

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance <small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p>INDICATION D'UNE HYPOTHERMIE PASSIVE AVANT TRANSFERT EN CAS D'ASPHYXIE PERINATALE</p>	<p>Protocole Pédiatrique n°29 version 1 page 1/2</p>
---	--	---

Référence : RSN/PR/REA.P/029/A	Date de 1 ^{ère} mise en service : 24/10/2012
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :
1			

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Drs DAGEVILLE/MAILLOTTE	Nom et fonction	Nom et fonction : CMS	Nom et fonction : Dr JC PICAUD
Date : 24/10/2012	Date :	Date :	Date :
Signature : signé	Signature :	Signature : signé	Signature : signé

- Concerne le nouveau-né ≥ 36 SA et un poids $\geq 1\ 800$ g ;
- Doit être débutée le plus tôt possible, impérativement avant H ;
- Objectif : température centrale entre 33° et 35° .

Il est donc souhaitable de commencer la procédure dès la maternité d'origine, passivement (pas de refroidissement actif).

Critères pour débuter un refroidissement passif dès la naissance :

<p style="text-align: center;">CONTEXTE OBSTETRICAL D'ASPHYXIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anomalies sévères du RCF ; - Rupture utérine ; - Procidence du cordon ; - Hématome rétroplacentaire ; - Hémorragie fœtale ; - Dystocie prolongée...
--

+

<p style="text-align: center;">SIGNES D'ANOXIE CHEZ LE NOUVEAU-NE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acidose métabolique à la naissance (pH $< 7,10$, et/ou BE ≥ -10mmol/l et/ou lactates ≥ 8mmol/l - Et/ou score d'Apgar ≤ 5 à 10 mn
--

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance <small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p>INDICATION D'UNE HYPOTHERMIE PASSIVE AVANT TRANSFERT EN CAS D'ASPHYXIE PERINATALE</p>	<p>Protocole Pédiatrique n°29 version 1 page 2/2</p>
---	--	--

+

<p>ANOMALIES NEUROLOGIES</p> <p>Altération de la conscience (léthargie ou coma) ET au moins un des signes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Hypotonie globale ou limitée à la partie supérieure du corps ; 2 -Réflexes anormaux : Moro faible ou absent ou anomalies oculomotrices ou papillaires (pupilles serrées ou dilatées non réactives) ; 3 -Succion absente ou faible ; 4- Convulsions cliniques.
--

Mise en condition à adapter selon le lieu de prise en charge :

- Ventilation mécanique (objectifs : SpO2 90-96 %, pCO2 40-45mmHg) ;
- Mise en place d'un abord vasculaire ;
- Stabilisation hémodynamique (objectif : pression artérielle moyenne 40-45 mmHg) ;
- Perfusion glucosée continue ;
- Positionnement adéquat avec maintien de la tête en position rectiligne ;
- Limitations des nuisances sonores, visuelles et tactiles.
- **Maintien d'une température rectale entre 33 ° et 35 ° C : en pratique régler la température cible de la table chauffante sur 33,5 ° en mode cutané, sonde thermique en place sur l'enfant ;**
- Monitoring continu cardiorespiratoire, hémodynamique, thermique ;
- Prise en charge de la douleur :
 - o Positionnement ;
 - o Analgésie si nécessaire : morphine 20µg/kg/h ;
- Traitement anticonvulsivant en cas de crise convulsive (phenobarbital 20 mg/kg en intraveineux lent de 20 minutes) ;
- Préparation du dossier ;
- Information des parents.

Références :

Zupan V. Définition de l'asphyxie intrapartum et conséquences sur le devenir : J Gynécol Obstet Biol Reprod 2008 : 27S ; S7-S15

Shankaran S, Lupton AR, Ehrenkranz RA, Tyson JE, McDonald SA, Donovan ES, Fanaroff AA, Poole WK, Wright LL, Higgins RD, Finer NN, Carlo WA, Duara S, Oh W, Cotton CM, Stevenson DK, Stoll BJ, Lemons JA, Guillet R, Jobe AH. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. *N Engl J Med* 2005;353(15):1574-1584