

**PROCOLES  
DE SERVICES  
DE S.R**

## LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ATCDS	:	Antécédents
ATB	:	Antibiotique / Antibiothérapie
ASP	:	Abdomen Sans Préparation
ASPF	:	Association Sénégalaise pour la Promotion de la Famille
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
BCG	:	Vaccin BCG
BW	:	Réaction de Bordet et Wasserman
CAT	:	Conduite à tenir
Cf	:	Confère
CGO	:	Clinique Gynécologique et Obstétricale
CEFOREP	:	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CES	:	Certificat d'Etudes Spécialisées
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CI	:	Contre-Indication
CIPD	:	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	:	Consultation Périnatale
COC	:	Contraceptifs Oraux Combinés
Cp	:	Comprimés
CPS	:	Contraceptifs à Progestatifs Seuls
CR	:	Centre Régional
CS	:	Centre de Santé
CS 1	:	Centre de Santé de type 1 = Centre de Santé sans bloc chirurgical fonctionnel
CS 2	:	Centre de Santé de type 2 = Centre de Santé avec bloc chirurgical fonctionnel
CU	:	Contraction Utérines
DDR	:	Date des Dernières Règles
DHN	:	Désinfection à Haut niveau
DIU	:	Dispositif Intra-Utérin
DMPA	:	Dépôt Médroxyprogestérone Acétate
DSW	:	Dextran
FT	:	Fiches Techniques
FR	:	Facteur de Risque
GG	:	Grossesse Gémellaire
GEU	:	Grossesse Extra Utérine
GSRH	:	Groupe Sanguin Facteur Rhésus
HB	:	Hémoglobine
HCG	:	Humane Chorionic Gonadotrophine
HU	:	Hauteur Utérine
HTA	:	Hypertension artérielle

HR	:	Hôpital Régional
HRP	:	Hématome rétro-placentaire
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	:	Information, Education, Communication
IM	:	Intramusculaire
ITG	:	Infection du Tractus Génital
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
IVD	:	Intraveineuse Directe
IVL/IVA acétique	:	Inspection visuelle au lugol/ Inspection visuelle à l'acide acétique
JH PIEGO	:	John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health
KG	:	Kilogramme
LMD	:	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
LNG	:	Levonorgestrel
LT	:	Ligature des Trompes
MAMA	:	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MAO	:	Méthode d'Auto-Observation
MIP	:	Maladie Inflammatoire du Pelvis
MN	:	Mort-Né
N/A	:	Non Applicable
NET-EN	:	Norethindrone Enanthate
NFS	:	Numération Formule Sanguine
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PARTO	:	Partogramme
PDC	:	Produit de Conception
PDE	:	Poche des Eaux
PFN	:	Planification Familiale Naturelle
PEV	:	Programme Elargie de Vaccination
PL	:	Ponction lombaire
PF	:	Planification Familiale
PO	:	Par voie Orale
PP	:	Pilule Progestative /Placenta Preavia
PPS	:	Point de Prestation de Services
PS	:	Poste de Santé
PU	:	Prélèvement Urétral
PV	:	Prélèvement Vaginal
RAM	:	Rupture Artificielle des Membranes
RPM	:	Rupture Pré maturée des Membranes
RV	:	Rendez-Vous
RX	:	Radiographie
SAA	:	Soins Après Avortement
SAT	:	Sérum Antitétanique
SFE	:	Sage femme d'Etat
SIDA	:	Syndrome d'Imuno-Déficience Acquis
SIG	:	Système d'Information à des fins de Gestion
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SNG	:	Sonde Naso-Gastrique

SNAN	:	Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOUB	:	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	:	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	:	Santé de la Reproduction
TA	:	Tension Artérielle
TC	:	Temps de coagulation
TV	:	Toucher Vaginal
TE	:	Test d'Emmel
TS	:	Temps de Saignement
TTT	:	Traitement
VS	:	Vitesse de sédimentation
VAT	:	Vaccin Antitétanique
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Acquis
VME	:	Version par manœuvre externe
VMI	:	Version par manœuvre interne

# Soins essentiels de base du nouveau-né à la naissance

## INTRODUCTION

Des services de soins essentiels doivent être disponibles pour tout nouveau-né à la naissance. S'assurer que la grossesse a été bien suivie et l'accouchement bien préparé.

Ces services comportent :

- Les soins immédiats à la naissance
- L'examen systématique du nouveau-né
- La surveillance post-natale du nouveau-né

## I- LES SOINS IMMEDIATS A LA NAISSANCE

A la naissance, le nouveau-né qui était totalement dépendant de la mère dans la vie intra utérine, doit vite s'adapter à la vie extra utérine. L'organisme du nouveau-né subit beaucoup de changements : sur les plans respiratoire, cardiovasculaire, métabolique et pour la régulation de la thermique. Il s'agit d'une période critique qui nécessite une attention particulière. Quelque soit l'état à la naissance, les étapes suivantes devront être systématiques:

- Recevoir le nouveau-né à la naissance dans un linge propre et sec ;
- Sécher rapidement;
- Changer le linge mouillé ;
- Evaluer la respiration et la coloration ;
- Décider si une réanimation est nécessaire ;
- Mettre le nouveau-né au chaud de préférence en contact peau à peau avec sa mère ;
- Couper et ligaturer le cordon avec des instruments stériles (ciseaux stériles, clamps de bar) ;
- Mettre au sein le plus tôt possible dans l'heure qui suit la naissance ;
- Administrer un collyre antiseptique dans les yeux ;
- Reporter le bain du nouveau-né d'au-moins 6 heures ;
- Administrer de la vitamine K1 systématiquement à tous les nouveau-nés ;

- Identifier et peser le nouveau-né

## I-1 Les mesures de protection thermique

- Définitions

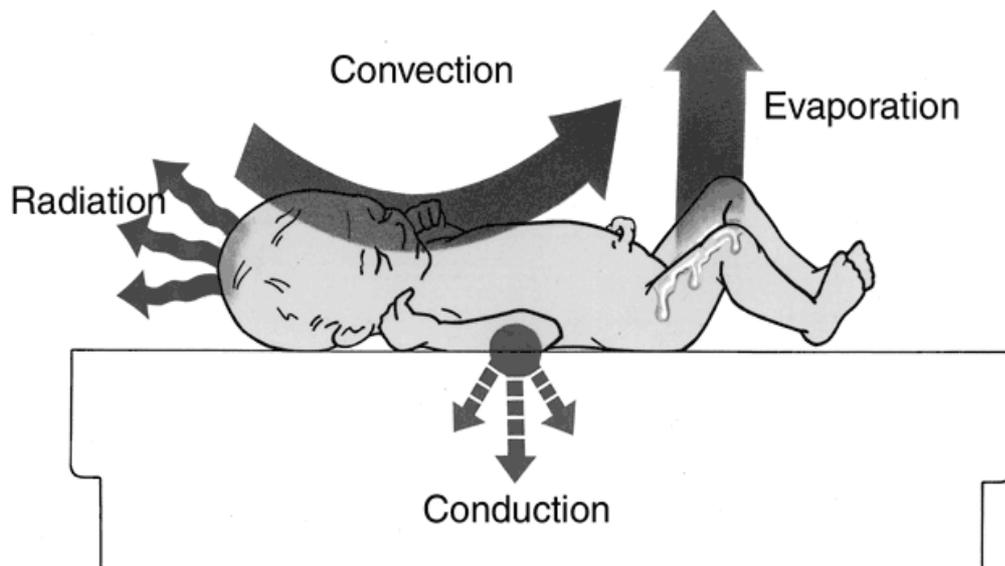
Ensemble des mesures prises à la naissance et dans les premiers jours de vie pour protéger le nouveau-né du froid et de la chaleur afin de s'assurer que la température du nouveau-né ne s'abaisse pas trop (hypothermie) ou ne s'élève pas trop (hyperthermie). La température doit être maintenue entre 36,5° et 37,5° C.

*Le nouveau-né se refroidit ou se réchauffe plus rapidement que le sujet plus âgé et il ne peut supporter que des variations limitées de la température ambiante. Plus le nouveau-né est petit ou prématuré, plus le risque est grand. La stabilité thermique s'améliore graduellement à mesure que le poids augmente.*

*La régulation thermique du nouveau-né est beaucoup moins efficace que celle de l'adulte et les pertes de chaleur se produisent plus facilement.*

*L'hypothermie du nouveau-né se produit dans le monde entier, quel que soit le climat, et elle est plus courante qu'on ne le croit. Nocive pour le nouveau-né, l'hypothermie accroît le risque de maladies et de décès.*

- Mécanismes de perte de chaleur chez le nouveau-né



**Figure 1: Mécanismes de pertes de chaleur du nouveau-né**

**Le nouveau-né peut perdre de la chaleur et se refroidir par 4 mécanismes :**

- **Evaporation** : lorsqu'il n'est pas séché immédiatement après l'accouchement et que le liquide qui recouvre son corps s'évapore ;
  - **Conduction** : lorsqu'il est posé juste après la naissance sur un plan plus froid que son corps tel que paillasse, balance, etc...
  - **Convection** : lorsque de l'air circule autour de lui tel qu'on peut l'observer quand les portes et les fenêtres de la salle d'accouchement sont entrouvertes, ou lorsque les climatiseurs ou ventilateurs sont en marche
  - **Radiation** : lorsqu'il est en face ou à proximité d'un objet ou d'une surface plus froide que son corps (mur de la salle d'accouchement) ; il transmet de la chaleur à cet objet.
- **Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance par le maintien de la chaîne du chaud :**

La chaîne du chaud est un ensemble de dix mesures interdépendantes à mettre en œuvre à la naissance et au cours des premiers jours de vie pour minimiser le risque d'hypothermie du nouveau-né :

**1- La salle d'accouchement** doit être chaude (25-28°) ; portes et fenêtres fermées pour éviter les courants d'air ;

**2- Dès la naissance du nouveau-né**, il faut immédiatement le sécher et le couvrir avec un linge pré-chauffé, avant même la section du cordon ombilical.

