



Société
canadienne
de pédiatrie

English on page 101
Résumé en page 101

La rétinopathie du prématuré : mise à jour sur le dépistage et la prise en charge

Ann L. Jefferies; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né

La rétinopathie du prématuré (RDP), un trouble prolifératif qui touche les vaisseaux sanguins de la rétine en développement des nourrissons prématurés, peut être responsable d'une mauvaise acuité visuelle ou de cécité. Selon les données du Réseau néonatal canadien, de 40 % à 50 % des nouveau-nés qui viennent au monde avant 31 semaines d'âge gestationnel (AG) présentent l'un des stades de la RDP, de 7 % à 8 % acquièrent une grave RDP et de 5 % à 6 % doivent être traités.(1) Les professionnels de la santé qui s'occupent de nourrissons prématurés à l'unité de soins intensifs néonataux et en milieu communautaire doivent savoir auprès de quels nourrissons effectuer le dépistage de la RDP et à quel moment l'effectuer. En 2010, la Société canadienne de pédiatrie a publié un point de pratique résumant les recommandations à jour relatives au dépistage de la RDP.(2) Depuis, le traitement de la RDP a progressé, de nouvelles études ont porté sur les facteurs de risque et les critères de dépistage sélectifs et l'American Academy of Pediatrics (AAP) a révisé ses recommandations.(3) Le présent point de pratique traite donc des nouvelles données sur le dépistage et la prise en charge de la RDP.

LA CLASSIFICATION ET LES DÉFINITIONS DE LA RDP

La Classification internationale de la rétinopathie du prématuré, révisée en 2005, qui décrit la RDP selon l'emplacement (zones) et la gravité (stades) de la vascularisation anormale, permet de catégoriser et de consigner les observations de l'ophtalmologiste après l'examen de la rétine.(4) Les zones de la rétine paraissent à la figure 1, tandis que les stades de RDP et la terminologie à jour sont résumés au tableau 1. Les termes RDP « de type 1 » et « de type 2 » sont désormais utilisés pour distinguer les yeux qui ont subi des changements importants causés par la RDP et qui doivent être traités (type 1) de ceux qui ont subi des changements importants et qui n'ont pas besoin de l'être, mais qui doivent faire l'objet d'une surveillance plus attentive (type 2). Les indications thérapeutiques actuelles (RDP de type 1) reposent sur les résultats de l'essai sur le traitement rapide de la rétinopathie du prématuré (ETROP)(5) et s'établissent comme suit :

- Zone I – RDP, quel que soit le stade, avec maladie plus
- Zone I – RDP de stade 3 sans maladie plus
- Zone II – RDP de stade 2 ou 3 avec maladie plus

Parfois, les termes « seuil » et « préseuil » sont également utilisés. La RDP seuil désigne au moins cinq indices horaires contigus ou huit indices horaires cumulatifs de RDP de stade 3 dans les zones I et II, en présence d'une maladie plus, tandis que la RDP préseuil désigne une RDP ayant une forte probabilité de se

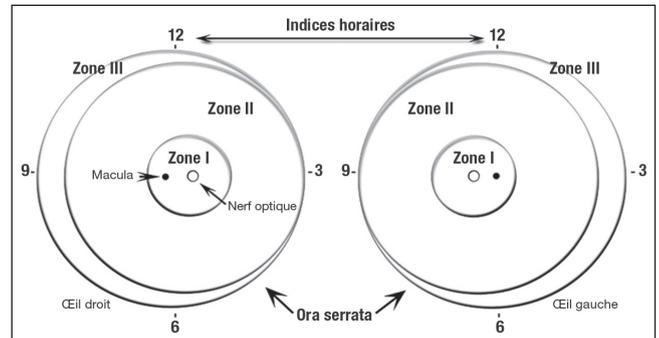


Figure 1) Rétines de l'œil droit et de l'œil gauche révélant les bordures des trois zones et les indices horaires utilisés pour décrire l'emplacement et l'étendue de la rétinopathie du prématuré. Traduction autorisée de la référence 3

transformer en RDP seuil. La RDP seuil, de même que les formes plus graves de RDP préseuil, doivent être traitées. Elles font donc partie de la catégorie des RDP de type 1.

