

oublier évidemment les enfants que l'un ou l'autre des membres du couple a pu avoir d'une précédente union. On assiste ainsi à des familles complexes où la souplesse de fonctionnement est de rigueur de la part des parents, mais aussi chez ceux qui les écoutent et les aident !

Dans mon expérience clinique, j'ai par exemple suivi une famille dans laquelle une petite fille est née par PMA (Procréation médicalement assistée) avec don d'ovocyte quand le fils aîné du couple, 8 ans, avait été conçu de manière classique. Cas fréquent de nos jours où les femmes ont leur premier enfant à 30 ans, le second étant plus difficile à concevoir car les mères moins fertiles à 35 ans¹. D'où le recours au don ou à l'adoption (depuis 1976, l'adoption est ouverte aux parents "d'enfants biologiques"). La réaction de l'aîné du couple cité a été symptomatique de ces nouvelles fratries. Il a demandé à ses parents : "Est-ce que cette petite sœur fait partie de la famille ?" Ce qu'il exprime en fait c'est le travail d'adoption au sens large – les contours de famille – que les frères et sœurs doivent faire devant un inconnu, que celui-ci vienne de l'étranger, d'un don anonyme, ou du froid...

Dans une autre famille qui avait adopté une petite fille, les parents se sont déçus, quelques années après son arrivée, à ce qu'on transfère chez la mère deux embryons congelés datant d'une FIV qui avait échoué, bien avant l'adoption. Des jumeaux sont nés, mais un travail d'adoption a dû être accompagné, à la fois de la sœur vis-à-vis de ces bébés et des parents soucieux de "ne pas faire de différence". On peut multiplier les exemples de ces familles adoptives d'un "troisième type"... Autant de situations à risques psychiques potentiels. Mais il n'existe pas de causalité linéaire entre

atypie de constitution d'une famille et pathologie.

En Occident, la parenté se décline dans le cadre d'un triptyque qu'on peut cerner ainsi : "le nom, le sang, le quotidien". Mais cet ordre varie suivant les lois... et le fonctionnement mental de chaque famille. Il n'y a pas – ou plus – de dogme de la "bonne famille".

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Furonculose récidivante : faut-il traiter la fratrie ?

V. HENTGEN

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY.

Les furoncles ou folliculites aiguës sont caractérisés par une infection de l'appareil pilosébacé de la peau. Habituellement, cette infection est liée à certaines souches de staphylocoque doré (*S. aureus*), produisant des toxines nécrisantes dont la plus connue est la leucocidine de Pantan-Valentine. L'infection débute par une induration chaude et douloureuse évoluant vers une suppuration, laissant place à une cicatrice déprimée. En cas de récurrence fréquente et atteinte de plusieurs follicules pilosébacés de la peau, on parle de furunculose récidivante. Ces infections cutanées répétées peuvent laisser des cicatrices inesthétiques, et ont souvent un retentissement psychologique important, d'autant plus que cette affection touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune.

Du point de vue physiopathologique, la furunculose récidivante correspond à des réinfections répétées et non à des

récidives d'une infection insuffisamment traitée. Il faudra donc s'appliquer à chercher et traiter les facteurs favorisants de cette réinfection pour pouvoir aider efficacement le patient.

Le portage chronique d'un staphylocoque doré producteur de toxines nécrisantes peut être en cause dans ces réinfections, ce qui motive un traitement de tentative d'éradication de ce portage dès la deuxième récurrence : administration de mupirocine crème dans les narines en même temps que le traitement antibiotique par voie générale. On préférera aux antistaphylococciques classiques un antibiotique antistaphylococcique avec une action antitoxinique, type clindamycine, pour augmenter les chances d'éradication de portage. De même, il faudra s'appliquer à traiter efficacement les maladies chroniques de la peau, type eczéma atopique, qui sont un facteur favorisant de la folliculite récidivante.

En cas de récurrence malgré un tel traitement correctement effectué, il faudra s'attacher à dépister dans l'entourage (fratrie, parents) les porteurs chroniques de staphylocoque doré qui sont souvent la source des réinfections. Le portage peut être dépisté par simple écouvillonnage nasal pour culture ou PCR. Les animaux domestiques ainsi que certaines surfaces inertes (poignée de porte) peuvent aussi être à l'origine des réinfections.

Il est recommandé de traiter tous les porteurs chroniques de staphylocoque doré de l'entourage du patient. Néanmoins, dans le contexte actuel des résistances bactériennes, il est déconseillé d'administrer des antibiotiques à un porteur sain : un traitement local avec lavage au savon, changement de vêtements et de linge, nettoyage des surfaces inertes et administration nasale de mupirocine crème est suffisante si elle est appliquée de manière concomitante à tous les membres de la famille.

