

PREMIÈRE CONSULTATION AMBULATOIRE DU NOUVEAU-NÉ

Vincent Rigo¹, Catherine Pieltain^{1,2}, Colombe Schoffeniels³, Masendu Kalenga^{4,5}, Jean-Luc Belche^{3,6}

1- Chef de clinique, service de néonatalogie, CHU et CHR Liège

2- Chef de clinique, service de pédiatrie, CHU de Liège

3- Médecin généraliste, Maison Médicale St-Léonard, Liège

4- Chef de service, service de néonatalogie, CHU et CHR Liège

5- Professeur, service de néonatalogie, Université de Liège

6- Chargé de cours, département de médecine générale, Université de Liège

ABSTRACT

Le suivi ambulatoire du nouveau-né devient important en raison de la réduction progressive des séjours en maternité. Lors de cette première consultation, on s'assure du bon déroulement du retour à domicile.

L'alimentation est vérifiée. Les conseils de sécurité et ceux de prévention de la mort subite du nourrisson sont rappelés. La réalisation des dépistages sanguin et auditif est contrôlée, de même que la programmation des suivis spécifiques potentiellement nécessaires. L'examen clinique recherchera les signes d'alerte des pathologies d'apparition secondaire, comme l'ictère, ou les malformations congénitales à expression tardive.

ABSTRACT

The focus on outpatient follow-up of newborn infants increases as the duration of hospital stay after birth decreases. The first outpatient visit addresses the adequacy of the home transition. Appropriate feedings are checked. Sudden infant death syndrome prevention and security advices are reminded. Realisation of both neonatal dried blood screen and hearing test is confirmed, as well as planning of specific follow-up appointments. The physical exam will focus on red flags for diseases or malformations with a delayed presentation.

MOTS CLÉS

Nouveau-né	Newborn infant
Examen Clinique	Physical exam
Dépistage	Screening
Soins ambulatoires	Ambulatory care
Enfant bien portant	Well baby visit

INTRODUCTION

En Belgique, la prise en charge du nouveau-né pendant la première semaine restait jusqu'il y a peu du ressort de la structure hospitalière. Depuis quelques années, dans un souci d'efficience (c-à-d une qualité de soins optimale à un coût maîtrisé), les durées normales de séjour après la naissance ont diminué de façon progressive jusqu'à l'apparition de séjours courts, inférieurs à 60- 72 heures (1). Ceci conduit à une transition vers une gestion ambulatoire de cette période particulière. Le médecin généraliste peut ainsi être amené à assurer la première consultation ambulatoire pour des enfants nés à terme et à bas risque médico-social, préférentiellement entre les 5^{ème} et 7^{ème} jours de vie. Cet article reprend les points d'attention permettant d'inscrire les soins prodigués aux nouveau-nés rentrés à domicile dans la continuité des soins hospitaliers. Le suivi post-partum spécifique à la jeune maman est complémentaire à l'accueil du nouveau-né mais ne sera pas abordé dans cet article.

Le premier objectif du suivi néonatal est de s'assurer de la bonne adaptation à la vie extra-utérine de l'enfant, de sa bonne santé et de l'absence de malformation congénitale. Ensuite, il s'agit de vérifier le bon établissement de l'alimentation, une variation pondérale appropriée, l'établissement d'une relation adéquate entre l'enfant et ses parents, et de dépister des pathologies (comme l'ictère) ou des malformations détectables secondairement (souvent digestives ou cardiaques) (2). Les examens ou les traitements spécifiques parfois nécessaires ont généralement été mis en route ou programmés dès la maternité. Lors de la première consultation, la réalisation des dépistages sanguins et auditifs sont vérifiés. Enfin, cette consultation donne l'opportunité de rappeler les conseils de puériculture, de prévention de la mort subite inexplicée du nourrisson, et de sécurité.

Cette première consultation peut être facilitée par une approche systématique. Nous proposons dans cet article une séquence respectant une certaine logique du contact du médecin avec le(s) parent(s) et l'enfant : le premier temps est celui d'une discussion avec le(s) parent(s) pour aborder leur vécu de la naissance et du retour à domicile. On aborde ensuite ce qui rythme actuellement la vie du nouveau-né : l'interaction avec les parents et les autres membres de la famille, l'alimentation, les changes, le sommeil, les premières sorties ainsi que le suivi médical. On garde l'examen clinique du nouveau-né pour la fin de la consultation.

