PRISE EN CHARGE DES BEBES NES A (35)36-39 SEMAINES MAIS PAS A TERME

LIGNES DIRECTRICES

(Molly PESSL, BSN, IBCLC Evergreen Perinatal Education)

Les enfants nés entre (35)36-39 semaines de gestation mettent dans l'embarras ceux qui prennent soin d'eux. Ils sont souvent bien développés, vigoureux à la naissance, et leur comportement ressemble à celui d'enfants à terme en bonne santé.

Cependant, le fait d'avoir manqué les dernières semaines de gestation dans l'utérus peut avoir pour conséquence une subtile immaturité qui demande une évaluation attentive et des soins pour prévenir les problèmes qui pourraient survenir.

L'expérience montre que ces enfants sont plus sujets à l'hypothermie, à une léthargie progressive, à des tétées insuffisantes et à une perte de poids supérieure à 10 % si on les laisse téter à la demande sans intervenir.

Notre but est de prévenir ces complications sans compliquer et intervenir inutilement ni créer d'inutiles alarmes chez les parents.

Le texte suivant aidera les professionnels de santé et les parents à fournir les soins les meilleurs, pour un résultat optimal, des hospitalisations plus courtes et des traitements moins coûteux.

NAISSANCE ET PREMIERES HEURES

Objectif I : PREVENIR L'HYPOTHERMIE

1. Le bébé devrait être séché et placé peau à peau immédiatement après la naissance (sauf si son état nécessite une réanimation) ou si la situation (naissance par césarienne) ne permet pas un contact immédiat et direct avec sa mère. Le père ou un accompagnant peut fournir le contact peau à peau.

2. L'évaluation initiale est faite avec le bébé sur la poitrine de la mère, couvert avec une couverture chaude (signes vitaux, glycémie à 30 minutes)

3. Le reste des tâches d'évaluation physique telles que le poids et les mesures peuvent attendre jusqu'à ce que l'enfant ait eu une première tétée.

4. L'administration de vitamine K et de collyre antibiotique oculaire peut aussi attendre jusqu'à ce que l'enfant ait eu une première tétée. Ils peuvent être administrés pendant que le bébé est au sein ou en peau à peau à la fin de la première heure.

Objectif II : PREVENIR L'HYPOGLYCEMIE

1. Aider la mère et l'enfant avec l'allaitement dès que possible après la naissance et durant la première heure. Bien qu'il soit important pour la mère d'apprendre les basiques de l'allaitement, l'important pour ce bébé est la prise en bouche correcte du sein et le transfert de lait. Noter ces éléments en utilisant un outil d'évaluation (Evaluation LATCH ou autre).

2. Fournir un contact peau à peau avec la mère ou un autre membre de la famille pour réduire les niveaux de cortisol de l'enfant et prévenir l'hypoglycémie.

3. Même si bébé tète vigoureusement durant la première heure, montrer l'expression manuelle à la mère et l'aider à exprimer du colostrum. Recueillir les gouttes dans une cuillère ou seringue de 10 cc. Ce colostrum peut être immédiatement donné au bébé. Il n'est pas nécessaire de supplémenter avec du lait industriel tant que les niveaux de glycémie sont acceptables.

4. Continuer à éveiller et à nourrir l'enfant au moins toutes les 3 heures. Exprimer et nourrir l'enfant avec du colostrum après chaque tétée.

Objectif III : ASSURER DES APPORTS ADEQUATS

(Cela sera effectué lors de la prévention de l'hypoglycémie ci-dessus).

PREMIERES 12-24 HEURES

Objectif I : CONTINUER A ASSURER DES APPORTS ADEQUATS

1. Référer à un professionnel spécialisé en allaitement.

2. Peau à peau continu avec les parents chaque fois que possible

3. Il vaut mieux nourrir le bébé durant les périodes d'éveil, non à des moments pré-établis. Cependant, si l'enfant ne s'éveille pas de lui-même, continuer à éveiller l'enfant au moins toutes les 3 heures, quels que soient les résultats de la glycémie. Informer les parents sur les signes d'éveil et sur l'importance de fournir du lait maternel.

4. Utilisation d'un bout de sein en silicone pour aider le bébé à prendre le sein si les mamelons de la mère sont tels qu'il est difficile de bien prendre le sein en bouche ou si le bébé est petit et n'a que de très petits stocks graisseux (35 à 38 semaines).

5. Dès que le volume de lait augmente, utiliser une seringue couplée à une sonde fixée sur le sein. Ce dispositif peut être utilisé avec un bout de sein en silicone ou introduit dans la bouche du bébé à côté du mamelon de la mère si un bout de sein en silicone n'est pas nécessaire.

6. Débuter le tirage du lait avec un tire-lait électrique de bonne qualité dès que possible (pas plus tard que 6 heures après la naissance du bébé) si le bébé doit être transféré en néonatalogie.

7. Si l'on arrive à maintenir une bonne glycémie avec un bébé qui prend bien le sein et l'apport de lait exprimé donné à l'aide d'une seringue, le tirage du lait peut être repoussé jusqu'à 12 heures post-partum.

8. Continuer à apprendre à la mère les basiques de l'allaitement, tout en continuant à assurer un apport adéquat à l'enfant.

24-48 HEURES

INSTRUCTIONS SPECIFIQUES POUR L'ENFANT NE A 36-39 SEMAINES DE GESTATION

1. Pesée quotidienne

2. Pesée avant/après le repas quand le volume de lait augmente.

3. Poursuivre la supplémentation si le bébé a besoin de repas en continu sans prendre le sein ou a besoin de nourriture supplémentaire en plus du lait de sa mère.

4. Surveillance de l'hyperbilirubinémie éventuelle

AUTRES INSTRUCTIONS

1. Prévoir la location d'une balance pour la sortie.

2. Pesée avant/après les repas à la maison pour déterminer le besoin et la quantité de nourriture supplémentaire.

3. Pesée avant/après les repas pour déterminer s'il faut continuer à utiliser le bout de sein en silicone.

4. Location d'un tire-lait pour assurer des quantités de lait suffisantes.

5. Continuer une observation soigneuse pour une hyperbilirubinémie éventuelle.

6. Suivi soigneux par :

    a. Un pédiatre
    b. Prévoir un rendez-vous de suivi dans un court délai
    c. Prévoir un rendez-vous avec une consultante en lactation