

 <p>Aux portes de la vie</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°30</b> version 1 page 1/3</p>
<p>Référence : RSN/PR/REA.P/030/A</p>		<p>Date de 1<sup>ère</sup> mise en service : 9/4/2013</p>

<b>Suivi des modifications</b>			
<b>N° version</b>	<b>Date de la modification</b>	<b>Objet de la modification</b>	<b>Faite par :</b>
1			

<b>Rédaction</b>	<b>Mise à jour</b>	<b>Vérification</b>	<b>Approbation</b>
Nom et fonction Drs DAGEVILLE/MAILLOTTE	Nom et fonction	Nom et fonction : CMS	Nom et fonction : Dr JC PICAUD
Date : 09/04/2013	Date :	Date :	Date :
Signature :  <b>Signé</b>	Signature :	Signature :	Signature :

### **Définitions ; principes**

- A partir de 26 SA le pronostic est "suffisamment bon" pour décider une prise en charge active (enfant a priori viable).
- En dessous de 24 SA le pronostic est très mauvais ; une prise en charge exclusivement palliative est totalement légitime (enfant a priori non viable).
- De 24 SA à 25 SA + 6J, 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.

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

CF. protocole "Prise en charge d'un transfert in utero (TIU)" : "Sauf exception, il n'y a pas d'indication fœtale de TIU avant la fin de la 24ème semaine d'aménorrhée. Au cours de la 25ème semaine d'aménorrhée, 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°30</b> version 1 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 : 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><b>PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU- NE A LA LIMITE DE LA VIABILITE EN NIVEAU II</b></p>	<p><b>Protocole Pédiatrique n°30</b> version 1 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