

EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE

Dr Hadjit

SERVICE DE PEDIATRIE

INTRODUCTION

- ⊙ La période néonatale est un temps de **vulnérabilité**. Elle représente le moment de l'adaptation à la vie extra-utérine.
- ⊙ A cet âge, notamment, l'examen clinique doit être précédé d'une **enquête anamnestique** minutieuse et méthodique.

ANAMNESE

- ⊙ **Antécédents familiaux** : arbre généalogique pour préciser les notions d'une maladie héréditaire, de décès en période néonatale.
- ⊙ **Antécédents maternels**.
 1. **préciser l'âge des parents** : du père et surtout de la mère (plus grande fréquence avant l'âge de 18 ans des prématurités, des hypotrophies, des malformations ; plus grande fréquence après l'âge de 38 ans des anomalies chromosomiques)
 2. connaître **les groupes sanguins** (systèmes rhésus et ABO) pour estimer les risques d'incompatibilité ;
 3. **conditions sociales et économiques**;
 4. **pathologie maternelle** : une affection rénale chronique ou cardiovasculaire peut être responsable d'une hypotrophie fœtale diabète insulino-dépendant maternel peut être à l'origine d'hypertrophie foetale, de prématurité, d'hypoglycémie, de certaines malformations.
- ⊙ **Antécédents gynécologiques et obstétricaux** : malformations utérines des malformations du bassin peuvent être responsables de dystocies mécaniques.

GROSSESSE

Le calcul de l'âge gestationnel (durée de la grossesse) permet de savoir si l'accouchement a eu lieu à terme, avant ou après lui.

L'échographie faite à 10-12 semaines de grossesse permet de confirmer ou de rectifier la date du début de la gestation.

événements survenant en cours de grossesse peuvent expliquer de nombreuses constatations toxémie gravidique ; prématurité, anémie en cas de placenta praevia ; listériose à rapprocher d'un épisode grippal en fin de grossesse ; infection bactérienne maternofoetale compliquée d'une fièvre reconnue pendant et après l'accouchement ;

ACCOUCHEMENT

- ⊙ Les informations concernant l'accouchement sont très importantes à connaître
- ⊙ **L'emploi d'analgésiques ou d'anesthésiants** peut être responsable de dépressions respiratoires néonatales.
- ⊙ **La rupture prématurée, prolongée** (plus de 12 heures) des membranes, un liquide teinté ou fétide font chercher les manifestations cliniques d'une possible infection, préciser les
- ⊙ **prélèvements bactériologiques** qui ont été faits et le traitement antibiotique appliqué à la mère. Un liquide amniotique méconial ou teinté peut être un signe de souffrance fœtale (aiguë ou prolongée).
- ⊙ **Un oligoamnios** accompagne l'hypotrophie foetale et les dysgénésies rénales. **L'hydramnios** est fréquent chez les mères diabétiques et accompagne les atrésies digestives hautes.
- ⊙ **L'examen du placenta** est essentiel et apporte de nombreuses informations (petit avec de nombreux infarctus en cas de toxémie gravidique ou de souffrance foetale chronique ; gros et oedématié en cas d'anasarque foetoplacentaire ; déprimé en cupule en cas d'hématome rétroplacentaire ;
- ⊙ parsemé d'abcès en cas d'infection bactérienne, notamment de listériose).

ETAT DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

Il est systématiquement estimé par le score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie

	valeur 0	valeur 1	valeur 2	valeur totale (10 - 0)			
Activité cardiaque	Nulle	FC < 100	FC > 100				
Activité respiratoire	Nulle	Cri faible	Cri vigoureux				
Tonus musculaire	Nul	Intermédiaire	Normal(cf.)				
Réactivité (stimulation)	Nulle	Intermédiaire	Normale(cf.)				
Coloration cutanée	Pâleur ou Cyanose généralisée	Cyanose des extrémités	Uniformément rose				
Bonne adaptation à la vie aérienne ← - - - - -				≥ 7			
Situation intermédiaire ← - - - - -					6 - 3		
Etat de mort apparente ← - - - - -						≤ 2	

EXAMEN CLINIQUE

- ⊙ L'examen du nouveau-né doit être conduit avec **patience et précision, au calme, au chaud**, à distance d'un repas, si possible en présence de la mère. Il convient d'éviter le plus possible **toute contamination** (désinfection des mains, port d'une blouse)

LES MENSURATIONS CORPORELLES

- ⊙ Le poids de naissance est de 2 500 - 4000 g
- ⊙ La taille de naissance est de 50 +/- 2 cm Périmètre crânien (mesuré au niveau de la plus grande conférence) est de 34 plus ou moins 2 cm.



