

LA PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NE LORS D'UN ACCOUCHEMENT INOPINE A DOMICILE

N. SNOUSSI, K. MONASTIRI
Service de Néonatalogie – Hôpital Farhat Hached, Sousse

RESUME :

En Tunisie, 31,8 % des accouchements surviennent à domicile et ne sont donc accessibles à aucune réanimation néonatale adéquate. En effet, cette réanimation ne s'improvise pas, un certain niveau de compétence et un minimum de matériel sont nécessaires pour assurer son efficacité.

La prise en charge du nouveau-né à domicile doit répondre à 3 questions : qui, quand et comment réanimer et transférer ?

- Qui réanimer ?
 - Tout nouveau-né issu d'un accouchement à haut risque. Les situations de risque néonatal sont le plus souvent prévisibles. Il convient alors de s'organiser le plus parfaitement possible : préparation du matériel, partage des responsabilités et transfert éventuel.
 - Tout nouveau-né issu d'un accouchement à priori « normal » qui présente un état pathologique.
- Quand réanimer ?
 - Dès l'expulsion : les nouveau-nés sains selon un protocole d'accueil pré établi et aussi les nouveau-nés à risque prévisible, Ces derniers devraient naître dans des structures médicalisées.
 - Devant des signes pathologiques.
- Comment réanimer ?
 - Un équipement et un matériel minimum sont nécessaires, ils permettent d'assurer une ambiance chaude et stérile, la disponibilité d'un matériel adapté aux nouveau-nés et un personnel rompu aux soins de réanimation néonatale.
 - Les règles générales de réanimation :
 - Le nouveau-né sain : dès l'expulsion, il subira des soins systématiques
 - Le nouveau-né pathologique : selon son état et la gravité de sa pathologie, une réanimation adaptée sera préconisée.
 - Le transfert du nouveau-né :
 - Qui transférer ?
 - Les nouveau-nés de faible poids de naissance,
 - Tous les nouveau-nés des groupes à risque,
 - Tous les nouveau-nés symptomatiques à la naissance.
 - Quand transférer ?
 - Dès la naissance, si risque prévisible et après stabilisation de l'état du malade. Ailleurs, dès qu'une investigation, une surveillance et/ou des soins particuliers sont nécessaires.
 - Comment transférer ?
 - Les modalités et conditions du transfert sont préconisées selon l'état du malade.

I- INTRODUCTION :

De nombreux décès et handicaps d'enfants sont liés à une asphyxie périnatale et à l'absence d'une réanimation néonatale adéquate. En effet, des accidents imprévisibles peuvent survenir lors de tout accouchement. Il est donc indispensable d'avoir des conditions adéquates pour la réception du nouveau-né.

La réanimation néonatale ne s'improvise pas, un certain niveau de compétence et un minimum de matériel sont nécessaires.

La prise en charge néonatale est encore peu performante dans notre pays et ce même dans certaines structures médicalisées (absence de chauffage par exemple), que dire alors des accouchements à domicile ? Ces derniers demeurent fréquents dans notre pays, il concernent 31.8 % des accouchements.

La prise en charge du nouveau-né doit répondre à 3 questions : qui, quand et comment réanimer et transférer ?

II- QUI REANIMER ?

A) Tout nouveau-né issu d'un accouchement à haut risque :

Les situations de risque néonatal sont le plus souvent prévisibles. Il convient alors de s'organiser le plus parfaitement possible : préparation du matériel, partage des responsabilités et transfert éventuel. L'interrogatoire de la femme, de la sage-femme et éventuellement du médecin traitant va permettre de rassembler les arguments en faveur du risque néonatal prévisible.

B) Tout nouveau-né issu d'un accouchement à priori « normal » :

Souvent le nouveau-né ne cours aucun risque particulier, des soins systématiques sont nécessaires pour sa bonne réception. Ailleurs, des risques imprévisibles peuvent compromettre le déroulement « normal » de l'accouchement : bradycardie tardive inexplicquée, hémorragie...Il faut donc être toujours prêt à affronter une dépression respiratoire ou cardiaque.

