

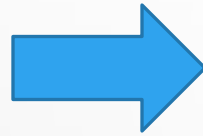
LE NOUVEAU-NÉ, LA PÉRIODE NÉONATALE

VOLET 2- NOUVEAU-NÉ À RISQUE:

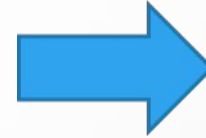
- ICTÈRE
- SPÉCIFICITÉ SELON LE POIDS ET/OU CONDITION MATERNELLE
- INFECTION NÉONATALE

ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE

1 Durée de vie des GR du NN soit 90 jours



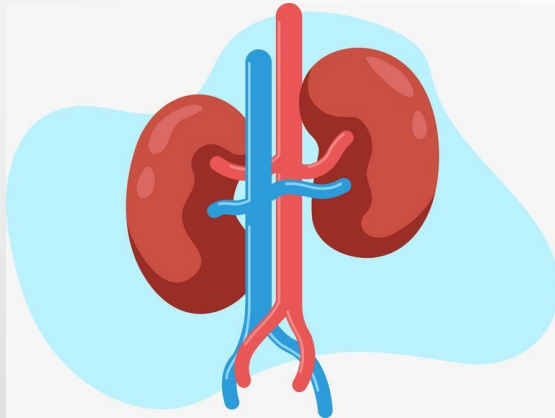
- 2
- Hémoglobine
 - Bilirubine non conjuguée (liposoluble)



3

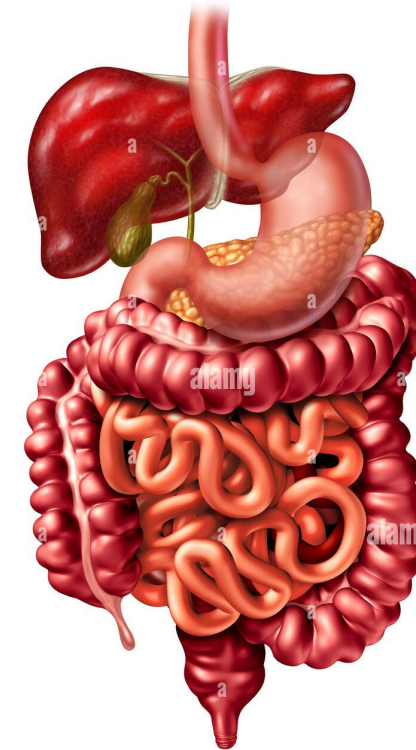


5 La bilirubine non éliminée est réabsorbée par la muqueuse intestinale et acheminée au foie



Une petite quantité de bilirubine est éliminée via les urines (P.789)

Bilirubine non conjuguée devient hydrosoluble grâce à l'action du foie
Puis éliminée dans la bile
Métabolisée par la flore intestinale
Majoritairement éliminée par les selles



4



FACTEURS DE RISQUE

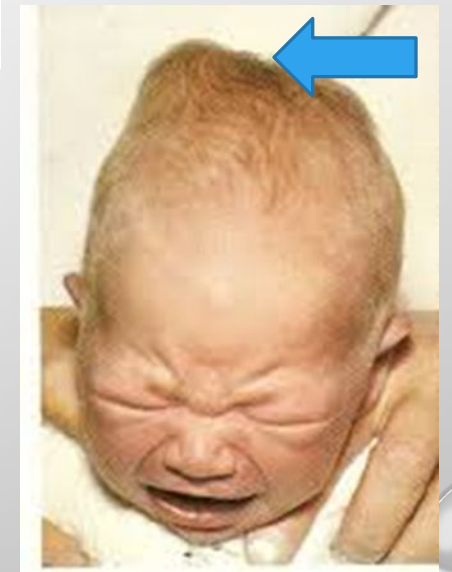
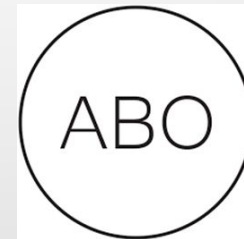
EN GÉNÉRAL LES SITES DE LIAISON AVEC L'ALBUMINE SONT SUFFISANTS. MAIS...

