

REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE

Réunion du 25 septembre 2020

Chers Collègues et Amis,

Cette journée inter-établissements du réseau a été remise en question plusieurs fois en raison de la crise sanitaire. Plutôt que de l'annuler, nous avons fait le choix de l'organiser en visioconférence. Nous remercions les participants qui ont pu se connecter. Il s'agissait d'un « coup d'essai » mais peut-être devons-nous réitérer. C'est pourquoi il est **INDISPENSABLE** que chaque participant décrive son vécu : points positifs mais aussi critiques et suggestions d'amélioration.

Les présentations de la journée sont disponibles sur le site du Réseau <https://www.perinatbn.org/evenement/report-de-la-reunion-inter-etablissements-et-rmm/>

D'autres évènements prévus initialement dans notre région en 2020 ont été reportés

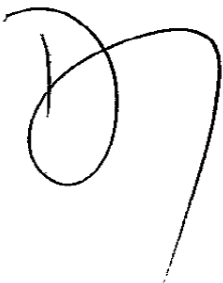
- o Les Gypom les 1^e et 2 avril 2021 à Deauville
- o Les 50^e journées de la Société Française de Médecine Périnatale du 6 au 8 octobre 2021 au Havre.

Notre prochaine rencontre est prévue le **vendredi 5 février 2021**, avec espoir bien évidemment vous retrouver en présentiel.

A très bientôt,

Professeur Michel DREYFUS

Professeur Bernard GUILLOIS



1^{ère} Partie

❖ Suivi de l'infection à SARS-COV2 en Basse-Normandie

Le Pr Dreyfus présente une étude qui fera l'objet d'une thèse de médecine générale sur l'infection à Coronavirus chez les femmes enceintes en Basse Normandie pendant la pandémie (15/03-15/05/20).

Les facteurs de risque sont l'âge, l'obésité, le diabète préexistant. Il n'a pas été confirmé que les femmes enceintes faisaient partie des cas graves et leur symptomatologie n'est pas plus sévère.

Il a été noté en France 25 % de césariennes du fait de la symptomatologie de la COVID19.

En Basse Normandie, 12 patientes infectées hospitalisées ont été recensées dont aucun cas d'infection sévère, critique ou de décès, mais il y a certainement eu un sous-diagnostic par manque de test à cette période.

Messages :

- Avant tout rapprochement mère-enfant ou TIU, une PCR doit être réalisée in situ pour un gain de temps. Aucun rapprochement ne sera pris en charge sans la certitude que le prélèvement virologique a été fait AVANT transfert.
- Tous les protocoles diffusés en mars et avril 2020 restent d'actualité,
- Attention au risque de thrombose chez les femmes enceintes avec une co-morbidité accrue.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Grossesses achevées entre 17 et 25 semaines, quels soins pour les nouveau-nés non réanimés ?

Anne HMAIN présente son mémoire de DIU.

Un certain nombre d'enfants qui naissent trop prématurés et/ou avec des facteurs de comorbidité empêchant une prise en charge active et optimisée, nécessitent des soins palliatifs, souvent inattendus, éprouvants et chronophages pour les équipes.

Son étude inclut toutes les naissances issues de grossesses se terminant entre 17 et 25 SA+6 jours qui ont fait l'objet de soins palliatifs dès la naissance au CHU de Caen de janvier 2018 à septembre 2019.

Il ressort qu'il n'y a pas de corrélation entre les signes de vitalité et le terme ni entre la durée de vie et le poids de naissance.

Plus les professionnels sont formés et sensibilisés aux soins palliatifs, moins il y a de médicaments utilisés. L'accompagnement doit être

multidisciplinaire. La discussion anténatale permet de faciliter ou d'aborder le déroulement des soins palliatifs avec les parents mais aussi avec les équipes de professionnels souvent peu formés à ces prises en charge.

L'existence d'un protocole, son application, la formation du personnel médical et paramédical et l'anticipation de ces situations en permettront une meilleure appréhension.

Pour rappel, l'équipe « La Source » peut se déplacer sur site pour accompagner la démarche palliative. N'hésitez pas à les contacter !

L'équipe *La Source*

Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques de Basse Normandie
CHU de CAEN

Dr Mélanie ALEXANDRE, Médecin coordonnateur
Sylvie LECAUDEY, Claire MESIERZ, Puéricultrices coordonnatrices
Virginie RUFFIN, Adjoint administratif

02.31.27.24.36 - 06.65.38.44.70

lasource@chu-caen.fr



Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Facteurs pronostiques périnataux et devenir à court terme des nouveau-nés à 23-25SA : position du problème, données locales