Il faut enlever le linge mouillé et envelopper le nouveau-né, y compris la tête, dans un autre linge (ou plusieurs linges au besoin) sec et propre, pour maintenir la chaleur corporelle ;

**3- Pendant qu'on sèche le nouveau-né**, il doit reposer sur une surface chaude, par exemple sur la poitrine ou le ventre de sa mère : c'est le contact peau à peau ;

*Laisser le nouveau-né au contact du corps de sa mère est le meilleur moyen pour éviter qu'il ne se refroidisse. Si ce n'est pas possible, recourir à d'autres moyens pour lui apporter suffisamment de chaleur : l'envelopper et le mettre dans une pièce chaude ou sous une source de chaleur. Une fois qu'il a été séché, et toujours en contact direct avec la peau de la mère, sur sa poitrine, couvrir ensemble, le nouveau-né et la mère avec des couvertures pour qu'il ne se refroidisse pas.*

**4- Différer le bain** au-moins 6 heures et peser après la première tétée ;

**5- L'allaitement maternel** peut être commencé le plus tôt possible dans l'heure qui suit l'accouchement ; Ce qui apportera au nouveau-né, des calories pour produire de la chaleur corporelle.

**6- Utiliser des vêtements** et literies adaptés et l'habiller en fonction de la température ambiante ;

**7- Dans les jours suivant la naissance**, on peut éviter l'hypothermie en gardant la mère et le nouveau-né ensemble

**8- En cas de référence**, le transport doit être effectué au chaud :

- Réchauffer le nouveau-né pendant l'attente d'un transport ;
- Maintenir le contact peau à peau pendant le transport ;

- Habiller le nouveau-né et l'envelopper de couvertures s'il doit être placé dans un dispositif spécial pour le transport ;
- Surveiller la température du nouveau-né pendant le transport

#### **9- La réanimation doit être faite au chaud :**

- Prévention de l'hypothermie au cours de la réanimation
- Envelopper le nouveau-né dans une couverture ;
- Coucher le nouveau-né sur une surface chaude dans une salle chaude
- Mettre le nouveau-né sous une source de chaleur supplémentaire
- Découvrir le nouveau-né aussi peu que possible durant la réanimation

**10-II faut former et sensibiliser** les prestataires sur l'importance de la prévention de l'hypothermie.

**NB :** *Les nouveau-nés de faible poids ou malades sont les plus vulnérables à l'hypothermie.*

*En conclusions, alerter le personnel sur les risques de l'hypothermie, enseigner les principes de la protection thermique du nouveau-né, et enfin, s'assurer que les 10 mesures de la chaîne du chaud sont intégrées dans les soins systématiques apportés aux nouveau-nés.*

### **I-2 Evaluation initiale du nouveau-né**

Vérifier si le nouveau-né crie et respire bien. Faire une évaluation immédiate des fonctions vitales du nouveau-né (respiration, cœur, coloration, tonus et réactivité).

Si le nouveau-né crie bien, son état clinique est normal ; procéder aux soins immédiats de base ;

Si le nouveau-né ne crie pas, évaluer la respiration, les battements du cordon. S'il ne respire pas bien, clamber, couper vite le cordon, et suivre le protocole de réanimation ; ***Le score d'Apgar peut être utilisé pour l'évaluation du nouveau-né à la naissance, mais en cas d'asphyxie, c'est souvent la mise en route des gestes d'urgence qui prime.***

### **I-3 Mise au sein précoce**

Aider la mère à mettre le nouveau-né au sein le plus tôt possible dans l'heure qui suit l'accouchement. Observer cette première tétée pour vérifier que la mère et l'enfant sont en bonne position et que la prise du sein et la succion sont correctes. Expliquer à la mère que le premier lait (le colostrum) donne une protection spéciale contre les infections du nouveau-né. Dire particulièrement à la mère de donner des tétées fréquentes, de jour comme de nuit, à la demande du nouveau-né, et de ne pas donner de l'eau, du miel ou d'autres aliments ou décoctions.

### **I-4 Soins du cordon**

Procéder aux soins du cordon en appliquant les 5 propres (mains propres, surfaces et linges propres, matériel propre et stériles, section propre du cordon, cordon sec et propre jusqu'à cicatrisation).

Il n'y a pas d'urgence pour couper le cordon d'un nouveau-né normal. On peut attendre que les pulsations du cordon s'arrêtent (environ 1 à 3 mn) ;

Appliquer deux pinces stériles sur le cordon avec un petit espace entre les deux. Couper le cordon entre les deux avec une paire de ciseaux stériles ou une lame stérile de bistouri. Si on coupe avec une lame de bistouri, couper toujours de bas en haut : c'est à dire, ne jamais couper vers le corps du nouveau-né, pour ne pas risquer de le blesser avec la lame.

Eviter le jet du sang au moment de la section du cordon (prévention de transmission du VIH).

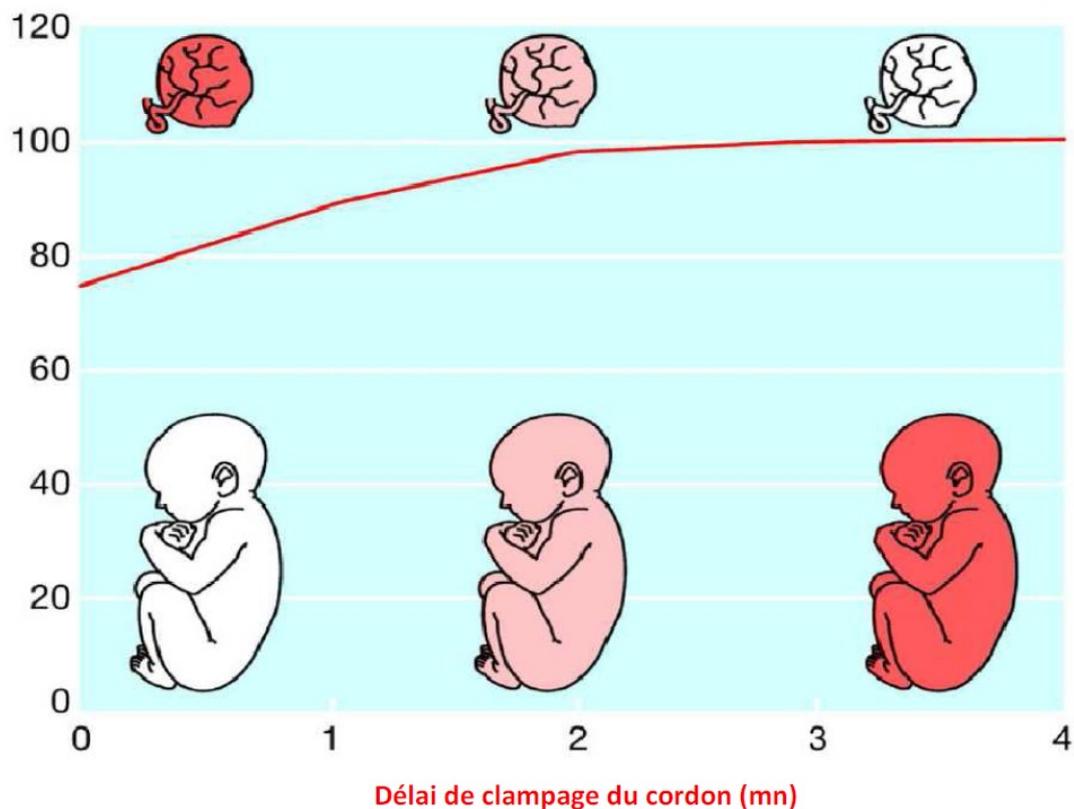
Si le nouveau-né crie bien (n'a pas besoin de réanimation), attendre que le cordon cesse de battre (environ 1 à 3 mn) pour clamer avec les pinces. Placer alors la première pince à deux ou trois travers de doigts de l'ombilic; placer la deuxième pince à peu près à 10 cm de la première pince. Couper le cordon entre les deux pinces stériles.

Mettre le clamp de Barr sur le bout du cordon du côté du nouveau-né. Vérifier que le cordon ne saigne pas.

Désinfecter le bout du cordon avec un antiseptique.

N'appliquer aucun produit ou pansement sur le cordon et le garder seulement propre et sec. Le cordon sèche mieux si on le laisse à l'air libre.

