

LE PREMATURE MALADE

Dr EMIRA BEN HAMIDA NOUAILI

INTRODUCTION

La prématurité constitue la première cause de mortalité périnatale et source d' handicaps importants. Le pronostic d'un nouveau-né prématuré dépend de l'âge gestationnel et est en partie lié à la précocité de sa prise en charge et à la qualité des soins qui lui sont prodigués.. Les complications restent élevées à court, à moyen et à long terme et sont surtout l'apanage du grand prématuré.

OBJECTIFS EDUCATIONNELS

Au terme de son apprentissage l'étudiant devra être capable de :

- 1- Enumérer les principaux risques liés à la prématurité, à court et à long terme.
- 2- Reconnaître pour chaque risque néonatal le ou les signes cliniques et le traitement correspondants.
- 3- Préciser le rôle du technicien supérieur en pédiatre dans la prise en charge d'un prématuré malade.
- 4- Encourager le contact parents-prématuré.

CONNAISSANCES PREALABLES REQUISES

Le prématuré normal

ACTIVITES COMPLEMENTAIRES

A réaliser pendant le stage :

- 1- Participer à la mise en condition et à la surveillance d'un prématuré malade.
- 2- Assister et participer à la prise en charge d'éventuelles complications liées à la prématurité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Menard-Bigant V, Nisolle Taourel B, Flouriot A. Cahiers de puériculture. Pédiatrie néonatale. 2^e Edition, Paris, Masson,1991 :33-36.
- 2- F Gold. Soins intensifs et réanimation du nouveau-né. Paris, Masson,2002 : 196-202.

REPONSES AUX TESTS D'EVALUATION

Question 1: La maladie de membranes hyalines

Question 2: L'entérocolite ulcéro-nécrosante

L'arrêt de toute alimentation

DOCUMENT DE BASE: LE PREMATURE MALADE

1 –LES RISQUES A COURT TERME (OBJECTIF 1 ET 2) :

1-1 PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

a- La maladie des membranes hyalines : Elle est l'apanage du prématuré du fait d'une immaturité de formation du surfactant. Elle se manifeste par une détresse respiratoire immédiate avec une polypnée (fréquence respiratoire > 60 cycles/minute, des signes de lutte respiratoire et une cyanose. Son traitement repose sur l'utilisation de surfactant exogène en plus de la ventilation artificielle en pression positive.

Sa prévention repose sur la corticothérapie anténatale.

b- Les détresses respiratoires transitoires : en rapport avec un trouble de résorption du liquide pulmonaire normalement présent dans les alvéoles du fœtus pendant la vie intra-utérine. Les signes respiratoires et les besoins en oxygène restent modérés. L'évolution est en règle favorable et rapide en moins que 48 heures.

c- Les apnées du prématuré : l'apnée se traduit par un arrêt respiratoire < 20 secondes. La cause est une immaturité des centres respiratoires.

Ces apnées surviennent en dehors de toute pathologie respiratoire, ainsi tout prématuré doit être surveillé (monitorage cardio-respiratoire) et mis sous caféine(si l'âge gestationnel est < à 33 semaines d'aménorrhée) Ces apnées disparaissent en général au bout de quelques jours à quelques semaines.

1-2 RISQUES INFECTIEUX

a- Infection materno-fœtale (IMF) : l'IMF constitue une source majeure de prématurité spontanée. Le tableau clinique peut être septicémique avec des troubles respiratoires et

hémodynamiques. Le début est précoce, avant le 4^{ème} jour de vie. Les germes en cause sont : le streptocoque B, l'Escherichia coli et la Listéria monocytogenes.

b-Infection acquise : surtout nosocomiale à germes hospitaliers multirésistants, se déclarant après le 3^{ème} jour de vie. Elle est favorisée par :

- l'immaturation immunologique,
- la multiplicité des portes d'entrée avec brèche vasculaire, cutanée, muqueuses,..
- le séjour prolongé à l'hôpital.

Le meilleur traitement est la prévention par le respect des mesures d'asepsie, à commencer par le lavage des mains.

1-3 ICTERE DU PREMATURE

Il est constant à des degrés divers, apparaissant vers J2-J3 de vie puis il augmente d'intensité puis disparaît vers J10 de vie. Il est favorisé par l'immaturation hépatique. Il peut être à l'origine de lésions neurologiques (ictère nucléaire). Le traitement repose sur la photothérapie et la perfusion d'albumine.

1-4 RISQUES DIGESTIFS

a- Iléus fonctionnel : source de résidu gastrique et de mauvaise tolérance du régime avec un retard à l'élimination du méconium.

b- l'entérocolite ulcéro-nécrosante : c'est une entéropathie ischémique avec une dilatation intestinale et parfois une perforation à l'origine d'une péritonite de pronostic sombre.

Les premiers signes :

- ballonnement abdominal,
- abdomen sensible,
- résidus gastriques abondants, sales ou verdâtres,
- rectorragies.

