



REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE

Réunion du 25 juin 2021

Le mot du Président

Chers amis,

C'est toujours un plaisir de se retrouver pour échanger sur nos pratiques et profiter des expériences des uns et des autres, même si une fois de plus cela se fait en visioconférence. J'espère que cette fois-ci aucun centre n'aura de difficultés pour se connecter.

La journée va se dérouler en 2 temps :

Ce matin se déroulera la RMM ex-Bas-Normande (annulation de la RMM en ex-Haut-Normandie faute de dossier). Cet après-midi nous aurons une visioconférence commune avec 4 communications :

- Dépistage des infections néonatales précoces : point régional sur l'application des nouvelles recommandations par Sophie LE MARCHAND et Pauline SIMONOT (CH d'Avranches)
- Description des caractéristiques et morbidités des femmes enceintes infectées par la COVID-19 et de celles de leurs nouveau-nés en région 14-50-61 par Florian MICHEL (CHU de Caen)
- Complications fœtales des patients COVID + par Sophie PATRIER (CHU de Rouen).
- Apport de l'examen Foteo-placentaire dans le bilan des MFIU par Louise MAUREY (CHU de Rouen)

Quelques informations complémentaires :

Depuis la dernière RMM, le RPN a fait le 15 avril un webinaire sur les freins buccaux restrictifs qui a compté 294 inscrits. Les conférences sont disponibles sur le site du réseau.

Par ailleurs, il y a eu le 28 mai la formation en échographie fœtale sur les nouveautés en génétique sous l'égide de Luc DURIN, Nicolas GRUCHY et Arnaud MOLIN.

Aujourd'hui à partir de 13h, il y a une réunion de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité sur le dépistage néonatal de la surdité, l'infection congénitale à CMV et l'évaluation croisée des réseaux.

L'ARS a demandé au RPN de faire un webinaire d'une demi-journée le 28 septembre 2021 à l'occasion de la journée mondiale sur le droit à l'avortement. Jean-Louis SIMENEL et Jean COUDRAY en pilotent l'organisation.

Pour rappel, les 50èmes Journées Nationales de la SFMP qui auront lieu les 6, 7 et 8 octobre prochains au Carré des Docks au Havre. Le Président, Michel Dreyfus, s'inquiète du petit nombre d'inscrits à ce jour des membres de notre réseau normand. Il compte sur votre participation en rappelant que les membres ont des inscriptions à tarifs très préférentiels.

Professeur Bernard GUILLOIS

Etablissements connectés en visioconférence avec le CHU de Caen : CH Alençon, CH Argentan, CH Avranches, CH Bayeux, CH Cherbourg, Polyclinique du parc, CH Lisieux, CPP Cricqueboeuf, CH Saint-Lô, CHU de Rouen, CH du Belvédère, Clinique Mathilde, CH Eure-Seine Evreux, CH Eure-Seine Vernon, GH du Havre

Début de séance à 9 h 00

1^{ère} Partie

❖ Introduction de la journée par le Pr Dreyfus

Rappel du protocole de prise en charge des patientes conductrices d'hémophilie, déjà présenté en réunion du Réseau de Périnatalité en septembre 2020 et février 2021.

Le Pr Dreyfus cite le cas d'une patiente découverte vectrice à 36 SA dont l'enfant à la naissance est porteur d'une bosse. Après analyse, l'enfant est porteur du facteur IX à 1%, pris en charge par les hématologues.

La conduite à tenir reste :

- De prendre un rendez-vous en hématologie (Dr Repessé, Dr Gillet, Dr Gautier) pour la conduite à tenir en péri-partum
- De prendre contact avec un obstétricien référent (Beucher, Dolley, Dreyfus, Eslier, Huet, Lafitte) pour ouvrir un dossier et programmer l'accouchement de la patiente si besoin.

Protocole sur le site du Réseau : <https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2021/03/Prise-en-charge-Grossesse-maladies-hemorragiques-1.pdf>

❖ Présentation des dossiers de MFIU

- ❑ Dossiers de MFIU : 1 dossier d'Alençon et 1 dossier d'Avranches ont été détaillés.

Messages forts :

- ➔ L'acide urique n'est plus un critère biologique décisionnel
- ➔ Nécessité d'adresser les placentas en anapath
- ➔ Un antécédent de MFIU doit inciter à récupérer l'anapath placentaire de la grossesse concernée pour la prise en charge de la grossesse suivante afin de mettre en place une thérapeutique si besoin (aspirine en cas d'insuffisance placentaire).