Des outils structurés reprenant les différents éléments à aborder et vérifier lors du suivi néonatal et pédiatrique peuvent servir d'aide-mémoire. Le guide « Prévention et petite enfance » (3) de l'Office National de l'Enfance (ONE) peut servir de référence. Le guide de suivi post-natal Rourke (4) canadien ne nécessite quand à lui que peu d'adaptation pour une utilisation européenne. Ce guide détaille, à l'attention du médecin généraliste, les éléments utiles à prendre en compte dans le suivi préventif de l'enfant, à différents âges clés depuis la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans, à partir de données probantes régulièrement remises à jour. Une version adaptée pour la première consultation est présentée en annexe, avec accord des auteurs.

ANAMNÈSE

Celle-ci commence par une discussion avec les parents. Dans le décours de cet entretien, on s'enquiert de leur impression générale et de leurs inquiétudes spécifiques. Les antécédents des parents et de la fratrie sont recherchés, en ce compris l'atopie et le tabagisme. On vérifie le bon déroulement de la grossesse sur les plans clinique, échographique et biologique/ sérologique. Les vaccinations contre la coqueluche et la grippe saisonnière (en période à risque) sont réalisées idéalement pendant la grossesse sinon en maternité ou dès le retour, et diminuent efficacement les risques de transmission de ces maladies (5, 6). Le médecin généraliste peut éventuellement administrer ces vaccins s'ils n'avaient pas été effectués.

Les données d'âge gestationnel, de bonne adaptation à la vie extra-utérine, et les paramètres auxologiques (poids, taille, périmètre crânien) à la naissance sont récupérés et reportés sur les courbes de croissance. L'interrogation porte aussi sur le bon déroulement du séjour en maternité et les recommandations spécifiques éventuellement émises à la sortie (voir plus loin).

ALIMENTATION ET EVOLUTION PONDÉRALE

L'alimentation est abordée de façon systématique (7, 8). L'allaitement maternel doit être encouragé et n'est que très rarement contre-indiqué (HIV maternel dans les pays développés, tuberculose active, lésions herpétiques locales, galactosémie homozygote, rares médicaments, drogues de rue). L'évolution de la sécrétion lactée (« montée de lait ») est évaluée, de même qu'une hydratation maternelle suffisante (au moins

2 litres par jour). Les tétées sont fréquentes les premiers jours, entre 8 et 12 fois par 24 heures, et durent de 10 à 20 minutes à chaque sein. L'enfant doit ouvrir la bouche sur une large partie de l'aréole et la déglutition doit être audible toutes les 1 à 3 suctions. La sensibilité du mamelon doit se limiter à la première minute et il ne doit pas y avoir de crevasse. La fréquence des mictions permet d'apprécier des apports suffisants : 3-4 langes pleins les troisième et quatrième jours et 5 à 6 par la suite. Les selles sont alors fréquentes, jaune ocre, et assez liquides.

La majorité des traitements maternels sont compatibles avec l'allaitement. Nous encourageons une approche incluant l'allaitement comme donnée de base de la patiente (« Ma patiente allaite, peut-elle recevoir ce médicament ? ») plutôt qu'un raisonnement inverse (« Ma patiente prend ce médicament, peut-elle allaiter ? »). Dans certains cas, une substitution de molécule est conseillée en raison d'un profil de sécurité plus adapté. Les anxiolytiques sont une exception : la plupart passent dans le lait maternel et sont mal métabolisés par l'enfant, entraînant leur accumulation, surtout en cas de demi-vie longue. Dans ces conditions, l'oxazepam ou le lorazepam à faibles doses sont envisageables. Dans tous les cas, il est utile de vérifier la compatibilité du traitement choisi avec l'allaitement sur une base de données de qualité. Le site e-Lactancia.org (en espagnol et anglais accessible) est simple d'utilisation et suggère des alternatives thérapeutiques. Le site Lecrat.fr (en français) reprend de plus des informations concernant la grossesse. Enfin, la base de données [Lactmed®](http://Lactmed.org) (9) (en anglais) de la US National Library of Medicine rassemble des informations plus détaillées mais moins faciles à utiliser en pratique.

