

 <p>Aux portes de la vie</p>	PREVENTION DU RISQUE DE DETRESSE RESPIRATOIRE NEONATALE APRES CESARIENNE EN DEHORS DU TRAVAIL	Protocole obstétrical n°11 version 1 page 1/2
---	--	---

Référence : RSN/PR/REA.O/011/A	Date de 1^{ère} mise en service : 04/04/2007
---------------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction	Nom et fonction	Nom et fonction	Nom et fonction : CMS
Date :	Date :	Date :	Date : 04/04/2007
Signature :	Signature :	Signature :	Signature : signé

L'objectif de cette proposition de conduite à tenir est de diminuer le risque de détresse respiratoire néonatale, non exceptionnelle, souvent modérée mais parfois sévère, associé à la césarienne en dehors du travail.

1. Analyse de la littérature

Deux études cliniques convaincantes, citées en référence, sont à l'origine de cette proposition de conduite à tenir.

- La première étude, rétrospective, concerne plus de 170 000 naissances à terme ou proches du terme. Elle aboutit à deux conclusions :
 - 1) les nouveau-nés à terme sont susceptibles de présenter une détresse respiratoire par déficit en surfactant ;
 - 2) le risque de détresse respiratoire à terme par déficit en surfactant est maximum (multiplié par 120) lorsque l'enfant cumule les trois caractéristiques suivantes :
 - naissance à 37 ou 38 SA,
 - naissance par césarienne,
 - absence de travail préalable.
- La deuxième publication relate les résultats d'une étude prospective randomisée concernant près de mille césariennes programmées à terme dont la moitié avait été précédée par l'administration d'une corticothérapie prophylactique à la mère. Elle conclue à la réduction très significative de la fréquence (incidence divisée par deux) et de la gravité (nécessité de recours à la ventilation mécanique divisée par cinq) des détresses respiratoires après ce traitement.

2. Recommandation concernant le terme pour une césarienne programmée

Le risque de détresse respiratoire après césarienne programmée est très dépendant du terme ; il est très diminué à partir de la 40^{ème} semaine.

- Lorsque cela est possible, la césarienne programmée doit être pratiquée après 39 SA, c'est-à-dire au cours de la 40^{ème} semaine d'aménorrhée.
- Lorsque cela est impossible pour des raisons médicales ou organisationnelles, la césarienne programmée doit être pratiquée après 38 SA, c'est à dire au cours de la 39^{ème} semaine d'aménorrhée.
- Sauf impératif médical, il faut éviter de pratiquer une césarienne programmée avant le 1^{er} jour de la 39^{ème} semaine d'aménorrhée.

3. Préparation fœtale à une naissance par césarienne, en dehors du travail, par corticothérapie

Lorsqu'une césarienne programmée doit être pratiquée avant la 39^{ème} semaine d'aménorrhée, on peut diminuer le risque de détresse respiratoire grâce à une corticothérapie prophylactique :

Célestène chronodose 6 mg :

Chaque ampoule
contient 6 mg de
bétaméthasone :

{ 3 mg d'acétate de bétaméthasone
(action immédiate)
+
3 mg de phosphate disodique de bétaméthasone
(action retardée)

- **1^{ère} injection** : 2 ampoules = 12 mg en IM, 48 heures avant la césarienne ;
- **2^{ème} injection** : 2 ampoules = 12 mg en IM, 24 heures avant la césarienne.

A défaut, une seule injection, 24 heures avant la césarienne, permet déjà une réduction du risque.

Cette attitude s'appuie sur une étude clinique convaincante mais n'est pas actuellement unanimement reconnue ; il s'agit donc d'une proposition de conduite à tenir qui reste facultative.

4. Références :

- Madar J. et al. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at term. Acta Paediatr 1999; 88:1244-8.
- Stuchfield P. et al. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section : pragmatic randomised trial. BMJ, doi:10.1136/bmj.38547.416493.06 (published 22 august 2005).