



Repère
RÉSEAU PÉRINATAL RÉUNION

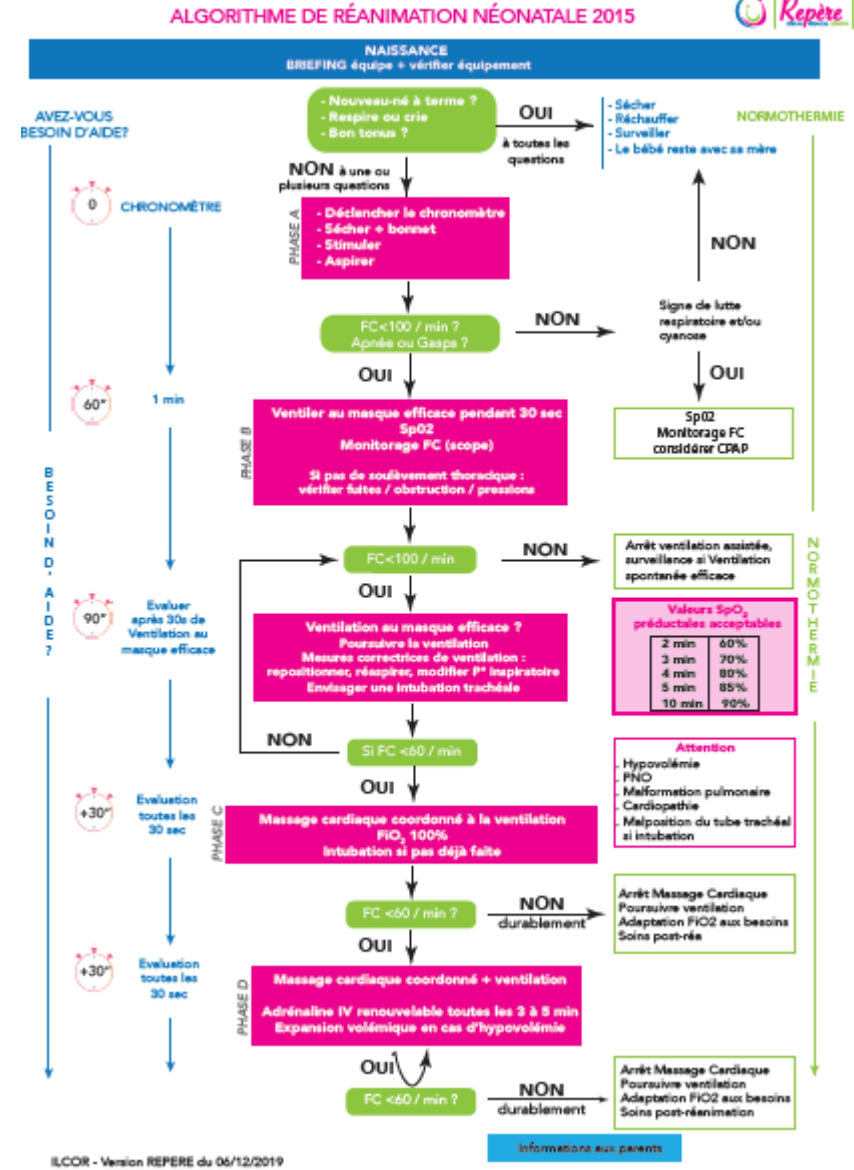
