

# Naissance des extrêmes prématurés en dehors d'une maternité de type III : Lesquels? Pourquoi?



**Wafa Lahouel-Zaier**

**Sophie Omnès**

**Mandovi Rajguru**

**Agnes Bourgeois Moine**

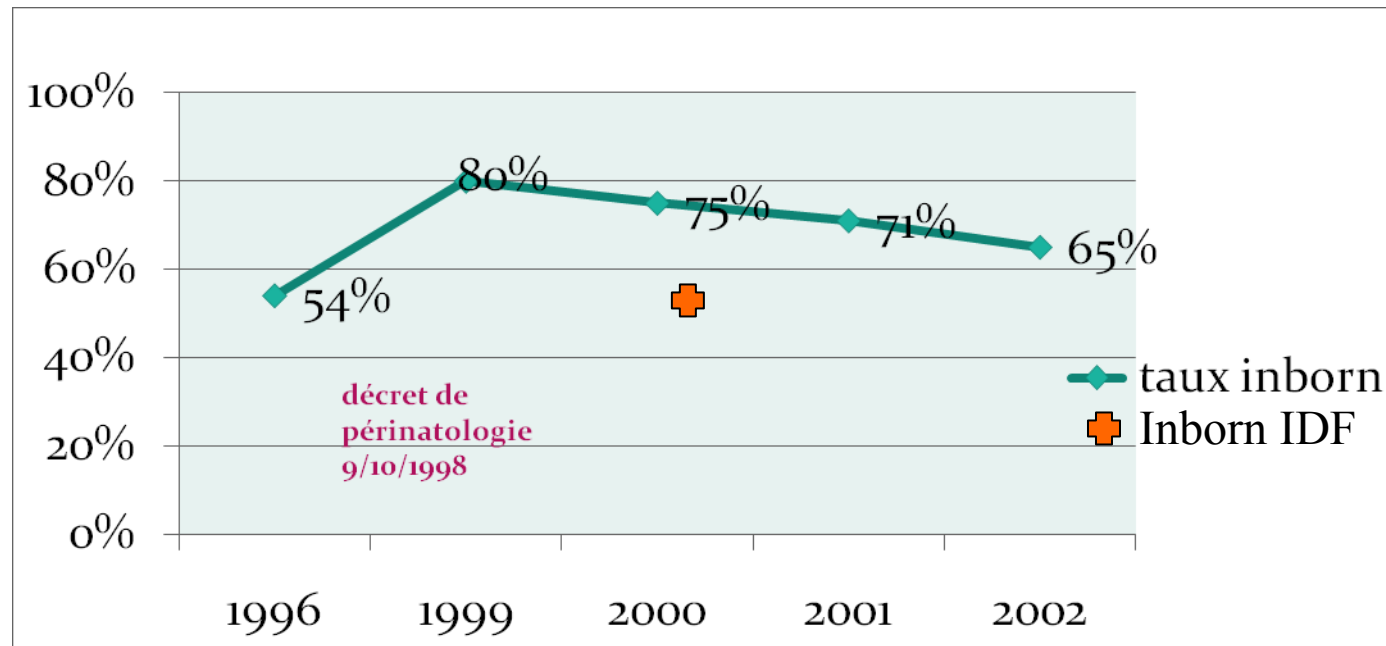
**Patrick Madelenat**

**Dominique Mahieu-Caputo**

*Maternité Aline de Crépy*

*GH Bichat-Claude Bernard*

# Évolution du taux d'enfants prématurés « inborn » en France



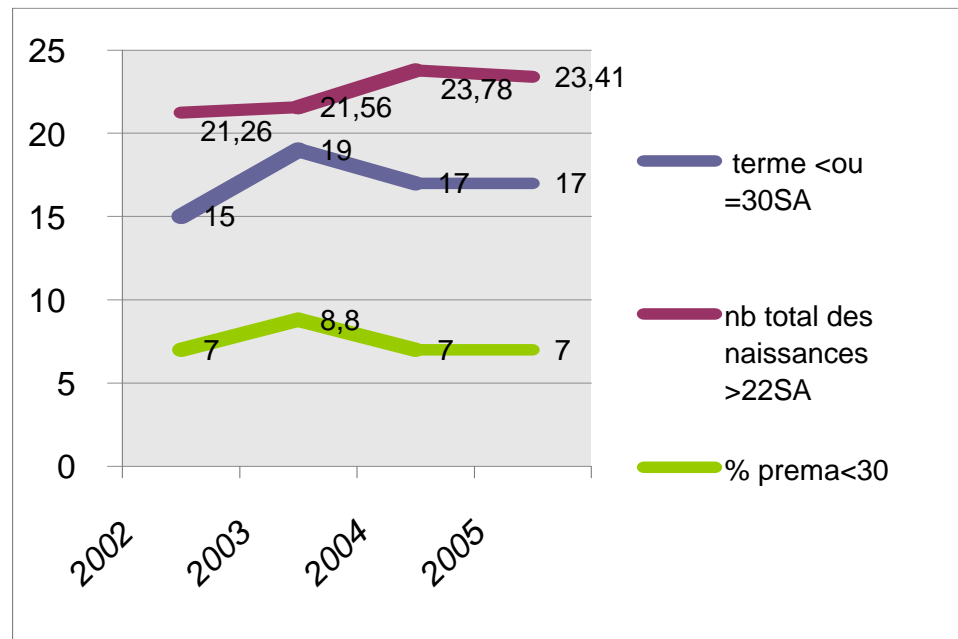
➤ Paris-petite couronne: 58% des grands prématurés naissent en maternité de type III (Ancel et coll 2001)