EXAMEN DES TEGUMENTS

- ⊙ Les téguments d'un nouveau-né bien portant sont rose-rouge homogène avec un aspect légèrement cyanique des mains et des pieds disparaissant au cri.
- ⊙ La peau est à peine oedématiée
- ⊙ Le vernix caseosa (enduit blanchâtre grasseux) recouvre la peau à la naissance.
- ⊙ Le lanugo (fin duvet des joues, du front, de la racine des membres) est souvent plus abondant chez le prématuré.
- ⊙ Le livedo (aspect marbré par trouble vasomoteur) n'a pas de signification pathologique.

QUELQUES ANOMALIES DE LA PEAU

o **L'érythème toxique** est fait de macules érythémateuses microvésiculeuses prédominant sur le tronc, parfois confluentes

o Sur les ailes du nez et le menton siègent parfois de petits éléments ponctiformes, blanchâtres : **le milium**

o **La folliculite** est constituée de très petites pustules blanchâtres en peau saine ou entourées d'un halo inflammatoire.

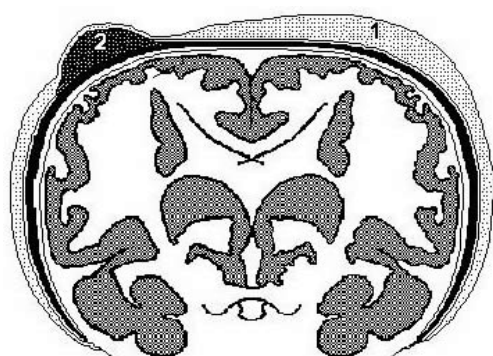
o **Des angiomes capillaires** plans sont très fréquents : ils siègent sur les paupières, la région interorbitaire, la nuque.

o **Les taches mongoliennes** sont bleu ardoisé. On les observe dans les ethnies méditerranéennes, africaines et orientales ; elles siègent dans la région lombaire et ailleurs sur le dos parfois.



EXAMEN DU CRANE, DE LA FACE ET DU COU

- ⊙ La mesure du périmètre crânien ne doit pas être oubliée et doit être précise..
- ⊙ Le chevauchement des pariétaux est fréquent et transitoire.
- ⊙ La taille de la fontanelle antérieure est normalement variable. La fontanelle postérieure est plus petite ; elle peut être fermée à la naissance.
- ⊙ Dans sa présentation par le sommet (habituelle), la tête est souvent déformée en « pain de sucre » ; les enfants nés par césarienne ont la tête ronde et symétrique.
- ⊙ **La bosse sérosanguine**, quasi constante, a une importante variable. Elle siège au
- ⊙ niveau de la présentation, soumise à une compression prolongée. Elle diffuse dans le tissu sous-cutané et se résorbe en quelques heures à quelques jours.
- ⊙ **Le céphalématome** est un épanchement hémorragique sous-périosté ; il est limité et on perçoit un rebord à sa périphérie (qui correspond à la zone de décollement périosté) ; il ne chevauche pas une suture



1 Bosse sero-sanguine

2 Céphalématome



VISAGE

une asymétrie lors du cri : paralysie faciale (accouchement avec forceps),

une dysmorphie ,des hémorragies sous-conjonctivales sont parfois observées généralement transitoires ;

Il convient d'examiner attentivement la cavité buccale : fente palatine, brièveté du frein de la langue, forme de la voûte du palais, état de la langue et du menton



LE COU

- ⊙ L'examen du cou comporte la palpation des clavicules à la recherche d'une **fracture** (dystocie des épaules) et aussi la palpation des sternocléido-mastoïdiens à la recherche d'un **hématome**
- ⊙ On s'attachera aussi à la recherche de **fistules** ou de **kystes** latéraux ou médians et à la taille
- ⊙ du cou et son aspect (anomalies vertébrales,).



