



REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE

Réunion du 1^e Juillet 2022

Le mot du Président

Chers collègues, chers amis

Aujourd'hui nous fêtons le 20ème anniversaire de la création de notre réseau de périnatalité. En fait, cela fait 22 ans qu'il a été créé, mais le Covid nous a contraint à repousser cette fête en 2022.

Un homme en est à l'origine, vous le connaissez bien, c'est Michel Dreyfus. Je n'oublie pas Pascal THIBON qui en a monté le dossier administratif de candidature à l'ARS.

La Périnatalité, voilà un mot cher à Michel, mot qui exprime la réalité qu'il n'y a pas de nouveau-né sans fœtus. Et pendant toutes ces années, Michel a tenu à créer la symbiose la plus amicale entre obstétriciens et néonatalogistes.

Toujours, Michel a sollicité l'avis des néonatalogistes quand une extraction prématurée était envisagée pour cause maternelle ou fœtale.

Et toutes les semaines, Michel s'est enquit du devenir des enfants que son service nous avait confiés.

Je peux le dire, j'ai connu, j'ai vécu l'harmonie périnatale faite de respect, d'estime réciproque et de complicité.

Aussi, je tiens personnellement et au nom de l'équipe de néonatalogie du CHU à l'en remercier chaleureusement.

L'autre mantra de Michel, c'est le Réseau, le réseau de périnatalité qui nous réunit aujourd'hui. Travailler ensemble dans la complémentarité, progresser ensemble au service de la femme et de l'enfant. Se faire confiance pour affronter ensemble les événements les plus dramatiques de notre métier. Je n'en dirais pas plus car vous en êtes les acteurs. Merci à vous tous d'avoir contribué au succès de nos rencontres.

Alors faire la fête aujourd'hui était nécessaire, même si la situation dans nos centres s'est considérablement dégradée et que l'angoisse et le découragement gagnent chacun à la perspective des prochaines semaines et des prochains mois. Vous le savez, j'ai envoyé à l'ARS au mois de mars l'état des lieux des effectifs de GO des départements 14/50/61, assorti de propositions pour tenter de sortir de cette situation catastrophique, mais sans réaction notable de celle-ci. Je pense aujourd'hui qu'il faudrait aller plus loin et proposer un plan d'action de restructuration de l'offre de soins en périnatalité élaboré et accepté par l'ensemble des acteurs de la périnatalité.

Professeur Bernard GUILLOIS

Etablissements participants (présentiel et visioconférence)

14-50-61	27-76
CH Alençon	CH du Belvédère
CH Argentan	CHI Elbeuf
CH Avranches-Granville	CH Eure Seine - Hôpital d'Évreux
CHU Caen	CHI Fécamp
CH Cherbourg	CH Gisors
CH Côte Fleurie - Cricqueboeuf	GH du Havre (GHH)
CHU Caen	CH Lillebonne
CH Flers	CHU Rouen
CH L'Aigle	CH Eure Seine - Hôpital de Vernon
CH Lisieux	
CH Saint-Lô	
Polyclinique du Parc - Caen	

Début de séance à 9 h 00

1^{ère} Partie maternités 14/50/61

❖ Introduction de la journée par le Pr Dreyfus

Le Réseau de Périnatalité comptait 21 maternités à ses débuts, 11 maternités à ce jour. Le Pr Dreyfus appuie sur l'importance du retour en présentiel, temps d'échange et de partage entre les obstétriciens et les néonatalogistes avec une volonté de transmission, de pérenniser ces RMM et le lien CHU-Région. L'objectif a toujours été de présenter des dossiers de façon bienveillante avec ses pairs. Le fondement du Réseau est de juger les dossiers et non la maternité ou un individu.

❖ Présentation des dossiers de MFIU

1 dossier du CHU a été détaillé.