# Analyse rétrospective des naissances <30SA dans un type 1-2 :

- Etude rétrospective, Monocentrique (Bichat)
- Janvier 2002-décembre 2005
- Estimation du nombre d'accouchements très prématurés dans une maternité de type I
  - Terme entre 24 et 30SA+0J (intérêt prouvé du transfert *in utero* à ce terme ; *lee et coll.,2003*)
- Étiologie de la prématurité
- Évitabilité
- Impact de cette naissance outborn sur la mortalité et la morbidité néonatale
- Condition de la prise de décision en cas de naissance à la limite de la viabilité

# Naissances 24-30SA en type 1 (2002-5)

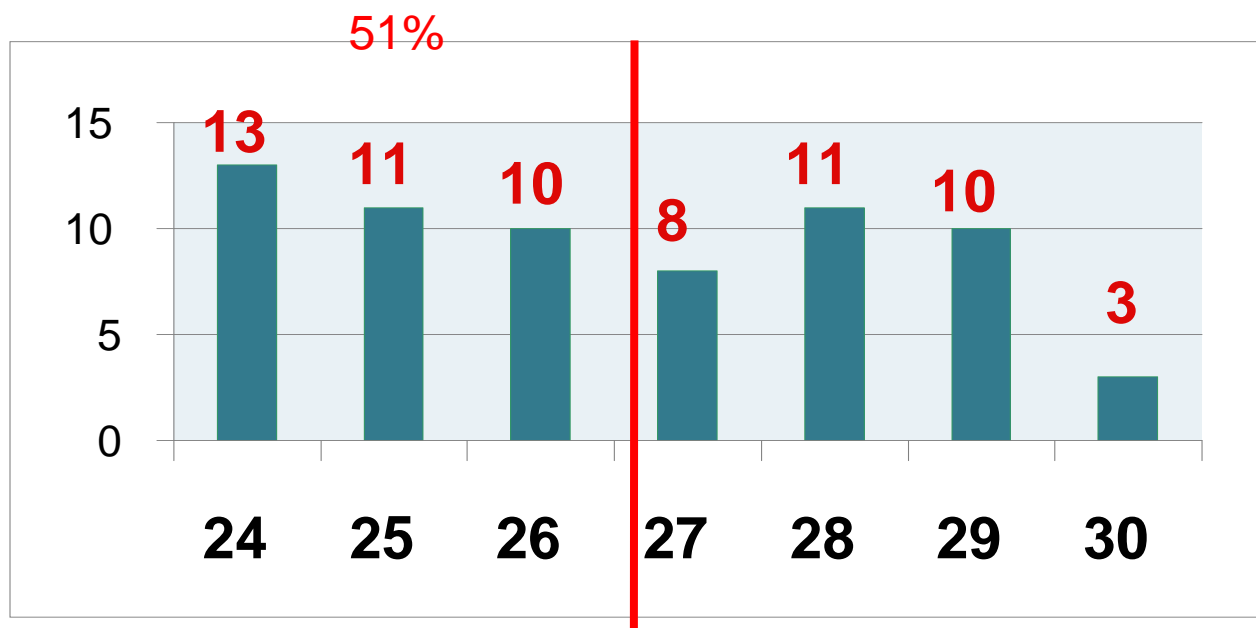
- 66 nouveau-nés = 7,6% des naissances  $\geq 22$  SA



- 55 grossesses
- 11 grossesses gémellaires = 22 nnés (33, 3% des 24-30SA)
- 2 FIV
- 37 garçons / 29 filles; sexe ratio = 1,3

