



## **REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE**

### **Réunion du 5 février 2021**

Le mot du Président

Mesdames, cher(ère)s collègues, chers ami(e)s

Tout d'abord, je vous souhaite une bonne et heureuse année 2021, débarrassée de la Covid 19.

2020 fut une année terrible pour tout le monde. Mais, pour nous, 2020 aura aussi été l'année de la fusion de nos 2 réseaux de périnatalité, 14/50/61 et 27/76, entérinée lors de l'Assemblée Générale du 25 novembre 2020. Cette fusion s'est faite dans un climat amical et constructif des 2 équipes de salariés et des 2 bureaux. Mais elle a demandé un énorme travail de préparation puisqu'il a fallu écrire de nouveaux statuts, choisir un prestataire pour un audit social, en discuter la teneur, puis le présenter aux salariés, faire faire un traité de fusion (cahier des charges, appel d'offre, discussion), organiser des élections par internet (et donc solliciter des candidatures au CA, unifier la liste des adhérents, leur envoyer les listes de candidatures, créer un outil de vote par internet), choisir un comptable (Newton Expertise) et un commissaire aux comptes, négocier un Contrat d'Objectifs et de Moyens régional avec l'ARS, qui a été signé en fin d'année, et refaire les démarches auprès de la DIRECCTE pour être organisme de formation. Pour cela, je remercie particulièrement Loetitia Trinquet et Catherine Lévêque dont le binôme est très synergique.

Notre bureau, dont je rappelle les noms des membres :

- Le Président : Pr Bernard Guillois, pédiatre à Caen,
- Le Vice Président : Dr Marc Durand-Reville, GO à la Clinique Mathilde à Rouen,
- Le Trésorier : Dr Henri Bruel, néonatalogiste au Havre,
- La Trésorière-adjointe Dr Béatrice Guiguess, Gynécologue libérale à Caen,
- La Secrétaire Fabienne Rubin, ex-cadre SF à Lisieux,
- La Secrétaire Adjointe : le Dr Syvie Pauthier, GO au Belvédère
- Les membres qualifiés : Dr Marie Gabrielle Coudray, pédopsychiatre à Caen et Mme Françoise Anne, sage-femme/échographiste à la Clinique Mathilde,

S'est déjà réuni 3 fois, par visioconférence les 03 et 17 décembre 2020 ainsi que le 20 janvier 2021.

Outre nos activités usuelles, quatre chantiers prioritaires nous attendent en 2021 :

- 1/ la certification Qualiopi (label qui remplacera en 2022 le label DATADOCK, exigé par les hôpitaux dans leur choix d'organisme de formation) et les démarches auprès de l'Agence Nationale pour la Formation Hospitalière (ANFH) pour que nos formations soient prises en charge financièrement ;
- 2/ l'uniformisation du suivi des nouveau-nés vulnérables et l'adaptation du logiciel de suivi ;
- 3/ la signature des conventions tripartites RPN-ARS-CH de la région 14/50/61 pour le dépistage néonatal de la surdité,
- 4/ la création d'un site internet commun.

Je rappelle que Ludovic Prime a publié les indicateurs 2019 de la région 14/50/61 que je vous incite à consulter car ils sont très instructifs sur l'évolution du paysage de la périnatalité dans cette région et je l'en remercie vivement.

Pour finir je dirai un mot de l'avenir de la Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) de la région 14/50/61, initiée il y a 21 ans par Michel Dreyfus. Jusqu'à présent cette présentation se faisait toujours en présentiel entre équipes qui se connaissaient personnellement. La Covid, aujourd'hui, nous contraint à recourir à une visio-conférence ce qui complique bien sûr la fluidité des échanges.

Trois principes sont à la base de cette réunion :

- 1/ chaque équipe présente les dossiers qui ont posé problème
- 2/ chaque participant est tenu à la confidentialité, c'est à dire à ne pas divulguer à l'extérieur les propos tenus au cours de ces présentations
- 3/ la cordialité est la règle.

L'ouverture de cette RMM aux collègues haut-normands nous impose de réfléchir aux modalités de cette réunion, car pour sa réussite, il faut, d'une part ne pas être trop nombreux (jusqu'à présent chaque maternité était représentée et la réunion regroupait 80 à 90 personnes, Gynécologues-Obstétriciens, Sages-Femmes, néonatalogistes, foetopathologistes), et d'autre part que les participants se connaissent afin que chacun s'exprime en confiance.

Professeur Bernard GUILLOIS



8 hôpitaux connectés en visioconférence avec le CHU de Caen : Lisieux, Saint-Lô, Alençon, Argentan, Flers, CHU de Rouen, Fécamp, Le Havre.  
Les hôpitaux d'Avranches, Bayeux, Cherbourg et Evreux n'ont pu accéder à la connexion par saturation du réseau.

