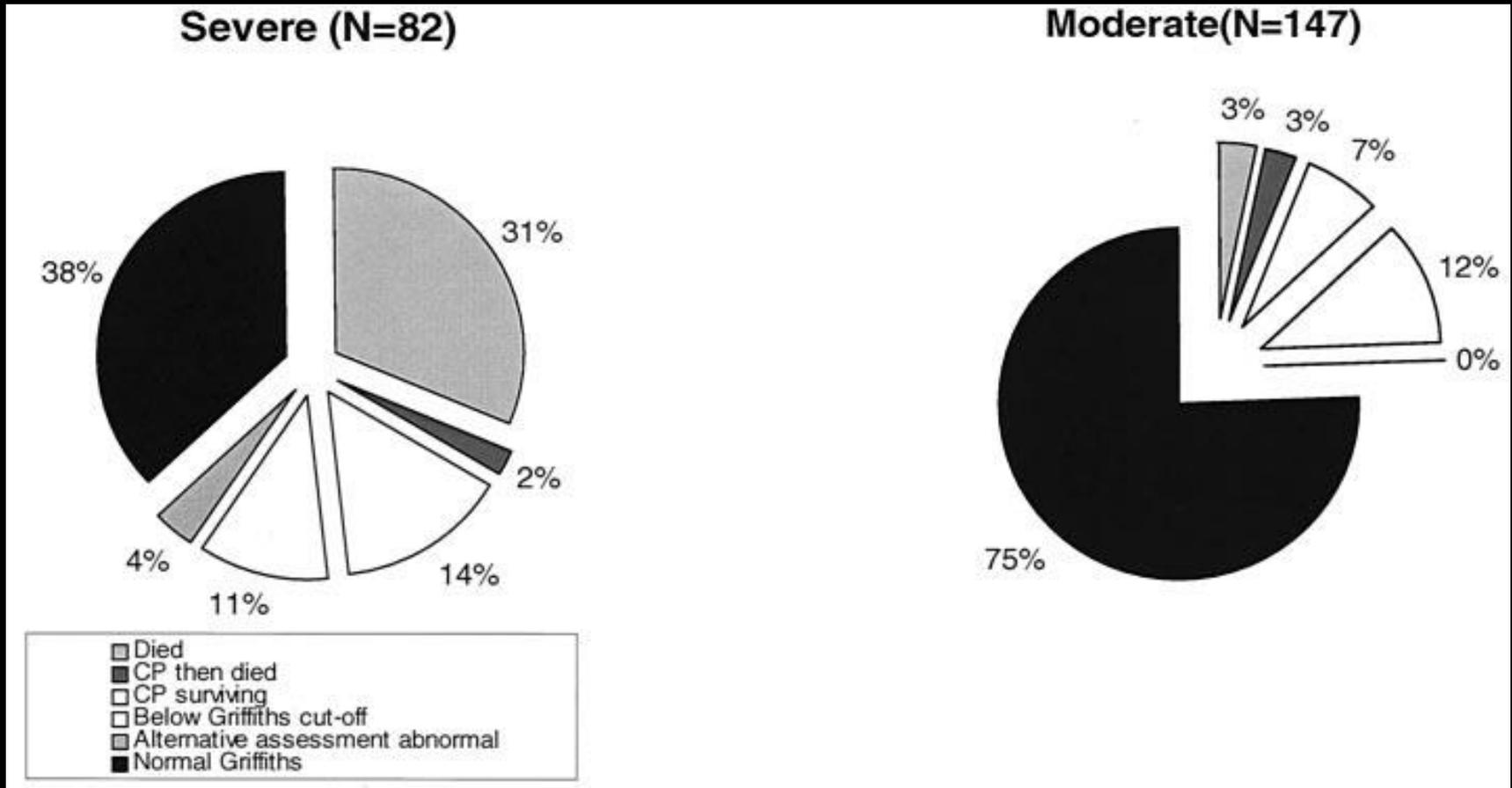


Anoxo ischémie cérébrale

Les problèmes

Le pronostic de l'EAI reste défavorable



Poor outcome: 62%

Poor outcome: 25%

Pas de progrès récents pour les soins

Prise en charge en réanimation

- **Maintien de l'homéostasie**
 - Maintien de la ventilation assistée pour préserver l'oxygénation
 - Surveillance de l'hémodynamique générale: FC, PA
- **Apports métaboliques adaptés**
 - Surveillance glycémique
 - Surveillance de la natrémie et de la calcémie
- **Traitement des convulsions**
 - Abandon du traitement systématique
 - Traitement ciblé sur des indications cliniques et électrophysiologiques

Physiopathologie EAI à l'échelle de la cellule

Chute du Débit Sanguin Cérébral

↓ du Glucose disponible

↓ de l'apport d'O₂

Diminution de la recapture
des AAE (ATP déptd)

Libération d'Acides Aminés
Excitateurs (AAE)

↑ [AAE] **augmente** dans la fente synaptique

Stimulation des Rc AMPA-KAINATE
FLUX ENTRANT Na⁺

Stimulation des Rc NMDA
FLUX ENTRANT Ca⁺⁺

MORT CELLULAIRE
IMMEDIATE

MORT CELLULAIRE
RETARDEE

Notion de Fenêtre thérapeutique

- Existence d' une période de latence
 - Utile pour une neuroprotection
 - Toutes les lésions ne sont pas constituées à la naissance !
- Plus courte chez l' enfant que chez l' adulte
 - Adulte: plusieurs heures ou jours
 - Enfant: quelques heures
- L' hypothermie pourrait agir sur certaines étapes aboutissant aux lésions

Une certaine logique à proposer l' hypothermie lors d' une EAI



Hypothermie sélective

Cool Cap^R



Hypothermie cérébrale contrôlée par la température oesophagienne
Hypothermie corporelle modérée autour de 35 – 36° C

