

Les conseils et la prise en charge en prévision d'une très grande prématurité

Ann L Jefferies, Haresh M Kirpalani; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né



RÉSUMÉ

En cas de très grande prématurité (accouchement entre la 22^{0/7} et la 25^{6/7} semaine d'âge gestationnel [AG]), les parents doivent souvent faire des choix complexes sur les soins de leur nourrisson. Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer en matière d'information, d'orientation et de soutien. Les parents qui font face à la naissance d'un très grand prématuré doivent avoir la possibilité de rencontrer les dispensateurs de soins obstétricaux et pédiatriques ou néonataux pour recevoir de l'information exacte sur le pronostic de leur nourrisson, transmise avec clarté et compassion. La prise de décision entre les parents et les professionnels de la santé doit découler d'un processus éclairé et partagé, et toutes les décisions de prise en charge doivent être consignées. Il est important de consulter un centre périnatal de soins tertiaires et d'y prévoir le transfert de la mère et du fœtus afin d'assurer leurs soins. Puisque la survie des nourrissons venus au monde avant 22 semaines complètes d'AG demeure rare, il est recommandé de ne pas intervenir, mais à 23, 24 et 25 semaines d'AG, il faut adapter les conseils sur les issues et la prise de décision à chaque nourrisson et à sa famille, compte tenu des facteurs qui influent sur le pronostic. Il faut prodiguer des soins palliatifs compatissants à tous les grands prématurés qui ne sont pas réanimés ou qui ne répondent pas à la réanimation.

Mots-clés : *Antenatal counselling; Ethics; Extreme prematurity; Resuscitation*

RECOMMANDATIONS conformes à la structure de GRADE (tableau 3)

1. Les parents aux prises avec la naissance d'un très grand prématuré doivent avoir l'occasion de discuter directement avec leur dispensateur de soins obstétricaux et avec un néonatalogiste ou un pédiatre. Si la situation le permet, les parents doivent pouvoir rencontrer leurs dispensateurs de soins plus d'une fois. (Solide recommandation)
2. Les parents doivent recevoir l'information la plus exacte possible au sujet de la possibilité de survie et des issues à long terme de leur nouveau-né, présentée de manière claire et compatissante. Il est conseillé de remettre de l'information écrite supplémentaire. Il faut également s'assurer que les parents comprennent toute l'information qui leur est transmise. (Solide recommandation)
3. La prise de décision entre les parents et les professionnels de la santé doit refléter un processus éclairé et partagé. Les aides à la décision peuvent être utiles pour les parents. (Solide recommandation)
4. Il faut consigner de manière explicite les discussions et les décisions portant sur la prise en charge du travail, le mode d'accouchement et l'intensité de l'intervention néonatale et les mettre à la disposition de tous les membres de l'équipe soignante. (Solide recommandation)
5. Il faut donner des conseils en continu. Si les décisions relatives aux soins du nourrisson changent, il faut le consigner clairement. Si la grossesse se poursuit, il faut fournir aux parents de l'information à jour. (Solide recommandation)
6. Les personnes qui s'occupent du bébé doivent obtenir l'information la plus exacte possible sur l'AG et l'évaluation du poids foetal. (Solide recommandation)
7. Lorsqu'on pense qu'une femme enceinte en est au moins à 22 semaines d'AG et qu'elle est à risque d'accoucher prématurément, son professionnel de la santé devrait consulter un spécialiste de la médecine fœtomaternelle et un néonatalogiste. (Solide recommandation)
8. Il est recommandé de transférer à un centre périnatal de soins tertiaires toutes les femmes qui risquent d'accoucher prématurément, qu'on croit au moins rendues à 23 semaines d'AG et dont le transfert est sécuritaire. Lorsqu'il est convenu de ne pas réanimer un très grand prématuré après une consultation avec un centre de soins tertiaires et une décision complète et éclairée prise par la famille, les dispensateurs de soins et la famille peuvent s'entendre pour ne pas transférer la mère. Il faut administrer des corticoïdes anténatals lorsqu'on envisage une prise en charge active. (Solide recommandation)
9. La césarienne non urgente n'est pas recommandée avant 24 semaines d'AG, à moins d'indications liées à la mère. (Solide recommandation)
10. Puisque la survie est rare à 22 semaines d'AG, une approche non interventionniste est recommandée, axée sur des soins de réconfort. (Solide recommandation)
11. À 23, 24 ou 25 semaines d'AG, il faut adapter les conseils sur les issues et la prise de décision quant à l'amorce d'un traitement actif, compte tenu de chaque nourrisson et de chaque famille. (Solide recommandation)
12. À 23 et 24 semaines d'AG, un traitement actif convient à certains nourrissons. (Faible recommandation)

13. La plupart des nourrissons de 25 semaines d'AG présentent une meilleure survie et une meilleure issue neurodéveloppementale; et un traitement actif convient, sauf en présence d'autres facteurs de risque importants. (Faible recommandation)
14. Lorsqu'on n'a pas précisé l'AG ou le plan de soins, il faut que des personnes en mesure de prendre le nourrisson en charge assistent à toutes les naissances de très grands prématurés. (Solide recommandation)
15. Tous les très grands prématurés qui ne sont pas réanimés ou dont la réanimation a échoué doivent recevoir des soins palliatifs compatissants, y compris de la chaleur et le soulagement de la douleur. (Solide recommandation)

REMERCIEMENTS: La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ainsi que le comité de bioéthique et le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie, a révisé le présent document de principes.

COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ DE LA SCP

Membres : Ann L Jefferies MD (présidente); Thierry Lacaze-Masmonteil MD; Leigh Anne Newhook (représentante du conseil); Abraham Peliowski MD; S Todd Sorokan MD; Richard Stanwick MD (représentant du conseil sortant); Hilary EA Whyte MB

Représentants : Michael S Dunn MD, représentant sortant, section de la médecine néonatale et périnatale de la SCP; Sandra Dunn inf. Ph. D., représentante sortante, Canadian Perinatal Programs Coalition; Andrée Gagnon MD, Collège des médecins de famille du Canada; Robert Gagnon MD, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Juan Andrés León, Agence de la santé publique du Canada; Eugene H Ng MD, section de la santé néonatale et périnatale de la SCP; Patricia A O'Flaherty M. Sc. inf., M. Éd., Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie; Lu-Ann Papile MD, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics; Haresh M Kirpalani MD

Conseiller : Robin K Whyte MD

Auteurs principaux : Ann L Jefferies MD; Haresh M Kirpalani MD

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Consultez la zone *Documents de principes* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.