

○ Prise en charge d'un grand prématuré : Quelles attentes pour le néonatalogue , pour l'IDE puéricultrice et pour les parents ? À partir d'un cas concret



Dr Soumeth ABASSE Pédiatre néonatalogue
Fanydat JAFFAR IDE puéricultrice
Service de néonatalogie
Centre hospitalier de Mayotte
Sakouli le 8/11/2022

Plan

- Rappel bref de la prématurité
- Cas clinique d'une prise en charge
- Témoignage d'un couple de parents

Définitions prématurité

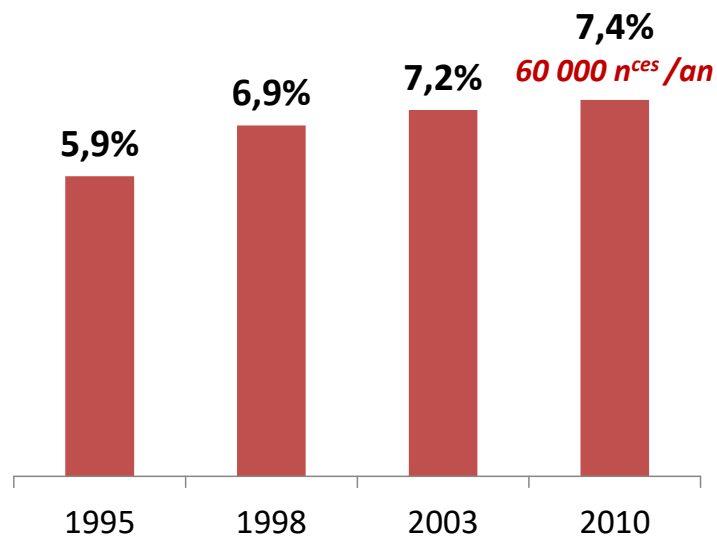
- **Est prématurée toute naissance survenant avant 37 SA**
- **Classification de l'OMS: 3 catégories**
 - ❖ *Prématurité moyenne (33 à 36SA+6J)*
 - ❖ *Grande prématurité (28 à 32SA)*
 - ❖ *Prématurissime ou extrême prématuré (moins de 28 SA)*

CHANGEMENTS DEPUIS 1997

Augmentation du taux de prématurité en France

(source : Enquêtes Nationales Périnatales)

- Taux de prématurité < 37 SA



- Taux de prématurité < 32 SA : 1,5% en 2010 (12 000 nces/an)



ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE

Rapport 2021

Tableau
40

Prématurité et petit poids de naissance

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	n	p	n	%	IC à 95 %
Prématurité (âge gestationnel < 37 SA) ⁽¹⁾					
Total	7,1 (12 728)	0,6807	853 (12 226)	7,0	6,6 - 7,5
Uniques	5,8 (12 308)	0,3476	650 (11 840)	5,5	5,1 - 5,9
Gémellaires	46,4 (420)	0,0805	203 (386)	52,6	47,5 - 57,7
Poids de naissance < 2 500 grammes ⁽¹⁾					
Total	7,1 (12 732)	0,7353	843 (12 073)	7,0	6,6 - 7,5
Uniques	5,5 (12 314)	0,4525	619 (11 691)	5,3	4,9 - 5,7
Gémellaires	53,6 (418)	0,1506	224 (382)	58,6	53,5 - 63,6
Petit poids pour l'âge gestationnel (< 10^{ème} percentile) ^(2,3)					
Total	11,6 (12 703)	0,1205	1 294 (11 815)	11,0	10,4 - 11,6
Uniques	10,8 (12 284)	0,1046	1 161 (11 440)	10,1	9,6 - 10,7
Gémellaires	34,6 (419)	0,7997	133 (375)	30,3	30,0 - 40,3

Tableau
109

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles,
le suivi de grossesse et l'accouchement à Mayotte

(Nécessaires à voir)

