



Les nouveau-nés aux urgences



C.Boscher C.Gras le Guen
CHU Nantes

Fréquentation des urgences

Augmentation de la fréquentation globale des urgences pédiatriques depuis 15 ans en France

7 M° en 2000/**14 M° en 2010** dont **4% < 28 jours**

- Augmentation plus forte pour les tous petits
- Alors que le nombre de naissances est stable voire en diminution (800000 en 2015/820000 en 2010)
- Pas de lien évident avec la durée de séjour en maternité
 - Mais sorties précoces de + en + généralisées depuis 2014 et les nouvelles reco HAS
 - Variations possibles selon les organisations locales

Lien avec la durée de séjour en mater?

- Craintes liées à l'évolution aux USA

Du fait de la réduction majeure des durées moyennes de séjour dans les années 80-90

Résurgence des **ictères nucléaires, déshydratations** du fait d'allaitements mal démarrés et non suivis

- Organisations « heureuses » dans les pays d'Europe du Nord, ou au Royaume Uni?

Mais comparaison difficile avec la France du fait de systèmes de santé et de cultures différentes

Sorties précoces de maternité en France: recommandations HAS 2014

- Définies dans un contexte de **bas risque**
 - Sortie standard: 72 à 96h si AVB, 96 à 120h si césar
 - **Sortie précoce: < à 72h si voie basse ou < à 96h si césar; référent de maternité ET de suivi**
- Pour prévenir l'apparition de complications néonatales et maternelles du *post-partum*
- Et diminuer le risque de situations évitables graves
- Consultation **MEDICALE** conseillée pour **tous** les nouveau-nés entre **J6 et J10**

Consultation **médicale** J6-J10



- **Objectif HAS: dépister les pathologies néonatales, accompagner les parents, évaluer le lien mère-enfant**
- Par un pédiatre ou généraliste « ayant l'expérience des pathos du nné »
- Fait partie du « contrat » sortie précoce
- Certificat J8 rempli lors de cette consultation
- Définit un cadre de suivi qui, si respecté, améliore l'accompagnement des parents et des enfants

Et pourquoi pas les urgences?

- **Risque majeur d'infections nosocomiales virales** en période hivernale
 - Grande majorité de consultations évitables!
- Risque d'encombrement des services, moins de fluidité
- Risque de « diluer » les vrais urgences néonatales dans le flot des consultations

Caractéristiques générales des enfants

- Moyenne d'âge **15 à 17j**
- Enfants à terme, au biberon pour 50%
- Population urbaine ayant accouché près des urgences
- 90% de motifs médicaux
 - **Cs spontanée à plus de 80%**
 - Cs en semaine, en majorité pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux
 - Pas de différence évidente pour la CSP dans cette classe d'âge

Diagnostics posés

- Troubles digestifs (25 à 40%):
 - problèmes alimentaires ou de croissance,
 - régurgitations et vomissements,
 - « **coliques** »
- Respiratoires (15 à 30%) dont rhinites++
- Pleurs (10 à 20%): coliques et RGO, inquiétude parentale « simple »
- Ictère, fièvre ou hypothermie
- Pathos du cordon, éruptions...

Facteurs maternels et motifs de passage

- Motifs à composante subjective (pleurs, douleurs abdominales, malaise, diététique) plus représentés chez **primipares**
- Plus la mère est **jeune** (≤ 20 ans), primipare et isolée, plus les recours sont directs, pour des motifs subjectifs (pleurs, diététique) et se représente 2 fois plus pour le même motif.
- **Mères multipares** : plus de recours pertinents et **hospitalisations** plus nombreuses en proportion
- Fièvre, motifs traumatiques: plus représentés chez multipares et risque d'hospitalisation x 2

Autres raisons des venues précoces aux urgences

- Notion d'urgence ressentie par les parents *Richier2014*
 - CIM 10: « inquiétude exagérée pour un évènement source de tension » R46.6
 - Absence de patho apparente 10 à 25%
- Facilité d'accès sans avance de frais pour les plus défavorisés
- Difficultés d'évaluation des médecins pour les plus petits, évaluation de l'ictère...

