

RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Éléments cliniques à repérer

*Quatrième journée pédiatrique d'Ariège
16 octobre 2018*



SORTIE DE MATERNITÉ

Recommandations HAS mars 2014



POPULATION CONCERNÉE :

« Couples mère-enfant à *bas risque* médical, psychique et social »

SORTIE DE MATERNITÉ

Recommandations HAS mars 2014

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ L'ENFANT

- pour une sortie après une durée de séjour standard
 - **critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce**
- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA / ≥ 38 SA singleton et eutrophe
 - **Apgar ≥ 7 à 5 minutes**
 - Examen clinique normal réalisé impérativement 48h après la naissance et avant la sortie / **le jour de la sortie**
 - Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
 - Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait/**colostrum** reconnu par la mère), mictions et selles émises / **selles spontanées, transit établi**
 - Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
 - Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas / **uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
 - Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
 - Vitamine K1 donnée
 - Dépistages néonataux réalisés à la maternité / **Dépistages néonataux prévus**
 - Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi dans les 48h suivant la sortie, sinon dans la semaine / **1ère visite prévue dans les 24h après la sortie de maternité**

SORTIE DE MATERNITÉ

Recommandations HAS mars 2014

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ LA MÈRE

- pour une sortie après une durée de séjour standard
- **critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce**
 - Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
 - Soutien familial et/ou social adéquat
 - Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité
 - **Accord de la mère ou du couple**
 - [...]

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

SORTIE DE MATERNITÉ

Recommandations HAS mars 2014

SUIVI DE L'ENFANT

- Paramètres de surveillance après une durée de séjour standard
- Paramètres supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce
- Risque d'ictère : coloration et bilirubinémie transcutanée si besoin / surveillance de la coloration et mesure de la bilirubine transcutanée (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
- Dépistage des cardiopathies : auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux
- Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
- Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
- Comportement : tonus, éveil, contact
- Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K
- Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

SORTIE DE MATERNITÉ

Recommandations HAS mars 2014

SUIVI DE LA MÈRE

➤ Paramètres de surveillance quelle que soit la durée de séjour

- Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
- Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)
- [...]

SORTIE DE MATERNITÉ

Recommandations HAS mars 2014

DÉROULEMENT DU SUIVI

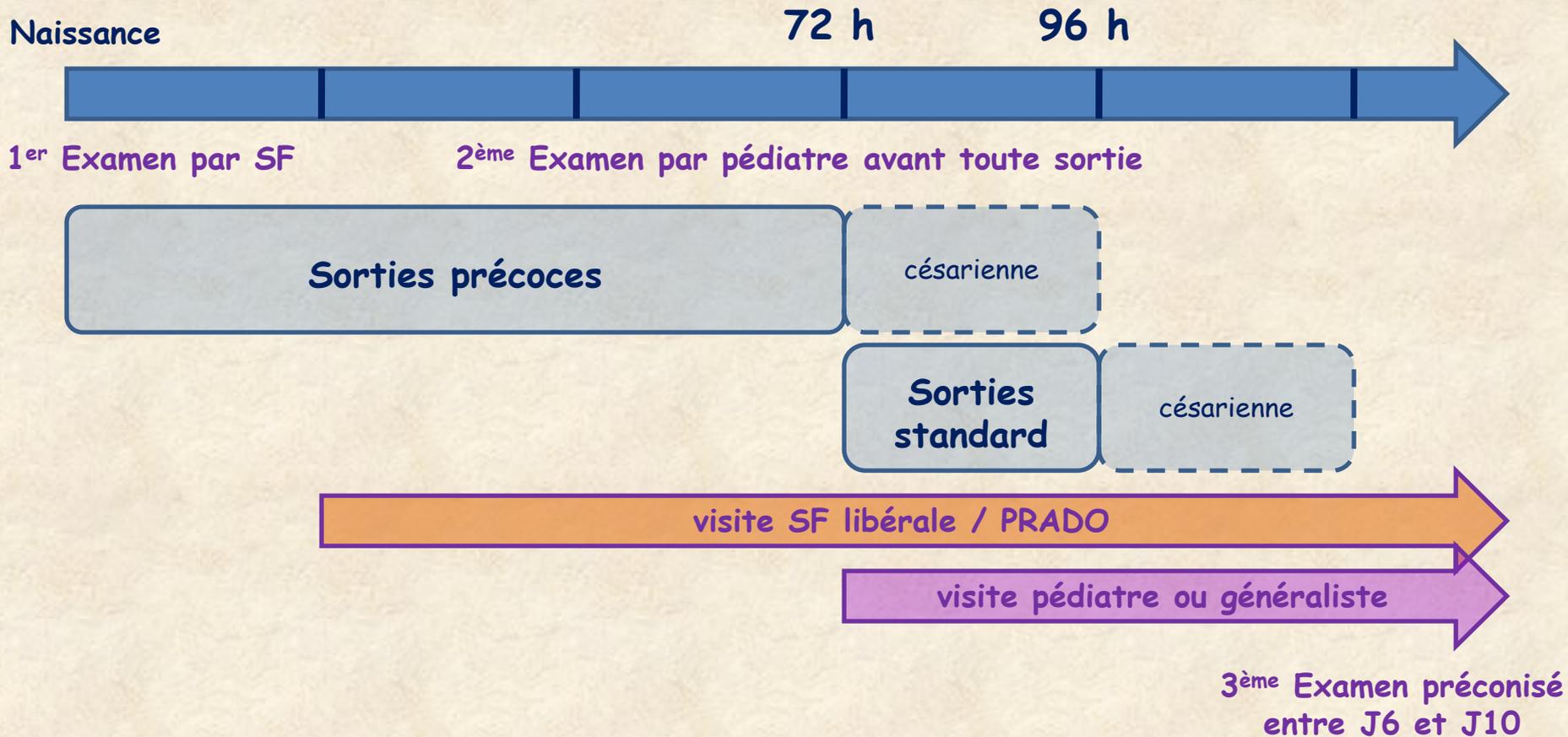
après une durée de séjour standard / après une sortie précoce

