

# Menace sévère d'accouchement entre 23 et 26 SA: algorithme de prise en charge obstétrico-néonatale au CHUV

Drs HÉLÈNE LEGARDEUR<sup>a</sup>, LYDIE BEAUPORT<sup>b</sup>, YVAN VIAL<sup>a</sup> et MATTHIAS ROTH-KLEINER<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 350-3

La prise en charge des patientes à haut risque d'accouchement prématuré entre 23 et 26 semaines d'aménorrhée (SA) doit être faite par une équipe périnatale expérimentée. Afin d'améliorer la prise en charge des couples dans cette situation particulièrement difficile, nous avons élaboré un protocole commun entre obstétriciens et néonatalogues. Cette réflexion vise à uniformiser les pratiques au sein du CHUV et à assurer aux couples des soins personnalisés. Le pronostic fœtal ne dépend pas uniquement de l'âge gestationnel mais d'un ensemble de facteurs dont il est important de tenir compte dans la discussion avec les parents. Ainsi la corticothérapie, facteur pronostique majeur, doit être réalisée le plus rapidement possible en cas de menace sévère. L'injection ne doit pas être différée par la réflexion des couples sur les soins néonataux.

## Perinatal care for extremely preterm labor between 23 and 26 weeks: management in CHUV

Management of patients at high risk of extreme premature birth between 23 and 26 weeks should be performed by an experienced multidisciplinary team. In order to optimize guidance for couples with regard to this complex decision, we developed joint guidelines between obstetricians and neonatologists, in order to standardize practices and insure individualized care plans. Fetal outcome is not solely associated with gestational age but is multifactorial, and this should be considered when counseling parents. Thus, enhancement of fetal lung maturation, a major prognostic factor, should be promptly acted upon when delivery is anticipated. Antenatal corticosteroids should not be withheld while awaiting the parents' ultimate decision on neonatal care.

## INTRODUCTION

La prise en charge des extrêmes prématurés entre 23 et 26 SA a considérablement évolué au cours des dernières années.<sup>1</sup> Une réflexion autour de cette prise en charge est survenue dans notre département suite à plusieurs constatations:

- Un certain nombre d'enfants naissent dans la 24<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée sans avoir bénéficié d'une corticothérapie pour accélérer la maturation pulmonaire, induisant une réelle diminution de chance de survie. Parfois la corticothérapie n'a

pas pu être faite par manque de temps mais dans certaines situations, les patientes sont hospitalisées au prénatal et en «attente de discussion» pour cette corticothérapie.

- La prise en charge des extrêmes prématurés peut être divergente selon les praticiens, et l'information délivrée peut être subjective au regard de considérations éthiques, de l'expérience professionnelle et personnelle de la personne qui délivre l'information. Il semble donc important de pouvoir uniformiser cette prise en charge afin d'offrir aux couples une information non biaisée et la plus objective possible ainsi qu'une cohérence dans les soins.
- La définition de la limite de la viabilité est différente selon les pays ;<sup>2</sup> certains pays, comme la Suède ou le Japon débutent une réanimation dès 22 SA.<sup>3</sup> Les couples ont de plus en plus accès à ce type d'information et il nous semblait important de clarifier notre prise en charge, pour répondre à leur questionnement.

## PLACE DE LA CORTICOTHÉRAPIE

La corticothérapie, dont le but est d'accélérer la maturation pulmonaire du fœtus grâce à un passage transplacentaire, est un facteur pronostique majeur en réduisant la morbi-mortalité néonatale.<sup>4</sup> Pendant longtemps, le fait de débiter la corticothérapie a été synonyme de réanimation néonatale. La décision des parents, extrêmement difficile à prendre, entre réanimation néonatale ou soins d'accompagnement, conditionnait le moment du début de la corticothérapie. Le délai résultant de cette réflexion avant la première injection devenait un stress supplémentaire pour les couples. Ils pensaient que le fait de débiter la maturation pulmonaire impliquait forcément une réanimation néonatale. Aujourd'hui, l'obstétricien confronté à une menace sévère d'accouchement prématuré dans les 7 jours (par exemple: rupture prématurée des membranes, col < 15 mm, prééclampsie sévère, etc.) va débiter le plus rapidement possible la corticothérapie. Obstétriciens et néonatalogues vont ensuite, en binôme, proposer une information détaillée au couple sur la prise en charge néonatale adéquate à leur situation.