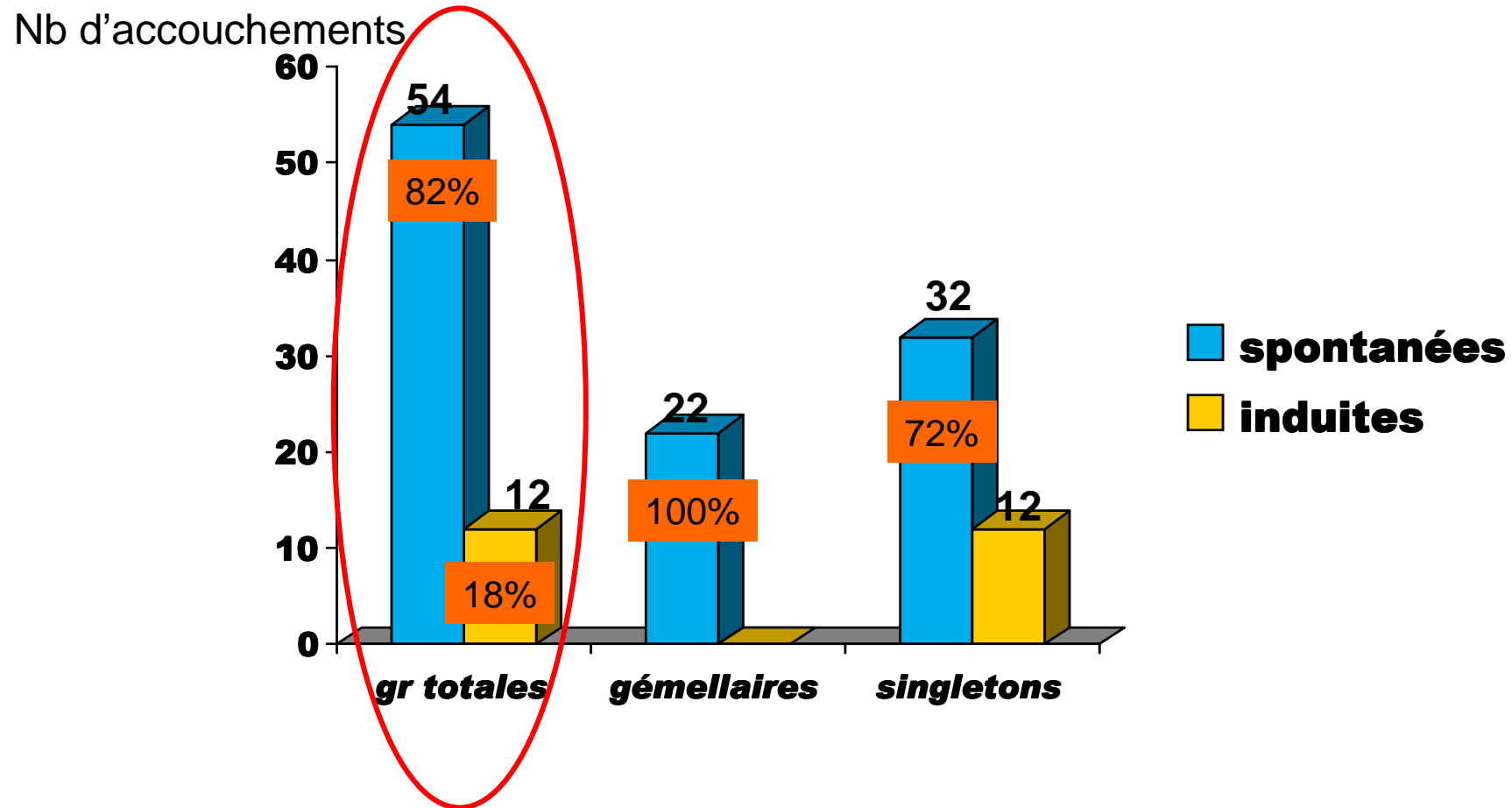
# Population prématurés <30SA

- Terme moyen= 26SA+ 6j

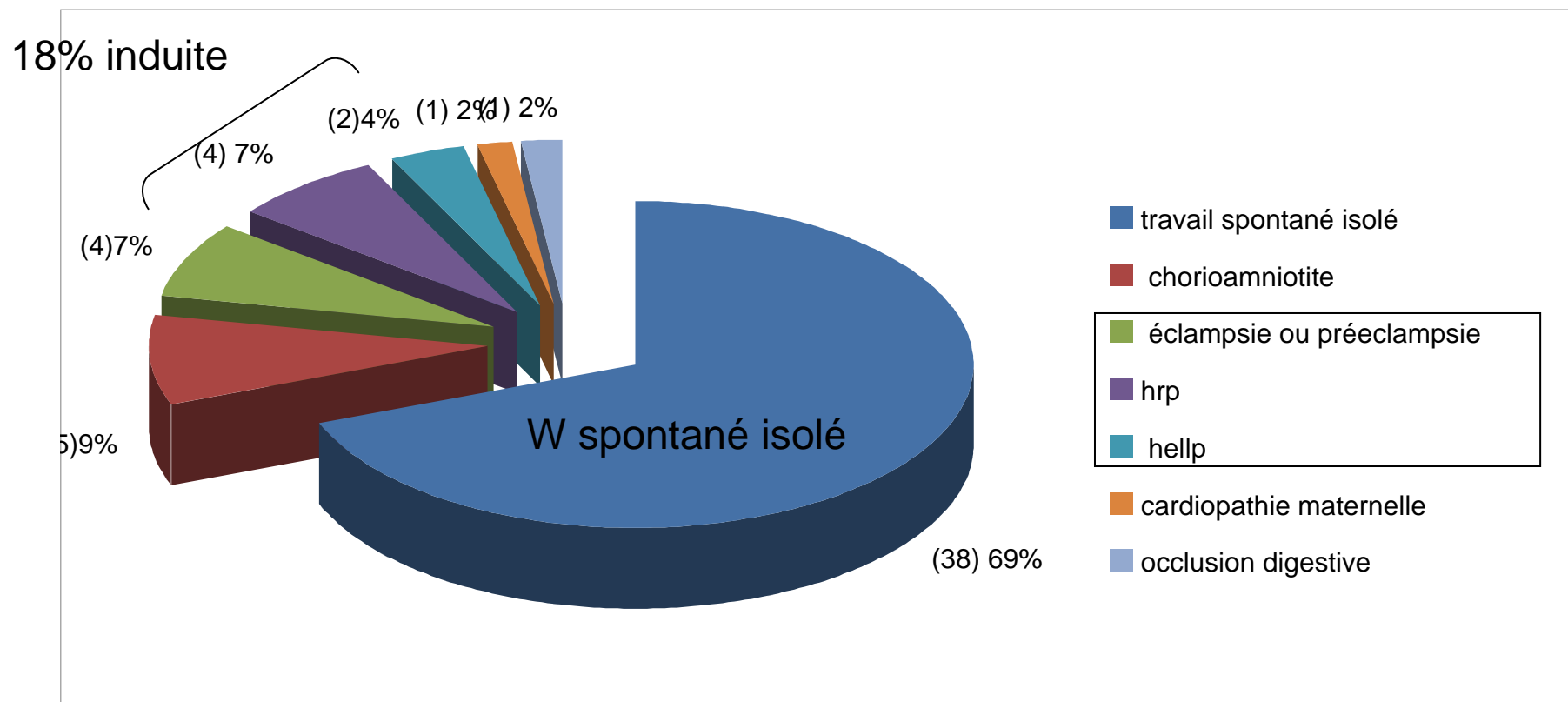


- **Poids moyen= 990gr** (510-1900gr)
  - 1 hypotrophe <3<sup>ème</sup> p
  - 2 hypotrophes < 10<sup>ème</sup> p

# Prématurité spontanée ou induite:

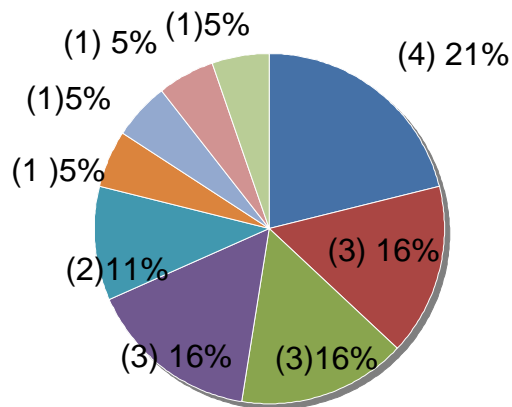