LE DÉPISTAGE DE LA RDP

Auprès de qui effectuer le dépistage

En 2010, la Société canadienne de pédiatrie a postulé que si on faisait subir le dépistage à chaque nourrisson de 30^{6/7} semaines d'AG ou moins, quel que soit son poids à la naissance, et à chaque nourrisson de 1 250 g ou moins à la naissance, conformément aux recommandations du Royal College of Paediatrics and Child Health et du Royal College of Ophthalmologists du Royaume-Uni,(6) la probabilité qu'un enfant n'ayant pas fait l'objet du dépistage soit atteint d'une RDP avancée devant être traitée serait minimale.(2) Le document de principes de l'AAP publié en 2013 différait quelque peu, car il recommandait le dépistage des nourrissons pesant 1 500 g ou moins à la naissance ou ayant 30 semaines ou moins d'AG, de même que celui de certains nourrissons pesant de 1 500 g à 2 000 g à la naissance ou ayant plus de 30 semaines d'AG dont l'évolution clinique était instable et qui étaient considérés comme à haut risque de RDP.(3)

En 2014, des chercheurs ont procédé à une mise à jour de l'analyse bibliographique (entre 2009 et 2014) et ont déterminé que le risque de grave RDP était plus élevé chez les nourrissons de 28 semaines d'AG ou moins ou de moins de 1 000 g à la naissance. Parmi les 2 593 nourrissons dépistés dans les trois cohortes récentes provenant de pays industrialisés, les critères thérapeutiques de l'ETROP n'ont été observés chez aucun nourrisson qui avait 31 semaines d'AG ou plus et qui pesait plus de 1 250 g à la

TABLEAU 1
Description et stades de la rétinopathie du prématuré

Stade 1	Ligne de démarcation signalant la limite entre la rétine avascularisée et la rétine vascularisée
Stade 2	Bourrelet se formant dans la région de la ligne de démarcation
Stade 3	Prolifération fibrovasculaire ou néovascularisation extrarétinienne s'étendant jusqu'au vitré
Stade 4	Décollement partiel de la rétine
Stade 5	Décollement total de la rétine
Maladie plus	Majoration de la dilatation et de la tortuosité des vaisseaux rétinien postérieurs sur au moins deux quadrants de la rétine
Maladie pré-plus	Majoration de la dilatation et de la tortuosité vasculaires, mais insuffisante pour poser un diagnostic de maladie plus
RDP de type 1	Zone I – RDP, quel que soit le stade, avec maladie plus et RDP de stade 3 sans maladie plus Zone II – RDP de stade 2 ou 3 avec maladie plus
RDP de type 2	Zone I – RDP de stade 1 ou 2 sans maladie plus Zone II – RDP de stade 3 sans maladie plus

naissance.(7-9) Les données du Réseau néonatal canadien colligées entre 2009 et 2014 ont révélé que 1 340 nourrissons de 31 semaines d'AG ou plus ont subi le dépistage de la RDP et que quatre (0,30 %) ont été traités, tandis que 2 171 nourrissons qui pesaient plus de 1 250 g à la naissance ont subi le dépistage et que trois (0,14 %) ont été traités.(1) On ne possède pas de données pour déterminer si certains des nourrissons traités pesaient à la fois plus de 1 250 g à la naissance et avaient au moins 31 semaines d'AG. Trois études ont porté expressément sur l'incidence de RDP chez les nourrissons qui avaient 30 semaines d'AG ou plus, qui pesaient 1 250 g ou plus ou qui présentaient ces deux caractéristiques.(10-12) Sur les 1 749 nourrissons dépistés, seulement quatre (0,2 %), tous venus au monde avant l'an 2000, ont contracté une grave RDP. Cependant, aucun des quatre ne respectait les paramètres établis relativement à l'AG et au poids à la naissance.

Depuis quelques années, les chercheurs évaluent si l'ajout de critères de dépistage favoriserait le diagnostic précoce de la RDP devant être traitée, tout en réduisant le nombre d'examen chez les nourrissons qui n'auront pas besoin de l'être. Une lente prise de poids postnatale s'associe à un risque plus élevé de grave RDP,(13,14) et il existe plusieurs algorithmes de dépistage qui comparent la véritable prise de poids aux courbes de croissance prévues, en plus d'intégrer des éléments comme le facteur de croissance analogue à l'insuline.(15) La validité et la généralisabilité de ces modèles sont actuellement à l'étude.