Le fait d'avoir débuté la corticothérapie n'est donc pas synonyme de réanimation néonatale. Il est capital de différencier ces deux points. La corticothérapie doit être débutée rapidement si la situation est menaçante pour améliorer le pronostic et ne pas diminuer les chances de survie en cas de décision de prise en charge active à la naissance. Mais la corticothérapie appliquée n'implique pas forcément une réanimation néo-

<sup>a</sup> Service d'obstétrique, Département femme-mère-enfant, CHUV et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>b</sup> Service de néonatalogie, Département femme-mère-enfant, CHUV et Université de Lausanne, 1011 Lausanne  
helene.legardeur@chuv.ch | lydie.beauport@chuv.ch | yvan.vial@chuv.ch | matthias. Roth@chuv.ch

natale si, après information, les parents ne souhaitent pas de prise en charge active à la naissance. Il peut aussi arriver que les parents changent d'avis concernant leur décision de non-réanimation dans l'urgence au moment de la naissance. Enfin, une prise en charge par les soins d'accompagnement à la naissance est possible même si une corticothérapie a été administrée dans les heures ou jours précédents.

La corticothérapie sera débutée dès 23 SA + 5 jours si la situation est jugée menaçante. Ce terme est arbitraire, mais a été défini par certaines conditions entre l'équipe d'obstétriciens et de néonatalogues.

Par contre, ceci ne signifie pas qu'il faille débiter aussi précocement une corticothérapie à toutes les patientes ayant des facteurs de risque d'accouchement prématuré (antécédent d'accouchement prématuré, col raccourci asymptomatique stable, placenta praevia). Pour rappel, la corticothérapie a un effet maximal dans les 7 jours suivant les injections.<sup>5</sup> Par conséquent, ces injections à des termes très précoces doivent être réservées à des situations menaçantes.

La corticothérapie ne sera également pas débutée si le fœtus présente des critères évidents de non-réanimation (retard de croissance intra-utérin (RCIU) majeur avec estimation de poids < 500 g, malformation fœtale compromettant le pronostic vital).

## AUTRES FACTEURS PRONOSTIQUES

Au-delà de la corticothérapie, d'autres facteurs pronostiques influent sur l'issue de ces enfants nés très prématurément. Tyson et coll. a évalué l'impact de différents facteurs pronostiques.<sup>6</sup> L'âge gestationnel, le poids fœtal, le sexe fœtal, le caractère singleton ou gémellaire sont des facteurs pronostiques aussi importants que la corticothérapie. Il a également montré que le fait d'avoir eu une corticothérapie complète améliorerait le pronostic fœtal de la même façon que de gagner une semaine d'âge gestationnel, de prendre 100 g de poids, d'être une fille plutôt qu'un garçon et que d'avoir une grossesse unique plutôt qu'une grossesse multiple.

Ainsi, dans l'évaluation pronostique, il est important de tenir compte de l'ensemble de ces facteurs. À âge gestationnel égal, en fonction de tous ces facteurs, le pronostic fœtal peut être tout à fait différent. Ainsi à 24 SA, en fonction de l'ensemble des facteurs pronostiques, les chances de survie peuvent varier énormément (par exemple: garçon, 400 g, grossesse gémellaire, sans corticothérapie: 11%; ou fille, 700 g, grossesse unique, avec corticothérapie: 72%).<sup>7</sup> Un algorithme tenant compte de tous ces facteurs, créé par Tyson, est disponible sur: [www.nichd.nih.gov/about/org/der/branches/ppb/programs/epbo/Pages/epbo\\_case.aspx](http://www.nichd.nih.gov/about/org/der/branches/ppb/programs/epbo/Pages/epbo_case.aspx)

En pratique, nous n'utilisons pas ces chiffres pour nos discussions avec les couples, qui sont issus de données américaines et ne reflètent pas le contexte suisse. Cependant, cet algorithme permet de comprendre le poids de tous les facteurs pronostiques dont il faut tenir compte. Par contre, une calculatrice similaire se basant sur les données suisses est disponible aux néonatalogues.<sup>8</sup>

## CLASSIFICATION EN ABCD

Compte tenu des facteurs pronostiques sus-cités, nous avons décidé d'utiliser la classification ABCD décrite par la Société suisse de néonatalogie,<sup>7</sup> modifiée dans notre protocole selon le **tableau 1**. Cette classification permet de raisonner en termes de pronostic dans une situation spécifique et pas uniquement en termes d'âge gestationnel.

