

# Les nouveau-nés à haut risque périnatal [suite et fin]

Autor(en): **Micheli, J.L. / Fawer, C.L. / Calame, A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **84 (1986)**

Heft 6

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950310>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

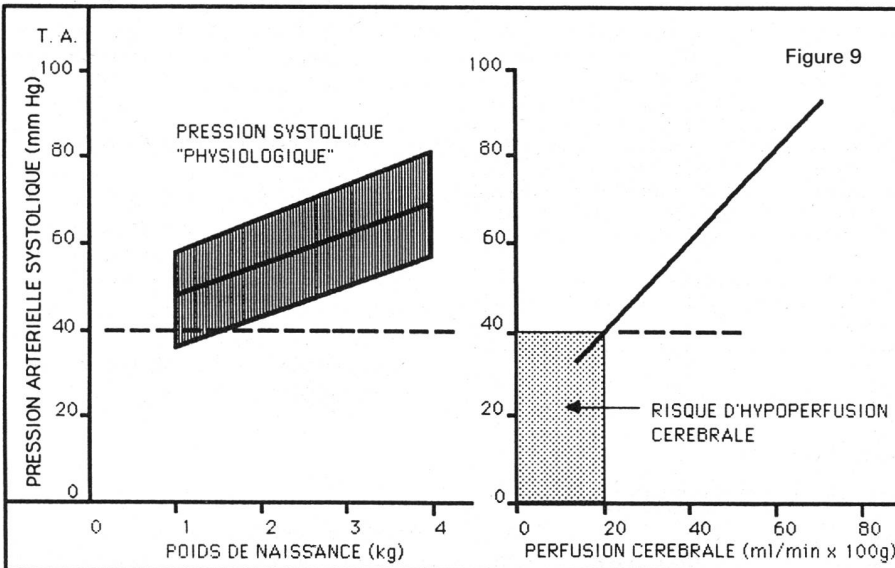
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Les nouveau-nés à haut risque périnatal (suite et fin)

par J.L. Micheli, C.L. Fawer, A. Calame



**Pression artérielle et perfusion cérébrale.**  
Le diagramme à gauche montre la relation entre le poids de naissance et la pression systolique physiologique pendant les premières heures de vie (c.a.d. valeurs moyennes + 2 S.D.). Le diagramme à droite visualise la relation liant la perfusion cérébrale (exprimée en ml par minute pour 100 g de tissu cérébral). Cette relation est linéaire car, chez le nouveau-né, l'autorégulation du débit sanguin cérébral est pratiquement inexistante. A chaque variation de la pression ar-

térielle correspond un changement de perfusion cérébral.

En dessous d'un certain seuil, situé aux environs de 20 ml/min x 100 g la perfusion cérébrale est insuffisante. Ce seuil critique correspond à une pression systolique de 40 mm Hg. La comparaison entre les 2 diagrammes montre à quel point la pression systolique critique pour la perfusion cérébrale (40 mm Hg) est proche des limites inférieures de la norme pour des nouveau-nés de < 2500 g.

## a) Le diagnostic du nouveau-né à risque

Ce diagnostic repose sur l'histoire de la mère, sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, sur l'examen clinique du nouveau-né et éventuellement sur quelques examens paracliniques. Ce diagnostic doit être établi dès la naissance par un médecin qui dispose de l'ensemble des éléments anamnestiques et qui a examiné l'enfant afin de pouvoir apprécier la situation (17). Une fois ce diagnostic posé, il s'agit de décider si un transfert immédiat dans une unité de néonatalogie s'impose ou s'il est possible de se donner un temps d'observation. L'expérience a montré que l'avis de la

sage-femme pouvait être déterminant dans cette importante prise de décision. Dans certaines situations, la décision d'un transfert peut être prise d'emblée, parfois même avant la naissance de l'enfant (tableau 8). Dans bien des cas, par contre, la situation est moins claire et doit être évaluée en fonction de facteurs précis (tableau 9). La décision définitive ne peut être prise qu'après un temps d'observation.