Pertinence des venues: Nantes 2014

N = 634 passages NN $\leq$ 28 j
(32 000 passages à l'année)

201 venues de nouveau-nés $\leq$ 28j

Exclusion :

- 421 enfants non nés au CHU
- 7 enfants porteurs de pathologies congénitales

99 consultations avec retour à domicile

102 hospitalisations

Pertinence des venues: Etude Nantes

- 201 passages d'enfants de moins d'un mois nés au CHU analysées
- Dont 99 consultations sans hospitalisation
 - **50% de troubles digestifs bénins**
 - + rhinites, ictère, conjonctivite, pathologies du cordon...
 - **63,3 %** des consultations étaient jugées comme évitables
(*par 2 pédiatres indépendants, coef Kappa 0.8*)
- Facteurs associés à ces venues non pertinentes:
 - Diagnostic de RGO
 - Proximité domicile/hôpital
 - Consultation de nuit

Pathologies et « feux rouges » du premier mois de vie



Loi du tout ou rien!!

- Pleurs sources d'inquiétude parentale «ressentie »:
 - Eliminer une urgence: EXAMEN COMPLET
 - Rassurer si examen normal et prévoir une cs dédiée
- Troubles digestifs et de croissance
- Fièvre
- Décompensation d'une cardiopathie
- Ictère

Quizz!!

J21, ATCD de « coliques », depuis 2-3 jours vomissements récurrents, alimentaires, la maman « ne le trouve pas comme d'habitude ». Quels diagnostics peut-on déjà évoquer?

- Méningite/sepsis 
- Syndrome du bébé secoué 
- RGO et/ou œsophagite 
- Sténose du pylore 
- Décompensation d'une maladie métabolique 

Fièvre



Près de 30% des nouveau-nés fébriles ont une infection bactérienne:

= Toute fièvre supérieure à 38°C chez un nouveau-né doit-être considérée comme une infection materno-fœtale jusqu'à preuve du contraire et conduire à l'hospitaliser pour examens complémentaires et ATB probabiliste par voie IV.

