

ADMISSION

- Apnées
- Tachypnée > 80/min malgré désobstruction rhinopharyngée effectuée
- Sat < 92% sous O₂ 2 L/min
- Trouble de la conscience
- Score de Wood ≥ 3
- Si gazométrie réalisée : pH < 7.30 et/ou pCO₂ > 8 kPa

FACTEURS DE RISQUE

- ATCD de prématurité < 32 SA
- Age < 6 semaines
- Co-infection bactérienne
- Co-infection grippe
- Comorbidité associée (exp : cardiopathie congénitale)

EVALUATION Score de Wood modifié (mWCAS)

	0	0.5	1	2
Cyanose	Sat > 94% en AA	90% < Sat < 94% en AA	Sat > 94% sous O ₂	Sat < 94% sous O ₂
Murmure vésiculaire	Normal	Légèrement diminué	Très diminué	Absent
Utilisation des muscles accessoires	Absent	Faible	Modéré	Maximal
Wheezing expiratoire	Absent	Faible	Modéré	Marqué
Niveau de conscience	Normal	Agité lorsque stimulé	somnolent/agitation	coma

EX.COMPLEMENTAIRES / DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

NON SYSTEMATIQUE

- Gaz du sang si mWCAS > 5
- Ionogramme sanguin si suspicion de SIADH

Si évolution anormale ou péjoration secondaire, penser aux diagnostics secondaires :

- Rx thorax ou US pulmonaire → Atélectasie / surinfection bactérienne
- Bilan inflammatoire / panel resp / prélèvement bacterio → Pneumopathie / coqueluche / grippe
- US cardiaque → Retour veineux pulm aN / CoAoCIV / myocardite
- Avis ORL → Pathologies laryngées congénitales? C. étranger

VENTILATION

DESOBSTRUCTION RHINOPHARYNGEE +++

- Si apnée : VNI-NAVA avec niveau à 0 + temps d'apnée à 3 sec + réglages BACKUP → VNI-PC
- mWCAS 3-4: à discuter avec CDC HF vs CPAP
- mWCAS >4: CPAP nasale 7 cmH₂O

Si critères d'échec* → VNI-NAVA nasale → VNI-NAVA full face si critères d'échec* → Intubation si critères d'échec*

CAUSES D'ECHEC A ELIMINER AVANT MAJORATION SUPPORT

- **Distension gastrique** : vider l'air dans l'estomac (risque ++ avec VNI NAVA) → +/- 2^{ème} sonde type salem
- **Agitation** : majorer sédation, envisager pose accès vasculaire (VVP) pour traitement dexmedetomidine
- **Fuites importantes** : réajuster interface / changer d'interface
- **Positionnement inadéquat** : essayer décubitus ventral
- **Auto-PEP à exclure** en cas de composante obstructive
- **Position sonde NAVA** à vérifier

*CRITERES D'ECHEC

1 ou plusieurs critères suivants :

- ↑ mWCAS > 1 point sur 30min
- ↑ FR > 10 points
- FiO₂ > 40% et/ou ETCO₂ > 9 KPa
- Score EDIN > 4 malgré sédatifs
- Apnée nécessitant une ventilation manuelle

CRITERES D'INTUBATION

1 ou plusieurs critères suivants :

- ≥ 2 apnées/H avec ventilation manuelle
- Détresse respiratoire décompensée : hypoxie et/ou hypercapnie réfractaire malgré FiO₂ > 60% + pH < 7.2 malgré VNI NAVA full face
- altération du niveau de conscience

CONFORT

- présence parentale / mesures environnementales
- Vérification du confort en lien avec l'interface respiratoire
- Vérification synchronisation patient-respirateur si VNI à 2 niveaux de pression
- éliminer les causes d'échec
- Sédation si mesures non médicamenteuses insuffisantes :
 - Clonidine PO 2,5 µg/kg/6h
 - Atarax PO 1mg/kg/12h (attention QT long) Si insuffisant
 - Dexmédomidine IV 0.2 – 1.2 µg/kg/h si échec sédation PO

ALIMENTATION

- **Alimentation entérale à 100% Besoins Entretien** quel que soit le mode de ventilation : 120 à 140 ml/kg/j
 - Discontinue : si CPAP / HF et interface nasale
 - continue : si VNI-NAVA / VNI-PC ou interface full face
 - Arrêt de l'alimentation si risque d'intubation ou alimentation entérale mal tolérée
- **Perfusion à 80% Besoin Entretien** : si alimentation entérale impossible ou jeun : isoG10% pour les < 10kg

SURVEILLANCE

- Sat, scope, FR. (Sat min : 90%)
- Score mWCAS / 4h
- Glasgow / 4h
- Poids/jour sauf si patient instable : pour dépister si prise de poids : SIADH ? insuffisance cardiaque ?

VNI NAVA

Ajustement des réglages : Déterminer avec CDC la valeur Edi max de référence (Edi _{référence})					
Fréquence respiratoire Travail respiratoire	Normale	↘	Normal ou ↘	↗ et/ou tirage augmenté	Normale ou ↘ +/- tirage augmenté
Volume courant	Normal 4 à 8 mL/kg	Normal 4 à 8 mL/kg	Normal 4 à 8 mL/kg	↘	↗↗ 10 à 12 mL/kg
CO ₂	Normal	Normal ou ↘	↗	Normal ou ↗	Normal
Edi _{max}	10 µV à 20 µV	< 10 µV ou < à 50% Edi _{référence}	< 10 µV ou < 50% Edi _{référence}	> 20 µV ou > à 50% Edi _{référence}	↗↗
Interprétation possible	Amélioration situation pulmonaire	Excès de support	Problème neurologique ? <i>Ex : excès sédation</i>	Syndrome restrictif Compliance pulmonaire ↘ <i>Ex : bronchiolite</i>	Syndrome obstructif probable <i>Risque : P-SILI</i> <i>Ex : bronchite obstructive</i>
Mesures de contrôle	Sevrage		Score de sédation	DOPE	
Interventions Possibles	↘ niveau NAVA par incrément de 0.2 µV	↘ niveau NAVA par incrément de 0.2 µV	↘ sédation ↗ niveau NAVA par incrément de 0.2 µV	- Optimiser sédation, chambre seule - Réduire la distension gastrique : jeun, DV - Diminuer les fuites : full face - Gérer les sécrétions - ↗ niveau NAVA par incrément de 0.2µV jusqu'à stabilisation du volume courant et baisse de l'Edi	- Optimiser la sédation - Limiter pression sup. pour ↘ lésions pulmonaires et distension gastrique

D: Déplacement O: Obstruction P: Pneumothorax E: Equipement S: Stomach

SEVRAGE VENTILATOIRE