## b) La surveillance du nouveau-né à risque en salle d'accouchement

Tout nouveau-né à risque doit être surveillé de façon continue:

- pour les nouveau-nés à très haut risque (tableau 8), en attendant l'arrivée de l'équipe spécialisée venant du centre de néonatalogie.
- pour les autres, en attendant l'évolution qui permettra de trancher soit pour la suite des soins en pouponnière, si tout va bien, soit pour un transfert dans une unité spécialisée en néonatalogie si besoin est.

Ce délai d'observation est court. Il est de l'ordre de 3 à 4 heures. Il permet de s'assurer qu'un enfant est en train de normaliser rapidement son adaptation à la vie extra-utérine. A la fin de ces 3 à 4 heures, un nouvel examen médical est nécessaire. S'il n'est pas normal, le transport s'impose (9).

**Tableau 8**  
Nouveau-nés à haut risque périnatal, chez lesquels un transport peut être prévu d'emblée; parfois même avant la naissance

- Enfants très prématurés (< 34 semaines)
- Enfants de petit poids de naissance (< 2000 g)
- Graves troubles de l'adaptation à la vie extra-utérine
- Malformations nécessitant un traitement précoce

**Tableau 9**  
Facteurs pouvant influencer la décision du transfert dans un centre spécialisé de néonatalogie.

	plutôt en faveur	plutôt contre le transfert
- Poids de naissance (g)	< 2500, > 4500	2500-4500
- Semaines de gestation	< 35	> 35
- Grossesse à risque	+	
- Naissance à risque	+	
- Problème isolé: par exemple tachypnée s'améliorant rapidement pendant les 4 premières heures de vie*		+
- Radiographie thoracique suspecte ou pathologique	+	
- pH	< 7.25	> 7.25
- PaCO <sub>2</sub> , mm Hg	> 50	25-50
- PaO <sub>2</sub> (FIO <sub>2</sub> < 0.4) mm Hg	< 70	> 70
+ sous surveillance continue en incubateur, si possible par la sage-femme s'occupant aussi de mère. Sinon par un personnel soignant qualifié.		

Le nouveau-né à risque doit être surveillé en incubateur (10), de préférence par la même sage-femme qui surveille la mère. Lorsque cela n'est pas possible, cette surveillance doit être effectuée par un personnel soignant qualifié. Le tableau 4 donne les éléments de surveillance et montre le haut degré de professionnalisme que cette surveillance exige. Les connaissances acquises au cours de ces dernières années montrent, qu'une partie importante des lésions cérébrales s'installe dans les heures qui suivent la naissance (figure 4). On sait aussi qu'une chute de la tension artérielle est aussi dangereuse qu'un manque d'oxygène. La pression sanguine (ou tension artérielle) doit donc être contrôlée (figure 9). Jusqu'à il y a quelques années, ce paramètre de surveillance était négligé. Avec les nouvelles connaissances de la perfusion cérébrale du nouveau-né, son contrôle est indispensable. Aujourd'hui, des appareils de mesure de la tension artérielle pour le nouveau-né existent et ils sont simples à utiliser.

Tableau 10  
Surveillance du nouveau-né à risque

- Enfant déshabillé, placé dans un incubateur
- Température initiale de l'incubateur pendant la période de surveillance

Poids de naissance (g)	température (C)
< 2000	36
2000-2500	35
> 2500	32-34

- Contrôles réguliers de la fréquence respiratoire, de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la température rectale et, si nécessaire, de la fraction inspirée d'oxygène.
  - Surveillance de la couleur de la peau, de la perfusion périphérique, et des signes cliniques de détresse respiratoire.
  - Surveillance de l'état d'éveil, de la motricité spontanée et du tonus musculaire.
- Examens paracliniques: glycémie, hématoctrite, équilibre acido-basique, RX thoracique.