❖ Présentation des dossiers de décès néonataux et de MFIU

- ❑ Sept décès néonataux au CHU de Caen entre le 01/01 et le 31/05/2021 :

- 6 enfants < 28 SA : 1 accompagnement palliatif, 2 limitations des soins pour HIV de haut grade, 3 échecs thérapeutiques dont deux hémorragies pulmonaires et un BAV.
- 1 enfant à terme : choc cardiogénique post anoxique.

Six dossiers ont été détaillés : 3 du CHU de Caen, 1 dossier co-présenté par le CHU et Lisieux, 1 d'Argentan et 1 dossier d'Alençon.

Messages forts :

1. rupture sur utérus cicatriciel
 - a. Pas de tocométrie interne systématique sur utérus cicatriciel
 - b. ARCF + Utérus cicatriciel => suspicion de rupture d'où césarienne code rouge
2. Importance d'effectuer une IRM cérébrale vers 30-32 SA dans les STT ayant bénéficié d'un traitement par laser et dans les grossesses monochoriales biamniotiques avec MFIU d'un jumeau, et ce même en l'absence de lésions cérébrales à l'échographie.
3. La réanimation néonatale doit comporter les étapes suivantes : Ventilation/Compression/Adrénaline. Il est fondamental de tracer les délais de mise en place de chaque étape afin d'évaluer la qualité de la réanimation néonatale.
4. Le dosage sérique du rapport sFlt-1/PlGF dont la valeur prédictive négative est excellente (seuil à 36), permet de trier les patientes redevables ou non d'une hospitalisation prolongée en cas de signes cliniques et/ou biologiques discordants pour le diagnostic de prééclampsie. Ce dosage se fait au CHU en biochimie. Il est accessible aux CH de la région en organisant le transfert des échantillons sanguins au CHU (se renseigner au COS, ou Drs Beucher et Dolley)
5. HELLP à 23 SA
 - a. Importance de la discussion pluridisciplinaire obstétrico-pédiatrique en tenant toujours compte en priorité du pronostic maternel.
 - b. Attention à la dégradation possible dans le post-partum. Le nadir de la numération plaquettaire est décalé et peut survenir jusqu'à 24 à 36h de la naissance.
 - c. Une thrombopénie persistant plus de 48h doit faire évoquer une microangiopathie thrombotique (MAT) (purpura thrombotique thrombocytémique (PTT) ou syndrome hémolytique et urémique (SHU)). Leur diagnostic est primordial car leur traitement

repose sur les plasmaphèreses et non sur les transfusions plaquettaires.

6. Patiente avec un lupus :

- a. Prévoir un bilan avec un interniste et adressage éventuel à un référent au CHU. La recherche d'un SAPL et des anticorps SSA et/ou SSB permet de modifier le suivi et le traitement de ces patientes.
- b. La présence d'anti SSA et/ou SSB peut entraîner un BAV fœtal parfois léthal. Leur existence impose de faire à partir de 16 SA une échocardiographie fœtale spécialisée à la recherche de troubles du rythme, examen répété toutes les 2 à 3 semaines jusqu'à 24 SA.

7. En cas de rétention de tête dernière, l'anesthésie générale doit être demandée sans utiliser les dérivés nitrés au préalable. Une des manières de résoudre cette dystocie est la section cervicale aux ciseaux par voie vaginale.

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

❖ Les Outborns

La gestion des TIU et des outborns est une problématique PERINATALE et TRIPARTITE (obstétrique, pédiatrique et SAMU).

Naissances dans un centre de niveau de soins inadapté, <36SA en type I, <34SA en IIa OU <32SA en type IIb, les outborns impliquent un transfert post-natal, source de mortalité et de morbidité.

Au 1^e semestre 2021, sur 58 SAMU (médicalisés) néonataux réalisés au CHU de Caen, 12 nouveau-nés J0 outborns (maternités type I ou II, dont 2 grossesses gémellaires) dont 3 accouchements à domicile (singleton 33 SA et gémellaire 25 SA) ont été transférés. Les données des tableaux de bord des maternités indiquent 90% environ de naissances inborn sur cette période, taux stable depuis 2011 et bien supérieur à nombre de régions françaises.

