

Prise en charge des enfants prématurés de 34^o/₇ à 36^o/₇ semaines d'âge de gestation

Ces recommandations ont été discutées en groupes lors d'une réunion des le Société Suisse de Néonatalogie le 4 avril 2004 à Berne.

Elles ont été préparées et finalisées par un groupe de travail: P. Baeckert, Zollikerberg; C. Bigler, Berne; H.U. Bucher, Zurich; V. Büttiker, Zurich; P. Donati, Bellinzona; H. Malzacher, St. Gall; M. Nelle, Berne; R. Pfister, Genève

But des recommandations

Près de 5–10% des nouveau-nés naissent entre 34^o/₇ et 36^o/₇ semaines d'âge de gestation (AG). En principe, ces naissances peuvent avoir lieu dans une clinique obstétricale sans rattachement à une unité de néonatalogie.

Cependant, comparés aux nouveau-nés à terme (37^o/₇ jusqu'à 42^o/₇ semaines), les enfants prématurés de cette catégorie d'âge présentent plus de complications à la naissance et durant les premiers jours de vie (Figure 1) et nécessitent une prise en charge médicale et des soins infirmiers spécifiques. Ces lignes directives déterminent un standard minimal à observer.

1. Accouchement dans une clinique obstétricale sans unité de néonatalogie rattachée

À partir de 34^o/₇ semaines d'AG, la naissance dans une clinique obstétricale sans rattachement à unité de néonatalogie est possible si un personnel adéquatement formé et un équipement approprié (voir points 10 et 11) sont disponibles. Si des risques supplémentaires de troubles de l'adaptation existent, un transfert avant l'accouchement dans une clinique obstétricale rattachée à un service de néonatalogie doit être envisagé.

En effet, 30% à 50% des enfants nés prématurément entre 34^o/₇ et 36^o/₇ semaines ainsi que 10% à 20% des enfants nés entre 35^o/₇ et 36^o/₇ semaines nécessitent un transfert postnatal dans un centre de néonatalogie suite à un ou plusieurs troubles de l'adaptation.

Un enfant né prématuré restera hospitalisé plus longtemps qu'un enfant né à terme (tableau 1).

2. Exigences de personnel

- Sages-femmes et infirmières spécifiquement formées
- Pédiatre (avec expérience en néonatalogie) doit toujours être informé lors de menace d'accouchement prématuré, il sera présent à la naissance ou rapidement joignable et sur place
- Visite médicale journalière à la maternité avec évaluation de l'enfant. En cas de surveillance continue (monitoring) d'un enfant, le personnel soignant doit être en mesure d'atteindre l'enfant dans un délai de 30 secondes (la responsabilité de cette intervention ne doit pas être déléguée à la mère).

3. Exigences d'équipement

- Table avec lampe chauffante et/ou surface chauffante pour la surveillance de l'adaptation primaire ainsi que pour les premiers soins
- Mélangeur air-oxygène (blender) recommandé
- Incubateur et oxymètre pour la surveillance lors de troubles de l'adaptation
- Pulsoximètre adapté pour nouveau-nés (indication à l'oxygénothérapie)
- Accès à la mesure des gaz sanguins, de la glycémie et de l'hématocrite par prise de sang capillaire.
- Lit chauffant pour la prophylaxie de l'hypothermie

4. Indications pour le transfert dans un centre de néonatalogie

- Prématurité < 34–35 semaines AG
- Poids à la naissance < 1800–2000 g
- Mère porteuse de streptocoques du groupe B sans traitement antibiotique adéquat (4 heures avant la naissance) (www.neonet.ch)
- Risque infectieux (fièvre maternelle «sub partu», rupture des membranes plus que 18 heures avant la naissance) et signes cliniques après la naissance
- Syndrome de détresse respiratoire (SDR) progressif

Âge de gestation (semaines)	Durée d'hospitalisation (jours)		
	25 ^{ème}	50 ^{ème}	75 ^{ème} percent
34 ^o / ₇ à 34 ^o / ₇	13	16	19
35 ^o / ₇ à 35 ^o / ₇	7	12	13
36 ^o / ₇ à 36 ^o / ₇	7	9	10

