

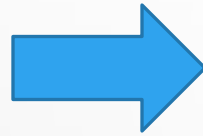
# LE NOUVEAU-NÉ, LA PÉRIODE NÉONATALE

## VOLET 2- NOUVEAU-NÉ À RISQUE:

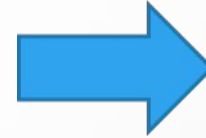
- ICTÈRE
- SPÉCIFICITÉ SELON LE POIDS ET/OU CONDITION MATERNELLE
- INFECTION NÉONATALE

# ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE

1 Durée de vie des GR du NN soit 90 jours



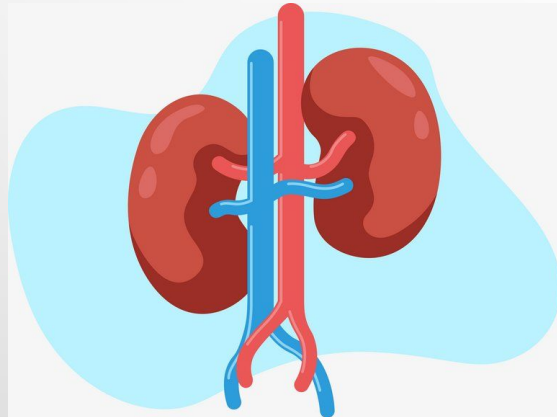
- 2
- Hémoglobine
  - Bilirubine non conjuguée (liposoluble)



3

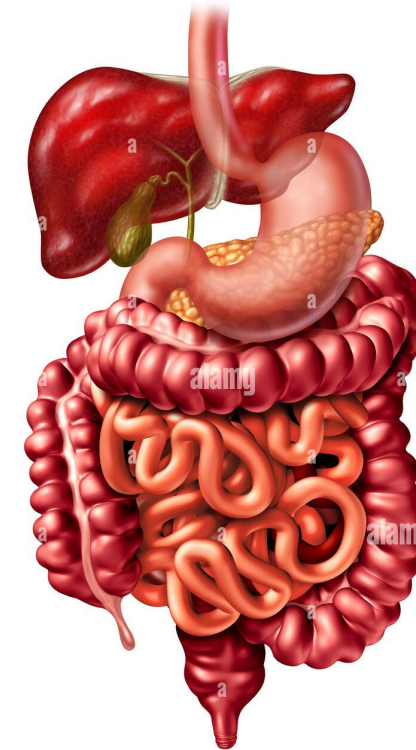


5 La bilirubine non éliminée est réabsorbée par la muqueuse intestinale et acheminée au foie



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

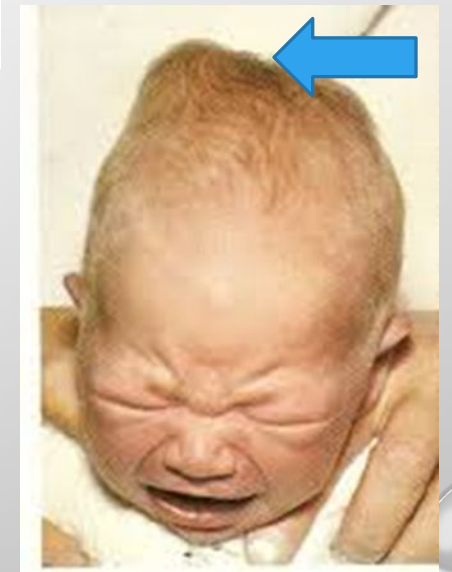
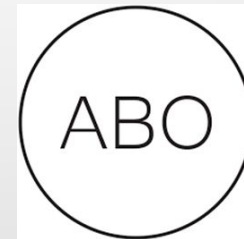
EN GÉNÉRAL LES SITES DE LIAISON AVEC L'ALBUMINE SONT SUFFISANTS. MAIS...

