

UE4 Sémiologie  
Dr Rideau Batista Novias  
Le 28/11/19 de 15h30 à 17h30  
Ronéotypeur : Louise Grégoire  
Ronéoficheur : Eitan Bouaziz

## COURS 6 (Partie 2) : SÉMIOLOGIE NÉONATALE : EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU NÉ

*L'objectif de ce cours est de connaître la sémiologie néonatale physiologique et non pathologique. De nombreuses photos illustrent ce cours sur le diapo disponible sur moodle. Des QCM types sont proposés à la fin du diapo, et nous les avons remis aussi à la fin de cette ronéo.*

*Le cours n'a pas changé par rapport à l'année dernière. Les valeurs numériques des tableaux sont à connaître ++.  
Le professeur a accepté de relire la ronéo.*

## SOMMAIRE

### **INTRODUCTION**

#### **I. ANAMNÈSE FAMILIALE, OBSTÉTRICALE**

- A. Anamnèse familiale
- B. Anamnèse obstétricale

#### **II. EXAMEN CLINIQUE EN SALLE DE NAISSANCE**

- A. Premiers soins en salle de naissance
- B. Objectifs en salle de naissance
  - 1) Évaluer la vitalité de l'enfant
  - 2) Savoir reconnaître pour alerter
  - 3) Dépistages en salle de naissance

#### **III. EXAMEN CLINIQUE DÉTAILLÉ**

- A. Peau
- B. Tête
- C. Cardiorespiratoire
- D. Abdomen
- C. Orthopédique

#### **IV. EXAMEN NEUROLOGIQUE D'UN NOUVEAU NÉ NÉ À TERME**

- A. Examen Neurosensoriel
- B. Acquisitions Motrices et Posturales
- C. Reflexes Archaïques
- D. Éléments Pathologiques d'Alerte

#### **V. DÉPISTAGES SYSTÉMATIQUES À LA MATERNITÉ**

- A. À la maternité
- B. À la sortie de la maternité

### **CONCLUSION**

## INTRODUCTION

Un nouveau né correspond à l'enfant de 0 à 28J de vie.

Une naissance à terme à lieu à partir de la 37<sup>ème</sup> semaine de grossesse et avant la 42<sup>ème</sup> (âge gestationnel (AG) calculé à partir du 1er jour des dernières règles (1er jour DDR)).

Une naissance prématurée : AG < 37 semaines

Une naissance post-mature : AG > ou = 42 semaines

Il y a environ 830 000 naissances/an en France.

## I. ANAMNÈSE FAMILIALE, OBSTÉTRICALE

L'anamnèse est systématique. Les sources d'informations sont les parents ainsi que l'examen du dossier obstétrical. Elle est utile pour repérer les éléments susceptibles d'impacter la santé du nouveau-né.

Elle est importante à la fois avant la naissance pour savoir si l'enfant à naître va avoir une pathologie et à la naissance pour essayer de comprendre d'où vient cette pathologie.

### A. Anamnèse familiale

#### **1) Contexte socio-économique et culturel**

- Père et mère : âge, profession, pays d'origine, antécédents personnels (maladies génétiques dans la famille)
- Conditions de vie : socio-économiques, environnementales (tabac, animaux), sanitaires.

#### **2) Antécédents familiaux**

- Consanguinité (on préfère le terme d'apparenté dans la même famille), arbre généalogique, maladies génétiques.
- Fratrie : âge, grossesse, accouchement, terme, antécédents (intolérance au laitage, ictère néonatal...)
- Causes de décès éventuels

--> Ces antécédents peuvent faire penser à des pathologies génétiques et donc révéler un risque de récurrence pour le nouveau-né.

### B. Anamnèse obstétricale

#### **1) Antécédents obstétricaux**

- Il faut connaître le degré de parité (=nombre d'accouchements) et nombre de gestations (=nombre de grossesses).  
Ex : G5 P2: La mère a eu 5 grossesses mais que deux enfants. Il y a eu 3 fausses couches, on cherche à savoir si elles sont répétées, tardives et si c'est pathologique.

- Sérologies : Immunité antibactérienne (syphilis), virale (rubéole, Hépatite B, VIH, Hépatite C), parasitaire (toxoplasmose). Elles sont importantes car le risque d'infection est transmis au fœtus in utero.

- Groupe sanguin, rhésus, RAI (recherche d'anticorps irréguliers) qui peut favoriser la survenue d'un ictère néonatal.