Les préparations pour nourrissons (« de premier âge ») sont reconstituées avec de l'eau préalablement chauffée à 30-37° à laquelle on ajoute 1 mesure rase de poudre par 30 ml d'eau. Les volumes proposés augmentent quotidiennement par paliers de 10 ml, jusque 60 ml. Le passage à des volumes plus importants est alors fonction de l'appétit de l'enfant, de la fréquence des repas, et d'éventuelles régurgitations.

La perte de poids physiologique est classiquement décrite comme étant inférieure à 10% du poids de naissance, mais elle peut être plus marquée après une naissance par césarienne et avec l'allaitement maternel. Un suivi plus rapproché est justifié à partir de 8- 10% de perte de poids ou si la reprise pondérale n'est pas amorcée à 4- 5 jours. L'âge médian pour le retour au poids de naissance est de 9 jours avec un allaitement exclusif (10). Au-delà de deux semaines, il convient de réévaluer la situation en détails. Au domicile, l'enfant

sera pesée dans une pièce chauffée, avec une balance spécifique pour bébé, ou en calculant la différence de deux pesées d'un parent seul puis portant l'enfant, sur une balance analogique suffisamment précise.

PRÉVENTION

La consultation précoce est l'occasion de rappeler des mesures préventives simples favorisant la sécurité du nouveau-né. Ainsi, il est important d'insister sur les conseils de prévention de la mort subite inexplicée du nourrisson (MSIN) et de vérifier la bonne application de ceux-ci (11). La maison est sans tabac. Le sommeil a lieu sur le dos dans une chambre à 18- 20°, l'enfant couchée sur un matelas ferme, sans oreiller, sans peluche. Au sommeil toujours, les collier, bavoir et ficelle de sucette sont à proscrire. La sucette en elle-même diminuerait le risque de MSIN (11). Un sac de couchage permet d'éviter les couvertures sur le visage. Enfin, faire dormir l'enfant dans le lit des parents est déconseillé. Ces conseils sont illustrés clairement dans la brochure de l'ONE (12) par des pictogrammes bien utiles en cas de barrière de la langue.

Afin de diminuer le risque de plagiocéphalie acquise, on encouragera de positionner la tête alternativement de chaque côté. La discussion peut également porter sur l'usage en voiture du siège pour nourrisson, et sur le risque de chute de table à langer si l'enfant y est laissé seul.

Les suppléments vitaminiques sont vérifiés : la dose de vitamine D préconisée en France est de 1000 (à 1200) UI par jour chez l'enfant allaitée, et de 600 à 800 UI au lait artificiel (13). A contrario, le Conseil Supérieur de la Santé belge ne recommande que 400 UI par jour, quel que soit le type d'alimentation (14). L'expérience locale nous a conduit à proposer des apports intermédiaires (800 UI, soit 12 gouttes de D-Cure par jour). La vitamine K, en prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né, a le plus souvent été administrée en dose unique intramusculaire à la naissance (15). En cas de traitement oral, le schéma 4-4-4 français peut s'appliquer : 2 mg de vitamine K orale à 4 heures, 4 jours et 4 semaines de vie (16).

SUIVI

Pour les enfants chez qui un suivi spécifique est recommandé, il est utile de rappeler les rendez-vous aux parents. L'échographie des hanches vers 6 semaines est suggérée en cas de présentation en siège, d'antécédents familiaux de dysplasie congénitale de hanche, ou de gémellité. Le suivi sonographique initial des

dilatations pyelo-calicielles fœtales a lieu vers 5 jours et vers un mois. Chez l'enfant à terme de bon poids, la vaccination en cas d'hépatite B maternelle se poursuit, après la prise en charge à la naissance, selon le calendrier vaccinal classique, soit à deux mois de vie. Un bilan biologique vient compléter le suivi vers 7-8 mois : AgHbs pour exclure une infection et anticorps anti-HBs pour vérifier l'efficacité vaccinale. La transmission verticale de l'hépatite C (de l'ordre de 5%) ne peut être évaluée qu'après 6 mois (PCR) ou 18 mois (négativisation des IgG d'origine maternelle). La prophylaxie contre le HIV impose une prise de zidovudine (Retrovir®) pendant 4 à 6 semaines et un suivi prolongé en consultation d'infectiologie pédiatrique.

