

4

Examen du nouveau-né en maternité et avant sa sortie

C. Hubert

Tout nouveau-né doit être examiné systématiquement dès la naissance et au cours des 24 premières heures de vie par une sage-femme ou un pédiatre, et avant sa sortie de maternité par un pédiatre. Ces examens cliniques ont pour but de vérifier la bonne adaptation à la vie extra-utérine, de dépister une malformation qui peut être encore asymptomatique mais dont la découverte précoce permettra d'éviter les complications. Cet examen ne peut se faire sans avoir pris connaissance auparavant de l'anamnèse gestationnelle et des circonstances de l'accouchement. Dans la mesure où les sorties de maternité sont de plus en plus précoces [1], l'examen fait avant la sortie de maternité doit, dans certains cas, être complété par celui d'un médecin après le retour à domicile à la fin de la première semaine de vie. Les conditions pour réaliser un examen clinique sont à respecter soigneusement. Celui-ci doit se faire chez un nouveau-né calme, à distance d'une tétée, dans une pièce chaude, de préférence à la lumière du jour, en présence de la mère et si possible du père.

Observation du nouveau-né

Après un lavage soigneux des mains, l'examineur commencera par une observation de l'attitude spontanée de l'enfant. Lorsqu'il est à terme, ses quatre membres sont en flexion, sa gesticulation est tout à fait symétrique. Il effectue des mouvements harmonieux et des étirements du corps. Sa coloration est rose, parfois érythrosique. La respiration est calme et le cri puissant. Une malposition de la tête ou des pieds peut être observée, le nouveau-né se mettant souvent spontanément dans la position qu'il avait *in utero*. Enfin, le terme est rapidement confirmé par des critères morphologiques et neurologiques.

Examen cutanéomuqueux

La peau du nouveau-né est fine, parfois sèche, et peut desquamer surtout lorsque l'enfant est à terme, voire post-terme. Le vernix caseosa, enduit blanchâtre graisseux, est d'autant plus abondant et diffus que l'enfant est prématuré. Ce vernix n'est plus guère présent qu'aux plis chez le nouveau-né à terme. L'acrocyanose qui peut être observée est une coloration bleutée des pieds et des mains et ne présente aucun caractère de gravité. Il est possible d'observer des hématomes en rapport avec la présentation (siège, face) ou dus aux manœuvres d'extraction (forceps ou ventouse). L'ictère cutanéomuqueux (coloration jaune de la peau et des muqueuses) peut être physiologique, surtout s'il apparaît tardivement, ou

d'origine hémolytique et donc potentiellement grave quand il est précoce (cf. chapitre 5, « Ictère néonatal »).

Examen cardio-vasculaire

L'auscultation cardiaque, réalisée chez un nouveau-né calme, permet de préciser l'existence ou non d'un souffle cardiaque et d'apprécier la fréquence cardiaque qui doit être régulière, oscillant aux alentours de 120 à 140 battements par minute. La palpation des pouls fémoraux, parfois difficile, est indispensable et doit être symétrique pour s'assurer de l'absence de coarctation de l'aorte. Le temps de recoloration cutané, normalement inférieur à 3 secondes, permet d'évaluer l'état de circulation périphérique capillaire et donc la situation hémodynamique de l'enfant. Enfin, la mesure de la pression artérielle doit être faite avec un brassard adapté à la taille de l'enfant.

Examen pulmonaire

La fréquence respiratoire normale d'un nouveau-né à terme est de l'ordre de 30 à 60 cycles par minute. Les mouvements respiratoires doivent être symétriques sans tirage et l'auscultation entendre un murmure vésiculaire symétrique au niveau des deux aires pulmonaires. Le nouveau-né ne sait pas respirer par la bouche et tout obstacle narinaire ou rhino-pharyngé va entraîner une dyspnée obstructive. Il respire en général bouche fermée.

Examen de l'appareil digestif

L'abdomen d'un enfant sain peut sembler discrètement ballonné mais il doit être souple. Un diastasis des muscles grands droits est parfois visible. Le rebord inférieur du foie peut être perçu, de façon tout à fait physiologique, débordant le rebord costal de 1 à 2 cm. La rate ne doit pas pouvoir être palpée et les fosses lombaires sont libres. Le transit doit être régulier, le méconium, noirâtre, visqueux et parfois rubané, est évacué chez 95 % des enfants avant 24 heures de vie. Le retard d'évacuation de méconium est souvent associé à une pathologie organique, mais il peut être simplement déshydraté chez le nouveau-né hypotrophe ce qui rend alors son émission plus difficile. Dans certaines situations de souffrance fœtale, le méconium est éliminé *in utero*, rendant le liquide amniotique méconial ; il peut être également émis en salle de naissance. Ces selles méconiales se modifient progressivement en 2 à 3 jours pour devenir des selles transitionnelles, puis apparaissent les selles d'allaitement maternel qui sont jaunes d'or, grumeleuses sur fond liquide, émises en jet et verdissant au contact de l'air. Cet aspect liquide des selles peut être faussement pris pour une diarrhée. Elles sont fréquentes, parfois à chaque tétée ; néanmoins, certains enfants nourris au sein sont constipés sans qu'il y ait de pathologie associée.

