

RESEAU PERINATAL LORRAIN

 <p>Réseau Périnatal Lorrain</p>	FICHE REFLEXE_ANOXOISCHEMIE_2018	Version du 17/09/2018
	ANOXO-ISCHEMIE AIGUË PERPARTUM ET ELIGIBILITE A L'HYPOTHERMIE CONTROLEE --- FICHE REFLEXE ---	Rédaction : Dr Isabelle HAMON Dr Margaux CREUTZ LEROY
		Validation : Conseil de coordination du 25/09/2018

I. DEFINITION

Anoxo-ischémie aiguë du perpartum = asphyxie fœtale = altération sévère des échanges gazeux utéroplacentaires conduisant à une hypoxémie fœtale sévère.

DEUX PHASES :

- **Précoce :**
 - acidose gazeuse avec pH bas, *Base Excess* subnormal, et CO₂ élevé
 - liée à une interruption brève de la circulation
 - rapidement réversible en postnatal si ventilation optimale
 - évolution neurologique et générale correcte si un seul épisode
 - en général : APGAR bas à 1 min. puis > 6 à 5 min.
- **Secondaire :**
 - acidose métabolique avec pH bas, *Base Excess* très négatif et CO₂ subnormal
 - liée à un épisode d'asphyxie intrapartum prolongé
 - normalisation de l'acidose métabolique d'autant plus longue qu'asphyxie sévère et prolongée : prendra plusieurs heures
 - en général : APGAR bas à 1 min. et toujours bas à 5 min. voir 10 min. malgré PEC

II. DIAGNOSTIC DE L'ANOXO-ISCHEMIE AIGUË DU PERPARTUM

1) ANAMNESE DE L'ACCOUCHEMENT

- **Événement sentinelle majeur :**
 - décollement / HRP / choc maternel / éclampsie ?
 - procidence du cordon, latérocidence, arrachement ?
 - dystocie, rétention tête ?

ou

- **Signes indirects de malaise fœtal :**
 - liquide amniotique teinté ? Sanglant ? Méconial ?
 - RCF anormal
 - pH au scalp

Attention, élément sentinelle absent dans 50% des cas !

2) SCORE D'APGAR

Attention, l'APGAR doit être évalué « sans aide ».

Anoxo-ischémie préoccupante si :

- **Etat de mort apparente à 5 min. ou toujours besoin d'assistance à 10 min. de vie.**
- **APGAR \leq 5 à 10 min ou NN toujours ventilé**

3) MESURE DU pH

Indispensable +++ pour évaluer de manière fiable l'importance de l'asphyxie perpartum.

Importance d'un **gaz du sang complet** : pH, CO₂, BE et lactates obligatoires (médico-légal).

Attention aux conditions de réalisation du prélèvement :

- Sur artère ombilicale entre 2 portions clampées
- Le plus tôt possible après la naissance (avant 20 minutes de vie)
- Normes :
 - o artériel : pH à 7,24 +/- 0,07 et déficit de base à 5,6 +/- 3 mmol.
 - o veineux : pH à 7,33 +/- 0,06 et déficit de base à 4,5 +/- 2,4 mmol.

Attention un pH bas prélevé en veineux est encore plus grave qu'en artériel.

III. ENCEPHALOPATHIE ANOXO-ISCHEMIE

Critères cliniques neurologiques des stades modéré à sévère (stade II ou III de Sarnat) :

- **Hypotonie**
- **Tout trouble de la conscience / obnubilation => coma**
- **Absence de succion ou faible succion / perte des réflexes profonds**
- **Mouvements anormaux (pédalage, enroulement, boxe, mâchonnements,...)**
- **Convulsions**



**La clinique peut être très trompeuse dans les premières heures de vie
→ Gravité réelle évaluée par aEEG.**

IV. HYPOTHERMIE THERAPEUTIQUE CONTROLE (HTC)

HTC = meilleure thérapeutique actuelle de **prévention de l'encéphalopathie anoxo-ischémie (EAI)**

1) CRITERES D'INCLUSION

- **Nouveau-né proche du terme (AG ≥ 36 SA) mais possible à 34-35 SAG**
- **Ayant eu une anoxo-ischémie aiguë du perpartum**
- **Et qui développe une EAI de stade modéré à sévère.**

2) DELAIS

HTC à débiter dans les 6 heures qui suivent l'asphyxie (donc la naissance le plus souvent).

HTC réalisée uniquement dans le service de réanimation néonatale du CHRU de Nancy donc attention aux délais pour la demande de transfert néonatal car temps de transport SMUR NN et temps de mise en condition appropriée sur place et en réanimation difficilement compressibles.

V. GRADATION DES PRISES EN CHARGE

En maternité de type I ou IIA :

- Si asphyxie aiguë (pH < 7,10) avec hyperCO₂ et restauration complète de l'autonomie respiratoire et neurologique avant 60 minutes de vie → surveillance pédiatrique sur place possible, mais rester au moins trois heures auprès du bébé.
- **Si BE > -12 ou hyperlactacidémie et/ou besoins en O₂ et/ou troubles neurologiques ou présence pédiatrique prolongée impossible → appel le plus tôt possible du SMUR NN pour discuter TNN**

En maternité de type IIB :

- Si BE > -12 ou hyperlactacidémie et/ou besoins en O₂ et/ou troubles neurologiques → évaluation neurologique fine et précoce, surveillance auprès de l'enfant pendant au moins 3 heures + suivi de l'évolution biologique
 - Si diagnostic d'EAI exclu ou sarnat I → surveillance sur IIB
 - **Si moindre doute ou Sarnat II ou III → appel du SMUR NN le plus tôt possible.**

Au moindre doute, le SMUR NN régional doit être contacté sans délai pour avis +/- TNN.