Hypothermie corporelle globale

Criticoool^R et Tecotherm^R



Asservissement de la température



Pas d'asservissement de la
Température sur les premiers appareils

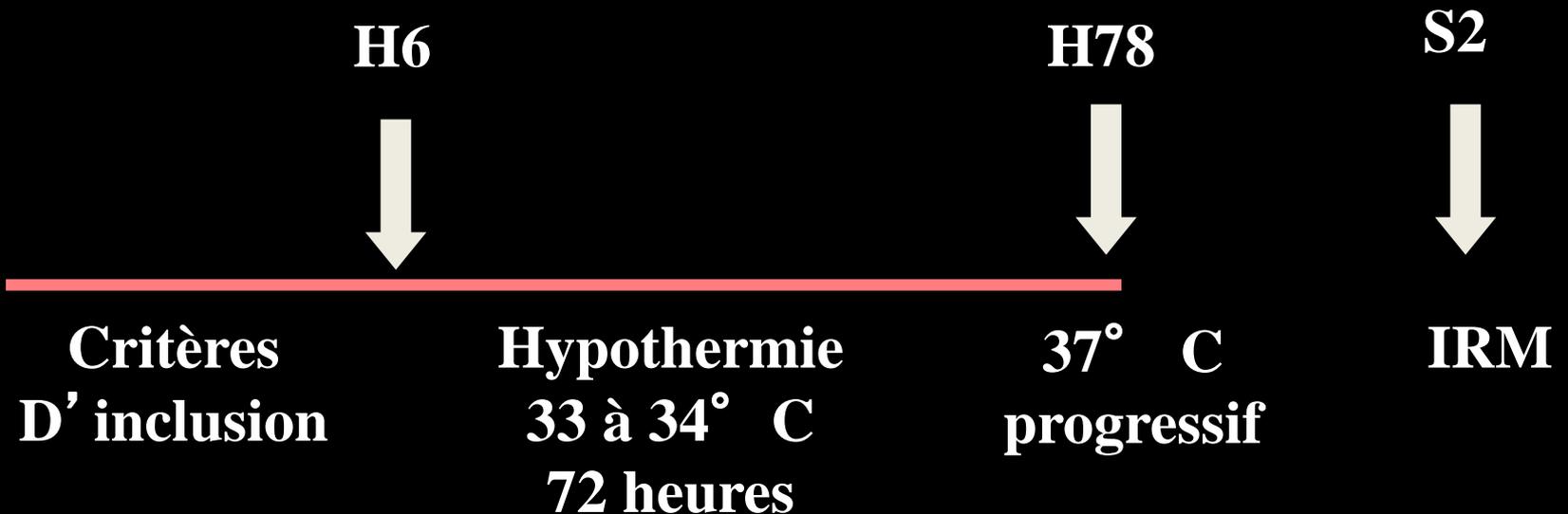
Comment refroidir un nouveau-né ?

- La stratégie
 - hypothermie corporelle globale
 - avec servo contrôle est la plus adaptée
 - avec monitoring de la température rectale
- Monitoring
 - Cardiaque et respiratoire
 - Normalité TA, FC souvent entre 80 à 100/mn
 - Pas d' hypocapnie: PCO2 entre 45 et 50 mmHg
 - Ionique et métabolique: Glycémie, Calcémie, Natrémie, Magnésémie
 - Surveillance de la coagulation
- Ventilation assistée maintenue
- Analgésie
 - Morphinique: 0,3 à 0,5 mg/kg/j
- Pas d' alimentation entérale
 - Ou alimentation infra nutritionnelle

Hypothermie en réanimation néonatale !



Réalisation d'une hypothermie



Enfant intubé et ventilé, avec une analgésie par morphinique, hospitalisé en réanimation pédiatrique

A qui proposer l'hypothermie ?

Principes généraux

- Proposer l' hypothermie après une anoxie **per natale**
 - Sinon, l' hypothermie est inefficace
- Proposer l' hypothermie lors d' une encéphalopathie **grave**
 - Sinon, l' hypothermie est inutile
- Proposer l' hypothermie **avant la 6ème heure de vie**
 - Sinon l' hypothermie est inefficace

Réunir avant H6

Les arguments pour une asphyxie per natale
Les arguments pour apprécier la gravité de l' EAI



Devant une suspicion d'encéphalopathie anoxo-ischémique en maternité deux questions :

- Est qu'il y a **des arguments pour** attribuer les signes neurologiques à une asphyxie per-natale ?
 - existe-t-il une complication obstétricale à l'origine d'une détérioration brutale du RCF ?
 - le ph au cordon est-il $< 7,1$ ou le base déficit $> - 10$?
 - préciser PH artériel ou veineux
 - les signes neurologiques sont-ils apparus précocement ?
- Est-ce que les **signes neurologiques évoquent** une encéphalopathie modérée ou sévère ?

Critères Asphyxie

A – Nouveau-né $\geq 36,0$ SA et un poids de naissance ≥ 1800 g né dans un contexte d'asphyxie périnatale : événement aigu périnatal (exemple : décollement placentaire, prolapsus du cordon et /ou anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal : décélérations tardives ou variables répétées, baisse de la variabilité, absence d'accélération) avec au moins UN des critères suivants :

1. Apgar ≤ 5 à 10 minutes après la naissance
2. Réanimation (intubation endotrachéale ou ventilation au masque) à 10 minutes
3. Acidose définie par $\text{pH} < 7$ au cordon ou tout autre gaz artériel, veineux ou capillaire réalisé dans les 60 minutes après la naissance.
4. $\text{BD} \geq 16$ mmol/l ou taux de lactates ≥ 11 mmol/l au cordon ou tout autre gaz artériel, veineux ou capillaire réalisé dans les 60 minutes après la naissance.
5. En l'absence de gaz du sang OU en cas de pH compris entre 7,01 et 7,15 OU BD compris entre 10 à 15,9 mmol/l, l'enfant doit avoir un contexte d'asphyxie périnatale ET le critère 1 ou 2

Examen neurologique anormal

B – Encéphalopathie modérée à sévère (score de Sarnat H. Arch Neurol 1976;33:696-705).