En pratique, cette classification se fait lors d'une réunion commune entre obstétriciens, néonatalogues et sages-femmes, avant de rencontrer le couple. L'ensemble des facteurs pronostiques est exposé: grossesse singleton ou multiple, âge gestationnel vérifié avec l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre, estimation de poids fœtal récente, sexe fœtal, corticothérapie faite ou non, contexte de la menace d'accouchement (menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes, rupture prématurée, quantité de liquide amniotique, contexte de chorioamnionite, prééclampsie...). En fonction de tous ces éléments, une classification entre A, B, C ou D est faite de façon commune. Une fois que la situation a été classée, un

**TABLEAU 1** Stratification des conduites à tenir aux limites de la viabilité (situations B et C = zone grise)

CTG: cardiotocographe.

Situation	Charge des soins et handicap	Réanimation à la naissance	Conduite à tenir obstétricale	Commentaires
A	Non acceptable	Non indiquée	Pas de CTG Pas de césarienne pour indication fœtale	Les parents ne peuvent pas exiger des soins déraisonnables Soins palliatifs
B	Probablement non acceptable	Non indiquée Cependant acceptable dans certains cas	Si une réanimation est décidée, discuter de la voie d'accouchement en tenant compte du risque de la césarienne corporéale à ce terme précoce Si demande de réanimation: CTG et césarienne pour indication fœtale Si accompagnement: pas de CTG et pas de césarienne	L'avis des parents doit être respecté
C	Probablement acceptable	Indication sous condition Abstention acceptable dans certains cas	Si demande de réanimation: CTG et césarienne pour indication fœtale Si accompagnement: pas de CTG et pas de césarienne	L'avis des parents doit être respecté

entretien conjoint obstétricien/néonatalogue/sage-femme est fait avec le couple.

Sont classées en A toutes les situations où la réanimation néonatale n'est pas possible selon l'expérience de l'équipe. Dans cette situation, nous estimons que les parents ne peuvent a priori pas demander une réanimation contre notre avis. Il est donc important de bien se positionner dans l'équipe de façon collégiale avant d'aller voir les couples. En effet, dans certaines situations, l'équipe médicale peut décider que la réanimation imposerait des souffrances jugées inacceptables pour l'enfant.

