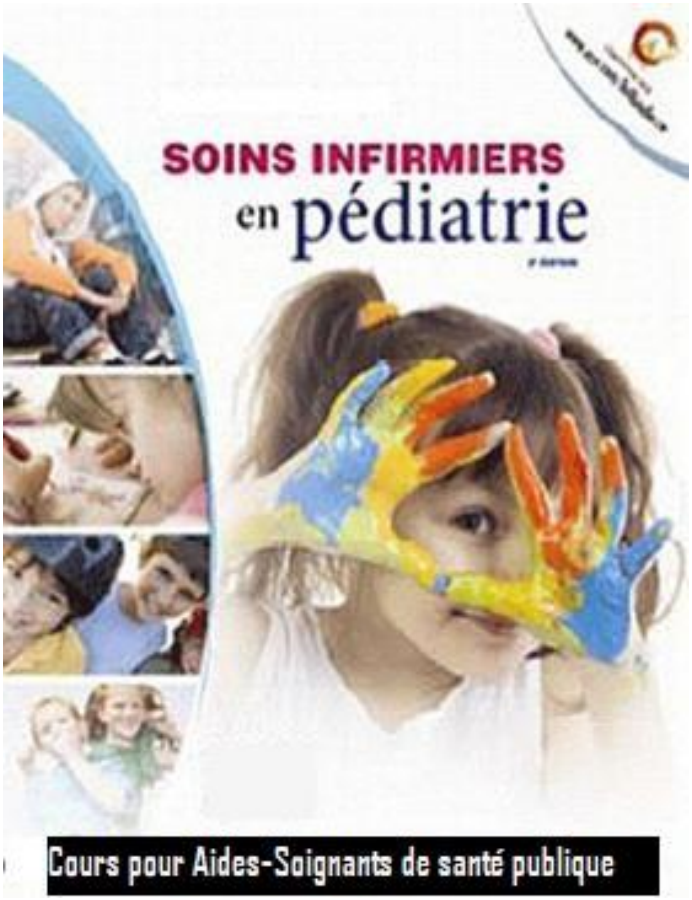


Soins en Pédiatrie

Semestre : 04
Volume horaire : 43H30
Coefficient : 02
Nombre d'évaluation : 02

Objectif : Au terme de cet enseignement, l'apprenant doit être capable de participer à la prise en charge d'un enfant atteint d'une affection pédiatrique

Généralités

HYPOTHERMIE- HYPERTHERMIE

Introduction :

Un enfant malade ou petit (pesant moins de 2,5 kg à la naissance ou né avant 37 semaines de grossesse) a besoin d'une meilleure protection thermique et de plus de chaleur pour maintenir une température corporelle normale. Ces enfants peuvent très rapidement se trouver en hypothermie et les réchauffer peut prendre du temps.

La fièvre est une réaction de l'organisme face à une agression (infection, inflammation, chaleur, etc.),

I. HYPOTHERMIE :

Définition :

Abaissement de la température du corps au-dessous de 35 °C.

On distingue les hypothermies *modérées* (de 35 à 32 °C), *graves* (de 32 à 26 °C) et *majeures* (au-dessous de 26 °C).

Causes :

- une défaillance des systèmes physiologiques de lutte contre le froid
- une exposition au froid prolongée
- Pendant une infection, une hypothermie peut parfois succéder à une hyperthermie aiguë ou même la remplacer ; c'est un signe de gravité

Conséquences : hypoglycémie : nuisible pour le développement cérébral

Moyens de lutte contre l'hypothermie : dès la naissance :

- Essuyer l'enfant rapidement
- Le recouvrir d'un lange chaud (quand il est sur le ventre maternel)
- Donner les soins sous une lampe chauffante
- Veiller à la température ambiante (pas moins de 25 °C) sans courants d'air.
- Réchauffer immédiatement l'enfant à l'aide d'un dispositif à chaleur radiante préalablement chauffé ou Utiliser une autre méthode s'il y a lieu.

Rôle de l'aide soignant :

Dans la Prévention :

- Mesurer la température de l'enfant aussi souvent, sauf si indication contraire
- L'enfant doit être habillé ou le plus possible couvert à tout moment:

- Habiller l'enfant et lui mettre un bonnet ;
- Envelopper l'enfant dans un linge doux et sec et le recouvrir d'une couverture ;
- Ne découvrir que les parties du corps que l'on doit observer ou traiter.

• Ne pas mettre l'enfant à proximité d'éléments froids,

• Ne pas mettre l'enfant directement sur une surface froide et veiller à avoir les mains chaudes avant de le manipuler.

• Garder l'enfant au chaud pendant son transfert, utiliser des dispositifs de chauffage ou opérer le transfert, ou au contact direct (« peau contre peau ».

• Changer les couches dès qu'elles sont mouillées.

• Si quoi que ce soit de mouillé doit être appliqué sur la peau (par ex., une gaze humide), veiller à ce que l'enfant reste au chaud.
• Eviter de baigner l'enfant au cours des six premières heures de vie

Dans le traitement :

Hypothermie sévère (grave ou majeure)

• Retirer les vêtements mouillés ou froids, le cas échéant. Habiller l'enfant de vêtements chauds et lui mettre un bonnet. Le recouvrir d'une couverture chaude.
• garder la tubulure de la voie IV sous le dispositif à chaleur radiante pour réchauffer le liquide.
• Mesurer la glycémie.
• Evaluer l'enfant :
– rechercher des signes d'urgence vitale (FR<20, une respiration spasmodique, une absence de respiration ou un état de choc) toutes les heures ;
– prendre la température de l'enfant toutes les heures :
– si la température de l'enfant a progressé d'au moins 0,5 °C par heure au cours des trois dernières heures, l'enfant se réchauffe bien ;
• Si l'enfant montre des signes indiquant qu'il est prêt à téter, le laisser commencer à prendre le sein
– si l'enfant ne peut être nourri au sein, lui donner par une autre méthode du lait tiré par la mère
• Une fois la température de l'enfant redevenue normale, la prendre toutes les trois heures pendant 12 heures.

Hypothermie modérée

• Retirer tout vêtement mouillé ou froid, le cas échéant.
• Si la mère est présente, lui demander de réchauffer l'enfant en le mettant au contact de sa peau (page S-5) s'il ne présente pas d'autres problèmes.
• Si la mère n'est pas présente ou si le contact « peau contre peau » n'est pas possible :
– habiller l'enfant de vêtements chauds et lui mettre un bonnet ; le recouvrir d'une couverture chaude ;
– réchauffer l'enfant à l'aide d'un dispositif à chaleur radiante ou autre méthode.
• Encourager la mère à lui donner le sein plus fréquemment ou, lui donner par une autre méthode du lait tiré par la mère.
• Mesurer la glycémie
• Prendre la température de l'enfant toutes les heures pendant trois heures :
– Une fois la température de l'enfant redevenue normale, la prendre toutes les trois heures pendant 12 heures ;

- Indiquer à la mère comment le garder au chaud à la maison.

II. HYPERTHERMIE

Définition

La fièvre est une réaction de l'organisme face à une agression (infection, inflammation, chaleur, etc.), se traduisant par une élévation de la température corporelle qui devient supérieure ou égale à 37,8 °C.

Dans une certaine mesure, la fièvre est un moyen de défense naturel, notamment contre l'infection, mais peut, à partir de 38,5 °C, provoquer chez l'enfant, et en particulier chez le nourrisson, des complications potentiellement graves, telles que des convulsions fébriles, une déshydratation, une hyperthermie majeure, qui motivent une vigilance et une prise en charge spécifique.

Causes

Chez l'enfant, la fièvre est le plus souvent consécutive à :

• une infection, le plus souvent d'origine virale mais aussi bactérienne et, plus rarement, parasitaire. Les pathologies le plus fréquemment retrouvées sont :
- les infections ORL telles que la rhinopharyngite, l'otite, l'angine,
- les infections respiratoires comme la bronchite, la bronchiolite,
- les maladies infantiles telles la roséole, la varicelle, la rubéole, la rougeole et la scarlatine,
- mais aussi, quelquefois, les méningites, les infections urinaires et le paludisme ;

• un coup de chaleur dû à une exposition solaire, un excès de chauffage, un enfant trop couvert ;

Examen clinique

Examen clinique systématique, appréciant l'état général et recherchant :

- des signes cutanés, une éruption, des pétéchies;
- des signes ORL, un écoulement ou une obstruction nasale, l'état de la gorge et des tympans ;
- des signes cardio-respiratoires par contrôle de la fréquence cardiaque et respiratoire, auscultation, toux ;
- des signes digestifs, douleur abdominale, vomissements, diarrhée, palpation de l'abdomen ;
- des signes méningés ;
- des signes articulaires, douleur, tuméfaction ;
- des adénopathies, une hépato splénomégalie.

Examens complémentaires

• FNS pour la détermination du nombre des globules blancs, dosage de la CRP (protéine C-réactive), du fibrinogène, VS, numération des plaquettes, pour la recherche d'un syndrome inflammatoire.
- Microbiologiques: ECBU, hémocultures, PL.

• Radiologiques : radiographie pulmonaire.

Traitement de la fièvre

- des moyens naturels à mettre en œuvre dès que la fièvre est constatée : déshabiller et découvrir l'enfant, contrôler la température de la pièce où il est installé (19 à 20 °C), proposer régulièrement à boire et refroidir
- des médicaments antipyrétiques à utiliser dès que la température atteint 38,5 °C et dont la posologie est fonction du poids de l'enfant:

Rôle de l'aide soignant :

1. Prendre la température devant un enfant:
   - Grognant, apathique ou agité
   - Rouge, transpirant ou pale
   - À l'aspect chaud
2. Apprécier les signes d'accompagnement:
   - Des frissons
   - Troubles de conscience
   - Modification cutanées
3. Rafraîchir l'enfant:
   - Chez le nourrisson; déshabiller
   - Avec des bains frais de 2°C de moins de la température de l'enfant (risque de choc thermique, source de convulsions)
   - Avec des enveloppes fraîches
   - Avec des vessies de glace
   - Par vaporisation d'eau
4. Surveiller l'enfant:
   - Aspect de l'enfant: agité, abattu…
   - Apparition des convulsions
   - Amélioration de la température

LES CONVULSIONS

Définition :

Les convulsions sont des **crises de contracture musculaire d'origine cérébrale**, provoquées par « l'excitation d'un groupement neuronal, avec tendance à la diffusion à l'ensemble de l'encéphale ».