Atteinte des fonctions corticales : léthargie (réponses aux stimulations : réduites) ou coma (réponses aux stimulations : absentes) ET au moins UN ou plus des signes suivants :

1. Hypotonie globale ou limitée à la partie supérieure du corps
2. Réflexes anormaux : Moro (faible ou absent) ou anomalies oculomotrices ou pupillaires (pupilles serrées ou dilatées non réactives)
3. Suction absente ou faible
4. Convulsions cliniques

Si l'enfant remplit les critères A et B, faire une évaluation électrophysiologique avec un EEG et/ou un aEEG.

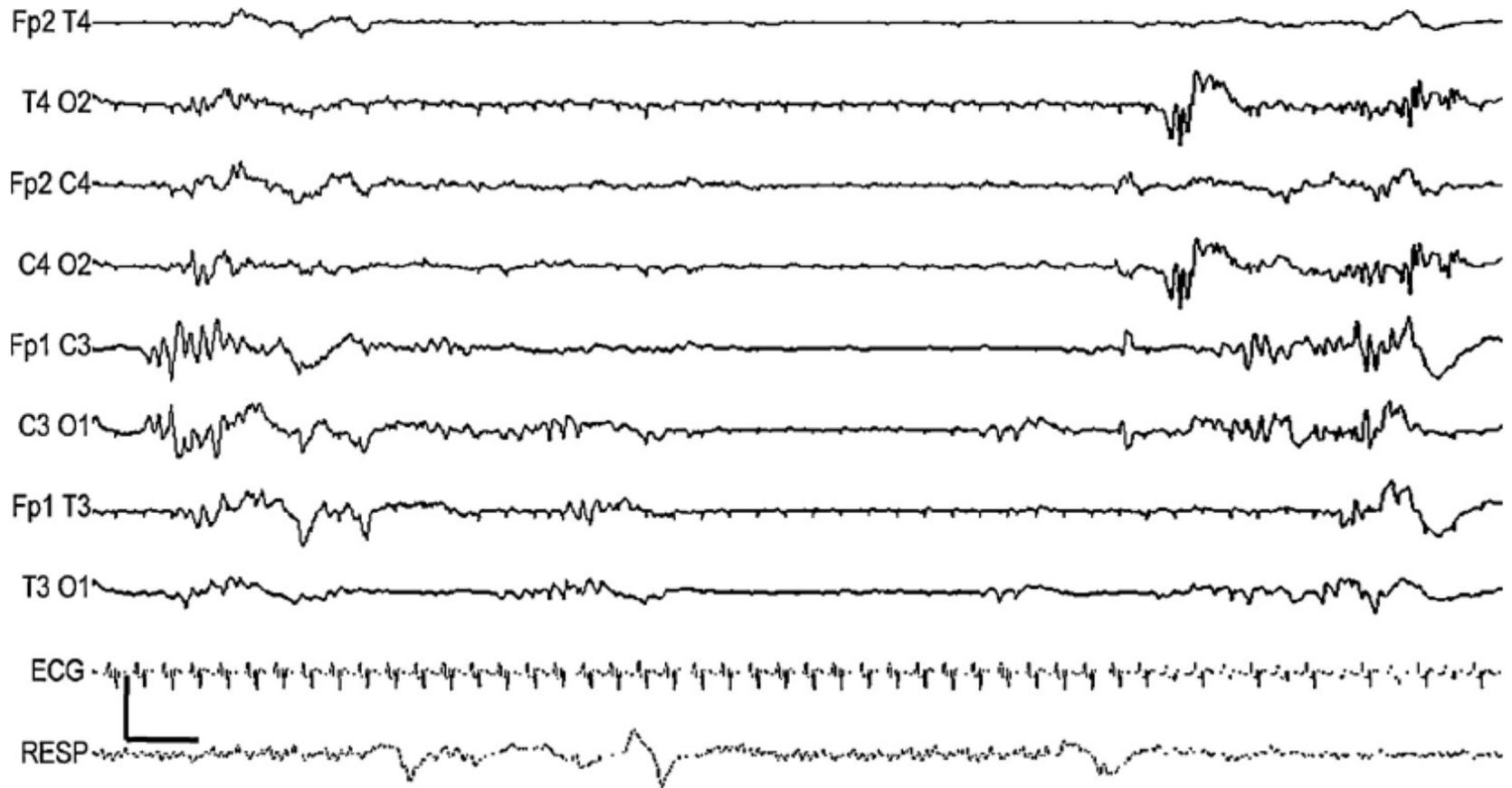


Figure 34 B. H. 38 weeks GA 4 days old. Discontinuous B activity with some ECG artefacts from. Hypoxic ischemic encephalopathy (Nancy).