Enquête Nationale Périnatale | Rapport 2021

	Mayotte				France métropolitaine			
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %	
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) ⁽¹⁾	28,1 ± 4,7 (978)				33,9 ± 5,5 (12 062)			
Niveau d'études > baccalauréat ⁽²⁾	125 (911)	13,7	11,6 - 16,1	<.0001	8 501 (10 940)	56,4	56,5 - 60,4	
Revenu mensuel < 1 000€ nets ⁽³⁾	548 (379)	60,3	56,0 - 64,1	<.0001	374 (10 579)	7,5	7,0 - 8,0	
Professionnel principalement responsable du suivi ⁽⁴⁾				<.0001				
Gynécologue-obstétricien	11	1,2	0,6 - 2,1		5 609	51,5	50,6 - 52,3	
Sage-femme	579	41,8	38,5 - 45,1		4 200	39,0	38,1 - 40,0	
Autres situations ⁽⁵⁾	332 (888)	37,0	33,7 - 40,5		1 027 (10 005)	9,4	8,5 - 10,0	
Extrosion fœtale précoce (EFP) ⁽⁶⁾	16 (911)	1,8	1,0 - 2,8	<.0001	1 925 (10 925)	36,5	35,6 - 37,3	
Déclenchement ⁽⁷⁾	507 (974)	11,0	9,1 - 13,1	<.0001	3 111 (12 041)	25,6	25,1 - 26,0	
Césarienne ⁽⁸⁾	134 (882)	15,6	11,5 - 20,9	<.0001	2 629 (10 288)	21,8	20,7 - 22,1	
Épisiotomie ⁽⁹⁾	14 (844)	1,7	0,8 - 2,8	<.0001	707 (9 467)	6,5	7,0 - 6,0	
Prématurité ⁽¹⁰⁾	97 (882)	9,0	6,1 - 11,6	0,0009	893 (12 233)	7,0	6,8 - 7,5	
Allaitement maternel exclusif ⁽¹¹⁾	420 (512)	60,5	56,8 - 63,6	<.0001	3 404 (9 761)	56,3	55,3 - 57,3	

Répartition des naissances à Mayotte en 2021: soit un taux de prématuré de 9.7,%

Terme de la naissance	2017	2018	2019	2020	2021
22-27 SA	44	44	59	36	54
28-32 SA	130	137	127	123	155
33-36 Sa	810	733	749	670	855
37-41 SA	8449	8285	8447	8067	9348
> 41 SA	116	128	152	107	145
Total	9549	9327	9534	9003	10517
Taux de prématurité %	10.3	9.8	9.8	9.2%	9.7%

Répartition par semaine d'aménorrhée des nourrissons hospitalisés en NN

UF	< 28SA	[28-29]	[30-32]	[33-41]	>41	>30]	Total
2019	46	32	99	569	12	13	773
2020	39	35	73	558	8	0	713
2021	40	34	115	641	12	0	842

