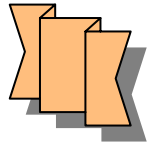


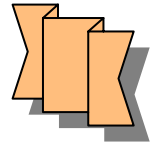
La détresse respiratoire transitoire est-elle une maladie bénigne ?

La pratique





DRT OU TTN: incidence

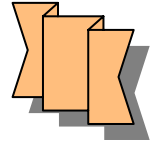


- 1% de DR à terme, dont 30 à 50% sont des DRT
- Augmentation de l'incidence de la DRT, corrélée à l'augmentation d'incidence de la césarienne
 - Ersch et al, Acta paediatr 2007: en 30 ans, de 1.9% à 3,8%
 - Jain et al, Semin Perinatol 2006, Oct Resp transition in infants CS





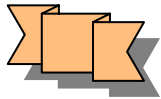
DRT: facteurs de risque



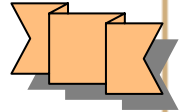
- Césarienne avant travail
- Pour les VBS:
 - Nullipare
 - Contexte d'infertilité
 - Travail long ou rapide
 - Forceps ou ventouses
 - Apgar < 7 à 1 et 5 mn (facteur le plus fortement corrélé)



• Takaya J Nippon Med Sch 2008, Oct

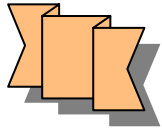


Diagnostic de la détresse respiratoire: clinique

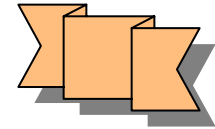


- *Cyanose*
 - généralisée ou localisée
- *Anomalies de la fréquence respiratoire :*
 - bradypnée, apnées
 - polypnée (fréquence respiratoire > 60)
- *Signes de lutte respiratoire :*
score de SILVERMAN





Signes de gravité

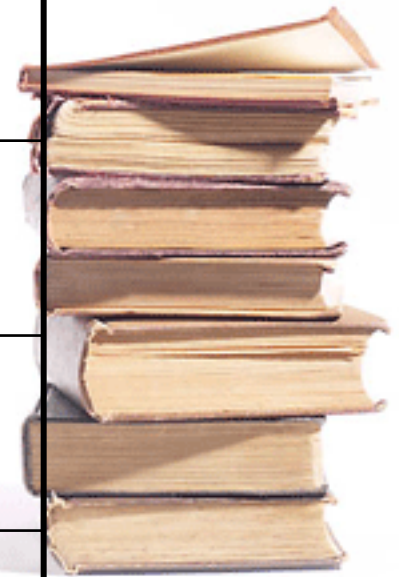


- *Intensité des signes respiratoires*
 - Score de Silverman > 5
 - Signes d'épuisement
 - Saturation en O₂ : SpO₂ $< 85\%$
 - Besoins en O₂ $> 40\%$
- *Existence de signes associés:*
 - troubles hémodynamiques
 - Hypotonie, hyporéactivité



Score de Silverman

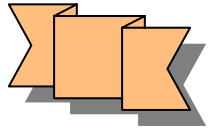
Cotation	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Respiration abdominale, thorax immobile	Respiration paradoxale
Tirage	Absent	Intercostal	Intercostal + sous ou sus sternal
Entonnoir xiphoidien	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Au stéthoscope	Audible à distance



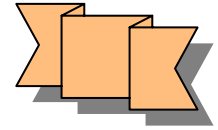
TRAITEMENT DE LA DRT: OXYGENE

- Sous enceinte de Hood
- Par lunettes à oxygène binasales
- Par le « serpentín » de l'ambu





Classification



- **DR MINIME**
 - Silverman < 4
 - FiO₂: 21%
- **DR MODEREE**
 - Silverman 4 à 6
 - FiO₂: 21% à moins de 40%
- **DR GRAVE**
 - Silverman > 6
 - FiO₂ $> 40\%$



TRAITEMENT DE LA DRT: OXYGENE

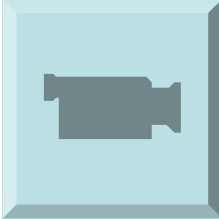
- Inconvénients:
 - Ne répond pas à la physiopathologie de la DRT
 - Controverse quant à l'utilisation de l'oxygène pur dans la réanimation néonatale
- Avantages:
 - Pas de nécessité de matériel sophistiqué



TRAITEMENT DE LA DRT: la CPAP

- Binasale par lunettes +++
- Par application du masque du Néopuff
- Mononasale, en position laryngée (obstruction sonde++)





TRAITEMENT DE LA DRT: la CPAP

- Avantages: intérêt dans la physiopathologie de la DR:
établissement d'une CRF
 - prévention du processus atelectasiant
 - réduction de l'espace mort des VAS par un débit constant de gaz, diminution des résistances VAS
 - amélioration fonction diaphragmatique
 - stabilisation de la cage thoracique
 - diminution des apnées





TRAITEMENT DE LA DRT: la CPAP



- Inconvénients de la CPAP:
 - Ballonnement abdominal
 - Lésions narines
 - PNO?
 - 9.3% vs 3,4%, NS
- *Buckmaster et al Pédiatrics 2007: 120 (3), 509-18)*