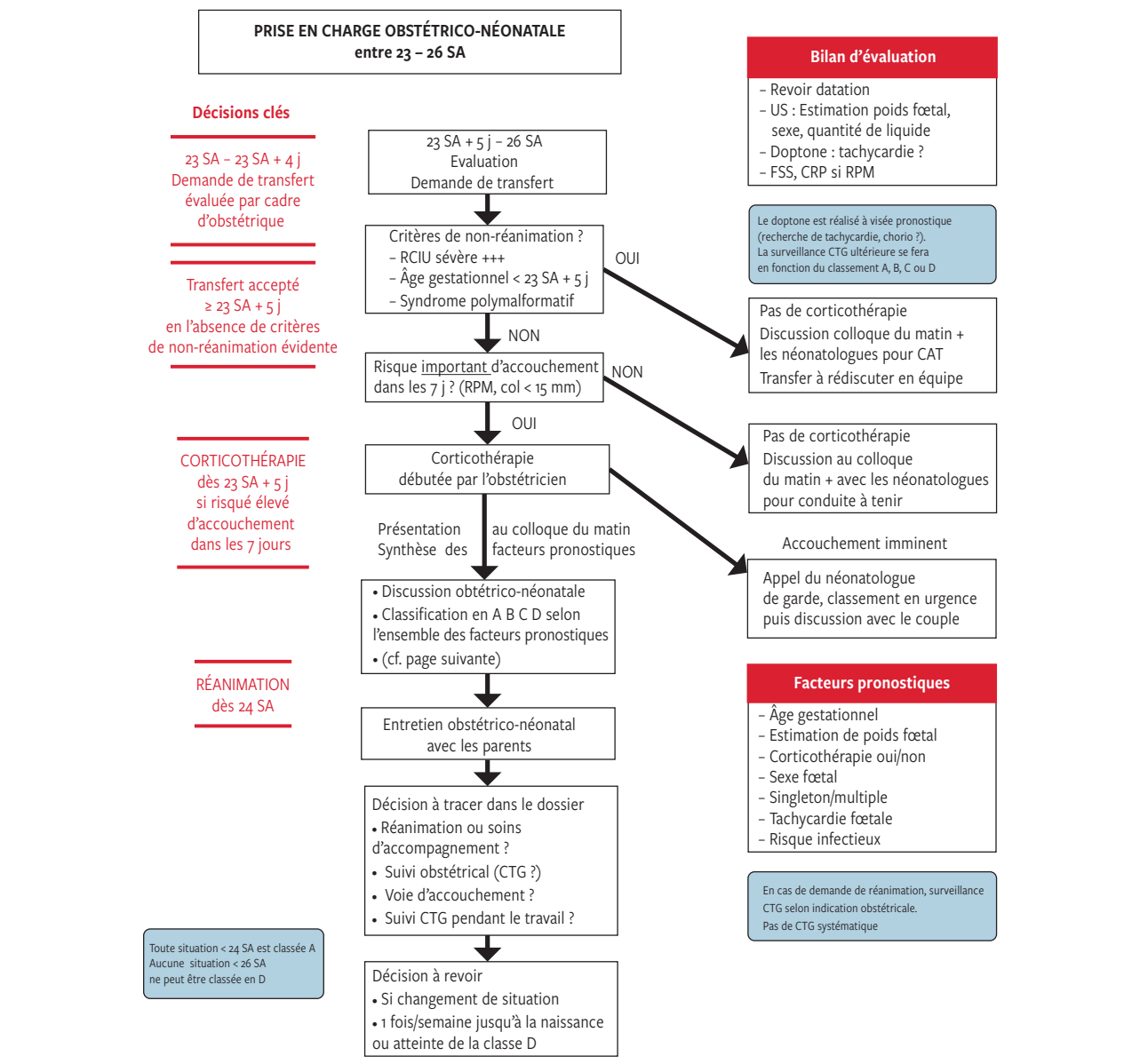
Sont classées en D les situations où la question de la réanimation ne se pose pas car évidente pour toute l'équipe. Dans le cas précis des extrêmes prématurés, aucune situation

n'est classée en D, car à cet âge gestationnel on ne peut pas imposer aux parents une réanimation s'ils ne le souhaitent pas.

Sont classées en B toutes les situations où la réanimation paraît déraisonnable pour l'équipe car le fœtus présente une majorité d'éléments de mauvais pronostic. Cependant, la prise en charge active à la naissance peut être entreprise si les parents, après information éclairée, demandent une réanimation néonatale.

Sont classées en C toutes les situations où la réanimation paraît raisonnable pour l'équipe car le fœtus présente une majorité d'éléments de bon pronostic. Cependant, si les parents ne souhaitent pas de prise en charge active, des soins d'accompagnement seront prodigués à la naissance.

**FIG 1** Algorithme de prise en charge obstétrico-néonatale entre 23 et 26 SA au CHUV  
RPM: rupture prématurée des membranes; CAT: conduite à tenir; CTG: cardiocotographe.



À savoir qu'il peut se présenter des situations exceptionnelles où une dérogation de cette classification semble la solution la plus raisonnable.

## ENJEUX OBSTÉTRICAUX

Cette classification va conditionner la surveillance fœtale prénatale, perpartum et la voie d'accouchement.

En cas de non-réanimation (situations A ou B et C lors de demande parentale de soins d'accompagnement), aucune surveillance fœtale ne sera entreprise au prénatal ni en perpartum. La voie d'accouchement sera une voie basse dans la mesure du possible sauf lors d'indication maternelle péremptoire.

Lors de césarienne, le risque d'une incision corporelle est grand à ce terme précoce. En cas de demande de réanimation néonatale, ce point doit être abordé explicitement avec le couple car une incision corporelle comporte des risques pour les grossesses ultérieures.

## PROTOCOLE DU CHUV

Le protocole mis en place est présenté dans la **figure 1**.

