



Prématurité

Cours orthophonistes 2019

Dr Stéphanie Biscaye, CCA
Arnaud de Villeneuve

3 niveaux de PEC

Niveau 1:

- NN > 37SA sains
- Toujours avec la maman

Niveau 2 :

- A: NN > 34SA, > 1800g, sans DR ni KTC
- B: NN > 32SA, > 1500g +/- VNI, KTC

Niveau 3 : Réanimation néonatale

Prématurité

Prématuré = enfant né avant 37 SA révolues	
Prématurité modérée	32 à 36SA+6j
Grande prématurité	28 à 31SA+6j
Très grande (extrême) prématurité	22 à 27SA+6j

Incidence de la prématurité : 7-8%

Incidence prématurité modérée : 80 -85%

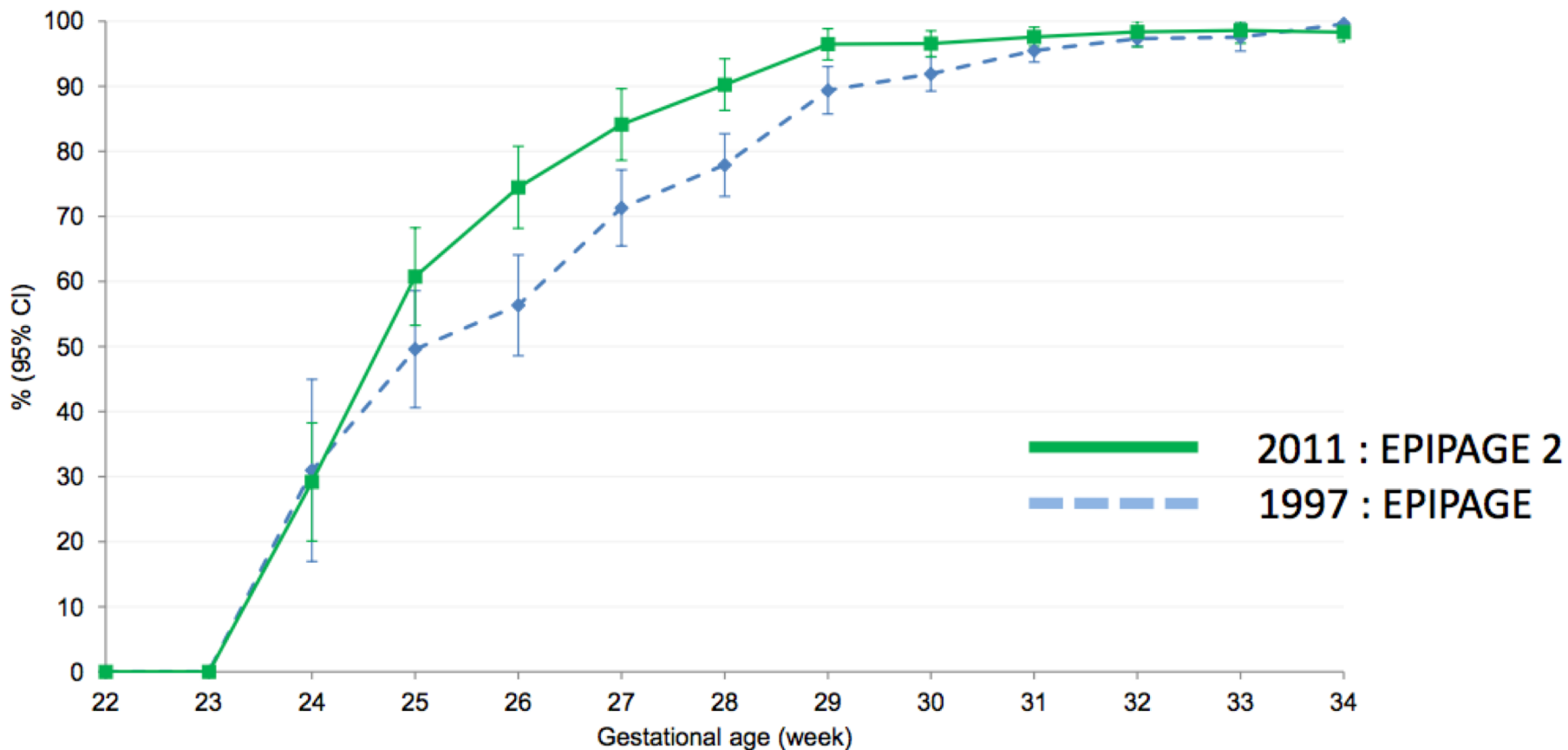
Incidence de la très grande grande prématurité : 0,5%

Plus forte cause de morbi-mortalité périnatale :

- 50% paralysie cérébrale
- 50% décès

Survival and Morbidity of Preterm Children Born at 22 Through 34 Weeks' Gestation in France in 2011: Results of the EPIPAGE-2 Cohort Study

Survie globale à la sortie d'hospitalisation – Evolution entre 1997 (Epage 1) et 2011 (Epage 2)



Taux de survie EPIPAGE 2, France 2011

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

Taux de survie et de survie sans morbidité sévère EPIPAGE 2, France 2011

Terme	Survie	Survie sans morbidité sévère
24 SA	31%	41%
25 SA	59%	54%
26 SA	75%	65%
27 SA	82%	72%
28 SA	90%	83%
29-31 SA	> 95%	86-93%
> 32 SA	> 98%	> 96%

Morbidité sévère :

HIV grades III-IV et LMPV

ECUN stades II ou III (classification de Bell)

ROP \geq 3

DBP sévère : ventilation mécanique ou CPAP ou FiO₂ \geq 30% à 36 SA

Facteurs de risque

Spontanée (60%)	Causes maternelles	FdR de MAP	Antécédent de MAP ; Niveau SE bas ; Tabac, toxique ; Âge maternel < 18 ans et > 35 ans ; Multiparité
		Causes générales	Infections ; Pathologies chroniques
		Causes loco-régionales	Malformations utérines ; Béance cervico-isthmique
	Causes ovulaires	Causes fœtales	Grossesses multiples ; Anomalies chromosomiques, malformations fœtales
		Causes annexielles	Chorioamniotite, RPM ; Hydramnios
Induite (40%)	Causes maternelles	Pré-éclampsie avec signes de gravité ; HRP ; Placenta Praevia hémorragique ; Décompensation pathologie générale	
	Causes fœtales	RCIU sévère ; Allo-immunisation Rhésus ; Asphyxie fœtale	
Idiopathique			

NAISSANCE

- Présence du pédiatre avant la naissance
- Matériel prêt et vérifié
- Prévention de l'hypothermie :
 - Température de la salle > 24°
 - Table de réanimation et incubateur préchauffé
 - Sécher
 - Mise dans un sac plastique (< 1500g)
 - Bonnet
- Aspiration pharyngée et des choanes

EVALUATION INITIALE

Score d'Apgar (à 1, 5 et 10 min)

Signes de détresse respiratoire :

- Score de Silverman
- Ventilation au masque +/- CPAP ou intubation

Signes de choc (septique, hypovolémique,...)



APGAR	0	1	2
Battements Cardiaques	Absents	< 100/min	≥ 100/min
Mouvements Respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Vigoureux, avec cris
Tonus musculaire	Nul	Faible (légère flexion des extrémités)	Fort (quadriflexion, mouvements actifs)
Coloration	Bleue ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Globalement rose
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible (grimace)	Vive (cris, toux)

Score de Silverman

Signe Cotation		0	1	2
	B alancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale
	B attement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
	T irage intercostal	Absent	Modéré	Intense et sus-sternal
	E ntonnoir xyphoïdien	Absent	Modéré	Intense
	G eignement expiratoire	Absent	Audible au stéthoscope	Audible à l'oreille

Bébé Tire En Geignant

SURVEILLANCE INITIALE EN REANIMATION

Thermorégulation :

- Déséquilibre entre thermogénèse limitée et thermolyse intense
- Incubateur, avec autorégulation de la température et de l'humidité (au moins 80%)
- L'hypothermie aggrave morbidité et mortalité

Cardio-respiratoire :

- FC (Scope = 100-160/mn)
- PA (PAM \geq AG)
- FR (40/min)
- SaO₂, normes en fonction du terme et de l'apport d'O₂



RESPIRATION

En VS, LN ou CPAP :

- Surveillance FR, SaO₂, apnées, signes de lutte
- Aspirations régulières et en cas de malaise
- Essai sevrage à adapter à la tolérance de l'enfant



Intubé :

- MMH : instillation de surfactant
- Surveillance FR, SaO₂, paramètres du respirateur : VAC ou OHF
- GDS, monitoring transcutané
- Aspirations régulières et en cas de malaise
- Confort
- Dysplasie broncho-pulmonaire



ALIMENTATION

1-Entérale

- Précoce :
 - Tétée ou alimentation par sonde naso/oro gastrique
 - A partir de 32- 34 SA, faire téter
- Lait de mère (< 1600g)
- Lait maternel cru (> 32 SA, > 1500g)
- Augmentation progressive selon tolérance digestive.
- Enrichissement en protides, sels minéraux, vitamines, fer



ALIMENTATION

2-Parentérale

- Dès l'arrivée +++
- KTVO, VVP, KTEC
- Poche standardisée ou poche nutritionnelle personnalisée
- Apports glucidique protidique et lipidique + calcium dès J1 : soluté tertiaire
- Supplémentation progressive en ions , vitamines, sels minéraux
- Nécessité d'optimiser les apports caloriques

ALIMENTATION

3-Surveillance digestive

- Régurgitation, résidus
- Transit : **premier méconium**
- Abdomen : ballonné, dépressible, **sensibilité**, circulation collatérale, tâche bleutée
- ECUN !!