- Déroulement de la grossesse :

Prise de médicaments, toxiques (tabac, alcool, drogues)

Clinique : HTA, infections

Prélèvements à visée bactériologique : BU +/- ECBU, prélèvement vaginal

Echographies : 12, 22, 32 SA

- Déroulement de l'accouchement :

Début du travail : spontané/déclenché

Voie basse /césarienne, extraction instrumentale ?

Présentation : céphalique, siège, transverse

Durée du travail

Rupture de la poche des eaux (spontanée <12h, provoquée)

Abondance et couleur du liquide amniotique : un liquide abondant et méconial peut caractériser une pathologie.

#### **2) Définir le terme théorique de la grossesse**

- Calculé à partir de la DDR (Date des Dernières Règles). Elle est souvent imprécise, non fiable à cause de cycles irréguliers, des métrorragies au 1er trimestre qui ressemblent à des règles mais qui n'en sont pas.

- Échographie précoce (12 SA -14SA) qui permet de déterminer précisément la date du terme, grâce à la mesure de la longueur crânio caudale. La marge d'erreur est faible : 1/2 semaine près.

- Après la naissance on peut estimer le terme de la grossesse grâce à l'examen de l'enfant et un électroencéphalogramme.

## II. EXAMEN CLINIQUE EN SALLE DE NAISSANCE

### A. Premiers soins en salle de naissance

- Prévenir de l'hypothermie: séchage, premiers soins médicaux sur table chauffante
- Mettre le bébé en peau à peau contre la poitrine de sa maman ou sur le côté en vérifiant sa respiration et sa réactivité.
- Faire les soins du cordon ombilical : clamber le cordon ombilical avec une pince à 2 cm de son insertion, désinfecter, vérifier la présence de deux artères ombilicales et une veine ombilicale.
- Prendre les mensurations du bébé : POIDS, TAILLE, PC
- Mettre deux bracelets d'identification
- Si le bébé va bien, qu'il a une bonne adaptation cardio-respiratoire : **Score d'Apgar > 7**

### B. Objectifs en salle de naissance

#### 1) Évaluer la vitalité de l'enfant

- Sa vitalité caractérise sa capacité d'adaptation à la vie extra utérine. Par exemple, le premier cri commun à tout le monde est témoin de la vitalité du nouveau-né.
  - On utilise le **Score d'Apgar** qui permet d'évaluer la vitalité et guider les manœuvres de réanimation à mettre en place pour optimiser l'adaptation à la vie extra-utérine. On cote ce score à 1, 3, 5 et 10 minutes.
- Le score d'Apgar : Normal : 8-10,  
Anormal: 3-7  
Urgence vitale : Inférieur à 3 = état de « mort apparente ».

	0	1	2
Fréquence cardiaque	0	<100	>100
Mouvements respiratoires	0	Irréguliers	Réguliers
Tonus	Nul	Hypotonie	Normal = quadriflexion + mouvements actifs
Coloration	Cyanose généralisée/pâleur	Cyanose localisée	Rose
Réactivité	0	Faible	Cri

Moyen mnémotechnique : « CaResse Ton Col Rouge »

#### 2) Savoir reconnaître pour alerter

Cela permet de réagir au plus tôt face à une situation anormale pour permettre une prise en charge spécialisée. Il faut donc vérifier la biométrie de naissance, évaluer la maturation, éliminer les malformations (avec le score de Farr), traquer le risque vital et vérifier l'intégrité du système neurosensoriel

- Biométrie de naissance :

Taille : 50cm en moyenne (pas la mesure la plus importante)

Poids : Eutrophe si le poids à la naissance (PN) est compris entre 2800 et 4000g à terme = poids correct par rapport à l'âge gestationnel

Hypotrophe si PN < 10ème percentile = Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU), on vérifie alors le périmètre encéphalique.

Macrosome si PN > 90ème percentile

Périmètre crânien (PC) :  $T/2 + 10$  (T= terme) : 35 cm en moyenne

Microcéphale: PC < 10ème percentile

Macrocéphale: PC > 90ème percentile

Poids du placenta : PN/6

Grâce à la biométrie de naissance on peut donc établir deux situations anormales :

RCIU disharmonieux : PC conservé mais faible PN et taille à la naissance

RCIU conservé ou harmonieux : PC, poids, taille faibles

**3) Dépistages en salle de naissance** : remarquer les malformations de manière non invasive, notamment en vérifiant la perméabilité des orifices.

- Choanes: utilisation d'un miroir, des fils de compresse, pas de sonde nasopharyngée de manière systématique.