- **les contractures sont soit *toniques*** (contractures soutenues**), soit *cloniques*** (secousses régulières intermittentes), soit ***tonico-cloniques*** lorsque les deux séquences se succèdent.

Les différents types de crises

– **Crises généralisées**

L'ensemble de la musculature est *simultanément* intéressé par les contractures.

– **Hémicrises**

Les contractions musculaires intéressent une moitié du corps seulement

– **Crises partielles**

Leur topographie d'expression est encore plus limitée (un pied, une main, une hémiface, de simples clonies palpébrales …) quelquefois fixe,

– **Crises hypotoniques**

Résolution musculaire complète accompagnée quelquefois d'un plafonnement des yeux et de quelques secousses des paupières avec inconscience. Propres à l'enfant jeune (1 à 2 ans)

– Etat de mal convulsif

Tous les types de crises déjà envisagés, en se prolongeant au-delà de 15 à 20 minutes, peuvent réaliser un « état de mal ».

– Spasmes axiaux

Ce sont des crises très spécifiques aux nourrissons. Elles surviennent dans des situations étiologiques graves (encéphalopathie convulsivante ; maladie dégénérative ; épilepsie sévère). Ce sont des crises complexes portant le corps en flexion antérieure (spasmes *en flexion*) ou en hyperextension (spasmes *en extension*),

Diagnostic différentiel

Nouveau-né : trémulations de l'endormissement, frissons,

Nourrisson : tous les *malaises graves* induits par reflux gastro-œsophagien, hypoglycémie, mort subite manquée. Les *syndromes dystoniques*, notamment médicamenteux (Primpéran), plein respect du niveau de vigilance.

Grand enfant : les *malaises vagaux*, provoqués par un stimulus douloureux ou émotif, et les *crises neuropathique*, possibles à tout âge, ne résistent pas à un interrogatoire sérieux. Les *stéréotypies motrices.* Les *tics* sont interruptibles.

Causes :

- traumatismes crâniens :
- anoxie cérébrale

- les hémorragies intracrâniennes
- les compressions cérébrales
- les causes infectieuses
- les malformations cérébrales (dysplasies)
- Pathologie métabolique aiguë hypocalcémie, d'hypoglycémie perturbations hydro électrolytiques
- Des substances toxiques, et notamment médicamenteuses,
- Convulsions fébriles

La PL est un geste fondamental pour le diagnostic différentiel : elle sera systématique avant 18 mois, surtout en l'absence d'identification claire de la cause de la fièvre.

Traitement :

- corriger une éventuelle anomalie métabolique : Le pédiatre injecte du glucose, du calcium, de la vitamine B6 et du magnésium.
- Le traitement symptomatique fait appel aux benzodiazépines (Valium® etc...) injectables ou intra rectales.
- En fonction de la cause, le traitement sera très différent.

Rôle de l'aide soignant :

- Différencier la crise convulsive:
  - Trémulation: tremblement
  - Hyperexcitabilité
- Participer à la mise en œuvre de TRT d'urgence:
  - Mise en PLS
  - Prévention des traumatismes
  - Aspiration pharyngée en cas d'encombrement
  - Administration du TRT spécifique (diazépam) par voie rectale
  - Surveillance de la perfusion par épicrânien dans les états convulsives rebelles
  - Préparation du matériel et aide lors de la PL
  - Maintenir en état de fonctionnement du matériel d'intubation et de ventilation dans les cas graves
- Participer à la mise en place du traitement étiologique :
  - Conduite à tenir devant toute hyperthermie quand il s'agit de convulsion fébrile
  - Information sur l'importance d'un traitement régulier, sur l'administration des médicaments antiépileptiques prescrits
  - Connaissance des signes de surdosage de ces médicaments et conduite à tenir dans ce cas

DETRESSE RESPIRATOIRE

Définition : forme particulière d'insuffisance respiratoire aiguë caractérisée par sa gravité et sa survenue rapide sur des poumons préalablement sains.

C'est une des pathologies les plus courantes de la période néonatale à l'origine de la majorité des transferts en réanimation

Symptomatologie : elle comporte le plus souvent l'association :

→une cyanose oxygénodépendante, généralisée ou prédominant aux extrémités ;

→une polypnée parfois supérieure à 100par minute

→de signes de « lutte » tels qu'ils sont définis par le score de Silverman :

	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal à l'inspiration	Absent ↓ Respiration synchrome	Thorax immobile abdomen se soulève ↓ Décalage	Thorax se creuse abdomen se soulève ↓ Balancement
Tirage intercostal	Absent	Discret	Intense + sus-et sous-costal
Entonnoir xiphoïdien	Absent	Ébauché	Marqué
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Perçu au stéthoscope	Audible à distance

→Score inférieur à 3 : nouveau-né normal

→Score entre 3-6 : détresse respiratoire modérée

→Score supérieur à 7 : détresse respiratoire sévère

Principales étiologies :

Détresses respiratoires d'origine pulmonaire

→L'immaturité pulmonaire chez le prématuré,

→L'inhalation de liquide amniotique

→Les troubles de résorption du liquide alvéolaire,

→L'infection

→Le pneumothorax

→**La maladie des membranes hyalines (MMH)** : liée à l'insuffisance de surfactant,

Détresses respiratoires d'origine obstructive ; beaucoup plus rares.

→Atrésie des choanes :

→Obstacles laryngés

→Obstacles trachéaux :

Détresses respiratoires liées à une malformation digestive

→Hernie diaphragmatique congénitale

→Atrésie de l'œsophage :

Méthodes thérapeutiques En dehors des détresses respiratoires d'origine malformative nécessitant un geste spécifique, parfois chirurgical, l'oxygénothérapie et la ventilation artificielle les éléments essentiels du traitement.

Principes de l'oxygénothérapie :

Réalisée en urgence par la ventilation au masque puis en continu par le respirateur si l'enfant est intubé, sous Hood s'il respire spontanément. (Enceinte plastique transparente dans laquelle est placée la tête de l'enfant permet de maintenir une concentration constante)

l'**O_2thérapie** doit être :

suffisante, mais non toxique. Cette toxicité peut se manifester de deux manières :

—par action corrosive directe de l'oxygène sur la muqueuse respiratoire surtout s'il est insuffisamment réchauffé et humidifié ;

— par l'effet vasoconstricteur d'une Pa02 élevée, supérieure à 100 mm Hg au niveau des vaisseaux cérébraux et surtout rétiniens. Ce risque est particulièrement important pour le prématuré, et on connaît chez celui-ci le danger majeur de cécité.

Il est donc capital de baisser le plus rapidement possible les concentrations élevées d'oxygène et surtout de contrôler très régulièrement la Pa02 soit par l'étude des gaz du sang, soit par électrode cutanée à PaO_2.

La Pa02 doit être maintenue entre 70 et 80 mmHg et ne jamais dépasser 100mm Hg

Rôle de l'aide soignant :

Surveiller :

→L'oxygénothérapie

→ Fréquence respiratoire

→ Signes de lutte :

- Battement des ailes du nez : dilatation inspiratoire des orifices narinaires.
- Le tirage intercostal.

→ Signes de gravité :

- Epuisement.
- Irrégularités du rythme respiratoire et apnées.
- Cyanose, pâleur.
- Agitation et troubles de la conscience.
- Sueurs.
- Tachycardie, hypertension artérielle traduisant l'hypercapnie.
- Difficulté pour parler.

ICTERE DU NOUVEAU-NE

Introduction :

C'est un phénomène d'une extrême fréquence puisque presque un nouveau-né sur deux présente un ictère dans les premiers jours de vie.

Il s'agit de la Coloration jaune de la peau, de la sclérotique (blanc de l'œil) et des muqueuses, due à l'accumulation, dans le sang, de bilirubine.

Physiopathologie de l'ictère

La bilirubine provient de la dégradation de l'hémoglobine. Elle subit normalement au niveau du foie, sous l'effet de la glycuronyltransférase, une glycuro-conjugaison et devient ainsi de la bilirubine ***conjuguée*** ou ***bilirubine directe*** qui peut être évacuée par la bile dans le tube digestif. Elle est alors en partie excrétée dans les selles, sous forme de ***stercobiline***, en partie réabsorbée dans le sang pour être éliminée dans les urines sous forme ***d'urobiline.***

Chez le nouveau-né, particulièrement s'il est prématuré, divers facteurs concourent à l'apparition d'un ictère :

—production accrue de bilirubine du fait d'une polyglobulie ou d'un processus hémolytique ;

—immaturité de la glycuronyltransférase entraînant un déficit transitoire de la glycuroconjugaison

Il s'ensuit une accumulation sanguine de bilirubine non conjuguée dite *indirecte* qui va en partie se lier à l'albumine puis, lorsque celle-ci est saturée, reste à l'état libre dans le plasma.

C'est cette dernière fraction qui, dans certaines conditions physiopathologiques et à un taux élevé, est susceptible de se fixer sur divers organes et en particulier sur les noyaux gris centraux du cerveau. Il peut en résulter une maladie neurologique grave laissant de lourdes séquelles : *l'ictère nucléaire.*

2. Étiologies des ictères néonatals

Schématiquement on peut distinguer deux types d'ictères :

—les ictères à bilirubine libre, les plus fréquents par hyper hémolyse ou défaut de glycuroconjugaison ;

—les ictères à bilirubine conjuguée, plus rares par atteinte hépatique ou obstacle à l'évacuation de la bile.

2.1. Les ictères hémolytiques

a. Incompatibilités sanguines fœto-maternelles

- **Incompatibilité Rhésus:** lorsqu'une femme Rhésus négatif est porteuse d'un enfant Rhésus positif donc possédant l'antigène D.

