

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 121 (2023)

Heft: 11

Artikel: "Une guideline peut être considérée comme un plan A"

Autor: Grosjean, Esther / Steiner, Anne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1049773>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

«Une *guideline* peut être considérée comme un plan A»

Pour Anne Steiner, responsable de la qualité à la Fédération suisse des sages-femmes, les *guidelines* – ou lignes directrices – sont également un moyen de garantir une qualité élevée en ce qui concerne les soins périnatals. Mais que sont précisément les lignes directrices et quelles sont celles qui doivent figurer dans la trousse de chaque sage-femme? Entretien.

PROPOS RECUÉILLIS PAR:
ESTHER GROSJEAN

Obstetrica: Qu'est-ce qu'une guideline?

Comment est-elle définie?

Anne Steiner: Une guideline, ou ligne directrice, peut être considérée comme un plan A. Il s'agit du niveau de preuve le plus élevé à un moment donné, sur lequel on s'est entendu pour créer la ligne directrice. Dans notre pays, elle est synonyme de recommandation. L'idée est qu'en tant que spécialiste, par exemple en tant que sage-femme, je sache que ce serait le meilleur traitement possible dans le cas standard. Toutefois, il peut aussi y avoir des raisons pour lesquelles, dans une certaine situation, il ne faut pas suivre la ligne directrice (voir à ce sujet l'article en allemand page 46), mais ces écarts doivent toujours être documentés. En effet, si quelque chose arrive et, dans le pire des cas, donne lieu à un litige, il est important d'avoir documenté les faits en indiquant explicitement quand et pour quelle raison on s'est écarté de la ligne directrice.

Quelles sont les lignes directrices que toute sage-femme doit connaître?

Pour les soins périnatals extra-hospitaliers et pour toute sage-femme travaillant en obstétrique, connaître notre ligne directrice «Les premiers soins néonataux – Recommandations interdisciplinaires pour le transfert et la prise en charge»¹ est indispensable (voir article en page 13). Celle-ci a été rédigée en collaboration avec la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique et les néonatalogues. La première version a été révisée en 2022. Pour cette ligne directrice, nous nous sommes mis d'accord, en tant que sociétés de spécialistes et associations professionnelles du domaine de l'obstétrique, pour définir à quel endroit un enfant doit naître selon son risque individuel, afin qu'il bénéficie des meilleurs soins possibles. Il s'agit en fait d'une anticipation de toutes les éventualités. Cela n'est possible que sur une base interprofessionnelle, et quiconque est impliqué doit connaître les différents domaines d'intervention de chaque professionnel-le. La réanima-

tion d'un nouveau-né fait par exemple aussi partie des compétences d'une sage-femme. La ligne directrice «Le soutien à l'adaptation et la réanimation du nouveau-né» fait partie des connaissances présumées des sages-femmes² (voir article en page 14). Le cours

principal. Les modifications sont ensuite discutées au niveau interprofessionnel avant d'être soumises à une nouvelle consultation. Toutes les sociétés professionnelles concernées sont alors informées et ont la possibilité de commenter les nouvelles recommanda-

«L'idée est qu'en tant que spécialiste, par exemple en tant que sage-femme, je sache que ce serait le meilleur traitement possible dans le cas standard.»

«Réanimation du nouveau-né»³ est devenu une formation continue obligatoire de la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF). Mais – et c'est en effet très important – cela signifie aussi qu'une sage-femme doit avoir l'équipement nécessaire avec elle lors de chaque visite post-partum. Sinon, tout savoir ne servirait à rien.

La révision interdisciplinaire et l'actualisation de lignes directrices exige une bonne coordination. Ce n'est pas une tâche facile vu les ressources en temps généralement limitées.

Cela prend beaucoup de temps. Tout d'abord, il faut déterminer ce qui doit être révisé dans la ligne directrice. Une fois cette question réglée, l'ensemble est divisé en plusieurs parties et chaque société ou association ou les personnes responsables sur ce sujet continuent à travailler dans leur domaine

tions. Dans le cas de la ligne directrice sur la réanimation du nouveau-né, à laquelle ont collaboré des néonatalogues de toute la Suisse, nous avons participé à la révision, pour la première fois en tant que fédération des sages-femmes.