Température prise en axillaire,
vérifiée en rectale si besoin

Pleurs: cause organique < 5%

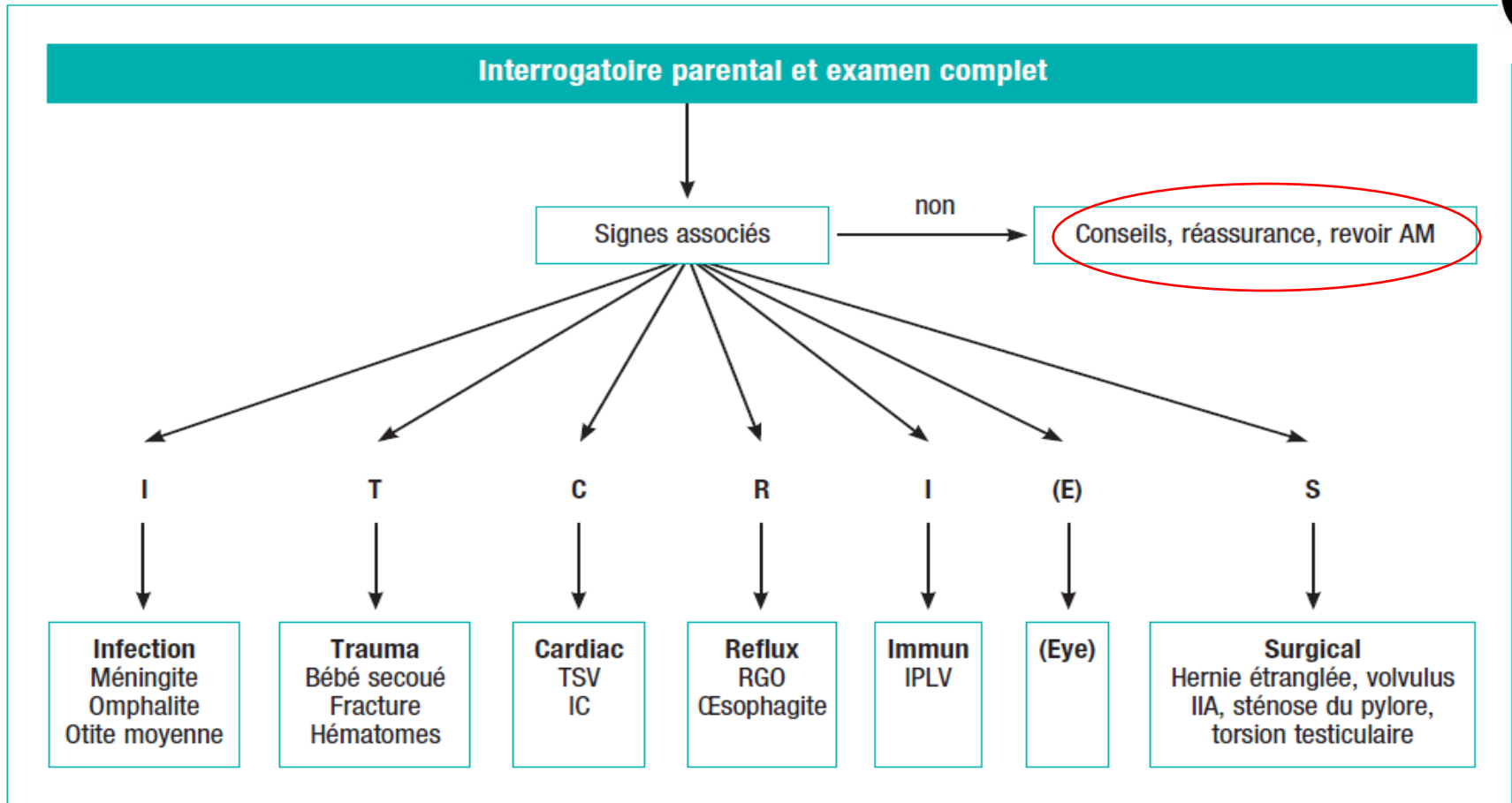
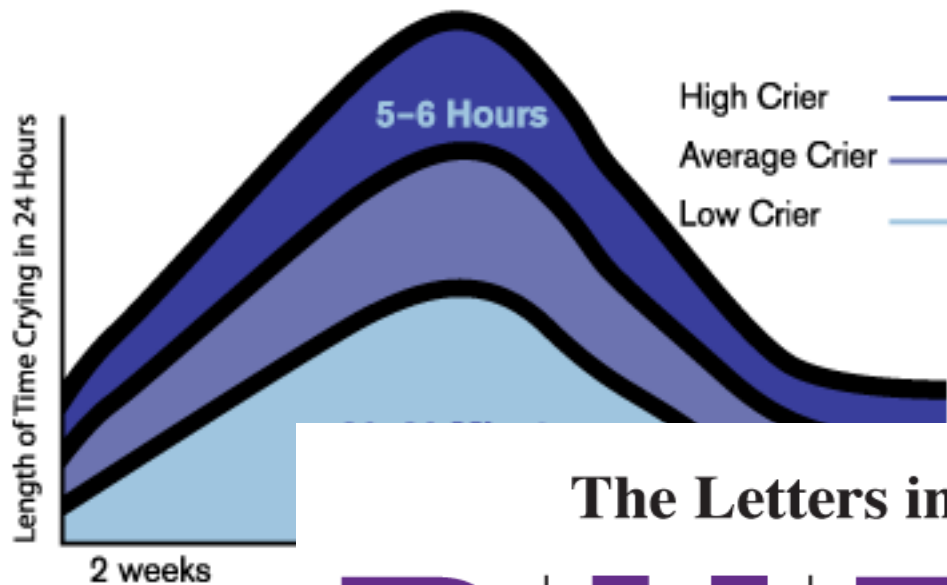


FIGURE 1 Identification des 5 % de pleurs d'origine organique.

AM : allaitement maternel ; IC : insuffisance cardiaque ; IIA : invagination intestinale aiguë ; IPLV : intolérance aux protéines de lait de vache ; RGO : reflux gastro-œsophagien ; TSV : tachycardie supraventriculaire.

Curves of Early Infant Crying

2 Weeks to 4 - 5 Months



The Letters in **PURPLE** Stand for

P

PEAK OF CRYING

Your baby may cry more each week, the most in month 2, then less in months 3-5

U

UNEXPECTED

Crying can come and go and you don't know why

R

RESISTS SOOTHING

Your baby may not stop crying no matter what you try

P

PAIN-LIKE FACE

A crying baby may look like they are in pain, even when they are not

L

LONG LASTING

Crying can last as much as 5 hours a day, or more

E

EVENING

Your baby may cry more in the late afternoon and evening

The word *Period* means that the crying has a beginning and an end.