Examen de l'appareil génito-urinaire

L'émission des premières urines se fait parfois en salle de naissance. Elles sont claires. On peut noter un aspect de craie orangée dans les couches au cours des

premiers jours, correspondant à des cristaux d'urate en rapport avec des urines concentrées traduisant souvent une perte de poids importante. Toute ambiguïté sexuelle nécessite de retarder la déclaration de sexe à l'état civil.

- **Chez le petit garçon.** Il faut vérifier que l'orifice urétral soit bien centré et que le jet urinaire soit puissant. Le prépuce recouvre en principe complètement le gland. Un hypospadias, c'est-à-dire un abouchement anormal du méat sur la face ventrale de la verge, est une malformation souvent dépistée en période néonatale. Il faut s'assurer qu'il n'y a pas de malformation rénale ni de sténose du méat associée ; un avis spécialisé auprès d'un chirurgien est à envisager rapidement. L'épispadias avec abouchement du méat sur la face dorsale de la verge est beaucoup plus rare mais s'associe souvent à un contexte malformatif beaucoup plus sévère. Les testicules doivent être systématiquement palpés. Le plus souvent, ils sont dans les bourses mais peuvent être trouvés au niveau de l'anneau inguinal ou sur le trajet inguino-scrotal. Il faut s'efforcer de les palper, lors d'une pression abdominale modérée, ou lors des pleurs de l'enfant. L'hydrocèle de la vaginale est fréquente chez le nouveau-né. Il s'agit d'une grosse bourse, le plus souvent unilatérale, en rapport avec la persistance du canal péritonéo-vaginal dont l'involution est incomplète. Elle correspond à une accumulation de liquide en quantité anormale dans la vaginale du cordon ou du testicule du fait d'une communication avec la cavité abdominale. L'examen montre une grosse bourse bleutée, asymptomatique, parfois sous tension, indolore, non inflammatoire. Son volume varie avec le temps. La transillumination est positive : elle montre l'épanchement séreux avec un testicule normal. Cette hydrocèle se résorbe avec le temps. Une hernie inguinale est exceptionnelle à la naissance et apparaît plus tardivement ; elle est due à la persistance totale du canal péritonéo-vaginal. La régression spontanée n'étant pas possible, une indication opératoire doit être posée avant une complication, c'est-à-dire avant un engouement ou un étranglement herniaire.
- **Chez la petite fille.** Les petites lèvres sont parfois saillantes. On note souvent des sécrétions génitales blanchâtres d'abondance variable, voire de petites règles, vers le 3^e ou 5^e jour, d'abondance variable (cf. chapitre 18, « Puériculture et petite pathologie du nouveau-né »). Une mammité peut exister dans les deux sexes en rapport avec l'imprégnation hormonale maternelle, et un écoulement de lait est possible.

L'**anus** doit être situé sur la ligne médiane, à l'extrémité du raphé médian chez le garçon et à plus de 1 centimètre de la fourchette vulvaire chez la petite fille. Il doit présenter des plis radiaires, être pigmenté et surtout perméable.

Examen ostéo-articulaire

Le rachis est examiné par la palpation de la colonne vertébrale sur toute sa hauteur à la recherche d'une malformation. La région lombo-sacrée est à vérifier et l'existence de lésions cutanées ou d'une fossette sacro-coccygienne doit faire pratiquer une échographie médullaire à la recherche d'une anomalie de la moelle sous-jacente. Des lésions traumatiques sont possibles au niveau des membres supérieurs : paralysie obstétricale du plexus brachial en rapport avec

une dystocie des épaules chez des enfants macrosomes, après élongation ou arrachement des racines nerveuses. Plus fréquemment est retrouvée une fracture de la clavicule, responsable, mais pas toujours, d'une asymétrie de gestulation. La douleur est inconstante. Le pronostic est excellent ; un cal osseux apparaît très rapidement et se résorbe en quelques mois. L'existence d'un doigt surnuméraire, bien que souvent isolée, nécessite un bilan à la recherche d'une malformation associée.

L'examen des pieds comporte l'étude de leur position spontanée liée à une éventuelle contrainte *in utero*. La prise en charge des anomalies nécessite une réflexion pluridisciplinaire faisant intervenir les kinésithérapeutes. C'est ainsi que peuvent être dépistés :

- un pied varus corrigé par simple stimulation du muscle péronier ;
- un pied metatarsus varus plus complexe, l'avant-pied étant en adduction, qui peut nécessiter la mise en place d'une attelle ;
- un pied talus valgus, le dos du pied touchant la face antérieure du tibia, la plante du pied regardant en dehors, qui peut justifier la pose d'une attelle postérieure ;
- un pied bot varus équin qui nécessite une prise en charge urgente pour limiter les rétractions.

Enfin, le dépistage de la luxation congénitale de hanche doit se faire par les manœuvres d'Ortolani et de Barlow. Une échographie des hanches sera réalisée s'il existe un signe du ressaut à l'examen clinique, des antécédents familiaux de dysplasie de hanche ou une présentation podalique (*cf.* chapitre 9, « Dépistages orthopédiques : dysplasie de la hanche »).