À ce jour, au CHUV, il a été décidé que la réanimation néonatale débiterait à 24 SA. La corticothérapie peut donc être débutée à 23 SA + 5 j afin de pouvoir bénéficier d'une corticothérapie complète à 24 SA. Ce qui signifie que toute situation < 24 SA est classée en A. Cette décision conforme aux recommandations suisses de néonatalogie<sup>7</sup> est tout à fait susceptible d'évoluer aux cours des prochaines années en fonction des avancées de la littérature, des progrès de la réanimation et de l'expérience de l'équipe obstétrico-néonatale et est à adapter éventuellement à des situations très particulières.

Toute patiente présentant une situation instable avec risque important d'accouchement entre 23 SA et 26 SA doit être évaluée. En l'absence de critères évidents de non-réanimation (RCIU majeur, malformation fœtale compromettant le pronostic fœtal) et si l'obstétricien juge la situation menaçante avec un risque d'accouchement dans les jours suivants, une corticothérapie est à débiter dès 23 SA + 5 jours. Ensuite, la situation est discutée de façon collégiale afin de la classer en A/B/C. Lors de l'entretien avec le couple, mené conjointement avec l'obstétricien et le néonatalogue, il est exposé la situation propre au couple et leur décision sur la prise en charge sera recueillie idéalement après un temps de réflexion de 24-48 h. L'équipe médicale ayant fait cet entretien restera l'équipe privilégiée en cas de nouvelles évaluations de situation ou de questions. La continuité des soins, la façon de délivrer l'information et la cohérence de celle-ci sont des éléments essentiels. Le fait de voir les parents de façon conjointe permet une cohérence dans le discours et par

expérience, cette façon de procéder sécurise les futurs parents. La discussion est consignée dans le dossier médical avec les conséquences en termes de surveillance fœtale et de voie d'accouchement. La situation est réévaluée régulièrement selon l'avancement de la situation et de l'âge gestationnel. En cas d'un accouchement imminent, la classification est faite par l'obstétricien et le néonatalogue de garde qui informeront le couple immédiatement après avoir classifié la situation en urgence.

## CONCLUSION

Notre standardisation de prise en charge de la prématurité extrême a grandement amélioré la collaboration entre néonatalogues et obstétriciens et contribue à une amélioration de la prise en charge souvent complexe de ces situations. Celle-ci nécessite des compétences et une expérience particulière. Ainsi le transfert in utero dans un centre périnatal expérimenté doit être considéré à partir de 23 SA en expliquant aux parents le but du transfert afin que leurs attentes soient réalistes.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- La collaboration obstétricien/néonatalogue/sage-femme dans une situation de menace d'accouchement sévère entre 23 et 26 SA permet d'améliorer la prise en charge des couples
- La discussion conjointe en amont et la traçabilité de la synthèse de l'entretien permettent d'optimiser la prise en charge en cas d'urgence
- La corticothérapie anténatale doit être faite dès que le risque d'accouchement est jugé élevé et ne doit pas être synonyme de prise en charge active à la naissance si les parents ne le souhaitent pas

- 1 Chen F, Bajwa NM, Rimensberger PC, et al. Swiss Neonatal Network. Thirteen-year mortality and morbidity in preterm infants in Switzerland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2016;101:377-83.
- 2 Seri I, Evans J. Limits of viability: definition of the gray zone. *J Perinatol* 2008;28:4-8.
- 3 Ochiai M, Kinjo T, Takahata Y, et al. Survival and neurodevelopmental outcome of preterm infants born at 22-24 weeks of gestational age. *Neonatology* 2014;105:79-84.
- 4 Roberts D, Brown J, Medley N, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD004454.
- 5 Roberts D, Dalziel SR. Antenatal

- corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004454.
- 6 \*Tyson JE, Parikh NA, Langer J, et al. Intensive care for extreme prematurity – moving beyond gestational age. *N Engl J Med* 2008;358:1672-81.
- 7 \*Berger TM, Bernet V, El Alama S, et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. *Swiss Med Wkly* 2011;141:13280.
- 8 Steurer MA, Adams M, Bacchetti P, et al. Swiss Neonatal Network. Swiss medical centres vary significantly when it comes to outcomes of neonates with a very low gestational age. *Acta Paediatr* 2015;104:872-9.