TRAITEMENT DE LA DRT: la CPAP

- Indication de la CPAP: étude randomisée (300 enfnts > 30SA) comparant la CPAP à l'oxygénothérapie standard dans types I et II (*Buckmaster et al Pédiatrics 2007: 120 (3), 509-18*)
 - Diminution significative de transfert (23% vs 40%)
 - Diminution d'échec thérapeutique (20% vs 32%)
 - Economies de santé





TRAITEMENT DE LA DRT: la CPAP



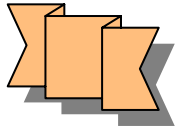
Rabi et al, J Périmatol 2008 Nov

Comparaison de la rapidité
d'augmentation de la SaO₂ chez
des enfants recevant de l'oxygène
pour la réa par rapport à des NNés
sains (186 enfnts inclus):

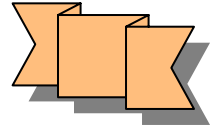
– enfants recevant 100% O₂ par pression
positive remontent leur SaO₂ aussi
rapidement que les NNés sains sous air

– amélioration plus lente (p=0,04) chez
les enfants recevant 100% O₂ en débit libre



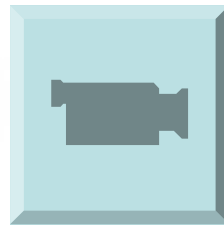


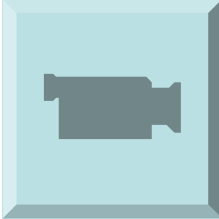
TRAITEMENT DE LA DRT: percussionnaire (Duotron)

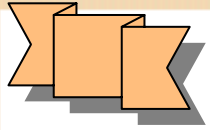


- Mode de ventilation à haute fréquence
- Utilisation par les équipes de transport (SMUR)
 - *Use of the Duotron transporter high frequency ventilator during neonatal transport. Honey et al, Neonatal network 2007*
- Evaluation en cours

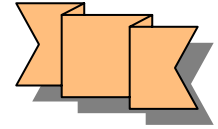






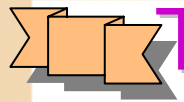


TRAITEMENT DE LA DRT: ventilation mécanique

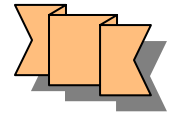


- Utilisation de respirateurs type babylog néonatal



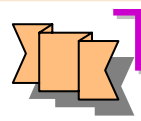


TRAITEMENTS ADJUVANTS DE LA DRT

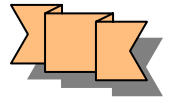


- **Aérosols d'adrénaline:**
 - 20 nnés avec TTN, étude en double aveugle: pas d'effet secondaire notamment pas de tachycardie ou d'HTA, mais pas de différence d'évolution
 - *Kao B et al, J périnatol 2008 mar; 28(3): 205-10*





TRAITEMENTS ADJUVANTS DE LA DRT



- Furosémide:
 - revue Cochrane: 1 étude sur 50 Nnés, randomisée
 - Furosémide 2 mg/kg/j PO puis 1 mg/kg/j 12 h après ou placebo
 - Pas de différence dans la durée de la TNN, ni la durée d'hospitalisation, **perte de poids plus importante H24**
 - *Lewis V et al, Cochrane database 2002*





PRISE EN CHARGE D'UNE DRT

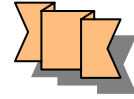


- Sur le plan respiratoire
 - CPAP: technique de choix
 - Maintenir $SaO_2 > 95\%$
- Sur le plan métabolique
 - Dx, température
- Sur le plan infectieux
 - Prélèvements, +/-ATB
- Sur le plan hémodynamique





Complications



- PNO
- Consommation secondaire de surfactant
- HTAP avec hypoxémie réfractaire



DRT

Monitoring
SaO₂, TA
Feuille de surveillance

MINIME

à M15-M30

CPAP +5

FiO₂: 21%

Dx, bactériologie

gavage si dx < 0.3

Stop CPAP à H1 ou 2

Surveillance, SDC

MODEREE

CPAP +6

FiO₂ < 0,4

Vvp, +/- ATB

Dx, bactériologie

Transfert Néonatal

GRAVE

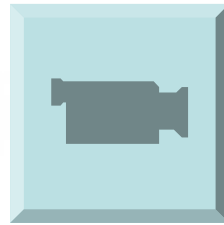
Intubation, VA

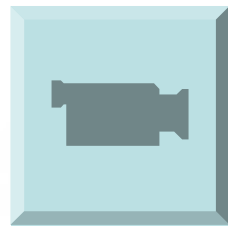
SaO₂ et TA: MS et MI

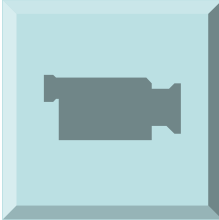
Vvp, ATB

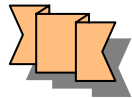
Recherche cause

(PNO, HD, SGB)

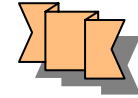








CONCLUSION



- La DRT est une pathologie fréquente, dont la gravité ne doit pas être sous estimée
- Les complications surviennent souvent lors de défauts de surveillance ou de prise en charge retardée
- La prise en charge actuelle repose essentiellement sur la CPAP précoce