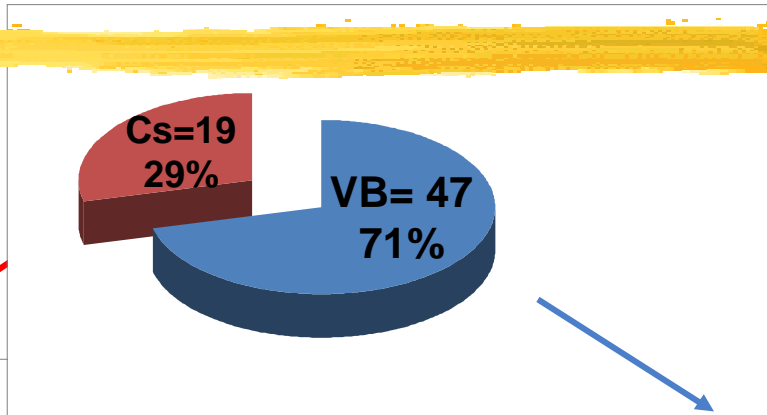


# Étiologie de la prématurité:

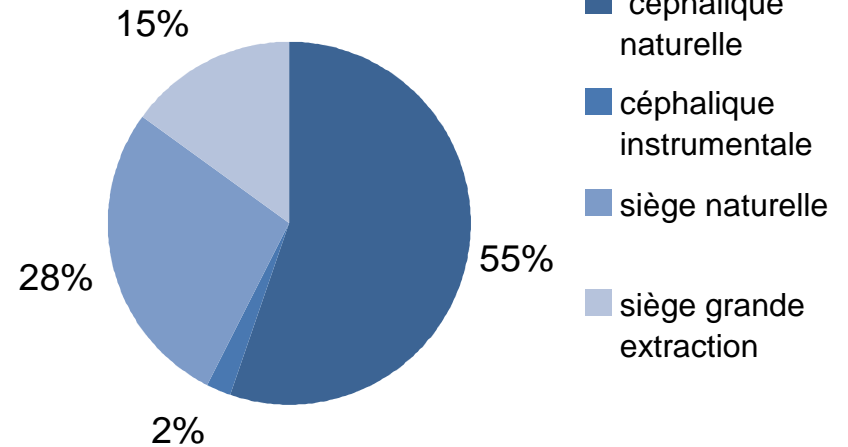


# Mode d'accouchement:

■ Voie basse = 71%



- arcf
- hrp
- éclampsie+hrp
- dystocie
- hclp
- Cardiopathie
- occlusion digestive
- procidence
- HIV



- céphalique naturelle
- céphalique instrumentale
- siège naturelle
- siège grande extraction

