

N° 347-Prise en charge obstétricale près de la limite de viabilité du fœtus

La présente directive clinique a été rédigée par le groupe de travail sur la prise en charge obstétricale près de la limite de viabilité du fœtus, révisée par le Comité de médecine fœto-maternelle, le Comité de pratique clinique – obstétrique, le Comité d'imagerie diagnostique et le Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques*, et approuvée par le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Noor Niyar N. Ladhani, MD, Toronto (Ont.)

Radha S. Chari, MD, Edmonton (Alb.)

Michael S. Dunn, MD, Toronto (Ont.)

Griffith Jones, MBBS, Ottawa (Ont.)

Prakesh Shah, MD, Toronto (Ont.)

Jon F.R. Barrett, MD, Toronto (Ont.)

Auteur-ressource : Dr. Noor Niyar N. Ladhani, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON.
noor.ladhani@sunnybrook.ca

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(9):792–804

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.011>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Résumé

Objectif : Le principal objectif de cette directive clinique est de formuler des énoncés de consensus qui guideront la pratique clinique et des recommandations liées à la prise en charge obstétricale des grossesses dont le fœtus est à un âge gestationnel près de la limite de viabilité, soit moins de 25 semaines et 6 jours (25+6 semaines) de gestation.

Utilisateurs cibles : Cliniciens participant à la prise en charge obstétricale de grossesses près de la limite de viabilité du fœtus.

Population cible : Femmes se présentant pour un possible accouchement près de la limite de viabilité du fœtus.

Données : La présente directive clinique résume la littérature publiée et énonce un consensus général sur la prise en charge des grossesses près de la limite de viabilité du fœtus. Ce consensus porte notamment sur les consultations et le transfert de la mère, l'administration prénatale de corticostéroïdes et de sulfate de magnésium, le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale et les considérations liées au mode d'accouchement. Nous avons interrogé les bases de données Medline, Embase et Cochrane au moyen des mots-clés « extreme prematurity », « borderline viability », « preterm », « pregnancy », « antenatal corticosteroids » et « mode of delivery ». Les résultats ont été étudiés et les articles pertinents ont été lus. Nous avons également consulté les références des articles retenus et les documents citant des études pertinentes. Les données

Tous les auteurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

*Membres du Groupe de travail : Keith Barrington, MB, Montréal (Qc); Jennifer Blake, MD, Ottawa (Ont.); Donna Brown, MN, Toronto (Ont.); Joan Crane, MD, St. John's (T.N.-L.); Ann Jefferies, MD, Toronto (Ont.); Griffith Jones, MBBS, Ottawa (Ont.); Shoo K. Lee, PhD, Toronto (Ont.); Kellie E. Murphy, MD, Toronto (Ont.); Renato Natale, MD, London (Ont.); Eugene Ng, MD, Toronto (Ont.); Kirsten Niles, MD, PhD, Toronto (Ont.); Nan Okun, MD, Toronto (Ont.); Kate Robson, MEd, Toronto (Ont.); Prakesh Shah, MD, Toronto (Ont.); Anne Simmonds, RN, PhD, Toronto (Ont.); Amanda Skoll, MD, Vancouver (C.-B.).

Mots clés : Borderline viability, extreme prematurity, antenatal corticosteroids, magnesium sulfate for fetal neuroprotection, mode of delivery, delayed cord clamping, cord milking, maternal transfer, maternal place of care

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

ont ensuite été présentées pendant une réunion de consensus, et les énoncés ont été formulés.

Méthodes de validation : Les recommandations et le contenu ont été élaborés par le groupe de consensus formé d'experts en médecine fœto-maternelle, en médecine néonatale, en soins infirmiers périnataux, en défense des intérêts des patients et en éthique. Le Conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a approuvé la version finale avant publication. La qualité des données probantes a été évaluée à partir des critères de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) [référence 1].

Avantages, inconvénients et coûts : Une approche multidisciplinaire devrait être adoptée pour conseiller les femmes dont la grossesse est près de la limite de viabilité du fœtus et leur famille. La littérature semble indiquer que les interventions obstétricales améliorent les issues néonatales; si une réanimation active est prévue, des interventions obstétricales actives devraient être envisagées.

Mise à jour de directives cliniques : Une revue des données probantes sera menée cinq ans après la publication de la présente directive clinique afin de déterminer si une mise à jour complète ou partielle s'impose. Cependant, si de nouvelles données probantes importantes sont publiées avant la fin du cycle de cinq ans, le processus pourrait être accéléré afin que certaines recommandations soient mises à jour rapidement.

