Spécial Jeanne-Blandine

BELGIQUE-BELGIE
P.P.
BRUXELLES X
1/9316
P 305006

Jeunes Pour la Vie

édit. resp. : Christophe Ménier
Mise en page Marie-Emmanuelle
Rue Besme, 132 1081 Bruxelles
02 649 08 79
Bur. Dépôt Brux. X

Bimestriel d'information n°115
Novembre Décembre 2007
Edité par « Jeunes pour la Vie » asbl
132 rue Besme 1081 Bruxelles
02 649 08 79 (après 16h ou les WE)
jpv.jvl@scarlet.be

Editorial

Nous sommes en pleine période de Noël. Comme chaque année, nous fêtons la naissance de Jésus, une naissance ordinaire suite à une conception miraculeuse. Aujourd'hui nous allons plutôt vous parler d'une conception ordinaire mais d'une naissance miraculeuse.

Depuis des années, les mouvements pour la défense de la vie dénoncent à temps et contre temps les pressions que subissent les parents d'enfants décelés anormaux ou non viables pour qu'ils procèdent à l'avortement. Pourquoi mener à terme une grossesse qui mènera forcément à la mort du bébé si il naît ?

Devant la belle théorie qui veut que nous disions qu'il faut donner toutes les chances à la vie, il est facile de rétorque : « oui mais si vous étiez dans le cas... »

C'est pourtant ce qui est arrivé à Astrid, une de nos membres : elle attendait un bébé à qui la Faculté ne donnait aucune chance de survivre extra utéro. Pressions, désespoir, crainte, espoir ou la chronique d'une maman devant faire se battre contre les blouses blanches qui lui recommande l'avortement, la fatigue et le découragement.

La suite qui fait l'objet de ce numéro de JPV donnera raison aux courageux parents qui ont cru contre toute raison en la vie. Jeanne-Blandine est né ce 17 octobre

C'est avec cet évènement particulièrement encourageant qui doit nous inciter à continuer plus que jamais en cette année 2008 notre combat pour toute vie humaine.

Saint temps de Noël

et bonne année.

la victoire de la VIE !

C'est avec un grand soulagement que nous avons tous ici appris la naissance de Jeanne Blandine le 17 octobre dernier. Le périodique précédent étant « bouclé », nous n'avions pu qu'annoncer l'évènement de façon très flash en couverture.
Comme promis à l'époque nous revenons sur la chronologie d'une grossesse très périlleuse.
Les deux premiers mois de grossesse se sont déroulé le mieux possible. Mais vers la huitième semaine, premier cataclysme : tous les signes d'une fausse couche apparaissent : saignements, douleur. Pourtant l'échographie faite en urgence est rassurante. Sur l'écran apparait l'image d'un petit bébé en pleine forme. Au cours des jours suivants, les hémorragies cessent, mais un énorme hématome s'est constitué sans toutefois que le développement du bébé s'en fasse ressentir.