Le diagnostic repose sur la positivité du test de Coombs, qui traduit l'existence dans sang de la mère d'agglutinines dirigées contre ses propres hématies.

- **Incompatibilité AB :** Il s'agit d'agglutinines immunes, dites irrégulières, différentes des agglutinines anti-A ou anti-B naturelles qui, elles, ne passent pas dans la circulation fœtale et n'entraînent jamais d'hémolyse chez l'enfant.
- **Incompatibilités rares :** un tableau d'ictère hémolytique avec parfois Coombs positif sans incompatibilité évidente dans les systèmes ABO ou Rhésus D.

b. *Ictères par résorption sanguine :* ils résultent de la lyse d'une collection sanguine qui s'est constituée au moment de la naissance : céphalhématome, ecchymoses diverses ou hémorragies internes

2.2. Ictère par déficit ou inhibition de glycuroconjugaison :

a. L'ictère dit physiologique

C'est le plus fréquent des ictères néonatals ; il est considéré classiquement comme en rapport avec l'immaturité transitoire de la glycuroconjugaison.

Sa survenue est favorisée par la prématurité, la souffrance fœtale, l'absence d'alimentation précoce.

Il débute au 2^{e} ou 3^{e} jour et reste isolé chez un enfant en bon état général, D'intensité variable mais le plus souvent modéré, il peut s'accroître jusqu'au 4^{e} ou 5^{e} jour mais disparaît totalement en quelques jours.

b. L'ictère dit « au lait de mère »

Il est lié à la présence dans le lait de la mère d'inhibiteurs de la glycuroconjugaison dont le passage dans le sang de l'enfant entraîne l'apparition d'un ictère retardé et persistant.

Il peut être confirmé par la recherche de l'inhibiteur dans le lait ou l'épreuve qui consiste à voir disparaître l'ictère après interruption temporaire de l'allaitement ou chauffage du lait à 60 $^{\circ}$ C.

2.3. Déficits constitutionnels de la glycuroconjugaison

Exceptionnels, ils entrent dans le cadre de maladies génétiques familiales

2.4. Ictères par atteinte hépatique

S'accompagnent de signes de cytolyse, d'insuffisance hépatique ou de cholestase. Ce sont des ictères obstructifs de type rétentionnel

3. Attitude pratique devant un ictère néonatal

Reconnaître l'ictère sur la coloration jaune des téguments, des muqueuses, de la conjonctive de l'œil en tenant compte des erreurs possibles induites en particulier par la pigmentation ethnique.

Préciser l'aspect des urines : claires en l'absence de glycuroconjugaison et devenant foncées par excrétion d'urobiline lorsque celle-ci apparaît.

De même le caractère décoloré des selles est à noter en faveur d'une rétention.

Apprécier le caractère isolé ou non de l'ictère par l'examen clinique à la recherche :

- d'une hépato splénomégalie,
- d'une pâleur,

- de signes évocateurs d'infection.

Pratiquer systématiquement certains examens complémentaires d'orientation

- groupe de la mère et de l'enfant,
- recherche d'agglutinines irrégulières chez la mère,
- test de Coombs,
- dosage de la bilirubine totale et de ses diverses fractions.

Compléter éventuellement **le bilan étiologique** par diverses investigations, fonction de l'orientation initiale.

Surveiller l'évolution de l'ictère par des dosages quotidiens ou biquotidiens de la bilirubine tant que celle-ci reste élevée.

4. traitement et prévention des complications de l'ictère :

Ces méthodes visent à faire baisser le taux de bilirubine et en particulier de la bilirubine indirecte, non liée à l'albumine, pour prévenir le risque de survenue d'un ictère nucléaire.

Elles doivent être associées à un éventuel traitement spécifique

4.1. La photothérapie (cf. fiche technique)

Elle est utilisée devant un ictère franc ou plus souvent à titre préventif

Elle consiste en une exposition de l'enfant à une lumière bleue ou blanche dont le rayonnement favorise, à travers la peau, la dégradation de la bilirubine en photo dérivés non toxiques.

Elle est considérée comme sans danger, mais il importe de protéger les yeux de l'enfant et de surveiller régulièrement sa température.

4.2. L'administration de phénobarbital

Elle repose sur la propriété de stimulateur enzymatique du phénobarbital au niveau du foie donc de la glycuroconjugaison : elle est essentiellement préventive.

4.3. Perfusion d'albumine

Elle vise à augmenter la quantité d'albumine circulante, donc les possibilités de fixation de la bilirubine libre « dangereuse ».

Son indication est surtout posée chez le prématuré, et les doses d'albumine administrées sont de l'ordre de 1 gramme par kilo.

4.4. Exsanguino-transfusion

C'est le dernier recours lorsque les méthodes précédentes ont été insuffisantes pour empêcher le taux de bilirubine d'atteindre des chiffres trop élevés avec menace

Classiquement on admettait que le danger d'ictère nucléaire devenait important

Rôle de l'a/s :

Surveillance de photothérapie (cf. fiche technique)

DIARRHÉE AIGUË DU NOURRISSON

1. Généralités :

C'est la plus fréquente des pathologies du nourrisson : elle est en général bénigne mais fait toujours courir le risque de survenue d'une déshydratation dans les formes graves ou négligées.

2. Diagnostic positif

La diarrhée aigue se définit comme une augmentation de la fréquence des selles avec modification de leur consistance qui devient molle ou franchement liquide.

Il importe de préciser :

— le nombre, le volume et l'aspect exact des selles,
— les signes associés,
— le retentissement général, notamment l'existence ou non de signes de déshydratation (pli cutané).

3. Diagnostic étiologique

- Petites diarrhées par dyspepsie Liées à des erreurs diététiques, elles sont en général bénignes.
- Diarrhées infectieuses Il peut s'agir d'une infection entérale vraie ou, plus souvent, du retentissement digestif d'une infection parentérale.

Dans 30 à 60 p.100 des cas, il s'agit de virus avec coproculture négative

- Intolérances digestives : en rapport avec un déficit enzymatique ou une allergie à un des constituants du lait.

4. Traitement

Son but et de ralentir le transit, de diminuer le nombre et la fréquence des selles tout en évitant la survenue d'une déshydratation ou d'une dénutrition.

- En premier lieu le traitement est toujours diététique :

— arrêt de l'alimentation lactée,
— institution d'un régime anti diarrhéique:

- Solution glucosée et électrolytique type Adiaril®,
- classique soupe de carotte ou extraits de caroube voire eau de riz
- « Coca-cola* » et aliments ralentisseurs du transit : riz, banane, coing, pomme chez le plus grand.

Dans tous les cas, la reprise d'un régime normal et notamment la réintroduction du lait doivent se faire très progressivement.

- anti diarrhéique symptomatique de type lopéramide (Imodium®) dans les formes particulièrement graves ou prolongées.
- L'usage des antiseptiques ou antibiotiques intestinaux est réservé à de rares indications : lorsqu'on a pu affirmer l'origine bactérienne des troubles,
- Réhydratation d'urgence
- Traitement symptomatique

Il faut l'associer à la réhydratation devant une fièvre, des convulsions une infection causale.

5. Rôle de l'a/s :

- Prévenir la déshydratation :

→Repérer les premiers signes de déshydratation
→Faire boire l'enfant

- Prendre des mesures d'hygiène préventive

→Nettoyer le plan de travail
→Serviette de toilette personnelle
→Lavage des mains après chaque change
→Isoler et désinfecter le linge souillé de selle
→Poubelle fermée pour les couches sales

- Assurer le confort de l'enfant en le changeant aussi souvent que nécessaire (prévention de l'érythème fessier)
- Appliquer les mesures diététiques :

→Supprimer immédiatement le lait (sauf le lait maternel)
→Supprimer les jus de fruit, les légumes verts…
→Donner des aliments anti diarrhéiques
→Ne pas forcer l'enfant à manger

- Isolement digestif qui pourra être levé rapidement en fonction des résultats des examens
- Réhydratation : en fonction de la prescription médicale :

→par voie orale: veiller à ce que l'enfant boive souvent une solution hydro-gluco-minérale ou de l'eau et noter les quantités ;
→par voie veineuse : surveiller le dispositif de perfusion : cathéter court, une seringue électrique ou une pompe volumétrique.

- suivi

→Noter les selles émises : nombre, aspect et consistance.
→Poids : Peser l'enfant 1 à 2 fois par jour, en continuant à évaluer la perte de poids en pourcentage.
→Surveillance de signes associés : l'apparition de vomissements, T°(axillaire).
→ Soins de siège

- Éducation des parents :

→Le changement d'alimentation ;
→l'hydratation ;
→la prévention de l'érythème fessier

VOMISSEMENTS

Définition:

Le vomissement est le rejet actif, total ou partiel, par la bouche, du contenu de l'estomac.

Il est le plus souvent en rapport avec une maladie bénigne, mais il peut aussi révéler une maladie plus grave, nécessitant un traitement chirurgical.

Il se différencie des régurgitations qui sont des rejets alimentaires passifs, lors du rot.

Tout vomissement doit être traité car il fait courir à l'enfant, dans l'immédiat, un risque de fausse-route et secondairement un risque de déshydratation et de dénutrition.

b. Causes

Les causes des vomissements sont nombreuses. Les plus fréquentes sont d'origines digestives

Catégories	Vomissements d'origine digestive	Vomissements d'origine extra-digestive
infectieuses	- Hépatites - Gastro-entérites (virales ou bactériennes) - Appendicite	Infections diverses (ORL, urinaires. neurologiques ou autres...)
Anatomiques	- Hernies étranglées - RGO (reflux gastro-œsophagien) - Sténose du pylore - IIA (invagination intestinale aiguë) - Occlusion intestinale	
Diététiques	Intoxications alimentaires - Erreurs de dosage - Suralimentation	- Intoxications médicamenteuses
Métaboliques	- Intolérance au gluten - IPLV (intolérance aux protéines du lait de vache)	
neurologiques		- Hypertension intracrânienne (HTIC) - Méningites
Psychologiques		- Phase d'opposition ou refus complet

Diagnostique Clinique : L'interrogatoire des parents permet de préciser :

- les caractéristiques des vomissements :
- les modifications récentes du régime et de l'appétit;
- les signes d'accompagnement : fièvre, douleurs abdominales (pleurs inexpliqués), diarrhée ;
- l'état de la courbe pondérale: recherche d'une perte de poids récente.