■ Causes de césarienne

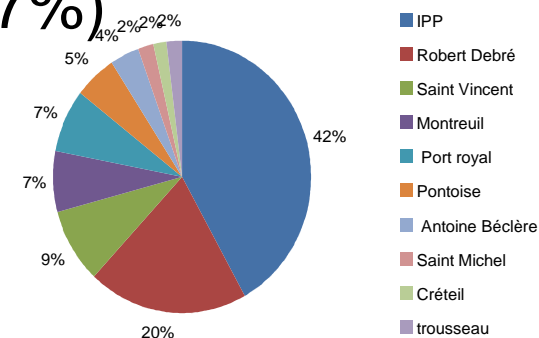
- Eclampsie-HRP-Help: 9/19
- An RCF : 4/19
- Dystocie: 3/19

■ Extraction traumatique: 5/66 (8%)

■ 3 décès (rétention tête dernière, relèvement des bras, procidence) (2 à 24 SA ,1 à 25SA)

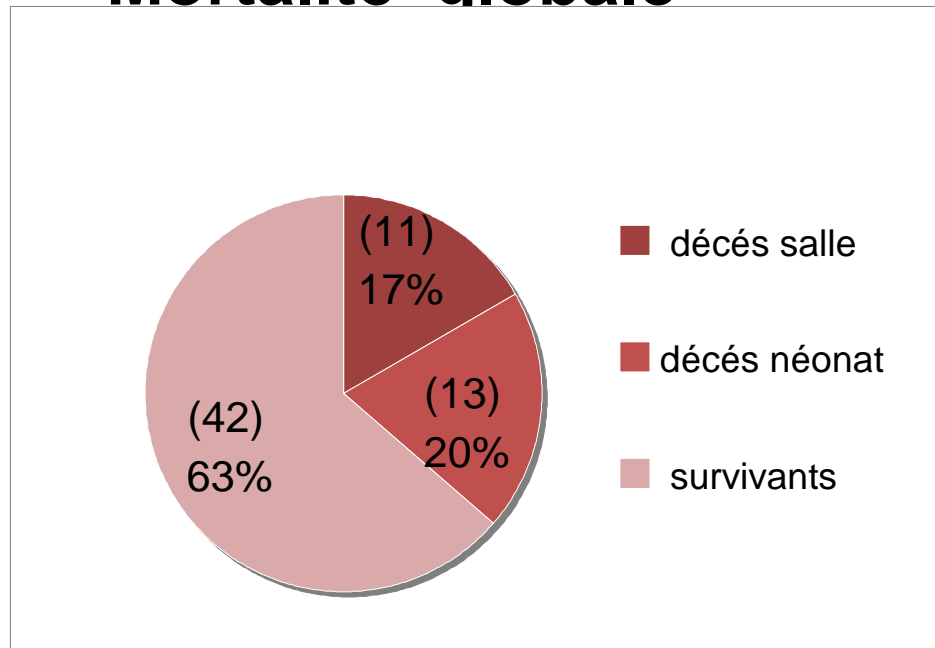
# Etat à la naissance:

- SAMU sur place 19/66 (29%)
- Intubation= 59/62 (95%)
  - 3 non intubés= morts nés, non acharnement
- Apgar <5 à 1 min =28/64 (44%) , Ph <7=4/32 (13%)
- lactate moyen=2,8 , lactate>5 =7/21 (33%) (3 décédé j1 ,j1,j3)
- Adrénaline=11/56(20%) (dont 3 à 24 SA , 3 à 25SA , 4dcd)
- Massage cardiaque =9 (dont 2 à 24SA , 4 à 25SA , 3 dcd )
- Curosurf en salle de naissance=28/59(47%)
- Décédés en salle= 11/ 66 (17%)
- Transfert post natal= 55/66