Cénéric ALEXANDRE présente l'évolution de la population des extrêmes prématurés au CHU de Caen entre 2015 et 2019. Une grille d'évaluation des critères pronostiques (SA, PFE, RPM, Inborn, corticothérapie, gémellarité) utilisée depuis 2017 permet d'évaluer le risque de morbidité, en ne se basant plus seulement sur l'âge gestationnel, et de donner une conduite à tenir périnatale (obstétricale et pédiatrique) en fonction du caractère acceptable, non acceptable, plutôt acceptable ou plutôt non acceptable du risque de morbidité sévère ou de mortalité. L'information aux couples est basée sur cette évaluation et la position du couple est recueillie, pouvant influencer cette prise en charge périnatale dans les situations plutôt acceptable/plutôt non acceptable (respect de la décision parentale alors)

Quatre vingt deux enfants naissaient entre 23 et 25SA sur cette période dont ¼ à 23SA. La corticothérapie anténatale était débutée à plus de 75 % chez les 24SA. On notait un excès de PAG chez les 25 SA (30.6%). 86 % de ces enfants naissaient vivants dont 87 % hospitalisés en néonatalogie. 92% des 24A étaient hospitalisés en néonatalogie versus 19% des 23SA. 51 % décédaient durant leur séjour. Les taux de mortalité par AG étaient comparés à l'étude EPIPAGE 2 (2011) : 61% pour les 24SA (69% dans EPIPAGE 2) ; 48.6% pour les 25SA (versus 41%). Pour les 25SA, on notait un excès de mortalité précoce avant J7 (47% versus 21% pour les 24SA), témoin de décès par échec thérapeutique principalement et non LATA, dans une population avec une surreprésentation de PAG.

Message :

La conduite à tenir périnatale des situations à risque d'extrême prématurité doit se baser sur plusieurs facteurs de risque. L'AG seul n'est pas suffisant pour l'évaluation, même si dans les faits le terme garde une valeur seuil (taux d'hospitalisation comparée des 23 et 24SA). Le recueil de la position parentale est primordiale, a fortiori dans les situations d'incertitude pronostique. La corticothérapie anténatale chez les 24SA est supérieur à 75%, mais faible chez les 23SA. Le consensus actuel est de débiter cette corticothérapie (après évaluation périnatale et information parentale) à 23SA et 5j et de la discuter avant (dans la 23e semaine) selon les situations. Dans cette 23e SA, la téléconsultation entre GO et pédiatres et les couples peut permettre de répondre aux questionnements : quand débiter la corticothérapie, quand transférer la patiente...Le concept de réanimation d'attente n'est plus de mise. Une réévaluation néonatale sera toujours possible en service de réanimation néonatale selon les éléments cliniques et paracliniques, afin de rediscuter du caractère raisonnable ou non d'une poursuite de prise en charge réanimatoire.

Diaporama disponible sur le site du réseau

❖ Télémédecine : utilisation de l'outil pour les consultations anténatales pédiatriques

Dans le contexte épidémique actuel, la HAS recommande la poursuite du déploiement de la télésanté qui permet aux professionnels de santé de prendre en charge les patients à distance.

La priorité est d'utiliser les forces locales et de contacter les centres locaux. Le centre de recours sera contacté pour les situations à risque de très grande/extrême prématurité, d'extrême hypotrophie, de pathologie chirurgicale ou médico-chirurgicale ou les situations de soins palliatifs.

De façon pratique : Contact avec l'équipe de néonatalogie du centre de recours (mail) :

Alexandre-ce@chu-caen.fr
Trentesaux-as@chu-caen.fr
Datindorriere-v@chu-caen.fr

Pour une réponse pratique appropriée : soit une consultation en présentiel parfois indispensable, soit une consultation téléphonique, soit une téléconsultation par Therap-e www.app-esante.fr

Diaporama disponible sur le site du réseau

❖ Cas cliniques

Le Pr Dreyfus nous informe que le dernier rapport sur les décès maternels paraîtra en décembre 2020. Les deux premières causes de mortalité maternelle sont les maladies cardiovasculaires et les suicides, la 3^e les embolies amniotiques (avec plus de cas jugés évitables). Les HPP sont devenues la 4^e cause avec un minimum d'atonies utérines. Le sujet sera présenté lors de la prochaine réunion.

Deux cas particuliers de pathologies maternelles sont présentés :

1- Patiente de 35 ans, aux antécédents d'AVC hémorragique, suivie à Toulouse. Elle est transférée de l'Aigle à 28 SA pour céphalées brutales associées à des vomissements puis perte de connaissance. La TDM initiale révèle une hémorragie méningée massive secondaire à une rupture de MAV avec inondation tétraventriculaire. Prise en charge en réanimation chirurgicale, sédaturée et ventilée, elle se met en travail. Il est décidé une césarienne en urgence sous AG. Naissance d'un garçon de 1200 g, pris en charge par l'équipe de néonatalogie qui décèdera en réanimation néonatale. La patiente a récupéré et est sortie de neurologie sans séquelle.