III- QUAND REANIMER ?

A) Dès l'expulsion :

- 1) Le nouveau-né sain selon un protocole d'accueil préalable comportant des gestes courants à faire.
- 2) Le nouveau-né à risque prévisible : Ce dernier devrait naître dans des structures médicalisées de types centre de maternité et de néonatalogie.

Néanmoins, il arrive que parfois l'accouchement survient accidentellement à domicile.

B) Devant des signes d'insuffisance circulatoire et/ou respiratoire et ce pour maintenir une perfusion adéquate (figure 1) :

- Etat de mort apparente ++,
- Inhalation de liquide amniotique méconial ++,
- Détresse respiratoire,
- Cyanose,
- Collapsus,
- Comportement cérébral anormal,
- Nouveau-né très prématuré AG<33 SA, ou un PN< 1500g,
- Autres : pâleur cutanée ou ictère, malformations chirurgicales et anasarque foeto-placentaire.

Fig. 1 – Nouveau-nés pathologiques à la naissance

IV- COMMENT REANIMER ?

A) Equipement et matériel minimum :

Il doit assurer :

- Une ambiance chaude et stérile,
- Un matériel adapté aux nouveau-nés,
- Un personnel rompu aux soins pour nouveau-nés.

1) L'ambiance chaude : Une source de chaleur assurée par un chauffage par radiation placé à 80 cm au dessus du nouveau-né, de puissance de 500 watts environ. Si on ne dispose pas de tel matériel, un matériel de fortune comme un drap réchauffé, une lampe de 100 W, un chauffage électrique, une couverture « spatiale » feront l'affaire.

2) Un matériel adapté au nouveau-né :

- Un appareil d'aspiration et une source d'oxygène avec débitmètre.
- Un jeu de sondes souples et stériles à extrémité mousse de N° 6,8 et 10.
- Un masque et un ballon : ambu bébé muni d'un dispositif de pression limitant la pression d'insufflation à 30 – 40 cm d'eau. Des masques transparents s'adaptant sans fuite sur le visage du nouveau-né.
- Un chronomètre de grande taille.
- Un stéthoscope et un tensiomètre pour nouveau-né.
- Un plan dur ou une table.

2-1) Un matériel d'intubation :

- Un laryngoscope à lame droite courte. Miller N° 0, dont le système d'éclairage est vérifié avant chaque utilisation (ampoules et piles neuves doivent toujours lui être adjointes).
- Une pince de Magill stérile (modèle d'enfant).
- Des sondes d'intubations stériles à usage unique, à bout biseauté. Graduées en centimètre et munies d'un repère visible à 2.5 cm de leurs extrémités distales. Deux tailles sont nécessaires : 2,5 et 3.
- Des sondes d'aspiration trachéale (charrière 4.5 et 6).
- Un flacon de sérum physiologique ou d'eau stérile ouvert pour le rinçage des sondes.
- Un adhésif puissant, découpé en moustache pour fixer la sonde d'intubation.

2-2) Un matériel pour la prise d'une voie d'abord :

- Perfusion périphérique : aiguilles de perfusion épicroténienne de diverses tailles (4, 5, 6 et 7) munies raccord souple et long (20 cm).
- Seringues de 5 – 10 et 20 cm³.
- Matériel nécessaire pour fixation de la perfusion : adhésif découpé en fines bandelettes, attache-membres.
- Cathétérisme ombilical : (matériel préemballé dans une boîte stérile).
- Cupule pour alcool iodé.
- Compresses stériles, pince porte-tampon .
- Cathéters veineux ombilicaux de deux calibres (charrières 3,5 et 5) montés sur robinets à 3 voies.
- Bistouri, ciseau droit à iridectomie, pince droite Moria, pince courbe à griffes, pinces Kocher, pince de Halstead courbe, sonde cannelée, porte aiguille.
- Aiguilles serties courbes avec fil à peau.
- Seringues.
- Ampoules de solutés : sérum physiologique, BSM, SG 10 %.

