

Nouveaux-nés à risque en Languedoc-Roussillon

Dr Nathalie Bousquet-Jacq - Pédo-psychiatre, Dr N. Segala pédiatre (CAMSP Montpellier)

L'identification des risques somatiques et développementaux permettra une prise en charge précoce et une amélioration du pronostic. Mais seul le suivi plus systématique à court, moyen et long terme des enfants à risque permettra de repérer l'existence ou non de séquelles, leur type et leur importance ainsi que la proposition d'une prise en charge adéquate.

Quels sont les nouveaux-nés à risque en Languedoc-Roussillon ?

Il s'agit des nouveaux-nés qui, du fait de leurs conditions de naissance et/ou de leurs particularités individuelles à la naissance, ont plus fréquemment des problèmes de santé et des risques plus importants de troubles du développement sensoriel, neuromoteur et psychoaffectif.

Le risque sensoriel et neuromoteur concerne les situations suivantes

- prématuré d'âge gestationnel inférieur à 33 SA et de poids de naissance inférieur à 1500 g
- souffrance neurologique grade 2 (Classification de Sarnat)
- malformation de la face et/ou du système nerveux central.
- anomalies de l'imagerie cérébrale et de l'électroencéphalogramme.(Hémorragie Péri-Intra Ventriculaire (HPIV), Leucomalacie Péri-Ventriculaire (LPV)
- grossesses triples
- jumeaux avec décès d'un des enfants
- fœtopathies infectieuses ou toxiques

- handicap sensoriel (visuel et/ou auditif)
- Prématurité d'âge gestationnel compris entre 32-36 SA avec antécédents de chorioamnionite et/ou liquide amniotique méconial
- anomalies génétiques ou chromosomiques

Il n'a pas été défini précisément une population ayant des risques « psychoaffectifs ».

Tout enfant né prématurément, hospitalisé à la naissance, et/ou présentant des atteintes neurologiques est à risque dans son développement individuel mais aussi sur le plan de l'instauration des interactions parents-enfant et du déroulement du processus d'attachement.

En fonction de l'importance du risque trois groupes ont été définis

- Groupe d'enfants à très haut risque : Age gestationnel inférieur à 28 SA, poids de naissance inférieur à 1500 g, lésion cérébrale identifiée.
- Groupe d'enfants à haut risque : Age gestationnel compris entre 28-32 SA, et autres enfants définis à risque
- Groupe d'enfants à risque plus limité : Age gestationnel compris entre 32-36 SA

L'Observatoire Régional de la Santé (Dr Bernard Ledesert) estime à environ 700 par an le nombre d'enfants à très haut risque ou à haut risque et à environ 1200 par an le nombre d'enfant à risque faible, dans notre région.

Quelle prise en charge ? une prise en charge multidisciplinaire « à plusieurs volets »

Ces enfants présentent des risques dans tous les domaines de leur développement. Le suivi du **développement psychomoteur** nécessite des examens répétés aux âges clés du développement selon un calendrier fourni à la sortie aux familles.

Développement sensoriel :

Le suivi neurosensoriel débute par la **surveillance visuelle** : un examen ophtalmologique complet devrait être réalisé entre 9 – 12 mois associant bébé vision + réfractométrie (acuité visuelle, recherche d'une myopie ou de troubles de la réfraction), puis examen du fond d'œil. Un suivi ophtalmologique spécifique serait prévu quand il y aurait eu un diagnostic de rétinopathie pendant l'hospitalisation.

Le strabisme doit être dépisté et pris en charge tôt pour limiter le risque d'amblyopie.

une consultation

audiophonologique sera nécessaire à l'âge de 9 mois « corrigés » (AC), associant otoscopie – tympanométrie et audiométrie subjective avec ROC (réflexe d'orientation conditionné)

Développement neuro-moteur

Le suivi des deux premières années est nécessaire pour repérer les troubles transitoires, les séquelles neurologiques à minima et les cas d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) plus sévères. Les différentes

techniques d'examen cherchent à affirmer la normalité ou à extérioriser de façon précoce les principaux troubles neuromoteurs (hypotonie axiale – hypertonie des membres). Il est indispensable de tenir compte de l'âge corrigé (AC) et non de l'âge réel (AR) jusqu'à 2 ans pour les acquisitions motrices.