Torticollis avec hematome du muscle SCM

LA RESPIRATION

- ⊙ La respiratoire est régulière :
 - 40 à 60 mouvements par minute,
 - de type abdominal,
 - temps inspiratoire égal au temps expiratoire,
 - Le thorax est :
 - * symétrique,
 - * sans signe de lutte (tirage intercostal, entonnoir,...)
 - L'enfant respire bouche fermée, sauf pendant les cris.
 - sont pathologiques :
 - * une fréquence respiratoire > à 60 par minute,
 - * l'existence de pause respiratoire, d'apnée,
 - * une cyanose,
 - * des signes de lutte cotés par le score de Silvermann.

EXAMEN CARDIOVASCULAIRE

- ⊙ Le temps de recoloration de la peau est normalement inférieur à 2 secondes.
- ⊙ La fréquence cardiaque est comprise entre 120 et 160/min chez un nouveau-né Calme
- ⊙ On perçoit parfois un souffle systolique mésocardiaque transitoire (persistance du canal artériel)
- ⊙ La palpation de tous les pouls périphériques est très importante, en particulier des pouls fémoraux (leur diminution évoque une coarctation aortique ou une hypoplasie du coeur gauche). Des pouls trop amples font suspecter un shunt gauche-droit (canal artériel par exemple).
- ⊙ La tension artérielle (mesurée par la méthode du flush ou avec l'appareil Dinamap) est à 50-60 mmHg.
- ⊙ Sa mesure est indispensable quand on soupçonne un obstacle aortique ; elle doit être assurée alors aux membres supérieurs et inférieurs.

EXAMEN DE L'ABDOMEN ET DU PERINEE

- ⊙ Une distension abdominale doit faire craindre une occlusion basse ; un ventre trop plat à l'inverse doit faire penser à une occlusion haute.
- ⊙ Le foie déborde naturellement de 1 à 2 cm le gril costal sans déborder l'épigastre.
- ⊙ La rate n'est pas palpée.
- ⊙ Les pôles des reins sont souvent bien perçus.
- ⊙ Il n'y a pas de globe vésical.
- ⊙ Le cordon ombilical vérifié dans son implantation doit être désinfecté et protégé.
- ⊙ L'examineur doit aussi s'assurer que l'enfant a normalement bu ses premiers biberons, que des mictions ont été notées au cours des 24 premières heures et que le jet urinaire est normal, que des selles méconiales ont été émises durant les 24 à 48 premières heures.

LES ORGANES GENITAUX EXTERNES

· **Chez le garçon** le scrotum est plus ou moins plissé, les testicules en position variable ou bien dans les bourses ou bien dans le canal inguinal et alors facilement abaissables. Le prépuce adhère normalement au gland à la naissance. En cas d'anomalie préputiale, il convient de repérer l'orifice urétral à la recherche d'un hypospadias. L'hydrocèle vaginale est fréquente à la naissance et régresse au cours des premières semaines de vie.

· **Chez la fille**, les petites lèvres et le clitoris sont transitoirement hypertrophiés.

On recherchera une imperforation hyménéale, une coalescence des petites lèvres.

Souvent on observe au cours de la crise génitale un écoulement vaginal muqueux parfois sanglant durant quelques jours.

L'anus doit aussi être examiné. Il convient d'en vérifier la perméabilité et l'emplacement

(dans certaines formes mineures d'imperforation anale on observe une antéposition de l'orifice anal).

APPAREIL LOCOMOTEUR

· L'examen du rachis doit être systématique (recherche d'un spina bifida, d'une myéломéningocèle).

· L'examen des membres comprend la recherche également systématique d'une luxation de hanche (manoeuvres d'Ortolani et de Barlow, complétées éventuellement par une échographie de hanche).

Les incurvations des membres sont assez marquées surtout au niveau des tibias ; elles se corrigent spontanément en quelques semaines (en rapport avec la position in utero).

Les anomalies de position des pieds sont fréquentes (pied varus, pied talus, pied varus équin) ; elles régressent généralement en quelques jours d'elles-mêmes ;

· L'intégrité des extrémités sera aussi vérifiée : doigt surnuméraire, syndactylie, anomalie des ongles (brefs chez les prématurés, trop longs chez les enfants postmatures, anormaux ou absents au cours de certains syndromes ou traitements maternels).