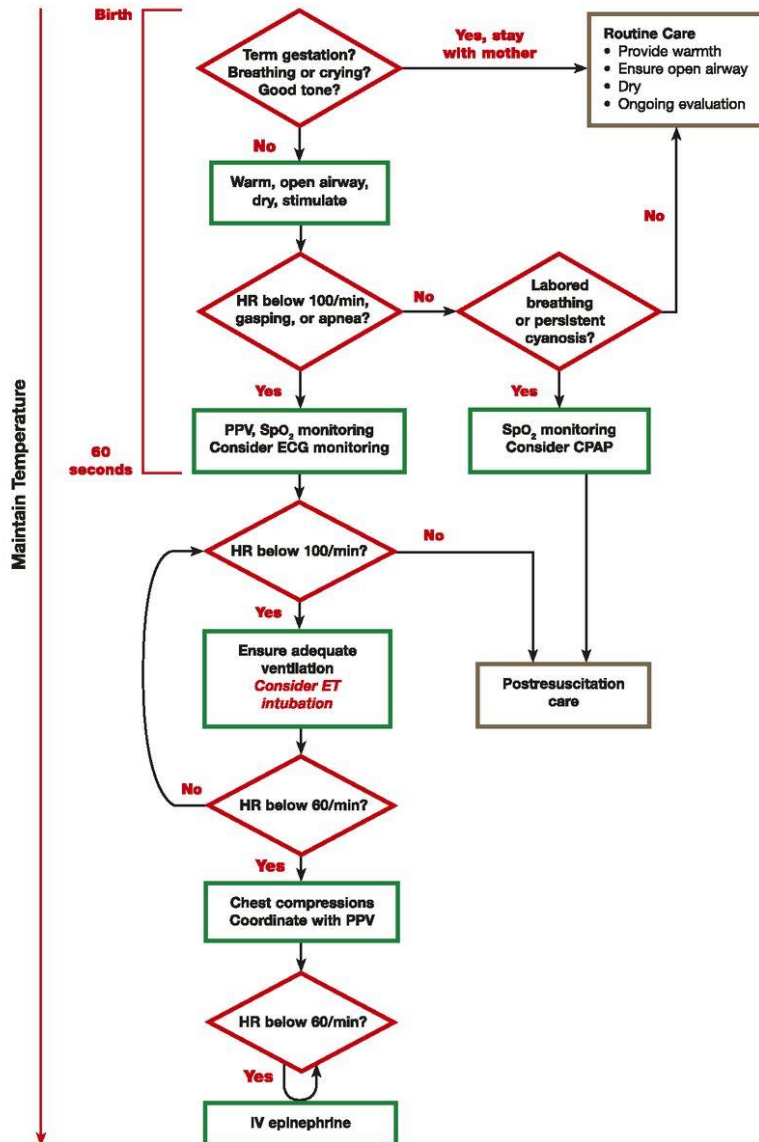
Gestion situation de crise en Maternité