Nouveau Né a terme: Tracé discontinu (EAI)

Métanalyse

Critère: survie avec devenir normal à 18 mois

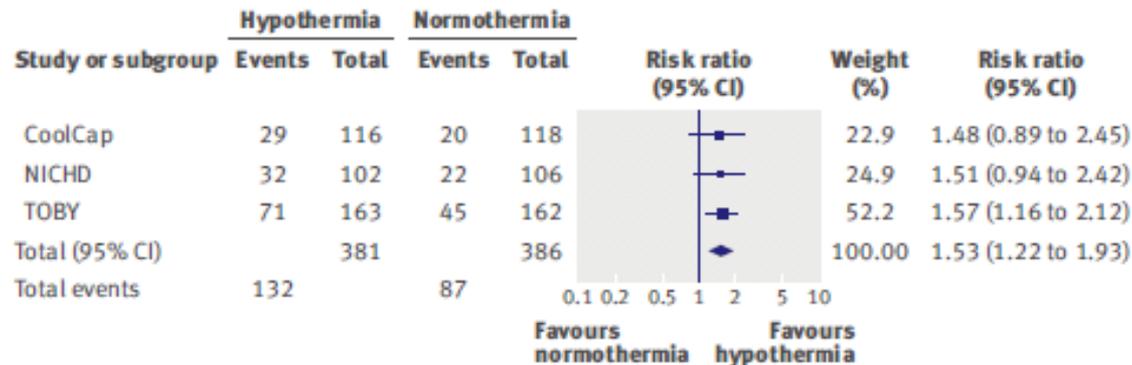


Fig 2 | Forest plot of the effect of therapeutic hypothermia compared with standard care (normothermia) on survival with normal neurological function ("events"). All infants randomly assigned to either study arm were included in the analysis. A Mantel-Haenszel fixed effects model was used to calculate risk ratios and 95% confidence intervals. Test for heterogeneity: $\chi^2=0.05$, degrees of freedom=2 (P=0.66); $I^2=0\%$. Test for overall effect: $Z=3.66$ (P=0.0003). Studies shown are the Total Body Hypothermia (TOBY) trial,⁶ the National Institute of Child Health and Human Development (NICHHD) trial,⁵ and the CoolCap trial⁴

Synthèse

- L' EAI est en 2010 une pathologie grave
- Les connaissances de la physiopathologie justifie d' effectuer une neuroprotection par hypothermie dans les premières heures de vie
- L' hypothermie doit etre ciblée
 - Chez les nouveau-nés à terme,
 - Avec une asphyxie per natale
 - Après vérification de la gravité de l' EAI
- L' hypothermie doit etre faite
 - Par hypothermie corporelle globale
 - Avec servo controle
- L' hypothermie doit etre réalisée tot
 - Avant la **6^{ème} heure de vie**
 - En unité de réanimation néonatale
 - Avec l' objectif d' une température rectale entre **33 à 34° C**
 - pendant **72 heures** à partir du début de la procédure
 - Avec un réchauffement **progressif** de 0.5° C/h (soit en 6 à 12 h)
- L' amélioration du pronostic à 18 mois est démontrée
 - Réduction de la mortalité et/ou du risque de séquelles sévères
- Tenue d' un registre national



To reach the SFN HIE registry web platform

Bienvenue sur la plateforme PEPS d'exploitation

PEPS est un outil élaboré pour répondre aux besoins de communication et d'échanges sécurisés des professionnels de santé.

PEPS
Plateforme d'Echange
entre les Professionnels de Santé
Version 5.0

Accès par carte CPx

[Se connecter par carte CPS](#)

Accès par identifiant et mot de passe

Identifiant

Mot de passe

Attention : bien respecter les majuscules et minuscules

Valider

© 2003-2009 PEPS - Nombre de visiteurs : 169815

**Login and password
only for two or three physicians / center**



Patients Fiches Outils Admin

Infos Aide Contact Support

Consulter Modifier [éditeur] [choisir un autre patient]

Titre : Hospitalisation initiale Type : 01 - Fiche hospitalisation initiale

Tous 1 2 3 4 5

01 - Fiche hospitalisation initiale

Enregistrement général

Identité

Nom : Prénom :

Date de naissance : Heure de naissance :

Tél Portable Parents :

Adresse Parents :

Centre de Néonatalogie :

Tél service pour informations complémentaires :

Date d'admission en réa : Heure d'admission en réa :

Renseignements généraux

Terme (en SA) :

Poids de naissance (en gr) :

Inborn : oui non Type de l'établissement de naissance : Niveau I Domicile

Niveau II Voie publique

Niveau III

EAI traitée par hypothermie : oui non

Créer une autre fiche
Fiches du patient

Enregistrer

Partager

Gérer les PJs

Archiver

Imprimer

Supprimer

Urgente

Windows Internet Explorer - [PEPS - Grenoble - EXPLOIT] Consulter/modifier une fiche - https://peps.sante-ra.fr/web/Fiche/Edit?id=99784cd2-99e8-4602-95cc-ec1e4003b0c1

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

[PEPS - Grenoble - EXPLOIT] Consulter/modifier une fi... [déconnexion] [changer de contexte]

DEBILLON Thierry Registre Encéphalopathie Anoxo Ischémique

PEPS Patients Fiches Outils Admin Infos Aide Contact Support

Consulter Modifier [éditer] [choisir un autre patient]

Titre : Hospitalisation initiale Type : 01 - Fiche hospitalisation initiale

Evaluation initiale

pH au cordon : fait non fait
 Valeur : 7.14 Origine : artériel veineux ne sait pas

Lactates au cordon : fait non fait

Réanimation en salle : oui non

Si oui : Ventilation au masque
 Intubation en salle
 Massage Cardiaque Externe
 Adrénaline

pH à l'admission dans l'unité de réanimation : fait
 Valeur : 7.16 Valeur du base déficit :

Lactacidémie à l'admission : fait

Evaluation Clinique de la gravité de l'EAI :
[\(cliquer ici pour consulter la grille d'examen de Sarnat et Sarnat\)](#)

Evaluation électrophysiologique initiale : faite
 (électrophysiologie faite pour décider de la mise en hypothermie) EEG stanc
 Résultat de l'EEG initial :

Urgente

Table 1. Criteria for Defining Moderate and Severe Encephalopathy.