Volume sanguin (ml/kg)



**Figure 2:** Conséquence du délai de clampage du cordon sur le nouveau-né

**Un clampage trop précoce du cordon (avant 1 mn de vie) peut être responsable d'une anémie néonatale ; un clampage tardif peut entraîner un excès de globule rouge ou polyglobulie (3 mn et plus). Le délai optimal de clampage est compris entre 1 et 3 mn.**

### **I-5 Soins des yeux**

Pour éviter une infection des yeux, il faut appliquer une (1) goutte d'un collyre antiseptique dans chaque œil de tout nouveau-né dans l'heure qui suit la naissance. Avant de procéder aux soins des yeux, enlever les gants, se laver de nouveau les mains avec de l'eau et du savon et les laisser sécher à l'air libre.

### **I- 6 Identification du nouveau-né**

Il faut songer à l'identification immédiate de chaque nouveau-né afin d'éviter de les confondre. Il est plus judicieux de mettre un bracelet d'identification au nouveau-né immédiatement après l'accouchement.

### **I-7 Administration de la vitamine K**

Il est recommandé de donner 1 mg par voie injectable en IM dans la zone antéro latérale de la cuisse (non pas dans la fesse) ou 2mg par voie orale pour prévenir la maladie hémorragie hémorragique du nouveau-né.

## II- EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE

### 1. Préalables

Informez la mère sur le but et le déroulement de l'examen ;

Faire le premier examen physique du nouveau-né dans un environnement propre et chaud.

S'assurer que le linge qui couvre la surface d'examen est propre et chaude ;

Se laver les mains à l'eau et au savon ;

Déshabiller le nouveau-né ; Limiter le temps pendant lequel le nouveau-né est découvert pour éviter la perte de chaleur.

### 2. Examen

Examiner (évaluer) le nouveau-né, de la tête jusqu'aux pieds, au moins une fois au cours des six premières heures pour rechercher les problèmes de santé qui doivent être pris en charge

Etapes de l'examen	Resultats Normaux
<b>1. constantes et mensurations</b>	
Température	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Température axillaire normale entre 36°5 et 37°5 ;</li> <li>• poids normal entre 2500 et 3999 g ;</li> <li>• taille moyenne est de 50 cm,</li> <li>• périmètre crânien moyen est de 35 cm</li> </ul>
Poids	
Taille	
Périmètre crânien	
<b>2. Examen general</b>	
Coloration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La face, la poitrine, et les gencives roses ; pas de pâleur</li> <li>• Les mains et les pieds peuvent être bleus (cyanose) pour 48 heures</li> <li>• Il n'a pas d'ictère (jaunisse)</li> </ul>
Motricite et reactivite globale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bras et jambes fléchis</li> <li>• Bouge les deux jambes et les deux bras de manière égale</li> </ul>
<b>3. Examen morphologique</b>	
Peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De petites éruptions blanches sur la face (milia)</li> <li>• enduit blanchâtre (vernix)</li> <li>• poils fins sur le dos (lanugo)</li> </ul>

<b>Etapes de l'examen</b>	<b>Resultats Normaux</b>
Tete	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forme inégale asymétrique à cause du moulage à l'accouchement et qui disparaîtra au bout de 48 heures</li> <li>• Un gonflement mou sur la partie de la tête qui est sortie la première (bosse sero-sanguine) peut être présent à la naissance, disparaît dans les 24 heures</li> <li>• Fontanelle antérieure plate; il existe une fontanelle postérieure</li> <li>• Les yeux sont en position transversale ; ils ne sont pas trop écartés</li> <li>• les oreilles sont bien ourlées et en position normale</li> <li>• Le menton n'est pas trop retiré</li> </ul>
Bouche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les lèvres, les gencives et le palais sont entiers et symétriques</li> <li>• langue de taille et de position normale</li> <li>• un frein peut être visible sous la langue</li> </ul>
Cou	Aucune excroissance ou gonflement au niveau des parties molles du cou
Thorax	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de déformation thoracique</li> <li>• Il existe deux mamelons bien visibles ; parfois le sein est augmenté de volume (gynécomastie)</li> </ul>
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrondi, mou; les deux muscles antérieurs (grands droits) ne sont pas écartés; parfois on note une hernie ombilicale</li> <li>• Le bout du cordon ombilical est ligaturé, ne saigne pas, et il est sec.</li> </ul>
Organes genitaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez la fille : Un écoulement vaginal, blanc ou sanguinolent peut se voir ; le clitoris n'est pas augmenté de volume ; les grandes lèvres sont écartées</li> <li>• Chez le garçon : L'ouverture urétrale est au bout du pénis ; il n'est pas serré ; Les testicules sont sentis dans le scrotum. Parfois les testicules ne sont pas descendus. On peut ne pas les sentir chez beaucoup de nouveau-nés à terme ou prématurés, à vérifier</li> </ul>
Anus	Il est perméable et en position normale
Membres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les membres ne sont pas déformés ;</li> <li>• Les longueurs des membres sont égales ;</li> <li>• Pas de doigt surnuméraire</li> </ul>
Dos et colonne vertebrale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La peau du dos n'a pas de repli cutané ni de plaies ni de tuméfaction ;</li> <li>• La colonne vertébrale n'a aucun défaut (pas de spina bifida)</li> </ul>

Etapes de l'examen	Resultats Normaux
<b>4. examen des appareils</b>	
Appareil respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le thorax se soulève normalement ; il est synchrone de l'abdomen ;</li> <li>• le rythme respiratoire doit être compté pendant 1 mn ; il est normalement de 30 à 60 mouvements par mn.</li> </ul>
Appareil cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la fréquence cardiaque comptée pendant 1 mn est de 120 à 160 battements par mn ;</li> <li>• aucun bruit supplémentaire n'est entendu au niveau du thorax ; les pouls fémoraux sont symétriques et perçus normalement.</li> </ul>
Appareil digestif	Le foie peut légèrement être perçu sous le rebord costal
Système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nouveau-né s'agrippe bien aux doigts de l'examineur (grasping) ;</li> <li>• suce vigoureusement (suction) ;</li> <li>• se redresse correctement quand on le met en position assise (tiré-assis)</li> </ul>
Articulations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La motricité des membres est normale (flexion ; extension) ;</li> <li>• A la mobilisation des hanches, on n'a pas de sensation anormale ou ressaut (manœuvre d'ortolani pour rechercher une luxation de la hanche)</li> </ul>

### 3. Notification

Enregistrez les soins de base administrés au nouveau-né dans les dossiers et registres :

- L'état à la naissance ;
- Les résultats des soins essentiels de base administrés ;
- la prise de température, la prise du poids (T), de la taille(T), du périmètre cânién (PC), la respiration, et l'examen du cordon ;
- Les résultats de l'examen physique.

### 4. Informer les parents

Il faut les informer sur les résultats de l'examen physique effectué puis des conseils.

### 5. Evaluer le nouveau-né et sa mère avant la sortie

### III- SURVEILLANCE POST NATALE

La première visite post natale est très importante et devrait se faire dans la première semaine de vie. Ces premiers jours de vies sont déterminants pour l'identification des problèmes chez le nouveau-né et la recherche précoce de soins. Selon l'OMS, 75% des décès néonataux surviennent chez les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours ; mais 50% ont lieu dans les 48 premières heures.

Il est recommandé trois visites post natales systématiques pour la mère et le nouveau-né:

- la première visite ou CPoN 1 va se faire de J1 à J3;  
(J4-J8 reste toujours une CPoN 1 mais pas de qualité) ;
- la deuxième visite ou CPoN 2 se fera entre J9 et J15
- la troisième visite ou CPoN 3 se fera à j 42  
(J16 - J 41. reste toujours une CPoN 1 mais pas de qualité)

Lors de cette visite post natale, on s'intéressera :

- aux signes fonctionnels (tétées, vomissements éventuels, aspect des selles etc...)
- à l'examen du nouveau-né : mensuration avec évaluation de la perte pondérale physiologique, examen général, examen physique avec recherche de manifestations cliniques majeures ou mineures
- aux conseils à la mère notamment sur :
  - la prévention des infections,
  - l'hygiène,
  - l'alimentation : évaluer la tétée en observant la mère donner le sein, l'AME,
  - le respect du calendrier vaccinal (BCG et Polio 0),
  - la reconnaissance des signes de danger du nouveau-né (léthargie, ballonnement, refus de têter, rougeur ombilicale étendue, respiration difficile, corps froid ou chaud) ;
  - la recherche de soins précoces appropriés
  - la planification familiale ;
  - la PTME (AMP au besoin)
  - l'utilisation de la MILDA ;
- au prochain rendez vous : on dira à la mère quand revenir pour la prochaine visite.

### I. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE ASPHYXIE

#### 1. Définitions

##### **Définition de l'asphyxie**

Absence de cri à la naissance ; de respiration et d'autonomie respiratoire, de rythme cardiaque ou de battement de l'ombilic ; présence de cyanose ou pâleur ; score d'Apgar bas à la naissance (< 7) si évalué (ne doit pas retarder la mise en route de la réanimation).

La présence d'une asphyxie du nouveau-né à la naissance nécessite une réanimation urgente.

