



BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Mots-clés

Enfant
Maltraitance
Nourrisson
Signalement
Traumatisme

MeSH
Shaken
baby
syndrome

Syndrome du bébé secoué et maltraitance

Le syndrome du bébé secoué (SBS), décrit depuis 1971, a trouvé un large écho dans les media. Il a donné lieu à plusieurs campagnes d'information nationales, notamment canadiennes¹. Un jeune enfant de moins de 2 ans est secoué intentionnellement et violemment, de façon répétée ou unique, par un proche (parents, nourrice, baby-sitter...). Les forces de cisaillement induites entraîneraient des hémorragies rétinienues en plaques caractéristiques, et surtout des hémorragies sous durales et intracérébrales avec un risque élevé de décès ou de séquelles neurologiques graves². Cette description vient d'être remise en cause : une chute accidentelle de faible hauteur, un traumatisme obstétrical, une anomalie cérébrale congénitale, un arrêt respiratoire, pourraient aussi provoquer le même tableau, y compris les signes rétinienues. Quelle est l'incidence des traumatismes crâniens graves (TCG) de l'enfant, la part des maltraitances par rapport aux accidents ? Quels signes sont évocateurs ? Un signalement pour maltraitance est-il toujours licite ? Il demeure que les TCG sont de loin la première cause de décès dans les cas de maltraitance.

Quel est le tableau clinique évocateur du SBS ?

Une étude rétrospective canadienne³ a repris 364 dossiers d'enfants de moins de 5 ans signalés ou hospitalisés dans 11 services de pédiatrie entre 1988 et 1998 pour traumatisme (cérébral, oculaire, médullaire) suite à au moins une secousse, avec ou sans impact. Les signes cliniques les plus fréquents étaient des convulsions (45%), des troubles de la conscience (43%), des difficultés respiratoires (34%), des traces de contusions (46%). Des antécédents de maltraitance existaient dans 60% des cas, 22% des familles ayant déjà été signalées. La mortalité était de 19%, les séquelles neurologiques de 55%, visuelles de 65% ; 22% des survivants étaient considérés comme sans séquelles lors de la sortie. Des hémorragies étaient présentes sur le TDM cérébral ou l'IRM dans 98% des cas, des signes osseux au niveau du squelette dans la moitié des cas. Le père était plus souvent en charge de l'enfant au moment du traumatisme (43%) que la mère (26%). 66% des maltraitants ont été identifiés : père (50%), beau-père (20%), mère (12% seulement), soit un homme dans 72% des cas.

Une autre étude rétrospective⁴ sur 5 ans a repris 173 dossiers d'enfants de moins de 3 ans victimes de traumatismes crâniens par maltraitance. Dans 31% des cas un médecin avait vu l'enfant après les sévices sans faire le diagnostic, celui-ci n'étant fait en moyenne qu'au bout de 7 jours, 28% des enfants subissant une nouvelle blessure dans l'intervalle. Les cas non diagnostiqués initialement avaient pour caractéristiques significatives : des enfants plus jeunes (âgés de 6 mois en moyenne), de race blanche, vivant avec leurs 2 parents, des symptômes discrets (vomissements, irritabilité). Les diagnostics les plus fréquents étant alors : gastroentérite, traumatisme accidentel.

Quelle en est l'incidence ?

Une étude prospective⁵ en Caroline du Nord a évalué le nombre d'enfants hospitalisés ou décédés suite à des TCG, ainsi que la part de maltraitance. Au sein d'une population de 230 000 enfants de moins de 2 ans, 152 cas ont été identifiés en 2000-2001, dont 80 (53%) liés à un traumatisme volontaire (confession du responsable ou jugement des services sociaux), soit une incidence de 17 pour 100 000 sujets-années. Cette même incidence est de 30 au cours de la première année de vie, contre 3,8 entre 1 et 2 ans. L'incidence est plus forte chez les garçons (62% des cas), si la mère est âgée de < 21 ans, en cas de grossesse multiples. Les auteurs soulignent que ces chiffres sont une limite basse (cas déclarés et/ou donnant lieu à hospitalisation), le nombre de cas réels ne pouvant qu'être supérieur. La mortalité est de 22,5% en cas de sévices.

Maltraitance ou accident ?

Une erreur médico-légale a conduit une équipe américaine à réaliser une revue systématique de la littérature⁶. Un enfant de 14 mois était décédé des suites de lésions cérébrales multiples attribuées par son père à un accident domestique (chute d'un lourd téléviseur sur l'enfant). Un ophtalmologiste avait trouvé des lésions hémorragiques rétinienues qu'il jugeait spécifiques d'un SBS. Le frère avait été placé en urgence afin de le soustraire à la garde du père. L'enquête avait confirmé ensuite l'origine accidentelle du TCG qui ne correspondait pas au tableau de SBS.

Les auteurs concluaient de la revue systématique que la plupart des études publiées étaient biaisées, non comparatives, avec confusion entre les critères choisis a priori pour définir les cas de SBS et les lésions trouvées lors des autopsies.

En l'état actuel des données publiées (américaines, rétrospectives, mais cohérentes avec d'autres données de la littérature), **il n'est probablement pas toujours possible d'affirmer sans risque d'erreur la maltraitance** au seul vu des données cliniques, radiologiques, ophtalmologiques. Mais tout médecin se doit de **signaler au moindre doute** ces cas de TCG par sévices **possibles**, relativement fréquents, et au pronostic d'autant plus lourd que le diagnostic est retardé. Ce diagnostic est difficile en l'absence habituelle du récit des événements, et aussi quand le contexte familial apparaît « normal ». « *Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire* »⁷.

Malgré des signes peu spécifiques, **il faut y penser devant tout nourrisson avec des troubles de la conscience ou respiratoires même discrets, des convulsions non expliquées, des contusions apparentes** même si elles sont attribuées à une cause accidentelle sans rapport avec la consultation. A l'inverse la fréquence des contusions ou des fractures associées ne doit pas faire oublier que jusqu'à 40% des enfants n'ont pas de signes extérieurs de traumatisme. Enfin, outre l'imagerie cérébrale et osseuse, l'examen ophtalmologique du fond d'oeil doit être réalisé.

Et de toute façon rappelons à tous qu'il ne faut JAMAIS secouer les bébés !

Références

- 1 - Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatrics & Child Health* 2001; 6 : 673-7.
- 2 - Geddes JF. The evidence base for shaken baby syndrome. We need to question the diagnostic criteria. *BMJ* 2004; 328: 719-20.
- 3 - King WJ. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 2003; 168: 155-9.
- 4 - Jenny C. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999; 282: 621-9.
- 5 - Keenan HT. A population based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA* 2003; 390: 621-6.
- 6 - Lantz PE. Perimacular retinal folds from childhood head trauma. Evidence based case report. *BMJ* 2004; 328: 754-6.
7. Code pénal. Art 226-14. In *Bull Ordre Médecins mars* 2004.

Cette revue hebdomadaire ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>
Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à unadoc@wanadoo.fr