- Champ troué stérile.
- Une casaque et des gants stériles (N° 7 – 7.5 et 8)
- Solutés et médicaments :
- Ampoules : BSM, SG 10 %, SG 30 %.
- Flacons : SG 10 %, plasmagel, Albumine 20 %.
- Médicaments : Isuprel – Adrénaline – Narcan – glucagon – Gluconate de calcium – Lasilix – Collyre anibiotique ou antiseptique – Dobutrex – Dopamine.

2-3) Autre matériel :

- Microperfuseur type « Metriset ».
- Robinets à 3 voies.
- Enceinte de Hood,
- Sondes de gavage gastrique.
- Dextrostix.
- Thermomètre.
- Si possible : un appareil de Monitoring cardiaque, un appareil de ventilation assistée et un incubateur réglé selon le PN : < 1 kg – 35.5°C ± 0.5°C, 1 kg < PN < 2 kg – 34°C, 2 kg < PN < 3 kg – 33.5°C.+

3) Un personnel compétent :

Une équipe de trois personnes au moins doit être disponible pour prendre en charge correctement une éventuelle asphyxie périnatale.

- Un médecin rompu à la réanimation néonatale dirigera l'équipe et se chargera de la ventilation.
- Deux infirmiers habitués aux soins et à la réanimation des nouveau-nés : ils assureront les gestes de réanimation, dirigés par le médecin et les soins infirmiers.

C) Les règles générales de réanimation :

1) Le nouveau-né est sain : dès l'expulsion, on procède à :

- Un séchage du corps et de la tête de l'enfant pour éviter les pertes thermiques par évaporation, le nouveau-né est reçu dans un champ réchauffé sec et propre.
- La désobstruction nasopharyngée, atraumatique et non contaminante.
- Etablir le score d'Apgar à la fin de la première minute, puis à trois, cinq et dix minutes.
- Vérifier la perméabilité des choanes, de l'œsophage (test à la seringue), de l'anus, du vagin chez la petite fille.
- Désinfection oculaire par un collyre type Rifamycine ou nitrate d'argent 1 %.
- Administration de 5 mg de vit K 1 en IM faite à la face antérieure de la cuisse, dans le vaste externe.
- Soins du cordon avec désinfection à l'alcool iodé suivie de détersion à l'alcool de la base du cordon. La section se fera avec un bistouri stérile entre 2 pinces après avoir refoulé le maximum de sang vers la circulation du bébé. Une ligature double : la première se situant à 3 cm de la peau. Les nœuds doivent être suffisamment serrés pour empêcher tout saignement par les vaisseaux ombilicaux (normalement 2 artères et une veine). Enfin, un pansement avec une compresse stérile et sèche maintenue par un Sparadrap hypoallergénique chaque fois que c'est possible, ou par un bandage abdominal.
- Mensurations, si possible : poids, taille et périmètre crânien.
- Palper les pouls fémoraux, examiner la hanche (manœuvre d'Ortolani ou de Barlow) et examiner les OGE.

- Tous ces soins seront pratiqués avec douceur, dans le calme et le respect des précautions d'hygiène, sans éclairage agressif. Ils seront complétés par l'examen médical initial qui a pour but, à cet âge de la vie, de dépister une anomalie qui justifierait une mesure thérapeutique urgente. Le carnet de santé doit être rempli correctement, une lettre détaillée des soins effectués sera adressée éventuellement pour le médecin traitant.

2) Le nouveau-né est pathologique :

La technique de réanimation :

- Lutter contre l'hypothermie (réchauffer) .
- Lutter contre le risque infectieux (asepsie).
- Réanimation respiratoire :
- Désobstruction des voies respiratoires,
- Ventilation assistée au masque,
 - Le massage cardiaque externe.
 - La réanimation métabolique.

!! Attention durant cette réanimation son proscrits :

- Toute ventilation au masque systématique, celle-ci est contre-indiquée en cas d'inhalation de liquide méconial avant l'aspiration trachéale, d'une hernie diaphragmatique et d'un pneumothorax.
- L'injection de BSM en l'absence de ventilation efficace.
- La flagellation de l'enfant et les frictions par l'éther, l'alcool ou l'eau froide.