Messages :

- Une femme présentant des céphalées anormales ou des signes neurologiques sévères doit bénéficier d'une prise en charge spécialisée adaptée à sa pathologie. Elle doit être transférée dans un centre de recours (ici CHU avec neurochirurgie) sans passer par une maternité.
- Seule une urgence obstétricale immédiate (HRP, bradycardie fœtale) impose une césarienne en urgence.
- Il n'y a aucune contre-indication aux examens complémentaires classiques, notamment l'imagerie avec injection iodée.
- Toutes les thérapeutiques sont possibles, y compris la thrombolyse.

2- Patiente de 33 ans, d'origine camerounaise, consulte à 11 semaines du post-partum pour douleurs abdominales. L'échographie abdominale et la TDM révèlent un hémopéritoine massif avec saignements actifs probablement d'origine utérine. Elle bénéficie d'une laparotomie médiane sous-ombilicale qui retrouve un utérus perforé avec plusieurs zones nécrotiques. Une hystérectomie d'hémostase est réalisée (total des pertes sanguines estimé à 2,9L). L'anatomo-pathologie conclut à un **choriocarcinome** présumé gestationnel de 6 cm franchissant la séreuse, avec présence d'embolies vasculaires. Le taux d'hCG peu élevé est descendu, puis a remonté. Une chimiothérapie par Methotrexate a été entreprise.

Message :

Après un accouchement ou un avortement, une femme présentant des saignements itératifs et persistants au-delà de 2 mois du post-partum doit bénéficier d'un dosage des hGC.

Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des décès néonataux

- Quinze décès néonataux au CHU de Caen entre le 01/01 et le 30/06/2020 dont 11 grands prématurés (dont 8 extrêmes prématurés), 2 prématurés et 2 enfants à terme (3 nouveau-nés malformés et une anoxo-ischémie).
- Quatre dossiers du CHU et un dossier co-présenté Avranches/CHU ont été détaillés.

Messages :

- ➔ Pas de Dépakine chez les femmes en âge de procréer sauf pour les femmes résistant à tout autre traitement anti-épileptique.
- ➔ Alerter la patiente en préconceptionnel et prévoir un switch si traitement par Valproate.
- ➔ Prévoir un suivi par le neurologue et échographie de référence.
- ➔ Attention aux métrorragies en début de travail et à la rupture des membranes : penser à l'hémorragie de Benkiser.

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

Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau

2^{ème} partie

❖ Présentation des dossiers de Morts Fœtales

Sur la période du 01/01 au 30/06/2020, seul un dossier de St Lô a été jugé pertinent et a été présenté.

Décès à 39 SA d'un enfant de 4200 g avec placenta de 350 g (1/11^e au lieu de 1/6^e du poids néonatal)

Messages :

- Un fœtus macrosome chez une patiente diabétique de type 1 (ou 2) plutôt bien équilibré et croissance qui s'infléchit = probable insuffisance placentaire. Se méfier d'une inflexion de croissance même si biométrie dans la norme.
- Surveiller les femmes diabétiques « chroniques » de façon hebdomadaire à partir de 36 SA pour la prise en charge de fin de grossesse.
- Le diabète préexistant est une maladie vasculaire ≠ diabète gestationnel, d'où naissance à envisager dès 38 SA au plus tard.
- Envisager traitement par Aspégic 100 lors d'une future grossesse.

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

❖ Hémophilie et grossesse

Marina DUFFOURG nous présente sa soutenance de mémoire de sage-femme sur la prise en charge obstétricale des femmes conductrices d'hémophilie, travail sous la direction du Pr Repesse, hématologue biologiste.

Les recommandations nationales de 2019 et internationales de 2020 vont permettre d'harmoniser les pratiques. Elles reposent sur 4 grands axes : conseil génétique, évaluation du taux de facteur FVIII ou FIX durant la grossesse, prise en charge pluridisciplinaire et suivi en post-partum.

Son étude repose sur 29 patientes conductrices d'hémophilie A ou B et 45 grossesses : 40 % étaient suivies par un hématologue, 69 % avait bénéficié d'une mesure du taux de facteur VIII ou IX, 60 % avaient reçu une conduite à tenir pour l'accouchement, 82 % d'accouchement par voie basse et 6 hémorragies du post-partum.

Il n'a pas été noté de différence significative de prise en charge selon la sévérité de l'hémophilie.

La ventouse est contre-indiquée car il y a un surrisque d'hémorragie cérébrale chez le fœtus masculin quelle que soit la sévérité de l'hémophilie.

Messages :

- Fœtus masculin : contre-indication formelle des gestes invasifs (ventouse, prélèvement au scalp). Privilégier les forceps ou les spatules même si littérature pauvre en données
- Proposer aux patientes conductrices d'hémophilie une prise en charge spécialisée associant hématologues et centre de recours obstétrical (en Basse-Normandie au CHU).
- Porteuse d'hémophilie = avis hématologique si possible en préconceptionnel et toujours en cours de grossesse.
- Recommandation d'accouchement en type 3 pour tout type d'hémophilie quel que soit le sexe foetal.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

Fin de séance à 15h45.