- Anus : position, perméabilité (l'anus doit laisser passer le méconium: premières selles du nouveau-né), stries qui témoignent la présence de sphincters.

- Œsophage: on vérifie la perméabilité de l'œsophage seulement s'il y a un point d'appel clinique (stase salivaire évoquant une atrésie de l'œsophage) à l'aide du test de la seringue.

Test de la seringue : On insère une sonde gastrique puis on injecte une seringue remplie d'air. À l'aide d'un stéthoscope, on ausculte l'abdomen au niveau de l'estomac. On doit entendre « pschiit ». Si le test est négatif, il s'agit d'une atrésie de l'œsophage.

Atrésie de l'œsophage : Fréquence = 1/2500

Le diagnostic doit être fait à la naissance pour éviter une dégradation respiratoire, des lésions pulmonaires irréversibles et des pathologies respiratoires sévères. Les anomalies associées sont fréquentes (>50%). Le pronostic est respiratoire et non digestif.

### III. EXAMEN CLINIQUE DÉTAILLÉ

Cet examen doit être réalisé À J0 ou J1 et répété à la sortie à la sortie ou avant en cas d'un moindre doute, en présence des parents, dans une chambre à 21°C, entre 2 tétées, nu sur une table d'examen. Les trois étapes sont : l'inspection, la palpation, l'auscultation.

#### A. Peau

##### **1) Inspection: examen cutané**

- Normale si couleur rose-rouge (érythrosique)

- Pathologique si - pâleur : anémie (déglobulisation, hémolyse), vasoconstriction cutanée (insuffisance circulatoire), acidose (anoxo-ischémie périnatale...)

- grise : infection

- cyanose : avec polypnée (pathologie pulmonaire), sans polypnée (pathologie cardiovasculaire)

- ictère: le plus souvent physiologique, cutané-muqueux ; pathologique si avant J1 ou prolongé (hémolyse, infection) ou sévère ou à bilirubineconjuguée.

##### **2) Inspection: téguments**

- Vernix caseosa : enduit blanc graisseux recouvrant la peau dans les premières heures

- Lanugo : fin duvet au niveau des épaules, dos, front, tempes (concerne souvent les prématurés)

- Grains de milium : petits amas sébacés (nez, face)

- Érythème toxique : éruption transitoire de macules rouges

- Tâche mongoloïde : placard bleu-ardoisé (dans la région lombo-sacrée, le pourtour méditerranéen)

- Angiomes plans (région médio-faciale: front et paupière) disparaissent le plus souvent avant 2 ans

Tous ces signes sont physiologiques.

#### B. Tête

##### **1) Inspection**

- Crâne : forme, bosse séro-sanguine (molle, superficielle, mal limitée, œdématisée), hématome sous galéal (mou, mal limité, extensif, à l'origine d'hémorragies importantes), céphalématome (épanchement sanguin sous-périoste, limité par les sutures)

- Yeux : œdème palpébral, angiomes plans des paupières, hémorragies sous-conjonctivales, pupilles symétriques et réactives

- Nez : respiration nasale exclusive à la naissance

- Cavité bucco-dentaire : pas d'éruption dentaire (bourgeons gingivaux), fente vélo-palatine

- Oreilles : pavillon complet (agénésie) implantation des pavillons (haute, basse)

## 2) Palpation du crâne

- Fontanelle antérieure
- Fontanelle postérieure
- Bourrelet squameux
- Mobilité et chevauchement des sutures

## 3) Auscultation

Fontanelle: souffle du sinus longitudinal supérieur pathologique

### C. Cardiorespiratoire

#### 1) Examen cardiovasculaire

##### - Auscultation :

S'effectue avec un stéthoscope de faible diamètre et réchauffé

FC : 100-160 /min (200 si l'enfant crie)

Souffles (auscultations aux mêmes foyers que chez l'adulte) : le plus souvent systoliques, anorganiques (peu intenses, pas de signes d'insuffisance cardiaque et pouls fémoraux présents). Mais il peuvent être organiques avec une pathologie sous-jacente (souffles systoliques intenses > 3/6 ou diastoliques ; un souffle systolo-diastolique continu évoque une persistance du canal artériel ; signe d'insuffisance cardiaque ; un pouls fémoral diminué ou absent évoque une coarctation de l'aorte).

##### - Palpation :

S'effectue quand l'enfant est calme et amadoué

Palpation des pouls fémoraux et huméraux.