##### **Définition de la réanimation**

La réanimation du nouveau-né est l'ensemble des procédures utilisées pour restaurer les fonctions vitales du nouveau-né.

#### 2. Facteurs étiologiques

##### • Maternels

- âge < 18 ans et > 40 ans
- taille < 150 cm
- anomalies du bassin: bassin rétréci, bassin asymétrique
- pathologies médicales: HTA, diabète, cardiopathies, paludisme...

##### • Périnataux

- Pré-éclampsie, éclampsie,
- HRP-DPPNI;
- placenta prævia;
- présentations anormales (siège, front, face, épaule);
- anomalies du cordon (circulaire, procidence, compression, nœud, rupture du cordon), travail prolongé,
- disproportion foeto-pelvienne ;
- grossesse gémellaire ;
- post-maturité..

*Toute grossesse devrait être considérée comme à risque. Par conséquent le matériel et l'équipement doivent toujours être disponibles, complets et fonctionnels pour une éventuelle réanimation. Il faut toujours insister sur les règles de prévention des infections.*

#### 3. Diagnostic

Le diagnostic se base sur :

- l'absence de cri à la naissance ou cri faible;

- l'absence de respiration et d'autonomie respiratoire,
- l'absence de rythme cardiaque ou de battement de l'ombilic ;
- la présence de cyanose ou pâleur ;
- un score d'Apgar bas à la naissance (< 7) ;
- le nouveau-né est léthargique et flasque.

#### 4. Conduite à tenir par niveau

##### **COMMUNAUTE**

Maintenir la température du nouveau-né : sécher, changer le linge mouillé, couvrir avec un linge propre et sec ;

Stimulations tactiles : frotter le dos ou faire des petites chiquenaudes ou tapotements au niveau de la plante des pieds ;

Nettoyer la cavité buccale avec une compresse stérile ou un morceau de tissu propre ;

Utiliser un dispositif **d'aspiration de mucosités** pour libérer les voies aériennes ;

Si le nouveau-né ne respire pas, utiliser un **tube à masque** pour la ventilation ;

Référer vers un centre mieux équipé en maintenant les mesures de protection thermique (peau à peau au cours du transport, couvrir la tête et les pieds)

## **POSTE DE SANTE**

La réanimation du nouveau-né doit répondre à une séquence de manœuvres bien ordonnées, effectuées dans une chronologie précise, sans précipitation, ni brusquerie, avec comme objectif prioritaire d'assurer une ventilation efficace.

### **Etapas de la reanimation**

Les manoeuvres importantes de la réanimation consistent à prévenir les déperditions de chaleur et maintenir la température (T), à assurer la libération voies aériennes (A), et à ventiler en pression positive dans la minute qui suit la naissance (R).

En résumé :

- **T Maintenir une Température correcte du nouveau-né.**
- **A Assurer la libération des voies aériennes ;**
- **R assurrer une respiration adéquate par la stimulation tactile et la ventilation au ballon et au masque**

Après stabilisation du nouveau-né, référer au centre de santé pour examen et évaluation ;

Si réanimation difficile et prolongée, référer à la structure de santé de référence en continuant les mesures de réanimation ; ce, pour une poursuite de la réanimation et une évaluation post-réanimation.

Gestes nuisibles à éviter :

- Ne suspendez pas le nouveau-né par les pieds, la tête en bas.
- Ne tapez pas sur les fesses du nouveau-né.
- N'aspergez pas le corps du bébé avec de l'eau froide,
- Ne frottez le corps du bébé avec de l'alcool, de l'eau froide, ou du parfum

**NB : ne jamais référer d'emblée un nouveau-né qui ne respire pas**

## **CENTRE DE SANTE TYPE I**

Les mesures de réanimation citées ci-dessus restent valables ; en plus planifier les mesures de surveillance post-réanimation.

### **Soins du nouveau-né après la réanimation**

- Observez fréquemment le nouveau-né pour vérifier qu'il respire bien.
- Ré-examinez le nouveau-né. Vérifiez s'il maintient sa température et respire normalement.
- Evacuer tous les nouveau-nés après une réanimation difficile et prolongée,
- Evacuer tous les nouveau-nés qui présentent des signes de danger.
- Différez le bain du nouveau-né jusqu'au lendemain
- La mère doit l'accompagner lors du transfert.
- Pendant le transfert, gardez le nouveau-né avec sa mère, de préférence en contact peau à peau direct. Utilisez des couvertures propres pour bien les couvrir ensemble.
- Si le nouveau-né peut téter, demander à la mère de lui donner le sein
- Expliquez à la mère que son nouveau-né a été réanimé

Gestes nuisibles à éviter :

- Ne suspendez pas le nouveau-né par les pieds, la tête en bas.
- Ne tapez pas sur les fesses du nouveau-né.
- N'aspergez pas le corps du bébé avec de l'eau froide,
- Ne frottez le corps du bébé avec de l'alcool, de l'eau froide, ou du parfum

**NB : ne jamais référer d'emblée un nouveau-né qui ne respire pas**

## **CENTRE DE SANTE DE TYPE II**

En plus des étapes décrites ci-dessus, il est possible à ce niveau d'effectuer des manœuvres visant à restaurer la circulation (Ci) et d'administrer des médicaments (M)

### **En résumé :**

- **T** Maintenir une Température correcte du nouveau-né.
- **A** Assurer la libération des voies Aériennes ;
- **R** Assurer une respiration adéquate par la stimulation tactile et la ventilation au ballon et au masque
- **Ci** Assurer une circulation correcte par le massage cardiaque externe
- **M** Utiliser des Médicaments (dans de rares cas)
- 

Si bradycardie persistante :

- administrer de l'adrénaline en continuant le massage. Transférer en continuant de ventiler au ballon au cours du transfert.
- Mettre en place voie veineuse périphérique avec du SG 10% et une sonde oro-gastrique
- **Administrer du sulfate de Magnésium (250 mg/kg/j dilué dans 20 ml de sérum glucosé 10% dans les 12 h après la naissance pendant 3 jours) pour la prévention de l'encéphalopathie post-asphyxique sévère.**

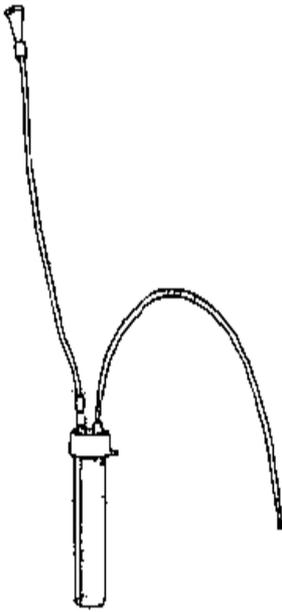
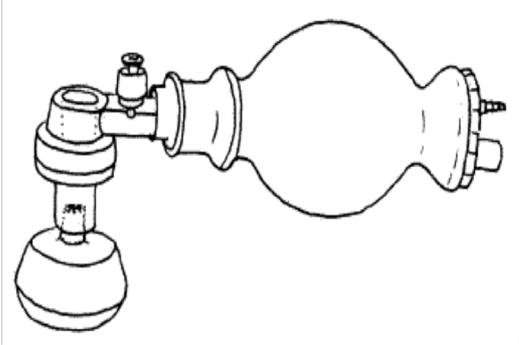
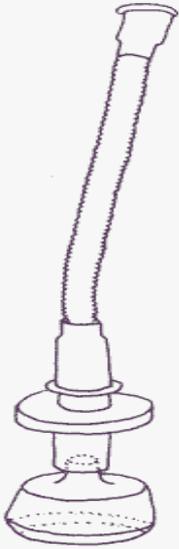
## **HOPITAL REGIONAL ET HOPITAL NATIONAL**

En plus des étapes décrites ci-dessus, **l'intubation trachéale** devrait possible pour améliorer l'état respiratoire

- **T Maintenir une Température correcte du nouveau-né.**
- **A Assurer la libération des voies Aériennes ;**
- **R Assurer une respiration adéquate par la stimulation tactile et la ventilation au ballon et au masque ou ventilation sur tube endo-trachéal**
- **Ci Assurer une circulation efficace par le massage cardiaque externe**
- **M utilisez des Médicaments par voie veineuse périphérique ou ombilicale**

En post-réanimation , le nouveau-né peut bénéficier d'une surveillance adéquate avec utilisation de moyens modernes (moniteurs cardio-respiratoires par exemple) et la préventions des lésions d'encéphalopathie post-anoxique sévère par l'administration de sulfate de Magnésium (250 mg/kg/j dilué dans 20 ml de sérum glucosé 10% dans les 12h après la naissance pendant 3 jours).