Au moindre doute, il faut arrêter l'alimentation orale et prévenir le médecin pour démarrer une prise en charge adéquate.

1-5 TROUBLES METABOLIQUES

a- L'hypoglycémie (glycémie inférieure à 0,40 g/l):

Elle est fréquente chez le prématuré en raison essentiellement d'une faiblesse de ses réserves glycogéniques. Elle est très souvent asymptomatique. Elle doit être dépistée systématiquement et traitée par une perfusion de sérum glucose à 10 % et prévenue par une alimentation précoce avant la 2^{ème} heure de vie.

b- L'hypocalcémie (calcémie < 2mmol/l)

Elle est fréquente chez le prématuré en raison de la faiblesse de son stock en calcium qui se constitue essentiellement au cours du dernier trimestre de la grossesse. Elle est souvent asymptomatique. Elle doit être dépistée par un dosage de la calcémie et corrigée par une supplémentation suffisante en calcium et en vitamine D.

1-6 COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

a- L'hémorragie intra ventriculaire : est généralement asymptomatique et doit être dépistée par la pratique systématique d'une échographie transfontanellaire.

b- La leucomalacie péri ventriculaire : est généralement asymptomatique et doit être dépistée par la pratique systématique d'une échographie transfontanellaire, d'un électroencéphalogramme et éventuellement une imagerie par résonance magnétique.

2 –LES RISQUES A LONG TERME (OBJECTIF 1 ET2) :

2-1 RISQUES RESPIRATOIRES

a- La dysplasie broncho-pulmonaire : insuffisance respiratoire chronique, pouvant compliquer les détresses respiratoires aiguës et de cause multifactorielle.

b- les risques sensoriels :

- **cécité** par rétinopathie liée à la toxicité de l'oxygène utilisé en période néonatale d'où l'intérêt du suivi ophtalmologique.

- **surdité**, d'origine multifactorielle : séquelles de leucomalacie péri ventriculaire, de l'usage de certains médicaments ototoxiques (aminosides) ou des séquelles d'infection.

2-2 COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

- Troubles moteurs :

- diplégie avec spasticité,
- quadriplégie,
- hémiplégie

- Troubles cognitifs avec retard mental.

- Comitialité avec épilepsie,

- Troubles psycho-affectifs aggravés par la perturbation des relations parents-enfants.

3- ROLE DU TECHNICIEN SUPERIEUR EN P DAITRE (OBJECTIF 3 ET

le prématuré est un nouveau-né à haut risque dont le pronostic est en partie lié à la précocité de sa prise en charge et à la qualité des soins qui lui sont prodigués. Le rôle du technicien supérieur en pédiatrie est donc capital.

Ses principaux aspects sont :

- l'asepsie,

- la mise en incubateur et la surveillance de son fonctionnement,
- la mise en route de l'alimentation,
- les prélèvements pour examens complémentaires,
- la surveillance rigoureuse des paramètres cliniques (mise sous scope):
 - fréquence cardiaque et respiratoire, apnées,
 - pression artérielle, temps de recoloration,
 - coloration (cyanose, pâleur),
 - signes de détresse respiratoire
 - température du nouveau-né et de l'incubateur toutes les 3 heures,
 - transit, résidu gastrique avant chaque gavage, vomissements, ballonnement abdominal, première émission de méconium, aspects des selles,
 - poids quotidien, périmètre crânien toutes les semaines,
 - première miction, diurèse,

- Glycémie au doigt toutes les 3 heures les premiers jours de vie,
- Le nursing : toilette quotidienne en évitant le refroidissement, soins du cordon, aspirations naso-pharyngées,
- La vérification du bon fonctionnement du matériel nécessaire en cas d'aggravation respiratoire : source d'oxygène, Hood, oxymètre, matériel d'intubation, masque et matériel de ventilation manuelle.
- **Le contact avec les parents** : la prématurité et la séparation maternelle prolongée qui en résulte sont responsables :
 - Chez l'enfant : de troubles possibles de développement affectif et psychomoteur
 - Chez les parents : d'une anxiété importante, d'un sentiment de culpabilité, d'un rejet de l'enfant.

Le technicien en pédiatrie doit donc, d'une part rassurer, reconforter et renseigner les parents et d'autre part favoriser les contacts physiques entre la mère et l'enfant, en encourageant les manipulations maternelles, y compris dans l'incubateur, une fois passée la période de risque vital.

TESTS D'EVALUATION

Question 1 :Citez deux risques respiratoires liés à la prématurité.

Question2 : un prématuré de 32 semaines d'aménorrhée, alimenté par gavage continu par un lait pour prématurés, présente au cinquième jour de vie un ballonnement abdominal, des résidus gastriques importants de couleur verdâtres et des rectorragies.

- 1- Quelle complication majeure faut-il craindre ?
- 2- Quelle serait votre première conduite ?