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 <b>physiologique</b>	<b>Après</b> 24 heures de vie	<b>Augmentation</b> de la bilirubine non-conjuguée dans les tissus	50-60% n-nés à terme 80% prématurés
Ictère <b>pathologique</b>  P.785	<b>Avant</b> 24 heures de vie	Concentration élevée de bilirubine sérique. En forte concentration la bilirubine non conjuguée est <b>neurotoxique</b> pouvant contribuer à des séquelles permanentes.	Congé hâtif !
Ictère <b>d'allaitement</b>	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

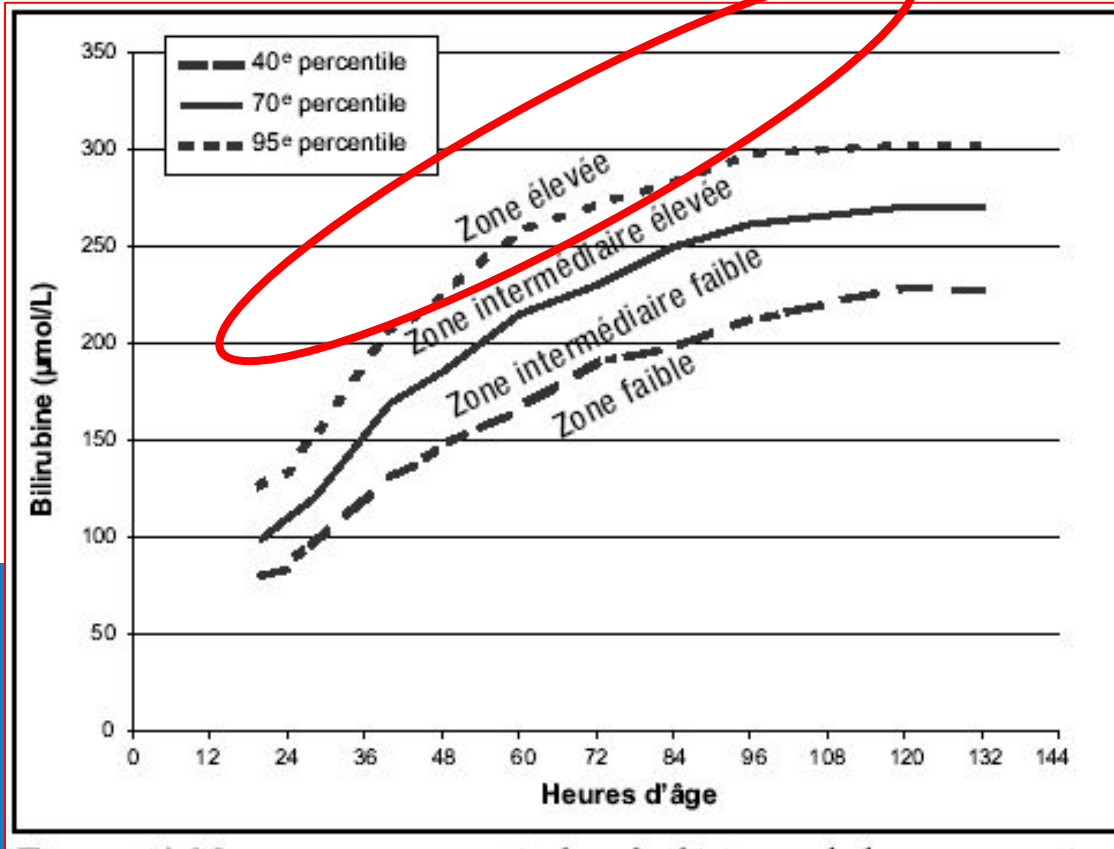
5. INTERVENIR SELON  
VOTRE ANALYSE ET  
EXPLIQUER AUX  
PARENTS

P.597-598

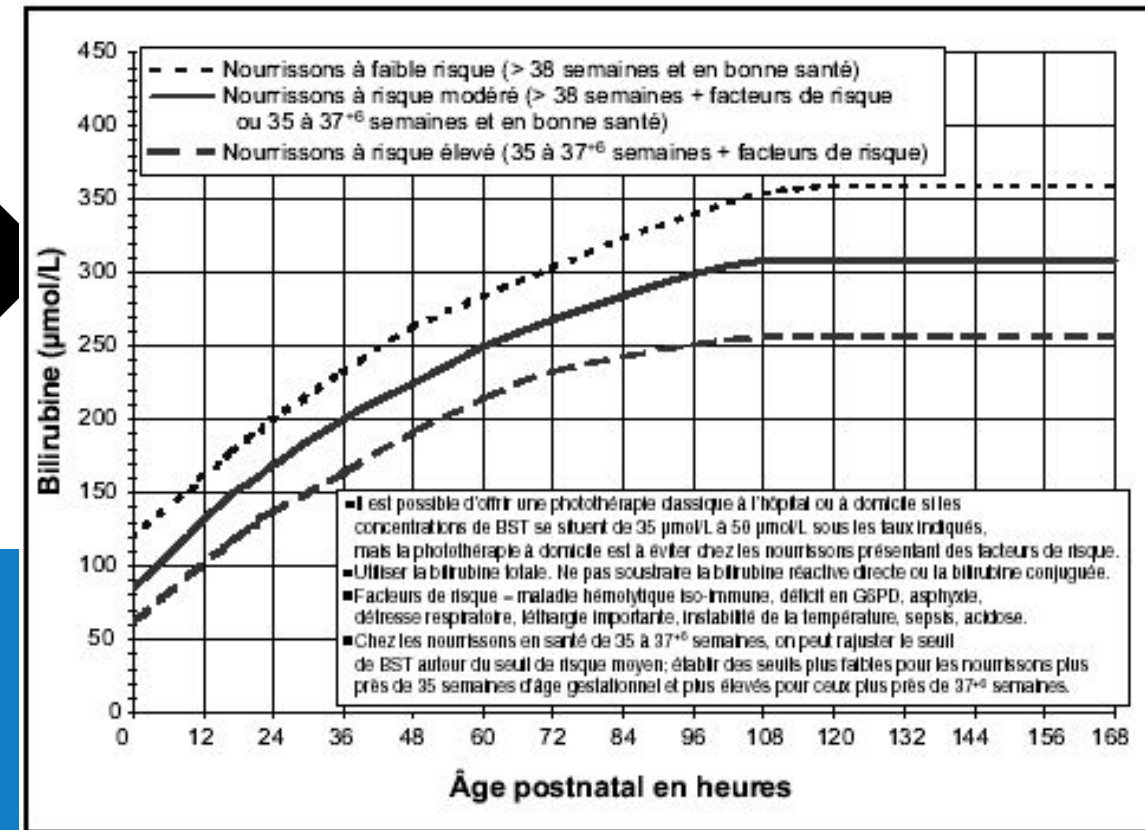
# DÉPISTAGE

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'OU PROVIENT LA BILIRUBINE ?

2. L'ICTERE PHYSIOLOGIQUE NE TOUCHE QUE LES  
PREMATURES

VRAI OU FAUX

