

Avril,
Mai,
Juin 2004

N° 14



Le lien entre
les professionnels
de la périnatalité

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

Rédacteur en Chef

Dr Françoise Montoya
Hôpital Arnaud de Villeneuve
Pédiatrie II
371, Av. du Doyen Giraud
34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 66 06

Coordination-Directeur de la rédaction et de la publication

Catherine Cecchi - Cadre supérieur de Santé
GEN Languedoc-Roussillon
Hôpital Arnaud de Villeneuve
371, Av. du Doyen Giraud
34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 81 46, Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité éditorial

Président : Pr J.C. Picaud, pédiatre-néonatalogiste,
P. Culiandez, pédiatre, M. Dedieu, cadre puéricultrice,
I. Giraud, anesthésiste-réanimateur, M. Grémy MIRS DRASS,
D. Héve, médecin DIM, M. Hoffet, gynécologue-obstétricien,
J.B. Mariette, pédiatre, G. Masson, gynécologue-obstétricien,
N. Meier, pédiatre CAMPS, M.C. Passouant URCAM,
F. Pérez, sage-femme, J. Rambaud, médecin-URML.

EDITORIAL

Dr Françoise MONTOYA

Rédacteur en Chef

Le réseau périnatal régional, récemment formalisé par la constitution d'une association loi de 1901 intitulée : «Naître en Languedoc-Roussillon», confirme au quotidien sa structuration fonctionnelle. L'organisation de la prise en charge en région des pathologies chirurgicales en est l'illustration. L'expertise en région du diagnostic prénatal échographique est facilitée par le réseau Maternité réunissant les établissements du Gard et de la Lozère. Les visioconférences hebdomadaires réunissant les praticiens du CHU Arnaud de Villeneuve à Montpellier et ceux des autres établissements de la région toute entière permettent de mettre en commun les expériences et d'optimiser le recours aux centres de diagnostic prénatal de Nîmes et de Montpellier. Dans chacun de ces centres, le ou les chirurgiens pédiatres participent activement au diagnostic, à la prise de décision et à l'information prénatale des familles. La prise en charge chirurgicale elle-même est centralisée pour des raisons évidentes de «masse critique» : une incidence de 1/10 000 naissances pour une malformation comme la laparochisis signifie 2 à 3 cas par an en région (26 000 naissances/an). Les progrès de la chirurgie sont couplés à ceux de l'anesthésie néonatale et de la réanimation. La centralisation est nécessaire pour le maintien et le développement des compétences comme pour des raisons plus comptables. Le recours aux structures référentes régionales est pour chacun une évidence, et se fait d'autant plus simplement que les compétences de chacun sont respectées et valorisées. Nous souhaitons que ce numéro de la Lettre soit l'illustration de cette maturité du fonctionnement en réseau concernant les pathologies chirurgicales, fonctionnement en réseau qui n'est pas seulement une régionalisation des soins mais aussi une approche personnalisée de l'enfant et de ses parents avec la désignation dès avant la naissance d'une puéricultrice référente au sein de l'équipe chirurgicale pédiatrique, en lien avec les intervenants du soutien psychologique parental chaque fois que nécessaire. ■

ANESTHESIE NEONATALE : PARTICULARITES, EVOLUTION RECENTE

Dr A. Rochette

Département d'Anesthésie - Réanimation A • CHU Lapeyronie- Montpellier

Les soins en période néonatale s'apparentent à un puzzle dont chaque pièce ne peut tenir son rôle qu'en étroite coordination avec les autres. L'anesthésie est une des pièces de cet ensemble avec la chirurgie, bien sûr, mais aussi la réanimation, les soins de suite et la néonatalogie proprement dite.

La physiologie particulière du nouveau-né constitue pour l'anesthésiste une série de défis. Le contrôle de la ventilation, base absolue de la sécurité, doit tenir compte de l'anatomie des voies aériennes du nouveau-né, différente des autres âges, mais aussi de modalités ventilatoires spécifiques et d'une très faible marge de sécurité en cas de difficultés. Les aléas d'un accès vasculaire fiable et l'évaluation très imprécise de l'efficacité hémodynamique, s'ajoutent à une marge de tolérance limitée aux anesthésiques dont les effets sont spécifiques chez le nouveau-né.

La précarité des régulations glycémique, thermique, ajoutent encore aux difficultés de la gestion de la situation opératoire du nouveau-né. Il ressort des enquêtes internationales et françaises les plus récentes que le risque anesthésique, qui a considérablement décliné en 15 ans, reste inversement proportionnel à l'âge, avant un an et surtout avant un mois. **Les accidents, qui étaient essentiellement respiratoires, sont aujourd'hui surtout cardiaques, reflétant un meilleur contrôle de l'anesthésie elle-même et révélant l'importance du terrain fragile.** La généralisation de la saturométrie et de la capnographie a été précieuse dans cette évolution. Cependant, nous savons maintenant combien le contrôle efficace de l'agression opératoire est essentiel. Il y a là un véritable paradoxe : faire mieux avec moins d'anesthésie !

L'anesthésie générale, fréquemment suivie d'apnées prolongées, de désaturations pendant 24 heures, est supplantée par la rachi-anesthésie, totalement vigile, dont les suites sont plus simples. L'intervention la plus fréquente, et de loin, chez le nouveau-né prématuré est la cure de hernie inguinale, souvent ressentie par la famille comme la fin d'un parcours long et difficile. Les interventions programmées, fentes labiales simples, chirurgie précoce du pied bot, désormais pratiquées dans les premières semaines de vie, comme la cure de sténose du pylore, ont radicalement modifié la perception du risque anesthésique néonatal et l'exigence de résultat. Pour la chirurgie malformative urgente, surtout abdominale, l'analgésie péridurale post-opératoire et la prise en charge nutritionnelle prolongée font partie des standards : ceci illustre bien la prolongation des soins anesthésiques hors du bloc opératoire et la coordination étroite des compétences. Dans tous les cas, les études épidémiologiques confirment le rôle sécuritaire joué par les centres spécialisés : **l'expérience joue un rôle essentiel dans l'appréciation du risque, la prévention et la gestion des accidents.** Une logistique lourde permettant de faire face aux multiples situations ne peut être mise en place que pour une activité significative. Le grand défi technologique en cours, le monitoring hémodynamique continu per-opératoire fait l'objet d'approches multiples : aucune ne s'est encore imposée.

En regard des aspects techniques, nous devons prendre conscience de la très particulière relation mère-enfant dans cette période, qui incite à limiter le plus possible l'éloignement. Encore un paradoxe, dont l'approche la plus fructueuse repose sur les réseaux de soins : séjour ultra court en centre spécialisé encadré par la prise en charge globale en établissement de proximité. Cette démarche exigeante impose une parfaite coordination entre les soignants dans toute la région : une véritable révolution culturelle se construit, au bénéfice des patients et des familles. ■