Réanimation Néonatale en salle de naissance

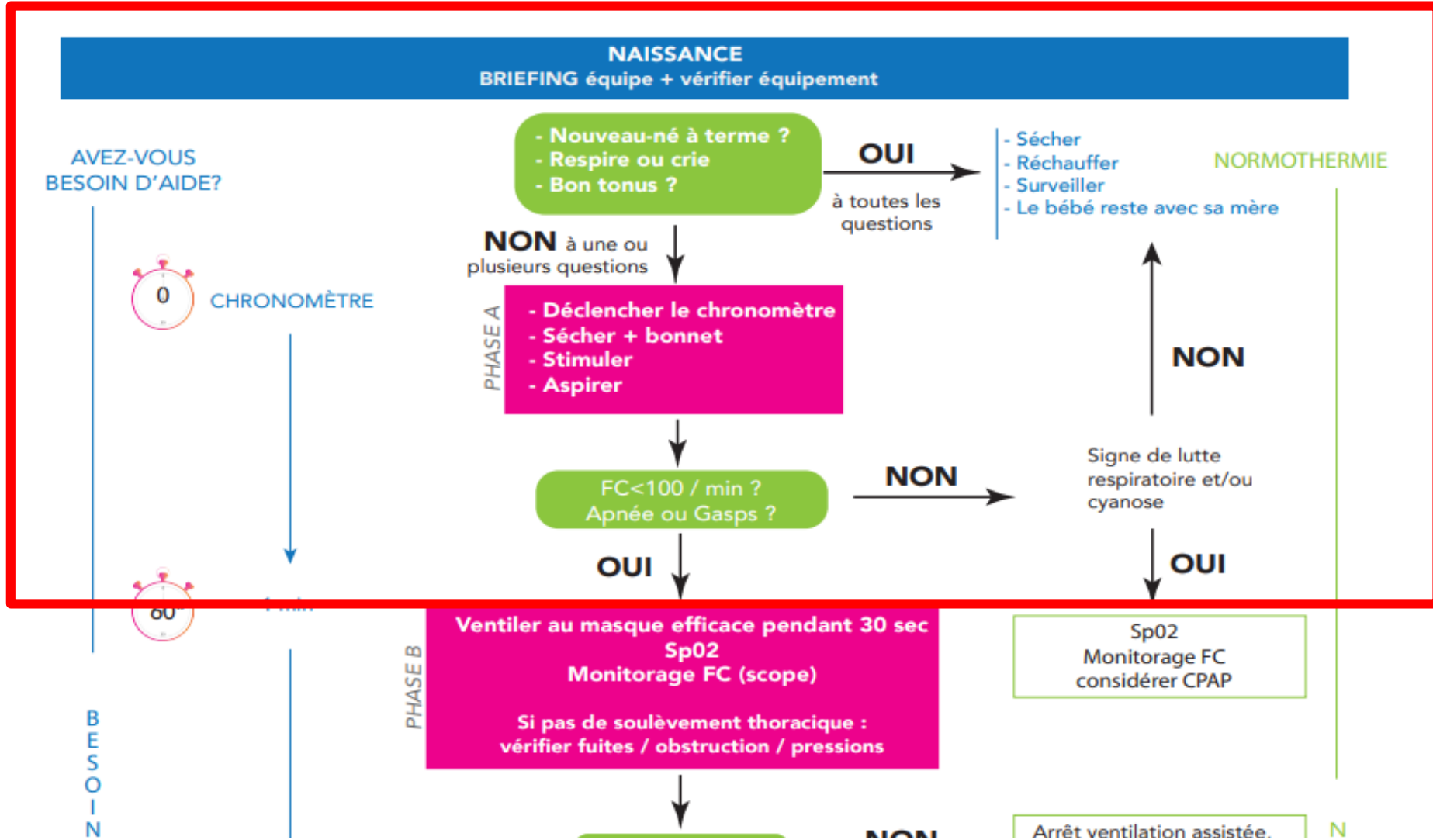
C. Brayer, A. Derouet, M. Descoins, M. Dubourg, A. Grondin

Prise en charge du nouveau-né en salle de naissance

Neonatal Resuscitation Algorithm



Phase A



Phase A

1. Déclencher le chronomètre

2. Soins primaires :

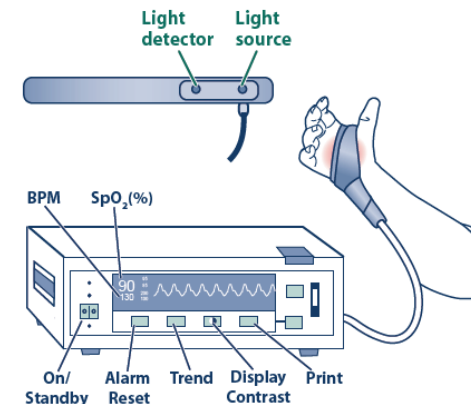
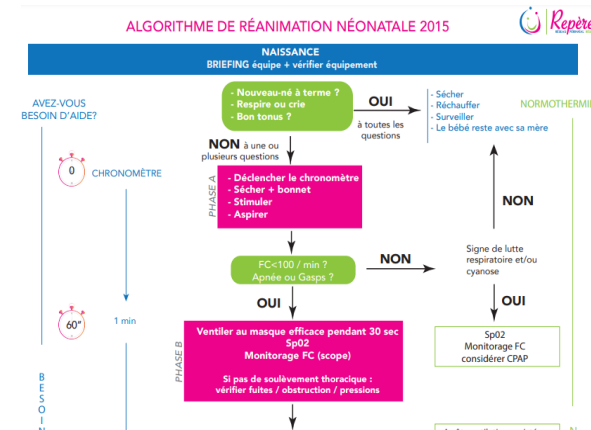
- Sécher (lange propre et sec),
- Réchauffer (table radiante, bonnet, lange chaud,)
- Stimuler