Survie des grands prématurés



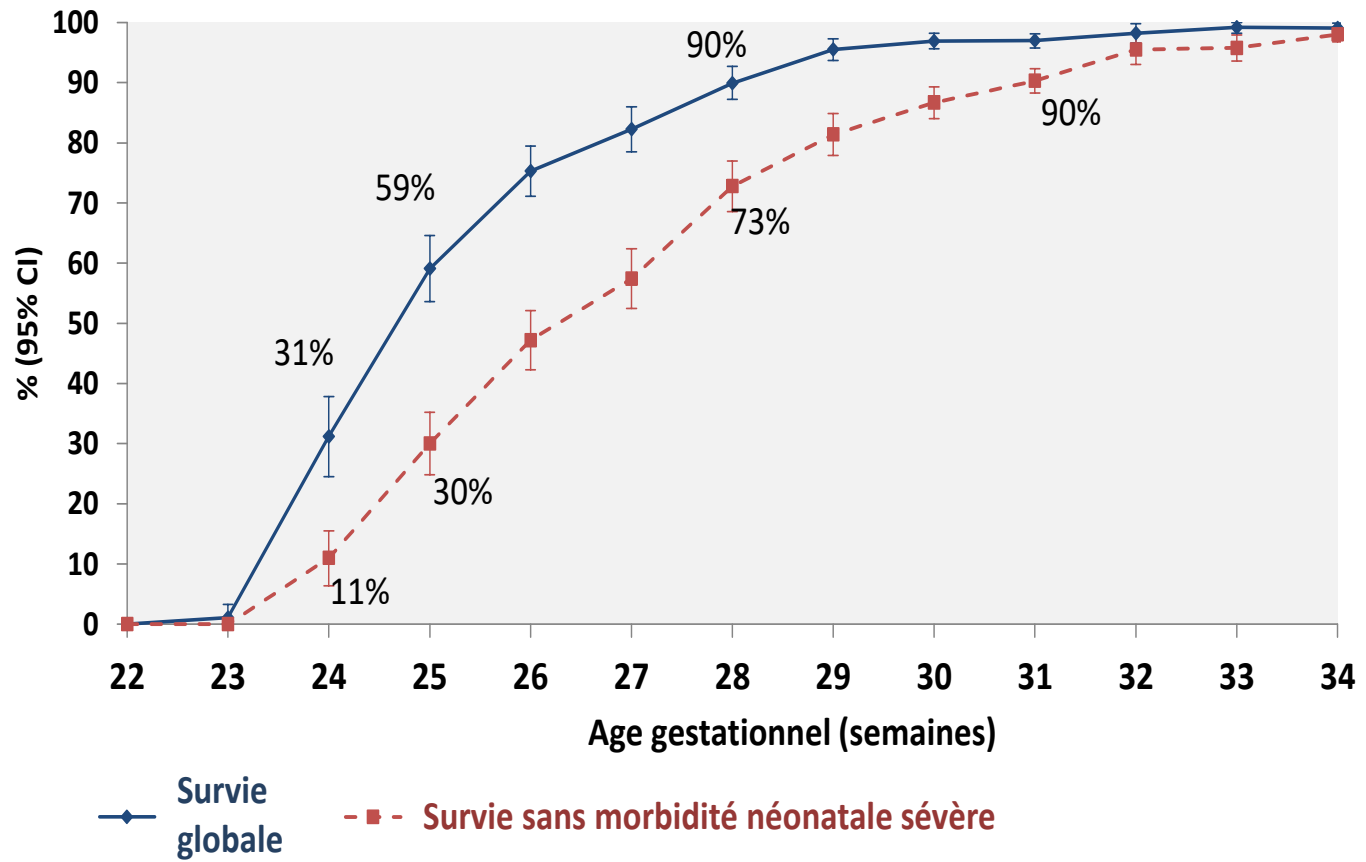
SURVIE DES ENFANTS EN 2011

AG	Naissances vivantes	SURVIE		IDF
		n	%	
	N	n	%	
22	58	0	0	0
23	89	1	1	0
24	186	58	31	
25	308	182	59	
26	413	311	75	(154/290)
Total < 27 SA	1054	552	52	53%
27	399	328	82	
28	457	411	90	
29	509	486	95	
30	680	659	97	
31	862	836	97	(708/764)
Total 27-31 SA	2907	2720	94	93%
32	271	266	98	
33	355	352	99	
34	581	576	99	(317/321)
Total 32-34 SA	1207	1194	99	99%

Survie globale par âge gestationnel (sorti vivant de l'hospitalisation néonatale) :

- pas de survie à 22-23 SA
- augmentation progressive de la survie à partir de 24 SA pour un taux > 95% à partir de 30 SA

Survie sans morbidité sévère



Avancées médicales et progrès techniques en réanimation néonatale

V. Zupan-Simunek, J.-L. Chabernaud, H. Razafimahefa, A. Boët, V. Lambert, D. Mitanchez

Principes généraux de prévention des complications du grand prématuré

- Transfert et naissance en centre périnatal de type 3
- Corticothérapie anténatale: accélération de la maturation et amélioration des processus d'adaptation à la naissance
- Application des recommandations concernant la réanimation et la stabilisation en salle de naissance
- Techniques d'assistance respiratoire les moins agressives possibles et respect des phénomènes d'adaptation
- Lutte contre l'hyperoxie et respect des objectifs de saturation artérielle en oxygène (SaO₂) (90–95 %)
- *Minitouch* et sollicitations minimales pendant les jours qui suivent la naissance (vulnérabilité maximale)
- Monitoring non invasif
- Promotion de l'allaitement maternel
- Traitements divers: caféine, vitamine A, érythropoïétine, L-thyroxine si hypothyroxinémie
- Nutrition entérale et parentérale optimale; mise à jour des recommandations
- Limitation des prélèvements (épargne sanguine)
- Prévention des infections nosocomiales: hygiène hospitalière, probiotiques, lactoferrine, prévention médicamenteuse des infections fongiques (fluconazole)
- Politique qualité à l'égard des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales

CHARTRE DU NOUVEAU-NÉ HOSPITALISÉ

Enjeu

enjeu

L'hospitalisation du nouveau-né est un réel défi pour tisser les liens familiaux et sureté des émotions intenses. Elle nécessite la mobilisation des ressources de tous pour offrir au bébé les meilleures chances de bien grandir. Les études scientifiques démontrent que la création du lien d'attachement entre le nouveau-né et sa famille, dès les premiers instants de vie, est primordial pour son bon développement. Le dialogue et la concertation entre les parents et les soignants se trouvent au cœur d'une prise en charge optimale du nouveau-né hospitalisé.

Conscients de ces enjeux, nous, parents de nouveau-nés hospitalisés et professionnels de la naissance, nous engageons à tout mettre en œuvre pour que le nouveau-né hospitalisé bénéficie :

1 

De la présence continue, dès la naissance, sans restriction, 24h/24, d'au moins l'un de ses parents, ou d'une personne de confiance.

Une personne choisissant d'être accueillie avec à deux personnes de confiance pour les troubles et de séjourner au long de l'hospitalisation.

2 

Des meilleures conditions pour créer le lien d'attachement avec ses parents (contact physique, bercement, échanges vocaux, alimentation) qui améliorent son état de santé et son bon développement.

Parents et soignants partagés dans leur conscience pour repérer ensemble le bébé, comprendre ses besoins et entrer en relation avec lui.

3 

Du contact peau à peau quotidien, avec au moins l'un de ses parents, ou la personne de confiance désignée par eux, le plus tôt possible, de façon prolongée au cours des 24h et jusqu'à la sortie.

4 

Du colostrum maternel (1^{er} lait) sans restriction d'âge gestationnel ou de poids, en l'absence de contre-indication médicale.

L'écritte soignante informe et accompagne le bébé dans le respect de l'ordre son ventre et le contact dans ses bras.

5 

De la possibilité de têter au sein ou au biberon, aussitôt qu'il montre la capacité à le faire, sans restriction d'âge gestationnel.

6 

D'un environnement confortable adapté à son développement sensoriel (lumière, son, odeur, goût, toucher).

7 

De la participation de ses parents aux soins qu'il reçoit avec l'accompagnement des professionnels de santé.

8 

De rôle protecteur de ses parents dans la prise en charge de l'inconfort et de la douleur en étroite coopération avec les soignants.

9 

Des informations accessibles et compréhensibles destinées à ses parents pour comprendre son état de santé et prendre soin de lui.

10 

D'une prise en charge individualisée, élaborée en concertation avec ses parents, et en accord avec la littérature scientifique la plus récente sur le sujet.

Éditeur de la Charte



État le patronage de




Avec le soutien de



Histoire clinique de Sam.

- Mère âgé de 21 ans
- G4P4, grossesse, datation précocoe , mais « mal suivie » sous Kardegic pour MFIU?
- 2 enfants en bonne santé
- Sérologies maternelles sans particularités
- Accouchement par césarienne code rouge sous AG à 28SA+2J pour bradycardie foétale +métrorragies maternelles
- Pas de corticothérapie
- Pas de Sulfate de magnésium

- 
- **APGAR 3/77**
 - **Aspiration , ventilation Neopuff jusqu' à 100% de FIO2 puis baisse des besoins en Fio2**
 - **Transfert sous VNI avec 25% de FIO2 en néonatalogie**

Evolution (I)