Deux / ou trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié

- **1^{ère} visite** : elle doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48h suivant cette sortie / **systematiquement réalisée dans les 24h après la sortie de la maternité**. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée
- **2^{ème} visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant / **elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant**
- **3^{ème} visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

SORTIES PRÉCOCES DE MATERNITÉ



SORTIES PRÉCOCES

Principales complications

Difficultés alimentaires

Ictère

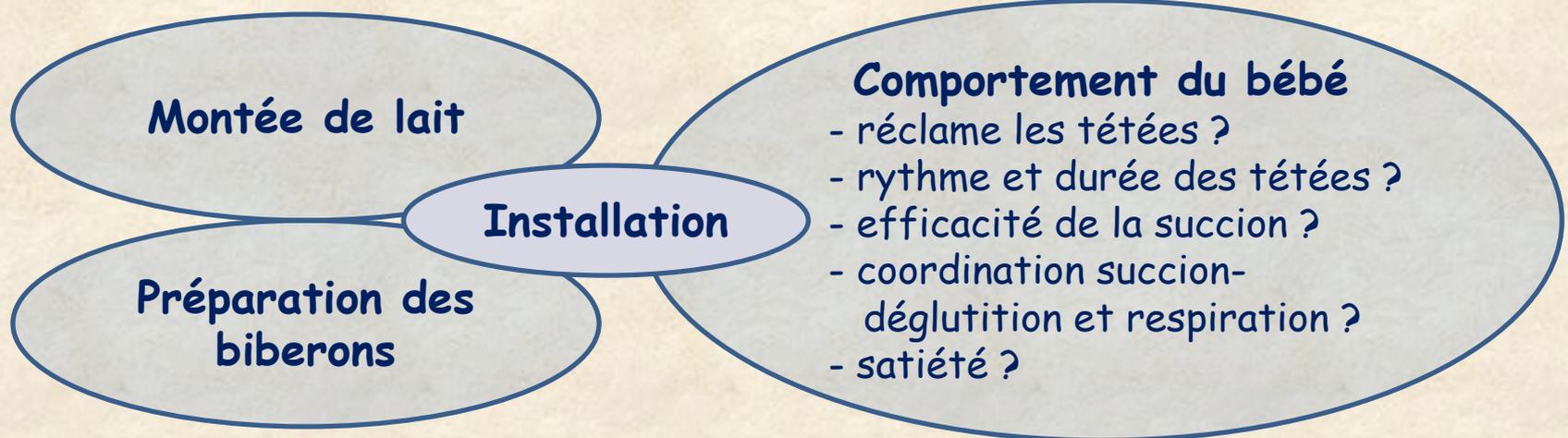
Objectifs de la surveillance de l'enfant :

- dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de **complications imposant une réhospitalisation après la sortie** (notamment *ictère, pathologie infectieuse, cardiopathies ducto-dépendantes* non diagnostiquées auparavant)
- s'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace et le cas échéant d'un allaitement maternel bien instauré ;
- effectuer ou s'assurer de la réalisation des dépistages réglementaires (tests de dépistage néonatal)
- s'assurer de l'instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