### c) Les problèmes liés au transport du nouveau-né à risque dans une unité spécialisée en néonatalogie

Le mieux serait de pouvoir transporter la mère avant l'accouchement. Sur le plan humain, social et médical cette solution ne présente que des avantages. Lorsque ce n'est pas possible, il faut être conscient que le transport du nouveau-né à risque est une entreprise délicate (5, 17) qui mérite d'être préparée soigneusement (tableau 10). La survie et la qualité de la survie vont dépendre d'une surveillance et de soins ininterrompus depuis la naissance jusqu'à la stabilisation de l'enfant dans une unité de néonatalogie. Il est essentiel que ceux qui ont assuré la surveillance et les soins à la mère et à l'enfant, pendant l'accouchement, continuent la surveillance et les soins du nouveau-né à risque jusqu'à l'arrivée de l'équipe de transport. L'équipe venant du centre de néonatalogie est présentée aux parents. Dans toute la mesure du possible l'enfant est montré à la mère et au père avant le départ.

L'équipe de transport (médecin + infirmière + ambulancier ou pilote) prend alors l'enfant en charge et assure les mêmes prestations pendant le transport en ambulance ou en hélicoptère que celles qui seront nécessaires pendant toute la durée des soins spécialisés.

Lorsque cette durée est brève, ce qui est souvent le cas, l'enfant est transféré à nouveau vers la maternité pour retrouver sa mère.

## Résumé et conclusions

Les connaissances acquises en périnatalogie ont permis de circonscrire un petit groupe d'enfants, les nouveau-nés à hauts risques périnataux.

Chez ces enfants, la survie et la qualité de la survie s'est beaucoup amélioré au cours de ces 15-20 dernières années. Ce groupe mérite une attention et des soins particuliers car les contrôles à long terme (études de «follow-up») montrent qu'un certain nombre d'enfants continuent à présenter des handicaps majeurs qui auraient pu être évités.

L'utilisation des ultrasons comme moyen d'investigation neurologique a permis de démontrer que la majorité des lésions cérébrales apparaissent pendant les premières heures de vie (éventuellement les tout premiers jours). Ces examens ont aussi démontré que les lésions graves étaient provoquées tout autant par une hypoperfusion cérébrale que par une hypoxie.

Ces nouvelles connaissances soulignent la position centrale que peut occuper la sage-femme pour assurer la continuité de la surveillance et des soins avant, pendant et durant les heures qui suivent la naissance d'un nouveau-né à risque. Ces connaissances lui imposent aussi des nouvelles exigences professionnelles qui touchent:

### L'appréciation de la situation

La connaissance des problèmes de la

mère, du déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le résultat de l'examen pédiatrique sont essentiels pour une appréciation correcte de la situation.

Ces informations doivent pouvoir être transmises de façon simple et précise (voir l'appendice et le modèle de feuille de surveillance, fig. 10).

### La surveillance et les soins

La surveillance et les soins pendant les heures qui suivent la naissance d'un nouveau-né à haut risque sont aussi importants qu'une réanimation correcte au moment de la naissance.

### Les contrôles des signes vitaux

La perfusion périphérique et la tension artérielle méritent une attention soutenue. Une baisse de la tension artérielle (avec son risque d'hypoperfusion cérébrale) est un signe aussi inquiétant qu'une cyanose (avec son risque d'hypoxie cérébrale).

Appendice:

### Feuille de surveillance du nouveau-né Guide pratique pour son utilisation

Cette feuille de surveillance a été mise au point par le groupe suisse de néonatalogie (10), elle vise les objectifs généraux suivants:

- être un dossier unique qui contienne toutes les informations utiles touchant la mère, la grossesse, l'accouchement, l'adaptation postnatale et l'évolution pendant les premières heures de vie.
- être un dossier pluridisciplinaire (sage-femmes, obstétriciens, infirmières, pédiatres).
- être un dossier utilisable pour tous les nouveau-nés avec évolution simple.
- être un dossier adapté pour les nouveau-nés à risque et utilisable comme feuille de transfert dans un centre de néonatalogie.
- être un document d'enseignement.

La moitié gauche de la feuille est réservée à l'anamnèse maternelle, à la grossesse et à l'accouchement:

### Anamnèse maternelle

Cette rubrique comprend le nombre de grossesses (... geste), le nombre d'enfants accouchés (... pare), et l'âge de la mère; ainsi que son groupe sanguin et ses antécédents médicaux.

