

NOTIONS DE PUERICULTURE

NOUVEAU NE NORMAL ET PATHOLOGIQUE

QUELQUES DEFINITIONS

- La grossesse comporte 41 semaines de gestation
- Prématurité : avant 37 SA de grossesse
- Post-terme (post-mature) : après 42 SA
- Période néonatale : du 1er au 28ème jour
 - *Précoce : du 1er au 7ème jour
 - * Tardive : du 7ème au 28ème jour
- période périnatale : de la 28ème semaine de gestation au 7ème jour de vie.

i. **PHYSIOLOGIE : LE FŒTUS**

- **Oxygéné** par sa maman via le placenta et la veine ombilicale (1 veine et 2 artères)
- **Poumon foetal court-circuité** : Hypertension pulmonaire ; Canal artériel ouvert ; passage entre les oreillettes par le foramen ovale
- **Saturation en oxygène basse** +/- 60%
- **Circulation Fœtale physiologique**

PHYSIOLOGIE : A LA NAISSANCE

- **Dépression respiratoire** : 1ère inspiration Levée de l'H.T.A.P
- **fermeture** du Foramen Ovale
- **Fermeture** du canal artériel
- **Saturation** passe progressivement de 60 a 96% en 20 minutes

BUT DE L'EXAMEN A LA NAISSANCE

- Vérifier la bonne adaptation cardiorespiratoire : **Score d'Apgar +++**
- Vérifier l'absence de détresse respiratoire : **indice de Silvermann**
- Vérifier l'absence de malformation grave
- Faire les premiers soins systématiques

I. **Le nouveau-né et son adaptation à la vie extra utérine**

1. **Caractères physiques normaux à la naissance**

a. **Les mensurations**

- Poids: 3 à 3.5 kg
- Taille: 50 cm
- Périmètre crânien: 34 à 35 cm
- Périmètre thoracique: 33 cm

b. **La peau**: Mince, rose, fragile, douce, légèrement cyanosée si hypothermie ou jaune si ictère.

- Le lanugo
- Le vernix caseosa
- Les points miliaires
- La desquamation
- La tâche mongolique
- Les angiomes plans

c. **Le crâne** : Gros et disproportionné par rapport au reste du corps.

Il y a deux fontanelles (antérieure et postérieure).

Il peut y avoir aussi :

- Une bosse séro-sanguine

- Un céphalématome

d. **Le thorax** : Écoulement blanchâtre au niveau des glandes mammaires.

e. **Le dos** : Rachis rectiligne.

f. **L'abdomen** : Volumineux et mobile à la respiration.

On peut observer le cordon ombilical

g. **La région génito-anale** :-Anus

- Organes génitaux

h. **Les membres** Généralement en flexion et avec une gesticulation spontanée.

II. Mise en route de toutes les fonctions vitales

- Adaptation circulatoire
- Adaptation respiratoire
- Adaptation rénale
- Thermorégulation
- Glycorégulation

III. Soins et examens à la naissance

1) Test D'APGAR

- **Indice de vitalité à la naissance**, estime la souffrance fœtale pendant l'accouchement
- **Côté** à 1, 3, 5, et 10 minutes
- **Régit la réanimation immédiate** si le bébé ne va pas bien : Côté de 0 à 10
 - **0** = État de Mort Apparente --- réanimation++
 - **10** = va très bien

Très important à connaître

- **Un mauvais score d'ApGAR** n'est pas forcément de mauvais pronostic
- **Un bon score d'ApGAR** ne veut pas forcément dire que le bébé n'a pas souffert ou qu'il n'aura pas de séquelles
- Cependant un score **< à 5 persistant après 5 minutes** n'est pas de bon pronostic.

Test D'APGAR

Cotation \ Critère	0	1	2
A = aspect (couleur)	Pâleur, cyanose	Corps rosé, extrémités cyanosées	Couleur normale
P = pouls	Absent	Lent, < 100 par minute	> 100 par minute
G = grimace à une stimulation	Absente	Grimace et cri faible	Cri vigoureux
A = activité (tonus musculaire)	Hypotonie	Légère flexion des extrémités	Bon tonus, mouvements actifs
R = respiration	Absente	Lente, irrégulière, gasping	Bon cri vigoureux

2) Indice de SILVERMAN

- Rechercher une détresse respiratoire
- Recherche les signes de lutte respiratoire et l'importance de la **détresse respiratoire**
- Coté de 0 à 10
 - **0** = Pas de D.R
 - **10** = D.R sévère : Contraire du score d'Apgar

3) Score de silverman

Critère	Cotation		
	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale
Tirage	Absent	Intercostal	Intercostal + sus-sternal
Entonnoir xiphoïdien	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Au stéthoscope	A l'oreille