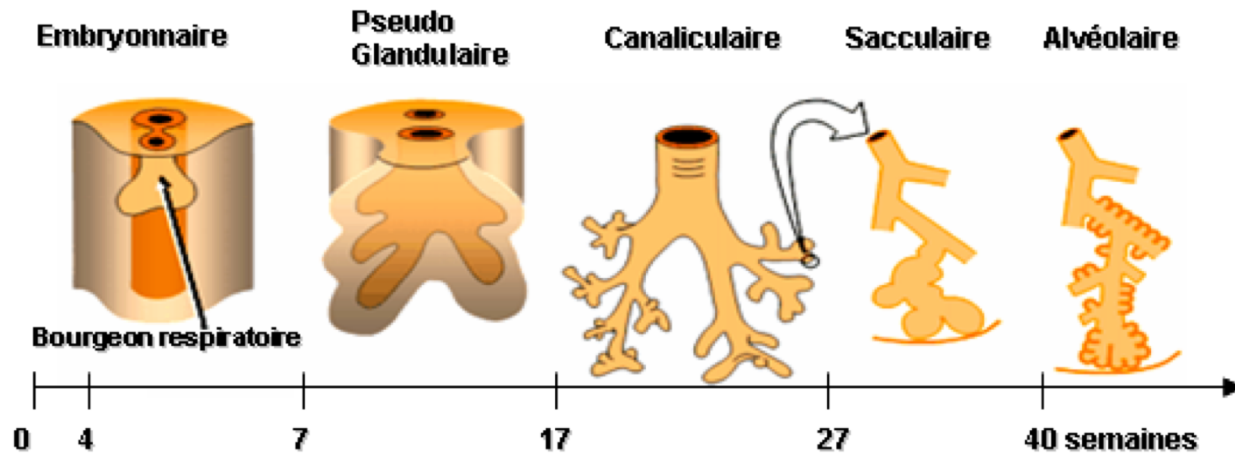
4-Poids

- Surveillance quotidienne initiale (déshydratation 10%)
- Perte de poids la première semaine de vie
- Reprise du PN vers J10
- Œdème de la grande prématurité

COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

1. MMH
2. DBP et l'insuffisance respiratoire chronique
3. Apnées /Malaises

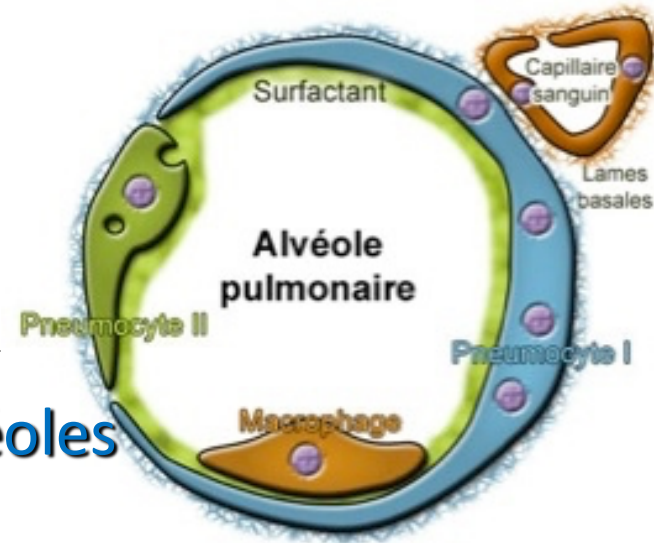
DÉVELOPPEMENT PULMONAIRE



Les stades du développement pulmonaire

22-24SA : surfactant

Le surfactant pulmonaire



✓ Substance tensio-active bordant les alvéoles

✓ Rôle:

- Stabilité mécanique de l'alvéole

✓ Sécrété par les pneumocytes II

✓ Surfactant fonctionnel qualitativement et quantitativement à 35-36 SA

✓ Entre 24 et 36 SA, risque de MMH par déficit en surfactant

1. MMH

Insuffisance respiratoire immédiate
= déficit en surfactant avec collapsus alvéolaire

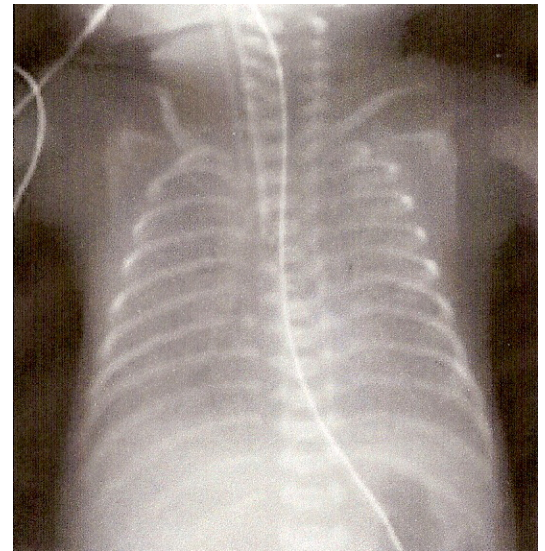
Clinique : détresse respiratoire

Score de Silverman

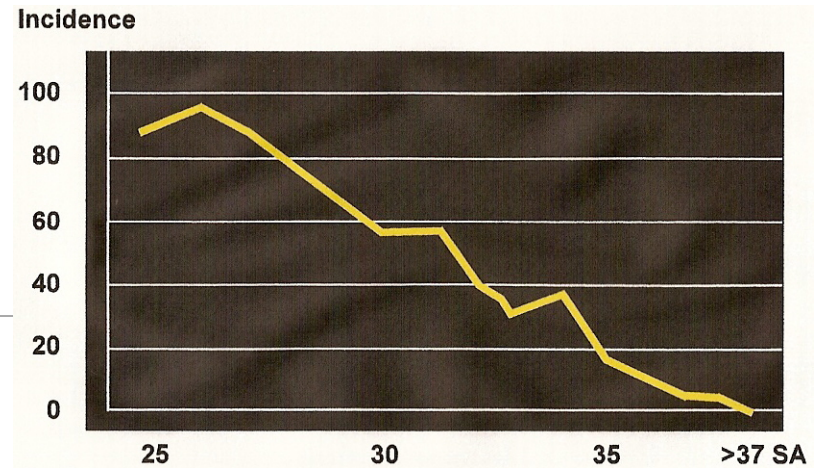
Oxygénodépendance

Radiographie du thorax

Opacité alvéolaire



Traitements



Symptomatique par ventilation mécanique ou VNI avec **PEP**

Etiologique = **surfactant exogène**

- Curosurf[®] (surfactant naturel)
- Instillation intratrachéale, pas d'aspiration endotrachéale pendant 6h
- Efficacité +++ (morbidité et mortalité), + efficace quand donné tôt
- Ventilation et FiO₂ les plus basses possibles

Préventif : **corticothérapie anténatale ++**

2. DYSPLASIE BRONCHOPULMONAIRE

De modérée à sévère → Insuffisance respiratoire chronique du prématuré

- Sévère : Oxygéo-dépendance à 36 SAC
- En pratique O₂ dépendance dans les premières semaines = pré-dysplasie
- Instabilité +++
- Facteurs étiologiques multiples
 - = impact de divers facteurs d'agression sur un poumon très immature
- Incidence: fonction de la prématurité (en 2008)
 - 10% < 33 SA
 - 40% < 28 SA

Evolution DBP

De 0 à 3 ans

- Oxygénothérapie
 - 10% des DBP
 - 3 à 6 mois en moyenne
- Encombrement décompensation respiratoire
 - Ré-hospitalisation 1 fois sur 2 (VRS)
- Retards de croissance staturo-pondérale
- Accès cyanose ou malaises
- Risque de mort inattendu
- Synagis (Ac antiVRS) et vaccin antigrippal, effet cocooning

Et après ?

- Régression des symptômes respiratoires
- Wheezing sporadique chez ¼ des patients à 7ans
- HRB plus fréquent à l'adolescence
- IRC à l'âge adulte dans les formes les plus sévères
- Adaptation à l'effort?