Quelles connaissances particulières ont pu être apportées dans ce cas?

Si un enfant doit être réanimé, la question se pose de savoir comment les soins sont générés. C'est à ce sujet que j'ai pu exercer une influence en tant que sage-femme clinicienne. Lors de la séance commune, j'ai pris le point de vue de la sage-femme et des parents. Que ressentent les parents lorsque leur enfant est séparé d'eux pour pouvoir recevoir des soins médicaux? Il a également été démontré que, dans d'autres contextes hospitaliers, la présence des proches pendant une réanimation peut avoir un effet positif sur la gestion de la suite des événements. Cependant, la présence de parents lors d'une réanimation peut bien sûr aussi provoquer un stress énorme chez des professionnel-le-s qui manquent encore d'expérience. La question des connaissances que l'on peut exiger d'une sage-femme en général a également été abordée, de même que les différentes positions d'accouchement et les avantages évidents du *bonding*.



«Les premiers soins néonataux – Recommandations interdisciplinaires pour le transfert et la prise en charge»: www.sage-femme.ch



«Le soutien à l'adaptation et la réanimation du nouveau-né»: www.paediatricschweiz.ch



www.sage-femme.ch



Anja Koll-Witzer

La FSSF peut-elle être à l'initiative de nouvelles lignes directrices dans un domaine donné?

Oui, ce serait possible. En principe, c'est la société compétente dans un domaine donné qui élabore une nouvelle ligne directrice; elle doit toutefois compter au moins un an et demi à deux ans pour l'élaboration définitive. Une fois celle-ci mise en œuvre, les personnes qui l'ont initiée sont tenues de veiller à ce que tous ceux qui travaillent avec elle s'engagent à la respecter. Outre la question de la pertinence, il convient aussi de clarifier

qui est responsable de la ligne directrice. Et surtout, qui le sera encore dans quelques années. Si tout cela n'est pas réglé, la ligne directrice disparaîtra dans un tiroir. Pour la réviser, il faut une recherche bibliographique actuelle; et de nombreux autres facteurs doivent être pris en compte: quels changements sont entrés en vigueur depuis la dernière publication? De quels nouveaux éléments faut-il tenir compte? Qu'est-ce qui a changé dans les structures de soins? De nouvelles lois sont-elles entrées en vigueur depuis la dernière publication?

Pourquoi n'existe-t-il pas de lignes directrices communes à toutes les spécialités de la périnatalité? Une harmonisation ne pourrait-elle pas créer une plus grande clarté?

Seulement en théorie. Il y a des lignes directrices des néonatalogues ou des pédiatres avec lesquelles nous, en tant que fédération de sages-femmes, ne sommes pas du tout d'accord. Par exemple, la ligne directrice «Prévention et traitement de l'hypoglycémie néonatale à la maternité, dès l'âge gestationnel de 35+0 semaines». Dans ce cas, des



Travail des sages-femmes: guidelines, lignes directrices et standards

Les recommandations établies en collaboration avec la Fédération suisse des sages-femmes ou sur son conseil, concernant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et l'allaitement, les nouveau-nés, l'hygiène, *choosing wisely Switzerland* («Contre les traitements médicaux excessifs ou inappropriés»), peuvent être consultées sur le site de la FSSF.

Vers les recommandations:
www.sage-femme.ch



Formations continues gratuites

Cochrane propose des formations continues gratuites en ligne sur les preuves en médecine (disponibles en anglais, allemand, espagnol et russe).



Plus d'informations
sur <https://training.cochrane.org>

sages-femmes cliniciennes de Suisse se sont réunies et ont écrit une lettre ouverte⁴ au groupe de travail de la Société Suisse de Néonatalogie. Nous ne pouvons pas nous rallier à ce texte car, pour nous, la pertinence professionnelle est différente, et c'est quelque chose qui est donc explicité. Par souci de transparence, nous avons placé cette ligne directrice en haut de la liste des lignes directrices que nous ne recommandons pas. Autrement dit, les autres ont pris cette décision, nous la faisons connaître, mais nous montrons aussi notre position face à elle.

