

## DETRESSE RESPIRATOIRE A TERME (> 37 SA REVOLUES) : PRISE EN CHARGE INITIALE

Date de la diffusion : 2005  
Version : 1

Rédaction : Pédiatres du réseau Perinat-Sud  
Validation: mai 2005

**MENTION RESTRICTIVE** : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

### 1. **OBJECTIF**

Prise en charge pratique de la détresses respiratoire de nouveau né à terme

### 2. **PROTOCOLE**

La détresse respiratoire à terme est relativement rare, les étiologies nombreuses. Ce protocole n'est pas une démarche diagnostique devant une détresse respiratoire, mais une démarche pratique devant les situations cliniques les plus fréquentes.

Les deux étiologies principales de détresse respiratoire du nouveau-né à terme sont la détresse respiratoire transitoire et la maladie des membranes hyalines.

Ces deux entités sont difficiles à distinguer cliniquement et radiologiquement, et actuellement aucun algorithme décisionnel ou score clinique permet de prévoir rapidement la nécessité d'une ventilation mécanique.

(La conduite à tenir devant une inhalation méconiale est décrite dans un autre protocole de notre réseau).

#### **Trois considérations majeures doivent rester à l'esprit :**

- Si après 39 SA, la maladie des membranes hyalines (MMH) est exceptionnelle, son incidence augmente progressivement en fonction de la diminution du terme. La définition OMS de la naissance "à terme" avant 37 semaines révolues ne repose pas sur des base physiologiques. La MMH est loin d'être exceptionnelle en cas de césarienne en dehors du travail, de déclenchement avant 39 SA et chez le nouveau-né de mère diabétique.
- Le risque d'une détresse respiratoire même modérée est la persistance de la circulation foetale et le développement d'une HTAP.
- Le retard de prise en charge est la source principale de complications grevées d'une morbidité importante.

#### **Le réseau recommande donc :**

- que tout nouveau-né en détresse respiratoire modérée, sans indication d'intubation, doit être placé sous CPAP. La réalisation d'une CPAP correcte est quelquefois difficile à ce terme, mais une mauvaise tolérance de l'enfant ne doit pas faire exclure l'apparition progressive d'une HTAP.
- qu'une radiographie pulmonaire doit être réalisée dans les délais les plus brefs pour éliminer en particulier un pneumothorax.
- qu'après un délai maximum de deux heures, si l'état clinique de l'enfant n'est pas strictement normal, une demande de transfert doit être discutée. En fonction des

contingences géographiques, et des délais prévisibles de prise en charge, le transfert se fera vers un niveau 2b ou un niveau 3, avec le souci principal de raccourcir le délai de prise en charge.

**Il est par ailleurs rappelé que :**

- les indications de surfactant à ce terme et à ce poids sont rares
- il est nécessaire que la CPAP soit disponible lors du transfert SAMU

**3. DOCUMENTS DE REFERENCE**

Néant

**4. GLOSSAIRE**

Néant

**5. DIFFUSION**

- Equipes soignantes et médicales des établissements de type I, II, III
- Sages femmes régulatrices et médecins régulateurs SAMU 13
- Médecins transporteurs