

La sortie de maternité

Expert : François Gambier

Formateur : Carole Le Scornet

ANNE GEDIN
www.et...es.com

**Les sorties précoces sont inévitables
et seront probablement imposées par les tutelles
et les systèmes de tarification.**

**Très souvent regrettables pour la plupart des familles
car diminution du temps consacré à la prévention et l'éducation
lors du séjour en maternité.**

**L'H.A.S a rendu des recommandations dès 2004.
Intérêt d'un travail en réseau : Ville/hôpital
et cliniques/services de PMI.**

Les cinq grands risques de santé publique:

1. prise en compte de l'ictère et du risque lié à l'hyperbilirubinémie
2. risque infectieux néonatal
3. dépistage des cardiopathies
4. risque de déshydratation au sein
5. réalisation des tests de dépistage

Cas clinique 1



Madame X...vous amène son enfant de 12 jours de vie car elle le trouve jaune dit elle, plus que ses deux premiers enfants.

Cet enfant est né a 38SA au poids de 2750g, nourri au sein et dans le carnet de santé la case ictère est cochée sans précision.

Effectivement cet enfant vous parait très ictérique.

Que redoutez vous particulièrement?

Que recherchez vous à l'examen clinique?

Quelle est votre attitude?

Les deux grands risques potentiels

ICTERE NUCLEAIRE

ATRESIE DES VOIES BILIAIRES

L'examen clinique

Anamnèse:

- groupe mère-enfant
- terme
- Début de l'ictère(<2 jours)
- Qu'a t'on fait à la maternité?
- Conditions de l'accouchement (hématomes, siège...)
- Risque infectieux

L'examen clinique doit rechercher

- Signes d'hémolyse : pâleur et hépato splénomégalie
- Signes d'obstruction biliaire : couleur des selles (blanches+++)
- Signes de toxicité de l'hyperbilirubinémie:
 - Hypotonie,
 - Aréactivité
 - Somnolence.

Les ictères prolongés (à l'exclusion des ictères précoces)

❖ Bilirubine libre:

- incompatibilités Rh ou ABO
- Allaitement maternel
- Prématurité
- Hypothyroïdie

❖ Bilirubine mixte

- Infection urinaire
- Galactosémie

❖ Bilirubine conjuguée

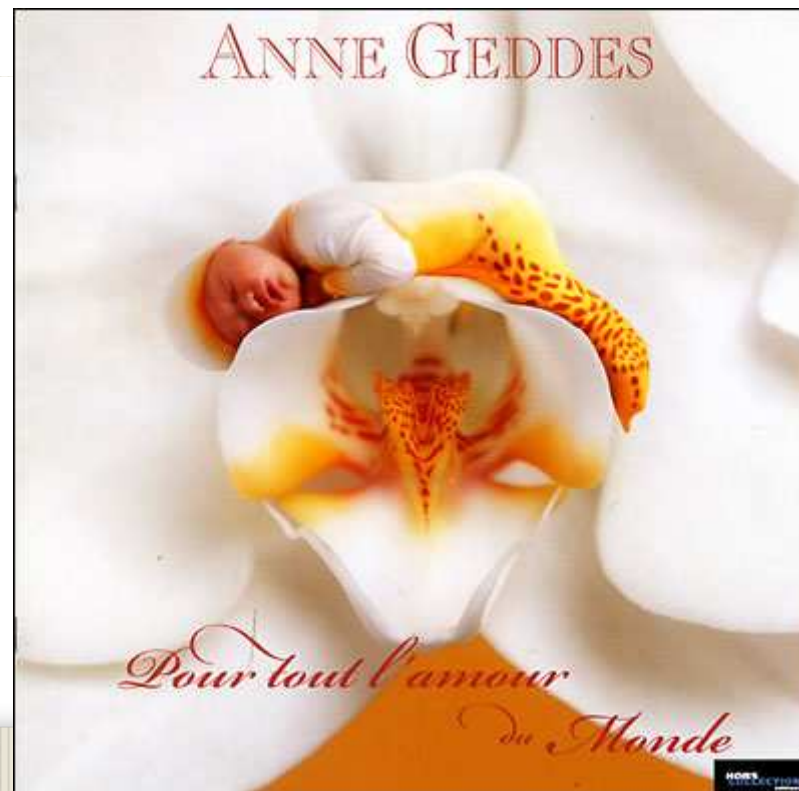
- Atrésie des voies biliaires
- Cholestase extra hépatique

Un ictère avec une hyper bilirubinémie supérieure à 150mg/l doit faire demander un avis spécialisé.