4) Vérifier l'absence de malformation grave apparente

➤ Examen rapide

- Rechercher une atrésie des choanes
- Rechercher une atrésie de l'œsophage
- Rechercher une atrésie anale
- Rechercher une fente palatine

➤ Premiers soins en salle de naissance

- *Si le nouveau-ne va très bien*

l s'assurer de la bonne adaptation cardiorespiratoire
(bon apgar, pas de DR)

l Sécher l'enfant

l Le mettre en peau a peau contre la poitrine de sa mère, sur le cote en vérifiant sa respiration

l Mise

- Aspiration des mucosités
- Vérification de l'intestin
- Instillation de gouttes de vitamine K et d'antiseptique
- Examen clinique
- Bracelet d'identification
- Taux d'oxygène (prise sang)

5) Les premiers contacts avec le bébé

- Le papa donne son premier bain au bébé.
- Habillage du nouveau-né.
- Allaitement une demi-heure après la naissance

6) Surveillance et soins de l'enfant à la maternité

a) Surveillance

- Température
- Poids
- Alimentation
- Respiration
- Selles
- Urines

b) Le test de Guthrie Prélèvement de quelques gouttes de sang au niveau du talon du nouveau-né.

Ce test dépiste la phénylcétonurie et diagnostique une hypothyroïdie

c) Soins

- Toilette
- Soins de l'ombilic
- Nez
- Oreilles
- Yeux
- Siège
- Ongles

- Peau
- Température de l'enfant et de la pièce
- Coucher
- Sorties
- Surveillance
- Visite médical
- Recommandations

ii. **Psychologie**

1) Le portage

- Il permet le contact permanent avec les parents.
- Il a souffert de séaffectation à l'époque moderne...
- Le porte-bébé peut être acheté ou fabriqué.
- Le portage est agréable pour la mère (ou le père) et pour l'enfant.
- Le portage réduit les pleurs, l'agitation.
- Il facilite l'attachement parents – enfant.
- Il renforce le sentiment de compétence et de confiance en soi des parents.
- Les bébés portés reçoivent beaucoup plus de stimuli.
- Ils sont sécurisés par le contact

2) Le massage

- Le contact physique, les caresses et les massages doux sont aussi importants pour bébé que le lait maternel et des linges propres.
- Un massage donne confiance au bébé, il favorise le bien être et développe la conscience de sa propre valeur.
- D'après les scientifique, le massage accroîsserait la production d'hormones de croissance.
- Les bébés étant peu caressés ont plus tendance à souffrir de stress et leur métabolisme fonctionne au ralenti, ce qui ralenti leur croissance.

3) Les caresses – le toucher

- L'enfant apprend à avoir confiance dans les autres et à modéliser ses interactions de manière à donner de l'importance à la qualité affective dans ses relations.
- Le système immunitaire sera renforcé.
- La conscience de son corps dans l'espace sera plus nette.

4) L'objet transitionnel

- Objet indispensable pour s'endormir.
- Il contient un univers sécurisant, univers des possibles et des réalités.
- Le « doudou » représente en partie les parents et en partie l'enfant, intermédiaire entre le réel et l'imaginaire, la présence et l'absence, la sécurité et l'aventure.
- Il permet à l'enfant d'accepter l'absence des parents. Il lui sert de rempart protecteur face à l'inconnu.
- L'entrée du doudou dans la sphère de l'enfant constitue le passage vers une relation d'objet, c'est à dire vers la possibilité de percevoir un objet nettement différencié du sujet.
- La présence du doudou dure pendant toute la petite enfance. Au début constamment présent, puis caché dans le sac de l'enfant ou confié et enfin laissé sur le lit.
- Lorsqu'il quitte le lit, il devient objet culte et garde aux yeux de l'enfant toute la valeur de ses premières années.

5) Succion du pouce

- Le bébé a besoin de téter, de sucer, en dehors de toute sensation de faim.
- Le besoin de succion est physiologique au cours des 6 premiers mois de vie. Après cet âge, le besoin de succion n'est plus un instinct, mais un besoin de réconfort, un « consolateur ».