Pathologiques : si pouls fémoraux et huméraux hyperpulsatiles = persistance du canal artériel

si pouls fémoraux absents ou diminués par rapport aux pouls huméraux = coarctation de l'aorte, défaillance circulatoire

Mesure de la pression artérielle non systématique, seulement si présence de signe d'appel à l'aide d'un tensiomètre automatique ou brassard adapté : PAS 60-85 mmHg, PAM 0 (+/-5) mmHg

#### 2) Examen respiratoire

##### Inspection

Respiration spontanée : Fréquence respiratoire : N = 30-50 si à terme, 40-60 si prématuré

Travail respiratoire : sévérité = Score de Silverman (moyen mnémotechnique : « BB tire en geignant »)

	<b>0</b>	<b>1 (modérée)</b>	<b>2 (intense)</b>
Balancement thoraco-abdominal	Absent	Respiration abdominale	Respiration paradoxale
Tirage intercostal	Absent	Discret	Intense
Entonnoir xyphoïdien	Absent	Modéré	Intense
Geignement respiratoire	Absent	Stéthro audible	Continu

Important d'analyser la sémiologie de l'inspiration et de l'expiration

	<b>Normal</b>	<b>Pathologique</b>	
		Obstacle sur les voies aériennes supérieures	Obstacle sur les voies aériennes inférieures
<b>Temps inspiratoire et expiratoire</b>	Ti < Te	Ti allongé	Te Allongé
<b>Signe de lutte respiratoire</b>	Non	Oui ; haut (Battement ailes du nez, tirage sussternal)	Oui : hauts et bas (Tirage intercostal, balancement thoracoabdominal)

## Auscultation

Normal	Pathologique	
	Atteinte des voies aériennes supérieures (ORL)	Atteinte des voies aériennes inférieures (pneumo)
Murmure vésiculaire Bien perçu et symétrique	Murmure vésiculaire bien perçu ou diminué, symétrique	Murmure vésiculaire bien perçu ou diminué, symétrique/asymétrique
Pas de bruits surajoutés	Stridor	Wheezing, Ronchi, crépitants, sibilants

## Percussion

On recherche une matité à la percussion, décelable en cas d'épanchement pleural liquidien

### D. Abdomen

#### 1) Inspection : les éléments à repérer

- Abdomen plat (atrésie duodénale), distendu (occlusion basse)
- Hernie ombilicale bénigne
- Cordon ombilical (2artères/1veine), chute vers J7 (anormale si >J20)
- Garçon : Pénis = Longueur > 2cm

Observation méat urétral et miction normale en jet : si goutte à goutte, craindre obstacle sur les voies d'éjection urinaire

Testicule = ectopie testiculaire, (si bilatérale : rechercher un trouble de différenciation sexuelle)

- Fille : petites lèvres et clitoris souvent hypertrophiés ; sécrétions blanchâtres possibles lié à un pic hormonal

#### 2) Palpation

- Foie : situation normale : consistance molle, bord inférieur 1 cm sous le rebord costal (*on commence la palpation le plus bas possible et on remonte*)
- Rate non palpée, on ne doit pas la sentir
- Reins (rein gauche plus facilement palpable) masse, zone douloureuse
- Orifice herniaire inguinal libre (hernie du testicule, de l'ovaire)

#### 3) Percussion

Percussion à 2 doigts du bord supérieur du foie

### C. Orthopédique

#### 1) Examen des hanches

Il faut vérifier trois choses pour savoir si la hanche est luxable ou luxée. Il est important de bien tenir le bassin pendant ces manœuvres.

- Tonus des adducteurs : normal = non hypertonique. On fait une adduction de la hanche rapide et une lente
- Abduction de hanches : normale > 60° et symétrique
- Manœuvre de Barlow et Ortolani : recherche d'un ressaut ou piston, instabilité de hanche/ hanche luxable, ou hanche luxée

#### 2) Examen des extrémités

Cet examen est important pour éviter des retentissements à long terme sur les genoux et les hanches

- Main : doigts surnuméraires
- Mains, Pieds : syndactylies (accolement de 2 ou plusieurs doigts)
- Déformation des pieds (varus, pieds bots...) et réductibilité ?