# Mortalité- taux de survie (n=66)

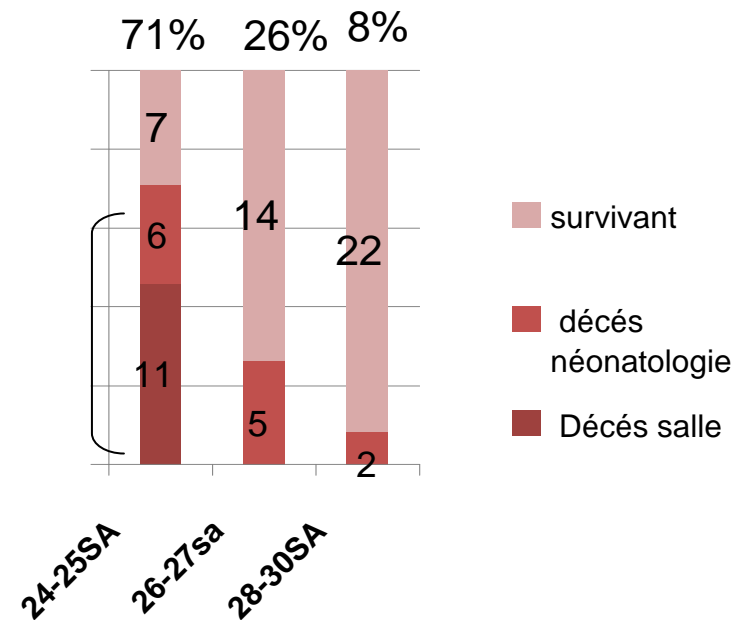
## Mortalité globale



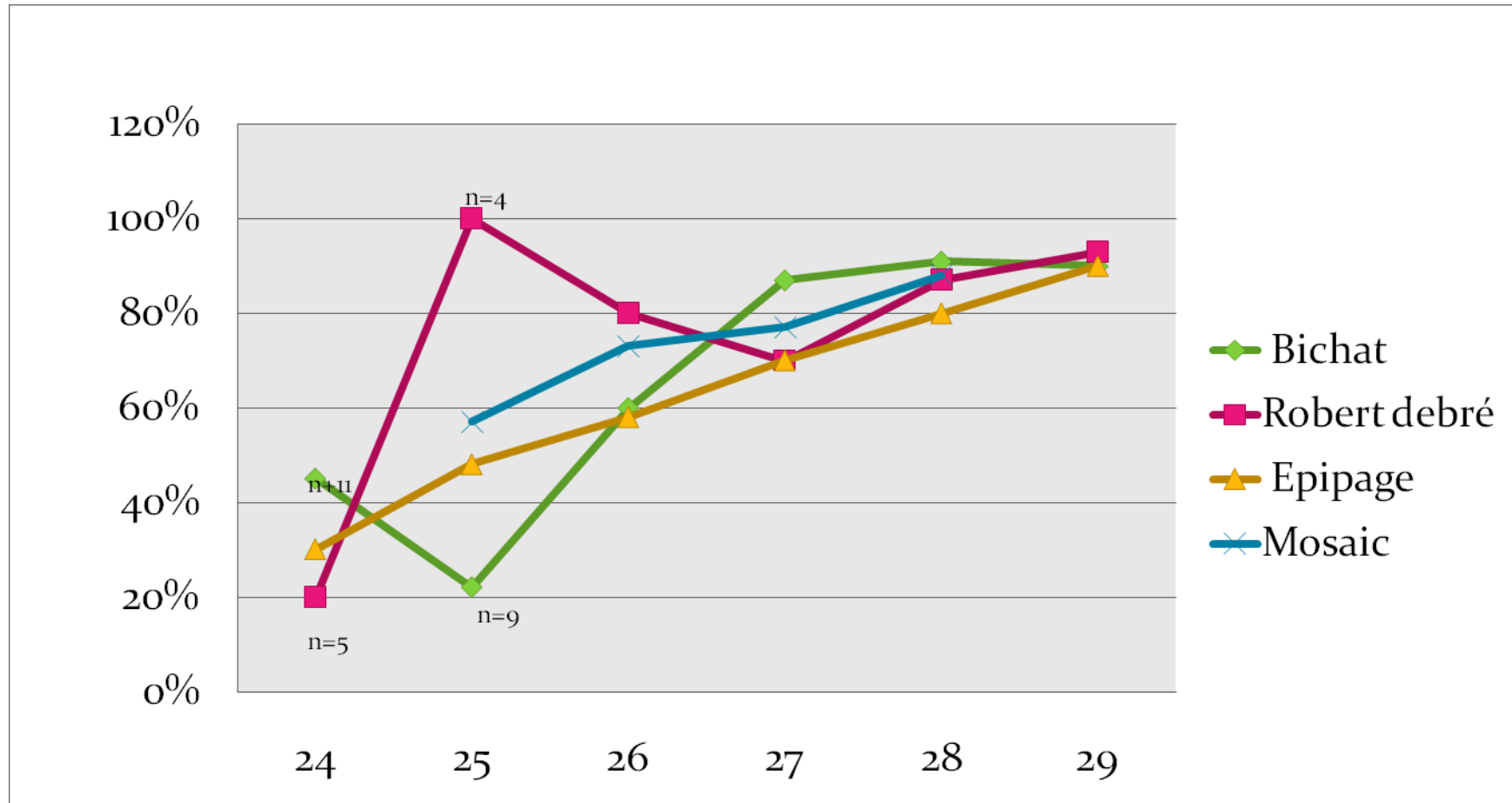
### Taux de survie

- 63% des Naissances 24-30SA
- 68% des Naissances vivantes

## Mortalité /AG



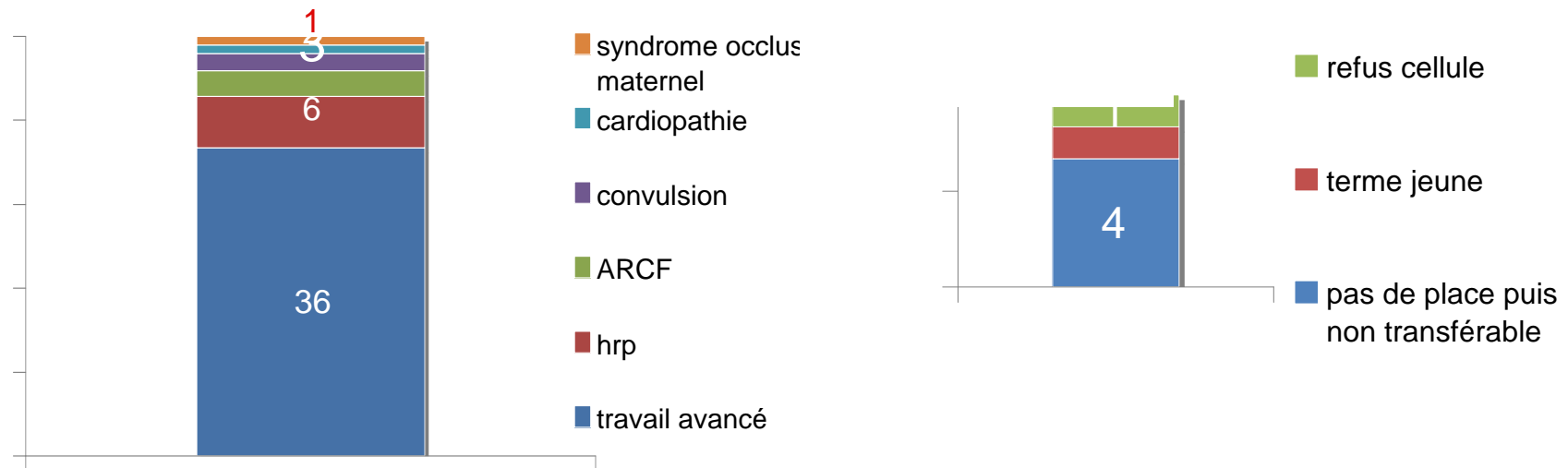
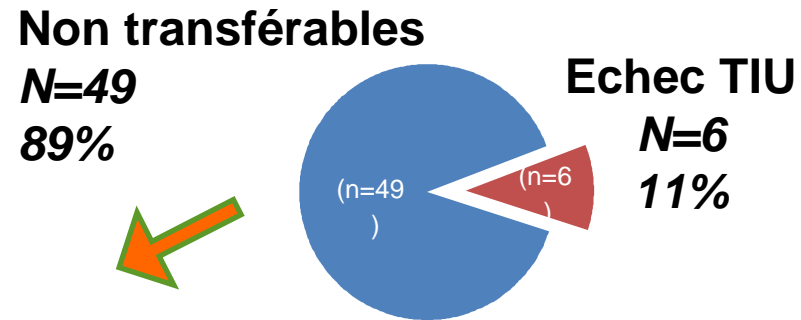
# Comparaison des taux de survie rapportés aux naissances vivantes en fonction de l'AG



	<b>BICHAT N=66</b>	<b>RDB N=236</b>
période	4ans(2002-2005)	2ans(2005-2006)
multiple	33%	38%
terme	24- 30+0J	24-32+6J
Terme moyen	26SA+6	29SA+5
Poids moyen	990g	1347
24-26SA 24-25SA	34(8/an) 6/an	19(9/an) 4-5/an
Maturation pulmonaire(1 cure)	12%	73,6%
Mortalité (/ naissances vivantes)	31%	10%
Mortalité 24- 28(/naissances vivantes)	39%	26,5%
LMPV	5%	2,2%
HIV2	8%	3%
MMH(24 28 SA)	80%	48%
DBP(24 28 SA )	43%	46%
ECUN	3%	3,1%
IMF	13%	3,9%

