

	Prise en charge des patientes à risque d'accouchement prématuré entre 23 et 25 SA		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Onglet Protocoles Obst / NN / transferts	Création nov 2020 Finalisation déc 2020
Validation : Comité scientifique RP2S du 10/12/2020			

Objet et domaines d'application, références :

Organisation des transferts in utero et principes de la prise en charge des nouveau-nés pour des termes ≥ 23 SA et < 26 SA. Document individualisé issu du protocole général MAP.

Protocole applicable dans l'ensemble des maternités du RP2S.

Se référer également au protocole régional : « **Protocole inter réseaux de la région AuRA : EXTRÊME PRÉMATURITÉ** » (en cours de validation janvier 2021)

Références :

- Fawke J, Tinnion RJ, Monnelly V, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2020;105:F672–F674.
- Consensus d'experts : Propositions sur la prise en charge en cas d'extrême prématurité – Le groupe de travail « Extrême Prématurité » pour la SFMP, le CNGOF et la SFN. P.-Y. Ancel, G. Breart, H. Bruel et al. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 48 (2020) 850–857. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.09.021>

RCIU : retard de croissance intra utérin

RPM : rupture prématurée des membranes

EPF : estimation de poids fœtal

CRTPra : cellule régionale des transferts périnataux Rhône-Alpes

Indications de transfert in utéro en type 3 :

- **Un transfert est envisageable à partir de 23 SA + 0**
- **Un transfert doit être systématiquement demandé à partir de 24 SA + 0**
- L'objectif du transfert est d'évaluer la meilleure attitude à avoir fonction du terme, des facteurs de risque surajoutés (RCIU, RPM, ...), du contexte maternel et du souhait des parents après informations claires et détaillées.
- Toute décision de transfert entre 23 et 25 SA doit être prise après concertation entre les différents intervenants de la maternité d'origine et de l'établissement receveur via la CRTPra. La concertation à 3 reste souhaitable pour tous les transferts.
- Il pourra être décidé, après cette discussion collégiale et en accord avec les parents, d'un accompagnement à type de soins palliatifs.
- En cas de décision certaine de prise en charge palliative, échanges entre la maternité d'origine et le type 3, et décision de transfert en fonction des possibilités locales de prodiguer les soins adaptés.
- La synthèse de la discussion collégiale est tracée (participants, décision).
- Prévenir les parents dans la maternité d'origine que le transfert n'implique pas nécessairement une prise en charge active de l'enfant.
- Les informations devront être données à nouveau aux parents, à l'arrivée en maternité de type 3.
- La stratification des conduites à tenir peut s'appuyer sur la grille A-B-C-D, notamment en type 3 : se référer au protocole régional.

Conditions avant transfert :

- Tocolyse si besoin : utiliser de préférence Atosiban (Tractocile®), voir protocole général MAP.
- Pas de corticothérapie ni de Sulfate de Mg avant le transfert : ce sera réalisé en maternité de type 3. Cas particuliers à discuter avec équipe du type 3.
- Bilan minimum avant transfert :
 - o Groupe phénotype
 - o NFS, RAI, CRP, coagulation
 - o Echographie cervicale
 - o NB : ECBU et PV seront faits en type 3
- S'assurer de la stabilité de la situation avant transfert (éventuel toucher vaginal avant départ).
- Dossier complet photocopié (échographies, bilans...). Transmettre les clichés des échos de col +++.

Principes pédiatriques de prise en charge des extrêmes prématurés :

- Avant 23 SA : pas de prise en charge active, accompagnement palliatif.
- De 23 SA à 23+6 SA : concertation obstétrico-pédiatrique avec le type 3 puis avec les parents pour la prise en charge active ou palliative selon les facteurs de risque, corticothérapie administrée...
- De 24 SA à 24+6 SA : séchage, stimulation, ventilation au Néopuff® puis intubation/Surfactant et ventilation mécanique. Pas de compressions thoraciques (MCE), pas d'adrénaline.
- A partir de 25 SA : séchage, stimulation, ventilation au Néopuff® puis intubation si fréquence cardiaque < 100 bpm ou détresse respiratoire. Réanimation complète avec MCE et Adrénaline IV jusqu'à 20 minutes.

Pour tous, prévention hypothermie :

- Pièce $\geq 26^\circ$,
- Sac polyéthylène (sans séchage préalable) ou Cocon douceur®, bonnet,
- Sonde thermique,
- Fluides réchauffés si possible.

Naissance hors type 3 : appel rapide réanimation néonatale Chambéry via la CRTPra **04 72 63 47 99**.

En cas de naissance imminente, le SMUR néonatal s'efforcera d'être sur place en anténatal.