## IV. EXAMEN NEUROLOGIQUE D'UN NOUVEAU-NÉ À TERME

### A. Examen Neurosensoriel

#### 1) Vision

- Morphologie de l'œil (non fixée jusqu'à 4 mois) : taille (exophtalmie), coloration, reflets pupillaires blanchâtres centrés (signe de cataracte, rétinoblastome)? Strabisme fixé ?
- Orientation vers la lumière douce
- Regard vif
- Poursuite oculaire: horizontale et verticale, reproductible (le nouveau-né suit qu'avec ses yeux contrairement au nourrisson qui suit avec sa tête) : utilisation d'un objet contrasté (cible, damier)

#### 2) Audition

- Réaction aux stimuli sonores : sursaut, grimace, réflexe cochléopalpébral, pleure s'il était calme ou arrête de pleurer, modification du rythme de succion/déglutition
- Si absence de réaction : atteinte morphologique et/ou fonctionnelle de l'organe sensoriel ou atteinte cérébrale (intégration du signal sensoriel)

#### 3) Comportement

- cri du nouveau-né strident?
- se calme facilement ? est hyperexcitable ?

### B. Acquisitions Motrices et Posturales

#### 1) Motricité spontanée : Inspection

- Position de repos spontanée
- Mimique
- Regard
- Gesticulation spontanée
  - Normale : Harmonieuse, Riche et variée, Symétrique
  - Pathologique : Saccadée, Mouvement anormaux, Pauvre et/ou stéréotypée, asymétrique

-> Examen normal si : position de repos spontanée en quadriflexion et symétrique ; gesticulation spontanée riche, harmonieuse et symétrique; mimique expressive, riche, symétrique ; regard vif.

#### 2) Tonus périphérique et central, actif et passif

##### Contractilité et extensibilité des muscles périphériques et du tronc

Avec le temps, le tonus périphérique va diminuer et le tonus axial va augmenter, ce qui permettra à l'enfant de tenir assis et de marcher.

##### - Tonus Actif

Evaluation : Axe : tiré-assis

Périphérie : retour en flexion des membres supérieurs, redressement des membres inférieurs

Réactions posturales

La manœuvre du tiré-assis teste la contraction active des fléchisseurs de la tête.

La manœuvre inverse de retour en arrière teste la contraction des extenseurs de la tête.

L'égalisation des 2 groupes musculaires est atteinte à terme, avec maintien dans l'axe quelques secondes.

Manœuvres de suspension ventrale.

##### - Tonus passif

##### Extensibilité des muscles, hypertonie périphérique

Retour en flexion des membres supérieurs : vif, reproductible, symétrique

Redressement sur les membres inférieurs

Evaluation (l'enfant doit être calme) : Mesures d'angles d'ouverture et de fermeture de différentes articulations

- La manœuvre du foulard: le coude n'atteint pas la ligne médiane chez le nouveau-né à terme
- Angle poplité : cuisses fléchies, cet angle est de 90° chez un nouveau-né à terme



- Angle des adducteurs: jambes tenues en extension, on écarte doucement les jambes. On mesure l'angle formé par les 2 jambes. Cet angle est de 30° à la naissance.
- Angle de dorsi- flexion du pied à terme, un nouveau-né doit avoir un angle Jambe- pied à 0°
- Angle talon-oreille : angle (espace parcouru) de 90° chez un nouveau-né à terme.

	<b>Tonus actif (contractilité)</b>	<b>Tonus passif (extensibilité)</b>
<b>Axial</b>	Tiré assis : passage de la tête dans l'axe	Flexion > Extension Extension limitée
<b>Tonus passif</b>	Redressement complet et dans l'axe sur les membres inférieurs Retour en flexion des mb sup vif, reproductible, symétrique	Foulard < ligne médiane Poplité 90° Talon oreille impossible

### C. Reflexes Archaïques

Les réflexes archaïques ne dépendent que du tronc cérébral et pas du cerveau.

Ils sont présents chez le nouveau-né à terme.

Leur absence en dehors de toute imprégnation médicamenteuse est pathologique.

Ils doivent disparaître entre 2 et 6 mois (par exemple: grasping pathologique après 6 mois)

Acquisition des réflexes archaïques de haut en bas. À l'inverse du tonus : succion, points cardinaux, grasping, moro : extension, retour en flexion (cris), allongement croisé, marche automatique.

- Réflexe de succion : Intense, Rythmé, répétitif, sans fatigue ni changement de teint

- Réflexe de grasping ou de préhension des doigts et des orteils

- Réflexe de Moro (si absent: atteinte cérébral) : élicité en créant une angulation nuque- tronc + réponse des membres supérieurs en extension, abduction avec ouverture des mains.

