



Réseau de Périnatalité

Calvados - Manche - Orne

RESEAU BAS-NORMAND DE PERINATALITE

Réunion du 28 juin 2019

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 **vendredi 7 février 2020**, dans l'amphithéâtre du bâtiment FEH du CHU de Caen.

A très bientôt,

Professeur Michel DREYFUS

Professeur Bernard GUILLOIS

Nous remercions une fois encore nos sponsors CELIA/GALLIA pour leur soutien constant et indispensable à la tenue de cette manifestation, depuis ces 19 dernières années, mais aussi l'ensemble des participants dénotant ainsi de leur vif intérêt pour cette journée.

Début de séance à 9 h 00

Présents

Nom	Prénom	Etablissement	Fonction
AGUDZE	Etienne	Cherbourg	Pédiatre
AMEKOU	Christian	Avranches	Gynécologue-Obstétricien
AUBRY	Elodie	Argentan	Sage-femme
BACHELEZ	Valérie	Coutances	Sage-femme
BAZIRE	Corinne	Lisieux	Sage-femme
BERUJON	Elsa	CHU de Caen	Interne
BEUCHER	Gaël	CHU de Caen	Gynécologue-Obstétricien
BRIE	Claudia	Cherbourg	Gynécologue-Obstétricien
BRIERE	Marie	Lisieux	Pédiatre
BRUNE	Catherine	Coutances	Sage-femme
BURON-FOUQUE	Charlotte	CHU de Caen	Interne
CARFAGNINI	Vanessa	Avranches	Pédiatre
CLOUARD	Marion	L'Aigle	Sage-femme
CLOUET	Emmanuelle	Lisieux	Sage-femme
COUDRAY	Jean	Réseau de Périnatalité	Gynécologue-Obstétricien
CRUE	Emmanuelle	Cricqueboeuf	Sage-femme
DANDIN	Aurélié	Flers	Sage-femme
DATIN-DORRIERE	Valérie	CHU de Caen	Pédiatre
DELPY	Anton	Alençon	Interne
DOLLEY	Patricia	CHU de Caen	Gynécologue-Obstétricien
DOSSMANN	Maud	Réseau de Périnatalité	Sage-femme
DOUBOUYA	Mohamed	Alençon	Interne
DREYFUS	Michel	CHU de Caen	Gynécologue-Obstétricien
FAISANT	Maxime	CHU de Caen	Anatomo-pathologiste
FETILLE	Christine	CHU de Caen	Sage-femme
GODEFROY	Véronique	Alençon	Sage-femme Cadre
GROUSSET	Alexia	CHU de Caen	Sage-femme
GUERIN	Laure	Lisieux	Psychologue
GUILLOIS	Bernard	CHU de Caen	Pédiatre
HACHEMANE	Rosa	L'Aigle	Gynécologue-Obstétricien
HAZIZA	Virginie	CHU de Caen	Sage-femme Cadre
HUARD	Gwennaïg	Cricqueboeuf	Sage-femme
JONES	Frédérique	Bayeux	Gynécologue-Obstétricien
JOUAN	Chloé	Bayeux	Psychologue
LAGARDE	Louis-Wandrille	Cricqueboeuf	Gynécologue-Obstétricien
LAROCHE	Benoit	Alençon	Interne
LE HOUZEZEC	Dominique	Réseau de Périnatalité	Pédiatre
LEBLANC	François	Le Parc	Gynécologue-Obstétricien
LECOEUR	Christelle	Lisieux	Gynécologue-Obstétricien
LECORPS	Elodie	CHU de Caen	Pédiatre
LEDEVIN	Pascal	Sponsors	Délégué Lactalis
LEROUX	Chloé	Avranches	Sage-femme Cadre
LESEIGNEUR	Philippe	L'Aigle	Gynécologue-Obstétricien