6) Bercement

- Le bercement sécurise le nourrisson, car il lui rappelle le rythme cardiaque maternel.
- C'est un excellent moyen de consolider le lien parent – enfant.

iii. **L'allaitement maternel**

a) Réponses aux besoins nutritionnels

- Nutriment nécessaire à la croissance.
- Le lait maternel change de composition selon l'âge de l'enfant.
- La succion du nouveau-né stimule la lactation.
- Des compléments alimentaires doivent être ajoutés.
- La digestion du lait maternel se fait en une heure et demi.

b) Avantages de l'allaitement maternel

- Haute valeur nutritionnelle
- Grande digestibilité
- Pouvoir anti-infection
- Pouvoir anti-allergique

c) Réponses aux liens psycho-affectifs mère - enfant

- Moment privilégié
- Influence déterminante sur la formation de l'enfant puis de l'adulte
- Assure la continuité de la relation mère – enfant

- Rapport d'intimité mère - enfant
- Point de référence stable pour l'enfant

d) Difficultés liées à l'allaitement

a. Pour la mère

- Crevasses, gerçures
- Engorgements mammaires
- Douleurs des mamelons
- Contractions intenses lors des tétées
- Lymphangites
- Galactoporite
- Abscesses

b. Pour l'enfant

- Difficultés à saisir le mamelon
- L'enfant n'a pas encore le réflexe de succion

c. Éducation - Prévention

- Mettre l'enfant au sein chaque fois qu'il pleure
- Installation confortable
- Hygiène rigoureuse
- Soutien-gorge plus large et adapté pour l'allaitement
- Alimentation équilibrée
- Dormir un maximum
- Diminution possible de la sécrétion au retour à domicile
- Éviter les compléments de lait artificiel ou d'eau sucrée
- Surveillance médicale si prise de médicaments
- Éviter tabac et alcool
- Possibilité de donner son lait au lactarium

iv. Les naissances à risque

1) Les risques maternels et fœtaux

a) Les risques maternels qui peuvent avoir des conséquences sur le nouveau-né

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Grossesses multiples • HTA, toxémies gravidiques et leurs complications • Diabète insulino-dépendant • Hémorragies • Troubles de la coagulation sanguine | <ul style="list-style-type: none"> • Femmes sous anticoagulants • Cardiopathies • Insuffisances respiratoires • Accouchements dans un contexte fébrile • Alcoolisme - Tabagisme |
|--|--|

b) Les risques fœtaux

- Pathologie « classique »
- Macrosomie
- Dépassement de terme de la mère
- Macrosomie en dehors du diabète, foetopathie, états malformatifs fœtaux
- Accouchement dystocique
- Circonstances de l'accouchement

2) Définition de la prématurité

Trois catégories:

- La prématurité simple
- La grande prématurité
- La très grande prématurité

3) La morphologie du prématuré Le score de Farr permet de diagnostiquer la maturation morphologique.

4) Causes de la prématurité

- Grossesses multiples
- HTA gravidique
- Malformations utérines ou béances du col utérin
- Excès de liquide amniotique
- Infections
- Alcoolisme, tabagisme

- Précocité
- Prématurité spontanée ou provoquée
- Pré-éclampsie
- Hématome rétro-placentaire
- Souffrance fœtale
- Diabète déséquilibré
- Incompatibilité rhésus s'aggravant

5) Risques engendrés par la prématurité

- Hypothermie
- Mort apparente du prématuré
- Pausés respiratoires
- Détresse respiratoire aiguë
- Pneumopathies subaiguës (syndrome de mikity & Wilson, poumon des ventilés)
- Infections
- Hypoglycémie
- Hypocalcémie
- Réserves minérales et vitaminiques faibles
- Ictère par immaturité
- Ictère nucléaire
- Hémorragie cérébro-méningée
- Immaturité rénale

6) Soins et surveillance du prématuré en incubateur

a) Préparation du Box

- Au niveau de l'incubateur
- Matériel de réanimation

b) Arrivée de l'enfant

- Préparer balance, respirateur.
- Observer la coloration de l'enfant et évaluer l'état de détresse si non intubé.
- Prendre la température de l'enfant, le périmètre crânien, mesurer la taille, aspirer le nez et la bouche, faire désinfection oculaire.
- Poser une sonde gastrique, un collecteur à urines, une voie d'abord.
- Prélèvements bactériologiques et sanguins.
- Utiliser le sérotype prélevé chez la mère.

c) Soins quotidiens

- Soins pour l'incubateur
- Respiration et circulation
- Thermorégulation
- Digestion, alimentation
- Élimination

- Immaturité neurologique
- Hygiène

7) Comment favoriser les liens psycho-affectifs du prématuré hospitalisé?

- Pas d'heures de visites
- Accueil très important
- Éloignement de l'enfant – craintes des parents
- Participation des parents
- Enfant dans les bras des parents

8) Perturbation de l'allaitement maternel du fait de la séparation précoce

- Né à 28 - 30 semaines de grossesse: succion faible et imparfaitement synchronisée avec la déglutition.
- Né à 32 semaines de grossesse: succion meilleure et mieux synchronisée.
- Né à 34 semaines de grossesse: réflexe de succion parfait.

v. Les ictères néonataux : Pigmentation jaune de la peau et des muqueuses.