Sur cette période, avec un terme de 31 SA et un poids de 1500 g moyens, la moitié des mères avaient bénéficié d'une corticothérapie anténatale. Aucun décès constaté. La moitié de ces naissances outborn a été jugée inévitable.

Deux cas ont été détaillés.

Messages forts :

- Seuils de prise en charge à respecter : 32, 34, 36 SA selon le type d'établissement.
- Discussion entre maternité type 3 et maternité d'origine pour retransfert en cas de situation complexe

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ HPP sévère

Patiente de 24 ans, aux antécédents d'HPP 800 ml après accouchement voie basse en 2017, de suites simples, sans transfusion.

Après mise en travail spontané, elle accouche par voie basse, bénéficie d'une DA/RU pour non décollement à 30 minutes, puis fait une avec pertes estimées à 2000 ml, pour laquelle sont réalisées une révision utérine, la pose d'une sonde de Bakri et une transfusion.

2 heures plus tard, elle fait un malaise avec hypotension. Après échographie abdominale, passage au bloc opératoire pour repositionnement de la sonde et ligatures étagées sous ALR. Pertes estimées à 4500 ml en fin d'intervention. En salle de réveil, instabilité hémodynamique sans saignement extériorisé. Décision de reprise chirurgicale pour hystérectomie d'hémostase : hémopéritoine de 2000 ml sans saignement actif retrouvé. En salle de réveil, hémodynamique instable. Le scanner retrouve un hémopéritoine et un saignement actif latéro-pelvien droit. Décision de reprise chirurgicale : hémopéritoine de 3000 ml, annexectomie bilatérale.

Transfert de la patiente au CHU : décision de surveillance en réanimation chirurgicale, puis embolisation à J1 et pose de filtre cave. Evolution favorable et sortie de réanimation à J5 avec anticoagulation curative jusqu'au retrait du filtre cave réalisé à 4 mois et hormonothérapie substitutive débutée à 6 mois.

Pistes d'amélioration :

- La ligature des artères hypogastriques n'ayant pas d'efficacité avérée à 100 % ne doit en rien retarder l'hystérectomie d'hémostase si la situation l'exige.
- Lors d'une reprise opératoire pour HPP, intérêt de l'AG pour faciliter la communication orale entre chirurgiens et anesthésistes.
- Dès qu'une HPP sévère nécessite la pose d'une sonde de Bakri en CH, l'éventualité d'un transfert maternel vers un centre bénéficiant d'un plateau technique d'embolisation doit être envisagée si l'hémorragie persiste et l'hémodynamique maternelle le permet.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

- ❖ Dépistage des infections néonatales bactériennes précoces (INBP) : point régional 2021 sur l'application des nouvelles recommandations.
Dr Sophie Le Marchand, Dr Pauline Simonot, pédiatres au CH d'Avranches

Nouvelle dénomination des infections materno-fœtales, les infections néonatales bactériennes précoces (avant J3) ont fait l'objet de nouvelles recommandations en 2017 pour les naissances \geq 34 SA.

L'objectif est de réduire le nombre d'antibiothérapies et de minimiser la médicalisation des nouveau-nés.

1. **Stratification du risque à l'aide d'un algorithme** analysant les facteurs de risque pré et per-partum et le caractère adéquat ou non de l'antibioprophylaxie maternelle.
2. **Une surveillance clinique standardisée** en maternité nécessitant une formation et un accompagnement des équipes soignantes ++
3. **Modalités simplifiées de prescription de l'antibiothérapie** avec une bithérapie dans la majorité des cas et la plus courte possible en l'absence de documentation.
4. **Réduction des prélèvements bactériologiques et sanguins.**

Ne sont plus recommandés :

- Liquide gastrique et prélèvements périphériques
- NFS
- De réaliser une CRP avant H12 même si une antibiothérapie est déjà débutée

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

- ❖ Description des caractéristiques et morbidités des femmes enceintes infectées par la COVID-19 et de leur(s) nouveau-né(s) dans les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne du 01/03/2020 au 31/01/2021.