## Matériel de réanimation du nouveau-né

 A medical suction device consisting of a vertical cylindrical chamber with a side handle and a curved, flexible suction tube attached to the top.	 A manual neonatal ventilation balloon with a large, bulbous body and a smaller, rounded base. It features a central valve mechanism and side ports for air intake and outlet.	 A neonatal mask ventilation tube with a long, flexible, corrugated tube and a circular mask at the bottom end.
<p><b>Dispositif d'aspiration de mucosités</b></p>	<p><b>Ballon de ventilation pour nouveau-né</b></p>	<p><b>Tube à masque pour ventilation du nouveau-né</b></p>

## **II. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE (FPN)**

### **1. Definition**

C'est un nouveau-né dont le poids de naissance est < 2500 g

### **2. Classification**

#### **Classification selon le poids :**

- Faible poids de naissance : entre 1500 et 2500
- Très faible poids de naissance : entre 1000 et 1500
- Très très faible poids de naissance : moins de 1000 g

#### **Classification selon le terme**

- Faible poids né à terme ou hypotrophe (au-delà de 36 semaines + 6jours)
- Faible poids né avant terme ou prématuré (avant 37 semaines et après 22 semaines)

### **3. Facteurs Etiologiques**

#### **• Facteurs maternels et socio-économiques**

- Age mère < 18 ans ou >40 ans
- Analphabétisme
- Travail physique pénible
- Maladies chroniques : diabète, cardiopathies, affections inflammatoires, hémoglobinopathie, infections bucco-dentaires....
- Toxicomanie (tabac, alcool, drogue)
- Mauvais état nutritionnel de la mère
- Grande multiparité
- Anémie

#### **• Facteurs obstétricaux**

- HTA, Pré-éclampsie et éclampsie
- Post maturité
- Paludisme au cours de la grossesse
- Anomalies utérines : béance du col
- Infections au cours de la grossesse: cervico- vaginales, urinaires, généralisées.
- Grossesse multiple

### **4. Diagnostic :**

#### **• Prématuré : Défini par :**

- le terme de la grossesse (date des dernières règles, échographie précoce) : avant 37 semaines et après 22 semaines
- les éléments cliniques : peau rouge vif, érythrosique, fine, et transparente, lanugo abondant, crêtes plantaires sur le 1/3 antérieur des pieds, oreilles insuffisamment ourlées et molles, ongles fins et souples. Le tonus et les réflexes sont faibles. Chez le garçon, les testicules pas toujours dans les bourses ; chez la fille, les grandes lèvres séparées, le clitoris proéminent, etc....

- **Hypotrophique** : naissance à terme, mais a un poids faible pour l'âge gestationnel (< 10<sup>ième</sup> percentile). Il présente des signes de malnutrition. C'est un nouveau né souvent alerte avec un aspect de « petit vieux ».

### **5. Complications**

- Hypothermie: température axillaire inférieure à 36°5
- Détresse respiratoire
- Apnée (arrêts respiratoires épisodiques): arrêt de la respiration supérieur à 20 secondes ;
- Hypoglycémie: glycémie capillaire inférieure à 0,30g/l dans les 48 premières heures ;
- Hypocalcémie: calcémie inférieure à 80 mg/l.
- Neurologiques (hémorragies dans le cerveau notamment dans les ventricules, leucomalacie périventriculaire)
- Troubles digestifs : entérocolites ulcéro-nécrosantes
- Infections
- Ictère
- hémorragies
- Anémie (chez le prématuré) ou polyglobulie (chez les hypotrophiques)

### **6. Groupes à risque :**

- Poids de naissance < 2000 grammes
- Périmètre brachial (bras gauche en légère flexion) < 9 cm
- Naissance prématuré nés avant 34 semaines de grossesse

---

### **7. Conduite à tenir par niveau**

---

## 7. Conduite à tenir par niveau

### NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- **Si nouveau-né avec un poids supérieur à 2000 g sans signe de danger** (aucune complication, bonne succion, bonne réactivité et bon tonus) : Prise en charge à domicile. Surveillance par le relais ou l'agent de santé communautaire : conseils et soutien sur les mesures de lutte contre l'hypothermie (sécher, envelopper avec un linge propre et sec, mettre en peau à peau), soutien à l'allaitement maternel, surveillance du poids, identification de signes de danger et référence à la structure de santé au besoin.
- **Si plus de 2000 g avec signes de danger** : référer vers la structure de santé la plus proche en mettant en œuvre les manœuvres de protection contre l'hypothermie et la prévention de l'hypoglycémie (envelopper, mettre en peau à peau, alimenter au cours du transfert si possible).
- **Si moins de 2000 g** : référer vers une structure de santé en mettant en œuvre les manœuvres de protection contre l'hypothermie.

### POSTE DE SANTE

- **Plus de 2000 g :**

**Sans signe de danger** : la prise en charge peut se faire en ambulatoire avec visites périodiques dans la structure ;

**Avec signes de danger**, référer à la structure de santé mieux équipée en respectant les conditions d'un bon transfert ;

- **Entre 1500 et 2000 g :**

**Avec signe de danger**, référer vers une structure de santé mieux équipée en respectant les conditions d'un bon transfert ;

**Sans signe de danger**, le prendre en charge au niveau du poste de sante par la méthode kangourou (cf manuel sur la méthode kangourou) ou documents techniques de base sur les soins essentiels du nouveau-né).

**Dans tous les cas, les mesures suivantes doivent être mises en œuvre :**

#### **Lutter contre l'hypothermie /Appliquer les mesures de protection thermique**

- Sécher après l'accouchement; bien envelopper dans un linge sec ; mettre en contact peau à peau
- Mettre un bonnet et des chaussons (très recommandé)

#### **Prévenir l'hypoglycémie**

Si la succion est bonne : Mettre au sein le plus tôt possible dans l'heure qui sui la naissance et alimenter régulièrement ; en donnant exclusivement du lait maternel.

Si la mère n'a pas de montée laiteuse : utiliser exceptionnellement les laits adaptés pour nouveau-né de faible poids ; alimenter toutes les 2 heures en évaluant la tolérance (ballonnement, rejet).

Si la succion est faible: exprimer le lait maternel et donner avec une tasse adaptée.

**Prévenir l'infection** : Respecter rigoureusement les règles de prévention des infections ; si critères obstétricaux de risque infectieux : donner une dose d'antibiotique avant le transfert.

**Prévention des apnées par l'administration de citrate de cafeine** : 20mg/kg en dose de charge avant le transfert

## 7. Conduite à tenir par niveau

### CENTRE DE SANTE TYPE I

#### Conduite à tenir en fonction du poids de naissance

- **Plus 2000 g :**

**Sans signe de danger :** la prise en charge peut se faire en ambulatoire avec visites périodiques dans la structure ;

**Avec signes de danger,** référer à la structure de santé mieux équipée en respectant les conditions d'un bon transfert ;

- **Entre 1500 et 2000 g :**

**Avec signe de danger,** référer vers une structure de santé mieux équipée en respectant les conditions d'un bon transfert ;

**Sans signe de danger,** le prendre en charge au niveau du centre de sante par la méthode kangourou (cf manuel sur la méthode kangourou) ou documents techniques de base sur les soins essentiels du nouveau-né);

- **Moins de 1500 g :** référer au niveau d'un hôpital ou si référence impossible, pratiquer la méthode kangourou (peau à peau 24h/24 ; allaitement maternel exclusif).

#### **Dans tous les cas, les mesures suivantes doivent être mises en œuvre :**

**Lutter contre l'hypothermie /Appliquer les mesures de protection thermique:** sécher après l'accouchement ; Bien envelopper dans un linge sec ; Mettre en contact peau à peau ; Mettre un bonnet et des chaussons (très recommandé).

#### **Prévenir l'hypoglycémie**

Si la succion est bonne :

- Mettre au sein le plus tôt possible dans l'heure qui suit la naissance et alimenter régulièrement, en donnant exclusivement du lait maternel;
- Si la mère n'a pas de montée laiteuse : utiliser exceptionnellement les laits adaptés pour nouveau-né de faible poids ; alimenter toutes les 2 heures en évaluant la tolérance (ballonnement, rejet) ;

Si la succion est faible: exprimer le lait maternel et donner avec une tasse adaptée.

#### **Prévenir l'infection :**

Respecter rigoureusement les règles de prévention des infections ;

Si critères obstétricaux de risque infectieux : donner une dose d'antibiotique avant le transfert

#### **Prendre en charge l'apnée**

Stimulation tactile au cours du transfert si l'enfant n'est pas en peau à peau.

Donner du citrate de caféine si disponible : 20 mg/kg en dose de charge par voie orale

**Prise en charge de l'anémie :** du fer doit être administré **à partir de J15 : 3 mg/kg/j pendant 1 an.**

**Prendre en charge un ictère dans lessuites de couches par photothérapie si disponible ; sinon référer ;**

**Suivi du FPN:** Visites de suivi hebdomadaire pour évaluer la croissance et voir s'il y a des problèmes

- Continuer à donner des conseils à la mère: Méthode mère kangourou ; Protéger contre les infections ; AME ;
- Reconnaissance des signes de danger et recherche précoce de soins

## 7. Conduite à tenir par niveau

### CENTRE DE SANTE DE TYPE II

Les mesures de prise en charge décrites ci-dessus (centre de santé de type I) sont applicables au niveau du centre de santé de type II.

Cependant dans le centre de santé de type II, l'hospitalisation de certains nouveau-nés de faible poids sera possible :

- Nouveau-nés pesant plus de 1500 g avec signes de danger ; référence si aggravation en respectant les règles d'un transfert correct.
- Nouveau-né de faible poids avec risque infectieux.