Évolution

- Favorable sous traitement ;
- Défavorable : complications essentielles :

• la déshydratation avec perte d'eau, de sels (pouvant avoir des répercussions cérébrales graves),

• la dénutrition avec perte de poids (pouvant avoir un retentissement sur l'état général).

e. Traitement

- Traitement de la cause ;
- Traitement symptomatique :

- postural (orthostatisme),
- diététique : fractionnement et épaississement de l'alimentation.
- médicamenteux : antiémétiques 1/4 d'heure avant le repas (Primpéran), pansements gastriques (gels) en fin de repas.

f. Rôle de l'A/S

✓ Assurer la prévention des fausse-routes Au moment où l'enfant vomit : mise en position latérale de sécurité et éventuellement aspiration pharyngée.
✓ Réaliser le confort et le bien-être de I enfant
- pendant le vomissement : rester auprès de lui et lui maintenir la tête:
- après le vomissement : le changer, lui rincer la bouche et le rassurer.
✓ Apprécier et compenser l'effet des vomissements sur l'état de santé de I enfant
- en le pesant et en évaluant la perte de poids;
- en lui donnant à boire.
✓ Participer i la recherche de la cause par I observation
- des vomissements;
- du comportement de l'enfant.
✓ Participer au traitement
- surveillance de la disparition ou non des vomissements; ,
- évaluation de la courbe de poids;
- mettre l'enfant en position orthostatique et le surveiller
✓ Donner et surveiller les repas
- au cours du repas, veiller ;
• à fractionner et à épaissir les repas (selon la prescription médicale),
•à vérifier le débit de la tétine.
• à créer une atmosphère calme.
• à maintenir l'enfant en position demi-assise
- après le repas :
• garder l'enfant le plus droit possible pour le rot.
• prendre l'enfant avec douceur et le recoucher en position orthostatique.
• noter la consistance et la quantité des aliments ingérés.

DÉSHYDRATATION AIGUË DU NOURRISSON

Définition :

Urgence type de la pédiatrie, elle se définit comme une perte brutale d'eau et d'électrolytes dont la traduction est une chute de poids.

Chez le nourrisson, sa fréquence et sa gravité sont liées à l'importance du secteur extracellulaire qui représente environ 40 p.100 du poids de son corps (20 p.100 chez l'adulte).

En fonction de l'importance de la perte de poids, on parle habituellement de :

— déshydratation modérée en cas de : perte de poids inférieure 7 à 10 p. 100

— déshydratation grave en cas de : perte de poids comprise entre 10 et 15 p. 100

— déshydratation très sévère en cas de : perte de poids supérieure à 15 p. 100.

Ces déshydratations aigues sont le plus souvent d'origine digestive en rapport avec une diarrhée aigue, surtout si elle s'accompagne de vomissements.

Plus rarement, il s'agit d'un « coup de chaleur - avec hyperthermie et hypersudation, ou de pertes urinaires en rapport avec une tubulopathie rénale ou une
insuffisance des surrénales.

Causes :

Absence d'apport suffisant en liquide

Pertes anormale par diarrhée ou vomissement

Coup de chaleur

Clinique

- Déshydratation extracellulaire caractérisée par :

— Persistance du pli cutané.

— Hypotonie des globes oculaires, traduite par les cernes sous-oculaires.

— Dépression de la fontanelle.

— Baisse de la pression artérielle.

— Oligurie.

- Déshydratation intracellulaire caractérisée par :

— Soif.

— Sécheresse de la langue et des muqueuses.

— Troubles de la conscience.

— Hyperthermie.

Complications :.

- Dans les formes sévères ou vues trop tardivement Elle peut se faire vers la mort par collapsus irréversible ou entraîner des complications graves : convulsions, anurie par nécrose corticale rénale ou thrombose des veines rénales, séquelles neurologiques.

Traitement

- Réhydratation d'urgence : en moyenne entre 100 et 200 ml/kg/24 h.

- Traitement symptomatique
- l'Efficacité du traitement est jugée sur la reprise pondérale, la réapparition de la diurèse et la régression des signes cliniques de déshydratation.
- La reprise de l'alimentation se fait de façon progressive et prudente.

Rôle de l'a/s :

- Veiller à la réhydratation de l'enfant en fonction de la prescription médicale :

→Par voie orale : veiller à ce que l'enfant boive souvent et noter les quantités prise

→Par voie veineuse : surveiller le cathéter court, l'épicrânienne, pousse-seringue ou la pompe à perfusion volumétrique

Dans les deux cas, mettre en place une poche à urines et faire le bilan des entrées et des sorties

- Repérer l'amélioration ou l'aggravation de la déshydratation :
- Peser l'enfant 1 ou 2 fois par jour en continuant à évaluer la perte e poids en %
- Prise du pouls et de la TA toutes heures en cas de déshydratation sévère
- Noter le nombre et l'aspect des selles
- surveiller l'apparition ou la disparition des autres signes de déshydratation : yeux creux, pli cutané, sécheresse des muqueuses, soif, oligurie, troubles hémodynamiques et troubles de la conscience;
- éduquer les parents en fonction de la cause, notamment en cas de diarrhée ou de coup de chaleur:

→il ne faut pas couvrir un enfant en cas de fièvre,

→donner à boire à volonté en cas de chaleur,

→éviter de laisser un enfant dans une voiture ou sous une tente au soleil,

→en cas de diarrhée, donner à boire à volonté, de préférence une solution de réhydratation, proposée régulièrement en petite quantité à la fois, toutes les 15 minutes.

CONSTIPATION DU NOURRISSON

Généralités:

La constipation est un symptôme fréquent chez le petit nourrisson. Elle est presque toujours banale et liée à des petits problèmes diététiques Exceptionnellement elle est d'origine organique et répond à deux étiologies essentielles : l'une rare mais grave est le mégacôlon congénital, l'autre plus commune et plus bénigne est le mégacôlon fonctionnel.

Clinique :

1. Le mégacôlon congénital ou maladie de Hirschprung

Impossibilité de distension du colon d'une partie plus ou moins étendue de son trajet en raison de l'absence congénitale de plexus nerveux. Il en résulte un rétrécissement fonctionnel avec stase et dilatation sus-jacente.

Le début en est souvent précoce, marqué par un retard d'élimination du méconium, puis s'installent des troubles allant d'une constipation modérée à de véritables syndromes occlusifs.

Le diagnostic se fait sur la radio objectivant la disparité de calibre entre la portion pathologique du côlon et la zone sus-jacente distendue qui sera affirmée histologiquement par la biopsie rectale.

Le traitement est chirurgical et le pronostic fonction de l'étendue.

2. Le mégacôlon fonctionnel

C'est un dolichocôlon **(n.m.** Côlon d'une longueur excessive). Parfois familial, s'accompagnant d'une constipation précoce très influencée par les facteurs alimentaires mais avec souvent une grosse composante psychologique.

L'évolution est en général favorable.

3. Invagination intestinale aiguë du nourrisson

Type même de l'urgence chirurgicale du nourrisson, elle est à nette prédominance masculine : deux fois plus de garçons que de filles.

Elle survient avec un maximum de fréquence entre 3 et 9 mois, mais peut être plus précoce ou se manifester au-delà de 1 an.

Complications

- le prolapsus rectal a été incriminé comme résultant de la constipation ;
- la fissure anale est en fait l'accident le plus fréquent ; elle se traduit par des douleurs vives à la défécation, parfois associées à des rectorragies. La douleur entraîne par voie réflexe une constipation accentuée;
- les fécalomes peuvent être responsables de crises de sub-occlusion à répétition ;
- une « colite » de fermentation avec anorexie, douleurs abdominales, nombreux gaz.

Traitement

Le traitement va varier selon l'âge et l'étiologie de la constipation.

Il convient d'abord de traiter une éventuelle cause locale ou favorisante : polypes ; fissures ; parasitoses.

Une constipation d'ordre chirurgical doit être opérée et, en attendant cette date, le traitement médical reste de mise.

- La diététique est essentielle :
- utilisation précoce de jus de fruits frais ;
- introduction précoce de légumes ;
- régime toujours équilibré ;
- utilisation du son (pain complet, galettes de son).
- L'hygiène de vie est tout aussi utile :
- à la selle chaque jour à la même heure ;
- gymnastique abdominale (marche) ;
- éducation de la défécation aux dates correctes et avec souplesse.
- Les médicaments sont enfin utilisés :
- les laxatifs doux (huile de paraffine, mucilages). Au milieu du repas du soir ;
- les cholérétiques doux, à base de Sorbitol, peuvent être utilisés chez de plus grands enfants ;
  - la trimébutine (Débridât) à fortes doses, 5 jours sur 7,
- la dihydroergotamine 10 à 20 gouttes 3 fois par jour pendant 15 à 30 jours peut être utile chez le grand enfant après avoir éliminé une cause mécanique.
- Une psychothérapie de l'enfant mais aussi de sa famille peut parfois être utile.

Rôle de l'a/s :

- Vérifier les modalités de préparation des biberons par la famille. Apport suffisant en légumes, en fibres et en fruits.
- Conseiller :
  - des jus de fruits ;
  - des purées de pruneaux ;
  - des compotes de pommes cuites.
- Observer et noter :
  - la date du début de la constipation ;
  - l'aspect et la dureté des selles ;
  - la présence de sang ;
  - l'existence de douleur à la défécation susceptible d'entraîner une rétention volontaire par peur de déféquer.

RACHITISME

Définition :

Trouble de minéralisation des os lie à une carence en vitamine D, le rachitisme carentiel commun reste une pathologie fréquente.

Il frappe le nourrisson en période de croissance rapide entre 6 mois et 2 ans.

