



Réseau de Périnatalité

Calvados - Manche - Orne

RESEAU BAS-NORMAND DE PERINATALITE

Réunion du 29 janvier 2016

Chers Collègues et Amis,

Une fois de plus vous avez été très nombreux à participer à cette journée inter-établissements du réseau et nous vous en remercions. Les débats ont à nouveau été vifs, animés et fructueux, le tout dans une ambiance cordiale et constructive. Les protocoles évoluent et les idées aussi : c'est ce qui fait la force de notre région. Vous trouverez tous ces protocoles sur le site du réseau (www.perinatbn.org).

Notre prochaine rencontre est prévue le **24 juin 2016**, dans l'amphithéâtre du bâtiment FEH du CHU de Caen.

En parallèle à cette journée inter-établissements, merci de noter d'ores et déjà dans votre agenda la date du prochain colloque Ville-Hôpital du Réseau de Périnatalité qui se déroulera le **samedi 24 septembre 2016**. Le lieu et le programme seront prochainement disponibles sur le site du réseau.

Enfin, les 16èmes GYPOM se dérouleront les **21 et 22 avril 2016**. Nous comptons une fois encore sur une présence toujours plus nombreuse notamment de nos collègues gynécologues-obstétriciens des hôpitaux généraux, seule garante de la pérennité de ces journées régionales fort appréciées.

A très bientôt,

Professeur Michel DREYFUS

Docteur Jean COUDRAY

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANT	PRESENTS	ABSENTS EXCUSES
ALENCON	V. GODEFROY, SF Cadre B. MARCHADIER, SF S. MARIKO, Interne A. MOUSTEAU, GO F. SIMONNE, GO	
ARGENTAN	S. ARMOUCHE, Pédiatre C. CAUCHARD, SF AS. DELANNOY, Cadre puer MF. JEAN, SF Cadre G. LAPCHENKO, GO L. MOSNEAGU, GO P. NELLE, GO	
AVRANCHES-GRANVILLE	N. BRUEY, GO J. GUERIN, SF Cadre M. MANDON-GUYOT, GO C. SALMON, Interne C. VATELOT, Interne P. VELY, GO	
BAYEUX	E. BOUTROIS, SF N. COGNAT, SF Cadre R. ONFROY, SF C. POISSON, SF	
CHERBOURG-VALOGNES	M. DESPRES, GO C. LE GRAND, Interne J. LEPORATI, Pédiatre C. MATHIS, SF Cadre G. NDAYIZAMBA, GO O. POP, GO M. SHUM, Interne	
CHU de Caen – Gynéco-Obstétrique.	C. ALBERT, psychologue G. BEUCHER, GO S. BOURAI BENNIA, SF cadre A. COURTOIS, SF P. DOLLEY, GO M. DREYFUS, GO F. JONES, Interne J. LEDRANS, SF cadre A. LETARDIF, SF Cadre Sup L. LOPEZ, SF S. MULOT, Interne J. PHILIPPART, Interne D. QUIEDEVILLE, psychologue P. RODIER, SF T. SIMONET, ARE L. VALENTIN, GO A. VILLOT, Interne	I.ASSELIN, GO
CHU de Caen - Néonatalogie	C. ALEXANDRE, pédiatre V. DATIN-DORRIERE, pédiatre P. DUPONT-CHAUVET, pédiatre B. GUILLOIS, pédiatre AS. TRENTESAUX, pédiatre	