3. L'ICTERE PHYSIOLOGIQUE EST PLUS FREQUENT CHEZ LES  
NN D'ORIGINE CAUCASIENNE

VRAI OU FAUX

4. JE SUIS LA VOIE D'ELIMINATION LA + EFFICACE DE LA  
BILIRUBINE CONJUGUEE

A. LES SELLES

B. L'URINE

C. LA PEAU ET LES MUQUEUSES

5. JE SUIS **PLUS** A RISQUE D'ICTERE:

A. NN A 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'ICTERE

A. PRESENCE D'ECCHYMOSE

B. AUCUNE SELLES LORS DU 1<sup>IER</sup> 24 HRES

C. NN NOURRI AVEC PCN

D. CRISTAUX D'URATE A 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 <sup>ième</sup> 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

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



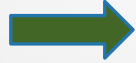
Hyperinsulinémie



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

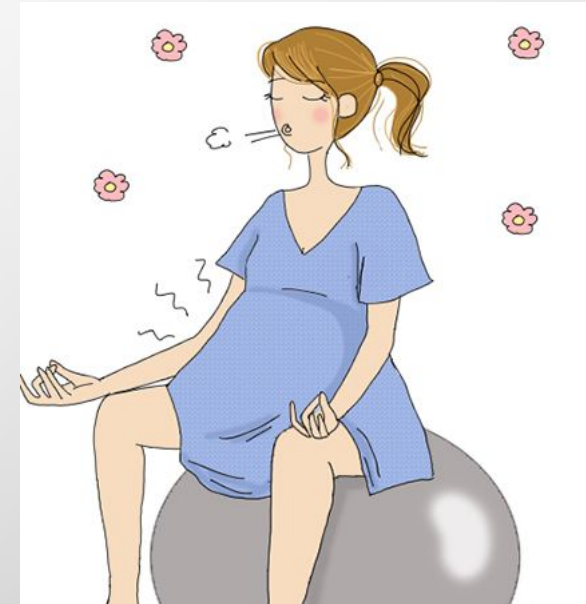
DÉTRESSE RESPIRATOIRE CHEZ LE NOURISSON

# 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