L'HYPOTHERMIE ET L'HYPOGLYCÉMIE LIBÈRENT DES ACIDES GRAS QUI EMPÊCHENT CETTE LIAISON

LE NN PRÉMATURÉ PRÉSENTE MOINS D'ALBUMINE QUE LE NN À TERME



Rhesus



	Apparition	Physiologie	Clientèle cible
Ictère physiologique	Après 24 heures de vie	Augmentation de la bilirubine non-conjuguée dans les tissus	50-60% n-nés à terme 80% prématurés
Ictère pathologique P.785	Avant 24 heures de vie	Concentration élevée de bilirubine sérique. En forte concentration la bilirubine non conjuguée est neurotoxique pouvant contribuer à des séquelles permanentes.	Congé hâtif !
Ictère d'allaitement	Vers 2-4 jours de vie	Apport calorique et liquidien insuffisant ralentissant l'élimination de la bilirubine Inhibition de la conjugaison de la bilirubine par des composantes du lait maternel	10-25% n-nés allaités

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Coloration JAUNE
DE LA PEAU, des
conjonctives et
des muqueuses

Léthargie –
Somnolence

Hypotonie

Diminution de la
fréquence des
boires

Perte de poids

Urine concentrée
(cristaux d'urate)

Attention !

Selles pâles ou
absence de
méconium après
24 hres

Voir P.704 figure
23.27

**Bien compléter
mon examen
clinique ET
identifier les
facteurs de
risque
spécifiques**



DÉPISTAGE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF



Le bilirubinomètre est appliqué sur le **thorax**

INTERVENIR VOTRE

COLLECTE DE
DONNÉES

Dossier, Parents

NN

1. EXAMEN
CLINIQUE NN

2. IDENTIFIER LES
FACTEURS DE
RISQUE SPÉCIFIQUES

3. EFFECTUER LE DJ
ET ANALYSER SELON
LE NOMOGRAMME

4. VALIDER C VOTRE
ENSEIGNANTE

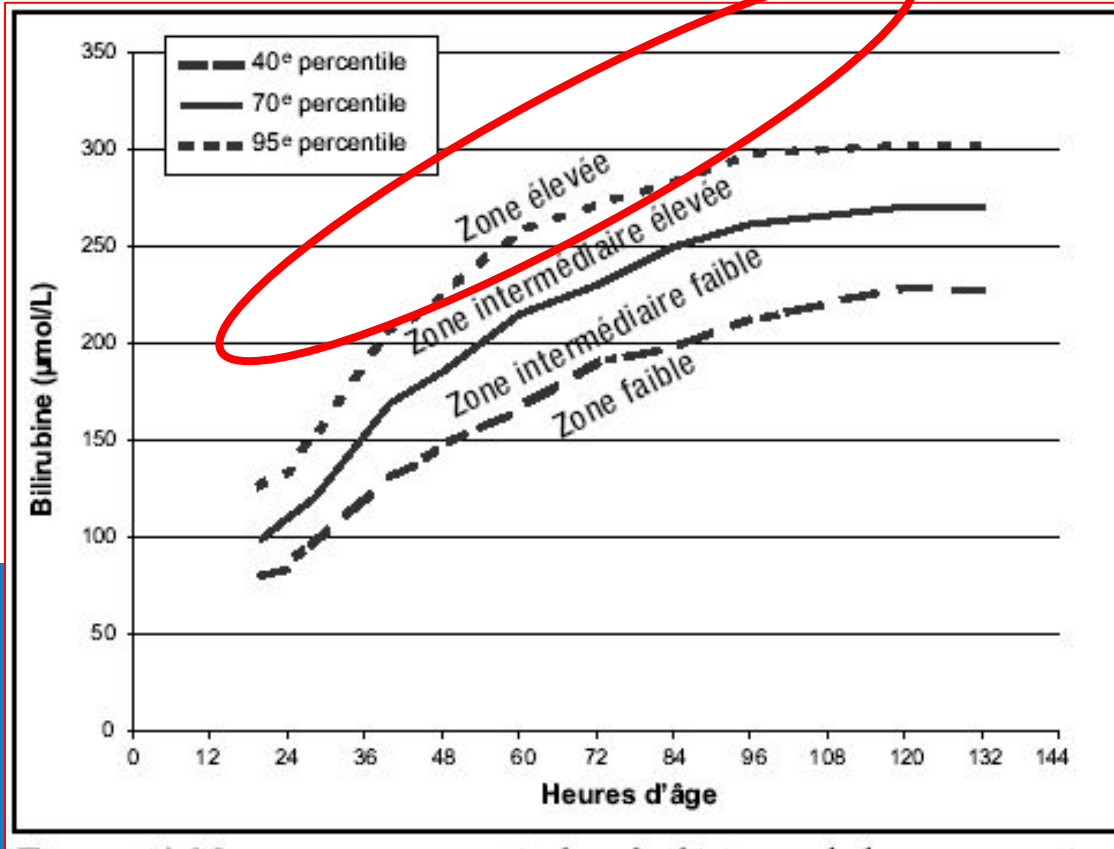
5. INTERVENIR SELON
VOTRE ANALYSE ET
EXPLIQUER AUX
PARENTS

P.597-598

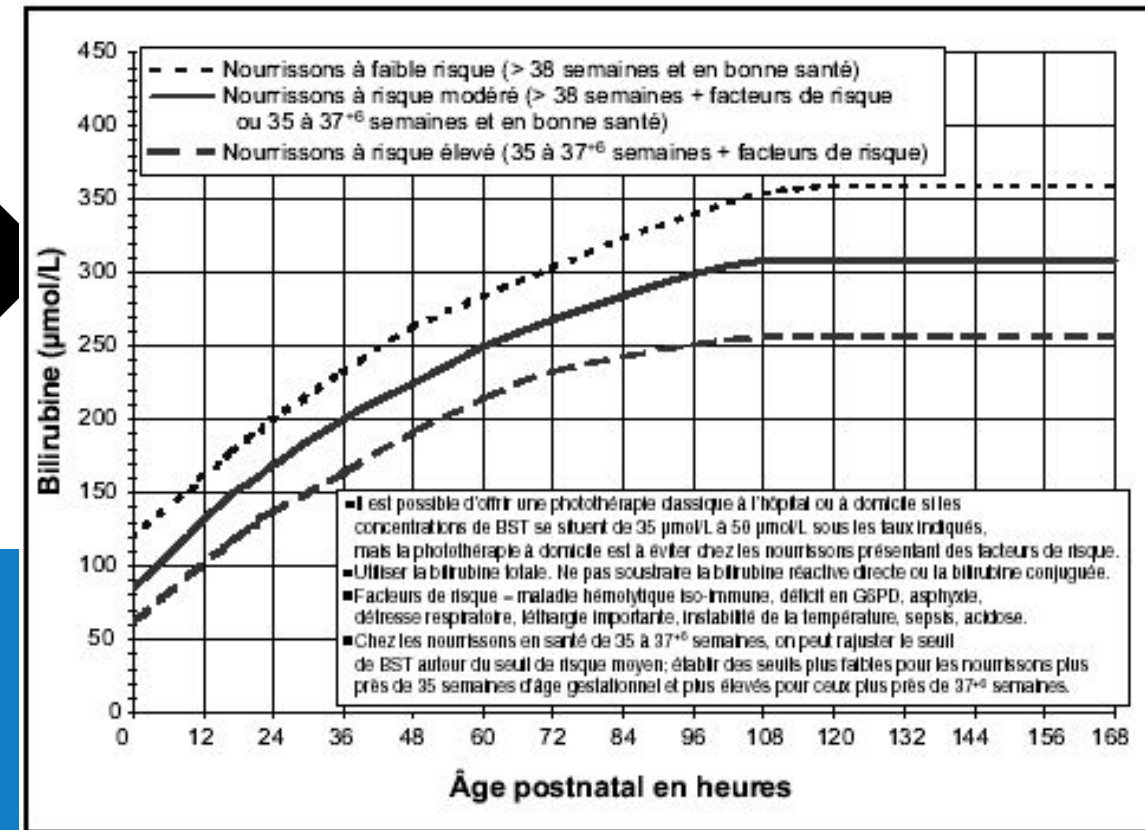
DÉPISTAGE

Si le résultat du bilirubimètre transcutané (DJ) se trouve dans la zone intermédiaire élevée ou élevée, un test de bilirubinémie sérique sera nécessaire.