CHU de Caen – Foetopath	C. JEANNEPASQUIER	
COUTANCES	C. BRUNE, SF M. SMALL, SF	
FALAISE	C. COUASNON, SF A. LEFEBVRE, SF Cadre A. PICHOT DE LA MARANDAIS, SF	
FLERS	E. BARRE, SF M. BEGORRE, GO D. EDARD, SF L. GAICHIES, Interne S. KOZISEK, Pédiatre H. KRIER, Interne M. LARCHET, Pédiatre (Flers+Mayenne) L. NASRI, Interne N. ROGE, FF Cadre puer S. VIERA ROTH, Pédiatre	
HONFLEUR-COTE FLEURIE	V. BARON, SF F. CORNILLOT, SF Cadre L. LAGARDE, GO G. QUEMENER, SF M. VERDIERE, SF	
L'AIGLE	S. LEMETAYER, SF	F. BEAUVILLIERS, SF
LE PARC	J. COUDRAY, GO + Président V. DELAUTRE, GO L. DURIN, GO L. GIFFARD, SF B. JARDIN, SF Cadre R. LEROY, GO M. NOIREZ, GO H. TONNEAU, SF	
LISIEUX	E. CLOUET, SF M. DELASALLE, SF M. MARTIN, Interne FX. ROTH, Pédiatre F. RUBIN, SF cadre P. VAUCLIN, Cadre Néonate	N. RATTIER, SF
SAINT-LO	P. BALOUET, GO S. CENIER, SF cadre ML. PASSELEGUE, SF cadre	L. GALAJDOVA, GO
INVITES		
RESEAU DE PERINATALITE	M. DOSSMANN, SF proximité L. GUERIN, puer E. ONNEE-SELLAM, SF proximité L. PRIME, ARC G. QUEROMAIN, secrétaire M. VARANGOT, SF Proximité	P. THIBON, Médecin épidémiologiste

❖ Calendrier :

- **Prochaine réunion inter-établissements et RMM** du réseau :
Vendredi 24 juin 2016 dans l'amphi du bâtiment FEH.
Renseignements et inscription : queromain-g@chu-caen.fr
- **16èmes GYPOM : jeudi 21 et vendredi 22 avril 2016**
Renseignements et inscription : jp-com@wanadoo.fr
- **6ème Colloque du Réseau de Périnatalité : samedi 24 septembre 2016** à la Chambre de Commerce et d'Industrie de Caen. Inscription obligatoire.

1^{ère} Partie

❖ Mot du Président

Jean COUDRAY présente ses vœux, évoque la fermeture de la maternité de Falaise, la réunification des deux Normandies, l'arrivée d'une nouvelle sage-femme de proximité dans l'équipe, Madame Elisabeth ONNEE-SELLAM et la réduction du temps de travail de Pascal THIBON, épidémiologiste.

Il présente le nouveau site internet du réseau et l'aboutissement de nouveaux protocoles : dépression du post-partum, le diabète gestationnel et Hémorragie du post-partum (nouvelles recommandations).

❖ Présentation de la journée

Monsieur DREYFUS présente également ses vœux, donne les dates des Gypom 2016. Au programme du vendredi matin les alternatives à l'hospitalisation pendant la grossesse et l'après-midi les RPC post-partum 2015 et une thématique sur le placenta (accreta, praevia...).

Il informe l'assemblée du départ à la retraite dans les mois à venir du Dr Pierre VELY, gynécologue-obstétricien à l'hôpital d'Avranches.

Il évoque un article sur la sinistralité en obstétrique qui sera diffusé par le réseau de Périnatalité début février. Cet article sera à transmettre aux équipes sages-femmes par les cadres des maternités.

❖ Statistiques du réseau et cartographie des transferts

Le premier constat sur l'année est la baisse de 2000 accouchements entre 2010 et 2015.

Deux nouveautés sur la présentation des statistiques :

- ✓ Les chiffres seront présentés uniquement en janvier avec des données annuelles. Seules les cartes des transferts in utero seront présentées en janvier et en juin avec les chiffres de chaque période.
- ✓ Une cartographie et des données sur les transferts SMUR pédiatriques, également présentées une fois par an en janvier.
- ✓ A noter un taux de remplissage des dossiers de transferts proche de 90 % et une régression des transferts pour embolisation. Les transferts pour rapprochement maternel persistent malgré la réduction des lits au CHU.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Encéphalopathies anoxo-ischémiques :

Cénéric ALEXANDRE présente la prise en charge des encéphalopathies anoxo-ischémiques par l'hypothermie contrôlée, les données locales récentes, les questions d'actualités et le registre national (étude LyTONEPAL).