Un ictère prolongé doit faire demander la couleur des selles



Cas clinique 2



Un enfant de 3 jours vous est amené à votre cabinet car il ne boit pas bien, dort beaucoup. Sa mère est inquiète, ne le trouve pas en forme.

Il pèse 3450g (PN3670) et surtout il a fait 38° ce matin.

A l'examen vous retrouvez un enfant un peu hypotonique, pas très réactif. Le teint est marbré et un peu gris.

Que redoutez vous?

Que faites vous?

L'infection maternofoetale+++

- La période néonatale est à haut risque infectieux par contamination maternofoetale.
- Les deux germes prédominant sont le streptocoque B et E.COLI
- Risque septicémique et méningé
- Intérêt d'un dépistage précoce
- Mortalité++++

Dans le tableau évoqué l'hospitalisation urgente s'impose.

Dans les tableaux moins évocateurs l'examen clinique doit rechercher:

- L'anamnèse obstétricale : RPDE, liquide teinté, fièvre maternelle...
- Des signes de mauvaise hémodynamique : teint et le temps de recoloration
- Une hépato splénomégalie
- Des signes respiratoires : polypnée, geignement...

En cas de doute ou de prudence réaliser
une **NFS** et une **CRP**
avec résultat en quelques heures.

Se méfier de l'infection urinaire des premières semaines

FREQUENCE+++++

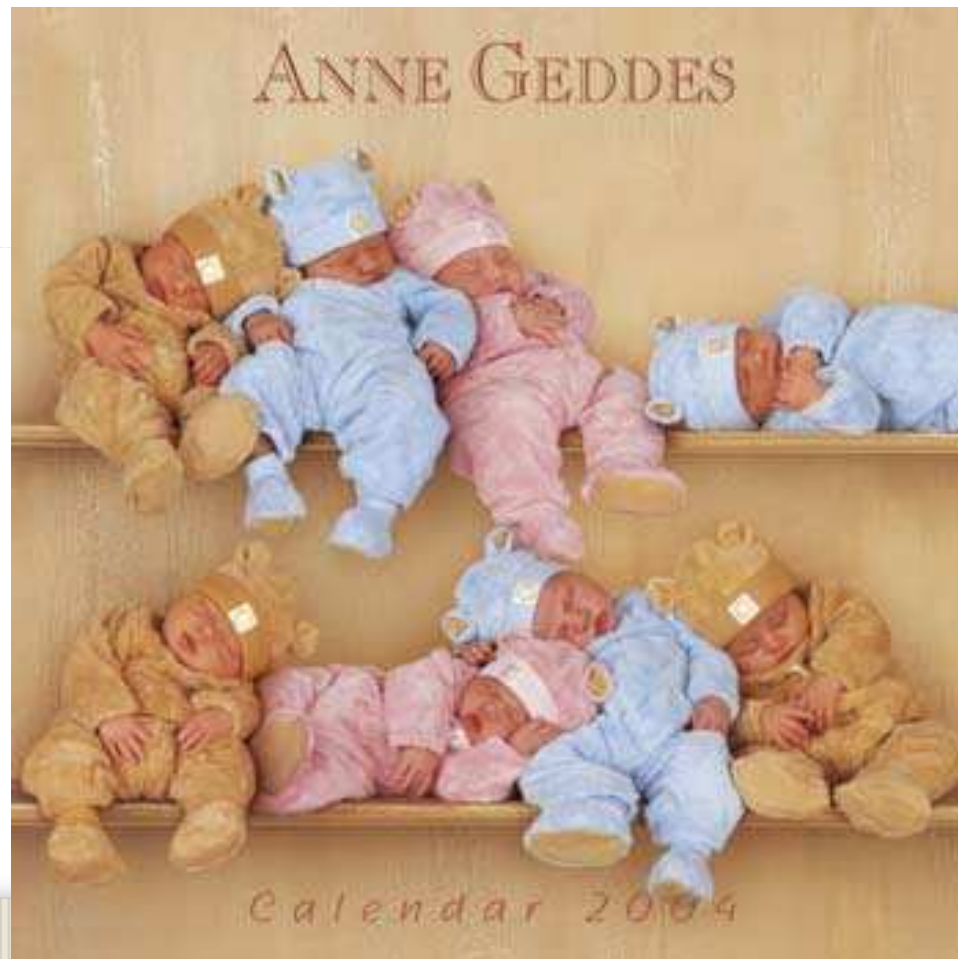
Tableau souvent un peu atypique:

- Asthénie, hypersomnie
- Courbe de poids médiocre
- Ictère trainant
- Troubles alimentaires
- Ne pas attendre l'hyperthermie**

**Tout nouveau né qui va mal
est infecté
jusqu'à preuve du contraire.
au moindre doute :
NFS/PLAQUETTES/CRP
E.C.B.U**



Cas clinique 3



Madame Y...primipare est inquiète
car son enfant de 15 jours dort tout le temps,
n'est qu'à 5 tétées.

Ses selles sont vertes, dit elle.

Il pesait 3250g à la naissance, est sorti a 3090
et pèse ce jour 3150g.

Cet enfant n'a aucun antécédent néonatal particulier.

- Que redoutez vous?**
- Que recherchez vous à l'examen clinique?**
- Quelle est votre attitude pour aider cette mère en difficulté et qui est désespérée de devoir éventuellement arrêter son allaitement.**

La déshydratation au sein par hypogalactie

- Problème de santé publique lors de sortie précoce
- Fréquence des réhospitalisations(4%)
- **GRAVITE POTENTIELLE**

L'examen clinique

1. Chez bébé:

Signes de déshydratation:

Pli cutané

Sècheresse des muqueuses

Fontanelles déprimées

Enfoncement des G.O

Selles et urines++++

2. Chez la mère:

Durée des tétées

Donner les 2 seins

Sensation de plénitude mammaire

Que faire pour aider cette mère à allaiter?

1. Relancer la lactation par la fréquence des tétées (8 à 10)

Tire lait+++

2. Donner à ce nourrisson fatigué le lait au biberon
soit de LM soit de lait *HA*

3. Surveillance

**Un nourrisson au sein
doit être pesé deux fois par semaine
et doit prendre en moyenne 150g/semaine**



Cas clinique 4



Image from Anne's book "Down in the Garden"

ANNE GEDDES®
www.annegeddes.com

© 1995 Anne Geddes

Mr et Mme Y vous amènent leur fils de 7 jours car il ne finit pas ses biberons qui ont l'air de le fatiguer, ne grossit pas et dort beaucoup. Cet enfant est né à terme sans problème particulier ni pendant la grossesse ni à l'accouchement.

A l'examen vous trouvez un enfant un peu pâle, discrètement polypnéique.

L'auscultation retrouve un souffle systolique, 4/6 méso cardiaque et panradiant y compris dans le dos.

**Que recherchez vous à l'examen clinique?
Quelle est votre attitude?**

-signes d'insuffisance cardiaque:

tachycardie

hépatomégalie

-pouls fémoraux+++

-cyanose : teint, lèvres, ongles

ou SaO₂

Se méfier des cardiopathies congénitales:

par leur fréquence

par le diagnostic anténatal parfois difficile

par le diagnostic néonatal retardé

Shunt G/Dt : CIV, CIA et CAV

Sténoses pulmonaires-Tétralogie de Fallot

Transpositions des gros vaisseaux

**Le diagnostic des cardiopathies congénitales
peut être retardé
et la palpation des pouls fémoraux
fait partie de tout examen du nourrisson**



Cas clinique 5




Madame R vous amène son enfant pour remplir son premier certificat de santé dit des 8 premiers jours.

