

## EPREUVE ECRITE - SESSION JUILLET 2023

### Cas clinique n°1

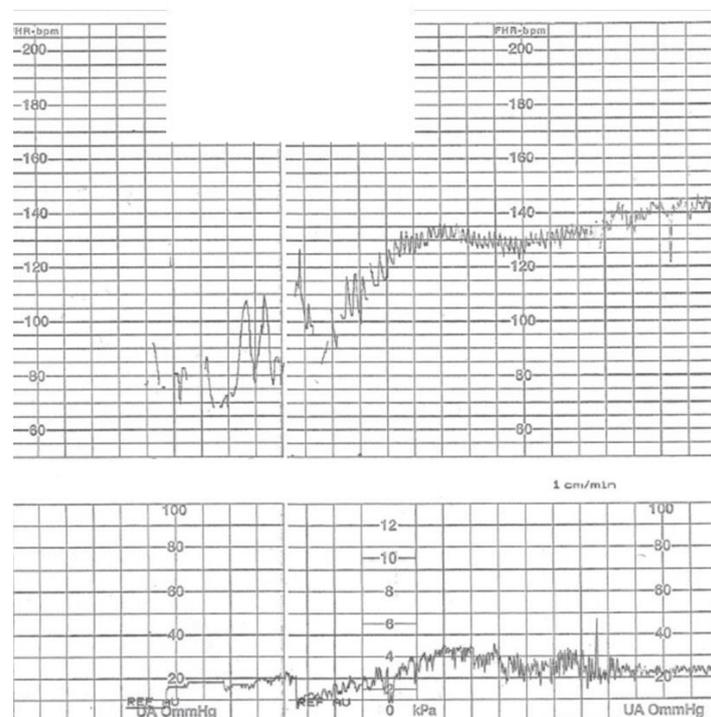
Mme F., 30 ans, future primipare, est venue dans votre maternité de type 3 pour une consultation systématique à 40 SA.

Groupe sanguin A Rhésus positif, RAI négative. Sérologies : immunisée pour la rubéole et la toxoplasmose, Ag HBS négatif, sérologies VIH et Hépatite C négatives.

Grossesse unique spontanée de déroulement normal. En particulier, échographies anténatales normales, EPF à 32 SA = 1900 g (50<sup>e</sup> percentile), absence de diabète gestationnel. Prélèvement vaginal de fin de grossesse négatif.

Pas d'antécédents familiaux particuliers ni chez Mme F. ni chez le conjoint.

Les 10 premières minutes d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal sont les suivantes. Il n'y a pas de contractions et le col utérin est fermé.



30 minutes plus tard survient une bradycardie fœtale à 70/min sans récupération, motivant une césarienne en urgence sous anesthésie générale. Le délai entre la survenue de la bradycardie et la naissance est de 16 minutes.

En salle de naissance :

Fréquence cardiaque initiale à 30/min, absence de mouvements respiratoires en dehors de quelques gasps, enfant aréactif.

Désobstruction, stimulation, ventilation au masque efficace à partir de M1, compressions thoraciques et FiO<sub>2</sub> 100% à partir de M2, intubation naso-trachéale à M3, 1 dose d'adrénaline intra-trachéale à M5 en raison d'une fréquence cardiaque à 50/min.

A M6 : Fréquence cardiaque 90/min, arrêt des compressions thoraciques.

A M10 : Fc 120/min, SaO<sub>2</sub> 90%, ventilation sur sonde d'intubation en VACI 20+4 / FiO<sub>2</sub> 60%.