Examen des yeux

L'examen des yeux est souvent difficile [2], le nouveau-né devant être en phase d'éveil, calme, dans une pièce où la lumière est tamisée. Il faut regarder la taille des globes oculaires pour éliminer un glaucome, vérifier l'iris (colobome) et rechercher une anomalie des voies lacrymales (imperforation du canal lacrymal avec larmolement). L'étude de la lueur papillaire se fait au moyen d'un ophtalmoscope. La couleur et la brillance doivent être identiques pour les deux yeux.

C'est ainsi qu'une absence de lueur évoque une cataracte ; une asymétrie est plutôt en faveur d'un strabisme ou d'un trouble de la réfraction, et une leucocorie (reflet blanc) indique une tumeur intra-oculaire.

L'examineur s'attache à rechercher une éventuelle hémorragie conjonctivale, le plus souvent sans caractère de gravité, mais qu'il faut consigner dans le dossier médical. Un test de poursuite oculaire est fait lors de l'examen de sortie et sera fait de façon répétée (*cf.* chapitre 33, « Indication d'une surveillance ophtalmologique spécifique »). Ce test évalue la capacité du nouveau-né à fixer pendant quelques secondes soit une cible, soit le visage de l'examineur, et d'en suivre le mouvement sur une courte distance. La poursuite oculaire est à évaluer en dehors de toute stimulation auditive.

Enfin, un avis spécialisé doit être demandé devant tout strabisme permanent ou persistant au-delà de 3 mois (reflet cornéen non centré).

Examen de la face, du crâne et des oreilles

L'examen du cou doit permettre de rechercher une éventuelle fistule ou un goitre. Les oreilles doivent être bien implantées, le pavillon bien ourlé et l'existence d'une excroissance en avant du conduit auditif externe (enchondrome) nécessite l'exploration de l'audition et la recherche d'une anomalie rénale.

Si une fente labiale ou labio-palatine est cliniquement évidente, il faut s'assurer de l'absence de fente palatine isolée ou d'une luvette bifide. Par ailleurs, de petites pustules blanches appelées perles épithéliales sont souvent retrouvées sur la ligne médiane du palais mais n'ont pas de caractère pathologique et disparaissent spontanément. Une asymétrie de la face lors des pleurs est le plus souvent en rapport avec une agénésie du triangulaire des lèvres ; il convient dans ce cas de s'assurer de l'absence de cardiopathie associée. Plus rarement, cette asymétrie traduit une paralysie faciale, surtout lorsque l'accouchement a été instrumenté (forceps).

Un frein de langue court ne gêne en principe pas la succion et sa section chirurgicale est exceptionnelle. Ce frein, qui relie la face inférieure de la langue au plancher de la bouche, s'allonge le plus souvent avec le temps.

Tout examen clinique doit comprendre la mesure du périmètre crânien et l'examen du crâne avec palpation des fontanelles antérieure et postérieure et des sutures pour éliminer une craniosténose. Une bosse séro-sanguine due à la présentation chevauche les sutures et se résorbe au cours des premiers jours, tandis qu'un céphalématome n'apparaît que secondairement. Parfois volumineux, pouvant majorer un ictère, ce dernier est uni- ou bilatéral et toujours limité par les sutures. Il peut se calcifier pour donner une consistance comparable à une coquille d'œuf et se résorbe au bout de quelques semaines ou mois. Il est en rapport avec un décollement périosté.

Examen neurologique

L'examen neurologique (*cf.* chapitre 25, « Inquiétudes neurologiques ») doit être réalisé chez un nouveau-né en phase d'éveil. Il permet, outre l'appréciation de la maturité, de vérifier l'intégrité du système nerveux et les capacités neurosensorielles de l'enfant. Après avoir observé la vigilance, l'activité spontanée et la qualité de la succion, l'examineur apprécie le tonus passif (angle de dorsiflexion du pied, angle poplité, signe du foulard). Le tonus actif est essentiellement évalué par la manœuvre du tiré-assis. Les réflexes primaires sont des automatismes ne traduisant que l'intégrité du système nerveux archaïque et leur présence n'élimine pas une atteinte du système nerveux central. Le grasping, ou agrippement de la main, est facile à rechercher de même que le réflexe de succion. L'extension croisée et l'étude des points cardinaux (stimulation des lèvres supérieure et inférieure et coins des lèvres provoquant l'attraction de la tête vers le côté stimulé) complètent l'examen. Les parents attendront avec impatience la « marche automatique » et s'inquiéteront lors de la recherche du réflexe de Moro. Enfin, l'examen clinique ne saurait être complet sans l'évaluation neurosensorielle, l'appréciation des capacités relationnelles et les possibilités d'expression du nouveau-né.

Bibliographie

- 1 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Texte de recommandations mai 2004. <http://www.has-sante.fr>
- 2 Marcour V, Vacherot B, El-Ayoubi M et al. Anomalies oculaires en maternité et dans les premières semaines de vie : un dépistage obligatoire, difficile et négligé. Arch Pédiatr 2009 ; 16 (suppl. 1) : S38-41.