Category	Moderate Encephalopathy	Severe Encephalopathy
Level of consciousness	Lethargic	Stupor or coma
Spontaneous activity	Decreased activity	No activity
Posture	Distal flexion, complete extension	Decerebrate
Tone	Hypotonia (focal or general)	Flaccid
Primitive reflexes		
Suck	Weak	Absent
Moro	Incomplete	Absent
Autonomic system		
Pupils	Constricted	Deviated, dilated, or nonreactive to light
Heart rate	Bradycardia	Variable
Respiration	Periodic breathing	Apnea

Créer une autre fiche
 Fiches du patient
 Enregistrer
 Partager
 Gérer les PJs
 Archiver
 Imprimer
 Supprimer

Terminé Sites de confiance 100%

Démarrer Présentation1 [PEPS - Grenoble - EX...]

FR 15:03

[PEPS - Grenoble - EXPLOIT] Consulter/modifier une fiche - Windows Internet Explorer

https://peps.sante-ra.fr/web/Fiche/Edit?id=99784cd2-99e8-4602-95cc-ec1e4003b0c1

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

[PEPS - Grenoble - EXPLOIT] Consulter/modifier une fi...

DEBILLON Thierry Registre Encéphalopathie Anoxo Ischémique

Patients Fiches Outils Admin

Infos Aide Contact Support

Consulter Modifier [éditer] [choisir un autre patient]

Titre : Hospitalisation initiale Type : 01 - Fiche hospitalisation initiale

(cliquer ici pour consulter la grille d'examen de Sarnat et Sarnat) EAI sévère Enfant évalué normal ou subnormal

Evaluation électrophysiologique initiale : faite non faite
(électrophysiologie faite pour décider de la mise en hypothermie) EEG standard aEEG EEG standard et aEEG

Résultat de l'EEG initial : traçé inactif avec amplitude < 5µv

Cause présumée de l'asphyxie périnatale :

<input type="checkbox"/> Compression funiculaire	<input type="checkbox"/> Hémorragie de Benkiser	<input type="checkbox"/> Rupture utérine
<input type="checkbox"/> Hémorragie foeto maternelle documentée	<input type="checkbox"/> Placenta praevia	<input type="checkbox"/> Dystocie mécanique
<input type="checkbox"/> Hématome rétroplacentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Autres	Infection Bactérienne Materno Foetale

Hypothermie

Température rectale à l'admission dans le service : 35.4 °C

Age de vie pour l'obtention de l'hypothermie (1ère température à 34°C) : H 02:00

Mode de réalisation de l'HT : Matelas Tecotherm Couverture Criticool Système Cool Cap
 Autres Pains de Glace

Hypothermie maintenue pendant 72h : oui non

Urgente

Créer une autre fiche
Fiches du patient
Enregistrer
Partager
Gérer les PJs
Archiver
Imprimer
Supprimer

Sites de confiance 100%

Démarrer Présentation1 [PEPS - Grenoble - EX...]

15:07

PEPS Patients Fiches Outils Admin

Infos Aide Contact Support

Consulter Modifier [éditeur] [choisir un autre patient]

Titre : Hospitalisation initiale Type : 01 - Fiche hospitalisation initiale

Température rectale à l'admission dans le service : 35.4 °C

Age de vie pour l'obtention de l'hypothermie (1ère température à 34°C) : H 02:00

Mode de réalisation de l'HT : Matelas Tecotherm Couverture Criticool Système Cool Cap
 Autres Pains de Glace

Hypothermie maintenue pendant 72h : oui non

Effets secondaires pendant la procédure : oui non

- Si oui :
- Refroidissement excessif < 33°C
 - Réchauffement intempestif > 34°C
 - Hémorragie
 - Hypotension au réchauffement
 - Hypertension Artérielle Pulmonaire persistante traitée par NO
 - Thrombopénie < 50 000
 - Lésions cutanées (nécrose, escarre, cystéatonécrose)
 - Hypo magnésémie hypokaliémie
 - Autres

Autres complications viscérales associées : oui non

- Si oui :
- Insuffisance rénale oligurique ou anurique
 - Choc cardiogénique traitée par amines
 - HTAP traitée par NO
 - Foie de choc
 - Intolérance glucidique traitée par insuline
 - Ischémie digestive

Urgente

+ Créer une autre fiche

Fiches du patient

Enregistrer

Partager

Gérer les PJs

Archiver

Imprimer

X Supprimer

[PEPS - Grenoble - EXPLOIT] Consulter/modifier une fiche - Windows Internet Explorer

https://peps.sante-ra.fr/web/Fiche/Edit?id=99784cd2-99e8-4602-95cc-ec1e4003b0c1

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

[PEPS - Grenoble - EXPLOIT] Consulter/modifier une fi...

DEBILLON Thierry **Registre Encéphalopathie Anoxo Ischémique** [déconnexion] [changer de contexte]

PEPS Patients Fiches Outils Admin Infos Aide Contact Support

Consulter Modifier [éditeur] [choisir un autre patient]

Titre : Hospitalisation initiale Type : 01 - Fiche hospitalisation initiale

Evolution à court terme

Enfant décédé : oui non Date de décès : [] jours révolus au décès : 10

Si oui, cause principale du décès :

- EAI grave avec soins intensifs poursuivis jusqu'au décès (échec thérapeutique)
- EAI grave avec limitation des soins intensifs (limitation de réanimation)
- Complication autre que la gravité de l'EAI

Convulsions électriques ou électro-cliniques pendant l'hospitalisation : oui non

Conclusion de l'imagerie au terme de l'hospitalisation (enfant décédé ou non) **Imagerie faite :** oui non

Si oui : **IRM de diffusion + conventionnelle** choisir la séquence ayant permis le diagnostique le plus précis (une IRM faite dans le mois après la sortie équivaut à une IRM d'hospitalisation)

Si IRM : âge (en jours de vie) de réalisation de l'imagerie ayant permis le diagnostique le plus précis : [8]

