

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
* Camille Arberet * Fanny Lebas MAJ 2018	* Carine Lallement	* Fanny Lebas	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Bloc obstétrical <input checked="" type="checkbox"/> Sages-Femmes

## But et objet

### Actualisation des recommandations ILCOR/ERC en 2015

#### Les pratiques suivantes ne sont donc plus recommandées :

- l'aspiration buccale lorsque la tête est à la vulve, avant dégagement des épaules,
- la compression thoracique, cricoïdienne ou laryngée,
- l'intubation systématique pour aspiration trachéale.

## Actions et méthodes

En cas de liquide méconial particulaire, appel du pédiatre dit « de bloc » (65959)

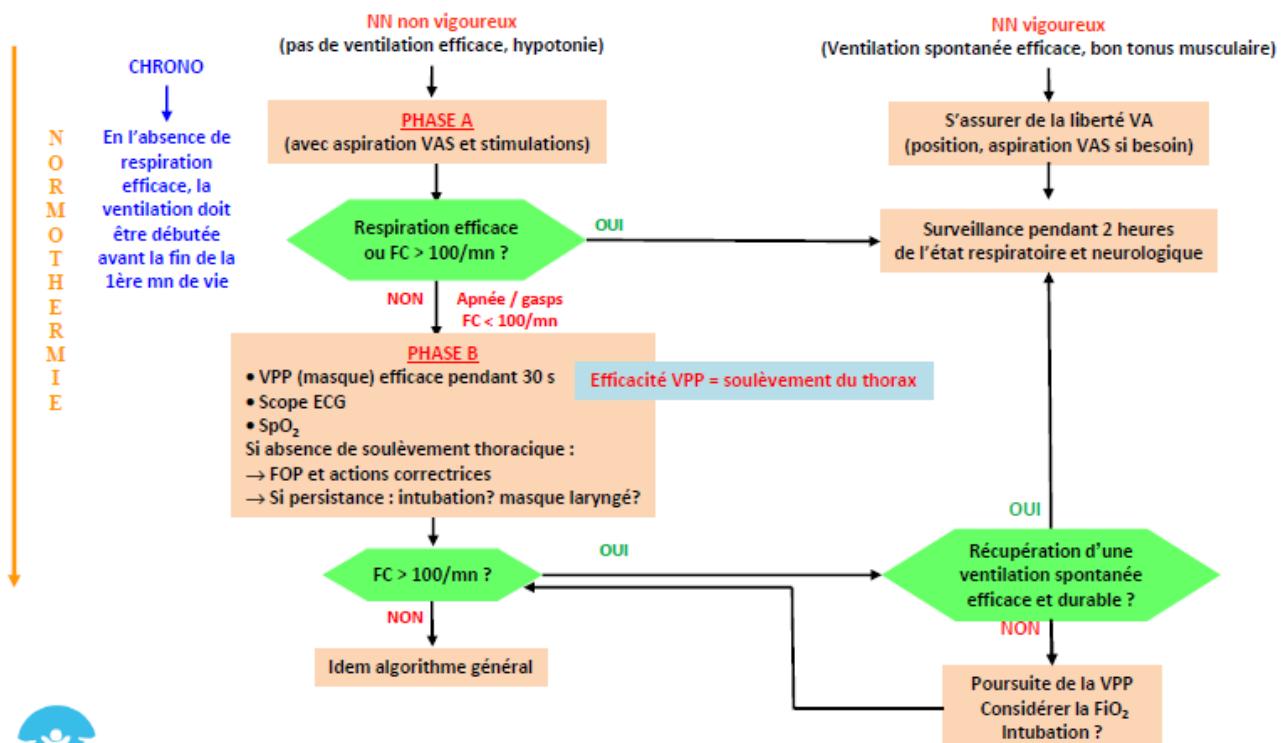
Préparer l'accueil du nouveau-né avec :

- « stop-vide » adulte, à embout large
- Sonde d'aspiration 12 FG (blanche) voire 14FG (vert foncé)
- Source de vide à - 150cm H2O
- Sonde d'intubation trachéale de n°3 minimum, laryngoscope et pince de Magill

#### Situation particulière : liquide amniotique méconial, épais, particulaire...

##### Situation à risque d'anoxie et de détresse respiratoire

Anticipation+++ : une personne compétente dans l'intubation trachéale et pouvant mener l'ensemble d'une réanimation devrait être présente au moment de la naissance



**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

**Situation particulière : liquide amniotique méconial, épais, particulaire...**

► Vérification de l'efficacité au cours des premières insufflations : soulèvement du thorax

En cas d'inefficacité... **FOP** ?

**1. Fuites? pas de gaz? Pas de soulèvement du thorax et pas de montée des pressions sur le manomètre**

- débitmètre relié à l'insufflateur à pièce en T non ouvert ? → ouvrir le débitmètre
- fuites au niveau du masque? → repositionner le masque
- fuites sur le circuit ?→ reconnecter le tuyau

**2. Obstacle? pas de soulèvement thoracique mais montée des pressions**

1. encombrement ? → ré-aspirer
2. mauvaise position VAS ? → repositionner la tête de l'enfant
3. bouche fermée ? → réouverture de la bouche
4. arguments en faveur d'un obstacle trachéal ? →ici le contexte → trachéo-aspiration

**3. Pression exercée insuffisante ? → augmenter la PPI**



Mise à jour 2016

68

## Documentation et renvois

-Réanimation du Nouveau-né en Salle de Naissance, 2ème édition, Groupe de Travail “Réanimation en salle de naissance” Commission Formation et Simulation de la Société Française de Néonatalogie, Francis GODDE et col, Sauramps Medical, déc 2016