DÉPISTAGES COMPLÉMENTAIRES

L'anamnèse et l'examen clinique ne suffisent pas à détecter précocement une série de pathologies. Des moyens techniques spécifiques sont alors nécessaires, pour permettre une prise en charge précoce et, soit éviter les complications associées à ces maladies, soit en réduire la portée.

Le test de dépistage sanguin sur buvard permet d'identifier une série de pathologies métaboliques ou endocriniennes, avant l'apparition des signes cliniques. La Fédération Wallonie Bruxelles (FWB) subsidie le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale, des aminoacidémies (dont la phénylcétonurie : test de Guthrie), de la galactosémie et des défauts d'oxydation des acides gras et aciduries organiques (dosage de l'acylcarnitine). Les pathologies recherchées hors subsides varient en fonction de l'hôpital de naissance.

Pour une sensibilité et une spécificité maximales, le test sanguin nécessaire à ces dépistages doit être réalisé (en FWB) entre 72 et 120 heures de vie. En cas de retour à domicile avant ce délai, ce prélèvement sera effectué par la sage-femme, et renvoyé à l'hôpital de naissance pour arriver au centre de référence des maladies métaboliques (CHU de Liège p.ex.) dans les 4 jours. Les parents ne sont contactés par le pédiatre de maternité que si un contrôle est nécessaire.

La surdité congénitale affecte un enfant sur mille ; un traitement précoce prévient des difficultés importantes de langage et de scolarité. Les oto-émissions provoqu es permettent de dépister les enfants dès le séjour en maternité, mais sont moins spécifiques les tout premiers jours en raison de difficultés techniques. En cas de test non concluant en maternité, un contrôle dans les premières semaines est planifié par le service ORL.

Pour ces deux tests, la vérification de leur réalisation et de leurs résultats (généralement repris dans le carnet de suivi de l'enfant ou dans les documents de sortie d'hospitalisation) et au besoin un rappel du rendez-vous de suivi favoriseront un dépistage adéquat.

EXAMEN CLINIQUE

Un défi de l'examen clinique du nouveau-né est de concilier une approche systématique et la prise en compte de l'état d'éveil et de réceptivité de l'enfant. Pour favoriser le confort et la « collaboration » de l'enfant, un environnement chaud et agréable est important. Le déshabillage peut entraîner des pleurs, et peut se faire de façon progressive en cours d'examen. Oter les habits par en bas évite de stimuler la tête (et facilite la toilette si le linge a débordé...) L'évaluation oculaire, l'auscultation, la palpation des artères fémorales et l'examen des hanches nécessitent une brève période de calme, et viendront idéalement avant des manœuvres plus intrusives, potentiellement génératrices de pleurs.

Une observation attentive est fondamentale. Elle permet d'évaluer l'état d'éveil, la capacité à se calmer, le tonus global et l'aspect harmonieux et symétrique de la motricité spontanée. Une lumière réduite permet d'obtenir l'ouverture des yeux, mais l'évaluation de la coloration nécessite une luminosité plus importante. On recherche le contact et le suivi oculaires. On apprécie une respiration aisée, à fréquence normale pour l'âge (40-60/minute), et l'absence de signe de dyspnée (battement des ailes du nez, polypnée, tirage sous- ou intercostal ou sus-sternal). La coloration est évaluée à la recherche d'ictère, de cyanose ou de pâleur. L'acrocyanose (cyanose des extrémités) n'est fréquente que les premières 24 heures. La présence d'une éruption cutanée évoquant visuellement une urticaire, variable dans le temps, et flambant après le bain, est fréquente : l'érythème toxique est bénin et disparaît spontanément en deux semaines.

Au-delà du suivi du regard, on observera la conjonctive à la recherche d'ictère. Une petite hémorragie sous-conjonctivale est fréquente et spontanément résolutive. Le réflexe de lueur pupillaire (17), ou réflexe rouge, est l'équivalent sémiologique des yeux rouges en photographie : il permet d'exclure une anomalie de transparence des milieux oculaires (cataracte congénitale, à prendre en charge avant 6 semaines) ou de la couleur de la rétine (détachement, rétinoblastome). Ce réflexe s'obtient aisément en observant l'œil à travers un otoscope dont on a écarté la loupe. Le reflet lumineux sur la rétine colore la pupille de rouge vif, même si chez les enfants au teint plus foncé la coloration est plus grisâtre.