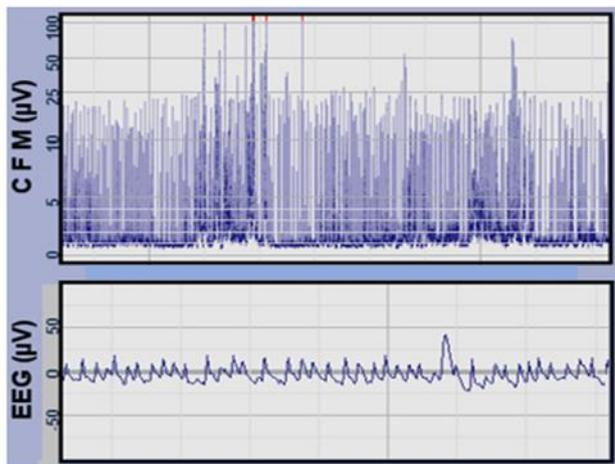
Gaz du sang au cordon : pH : 6.80, lactate : 19 mmol/L, base excess -20 mmol/L

A H1, l'enfant est toujours dépendant de la ventilation trachéale (VACI 20+4 / FiO<sub>2</sub> 21%) et non sédaté. Examen clinique : ouverture des yeux furtive sans poursuite oculaire, absence de mouvements spontanés, hypotonie flasque des 4 membres, hypotonie axiale, réactivité présente mais faible aux stimuli tactiles, fontanelle antérieure normotendue.

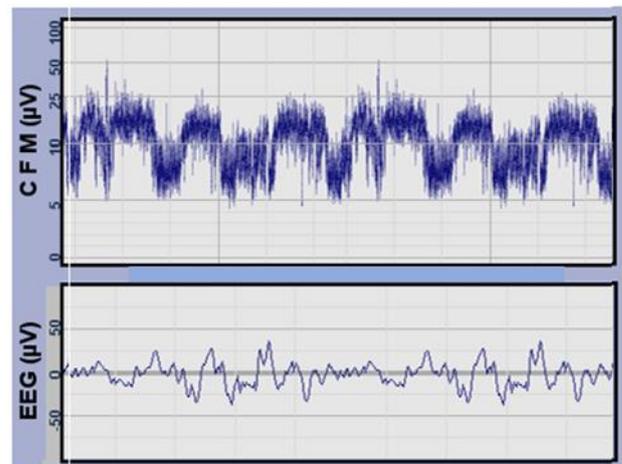
**Q1) Quel traitement envisagez-vous à ce stade ? Sur quels arguments ?**

**Q2) Vous retournez dans la chambre de l'enfant à H3. L'examen clinique est inchangé. Vous constatez ceci :**

a) A H2



b) H3



**Décrivez les 2 extraits proposés. Quelle est votre prise en charge à H3 ?**

**Q3) Vous avez commencé le traitement évoqué à la Q1) depuis H2. A H6, l'enfant est en ventilation invasive avec une FiO<sub>2</sub> à 21%. La fréquence cardiaque est à 80/min. Il n'y a pas eu de diurèse depuis la naissance.**

**Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) évoquez-vous pour expliquer cette anurie ?**

**Comment allez-vous compléter votre évaluation ?**

**Q4) A H8, l'infirmière vous appelle car les aspirations trachéales sont devenues sanglantes. Vous venez par ailleurs de recevoir la NFS et le bilan d'hémostase.**

Hémoglobine	20.4 g/dL	TCA ratio patient/témoin	5.5
Hématocrite	66%	Fibrinogène activité	<0.3 g/L
VGM	118	Facteur II	6%
Réticulocytes	318 000/mm <sup>3</sup>	Facteur V	8%
Leucocytes	30 500/mm <sup>3</sup>	Facteur VII	30%
Plaquettes	80 000/mm <sup>3</sup>	Facteur X	8%

**Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ? Quelle prise en charge proposez-vous ?**

**Q5)** A H24, vous disposez des éléments suivants :

Hypotonie flasque des 4 membres, hypotonie axiale, absence de motricité spontanée, succion absente, réflexe du tronc cérébral non retrouvés en dehors de mouvements respiratoires spontanés.

Les diagnostics évoqués aux questions 2b) et 4) persistent malgré votre prise en charge

pH 7.30, lactate 15 mmol/L, pCO<sub>2</sub> 35 mmHg

L'enfant est sédaté avec des doses faibles de morphiniques.

Vous avez interrogé l'équipe obstétricale qui n'a pas identifié d'évènement sentinelle en dehors d'un circulaire lâche du cordon.

