

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

## **Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 6 octobre 2015**

Deuxième heure :

### **Bébé secoué : mieux vaut prévenir que guérir.**

Oratrice : Dr M. Mirabaud (HUG, Genève)

Ce colloque est l'objet d'une mise à jour, car depuis Noël 2014 deux enfants sont décédés et un enfant a présenté des séquelles graves après avoir été secoué.

Les séquelles des bébés secoués à long terme sont importantes, notamment cognitives (déficit apprentissage, déficit d'attention, déficit sensoriel touchant l'audition ou la vue, épilepsie).

En Suisse, une étude sur cinq ans a collecté 49 cas, la mortalité était de 17.7 %, les séquelles modérées de 30.5 %, sévère de 22.2 %, il y avait récupération complète dans 28.8 %.

En Écosse, 70 % des enfants ont gardé des séquelles à long terme.

En France, seulement 15 % des enfants avaient une bonne évolution...

Pourquoi ce problème est-il si grave :

Il y a retard de recours aux soins, il y a souvent aussi retard de diagnostique

Il y a aussi retard de traitement.

Dans la littérature anglo-saxonne, la terminologie utilisée est Abusive Head Trauma (AHT) ou TCNA (traumatisme crânien non accidentel).

On estime la fréquence entre 15 à 30 cas par 100'000 par année. Il est également estimé que pour un cas diagnostiqué, il y en a cent non diagnostiqués.

Les facteurs déclenchants sont en général des pleurs incessants, entraînant une réaction inadéquate de l'adulte, souvent par manque de connaissance.

Les facteurs de risque sont l'âge, une grossesse difficile, une grossesse multiple, des antécédents de maltraitance, l'alcool, l'âge parental, la prise d'autre toxique, une absence de réseau (pas de soutien familial).

En général, l'acteur est souvent de sexe masculin (père, compagnon, grand-père,...).

Modèles d'intervention :

Il faut lors de l'examen médical observer les réactions du donneur de soins, voir comment il se comporte dans les situations de stress.

L'élément déclencheur est les pleurs, il faut observer la réaction du donneur de soins.

Le bébé est saisi en général par le thorax, secoué, présente des lésions vasculaires avec micro déchirement des veines pont engendrant des lésions cérébrales, et des hémorragies. Il faut rechercher également les lésions cutanées, oculaire, des hémorragies rétiniennes.

Les symptômes initiaux observés peuvent être :

Le décès.

Une atteinte neurologique avec conclusion, apnée grave, troubles de la conscience. Mais aussi d'autres - spécifique comme baisse du contact visuel, diminution des compétences de l'enfant ou aussi modification du comportement, vomissements, pauses respiratoires, pâleur, inconfort.

Existe-t-il un intervalle libre ? N'ont probablement pas, les signes sont simplement négligés.

Il faut être attentif aux malaises peu clairs, au vomissement sans fièvre, aux problèmes respiratoires.

Dans le bilan, il faut effectuer un examen complet, notamment la recherche d'ecchymose. Il faut être attentif à l'évolution du périmètre crânien.

Dans l'imagerie, un scanner ou une I.R.M. cérébrale et médullaire sont utiles. Les autres examens radiologiques utiles à la recherche d'autres lésions sont la radiographie du squelette complet, une échographie abdominale, ou une I.R.M. corps entier (examen en cours d'évaluation).

L'examen du fond d'œil par un ophtalmologue avec photo à la recherche d'hémorragie est utile.

Souvent les parents ont des excuses ou argument pas valable : non stimulation du bébé, petit accident comme tomber du canapé ou du maxi cosy, (cinétique insuffisante pour expliquer les symptômes), secoué par un autre enfant, jeux, réanimation cardio-vasculaire (en général non responsable de ce genre de lésion) ; les convulsions, toux, vomissements peuvent possiblement entraîner des hémorragies rétinienne.

En France, tous ces faux argument ont été revus dans une publication.

Différents modèles prédictifs ont été publiés, par exemple Covely Pediatrics 290-8 (étaient relevés comme signe relevant les ecchymoses, la conclusion, les apnées, les fractures de côtes ou des os longs). La prise en charge de tels cas nécessite une approche multidisciplinaire.

Tous ces cas doivent être signalés au juge selon l'article 364 du code pénal Suisse, le médecin est délivré du secret médical dans de telles situations.

Pour la prévention, différentes approches ont été effectuées, par exemple en 1992 une campagne Dont shake babies aux États-Unis ainsi que au Canada un programme de prévention périnatale avec thermomètre de la colère du parent lors de situation de pleurs excessifs du bébé.

Récemment, le programme PURPLE aux USA (Peak of crying, Unexpexted, Resists soothing, Pain-like face, Long lasting, Evening) a été promu (*PS : disponible sur internet*)

Pour le pédiatre, la situation sociale peut être évaluée lors de la consultation prénatale ; puis évoquée lors de l'examen du nouveau-né à la maternité, et lors des contrôles ultérieurs. Lors de consultations d'urgence (périodes de stress) il faut y être

attentif. Peu de temps est nécessaire pour transmettre des informations aux parents. Le risque est plus important s'il s'agit d'un enfant garçon qui pleure excessivement, issu de grossesse multiple ; l'âge avancé des parents et également un facteur de risque et il est important d'observer la gestion des pleurs. La période des pleurs atteint un pic maximum à six semaines, ce qu'il faut expliquer aux parents. Il faut comprendre les réactions des parents aux pleurs, donner des explications, rechercher les stratégies adaptées par les parents pour calmer les pleurs du bébé, et surtout parler des dangers des secousses.

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)