3. Libérer les voies aériennes supérieures,

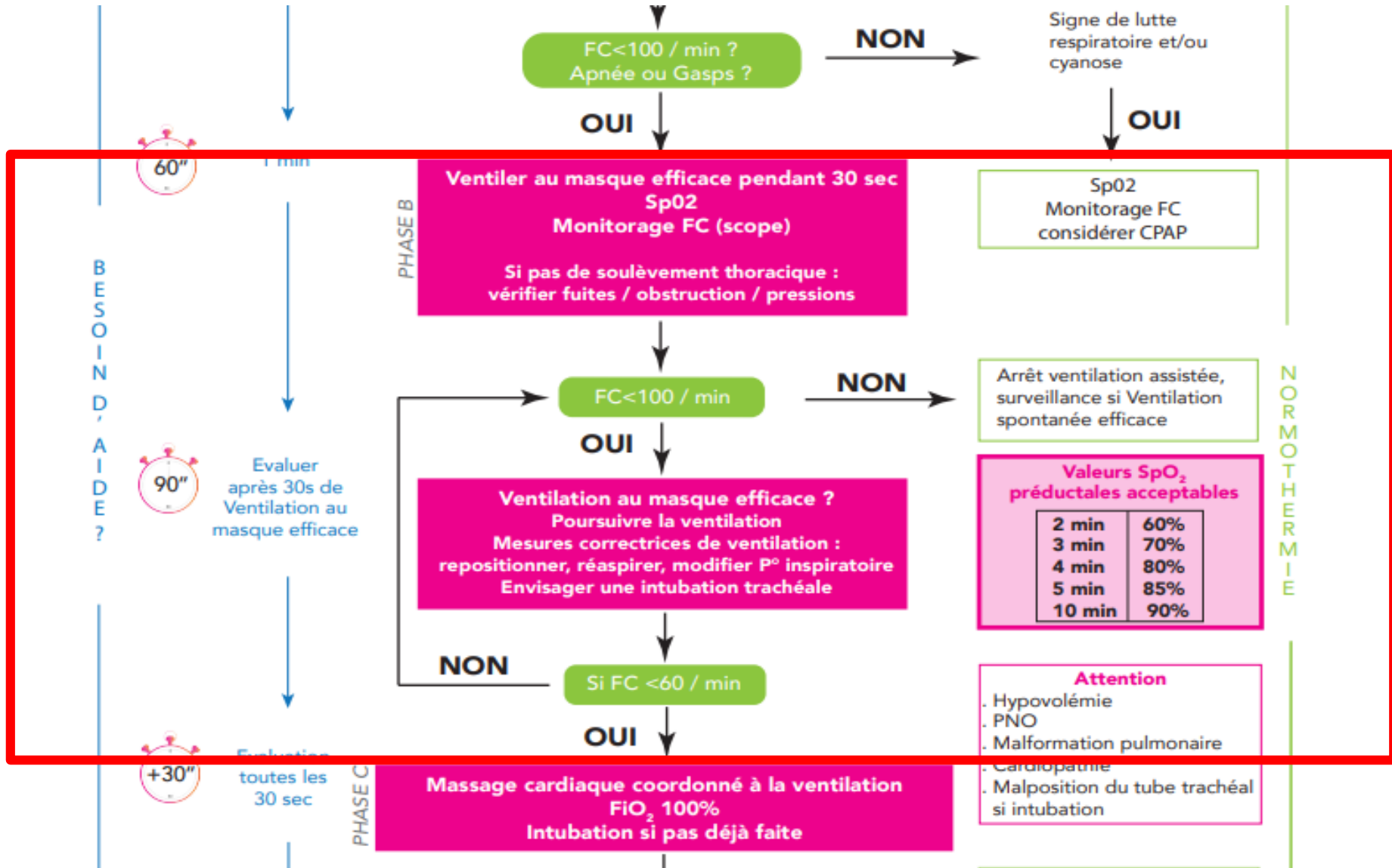
- tête en position neutre
- Aspiration bouche 3cms, nez 0,5cm
- Dépression -120cmH2O à -150 cmH2O