Messages forts :

- Une villite ou une intervillite doit faire rechercher une cause infectieuse ou immunologique
- Devant une cause évidente de MFIU, penser à rechercher des causes associées : dans ce dossier, association T18 et infection au coronavirus.
- Déclenchement des femmes Covid+ : aucune donnée dans la littérature ne recommande un déclenchement anticipé du travail.

Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des dossiers de décès néonataux entre le 01/01 et le 31/05/2022

- 3 décès néonataux au CH de Cherbourg chez des extrêmes prématurés de 24 et 25 SA.
- 16 décès néonataux au CHU de Caen : 5 extrêmes prématurés < 28 SA, 6 grands prématurés, 5 enfants à terme répartis selon les causes en 7 impasses thérapeutiques et 9 soins palliatifs (8 après réunion collégiale de limitation des soins et 1 prise en charge palliative en salle de naissance pour extrême prématurité).
3 dossiers ont été détaillés : 2 du CHU de Caen et 1 dossier Bayeux / CHU.

Messages forts :

- Pas d'extraction séquentielle
- Recos : la durée d'application de la ventouse obstétricale doit être inférieure à 20 minutes
- S'appuyer sur les recommandations peut éviter le syndrome de tunnelisation.
- Le répéteur central doit être utilisé par toute l'équipe obstétricale de garde en salle de naissance
- Lorsqu'une sage-femme est occupée pour un accouchement, un relais de surveillance doit être assuré par ses collègues.

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

❖ Etude Premex

Dr Valérie DATIN-DORRIERE – CHU de Caen, *Service de médecine et réanimation néonatale*

Etude nationale de prise en charge des extrêmes prématurés pilotée par Port-Royal. L'objectif est d'améliorer la survie sans morbidité sévère. Sont incluses toutes les naissances vivantes et les morts nés de la Normandie Occidentale de 22+0 à 26 SA + 6 J. Il s'agit d'une étude observationnelle dans toutes les maternités de Normandie Occidentale.

Personnes à contacter pour signaler des cas :

CRC pédiatrique : valentin-c@chu-caen.fr

Gynéco: osmont-h@chu-caen.fr / dreyfus-m@chu-caen.fr

Néonat: datindorriere-v@chu-caen.fr

CH de Cherbourg : as.pages@ch-cotentin.fr

[Diaporama disponible sur le site du réseau](#)

❖ Techniques de césarienne : RPC 2022

Pr Michel DREYFUS – CHU de Caen, service de gynécologie-obstétrique

Présentées congrès Paris Santé Femmes, les dernières recommandations sur les techniques de césarienne se sont concentrées sur une vingtaine de points.

Texte court sur le site du CNGOF. Voici la synthèse sachant que pour la plupart des conclusions, il n'y a pas de consensus fort et l'absence de recommandations faites par le panel d'experts s'explique par la pauvreté des preuves existantes scientifiquement validées.

- Prévention de l'hypothermie maternelle : R forte
- Prescription d'anti-émétique après le clampage : R forte
- Antibioprophylaxie pour réduire morbidité infectieuse maternelle : R Forte mais pas de reco pour le choix de l'antibiotique (cephalo ou peni) et pour le moment de l'injection (avant ou après clampage). Par contre, si l'injection est faite avant le clampage aux bénéfices maternels, elle doit être faite au minimum 30 mn avant ; sinon préférer, l'injection après clampage
- Pas de recommandations pour désinfection cutanée alcoolique ou iodé
- Pas de recommandations entre miction 1h avant césarienne ou sondage pendant
- Recommandations faibles : technique de misgav-Ladach, éviter délivrance manuelle, éviter décollement vésical, faire hystérotomie crâniocaudale aux doigts, non fermeture des 2 péritoines
- Pas de recommandations : carbetocine vs ocytocine, suture en 2 plans, extériorisation utérine, surjet ou agrafes (y compris chez les obèses)

[Diaporama disponible sur le site du réseau](#)

❖ Diabète gestationnel et obésité au CHU de Caen en 2021 : quelques données chiffrées

Pr Michel DREYFUS – CHU de Caen, service de gynécologie-obstétrique

Les données des femmes diabétiques ayant accouché entre 2009 et 2021 au CHU de Caen ont été analysées.