Différents ictères:

- ✓ L'ictère à la bilirubine libre
- ✓ L'ictère à la bilirubine conjuguée

1) L'ictère physiologique

- Propre au prématuré.
- 8 à 10% des nouveau-nés à terme surtout les garçons, nés par césarienne, nourris au sein ou dont la perte de poids physiologique depuis la naissance est importante.
- Enfant jaune, mais examen clinique négatif.
- Taille du foie et de la rate normale.
- Selles et urines normalement colorées.
- Deux conditions requises pour le diagnostic.
- Examen complémentaire simple nécessaire et suffisant (test de Coombs direct).
- Potentiellement dangereux pour l'encéphale en particulier chez le prématuré.
- Apparaît au-delà des 24 premières heures et disparaît avant les 10 premiers jours

2) Les incompatibilités foeto-maternelles

a) L'ictère du nouveau-né par incompatibilité rhésus

- Le facteur rhésus est un antigène présent à la surface des globules rouges chez 85 % des individus, ces personnes sont rhésus positif.
- Lorsqu'une femme rhésus négatif est enceinte et que le procréateur est rhésus positif, l'enfant peut être rhésus positif ou négatif.
- S'il est rhésus positif, les globules rouges de l'enfant sont considérés comme étrangers par sa mère.
- Lors de l'accouchement, lors des saignements habituels, des globules rouges de l'enfant passent dans la circulation de la mère fabrication maternelle d'anticorps (agglutinines irrégulières) qui vont persister durant toute la vie de la mère.
- Lors d'une grossesse ultérieure, si l'enfant est rhésus positif, les anticorps vont traverser le placenta et attaquer les globules rouges du fœtus anémie hémolytique.
- Parfois moins grave, le bébé naît bouffi, plein d'œdèmes, avec un gros foie et une grosse rate.
- A un degré moindre, c'est l'hémolyse et l'ictère néo-natal précoce qui apparaissent dans les 24 premières heures de vie.
- Nouveau-né pâle et jaune à la fois.
- Augmentation rapide de la bilirubine.
- Un test de Coombs est fait, si le taux est en zone dangereuse exsanguino-transfusion.
- Mesures de prévention : injection à la femme rhésus négatif, ayant eu une amniocentèse, avortée ou accouchée d'un enfant rhésus positif, de gamma-globulines anti D.

3) Le mécanisme de la bilirubine

- Globules rouges fabriqués en permanence dans la moelle osseuse.
- Ils passent dans le sang et meurent au bout de 120 jours dans la rate.
- La bilirubine libre est toxique à partir d'un certain taux.
- Transformation dans le foie de la bilirubine libre en bilirubine conjuguée.
- La bilirubine conjuguée n'est pas toxique.
- Ictère : excès de bilirubine dans le sang, conjuguée ou libre.

4) Le mécanisme et les conséquence de l'ictère physiologique

a) Mécanisme

- Nombre de globules rouges plus élevé que chez l'adulte : Hyper destruction.
- Le nombre de globules rouges détruits peut dépasser les possibilités enzymatiques ⇒ excès de bilirubine et ictère simple dit « physiologique ».

b) Conséquences

L'ictère chez un nouveau-né pose deux problèmes:

- ✓ L'ictère physiologique banal est de bon pronostic, alors que l'ictère cholestatique est une urgence thérapeutique.
- ✓ L'ictère nucléaire.

5) Soins spécifiques au nouveau-né présentant un ictère: la photothérapie

a) Description

- Elle limite l'augmentation de la bilirubine libre au-delà du seuil qui nécessiterait une exsanguino-transfusion.
- Appareil à photothérapie de 4 à 8 tubes, à énergie contrôlée, délivrant une lumière bleue ou blanche.
- Contrôle de l'éclairement réalisé radiomètre VQ 460.

b) Technique de mise en place d'un enfant sous photothérapie

- Lavage des mains avant et après l'installation de l'enfant dans l'appareil.
- Enfant nu, sur un matelas protégé par une alèse.
- Protection des yeux de l'enfant et des testicules (si garçon).
- Mise en marche de l'appareil à l'intensité prescrite.

c) C) Surveillance et gestes particuliers à effectuer lors de la photothérapie

Surveiller:

- ✓ La bonne mise en place des protections.
- ✓ La température de l'enfant et de l'incubateur.
- ✓ Le nombre et l'aspect des selles.
- ✓ Le bon fonctionnement des tubes.
- ✓ La bilirubinémie

Assurer:

- ✓ Une augmentation de la ration hydrique quotidienne.
- ✓ Une variation des positions de l'enfant.
- ✓ La mise en place de gouttes de sérum physiologique dans les yeux

d) Les complications possibles à dépister :-Digestives

-Oculaires

-Métaboliques

-Régulation thermique

-Pigmentaire