En plus des lignes directrices nationales, il peut y en avoir des cantonales, et même certaines propres à une organisation. Cela dépend du public cible. Certains cantons ont des recommandations formidables, y compris dans le domaine de la protection de l'enfance, par exemple sur la façon de collaborer avec les consultations parents-enfants. Cela crée un caractère contraignant.

Les différentes régions linguistiques de Suisse se réfèrent chacune de leur côté à des lignes directrices inspirées de différentes régions du monde. Cela peut-il aussi poser un problème de d'harmonisation en Suisse?

En effet, la Suisse romande s'oriente souvent plus vers la France, la Suisse alémanique s'oriente vers des lignes directrices communes des pays germanophones. En outre, nos collègues étranger-ère-s ont bien sûr une influence considérable sur les différentes régions. Une équipe avec une plus grande proportion de sages-femmes formées en France réagit différemment à certaines lignes directrices qu'une équipe de sages-femmes composée de nombreuses sages-femmes allemandes. Pour un collège de sages-femmes composé principalement de Suisse-sse-s, la recommandation de la FSSF est un critère déterminant.

Dans notre système de santé libéral, les lignes directrices sont «seulement» des recommandations. Cette liberté peut-elle aussi devenir un handicap?

Cette liberté donne une plus grande latitude, tant pour le meilleur que pour le pire.



Vers la lettre ouverte de sages-femmes cliniciennes suisses au groupe de travail de la Société Suisse de Néonatalogie au sujet de la directive «Prévention et traitement de l'hypoglycémie néonatale» (en allemand): www.sage-femme.ch

En Suisse, le taux élevé de césariennes s'explique par le fait qu'il n'existe pas de procédure définie au niveau national. On a souvent très vite recours à une césarienne. A l'inverse, cette liberté d'action plus grande permet d'examiner de près ce dont les femmes et les familles ont besoin et d'y répondre de manière plus individuelle. Bien sûr, je souhaiterais que quelqu'un dise: «Nous intervenons

Quelle est la tendance en matière de lignes directrices?

Le niveau de preuve tend à augmenter. Il existe des lignes directrices à différents niveaux de preuve, certaines basées sur une très petite recherche bibliographique, d'autres sur une plus vaste. Il arrive aussi que, pour l'élaboration d'une ligne directrice, on fasse faire des études ou des analyses, comme cela a été le cas par exemple pour la ligne directrice S3 sur l'accouchement à terme par voie basse⁵ (voir encart p. 12). Cochrane Allemagne a fait un important travail de fond à ce sujet. Nous recommandons toujours les lignes directrices S3, vu leur haut niveau de preuve, car elles sont incontestablement les plus précieuses.

Si la FSSF devait commander une ligne directrice, laquelle serait-elle?

La ligne directrice sur la césarienne existe sous forme de ligne directrice S3 (en allemand)⁶. Si on pouvait l'appliquer de manière conséquente, ce serait formidable. Aussi la ligne directrice S3 sur l'accouchement à



Vers la ligne directrice S3 «Vaginale Geburt am Termin» (Accouchement à terme par voie basse), en allemand: <https://register.awmf.org>



terme par voie basse. Il serait aussi utile d'avoir une ligne directrice sur la prise en charge individuelle. Ou une ligne directrice définissant ce qu'on entend en fait par accouchement prolongé? Comment surveiller avec précision les battements de cœur de l'enfant en Suisse? Si cela pouvait être appliquée de manière conséquente dans les hôpitaux, nous en serions déjà à un tout autre stade. D'avantage de sages-femmes titulaires d'un master seraient utiles pour avoir davantage de voix dans tout le domaine de l'obstétrique. Pour les sages-femmes, il est en tout cas important de consulter régulièrement notre site internet. Ce que j'aimerais également, c'est que les sages-femmes renvoient les parents à la rubrique «Décision

éclairée»⁷, sur le site de la «Recherche de sage-femme». On y trouve beaucoup de choses que les parents doivent savoir pour pouvoir décider en toute connaissance de cause. Les parents recherchent sur internet des conseils avisés. C'est ce que nous leur offrons. ☺

Entretien traduit de l'allemand par Marco Fachin, Intertrad.

ENTRETIEN AVEC:



Anne Steiner, responsable de la qualité pour la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) et chargée, en tant qu'experte, de veiller à ce que la FSSF s'accorde sur une manière de procéder dans la collaboration avec plusieurs sociétés spécialisées.