Début de séance à 9 h 00

### → Actualités du Réseau

Le Pr Guillois annonce le prochain Conseil d'administration le 18 février et l'Assemblée Générale le 20 mai 2021.

Il présente les projets de formations dont 2 dates déjà retenues : une soirée d'information sur les freins buccaux restrictifs le 15 avril en webinaire, et une formation à l'observation des interactions parents bébé les 17 juin et 9 septembre (retour d'expérience) au CHU de Caen.

Enfin, pour dépister précocement les troubles neurodéveloppementaux, des plateformes de Coordination et d'Orientation seront bientôt mises en place dans chaque département. L'Assurance Maladie prendra en charge l'accompagnement des enfants via ces plateformes.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

### → Cartographie des transferts

Comme chaque année sont présentées des données chiffrées sur les transferts du Calvados, de la Manche et de l'Orne, ainsi que des cartographies sur les TIU par département. Il a été constatée de façon globale une baisse des TIU en 2020, une légère augmentation des rapprochements mère-enfant et une stabilité des transferts pour hémorragie de la délivrance ainsi que des embolisations. Globalement sur 10 ans, et depuis l'implantation du ballon de Bakri, le nombre annuel d'embolisations chute.

A noter que 7 % des TIU ont été retransférés vers leur maternité d'origine. Une dizaine de mères ont dû être transférées hors région faute de place dans le réseau bas normand.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

### → Les Outborns

Naissances dans un centre de niveau de soins, non adapté au terme et/ou au poids de l'enfant, les outborns impliquent un transfert post-natal, source de mortalité et de morbidité.

Dans une démarche d'amélioration du Réseau et suite à des erreurs d'orientation (retransferts inappropriés), il est initié un recueil des naissances outborn par chaque centre afin de faire la présentation du devenir de ces nouveau-nés lors de nos journées inter-établissements 2 fois par an. Ce recueil impose de comptabiliser également les naissances > 22 SA ayant abouti à un décès néonatal AVANT le transfert néonatal.

Ces présentations débiteront dès la prochaine RMM du 25/06/2021.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

→ Prise en charge de la patiente avec une prééclampsie sévère

Le CNGOF et la SFAR ont publié des RPC en décembre 2020 sur la prise en charge de la prééclampsie (PE) sévère. Les dernières recommandations dataient de 2009. Globalement il y a peu de changements fondamentaux mais quelques points méritent d'être soulignés.

Si la définition reste la même (HTA et protéinurie sans reprendre les définitions américaines), les experts ont insisté sur la notion de facteurs de gravité en plus d'une PE sévère (cf diaporama)

Le traitement doit être d'emblée IV et la molécule choisie en première intention devrait être le labétalol (Trandate°). La nicardipine (Loxen°) ne devrait être utilisée qu'en 2<sup>e</sup> intention en cas d'échec ou de bithérapie nécessaire.

Le sulfate de magnésium en perfusion doit être utilisé, outre dans la prévention des récurrences de crises d'éclampsie, dans toutes les formes de PE sévère AVEC facteurs de gravité. C'est une nouveauté de ces recommandations car avant le sulfate de magnésium était réservé aux formes avec signes neurologiques. La perfusion peut être arrêtée après la naissance en l'absence d'éclampsie ou de signes neurologiques.

En cas d'éclampsie, la stabilité de l'état maternel, l'absence d'anomalies du RCF et une grande prématurité incitent à une attitude expectative au minimum pour permettre la corticothérapie anténatale et le TIU.

Enfin, il est recommandé de faire une imagerie cérébrale chez toute femme ayant fait une crise d'éclampsie supposée ce qui n'était pas le cas auparavant. Ceci est justifié par le fait que les diagnostics différentiels (PRES, thrombophlébite) sont difficiles à éliminer.

Les reste des recommandations est à voir dans le diaporama en ligne.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

→ 6<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM)

En décembre, le Comité National sur l'Etude de la Mortalité Maternelle (CNEMM°, a publié son rapport du dernier triennium (2013-2015). Il concerne les morts maternelles survenues pendant la grossesse, l'accouchement ou au décours de celui-ci dans l'année qui suit. **Ce rapport se trouve sur le site de l'INSERM et de Santé Publique France.** Le taux est stable par rapport au rapport précédent (10,8/ 100 000 naissances vivantes).

Il y a des disparités selon les régions françaises (île de France = 12,7/100 000 soit x1.5 et DOM TOM = 32/100 000 soit x4). Une grande différence existe aussi selon le pays de naissance avec un taux de 8.9/100 000 pour les françaises, 24,8 pour les femmes d'Afrique sub-saharienne et 24,5 pour d'autres origines (Asie, Haïti,...). 31% des MM concernent des migrantes.