En effet elle est sortie au 3^{ème} jour pour s'occuper de ses 3 premiers enfants.

Vous prenez le carnet de santé

Qu'en pensez vous?

Période périnatale

 **Un médecin doit, au cours des huit premiers jours, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le certificat de santé obligatoire à cet âge.**

Examen clinique

Fréquence cardiaque au repos	130	Fémorales perçues	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	
Fréquence respiratoire au repos	40	Vigilance normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	
Souffle cardiaque	non <input checked="" type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Réaction aux stimuli sonores	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Hépatomégalie	non <input checked="" type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Tonus axial normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Splénomégalie	non <input checked="" type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Tonus des membres normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Hernie inguinale	non <input checked="" type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Mobilité normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Ictère	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	Fosses lombaires libres	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Si oui, taux maximum à J (...) de bilirubine :		Hanche droite normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	
Organes génitaux : <i>ny</i>		Hanche gauche normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	
Autres anomalies :		Pied droit normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	
		Pied gauche normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>	


Examen ophtalmologique

Cloques oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Pupilles normales	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/>
Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Dépistage d'une déficience auditive

Méthode	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Résultat	normal	à surveiller
OD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen fait et certificat établi par le Dr. *CAMPION* à le *16/09*

Signature et cachet 

Les examens biologiques de dépistage :

Dépistage de la phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales et hypothyroïdie :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Dépistage de la drépanocytose :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Dépistage de la mucoviscidose :		
Consentement des parents recueilli	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Test effectué	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Autres dépistages biologiques :

Prélèvements effectués par :
 Nom : Qualification :
 A : Le :

19

Les dépistages ne sont pas réalisés

-obligatoires:

phénylcétonurie

hyperplasie congénitale des surrénales

hypothyroïdie

-avec consentement éclairé:

mucoviscidose

-cible:

drépanocytose

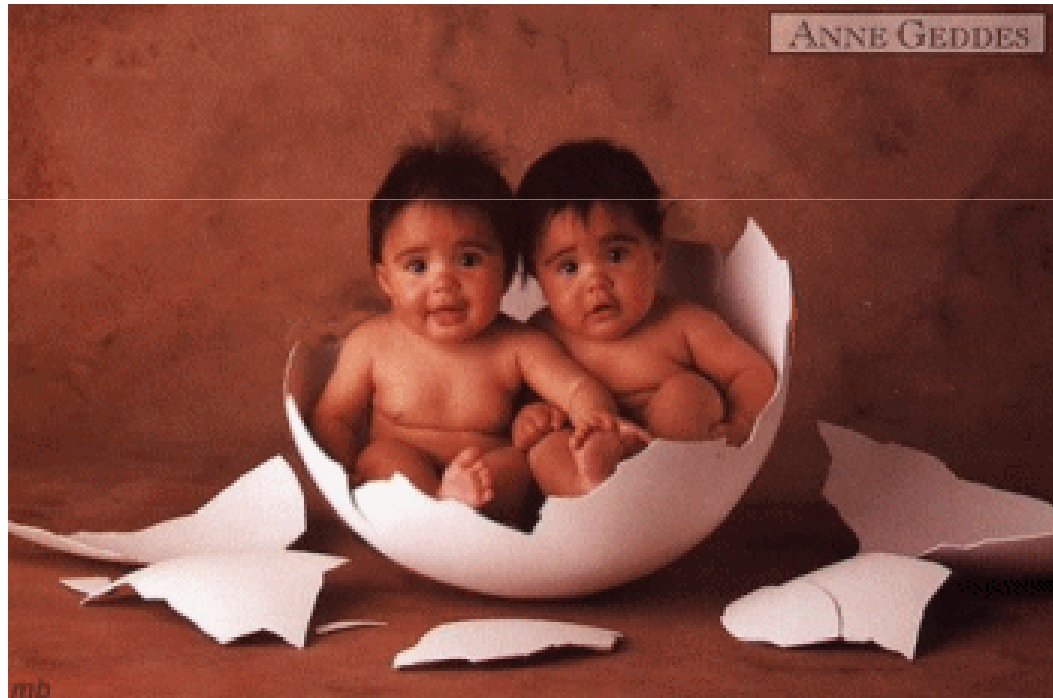
Les dépistages obligatoires pour tout enfant naissant en France
ne peuvent être réalisés qu'au 4^{ème} jour.