D'autres études sont en cours au sein du Réseau néonatal canadien pour analyser les données en vue d'élaborer des recommandations fondées sur des données probantes pour le dépistage de la RDP chez les nourrissons prématurés canadiens. Entre-temps, étant donné la pratique qui consiste à effectuer le dépistage de tous les nourrissons nés à 30^{6/7} semaines d'AG ou moins (quel que soit leur poids à la naissance), de ceux qui pèsent 1 250 g ou moins à la naissance et de ceux qui sont plus matures et qu'on croie à haut risque de RDP, il est très peu probable qu'un nourrisson n'ayant pas subi de dépistage soit atteint d'une RDP qu'il faut traiter.

Quand procéder au dépistage

Pour déterminer le moment d'effectuer les examens de dépistage de la RDP, il faut s'assurer que les yeux les plus susceptibles de devoir être traités soient identifiés rapidement, tout en réduisant au minimum le nombre d'examen chez les nourrissons à faible

TABLEAU 2
Moment du premier examen de dépistage de la rétinopathie du prématuré

Âge gestationnel à la naissance, en semaines	Âge au premier examen, en semaines	
	Âge postmenstruel	Âge chronologique
22	31	9
23	31	8
24	31	7
25	31	6
26	31	5
27	31	4
28	32	4
29	33	4
≥30	≥34	4

risque. Puisque la RDP se développe plus lentement chez les nourrissons très immatures, on devrait établir le moment du premier examen en fonction de l'âge postmenstruel (AG plus l'âge chronologique) plutôt que de l'âge postnatal. Selon les données de deux grands essais cliniques, soit l'essai multicentrique sur la cryothérapie en cas de RDP et l'essai sur les effets de la réduction de la lumière sur la RDP, les chercheurs ont établi un calendrier fondé sur des données probantes pour effectuer le premier examen des yeux, présenté au tableau 2.(16) Une étude d'observation contemporaine appuie ce calendrier lorsque la RDP de type 1 constitue le critère thérapeutique.(17) Puisqu'il y a moins de données probantes sur le calendrier à utiliser pour effectuer le dépistage des nourrissons de moins de 25 semaines d'AG, l'AAAP propose d'envisager un dépistage plus rapide (à six semaines d'âge chronologique) auprès de cette population, en présence de comorbidités comme l'entérocolite nécrosante, le sepsis ou l'administration d'une ventilation assistée ou d'inotropes. Néanmoins, selon des études prospectives qui incluaient des nourrissons de 22 à 25 semaines d'AG, la RDP de stade 3 ne se déclarait pas avant 31 semaines d'âge postmenstruel.(18,19)

L'ophtalmologiste examinateur devrait recommander les examens de suivi. L'AAAP a modifié ses suggestions à l'égard des examens de suivi et de l'arrêt des examens. Ces modifications sont exposées au tableau 3.

D'autres enjeux liés au dépistage

Les examens oculaires provoquent de la détresse et de la douleur et peuvent s'associer à des effets physiologiques négatifs, y compris l'apnée, qui peuvent inquiéter les parents et exiger des modifications aux soins quotidiens du nourrisson.(20) Les anesthésiques topiques, les sucettes, l'emballage et le sucrose contribuent à réduire l'inconfort. D'après des analyses systématiques, aucun agent n'est hautement efficace pour réduire les scores de douleur, et les données sur l'agent le plus efficace dans ce contexte sont contradictoires.(21-23)

Il peut être difficile de trouver des ophtalmologistes bien formés pour les programmes de dépistage de la RDP, particulièrement en milieu communautaire où les nourrissons prématurés sont suivis après leur transfert d'une unité de soins tertiaires ou après leur congé. La rétinographie numérique (RetCam) spécialisée, qui saisit des images transmises par voie électronique, accroît le dépistage dans la collectivité,(24) sans compter qu'il s'agit d'une pratique à la fois économique et centrée sur la famille. Selon un récent rapport, la rétinographie numérique permet de dépister la RDP significative sur le plan clinique avec une grande précision. (25) Sa sensibilité pour dépister la RDP légère est moins sûre. Les nourrissons qui subissent un dépistage par photographie numérique