Il met cependant en lumière des changements majeurs dans le classement des causes de mortalité maternelle. Depuis ce rapport les premières

causes sont à égalité les pathologies cardiovasculaires et les suicides (14% chacune). Suivent les embolies amniotiques (11%), les maladies thromboemboliques (9%) et les hémorragies du postpartum (8%). Ce point est crucial car pour la première fois en France les HPP ne sont plus la première cause de décès maternel mais la 5<sup>e</sup> ! Le mérite en revient à tous les professionnels des maternités qui depuis 2004 ont mis en pratique les RPC publiées par les sociétés savantes (2004 et 2014).

Concernant les facteurs de risque, ils restent identiques mais s'aggravent : âge élevé des parturientes (39% des décès ont > 35 ans et MM > 35 ans : x3 et > 40 ans : x4), obésité (24% des décès et MM x2), grossesses multiples, précarité (27% des décès).

L'évitabilité qui repose souvent sur l'optimalité des soins montre que des progrès restent à faire notamment concernant les causes directes comme les HPP (90% d'évitabilité) ou les embolies amniotiques (52%). Cela concerne aussi les suicides (90%) avec une absence de parcours de soins bien déterminé notamment en postpartum chez des femmes à risque (ATCD dépression, traitement psychotropes, pathologies psychiatriques connues, ...). Les pathologies cardiovasculaires seraient aussi mal prises en charge (66%) mais dans ces situations il s'agit des soins préconceptionnels et du suivi de la grossesse (pas assez multidisciplinaire, sans procédure précise) qui sont non optimaux.

De nombreuses données supplémentaires sont fournies sur le diaporama placé sur le site.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

Un autre diaporama évoque les embolies amniotiques (EA) et les HPP qui représentent deux des causes directes dont les prises en charge pourraient encore être optimisées.

Concernant les EA, 56% ont été jugées potentiellement évitables par le Comité. Les soins non optimaux concernent surtout le retard au diagnostic, la sous-estimation de la gravité et le manque de moyens humains pour traiter. La réanimation est souvent insuffisante, l'hystérectomie trop tardive. Dans tous les cas il faut retenir qu'il s'agit d'une pathologie grave, systémique et **que la CIVD précède l'hémorragie les pertes n'étant pas en rapport avec les troubles de la coagulation !**

Concernant les HPP, si les atonies ont encore chuté parmi les causes de décès, il n'en va pas de même des hémorragies occultes notamment en post césarienne. De « petits » signes (tachycardie, hypotensions même brèves, pâleur) suffiraient à évoquer le diagnostic et à orienter vers des examens pertinents (échographie abdominale au lit de la malade, exceptionnellement TDM sachant que l'hémocue peut-être un faux ami le taux d'hémoglobine étant conservé chez ces patientes jeunes avant de s'effondrer).

Qu'il s'agisse de l'HPP ou des EA, des modèles cognitifs, des feuilles de procédure (SFAR, réseau, etc..) doivent aider les équipes et la communication interdisciplinaire (GO, SF, MAR, etc..) doit se travailler en équipe et parfois en simulation, au mieux in situ.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

## → Décès maternel par embolie amniotique

Patiente de 31 ans, aux antécédents d'HTA chronique traitée par Trandate pour laquelle est décidé un déclenchement à 39 SA. Elle est admise à 38 SA + 1 J pour TA élevée et céphalées. Il est décidé une maturation.

Suite à la rupture des membranes, la patiente présente des signes de malaise avec agitation, perte itératives de contact puis bradycardie foetale. Décision de césarienne code rouge et naissance d'un enfant en état de mort apparente mais d'évolution rapidement favorable.

En cours d'intervention, la patiente présente une CIVD sans rapport avec les pertes sanguines. Une embolie amniotique est évoquée en per opératoire entraînant un bilan biologique. Puis décision d'hystérectomie d'hémostase. Le bilan confirme la CIVD majeure et les transfusions sont débutées. En fin d'intervention, la patiente a fait un arrêt cardiaque. Début de la réanimation intensive avec transfert vers le CHU de Caen. La patiente décèdera à son arrivée à Caen sans qu'une ECMO n'ait pu être mise en place. Une autopsie judiciaire a été réalisée.

Ce cas a fait l'objet d'une RMM impliquant l'équipe concernée, le Pr Dreyfus et le Dr Simonet, anesthésiste du CHU.

### **Pistes d'amélioration :**

- L'arrêt d'un « code rouge » ne devrait se concevoir qu'après accord consensuel entre l'obstétricien et l'anesthésiste, chacun ayant exclu des facteurs de gravité persistants dans son domaine spécifique.
- Biologie délocalisée
- Procédure d'appel des renforts en ressources humaines.

*Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau*

## → Prise en charge des patientes conductrices d'hémophilie A/B

*Dr Benjamin GILLET*

La gestion de la grossesse d'une conductrice d'hémophilie repose sur 4 grands axes :

- Le conseil génétique,
- L'évaluation des taux de FVIII/IX durant la grossesse,
- La prise en charge pluridisciplinaire,
- Le post-partum.

Un tiers des femmes vectrices d'hémophilie présente un risque hémorragique et une majoration du risque de complication du post-partum même en cas de normalisation des taux en fin de grossesse. Ce risque existe aussi bien pour la femme que pour l'enfant à naître même de sexe féminin.

La naissance d'un enfant hémophile ou susceptible d'être hémophile doit avoir lieu dans une maternité de type 2 ou 3 disposant d'une unité de

néonatalogie et/ou de soins intensifs de néonatalogie, en relation avec le CRH, Centre de ressources et compétences (CRC) des maladies hémorragiques constitutionnelles (MHR), et doit être planifiée.

Ce point avait été traité en septembre dernier par le Pr Repesse. Depuis deux femmes ont été adressées au CHU. Un dysfonctionnement lors de la première prise en charge a motivé le fait que nous précisions les choses et que nous fassions une procédure formelle, sur le point d'être diffusée dans notre réseau. La seconde patiente a suivi la filière tracée et vient d'accoucher au CHU.

A noter que les sites de Normandie orientale semblent intéressés pour utiliser cette procédure avec leurs correspondants hématologues.

La prise en charge doit donc être pluridisciplinaire :

**Au début de chaque grossesse, toute femme conductrice d'hémophilie doit consulter au Centre de ressources et compétences des maladies hémorragiques constitutionnelles du CHU de Caen pour une information complète et l'organisation de la prise en charge adaptée pour le suivi de la grossesse :**

- Consultation avec médecins référents au CRC MHR (orientation précoce ++ pour réalisation conseil génétique, évaluation des taux de FVIII/IX, prise en charge pluridisciplinaire)
- Ouverture d'un dossier au CHU au service de Gynécologie-Obstétrique
- Planification d'un accouchement au CHU de Caen avec rédaction d'un protocole de prise en charge écrit (Rédaction au troisième trimestre avec précisions sur la prise en charge maternelle et fœtale pour la fin de grossesse, l'accouchement et le postpartum immédiat et à plus long terme.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

#### ❖ Présentation des dossiers de décès néonataux et de MFIU

❑ Quinze décès néonataux au CHU de Caen entre le 01/07 et le 31/12/2020 :

- 9 enfants < 28 SA : 1 accompagnement palliatif, 4 limitations des soins pour HIV de haut grade, 4 échecs thérapeutiques dont une hypoxémie réfractaire.
- 3 enfants > 28 SA : 1 accompagnement palliatif pour syndrome de Willams Beuren et 2 limitations des soins (un échec thérapeutique et une hydrocéphalie sévère).
- 3 enfants à terme : 1 accompagnement palliatif et 2 encéphalopathie anoxo-ischémiques.

Un dossier du CHU et un dossier co-présenté Flers/CHU ont été détaillés, ainsi que deux dossiers de la Polyclinique du Parc.

#### **Messages forts :**

- ➔ Une femme enceinte présentant une pathologie non obstétricale doit être traitée comme une femme non enceinte. Elle doit être adressée vers le site approprié à sa pathologie pour optimiser la prise en charge (Ex : une femme enceinte avec un AVC doit aller vers un site ayant une unité neurochirurgicale et non vers une maternité !).
- ➔ La version par manœuvres externes ne doit plus être exécutée pour l'accouchement d'un 2<sup>e</sup> jumeau. La version par manœuvres internes doit être proposée mais un accouchement par voie basse après rupture artificielle des membranes sur présentation céphalique haute est envisageable.
- ➔ Une réanimation néonatale ne doit pas être interrompue avant 35-40 min au plus tôt. Une réanimation optimale nécessite une communication parfaite entre tous les intervenants, y compris les derniers arrivés sur le site de prise en charge de l'enfant. La simulation permet un entraînement aux situations réanimatoires usuelles mais cet entraînement doit être validé *in situ* par des exercices effectués régulièrement par toute l'équipe.
  
- ☐ Mort inattendue du nourrisson : 5 enfants pris en charge au Centre de Référence de la Mort Inattendue en 2020 dont 3 pour des erreurs de couchage.
  - **Portage : OUI ≠ Co-sleeping : NON**
  
- ☐ Dossiers de MFIU : 3 dossiers de St-Lô ont été détaillés.

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

*Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau*

*Fin de séance à 14h30.*

***Prochaine réunion le vendredi 25 juin 2021.***