

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	<b>Prise en Charge en Salle de Naissance du bébé porteur de Laparoschisis</b>		Codification : NNAT PM 79
			Version : 2
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement :	Date d'application : 10/2017	Pages : 1/2

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
* A de La Pintière	* A Beuchée * Eric Wodey * Alexis Arnaud * H Isly	* F Lebas	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Cadres de santé <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input checked="" type="checkbox"/> SF <input checked="" type="checkbox"/> Réa Péd <input checked="" type="checkbox"/> Réa Néonatal <input checked="" type="checkbox"/> SI Néonatal <input checked="" type="checkbox"/> SC Néonatal <input checked="" type="checkbox"/> Maternité

#### But et objet

Optimiser la prise en charge des nouveaux nés porteurs de laparoschisis en salle de naissance

#### Actions et méthodes

##### 1/ DIAGNOSTIC PRENATAL

Confirmation diagnostique par échographiste référent (J. MILON,...) et vérification du caractère isolé.  
 Contrôle du caryotype (amniocentèse).  
 Présentation du dossier au Centre Pluridisciplinaire de DPN (consentement du couple).  
 Poursuite de la surveillance échographique (J. MILON, D. D'HERVE...) au moins 1 fois par mois. (à adapter selon l'évolution)  
 Consultation en chirurgie (SCP).

##### 2/ HOSPITALISATION EN GHR

A partir de 33 SA jusqu'à l'extraction à 36 SA :

- ❖ Surveillance ERCF avec VCT (2 par jour si TVB)
- ❖ Echographie par CCA en GHR 3/semaine (aspects des anses, LA), en cas de doute obtenir un contrôle écho en urgence par un référent.
- ❖ Corticoïdes dès l'entrée et 48 heures avant l'extraction
- ❖ Echographies programmées par le référent à 33 SA, à 35 SA
- ❖ IRM programmée à l'arrivée à 33 SA
- ❖ Entretien par néonatalogiste en GHR
- ❖ Accord avec le chirurgien SCP sur la date supposée de l'extraction.

##### 3/ ORGANISATION DE L'EXTRACTION EN SALLE DE CESARIENNE 1

Transmissions des informations = horaire de la césarienne en fonction de l'équipe chirurgicale pédiatrique (chirurgien et anesthésiste) :

- ❖ Equipe obstétricale : prévoir deux sacs à grêle stériles en salle de césarienne (SALLE 1 ++)

## **2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Le premier sac sera mis en place sous les anses, le deuxième au-dessus et contenant les anses (isole les anses du méconium éventuellement émis)

- ❖ Equipe néonatalogie (pédiatre + puéricultrice)
- ❖ Equipe d'anesthésie obstétricale
- ❖ Place en réanimation prévue

## **4/ ORGANISATION POUR LE NOUVEAU-NE**

### Prise en charge immédiate par l'équipe de néonatalogie

Matériel en sas de transfert ou en salle de naissance 1

- ❖ Matériel habituel pour la réanimation cardio-respiratoire
- ❖ Prévoir une sonde double courant ch8 ou ch10 pour mise en aspiration gastrique rapide et efficace du nouveau né
- ❖ Attention si salle de naissance : le pot d'aspiration peut être insuffisant si gros volume aspiré, prévoir un pot d'aspiration de volume suffisant
- ❖ Prévoir la pose rapide d'une voie veineuse périphérique au membre supérieur avec robinet proximal
- ❖ Prévoir antalgiques (paracétamol +/- Nalbuphine)

Prise en charge spécifique

- ❖ Positionner l'enfant dès que possible en décubitus latéral droit (évite la traction du pédicule vasculaire)
- ❖ Eviter de manipuler les anses digestives extériorisées +++
- ❖ Aspirations gastriques répétées. Comptabiliser les pertes +++
- ❖ Attention à l'hypovolémie (3<sup>ème</sup> secteur, pertes), préparer remplissage éventuel
- ❖ Contrôle de la température soigneux car hypothermie fréquente
- ❖ Contacter le chirurgien référent dès la naissance pour avis sur la prise en charge ultérieure (réintégration ou silo dans l'unité, ou chirurgie au bloc opératoire)

Prévenir le chirurgien référent/l'anesthésiste pédiatrique/le réanimateur dès stabilisation de l'enfant pour discuter le transfert au bloc si nécessaire ou dans l'unité de réanimation

Bilan pré-opératoire à discuter avec anesthésiste et chirurgien.

**Numération-plaquettes** et **TCA** et **cofacteurs** avec deuxième tube pour dosage des facteurs de coagulation si TCA allongé. Ces prélèvements peuvent être faits au cordon par la sage-femme.

Les **deux déterminations** du **groupe sanguin** doivent être prélevées en périphérique et non au cordon

Ce bilan ne doit pas différer la prise en charge chirurgicale.

## **Documentation associée**

Documents de la maternité sur **Organisation en cas de laparoschisis (point 1/, 2/, 3/)**