⁶ Vers la ligne directrice S3 «Sectio Caesarea» (Césarienne), en allemand: <https://register.awmf.org>



⁷ Vers la rubrique «Décision éclairée»: www.hebammensuche.ch



Ligne directrice S3 «Accouchement à terme par voie basse»

A la parution dans les pays germanophones, de la ligne directrice S3 «Accouchement à terme par voie basse», dont la Fédération suisse des sages-femmes, représentée par sa présidente Barbara Stocker Kalberer, avait pris part à l'élaboration, cette dernière a publié dans *Obstetrica* une série d'articles consacrée à cette guideline.

Elle y a relayé les difficultés que représente la mise sur pied d'un tel document élaboré en interdisciplinarité, les contenus innovants de cette guideline (par exemple, elle émet des recommandations sur la dotation en personnel), et les défis que présentent leur application. Retrospective.

Stocker Kalberer, B. (2021). Ligne directrice S3 «Accouchement à terme par voie basse», série d'articles parus de mai à décembre 2021. *Obstetrica*.



Ligne directrice S3: pour des soins périnatals fondés sur des données probantes (paru en mai 2021), <https://obstetrica.hebamme.ch>



Le suivi (juin 2021), <https://obstetrica.hebamme.ch>



Le monitoring (juillet-août 2021), <https://obstetrica.hebamme.ch>



Gestion de la douleur (septembre 2021), <https://obstetrica.hebamme.ch>



Les phases de l'accouchement (novembre 2021), <https://obstetrica.hebamme.ch>



Réflexions finales (décembre 2021), <https://obstetrica.hebamme.ch>

Mise à jour des recommandations sur les premiers soins néonatals

La guideline «Les premiers soins néonatals – Recommandations interdisciplinaires pour le transfert et la prise en charge» a été mise à jour, avec le concours de nombreuses sociétés spécialisées, parmi lesquelles la Fédération suisse des sages-femmes. L'essentiel en bref.

A qui s'adressent ces recommandations?

Toutes les organisations actives dans le domaine de l'obstétrique ainsi que l'obstétrique extrahospitalière. Les sages-femmes, les infirmier·e·s et les obstétricien·ne·s sont les professionnels qualifiés et spécialement formés en première instance pour prodiguer les premiers soins néonatals.

Quel en est l'objectif?

Nous avons pour objectif commun la meilleure santé possible et une sécurité maximale pour toutes les mères et nouveau-nés de Suisse. Les femmes enceintes présentant un profil à risque élevé pour la mère et/ou l'enfant doivent être identifiées à temps et admises, respectivement transférées dans

Le groupe de travail recommande d'analyser les décisions critiques de transfert, prises ou non abouties, dans le cadre de cercles de qualité interdisciplinaires.

un centre de médecine périnatale. Pour tous les enfants présentant un risque d'adaptation primaire non physiologique, identifiable avant la naissance, l'accouchement doit se dérouler dans un hôpital disposant de soins pédiatriques.

Que cela signifie-t-il pour les sages-femmes indépendantes?

Pour tout accouchement extrahospitalier, la présence de deux professionnel·le·s disposant d'une formation en réanimation pour adultes et ayant par exemple suivi un

cours «start4neo» est requise. La sage-femme responsable de l'accouchement doit reconnaître tout écart ou anomalie du déroulement associé à un pronostic défavorable et prendre les mesures appropriées pour transférer la prise en charge de l'accouchement aux médecins, dans le but d'assurer la meilleure santé possible pour l'enfant (par exemple suspicion d'infection intra-amniotique, accouchement prolongé avec critères additionnels défavorables, saignements irréguliers ou pathologiques de la mère).

Que recommande le groupe de travail interprofessionnel?

Le groupe de travail recommande d'analyser les décisions critiques de transfert, prises ou non abouties, dans le cadre de cercles de qualité interdisciplinaires, afin de vérifier le respect constant des conditions cadres et d'améliorer en permanence le déroulement des processus. ☺



Recommendations «Les premiers soins néonatals»

Les associations et sociétés professionnelles suivantes ont participé à la révision de la guideline: Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH[®]), Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), gynécologie suisse (SGGG), Académie de médecine fœto-maternelle (AFMM), Société Suisse de Néonatalogie (SSN), Société Suisse de Pédiatrie (SSP), Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM), Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA).