Vers la quatrième semaine une nouvelle catastrophe, plus inquiétante que la précédente survient. Les membranes amniotiques rompent suite à l'irritation causée par l'hématome. La poche dans laquelle flotte le bébé rompt et pour reprendre le terme généralement utilisé par les médecins car très parlant : l'enfant « se retrouve à sec ». Les gynécologues prédisent sa mort prochaine. Ils proposent instamment de l'anticiper. La Faculté est unanime : sans liquide amniotique aucune possibilité pour les poumons de se développer. Jeunes pour la Vie est mis à contribution et fait appel à tous ses spécialistes. Quasiment tout a été mesuré dans les détails : reins, uretères, vaisseaux, encéphale, os, membres, proportions... Manifestement, morphologie, croissance et vitalité ne laissent rien à désirer. Ni l'hématome initial ni l'épisode actuel ne seraient liés à l'enfant lui-même, mais seraient donc d'origine mécanique.
En clair :
- l'enfant n'a plus de liquide autour de lui, ce qui limite ses mouvements mais surtout nuira rapidement au développement pulmonaire, dont c'est la période critique.
- faute de reconstitution du liquide en suffisance, il y a un risque majeur (proche de la certitude) d'une absence de développement des poumons - donc, l'enfant peut encore vivre dans l'utérus, mais mourra sans doute à la naissance.
Quatre possibilités à la naissance (outre la probable prématurité, qui compliquera les choses) :
- absence de poumons fonctionnels --> mort
- poumons à peine fonctionnels --> assistance respiratoire permanente à vie. Donc mort si pas d'acharnement...
- poumons abîmés --> anoxie précoce et lésions cérébrales plus ou moins sévères, d'où handicap cérébro-moteur
- poumons à peu près sains --> vie !
Il n'y a pas vraiment de facteur prédictif, sauf cas extrêmes. Donc... unanimité médicale pour dire : 'absence de chance - nécessité d'interrompre maintenant la grossesse'. "Pour éviter le risque maternel d'une grossesse inutile", "Pour éviter la charge psychologique de 'couver' un enfant non viable", "Pour éviter une mort à la naissance, 'beaucoup plus pénible' ", "Pour permettre une vie familiale normale des aînés"...
Déjà perceptible à dans le service en province, ce discours était encore plus clair à Bruxelles à St-Luc-UCL) (quatre médecins,). Discours amical, mais insistant, pressant : "On vous prend RV pour jeudi ?" (Ndlr pour l'avortement) Les parents, conscients du risque, refusent contre courageusement toute arrêt de la grossesse faisant front à toutes les pressions. Mais tout reste possible, dans les deux sens. Donc Astrid reste pour l'instant hospitalisée. Si le liquide se reconstitue ("hautement improbable"), il y a une chance médicale raisonnable, et l'on voit pour la suite. Si cela reste 'à sec' d'ici trois jours, i*l n'y médicalement et statistiquement aucune chance*. Astrid sortirait alors et resterait au repos à la maison, sous contrôle médical afin de réagir au moindre signe de complication maternelle.
Pourtant la naissance quelle qu'elle soit approche. Il faut y penser. Césarienne ou voies basses ? Les spécialistes ne s'entendent pas entre eux.
Il faut attendre ne sachant quoi trop espérer. Une naissance le plus tard possible ou le plus tard possible ? Le mieux serait d'attendre encore un mois.
Dès ce moment, tout se passe très vite : le bébé s'annonce. Tout le monde est pris de cours et c'est finalement une sage- femme qui assurera les premiers soins. C'est une fille qui naît et reçoit le joli prénom de Jeanne-Blandine. Elle naît par voie basse en siège (pourquoi faire facile quand il y a moyen de faire compliqué ?) et surprend tout le monde en criant et cherchant à respirer. La logique médicale est mise à mal.
L'équipe de néonatologie prend en charge le bébé. Elle bénéficiera des soins de la plus haute technicité de sorte que quelques jours après, elle acquiert un début d'autonomie respiratoire. Trois semaines après, Jeanne-Blandine quitte la néonatologie. Aujourd'hui, elle respire seule et est en pleine forme.
Cette histoire est hélas relativement banale si ce n'est l'épilogue. De très nombreux enfant sont avortés chaque jour parce qu'on pensait qu'ils n'avaient aucune chance de survivre. Peut-o le reprocher à ces parents qui subissent ces pressions terriblement culpabilisantes ? Non bien sûr. Jeanne-Blandine a eu la chance d'avoir des parents qui ont cru et voulu continuer à la porter jusqu'au bout ne voulant en aucun cas accepter qu'on donne la mort à leur enfant. Combien d'enfants seraient encore vivants si les médecins n'avaient pas poussé à l'IVG parce que soi disant moins culpabilisante ? Transmettons cette histoire vrai comme un témoignage à la VIe pour que plus jamais un enfant malade soit avorté dans la solitude d'une salle d'opération.

Astrid et Pierre-Dominique remercient les amis, amis des amis des amis. Toutes les propositions d'aides et messages de sympathie leur ont permis de « tenir le coup » pendant ces longues semaines, où ils craigniaient chaque jour la mort ou l'handicap pour leur enfant. Ils voudraient remercier de façon particulière les familles qui, avant eux, ont vécu des grossesses difficiles et qui ont accompagné leur enfant au cours d'une vie trop courte ou qui accompagnent aujourd'hui des enfants handicapés. Ils ont été pour eux des exemples entraînants. Ils ne peuvent les remercier tous personnellement. Alors, ils racontent seulement cette histoire, en espérant que ces nouvelles encourageront à soutenir la vie, et peut-être donneront à d'autres la force de se battre dans les tempêtes. Oui, toute vie vaut la peine !

Les médecins qui ont vu Astrid et Jeanne-Blandine avaient raison de se faire du soucis. C'est certain. Pour le confirmer, nous avons interrogé le Docteur Beuselinck oncologue, collaborateur de Jeunes pour la Vie pour bien comprendre les causes et les risques des pathologies de Jeanne-Blandine. Impressionnant !

La rupture prématurée des membranes au cours du deuxième trimestre de la grossesse (entre 16 et 26 semaines de gestation)

Définition

On appelle « rupture prématurée des membranes » la rupture des membranes qui forment la poche dans laquelle grandit un enfant dans l'utérus de la mère. Dans cette poche, il y a du liquide, le liquide amniotique, qui permet à l'enfant de bouger. Ce liquide est également nécessaire au bon développement des poumons. La rupture peut se présenter sous forme de fuite lente et continue de liquide, mais elle peut également se faire de façon plus aigue : la femme enceinte perd alors tout à coup la majorité du liquide amniotique.