- Etat général : Hématomes+++ , PN à 1200 g(
- Respi : Finalement intubé et Curosurfé car augmentations des besoins en Fio2 ,et MMH à ma radio, mis en VACI +VG , sedation par sufentanyl
- Finalement extubation possible qu'à 7 jours de vie, relais CPAP, avec besoins FIO2 entre 35 et 40%
- Hémodynamique : troubles hémodynamiques (hypotension) , avec Nécessité d'amines par Dopamine + hydrocortisone
- Canal artériel large ayant nécessité un traitement par Ibuprofène à J2

Evolution(2)


- Sur le plan infectieux :
- Sur le plan des prothèses: KTVO , puis pose d'un KTEC
- Hemato :Transfusion le 17/07 puis le 20/07
- Sur le plan général très instable à partir de l'extubation , pas mal de désaturations, puis inconfortable à partir de J15 , avec suspicion d'infection nosocomiale non confirmée , se posant la question d'une réintubation

- Sur le plan infectieux : mis sous ATB pour infection nosocomiale non confirmé , puis arrêt

- Pneumo : très instable , nombreuses desaturations , enfant bronchodysplasique ++


- Sur le plan neuro: ETF à H24 : Pas d'HIV
ETF vers J5: HIV grade 2
ETF à 21 jours: HIV grade 3 , compliquée
d'une hydrocéphalie tétraventriculaire, avec
un indice de Levenne $>97^{\text{ep}}$, sans aspect
visible de leucomalacie pouvant expliquer
les inconforts de l'enfant




- 
- Discussion avec l'équipe de néonatalogie et de neurochirurgie de la réunion (Sud réunion): Préconisation de faire des PL évacuatrices (2 à 3 fois par semaine) +/- chirurgie en fonction de l'évolution clinique
 - IRM cérébrale + EEG à programmer :
 - PL douloureuses, « inconfortables », avec désaturations

Avis des parents

- Mère vue en entretien , à plusieurs reprises : initialement par rapport aux facteurs de mauvais pronostic (pas de corticothérapie , metrorragies, Hématomes diffus , troubles hemodynamiques..)
- Plutôt d'accord avec la prise en charge proposée
- Revu après l'extubation : désaturations fréquentes
- Revue pour explication hydrocéphalie , informée de l'avis du CHU reunion , plutôt d'accord avec les PL


- 
- Nombreux questionnements: incompréhensions, tensions dans la prise en charge de cet enfant entre équipe IDE/médecins :
 - Faut il réellement faire ces PL ?
 - Pourquoi ne pas réintuber l'enfant ?
 - Pourquoi ne pas donner des sédatifs ou des antalgiques plus forts (Morphine ?..)
 - Pourquoi ne pas mettre en place des soins « palliatifs » de confort ?

- 
- Avis des parents recueillis
 - Et l'enfant : qu'aurait il dit s'il pouvait s'exprimer?

Evolution


- Contrôle ETF 2 semaines après le début des PL évacuatrices



- 
- Résultats confirmés à l'IRM : stigmates d'HIV , pas d'hydrocéphalie , pas de leucomalacie
 - EEG : pas d'anomalies constatées
 - Actuellement en Air ambient , autonomie alimentaire , examen neuro semblant plutôt rassurant , enfant plutôt en bon état général , sortie à domicile envisagée

Problématiques rencontrées dans ce cas

- Prise en charge « compliquée » surtout pour les jeunes IDE non expérimentées +++
- Equipe médicale partagée sur la prise en charge , mais respect de la stratégie thérapeutique proposée , surtout avec l'avis du CHU de la reunion
- Sentiment de la part de l'équipe IDE de ne pas « trop » s'occuper de la souffrance de l'enfant , pourquoi ne pas donner des antalgiques
- Pronostic à un moment donné étant « réservé » : pourquoi alors continuer des soins actifs?
- Mère : plutôt « d'accord » de poursuivre les soins médicaux , tant qu'il y avait de l'espoir et de faire au mieux pour les soins de son enfant

- 
- Nécessité d'une discussion en équipe avec un personnel aguerri pour les prises en charge difficiles
 - Anticiper les difficultés
 - L'avis des parents
 - Chercher toujours à améliorer nos prises en charges

- 
- - **Témoignage de parents**