Physio-pathologie

La carence en vitamine D entraîne une diminution de l'absorption du calcium et du phosphore, à l'origine d'une déminéralisation osseuse.

La parathyroïde réagit en libérant le calcium de l'os pour rétablir la calcémie, ce qui aggrave encore les lésions osseuses : c'est le rachitisme normo calcique, hypophosphatemique.

Parfois, la réponse parathyroïdienne est insuffisante, et il apparaît une hypocalcémie progressive : c'est le rachitisme hypocalcémique, hypophosphatemique.

Etiologies :

La carence en vitamine D peut être due à un manque d'apport exogène ou à un défaut de production endogène à partir des stérols cutanés sous l'effet des ultraviolets, d'où le risque accru de rachitisme chez les anciens prématurés, les jumeaux, les enfants de race noire, les nourrissons privés d'exposition au soleil.

Clinique

L'attention peut être attirée par une apathie, une hypotonie, mais c'est le plus souvent la recherche systématique des signes osseux qui permet le diagnostic.

Signes osseux

Ils prédominent dans les zones de croissance rapide.

- Au niveau du crâne

— Le signe le plus précoce est le craniotabès. C'est une zone où la boîte crânienne est molle se laissant déprimer comme une balle de celluloïd. Cette constatation peut être physiologique avant 4 mois.

— Le retard de fermeture des fontanelles et des sutures

- Au niveau du thorax

— Le chapelet costal : hypertrophie des cartilages de la jonction chondro-costale

- Au niveau des membres

— Le classique bourrelet épiphysaire, renflement visible au niveau des poignets et des chevilles.

Signes cliniques associés

— Hypotonie musculaire, entraînant un retard moteur.

— Retard d'apparition des dents.

— Infections respiratoires fréquentes.

— Anémie hypochrome.

Evolution :

•Spontanée

Les signes régressent lorsque la croissance se ralentit. Mais, si on peut parler de guérison vers l'âge de 2 ou 3 ans, il persiste des séquelles qui sont essentiellement des déformations du rachis ou des membres.

Des complications peuvent survenir soit à type d'accidents infectieux, soit en rapport avec l'hypocalcémie (tétanie, convulsions, insuffisance cardiaque, laryngospasme, voire mort subite...).

• Traitée

La reminéralisassions osseuse est relativement lente et les signes cliniques ne régressent que très progressivement.

L'évolution est suivie sur la radiographie :

Traitement

Il doit être avant tout préventif.

C'est l'administration systématique de vitamine D à tous les nourrissons dès les premières semaines de vie, et ce jusqu'à l'âge de 18 mois ou 2 ans.

Traitement du rachitisme constitué

Il consiste essentiellement en administration de vitamine D :

— soit une prise per os ou intramusculaire de 600 000 unités, renouvelée éventuellement quelques mois plus tard ;

— soit apport quotidien pendant une période prolongée de plusieurs mois de 2 000 à 5 000 unités.

Rôle de l'A/S :

Devant tout nourrisson ou enfant en bas âge, l'A/S doit:

1. participer à la prévention du rachitisme par:

— La connaissance du rôle et des sources de la vitamine D ainsi que les conséquences d'une carence.

— La connaissance des principales règles d'hygiène de vie de la prévention de cette maladie.

— L'éducation des parents portant sur un apport alimentaire suffisamment riche en calcium (lait et ses dérivés) ; sur l'administration préventive régulière de vitamine D, selon la prescription médicale ; sur la nécessité de sorties où d'exposition fréquente au soleil.

2. orienter vers un diagnostic de rachitisme

— Appréciation du développement staturo-pondéral du nourrisson : tenue des courbes de croissance.

— Recherche des signes cliniques évocateurs permettant d'orienter l'enfant vers le pédiatre.

MALNUTRITION PROTEINO-CALORIQUE

Définition :

Syndrome de carence provoqué par une insuffisance d'apport de macronutriments.

Elle est caractérisée par l'association de :

- Insuffisance énergique de la ration alimentaire
- Et une carence en protéines

Les deux formes graves de la MPC sont :

➢ Le MARASME: du à une insuffisance énergique globale

➢ Le KWASHIORKOR : ou œdémateuse due à une insuffisance en protides

Facteurs favorisants :

1. Facteurs en relation avec l'alimentation de l'enfant :

➢ L'absence d'allaitement maternel

➢ Sevrage précoce ou brutal

➢ Mauvaise conduite de l'allaitement artificielle de la diversification alimentaire et de l'alimentation pendant les maladies de l'enfant

2. Facteurs obstétricaux (avec la grossesse) :

➢ Faible poids de naissance

➢ Grossesse nombreuse et peu espacée

➢ Pathologie de la femme

Infections fréquentes :

- En particulier; diarrhée, IRA, rougeole, tuberculose…

Vaccination non faite ou incomplète

Mauvaise condition d'hygiène

Connaissance erronée en matière d'alimentation

Revenu familial faible

Signes cliniques

MARASME	KWASHIORKOR
Insuffisance globale de la ration alimentaire	Insuffisance en protéines animales
S'installe le 1ére mois de la vie	Fréquent dans les mois qui suivent le sevrage
Amaigrissement très net	Déficit pondéral variable souvent masqué par les œdèmes
Fonte de masses musculaires	Lésions cutanées fréquentes
Saillie des côtes et des os	Peau sèche, craqué
Yeux enfoncés dans les orbites	Zones dépigmentée
Aspect de petit vieux	Phlyctène dans les formes graves
Pas de lésions cutanées	Enfants craintif repliée sur lui-même sans intérêt pour ce qui l'entoure
Enfant fatigué mais qui a un regard vif	Enfant anorexique

Diagnostic :

En plus des signes cliniques de malnutrition, nous disposons d'indicateurs qui permettent d'affiner le diagnostique des problèmes nutritionnels

le poids :

- Insuffisance pondérale modérée : Le poids se situe entre 80 et 60% du poids moyen pour l'âge
- Insuffisance pondérale grave : Le poids se situe au dessous de 60% du poids moyen pour l'âge.

La taille : un déficit de la taille par rapport à la taille moyenne pour l'âge

La prévention de la malnutrition : lutter contre les facteurs favorisants :

- Assurer une surveillance systématique et rythmée de la croissance de l'enfant
- Traiter de façons précoce toute pathologie infectieuse
- Vacciner correctement et complètement tout les enfants (avant 1 an)
- Améliorer les conditions d'hygiènes et individuelle et collective
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif le plus longtemps possible
- Introduire une alimentation diversifiée à partir de 6 mois
- Eviter le sevrage précoce et brutal
- Promouvoir l'espacement des naissances
- Prendre en charge les femmes enceintes et assurer le bon suivi des grossesses à risque

Traitement nutritionnelle

Un enfant avec MPC graves : au milieu hospitalier,

Les principes de base :

- réalimenter l'enfant on utilisant le régime à haute valeur énergique
- Maintenir l'allaitement maternel si elle est adoptée
- Bien couvrir l'enfant pour éviter les pertes d'énergie
- Donner des repas très fréquents (tous les heurs) pour lutter contre l'hypoglycémie
- Donner des repas de petites quantités
- Patienter avec l'enfant s'il est anorexie
- Recourir à la sonde naso-gastrique si les conditions sont favorables
- Si l'état de l'enfant s'améliore, passer à une alimentation diversifiée, selon l'âge de l'enfant ou apportant toujours des calories et protéines

Un enfant avec une malnutrition modéré :

Il doit être traité en fonction de l'âge de l'enfant et selon les disponibilités alimentaires de la famille:

- Traitement de toute pathologie associée
- Prescrire un régime équilibré riche en protéines et calories et en calcium
- Donner divers repas par jour (8 repas/jour) à des quantités minime, ne pas forcé l'enfant à manger

- Augmenter les quantités selon la reprise de l'appétit de l'enfant
- Maintenir l'allaitement maternel s'il est adopté

Rôle de l'a/s :

Dans la prévention :

- surveillance de la croissance de l'enfant
- Vacciner correctement et complètement tout les enfants (avant 1 an)
- Education sanitaire portant sur :
  - L'Amélioration des conditions d'hygiènes individuelle et collective
  - l'allaitement maternel exclusif le plus longtemps possible
  - Introduction de l'alimentation diversifiée à partir de 6 mois
  - Eviter le sevrage précoce et brutal
  - Promouvoir l'espacement des naissances

Dans le traitement :

- Veiller aux mesures diététiques :
  - Régime riche en protéine et calorie
  - Plusieurs repas par jours
- Peser l'enfant et tracer la courbe

CHAPITRE II

Les soins

Chariot de soins ; préparation et entretient

Généralité :

Pour réaliser un soin ; il est utile de regrouper le matériel nécessaire sur un chariot

Le chariot de soins doit être facile à nettoyer, propre et réservé au seul usage des soins propre ou stériles

Généralement il s'agit d'un chariot à plusieurs étages (2 à 3), chacun des niveaux ayant une attribution particulière

Objectifs :

- Disposer d'un plan de travail propre et désinfecté
- Disposer d'un assortiment de matériel
- Préparer le matériel sur un chariot et l'utiliser selon les critères d'hygiène et de sécurité

Le choix du chariot varie en fonction des protocoles de soins, des spécificités d'u soins, des besoins du service...etc...