3. APNÉES/MALAISES

Apnée : Arrêt respiratoire > 5 sec (officiellement 20s)

- +/- ralentissement FC = bradycardie (< 100/min)
- +/- désaturation (< 85 %)

Gravité selon fréquence et retentissement

CAT en fonction de la CAUSE

Causes et traitements

- **Centrale** : Caféine, CPAP, Dopram, ventilation invasive
- **Obstructive** : positionnement, désobstruction, CPAP, traitement anti reflux
- Mixte

CARDIO-VASCULAIRE

- Hémodynamique : hypotension (PAM = AG), coloration, diurèse. Mesure brassard moins fiable que PA sanglante
- Persistance d'un canal artériel et sa tolérance
- HTAP (malaise ++ lors des stimulations, différentiel de saturation pré et post ductale)
- Surveillance KTVO, KTAo ou KTEC

COMPLICATIONS HÉMODYNAMIQUES

1. Hypotensions artérielles initiales
2. CA persistant
3. HTAP

1. HYPOTENSION ARTERIELLE

Normes

- « PAM \geq AG
- Littérature

Table 2 Lower 95% CI for MAP (mm Hg) vs gestational age (weeks)

<i>Gestational age</i>	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
0-12 hours	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	31	32	33
13-24 hours	20	22	23	25	27	28	29	30	32	33	35	36	37

Toujours à interpréter en fonction de

- La FC
- La diurèse
- L'état général, le TRC, la coloration, les thérapeutiques
- Reprendre plusieurs fois si doute

1. HYPOTENSION ARTERIELLE

Causes : hypovolémie, sepsis sévère, persistance du canal artériel (vol diastolique donc TAD basse), sédation mal tolérée

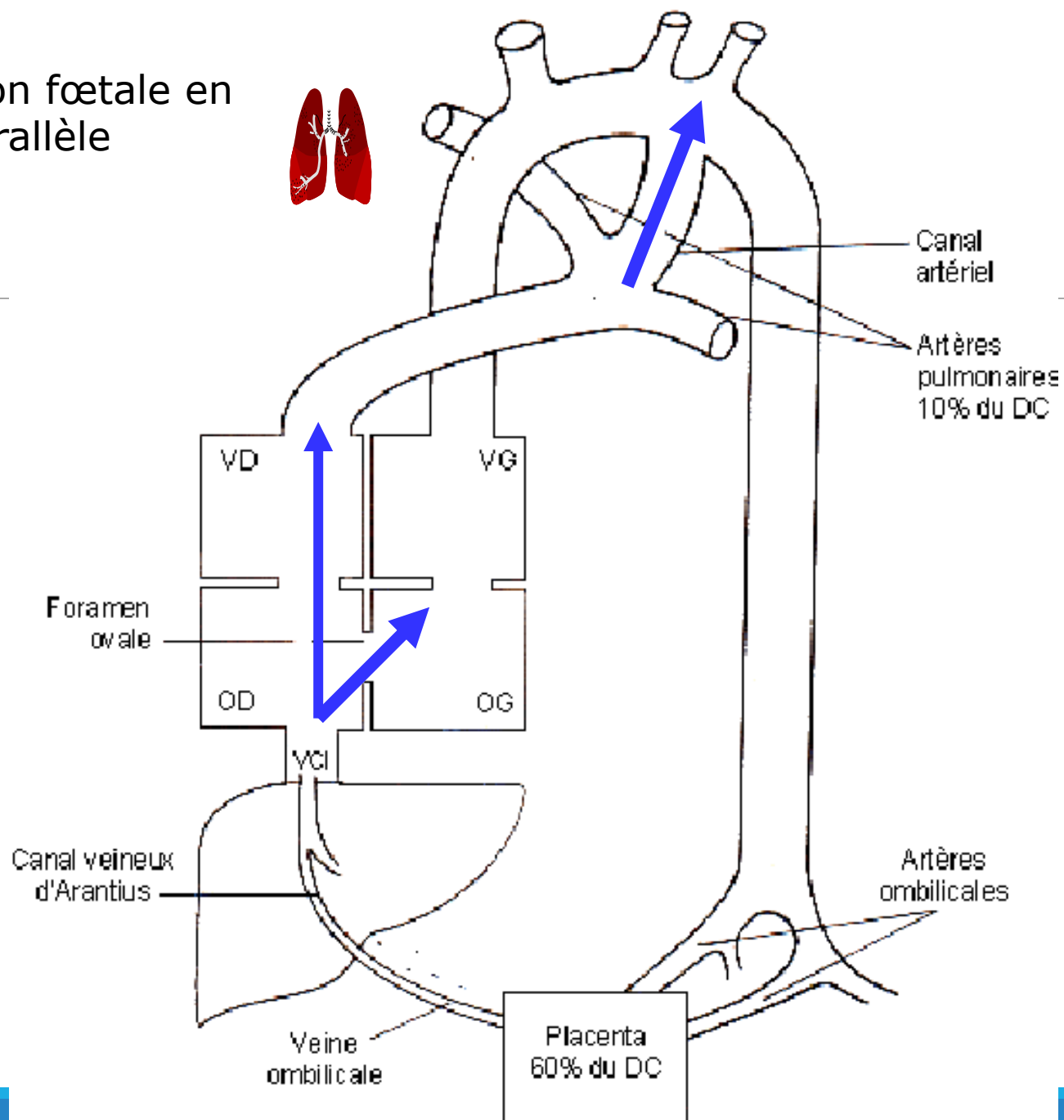
⇒ Intérêt de l'échographie cardiaque pour guider la thérapeutique

Traitement, fonction de la cause

- Remplissage SSI ou CGR (20 ml/kg)
- Amines
- Traitement d'un CA...

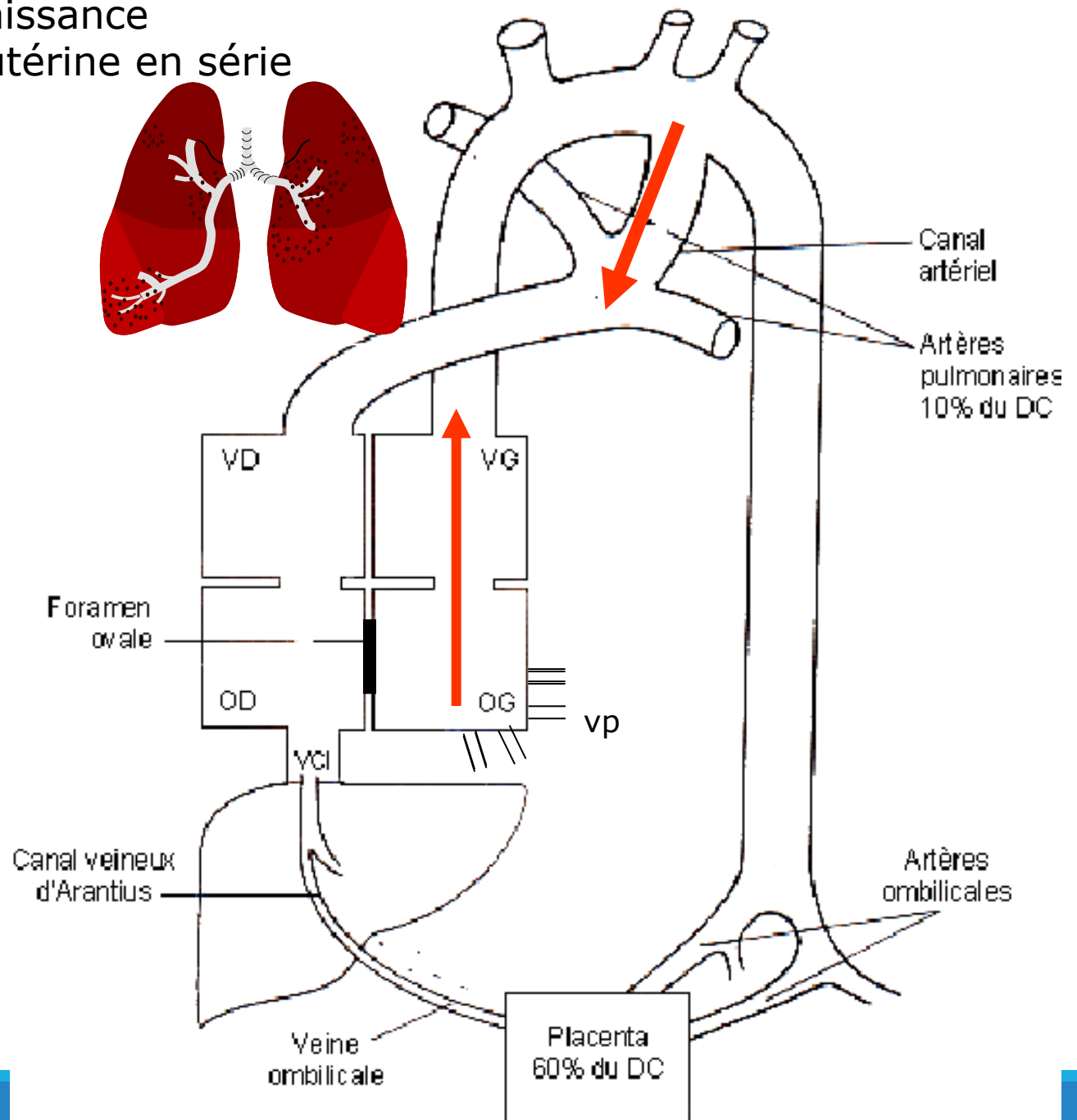
2. CANAL ARTERIEL

Circulation fœtale en parallèle



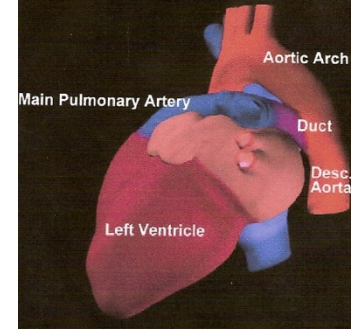
Après la naissance

Circulation extra-utérine en série



CANAL ARTÉRIEL

Après la naissance



- Normalement, fermeture fonctionnelle en 72h
- Conséquences de la persistance du CA **Shunt gauche-droit**