**Quelles pathologies sous-jacentes devez-vous évoquer ? Quels examens complémentaires devez-vous prévoir ?**

**Q6)** A J4, l'examen clinique neurologique est inchangé. L'EEG retrouve une activité de base pauvre et discontinue avec peu de figures maturatives. L'échographie transfontanellaire est normale. Les autres dysfonctions d'organes sont désormais résolues.

Les parents demandent à vous rencontrer.

**Quelles informations allez-vous leur donner ?**

### Cas clinique n°2

Vous êtes sénior de garde dans une maternité de niveau III, et vous recevez un appel de la sage-femme concernant Mme F. qui vient de se présenter aux urgences obstétricales au terme de 36SA + 1 jour pour douleurs abdominales et rupture des membranes. Madame F. est 3<sup>ème</sup> geste 2<sup>ème</sup> pare avec un antécédent de fausse couche spontanée et une naissance à terme par voie basse d'un garçon actuellement âgé de 2 ans qui va bien.

La grossesse actuelle a été bien suivie. Sur la dernière échographie à 32 SA, il a été découvert un hydramnios avec une estimation de poids fœtal à 1250 grammes. Les dopplers étaient normaux sans anomalie morphologique retrouvée.

Madame F. est de groupe O rhésus négatif, immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose. Les sérologies HIV, hépatite B et C sont négatives. Le prélèvement vaginal est positif à *Streptococcus agalactiae*.

En consultant le dossier, vous notez également que la sœur de Mme F. a accouché d'une petite fille chez laquelle a été porté le diagnostic de tétralogie de Fallot.

**1- Quels traitements Mme F. doit-elle recevoir en salle de naissance, et pour quelles raisons ?**

**2- La sage-femme ne se souvient plus exactement ce que la tétralogie de Fallot regroupe comme anomalies. Que lui répondez-vous ?**

L'accouchement a lieu 6 heures plus tard par voie basse avec quelques décélérations minimales sur le monitoring. Mme F. donne naissance à un garçon prénommé Jules qui pèse 2030 grammes. A l'arrivée sur la table, 1 minute de vie, Jules est aréactif, cyanosé, sans mouvement respiratoire après un faible cri et sa FC est à 112 bpm. Après stimulation et ventilation non invasive, sa FC à 5 minutes de vie est à 135 bpm, il est rose au niveau du tronc, mais reste aréactif avec une respiration irrégulière. Vous maintenez une ventilation avec PEEP, sous FIO2 25%. Après 30 minutes de ventilation et échec du sevrage d'oxygène, vous décidez d'hospitaliser Jules aux Soins Intensifs de Néonatalogie. Les gaz du sang au cordon révèlent un pH artériel à 7,22 et un lactate à 2,5 mmol/L.

**3- Quel bilan paraclinique de première intention réalisez-vous chez Jules ?**

**4- Quel traitement instaurez-vous et à quelle posologie ?**

A 6 heures de vie, alors que le premier dextro était correct, la puéricultrice vous appelle car la glycémie capillaire est à 0,2 g/l (1.1mmoles/l)

**5- Que faites vous dans l'immédiat ?**

**6- Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer cette glycémie capillaire à 0,2 g/l ?**

Dans l'après-midi, à H12 de vie, après normalisation de la glycémie, la puéricultrice de Jules vous informe qu'elle le trouve « mou », qu'il est difficile de l'alimenter (allaitement maternel), avec des phases d'éveil pauvres et des difficultés de succion. L'examen cardiopulmonaire est normal. En revanche, il existe une franche hypotonie à la manœuvre du tiré-assis.

**7- Comment conduisez-vous le reste de l'examen clinique de Jules, en particulier pour explorer cette hypotonie ?**

A J2 de vie, Jules continue à être dépendant d'une ventilation avec PEEP alors que la suspicion d'infection néonatale a été infirmée. L'antibiothérapie a été arrêtée. Vous réalisez une mesure des gaz du sang retrouvant un pH à 7,31, une capnie à 8,2 kPa (61 mmHg) et des bicarbonates à 23 mmoles/L.

**8- Comment interprétez-vous cette gazométrie ?**

A l'examen clinique, dans ce contexte d'hypotonie, vous ne palpez pas de testicules dans les bourses. La verge est mesurée à 2,5 cm de grand axe.