Les messages importants :

1. Si pH au cordon < 7.10 ou lactate au cordon > 9 mmol/L, appel du pédiatre pour évaluation neurologique.
2. Si l'examen neurologique du nouveau-né à 1 heure de vie n'est pas strictement normal (éveil, tonus, réflexes, réactivité) : appel de la réanimation de Caen pour discussion d'indication de la mise en hypothermie contrôlée.
3. En attendant l'arrivée du SMUR, mettre l'enfant en hypothermie passive contrôlée :
 - ✓ Ne pas éteindre le chauffage de la couveuse.
 - ✓ Mettre en place une sonde thermique cutanée et régler la température cible de l'enfant à 35°C.
4. S'évertuer à avoir un pH au cordon de tous les accouchements sortant de la normalité (extraction, ARCF, césarienne,...).

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Direction du travail

Gaël BEUCHER présente l'évolution de la durée du travail physiologique, entre les données de Friedman et les données nouvelles selon Zhang, le pronostic obstétrical et néonatal en fonction de la durée du travail et les modalités d'administration d'ocytocine.

Une enquête nationale périnatale en 2010 révèle que 71 % des femmes à bas risque ont reçu de l'ocytocine en cours de travail en France, soit 2 à 3 fois plus qu'en Suède, au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas.

La direction active du travail par rupture artificielle des membranes précoce systématique et la perfusion précoce d'ocytociques si besoin ne révèlent que peu de bénéfices.

Ces nouvelles pratiques mises en place au CHU seront évaluées dans quelques mois mais le protocole est déjà sur le site.

Des recommandations dans l'utilisation de l'ocytocine ont été données : palier long (40 mn), palier de 2.5 mUI (=15ml/h) pour un maximum de 20 mUI.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ EPIPAGE 2

Valérie DATIN-DORRIERE fait un point sur l'étude EPIPAGE 2, débutée en mars 2011, qui vise à mieux connaître le devenir des enfants prématurés (7.4 % des naissances en 2010) : elle inclut les enfants nés entre 22 et 34 SA + 6 J. Son objectif est de suivre les enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 12 ans.

Le bilan à 2 ans d'âge corrigé évalue les séquelles motrices, les déficits sensoriels, le retard de langage et les facteurs de risques de séquelles neurologiques.

Il semble révéler qu'il y a un intérêt à une prise en charge active dès 24 SA : transfert des patientes vers une maternité de type 3, débuter la corticothérapie. Ceci permettrait d'après les expertises internationales (Suède, Japon) d'améliorer la prise en charge des prématurés plus âgés (≥ 26 SA).

La prochaine étape sera le suivi à 5 ans qui débutera en novembre 2016. Une centaine d'enfants sont concernés en Basse Normandie. L'évaluation sera centralisée au CHU de Caen.

Si vous suivez un enfant prématuré, n'hésitez pas à demander aux parents si l'enfant est inclus dans l'étude EPIPAGE 2 pour remplir pendant la consultation le questionnaire médecin et leur communiquer les coordonnées de la coordination régionale et nationale.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Cas clinique : Hémorragie de la délivrance compliquée d'un arrêt cardio-circulatoire

Le Dr MOUSTEAU nous présente le cas d'une patiente de 29 ans, admise à 38 SA pour rupture de la poche des eaux. Elle accouche par césarienne pour stagnation à 8 cm, puis est prise en charge pour une hémorragie du post-partum (Nadador, pose de sonde de Bakri, Exacyl) avec des pertes évaluées à 1400 cc. Décision d'une hystérectomie d'hémostase pendant laquelle la patiente fait un arrêt cardio-circulatoire de brève durée à l'induction. Elle est admise en réanimation : mise en évidence d'une cardiopathie dilatée du péripartum, puis transférée en cardiologie où le diagnostic de cardiomyopathie du péripartum est posé. Elle sort de la maternité à J12 avec un traitement et un suivi cardiologique.

Ce type de cardiopathie représente 1 à 2 cas sur les 80 morts maternelles annuelles. Elle peut apparaître plusieurs semaines après

l'accouchement. La prise en charge repose sur l'utilisation des bétabloquants, traitement cardiologique spécifique.

- Toute patiente consultant avec une dyspnée inhabituelle au repos en fin de grossesse a fortiori associée à une asthénie marquée doit inciter à la prescription d'une échographie cardiaque urgente.