Si imagerie faite, interprétation :

- Anomalies noyaux gris centraux Pétéchies isolées
- Anomalies de la substance blanche (autre que pétéchies) Anomalies de la région corticale ou sous corticale
- Anomalies du tronc cérébral Anomalies de la fosse postérieure IRM dite normale

Conclusion de la clinique pour les enfants survivants selon l'examen neurologique Amiel Tison (se référer à l'annexe 2)

Examen jugé : normal altéré très altéré

Si altéré ou très altéré :

- Hypotonie segmentaire Hypotonie axiale Hypertonie segmentaire
- Hypertonie axiale Anomalies du contact (n'accroche pas du regard, ne suit pas l'oil de bouf)
- Troubles de l'oralité Autres

Urgente

Créer une autre fiche
Fiches du patient
Enregistrer
Partager
Gérer les PJs
Archiver
Imprimer
Supprimer

Sites de confiance 100%

Démarrer Présentation1 [PEPS - Grenoble - EX...]

FR 15:04

Anatomie des lésions d'anoxo ischémie

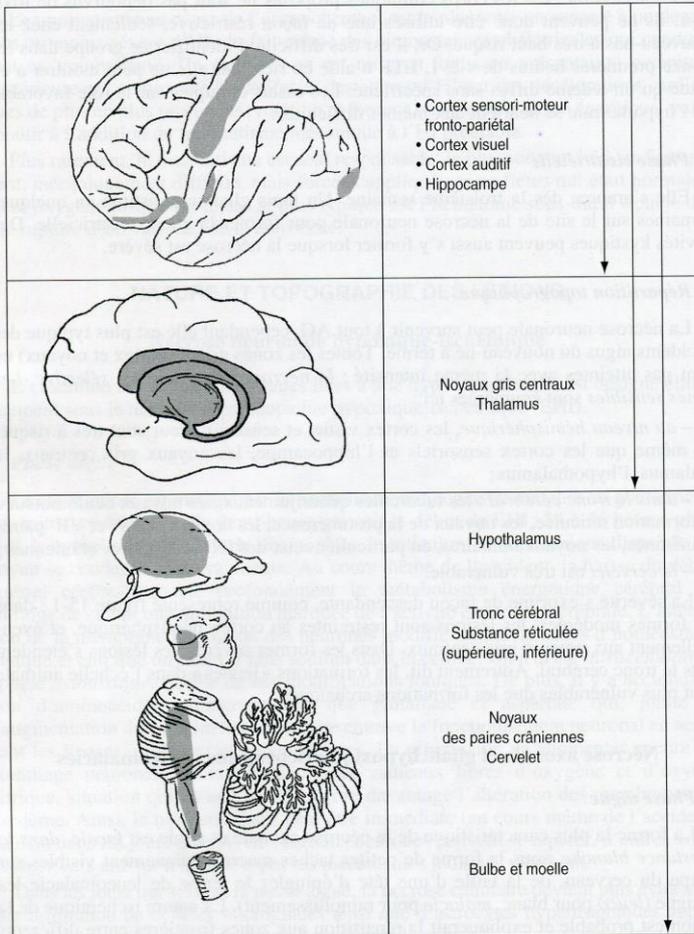


Fig. 15-1. Zones corticales et noyaux sensibles à l'hypoxie-ischémie. Plus l'HI est sévère, plus les lésions neuronales vont s'étendre en direction descendante. Les cortex sensori-moteurs et sensoriels sont les plus fragiles, puis les noyaux gris centraux, les noyaux du tronc cérébral et le cortex cérébelleux. La symptomatologie de l'IMOC séquellaire en dépendra.

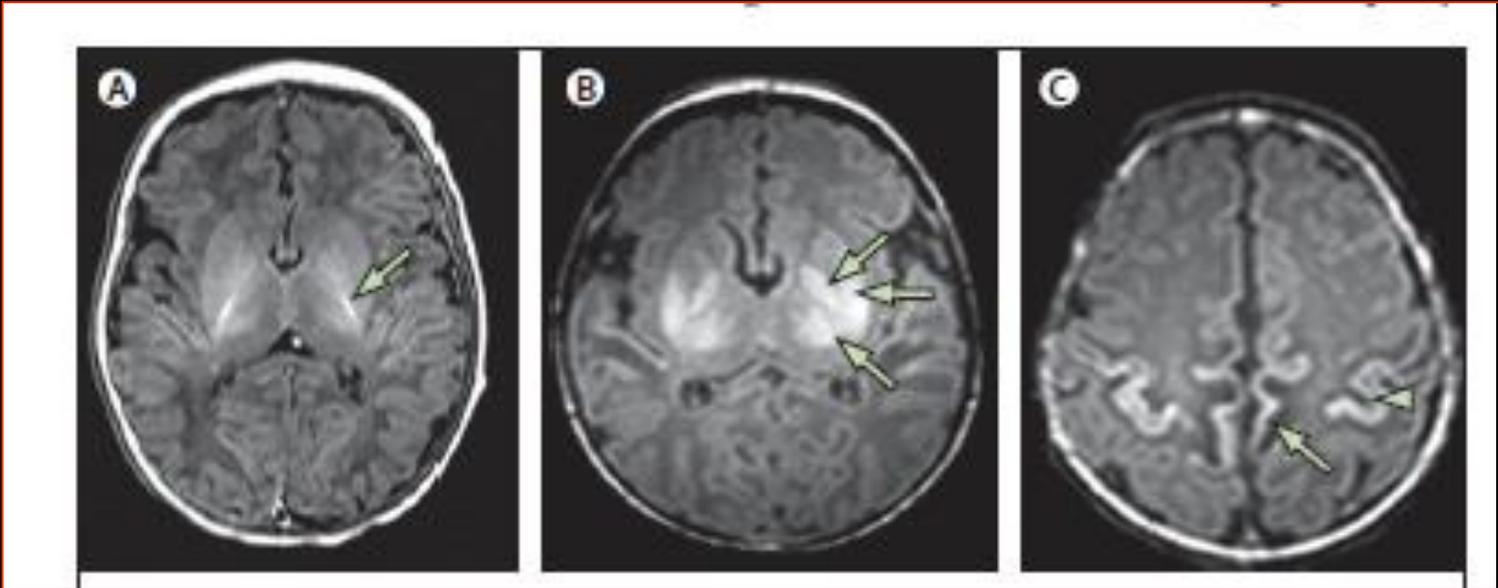
Intensité de
l'hypoxie



TABLEAU 20.I. — Variétés cliniques de l'IMOC.

