

Association Roussillonnaise Alexis DANAN
Des Pyrénées Orientales
Pour la protection de l'enfance



L'ENFANT en majuscule

LE SYNDROME DU BEBE SECOUE

(Sources : conférence du Docteur Caroline REY-SALMON, le 11 octobre 2013 à Paris et le 15 juin 2015 à Perpignan)

Traumatisme crânien infligé, le syndrome du bébé secoué (SBS) est une forme de maltraitance grave qui reste encore mal connue.

Résultat de secousses violentes du bébé souvent dans le but de faire cesser des pleurs. Secousses qui peuvent être jugées par un observateur comme dangereuses et pouvant tuer. Il n'y a généralement pas d'impact avec un objet (mur, meuble,...)

Ne peut pas être le résultat d'un jeu, d'une chute de faible hauteur (1,50 m.) ou provoqué par un autre enfant.

Provoqué par un adulte (parent, nourrice, rarement un adolescent compte tenu de la force qu'il faut déployer,...) souvent seul avec l'enfant au moment des faits.

Le diagnostic se fait en milieu hospitalier :

Scanner de haute qualité si possible par des spécialistes pédiatriques

Examen clinique rigoureux

Il y a des signes chroniques comme l'augmentation du périmètre crânien d'où l'importance de mesurer et de reporter le périmètre crânien sur le carnet de santé au cours de la première année de vie de l'enfant qui est essentiel pour pouvoir repérer un diagnostic.

Signes du syndrome du bébé secoué :

L'effet est immédiat, et selon les cas :

l'enfant arrête de pleurer,
il est soudain très calme, tout mou, « désarticulé »
il s'endort
son regard a changé
il vomit,
il a du mal à respirer,
il devient pâle

Il est alors souvent hospitalisé avec comme motifs :

Malaise grave souvent avec convulsions,

Coma, arrêt cardio-respiratoire,

Autres : vomissements, convulsions isolées, traumatismes périphériques, ...

Lésions du syndrome du bébé secoué :

Hématome sous dural (HSD) caractéristique : plurifocal avec localisations particulières,

Hémorragies rétiniennes (HR)

Des ecchymoses tout à fait évocatrices de mauvais traitements chez les enfants très jeunes sont situées au niveau du tronc (zone de prises par l'adulte), des oreilles (pincement-saisie) et du cou

Si histoire absente ou changeante avec une fluctuation selon les interlocuteurs elle est un élément essentiel du diagnostic. Soit l'histoire est incompatible avec les lésions (un coup de hochet ne donne pas de HSD ou HR) ou incompatible avec l'âge de l'enfant (un enfant de 3 mois s'est déplacé et est tombé de la table à langer). Dans ce cas un HSD pluri-focal suffit à rendre le diagnostic probable même s'il n'est accompagné d'aucune autre lésion.

Séquelles : il y aura toujours des séquelles

Outre le décès qui survient dans 1/3 des cas (environ),

Séquelles sévères avec polyhandicap, (tétraparésie spastique - *paralysie légère consistant en une diminution des possibilités de contraction des muscles des membres* -, handicap mental sévère, troubles visuels, épilepsie) qui nécessiteront une prise en charge en « pouponnière » médicale puis en I.M.E. (Institut Médico-Educatif).

Devenir psychiatrique : instabilité psychomotrice et troubles de l'attention, instabilité psychomotrice et agressivité, syndrome autistique

Séquelles visuelles : strabisme, astigmatisme/myopie/hypermétropie, baisse d'acuité visuelle, troubles du contact

Déficit intellectuel avec chute du Q.I. dans le temps

Troubles sévères du comportement

Plus d'informations

<http://syndromedubebesecoue.com/>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf



IMPORTANT : seule une investigation en milieu hospitalier spécialisé permet de confirmer le diagnostic. En aucun cas les seuls signes apparents sont une certitude.