Vomissements alimentaires



- Le plus souvent régurgitations simples!!
- **Examen médical complet**
- Attention à ce qu'ils peuvent masquer:
 - Affection aigüe: méningite, infection virale ou bactérienne, **bébé secoué+++**
 - Décompensation ou entrée dans une maladie chronique (erreur innée du métabolisme)
- **Vomissements verts: « je vois rouge »!!**
- RGO = diagnostic d'élimination: pas d'IPP en première intention...

Erreurs innées du métabolisme

Pensez d'abord aux anomalies traitables
Traitement d'urgence à initier en parallèle au bilan

Détérioration
Neuro
(par intoxic)

Convulsions
prédominantes

Ictère
Atteinte hép.

Insuff. cardiaque
Troubles du
rythme

Hypoglycémie
persistante

Acidurie MM
Acidémie IV
Acidémie prop.
Anomalies du
Cycle de l'urée..

B6 sensibles
Biotine
Acide folinique
Magnésium

Galactosémie
Intol. Fructose
Tyrosinémie
CDG

Anomalie de
L'oxydation des
Acides gras

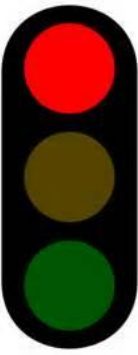
Glycogénose
Hyperinsulinisme
Anomalie de
L'oxydation des
Acides gras

Quizz!!

Bébé J7 en janvier, sortie précoce RAS, la maman le trouve fatigué depuis le matin, il boit mal. Quel est **l'élément** à rechercher en priorité à l'examen?

- Auscultation pulmonaire et saturation en O2 
- Temps de recoloration cutané 
- Palpation des pouls fémoraux 
- Auscultation cardiaque 

Cardiopathies ducto-dépendantes



- Collapsus possible à la fermeture du canal artériel, similaire à un choc septique:
- Tachycardie, teint gris, acidose, allongement du temps de recoloration
 - MAIS **pouls asymétriques ou faibles** si coarctation, souffle±,
 - Hépatomégalie plus importante, cardiomégalie à la RP inconstante



Quizz!!

Vous examinez un enfant à J10 après une sortie précoce, il est ictérique: quel élément devez vous rechercher en priorité à l'interrogatoire **(1 seul)**

- Mode d'alimentation 
- Prise de poids 
- Fièvre 
- ATCD familiaux 
- Couleur des selles 

Ictère à bilirubine conjuguée



Surveillez
La couleur des selles (caca)
de votre bébé.

“ SI LES SELLES SONT PÂLES
C'EST UNE URGENCE MÉDICALE,
EN CAS DE DOUTE
ALERTEZ VOTRE MÉDECIN ! ”

Anormales

Normales

The infographic features a smiling woman on the left with brown stains on her face and neck. To the right, a baby is shown sitting. Surrounding the baby are six circular color swatches representing stool colors. Two swatches at the top are labeled 'Anormales' (abnormal) and are pale yellow and light green. Two swatches at the bottom are labeled 'Normales' (normal) and are bright yellow and olive green. The entire graphic is framed by a grey border with diagonal hatching.

Quizz!!

PN 3920g, primi AVB à terme

Consultation à J13: 3700g

Ex. clinique normal; sub-ictère

5 tétées par 24h, dort de 22h30 à 5h, pas de selle depuis 48h

- Vous demandez à la mère de donner du lait artificiel en complément 
- Vous le faites hospitaliser pour ictère 
- Vous demandez un avis spécialisé 
- Vous regardez une tétée 
- Vous augmentez le nombre de tétées avec un poids le lendemain 

Mise en place de l'allaitement

Nécessite **l'éducation des parents** et des professionnels avec des repères simples:

Au moins **8 tétées** par 24h!! Pas plus de 5-6h sans tétée++

Tétée rapidement **sans douleur** pour la mère
voir au moins 3 mictions par jour les 2 premiers jours, puis 6 mictions par jour

Selles fréquentes au mois 3/j, liquides et jaunes

Prise de poids d'au moins 25g/j une fois la montée de lait faite (<J5)



Comment éviter des passages de nouveau-nés aux urgences?

- Informer les soignants et accompagner les familles en amont de la naissance *PMI, asso bénévole d'accompagnement parental*
- Equipe SF dédiée en maternité, lien ville/hôpital
- **FORMATION des soignants (réseaux périnat émetteurs de recommandations)**
 - Diffuser les « feux rouges » du premier mois de vie
- Créer une « filière » spécifique médicalisée, alternative aux UP ou cs « de recours » sur site avant J8