Variétés	Caractéristiques
TOPOGRAPHIQUES	
Diplégie	les 4 membres sont atteints, mais surtout MI
Quadriplégie	les 4 membres sont atteints de façon comparable
Hémiplégie	MS et MI du même côté
SYMPTOMATIQUES	
Spastique	hypertonie, ROT vifs, spasticité (lésion du système supérieur, pyramidal)
Dyskinétique	rigidité, mouvements anormaux (lésion du système inférieur, extrapyramidal)
Ataxique	hypotonie, titubation, chutes, dysmétrie (lésion cérébelleuse, souvent malformative)

Exemples IRM



A: Signal normal (hypersignal de la capsule interne)

B: Atteinte des noyaux gris centraux

C: Atteinte corticale / sous corticale

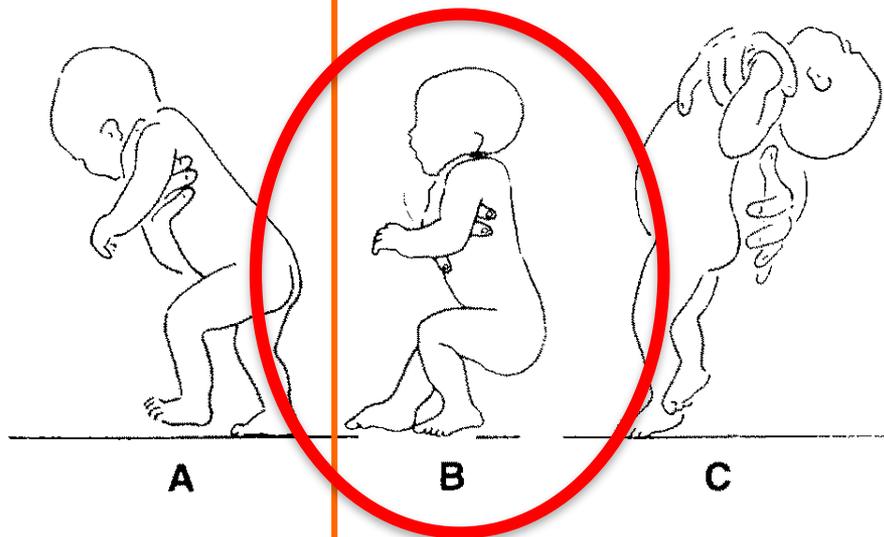


Fig. 10-17. Redressement global des membres inférieurs (MI) et du tronc. Le nouveau-né est tenu d'une main, légèrement penché en avant; A) les MI se redressent et l'enfant soutient le poids de son corps; B) absence de redressement; C) redressement excessif, avec excès de contraction des extenseurs qui entraîne l'enfant vers l'arrière.



15 jours après sortie

Bien-être du bébé	Durée des pleurs (par 24 heures) : < 4 heures <input type="checkbox"/> 4-8 heures <input type="checkbox"/> > 8 heures <input type="checkbox"/> Facilement consolable : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Qualité du sommeil : bonne <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> variable <input type="checkbox"/> Commentaires libres :
EXAMEN NEUROLOGIQUE :	
- Gesticulation spontanée : symétrique <input type="checkbox"/> asymétrique <input type="checkbox"/>	
- Tonus : Tronc : en flexion <input type="checkbox"/> flexion = extension <input type="checkbox"/> extension > flexion <input type="checkbox"/>	
Tête (tiré assis) : aucune ébauche <input type="checkbox"/> en arrière de l'axe <input type="checkbox"/> dans l'axe <input type="checkbox"/> anticipe <input type="checkbox"/>	
MS droit (foulard) : > ligne médiane <input type="checkbox"/> < ligne médiane <input type="checkbox"/>	
MS gauche (foulard) : > ligne médiane <input type="checkbox"/> < ligne médiane <input type="checkbox"/>	
MI : - hypertonie des adducteurs <input type="checkbox"/>	
- angle poplité - droit : < 90° <input type="checkbox"/> = 90° <input type="checkbox"/> > 90° <input type="checkbox"/>	
- gauche : < 90° <input type="checkbox"/> = 90° <input type="checkbox"/> > 90° <input type="checkbox"/>	
- dorsiflexion du pied - droit : 0° <input type="checkbox"/>	
- gauche : 0° <input type="checkbox"/>	
Pouces dans les paumes - à droite <input type="checkbox"/>	
- à gauche <input type="checkbox"/>	
Plagiocéphalie : OUI <input type="checkbox"/> Symétrique <input type="checkbox"/> Asymétrique <input type="checkbox"/>	
- Contrôle EEG <input type="checkbox"/> Date : __/__/____ Résultats :	
- Contrôle Imagerie : IRM <input type="checkbox"/> , ETF <input type="checkbox"/> Date : __/__/____ Résultats :	
- Traitement anti comitial barbiturique ® <input type="checkbox"/>	
dépakine ® <input type="checkbox"/>	
autres <input type="checkbox"/> en clair :	
-2 VISION :	Poursuite oculaire <input type="checkbox"/>
	Strabisme <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/>
	Nystagmus <input type="checkbox"/>