# Pourquoi naissance hors type 3?

# Causes du non transfert *in utéro*

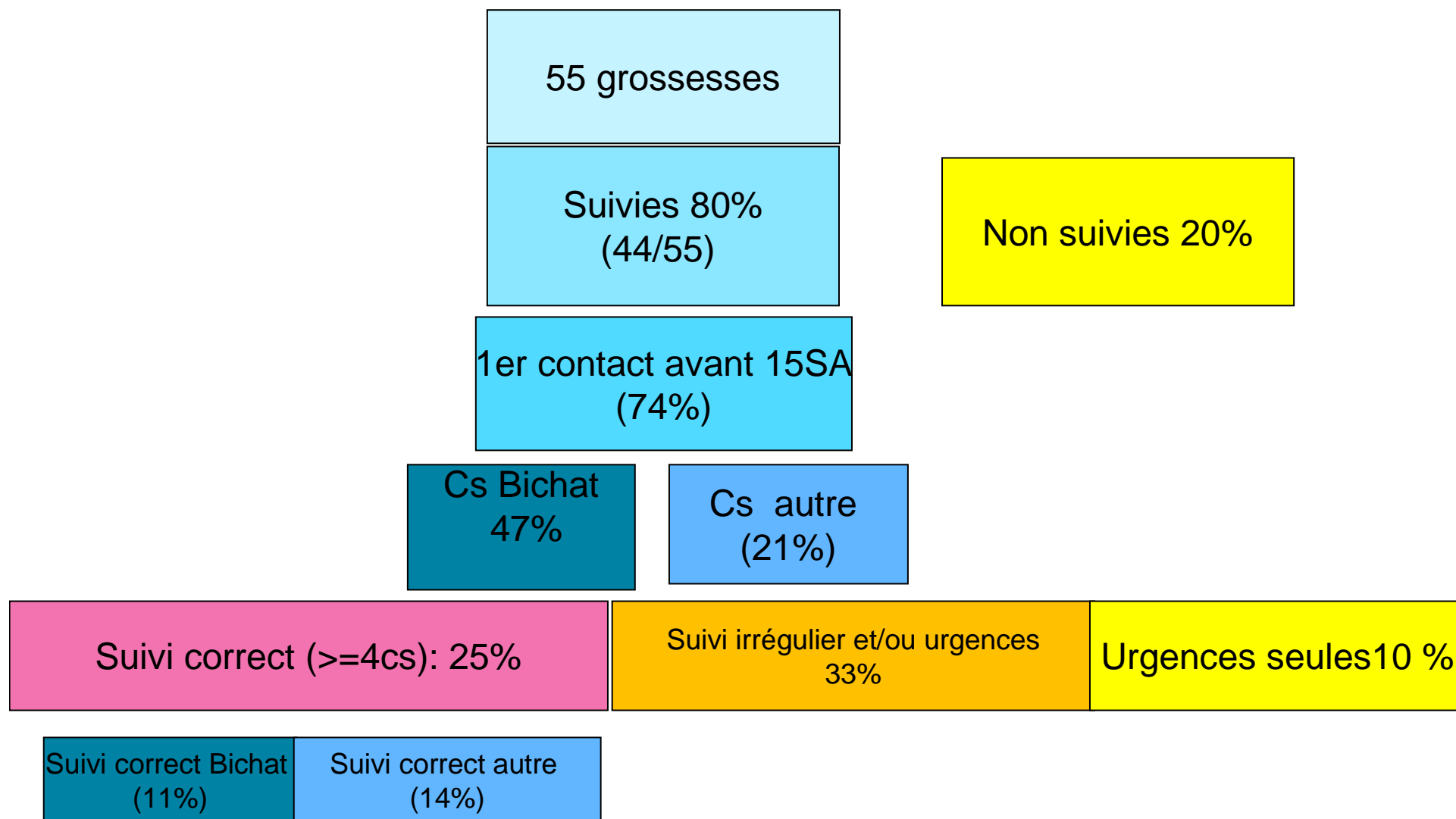


# Antécédents médico-sociaux:

- Âge moyen = 28,6 ans , <20ans=8/54(14%)
- Secteur Bichat: 36/55 (66%)
- Alcool=1/44, tabac=3/44 , toxicomanie à l'héroïne =1/44
- Étrangères=32/51(62%), situation irrégulière=5/43(11%)
- 40% célibataire, absence de père=5/46 (11%), Isolée=2/38
- pas de ressources=14/39(35%) , extrême précarité =3/55

Parité (moyenne=2)	IVG	Fausse couche 10/51 (19%)		Accouchement prématuré	Chirurgie gynécologique
<b>Primipare 29/54 (53%) &gt;= 4 (40%)</b>	14/52(27 %)	Précoce 7/51(14%)	Tardive 3/51(5%)	5/53(9%)	<b>1/52(2%)</b>

# Suivi de grossesse:



# Pathologie de la grossesse:



- **Pathologie maternelle**= 1 vih ; 2 hta ; 2 anémie; 1 drépanocytose ; 3 cardiopathies; 2 pathologies psychiatriques; 1 utérus polomyomateux
- **Pathologie gravidique**=
- 7 map
- 4 chorioamniotites
- 5 toxémie et complications
- 2 décollements placentaires
- 2 RCIU



# **Critères de prise en charge des nouveau-nés à la limite de viabilité**

# Décision de réanimation à la limite de viabilité : Données disponibles

- DDR inconnue 7/66(10%)
- pas d'échographie de datation précoce=19/54(35%)
- Précision du terme à plus ou moins 3j= 35/54(64%)
- Évaluation du poids foetal(0 à 10j)= 21/38(55%)
- poids réel /poids estimé=1,02
- Sexe inconnu=9/57(16%)
- RPM=15/58(25%)
- chorioamniotite à l'accouchement =8/57 (14%)
- Corticoïdes= 0: 23/65(35%); 1 cure:8/65(12%); 1dose 29/65(44%); 11/65(17%) (cure ou dose?)
- Notion de RCIU=7/57(12%), on ne sait pas (18%)
- Pas de RCF=11/53(23%); bradycardie=8/53(15%)

# Décision de réanimation : conditions de la discussion

- Discussion prénatale avec les parents : 11/54(20%)
- **Hospitalisation >24H: 13/55 (25%)**
- **Délai admission accouchement:**
  - < 1h =12/39(30%)
  - <3h=18/39(46%)
  - <12h=33/39(84%)
  - arrivée à dilatation complète = 15/55 (27%)
  - 2 accouchements aux urgences
- **Conditions organisationnelles:**
  - Jour d'accouchement non ouvrable 20/66(30,3% dont 30% <26SA)
  - Heure de naissance 18h-8h30=37/64(57,8%)

# CONCLUSION:



- La majorité des naissances prématurées en type 1 sont inévitables une fois arrivées, car non transférables
- La prévention se joue en amont :
  - Suivi de grossesse (75% non ou mal suivi)
  - Prise en charge des grossesses gémellaires dans une maternité adaptée
- En cas d'extrême prématurité:
  - les éléments pour préciser le pronostic sont souvent absents à l'accouchement
  - La discussion prénatale avec les parents est difficile dans le contexte de l'urgence