

Cas clinique: Accouchement inopiné et Prématurité en pré hospitalier

Dr LAVOIGNET

Urgences CHU HAUTEPIERRE
SAMU/SMUR 67 STRASBOURG

Retour d'expérience

- ▶ Régulation: jeune femme 23 ans, accouchement imminent, tête à la vulve 2^e geste.
- ▶ Reste de l'interrogatoire: **impossible** (anxiété)
- ▶ Délais de route: 20-25 minutes



-
- ▶ Arrivée de l'équipage SMUR: 10 minutes après la naissance
 - ▶ Cordon clampé et coupé par ISP depuis 5 minutes.
 - ▶ Enfant manifestement hypotrophe
 - ▶ Désobstruction, mouchage simple, bonne adaptation respiratoire initiale

 - ▶ Mère stable (délivrance simple)
-



- ▶ Interrogatoire sur le terme: prématurité évaluée 32 SA.
- ▶ Clinique:

▶ APGAR 9

	0	1	2
Coloration	Tronc bleu ou pâle	Tronc rose Extrémités bleues	Tronc et extrémités roses
Respiration*	aucune	superficielle	cri vigoureux
Tonus	flasque	moyen	vigoureux
Réactivité**	aucune	faible	vive
Fréquence cardiaque (par min.)	0	< 100	> 100

Score d'Apgar * L'évaluation pour des enfants ventilés est notée par un trait (-).
 ** Réactivité = motricité spontanée, cris, éternuement, toux.

▶ Source: Fauchère J, Pediatrca, 2012


- ▶ Glycémie capillaire = 0,60 g/L
- ▶ Température 37,2°C
- ▶ TRC < 3 sec

Suite

- Installation VSAV
- Peau à peau
- Mise en route
- Enfant:
 - Dégradation respiratoire rapide, détresse majeure
 - Cyanose
 - Saturation < 50%
 - Geignement
- Délais route: 15-20 minutes



-
- Ventilation masque: Saturation 85%
 - Décision d'Intubation Orotrachéale
 - Sonde 2,5 sans ballonnet
 - Ventilation manuelle micro volumes
 - Saturation > 90%
 - O2 3L/min

 - Après 5 minutes: extubation accidentelle, réintubation sonde n°3 avec ballonnet
-
- 

-
- ▶ Température conservée
 - ▶ Glycémie à 30 minutes de vie: 0,55 g/L
 - ▶ Installation:
 - ▶ VSAV, couverture de survie + linge
 - ▶ Chauffage ++
 - ▶ Contact de l'équipe de garde en réanimation néonatale pour réception avec couveuse, SAS des urgences pédiatriques.



Réanimation néonatale

- ▶ Ré intubation naso-trachéale sonde sans ballonnet
- ▶ Cathéter ombilical
- ▶ Surfactant
- ▶ Extubation J5, relais CIPAP
- ▶ Évolution favorable par la suite



Nouveau-né prématuré

Quelques repères...

Température

- ▶ Lutte contre l'hypothermie ++ (rapide)
- ▶ Moyens:
 - ▶ Séchage
 - ▶ Bonnet
 - ▶ Linge, couverture survie
 - ▶ Source thermique diverse (chauffage véhicule, sèche cheveux...)
 - ▶ Sac grêle
 - ▶ Peau à peau



Glycémie

- ▶ Normale = Supérieure à 0.5g/L
- ▶ Intérêt d'une voie d'abord
- ▶ KT VO= idéal
- ▶ MAIS: pas de matériel en SMUR « adulte »
- ▶ En cas d'hypoglycémie: G 10% 2mL/ kg
- ▶ **Éviter G 30%**



Hémodynamique

- ▶ FC cible 120-160
- ▶ TRC < 3 sec



Respiratoire

- ▶ Risque de MMH avec épuisement respiratoire rapide < 34 SA
- ▶ Clinique
- ▶ Saturation: attention persistance physiologique du canal artériel
 - ▶ mesure de la saturation **membre supérieur DROIT**
- ▶ Cible = **88-94%** (hyperoxie néfaste)



Ventilation

- ▶ Indications d'intubation
 - ▶ Détresse respiratoire
 - ▶ **Inhalation méconiale** (CI formelle à la ventilation au masque!)
 - ▶ Bradycardie < 100 malgré ventilation au masque



Ventilation

- ▶ **Intubation**

- ▶ Voie **naso**-trachéale privilégiée (fixation, confort, etc.)
- ▶ Voie **oro**-trachéale si inexpérience de la voie naso-trachéale

- ▶ **Adapter la taille de la sonde**

- ▶ **Ballonnet?**

- ▶ Éviter
- ▶ Complications voies aériennes
- ▶ Temporaire (urgence)
- ▶ Adapter la pression du ballonnet +++ (XX)



Ventilation

- ▶ Dans l'idéal ventilation avec système Neopuff
- ▶ PEP=recrutement alvéolaire
- ▶ A défaut ventilation bavu pédiatrique, microvolumes (!)
fréquence 40-50/minutes
- ▶ Pmax 15-20 cm H₂O



Induction / sédation ?

- ▶ **Avantages sédation démontré dans la littérature**
 - ▶ Meilleure réalisation technique
 - ▶ Diminution du risque de complications
 - ▶ Douleur
- ▶ **Différence intubation en urgence versus intubation non urgente**
- ▶ **MAIS: 75-80% d'intubation sans prémédication en salle de naissance**
 - ▶ Rapport bénéfice risque (urgence, délais voie d'abord...)
 - ▶ Evolution progressive des pratiques...

Durrmeyer X, Pediatr Crit Care Med 2013

Durrmeyer X, Pediatr Crit Care Med 2013



Conclusion

- ▶ Situations rares
- ▶ Sollicitation dès que possible du SMUR pédiatrique
- ▶ Principale complication du grand prématuré
= **détresse respiratoire**
- ▶ Prévention de l'**hyperoxie**
- ▶ Prévention **hypothermie-hypoglycémie**



Remerciements

- ▶ Dr Claire LANGLET, PH réanimation néonatale/
SMUR pédiatrique, Haute-pierre.