2 mois

POSTURE :	Soulève la tête et les épaules <input type="checkbox"/>
COORDINATION OCULO MANUELLE :	Tourne la tête pour suivre un objet <input type="checkbox"/> (cible de 30 cm à 180°)
LANGAGE :	Gazouillis interactifs <input type="checkbox"/>
SOCIABILITE /AUTONOMIE	Sourire réponse <input type="checkbox"/> S'anime quand on s'approche de lui <input type="checkbox"/>
EXAMEN NEUROLOGIQUE :	
- Gesticulation spontanée : symétrique <input type="checkbox"/> asymétrique <input type="checkbox"/>	
- Tonus : Tronc : en flexion <input type="checkbox"/> flexion = extension <input type="checkbox"/> extension > flexion <input type="checkbox"/>	
Tête (tiré assis) : aucune ébauche <input type="checkbox"/> en arrière de l'axe <input type="checkbox"/> dans l'axe <input type="checkbox"/> anticipe <input type="checkbox"/>	
MS droit (foulard) : > ligne médiane <input type="checkbox"/> < ligne médiane <input type="checkbox"/>	
MS gauche (foulard) : > ligne médiane <input type="checkbox"/> < ligne médiane <input type="checkbox"/>	
MI : - hypertonie des adducteurs <input type="checkbox"/>	
- angle poplité - droit : < 90° <input type="checkbox"/> = 90° <input type="checkbox"/> > 90° <input type="checkbox"/>	
- gauche : < 90° <input type="checkbox"/> = 90° <input type="checkbox"/> > 90° <input type="checkbox"/>	
- dorsiflexion du pied - droit : 0° <input type="checkbox"/>	
- gauche : 0° <input type="checkbox"/>	
Pouces dans les paumes - à droite <input type="checkbox"/>	
- à gauche <input type="checkbox"/>	
- plagiocéphalie : OUI <input type="checkbox"/> Symétrique <input type="checkbox"/> Asymétrique <input type="checkbox"/>	
- fontanelles <input type="checkbox"/> sutures <input type="checkbox"/>	
- Contrôle EEG <input type="checkbox"/> Date : __/__/____ Résultats :	
- Contrôle Imagerie : IRM <input type="checkbox"/> , ETF <input type="checkbox"/> Date : __/__/____ Résultats :	
- Traitement anti comitial barbiturique ® <input type="checkbox"/>	
dépakine ® <input type="checkbox"/>	
autres <input type="checkbox"/> en clair :	

6 mois

POSTURE :

- Maintenu assis, tient sa tête droite
- Sur le ventre, soulève les épaules, s'appuie sur les avant-bras
- Tenu sous les bras « stade du sauteur »
- Tiens assis avec appui
- Attrape ses pieds

COORDINATION OM :

- Tourne la tête pour suivre un objet
- Joue avec ses mains et les regarde
- Attrape un objet qui lui est tendu
 - au contact
 - à distance

LANGAGE :

- Vocalises prolongées

SOCIABILITE AUTONOMIE

- Rit aux éclats

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

- Tonus : symétrique asymétrique
- Force musculaire : symétrique asymétrique
- Suspicion de spasticité : - MS - droit gauche
- MI - droit gauche

R.O.T.s vifs

- plagiocéphalie : OUI Symétrique Asymétrique
- fontanelles sutures

- Contrôle EEG Date : __/__/____ Résultats :

- Contrôle Imagerie : IRM , ETF Date : __/__/____ Résultats :

- Traitement anti comitial
 - barbiturique ®
 - dépakine ®
 - autres en clair :

10 mois

Autre pathologie non neurologique :	OUI <input type="checkbox"/> Si OUI (commentaires libres)
POSTURE :	Tient assis sans appui <input type="checkbox"/> Se déplace (50 cm quel que soit le mode) <input type="checkbox"/> Réaction parachute <input type="checkbox"/>
COORDINATION OM :	Saisit un objet avec participation du pouce <input type="checkbox"/> Retrouve l'objet sous la serviette (notion «permanence de l'objet») <input type="checkbox"/> Retire le rond de la planchette <input type="checkbox"/> Joue à jeter des objets <input type="checkbox"/>
LANGAGE :	Vocalise des syllabes bien définies (« bababa papapa ») <input type="checkbox"/> S'arrête quand on lui dit « non » <input type="checkbox"/>
SOCIABILITE /AUTONOMIE :	Réagit lorsqu'on met un objet hors de sa portée <input type="checkbox"/> Mange seul un biscuit <input type="checkbox"/> - Attention conjointe <input type="checkbox"/>
EXAMEN NEUROLOGIQUE :	Tonus : symétrique <input type="checkbox"/> asymétrique <input type="checkbox"/> Force musculaire : symétrique <input type="checkbox"/> asymétrique <input type="checkbox"/> Spasticité : - MS - droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> - MI - droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Préférence manuelle : MS droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> R.O.T.s vifs <input type="checkbox"/> - Contrôle EEG <input type="checkbox"/> Date : __/__/____ Résultats : - Contrôle Imagerie : IRM <input type="checkbox"/> , ETF <input type="checkbox"/> Date : __/__/____ Résultats : - Traitement anti comitial barbiturique ® <input type="checkbox"/> dépakine ® <input type="checkbox"/>

Synthèse et conclusion

- Séquelles de l'asphyxie du nouveau né à terme
 - Syndrome déficitaire prédominant +++
 - Pas de renforcement du tonus axial
 - Trouble de la vie de relation
- Grace à l'hypothermie
 - Séquelles majeures réduites
 - Mais...
 - Syndrome cognitif ou non ???
 - Suivi jusqu'à 8 ans justifié
 - Brunet Lezine / K ABC / Neuro psycho