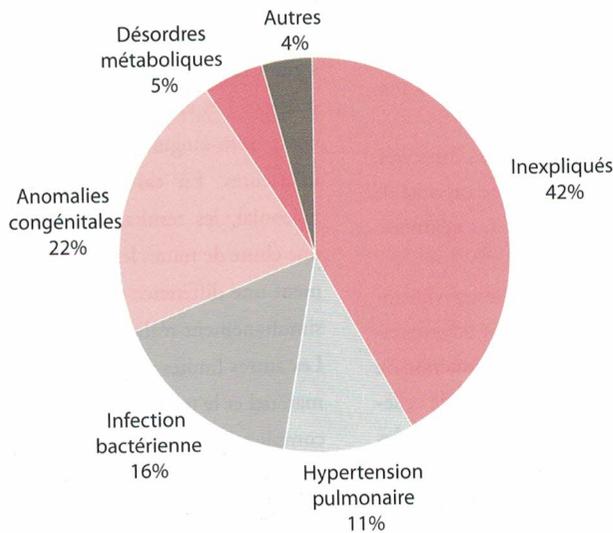


Figure 3:

## Étiologies retrouvées en cas de collapsus néonatal précoce.



à prédire la présence d'une hypoxie-acidose. Seule sa valeur prédictive négative a été confirmée (98%). Il ne faut jamais oublier que l'objectif du CTG est d'identifier des situations qui précèdent l'hypoxie-acidose.

La surveillance par CTG n'a pas démontré de diminution des IMOC ni des décès fœtaux périnataux, et son utilisation en continu est associée à une augmentation de 63% du taux de césariennes et de 15% du taux d'extractions instrumentales. Alors pourquoi l'utiliser? Seule une petite proportion des décès périnataux et des IMOC est causée par une hypoxie-acidose péri-partale. Les études sont trop peu puissantes pour pouvoir démontrer une différence significative sur ces deux critères. Le CTG est une technique sensible présentant un réel intérêt, et il existe une nécessité médico-légale (obligation de moyens) à son utilisation dans les grossesses à risque.

En conclusion, l'objectif du CTG est d'identifier des situations à risque d'hypoxie-acidose et de prévenir l'arrivée d'une lésion d'asphyxie fœtale. Cet outil a une excellente valeur prédictive négative mais une faible valeur prédictive positive. Il est impératif d'utiliser une classification validée des cri-

tères d'analyse du CTG. Ce dernier ne peut se substituer à une observation et à un jugement cliniques de qualité. La connaissance de la physiologie de base est indispensable pour comprendre la physiopathologie des critères observés sur le tracé monitoring. Selon le degré d'urgence, un examen de deuxième ligne pourra préciser le risque potentiel. Le tracé du CTG doit être considéré comme faisant partie du dossier patient et conservé.

## COLLAPSUS NÉONATAL PRÉCOCE: PHYSIOPATHOLOGIE ET PRÉVENTION

> Pierre Rousseau (UMons)

Pierre Rousseau a introduit son exposé par la présentation d'un cas clinique de collapsus néonatal à 2 heures de vie lors d'un peau-à-peau en décubitus ventral. L'enfant a rapidement été réanimé et il se porte bien désormais.

L'incidence du collapsus néonatal précoce est mal connue et probablement sous-estimée car c'est un phénomène peu étudié. En 2013, Herlenius & Kuhn ont réussi à analyser en-

viron 400 cas et ils en ont conclu que 30% des collapsus survenaient dans les 2 premières heures de vie. Malheureusement, 58,5% des enfants décédaient et la moitié des survivants gardaient des séquelles neurologiques graves. Les principales causes invoquées sont, par ordre décroissant, les malformations congénitales, les infections bactériennes, l'hypertension pulmonaire et les désordres métaboliques. Cependant, aucune étiologie n'a été retrouvée dans 42 à 65% des cas selon les différentes études (Figure 3).

Les facteurs de risque du collapsus néonatal précoce sont le stress prénatal maternel, la primiparité, le peau-à-peau avec la mère en décubitus dorsal et le nouveau-né en décubitus ventral ou latéral, et l'absence de surveillance. Le moment de la première tentative de mise au sein serait également un moment critique. Le mode de naissance n'aurait par contre pas d'influence. L'hypothèse étiologique principale est celle de la position asphyxiant en décubitus ventral, comme pour la mort subite du nourrisson.

Pierre Rousseau a lui-même beaucoup étudié cette problématique grâce notamment à l'enregistrement vidéo de 31 naissances depuis le temps 0 (T0), c'est-à-dire la sortie du tronc du bébé lors de l'accouchement. Après avoir longuement observé ces vidéos, il a classé les premiers comportements d'un nouveau-né en 3 groupes: nouveau-nés actifs dès le T0, nouveau-nés immobiles au T0 et nouveau-nés actifs au T0 puis immobiles. Il s'est ainsi rendu compte que le risque de collapsus était accru lorsque le nouveau-né avait une réaction extrême de peur au T0, manifestée par une immobilité, un faciès figé, les yeux ouverts, une bradycardie et un retard du premier cri. Le collapsus serait la conséquence d'une hyperactivation du système parasympathique.

La meilleure prévention est celle de la surveillance du nouveau-né pendant les premières heures de vie, surtout en cas de peau-à-peau. Celui-ci doit être réalisé de préférence avec la mère légèrement redressée, permettant ainsi le contrôle visuel du bébé qui a sa tête tournée sur le côté, le visage bien dégagé et le cou non fléchi. L'idéal est également d'informer et de préparer les parents en anténatal sur ce qui peut arriver à leur bébé à la naissance.