

Le dossier – Néonatalogie

Éditorial

La néonatalogie est à l'honneur dans ce dossier de *Réalités Pédiatriques*, avec pas moins de trois articles qui lui sont consacrés. Ces trois articles ont été élaborés non seulement avec le bon sens médical mais également avec des données scientifiquement établies. Ces deux aspects, indissociables en pratique, sont indispensables à la croissance et la maturation d'une jeune discipline pédiatrique comme la néonatalogie.



P. BOILEAU
Médecine et Réanimation Néonatales,
CHI POISSY-SAINT-GERMAIN-EN-LAYE,
Université VERSAILLES
SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES.

La mise au point sur le clampage retardé du cordon ombilical, rédigée par **Odile Becquet**, rappelle les avantages de cette transfusion de sang "placentaire" au nouveau-né à cette période critique d'adaptation à la vie extra-utérine. La généralisation de la pratique du clampage retardé du cordon au sein des maternités est recommandée par les pédiatres. En effet, le clampage du cordon retardé d'au moins 30 s, et idéalement après l'instauration des premiers cycles respiratoires, prévient la carence en fer de la première année de vie chez le nouveau-né à terme. Chez les nouveau-nés prématurés, il améliore la stabilité hémodynamique, et il permet de réduire les besoins transfusionnels et possiblement l'incidence des hémorragies intra-ventriculaires.

Ainsi, le clampage retardé du cordon, thématique à la frontière de l'obstétrique et de la pédiatrie, est plus souvent prôné par les néonatalogistes que par les obstétriciens. Ceci peut sembler paradoxal si l'on considère que la transition de fœtus à nouveau-né est marquée par un changement de "médecin traitant", de l'obstétricien au néonatalogiste. Comme si ce retard au clampage du cordon, qui signe la fin de la vie aquatique du fœtus et le passage au statut de nouveau-né, devait rappeler à chacun qu'une prise en charge optimale du nouveau-né doit se concevoir dans un continuum entre la période anténatale et postnatale.

Le clampage du cordon ombilical marque également la fin de l'apport nutritionnel continu par voie parentérale au fœtus des nutriments d'origine maternelle, et le passage à une alimentation entérale et discontinue par allaitement maternel ou pas. Cette transition brutale impose au nouveau-né d'adapter son système digestif à cette nouvelle fonction, tout aussi nécessaire à la vie extra-utérine que l'adaptation cardio-respiratoire à la naissance. Parmi les manifestations qui témoignent de la difficulté de s'adapter pleinement à ce nouveau statut, le reflux gastro-œsophagien (RGO) est fréquemment rencontré pendant la période néonatale et les premiers mois de vie. Alors que ce RGO est le plus souvent physiologique, il fait régulièrement l'objet de traitements médicamenteux dont la pertinence et l'efficacité devraient être soigneusement évaluées par le pédiatre, et en particulier le néonatalogiste.

Alice Frérot nous rappelle les bonnes pratiques de sa prise en charge, notamment en néonatalogie. Bien sûr, les patients des services de néonatalogie sont largement prédisposés à développer un RGO pathologique, comme par exemple les nouveau-nés prématurés avec une dysplasie broncho-pulmonaire, les nouveau-nés avec malformation digestive (atrésie de l'œsophage) ou ceux avec une pathologie congénitale neurologique ou ORL (hypotonie, laryngomalacie). Le RGO, très fréquent dans cette population, est le responsable tout désigné de la mauvaise prise pondérale, des complications respiratoires et de la survenue de malaises.

■ Le dossier – Néonatalogie

Dans un premier temps, il convient de démontrer que le RGO est bien la cause de ces symptômes. Si la prescription judicieuse des examens complémentaires permettra d'affirmer sa réalité, cette prescription doit être limitée aux formes compliquées de reflux. Dans un second temps, la prise en charge adaptée limitera une prescription médicamenteuse, souvent abusive, en se concentrant sur les mesures hygiéno-diététiques au détriment des prokinétiques et des antisécrétoires. Ces derniers, représentés dans la pharmacopée par les antagonistes des récepteurs à l'histamine de type 2 et les inhibiteurs de la pompe à protons, sont encore trop largement prescrits malgré les observations rapportées d'effets secondaires sévères (notamment l'entérocolite ulcéro-nécrosante chez les prématurés). La place du traitement d'épreuve est clairement définie ainsi que les modalités de son arrêt en l'absence d'amélioration des symptômes.

Enfin, la **revue des traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité pour prévenir l'entérocolite ulcéro-nécrosante clôture ce tour d'horizon de la néonatalogie**. La prévention de cette urgence digestive redoutable constitue l'un des enjeux de la néonatalogie moderne. Comment prévenir l'entérocolite ulcéro-nécrosante dont la physiopathologie multifactorielle reste encore largement inconnue ? Cette prévention doit reposer sur un arsenal de mesures qui tient compte de la composante multifactorielle de son étiologie et ne pas se limiter à un seul aspect étiopathogénique. Parmi ces mesures préventives figurent la composition et les modalités de l'alimentation entérale, la supplémentation par la lactoferrine et l'administration prophylactique de probiotiques. La publication récente d'essais cliniques randomisés correctement menés, visant à réduire l'incidence de l'entérocolite ulcéro-nécrosante, suggère l'urgence à prendre le temps de la réflexion dans l'élaboration d'une stratégie de prévention fondée sur des preuves scientifiques et non sur des croyances, comme c'est encore trop souvent le cas en néonatalogie.