Nomogramme 1



Nomogramme 2



SUITE À CETTE SECTION JE SAIS QUE ...

1. D'OÙ PROVIENT LA BILIRUBINE ?

2. L'ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE NE TOUCHE QUE LES PRÉMATURÉS

VRAI OU FAUX

3. L'ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE EST PLUS FRÉQUENT CHEZ LES NN D'ORIGINE CAUCASIENNE

VRAI OU FAUX

4. JE SUIS LA VOIE D'ÉLIMINATION LA + EFFICACE DE LA BILIRUBINE CONJUGUÉE

A. LES SELLES

B. L'URINE

C. LA PEAU ET LES MUQUEUSES

5. JE SUIS **PLUS** À RISQUE D'ICTÈRE:

A. NN À 41 SEMAINES DE GESTATION

B. NN DE 35 SEMAINES DE GESTATION

C. NN PAG

D. NN GAG

6. **JE** NE SUIS **PAS** UN FACTEUR DE RISQUE DE L'ICTÈRE

A. PRÉSENCE D'ECCHYMOSE

B. AUCUNE SELLES LORS DU 1^{IER} 24 HRES

C. NN NOURRI AVEC PCN

D. CRISTAUX D'URATE À 72 HRES DE VIE

RISQUES ASSOCIÉS AU PAG ET RCIU (HYPOTROPHIQUE)

	PAG petit poids selon l'âge gestationnel	RCIU retard de croissance intra utérin
	Poids inférieure au 10 ^{ième} percentile	2 types de RCIU
INSTABILITÉ THERMIQUE	Réserves de graisse brune faible, peu de tissus adipeux, possibilité position fléchie difficile, grande surface corporelle/ capacité à conserver la chaleur	
HYPOGLYCÉMIE	Taux insuffisants de réserve de glycogène lié à une surutilisation des réserves durant la vie fœtale et lors des premiers jours de vie	
RÉFÉRENCES	P. 711	

RISQUES ASSOCIÉS AU GAG ET NMD

	GAG Poids élevé selon l'âge gestationnel Macrosomie	NMD Né de mère diabétique
	<ul style="list-style-type: none"> • 4000 g et plus • + 90^e percentile 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertrophie des organes internes • Augmentation des tissus adipeux a/n des épaules • Ascendance autochtone, latino-américaine, asiatique ou africaine
TRAUMA LIÉS À L'ACCOUCHEMENT	<p>Naissance assistée</p> <p>Augmentation du risque de césarienne (présentation de siège + disproportion foeto maternelle)</p> <p>Dystocie de l'épaule, paralysie brachiale</p> <p>Céphalématome</p>	
PÉRIODE NÉONATALE	<p>Perte thermique lié à une grande surface corporelle</p>	<p>Hyperinsulinisme perdure donc risque d'HYPOGLYCÉMIE. L'insuline agit comme hormone de croissance.</p> <p>Retard dans la synthèse du surfactant contribuant à Syndrome Détresse Respiratoire</p> <p>Hyperbilirubinémie : l'hypoglycémie libère des acides gras qui diminue l'affinité avec l'albumine</p>
RÉFÉRENCES	P. 714	P. 715 - P. 717

NOUVEAU-NÉ DE MÈRE DIABÉTIQUE



DIABÈTE GESTATIONNEL

Hyperglycémie maternelle



Glucose élevé franchi la barrière placentaire



Stimulation du pancréas du bébé



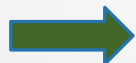
Hyperinsulinémie



Hypertrophie des organes
+ **Macroserie**

P. 715 figure 24.2

Hyperinsulinisme
encore
présent



Risque
d'hypoglycémie
Algorithme SCP

Nouveau-né n'est plus
exposé au glucose maternel



INFECTIONS NÉONATALES

LES INFECTIONS NÉONATALES
S'ACQUIÈRENT **IN UTÉRO**, AU
MOMENT DE L'**ACCOUCHEMENT**
OU PEU APRÈS, AINSI QUE PAR
TRANSMISSION **NOSOCOMIALES**.