## Grossesse actuelle

Ce tableau est divisé en 3 parts qui correspondent aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> tiers de la grossesse; les abréviations suivantes ont été utilisées:

- HTA pour hypertension artérielle isolée: noter la tension systolique et diastolique.
- US pour examen ultrasonographique.
- L/S: rapport lécithine / sphingomyéline.

## Accouchement

Sous présentation, noter: céphalique, siège, transverse, en précisant si possible (occipito-iliaque droite antérieure par exemple). Les trois colonnes qui suivent touchent: le risque infectueux, les informations évoquant une souffrance fœtale (signe d'alarme sub-partu), enfin les interventions nécessaires, ainsi que le type d'anesthésie. La moitié droite de la feuille est réservée au score d'Apgar, à l'âge de gestation et la croissance intra-utérine, à l'adaptation postnatale.

## Adaptation immédiate et réanimation

Les premières 60 minutes de vie figurent sur la première ligne. A 1', 5' et 10', appréciation de l'Apgar avec les commentaires sur les manœuvres de réanimation (oxygène, ventilation au masque, intubation, injection intraveineuse). Lorsque celles-ci se poursuivent au-delà de 10', l'appréciation de l'évolution de l'état de l'enfant peut se faire à l'aide de la même grille en notant la cyanose (- = absente, + = présente), la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque (par minute), la réactivité et le tonus musculaire (N = normale, ↓ = diminuée, ↑ = augmentée), ainsi que la température rectale (degré C).

## Age de gestation et croissance intra-utérine

La durée de gestation est notée en semaines. Le poids, la taille et le périmètre crânien de l'enfant peuvent être reportés sur les courbes de croissance avec l'indication des percentiles.

## Adaptation postnatale

Ce tableau porte les éléments de surveillance en salle d'accouchement. Les rubriques précédées d'un astérisque sont particulièrement importantes chez tout nouveau-né à risque. La première subdivision touche l'adaptation respiratoire. FR = fréquence respiratoire, cette fréquence doit être comptée sur 1 minute. Une FR dépassant 60: minute est une tachypnée.

La deuxième subdivision touche l'adaptation circulatoire à la vie extra-utérine. FC = fréquence cardiaque: tachycardie si la fréquence cardiaque dépasse 160, bradycardie si elle est inférieure à 90-100 battements/minute. TA = Pression artérielle, voir les valeurs physiologiques sur la fig. 9; une TA systolique à < 40 mm Hg comporte un grave risque d'hypoperfusion cérébrale. Le temps de recoloration est mesuré en appuyant sur la face externe de la jambe. Relâcher brusquement la pression du pouce et mesurer le temps nécessaire à la recoloration de la peau; lorsque ce temps dépasse 2 à 3 secondes, la perfusion périphérique est diminuée.

La subdivision suivante touche l'adaptation neurologique à la vie extra-utérine, la posture et la motricité spontanée sont observées sans toucher l'enfant; l'appréciation du tonus comporte le tonus des MI, le tonus des MS et le tonus axial (angle poplité, signe de l'écharpe, suspension ventrale). Une lésion de la clavicule ou du plexus brachial peut être mise en évidence par un Moro asymétrique, une préhension anormale (grasping). Un ictère présent immédiatement après la naissance doit être signalé par un signe +, et entraîne des investigations complémentaires. La présence de pétéchies et/ou d'une hépatosplénomégalie entraîne la recherche d'une infection.

Les examens paracliniques simples sont inscrits dans la subdivision suivante: pH, HK = hématoците, glycémie. Lorsque l'enfant doit être surveillé en incubateur, la température de l'incubateur lue sur le thermomètre, ainsi que les suppléments d'oxygène (soit en fraction inspirée d'oxygène, soit en litre/minute) sont notés. Enfin, une prophylaxie de l'hypoglycémie par alimentation précoce, ou un traitement par injection intraveineuse, est notée sous glucose: préciser la quantité et la concentration.

## Présence ou absence de malformation ou de signes dysmorphiques

Cette information est cochée par oui lorsque des signes dysmorphiques ou des malformations sont présentes: préciser le status dans l'examen médical du nouveau-né.

## La mise au sein en salle d'accouchement

est notée en bas à droite avec les éléments de nursing et l'observation de la première miction et du premier méconium.