La conduite de la réanimation : Deux situations appellent un traitement très précoce et stéréotypé : l'état de mort apparente et l'inhalation méconiale.

- a) L'état de mort apparente : elle se définit par un arrêt cardiaque ou une bradycardie extrême, l'Apgar est inférieur à 3 à une minute. L'urgence est extrême, la conduite à tenir est décrite sur la figure 2.

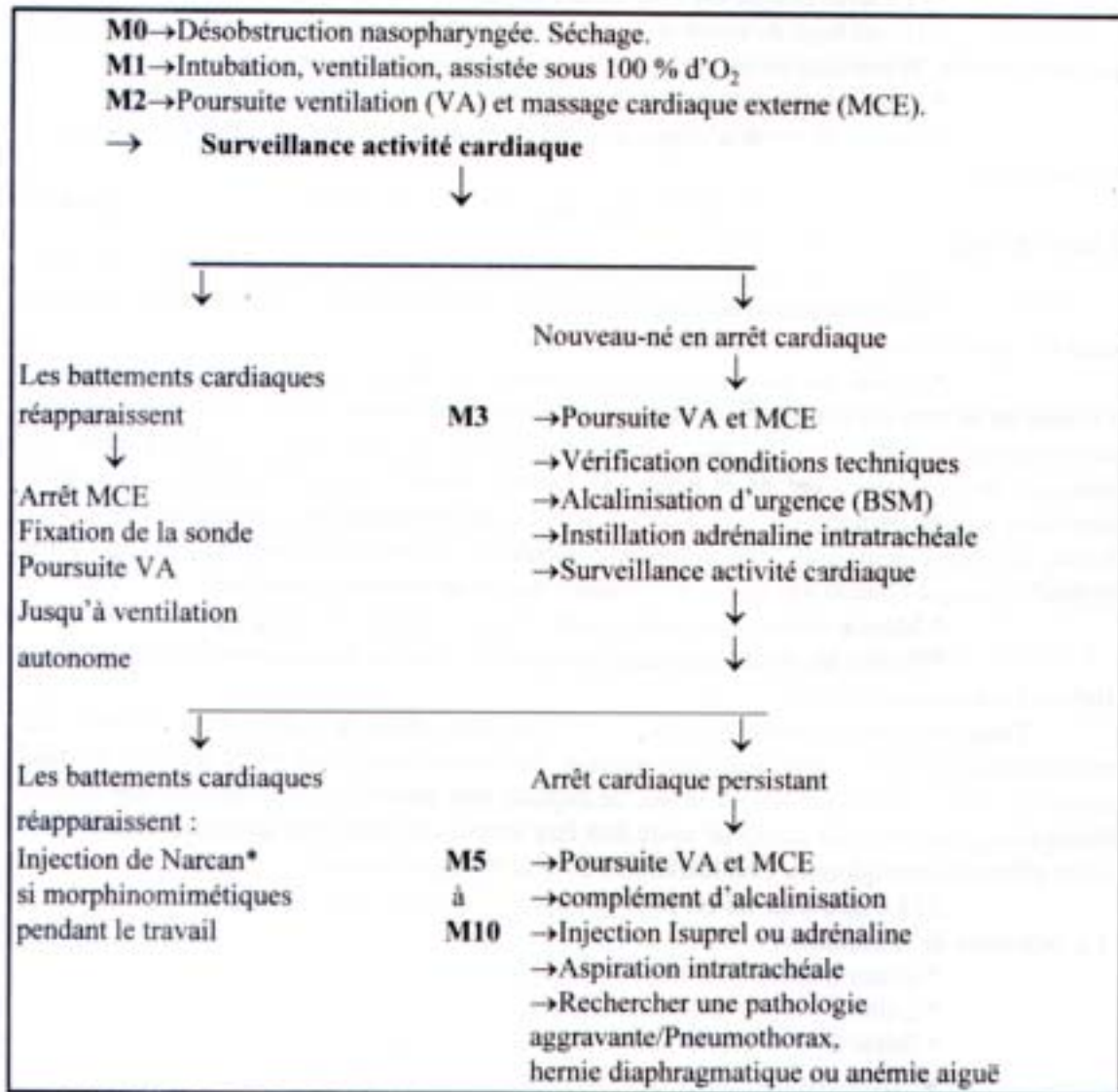


FIGURE 2 : CAT DEVANT UN ETAT DE MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NE.