¹ Délais de Parseval G. *Voyage au pays des infertiles*. Éd. Odile Jacob, 2014.

QUESTIONS FLASH

Précautions vaccinales autour d'un enfant immunodéprimé

V. HENTGEN

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY.

Les enfants immunodéprimés sont exposés à un risque accru d'infections sévères responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes. La prévention de ces infections repose entre autres sur la vaccination. Néanmoins, la vaccination en cas d'immunodépression nécessite certaines précautions, notamment contre-indique de principe l'utilisation des vaccins vivants atténués en raison du risque de survenue de maladie vaccinale. Malgré cette contre-indication, l'enfant immunodéprimé est particulièrement à risque de développer des infections sévères. Il est donc indispensable qu'il soit exposé le moins possible aux infections potentiellement graves.

Une des stratégies pour diminuer son risque infectieux est de vacciner son entourage. Les vaccins inertes administrés à l'entourage ne posent aucun problème pour l'enfant immunodéprimé. En revanche, il faudra prendre certaines précautions avec les vaccins vivants atténués. En effet, les souches vaccinales atténuées gardent une faible virulence, et peuvent donc être transmises dans certaines conditions à un hôte immunodéprimé.

En pratique, en France c'est le vaccin contre la varicelle qui est le plus concerné. Effectivement, il est recommandé de vacciner l'entourage d'un enfant immunodéprimé par le vaccin contre la varicelle (recommandation HCSP, 2012). Or, les deux vaccins com-

mercialisés en France sont produits à partir de la même souche vaccinale : la souche OKA. Leur principal effet secondaire est l'apparition d'une éruption diffuse chez 5,5 % des patients après la première dose vaccinale et chez 0,9 après la deuxième dose vaccinale. Le délai d'apparition de cette éruption est de 5 à 26 jours après l'injection. Pendant cette phase d'éruption cutanée, il existe un risque théorique de transmission de la souche vaccinale à l'immunodéprimé avec un risque encore plus théorique de varicelle vaccinale. La contagiosité de cette éruption vaccinale est proportionnelle aux nombres de lésions cutanées.

En pratique, la littérature ne retrouve que quelques descriptions exceptionnelles de cas de transmission de la souche vaccinale à un patient immunodéprimé sévère (quelques cas décrits en post-greffe de moelle et chez des patients avec un déficit immunitaire combiné sévère). Aucune complication sévère n'a été retrouvée – même chez ces patients sévèrement immunodéprimés avec une maladie varicelleuse vaccinale secondaire – et leur évolution était simple dans tous les cas décrits. Pour limiter ce faible risque de transmission du virus vaccinal, il est recommandé qu'en cas de rash post-vaccinal, d'éviter tout contact avec le patient immunodéprimé.

Le test VIH dans la fratrie d'un patient séropositif

V. HENTGEN

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY.

Une question très épineuse concernant l'information de la fratrie se pose lorsqu'on découvre une séropositivité VIH chez

un enfant, et si cette séropositivité résulte d'une transmission materno-infantile. Tous les enfants de la même mère sont à risque d'être séropositifs. Il est donc du devoir du médecin qui prend en charge l'enfant séropositif de s'assurer que tous les enfants de la fratrie soient testés à leur tour. Or, cette recommandation simple se heurte parfois à des réticences de la part de la mère qui a peur que son propre statut soit révélé à cette occasion à ses enfants. De plus, certains parents souhaitent cacher la maladie à leur enfant, même si elle les touche directement.

Afin de convaincre les parents de la nécessité de tester tous leurs enfants, il faut connaître et leur faire part de quelques chiffres : en l'absence de traitement ciblé en péri- et postnatal, le risque de transmission verticale du VIH est d'environ 20 %, et monte jusqu'à 40 % en cas d'allaitement maternel. Le taux de transmission est influencé par des facteurs obstétricaux, du statut immunitaire de l'enfant (prématurité) et des facteurs du tractus gastro-intestinal de l'enfant (diarrhée...). Il est important de se rappeler que, chez environ la moitié des enfants contaminés, l'infection reste asymptomatique pendant de longues années, et qu'un examen clinique normal n'exclut donc pas la séropositivité.

Concernant la nécessité ou non d'informer l'enfant de la pratique du test, la question est plus complexe. Elle dépend en partie de l'âge de l'enfant : en pratique, chez le tout-petit, l'information ne sera relayée qu'aux parents mais non à l'enfant, et le test ne sera effectué qu'après accord des parents. L'adolescent en revanche devrait connaître les détails de son état de santé pour optimiser sa prise en charge.