La palpation des artères fémorales est indispensable. Cette partie de l'examen peut prendre du temps si l'enfant pleure ou est agité, mais elle est nécessaire pour dépister les coarctations de l'aorte et autres pathologies obstructives de la circulation gauche (qui peuvent se manifester tardivement, à la fermeture du canal artériel). La recherche d'un souffle pathologique peut être compliquée par la fréquence cardiaque rapide, ou par des pleurs.

Si le crâne présente une forme inhabituelle, il faut vérifier que les sutures restent libres et mobiles par une palpation ou une pression douce. Ces sutures peuvent parfois se chevaucher les premiers jours. La palpation des fontanelles permet de vérifier leur taille et leur tension. La bosse séro-sanguine disparaît rapidement, au contraire du céphalématome, situé sous le périoste et ne dépassant donc pas les sutures, qui peut persister plusieurs semaines. Dans ce cas, des conseils précoces de positionnement sont importants pour réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle (voir plus haut).

L'abdomen est arrondi et souple. Le foie est souvent palpé sous le rebord costal. La palpation profonde permet d'exclure une masse, principalement d'origine rénale. Lorsque le cordon chute, souvent dans la première semaine (18), une apparence plus humide et gélatineuse est fréquente. Ensuite, la cicatrice du cordon doit être propre, sans érythème. La position adéquate et la perméabilité de l'anus est vérifiée une nouvelle fois. Chez le garçon, il faut vérifier l'absence d'hypospade et palper les testicules dans les bourses. Chez la fille, un saignement vaginal léger ou modéré peut survenir à quelques jours de vie suite à l'interruption de l'exposition aux hormones maternelles.

La dysplasie congénitale de hanche est recherchée par les manœuvres d'Ortolani (abduction et rotation externe, permettant de repositionner dans le cotyle une hanche luxée) et de Barlow (appui antéro-postérieur, luxant une hanche luxable). Ces manœuvres sont réalisées au calme, un membre à la fois, et en maintenant le bassin. Une asymétrie des plis cutanés oriente également vers une pathologie unilatérale. La fracture de clavicule peut se retrouver dans le post-partum : elle se marque au début par des crépitations à la palpation et une limitation de la mobilisation spontanée ; par la suite, le cal osseux peut transitoirement être volumineux. La prise en charge se limitant à des précautions lors de l'habillage, une imagerie irradiante est rarement justifiée.

L'intégrité du palais doit être évaluée visuellement jusqu'à la luette. L'usage de l'abaisse-langue est justifié en cas de signes cliniques comme un reflux nasal, car les fentes palatines postérieures sont difficiles à identifier. Le délai avant diagnostic est de plus d'une semaine chez 5% des enfants concernés (19). La bouche doit aussi être visualisée pour rechercher des dents natales. Celles-ci sont souvent mobiles et doivent alors être extraites pour éviter une inhalation lors de leur chute.

Les mesures du poids et du PC (et dans une moindre mesure de la taille) font partie intégrante de l'examen clinique. Le report de ces mesures sur les courbes de croissance permet d'établir les bases du suivi de croissance. Les courbes de l'OMS sont disponibles dans le carnet de l'ONE (ou accessible en ligne via (20)).

Les pathologies significatives sont rares (17). La table 1 reprend différents signes d'alerte, qui doivent orienter vers une mise au point complémentaire et une prise en charge dans un délai adéquat.

Table 1 : Symptômes et signes d'alerte.

Signe	Pathologie à exclure	Degré d'urgence	Référence
Ictère sévère	Ictère sévère	Heure(s)	Laboratoire, pédiatre
Fémorales non palpables	Coarctation de l'aorte	Heure(s)	Urgences pédiatriques ou cardiopédiatre
Vomissements bilieux (verts)	Volvulus Malformations obstructives du tube digestif	Heure	Urgences pédiatriques
Apathie	Infection Cardiopathie Maladie métabolique	En fonction de la présentation et de l'évolution	Urgences pédiatriques ou pédiatre
Fièvre (>38°) ou hypothermie (<36°)	Septicémie néonatale tardive Méningite	Heure	Urgences pédiatriques

Dyspnée	Infection Cardiopathie Malformation pulmonaire Maladie métabolique	Heure	Urgences pédiatriques
Selles décolorées, ictère prolongé (>15j)	Atrésie des voies biliaires	Jours	Laboratoire, pédiatre
Absence de lueur pupillaire (= réflexe rouge)	Cataracte congénitale Rétinoblastome	Jours	Ophthalmologue

ICTÈRE

L'ictère physiologique est fréquent et est observé chez plus de la moitié des nouveau-nés. Il résulte d'un déséquilibre entre la production de bilirubine associée à la dégradation des globules rouges fœtaux et la capacité d'élimination hépatique très immature la première semaine de vie.