Vers «Les premiers soins néonatals – Recommandations interdisciplinaires pour le transfert et la prise en charge»: www.sage-femme.ch



RÉSUMÉ PAR:

Anne Steiner,
responsable de la qualité,
Fédération suisse des sages-femmes.

Mise à jour des recommandations sur la réanimation du nouveau-né

Les recommandations «Le soutien à l'adaptation et la réanimation du nouveau-né» ont été actualisées avec le concours de la Société Suisse de Néonatalogie et la Fédération suisse des sages-femmes. L'essentiel en bref.

A qui s'adressent ces recommandations?

Ces recommandations concernent en premier lieu la prise en charge des nouveau-nés à partir de 34 0/7 semaines de gestation et d'un poids de naissance supérieur à 2000 g. Elles sont valides pour les situations en salle d'accouchement et s'étendent sur toute la période néonatale. Elles s'adressent à tous les services d'obstétrique en Suisse, ainsi qu'à tous les pédiatres, néonatalogues, obstétricien-ne-s, anesthésistes, sages-femmes et personnel soignant en service de maternité, néonatalogie, anesthésie et urgences.

Quel en est l'objectif?

La grande majorité des nouveau-nés sains et sans risque particulier n'aura nul besoin d'interventions durant les premières minutes de vie mis à part le maintien d'une température corporelle normale et le soutien à une adaptation néonatale normale. Environ 10 % des nouveau-nés ont besoin de mesures simples de soutien respiratoire allant dans le sens d'une stabilisation durant les premières minutes de vie; des mesures de réanimation plus lourdes comme une compression thoracique, des médicaments et une intubation ne sont par contre nécessaires que chez moins d'un pourcent environ des nouveau-nés. Les situations à risque n'étant pas toujours prévisibles, il est primordial qu'un personnel compétent et un équipement technique adéquat soient prêts pour une éventuelle réanimation lors de chaque naissance.

Que cela signifie-t-il pour les sages-femmes indépendantes?

Par rapport à la version de 2017, la révision actuelle précise et accentue les points suivants:

- Présence de deux personnes qualifiées pour la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né lors d'accouchement planifié à domicile et en maison de naissance;
- Indications pour un transfert prénatal de la parturiente;
- Prise en considération d'éventuels signes d'alertes avant-coureurs pendant le travail pour l'évaluation d'une situation à risque du nouveau-né;
- Ajustement de la valeur normale du pH de l'artère ombilicale $\text{pH} \geq 7.10$;
- Ajustement des valeurs cibles de saturation SpO_2 durant les 10 premières minutes de vie;
- Abandon des insufflations prolongées initiales (sustained inflations);
- Tableau concernant les caractéristiques des différents appareils de soutien ventilatoire non-invasif des nouveau-nés;
- Traitement par CPAP en salle d'accouchement;
- Matériel pour naissances à domicile et en maison de naissance;
- Matériel pour la prise en charge ambulatoire post-partum à domicile des nouveau-nés.

Que recommande le groupe de travail interprofessionnel?

Dans l'idéal, une personne au moins est exclusivement dédiée à la prise en charge du nouveau-né. Elle doit être apte à juger correctement la situation clinique de d'enfant, à maintenir la normothermie, au besoin à initier une réanimation, c'est-à-dire à dégager les voies respiratoires et à pratiquer une ventilation au masque. Ces compétences correspondent aux objectifs d'apprentissage du cours de base suisse en réanimation néonatale (start4neo BSC). Pour d'autres mesures, en particulier pour une intubation intra-trachéale, l'aide d'une personne experte en réanimation néonatale (néonatalogie, pédiatrie, anesthésie) doit être sollicitée. Des problèmes inattendus chez le nouveau-né peuvent survenir même lors d'accouchements a priori à bas risque.

Une place de réanimation fonctionnelle, équipement inclus et une disponibilité rapide d'une personne compétente en réanimation néonatale sont donc des prérequis pour toute naissance. ☺

RÉSUMÉ PAR:

Anne Steiner,
responsable de la qualité,
Fédération suisse des sages-femmes.