**9- Quel bilan paraclinique prescrivez-vous en lien avec cette anomalie des organes génitaux, et sous quel délai ?**

A J4 de vie, la situation s'améliore sur le plan respiratoire permettant le sevrage de toute ventilation. Devant une mesure élevée des BTC, un contrôle sanguin est réalisé et retrouve une bilirubinémie totale à 340 mmoles/litre dont 12 de bilirubinémie conjuguée.

**10- Quels étaient les facteurs de risque de cet ictère chez Jules ?**

A J7 de vie, il n'y a pas de franche amélioration neurologique, en particulier persistent une hypotonie globale et les difficultés alimentaires.

**11- Quels signes échographiques en anténatal peuvent alerter sur une possible atteinte du tonus ?**

L'absence de testicules en position intrascrotale est confirmée. Vous faites appel au généticien.

**12- Quelle est votre principale hypothèse diagnostique étiologique génétique à ce stade ? et sur quels arguments ?**

**13- Quels sont les principaux autres diagnostics différentiels chez Jules dans ce contexte d'hypotonie ?**

Votre principale hypothèse diagnostique est confirmée.

Les parents vous demandent si cette maladie aura des répercussions sur la scolarité de Jules.

**14- Que lui répondez-vous ?**

La maman vous informe que sa jeune sœur est enceinte de 2 mois. Elle a parlé de la maladie de Jules et se questionne sur la possibilité que son futur enfant soit également atteint de la même maladie.

**15/ Que lui répondez-vous et sur quels arguments ?**

### Cas clinique n°3

Vous prenez en charge en salle de naissance, une petite fille Lynda, pour une naissance inborn, induite à 27 SA + 2 j dans un contexte de RCIU sévère et d'ARCF. Elle pèse 580g.

Antécédents maternels : Mère de 31 ans, sans profession, G3 P2, Groupe sanguin B+, RAI négatives - Absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux - Pas de toxique.

La grossesse actuelle est unique, spontanée. Sérologies maternelles : immunisée pour la toxoplasmose, la rubéole et l'hépatite B, non immunisée pour VIH, hépatite C et syphilis. Les échographies anténatales sont marquées par une absence d'anomalie morphologique mais l'apparition d'un RCIU précoce et sévère < 1er percentile à l'écho T2. Le liquide amniotique est en quantité normale. L'index de résistance est élevé au niveau de l'artère ombilicale et des artères utérines. Les intestins sont un peu hyperéchogènes. Les parents refusent un prélèvement de liquide amniotique pour caryotype fœtal.

A 26 SA, fœtus de bonne vitalité mais RCIU toujours sévère < 1er percentile avec ébauche de notchs utérins. Le liquide amniotique est toujours en quantité normale. La présentation est céphalique.

A 27 SA, le poids fœtal est estimé à 550g, < 1er percentile. La diastole ombilicale en périvésical est nulle. Il existe une vasodilatation cérébrale. Il n'y a pas de rupture prématurée des membranes. Le rythme cardiofœtal est anormal, micro-oscillé. Une cure complète de corticothérapie anténatale et une injection de sulfate de magnésium sont alors préconisées et la naissance a lieu par césarienne sous rachianesthésie, à 27 SA +2j après clampage retardé du cordon. En l'absence de risque infectieux per partum, aucune antibioprofylaxie ne sera réalisée.

Q1/ Il a été démontré que le clampage retardé (CR) du cordon pouvait être considéré comme une modalité plus physiologique de l'accouchement, sans effet délétère pour l'enfant prématuré ou à terme, ou sa mère. Quels sont pour vous, les avantages du CR du cordon, sur un plan physiologique ? (Une ou plusieurs réponses exactes)

- A. En cas de CR, la quantité de sang transfusé est estimée à 10 ml/kg en 2 à 3 min chez le nouveau-né à terme.
- B. La gravité (positionnement du nouveau-né par rapport au placenta) n'a pas d'effet sur la quantité de sang placentaire transfusé.
- C. La quantité de sang fœtal présente dans le placenta avant CR, est d'environ 20 ml pour un nouveau-né à terme.