L'attention des soignants est importante en début de vie, en raison de l'incidence élevée de l'ictère. Malgré cela, les complications restent très rares (21) même si elles semblent avoir réapparu. L'encéphalopathie à bilirubine est généralement évitable avec un traitement par photothérapie intensive voire par exsanguino-transfusion. Les lésions cérébrales associées sont responsables de déficit auditif voire d'infirmité motrice cérébrale de type choréo-athétosique.

Il n'existe pas de seuil précis de bilirubinémie permettant d'exclure ce risque, et il serait difficilement acceptable de préciser celui-ci par des études autres que rétrospectives. De ce fait, la prise en charge se base sur des courbes de traitement adaptées à l'âge post-natal. Les plus utilisées sont celles proposées par l'Académie Américaine de Pédiatrie (22, 23) qui précisent des seuils différents selon l'âge gestationnel et la présence de facteurs de risque [accessible gratuitement en ligne (22)].

Le risque d'ictère sévère est le plus souvent associé à une naissance avant 38 semaines et à l'existence de facteurs favorisant la destruction des globules rouges ou diminuant l'élimination de la bilirubine (22, 23). L'allo-immunisation Rhésus chez l'enfant de mère Rh négative est devenue rare grâce à la généralisation de la prophylaxie par immunoglobulines spécifiques. De plus, elle est généralement connue avant la naissance et la surveillance est donc adaptée. Par contre, les allo-immunisations anti - A ou - B sont plus fréquentes, peuvent survenir dès la première grossesse, et se présentent avec une jaunisse précoce ou plus marquée. Le test de Coombs permet de les dépister mais le résultat pourrait ne pas être disponible avant une sortie précoce de maternité. Le déficit en Glucose-6-Phosphate-Déshydrogénase (G6PD) est dépisté avec le test sanguin sur buvard dans certaines institutions, mais le délai avant résultat ne permet pas d'identifier les enfants pendant la période à risque d'ictère. Les autres maladies hémolytiques comme la sphérocytose, la pycnocytose, et le déficit en pyruvate kynase sont plus rares. Les autres facteurs de risque d'ictère incluent l'allaitement maternel, la présence d'hématomes, et l'infection. Les enfants d'origine est-asiatique sont également plus à risque.

L'ictère physiologique se majore progressivement avec un pic vers 4 jours de vie (24). Cliniquement, on note une progression céphalo-caudale de la jaunisse (25). Nous suggérons une mesure de bilirubine si l'ictère dépasse le thorax, car l'évaluation visuelle peut être difficile. De même, une notion de majoration de l'ictère rapportée par les parents doit inciter à une évaluation sanguine (prélèvement possible par la sage-femme) ou transcutanée. (Les appareils de mesure transcutanée n'ont pas vocation à remplacer le dosage biologique mais bien à diminuer l'incertitude de l'évaluation visuelle). Une fois le taux de bilirubine totale obtenu, il faut le comparer aux courbes de seuils de photothérapie pour l'âge (22). S'il le dépasse ou que le taux est proche du seuil chez un enfant dont l'évolution est compliquée sur le plan pondéral ou de l'alimentation, un traitement par photothérapie est instauré en milieu hospitalier. Avec un taux proche du seuil chez un enfant bien portant, un suivi biologique peut encore s'avérer nécessaire dans les 24 heures.

CONCLUSIONS

Une approche structurée de la première consultation ambulatoire du nouveau-né peut aider le praticien à s'assurer de la bonne évolution de l'enfant, dans la continuité de la prise en charge hospitalière. Une collaboration efficace sera renforcée par des outils de communication adéquats entre les différents prestataires, hospitaliers et ambulatoires. Certains points spécifiques à l'évaluation des enfants en période

néonatale précoce sont repris dans l'anamnèse et l'examen clinique. Toutefois, la majorité des problèmes seront identifiés lors du séjour en maternité, et le suivi concernera principalement des enfants bien portants. Les signes d'alerte orientant vers des problèmes potentiellement sévères (Table 1) restent évidemment à rechercher de façon systématique.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les Dr Rourke, Leduc et Rourke de nous avoir autorisés à adapter le début de leur guide de consultation. Nous remercions également le Dr Sousa d'avoir testé une première version de cette adaptation, et pour leurs commentaires et suggestions constructifs.