Diaporama disponible sur le site du réseau

❖ Présentation des dossiers néonataux

- Sept cas de Morts Inattendues du Nourrisson ont été recensés pour l'année 2015.

Suite à un décès à la maternité du CHU, plusieurs actions ont été mises en place :

- ✓ Facteurs de risques couchage réévoqués
- ✓ L'allaitement ne protège pas des risques du Co-sleeping
- ✓ Lettre d'Information sur les dangers du Co-sleeping diffusée à l'ensemble du personnel de maternité
- ✓ Lutter contre les formations et informations contradictoires (formation allaitement)
- ✓ Diffusion de l'information aux parents
 - Affiche des 10 conseils de couchage dans chaque chambre/dans chaque carnet de santé
 - Nouvelle plaquette de naître et vivre
 - Tracer l'information donnée aux parents
- ✓ Journée nationale de prévention de la Mort inattendue du Nourrisson : septembre 2015 dans le hall du CHU
- ✓ Groupe de travail en maternité sur comment répondre aux pleurs du bébé en décembre 2015

- Huit décès néonataux au CHU de Caen entre le 01/06 et le 31/12/2015, dont 6 très grands prématurés de moins de 28 SA, un cas d'anasarque dont le dossier sera présenté en juin et un décès à terme avec une pathologie létale de découverte post-natale.

Quatre dossiers du CHU, un dossier co-présenté CHU/Flers, un d'Avranches, un de Lisieux et un de Cherbourg ont été détaillés.

Plusieurs messages ressortent de ces présentations :

- ✓ Importance d'analyser les rythmes (fréquence de base, décélération, variabilité) de façon systématique : évite les retards diagnostiques et améliore les prises en charge (pH, lactates ou césariennes).
- ✓ Si pathologie maternelle connue, nécessité d'évaluation en préconceptionnel ou en tout début de grossesse, par un spécialiste.
- ✓ Si pathologie maternelle découverte en cours de grossesse, adresser la patiente en maternité de type 3 avant 36 SA.

- ✓ Anamnios sans chorioamniotite = dossier à présenter au CPDPN en cas de demande parentale d'IMG.
- ✓ Devant une hémorragie du post-partum avec un hémopéritoine d'origine inexplicquée (pas de cause obstétricale évidente), faire appel urgemment à un chirurgien viscéral pour chercher une cause digestive (rate, rein, ...).
- ✓ Chez un enfant à terme, sans antécédent particulier, qui présente, après un intervalle libre de 48 heures, un tableau évoquant un sepsis avec en plus une note neurologique (troubles de conscience, hypo-hypertonie, mouvements anormaux), penser aussi à une maladie métabolique.
La conduite à tenir : arrêt de l'alimentation entérale, perfusion avec du SG 10 % mais sans protides, dosage en urgence de la glycémie, la lactatémie et l'ammoniémie.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

2^{ème} partie

❖ Présentation des dossiers de Morts Foetales In Utero

Les 3 dossiers les plus pertinents du semestre ont été présentés. Comme toujours si vous souhaitez avoir accès à l'une des présentations vous pouvez contacter le secrétariat du réseau : queromain-g@chu-caen.fr

Certains des cas présentés permettent de faire quelques rappels :

- ✓ L'échographie T1 doit impérativement définir la chorionicité d'une grossesse gémellaire.
- ✓ Un antécédent d'HRP n'est pas une indication à un traitement par aspirine lors de la grossesse suivante.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Evolution fatale d'un choc septique à Streptocoque A

Frédérique JONES présente le cas d'une femme de 30 ans, qui consulte aux urgences pour fièvre élevée, des vomissements, une diarrhée aqueuse profuse, des douleurs pelviennes et lombaires depuis 6 jours. Son état va se dégrader et elle sera admise en réanimation, puis devant un choc septique réfractaire opérée pour une pelvipéritonite. L'intervention ne retrouvera pas de porte d'entrée infectieuse. L'évolution sera défavorable avec un syndrome de défaillance multiviscérale aboutissant au décès de la patiente après 3 heures de réanimation.