Matériel :

- SHA
- Chariot de soins
- Nettoyant désinfectant
- Lavettes
- Gants jetables
- Sac poubelle (collecteur des déchets)
- Matériel du soin (ex : drap, taies, pansement…)

Procédure (technique) :

1°. Recueil des données/démarche d'observation :

L'a/s doit s'informer sur :

- L'état de chariot, sa disponibilité
- La disponibilité des produits et du matériel pour les soins
- La procédure et les consignes du service

2°. Nettoyage et désinfection du chariot (avant chaque soin)

- Se laver les mains ou friction par SHA puis mettre les gants à usage unique
- Sélectionner le chariot le plus adapté au soin envisagé
- Nettoyer, désinfecter le chariot en « allant de haut vers le bas, du moins sale au plus sale » (terminer par les roux)
- Rincer si nécessaire, ou laisser sécher le produit (selon protocole de service)

3°. Organisation du chariot de soins :

- Disposer le matériel en fonction du déroulement du soin :
  - Regrouper le matériel de façon à faciliter le soin
  - Regrouper le matériel propre sur le (ou les)étages supérieures

- Garder un espace libre sur l'étage supérieure pour disposer d'un plan de travail désinfecté
- Réserver l'étage inferieur pour le matériel sale ou à jeter (haricot, sac à linge sale…)
- Installer le chariot auprès du malade
- Réaliser le soin en veillant à toujours poser le matériel de soin sur le chariot
- Fermer les sacs (sac à linge, à poubelle…) avant de sortir de la chambre
- Acheminer les différents éléments (linge, déchets…) en respectant les circuits (propre et sale) du service

4°. Entretient et rangement du chariot : à la fin du soin :

- Procéder au nettoyage et à la désinfection du chariot
- Ranger le chariot à la même place sans laisser du matériel dessus
- Oter les gants
- Se laver les mains
- Faire les transmissions

Préparer un plateau pour les soins

Objectifs :

- Préparer un plateau pour les soins
- Préparer et utiliser le matériel stérile pour tout soin dont l'asepsie est recommandée, voire obligatoire

Matériel :

- SHA
- Chariot de soin
- Plateau stérile emballé dans un sachet adapté ou :
- Plateau propre et désinfecté avec champs stérile
- Matériel stérile pour le soin
- Gants
- Nettoyant désinfectant
- Poubelle

Procédure (technique) :

1°. Organisation du plateau :

- Se laver les mains ou frictionner avec SHA
- Nettoyer et désinfecter le chariot
- Regrouper le matériel stérile
- Vérifier l'intégrité des emballages et les dates limites d'utilisation
- Agencer le matériel sur le plateau en respectant l'ordre chronologique d'utilisation
- Délimiter un coté pour le matériel propre et un coté pour le matériel sale
- Se laver les mains avant le soin (si besoin ; utiliser un SHA)
- Avoir des gestes amples et précises (mains tendues devant soi)
- Eviter tout contact avec l'environnement (blouses, chariot, autre matériel)
- Ouvrir le sachet contenant le plateau stérile
- Déposer avec délicatesse le matériel stérile dans le plateau stérile (ou sur le champ stérile)
- Ouvrir les sachets de compresses stériles et les disposer dans le plateau
- Ouvrir le ou les sachets de pinces et les déposer dans le plateau stérile, l'anneau des pinces étant à l'extérieur du plateau

2°. Entretient et rangement du matériel :

- Procéder aux différentes étapes d'entretient du matériel souillé (décontamination, nettoyage, désinfection et stérilisation)
- Assurer la traçabilité du matériel à stériliser
- Jeter le matériel à usage unique
- Ranger le matériel dans des contenants (boites) adaptés et étiquetés
- Faire les transmissions écrites et orales

Surveillance de l'oxygénothérapie chez l'enfant

Généralités :

- Chez l'enfant, l'enrichissement en oxygène de l'air inspiré est l'un des modes privilégiés de traitement du syndrome de détresse respiratoire

Différents types d'oxygénothérapie

La couveuse, ou incubateur, ne permet qu'une oxygénation très imparfaite, dont la concentration est très difficile à apprécier. Il est donc actuellement tout à fait contre-indiqué d'effectuer une oxygénothérapie « à l'aveugle » dans une couveuse.

1. Le Hood, sorte de cloche en plastique rigide reliée à un tuyau d'adduction d'oxygène – et parfois d'air – et à un tuyau d'évacuation du gaz carbonique, est le procédé le plus utilisé pour oxygéner les nouveau-nés ; il peut être placé à l'intérieur d'une couveuse. Il est important de balayer l'enceinte avec un débit d'oxygène suffisant (supérieur à 6 litres par minute).

2. L'intubation et la ventilation assistée servent au traitement des formes sévères de détresse respiratoire.

3. Le masque est une excellente méthode d'oxygénation, mais nécessite la présence permanente d'un soignant.

4. La sonde et lunette nasale, est une méthode d'oxygénation pratique, mais la concentration en oxygène de l'air délivré ne peut pas dépasser 50 %.

Risques

Ils sont d'autant plus forts que la concentration en oxygène est plus élevée, la durée d'utilisation plus longue, l'organisme du malade plus jeune

Les risques sont cérébraux (convulsions) et rétiniens (lésions d'abord réversibles, puis irréversibles pouvant entraîner une cécité).

Surveillances :

- Fréquence respiratoire
- Surveiller les signes de détresse respiratoire : *Tachypnée battements des ailes du nez, tirage intercostal,* TA, pulsation
- Vérifier le positionnement de l'enfant
- S'assurer qu'il n'y ait pas des sécrétions qui obstruent les narines et dégager le nez si nécessaire
- Le débit et la durée (selon la PM)
- Vérifier l'installation et le fonctionnement du système (L'étanchéité)
- **Surveillances de l'état cutané**
- Etat des muqueuses nasales : risque d'irritation nasale avec assèchement et épistaxis
- Lésions cutanées dues au masque ou aux lunettes
- Couleur des téguments (peau rosée)
- Expliquer le but du traitement, rassurer l'enfant et la famille,
- Veiller à la position adaptée des lunettes: dans les narines, sans léser les muqueuses,
- Veiller à ce que les scotchs de fixation ne soient pas trop serrés,
- Ne jamais mettre de corps gras (vaseline) sur le nez ou les lèvres,
- Niveau d'eau dans le nebulisateur
- Signes cliniques d'hypoxie (cyanose, somnolence) ou hypercapnie (sueurs)
- Signes de surdosage: euphorie, agitation, céphalées
- Lors de maladie pulmonaire chronique, **la surveillance de la gazométrie**
- Changer la sonde et les lunettes chaque jour
- Laver le masque à l'eau et au savon chaque jour dans la chambre

Aérosolthérapie

Définition

Nébulisation d'un soluté en fines gouttelettes pour traitement local des voies aériennes (supérieures ou inférieures).

Indications :

- Pathologies bronchiques (notamment crise d'asthme).
- Pathologies ORL : les laryngites, œdèmes de Quincke...

Contre-indications :

Chez l'insuffisant respiratoire chronique il vaut mieux réaliser les nébulisations sous air. En effet, l'hypoxie chronique étant le seul stimulus de la respiration, en cas de nébulisation sous oxygène, le risque d'arrêt respiratoire est important.

Matériel

- atomiseur, nébuliseur ou Manodétendeur à oxygène.
- Tubulure adaptée.
- Masque nébuliseur.
- Seringue de prélèvement.
- Aiguille.
- Sérum physiologique pour dilution.
- Médicaments prescrits.

Préparation au soin :

- Surveillance de l'état général, hémodynamique et respiratoire du patient.
- Possibilité d'expectorations, de toux post-thérapeutiques.
- Certaines nébulisations sont à réaliser à distance des repas car émétisantes... (N-actétylcystéine par exemple, odeur désagréable +++).

Technique :

Lavage des mains.

1. Dévisser le nébuliseur au masque.
2. Y déposer le médicament prescrit. Diluer au sérum physiologique selon le type de traitement (Exemple : ventoline).
3. Emboîter les deux parties au masque.
4. Relier la tubulure.
5. Ouvrir le manodétendeur jusqu'à obtention d'une nébulisation franche
6. Le masque doit être maintenu fermement sur le visage à l'aide des cordelettes élastiques réglables.
7. L'aérosol doit être laissé en place jusqu'à arrêt de la nébulisation, soit une dizaine de minutes.

Surveillance

- Efficacité du soin : surveiller le dégagement efficace des voies respiratoires.

- Surveillance du patient : pendant le soin, il est important de surveiller la coloration du faciès, la fréquence respiratoire, en raison du risque d'encombrement bronchique important en cas d'expectoration inefficace.
- Le débit : le brouillard thérapeutique doit être important pour être efficace.
- Le niveau d'eau distillée dans le barboteur qui doit être constamment maintenu au niveau indiqué.

Incidents

Les aérosols peuvent provoquer une hypersécrétion ainsi qu'une toux et des nausées.

Surveillance de la perfusion

Principe et but :

Surveiller un enfant sous perfusion par cathéter court ou une épicrânienne afin d'assurer la fiabilité de la perfusion et l'efficacité du traitement

Technique :

1. Recueil des données :

- Au près de l'équipe soignante et le dossier de soins : Le soluté et les médicaments administrés (débit, dose…)
- Auprès des parents de l'enfant : éventuelles habitudes ou tic particuliers

2. Procédure : la surveillance doit être pluri-quotidienne et porte sur :

- Etanchéité du pansement (à changer en cas de décollement, de fuites ou de souillure)
- Point de ponction : rougeur, douleur, chaleur, œdème, écoulement purulent, cordon rouge ou induré.
- La présence d'un seul de ces signes impose le retrait du cathéter
- Fièvre, frissons, sueurs
- Extravasation (=diffusion du produit en sous-cutanée et non plus en intraveineux) .Elle se manifeste généralement par une rougeur et un œdème en amont du point de ponction.
- Certains médicaments peuvent même induire des nécroses (exemples: drogues vaso -actives, produits de chimiothérapie). C'est d'ailleurs pour cette raison que leur indication en voie veineuse périphérique est limitée.
- Les injections dans les tubulures doivent se pratiquer de façon antiseptique
- Veiller au bon écoulement des perfusions (tubulures non coudées, robinets ouverts). Sinon, la voie veineuse risque de se boucher.
- Le débit doit être contrôlé régulièrement.
- Veiller à ce que :

→la tubulure de perfusion ne soit pas « en traction », et que l'enfant ne tire pas dessus,

→le pansement ne soit pas taché, trop serré,

→ d'éventuels signes de douleur ou de tolérance difficile de la perfusion

→ Prévenir l'infirmier lorsque la pompe de perfusion se met en alarme,

→ Veiller à ne pas mouiller le pansement de perfusion lors du bain,

→Aider la famille et l'enfant dans les actes de la vie quotidienne si besoin.