Alors que le diabète préexistant est relativement stable, le diabète gestationnel a été multiplié par 2.5 dont 20 % en moyenne sont insulino-requérantes.

En 10 ans, le taux de femmes en surpoids (23 % en 2021) est resté stable mais le taux d'obésité a fortement augmenté pour atteindre 17.1 %, entraînant chez les patientes avec un IMC < 30 une augmentation des

césariennes (32.6 %), de diabète gestationnel (26.9 %) et de diabète gestationnel insuliné (9.1 %).

Pour permettre aux patients de mieux comprendre la maladie et aider à améliorer leur qualité de vie et celle de leur entourage, Planeth patient est une plateforme Normande qui propose des ateliers thérapeutiques, remboursés par la Sécurité Sociale, accessibles sans courrier de médecin traitant.

<https://www.planethpatient.fr/>

[Diaporama disponible sur le site du réseau](#)

❖ Prise en charge palliative en salle de naissance : un outil régional pour guider les équipes

Dr Mélanie ALEXANDRE – CHU de Caen, Service de médecine et réanimation néonatale

Le groupe de travail sur les soins palliatifs en périnatalité présente son outil régional finalisé : un classeur à destination des maternités pour aider à la prise en charge des bébés trop petits pour être réanimés.

Il se divise en cinq parties : généralités, accompagnement de l'enfant, accompagnement des parents, démarches administratives et les spécificités locales pour que chaque maternité de l'approprie.

Il sera présenté et diffusé par un membre du Réseau de Périnatalité et un membre de l'équipe La Source dans chaque maternité du 14, 50 et 61 d'ici fin 2022.

Proposition de présentation cet outil à l'équipe de Soins Palliatifs de Rouen, la FFRSP, la SFMP 2023 par le biais d'éventuelles communications libres.

[Diaporama disponible sur le site du réseau](#)

❖ Enquête de satisfaction auprès des patientes sur la réalisation de l'entretien prénatal

Elisabeth ONNEE-SELLAM – Réseau de Périnatalité de Normandie

Présentation d'une enquête réalisée dans les maternités de Normandie.

L'objectif de l'enquête était d'évaluer la satisfaction des patientes ayant réalisé l'EPP.

L'enquête a été proposée dans les 11 maternités du Calvados, de la Manche et de l'Orne, du lundi 30 mai au vendredi 3 juin 2022.

Le Réseau a analysé 110 questionnaires provenant de 9 maternités.

L'EPP a été proposé à 48% des patientes interrogées.

Sur la totalité des patientes ayant répondu au questionnaire, 42% l'ont réalisé.

Il a été réalisé par des sage femmes libérales (43%), des sages femmes de PMI (14%), des sages femmes de CPP (7%), des sages femmes hospitalières (32%) et des gynécologue-obstétriciens (2%).

Dans 84 % des cas, l'EPP a répondu aux attentes des femmes et 16% n'avaient pas d'attente particulière. 89% des patientes l'ont trouvé utile.

Le Réseau va faire une information auprès des professionnels de la périnatalité, sur l'importance de proposer l'EPP et la récente obligation de l'entretien postnatal précoce (l'EPNP) depuis le 1 juillet 2022.

1^{ère} Partie : maternités 27/76

❖ RMM embolie amniotique

"A propos de quatre dossiers d'embolie AMNIOTIQUE étudiés en présence du Dr. Rossignol, Médecin Anesthésiste Réanimateur, en qualité d'expert." Voici ses recommandations :

Il faut reconnaître d'emblée et à tout instant les signes cliniques de gravité relevant d'une PEC par les anesthésistes réanimateurs ou nécessitant leur présence.

