

Late Preterm : quels enfants transférer en néonatalogie ?

GEN PACA

28 mai 2016

Anne-Marie Maillotte

Service de médecine néonatale

CHU Archet 2

PROBLEMATIQUE

- Population de nouveau-nés entre 34 et 36+6 SA
- Problématique fréquente (71 % de la prématurité)
- Surtout 34-35 SA
- Concerne tous les niveaux de maternité
- Organisation propre à chaque niveau de maternité, à chaque maternité...et à chaque pédiatre ?

Plan

- Mémoire sage-femme 2013
- Etude au CHG de Draguignan 2014-2015
- Recommandations des Réseaux de périnatalité
- Recommandations dans la littérature
- Quelles problématiques
- Recommandations du Réseau ?

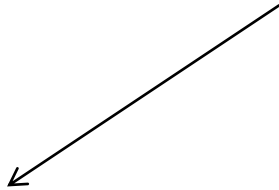
Mémoire de sage-femme 2013

« La prise en charge des nouveau-nés de 35 SA : maternité ou néonatalogie ? »

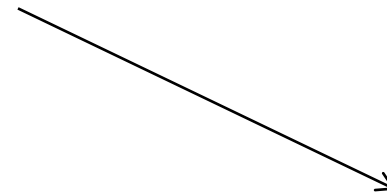
- Etude rétrospective sur Paca Est/ Monaco /Haute Corse : 8 centres (3 avec chambres mère-enfant)
- Enfants à ce terme hospitalisés en néonatalogie en 2013
- Critères : PN, causes de la prématurité etc..
- Diagnostic de sortie (PMSI)
- Soins spécifiques : support ventilatoire, O₂, nutrition entérale, VVP

Résultats

- 18 641 naissances : 1 à 1,2 % de 35 SA soit 200
- 88 nouveau-nés hospitalisés (43%)
- PN : 1135g-3530g (médiane 2257 g) et ¼ PN < 2000g
- 82 transférés le jour de la naissance



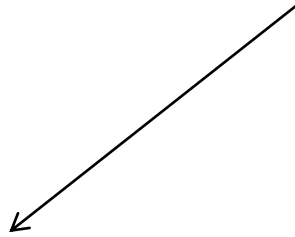
8 niveau 1



80 niveaux 2 et 3

Soins spécifiques

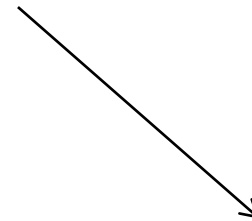
28 nnés : aucun soin et PN entre 1840g et 2366g



1 mater niveau1



24 mater niveau 2



3 mater niveau 3

Egalement , 3 nouveau-nés perfusés pour antibiothérapie et 9 nouveau-nés transférés pour photothérapie

Analyse

- **20/28** : diagnostic « **prématurité simple** »
- 19 enfants PN > **2000g**
- Transfert à J0
- **19** nés en niveau **2** et **1** en niveau **3**
- **Durée de séjour** : 14 entre **3/5** jours (maternité) mais **6** retour à domicile avec une durée de séjour moyenne de **7** jours.

Au total

- Un certain nombre d'enfants : hospitalisation en néonatal sans support ventilatoire ou alimentaire et PN > 2000g : monitoring ?
- Essentiellement niveau 2 : proximité de la néonatalogie ?
- Hospitalisation pour suspicion IMF ou photothérapie ou hypoglycémie (sans resucrage) —————> nécessité de la néonatalogie ?