Le nouveau-né peut évoluer vers l'amélioration, rester endormi, le mauvais état persistant ou ne montrer aucune amélioration (tableau II).

Dans tous les cas craindre une infection néonatale.

Tableau II : Devenir immédiat d'un nouveau-né en état de mort apparente.

Amélioration spectaculaire	Reste endormi	Reste en mauvais état	Réanimation inefficace
Ventilation autonome F.C.> 100 aspect rose bonne réactivité ↓ extubation ↓ ↓ ↓ ↓ Transférer en unité de réanimation néonatale pour surveillance	F.C.>100 aspect rose réactivité faible pas de ventilation autonome ↓ ventilation jusqu'à complète autonomie ↓ Transférer en unité de réanimation néonatale pour surveillance	F.C.>100 mais : -absence d'autonomie -mauvaise réactivité -anomalie coloration -mauvais état général ↓ poursuivre VA mise en incubateur, GDS ↓ Transférer en unité de réanimation néonatale causes : -détresse respiratoire -infection -cardiopathie -souffrance cérébrale -anémie aiguë -urgences chirurgicales	Arrêt cardiaque persistant malgré : VA et MCE efficaces - alcalinisation réitérée - Isuprel ↓ vérification de -absence d'hypothermie - de problème technique - de pathologies aggravantes ↓ si aucun gasp en l'absence de drogues dépressives ↓ arrêter réanimation à 15 mn ↓ <i>s'assurer du décès avant de partir</i>

b) L'inhalation méconiale : c'est la conséquence d'une souffrance fœtale aiguë associant émission périnatale de méconium donnant un liquide amniotique épais brun-vert, et survenue trop précoce de mouvements respiratoires avant ou au cours de l'expulsion. La CAT est indiquée dans la figure 3. Certaines règles sont à respecter.

- Quel que soit l'état de l'enfant, il faut toujours aspirer la glotte le plus tôt possible et ne jamais ventiler au masque. Il faut surmonter l'angoisse de ne pas entendre l'enfant crier immédiatement à la naissance dans cette situation, au contraire, il faut éviter qu'il ne crie avant l'aspiration.
- Si une ventilation après intubation est nécessaire, elle doit se faire à l'O₂ pur, pression d'insufflation basse et à rythme rapide (60/mn).
- Suspendre la VA le plus vite possible.
- Laisser l'enfant intubé après reprise de la respiration autonome et le transférer en unité de réanimation néonatale.

c) Situations intermédiaires :

Score d'Apgar entre 3 et 7, il faut désobstruer les VA et ventiler au masque en O₂ pur, si pas d'amélioration au bout de 3 mn la CAT sera celle décrite dans tableau II.

C) Le transfert du nouveau-né :

1) Qui transférer ?

- Les nouveau-nés de PN < 2.5 kg ou AG < 34 SA.
- Tous les nouveau-nés des groupes à risque par la pathologie maternelle (tableau III). Ces derniers auraient dû être déjà dépistés et l'accouchement programmé en un centre de maternité et de néanmoins, il arrive que certains se font à domicile.

2) Quand transférer ?

Le transfert d'un nouveau-né est indiqué dès lors que son état requiert des investigations, une surveillance ou des soins. L'idéal est de réaliser ce transfert lorsque l'enfant est encore in utero vers un centre de maternité et de néonatalogie. Ceci accroît la sécurité de la naissance et évite une séparation de la mère et de son enfant nouveau-né.