Mesures thérapeutiques supplémentaires :

Chercher une voie veineuse périphérique et mettre en route une perfusion de SG 10% (80 ml/kg/j) ; ajouter 1ml/kg de gluconate calcium dans la perfusion

En cas de référence, si voie veineuse impossible :

- mettre en place une sonde naso-gastrique ou oro-gastrique, donner 3ml /kg de SG 10% ou administrer du lait maternel si disponible au cours du transfert toutes les heures si ce dernier est long ;
- Veiller à bien remplir la fiche de référence+++ ; appeler avant le transfert si possible

A ne pas faire : mettre une voie ombilicale

Une photothérapie peut être effectuée si indiquée

### HOPITAL REGIONAL ET NATIONAL

Tous les moyens de prise en charge du nouveau-né quel que soit son état clinique doivent être disponibles.

Une perfusion peut être effectuée par voie veineuse ombilicale en veillant au respect strict des mesures d'hygiène.

En cas de détresse respiratoire de modérée à légère, disposer d'oxygène pour assistance respiratoire ; Effectuer une ventilation assistée en cas de besoin (priorité à la ventilation nasale plus accessible et moins invasive = CPAP ou ventilation spontanée en pression expiratoire positive).

En cas d'ictère, faire une photothérapie continue ou discontinue selon l'intensité si indiquée.

Pour les nouveau-nés de très faibles poids de naissance (< 1500 grammes), disposer de couveuses d'élevage pour la prise en charge.

Disposer de tous les moyens pour une perfusion ou une alimentation à débit continu : seringue électrique, pompe à perfusion.

Les moyens de surveillance des paramètres vitaux doivent être disponibles (moniteur cardio-respiratoire, saturation)

Bilan à effectuer : glycémie (dextro), calcémie, ionogramme sanguin, NFS, CRP, taux de bilirubine, échographie cérébrale.

### III. PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION NEONATALE

#### 1. Particularites du nouveau-né

- Absence de spécificité des signes pour une pathologie donnée
- Immaturité du système immunitaire : grande susceptibilité aux infections
- Existence de facteurs de risque infectieux
- En l'absence de prise en charge précoce et adéquate, toute pathologie néonatale peut entraîner la mort ou l'installation de séquelles définitives.

#### 2. Définition

- Risque infectieux : présence à l'interrogatoire de facteurs maternels, obstétricaux et néonataux de risque d'infection sans signe clinique identifié
- Infection néonatale ; présence de signes cliniques d'infection associés à des facteurs de risque d'infection.

#### 3. Facteurs de risque infectieux

##### ▪ Maternels et Obstétricaux

- Infections urogénitales
- Ruptures prolongées de la poche des eaux >12h
- Fièvre au cours du travail
- Travail prolongé >12h
- Travail rapide (éclair)
- Accouchement difficile
- Accouchement à domicile
- Liquide amniotique teinté ou méconial
- Extractions instrumentales

##### ▪ Néonataux

- Pré maturité inexplicée et/ou faible poids de naissance
- Manipulation septique du cordon
- Détresse respiratoire

#### 4. Diagnostic

Il est important de rechercher à l'histoire les facteurs de risque sus-mentionnés

L'examen du nouveau-né permet de rechercher les signes probables d'infection (signes de danger) suivants :

##### Signes généraux

- Hypothermie ou hyperthermie
- Etat du nouveau-né qui s'aggrave rapidement et de manière spectaculaire

- Paleur, cyanose
- Ictère

#### **Signes respiratoires**

- Difficulté respiratoire (fréquence respiratoire supérieure à 60 ou inférieure à 30 cycles/minutes, tirage, geignement expiratoire,
- Apnée

#### **Signes neurologiques**

- Léthargie, hypotonie, somnolence ou activité réduite
- Convulsions
- Altération de l'état de conscience

#### **Signes digestifs**

- Vomissements
- diarrhée
- ballonnement abdominal
- le nouveau-né s'alimente mal ou plus du tout après s'être bien alimenté

#### **Signes cutanés :**

- pustules
- rougeur péri-ombilicale étendue

### **3. CONDUITE A TENIR PAR NIVEAU**

---

#### **COMMUNAUTE**

Reconnaître les signes de danger (léthargie, ballonnement, refus de têter, rougeur ombilicale étendue, respiration difficile, corps froid ou chaud, convulsions, ballonnement abdominal) et referer en respectant les règles d'un transfert correct : mesures de prévention des infections, de protection thermique ; continuer à allaiter le nouveau-né ; expliquer à la mère pourquoi on transfère le nouveau-né.

#### **POSTE DE SANTE**

- Reconnaître les signes de danger (léthargie, ballonnement, refus de têter, rougeur ombilicale étendue, respiration difficile, corps froid ou chaud, convulsions, ballonnement abdominal) et referer en respectant les règles d'un transfert correct : mesures de prévention des infections, de protection thermique ; continuer à allaiter le nouveau-né ; expliquer à la mère pourquoi on transfère le nouveau-né.
- Faire une 1<sup>ère</sup> dose d'antibiotique en pré-transfert : ampicilline 50 mg/kg associée à la gentamicine 5 mg/kg en IM sur la face antéro-latérale de la cuisse.

## **CENTRE DE SANTE DE TYPE I**

**En cas de risque infectieux : garder le nouveau-né en surveillance, débiter un traitement avec Ampicilline ou Céfotaxime en IM à 100 mg/kg/j en 2 fois selon la disponibilité associé à la Gentamicine en raison de 5mg/kg en dose unique IM ; faire la CRéactive Protein (CRP) si possible puis décider de la poursuite ou non du traitement. A défaut, faire un traitement injectable pendant 2 jours et prendre le relai par voie orale avec amoxicilline-acide-clavulanique en raison de 80mg/kg en 2 doses.**

### **En cas d'infection néonatale sans détresse vitale :**

traiter au niveau du centre de santé avec Ampicilline ou Céfotaxime en IM à 100 mg/kg/j en 2 fois pendant 7 j selon la disponibilité, associée à la Gentamicine à raison de 5 mg/kg en dose unique pendant 2 j puis contrôler la CRP.

### **En cas cas d'infection néonatale avec détresse vitale :**

referer vers une structure de référence en respectant les règles d'un transfert correct : mesures de prévention des infections, de protection thermique ; mettre une voie veineuse périphérique si possible; expliquer à la mère pourquoi on transfère le nouveau-né.

Faire une 1<sup>ère</sup> dose d'antibiotique en pré-transfert : ampicilline ou céfotaxime à raison de 50 mg/kg associée à la gentamicine 5 mg/kg en IM sur la face antéro-latérale de la cuisse.

## **CENTRE DE SANTE DE TYPE II**

### **En cas risque infectieux :**

traiter avec des antibiotiques ; cependant faire autant que possible un bilan (NFS, CRP, Bactériologie si possible) ; décider de la poursuite ou non du traitement en fonction des résultats du bilan

### **En cas d'infection néonatale :**

- hospitaliser le nouveau-né en unité de néonatalogie ;
  - faire tous le bilan infectieux y compris la ponction lombaire ;
  - Mettre une voie veineuse
  - Instaurer rapidement l'antibiothérapie avec de la céfotaxime en raison de 100 mg/kg/j en 2 prises IV ou ceftriaxone en raison de 80 mg/kg/j en 1 prise associée à la gentamicine en raison de 5 mg/kg en dose unique journalière pendant 2j ;
- l'antibiothérapie doit être prolongée ou arrêtée en fonction des résultats du bilan infectieux en particulier la CRP.
- Traiter l'état de choc avec du SSI à raison de 10-20ml/kg en 20 mn à répéter 1 ou 2 fois en fonction de l'évolution.
  - En cas de convulsion : injecter du Phénobarbital à 20 mg/kg en intraveineuse très lente.
  - Si le tableau clinique s'aggrave, transférer à l'hôpital en respectant les règles d'un transfert correct.

---

## **HOPITAL REGIONAL OU NATIONAL**

Tous les soins décrits ci-dessus peuvent être effectués au niveau de l'hôpital.  
Des soins supplémentaires sont disponibles tels que la ventilation assistée, le monitoring cardio-respiratoire et la surveillance de la saturation en oxygène dans une unité de soins intensifs.

## **IV. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE DE MERE ATTEINTE DE PATHOLOGIE SPECIFIQUE**

### **1. Introduction**

Des problèmes de la santé de la mère peuvent affecter le nouveau-né. Ceux-ci peuvent être détectés à partir du dossier de consultation prénatale obstétrical de la mère. L'objectif de la prise en charge est de traiter le nouveau-né en vue d'une réduction du risque de transmission des maladies diagnostiquées chez la mère.

