

PEDIATRIE



**PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ LORS DE L'ACCOUCHEMENT
EXTRA-HOSPITALIER (VERSION COURTE)**

REDACTION : Membres du bureau du Baby-RENAU
VALIDATION : Dr Catherine MAREY et Commission Scientifique du RENAU

MAJ du 22/01/2019

ANTICIPATION

- + Terme ?
- + Facteurs de risque de mauvaise adaptation vie extra-utérine ?
- + Couleur, aspect du liquide amniotique ?
- + risque hypothermie, anoxo-ischémie, anémie

PREPARATION, VERIFICATION MATERIEL, REPARTITION DES ROLES



Valve de PEP 0-10



Manomètre de pression insufflation

valeurs attendues de SpO₂ en fonction du temps de vie :

temps	SpO ₂ attendue
2 minutes	60%
3 minutes	70%
4 minutes	80%
5 minutes	85%
10 minutes	90%

Mesure SpO₂ au membre supérieur droit

T 0**NAISSANCE : EVALUATION EN MOINS DE 30 SEC****Ventilation efficace ? Cri franc? Tonus?**

OUI

Séchage, bonnet, protection thermique
 Désobstruction au besoin
 Peau a peau
 Clamper cordon à 1-2'
 Surveiller V°/ coloration / tonus/ FC

1 OU +NON : objectif = ventilation efficace à 1min

CHRONOMETRE, clampage immédiat du cordon
PHASE A= position neutre : désobstruction buccale
 puis nasale : Ø Ch 8-10 , -100 a 150 cm H₂O
 Stimulation plantaire et dorsale
 Monitoring fréq. cardiaque +++ et SpO₂ Mb sup droit
 ! Ne pas différer gestes de bases pour poser monitoring

PROTECTION THERMIQUE+++

T 30sec**EVALUATION A 30''-40'' : VENTILATION, FC, TONUS**

Apnées ? Gasps? FC<100? , appel renfort?

PHASE B : VENTILATION en PRESSION POSITIVE = VPP (après phase A)A débiter avant 1e minute de vie si V° inefficace, Fi O₂ = 0,213 à 5 premières ventilations : \nearrow Ti : 2-3 sec, Pmax 25 cm H₂O

puis P manuelle suffisante pour => soulèvement thoracique, fréquence 40/min, PEP 4-5 cm H₂O
 vérifier efficacité (soulèvement, SpO₂, FC> 100, étanchéité ?)

OUI

VENTILATION EFFICACE

NON

Poursuivre insufflations 30''
 Insufflation = 1 sec
 FiO₂ = 0,21
 Adaptation SpO₂ à cinétique physio. ?

F.O.P ? - Fuites ? : positionnement +++ ? V° à 4 mains ?
 - Obstruction ?
 - Pressions suffisantes ?
 \nearrow FiO₂ - Intubation (IOT) à envisager (selon expertise)

T 60 sec**EVALUATION à 30''-40'' de VPP efficace : Ventilation, FC, tonus****FC>100 et ventilation efficace**

- arrêt Ventilation pression positive
 - réévaluation / 30''
 - surveiller SpO₂

FC<100

- poursuite VPP 40/min
 - efficacité VPP ??
 - tendance SpO₂ \geq valeurs attendues?
 - sinon \nearrow FiO₂ : O₂ 9 L/ min (obj/ FiO₂≈1)
 (adaptée à objectifs SpO₂)

FC<60 = PHASE C = RCP 3:1

FiO₂ = 1 et Compressions thoraciques coordonnées 3 :1
 (fréq: 90 CT+ 30V/min) 20 séquences
 IOT si expertise (vérifier repères P+6, position, fixation, EtCO₂)
 Sonde Gastrique

T 90-120 sec**EVALUATION à 30''- 40'' : Ventilation, FC, tonus****60<FC<100**

- STOP des Compressions thoraciques
 - Vérifier efficacité Ventilation → poursuite VPP
 - Transport sous CPAP ?
 - FiO₂ adaptée à objectifs SpO₂
 - Avis spécialisé

FC<60 = PHASE D

Poursuite CT et VPP avec FiO₂ = 1
 Si possible KTVO. (CVO 5F purgé, repère 5)
ADRENALINE 10 à 30 µg / kg / 3 à 5' (1mg+ 9ml NaCl 9‰)
 (0,1 a 0,3 ml/kg (50µg/kg si voie IT)
Perfusion 10-20 ml/kg NaCl 9‰ en 10 min

PUIS**EVALUATION TOUTES LES MINUTES +/- REPETITION PHASE D**

-Maintien Normothermie + surveillance glycémique apres 30 min de vie: SG 10% : 3 ml/kg si glyc. < 2,2 mmol/L(0,4g/L) puis 3 ml/kg/H

-Absence amélioration :vérifier: *Déplacement, sélectivité, malposition du tube trachéal? * Obstruction VAS ou sonde? Pression suffisante?

*Pneumothorax? * Equipement, apport O₂?* distension Estomac ?*Hypovolémie? : Hémocue®, *pathologie malformative?: Cardiopathie, hernie diaphragmatique, malf. pulm...**DISCUTER ARRET REA SI ABSENCE DE VIE ET FC à 20 MIN**

MONITORAGE T°