APPARITION AU COURS DE **7**
PREMIERS JOURS DE VIE
OU
DÉBUT TARDIF SOIT APRÈS **2**
SEMAINES DE VIE ET AVANT L'ÂGE
DE **3 MOIS**

DÉTRESSE RESPIRATOIRE ET PROCESSUS INFECTIEUX

CAUSES POSSIBLES D'UNE DÉTRESSE RESPIRATOIRE :

P.796

- SEPTICÉMIE RELIÉE À UN **STREPTOCOQUE B +** NON COUVERT CHEZ LA MÈRE
- **RUPTURE PROLONGÉE DES MEMBRANES (+ 18 HRES)**
- SEPTICÉMIE RELIÉE À UNE **CHORIOAMNIONITE**
- **HYPERTHERMIE MATERNELLE** LORS DU TRAVAIL
- **LIQUIDE MÉCONIAL** (SYNDROME D'INHALATION DE MÉCONIUM)
P. 774
- PRÉSENCE DE SÉCRÉTIONS ABONDANTES AU NIVEAU DES VOIES RESPIRATOIRES

P.801 NN ATTEINT D'INFECTION

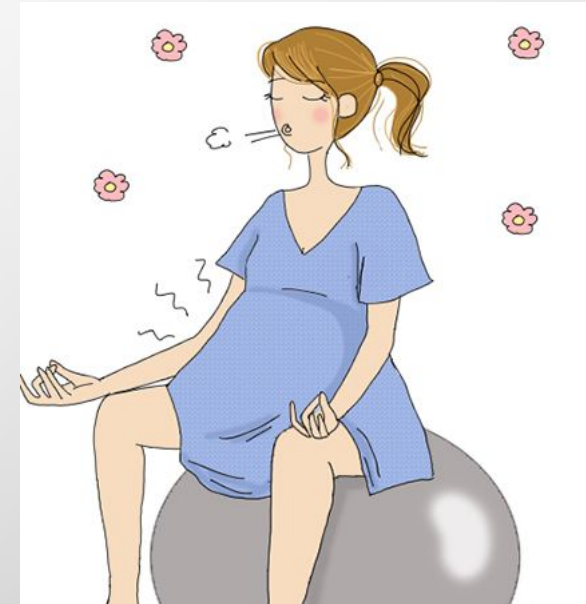
DÉTRESSE RESPIRATOIRE CHEZ LE NOURISSON

PRÉVENTION DES INFECTIONS NÉONATALES



- DÉPISTAGE DES ITSS
- RECHERCHE DES ATCD ANTIRUBÉOLEUX
- ENTRE 35 ET 37 SEMAINES, DÉPISTAGE DE STREPTOCOQUE DE GROUPE B

- DÉTECTER SI HERPÈS ACTIF
- Si SGB +, ANTIBIOTHÉRAPIE
- RESPECT DE L'ASEPSIE



- ONGUENT OPHTALMIQUE ERYTHROMYCINE
SI GONOCOQUES ET/OU CHLAMYDIA +
CHEZ LA MÈRE



MISE EN APPLICATION DE VOTRE COMPRÉHENSION

- **ICTÈRE :** ACTIVITÉ 2 + NO 2-3
- **SPÉCIFICITÉ SELON LE POIDS/CONDITIONS
MATERNELLES:** NO 6-7-9-10
- **INFECTION NÉONATALE :** NO 11-12-13-14



RÉFÉRENCES

- LADEWIG, CHAPITRES 24-25
- INTÉGRATION EN SOINS INFIRMIERS
P.378-379
- CAHIER DU NOUVEAU-NÉ