Recommandations «Réanimation du nouveau-né»

Les associations et sociétés professionnelles suivantes ont participé à la révision de la guideline: Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), Société Suisse de Néonatalogie (SSN), Société Suisse de Pédiatrie (SSP), Société Suisse d'Anesthésiologie et de Médecine Périopératoire (SSAPM) et Association Suisse d'Anesthésie Obstétricale (SAOA).



Vers les recommandations «Le soutien à l'adaptation et la réanimation du nouveau-né»: www.paediatricschweiz.ch

Mise à jour des recommandations hyperbilirubinémie

Les recommandations «Recommandations pour la prise en charge des nouveau-nés présentant une hyperbilirubinémie» ont été actualisées en 2022 par la Société Suisse de Néonatalogie. L'essentiel en bref.

Quoi de neuf?

Les révisions de 2022 apportent ces nouveautés:

- Tableau avec procédure ajustée aux facteurs de risque;
- Extension des indications d'utilisation du dosage transcutané de la bilirubine;
- Nouvel organigramme de procédure d'évaluation des risques en fonction du taux de bilirubine sur la courbe de Bahr (Adaptation des courbes prédictives de Bhutani);
- Nouvelles courbes de limites de photothérapie et d'xsanguinotransfusion adaptées à l'âge gestationnel, y compris chez les prématurés < 34 semaines de gestation;
- Nouvel algorithme pour la prise en charge de l'hyperbilirubinémie sévère;
- Avis sur la photothérapie à domicile;
- Attitude sur l'administration intraveineuse d'immunoglobulines;
- Description des principes d'xsanguinotransfusion.

Ce qui ne change pas: les seuils de traitement chez le nouveau-né à terme sans facteurs de risque sont laissés à 350 µmol/l pour la photothérapie et à 430 µmol/l pour l'xsanguinotransfusion.

Dans le texte sont publiés les résultats du recensement national des enfants atteints d'hyperbilirubinémie avec au moins une valeur supérieure à la limite d'échange transfusionnel pour l'âge: parmi les causes connues, le plus souvent, il se produit en cas d'incompatibilité AB0. Une attention accrue doit donc être portée aux mères avec groupe sanguin 0.

Ictère et hyperbilirubinémie

Les principaux facteurs de risque d'ictère sont les suivants:

L'évaluation clinique de l'ictère doit être effectuée systématiquement par des infirmier·ère·s ou des sages-femmes toutes les 8 à 12 heures, dans de bonnes conditions d'éclairage, et elle doit être protocolée.

1. Dégradation accélérée des erythrocytes en raison de leur durée de vie plus courte chez le nouveau-né (erythrocytes foetaux).
2. Immaturité du foie avec diminution de l'activité de la glucuronyltransférase. Celle-ci est d'autant plus prononcée que l'âge gestationnel est bas.
3. Diminution de la liaison à l'albumine, due à une faible teneur en protéines sériques (en particulier chez le prématuré).
4. Augmentation de la réabsorption de la bilirubine en raison du péristaltisme intestinal lent et d'une activité élevée de la β -glucuronidase dans le tractus intestinal (cycle entéro-hépatique).
5. Augmentation du catabolisme de l'hème dans la résorption des hématomates obstétricaux.

On distingue:

- Ictère précoce: jaunisse visible le premier jour de vie.
- Hyperbilirubinémie sévère: valeur de bilirubine sérique au-dessus de la limite de photothérapie pour l'âge gestationnel et pour l'âge chronologique.
- Ictère prolongé: ictère durant plus de 14 jours chez le nouveau-né à terme et plus de 21 jours chez le prématuré.

Que recommande le groupe de travail?

L'évaluation clinique de l'ictère doit être effectuée systématiquement par des infir-

mier·ère·s ou des sages-femmes toutes les 8 à 12 heures, dans de bonnes conditions d'éclairage, et elle doit être protocolée. La couleur jaunâtre de la peau, la pâleur ou les signes de polycythémie, la mauvaise hydratation et les vomissements doivent être notés. Pour les nouveau-nés à peau foncée, la conjonctive et les muqueuses visibles



Recommandations «Hyperbilirubinémie»

Le texte intégral des «Recommandations pour la prise en charge des nouveau-nés présentant une hyperbilirubinémie» est imprimable et comprend courbes, encadrés, et instructions pratiques pour la photothérapie pour les services de maternité.



