

Nouveau-né en état critique

Pour nouveau-nés d'âge 0 à 28 jours. Pour les problèmes au moment de la naissance, voir Programme de réanimation néonatale (PRN). Pas destinés aux bébés prématurés.

Reconnaître l'état critique chez le nouveau-né

Triangle d'évaluation pédiatrique :

- **Apparence** : perte de tonus, léthargie, irritabilité
- **Effort respiratoire** : respiration laborieuse ou apnée
- **Circulation** : cyanose, teint gris/pâle, remplissage capillaire > 2 sec

Considérer toute anomalie dans l'anamnèse :

- Maternelle/périnatale/réanimation/postnatale

Aviser le Centre de référence pédiatrique

À noter :

- Ces lignes directrices s'appliquent aux nouveau-nés après la période postnatale immédiate
- Dans les premières heures de la naissance, suivre les lignes directrices du Programme de réanimation néonatale (PRN)

Stabilisation et prise en charge initiale

1. Mettre le nourrisson au chaud (voir conseils pratiques ci-dessous)

Surveillance cardiorespiratoire, signes vitaux + SaO₂ (main D), glycémie au chevet

2. Voies aériennes/respiration :

- Aspirer les sécrétions (sonde 5 Fr)
- Administrer O₂ au besoin pour assurer SaO₂ ≥ 92 %
- Si FR < 40, assister par CPAP (si apnée ou efforts respiratoires irréguliers, ventilation ballon-masque), insérer sonde NG 8 Fr, effectuer aspiration légère et intermittente

3. Circulation :

- Sécuriser 2 accès IV périphériques, si possible (voir conseils pratiques) et expédier analyses labo, si possible :
 - FSC, hémoculture, glycémie, gaz veineux ou capillaire, lactate, électrolytes, Ca, Mg
 - Obtenir Rx poumons portatif
- Si FC < 60 → débuter RCR (suivre algorithme PALS pour bradycardie)
- Si FC > 180 → bolus IV NS 10 mL/kg sur 10 min
- Si FC > 220 → considérer TSV (voir Prise en charge ci-dessous)

4. Incapacité :

- Si glycémie au chevet < 2,6 mmol/L → donner 5 mL/kg D10W bolus rapide, puis débuter perfusion D10W à 4 mL/kg/h; vérifier glycémie au bout de 5 min.
- Évaluer tonus, pupilles, état d'éveil, mouvements subtils faciaux ou tonico-cloniques

5. Toujours évaluer et traiter la possibilité de sepsis/méningite :

- Administrer ampicilline plus gentamicine ou tobramycine; ajouter céfotaxime si méningite soupçonnée (voir Carnet de dosage des médicaments)
- Ne pas retarder le transfert dans l'attente d'une ponction lombaire possible

Aviser le Centre de référence pédiatrique

Évaluation et prise en charge complémentaire

Considération	Caractéristiques	Prise en charge immédiate
Est-ce le cœur?		
Cardiopathie congénitale	- Cyanose centrale, SaO ₂ < 92 % malgré thérapie O ₂ - Écart SaO ₂ ≥ 3 % entre main D et pied G - TA membres supérieurs > TA membres inférieurs	• Perfusion de prostaglandine (voir détails, Carnet de dosage des médicaments) • Oxygène : viser SaO ₂ 85 % (suivant l'administration de PGE) • Solutés IV judicieux : 5-10 mL/kg NS bolus, comme toléré • Évaluer pré/post pour signes de défaillance : crépitants, hépatomégalie
TSV	- FC fixe > 220, pas d'ondes P	• Voir algorithme PALS
Est-ce les poumons?		
Bronchiolite ou Pneumonie	- Respiration laborieuse - Sibilances, crépitants - SaO ₂ s'améliore avec oxygène	• Aspiration narines et oropharynx, solutés IV • Épinéphrine nébulisée x 1 (voir détails, Carnet de dosage des médicaments) • CPAP/ballon-masque/assistance respiratoire, au besoin
Pneumothorax sous tension	- Respiration laborieuse, SaO ₂ basse - Bradycardie, hypotension	• Thoracotomie à l'aiguille, drain thoracique (pour détails sur l'équipement, voir Carnet de dosage des médicaments)
Est-ce le SNC?		
Hémorragie/Traumatisme/AVC	- Apnée; manque de tonus; signes neurologiques focaux	• Maintenir ABC
Convulsions	- Apnée, bradycardie; tonus augmenté ou diminué - Mouvements faciaux, lèvres, déviation du regard - Mouvements tonico-cloniques subtiles	• Lorazépam 0,1 mg/kg IV x 1 sur 2 minutes • Voir PedsPac sur le l'état de mal épileptique pour plus de détails ou si pas d'accès IV
Est-ce métabolique?		
Erreurs de métabolisme	- Vomissements, léthargie; alcalose, acidose, ou ↓ glycémie	• NPO; D10W @ 6 mL/kg/h (Noter le dosage plus élevé de la perfusion de dextrose)
Hyperplasie congénitale des glandes surrénales	- Organes génitaux ambigus; ↓ glycémie, ↓ Na, ↑ K+	• Hydrocortisone 25 mg IV bolus rapide • Traiter l'hypoglycémie : 5 mL/kg D10W IV, suivi de perfusion D10W à 4 mL/kg/h
Est-ce une catastrophe gastro-intestinale?		
Volvulus / Obstruction GI	- Vomissements jaunes/verts; abdomen distendu - Choc, acidose	• Maintenir ABC • Aspiration NG légère et intermittente; bolus IV NS 10-20 mL/kg, PRN
Hernie diaphragmatique congénitale (HDC)	- Respiration laborieuse - Abdomen scaphoïde	• Intuber et ventiler si suspicion de HDC; appeler Anesthésie pour assister, si disponible

Conseils pratiques

Garder le bébé au chaud

- Utiliser chauffage au-dessus du lit avec mesure de température; chapeau, couvertures chaudes; Bair Hugger™
- Réchauffer la salle de réanimation, portes fermées

Difficulté à établir un accès veineux périphérique?

- Considérer veines du cuir chevelu pour accès IV
- Possibilité d'insertion d'un cathéter dans la veine ombilicale (jusqu'à l'âge de 7 jours)
- Obtenir accès intraosseux (IO) dans le fémur distal, tibia, ou humérus proximal

Assistance ventilatoire/respiratoire

- Administrer CPAP / ventilation à pression positive avec ballon-masque (attention à la pression)
- Insérer sonde NG pour décompresser l'estomac

Discussion avec le Centre de référence pédiatrique

- Accès vasculaire difficile
- Intubation trachéale et ventilation
 - Bonne ventilation par ballon-masque suffit pour la plupart
- Considérations diagnostiques et prise en charge
 - Traitement à la prostaglandine pour suspicion de cardiopathie congénitale
 - Traitement à l'hydrocortisone pour suspicion d'hyperplasie congénitale des glandes surrénales
 - Traitement à l'acyclovir pour suspicion d'infection HSV (crises focales, lésions cutanées, pléiocytose du LCR, ↑ enzymes hépatiques)

Déférer toute imagerie/analyse labo complémentaire au Centre de référence