Parrains : La présente directive clinique a été élaborée à l'aide de ressources financées par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et le Programme pour les femmes et les bébés du Centre Sunnybrook des sciences et la santé.

Recommandations

1. Les femmes devant prendre des décisions au sujet de la prise en charge obstétricale et néonatale d'une grossesse dont le terme est extrêmement éloigné devraient être conseillées par une équipe multidisciplinaire. Les données relatives à la survie néonatale varient à l'échelle mondiale et les données nationales et régionales sont des éléments importants de la consultation. Les données devraient être interprétées compte tenu du fait que la prise en charge périnatale influence les issues (Faible, Moyenne).
2. Lorsque c'est possible, les femmes dont la grossesse est périvable devraient se voir offrir un transfert vers un centre de niveau 3. Cependant, ce transfert peut ne pas être nécessaire si une décision claire et éclairée de ne pas prodiguer de soins intensifs au bébé en cas d'accouchement a été prise et si des soins spécialisés de confort peuvent être prodigués au centre d'origine. La décision de transférer ou non la mère devrait tenir compte de l'âge gestationnel, du poids fœtal estimé et des préférences parentales. Les praticiens devraient connaître les options de prise en charge des très grands prématurés et devraient pouvoir joindre des praticiens spécialisés pouvant les conseiller au besoin. Les fournisseurs de soins doivent être conscients des difficultés et des perturbations associées au transfert et devraient préparer les femmes et leur famille au processus et aux issues potentielles (Forte, Moyenne).
3. Une échographie de premier trimestre devrait être offerte à toutes les femmes enceintes, surtout lorsque des facteurs de risque d'accouchement prématuré sont présents. La valeur du poids fœtal estimé par échographie dans la prise de décisions liées aux interventions obstétricales doit faire l'objet d'études (Forte, Basse).
4. En période périvable, des corticostéroïdes prénataux devraient être administrés après une prise en considération attentive du risque d'accouchement et des désirs de la famille quant à la réanimation. Si on s'attend à ce que l'accouchement se produise dans les sept jours et qu'une réanimation complète est prévue, les femmes ne devraient recevoir qu'un seul traitement de corticostéroïdes prénataux (Forte, Moyenne).
5. À l'heure actuelle, l'administration d'une dose de secours de corticostéroïdes ne devrait pas être recommandée lorsque le traitement initial a été administré avant la 25^e semaine de gestation, car les avantages et les risques liés à l'administration d'une dose supplémentaire n'ont pas été prouvés. D'autres études sont nécessaires (Forte, Moyenne).
6. L'administration de sulfate de magnésium aux fins de neuroprotection devrait être effectuée après une évaluation attentive du risque d'accouchement et des avantages du traitement. Si l'accouchement est imminent et qu'une réanimation complète est prévue, l'administration de sulfate de magnésium chez les femmes dont le terme de la grossesse est extrêmement éloigné devrait être faite selon les protocoles locaux et selon la directive clinique de la SOGC (Forte, Moyenne).
7. La réalisation d'une césarienne de routine chez les femmes dont le terme de la grossesse est extrêmement éloigné devrait être évitée, sauf en cas d'indications maternelles (Forte, Haute). En cas de présentation anormale du fœtus ou d'autres indications obstétricales, il faudrait discuter des limites des données et avoir recours à une approche multidisciplinaire pour prendre une décision tenant compte des issues maternelles et fœtales quand une prise en charge néonatale active est prévue (Forte, Moyenne).
8. Lorsqu'une prise en charge néonatale active est prévue, un monitoring fœtal intrapartum continu devrait avoir lieu. Les paramètres d'interprétation devraient être utilisés avec prudence par les professionnels de soins ayant de l'expérience avec les grossesses dont le terme est éloigné ou extrêmement éloigné (Faible, Basse).
9. Il est recommandé de retarder le clampage du cordon chez les très grands prématurés. Si le clampage retardé n'est pas possible, la traite du cordon devrait être envisagée (Forte, Moyenne).

SIGLES

CSP	corticostéroïdes prénataux
HIV	hémorragie intraventriculaire
MFÉ	monitorage fœtal électronique
MgSO ₄	sulfate de magnésium
PFE	poids fœtal estimé
SDR	syndrome de détresse respiratoire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5695839>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5695839>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)