DIFFICULTÉS ALIMENTAIRES

SYSTÉMATIQUEMENT ÉVALUER

- la qualité de l'allaitement et la bonne adéquation entre les apports et les besoins



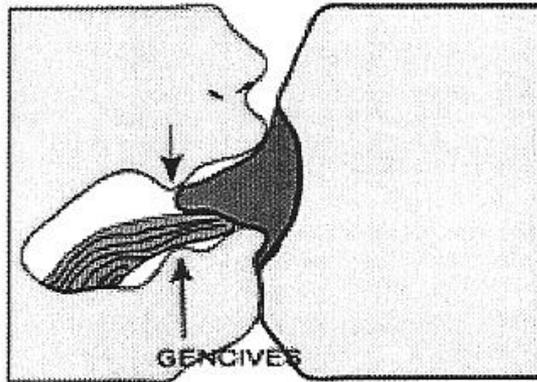
- La diurèse, le transit, le poids, des troubles digestifs éventuels (vomissements...)

Gain pondéral attendu = + 20 à 30 g /j, avec reprise du PN la 2^{ème} semaine de vie

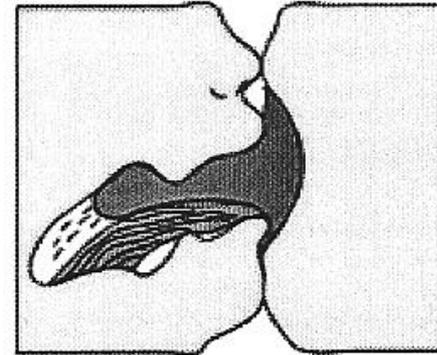
ALERTE en cas de **Perte de poids > 10%**, surtout si elle est rapide

Importance de la **cinétique du poids** et de l'**état clinique** du bébé ET de sa mère

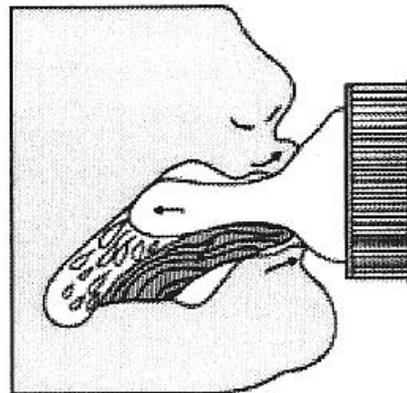
DIFFICULTÉS ALIMENTAIRES



POSITION INCORRECTE
(gencives sur le bout du mamelon : crevasses)



POSITION CORRECTE
(le bout du mamelon est contre la partie molle du palais : pas de crevasses)



Idem : prise naturelle de la tétine.

DÉSHYDRATATION

Perte de poids rapide

Oligurie

Fontanelle déprimée

Absence de larmes

Yeux cernés et enfoncés

Pli cutané

Soif

Bouche sèche

Hypotonie des globes oculaires

Fièvre

Signes de gravité :

Collapsus : tachycardie, marbrures, teint gris, \nearrow TRC

Troubles neurologiques

ICTÈRE

Modalités d'organisation de la sortie

- reconnaissance des **facteurs de risque** d'hyperbilirubinémie sévère
- réalisation d'un **profil évolutif** de l'ictère calqué sur le nomogramme

Modalités de suivi

- **opérationnelles dans les 24 h** après une sortie précoce de la maternité
- **quantification de l'ictère** (dosage de la BS ou de la BTC)
- **évaluation clinique** de l'enfant (pesée) et de l'allaitement (observation d'une tétée)
- **identification d'un circuit de retour** éventuel (si nécessaire) vers un établissement de soins.

Les parents doivent être informés avant la sortie des signes d'alerte et du circuit à consulter

ICTÈRE

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

- un âge gestationnel < **38 SA**
- un **ictère** survenant dans les **24 premières heures** de vie
- des **antécédents** dans la fratrie d'ictère traité par photothérapie
- une histoire familiale évocatrice de **maladies hémolytiques** (incompatibilité foetomaternelle, déficit en G6PD...)
- l'existence d'**hématome** et/ou de céphalématome
- un enfant dont les parents sont originaires d'**Asie**, d'**Afrique** ou des **Antilles**.

ICTÈRE

Surveillance clinique

- **Coloration de la peau et des muqueuses** (conjonctives, gencives)



Teint « sale » ⇨ infection ? trouble métabolique ?...