Modifications hémodynamiques

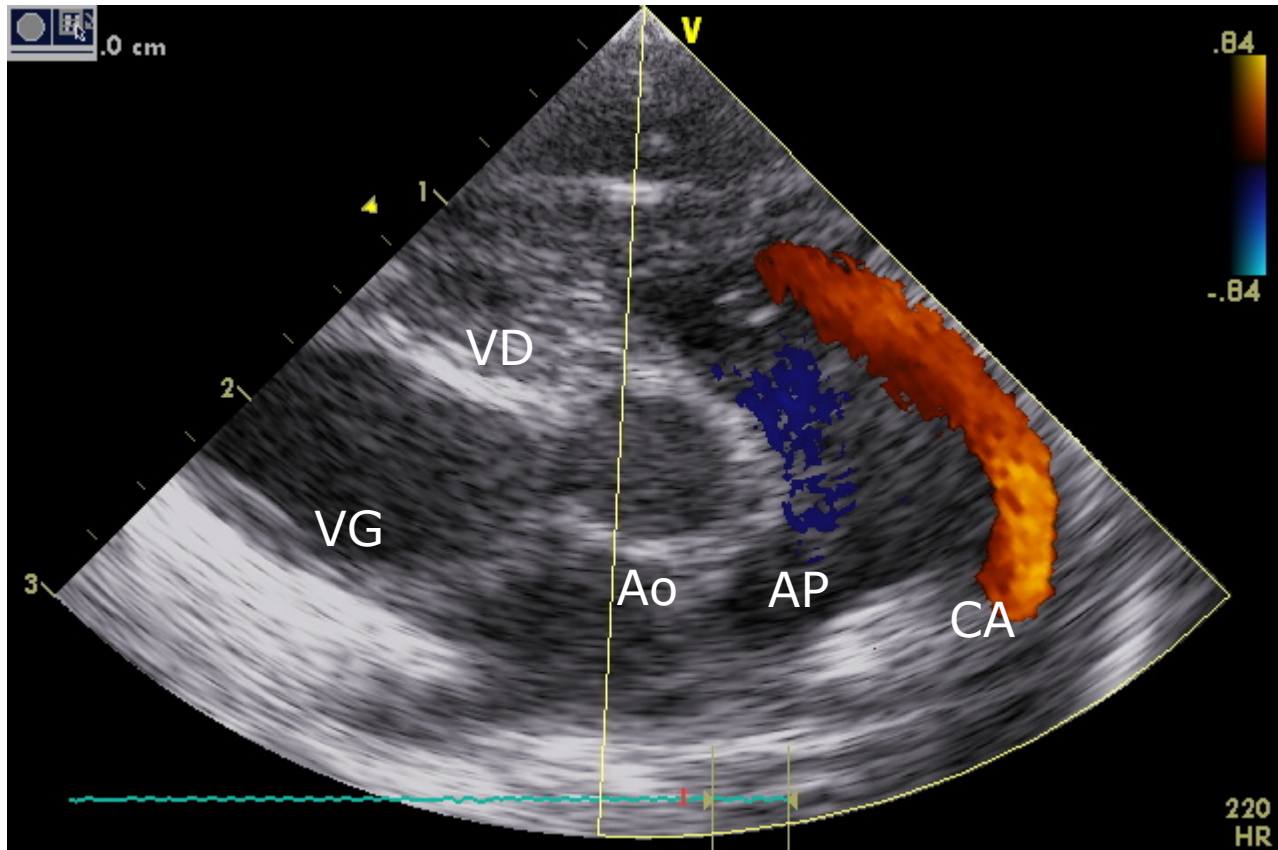
- ↑ du débit et des pressions pulmonaires
- **Surcharge du cœur gauche (dilatation de l'OG)**
- **Vol sanguin diastolique systémique (cerveau et tube digestif)**

Complications

- Pulmonaires
- Cardiaques
- Cérébrales et digestives et rénales

PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL

- ✓ Inversement proportionnelle à AG ; prématurité +++
- ✓ Diagnostic :
 - Clinique peu sensible (souffle, PAM basse à cause de la PAD)
 - Différentiel de saturation MS droit (préductal) et postductal
 - **ECHOCARDIOGRAPHIE ++++**
 - Dans les 24^{ères} h chez tous les < 29SA,
 - A répéter si CA présent
- ✓ Traitement
 - Restriction hydrique
 - **Ibuprofène** 10 mg/kg à J1 puis 5mg/kg J2 et J3
 - ! Attention aux complications rénales et digestives



3. Hypertension artérielle pulmonaire : HTAP

Physiopathologie : Persistance de résistances vasculaires élevées dans la circulation pulmonaire et dans les cavités droites

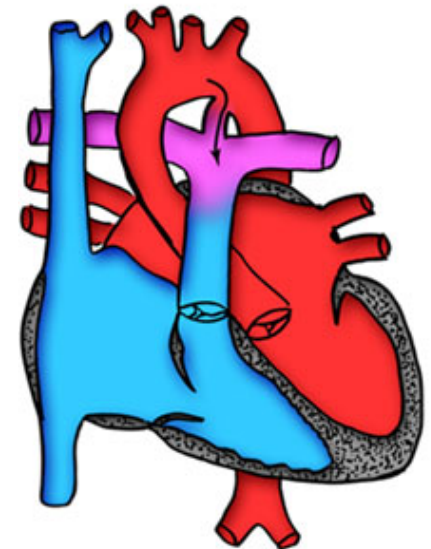
Conséquence : Shunt **droit-gauche** par le canal artériel +/- le FO

Clinique :

- Différentielle de SaO₂ sus (main droite) et sous ductale
- Labilité saturation, ++ aux stimulations

Traitement :

- Monoxyde d'azote (NO) inhalé
- Traitement PO/IV dans des situations rares



COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

1. Hémorragie intra-ventriculaire

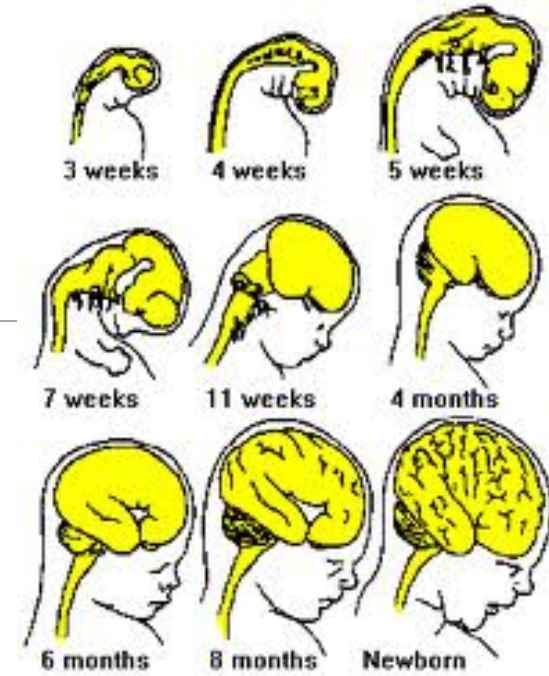
2. Leucomalacie péri-ventriculaire

Lésions à haut risque LPV-HIV 3 et 4 à ADV 2002-2004 :

- 10% 29-32 SA
- 20 % \leq 28 SA

DÉVELOPPEMENT CÉRÉBRAL

- Production neuronale
- Migration neuronale
- Neuritogénèse (axones et dendrites)
- Synaptogénèse
- Myélinisation → 2 ans



→ Explique séquelles et possible récupération par **plasticité neuronale** + intérêt **rééducation précoce** (avant 2 ans, idéalement avant 1 an)