Références pour l'article nouveau-nés à risque

1. Calame, A., Marchand, C., Drapel, J.B., Ingnoli, J.P., Lemos, L., Micheli, J.L. and Prod'hom, L.S.: Bilan à 18 mois de 165 nouveau-nés à risque périnatal élevé. Sozial- und Präven-

tivmedizin. 19,85, 1975.

Calame, A., Reymond-Goni, I., Maherzi, M., Roulet, M., Marchand, C. and Prod'hom, L.S.: Psychological and neurodevelopmental outcome of high risk newborn infants. Helv. paediat. Acta 31,287, 1976.

3. Calame A., Ducret, S., Jaunin, L. and Plancherel, B.: High risk appropriate for gestational age and small for gestational age preterm infants. Helv. paediat. Acta 38,39, 1983.

4. Commey, J.O.O. and Fitzhardinge, P.M.: Handicap in the preterm small-for-gestational age infant. J. Pediat. 94, 799, 1979.

5. Dangel.: Probleme der sekundären Reanimation des Neugeborenen. In: Aktuelle Probleme der Perinatalen Medizin. Forum Medici No 16, Nyon, 1973.

6. Drillen, C.M.: Growth and development in a group of children of very low birthweight. Arch. Dis. Child 33, 10, 1958.

7. Fitzhardinge, P.M. and Ramsay, M.: The improving outlook for the small prematurely born infants. Dev. Med. Child Neurol. 15, 447, 1973.

8. Fitzhardinge, P.M.: Follow up studies in infants treated by mechanical ventilation. Clin. Perinatol. 5, 451, 1978.

9. Greene, W.T.: Organisation of Neonatal Transport Services in support of a regional referral center. Clinics in Perinatology, 7: 187, 1980.

10. Groupe suisse de Néonatalogie. Feuille de surveillance de nouveau-né. Prof. Calame, Lausanne, 1983.

11. Hack, M., Fanaroff, A. and Merkatz, I.: Low-Birth-Weight Infant a evolution of a changing outlook. N. Engl. S. Med. 301, 1162, 1979.

12. Illingworth, R.S.: The development of the infant and young child, normal and abnormal. 5th ed. Churchill Livingstone, Edinburgh/London 1972.

13. Klaus, M. and Fanaroff, A.: Care of the high risk neonate. 2nd ed. Saunders, Philadelphia 1979.

14. Lansky, M., Kiely, J., Paneth, N. and Kline, J.: Intrauterine growth retardation and prematurity in the etiology or cerebral palsy: a reassessment of the evidence. Develop. Med. Child Neurol. 23? 119, 1981.

15. Levene, M.I., Wigglesworth, J.S. and Dubowitz, V.: Cerebral structure and intraventricular haemorrhage in the neonate: a real-time ultrasound study. Arch. Dis. Child 57, 410, 1982.

16. Levene, M.I., Fawer, C.L. and Lamont, R.F.: Risk factors in the development of intraventricular haemorrhage in the preterm neonate. Arch. Dis. Child 57, 410, 1982.

17. Micheli, J.L.: Le transport du nouveau-né à risque. Hôpital Suisse 48: 15-17, 1984.

18. Micheli, J.L. and Lauener, P.A.: Zyanose beim Neugeborenen. Pädiat. Fortbildk. Praxis 57: 167-191, 1983.

19. Pape, K.E. and Wigglesworth, J.S.: Haemorrhage, Ischaemia and the Perinatal Brain. Heinemann, London and Lippincot, Philadelphia 1979.

20. Rothberg, A.D., Maisels, M.J., Bagnato, S., Murphy, J., Gifford, K., McKinley, K. and Palmer, E.A.: Outcome for survivors of mechanical ventilation weighing less than 1250 g at birth. J. of Pediat. 98, 106, 1981.

21. Volpe, J.J.: Neurology of the Newborn. Saunders, Philadelphia/London 1981.

22. Ziegler, A.L., Calame, A., Marchand, C., Passera, M., Reymond-Goni, I. and Prod'hom, L.S.: Cerebral distress in full-term newborns and its pronostic value. A follow up study of 90 Infants. Helv. Paed. Act 31, 299, 1976.