Entre 16 et 26 semaines de gestation, cette complication survient dans plus ou moins 0.7% des grossesses. Elle se produit le plus souvent après des procédures gynécologiques invasives, par exemple une ponction de liquide amniotique. (*ndlr technique à haut risque utilisée pour les procéder à des diagnostiques prénataux)*

Conséquences pour la grossesse

En général, endéans une ou deux semaine, la rupture des membranes mène à des contractions utérines et donc à l'accouchement spontané. Une semaine après la rupture, 50% des femmes auront accouché spontanément. Seulement 12 à 27% seront encore enceintes quatre semaines après la rupture des membranes.

La rupture prématurée des membranes peut se compliquer de chorioamniotite (l'infection de l'utérus pendant la grossesse), de décollement du placenta et de prolapse du cordon (le cordon ombilical qui sort de l'utérus et qui risque de se coincer entre le bassin et la tête de l'enfant). Ainsi, si la rupture des membranes se fait avant 26 semaines de gestation, le risque de mort intra-utérine de l'enfant est de 10%. Si la rupture des membranes se fait avant 23 semaines de gestation, la probabilité de mort intra-utérine est de 33%.

Si on arrive à prolonger la grossesse jusqu'à 26 semaines de gestation, l'enfant a de bonnes chances de survivre, même s'il souffrira des complications connues de la prématurité (maladie des membranes hyalines du poumon, hémorragies intra ventriculaires, séquelles neurologiques, infections, entérocolite nécrotisante). Les chances de survie coïncident dans ce cas avec les chances de survie d'un enfant prématuré chez qui il n'y a pas eu de rupture prématurée des membranes. Par contre, si l'accouchement se fait avant 26 semaines, l'enfant, qui sera trop prématuré, a de grandes chances de mourir dans la période périnatale. Par exemple, si la rupture des membranes se fait à moins de 23 semaines de gestation et l'accouchement spontané suit une ou deux semaines plus tard, seulement 20% des enfants survivent.

Le tout est donc d'essayer de mener à bien la grossesse jusqu'au moment où l'enfant prématuré peut survivre, c'est à dire à 26 semaines de grossesse.

Conséquences après l'accouchement

Même si les possibilités de survie de ces enfants né à 26 semaines de grossesse sont les mêmes que ceux des prématurés, les enfants chez qui il y a eu rupture des membranes peuvent souffrir de conséquences tardives du manque de liquide amniotique. En effet, l'enfant ayant grandi dans un utérus avec peu de liquide amniotique, il peut souffrir de manque de maturation du poumon (le poumon a besoin du liquide amniotique pour se développer).

9% des enfants chez qui il y a eu rupture prématurée des membranes ont le poumon sous-développé. Parmi eux, la mortalité périnatale varie de 70 à 90%. Moins il reste de liquide amniotique, moins les poumons sont développés. 7% des enfants ont des membres malformés (puisque par manque de liquide amniotique, l'enfant aura moins de place pour 'bouger' et faire pousser ses jambes et ses bras). Il peut également y avoir des malformations du visage.Corrélés à la quantité de liquide amniotique restant. Si l'on parvient à arrêter les fuites de liquide amniotique et si le liquide se reconstitue peu à peu (ce qui est le cas chez 25%), l'enfant a autant de chances de naître en bonnes conditions que tout autre enfant. Tant le risque de mort péri-natale que le risque de malformations des membres ou de manque de développement des poumons sont

La petite Jeanne-Blandine avait donc :
Une probabilité de 33% de mourir dans le ventre de sa maman après la rupture des membranes
Une probabilité de 73 à 88% de naître spontanément avant 26 semaines, donc de mourir à la naissance
Une probabilité de 9% d'avoir de graves problèmes pulmonaires
Une probabilité de 7% d'avoir des malformations des membres

Comment la médecine moderne peut-elle aider dans ces cas ?

Il faut essayer de mener la grossesse à 26 semaines de gestation :
La mère est en général hospitalisée. Elle doit en tout cas observer du repos.
On peut stimuler la maturation pulmonaire par l'administration de glucocorticoïdes.
En cas d'infection (chorioamniotite), il faut administrer des antibiotiques.

En tout cas, les directives internationales ne sont en aucun cas unanimes à dire que l'interruption de grossesse est strictement indiquée dans le cas de rupture prématurée des membranes entre 16 et 26 semaines. De plus, on a constaté que le fait de continuer la grossesse n'a pas de conséquences sur le développement neurologique de l'enfant.

Par contre, s'il y a décollement du placenta ou infection grave, l'accouchement, même à un âge non viable pour l'enfant, doit être proposé, car non seulement l'enfant n'a pas de chances de survivre, mais la vie de la mère est également en danger.

Au delà de 26 semaines de gestation, on peut essayer de prolonger davantage la grossesse, mais l'accouchement prématuré est indiqué s'il y a décollement du placenta, infection intra-utérine, décélérations du rythme cardiaque de l'enfant ou prolapse du cordon. Dans ces cas, attendre pour induire l'accouchement est dangereux.

Dr Benoit Beuselinck

Les données scientifiques sont tirées de Uptodate : « Preterm premature rupture of membranes » et « Midtrimester preterm premature rupture of membranes ».