Tableau 1: Combien de temps un enfant né prématuré restera-t-il hospitalisé avant de rentrer à domicile? (Szabo et al. 2002)

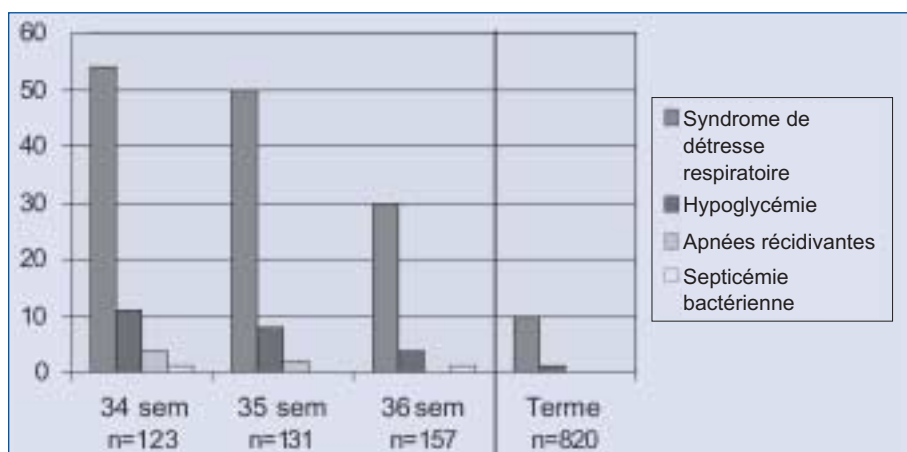


Figure 1: Fréquence des troubles de l'adaptation en fonction de l'âge gestationnel Szabo P.; Arlettaz R.; Bucher H.U., Réunion annuelle de la Société Suisse de Pédiatrie, 2002 Fribourg

- SDR sans signes d'amélioration nette 4 heures après la naissance
- Hypothermie < 35.5° C
- Hypoglycémie persistante (glycémie < 2.5 mmol/l après prise de dextrine-maltose)
- Augmentation de la bilirubine > 10 µmol/l par heure
- Anémie (hématocrite < 40%) ou polyglobulie (hématocrite veineux > 65%) *Measure uniquement sur indication clinique, pas chez tous les enfants prématurés*
- Épisode d'apnée même unique (épisode cyanotique indépendant de la prise alimentaire)
- Perte pondérale > 10% du poids corporel

5. Adaptation primaire

Les recommandations suisses de prise en charge des nouveau-nés à la naissance sont valables à partir de 34% semaines d'AG (www.neonet.ch -> publications). Puisque l'enfant prématuré présente plus souvent des problèmes d'adaptation respiratoire, des troubles de l'homéostasie thermique, des hypoglycémies ainsi qu'un risque infectieux accru, le pédiatre responsable doit être informé lors de menace d'accouchement prématuré. Le pédiatre ou un médecin avec expérience dans la prise en charge néonatale sera présent à la naissance.

6. Respiration

Les troubles de la respiration sont fréquents. La surveillance de ces enfants doit donc être régulière et les causes traitables investiguées. En cas d'aggravation ou de persistance, le transfert dans un service de néonatalogie doit être rapidement organisé.

7. Chaleur / Energie

La température centrale (rectale) normale se situe entre 36.5–37.5 °C. Après la naissance et après chaque toilette ou bain, l'enfant doit être soigneusement séché pour prévenir une perte de température par évaporation. L'enfant peut être mis en contact peau à peau sur sa mère (mise au sein), les deux étant couverts par des draps chauds (attention, tout en permettant l'évaluation de la couleur du visage). Des petits vêtements thermiques (laine polaire ; fleece) ainsi qu'un bonnet de même matériel sont très efficaces pour combattre les pertes de chaleur en particulier de la tête.

Pour les premiers deux à trois jours de vie, un lit chauffant réglable est optimal. Les bouillottes présentent un risque non négligeable de brûlures et ne doivent pas être uti-

lisées. Si la température d'un nouveau-né descend au-dessous de 35.5 °C (rectal) ou qu'il ne se réchauffe pas au-delà de 36.5 °C, l'indication au transfert dans un centre de néonatalogie est donnée.