Critères d'efficacité :

- Soluté coule selon débit prescrit par le médecin
- Absence de douleurs chez l'enfant
- L'intégrité du dispositif est maintenue
- Aucune complication n'est constatée

Mensurations

Définition :

Technique qui permet de mesurer certaines parties du corps :

* Taille
* Périmètre crânien (PC)
* Périmètre thoracique (PTH)

I. Mesure de la taille :

Définition :

La taille est la hauteur de l'enfant du sommet du Crâne aux talons.

Indication :

Apprécier le développement statural de l'enfant

Fréquence :

* A la naissance
* Une fois par mois en moyenne chez le jeune nourrisson
* Au rythme des consultations de PMI

Matériel :

* Toise mobile horizontale
* Matériel de désinfection
* Dossier médical et/ou carnet de santé
* Un stylo

Technique :

* Deux personnes sont indispensables
* Désinfecter la toise
* Laisser l'enfant habiller pour qu'il ne prenne pas froid
* Lui ôter ses chaussures et si possible la couche pour qu'il soit mieux allongé
* Bien allonger l'enfant :
* L'aide maintient la tête bien droite, appliquée contre la partie supérieure de la toise (le butoir fixe)
* L'autre personne appuie sur les genoux (si résistance chatouiller) de l'enfant et rapproche la partie inférieure de la toise (le butoir mobile) vers les talons de pieds à 90°. Elle lit et inscrit le résultat immédiatement

N.B. : lorsque l'enfant se tient bien debout, on utilise la toise murale dans ce cas :

* Placer l'enfant dos au mur : bien droit, talons joints contre la toise, la tête formant un ongle droit avec le cou ;
* Descendre l'index mobile de la toise jusqu'à la tête
* Lire et noter le résultat

II/Mesure des périmètres crânien (PC) et thoracique (PTH) :

Chiffres normaux

- Naissance PC = 35 cm
- jusqu'à 1 an PC = taille:2 +10
- A 2 ans PC = 49 cm
-A3 ans PC = 50 cm
- Âge adulte PC = 57 cm

Indications et fréquence : suivi de la croissance staturo-pondérale)

Matériel :

-Un plateau propre et désinfecté qui contient :

* Un mètre ruban
* Matériel de désinfection

-Dossier médical et/ou carnet de santé

-Un stylo

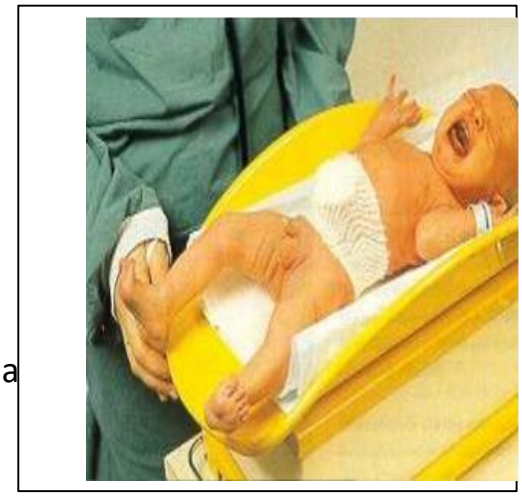
Technique :

MESURE DE PC	
Se laver les mains Mettre l'enfant en position confortable Désinfecter le mètre ruban Tenir le mètre ruban, les graduations vers l'intérieur. Placer l'extrémité du mètre ruban au niveau Des bosses frontaux et contourner la tête en Passant par l'occipital Lire et inscrire	
MESURE DE PTH	
Se laver les mains Mettre l'enfant en position confortable Désinfecter le mètre ruban Placer l'extrémité du mètre ruban à la pointe du sternum (appendice xiphoïde) et contourner le thorax Lire pendant l'expiration inscrire	► Noter modification de son rapport au PC Car jusqu'à 6 mois, le PC > PT 6 mois, PC = PT ensuite, PC < PT

La pesée

Indications :

Apprécier le développement pondéral et l'évolution
De certaines pathologies



Matériel :

- Pèse bébé à curseurs, balance automatique ou électronique
- Matériel de désinfection
- Dossier médical et/ou carnet de santé
- Un stylo

Préparation de l'enfant :

- Vérifier la température de la pièce pour le désha
- Assurer une toilette du siège

Technique :

Pèse bébé à curseurs :

* Se laver les mains
* Désinfecter le plateau de la balance
* Poser la feuille de papier protectrice ou le molleton
* Tarer la balance
* Marquer le dernier poids de l'enfant sur la balance et la bloquer
* Mettre l'enfant nu sur le plateau en position couchée ou assise selon son âge
* Attendre que le bébé soit immobile et débloquer la balance
* Déplacer les curseurs en commençant par :
- Les grammes si le poids antérieurs a été marqué sur la balance
- Les kilos si le poids antérieur n'est pas connu
* Bloquer la balance une fois y équilibre
* Lire le poids
* Noter le poids
* Evaluer le gain ou la perte de poids en fonction de son poids antérieur

N.B. :

Les enfants plus grands sont pesés debout un pèse personne. Dans ce cas le poids est indiqué sur le cadran.

Mise en position latérale de sécurité

Définition :

Position dans laquelle on met les blessés et les malades inconscients mais ayant conservé une respiration spontanée satisfaisante.

Objectifs :

- Eviter le d'inhalation des vomissements ou des saignements,
- empêcher une chute de la langue en arrière et l'obstruction du larynx qui en résulterait

Indications

Enfant inconscient, quelle qu'en soit la cause.

Contre-indications

Aucune contre-indication absolue.

Cependant, il convient d'être particulièrement vigilant à l'axe tête-cou-tronc, en cas de suspicion d'atteinte rachidienne.

Technique.

1. Assoyez-vous à côté de l'enfant.
2. Saisissez la cuisse qui vous fait face et la joue de l'enfant au sol.
3. Roulez l'enfant sur le côté, vers vous, comme si vous le rouliez en bas d'une pente.
4. Tirez la jambe vers son visage pour plier le genou.
5. Mettez le genou sur le sol à angle droit afin de stabiliser l'enfant.
6. Inclinez sa tête vers l'arrière afin de maintenir les voies aériennes ouvertes.

Le langeage en abduction

Définition : Le lange-câlin est une pièce en tissu épais (voir illustration) que l'on place sur les couches.

Objectif : écarter les cuisses du bébé (abduction) afin que les têtes fémorales soient et restent en face des cotyles.

L'A/S a un rôle éducatif auprès des mères à qui il doit apprendre cette technique et leur en indiquer l'importance.

Le bébé garde ce lange jour et nuit. Le médecin limite le nombre des changes à 2 à 4 par jour.

Indication :

Prévention ou traitement la luxation congénitale de la hanche

Préparation :

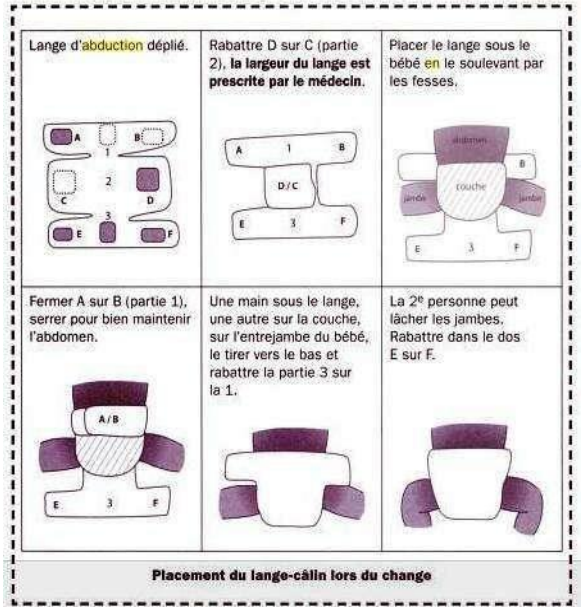
- Être à 2 : lors des changes, les jambes doivent ABSOLUMENT rester en abduction. Pour cela, il est indispensable d'être 2 : une tient les jambes en position et calme le bébé, l'autre change la couche et remet couche et lange-câlin.
- Prévoir son moment afin que le bébé soit le plus calme possible.
- Préparer tout son matériel.
- Se référer à la fiche technique sur le change du bébé,

Technique :

1. Ôter le lange-câlin en maintenant les jambes du bébé dans l'axe. Préférer les moments où le bébé est calme : après la tétée, avec une tétine, de la musique douce…
2. Changer le bébé. Pour le soulever, le prendre sous les fesses. La personne qui le tient suit le mouvement. Faire le soin d'hygiène et penser à protéger la peau avec une pommade protectrice car les changes ne peuvent pas se répéter souvent.
3. Remettre la couche et le lange et rhabiller le bébé avec des vêtements amples.

Conseils et consignes pratiques :

- Lorsqu'on les lâche, les jambes ne doivent pas bouger vers le bas.
- Le lange ne doit pas pincer les cuisses.
- Prévoir un lange propre pour le prochain change (le lange-câlin est facile à laver mais sèche lentement).
- Lors des manipulations, de la prise du biberon, de l'allaitement ou du port, il est nécessaire de veiller à ce que les jambes ne soient pas mal placées.



Placement du lange-câlin lors du change

Les soins de la gale

Définition

La gale est une affection cutanée contagieuse qui est due à un parasite, le sarcopte.

La gale norvégienne survient chez les sujets immunodéprimés et les personnes âgées.

La femelle sarcopte provoque la gale en creusant des galeries dans l'épiderme où elle dépose ses œufs.

Transmissions

- Contact direct d'un sujet à l'autre.
- Contact indirect : literie, vêtements, fauteuils, linge.

Signes cliniques

- Démangeaisons en particulier la nuit et à la chaleur :
  - doigts, poignets, coudes.
  - ceintures, cuisses, nombril.
  - organes génitaux.
  - plis des seins et des fesses.
- Lésions cutanées caractérisées par de fins sillons, des vésicules et/ou des plaques plus ou moins desquamantes.

Complication

- Surinfection : impétigo

Traitements

- Isolement, traitement du linge.
- Scabicide : propriété de tuer, de détruire le parasite de la gale.

