la (les) maladies dépistés par le test du Guthrie. Que répondez-vous ?

1. Drépanocytose systématiquement.
2. Phénylcétonurie
3. Hyperthyroïdie congénitale
4. Hypothyroïdie congénitale
5. Hypoplasie congénitale des surrénales

QCM 3- Citez les réflexes archaïques que vous devez rechercher chez un nouveau-né à terme?

1. MORO
2. Marche automatique
3. Signe du foulard
4. Succion
5. Palpation de la fontanelle antérieure

QCM 4- Quels sont les dépistages systématiques réalisés en salle de naissance au 1^{er} jour de vie?

1. Test de Guthrie
2. Test à la seringue
3. Perméabilité de l'anus
4. Perméabilité des choanes
5. Auscultation cardiaque

QCM 5- Quel(s) est(sont) le(s) dépistage(s) systématique(s) à réaliser en salle de naissance?

1. Test de Guthrie
2. Perméabilité des choanes
3. Perméabilité de l'œsophage
4. Perméabilité anale
5. Glycémie capillaire

QCM 6- Quelle est la coloration normale d'un nouveau-né à terme ?

1. Erythrosique
2. Pale
3. Ictérique
4. Cyanosé
5. Recouvert de vernix caseosa

QCM 7- Parmi les conseils suivants, le(s)quel(s) donnez-vous à la sortie de la maternité aux parents d'un enfant né à terme pour limiter le risque de mort subite à domicile ?

1. Une fièvre survenant avant 1 mois nécessite une consultation dans les 24h.
2. Le tabagisme passif est à éviter.
3. La température de la chambre du nouveau-né doit être entre 19 et 20°C.
4. Il faut éviter d'emmener le nouveau-né à l'extérieur.
5. Le couchage doit être réalisé sur le côté.

(réponses sur la dernière page)

RÉPONSES :

- 1) 3
- 2) 2,4
- 3) 1,2,4
- 4) 3,4,5
- 5) 2,4
- 6) 1,5
- 7) 1,2,3

Dédicaces d'amour :

- À ma chère promo. Je vous aime déjà <3
- **À ma team.** *Cher lecteur si tu veux lire les bails de cette équipe de dingues je te renvoie à la ronéo de Calypso-on-fire qui est archi complète sur le sujet.*
Alors Ma **TEAM ESCOBAR** : la meilleure des meilleures, la team du saaaaaale et des tchatcheurs, si on m'avait dit que j'allais tomber sur des gens comme vous les gars... Je vous surkiff à la folie :
À **Ryan**, mon ronéolecteur, mon binôme, mon Ryan qui me supporte depuis la P1, à nos soirées de folies, notre P2 qu'on a tant attendue, à nous, bordel, parce que je suis trop contente d'en être là avec toi #séquenceémotion (notre VP-Gênant qui pète)
À **Sonia**, ma Soooo (notre VP-Lac qui n'a pas froid), et à nos galères pour rentrer de soirées (vive le 95)
À **Boby et Cal** (nos VP Torche-cul et SNCF), ou comment une rencontre sur Twitter peut se transformer en une méga amitié <3 du love pour ma Princesse du couple PLS (cc Matthou) et mon choux-qui-vomit-partout (du moins sur sa couverture...)
À **Buisson et Matthias** (re cc Matthouuu), nos VP-Scato et VP-Lenteur PLS : à notre femme de la team qui a la plus grosse bite, à notre VP qui finit –presque- toujours en PLS. Bisous partout <3
À **Salomé et Noémie**, je vous présente les VP-Suisse et Pets, qui tiennent l'alcool comme jamais (des meufs qu'on ne croise pas en salle PLS, vous voyez la classe). Que du love ! <3
À **Juba et Jeremy**, les VP-Excès et Charo (le + tchatcheuuuur). Jub' qui connaît autant de séries que moi (c'est dire), chef del cartel, challenger de semio ortho #rattrapagesarecoming
- À mes rencontres de cette année, aux gens avec qui j'ai rigolé, aux gens du car Ebisol, à Vaness, ma super rencontre du wei, notre collection de pin's et le ski qui nous attend <3
- Au président en carton d'Ebisol, aka mon parrain, le meilleur des parrains
- À tous ceux qui prennent la ligne H #95RPZ
- Pas à ceux qui sont à jour, (mais si vous venez au ski on peut négocier).