8. Alimentation

Après la naissance, les enfants prématurés doivent recevoir dès que possible, mais au plus tard deux heures après la naissance, une alimentation avec une solution de dextrine-maltose 10% (alimentation précoce). Ces enfants recevront ensuite toutes les 3–4 heures du lait maternel complété au besoin par (5)–10 ml de dextrine-maltose ou lait adapté* (comparer swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol14/n4/alimnn-fr.html -> recommandations). Pour les enfants en dessous de 35% semaines d'AG, il est conseillé d'utiliser un lait adapté en supplément du lait maternel dès la naissance. Un conseil professionnel en allaitement est important.

9. Hypoglycémies

En raison du risque d'hypoglycémie, l'indication au contrôle de la glycémie sanguine avant les trois premiers repas est donnée. Ces glycémies doivent être supérieures à 2.5 mmol/l. En cas de glycémie inférieure à 2.5 mmol/l sans symptômes d'hypoglycémie, l'enfant recevra immédiatement du dextrine-maltose ou du lait adapté et la glycémie sera contrôlée à nouveau une heure plus tard. Si la glycémie ne se normalise pas, le pédiatre doit en être informé sans tarder et un transfert dans un centre de néonatalogie (traitement i.v.) sera organisé (www.neonet.ch).

10. Hyperbilirubinémie

Les enfants prématurés ont un risque accru de développer un ictère nucléaire. Les limites de photothérapie sont donc plus sévères (basses) que chez le nouveau-né à terme (selon recommandations 190 à 240 µmol/l www.neonet.ch). Durant les premières 48 heures de vie, un contrôle cutané clinique à la recherche d'un ictère doit être effectué toutes les 8 heures. Dès l'apparition d'un ictère, un contrôle de la bilirubine sérique est indiqué. Une prudence particulière est importante chez les enfants prématurés de couleur cutanée foncée chez lesquels la mesure

* Le point 6 des recommandations UNICEF pour l'encouragement à l'allaitement (le nouveau-né sain ne nécessite en règle générale pas d'autre alimentation ou liquide que le lait maternel) n'est valable que pour les nouveau-nés à terme et non pas les enfants prématurés.

transcutanée de la bilirubine n'est pas établie dans cette catégorie d'âge.

11. Infections

Une infection peut être la cause de la prématurité. Une surveillance stricte, initialement aux 4 heures, puis aux 6–12 heures pendant au moins 48h doit inclure la couleur de la peau, le comportement, la respiration, la fréquence cardiaque et la température. Si la mère est porteuse d'un streptocoque du groupe B, la prématurité augmente le risque d'infection. En cas de prophylaxie antibiotique maternelle insuffisante (moins de 4 heures avant la naissance) et de risques supplémentaires ou des signes infectieux cliniques, un transfert dans un centre de néonatalogie est nécessaire (www.neonet.ch).

12. Soins de la peau

La peau de l'enfant prématuré est particulièrement sensible, raison pour laquelle il faut éviter des bains trop fréquents et utiliser des savons avec un pH neutre. Les soins du cordon seront identiques pour les enfants prématurés et à terme.

13. Critères pour le transfert de la salle d'accouchement à la maternité (rooming-in)

- Poids de naissance supérieur à 1800–2000g
- Adaptation sans problèmes
- Status sans particularité
- Température rectale > 36.5° C
- Glycémie > 2.5mmol/l

14. Critères pour la sortie de la maternité

- Mère en mesure de soigner et nourrir l'enfant de façon indépendante
- Enfant en mesure de maintenir une température rectale > 36.5° sans apports de chaleur externe
- Enfant en mesure de boire une quantité correspondant à 10% de son poids corporel par jour et de prendre du poids
- L'examen clinique ne présente aucune indication à des investigations et traitements urgents
- La mère est informée du soutien par les puéricultrices qui sont mises au courant de la situation, ceci en particulier pour les primipares
- Un premier contrôle chez le pédiatre est organisé à l'âge de 2–3 semaines (plus tôt que pour un nouveau-né à terme).