- Allongement croisé : on allonge la jambe, le membre inférieur va s'allonger et croiser

- Marche automatique et enjambement

### D. Éléments Pathologiques d'Alerte

#### **1) Neurosensoriel : suivi oculaire et réaction aux bruits, comportement/interactions**

- Microcéphalie congénitale
- Absence de réaction au bruit
- Mauvais contact oculaire
- Pleurs incessants

#### **2) Acquisitions motrices et posturales : tonus périphérique et central, tonus actif/passif**

- Hypotonie axiale ou opisthotonos
- Poings fermés en permanence, pouces dans les paumes
- Gesticulation nettement asymétrique ou très pauvre

#### **3) Réflexes archaïques**

- Succion absente/pauvre/inefficace
- Moro asymétrique

## **V. DÉPISTAGES SYSTÉMATIQUES À LA MATERNITÉ**

### A. À la maternité

- Dépistage de la surdité (OEA/PEA)

- Test de GUTHRIE (entre H72 et J5) : +++

- Mucoviscidose (TIR)
- Hypothyroïdie (TSH) d'origine périphérique seulement
- Phénylcétonurie (Phénylalanine)

- Hyperplasie congénitale des surrénales (17OHP)
  - Drépanocytose (pour population à risque du bassin méditerranéen)
- > Obligation de le proposer mais non obligatoire pour les familles

Signature parentale nécessaire (étude génétique pour la mucoviscidose si TIR élevée)  
 → Si anomalie : adressage au centre de référence et obligation de test diagnostic

### B. À la sortie de la maternité : s'assurer du développement physique et psychomoteur normal du nourrisson

- Examen du nouveau-né : 15 jours après la sortie puis tous les mois pendant 6 mois en PMI, par un pédiatre, un médecin généraliste puis à 9, 12, 18 et 24 mois
- Carnet de santé rempli
- Entretien avec les parents : - répondre à leurs questions
  - donner des conseils de puériculture : couchage, alimentation
  - repérer les facteurs de risques, les sévices
  - favoriser, surveiller et comprendre la relation mère enfant mais aussi père et enfant
  - planifier le suivi: fonction des conditions socio/familiales, relation parent/enfant, des pathologies éventuelles diagnostiquées
- Vérifier les vaccinations des parents, proposer la vaccination contre la grippe

## CONCLUSION

### Ce qu'il faut retenir

- ATCD familiaux et anamnèse obstétricale = indispensable avant d'examiner un nouveau-né
- Connaître l'examen clinique normal du nouveau-né à terme
- Savoir évaluer la maturation du nouveau-né et donc les caractéristiques cliniques, morphologiques du nouveau-né à terme
- Connaître les examens de dépistage réalisés au nouveau-né

## QCMs TYPES

### QCM 1

Victor naît très rapidement par voie basse sous rachianesthésie après une extraction instrumentale par ventouse. A cinq minutes de vie, on constate les paramètres cliniques suivants : fréquence cardiaque à 180/min, cyanose des extrémités, ventilation irrégulière, absence de réaction à la stimulation, discrète flexion des membres. Quel est le score d'Apgar chez ce nouveau-né ?

- A) 3
- B) 4
- C) 5
- D) 6
- E) Non Calculable

### QCM 2

Après avoir signé le papier buvard, les parents vous demandent quelle est (sont) la (les) maladie(s) dépistée(s) par le test du Guthrie. Répondez-vous ?

- A) Drépanocytose systématiquement.
- B) Phénylcétonurie
- C) Hyperthyroïdie congénitale
- D) Hypothyroïdie congénitale
- E) Hypoplasie congénitale des surrénales

### QCM 3

Citez les réflexes archaïques que vous devez rechercher chez un nouveau-né à terme ?

- A) MORO
- B) Marche automatique
- C) Signe du foulard
- D) Succion
- E) Palpation de la fontanelle antérieure

### QCM 4

Quels sont les dépistages systématiques réalisés en salle de naissance au 1er jour de vie ?

- A) Test de Guthrie
- B) Test à la seringue
- C) Perméabilité de l'anus
- D) Perméabilité des choanes
- E) Auscultation cardiaque

### QCM 5

Quelle est la coloration normale d'un nouveau-né à terme ?

- A) Erythroïque
- B) Pale
- C) Ictérique
- D) Cyanosé
- E) Recouvert de vernix caseosa

### Réponses

- 1) C Apgar= 5 : FC=2, Coloration= 1, Respiration= 1, Tonus= 1 Réactivité= 0
- 2) B D
- 3) A, B, D
- 4) C D E
- 5) A E

a