1. HÉMORRAGIE INTRA VENTRICULAIRE 1 et 2

→ Bon pronostic

HIV 1 = sous-épendymaires

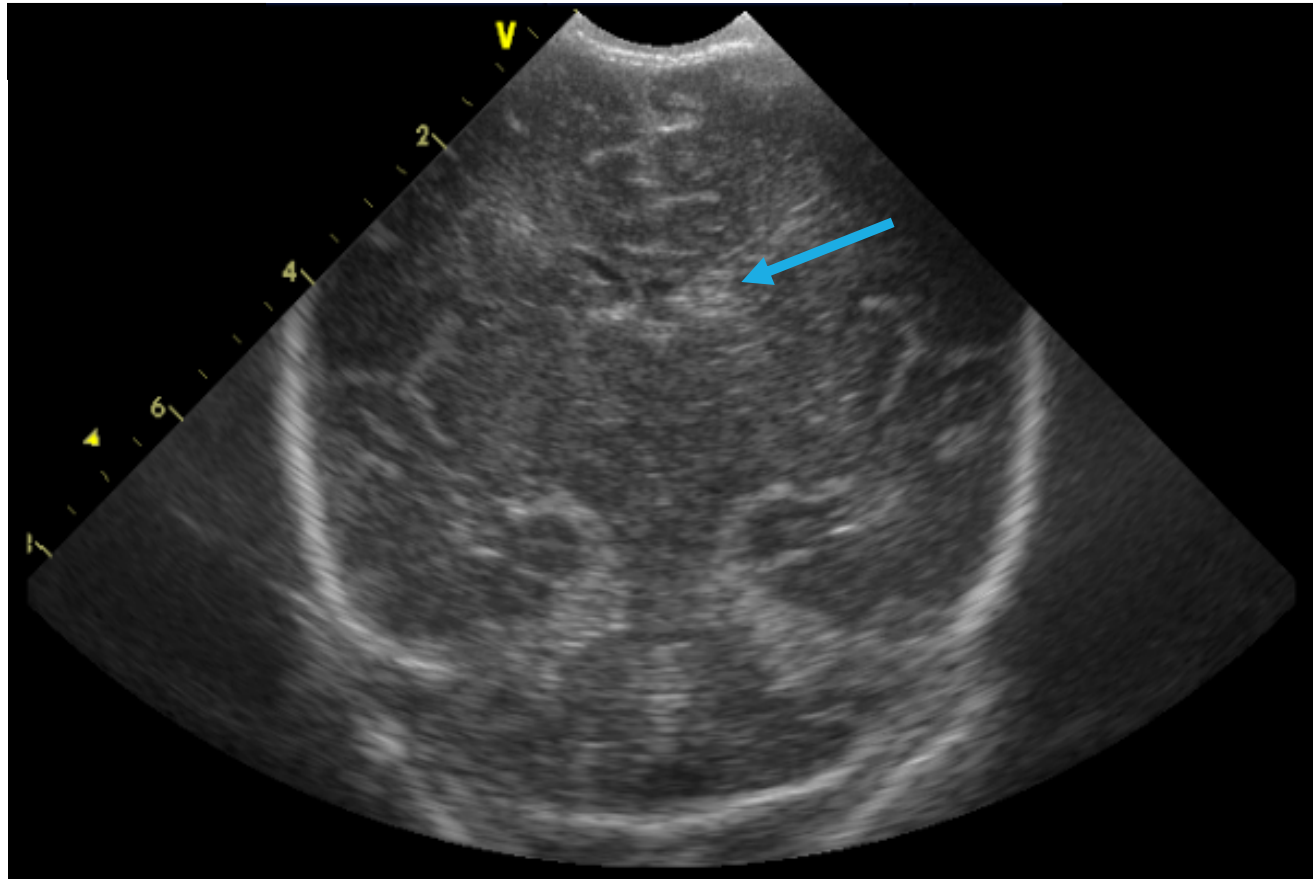
- Fréquentes 50 à 70% < 35SA
- Pas de retentissement clinique en général
- Cicatrisation

HIV 2 = intra-ventriculaires

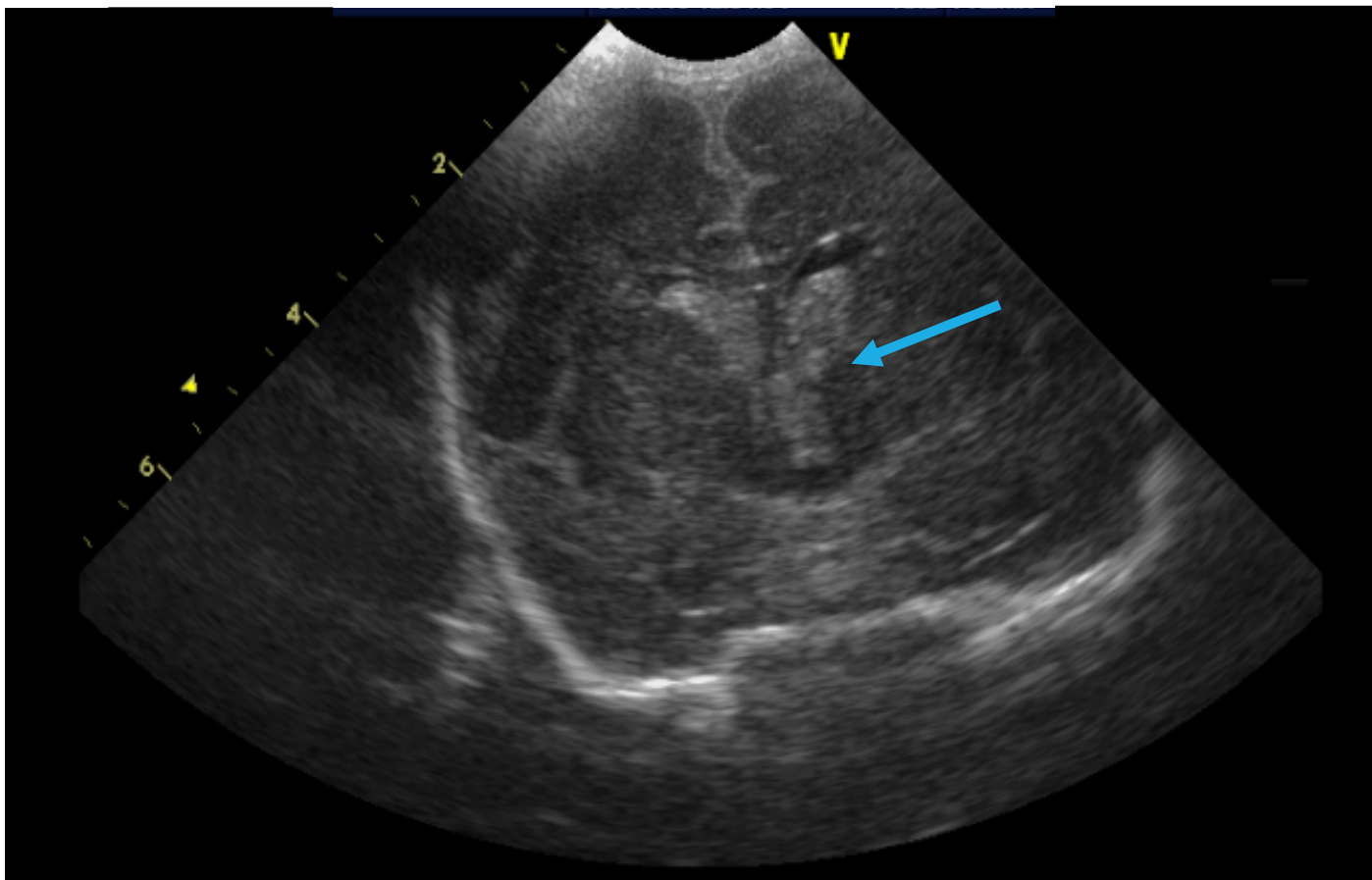
- Effraction de sang dans les ventricules
- Pas ou faible retentissement

Diagnostic ETF
Bon pronostic
< 5% de séquelles

Hémorragie sous-épendymaire : grade I



HIV sans dilatation : grade II



HÉMORRAGIE INTRA VENTRICULAIRE 3 et 4 :