EXAMEN NEUROLOGIQUE

- ⊙ Il doit être conduit avec beaucoup de rigueur. Il renseigne sur l'âge gestationnel et la maturation neurologique.
- ⊙ Chez le nouveau-né bien portant, au réveil, la gesticulation est désordonnée ; les mouvements ne sont pas coordonnés et parfois empreints de trémulations ; le cri est clair et sonore.
- ⊙ Lors de l'examen on s'intéressera particulièrement : au tonus, aux automatismes, aux réflexes.
- ⊙ · Le tonus passif permanent : chez un nouveau-né à terme, l'hypertonie est physiologique aux membres supérieurs, l'attitude de repos est en flexion ; après extension l'avant-bras revient spontanément en flexion ; au niveau du cou la rotation de la tête est limitée, au niveau du tronc le tonus passif est précisé par la possibilité de contrôle de la tête dans l'axe du corps.
- ⊙ Aux membres inférieurs on peut apprécier le tonus passif par la mesure de l'angle poplité (normalement 90°), l'angle des adducteurs (N : 40 à 70°), l'angle de dorsiflexion du pied (N : 0°) ou par la manoeuvre de rapprochement talon-oreille (qui consiste à rapprocher les membres inférieurs tendus vers le visage... rapprochement normalement limité à 90°).
- ⊙ · Le tonus actif s'étudie à travers des réponses de redressement de différents segments du corps lors de certaines manoeuvres (redressement de la tête dans l'épreuve du « tiré-assis » ; redressement des membres inférieurs et du tronc quand, soutenant l'enfant sous les aisselles, on applique les pieds sur le plan d'examen ; incurvation latérale du tronc du côté où la région lombaire est excitée).
- ⊙ · Les réflexes archaïques sont systématiquement recherchés. Parmi les automatismes primaires on apprécie la succion-déglutition, les points cardinaux, le réflexe d'agrippement des doigts (grasping), le réflexe de Moro, la marche automatique, l'allongement croisé des membres inférieurs, le passage du bras.
- ⊙ · Les réflexes ostéotendineux sont présents et souvent vifs.

Le signe du foulard

Le coude n'atteint pas la ligne médiane chez le nouveau-né à terme



Réflexe de Moro

Soulever légèrement les épaules en tirant le bébé par les mains.

Mains lâchées :

- Extension - abduction des bras
- Ouverture des mains
- Cri
- Flexion adduction des bras



Tonus actif des muscles du cou

Manoeuvre du tiré-assis → Contraction active des fléchisseurs de la tête



Manoeuvre inverse de retour en arrière → Contraction des extenseurs de la tête



Reflexes archaïques



Réflexe de succion



Marche automatique



Réflexe de Moro

L'EVOLUTION DANS LES PREMIERS JOURS DE VIE

Marquée par une perte de poids ne dépassant pas les 10 % du Poids de naissance (en moyenne 7,5%), puis une courbe pondérale régulièrement ascendante.

⊙ Le dépistage de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie est systématique entre le 3^e et 5^e jour de vie.

⊙ Dans le premier mois, les conseils portent sur :

- l'augmentation progressive de l'alimentation.
- L'adjonction immédiate de vitamine D.

L'intérêt d'une pesée vers 10 jours et à la fin du premier mois.

Le calendrier vaccinal.

LE CHOIX DU LAIT :

⊙ seule la prescription , hydrolysate de protéines chez les enfants à haut risque (familial) d'allergie dans le premier mois de vie et celle d'un lait enrichi en triglycérides à chaîne moyenne pour les enfants de faible PN sont justifiées.

- La fréquence de l'alimentation s'adapte aux besoins de l'enfant avec un rythme de 8 repas habituellement atteints dès la fin de la première semaine.
- La location d'un pèse-bébé n'est utile qu'en cas 'allaitement au sein difficile, sinon, une pesée par mois est suffisante.

⊙ Il faut éviter tout contact avec la fratrie en cas de virose saisonnière.

⊙ L'examen obligatoire du 8^e jour doit s'accompagner de la prescription du régime et des soins d'hygiène et contribuer à l'établissement d'une relation harmonieuse entre la mère et son nouveau-né.

CONCLUSION

L'examen du nouveau-né est fait en présence des parents. Ses buts sont d'éliminer des malformations dépistables et de donner des conseils à la famille sur l'alimentation, les soins, la toilette et le calendrier vaccinal. Un bilan à un mois confirme la normalité initiale.