4. Evaluer la FC du nouveau-né (max à 1min) :

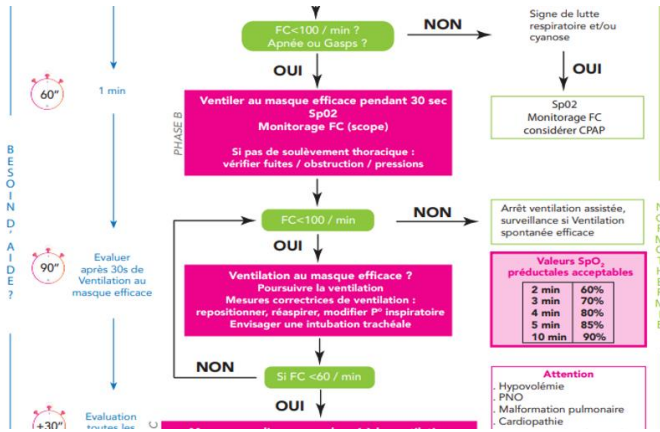
Pouls au cordon / Stéthoscope / Oxymètre de pouls main droite/ ECG conseillé+++



Phase B



Phase B



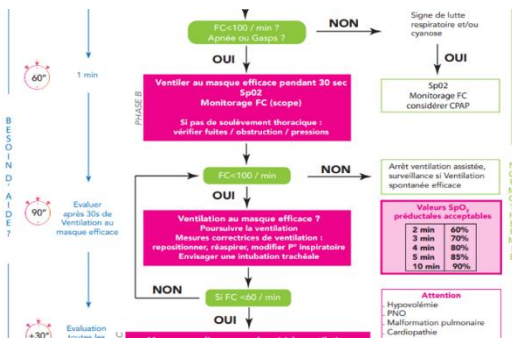
Si FC < 100 bpm à 1minute

- Commencer la VPP , FiO₂ 21%.
- Monitorer la SPO₂
- Ajouter de l'O₂ pour atteindre les objectifs de saturation

Pre-ductal SpO₂ Target

1 min	60%–65%
2 min	65%–70%
3 min	70%–75%
4 min	75%–80%
5 min	80%–85%
10 min	85%–95%

Phase B



Ventilation au Neopuff (Ventilation en Pression Positive)

- Ouvrir arrivée des gaz 10L/min (air seul FiO2 21%)
- Réglages des pressions : Pmax = 40; PIP=20; **PEP = 5**
- 40 à 60 insufflations par minutes

Evaluer l'efficacité de la ventilation

1- Aiguille du manomètre du Neopuff = réglages (Pinsp 20, Peep5) SINON FUITES

2- Soulèvement thoracique à chaque insufflation SINON

MESURES CORRECTIVES : Aspirer, changer de masque, augmenter la PIP, repositionner

3- Monitorer la SPO2 cf objectifs Saturation, \nearrow O2 si besoin en \searrow d'autant débit d'air.

4- Amélioration Fc

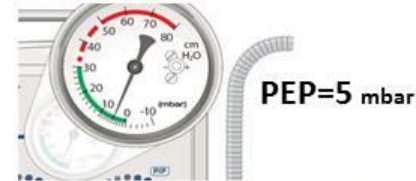
Vérification des réglages du Neopuff

1 Ouvrir les gaz et vérifier les tubulures  5-15 L/min

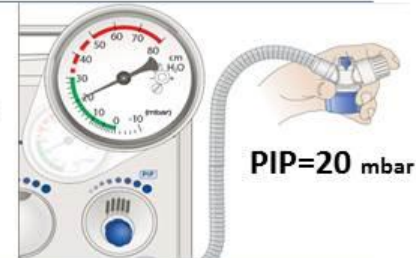
2 Obturer la sortie de la pièce en T avec le bouchon ou le poumon test