LETARDIF	Annie	CHU de Caen	Sage-femme Cadre
LUCAS	François-Joseph	Lisieux	Sage-femme
MATHIS	Christine	Cherbourg	Sage-femme Cadre
MEHOBA	Muriel	Argentan	Gynécologue-Obstétricien
MERCIER	Pierre-Yves	Avranches	Gynécologue-Obstétricien
MOUSTEAU	Abdallah	Alençon	Gynécologue-Obstétricien
NELLE	Philippe	Argentan	Gynécologue-Obstétricien
ONNEE-SELLAM	Elisabeth	Réseau de Périnatalité	Sage-femme
OSMONT-CHAUVIN	Hélène	CHU de Caen	Sage-femme
PHILIPPART	Jérôme	Avranches	Gynécologue-Obstétricien
PIEN	Catherine	Saint-Lô	Sage femme de liaison
POISSON	Claire	Bayeux	Sage-femme
POP	Octavian	Avranches	Gynécologue-Obstétricien
PORTER	Olivia	Avranches	Sage-femme
PRIME	Ludovic	Réseau de Périnatalité	Attaché de Recherche Clinique
QUEROMAIN	Gwénaëlle	Réseau de Périnatalité	Secrétaire
REFAHI	Nasser	Saint-Lô	Gynécologue-Obstétricien
REYNAUD	Claire	Argentan	Gynécologue-Obstétricien
RIGAULT	Alexis	Sponsors	Responsable hospitalier
ROD	Anne	CHU de Caen	Endocrinologue
RUBIN	Fabienne	Lisieux	Sage-femme Cadre
TRINQUET	Loetitia	Réseau de Périnatalité	Coordinatrice
VARANGOT	Magali	Réseau de Périnatalité	Sage-femme
VERSPYCK	Eric	Autres	Gynécologue-Obstétricien
VIERA ROTH	Suzette	Flers	Pédiatre
ZAKARIA	Zakaria	Alençon	Pédiatre
PASSELEGUE	Marie-Laure	Saint-Lô	Sage-femme Cadre
HUET	Justine	CHU de Caen	Gynécologue-Obstétricien
TRENTESAUX	Anne-Sophie	CHU de Caen	Pédiatre
RICHARD	Sylvia	Lisieux	Sage-femme
FROSSARD	Guillemette	Avranches	Gynécologue-Obstétricien
TISSANDIE	Julie	Argentan	Sage-femme

Excusés

Nom	Prénom	Etablissement	Fonction
ALEXANDRE	Cénéric	CHU de Caen	Pédiatre
BALOUET	Pierre	Saint-Lô	Gynécologue-Obtétricien
BEKKARI	Youssef	Flers	Gynécologue-Obtétricien
COUASNON	Charlène	Argentan	Sage-femme cadre
DAUGE	Coralie	CHU de Caen	Anatomo-pathologiste
GALA	Lenka	Bayeux	Gynécologue-Obtétricien
GOUPILLE	Pauline	Avranches	Interne
MANCEL ARROUET	Charlotte	Saint-Lô	Psychologue
VAUCLIN	Patricia	Lisieux	Puéricultrice, cadre de santé néonatalogie

❖ Calendrier :

- **Samedi 5 octobre 2019** : Colloque régional ville-hôpital
- **Du 16 au 18 octobre 2019** : Congrès de la SFMP à La Baule
- **Du 7 au 9 octobre 2020** : 50^e journées nationales de la SFMP par le Réseau Normand au Havre, comme déjà fait en 2010 à Deauville.

1^{ère} Partie

❖ Introduction de la journée par le Mot du Président et le Pr Dreyfus

Le Pr GUILLOIS et le Pr Dreyfus reviennent sur les difficultés de la maternité de Lisieux et les propositions de soutien du CHU à partir de septembre 2019. Le Pr Guillaume Benoist assurera une chefferie intérimaire. Plusieurs médecins séniors du CHU se déplaceront chaque semaine ; un staff téléphonique sera réalisé pendant l'été pendant les absences du Dr Lecoœur.

Les inquiétudes persistent concernant la maternité de Flers. Le Pr Dreyfus informe que le CHU ne pourra pas se substituer à chaque établissement en difficulté, et que la direction et l'ARS en sont bien informées.

Le Pr GUILLOIS présente les formations organisées par le Réseau de Périnatalité pour les mois à venir, le colloque Ville-Hôpital du 5 octobre, les formations en simulation par NorSims et une soirée théâtre débat sur les soins palliatifs pédiatriques.

Les maternités ont été sollicitées par le CNGOF pour une « labellisation » des maternités. Le Pr Dreyfus alerte sur la contrepartie financière (cotisation/accouchement contre une baisse de cotisation d'assurance). Il propose que l'adhésion à ce projet de labellisation soit une décision de réseau et soit réabordée à la réunion de février 2020 à la lumière des expériences d'autres réseaux.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Cartographie des transferts

Les transferts in utero sont présentés par département sur la période de janvier à mai 2019.

Le projet de reconstruction du CHU entrainera une perte 8 lits en maternité et aura un impact sur les transferts in utero et sur les rapprochements mère-enfant dans le réseau. Ces derniers seront les premiers à être impactés.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Indicateurs en périnatalité : le tableau de bord des maternités

Depuis 2011, dix indicateurs sont remplis par les maternités mensuellement sur le site internet du réseau. Ces données sont croisées avec le PMSI.

Ludovic Prime présente les données 2018 : baisse de 18.5 % des accouchements depuis 2011, un taux de césariennes (20%) et de mortinatalité stable, une augmentation du taux de prématurité mais une baisse de la grande prématurité. Les transferts post-natals restent stables. En 2019, les données des 5 premiers mois de l'année permettent de constater une augmentation de 2.9 % des accouchements, une première depuis 10 ans.