→ Pronostic plus réservé

HIV 3 = HIV + dilatation

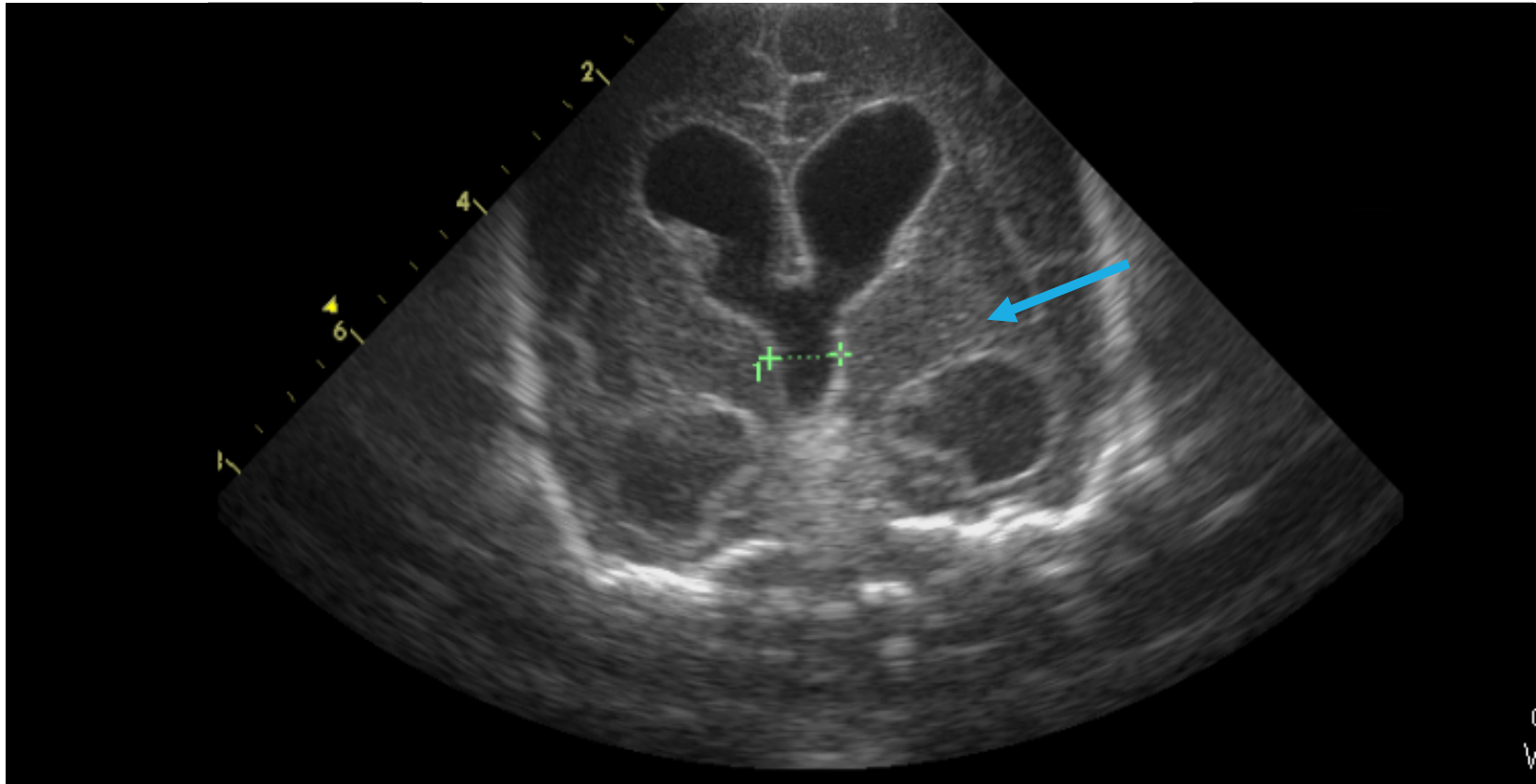
- Degré de la dilatation
→ risque d'HTIC
- Caractère uni ou bilatéral
- PL déplétive, réservoir, dérivation

HIV 4 = HIV + atteinte du parenchyme

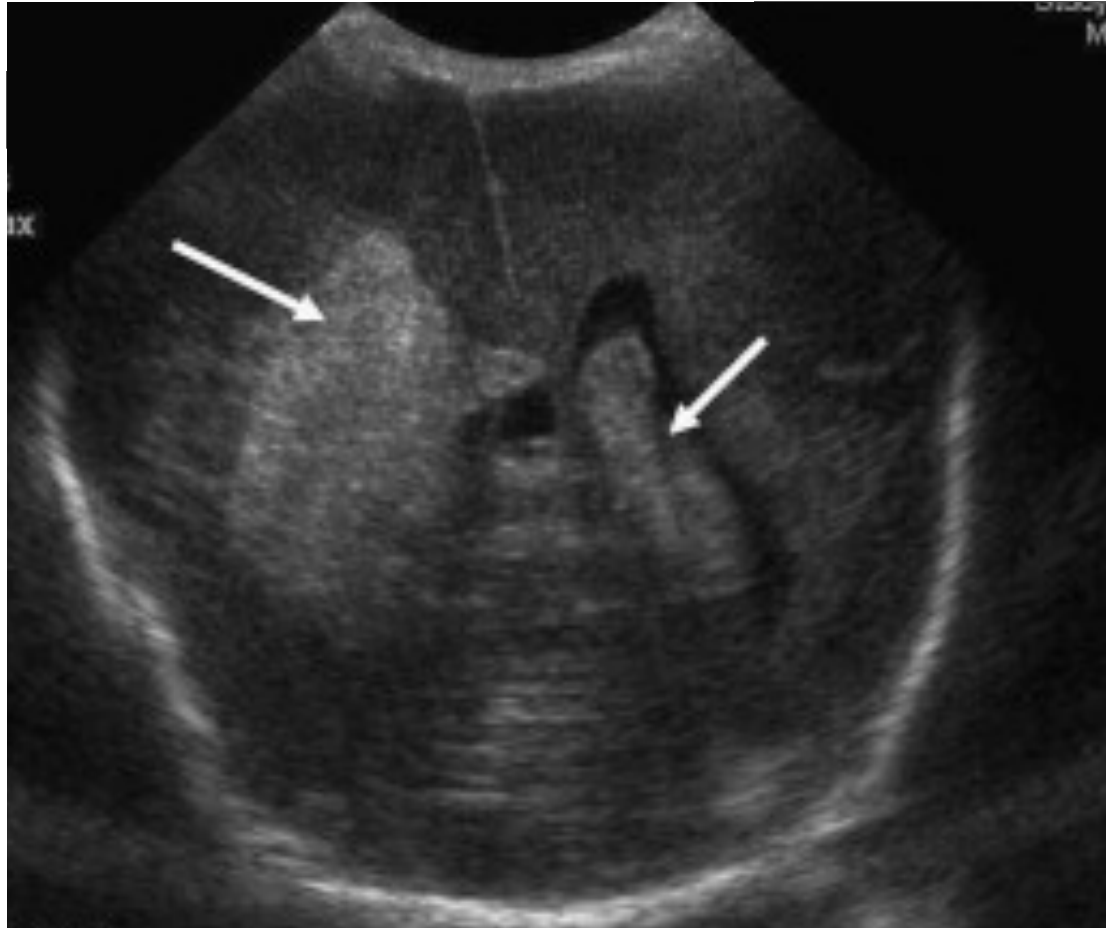
- Uni ou bilatéral
- Étendue des lésions parenchymateuses

- Possible dégradation clinique à la phase aiguë (déglobulisation, hypoTA, bradycardie, aréactivité, fontanelle tendue)
- Diagnostic = ETF / anémie
- Pronostic réservé : dépend localisation atteinte parenchymateuse
- 80% paralysies cérébrales

HIV avec dilatation des ventricules : grade III



Hémorragie intra-parenchymateuse grade IV



Surveillance neurologique en RNN

Clinique : tonicité, réactivité, comportement, mouvements anormaux (convulsions cliniques rares), PC/semaine

ETF régulières dont au moins 2 les 10 premiers jours de vie, puis 1 fois / semaine jusqu'à 3 à 4 semaines de vie puis autour terme corrigé

- HIV (attention au PC/j si HIV3 : dilatation/PL/réservoir)
- LMPV

EEG réguliers dont le 1^{er} dans la 1^{ère} semaine de vie

- Convulsions
- Tracé de fond : maturité
- PPR : polypointe rolandique, très mauvais pronostic

→ Suivi adapté au terme de naissance, **prolongé**

Principales séquelles d' hémorragie intracérébrale

Paralysie cérébrale : diplégie, tétraplégie

Atteintes visuelles :

- Strabisme
- Apraxie visuo-motrice
- Amputations du champs visuel

Atteintes auditives :

- Diminution de l'acuité auditive
- Troubles du langage

Difficultés scolaires et psychologiques

Retards intellectuels

Prévention de l'HIV

- **Corticothérapie anténatale**
- Prévention de l'hypothermie
- Prévention de l'hypovitaminose K

2. Leucomalacie péri-ventriculaire

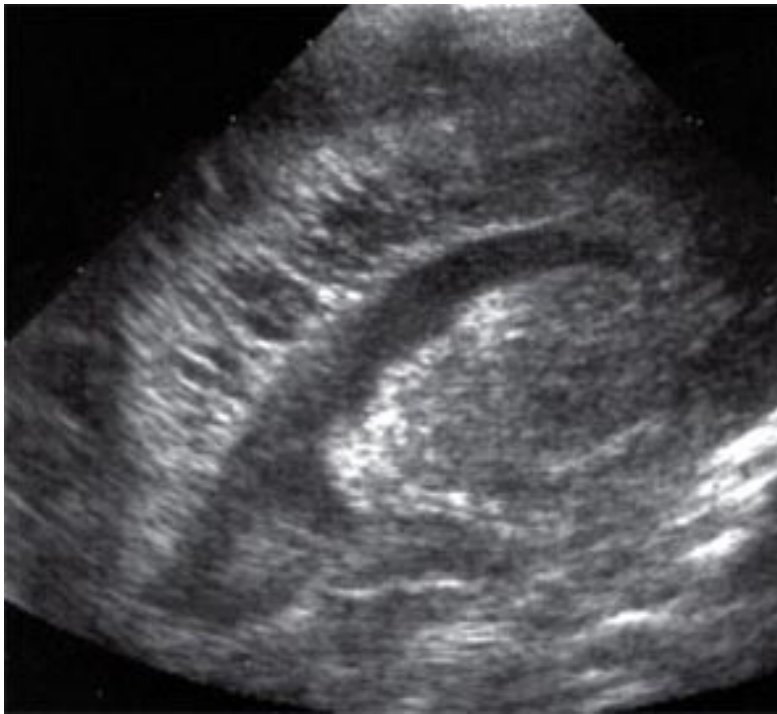
- Facteurs de risque
 - Prématurité (5 à 10 % des grands prématurés)
 - **RPM**
 - **Chorioamniotite**

Elle a peu de traduction clinique en période néonatale.