3 Vérifier la valeur de PEP



4 Obturer avec l'index la valve de PEP puis vérifier la valeur de PIP

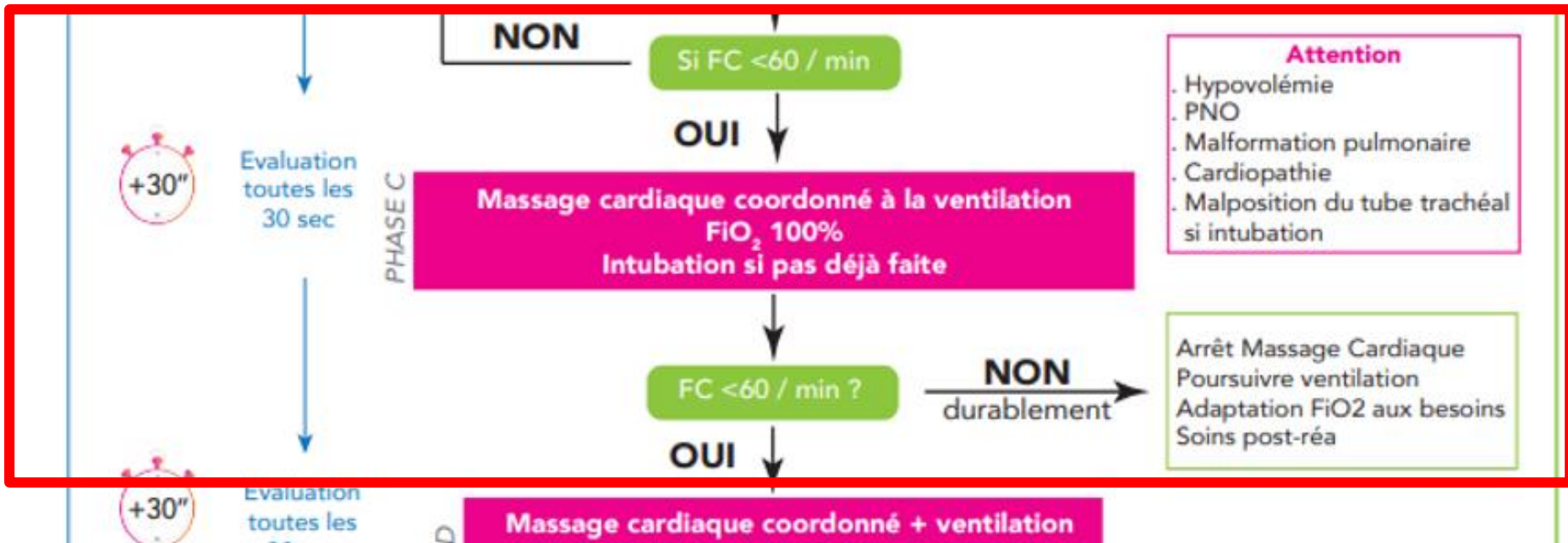


5 Vérifier la valeur de Pmax en tournant le bouton de PIP à fond vers la Droite

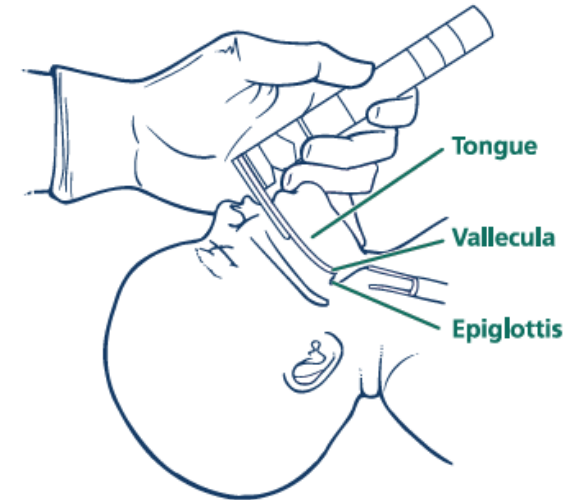


6 Redescendre la PIP à la valeur souhaitée (PIP= 20 mbar)

Phase C

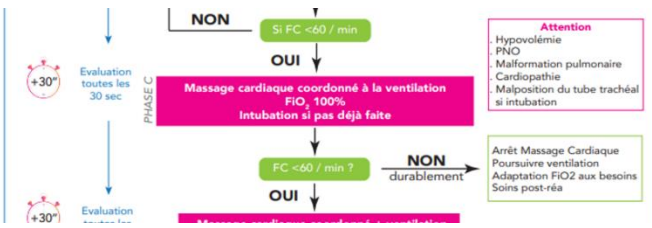


Intubation



Poids estimé de l'enfant (g)	Taille de la lame du laryngoscope	N° de la sonde (diamètre intérieur en mm)
< 1 500	00 (< 800 g) ou 0	2,5
Entre 1 500 et 2 500	0	2,5 - 3
Entre 2 500 et 3 500	0 ou 1	3 - 3,5
> 3 500	1	3,5

