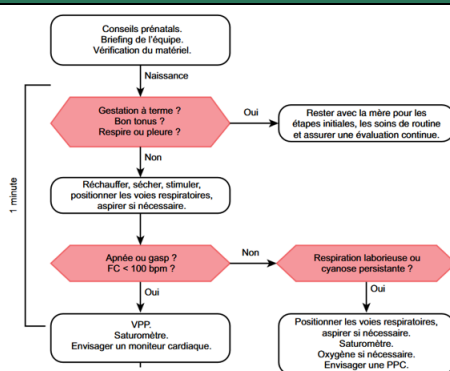
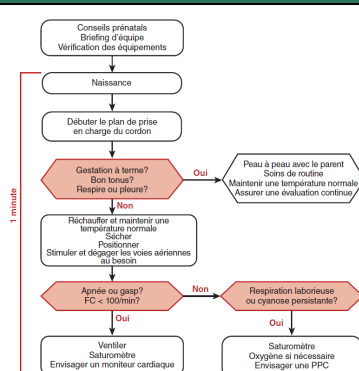


9^e édition du PRN – Changements aux pratiques canadiennes

Changements	8 ^e édition	9 ^e édition																										
Des changements ont été apportés à l’algorithme : - Ajout de Naissance et de Débuter le plan de prise en charge du cordon pendant la première minute. - Retrait du mot « aspirer » de l’étape « Réchauffer, sécher, stimuler, positionner les voies respiratoires, aspirer si nécessaire. »																												
Retarder le clampage du cordon d’au moins 60 secondes.	Pour la plupart des nouveau-nés prématurés vigoureux, les données actuelles suggèrent que le clampage doit être retardé d’au moins 30 à 60 secondes. Chez les nouveau-nés à terme vigoureux, les données suggèrent qu’un délai similaire peut être raisonnable.	Pour la plupart des nouveau-nés qui ne nécessitent pas de réanimation immédiate, le clampage du cordon ombilical doit être retardé d’au moins 60 secondes.																										
Il peut être raisonnable d’utiliser la traite du cordon ombilical chez les nouveau-nés non vigoureux à terme ou peu prématurés (de 35 à 42 semaines de grossesse) pour remplacer le clampage rapide du cordon.	Pour les nouveau-nés de moins de 28 semaines de gestation, la traite du cordon ombilical n’est pas recommandée, car elle a été associée à un risque accru d’hémorragie intraventriculaire.	Pour les nouveau-nés à terme et prématurés tardifs (35 à 42 semaines de gestation) qui restent non vigoureux malgré la stimulation, la traite du cordon ombilical intact du placenta vers le nouveau-né peut constituer une alternative raisonnable au clampage précoce du cordon. Pour les nouveau-nés prématurés non vigoureux nés entre 28 et 34 semaines de gestation, il n’existe pas suffisamment de données probantes pour recommander systématiquement la traite du cordon ombilical intact. La traite du cordon ombilical intact n’est pas recommandée chez les nouveau-nés prématurés de moins de 28 semaines de gestation, car elle a été associée à un risque élevé d’hémorragie intraventriculaire sévère.																										
Le tableau des cibles de saturation en oxygène commence désormais à 2 minutes plutôt qu’à 1 minute.	<table><tr><th colspan="2">Tableau des cibles de la saturation en oxygène</th></tr><tr><td>1 min</td><td>60 %-65 %</td></tr><tr><td>2 min</td><td>65 %-70 %</td></tr><tr><td>3 min</td><td>70 %-75 %</td></tr><tr><td>4 min</td><td>75 %-80 %</td></tr><tr><td>5 min</td><td>80 %-85 %</td></tr><tr><td>10 min</td><td>85 %-95 %</td></tr></table>	Tableau des cibles de la saturation en oxygène		1 min	60 %-65 %	2 min	65 %-70 %	3 min	70 %-75 %	4 min	75 %-80 %	5 min	80 %-85 %	10 min	85 %-95 %	<table><tr><th colspan="2">Tableau des cibles de saturation en oxygène</th></tr><tr><td>2 minutes</td><td>65 %-70 %</td></tr><tr><td>3 minutes</td><td>70 %-75 %</td></tr><tr><td>4 minutes</td><td>75 %-80 %</td></tr><tr><td>5 minutes</td><td>80 %-85 %</td></tr><tr><td>10 minutes</td><td>85 %-95 %</td></tr></table>	Tableau des cibles de saturation en oxygène		2 minutes	65 %-70 %	3 minutes	70 %-75 %	4 minutes	75 %-80 %	5 minutes	80 %-85 %	10 minutes	85 %-95 %
Tableau des cibles de la saturation en oxygène																												
1 min	60 %-65 %																											
2 min	65 %-70 %																											
3 min	70 %-75 %																											
4 min	75 %-80 %																											
5 min	80 %-85 %																											
10 min	85 %-95 %																											
Tableau des cibles de saturation en oxygène																												
2 minutes	65 %-70 %																											
3 minutes	70 %-75 %																											
4 minutes	75 %-80 %																											
5 minutes	80 %-85 %																											
10 minutes	85 %-95 %																											