Acaricide : propriété de détruire les acariens

Soins infirmiers

- Isolement septique en chambre individuelle : port d'une surblouse à manches longues, gants, sur chaussure, lavage des mains.
- Toilette corporelle soigneuse.
- Traiter le linge :
  - Laver à plus de 60° pour assurer une bonne désinfection.
  - Pulvérisation d'un acaricide (produit détruisant les acariens) sur le linge, matelas.
  - Changement du linge de literie.

Soins de Muguet

Définition :

Affection de la muqueuse buccale due à une levure, **Candida albicans**.

Le muguet s'observe chez le nouveau-né et le nourrisson, mais aussi chez le sujet âgé porteur d'une prothèse dentaire ou chez le sujet immunodéprimé en raison d'un traitement administré pour une autre affection, chimiothérapie, antibiothérapie ou corticothérapie.

Le muguet est également fréquent au cours du sida.

Clinique :

Le muguet se manifeste tout d'abord par une inflammation diffuse, la muqueuse étant rouge, sèche et cuisante. Puis la paroi interne des joues, la langue et le pharynx se couvrent d'un enduit blanchâtre semblable à du lait caillé. Dans certains cas, le malade ressent une gêne pour avaler, ce qui laisse présager une atteinte de l'œsophage. Chez l'enfant, la maladie peut s'étendre aux plis cutanés et aux ongles.

Traitement :

Traitement préventif : Le muguet nécessite avant tout des règles d'hygiène :

- lavage des mains avant et après les soins ;
- utilisation d'objets personnels ;
- emploi restreint des antibiotiques.
- brossage des tétines dans une solution bicarbonatée

Traitement curatif :

- des applications locales de soluté bicarbonaté isotonique ou de médicaments antifongiques.
- Un traitement général par voie orale s'impose en cas d'atteinte de l'œsophage.
- Chez le nourrisson, tout régime à base de carottes est contre-indiqué
- Si la maladie principale l'autorise, une réduction des immunosuppresseurs peut être envisagée chez les sujets immunodéprimés.

Les Soins de La conjonctivite

Définition :

La conjonctivite est une infection qui touche la conjonctive (la membrane qui recouvre le globe oculaire (l'œil) et l'intérieur de la paupière. Elle est généralement causée par un virus, mais elle peut aussi être d'origine bactérienne, parasitaire ou allergique

Signes et symptômes :

Les conjonctivites peuvent être unilatérales ou bilatérales.

Elles se manifestent habituellement par

- une rougeur de l'œil, prédominant dans les culs-de-sac conjonctivaux sous les paupières, sans douleur.
- démangeaisons ou l'impression d'avoir des grains de sable sous la paupière.
- Une conjonctivite d'origine allergique se traduit par un larmoiement intense,
- une conjonctivite infectieuse par des sécrétions purulentes qui, parfois, collent les cils le matin au réveil.

On les décolle à l'aide d'un morceau de coton imbibé de sérum physiologique ou d'eau bouillie.

Modes de transmission : La conjonctivite se répand facilement par :

- *contact direct* : Lorsqu'un enfant qui a une conjonctivite touche l'écoulement de l'œil, puis touche un autre enfant.
- *contact indirect* : Lorsque les yeux d'une autre personne entrent en contact avec un objet contaminé par le virus, comme un mouchoir.
- *des gouttelettes* : Une conjonctivite causée par un rhume peut également être transmise par les gouttelettes propulsées par un éternuement ou une toux.

Traitement :

- conjonctivites bactérienne : collyres antibiotiques adaptés aux germes.
- la conjonctivite virale : des collyres antiseptiques et antibiotiques servent à prévenir les surinfections, fréquentes.
- conjonctivites allergiques, le traitement doit concerner à la fois les symptômes et les causes : collyres anti-inflammatoires et désensibilisation à l'allergène en cause.

Rôle de l'a/s :

■ Pour soulager la douleur, placer des compresses fraîches sur les yeux pendant environ 10 minutes, 4 ou 5 fois par jour.

■ L'enfants ne doit pas jouer dehors.
■ L'enfants peut retourner à l'école au bout de sept Jours, quand la rougeur et l'écoulement auront cessé, il serait bon d'obtenir la permission écrite du médecin pour retourner a l'école.
■ Ne prêtez pas la serviette de l'enfant atteint, draps, jouets.
■ Lavez-vous souvent les mains à fond avec de l'eau et du savon, surtout avant d'appliquer (ou après avoir appliqué) des compresses froides.
■ Utilisez un mouchoir propre chaque fois que vous essuyez l'écoulement oculaire.
■ On peut humidifier le mouchoir avec de l'eau avant de nettoyer l'extérieur de l'œil
■ Essuyez les larmes ou l'écoulement de l'œil de l'enfant de l'intérieur vers l'extérieur, toujours dans le même sens. Utilisez une partie propre du mouchoir chaque fois que vous touchez l'œil.
■Lavez soigneusement les mains et lavez celles de l'enfant tout aussi soigneusement après avoir touché ou essuyé les yeux de l'enfant.

Soins des érythèmes fessiers

Définition

L'érythème fessier est une rougeur plus ou moins étendue de la peau du siège de l'enfant ; il est lié à la macération et à l'agressivité des selles liquides lors de la diarrhée ou à la conséquence d'une hygiène insuffisante.

Signes

- Rougeur plus ou moins intense, plus ou moins étendue.
- Suintement si la peau est ulcérée.
- Douleur se manifestant par des pleurs et une agitation.

Soins préventif

Matériel

- Gant à usage unique.
- Serviette à usage unique.
- Savon à pH neutre.
- Couche.
- Pâte à l'eau ou pâte à l'oxyde de zinc.

Déroulement

- Changer après chaque selle.
- Laver doucement avec du savon, rincer abondamment, sécher en tampon nant.
- appliquer une pâte à l'eau (les selles ne sont plus en contact avec la peau)

Soins curatif

Matériel

- Gant à usage unique.
- Serviette à usage unique.
- Savon à pH neutre.
- Couche.
- Éosine aqueuse, ou traitement selon le protocole du service.

Déroulement

- Changer après chaque selle.
- Laver doucement avec du savon, rincer abondamment, sécher en tamponnant.

- Appliquer de l'éosine aqueuse ou autre produit selon le protocole du service.
- Si possible, laisser l'enfant le siège à l'air ou remettre une couche en la laissant la plus lâche possible.
- Noter le soin dans le dossier de soins.
- Expliquer le traitement préventif et le traitement curatif de l'érythème fessier aux parents, si besoin.

Photothérapie

1. Définition

Il s'agit d'un traitement de l'ictère néonatal : 30 % des nouveau-nés à terme et 60 à 75 % des nouveau-nés prématurés.

2. Principes

Réduire l'hyperbilirubinémie par l'exposition de la peau à des longueurs d'onde spécifiques.

3. Matériel

Rampes convexes du type rampes 6/2 et 4/4 : associent lumière blanche et lumière bleue, utilisées en association ou séparément sur prescription médicale :

— lumière blanche : radiations aux longueurs d'ondes dispersées sur toute l'étendue du spectre visible ;

— lumière bleue : plus active sur la dégradation de la bilirubine car elle délivre une lumière dans un spectre plus étroit.

Spot Ohmeda* : lampe halogène de photothérapie qui délivre une lumière dont l'irradiance est maximale au centre (point de mesure) et très diminuée en périphérie.

Autres appareils : la lampe Prager* Phototherapy 4000 ; le tunnel de Médipréma*.

L'efficacité de la photothérapie est influencée par :

— l'éclairement énergétique. L'irradiance est mesurée en mW/cm2. Le taux recommande varie de 1 à 2 mW/cm2 ;

— la distance entre la peau irradiée et la lampe : 35 à 40 cm ;

— la surface exposée.

4. Effets secondaires de la photothérapie

- Cutanés : à type d'éruption transitoire.
- Digestifs : accélération du transit.
- Majoration des pertes hydriques.
- Variations de la température cutanée.
- Oculaires : destruction des cônes et des bâtonnets de la rétine par excès de lumière.
- Interférences avec l'horloge biologique du nouveau-né.
- Altération de la relation familiale mère/enfant ou père/enfant.

5. Rôle infirmier

Vérifier en fonction de l'appareil utilisé :

- le type de lampe utilisée ;
- le temps d'utilisation des lampes ;
- le temps d'exposition selon la prescription médicale.
- Installer le nouveau-né selon la prescription médicale ;En incubateur ou au berceau selon des critères de poids :
- Photothérapie en continu avec rotation dans l'ordre suivant : face, côté, dos, etc. ; le nouveau-né est tourné d'un quart de tour toutes les heures ;
- photothérapie en discontinu : 3 heures/6 avec une rotation toutes les 45 minutes, 1 heure/6 avec une rotation toutes les 15 minutes

En réanimation : nouveau-né intubé sous photothérapie discontinue 1 heure/6 sans mobilisation.

- Exposer le nouveau-né nu (sans couche).

- Protéger ses yeux avec des lunettes de photothérapie.
- Soins des yeux au sérum physiologique et soins de bouche.
- Rôle éducatif auprès des parents (expliquer l'intérêt de la photothérapie et la conduite à tenir).

6. Surveillance du nouveau-né

- Peser le nouveau-né tous les jours.
- Surveiller son transit.
- La surface exposée doit être maximale : pas de vêtements et vérifier la distance lampe-nouveau-né.
- Prendre la température : avant la mise sous photothérapie en continu, à H1 puis toutes les 3 heures. En discontinu prendre la température à H1 puis en fin de séance.
- Vérifier l'absence d'érythème.
- Réaliser le bilan sanguin selon la prescription médicale (bilirubinémie).
- Surveiller l'efficacité de la photothérapie (coloration urine, peau conjonctive).
- Surveiller le taux de bilirubinémie.
- Surveiller l'hydratation du nouveau-né (pli cutané, sécheresse buccale).
- Surveiller les signes d'hyper bilirubinémie (comportement neurologique pouvant évoquer un ictère nucléaire).