

Protocole inter réseaux de la région AuRA

EXTRÊME PRÉMATURITÉ de 23 SA à 26 SA

Périmètre d'application : les accouchements ayant lieu dans l'une des maternités des 5 Réseaux de la région AuRA

Groupe de travail	Date de validation	VERSIONS
Groupe AURORE : PG, JCP, OC, SH, IJ, FP, MB, CD	18 nov. 2020	V1
5 réseaux	7 Janvier 2021	V2
5 réseaux	26 Mars 2021	V3
Groupe AURORE OC, PG, JCP, IJ, AB, FP, MB, SH, CB, CD	28 avril 2021	V4
5 réseaux	26 mai 2021	V5

1. CONTEXTE

Différentes périodes sont à considérer. Deux zones pour lesquelles, un consensus semble établi :

- **Avant 23 SA**, pas de prise en charge active, pas de **Corticothérapie Anté-Natale (CAN)**, pas de transfert en type III sauf pour raison maternelle.
- **A partir de 24 SA**, prise en charge active proposée aux parents : CAN, transfert systématique en type III en intégrant les facteurs de risque.

Une zone grise existe entre 23 SA et 23SA +6j.

La décision finale intégrera la présence **de facteurs de risque** et **le souhait du couple**.

2. OBJECTIFS

- **Harmoniser les pratiques sur la région AuRA/extrême prématurité**
- **Structurer** la prise en charge pour aider à la décision médicale et limiter la prise de décision en urgence quand c'est possible
- **Favoriser le processus de décision partagée** : évaluation pronostique collégiale et discussion des propositions avec le couple

3. PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

3.1. Corticothérapie anténatale

Elle peut être envisagée à partir de 23 SA, devant un risque de naissance « **imminente mais transférable** » (protrusion, RPM), **seulement après accord obstétrico-pédiatrique du type 3**.

La décision de la CAN doit être discutée lors de la décision de transfert entre l'équipe demandeuse et l'équipe receveuse.

Elle n'impose pas une décision de prise en charge néonatale active. La réanimation néonatale ne sera pas systématique, même si les corticoïdes sont administrés.

Elle est à réaliser en **cure complète** (si possible).

3.2. Décision de Transfert

Le transfert vers un type 3 peut être discuté à partir de 23 SA, après décision collégiale avec la CRTPra et la maternité receveuse.

3.3. Stratification des conduites à tenir aux limites de la viabilité

Toute situation avant 23 SA (terme déterminé par échographie au 1^{er} trimestre ou par la date de fécondation si PMA) est classée en A.

Entre 23 SA et 23 SA + 6, le classement de la situation en A, B, C, D doit être réalisé en réunion collégiale lorsque la patiente est transférée en type 3 hors situation d'urgence (Cf. Tableau suivant).

A partir de 24 SA, les situations sont classées en D. Cependant, dans certaines situations, notamment en présence de certains facteurs de risque dont le RCIU, les situations peuvent être classées en B ou C après concertation collégiale.

La décision de réanimation initiale (zone D) ou de non-réanimation initiale (zone A) est dictée par l'évaluation médicale et les parents en sont informés.

Les situations B et C (↔ zones grises en France) intègrent, après prise en compte des facteurs pronostiques, l'avis des parents.

Synthèse des propositions de prise en charge de 23 SA à 26 SA (*Cf. Références)

Stratification des conduites à tenir : Classement ABCD (zone B et C = zones grises)

Facteurs de risque à considérer lors de la discussion : AG, absence de CAN, grossesse multiple, RCIU, anomalie du RCF, contexte infectieux ou autre cas particulier