- D. Le CR améliore l'adaptation à la vie extra-utérine en augmentant la précharge du VG et le débit cardiaque et en limitant le risque hypotensif.
- E. Un CR de 1 à 2 min chez le nouveau-né à terme atténue le risque d'anémie hypochrome à 6 mois.

Q2/ La naissance est une période de transition pulmonaire qui met en jeu des mécanismes complexes d'adaptation à la vie extra utérine. Parmi ces affirmations, lesquelles sont exactes (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Au cours du travail, les canaux Na<sup>+</sup> (ENaCs) au pôle apical des pneumocytes II, sont activés
- B. Au cours du travail, les pompes à chlore sont activées
- C. Au cours du travail, les pompes Na<sup>+</sup>K<sup>+</sup>ATPase au pôle basal, sont activées
- D. Il existe physiologiquement une sécrétion massive de surfactant dans la lumière alvéolaire dès les premières respirations
- E. Pendant le travail, il existe un déplacement de liquide pulmonaire du tissu interstitiel vers les voies aériennes.

Q3/ La naissance est également une période d'adaptation thermique qui expose particulièrement Lynda et les prématurés en général, à des difficultés de thermogénèse et de thermolyse. Parmi les affirmations physiologiques suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes ? (Une ou plusieurs réponses exactes)

- A. L'activité musculaire participe peu à la thermogénèse chez le prématuré
- B. La graisse brune riche en adipocytes et en mitochondries apparaît à 36 SA
- C. La thermogénèse chimique physiologique est inhibée par l'hypoxie
- D. Les pertes hydriques évaporatives insensibles sont d'autant plus importantes que l'AG et l'âge postnatal sont faibles.
- E. Les pertes thermiques par convection concernent les pertes liées au contact du corps avec le matelas

Q4/ Lynda naît par césarienne à 23h. Elle pèse 580g et mesure 30cm. Après réalisation d'un clampage retardé de 1 minute, on vous l'emmène sur la table de réanimation. Vous observez alors la présence d'un léger cri, de quelques gesticulations. La FC est entre 80 et 100 bpm, et il n'y a pas de ventilation spontanée. Quelle prise en charge immédiate préconisez-vous ? (Une ou plusieurs réponses exactes)

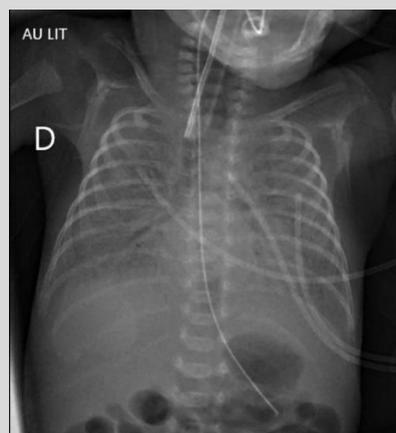
- A. Aspiration oropharyngée dans la première minute
- B. Démarrage d'une ventilation au Néopuff® à M1, avec une fréquence de 30 insufflations/min
- C. La mise en place rapide d'électrodes cardiaques et d'un capteur de SpO<sub>2</sub> sur la main droite
- D. Le maintien du bébé dans un sac en polyéthylène et des stimulations tactiles douces
- E. Un massage cardiaque externe à M3 si la FC reste < 60/min

Q5/ L'état initial s'améliore rapidement. Vous prenez connaissance de la gazométrie au cordon : pH 7.24, pCO<sub>2</sub> 54.2 mm Hg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 23.1 mmol/L, lactates 1.8 mmol/L.

Après une courte suroxygénation de 15 minutes et la poursuite d'une ventilation en mode BiPAP (FR 50, PI 10, PEP 6, Ti 0.4), Lynda est transférée en réanimation néonatale à 30' de vie, avec une FiO<sub>2</sub> à 40%.