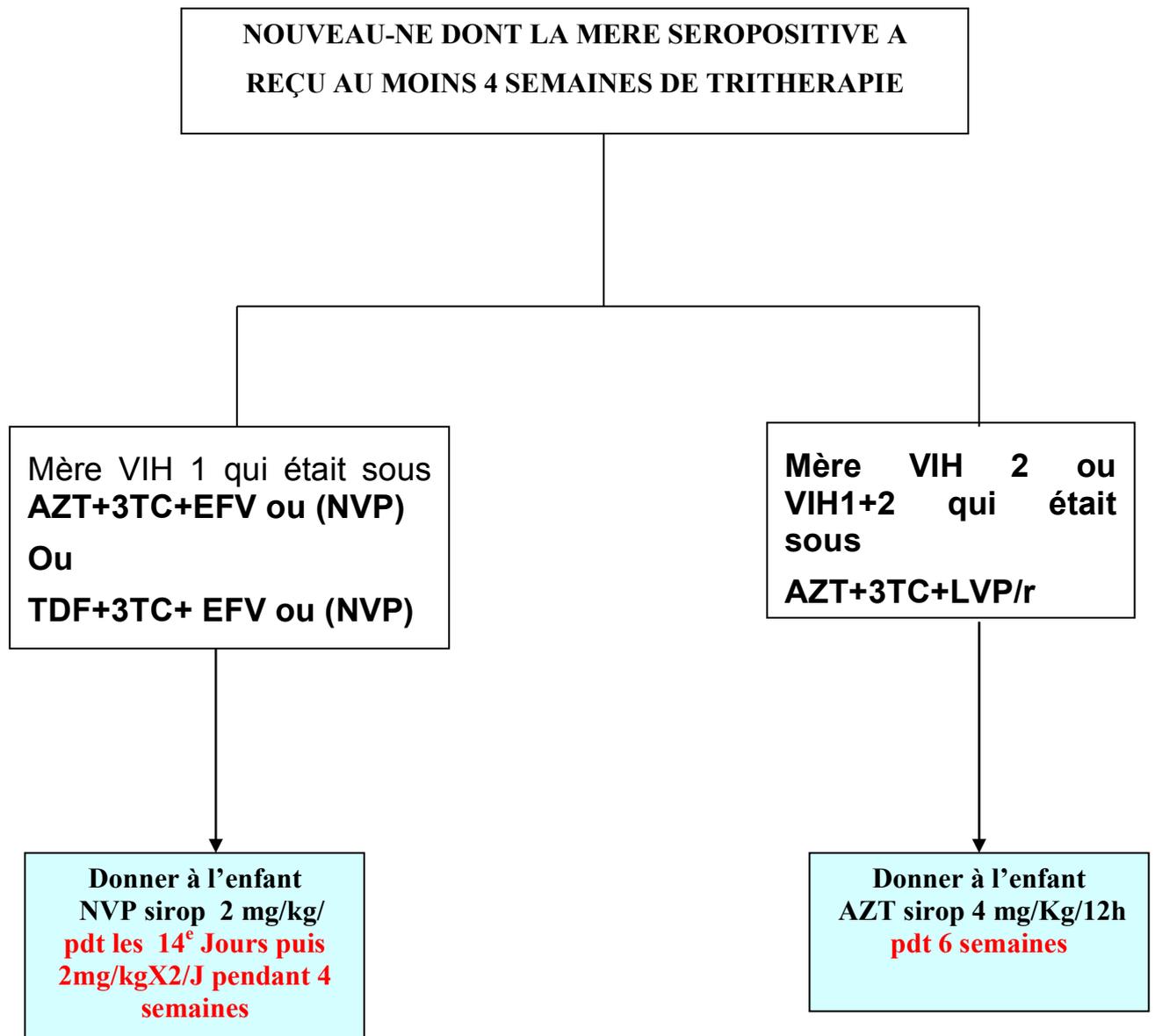
### **2. Prise en charge**

#### **2.1. Nouveau-né de mère seropositive**

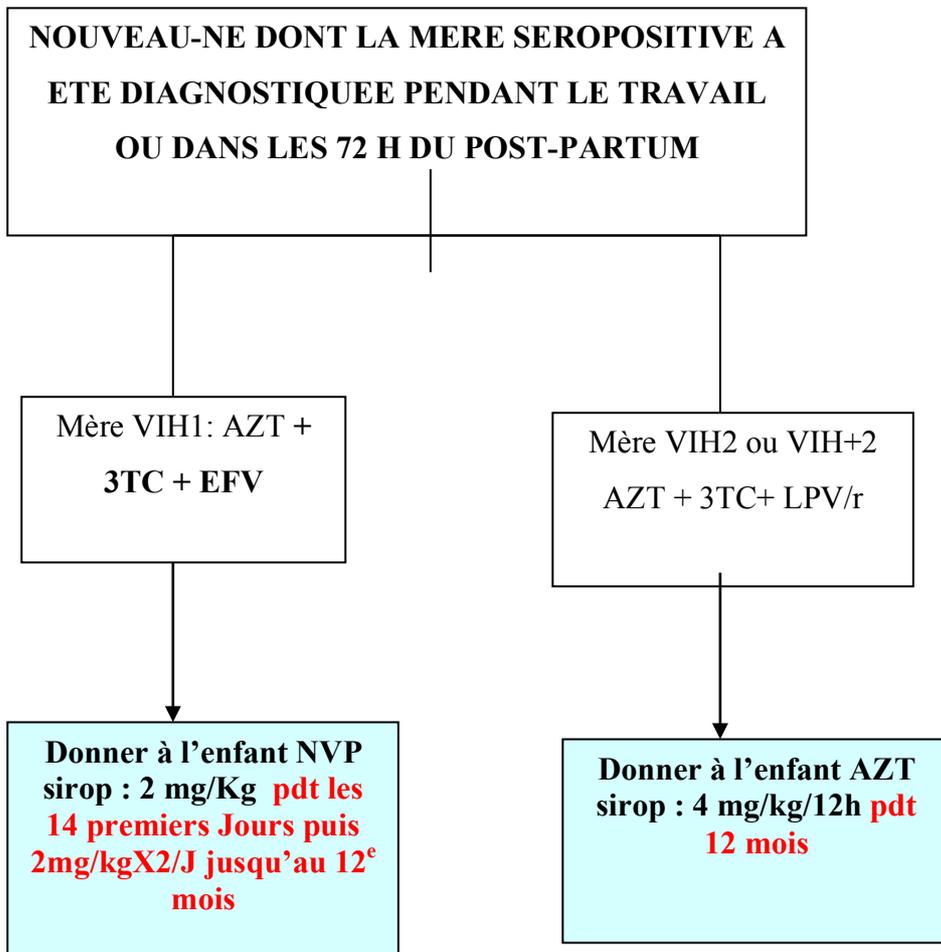
A la naissance, il faut effectuer tous les soins essentiels de base visant à minimiser le transfert du virus à l'enfant:

- Ligature-section du cordon
- Soins du cordon
- Evaluation initiale du nouveau-né : cri, coloration, fréquence cardiaque
- Réanimer au besoin et transférer si signes de danger
- Initier l'allaitement maternel protégé par les ARV
- Identifier le nouveau-né
- Peser, toiser, prendre le périmètre crânien, administrer les médicaments

Les mesures préventives doivent couvrir les périodes avant, pendant et après accouchement. Les algorithmes suivants précisent la conduite à tenir.



- Diminuer les doses d'AZT à 1,5mg/Kg/12h si nouveau-né de poids < 2500g
- Faire un bilan de tolérance des ARV à l'enfant à 3 mois :
  - NFS
  - Transaminase



- Diminuer les doses d’AZT à 1,5mg/Kg/12h si nouveau-né de poids < 2500g
- Faire un bilan de tolérance des ARV à l’enfant à 3 mois :
  - NFS
  - Transaminase
  - Discuter si les critères AFADS sont remplis de l’alimentation Artificielle

### Situations particulières

<b>Situations cliniques</b>	<b>Conduite à tenir</b>
1. Femme enceinte séropositive avec tuberculose évolutive	<b>Enfant :</b> <b>ZDV</b> (4mg/kg toutes les 12heures) + <b>3TC</b> (4mg/kg toutes les 12heures) pendant 6 semaines + <b>INH</b> 5mg/Kg/ jour pendant 6 mois
2. Grossesse chez une femme séropositive ayant déjà bénéficié d'une prophylaxie ARV pour la PTME lors d'une grossesse antérieure	<b>Enfant</b> <b>ZDV</b> (4mg/Kg toutes les 12 heures) + <b>3TC</b> (4mg/Kg toutes les 12 heures) pendant 6 semaines

## 2.2. Nouveau- né de mère atteinte de syphilis

**Définition :** infection due au tréponème transmise par une mère infectée.

**Diagnostic :** le nouveau-né peut présenter :

- des bulles au niveau des paumes et de la plante des pieds (pemphigus palmo-plantaire),
- un érythème cutané,
- une rhinite trainante,
- une hépatomégalie et une splénomégalie,
- paralysie d'un membre, des lésions osseuses à la radiographie (ostéochondrite) ;
- une mère diagnostiquée d'une syphilis au cours de la grossesse (TPHA-VDRL).