Repenser, reconsidérer régulièrement la situation, l'orientation diagnostique, l'étiologie, l'état clinique de la patiente, les critères de gravité cliniques et biologiques et voir si les mesures prises et exécutées apportent ou n'apportent pas d'amélioration.

L'embolie amniotique est un diagnostic difficile. Elle peut être masquée ou associée ou compliquée d'autres tableaux préoccupants d'HPP (hémopéritoine, hématome rétro péritonéal...), de CIVD

C'est la première heure qui compte.

Les facteurs d'évitabilité sont aussi liés au contenu des soins, à la qualité de la PEC aux traitements adaptés et rapidement instaurés.

Les signes fonctionnels d'ordre neurologique, souvent premiers, sont importants et doivent attirer l'attention : nausées, céphalées, sensation de malaise, de sueurs, d'agitation, de soif et d'inconscience, et de difficultés respiratoires.

Tachycardie importante et persistante, voire une asystolie + TA effondrée basse, parfois imprenable, signent l'ETAT de CHOC cardiogénique : c'est une urgence qui exige une prise en charge par le SAMU pour déchocage et la mise en place des moyens de réanimation lourds (pour intuber vite, pose de cathéter artériel, avoir à disposition des capteurs électroniques) pouvoir réaliser un massage cardiaque dans de bonnes conditions (planche d'appui, la dépression thoracique doit être de 5 cm, être plusieurs pour se relayer toutes les deux minutes) et de choc électrique si asystolie. **On ne peut tolérer que 4 minutes de No Flow.**

Cela pose le problème du transfert possible ou non de la patiente jusqu'au service de réanimation du CHU.

Si la patiente n'est pas transportable, réaliser la réanimation sur place quel que soit le lieu. Si l'état de choc survient à un quelconque endroit de la maternité (autre que la salle de travail ou le bloc opératoire), l'accueil

par exemple, il faut être en mesure d'avoir accès à du matériel de déchocage et même si cela est nécessaire au matériel pour opérer (boîte d'instruments, champs opératoires, appareils de surveillance mobiles et transportables, à proximité.) C'est le concept de « Ground 0 » (hérité certainement de l'attentat visant des tours jumelles de New York) qui nécessite de reconsidérer nos façons de procéder en aménageant les principales étapes spatio-temporelles du parcours de soins des patientes pour les transformer, si cela est nécessaire, en salle de réanimation et éventuellement en salle d'opération.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

2^{ème} Partie

❖ Admission du nouveau-né très grand prématuré : concept de la « Golden Hour »

Dr Laura FAZILLEAU - CHU de Caen, Service de médecine et réanimation néonatale

Les nouveau-nés très grands prématurés représentent une population néonatale vulnérable avec une morbi-mortalité élevée. L'adaptation à la vie extra-utérine est une période à risque de décompensation respiratoire, métabolique et thermique. L'optimisation et la protocolisation de leur prise en charge permet de diminuer le risque de complications et donc la morbi-mortalité de ces enfants. Au CHU de Caen nous avons protocolisé leur admission selon 3 axes : l'anticipation, la prise en charge en salle de naissance et l'admission dans le service de réanimation néonatale avec la mise en place des supports vitaux. A chaque étape, nous nous sommes intéressés à l'optimisation de leur thermorégulation, adaptation métabolique et respiratoire. Ce projet a réuni un groupe de travail pluri professionnel et entre dans le cadre d'une étude de cohorte prospective avant/après mise en place d'un protocole par la mesure de nos temps de prise en charge initiale.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

❖ Vaccination et grossesse : nouveautés 2022

Dr Jocelyn MICHON – CHU de Caen, Service de maladies infectieuses

Vaccination contre la COVID chez la femme enceinte :

Les femmes enceintes contractant le COVID présentent un sur risque de forme grave de COVID 19 en comparaison des femmes du même âge (hospitalisation en unité de soins intensifs x 3, ventilation invasive x 2.9 et décès x 1.7). Le risque de mortalité fœtale est multiplié par 2 en cas d'infection pendant la grossesse.