Etude à Draguignan

- 2014-2015
- Tous les enfants nés à 35 SA
- Mode accouchement, PN etc..
- Date et motifs du transfert
- Prise en charge en néonate

Maternité niveau IIa : 4 lits de néonate et 2 chambres mère-enfant

Année 2014 : 25 nouveau-nés

Transfert immédiat : 20

- 4 PN < 2000g
- 11 Détresse respiratoire
1 retour en mater à H30
 - 1 O₂ et 3 Cpap
 - 3 surveillance
 - 3 alimentation difficile
hypoglycémie
 - 1 asphyxie
- 5 Surveillance simple : jumeau, contexte social, hypotonie

↓
Perfusion

↓
Photothérapie

Transfert 2aire : 3 (2 photothérapie et 1 hypoglycémie peu sévère)

Année 2015 : 13 nouveau-nés

Transfert immédiat : 6

3 PN < 2000g

1 pour gemellité

1 détresse respiratoire

1 surveillance (hypothermie, difficultés d'alimentation sans SNG)

Transfert secondaire : 2

1 pour malaise (48h de surveillance)

1 pour hypoglycémies sévères

Intérêt des chambres mère-enfant → pas de séparation, rassurant

Charge de travail lourde pour la SF référente en maternité

Indications de transfert à moduler ?

Recommandations Réseau Sécurité Naissance

« Contre-indications au maintien en maternité d'un nouveau-né en apparence bien portant »

- ❖ Terme de naissance < 35 SA
- ❖ PN entre 1800 et 2000g
- ❖ Symptômes compatibles avec une imprégnation par bêtabloquants
- ❖ Hypoglycémie sévère et prolongée

Et ailleurs ?

- La plupart des Réseaux de périnatalité : aucune recommandation
- Réseau Ile-de-France : hospitalisation systématique en unité kangourou si AG < 35+6
- Réseau Elena (Rhône Alpes) : AG < 35 SA
- CHU Clermont-Ferrand : AG < 36 SA
- Suisse : terme < 34-35 SA, PN < 1800-2000g

P Baeckert and co. Paediatrica Vol. 16. N° 1 2005.

Dans la littérature

- Incidence croissante
- 5,1% des naissances en France en 2010 et 75% de la prématurité
- Morbidité significative : x 7
 - ❖ Hypothermie
 - ❖ Hypoglycémie
 - ❖ Ictère
 - ❖ Détresse respiratoire
 - ❖ Difficultés alimentaires

Plutôt recommandations autour de la sortie définitive

Ce qui peut être géré en maternité ?

- Hypothermie : peau à peau, lit chauffant
- Hypoglycémies peu sévères : lait enrichi
- Ictère : tunnel
- Détresse respiratoire → néonatalogie
- **Difficultés alimentaires** : consommatrices de temps, parfois nécessité de dispositifs d'aide à la lactation, de SNG

Problématique des apnées

Augmentation significative du risque d'apnées et de bradycardies chez le late preterm : réponse centrale encore immature

Hunt CE: Ontogeny of automatic regulation in late preterm infants born at 34-37 weeks postmenstruel age. Semin Perinatol 2006;30:73-6.

20% enfants nés à 34 SA (> 20 sec ou avec bradycardie < 100) → donc nécessité de monitoring pour les enfants nés **avant 35 SA**

Eichenwald EC. Apnea of prematurity. Pediatrics. 2016 jan;137(1)

Finalemment ?

- Bonne adaptation, stabilité initiale
- Le terme : 35 SA ou moins ?
- Le PN : difficultés si PAG + prématurité, difficultés si grossesse multiple, si charge de travail importante en maternité (puéricultrices ?)
- Problème non spécifique de la photothérapie et de la suspicion d'IMF (mais risque ↗)
- **Possibilité ou non de chambre « mère-enfant »**
- *Problème du taux d'occupation en néonatalogie*

Procédure du Réseau Méditerranée

- Terme entre 34/36 SA : selon le niveau
- Adaptation à la naissance
- Association terme et PAG ou jumeaux
- Capacités d'accueil : chambres mères-enfants, personnel dédié, proximité de la néonatalogie
- Période d'évaluation ? J1/J2 (apnées, hypoglycémie)
- Intérêt ++ du colostrum et du peau à peau