Le projet à venir sera d'inclure un indicateur sur l'allaitement à la sortie de la maternité.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ « Petit Deviendra Grand » : Le point sur la cohorte d'enfant suivis par le Réseau

Le Réseau de Périnatalité assure depuis 2010 un suivi des enfants grands prématuré (terme < 33 S.A), dont le poids de naissance < 1.500 g et terme > 33 S.A, ainsi que les enfants avec une pathologie grave en période périnatale, soit 1877 enfants en avril 2019. Ce suivi compte 10 consultations échelonnées sur 7 ans.

Un mémoire de santé publique a été effectué sur les perdus de vue. Il est constaté que le jeune âge des parents, les conditions socio-économiques défavorables et l'existence préalable d'un enfant ancien prématuré étaient des données significatives pour expliquer l'arrêt du suivi.

Le Dr Le Houezec présente quelques données chiffrées des enfants inclus dans ce suivi : acquisition de marche à 2 ans à 97 % avec un âge moyen de 15.8 mois. Un quart des enfants de 7 ans présentent des difficultés de lecture, orthographe et calcul.

Travailler en réseau avec les organismes spécifiques de suivi et mettre en place une commission pluridisciplinaire pour les dossiers les plus complexes sont essentiels pour améliorer ce suivi des enfants.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Projet de formation in situ à la prise en charge de l'HPP : Projet régional SAHARA

Patricia Dolley et Camille Legrand présentent ce projet de formation pluriprofessionnelle par la simulation haute-fidélité, pour toutes les maternités du réseau. Elle se déroulera sur 1 journée pour les maternités de type 1 et 2 et 2 journées pour les maternités de type 3. Un audit sur les dossiers sera réalisé 12 mois avant la simulation et un autre 12 mois après.

Une lettre d'intention de PHRC a été déposée pour le financement. En cas de réponse positive, les formations pourraient démarrer en septembre 2020.

4 maternités se doivent de répondre URGEMMENT quelle que soit la réponse fournie.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Etiologies de la Mort Foetale in Utéro : performances diagnostiques du bilan minimal ciblé versus exhaustif

Le Pr Verspyck (Rouen) présente la mise en place du Protocole EMIBICI (Etiologie de la Mort foetale in utero et Intérêt du Bilan Ciblé) dans les maternités Normandie et de Robert Debré.

Le bilan ciblé (déterminé à partir des données cliniques comprenant les antécédents de la patiente et le déroulement de la grossesse) serait aussi performant que le bilan systématique et exhaustif pour déterminer la cause de la MFIU.

Seront incluses les patientes majeures, ayant une grossesse unique et une mort foetale ante partum, au terme ≥ 20 SA, sans opposition (hors IMG, décès per-partum, pas d'assurance).

En pratique :

- ➔ Déclaration de la MFIU à la sage-femme référente de l'étude (H. Osmont-Chauvin pour les départements 14/50/61)
- ➔ Pas de consentement nécessaire (étude non interventionnelle)
- ➔ Bilan exhaustif systématiquement effectué (RPC 2014) sans changement par rapport aux pratiques actuelles.
- ➔ Récupération sur site des informations cliniques puis des examens complémentaires par la sage-femme référente.
- ➔ Réunion multidisciplinaire pour déterminer la cause de la MFIU (retour d'information au correspondant)
- ➔ Comparaison en aveugle (site différent) du bilan ciblé.

Cette étude doit démarrer à la rentrée 2019.

Diaporama disponible sur le site du réseau

❖ Protocole de prise en charge des infections intra-utérines

Gaël Beucher présente un algorithme sur le diagnostic et la prise en charge d'une infection intra-utérine (IIU) en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) avant travail ou en cas de travail. Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments cliniques, éventuellement étayé par des arguments paracliniques (élévation de la CRP). Une fois établi, mise en place d'une antibiothérapie (combinaison de bêtalactamine et gentamicine) et naissance de l'enfant (césarienne non systématique ne reposant que sur des critères obstétricaux classiques). L'antibiothérapie sera poursuivie après l'accouchement au moins 48 h.

Ce protocole est disponible sur le site du réseau : <https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2019/06/Infection-intraut%C3%A9rine-2019.pdf>

❖ Cas clinique : décès maternel

Le Dr Mousteau présente le cas d'une patiente de 39 ans, avec pour antécédents 2 accouchements normaux à terme, qui a bénéficié d'une amniocentèse à 15 SA + 1 J pour marqueurs sériques à 1/20.

Elle consulte le lendemain pour fièvre et douleurs. L'échographie révèle une MFIU.

Devant la dégradation de son bilan (neutropénie sévère), elle passe au bloc opératoire pour évacuation utérine.