**Conduite à tenir :**

- **Première situation :** Si la mère a eu un dépistage de la syphilis positif pendant la grossesse et si elle est traitée correctement en même temps que le conjoint (2,4 millions de Benzathine-Pénicilline par semaine pendant 3 semaines) et si le traitement a débuté 30 jours avant l'accouchement : aucun traitement n'est nécessaire chez le nouveau-né.
- **Deuxième situation :** si la mère n'a pas été traitée contre la syphilis ou si elle a été insuffisamment traitée ou si son statut vis-à-vis du traitement n'est pas précis et que le nouveau-né ne présente aucun signe de syphilis : administrer au nouveau-né une dose unique de 50.000 UI/kg de Benzathine-Pénicilline en IM.
- **Troisième situation :** si le nouveau-né présente des signes d'infection syphilitique, il faut hospitaliser pour un traitement de 50 000UI/kg/ par dose de pénicilline G en IM ou IV ; 2 fois par jour pendant 10 jours.

## 2.3.Nouveau- né de mère atteinte de tuberculose

**Définition :** infection de la mère par le bacille de Koch avec risque de transmission au nouveau-né.

**Diagnostic :** le nouveau-né est souvent asymptomatique ; présente parfois des signes respiratoires sévères ou un faible poids de naissance; des opacités pulmonaires peuvent être visibles à la radiographie du thorax.

**Conduite à tenir**

- **Recherche de BAAR (-) chez la mère :** BCG immédiat chez le nouveau-né ;
- **Recherche de BAAR (+) chez la mère :** évaluer l'état clinique du nouveau né
  - suspicion de tuberculose (symptomatologie) : mettre en route le traitement antituberculeux ;
  - clinique satisfaisante : faire **2 mois de chimioprophylaxie à l'INH (10mg/kg/j)** puis intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) :
    - **Si IDRT (-)** arrêt INH et faire BCG
    - **Si IDRT (+)** continuer jusqu'au 6 mois ; contrôle clinique puis BCG
    - Pas de BCG en même temps que INH

- **Ne pas séparer la mère de l'enfant ;**
- **Allaitement maternel**

## **2.4. NOUVEAU- NE DE MERE ATTEINTE DE D'HEPATITE B**

**Définition :** Infection de la mère par le virus de l'hépatite B au cours de la grossesse avec risque de transmission au nouveau-né.

**Diagnostic :** l'hépatite est asymptomatique chez le nouveau-né.

### **Conduite à tenir**

Administrer à tout nouveau-né de mère présentant une hépatite B pendant la grossesse, dans les 12 premières heures, 0,5 ml de vaccin anti- hépatite B en IM et en même temps dans un site séparé 200 UI d'immunoglobuline spécifique si disponible ; sinon, se limiter au vaccin. L'allaitement maternel n'est pas contre indiqué sauf en cas de fissure saignante ou de plaie sur le mamelon.

## **2.5.NOUVEAU- NE DE MERE ATTEINTE DE DIABETE**

**Définition :** Nouveau-né issu d'une mère présentant un état d'hyperglycémie chronique (diabète antérieur à la grossesse) ou découverte au cours de la grossesse (diabète gestationnel); cette dernière peut avoir des effets néfastes chez le nouveau-né.

**Diagnostic :** le nouveau est souvent de gros poids (supérieur ou égal à 4kg ou macrosome) ou parfois il peut être de faible poids (hypotrophique) ; des complications sont fréquentes et doivent être recherchées chez le nouveau-né.

### **Conduite à tenir :**

- La prise en charge du nouveau-né de mère diabétique est possible au niveau du centre de santé de type I si le plateau technique le permet et s'il n'existe aucun signe de danger.
- Toutefois, il est préférable qu'elle se fasse dans les centres de santé de type II ou les hôpitaux.
- Il faut systématiquement faire la glycémie à la naissance ;
- Prendre en charge des complications néonatales métaboliques : Hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie. L'hypoglycémie est celle qui est la plus fréquente.

**Hypoglycémie néonatale se définit par une glycémie < 0,3g/l (seuil d'alerte:0,45g/l)**

- **En cas d'hypoglycémie asymptomatique**
  - SG 10% en gavage : 2-3ml/kg par SNG ou orale
  - Puis alimentation précoce et régulière au lait maternel: 8 à 12 repas/j
- **En cas d'hypoglycémie symptomatique** (convulsions, troubles de la conscience, mouvements anormaux, apnées..).
  - Voie veineuse : Sérum glucosé à 10 % : 2 à 3 ml/kg en dose initiale puis faire une perfusion continue de Sérum glucosé à 10% en raison de 80 ml/kg.
  - Puis passer très rapidement à une alimentation orale régulière (tétée ou gavage)

**Prévention de l'hypoglycémie :** encourager la mise au sein précoce et demander de donner le sein au moins 8 fois par 24 h.

## V. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS MINEURES DU NOUVEAU-NE

La plupart des ces infections peuvent être pris en charge par le personnel de santé quel que soit le niveau de soin. Cependant, en ce qui concerne les antibiotiques oraux ou injectables, il est préférable que leur utilisation soit limités aux structures de santé.

CONDUITE A TENIR	
<b>Infection cutanée : pustules et vésicules</b>	<p>Nettoyer la région cutanée atteinte avec un antiseptique.            Appliquer une solution de violet de gentiane 0,5% ou à défaut de l'éosine acqueuse 2% ; recommencer 4 fois par jour.            Si les pustules sont très nombreuses sans signes d'infection généralisée (signes de danger), administrer de la <b>Cloxacilline 25mg/kg/dose</b> ; en 2 fois par jour par voie orale pendant 5 jours.            Si des signes de danger sont dépistés, hospitaliser et traiter comme une infection généralisée avec des médicaments contre le staphylocoque doré.</p>
<b>Candidose des fesses</b>	<p>Appliquer sur les lésions du violet de gentiane 0,5% ou l'éosine acqueuse à 2%, laisser sécher puis appliquer de la <b>nystatine</b> en crème 2 fois par jour pendant 14 jours minimum.</p>
<b>Muguet buccal</b>	<p>Appliquer du violet de gentiane 0,5% ou de la nystatine en solution orale dans la cavité buccale 4 fois par jour; continuer le traitement pendant 14 jours minimum.            Appliquer du violet de gentiane 0,5% ou de la nystatine en crème après chaque tétée sur les seins de la mère jusqu'à la fin du traitement du nouveau-né.</p>
<b>Conjonctivites néonatales</b>	<p>Il faut nettoyer les yeux avec du sérum physiologique ou de l'eau propre (bouillie puis refroidie) à l'aide d'une compresse stérile.            Appliquer un collyre ou une pommade antibiotique (exemple : pommade tétracycline 1% en raison de 4 application par jour jusqu'à la guérison).            Si une conjonctivite gonococcique est suspectée (apparition dès la naissance), administrer une dose unique de 25mg/kg de Ceftriaxone en IM en plus du traitement local.            Si une conjonctivite à Chlamydia est suspecte, administrer de l'Erthromycine à la dose de 30 mg/kg/j en par voie orale, 2 fois par jour pendant 14 jours en plus du traitement local.</p>

## VI. DEPISTAGE DE CERTAINES PATHOLOGIES CHIRURGICALES ET MALFORMATIVES

La prise en charge de ces pathologies n'est possible que dans dans une unité chirurgicale ; il faut référer tous les cas suspects.

PATHOLOGIE	DIAGNOSTIC	CONDUITE A TENIR
<b>Atrésie de l'œsophage</b>	Elle est suspectée quand la grossesse est compliquée d'un excès de liquide amniotique (hydramnios) En période néonatale : le nouveau-né salive beaucoup, il étouffe quand il est alimenté. Quand on introduit une sonde d'aspiration (de préférence N°10), elle bute à 7 cm des arcades dentaires.	Il faut alors transférer le nouveau-né en service de chirurgie en position demi-assise ; il faut aspirer régulièrement la salive à l'aide d'une seringue ou d'un aspirateur s'il est disponible au cours du transfert. <b>Il ne faut pas alimenter</b> ; il faut mettre en place une voie veineuse périphérique.
<b>Imperforation des choanes</b>	A la naissance, le nouveau-né respire difficilement quand il est alimenté ou quand on ferme sa bouche. Quand on introduit la sonde d'aspiration dans la narine, elle bute à 3cm de l'orifice nasal.	Il faut transférer le nouveau-né en service d'ORL pour une prise en charge chirurgicale ; mettre en place une canule de Guedel ou de Mayo et fixer avec du sparadrap.
<b>Fente palatine</b>	Une fente du palais doit être toujours recherchée lors de l'examen néonatal systématique. Il faut regarder si le palais est fendu.	Il faut alors <b>éviter d'alimenter le nouveau-né par la bouche</b> ou alimenter selon une technique spéciale pour les nouveau-nés atteints de fente palatine ou à l'aide d'une sonde de gavage. Référer dans un service d'ORL pour la prise en charge.
<b>Ambiguïté sexuelle</b>	Le diagnostic est fait devant la constatation d'une anomalie des organes génitaux externes au cours de l'examen néonatal.	Il faut alors référer en service de pédiatrie pour l'organisation de la prise en charge.

<b>Imperforation anale</b>	Le diagnostic de l'imperforation anale repose sur la constatation de l'absence de l'orifice anal à l'examen. Parfois le méconium est émis par un orifice périnéal (fistule périnéale) ou au niveau de l'orifice urinaire (fistule recto-vésicale).	Référer en chirurgie infantile
----------------------------	--	--------------------------------

---