

<p>Réservé au secrétariat du CARO</p> <p>Date limite 31/03/2012</p>	<p>Réservé CARO</p>
<p>PRATIQUE DE LA RAI DANS LES MATERNITES DE NIVEAU 3 FRANCAISES Bony E¹, Bonnin M¹, Storme B¹, Ducher E², Bonnal A³, Chassard D^{4,5}, Bazin JE¹, et l'ensemble des membres du CARO⁵ 1. Anesthésie Réanimation, Pôle Gynéco Obstétrique, Hôpital Estaing, CHU Clermont-Fd, France 2. EFS, Hôpital Gabriel Montpied, CHU Clermont-Fd, France 3. Anesthésie Réanimation, CHU Montpellier, France 4. Anesthésie Réanimation, Pôle Mère Enfant, HFME, Lyon, France 5. Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale : http://caro-club.univ-lyon1.fr</p>	<p>Introduction : La RAI est systématiquement prélevée et fréquemment répétée en obstétrique. Seules 2 situations sont cependant particulièrement à risque et nécessitent la connaissance et la surveillance de la RAI : l'hémorragie du post partum avec une incidence d'environ 5% des accouchements (<i>SFAR, RFE 2009</i>) et l'allo-immunisation foeto-maternelle survenant dans presque 1% des grossesses (<i>CNGOF, RPC 2005</i>). De nouvelles recommandations ont donc été établies en 2010 (<i>RFE, SFAR 2010</i>). L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques de la RAI en vue de l'application des recommandations.</p> <p>Matériel et Méthodes : Enquête nationale de type transversale effectuée sur questionnaire informatisé élaboré par des anesthésistes d'obstétrique et un médecin de l'EFS référents et diffusé par l'intermédiaire du site du CARO (http://caro-club.univ-lyon1.fr). 16 questions ouvertes à réponses uniques ou multiples sur la définition de RAI, le coût et la validité, la surveillance en cours de grossesse, les prélèvements en peri partum et le retentissement sur les prescriptions de PSL. Envoi aux anesthésistes et internes, gynécologues-obstétriciens et internes, et sages-femmes exerçant de façon permanente et/ou en garde en maternité de niveau 3. Analyse des résultats en effectifs et pourcentages.</p> <p>Résultats : 162 réponses sur 2 mois 76 anesthésistes, 25 obstétriciens et 61 sages-femmes de 22 maternités différentes. 40% connaissent la définition de RAI, 22% le coût moyen et 62% le délai de réalisation. En cas de positivité 76% effectuent une recherche complémentaire d'anticorps et savent qu'une comptabilisation est nécessaire en cas de demande de CG. 6% seulement connaissent le calendrier de surveillance de la RAI en cours de grossesse (<i>Décret 1992, Recommandations HAS 2007, RFE SFAR 2010</i>) et cette surveillance n'est conforme que dans 15% des cas. 82% connaissent la durée de validité de la RAI chez la femme enceinte. La RAI est effectuée en salle de naissance de façon systématique pour 62% des accouchements prévus par voie basse et 90% des césariennes programmées. En contexte d'urgence seuls 22% optimisent la compatibilité des CG, les autres transfusant du O⁻ malgré la connaissance du Rh⁺. La définition et l'implication du test de Kleihauer ne sont connues que par 34% et l'utilisation de RAI maternelles en cas de besoin transfusionnel chez le nouveau-né n'est évidente que pour 12%.</p> <p>Conclusion : Il existe une méconnaissance même de la définition de la RAI et de son calendrier de prescription chez la femme enceinte. Plus de la moitié des répondants prélèvent les parturientes quel que soit les résultats antérieurs et le risque hémorragique à leur admission en salle d'accouchement sans même utiliser ce résultat en cas de prescription de CG en urgence. Les recommandations apparaissent mal appliquées et des campagnes de formation et d'information apparaissent nécessaires au sein des maternités françaises aux vues des RFE 2010 de la SFAR.</p>