A la prise en charge en réanimation, FC = 162 bpm, teint rose, PA = 76/36 mm Hg (PAM 42 mm Hg), Température 36.5 °C, Glycémie capillaire = 4,5 mmol/l. Les bruits du cœur sont réguliers sans souffle, les pouls fémoraux présents et symétriques. L'abdomen est souple, dépressible, indolore, sans hépatosplénomégalie, les organes génitaux externes sont féminins ; Neurologiquement, gesticulation pauvre, attitude spontanée en quadriflexion, tonicité adaptée au terme. Le reste de l'examen morphologique est normal.

Sur le plan pulmonaire, elle présente une polypnée à 65/min, un score de Silverman à 5 (tirage intercostal et sous costal, balancement thoraco-abdominal, geignement), un murmure vésiculaire symétrique. L'oxygénodépendance s'aggrave rapidement et à 60' de vie la SpO<sub>2</sub> est à 85% sous FiO<sub>2</sub> 100%. Vous décidez d'intuber rapidement l'enfant après avoir prescrit une analgésie par voie périphérique et vous demandez une radiographie thoracique de Face de contrôle que voilà :



Que vous inspire cette radiographie ? (Une ou plusieurs réponses exactes)

- A. Il existe un bronchogramme aérien
- B. Il existe un pneumomédiastin modéré
- C. Il existe un syndrome alvéolaire bilatéral
- D. L'aspect est évocateur de MMH grade 4
- E. L'intubation est sélective

Q6/ Vous poursuivez sa prise en charge immédiate dans le service de réanimation. Parmi les attitudes thérapeutiques suivantes, laquelle ou lesquelles vous semblent justifiées ? (Une ou plusieurs réponses exactes possibles)

- A. Administration de 100mg/kg de surfactant exogène

- B. Perfusion d'une solution nutritive à base d'acides aminés, de glucose et de sels (électrolytes et oligo-éléments) sur une base de 80 cc/kg/j sur cathéter veineux ombilical
- C. Prévention de la maladie hémorragique par Vitamine K1
- D. Prévention du syndrome brady-apnéique par citrate de caféine
- E. Remplissage vasculaire systématique par 10 cc/kg de sérum physiologique

Q7 : Votre interne de 1<sup>er</sup> semestre, que vous encadrez dans le service, est étonné de la prescription de citrate de caféine et vous demande des précisions sur cette molécule.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle ou lesquelles vous paraissent exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A. En 2023, le citrate de caféine est la molécule de choix pour réduire la fréquence des apnées centrales des prématurés
- B. La demi-vie sérique du citrate de caféine est très stable chez le prématuré dès la naissance
- C. Le citrate de caféine agit par antagonisme compétitif au niveau de récepteurs à l'adénosine
- D. Le citrate de caféine améliore la réponse à l'hypercapnie et à l'hypoxie
- E. Le citrate de caféine est difficilement absorbé par le tractus gastro-intestinal

Q8 : Vous souhaitez démarrer pour ce nouveau-né, une alimentation entérale dès J0 en complément de l'alimentation parentérale sur cathéter. D'une manière générale, quels sont les grands principes nutritionnels qui devront guider l'alimentation entérale d'un bébé prématuré ? (Une ou plusieurs réponses exactes possibles)

- A. L'apport en glucides est le principal moteur de la croissance.
- B. L'apport en protéines ne doit pas dépasser 3 g /kg/j en cas d'extrême prématurité
- C. La concentration en graisse du lait maternel est variable d'une mère à l'autre.
- D. Le lait maternisé associé à des fortifiants est l'alimentation de choix en cas de prématurité
- E. Un apport moyen de 115 à 140 kcal/kg/j est en général suffisant pour assurer une croissance adéquate du prématuré.

Q9/ La bilirubinémie de Lynda est surveillée régulièrement et une photothérapie intensive est démarrée dès J2, dans un contexte d'ictère menaçant à bilirubine libre. Votre interne, décidément très curieux, vous demande des précisions sur la toxicité cérébrale de la bilirubine non conjuguée et la physiologie de l'encéphalopathie hyperbilirubinémique (EH). Parmi les affirmations suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A. À l'IRM en T1 et T2, la présence d'hyper signaux des noyaux gris centraux est évocatrice d'une EH.
- B. La liposolubilité de la fraction non liée à l'albumine de la bilirubine libre limite son passage au niveau de la barrière hémato-encéphalique.
- C. Les noyaux sous-thalamiques et les globus pallidus, sont des régions de fixation possible de la bilirubine libre.