Florian MICHEL, interne en médecine générale, présente son travail de thèse dirigée par le Dr M. Eslier, sur l'infection virale à SARS-COV2 chez la femme enceinte dans les maternités du Calvados, de la Manche et l'Orne de mars 2020 à fin janvier 2021 : 34 femmes ayant accouché au 31 mars 2021 ont été incluses dans l'étude, pour les trois quart d'âge $<$ 34 ans, d'origine française, pour la moitié en surpoids dont un tiers en obésité.

Aucun décès n'a été constaté chez ces femmes ou leurs nouveau-nés. 85 % ont développé des formes bénignes et asymptomatiques, 6% de formes modérées, 9 % de formes critiques. 41 % ont été hospitalisées dont 3 % en unité de soins continus ou réanimation. 9 % ont accouché prématurément, 25 % par césarienne.

Les nouveau-nés, masculins pour 54 % et de poids médian de 3268 g, ont été hospitalisés dans une autre unité que les suites de naissances dans 14 % des cas.

La courbe d'incidence suit les mêmes tendances que dans la population générale. Dans ce contexte de pandémie persistante, les femmes enceintes sont globalement moins symptomatiques mais présentent plus de formes sévères, avec un risque plus élevé d'infection chez les plus précaires.

La vaccination avec un vaccin à ARNm, possible dès 14 SA, est à encourager.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Complications fœtales des patientes Covid+ : à propos de 4 observations

Dr Sophie Patrier, foetopathologiste au CHU de Rouen

Dr Nicolas Mathieu, gynécologue-obstétricien à la clinique Mathilde à Rouen

Depuis mai 2020, les placentas des patientes testées Covid+ sont analysés au CHU de Rouen, pour la plus grande partie desquels il n'est pas retrouvé d'anomalies significatives. Néanmoins quelques dossiers sont intéressants et font l'objet d'un projet de cohorte.

4 dossiers sont présentés sur le versant obstétrical, puis sur le versant anatomopathologique : 3 patientes infectées accouchent prématurément dont 2 par césarienne pour ARCF avec séjour en réanimation néonatale pour l'enfant et 1 MFIU. La 4^e patiente, avec une infection paucisymptomatique accouche à terme sans retentissement sur son enfant.

Au niveau placentaire, ces 4 placentas présentent des aspects particuliers avec :

- Dépôts de fibrine, intervillite chronique
- Nécrose syncytiotrophoblastique
- Signes évocateurs d'un passage transplacentaire du virus
- Confirmé par un immunomarquage fait à l'hôpital Bicêtre (Pr Sophie Prévot)

Les anomalies placentaires + marquage par anticorps spécifique en immunohistochimie et/ou hybridation in situ témoignent d'une contamination verticale.

Le Dr Patrier est toujours intéressée par l'étude anatomopathologique des placentas des femmes Covid+ avec une grossesse compliquée.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Apport de l'examen foetoplacentaire dans le bilan des morts fœtales in utero : Étude rétrospective sur 10 ans.

Malgré les progrès réalisés en obstétrique, le taux de mort fœtale in utero reste relativement stable en France sur les 10 dernières années. En 2019, la France a un taux de mortinatalité spontanée estimé à 5,23/1000 naissances. Le bilan étiologique doit être le plus complet possible afin de

répondre aux interrogations des parents et de leur proposer une prise en charge adaptée pour la grossesse suivante.

Louise MAUREY, interne au CHU de Rouen, présente son étude qui a pour objectif d'évaluer l'apport de l'examen fœtoplacentaire dans l'identification des étiologies de MFIU dans une série rétrospective en Haute Normandie sur 10 ans et de comparer ses résultats aux données de la littérature. Elle utilise une classification des causes de MFIU publiée en 2010.

Parmi les 342 dossiers, 278 causes ont été identifiées (198 causes probables et 80 causes possibles). 134 dossiers (39,2%) restent de cause inexpliquée.

La cause placentaire est la première cause probable et/ou possible dans cette série. Parmi les 278 causes identifiées, 54,3% sont placentaires. Viennent ensuite les causes obstétricales et fœtales. Les causes infectieuses et hématologiques sont rares dans ce travail.

En raison du grand nombre de classifications, les étiologies et leur imputabilité dans la MFIU varient considérablement dans la littérature.

La création de registres de MFIU, de RCP et de projets de recherche permettrait d'améliorer nos connaissances, d'affiner les bilans et ainsi de diminuer le taux de MFIU inexpliquées.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

Fin de séance à 16h00.

Prochaine réunion le vendredi 4 février 2022.