MAXIMUM 30 secondes d'arrêt de ventilation



Phase C

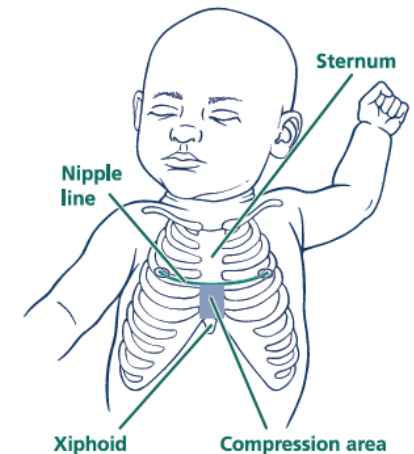
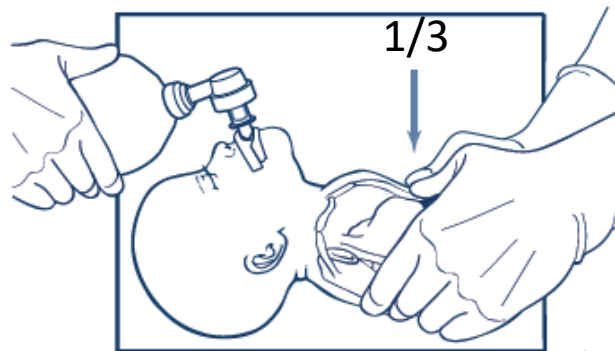
Si FC < 60 bpm après 30 '' ventilation efficace

En plus de la VPP commencer le massage cardiaque externe (MCE):

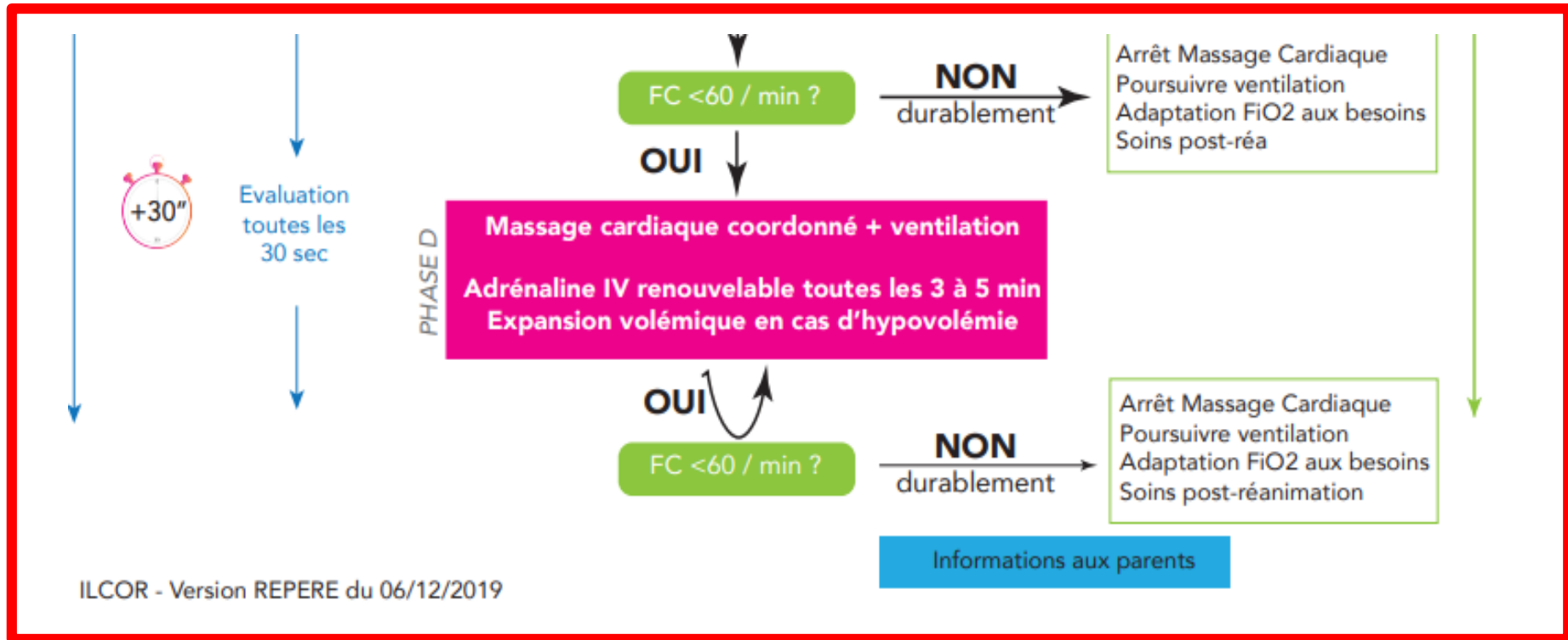
- Rythme 120 actions/min : MCE (90) + insufflations (30)
- 1cycle = 3 compressions + 1 insufflation
- Profondeur de dépression de 1/3 THORAX