- D. Toute hyperbilirubinémie supérieure à 200  $\mu\text{mol/L}$  doit être considérée comme pathologique.
- E. Une atteinte extrapyramidale et une neuropathie auditive peuvent être la résultante d'une EH.

Q10 : A J3 son dépistage néonatal systématique est réalisé. Vous informez les parents des différentes maladies concernées par ce dépistage. Ces derniers vous demandent des précisions sur ces maladies dépistées.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, le dépistage systématique de la Leucinosose est réalisé en France
- B. En cas de drépanocytose, l'hémoglobine S a tendance à polymériser en situation d'hyperoxie.
- C. L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) est caractérisée par des défauts enzymatiques de la biosynthèse du cortisol.
- D. La Phénylcétonurie classique de type 1 est due à un déficit en Phe Hydroxylase.
- E. Le déficit en MCAD peut se manifester très tôt après la naissance par des crises d'hyperglycémie.

Q11 : Au cours de la première semaine de vie, Lynda va présenter plusieurs épisodes d'hémorragies alvéolaires avec sang frais en intra-trachéal. A J10, les échographies cardiaques confirment la persistance d'un canal artériel (PCA) large (4 mm) à shunt G/D exclusif, malgré la réalisation d'une cure complète d'ibuprofène. Il n'y a pas de coarctation aortique. La fonction myocardique reste normale même si les cavités cardiaques sont dilatées. L'HTAP iso-systémique avec insuffisance tricuspidiennne, est traitée par NO inhalé.

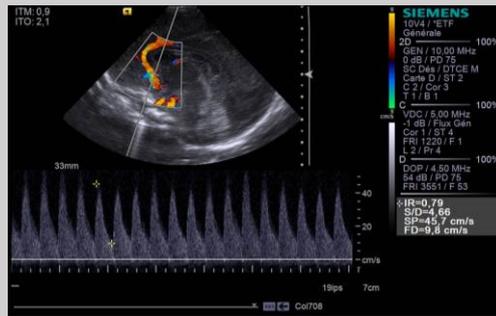
Dans ce contexte de persistance du canal artériel avec retentissement cardiaque, une décision de fermeture chirurgicale par thoracotomie latérale gauche est prise.

Votre interne, toujours très curieux vous demande des précisions sur cette PCA. Parmi les affirmations suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. La perfusion systémique peut-être altérée par un canal artériel persistant
- B. Le shunt G-D anormal est responsable pour l'essentiel de la physio-pathogénie du canal artériel persistant
- C. Un canal artériel persistant favorise l'augmentation du retour veineux pulmonaire dans l'oreillette Gauche
- D. Dans la surveillance échographique d'un canal, un rapport OG/Ao <1,2 doit être considéré comme pathologique
- E. Un souffle du canal artériel est typiquement continu et prédominant au foyer aortique

Q12/ La ligature chirurgicale du canal artériel réalisée à J12 se passe bien et les suites post-opératoires sont simples. Vous poursuivez la prise en charge de cette enfant et assurez un suivi échographique transfontanellaire régulier. A J21, l'architecture encéphalique est normale. Il n'y a pas d'anomalie parenchymateuse évocatrice de pathologie ischémique ou hémorragique, ni

d'élargissement des espaces péri-cérébraux. Voici les données de l'index de résistance mesuré à 0.79 au niveau de l'artère cérébrale antérieure (IRCA), avec le profil suivant :



Concernant l'IRCA de l'image échographique ci-dessus, vous considérez que ? (Une ou plusieurs réponses exactes possibles)