- ETF : hyperéchogénicités de la substance blanche périventriculaire évoluant vers des cavités (lésions de nécrose)
- IRM cérébrale : préciser l'étendue des lésions
- EEG (PPR)

→ Facteur de risque majeur de séquelles neuro-développementales à long terme

Leucomalacie péri-ventriculaire



Lésions de nécrose de la substance blanche périventriculaire

EPIPAGE : devenir neuro-développemental à 5 ans

- 9 % paralysie cérébrale
- Déficience visuelle modérée 2%, sévère 1%
- Déficience auditive sévère 0,4%
- K ABC : PMC < 70 : 12% des < 32 SA ; 20% < 28 SA (3% des NNAT)
- Trouble du Comportement : 20 % chez < 32 SA (10% des NNAT)
- Hyperactivité : 17% des < 32 SA (10% des NNAT)
- Troubles émotionnels : 20% des < 32 SA (9% des NNAT)

8 ANS

- 95 % en classe ordinaire
- 19% ont redoublé une classe contre 5% chez NNAT

EPIPAGE 2 (2011) : Premiers résultats à 2 ans

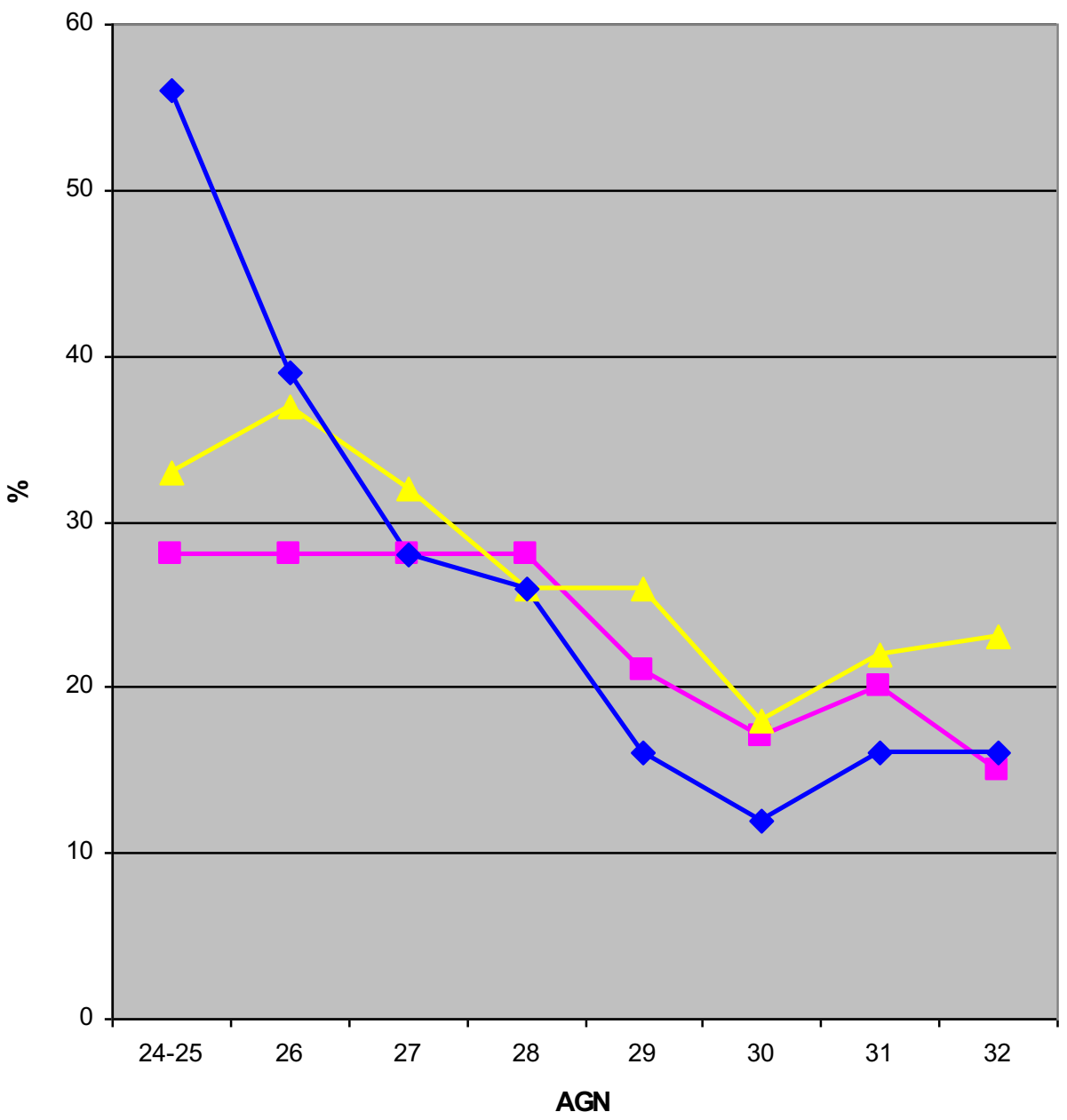
Paralysie cérébrale (50% marche autonome) :

- ✓ < 27SA : 7%
- ✓ 27-31SA : 4%
- ✓ 32-34SA : 1%

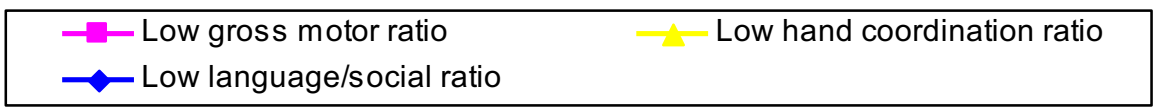
Surdité unilat/ bilat : 1,4% / 0,6% / 0,5% (p=0,28)

Cécité unilat/bilat : 0,7% / 0,3% / 0,2% (p=0,51)

Retard de langage : 34-24-18% (p < 0,001)



- Langage et comportement social
- Motricité fine
- Motricité globale



Prises en charge éducatives spécifiques de l'enfant grand prématuré à 5 et 8 ans : résultats de l'étude EPIPAGE

Marret S et al. Archives de Pédiatrie 2009

Tableau III

Comparaison des prises en charge à 5 ans des enfants nés à 24-32 semaines selon le type de déficience à 5 ans (N = 1812).

	a - Déficiences motrices ou sensorielles ¹					
	Sévères ²		Modérées ³		Mineures ⁴	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Centre spécialisé						
- Depuis la naissance	(48)	90	(22)	87	(130)	44
- Actuellement	(48)	76	(22)	83	(130)	36
Soins spécifiques à 5 ans	(48)	88	(22)	87	(129)	66
Soins spécifiques à 5 ans (avec consultations psy > 5 fois)		86		87		58
- Kinésithérapie	(46)	77	(21)	77	(127)	45
- Orthophonie	(40)	51	(21)	27	(124)	20
- Psychomotricité/Ergothérapie	(44)	73	(19)	80	(122)	22
- Psychiatrie/ Psychologie	(33)	41	(13)	54	(113)	34
nb consultations > 5 fois		9		23		8

Prise en charge en dehors de l'école

- **8 ANS :**
 - 50% de soins 24-32 SA
 - 31% d'orthophonie des 24-32 SA
 - 28 % soins médico-psychologiques des 24-32SA

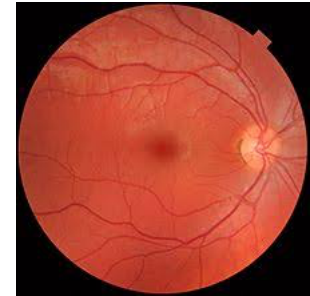
Un certain nombre d'enfants considérés comme normaux à 5 ans ont besoin d'orthophonie + suivi psy à 8 ans

SENSORIEL

Les sens sont fonctionnels déjà in utero

Fond d'œil :