La tolérance vaccinale est correcte et il n'existe pas de majoration du risque de fausse couche en cas de vaccination pendant la grossesse.

La vaccination pendant la grossesse permet de protéger la mère (diminution d'un facteur 2 du risque d'hospitalisation en soins intensifs)

ainsi que l'enfant dont le risque d'hospitalisation pour COVID dans les 6 premiers mois de vie est diminué de 50%.

Le calendrier vaccinal 2022 français recommande désormais une vaccination contre la coqueluche au cours de chaque grossesse entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée. Cela permet un transfert trans-placentaire des anticorps maternels et confère à l'enfant une protection pendant les 6 premiers mois de vie qui représentent la période la plus à risque de développer une forme grave de la maladie. L'administration vaccinale (Boostrix Tetra) ne présente pas de risque pour la mère ni pour le développement fœtal. Cette recommandation est déjà appliquée dans de nombreux pays (USA, UK, Espagne, Australie...) et a fait preuve d'une grande efficacité pour réduire le nombre de cas et d'hospitalisations chez les nourrissons.

Les IDE, pharmaciens et sages-femmes peuvent désormais administrer les vaccins suivants sans prescription aux personnes plus de 16 ans : DTCP, DTP, Pneumocoque, Meningo B, Meningo ACYW, HPV, VHB, VHA, rage.

L'HAS recommande pour les mêmes professionnels une extension du droit de prescription et d'administration aux enfants de plus de 2 ans * des vaccins suivants : BCG, Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, Haemophilus Influenzae de type b (HIB), Hépatite B, Coqueluche, Pneumocoque, Méningocoque B, Méningocoque C, Méningocoque ACYW, Rougeole - Oreillons-Rubéole, Papillomavirus humain (HPV), Varicelle, Grippe, Fièvre Jaune. Un décret d'application est attendu pour la fin 2022 afin de rendre cette recommandation effective.

*Les sages-femmes pouvant également vacciner les enfants de moins de 2 ans.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

- ❖ Quelles courbes de croissance utiliser en ante et post-natal en France pour dépister les anomalies de croissance ?
Pr Eric Verspyck – CHU de Rouen, service de gynécologie-obstétrique

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Il est recommandé d'utiliser les courbes d'EPF et de biométrie fœtale de l'OMS pour le dépistage des anomalies de croissance en France.

Implantation des courbes, homogénéisation des pratiques, adaptation aux nouvelles courbes, évaluation des performances du dépistage.

Il est recommandé d'utiliser les courbes de Fenton pour les mensurations du nouveau-né prématuré et à terme.

Vous disposez de : Fetal Growth Calculator pour les différentes courbes OMS avec les percentiles.

Des courbes de Fenton sur le site de SFN (tableau calculateur)

En pratique : il faut vérifier quelles courbes vous utilisez en pratique courante (appareils d'échographie et logiciels d'échographie)

Les courbes OMS sont normalement disponibles dans les appareils d'échographie et les logiciels récents.

Il faut vérifier avec vos constructeurs.

Il est souhaitable d'utiliser les mêmes courbes dans une région avec une harmonisation des pratiques (car sinon modifications des seuils de détection entre praticiens / sous dépistage attendus des PAG et des MFIU) Augmentation attendue du dépistage des PC < 10ème percentile.

Tirés à part : Pr. Eric VERSPYCK

Service de Gynécologie Obstétrique

Hôpital de Rouen

Mail : eric.verspyck@chu-rouen.fr Tel : 02 32 88 56 43

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

- ❖ Bronchiolite : fardeau de la maladie et actualités sur la prévention
Dr Didier PINQUIER – CHU de Rouen, Service de médecine et réanimation néonatale

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

Fin de séance à 16h20.

Prochaine réunion le vendredi 3 février 2023.