

 <p>Réseau <b>SÉCURITÉ</b> Naissance <small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	<b>PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU NE A LA LIMITE DE LA VIABILITE EN NIVEAU II</b>	<b>Protocole pédiatrique n°24</b> version 2 page 1/3
--	---	---

Référence : RSN/PR/REA.P/024/A	Date de 1 <sup>ère</sup> mise en service : 19/10/2010
--------------------------------	---

<b>Suivi des modifications</b>			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
2	15/10/2013	Mise à jour	Dr DAGEVILLE

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction: Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction : Dr AM MAILLOTTE	Nom et fonction : CMS
Date : 10/10/2013	Date : 12/10/2013	Date : 13/10/2013	Date : 15/10/13
Signature : <b>signé</b>	Signature : <b>signé</b>	Signature : <b>signé</b>	Signature : <b>signé</b>

### Définitions et principes

- A partir de 26 SA le pronostic est "suffisamment bon" pour décider a priori d'une prise en charge intensive.
- En dessous de 24 SA (jusqu'à 23 SA + 6 J) le pronostic est globalement très mauvais ; une prise en charge exclusivement palliative est a priori totalement légitime.
- De 24 SA à 25 SA + 6 J, le pronostic est très difficile à préciser ; c'est la zone grise ou période de limite de viabilité.

1) d'autres facteurs doivent être pris en compte :

- RCIU associé,
- RPM, chorioamniotite,
- absence de préparation à la naissance prématurée,
- grossesse gémellaire,
- garçon,
- contexte social.

2) L'avis des parents est primordial.

NB : Dans ce protocole, il est à plusieurs reprises fait mention du critère d'âge gestationnel alors même que l'estimation du terme d'une grossesse est généralement imprécise. La commission scientifique est consciente de cette incohérence mais considère que ce repère est malgré tout nécessaire pour guider la réflexion, même s'il doit être utilisé avec souplesse.

### Le transfert materno-fœtal au cours de la zone grise

- CF. protocole "Prise en charge d'un transfert in utero (TIU) : Un TIU peut être justifié lorsque le recours à une prise en charge palliative du nouveau-né est prévisible. La décision de transfert doit alors être discutée au cas par cas...
- Sauf exception, il n'y a pas d'indication fœtale de TIU avant la fin de la 24<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (jusqu'à 23 SA + 6J).
- De 24 SA à 25 SA + 6 jours, la décision de transfert doit être discutée au cas par cas avec les néonatalogistes et les obstétriciens du CHU.

 <p>Réseau <b>SÉCURITÉ</b> Naissance <small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p><b>PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU NE A LA LIMITE DE LA VIABILITE EN NIVEAU II</b></p>	<p><b>Protocole pédiatrique n°24</b> version 2 page 2/3</p>
--	--	---

### **La consultation pédiatrique en maternité**

Les conditions idéales :

- après discussion du dossier entre obstétriciens et pédiatres
- en dehors de l'urgence,
- en présence du conjoint

Trois objectifs :

- informer : présenter les deux attitudes possibles - soins curatifs ou soins palliatifs - en période prénatale, perinatale et postnatale immédiate ;
- se positionner (donner notre avis) ;
- recueillir l'avis des parents (qui peut être différé) ;

NB : Un entretien téléphonique entre le couple et un néonatalogiste du niveau III est possible.

### **Le consensus médical de l'équipe de réanimation néonatale du réseau Sécurité Naissance concernant l'éventualité d'une prise en charge intensive dans la zone grise**

- l'opinion des parents est primordiale ;
- à 24 SA une prise en charge intensive ne semble a priori pas raisonnable ;
- à 25 SA une prise en charge intensive peut être débutée si bonne vitalité à la naissance et demande parentale ;
- pas de manœuvres de réanimation si le nouveau-né est en état de mort apparente ;
- dans tous les cas cette attitude sera réévaluée régulièrement après la naissance.

### **Le compte-rendu de l'entretien dans le dossier obstétrical**

- Il précise l'objectif de la prise en charge du nouveau-né si naissance dans les jours suivants :
- Prise en charge palliative ou curative ?
- Une césarienne de sauvetage fœtal serait-elle indiquée ?
- Le monitoring du RCF est-il indiqué ?
- La corticothérapie est-elle indiquée immédiatement ?
- A quelle date cette conduite à tenir sera-t-elle révisée ?
- Quelles modalités sont envisagées pour la prise en charge palliative

### **La prise en charge palliative du nouveau-né**

#### *Les principes de la prise en charge palliative*

- objectif de la prise en charge palliative d'un nouveau-né à la limite de la viabilité = tout pour le bien-être / rien pour prolonger la vie
  - \* la loi autorise le renoncement à la réanimation
  - \* renoncer à porter l'enfant vers la vie n'est pas l'abandonner
- Les modalités concrètes doivent être réfléchies ensemble parents + soignants :
  - \* voilà ce que nous vous proposons, qu'en pensez-vous ?
  - \* en particulier, dans quelles conditions souhaitez vous rencontrer votre enfant ?
  - \* tous les réajustements seront possibles

 <p>Réseau <b>SÉCURITÉ</b> Naissance <small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p align="center"><b>PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU NE A LA LIMITE DE LA VIABILITE EN NIVEAU II</b></p>	<p align="center"><b>Protocole pédiatrique n°24</b> version 2 page 3/3</p>
--	---	--

### Les modalités pratiques

- Même si décidée avec les parents en prénatal, on peut y renoncer à la naissance, face à nouveau-né particulièrement actif.
- Un cathéter ombilical peut être immédiatement mis en place par le pédiatre + sédation par morphiniques (à discuter : objectif = être certain de l'absence de souffrance pendant l'agonie).
- Installation confortable dans un berceau, enveloppé dans un linge.
- Drogue dans le but d'arrêter l'activité cardiaque (ex : potassium) = illégal et non éthique.
- Résumé de ces soins palliatifs dans le dossier obstétrical.

### La rencontre parents / enfant

Les parents envisagent-ils d'être avec leur enfant pendant la phase agonique, ou après le décès, ou pas du tout ? Souhaitent-ils un rituel particulier ?

(En cas de rencontre avant le décès, le phénomène des gasps doit leur être expliqué à l'avance.)

Une réponse immédiate n'est pas nécessaire ; ils pourront la donner plus tard, après la naissance. Ils pourront également changer d'avis.

### Après le décès

- Des photos de l'enfant, enveloppé et confortablement installé dans son berceau doivent être conservées pour être mises à disposition des parents plus tard s'ils les demandent.
- Un courrier témoignant de la sympathie de l'équipe peut leur être adressé
- Il faut leur signifier qu'un membre de l'équipe sera disponible pour les rencontrer à distance du décès pour en reparler s'ils en éprouvent le besoin.
- L'association "Nos Tous Petits" de Nice est également prête à leur apporter du soutien.

### **Bibliographie**

G Moriette et al. Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie : pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone « grise ». Arch Pédiatr 2010;17:518-526

G Moriette et al. Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge. Seconde partie : enjeux éthiques, principes de prise en charge et recommandations. Arch Pédiatr 2010;17:527-539

Soins Palliatifs chez le nouveau-né – Ed SPRINGER – Paris 2011

Association Nos tous petits de Nice :

Page web : <http://www.facebook.com/pages/Nos-Tout-Petits-de-Nice/295959443857988>

Email : [nostoutpetitsdenice@gmail.com](mailto:nostoutpetitsdenice@gmail.com)