La concentration en oxygène initiale administrée aux nouveau-nés prématurés est divisée davantage pour ajouter la concentration administrée à ceux de moins de 32 semaines de gestation.	<table><tr><th colspan="2">Concentration en oxygène (Fio₂)</th></tr><tr><td>Semaines de gestation</td><td>Réglage initial</td></tr><tr><td>≥35 semaines</td><td>21 %</td></tr><tr><td><35 semaines</td><td>21 % à 30 %</td></tr></table>	Concentration en oxygène (Fio ₂)		Semaines de gestation	Réglage initial	≥35 semaines	21 %	<35 semaines	21 % à 30 %	<table><tr><th colspan="2">Concentration en oxygène (Fio₂)</th></tr><tr><td>Semaines de gestation</td><td>Réglage initial</td></tr><tr><td>≥35 semaines</td><td>21 %</td></tr><tr><td>32-34 semaines</td><td>21 % à 30 %</td></tr><tr><td><32 semaines</td><td>≥30 %</td></tr></table>	Concentration en oxygène (Fio ₂)		Semaines de gestation	Réglage initial	≥35 semaines	21 %	32-34 semaines	21 % à 30 %	<32 semaines	≥30 %								
Concentration en oxygène (Fio ₂)																												
Semaines de gestation	Réglage initial																											
≥35 semaines	21 %																											
<35 semaines	21 % à 30 %																											
Concentration en oxygène (Fio ₂)																												
Semaines de gestation	Réglage initial																											
≥35 semaines	21 %																											
32-34 semaines	21 % à 30 %																											
<32 semaines	≥30 %																											
Le rythme de ventilation ciblé est étendu à 30 à 60 respirations par minute.	Le rythme de ventilation est de 40 à 60 respirations par minute.	Le rythme de ventilation est de 30 à 60 respirations par minute.																										

Changements	8 ^e édition	9 ^e édition																											
La pression inspiratoire de pointe (PIP) initiale est désormais divisée dans une plage acceptable en fonction de l'âge gestationnel (20 par rapport à 25 cm H ₂ O).	Commencez avec une PIP de 20 à 25 cm H₂O .	<table><tr><th colspan="2">Plage de PIP initiale</th></tr><tr><th>Semaines de gestation</th><th>Plage acceptable</th></tr><tr><td>≥32 semaines</td><td>25*-30 cm H₂O</td></tr><tr><td><32 semaines</td><td>20*-25 cm H₂O</td></tr></table> *Recommandations de la SCP pour la PIP initiale	Plage de PIP initiale		Semaines de gestation	Plage acceptable	≥32 semaines	25* -30 cm H ₂ O	<32 semaines	20* -25 cm H ₂ O																			
Plage de PIP initiale																													
Semaines de gestation	Plage acceptable																												
≥32 semaines	25* -30 cm H ₂ O																												
<32 semaines	20* -25 cm H ₂ O																												
La période avant d'appliquer les étapes correctives de la ventilation est désormais de 15 à 30 secondes .	Si la fréquence cardiaque n'augmente pas dans les 15 premières secondes après le début de la VPP et que vous n'observez pas d'excursion thoracique, commencez à appliquer les étapes correctives de la ventilation.	Si la fréquence cardiaque n'augmente pas dans les 15 à 30 secondes suivant le début de la ventilation et que vous n'observez aucune excursion thoracique, commencez les étapes correctives de la ventilation.																											
Les étapes correctives de la ventilation devraient être effectuées dans l'ordre de MR SOPA .	Vous appliquerez les étapes correctives dans l'ordre jusqu'à ce que vous obteniez [une] excursion thoracique avec les respirations assistées.	Selon votre évaluation du nouveau-né et de la situation clinique, vous pouvez choisir les étapes les plus susceptibles d'être utiles et prioriser l'ordre dans lequel vous les effectuez. Toutefois, il est recommandé d'appliquer l'ordre MR SOPA dans la plupart des cas. La SCP recommande d'appliquer l'ordre MR SOPA pour effectuer les étapes correctives de la ventilation.																											