TABLEAU 3
Calendrier de suivi suggéré pour le dépistage de la rétinopathie du prématuré (RDP)

Suivi	Indications	Modifications
1 semaine ou moins	<ul style="list-style-type: none"> • Vascolarisation immature, zone I – sans RDP • La rétine immature s'étend dans la zone II postérieure, près de la bordure de la zone I • RDP de stade 1 ou 2, sans maladie plus, zone I • RDP de stade 3, sans maladie plus, zone II • Présence ou présence présumée de RDP postérieure agressive • Incapacité de déterminer la zone à cause d'une vue floue 	Ajout de la vascolarisation immature, de la rétine immature et de la RDP postérieure agressive
1 à 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Vascolarisation immature, zone II postérieure • RDP de stade 2, sans maladie plus, zone II 	
2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • RDP de stade 1, sans maladie plus, zone II • Vascolarisation immature, zone II – sans RDP • RDP régressive sans équivoque, zone II 	Ajout de la vascolarisation immature
2 à 3 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • RDP de stade 1 ou 2, sans maladie plus, zone III • RDP régressive, zone III 	
Arrêt du dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Vascolarisation dans la zone III sans RDP antérieure de la zone I ou II • Vascolarisation rétinienne complète à 360°, très près de l'ora serrata • Âge postmenstruel de 50 semaines, sans RDP préseuil ou RDP plus grave • Régression de la RDP (sans tissu vasculaire anormal capable de réactivation et sans progression dans la zone II ou III) 	Modification de l'âge postmenstruel de 45 à 50 semaines

Traduit et adapté de la référence 3

devraient faire l'objet d'au moins un examen ophtalmologique indirect effectué par un ophtalmologiste avant le traitement ou l'arrêt du dépistage.

Le traitement de la RDP

L'ablation de la rétine, qui est le traitement habituel de la RDP, est axée vers la partie avasculaire et vise à réduire la production de facteurs de croissance angiogènes. L'efficacité de la photocoagulation au laser est bien établie.(26) Idéalement, il faut amorcer le traitement de la RDP de type 1 dans les 72 heures suivant sa détection.(5)

Le traitement par anti-facteur de croissance endothélial vasculaire (anti-VEGF) est une récente avancée dans le traitement de la RDP. Dans un essai aléatoire, l'injection intravitréenne de bécavizumab, un anticorps monoclonal humanisé recombinant, était plus efficace que la thérapie au laser classique pour réduire la récurrence de la RDP de zone I, mais pas de la RDP postérieure de zone II.(27) Une étude de suivi de la réfraction au bout de 30 mois a démontré que la prévalence de myopie était beaucoup plus élevée dans les yeux ayant subi le traitement au laser.(28) Néanmoins, le traitement anti-VEGF suscite des inquiétudes, y compris les rapports selon lesquels les résultats peuvent être transitoires et s'associer à une récurrence de RDP,(29) le peu de connaissances sur l'angiogenèse normale des organes du nourrisson prématuré en développement et les effets indésirables potentiels sur la rétine neurale. C'est pourquoi l'AAP propose de demander un consentement éclairé détaillé si on envisage un traitement anti-VEGF. Il faudra réaliser des études de suivi à long terme comportant un nombre suffisant de nourrissons pour en déterminer l'innocuité.

L'ophtalmologiste traitant doit recommander le suivi des nourrissons traités. Un suivi plus long s'impose après un traitement anti-VEGF.

Les responsabilités en matière de dépistage de la RDP

Toutes les pouponnières où sont soignés des nourrissons prématurés vulnérables à la RDP doivent disposer de critères et de protocoles afin de garantir le dépistage approprié de la RDP par un ophtalmologiste qualifié. L'équipe soignante doit consigner les résultats et