Les hémocultures reviendront positives à *Streptococcus pyogenes* (groupe A). La patiente a fait un choc toxique à streptocoque A :

- ✓ Pathologie rare mais grave,
- ✓ Y penser devant un tableau de choc septique sans porte d'entrée identifiée
- ✓ Inhibition de la synthèse de protéine M (CLINDAMYCINE +++) = Dalacine®

Le message à faire passer : En cours de grossesse,

- ➔ Tableau de gastro-entérite + syndrome fébrile + myalgies = PENI + CLINDA.
- ➔ Porte d'entrée ORL fréquente : port d'un masque obligatoire en salle de naissance pour tout geste réalisé à poche rompue (TV, accouchement, extraction, suture d'épisiotomie).

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ RPC post-partum

Le Pr DREYFUS présente les RPC du CNGOF sur le post-partum de décembre 2015. Elles seront présentées également aux GYPOM le 22 avril par le Pr Loic MARPEAU.

Les grands thèmes abordés sont l'allaitement, les soins maternels après accouchement (voie basse et césarienne), la consultation post-natale, la contraception, les vaccinations post-natales, la rééducation périnéale, les problématiques du nouveau-né jusqu'à un mois de vie et les troubles psychiques du post-partum.

Chaque recommandation est évaluée par un grade (A, B, C), un niveau de preuve, et est répartie en 3 types :

- ✓ Il est recommandé de faire = il faut faire ce geste.
- ✓ Il n'est pas recommandé de faire = il n'est pas nécessaire de faire mais pas interdit.
- ✓ Il est recommandé de ne pas faire = il faut éviter de faire ce geste.

On peut conclure de ces recommandations que le post-partum constitue pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant.

L'intégralité de ces RPC est disponible sur le site du CNGOF en texte court et dans le journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction en texte long.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Grossesse et acide valproïque

Patricia DOLLEY présente le cas clinique d'une patiente traitée par Dépakine depuis l'âge de 16 ans, ayant conservé son traitement pendant ses trois premières grossesses, et dont les trois enfants sont

porteurs de retards d'acquisition, deux de troubles du comportement et le troisième avec une craniosténose surajoutée. Elle débute sa quatrième grossesse sous Dépakine, puis vue en échographie à 22 SA est réorientée vers son neurologue. Son traitement est modifié au profit du Lamictal et elle donne naissance à un enfant sans malformation.

Pour rappel, les professionnels de santé ont reçu une lettre en 2014 de l'HAS concernant les dangers du Valproate pour les enfants exposés in utero. Un formulaire d'accord de soins pour les patientes traitées par Valproate doit être rempli et signé par le médecin prescripteur et la patiente concernée.

Le rôle des professionnels qui ont des patientes en âge de procréer et qui prennent ces traitements antiépileptiques est de :

- ✓ Alerter en préconceptionnel (tout le temps) : faire changer le traitement en amont d'une grossesse par le neurologue impliqué.
- ✓ Informer les patientes des risques
- ✓ N'accepter la Dépakine® à dose minimale efficace que comme traitement de dernière intention
- ✓ Si grossesse : insister pour changement de traitement quel que soit le terme de la grossesse, car outre la tératogénicité, l'impact du Valproate concerne aussi le développement cérébral.

Le Pr GUILLOIS fait remarquer qu'il existe deux types d'épilepsie : l'épilepsie généralisée avec perte de connaissance et l'épilepsie focale. Il est important d'interroger la patiente car le second type permet une modification thérapeutique bien plus aisée.

La lamotrigine (Lamictal®) et le Lévétiracétam (Keppra®) sont préconisés comme traitement épileptique pendant la grossesse.

L'administration préconceptionnelle d'acide folique chez les femmes épileptiques est de 0.4 mg/j qu'elles prennent ou non des anti-épileptiques.

Fin de séance à 17h00.

Nous remercions une fois encore nos sponsors réguliers **NESTLE/FERRING** pour leur soutien constant et indispensable à la tenue de cette manifestation, depuis ces 16 dernières années, mais aussi l'ensemble des participants dénotant ainsi de leur vif intérêt pour cette journée.