Le masque laryngé peut désormais devenir le principal dispositif de ventilation plutôt que de servir d'autre méthode quand le masque facial et l'intubation échouent.	Si le bébé ne peut pas être ventilé correctement avec un masque facial et si l'intubation est irréalisable ou échoue, un masque laryngé peut permettre une ventilation de secours réussie .	Dans la plupart des cas, la ventilation est initiée à l'aide d'un masque facial. Il est raisonnable d'utiliser un masque laryngé comme dispositif principal .																											
Le tableau des dimensions de la sonde endotrachéale est modifié pour inclure des recommandations relatives aux nouveau-nés de moins de 800 grammes. Le seuil de poids pour utiliser une sonde de 2,5 mm est passé à 1 200 grammes et celui de la sonde de 3,0 mm, à 2 200 grammes.	<table><tr><td></td><td>Âge gestationnel</td><td>Diamètre interne de la sonde endotrachéale</td></tr><tr><td>Poids</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Inférieur à 1 kg</td><td>Inférieur à 28 semaines</td><td>2,5 mm</td></tr><tr><td>1 à 2 kg</td><td>28-34 semaines</td><td>3,0 mm</td></tr><tr><td>Supérieur à 2 kg</td><td>Supérieur à 34 semaines</td><td>3,5 mm</td></tr></table>		Âge gestationnel	Diamètre interne de la sonde endotrachéale	Poids			Inférieur à 1 kg	Inférieur à 28 semaines	2,5 mm	1 à 2 kg	28-34 semaines	3,0 mm	Supérieur à 2 kg	Supérieur à 34 semaines	3,5 mm	<table><tr><td>Poids (grammes)</td><td>Âge gestationnel (semaines)</td><td>Taille de la sonde trachéale (mm DI)</td></tr><tr><td><1 200</td><td><28</td><td>2,5*</td></tr><tr><td>1 201-2 200</td><td>28-34</td><td>3,0</td></tr><tr><td>>2 200 g</td><td>>34 semaines</td><td>3,5</td></tr></table> <i>*Une sonde trachéale de 2,0 mm de diamètre interne (facultatif) peut être envisagée.</i>	Poids (grammes)	Âge gestationnel (semaines)	Taille de la sonde trachéale (mm DI)	<1 200	<28	2,5*	1 201-2 200	28-34	3,0	>2 200 g	>34 semaines	3,5
	Âge gestationnel	Diamètre interne de la sonde endotrachéale																											
Poids																													
Inférieur à 1 kg	Inférieur à 28 semaines	2,5 mm																											
1 à 2 kg	28-34 semaines	3,0 mm																											
Supérieur à 2 kg	Supérieur à 34 semaines	3,5 mm																											
Poids (grammes)	Âge gestationnel (semaines)	Taille de la sonde trachéale (mm DI)																											
<1 200	<28	2,5*																											
1 201-2 200	28-34	3,0																											
>2 200 g	>34 semaines	3,5																											
La profondeur de la sonde trachéale est mesurée jusqu'au bord antérieur de la gencive supérieure (maxillaire) du bébé, sur la ligne médiane (du bout de la sonde à la gencive plutôt que du bout de la sonde à la lèvre) .	Insérez la sonde endotrachéale de manière à ce que la graduation sur la sonde correspondant à la profondeur d'insertion estimée soit placée au niveau de la lèvre du bébé .	Insérez la sonde trachéale de façon à ce que le repère sur la sonde correspondant à la profondeur d'insertion estimée soit adjacent au bord antérieur de la gencive supérieure (maxillaire) du nouveau-né, sur la ligne médiane .																											
Les dispositifs supraglottiques peuvent représenter une autre méthode de ventilation.	Les dispositifs supraglottiques (masque laryngé) font partie des autres méthodes de ventilation lors des étapes MR. SOPA .	Le masque laryngé peut être utilisé comme dispositif de ventilation initial à la place d'un masque de réanimation chez les nouveau-nés de >34^{±0} semaines de gestation .																											
La vidéolaryngoscopie est recommandée pour l'intubation lorsqu'elle est disponible et que l'expertise est présente.	La vidéolaryngoscopie n'est pas abordée.	Si elle est disponible, la vidéolaryngoscopie peut être utile chez les nouveau-nés qui ont besoin d'une intubation endotrachéale Recommandation de la SCP : Si elle est disponible et qu'une personne compétente peut l'exécuter, la vidéolaryngoscopie est recommandée chez les nouveau-nés qui ont besoin d'une intubation endotrachéale.																											