



# 41<sup>es</sup> Journées de la Société française de médecine périnatale

## Grenoble, 12-14 octobre 2011

Pierre-Emmanuel Bouet\*, Loïc Sentilhes\*

La 41<sup>e</sup> édition des Journées de la Société française de médecine périnatale s'est tenue à Grenoble du 12 au 14 octobre 2011. Ces journées permettent de réunir tous les professionnels amenés à prendre en charge le couple mère-enfant. Elles se sont déroulées, comme à l'accoutumée, dans une excellente convivialité et ont été riches en communications scientifiques. Plusieurs tables rondes furent organisées.

La première avait pour thème "**Naissance et douleur**". V. Houfflin-Debarge a rappelé que le fœtus, comme l'adulte, présente en réponse à une stimulation douloureuse une réponse comportementale, hémodynamique et hormonale dès le début du 2<sup>e</sup> trimestre. Ces stimulations douloureuses sont susceptibles d'avoir des conséquences à long terme (altération de la réponse au stress, modifications du comportement à la douleur). Il est donc légitime de s'interroger sur la nécessité d'une analgésie fœtale pour tous les gestes de médecine fœtale. Si l'innocuité probable d'un traitement ponctuel permet de proposer une analgésie fœtale (intracordone, intra-amniotique ou intramusculaire) par morphiniques lors des gestes de médecine fœtale, l'absence des données sur les protocoles d'analgésie de plus longue durée incite à poursuivre les travaux de recherche sur le sujet.

J. Golmard a souligné l'intérêt croissant des techniques d'infiltration continue et des blocs périphériques comme le TAP (*Transversus Abdominis Plane*) en analgésie postopératoire après césarienne.

Comme nous l'a montré A. Chantry, sage-femme, l'accompagnement des femmes en continu pendant le travail (par un proche ou un professionnel de santé), l'utilisation de bains chauds en 1<sup>re</sup> partie du travail et le recours à des injections sous-cuta-

nées ou intradermiques d'eau stérile en regard du sacrum peuvent être considérés comme 3 méthodes alternatives et complémentaires intéressantes dans l'approche non médicamenteuse de la douleur en salle de naissance.

La deuxième table ronde abordait le thème des "**Urgences en salle de naissance**". F. Sergent est revenu sur les extractions instrumentales difficiles, notamment en mettant en garde sur leur réalisation, tant par forceps que par ventouse, lors d'une présentation fœtale non engagée. Il a souligné les travaux actuels de recherche concernant l'intérêt de l'échographie transpérinéale pour le diagnostic d'engagement d'une présentation céphalique, le but de l'échographie transpérinéale étant alors de compléter l'examen clinique pouvant être défaillant dans certaines situations difficiles, comme la présentation à la partie haute. Il a rappelé qu'il existe moins d'échecs d'extraction avec les forceps qu'avec les ventouses, que les ventouses apparaissent moins délétères sur le périnée que les forceps et, enfin, contrairement à la notion classiquement véhiculée, il ne semblerait pas que les spatules soient plus délétères sur le périnée maternel que les ventouses.

A.M. Aguilar, invité de la clinique de la Trinité de Buenos Aires, a réprécisé, à partir d'une large revue de la littérature, qu'aucune des procédures communément appliquées en salle d'accouchement sur des nourrissons nés avec du liquide amniotique méconial (amnio-infusion, aspiration intrapartum ou aspiration postnatale) n'est effective ou utile pour diminuer ou prévenir le syndrome d'inhalation méconiale. Chacune de ces procédures comporte un risque potentiel et ne devrait pas être effectuée en routine lors d'un accouchement avec un liquide amniotique méconial.

\* Pôle de gynécologie obstétrique, CHU d'Angers.

La dernière table ronde abordait le thème des **"Cardiopathies congénitales"**. G. Blaysat a rappelé que toutes les cardiopathies congénitales dépistées chez le fœtus et pouvant conduire à une urgence néonatale (transposition des gros vaisseaux [TGV], coarctation de l'aorte, atrésie pulmonaire à septum intact ou associé à une communication interventriculaire [CIV], forme sévère de tétralogie de Fallot) doivent être transférées in utero vers un centre à même de prendre en charge totalement une décompensation précoce. Les cardiopathies avec shunt gauche-droite tels les CIV et les canaux atrio-ventriculaires auront un contrôle postnatal de leur cardiopathie à la sortie de la maternité. Une analyse chromosomique est systématiquement conseillée pour toute cardiopathie congénitale hormis la TGV. La recherche d'anomalies extracardiaques est indispensable pour l'identification de cardiopathies syndromiques et pour cibler un dépistage génétique éventuel.