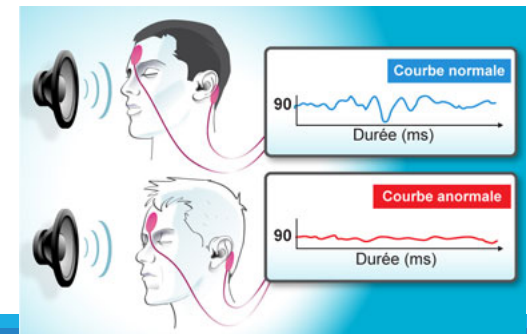
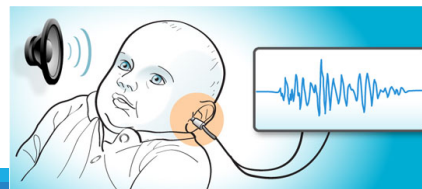
- Entre 4 et 6 semaines de vie
- Recherche de rétinopathie



Fonction visuelle : PEV, suivi oculaire

- Fonction auditive : OEA ou PEA, réaction aux bruits

Suivi prolongé



COMPLICATIONS SENSORIELLES

1. Déficience auditive : surdité

- 6% dont 2% majeures

2. Rétinopathie grade 1 à 4

3. Déficience visuelle

- 28% : strabisme, apraxie visuo-motrice, troubles réfraction
- 2% majeures : cécité

COMPLICATIONS DIGESTIVES

1. RGO, constipation

2. Troubles du comportement alimentaire

3. ECUN et complications

- Sténoses digestives
- Difficultés alimentaires
- Perforation / stomies

Entérocolite ulcéro-nécrosante

- 1-5% des prématurés
- Syndrome occlusif
 - Ballonnement sensible, résidus, vomissements
 - Rectorragie
 - Pneumatose
- Signes de sepsis
 - Hyperthermie, troubles de la glycorégulation, thrombopénie, réaction inflammatoire biologique
- Signes cliniques d' état de choc
 - Défaillance neurologique et respiratoire
 - Défaillance hémodynamique : collapsus, tachycardie, extrémités froides et cyanosées, marbrures, oligurie

D
LIT



PEC thérapeutique

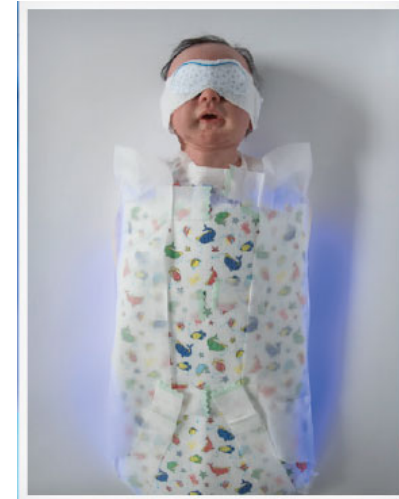
- Traitement symptomatique
 - Remplissage vasculaire +/- amines vasopressives
 - Assistance ventilatoire si nécessaire
- Traitement spécifique
 - Repos digestif, SNG en aspiration douce
 - Alimentation parentérale exclusive
 - Antibiothérapie IV, large spectre
 - Avis chir +/- prise en charge chirurgicale (perforation..)

→ Urgence médico-chirurgicale

COMPLICATIONS METABOLIQUES



- Troubles de la glycémie :
 - Hypoglycémie (surtout si FDR) : apport glucose
 - Hyperglycémie : risque de déshydratation
 - diminuer apport glucidique +/- insuline
- Troubles de la calcémie : adapter perfusion
- Ictère : risque d'ictère nucléaire (BTC/bili sanguine)
 - Photothérapie



COMPLICATIONS METABOLIQUES

- Insuffisance rénale : toxicité des médicaments (ibuprofène), déshydratation, choc → adapter perfusion
- Hyponatrémie : tubulopathie avec perte de sel, œdèmes par dilution → adapter perfusion

COMPLICATIONS INFECTIEUSES

« Prévenir plutôt que guérir »

1-Infections néonatales bactériennes précoces (INBP)

- Prise en charge précoce +++
- Antibiothérapie après prélèvements adaptée (hémoculture, +/- PL..) à la situation et au germe maternel éventuel
- Arrêt du traitement dès que possible

COMPLICATIONS INFECTIEUSES

2-Tardives :

- « Immunodépression » par immaturité
- Présence de **prothèses** : cathéters, sonde d'intubation
- À suspecter devant toute dégradation clinique
 - Recrudescence des malaises
 - Hyperglycémies
- Antibiothérapie probabiliste selon site suspecté de l'infection
- A arrêter dès que possible

COMPLICATIONS LIÉES AUX KT

- **Infection** : quel que soit le type de KT
- **Épanchements** (péricarde, plèvre, péritoine)
- **Thromboses** : +++ KTVO périphérique
(obstruction porte, cavernome, infarctus hépatique)
- **Déplacements** : +++ KTEC

COMPLICATIONS HÉMATOLOGIQUES

Anémie

- Limiter les prélèvements
- EPO (érythropoïétine): stimule la moelle osseuse et la construction de GR, 18 doses, SC, les grands prématurés
- Fer PO
- Clinique : asthénie, pâleur, tachycardie, hypoTA, malaises, augmentation besoin en O₂
- Diagnostic : NFS (réticulocytes pour évaluer la régénération)
- Traitement : transfusion CGR selon Hb et clinique
- Suivi post transfusionnel : RAI

Thrombopénie, Troubles de la coagulation....

COMPLICATIONS SOCIO-FAMILIALES

Prématurité = bouleversement familial

Réorganisation de la vie familiale, hospitalisation longue, éloignement géographique, inquiétude de mort

Difficulté dans l'instauration du lien

Bébé « plus fragile », suivi 6 années

Problèmes financiers, reprise du travail, contre-indication de la collectivité...

Intérêt du soutien notamment psychologique

Soins de développement, intégration des familles, accueil des fratries

CONFORT

Hospitalisation = source de stress et d'agressions multiples

Diminuer les agressions (lumière, bruits, prélèvements...)

Prévenir la douleur : réassurance, saccharose, médicaments

Installer (différemment selon âge et enfant)

Présence des parents au maximum



NIDCAP

Soins de développement individualisé

PRESENCE FAMILIALE

Nécessité de favoriser la présence de la famille auprès de l'enfant

Participation aux soins, peau à peau

Soutien de l'allaitement

Accueil des fratries

Expérience du NIDCAP*

Soutien psychologique et social

PREPARATION A LA SORTIE

Elle s'anticipe et se prépare

Nécessité d'une autonomie respiratoire, digestive et métabolique
(36SA/2000g)

Prévoir le suivi de l'enfant après la sortie

Préparer les parents

Rencontre avec les personnes qui suivront l'enfant : pédiatre, puéricultrice, kiné, orthophoniste, psychomotricien....

SUIVI de l'enfant prématuré

- Au sein de réseau de soin la plupart du temps : réseau de suivi des enfants vulnérables
- Suivi prévention, **intervention précoce**
- Où ? CHU, CAMSP, PMI selon niveau de risque
- Suivi multidisciplinaire
- Kiné, psychomotricité, orthophoniste
- Accompagnement de l'enfant et de sa famille → 6 ans
 - Soutient le devenir de l'enfant au sein de sa famille
 - Améliore le développement
 - Permet l'intégration sociale (crèche, école, IME...)

FACTEURS PRONOSTIQUES

- Age gestationnel
- Poids de naissance
- RCIU
- Sexe
- Monochoriale
- Cause de la prématurité
- Lieu de naissance (« inborn/outborn »)
- Corticothérapie anténatale
- Présence de complications : neuro (HIV)/respi/digestives
- Milieu familial

Conclusion

- Prématurité : naissance < 37 SA
- Facteurs de risque
- **Maturation fœtale ++**
 - Corticothérapie maternelle : Bétaméthasone 12 mg IM,
 - 2 doses à 24h d'intervalle, entre 24 et 34 SA
 - Prévention de complications (MMH, mortalité, HIV, ECUN)
- Sulfate de magnésium (< 32SA) : neuroprotecteur

Conclusion

Complications de la prématurité

- Respiratoires
 - MMH, DBP
 - Apnée/bradycardies dysmature (caféine)
- Cardiologique : PCA
- Infectieuses (KTEC ++)
- Digestive : ECUN
- Neurologique
 - Hémorragies intra-ventriculaires
 - Leucomalacie péri-ventriculaire
 - Neurosensorielle
- Métabolique : hypothermie, hypoglycémie
- Hématologique : anémie..

Conclusion : à long terme

- **Mortalité** : 40% 24-27 SA ; < 10% 28-31SA
- Risque de **séquelles** inversement proportionnel à l'AG ; < 28 SA ++
- Séquelles :
 - Motrices
 - Neuromoteurs (coordination, motricité fine)
 - Cognitives, trouble des apprentissages
 - Trouble du comportement
 - Neurosensorielles (surdité, troubles visuels, strabisme..)
 - Respiratoires (dans les 2 premières années de vie)
 - Trouble de la croissance SP

→ Suivi **CAMSP, Hospitalier, libéral, PMI**