Pâleur associée ⇨ hémolyse ?



Ictère isolé avec examen normal ou **symptômes associés** ?

ICTÈRE

Surveillance clinique

➤ Couleur des urines et des selles

Urines foncées + selles décolorées ⇒ cholestase (AVB ?)



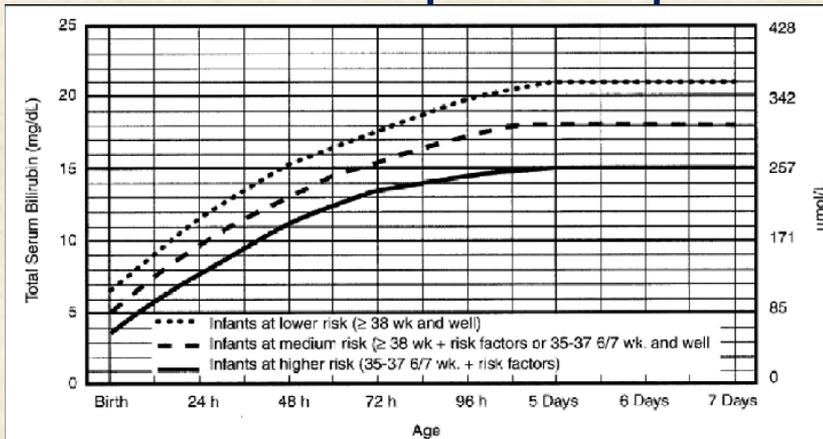
ICTÈRE

Mesure et suivi BTC (importance de la cinétique)

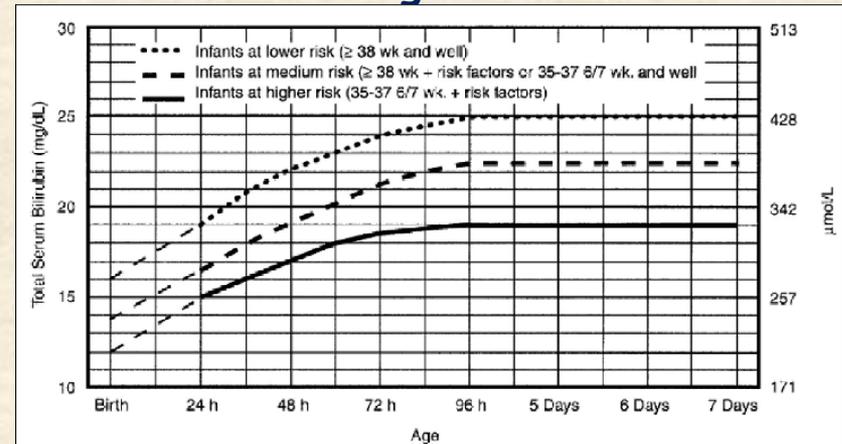
= estimation de la bilirubine sanguine totale