Développement cognitif

Il est très judicieux de prolonger le suivi cognitif jusqu'à l'âge de 7-8 ans, afin de dépister les difficultés visuopraxiques et d'apprécier les apprentissages scolaires, tout en tenant compte de l'âge corrigé (AC) de façon prolongée notamment pour le langage.

La surveillance somatique

La croissance : Le poids, la taille et le périmètre crânien (PC) sont mesurés et reportés **en âge chronologique** sur les courbes de Sempé dans le carnet de santé. Il faut analyser la **vitesse de croissance**.

Le PC est la mensuration qui va rattraper le plus vite, et son non-rattrapage (PC < -2 DS) doit faire craindre un risque de séquelles neurologiques.

La surveillance de la taille se justifie par l'indication d'une consultation endocrinopédiatrique à l'âge de 2 ans si elle reste en deçà de - 3 DS, dans l'éventualité d'un traitement substitutif par hormone de croissance de synthèse.

- En ce qui concerne l'**alimentation**, il est conseillé de privilégier l'allaitement maternel. En cas d'allaitement artificiel, les laits pour prématurés sont recommandés jusqu'à 3 – 3.5 Kg relayés par un lait 1^{er} âge. Le lait 2^{ème} âge est introduit à partir de 4 – 6 mois d'âge corrigé.

Il n'y a pas de recommandation particulière pour la diversification du prématuré (diversification vers 6 mois d'âge corrigé).

- Les vaccinations

Elles sont débutées à **l'âge réel de 2 mois**.

Vaccin PENTAVALENT suivi de deux injections à 1 mois d'intervalle (3 et 4 mois) sur le quadrant supéro-externe de la cuisse (intra-musculaire). La vaccination antipneumococcique doit être proposée aux parents (2 – 3 – 4 mois) ainsi que la vaccination contre l'hépatite B (2 injections à 1 mois + rappel 6 mois après). Le BCG ne doit pas être réalisé trop tôt, sauf obligation.

Les populations à risque sont assez clairement identifiées pour que tous ces enfants soient inclus dans un programme structuré de suivi.

- Sur le plan **respiratoire**, un suivi pneumopédiatrique est à proposer en cas de dysplasie bronchopulmonaire ou de bronchiolites à répétition. Pour cette population, on peut proposer le vaccin antigrippal et les anticorps monoclonaux anti-VRS.

La collectivité est déconseillée jusqu'à l'âge de 2 ans.

- En cas d'antécédents de **transfusion sanguine**, un bilan post-transfusionnel est à réaliser trois mois après la dernière transfusion (sérologie HIV, hépatite B, C, transaminases).

Développement psychoaffectif

La séparation très précoce et parfois prolongée, les craintes pour la vie et le devenir de l'enfant, les annonces réitérées, les deuils antérieurs, les difficultés d'attachement à plusieurs bébés malades peuvent constituer une intrication de facteurs de risques. La vigilance et le soutien des professionnels doivent se maintenir

avec le plus de continuité possible après l'hospitalisation.

Le repérage précoce de signes d'alerte: difficultés d'interactions affectives et comportementales parents-bébés, difficultés de régulation émotionnelle du bébé, troubles du sommeil et de l'alimentation persistants pourraient conduire à proposer une évaluation et un soutien plus précis par un psychologue ou un pédopsychiatre (ceux qui sont intervenus en maternité et/ou en néonatalogie ou en chirurgie, ceux des secteurs petite enfance, ceux des CAMSP).

Problématique socio-familiale

Dans certaines situations, les facteurs de risque de pathologie néo-natale sont aussi des facteurs de risques pour le développement psychoaffectif de l'enfant. L'hospitalisation peut alors vulnérabiliser un peu plus l'ensemble de la cellule familiale.

Un soutien mis en place dès la sortie est fondamental. C'est l'enjeu de l'intervention des services de PMI (puéricultrice, médecin, assistante sociale et travailleuse familiale) travaillant en réseau, avec les autres professionnels.

Ce travail au plus près des besoins de l'enfant et de sa famille permet de mobiliser les ressources familiales et d'infléchir les situations de risque.

Conclusion

La définition de ces risques permet de mettre en place un suivi précis selon des référentiels structurés.

Afin de limiter les conséquences des troubles sensoriels, moteurs, cognitifs et de la relation, des consultations régulières de dépistage sont proposées pour effectuer une prise en charge adaptée et précoce.