**Votre responsabilité est donc de renvoyer cet enfant
à la maternité d'origine et de vous en assurer.**

Le dépistage de la surdité est réalisé actuellement
dans la plupart des maternités
par la technique des otoémissions acoustiques(OEA)
qui dépiste 80% des surdités congénitales.

Attention cela n'empêche pas d'assurer à chaque âge clef
le dépistage lors des visites du 4^e, 9^e, 24^e mois et 3 et 6 ans.

**La plupart des diagnostics néonataux sont obligatoires
et sous votre responsabilité**



Cas clinique 6



Madame S. vous amène son petit Paul âgé de 12 jours.
Tout s'est bien passé à la maternité, dit elle,
mais il pleure de plus en plus.

« Je l'allaiter mais cela ne doit pas lui suffire . Il a faim toutes les heures
et pleure tout le temps. Il n' y a que le sein qui le calme.
Il a la diarrhée et ses selles sont vertes. »

Il pesait 3780g à la naissance.

Vous examinez ce petit garçon
chez qui vous ne trouvez rien d'anormal
en dehors d'un érythème fessier.

Il pèse 3550g ce qui est le poids de sortie de la maternité.

Que faites vous?

Manifestement l'allaitement se passe mal
et les rythmes veille/sommeil sont perturbés et de type fœtal.

Cet enfant ne prend que de petites tétées de moins de cinq minutes
et ne prend donc que de l'eau et du lactose.

Il mouille ses couches
mais a une diarrhée acide par suralimentation lactosique.
Il ne prend pas de poids car est sous alimenté sur le plan calorique.

Comment l'aider?

Revoir avec la mère les rythmes physiologiques veille/sommeil d'un bébé qui a dormi 9 mois et s'est réveillé pendant 9 mois dans le ventre de sa mère:

- veille calme et c'est l'heure de l'alimentation
- veille agitée(bébé est fatigué) et précède l'endormissement
- sommeil agité
- sommeil calme et profond

Les cycles durent 50minutes

Un enfant qui pleure est le plus souvent fatigué.

Les pleurs sont difficiles à supporter et accroissent l'anxiété maternelle.

Notion de bienveillance++ et de sécurité affective.

**Vous devez vous impliquer
dans les interrelations précoces parents/enfant.**

Echec de la relation → cris paroxystiques+++

Ce ne sont pas la faim ou les « coliques » qui font hurler un bébé.

Attention au baby blues et à la dépression du postpartum.

Rôle du père/réorganisation à 3.

Rôle des soignants : expliquer, soutenir et repérer.

Surtout ne pas entrer dans l'organicité des symptômes!

Un enfant qui pleure n'a pas forcément faim ou mal.

Un enfant qui dort bien est en situation de sécurité affective.

Le Debridat* ou le polysilane* ne sont pas la réponse.



Le dépistage de la mucoviscidose dépend d'un consentement éclairé et n'est donc pas obligatoire.



vrai

L'infection urinaire du nouveau né peut ne se traduire que par une stagnation pondérale et/ou un ictère trainant



vrai

Un nouveau né après la reprise pondérale doit prendre 300g/semaine



faux

Une tétée complète doit durer 15 à 20 minutes

vrai



La mesure de la CRP est un bon indice diagnostique de l'infection maternofoetale

vrai



Un ictère avec bilirubinémie >150mg/l
après le 10^e jour de vie
est pathologique

vrai



L'allaitement maternel peut prolonger un ictère physiologique



vrai

Le nouveau né se réveille toutes les 50 minutes



vrai

Nous vous remercions
De votre attention