➤ Au minimum 2 mesures (front et sternum) moyennées, ou valeur la + élevée

Indication de photothérapie



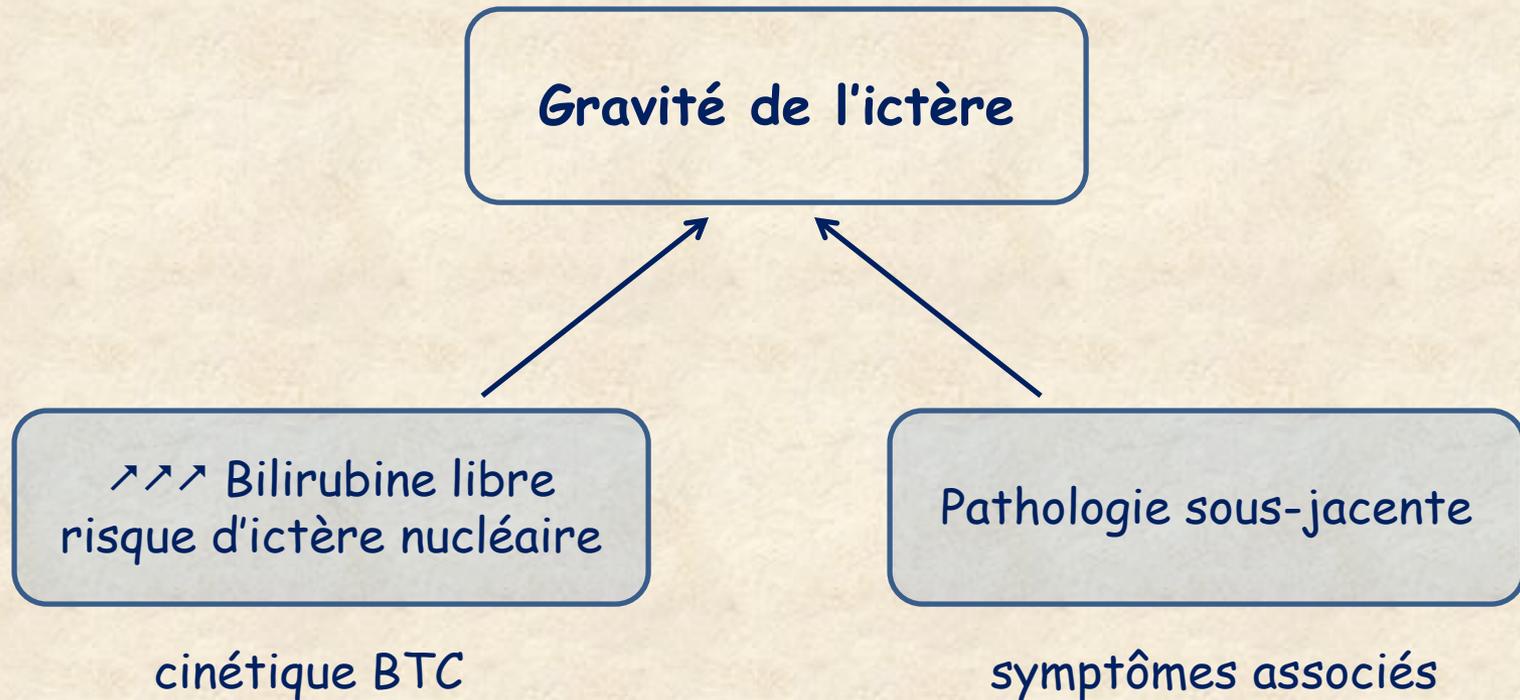
Indication d'exsanguinotransfusion



(recommandations AAP 2004)

RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE : éléments cliniques à repérer
Dr GOULOIS Eve / 16 octobre 2018

ICTÈRE



INFECTION NÉONATALE

Pas de signe spécifique
Hyperthermie inconstante



Être vigilant à tout changement de comportement

- Hyperthermie ou fébricule (voire hypothermie) MAIS normothermie possible
- Modification de l'éveil, irritabilité, apathie, ...
- Mauvaise coloration : teint cireux, ictérique, marbrures
- Difficultés alimentaires
- Troubles digestifs (vomissements, troubles du transit)
- Polypnée, Dyspnée
- Troubles cardiovasculaires : tachycardie / bradycardies, allongement du TRC
- Troubles neurologiques (hypotonie, FA tendue, convulsions,...)
- Éruption cutanée

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

Coloration

cyanose (*visible quand $SaO_2 < 80\%$*) généralisée ou différentielle (MI)
signes de collapsus : marbrures, teint gris, pâleur, allongement TRC

Fréquence et rythme cardiaque

arythmie, bradycardie ou tachycardie

Auscultation cardiaque : souffles de révélation souvent différée > H24
souffle fonctionnel / turbulences dans l'A.pulmonaire

souffles organiques de CIV (et autres shunts) ou obstacles éjectionnels

Palpation des pouls fémoraux (à comparer aux pouls huméraux si faibles)

Signes d'insuffisance cardiaque : dyspnée à la tétée (voire au repos), sueurs, HMG, collapsus périphérique (marbrures, extrémités froides, teint gris), galop

- **Manifestations cardiovasculaires d'une pathologie générale** ⇨ **rechercher des symptômes associés**
- **Cardiopathies congénitales** (8/1000 naissances)
40 à 50% ne sont pas diagnostiquées avant la sortie de maternité

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

FC irrégulière

ESA très fréquentes en fin de grossesse → disparaissent le 1^{er} mois de vie
NN asymptotique par ailleurs
si arythmie persistante à l'auscultation > J3 ⇒ ECG

FC lente < 80/min voire < 60/min

BAV ? ⇒ Hôpital

FC rapide > 200 voire 250/min

TPSV ? ⇒ Hôpital

CARDIOPATHIES À RÉVÉLATION NÉONATALE

➤ Cardiopathies obstructives ducto-dépendantes

-Droites :

Sténose pulmonaire critique, Fallot sévère, Atrésie tricuspide, APSO, APSI

CYANOSE
± souffle, HMG
± malaise

-Gauches :

Sténose aortique, Coarctation de l'Aorte, interruption de l'arche aortique

↘ pouls fémoraux
± souffle
± cyanose MI
CHOC

➤ Anomalies de connexion vasculaire

TGV
(RVPAT)

CYANOSE
(± choc)

➤ Ebstein sévère

CYANOSE
+ HMG

➤ Shunts G-D CIV, CA, TAC, CAV

souffle
INSUFFISANCE
CARDIAQUE

EXAMEN RESPIRATOIRE

Coloration

⇒ cyanose ?