les transmettre aux parents. Il faut informer les parents que la vision de l'enfant risque de demeurer insatisfaisante malgré le traitement. Lorsque les nourrissons sont transférés d'une unité à l'autre, l'équipe néonatale doit prendre des dispositions pour assurer un suivi ophtalmologique approprié à l'établissement d'accueil. Il faut bien expliquer les résultats du dépistage de la RDP et le plan de dépistage en cours aux dispensateurs de soins de l'établissement d'accueil. L'équipe néonatale doit planifier les examens ophtalmologiques indiqués dans le plan de congé et s'assurer que les parents comprennent l'importance du suivi. Les nourrissons qui présentent une RDP et qui obtiennent leur congé ont souvent des problèmes ophtalmologiques persistants, tels que le strabisme, les cataractes, l'amblyopie et les erreurs de réfraction, qu'ils aient eu besoin d'un traitement ou non, et devraient être suivis par un ophtalmologiste. Même les nourrissons prématurés sans RDP sont plus susceptibles que les nourrissons à terme de présenter des problèmes visuels. Les programmes de suivi devraient inclure l'examen visuel de tous les nourrissons prématurés qui ont subi le dépistage dans le cadre du processus de suivi.

REMERCIEMENTS : La *Canadian Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus* (CAPOS) a approuvé le présent point de pratique, tandis que le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie et des représentants de la Société canadienne de la rétine l'ont révisé.

RÉFÉRENCES

1. Réseau néonatal canadien. Annual Reports. www.canadianneonatalnetwork.org/portal (consulté le 12 décembre 2015).
2. Jefferies AL; comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Société canadienne de pédiatrie. La rétinopathie des prématurés : les recommandations de dépistage. *Paediatr Child Health* 2010;15(10):661-74.
3. Fierston WM; American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Association of Certified Orthoptists. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 2013;131(1):189-95.