F. Goffinet a exposé une partie des résultats préliminaires, non encore publiés, de la cohorte EPICARD (épidémiologie des enfants ou fœtus porteurs de cardiopathies congénitales) lors de ces journées. Il s'agit d'une enquête de cohorte en population, portant sur tous les enfants ayant une cardiopathie congénitale dans la population des mères résidant à Paris ou dans la petite couronne (92, 93, 94) et nés entre le 1<sup>er</sup> mai 2005 et le 30 avril 2008, soit une population de 300 000 naissances. Les enfants nés vivants et non décédés sont revus systématiquement par un médecin à 1 an de vie. Ainsi, 2 867 cas ont été inclus avec un suivi à 3 ans et 7 ans. Les objectifs de l'étude sont :

- disposer de données en population sur la prévalence, le diagnostic prénatal, la prise en charge néonatale et le diagnostic en période postnatale ;
  - évaluer la mortalité infantile, la morbidité cardiaque et générale et le développement psychomoteur des enfants ;
  - identifier les facteurs liés au pronostic comme le diagnostic prénatal et la prise en charge périnatale.
- L. Iserin est revenu sur l'avènement de la chirurgie cardiaque congénitale depuis les années 1960, qui permet aujourd'hui à 80 % des enfants nés avec une malformation cardiaque d'atteindre l'adolescence et l'âge adulte. Cette nouvelle population d'adultes ayant une cardiopathie congénitale croît et les problèmes auxquels sont confrontés ces patients sont multiples, soit strictement cardiologiques (rythmiques, hémodynamiques, cardiopathies acquises : hypertension artérielle, maladie coronaire et valvulaire), soit médicaux généraux (grossesse, contra-

ception, mode de vie, etc.). Leur prise en charge dans des unités spécialisées se structure.

La controverse avait pour thème : **"Pour ou contre la césarienne en cas de grande prématurité"**.

B. Langer s'est appuyé sur les résultats de l'étude Epipage 1997 pour montrer qu'il était impossible aujourd'hui de conclure quant aux bénéfices éventuels de la césarienne comme de la voie basse en cas de grande prématurité. De nombreux biais devraient être pris en compte (âge gestationnel, grossesse unique ou multiple, présentation, étiologie de la prématurité, état trophique du fœtus) et les études dont on dispose à ce jour sont toutes critiquables, soit parce qu'elles présentent ces biais potentiels, soit par un manque de puissance. F. Sergent a rappelé que les essais contrôlés randomisés sur le sujet sont quasi inexistantes. Seules des études observationnelles de cohorte sont disponibles. Elles n'ont pour la plupart pas réussi à démontrer un intérêt, en termes d'amélioration du pronostic périnatal, d'une politique de césarienne systématique vis-à-vis de la grande prématurité isolée. La morbidité de l'opération césarienne, notamment en cas de réalisation d'une hystérotomie corporelle, souvent rendue nécessaire par la situation de la grande prématurité doit être soulignée. C'est sur ces arguments que le National Institute for Clinical Excellence (NICE) s'est fondé, en 2004, pour ne pas recommander la césarienne de principe chez les enfants prématurés. Plusieurs sociétés savantes se sont réunies lors de ces journées : la Société de psychologie périnatale, la Société pour l'étude de l'hypertension artérielle pendant la grossesse, le Groupe d'étude grossesse et addiction.

Plus de 100 communications libres ou exposés didactiques ont eu lieu pendant ces 3 jours et 89 posters ont été exposés. De nombreuses thématiques ont donc été abordées, notamment autour des réseaux de périnatalité, des hémorragies de la délivrance, du diagnostic anténatal, de la prématurité, de la prise en charge néonatale, etc.

Ces journées de périnatalité furent l'occasion d'apporter des éléments nouveaux concernant des sujets pourtant bien connus, mais toujours controversés. Enfin, nous ne pouvions revenir sur ces journées sans parler du magnifique et émouvant hommage rendu par D. Riethmuller à J.P. Schaal disparu il y a 1 an. Les prochaines Journées de médecine périnatale auront lieu à Montpellier du 17 au 19 octobre 2012. À cette occasion, différentes tables rondes seront prévues : **"La peur en médecine périnatale"**, **"L'accouchement revisité"** et **"La trisomie 21"**. ■