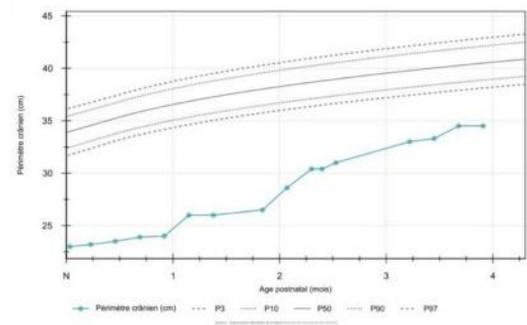
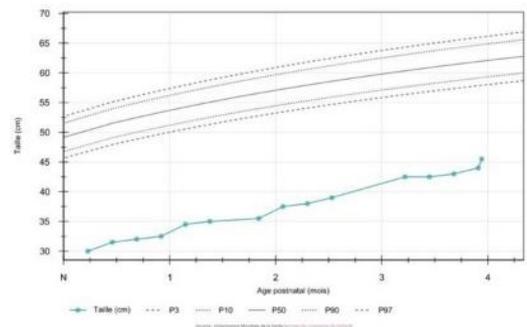
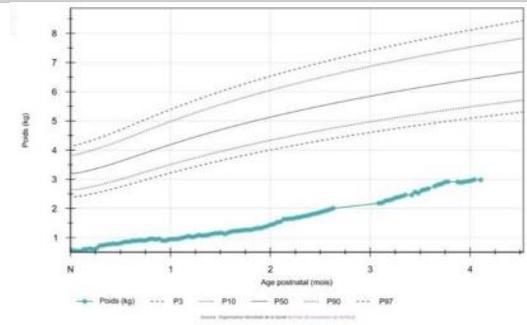
- A. Il existe possiblement un vol diastolique
- B. Le calcul de l'index de résistance cérébrale repose sur la formule :  $IR = (Vs - Vd) / Vs$ .
- C. Une valeur de l'index IRCA à 0.79 est considérée comme anormalement basse
- D. Une valeur de l'index IRCA à 0.79 est considérée comme anormalement élevée
- E. Une valeur de l'index IRCA à 0.79 est considérée comme normale

Q13 : le séjour de Lynda en réanimation puis en soins intensifs se poursuit. Un support ventilatoire non Invasif (mode CPAP) sera prolongé jusqu' à 38 SC, relayé ensuite par un Haut Débit nasal en lunettes (Nasal High-flow – nHF) jusqu'à 43 SC.

Concernant ces 2 modes ventilatoires différents, laquelle ou lesquelles des affirmations suivantes sont exactes (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. En cas de nHF, la PEP doit être réglée entre 5 et 6 cmH2O
- B. La CPAP a pour objectif de restaurer la CRF (Capacité Résiduelle Fonctionnelle) de l'enfant
- C. La CPAP augmente le risque théorique de lésions nasales par rapport au nHF.
- D. Le nHF agit principalement par lavage de l'espace-mort nasopharyngé
- E. Pour que le nHF fonctionne, il faut s'assurer d'une absence totale de fuites au niveau des narines

Q14 : Vous avez régulièrement suivi la croissance de cette enfant tout au long de son séjour. Voici le suivi anthropométrique longitudinal de l'enfant les 4 premiers mois de vie. Que vous inspirent ces données ? (Une ou plusieurs réponses possibles)



- A. Il est probable que cette enfant ait besoin d'hormone de croissance plus tard
- B. La recherche étiologique d'une restriction de croissance fœtale est impérative
- C. Le rattrapage pondéral observé ici à 4 mois de vie est rassurant
- D. Les enfants ayant subi une restriction de croissance fœtale sont à plus haut risque de trouble du neurodéveloppement
- E. Une restriction de croissance fœtale précoce et sévère exclue une origine génétique

Q15 : Cette petite fille va enfin rentrer à domicile après 4 mois d'hospitalisation.... Vous devez discuter du suivi ultérieur de l'enfant avec ses parents et vous faites quelques préconisations. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Cet enfant doit être considéré comme particulièrement vulnérable.
- B. Des interventions précoces (kiné, psychomotricité...) peuvent modifier sa trajectoire neurodéveloppementale.
- C. En France, les réseaux de suivi des enfants vulnérables ont pour mission de suivre tous les prématurés quel que soit le terme de naissance.
- D. Le suivi à distance pourra être arrêté lorsque la marche normale sera acquise.
- E. Le suivi à long terme inclut une évaluation sensorielle régulière (vision, audition)