4. International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity. The international classification of retinopathy of prematurity revisited. *Arch Ophthalmol* 2005;123(7):991-9.
5. Early Treatment for Retinopathy of Prematurity Cooperative Group. Revised indications for the treatment of retinopathy of prematurity: Results of the early treatment for retinopathy of prematurity randomized trial. *Arch Ophthalmol* 2003;121(12):1684-94.
6. Royal College of Ophthalmologists; Royal College of Paediatrics and Child Health. Guideline for the screening and treatment of retinopathy of prematurity; UK retinopathy of prematurity guideline, May 2008.: www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/ROP%20Guideline%20-%20Jul08%20final.pdf (consulté le 13 janvier 2016).
7. Amer M, Jafri WH, Nizami AM, Shomrani AI, Al-Dabaan AA, Rashid K. Retinopathy of prematurity: Are we missing any infant with retinopathy of prematurity? *Br J Ophthalmol* 2012;96(8):1052-5.
8. Isaza G, Arora S, Bal M, Chaudhary V. Incidence of retinopathy of prematurity and risk factors among premature infants at a neonatal intensive care unit in Canada. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2013;50(1):27-32.
9. Holmström GE, Hellström A, Jakobsson PG, Lundgren P, Tornqvist K, Wallin A. Swedish national registry for retinopathy of prematurity (SWEDROP) and the evaluation of screening in Sweden. *Arch Ophthalmol* 2012;130(11):1418-24.
10. Hutchinson AK, O'Neil JW, Morgan EN, Cervenak MA, Saunders RA. Retinopathy of prematurity in infants with birth weights greater than 1250 grams. *J AAPOS* 2003;7(3):190-4.
11. Yanovitch TL, Siatkowski RM, McCaffree M, Corff KE. Retinopathy of prematurity in infants with birth weight \geq 1250 grams-incidence, severity, and screening guidelines cost-analysis. *J AAPOS* 2006;10(2):128-34.
12. Ahmed MA, Duncan M, Kent A; NICUS Group. Incidence of retinopathy of prematurity requiring treatment in infants born greater than 30 weeks' gestation and with a birthweight greater than 1250 g from 1998 to 2002: A regional study. *J Paediatr Child Health* 2006;42(6):337-40.
13. Hellström A, Hård AL, Engström E et coll. Early weight gain predicts retinopathy in preterm infants: New, simple, efficient approach to screening. *Pediatrics* 2009;123(4):e638-45.
14. Binenbaum G, Ying GS, Quinn GE et coll.; Premature Infants in Need of Transfusion Study Group. A clinical prediction model to stratify retinopathy of prematurity risk using postnatal weight gain. *Pediatrics* 2011;127(3):e607-14.
15. Binenbaum G. Algorithms for the prediction of retinopathy of prematurity based on postnatal weight gain. *Clin Perinatol* 2013;40(2):261-70.
16. Reynolds JD, Dobson V, Quibb GE et coll.; CRYO-ROP and LIGHT-ROP Cooperative Study Groups. Evidence-based screening criteria for retinopathy of prematurity: Natural history data from the CRYO-ROP and LIGHT-ROP studies. *Arch Ophthalmol* 2002;120(11):1470-6.
17. Kennedy KA, Wrage LA, Higgins RD et coll.; SUPPORT Study Group of the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Evaluating retinopathy of prematurity screening guidelines for 24- to 27-week gestational age infants. *J Perinatol* 2014;34(4):311-8.
18. Austeng D, Källén KB, Hellström A et coll. Natural history of retinopathy of prematurity before 27 weeks' gestation in Sweden. *Arch Ophthalmol* 2010;128(10):1289-94.
19. Austeng D, Källén KB, Hellström A et coll. Screening for retinopathy of prematurity in infants born before 27 weeks' gestation in Sweden. *Arch Ophthalmol* 2011;129(2):167-72.
20. Mitchell AJ, Green A, Jeffs DA, Roberson PK. Physiologic effects of retinopathy of prematurity screening examinations. *Adv Neonatal Care* 2011;11(4):291-7.
21. Sun X, Lemyre B, Barrowman N, O'Connor M. Pain management during eye examinations for retinopathy of prematurity in preterm infants: A systematic review. *Acta Paediatr* 2010;99(3):329-34.
22. Kandasamy Y, Smith R, Wright IM, Hartley L. Pain relief for premature infants during ophthalmology assessment. *J AAPOS* 2011;15(3):276-80.
23. Samra HA, McGrath JM. Pain management during retinopathy of prematurity eye examinations: A systematic review. *Adv Neonatal Care* 2009;9(3):99-110.
24. Abdul Aziz AA, Isaac M, Tehrani NN. Using telemedicine to screen for retinopathy of prematurity. *CMAJ* 2014;186(13):1012-4.
25. Chiang MF, Melia M, Buffenn AN et coll. Detection of clinically significant retinopathy of prematurity using wide-angle digital retinal photography: A report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology* 2012;119(6):1272-80.
26. Ng EY, Connolly BP, McNamara JA, Regillo CD, Vander JF, Tasman W. A comparison of laser photocoagulation with cryotherapy for threshold retinopathy of prematurity at 10 years: Part 1. Visual function and structural outcome. *Ophthalmology* 2002;109(5):928-35.
27. Mintz-Hittner HA, Kennedy KA, Chuang AZ; BEAT-ROP Cooperative Group. Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3+ retinopathy of prematurity. *New Engl J Med* 2011;364(7):603-15.
28. Geloneck MM, Chuang AZ, Clark WL et coll.; BEAT-ROP Cooperative Group. Refractive outcomes following bevacizumab monotherapy compared with conventional laser treatment: A randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol* 2014;132(11):1327-33.
29. Hu J, Blair MP, Shapiro MJ, Lichtenstein SJ, Galasso JM, Kapur R. Reactivation of retinopathy of prematurity after bevacizumab injection. *Arch Ophthalmol* 2012;130(8):1000-6.

COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ DE LA SCP

Membres : Ann L Jefferies MD (présidente sortante), Thierry Lacaze-Masmonteil MD (président), Leigh Anne Newhook MD (représentante du conseil), Leonora Hendson MD, Brigitte Lemyre MD, Michael R Narvey MD, Vibhuti Shah MD, S Todd Sorokan MD (membre sortant)

Représentants : Linda Boisvert inf., Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie; Andrée Gagnon MD, Le Collège des médecins de famille du Canada; Robert Gagnon MD, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Juan Andrés León MD, Agence de la santé publique du Canada; Patricia A O'Flaherty M. Sc. inf. M. Éd., Canadian Perinatal Programs Coalition; Eugene H Ng MD, section de la médecine néonatale et périnatale de la SCP; Kristi Watterberg MD, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics

Auteure principale : Ann L Jefferies MD

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Les documents de principes retirés sont supprimés du site Web. Consultez la zone *Documents de principes et points de pratique* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.