RÉFÉRENCES

- 1 Benhamed N, Devos C, San Miguel L, et al. - Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Health Technology Assessment (HTA) Brussels Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports: 232B .D/2014/10.273/82.
- 2 Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, et al. – Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics*, 2000, **106**, 31-39.
- 3 Office de la Naissance et de l'Enfance – Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant - Bruxelles, 2011.
- 4 Rourke L, Leduc D, Rourke J - Relevé postnatal Rourke - http://www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2014_Nat_Fr.pdf.- Consultation du 16/11/2016.
- 5 Conseil Supérieur de la Santé. - Vaccination anticoquelucheuse. CSS, Bruxelles. 2014. Avis n°9110.
- 6 Conseil Supérieur de la Santé. - Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale 2016-2017. CSS, Bruxelles. 2016. Avis n°9367.

- 7 Cleugh F, Langseth A. – Fifteen-minute consultation on the healthy child: breast feeding. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 2017, **102**, 8-13.
- 8 Amir LH. – Managing common breastfeeding problems in the community. *BMJ*, 2014, **348**, g2954.
- 9 U.S. National Library of Medicine - Lactmed - <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>.- Consultation du 13/02/2017.
- 10 Crossland DS, Richmond S, Hudson M, et al. – Weight change in the term baby in the first 2 weeks of life. *Acta Paediatr*, 2008, **97**, 425-429.
- 11 Zambelli L, Battisti O. – Comment j'explore ... le malaise du nourrisson. *Rev Med Liege*, 2016, **71**, 198-203.
- 12 Office de la Naissance et de l'Enfance. - Prévention de la mort subite du nourrisson. 2011, 33 - http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Brochure_Mort_Subite.pdf.- Consultation du 16/11/2016.
- 13 Vidailhet M, Mallet E, Bocquet A, et al. – Vitamin D: still a topical matter in children and adolescents. A position paper by the Committee on Nutrition of the French Society of Paediatrics. *Arch Pediatr*, 2012, **19**, 316-328.
- 14 Conseil Supérieur de la Santé. - Recommandations nutritionnelles pour la Belgique. CSS, Bruxelles. 2016. Avis n° 9285.
- 15 Sellwood M, Huertas-Ceballos A. – Review of NICE guidelines on routine postnatal infant care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2008, **93**, F10-13.
- 16 Hascoet JM, Picaud JC, Lapillone A, et al. – Vitamine K : Mise à jour des recommandations. *Bulletin de la Société Française de Néonatalogie*, 2015, **6**,
- 17 Green K, Oddie S. – The value of the postnatal examination in improving child health. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2008, **93**, F389-393.
- 18 Gold F. – Chute normale et chute retardée du cordon ombilical. *Réalités pédiatriques*, 2014, **183**, 9-10.

- 19 Habel A, Elhadi N, Sommerlad B, et al. – Delayed detection of cleft palate: an audit of newborn examination. *Arch Dis Child*, 2006, **91**, 238-240.
- 20 Organisation Mondiale de la Santé - Normes de croissance de l'enfant - <http://www.who.int/childgrowth/standards/fr/>.- Consultation du 18/11/2016.
- 21 Sgro M, Campbell DM, Shas V, et al. - Kernicterus. *Canadian Paediatric Surveillance Program, CPSP 2009 results*. 2010, 30-32.
- 22 American Academy of Pediatrics. – Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 2004, **114**, 297-316. Accesible en ligne: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/114/1/297.full.pdf>
- 23 Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, et al. – Hyperbilirubinemia in the newborn infant > or =35 weeks' gestation: an update with clarifications. *Pediatrics*, 2009, **124**, 1193-1198.
- 24 Draque CM, Sanudo A, de Araujo Peres C, et al. – Transcutaneous bilirubin in exclusively breastfed healthy term newborns up to 12 days of life. *Pediatrics*, 2011, **128**, e565-571.
- 25 Kramer LI. – Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. *Am J Dis Child*, 1969, **118**, 454-458.