Vers les «Recommandations pour la prise en charge des nouveau-nés présentant une hyperbilirubinémie»:
www.neonet.ch



iStock

doivent également être examinées. Les pics de bilirubine surviennent généralement entre 3 et 5 jours de vie chez les nouveau-nés à terme de race blanche et afro-américaine. Il est important de prêter

tuer un contrôle précoce de la bilirubine et de programmer, selon le taux de bilirubine, des contrôles ambulatoires.

Enfin, comme constaté lors de l'enquête sur les causes de l'hyperbilirubinémie sévère chez les nouveau-nés suisses, les incompatibilités de groupes sanguins entre la mère et l'enfant en sont les principales responsables. Il faut donc toujours exclure une telle incompatibilité chez les nouveau-nés ictériques, et les groupes sanguins de la mère et de l'enfant doivent être connus. ☎

Les incompatibilités de groupes sanguins entre la mère et l'enfant sont parmi les principales causes de l'hyperbilirubinémie sévère, c'est pourquoi il faut toujours exclure une telle incompatibilité chez les nouveau-nés ictériques.

une attention particulière à l'ictère en milieu hospitalier et en ambulatoire (en particulier après un accouchement à domicile, un accouchement ambulatoire et après une hospitalisation de courte durée), d'effec-

RÉSUMÉ AVEC
LA COLLABORATION DE:

Dre Juliane Meng-Hentschel,
spécialiste en pédiatrie (FMH pédiatrie)
et néonatalogue.

Das aktuelle Thema: Haben HA-Nahrungen noch eine Indikation in der alimentären Allergieprävention?

Welche Rolle Säuglingsnahrungen mit hydrolysiertem Protein (sog. HA-Nahrungen) in der Allergieprävention spielen, wird seit längerem kritisch hinterfragt. Aktuell wurde eine S3-Leitlinie publiziert, die sich u. a. mit dieser Thematik beschäftigt. Allerdings werfen Aussagen dieser Leitlinie auch Fragen auf und haben in der Fachwelt für kontroverse Diskussionen gesorgt. Der erfahrene Pädiater **Dr. Martin Claßen**, ehem. Chefarzt der Kinderkliniken Links der Weser und Bremen Mitte, geht im Interview auf die wichtigsten Kritikpunkte ein und gibt einen pragmatischen Lösungsansatz.

Herr Dr. Claßen, 2022 wurde eine aktualisierte S3-Leitlinie (S3-LL) „Allergieprävention“ publiziert.¹ Einige Aussagen dieser Leitlinie sorgen gerade in den Kliniken und in der Fachwelt für große Unsicherheit. Aktuell haben die Ernährungskommissionen (EKs) der ÖGKJ und DGKJ eine in Teilen widersprechende Stellungnahme dazu publiziert – warum?

MC: Die meisten Empfehlungen in der neuen Version sind völlig unstrittig. Zwei Punkte, die die Ernährung mit Muttermilchersatzprodukten betreffen, wurden allerdings von den EKs der ÖGKJ/DGKJ kritisch aufgegriffen, weil sie Fragen aufwerfen und Probleme in der praktischen Umsetzung mit sich bringen: das Zufüttern von kuhmilchbasierter Formulanahrung in den ersten Lebenstagen und die Gabe von sog. HA-Nahrungen bei Risikokindern im Allgemeinen.

Warum gerade diese beiden Punkte?

MC: Wenn das Kind in den ersten Lebenstagen zugefüttert werden muss, die Mutter aber eigentlich stillen möchte, möchte man eine Sensibilisierung des Kindes gegen Kuhmilchprotein vermeiden. Wie das am besten gelingt, wird von den SpezialistInnen kontrovers diskutiert: Die S3-LL empfiehlt hier eine extensiv hydrolysierte Therapienahrung oder eine Aminosäureformula (nicht-supplement!) zu geben. Diese Empfehlung beruht auf einer eher schwachen Evidenzlage und auf Studien, die möglicherweise auf Mitteleuropa nicht zu übertragen sind. Insbesondere ist es interessant, dass die Europäische Leitlinie der EAACI^{**} auf Basis derselben Daten zu einer anderen Empfehlung kommt, die auch die Anwendung von HA-Nahrungen mit einschließt.³ Dies wird auch in der Stellungnahme der ÖGKJ/DGKJ angemerkt und ausführlich begründet.