(acrocyanose non pathologique si isolée)

FR < 60/min

⇒ polypnée ? apnées ?

Mécanique respiratoire

⇒ dyspnée ? majorée à la tétée ou selon la position ? améliorée aux pleurs ?

ORL : encombrement nasal, anomalies de la langue, stridor, perméabilité des choanes ?

Signes de détresse respiratoire : score de Silverman

Auscultation : qualité et symétrie du MV, bruits anormaux

Toux, fausses-routes, hypersalivation → atrésie de l'œsophage ?

- Manifestations respiratoires d'une pathologie cardiaque, infectieuse, métabolique, neurologique... ⇒ rechercher des symptômes associés
- Pathologies ORL ou broncho-pulmonaires

EXAMEN RESPIRATOIRE

Devant toute anomalie respiratoire



rechercher une cause mécanique
(souvent obstructive)

atrésie des choanes

anomalies ORL: macroglossie, rétrognathisme, laryngomalacie

...

systematiquement évoquer une atrésie de l'œsophage

(inhalation de salive par encombrement pharyngé / LG par une fistule œsotrachéale)

rechercher des symptômes associés

orientant vers une pathologie générale

MANIFESTATIONS URO-DIGESTIVES

Mictions : fréquence et qualité du jet mictionnel

Vomissements : fréquence, horaires, volume, qualité, couleur, douleur associée ?...

Transit : retard d'émission méconiale (causes chirurgicales ou médicales), diarrhée, constipation ? aspect et couleur des selles

Rectorragies (ECUN, volvulus, infection digestive ou générale, APLV, tr. hémostase, maladie hémorragique du NN, fissure anale)

Météorisme abdominal

Douleurs : horaires/alimentation

Hernie inguinale ou hydrocèle ⇨ transillumination

Contexte et Symptômes associés
Retentissement sur l'état général et le poids



MANIFESTATIONS URO-DIGESTIVES

Atrésie de l'œsophage

Hypersalivation
Toux, fausses-routes
Dyspnée

Atrésie duodénale

Retard d'émission méconiale
Vomissements bilieux
Abdomen plat

Atrésie du grêle

Retard d'émission méconiale
Vomissements bilieux rapides
Météorisme abdominal

Volvulus sur malrotation

Émission normale du méconium
Vomissements bilieux après
intervalle libre

Hirschsprung

Retard d'émission méconiale
Météorisme abdominal
Selles non spontanées
Constipation / débâcle
Vomissements

APLV

Anamnèse+++
Refus alimentaire
Vomissements / RGO
Diarrhée
Rectorragies
Douleurs
Eczéma

Valves de l'urètre postérieur

Globe vésical / couches ± sèches
Faible jet mictionnel

EXAMEN CUTANÉ

Manifestations cutanées physiologiques

➤ hyperchromies localisées



diagnostic différentiel: hématomes

EXAMEN CUTANÉ

Manifestations cutanées physiologiques

➤ troubles vasculaires transitoires



diagnostic différentiel : pathologies cardio-respiratoires, signes de choc

➤ *apparition secondaire*

EXAMEN CUTANÉ

Manifestations cutanées physiologiques

➤ autres phénomènes d'adaptation à la vie extra-utérine



diagnostic différentiel : éruptions infectieuses et dermatoses congénitales

EXAMEN CUTANÉ

Éruptions pathologiques

le plus souvent infectieuses

VÉSICULES : **Varicelle, Herpès** (mais souvent > 1^{ère} semaine de vie)



EXAMEN CUTANÉ

Éruptions pathologiques

le plus souvent infectieuses

BULLES : Impétigo

Épidermolyse aiguë staphylococcique



RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE : éléments cliniques à repérer
Dr GOULOIS Eve / 16 octobre 2018

