Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA dans les 2 1ères heures de vie

Environnement de la naissance :

- La salle de naissance doit avoir une T° de 23 -25°C avec une lumière faible, une absence de bruit, respect de l'intimité, avec un nombre de personnes limité et des portes fermées.
- Une table d'examen présente dans la salle permet de prendre en charge les nouveau-nés pour des soins simples, sans transfert dans une autre salle et en présence de la mère et du conjoint.

Soins au nouveau-né :

1. Evaluation

L'ILCOR définit le nouveau-né normal lorsque la réponse est « oui » aux 4 questions suivantes **:**

- ✓ Est-ce que le nouveau-né est à terme ?
- ✓ Est-ce que le liquide amniotique est clair ?
- ✓ Est-ce que le nouveau-né respire ou crie ?
- ✓ Est-ce que le nouveau-né a un bon tonus ?

- Le nouveau-né normal ne doit pas être séparé de sa mère. Il peut être séché avec un 1er lange, placé directement sur la poitrine de la mère, couvert avec un 2ème lange sec et bonnet pour maintenir la température. Son visage est dégagé et visible
- Une rapide évaluation de l'état du nouveau-né est réalisée sur le ventre de la mère

En cas de nécessité d'évaluation plus fine le nouveau-né peut être mis sur une table d'examen ou une table de réanimation chauffante, dans la salle de naissance ou dans une salle de prise en charge attenante, pour être examiné.

2. Le clampage du cordon

- Clampage retardé (au moins une minute) pour tout nouveau-né présumé normal (aucune contre-indication)
- Ne modifie pas les résultats du pH fœtal veineux et artériel prélevés ensuite au cordon

3. Peau-à-peau (PAP)

Les soins de routine sont à effectuer après un contact prolongé ininterrompu du nouveau-né avec sa mère

Contre-indications à la mise en peau-à-peau en salle de naissance

- Surveillance régulière impossible, en raison d'une activité importante au bloc obstétrical (nombre, pathologies), ou de la non-disposition de la sage-femme au bloc obstétrical.
- Mère qui n'est pas en situation de surveiller son nouveau-né

Modalités du peau à peau :

– Information donnée aux parents avant la mise en PAP
  Libre choix de la mère et du couple
  Expliquer les risques le mieux possible (et donc la surveillance nécessaire) sans faire peur ni culpabiliser

- Luminosité suffisante de la salle pour voir la couleur du nouveau-né
- Le PAP peut se faire en salle de surveillance post interventionnelle en cas de césarienne selon les organisations (bloc obstétrical isolé, ou bloc général commun). Dans ce cas la surveillance de la femme et du nouveau-né est généralement dévolue à l'équipe obstétricale.
- Mère ou père en position semi-assise (en fauteuil pour le père avec possibilité d'appel (sonnette pour appel des professionnels)
- Nouveau-né nu avec ou sans couche (selon demande des parents
  Mis sur la poitrine nue de la mère ou du père
  En position ventrale, tête sur le côté, cou non fléchi, nez bien dégagé
  Tête recouverte d'un bonnet, corps recouvert en dégageant le visage
  En s'assurant que le nouveau-né ne puisse pas glisser avec risque de chute
- La présence du père ou d'un accompagnant est souhaitable, mais la surveillance ne repose pas sur l'entourage. L'entourage doit avertir en cas de problème ou en cas d'absence (information)
- Surveillance régulière par personnel. La surveillance (éventuelle) par monitoring ne dispense pas d'une surveillance physique par les professionnels
- Traçabilité de la surveillance par les professionnels
- Le PAP est bénéfique quelle que soit sa durée mais optimal à partir d'une heure

4. Pas d'indication à pratiquer d'aspiration pharyngée

sauf si encombrement manifeste (sonde molle ≥ N°8, sans dépasser plus de 5 cm à partir des lèvres avec une dépression de 100 à 150 mmHg)

5. Aspirations/ frottis gastriques

La recherche systématique de la perméabilité oesophagienne (dépistage de l'atrésie de l'œsophage) n'est pas recommandée

Mais rechercher l'atrésie :

- en cas d'anamnèse obstétricale et échographique
- en cas de signes chez le bébé (hyper-salivation « mousse buccale », détresse respiratoire, ou anomalies à la première tétée...)

Technique de recherche de l'atrésie : test de la seringue avec une injection de 10 cc d'air par une sonde gastrique avec auscultation de la zone épigastrique.

Pas de prélèvements/frottis gastriques sauf infection ou colonisation maternelle pendant la grossesse ou à l'accouchement à E Coli BLSE (selon recommandations HAS infections bactériennes néonatales précoces – diffusion prévue automne 2017)

6. Aspirations nasales et dépistage d'atrésie des choanes

Pas d'indication systématique des **aspirations nasales** ni de **passage de sonde dans les choanes** pour le diagnostic d'atrésie des choanes.

- Les aspirations sont à réserver, après avis pédiatrique, en cas d'encombrement manifeste et en cas de détresse respiratoire avec recherche de l'air par « bouche ouverte » de l'enfant
- Le dépistage se fait soit avec détection de buée en face de chaque narine avec un miroir ou une cuillère soit avec un fil ou un coton en face de chaque narine pour observer un mouvement d'air. Le passage d'une sonde n° 4 ou 6 est traumatique pour les muqueuses nasales et est réservée en cas de signes patents ou d'encombrement manifeste.