Zudem gibt es ein gravierendes praktisches Umsetzungsproblem dieser Empfehlung: Kliniken verwenden aufgrund der sehr strengen hygienischen Anforderungen im Neonatalbereich fast ausschließlich flüssige Nahrungen. Die in der S3-LL empfohlenen Produkte müssen aber aus Pulver hergestellt werden – dies mit allen Hygierisiken. Weitere Kritikpunkte sind die höheren Kosten sowie die rechtliche Eingruppierung dieser Produkte. Sie entsprechen nicht den Anforderungen der EU-Verordnung für Säuglingsnahrung.

Bei der Auswahl einer HA-Nahrung zur Allergieprävention bei nicht gestillten Risikokindern empfiehlt die S3-LL zu prüfen, ob eine in Studien zur Allergieprävention nachweislich wirksame HA-Nahrung verfügbar ist. Eine solche Nahrung gibt es aktuell aber formal gar nicht auf dem Markt, denn die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) verlangt einen durch Studien belegten Wirksamkeitsnachweis und hat ihn bisher für keine Nahrung ausgesprochen. Weitere Studien laufen aktuell, die Ergebnisse müssen abgewartet werden. Wichtiger ist die Feststellung der Sicherheit und Eignung solcher Nahrungen durch die EFSA. Hier haben aktuell drei Hersteller eine entsprechende Nahrung im Angebot.

Das ist in der Tat etwas verwirrend – gerade für Anwender, die nicht tief in der Thematik stecken. Was ist Ihre Empfehlung?

MC: Die Stillförderung steht für uns natürlich an erster Stelle. Es gibt dennoch einen Bedarf für allergenarme Nahrungen für Risikofamilien. Das „HA-Prinzip“ (Hydrolyse von Kuhmilchproteinen) ist seit vielen Jahren etabliert und wird von Eltern auch nachgefragt. Es gibt drei Milchnahrungen auf dem deutschen Markt, die nachweislich sicher sind. Das bedeutet, sie ermöglichen eine normale Entwicklung der Kinder. Ein Nutzen im Sinne der Allergieprävention ist aktuell zwar formal nicht bewiesen, aber aufgrund älterer Studien aus meiner Sicht wahrscheinlich. HA-Nahrungen haben nach gegenwärtigem Wissensstand eine größere Chance als Vollproteinmilchen, Allergien vorzubeugen. In diesem Punkt sehe ich vor allem ein wissenschaftliches Problem, weswegen ich mir bezüglich der allgemeinpräventiven Wirkung prospektive vergleichende Langzeitstudien dringend wünschen würde.

Was das Zufüttern in den ersten Lebenstagen angeht, sind die Interpretationen der zugrundeliegenden Studien im Begleittext der Leitlinienempfehlungen und der Ernährungskommissionen sehr heterogen – von der Aminosäureformula bis zur HA-Nahrung könnte alles wirksam sein. Aus praktischen, hygienischen und auch aus rechtlichen Aspekten würde ich zu HA-Nahrungen raten. Bei diesen Produkten könnte es ein Vorteil sein, wenn sie zeigen könnten, dass sie nicht zu einer Sensibilisierung gegen Kuhmilchprotein führen.

HiPP HA COMBIOTIK®

- mit hydrolysiertem Protein
- nachweislich minimiertes Sensibilisierungsrisiko⁴
- EFSA bestätigt Sicherheit und Eignung⁵



Die zitierte Literatur sowie detaillierte Informationen zum Thema finden Sie hier:



¹ÖGKJ: Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ²DGKJ: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ³EAACI: European Academy of Allergy and Clinical Immunology

Wichtiger Hinweis: Stillen ist die beste Ernährung für einen Säugling. Säuglingsanfangsnahrung sollte nur auf Rat von Kinder- und Jugendärzten, Hebammen oder anderen unabhängigen Fachleuten verwendet werden.