Après une défaillance cardiaque et une détresse respiratoire sévère, la patiente décède après 45 min de massage cardiaque.

Les hémocultures retrouvent E. Coli., également retrouvé dans le liquide amniotique, sensible à toutes les classes d'antibiotiques.

Les résultats d'autopsie sont en attente.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des dossiers néonataux

□ Dix décès néonataux au CHU de Caen entre le 01/01 et le 31/05/2019, dont 6 grands prématurés (dont 4 extrêmes prématurés) et 2 prématurés et 2 enfants à terme.

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

Messages :

- ➔ NIDF : proposition pour la prochaine grossesse d'Aspirine 100 mg +/- 20 mg de corticoïdes (Prednisone) mais risque de récurrence majeur.
- ➔ Adrénaline en intratrachéal ne doit plus s'utiliser pour la réanimation néonatale
- ➔ Strepto B = Pénic G pendant le travail
- ➔ IMC > 35 : doublement des doses d'antibiotique (adaptation au poids).
- ➔ Thyrotoxicose fœtale : cf infra

Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau

2^{ème} partie

❖ Thyroïde et grossesse

Gaël Beucher et Anne Rod font le point sur la prise en charge des dysfonctionnements thyroïdiens au cours de la grossesse : dépistage, carence en iode, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, thyrotoxicose gestationnelle, maladie de Basedow et bilan thyroïdien du nouveau-né.

Les messages forts sont les suivants :

- Le suivi multidisciplinaire est impératif pour toute femme enceinte ayant une pathologie thyroïdienne actuelle ou antérieure.
- Un antécédent de maladie de Basedow nécessite un suivi strict spécialisé (endocrinologique, écho fœtale de référence) car il s'agit d'une pathologie auto-immune. Le suivi nécessite en plus du bilan thyroïdien de base (TSH, T4) un dosage trimestriel de TRAK (anticorps anti-récepteurs à la TSH).
- Une évaluation des TRAK avec apparition d'un goitre fœtal nécessite un traitement maternel à visée FŒTALE (ATS : PTU ou Néomercazole) et une surveillance échographique de la thyroïde fœtale.
- En cas de tachycardie fœtale, une échocardiographie est nécessaire pour éliminer tout signe d'insuffisance cardiaque.
- Une extraction fœtale est souhaitable en cas d'insuffisance cardiaque et/ou d'altération du RCF (hormis une tachycardie isolée) selon le contexte (terme,...).
- En cas d'hypothyroïdie traitée, les doses doivent être accrues de 25 à 50 % selon les doses requises en début de grossesse (< ou > 100 µg/j). Une surveillance de la thyroïde fœtale est également souhaitable.

Présentation détaillée sur le site du réseau :

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2019/05/9-Thyroïde-et-grossesse-28-juin-2019.pdf>

❖ Présentation des dossiers de Morts Fœtales

Les cinq dossiers les plus pertinents du 01/01 au 31/05/2019 ont été présentés (CH de Cherbourg, Lisieux, Alençon et St-Lô).

Comme toujours si vous souhaitez avoir accès à l'une des présentations vous pouvez contacter le secrétariat du réseau : queromain-g@perinatbn.org

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Rapport Européristat : données récentes sur la mortalité néonatale

Valérie Datin-Dorrière présente le rapport européen en santé périnatale de 2015 qui permet de comparer la France aux 28 états membres de l'Union Européenne + l'Islande, la Norvège et la Suisse.

En France, la prématurité représente 7,1% des naissances vivantes (14^e rang/33). La mortalité néonatale est stable en France (22^e rang/33) alors qu'elle baisse dans les autres pays, probablement en rapport avec l'attitude thérapeutique en France, moins agressive qu'ailleurs notamment sur les extrêmes prématurés.

Dans notre réseau, la prise en charge des extrêmes prématurés fait l'objet d'un travail qui sera présenté lors de la prochaine réunion.
Le taux de césarienne est stable à 20 % (7^e rang/33) et le tabagisme maternel est à 16 % (20^e rang/33).

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Soins de développement en néonatalogie : Programme NIDCAP

Les Soins de Développement sont l'ensemble des stratégies utilisées en réanimation néonatale pour favoriser le neurodéveloppement harmonieux du prématuré par la réduction du stress et de la douleur, la promotion du bien-être et la restauration de l'unité parents/enfant.

Le CHU de Caen y est sensibilisé depuis 2005, une partie des équipes a été formée entre 2009 et 2015, avec une implantation effective en 2018, avec comme objectif la certification de qualité NIDCAP.

Pour une cohérence de prise en charge et harmoniser les pratiques, une journée sur les soins de développement sera organisée le 16 décembre 2019.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

Fin de séance à 17h15.