EXAMEN CUTANÉ

Éruptions pathologiques

le plus souvent infectieuses

PUSTULES : **Candidose congénitale**



EXAMEN CUTANÉ

Éruptions pathologiques

dermatoses congénitales

Épidermolyse bulleuse congénitale

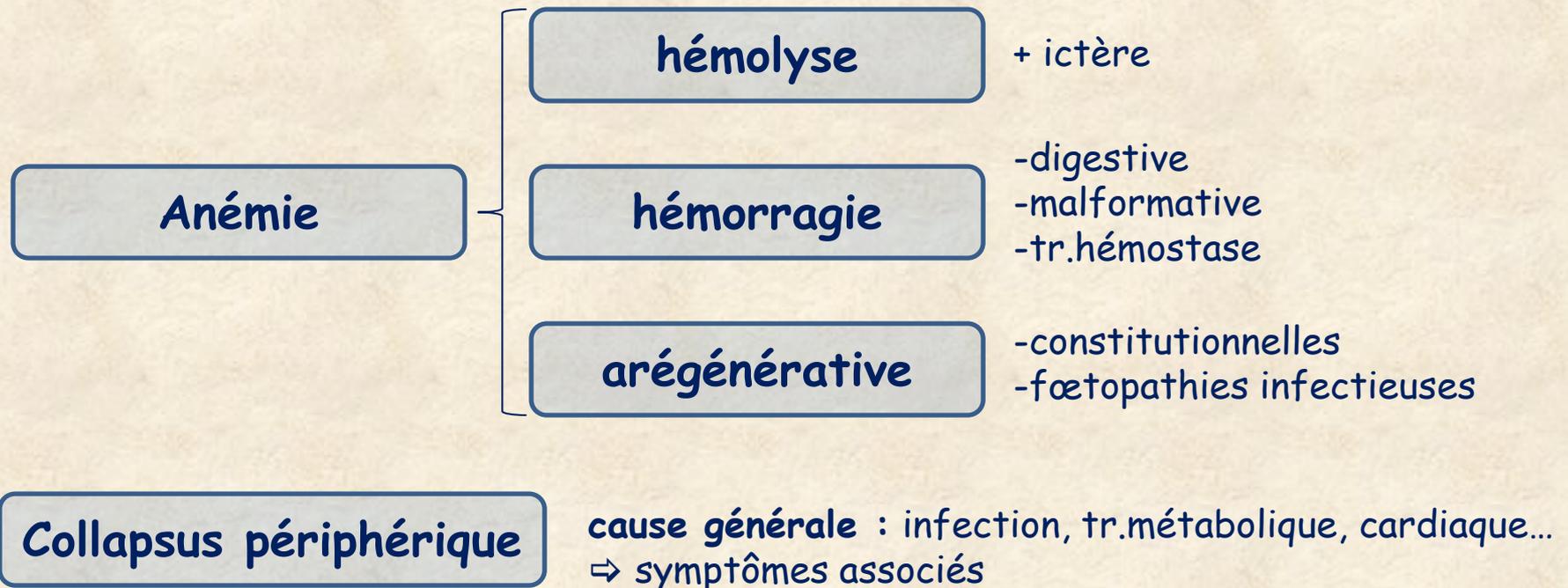
Incontinentia pigmenti



EXAMEN CUTANÉ

Pâleur cutanéomuqueuse

d'apparition secondaire, à distinguer d'un teint clair



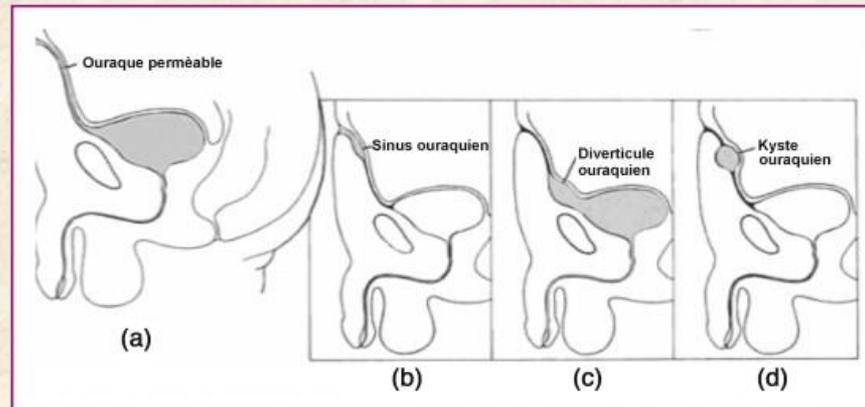
EXAMEN DE L'OMBILIC

Signes infectieux ?

Placard érythémateux ± vésicules, cordon malodorant, suintement

Saignement ?

