

# PLACE DES CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS PRÉSENTANT UNE MALFORMATION CHIRURGICALE

Médéric HOFFET

Gynécologue-Obstétricien - C H U Caremeau - Nîmes

La prise en charge d'un fœtus présentant une malformation chirurgicalement curable relève d'une prise en charge multidisciplinaire et complexe, avec une obligation de moyens, un devoir d'information complète, éclairée et compréhensive. La particularité de ce "contrat" se caractérise par le fait qu'il concerne trois parties, les parents, le médecin et l'enfant ; dont seulement deux sont réellement et pleinement contractantes, les parents et le médecin.

Une fois le diagnostic posé, ainsi que le pronostic (et nous ne reviendrons pas sur ce point qui ne relève pas du sujet), le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal va devoir prendre des décisions qui concernent le lieu de naissance, le type d'accouchement et la date de l'accouchement. Le lieu de naissance est à décider de façon collégiale, avec les chirurgiens, les réanimateurs néonataux et l'équipe obstétricale qui prendra en charge cet enfant. Il faut garder à l'esprit que seulement 60 % des malformations chirurgicales sont diagnostiquées en anténatal et qu'il reste donc une part non nulle à la découverte post-natale. Dans ces conditions et quel que soit le lieu de naissance, il convient d'organiser au mieux la prise en charge sur place et dans les meilleures conditions : essayer d'informer précisément la patiente et son conjoint de la situation médicale, réunir le personnel nécessaire, anesthésiste, pédiatre et SAMU et organiser sans délai le transfert du nouveau-né dans les meilleures conditions médicales en prenant compte en particulier des éléments du dossier médical qui devra suivre le nouveau-né.

La plupart du temps, le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal a le temps d'identifier précisément le risque post-natal et peut donc décider d'une prise en charge chirurgicale différée. L'exemple pourrait être une uropathie avec une dilatation modérée, pour laquelle l'uropédiste contacté en prénatal aura décidé d'un bilan post-natal programmé et organisé. Les parents doivent être informés de la situation, des possibilités de prise en charge locale ou de la nécessité d'une

mutation et il conviendra d'organiser la naissance au minimum dans une maternité de niveau Ib.

Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal peut aussi évoquer la possibilité d'un pronostic vital immédiat, il est nécessaire que la naissance soit organisée en niveau IIIb, après information la plus complète possible afin que les parents puissent envisager les problèmes médicaux, les difficultés et les différentes solutions. Il faut expliquer aussi les risques fœtaux des différentes attitudes possibles. Les exemples particuliers sont la hernie diaphragmatique, le laparoschisis ou l'omphalocèle. En cas de prise en charge semi-urgente, c'est-à-dire dans les situations où il n'y a pas de pronostic vital engagé si l'intervention est différée, le choix de l'attitude est en général conseillé par le médecin mais pris en harmonie avec les parents. L'unité de lieu permet de renforcer les liens mère-enfant, et la patiente pourra accoucher dans un niveau II ou dans un niveau III, en fonction du service de chirurgie le plus proche. L'exemple de cette malformation peut être la fente labio-palatine pour laquelle l'hospitalisation en chambre mère-enfant en chirurgie pédiatrique permet de renforcer les liens.

Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal devra aussi décider du mode d'accouchement. Il n'existe pas d'étude permettant de valider la césarienne comme une voie élective de naissance des enfants présentant une malformation chirurgicale. Les tératomes sacro-coccygiens, les volumineuses tumeurs fœtales sont les seules indications de césarienne systématique, il n'y a pas de réponse pour les volumineux omphalocèles et le laparoschisis. Ceci sera laissé à l'appréciation de l'équipe obstétricale. Sur le plan technique, il n'y a pas d'avantage clair à une incision segmentaire plutôt qu'une incision corporeale. Il faut garder à l'esprit que le fait de pratiquer une césarienne pour une première grossesse augmente le risque de prématurité pour les grossesses suivantes.

Si le fœtus se présente en siège, quand l'estimation pondérale est entre 1500 et 2500 g, la voie basse doit être préférée, en cas d'estimation de poids fœtal inférieure à 1000 ou 1500 g, la césarienne est préférable.

Dans toutes les situations, l'infection materno-fœtale prouvée augmente le risque fœtal d'hémorragie intra-cérébrale. L'accouchement est habituellement rapide et facile mais la césarienne en présence d'une infection a des indications particulières comme dans les anomalies de fermeture de la paroi abdominale ou les méningocèles. Le retard de croissance intra-utérin associé à un laparoschisis peut être une indication de prématurité consentie mais il faut bien informer les parents de la durée d'hospitalisation prolongée si l'enfant né avant trente trois semaines.

Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal décidera d'une prématurité consentie, si la pathologie fœtale est à risque de décompensation comme dans les tératomes sacro-coccygiens, les malformations adémoïdes du poumon. A l'inverse il n'y a pas d'indication à extraire prématurément un enfant présentant une uropathie obstructive, sauf en cas de compression thoracique associée.

Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal pourra donner de façon collégiale un avis sur une prise en charge chirurgicale plus précoce mais il faut savoir que la prématurité ne permet souvent pas d'avancer une intervention puisque le poids de l'enfant est souvent le facteur primordial dans le timing de celle-ci.

Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal sont le lieu d'excellence pour aborder au mieux la prise en charge de ces pathologies malformatives chirurgicales. ■