	Prise en charge évaluée collégalement	Implication des parents dans la décision médicale	Prise en charge obstétricale	Prise en charge à la naissance
A	Non acceptable l'équipe considère les soins actifs comme déraisonnables	Les parents ne peuvent exiger des soins déraisonnables	Pas de prise en charge active Pas de surveillance RCF pendant le travail, Pas de césarienne d'indication fœtale	Pas de réanimation active Soins de confort, accompagnement de la famille
B	Probablement non acceptable	La demande formelle des parents peut conduire à une prise en charge	Prise en charge déconseillée Surveillance du RCF en dehors et pendant le travail seulement si demande des parents de prise en charge potentiellement active. Pas de césarienne d'indication fœtale, sauf cas particulier de demande éclairée et réitérée des parents après information sur le rapport bénéfice/ risque de l'acte	Prise en charge active probablement non acceptable, cependant envisageable à la demande des parents
C	Probablement acceptable	L'avis des parents peut conduire à une abstention de prise en charge	Prise en charge conseillée Surveillance du RCF en dehors et pendant le travail si les parents acceptent une prise en charge active. Accouchement voie basse privilégié si présentation céphalique, quel que soit le terme Césarienne sur indication maternelle et/ou fœtale (fœtale selon la position des parents)	Prise en charge active proportionnée, Abstention acceptable selon avis des parents
D	Acceptable L'équipe considère les soins actifs comme certainement justifiés dans l'intérêt de l'enfant, et transmet cette information aux parents	Les parents ne peuvent pas refuser les soins dans l'intérêt de l'enfant	Prise en charge systématique Surveillance du RCF en dehors et pendant le travail, Accouchement voie basse privilégié si présentation céphalique, quel que soit le terme. Césarienne sur indication maternelle et/ou fœtale	Réanimation active

Ré évaluation régulière de la situation

4. INFORMATION DES PARENTS

Elle est **importante pour la qualité de la prise en charge et de l'investissement de cet (ces) enfant(s) par ses (leurs) parents.**

Il est nécessaire de prendre en compte la **temporalité** des parents et l'**évolutivité de la situation** pour délivrer l'information, notamment le degré d'urgence de la situation et la probabilité d'accouchement imminent.

AVANT TRANSFERT : 1^{ERE} INFORMATION D'URGENCE :

Elle doit être très prudente compte tenu de l'évolutivité de la situation afin de ne pas être en contradiction avec celle qui sera délivrée par l'équipe de maternité de type III receveuse.

Elle est délivrée par l'**obstétricien senior et la sage-femme de la maternité d'origine** si la situation obstétricale est potentiellement stable dans les 12h à venir : une information générale portant sur la pathologie actuelle, le risque d'accoucher prématurément, l'évolutivité de la situation et l'avis concerté sur la possibilité de transfert et de prise en charge néonatale.

Il est important que les parents soient informés par la maternité d'origine que le **transfert dans une maternité de type 3 n'implique pas obligatoirement une prise en charge active à la naissance mais une évaluation de la situation.**

APRÈS TRANSFERT ET AVIS COLLÉGIAL : Recueil de l'avis des parents

L'information aux parents sera réalisée **simultanément**, en associant la sage-femme, l'obstétricien et le pédiatre. Elle comprendra l'explication de la nécessité d'une **réévaluation régulière de la situation**. Selon la pathologie maternelle, l'anesthésiste doit être également impliqué.

TRAÇABILITÉ DE L'INFORMATION DELIVRÉE :

Elle est **systématique** quelles que soient les modalités d'information. La synthèse de la discussion doit être tracée en précisant les participants et décisions prises.

5. MODALITES ORGANISATIONNELLES

L'entente sur le transfert in utero se fera sur **décision collégiale** entre équipe obstétrico-pédiatrique du type 3 et l'équipe de la maternité d'origine, selon le contexte et le degré d'urgence de la situation. La Cellule Régionale de Transferts Périnataux (CRTPRA) organisera la discussion pluri-partite et le transfert.

Numéro Cellule de Transferts Périnataux = 04 72 63 47 99 (ligne accessible 24h/24, 7j/7)

En Auvergne, l'organisation repose principalement sur l'appel direct à la salle d'accouchement de la maternité de type 3 (cf. protocole RSPA "transferts périnataux").

***Références :**

JARREAU PH, al. Prise en charge de la prématurité extrême : Les réflexions du Département Hospitalo-Universitaire Risques et Grossesse. Archives de Pédiatrie 2017 24(12) 1287-1292.

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 Publié en 2020 Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020 : Vol.48, Issue 12 : 850-857

Loi Léonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Epipage 2 : Ancel PY et al. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: results of the EPIPAGE-2 cohort study. BMJ 2017; 358:j3448