7. Alimentation du nouveau-né

La première tétée en cas d'allaitement maternel (ou le premier biberon) est proposée dans les deux premières heures en l'absence de facteur de risque d'hypoglycémie.

Pour les nouveau-nés allaités, la première tétée en peau-à-peau peut être laissée au libre choix de la mère et du nouveau-né.
Pour les nouveau-nés au biberon, on peut proposer une tétée de colostrum qui n'a pas de fonction à favoriser l'allaitement maternel ultérieur.

8. Soins directs

- Règles d'hygiène pour les soignants :

Lavage des mains simple ou désinfection par friction sur des mains sans bagues ni bijoux, sans montre au poignet et avec des blouses à manches courtes.
L'utilisation d'une sur-blouse n'est pas consensuelle et pourrait être réservée aux soignants prenant en charge d'autres nouveau-nés ou des enfants (internes, pédiatres.)

- La maternité favorise au maximum la place du conjoint

- Le nouveau-né est placé sur une table d'examen et les soins peuvent être réalisés dans l'ordre suivant :
  - Pose d'un **bracelet d'identification** au bras de l'enfant [1] (à mettre dès la naissance)
  - Pose du **clamp de Barr** à environ 1 cm de l'abdomen et section du cordon avec ciseaux stériles par une personne avec des gants (stériles ou non prévention des accidents d'exposition au sang). La présence de 2 artères + 1 veine sera vérifiée.
    Un pansement n'est pas nécessaire et le cordon peut être laissé à l'air (en dehors de la couche).
    Examen clinique : voir infra.
  - **Pesée**. La mesure de la taille et du périmètre crânien peut être effectuée dans les jours suivants. Le poids est à confronter à l'âge gestationnel pour classer, selon les percentiles, le nouveau-né en eutrophique, hypotrophique ou macrosome.
  - **Prise de température** par voie axillaire; l'étendue de la température normale se situe entre 36.6°C et 37°5C. Il n'y a pas de consensus pour savoir s'il faut considérer, en cas de prise axillaire, le résultat brut ou ajouter 0,5° C. Le groupe de travail considère que la prise de température ano-rectale peut entraîner des ulcérations
  - **Pas de désinfection oculaire systématique.** En cas de facteur de risque de gonococcie un traitement est à administrer.
  - **Administration de vitamine K** en prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né par voie orale à la dose de 2 mg = 0.2 mL de la vitamine K Roche®
  - Un dosage de la glycémie par bandelette est réservé sur indication médicale : PAG ou retard de croissance intra-utérin, diabète maternel, macrosomie…
  - Pas d'indication de la mesure de la saturation en O^2 pour un nouveau-né normal.
  - La **traçabilité des soins** est réglementaire. Le carnet de santé est rempli dans sa partie correspondante. Le score d'Apgar correspondant au nouveau-né doit être noté ; il n'y a aucune raison de noter un score d'Apgar erroné dans le carnet de santé (10 alors qu'il était à un autre chiffre par exemple).

9. Examen clinique en salle de naissance

- A réaliser avant la fin de la 2ère heure de vie et obligatoirement avant qu'il ne soit transféré dans le service des suites de couches
- Il peut être réalisé par la sagefemme responsable de l'accouchement ou le pédiatre
  (Un examen plus complet sera effectué par un pédiatre avant la sortie de maternité)

[1] Procédure d'identitovigilance et droit de l'enfant à une identité Art 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant

L'objectif de ce premier examen est de dépister des anomalies et malformations, le plus souvent externes et donc facilement repérables, nécessitant soit une prise en charge rapide avec l'appel du pédiatre, soit une information auprès des parents. Des signes d'appel échographiques peuvent orienter l'examen.

Les anomalies à rechercher sont les suivantes

- Anomalies du crâne, de la face et du cou, céphalhématome et bosse séro-sanguine, fentes labiales et vélo-palatines par l'inspection et le toucher au doigt
- Anomalies du visage : paralysie faciale
- Anomalies des yeux : observation des pupilles et de la cornée,
- Paralysie du plexus brachial, fracture de clavicule
- Anomalies de la paroi abdominale,
- Malformations ano-rectales : inspection visuelle en écartant les fesses
- Malformations des organes génitaux externes
- Anomalies des extrémités et des membres : doigts ou orteils surnuméraires, pieds mal positionnés,
- Anomalies du rachis
- Auscultation cardiaque et pulmonaire
- Palpation des pouls fémoraux
- Tout autre signe ou tout ensemble de signes pouvant évoquer une anomalie (chromosomique par exemple).

Traçabilité obligatoire de de cet examen dans le dossier du nouveau-né

Documents utiles

- ILCOR (International Liaison COmmittee for Resuscitation) recommandations 2015
- Documents RSN :
  Peau à peau
  Anomalies des organes génitaux à la naissance : diagnostic et prise en charge
  Hypoglycémie du nouveau-né en maternité : diagnostic et prise en charge

Document mis à jour en 2017 (versions antérieures: édition initiale commissions pédiatres / SF 10 juillet 2006 puis version révisée 4 juillet 2013 (pour la mise en peau-à-peau)

A venir (automne 2017) recommandations HAS infections néonatales bactériennes précoces
Relecture / mise à jour de ce document à prévoir fin 2017/ janvier 2018