En effet, la loi du 4 mars 2002 du Code de la santé publique, article L1111-5, stipule que *“les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information*

et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité". Or, l'âge de 11-12 ans correspond au stade de la pensée formelle. Après cet âge, la majorité des enfants sont capables de comprendre les raisons des actes médicaux, et ils méritent donc une explication sur les explorations entreprises. Dans le cadre du VIH, cette attitude se heurte au droit au secret médical de la mère de l'enfant.

La seule solution, en l'absence de recommandations officielles sur le sujet, est donc de convaincre les parents de la nécessité de parler des examens effectués à leur adolescent en leur montrant les conséquences néfastes d'une non-information (non-adhérence au traitement notamment). Cette attitude est confortée par une étude anglaise qui démontre que la majorité des adolescents connaissent le statut de séropositivité de leurs parents, même si les parents sont persuadés que cela n'a jamais été évoqué au sein de leur famille (Eisenhut *et al.* *HIV Med*, 2008).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Comment gérer les sorties de maternité en cas de grossesse multiple ?

L. CAEYMAEX

Pédiatre néonatalogue
Service de Médecine néonatale, Centre hospitalier intercommunal de CRÉTEIL.

En 2013, la France a compté 13 433 accouchements gémellaires dont 197 de triplés et 7 de quadruplés (source: INED). On assiste depuis 20 ans à une augmentation de

grossesses gémellaires, liée à un accès à la procréation médicalement assistée et à l'âge plus avancé des femmes. Il est apparu depuis longtemps que la grossesse gémellaire est associée à un risque de mortalité et morbidité périnatale plus élevé de deux à trois fois en comparaison avec la grossesse simple [1, 2]. Les grossesses sont plus compliquées avec, pour les enfants, davantage de retards de croissances intra-utérins et de naissances prématurées, et pour la mère un taux plus élevé de césarienne et d'hémorragie du *post-partum*.

Le devenir psychique des mères de jumeaux ou multiples a été associé à un risque de dépression maternelle 1,8 fois plus élevé à 5 ans de l'accouchement, en comparaison avec des mères de *singletons* [1, 3], ce risque étant encore plus élevé en cas de naissance triple ou de perte d'un jumeau [4]. Le stress et l'anxiété parentale sont plus importants ainsi qu'une instabilité émotionnelle et une fatigue, après la naissance mais aussi dans les années suivantes [5, 6].

La naissance multiple est aussi associée plus fréquemment à des difficultés intra-familiales, avec des difficultés d'attachement parent-enfant plus fréquentes ainsi qu'une insatisfaction au sein du couple [7]. Dans ce contexte, une mère ayant accouché des jumeaux doit être accompagnée afin de s'assurer avec elle que la sortie de maternité offre des conditions satisfaisantes.

La prévention de la fatigue, le soutien familial et de couple constituent des éléments déterminants pour le vécu des femmes ayant des jumeaux. Ce vécu est fortement lié au stress de devoir s'occuper en même temps de 2 enfants, qui ont les mêmes besoins, souvent au même moment.

L'alimentation des bébés dans les premières semaines ou premiers mois est source d'une préoccupation permanente pour beaucoup de mères.

Anticiper les spécificités des jumeaux dès la période anténatale

L'anticipation des difficultés et l'organisation de solutions possibles pour aider les parents au domicile commence idéalement dès avant la naissance. Une étude a montré qu'un accompagnement anténatal par une sage femme avec un programme spécifique de soutien des parents de jumeaux avait la possibilité d'améliorer le bien-être postnatal de la mère et sa confiance en elle dans les 6 premiers mois après l'accouchement [8].

En France, les associations Jumeaux et Plus offrent un soutien concret et efficace aux (futurs) parents de multiples. Représentées dans tous les départements de France, elles donnent accès à des informations utiles et permettent d'anticiper les spécificités d'une maternité/paternité de jumeaux. La possibilité existe de rencontrer des parents de l'Association la plus proche, dans des maternités avant la naissance, même sans y faire le suivi de la grossesse. S'inscrire en ligne permet d'anticiper l'arrivée des enfants, de se préparer aux difficultés d'organisation, d'avoir accès à de l'aide matérielle (location de poussette, etc.) et de connaître les droits spécifiques des parents de multiples, mis à jour régulièrement (congé maternité allongé, davantage de souplesse pour le congé parental et congé paternité allongé). Après la naissance, le forum et les conseils ou livrets permettent de se sentir moins seul(e), moins incompris(e) et d'avoir des idées et des adresses pour se faire aider, y compris la nuit. Les conseils de parents à parents sont souvent précieux.

Le rôle du pédiatre : aider concrètement la mère à se faire aider

>>> La sortie de maternité peut être pensée avec les parents afin de favoriser