Écoulement clair ? persistance du canal de l'Ouraque



EXAMEN NEURO-COMPORTEMENTAL

Éveil / sommeil

rythme ? qualité ? malaises ?

Comportement global

cri ? irritable ou apathique ? trémulations ?

Comportement alimentaire

réclame ? tétées efficaces ?

Interactions

retrait ? apaisé par ses parents ?

Contact oculaire / poursuite visuelle

présents ? douteux ? absents ? leucocorie ?

Réaction aux bruits

présente ? douteuse ? absente ?

Tonus actif et passif

insuffisant ou excessif ?

Réflexes archaïques

présents ? faibles ou trop vifs ?

Mouvements anormaux

convulsions, dystonies, ... ?

ROT

présents ? vifs ? symétriques ?

Fontanelle

tendue ou déprimée ?

EXAMEN NEURO-COMPORTEMENTAL

Devant toute anomalie neuro-comportementale



Rechercher une cause générale

infection, déshydratation, trouble métabolique: hypoglycémie,
hypo/hypercalcémie, ictère, déshydratation

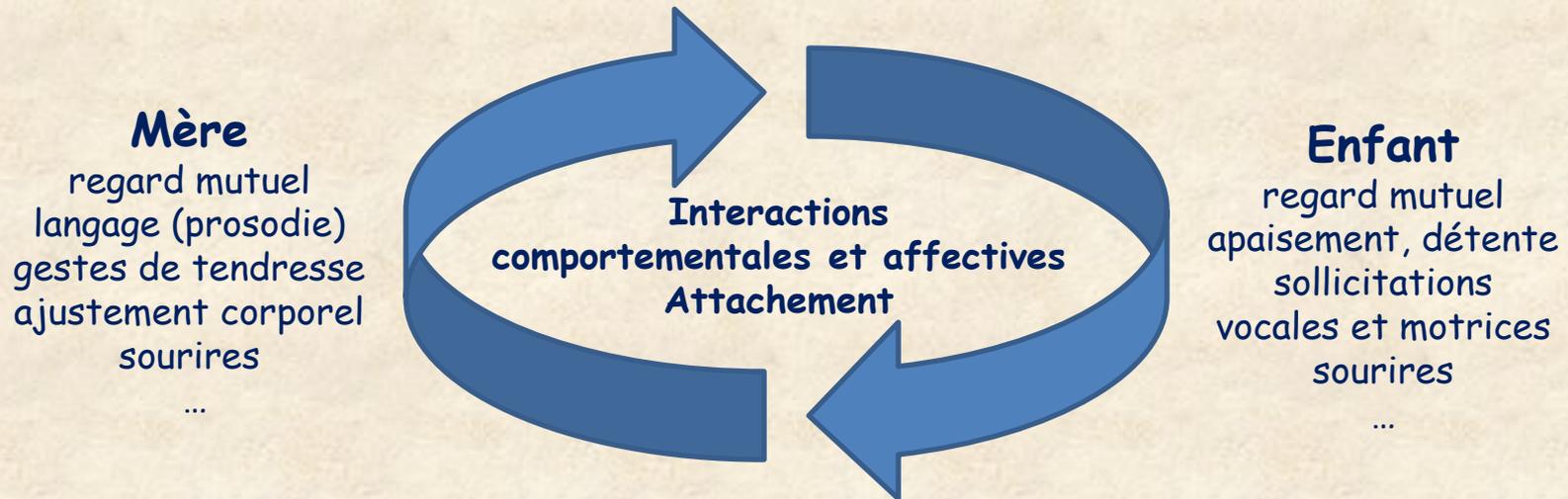
rechercher des symptômes associés

Envisager un trouble du lien mère-enfant

Evoquer une maladie neurologique

LIEN MÈRE-ENFANT

- S'assurer de l'instauration d'une relation mère-enfant contenant et stimulante
- Apprécier les capacités de la mère à reconnaître les besoins de son enfant et à y apporter une réponse adéquate



- Identifier d'éventuelles difficultés parentales et proposer un soutien adapté

CONCLUSION

Retour précoce à domicile : principales complications

les plus fréquentes :

- Difficultés alimentaires
- Ictère

➔ Suivi régulier
Cinétique du poids et du BTC

potentiellement graves :

- Infections néonatales
- Malformations non diagnostiquées

➔ Vigilance accrue
Hôpital au moindre doute



dépistage des cardiopathies cyanogènes avant la sortie de maternité
mesure SaO₂ main droite + MI >H24 (ou avant sortie de maternité)
normal ≥95% avec différentielle MS/MI <3%

MERCI !