Ailleurs, le transfert est décidé dès la naissance devant un risque particulier encouru par l'enfant ou un état pathologique.

3) Comment transférer ?

Le transfert est discuté et organisé avec l'équipe du service de néonatalogie contactée par téléphone par un numéro spécial dont l'accès est exclusif à l'équipe du SAMU. L'appel au service du transfert doit être fait par la personne responsable de l'enfant et capable de fournir l'ensemble des renseignements nécessaires (Tableau IV).

TABLEAU IV : RENSEIGNEMENTS A FOURNIR A L'EQUIPE DU TRANSFERT

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Nom et prénom du nouveau-né et des parents- Poids de naissance- Age du bébé (date et heure de naissance), terme- Apgar et conditions d'accouchements- Données obstétricales de la mère- Température du bébé- Etat respiratoire et hémodynamique- Réactivité du bébé- Les anomalies retrouvées chez le bébé, gestes thérapeutiques déjà effectués- Un flacon sec contenant 10 ml de sang de la mère pour GS et RAI- Un flacon sec contenant 5 ml du sang du cordon- Le placenta dans un sac en plastique stérile- Bracelet d'identification- Accord signé des parents ou du médecin traitant pour les soins- Coordonnés du médecin assurant l'accouchement . |
|---|

Dans tous les cas, une concertation entre la personne responsable de l'accouchement, le médecin de l'organisation de transfert et le médecin du service d'accueil prévu, permet de la façon la plus utile de définir les modalités du transfert et de décider de la CAT dans l'attente.

- Entretien avec les parents :
 - Expliquer la pathologie présentée par l'enfant
 - Expliquer la nécessité du transfert

- Le pédiatre doit fournir des renseignements exacts tout en trouvant des paroles apaisantes pour les parents angoissés. Il faut rester vague sur la durée du séjour de l'enfant pour éviter les déceptions secondaires si on promet un retour rapide.

On distingue cinq degrés de stabilité d'un état pathologique après réanimation :

- Stade 1 : la réanimation améliore nettement l'état.
 - Stade 2 : état stable : moment optimum du transfert.
 - Stade 3 : état stable continu.
 - Stade 4 : détérioration progressive après amélioration transitoire.
 - Stade 5 : arrêt cardiaque.
- Pour les stades 1 et 2 : le nouveau-né nécessite une surveillance des signes vitaux, généralement pas de perfusion ni oxygène. Il sera accompagné d'un infirmier spécialisé, sera admis en unité de soins intensifs pour exploration.
 - Pour le stade 3 : le nouveau-né nécessite une perfusion, un monitoring cardiorespiratoire tous les 30', l'état de conscience est altéré, la détresse respiratoire est modérée. Il sera admis en unité de soins intensifs. Le transfert nécessitera un médecin et un infirmier spécialisé.
 - Pour le stade 4 : nouveau-né intubé, son état doit être stabilisé avant le transfert, il nécessitera un monitoring cardiorespiratoire, un ou deux abords veineux (cathéter). Il nécessite un support pharmacologique pendant le transfert et 3 membres doivent accompagner le nouveau-né : un médecin, un infirmier spécialisé et un agent capable d'intuber et de réanimer un nouveau-né.
 - Pour le stade 5 : le nouveau-né est intubé, son état est instable, monitoring cardiorespiratoire obligatoire, il a besoin de médicaments durant le transfert et nécessite 3 membres de l'équipe pour le transfert.
 - Pour le stade 6 : nouveau-né en état de mort cérébrale.

Les moments optimum du transfert sont les stades 2 et 3.

La figure 4 schématise l'organigramme de la démarche devant un accouchement à domicile.

Un certificat médical de naissance est fourni par l'équipe de réanimation néonatale où sont consignés : les nom et prénom de l'enfant, son sexe, la date, l'heure et le lieu de l'accouchement. Le médecin doit être vigilant devant toute suspicion d'ambiguïté sexuelle, il ne doit fournir aucune information immédiate sur le sexe à la famille et attendre les résultats des explorations qui se feront en néonatalogie.