

Le programme STABLE

par François Bonneau

CET ARTICLE A POUR BUT de vous présenter les grandes lignes du programme STABLE, qui s'adresse à tous les médecins et à toutes les infirmières pratiquant dans une pouponnière en dehors des unités tertiaires de soins intensifs néonataux. STABLE est conçu pour fournir des lignes de conduite systématiques permettant de corriger ou de stabiliser des maladies graves du nouveau-né ou de le soigner avant son transfert à un centre spécialisé lorsque la détérioration de son état de santé l'exige.

L'acronyme STABLE correspond à un format mnémotechnique facilitant la rétention, le rappel et l'application des interventions les plus utiles en pareille situation. Ce programme, mis au point aux États-Unis et révisé régulièrement, est maintenant offert par l'équipe de néonatalogie de l'Hôpital de Montréal pour enfants dans le cadre de ses activités de formation médicale continue. La structure du programme, où à chaque lettre correspond un chapitre, est conçue de façon à permettre une organisation rapide et efficace des informations nécessaires pour stabiliser l'état d'un nouveau-né compromis après la réanimation de base, mais avant son transfert.

En effet, dans le contexte des unités de soins primaires ou secondaires, le manque d'exposition à de telles situations rend difficile le maintien de la compétence et des réflexes cliniques nécessaires. Une approche uniforme et systématique pourrait améliorer le résultat de nos interventions. Sans entrer dans les détails, puisque tel n'est pas le cadre de cet article, nous pouvons faire un survol de la signification de cet acronyme.

S: Sucre

Les nouveau-nés malades encourent des risques élevés d'hypoglycémie : leurs besoins énergétiques sont souvent augmentés par leur état pathologique même (prématurité, petit poids, stress dû à l'infection, asphyxie, choc hypovolémique). De plus, l'alimentation entérale est souvent exclue, ce qui entraîne un apport insuffisant. Ce chapitre couvre

ainsi les options de traitement ainsi que la pose de cathéters ombilicaux, veineux et artériels.

T: Température

Les nouveau-nés petits (prématurés ou de petit poids) ou malades risquent aussi l'hypothermie, surtout lors des manœuvres qui suivent les soins initiaux de réanimation. L'oxygène non réchauffé administré à ces bébés, les objets froids (couvertures mouillées, plaques de radiologie, etc.) de même que les murs ou les fenêtres peuvent facilement faire perdre sa chaleur à un enfant déjà fragile. L'hypothermie peut entraîner l'acidose métabolique par consommation des graisses brunes malgré la production de chaleur ainsi créée, par la vasoconstriction périphérique, qui diminue l'élimination des acides gras sériques, et par l'augmentation du métabolisme anaérobie. L'hypothermie aggrave le risque d'hypoglycémie en accélérant la consommation d'énergie en plus d'augmenter la consommation d'oxygène alors même que ces nouveau-nés souffrent déjà d'une détresse respiratoire plus ou moins importante. Il faut donc prévenir le plus possible la perte de chaleur, car si elle se manifeste, elle ne pourra être corrigée que lentement et progressivement.

A: Assistance respiratoire

La détresse respiratoire, fréquente chez les nouveau-nés nécessitant des soins intensifs, doit être constamment surveillée avant le transfert afin qu'ils puissent recevoir les traitements appropriés. Ce chapitre passe donc en revue l'évaluation de l'état respiratoire et les indications d'assistance respiratoire (ventilation, intubation) en mettant l'accent sur les aspects pratiques et techniques de ces interventions (par exemple, comment fixer le tube endotrachéal ou comment la transillumination peut aider à détecter un pneumothorax).

B: Bonne perfusion

Cette section explique les causes et le tableau clinique du choc chez le nouveau-né, qu'il soit hypovolémique, cardiogénique ou septique, ainsi que les indices à rechercher par l'examen clinique et les épreuves de laboratoire

Le Dr François Bonneau, omnipraticien, pratique l'obstétrique à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

ENCADRÉ

Pour plus de renseignements, vous pouvez consulter le site Web :

www.stableprogram.org

ou communiquer avec
le Dr Louis Beaumier,
Hôpital de Montréal pour enfants
Tél. : (514) 412-4452

en pareille situation. Le traitement est passé en revue, de façon systématique et pratique, notamment l'emploi de la dopamine. Alors que les recommandations les plus récentes en matière de réanimation néonatale laissent une place plutôt marginale à l'utilisation de la dopamine, chez le nouveau-né plus âgé présentant un état de choc cardiogénique ou septique, ce médicament peut s'avérer pertinent. Les quelques règles décrites dans le programme visent à en faciliter l'usage.

L : Laboratoire

Les données de laboratoire dont il est question dans ce cinquième chapitre concernent surtout les marqueurs de l'infection détectés à l'hémogramme dans un contexte de présomption de septicémie chez un bébé. Le calcul du

nombre absolu de neutrophiles, celui du taux de neutrophiles matures par rapport au total des neutrophiles ainsi que l'interprétation de la numération plaquettaire permettront d'orienter l'emploi empirique de l'antibiothérapie intraveineuse avant le transfert de l'enfant, s'il y a lieu.

E : Émotions

Finalement, la dernière section rappelle l'importance de l'expérience émotionnelle des parents à qui l'on annonce le départ de leur tout jeune enfant, et guide les intervenants dans le soutien qu'ils peuvent leur fournir en pareille situation.

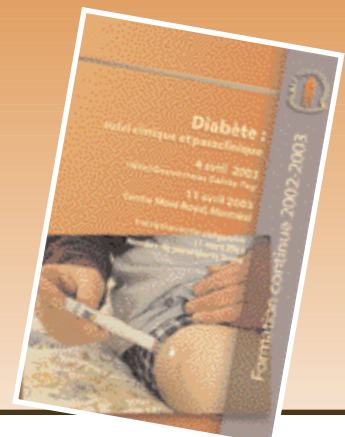
Les appendices pratiques à la fin du manuel viennent compléter cette formation et contribuent à la concision qui la caractérise. À peu de choses près, tous les tableaux, nomogrammes et graphiques utiles en soins néonataux de base sont fournis et constituent une source de référence rapide et facile à consulter. En conclusion, je ne peux que recommander ce cours qui répond à un besoin des plus légitimes de beaucoup d'unités de soins obstétricaux. ☞

Bibliographie

1. Karlson KA. *Transporting Newborns the S.T.A.B.L.E Way. A Manual for Community Hospital Caregivers: Pretransport Stabilization of Sick Newborns*. Park City, Utah : Learner Manual, 2001.
2. Kattwinkel J, et al. *Neonatal Resuscitation Textbook*. 4^e éd. American Heart Association, Health and Stroke Foundation of Canada, 2000.

Médecins omnipraticiens

Avez-vous
déjà vu
ce programme ?



(Ensché avec le présent numéro de la revue.)