Au début de la phase C :

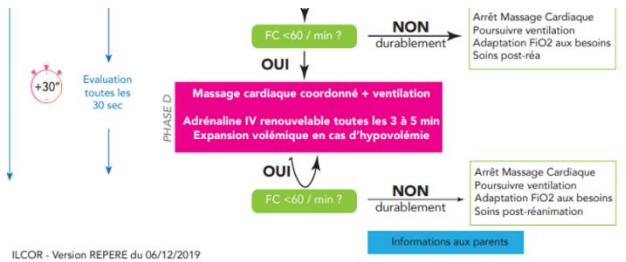
- 1- penser à intuber pour optimiser ventilation
 - 2- penser à faire préparer l'adrénaline et le matériel de pose
- ... et qqun pour poser le KTVO



Phase D



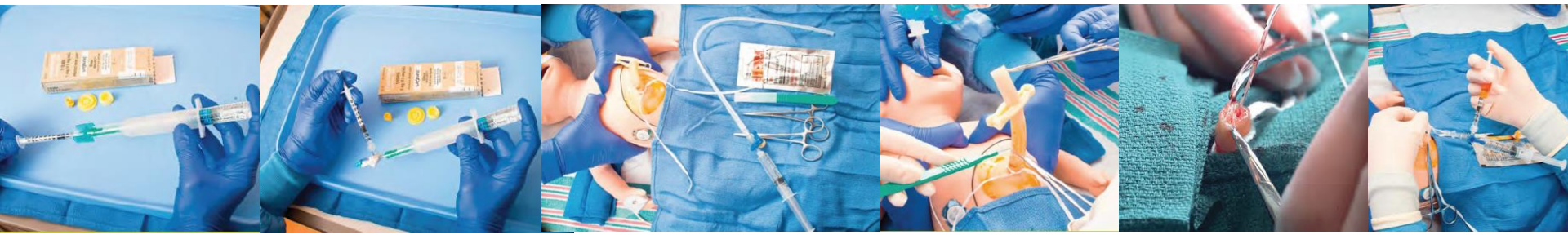
Phase D



Si FC < 60 bpm après B et C

- Continuer la VPP et le MCE
- Préparer et poser le KTVO pour l'injection d'adrénaline
- ADRENALINE 1mg=1ml+ 9ml de NaCl0,9%
soit une dilution à 1ml=100µg
10 à 30µg/kg soit 0,1 à 0,3 mL/kg de la solution diluée en IV
- Envisager expansion volémique :
 - Serum physiologique 10 à 20 mL/kg
 - CGR 15mL/kg

- KTVO
- Robinet
- Seringue 10ml
- Seringue 1ml
- 2 trocarts
- Serum phy 10ml
- Adrénaline diluée
- Champ troué
- Champ table
- Boite instruments
- Compresses
- Antiseptique
- +/- lack / SNG



Des questions?

