

## **RESEAU BAS-NORMAND DE PERINATALITE**

### **Réunion du 3 juillet 2009**

Chers Collègues,

Une fois encore les débats ont été animés, sans retenue, spontanés et riches entre les participants mais toujours dans un esprit constructif qui caractérise le Réseau bas-normand depuis près de 10 ans. Vous étiez à nouveau très nombreux et plus de cinquante personnes étaient présentes en fin de réunion. Cela atteste certainement de l'intérêt que vous portez à ces réunions, qui je l'espère, perdureront et permettront à chacun quel que soit son rôle au sein du Réseau, de partager ses doutes et d'améliorer ses pratiques professionnelles.

La séance a débuté par quelques mots pour le départ à la retraite plus ou moins proche des Drs Bessis, Laloum et Bonnet, qui ont contribué, chacun à plus d'un titre, au bon fonctionnement du réseau. Nous espérons que nous les retrouverons encore pour ces réunions de travail dans les prochains temps.

Début de séance à 9 h 30 (avec le soutien de nos partenaires GUIGOZ et MILUPA)

| <b>LISTE DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT</b> | <b>PRESENTS</b>  | <b>ABSENTS EXCUSES</b>      |
|---|--|-----------------------------|
| CHU Caen – Néonatalogie                     | Dr GUILLOIS<br>Dr TRENTESAUX<br>Dr FIANT<br>Dr LALOUM<br>Dr DATIN DORRIERE (CCA néonat)  | Dr GUILLEMIN<br>Dr BONTE    |
| CHU Caen - Obstétrique                      | Pr DREYFUS<br>L. PRIME (technicien réseau)<br>Dr BEUCHER (GO)<br>Dr MURIS (GO)<br>Dr MAYAUD (ARE)<br>M. LEMONNIER (interne GO)<br>M. DENIS (interne)<br>S. LEVY (interne)<br>Mme RIOU (SF cadre sup)<br>Mme BOUET<br>Mme LECHEVALLIER<br>Mme DECOSSE<br>Mme LETARDIF<br>Mme GOUPILLE<br>Mme DEBELLE<br>M. CORNU (étudiante SF)<br>N. LAMENDOUR | Pr HERLICOVIEZ<br>Dr THIBON |

|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| CHU Caen - Anapath                | Dr JEANNE PASQUIER<br>M. KARANIAN (interne)  |  |
| CHU Caen<br>Chirurgie infantile   | Dr JOKIC   |  |
| Polyclinique du Parc              | Dr COUDRAY (GO)<br>Dr DELAUTRE (GO)<br>Mme JARDIN (SF Coordinatrice)<br>Mme TAJOUJI (SF)<br>Mme BOIVIN (SF)  | Dr GIRARD (GO)<br>Dr BARJOT (GO)<br>Dr PHILIPPART (GO)<br>Dr VAILHE (GO) |
| Centre Hospitalier de Bayeux      | Dr LEBRUN (GO)<br>Dr PRIOUX (GO)<br>Dr LEFEVRE (GO)<br>Mme COGNAT (SF cadre)   |  |
| Centre Hospitalier de Vire        | Mme LECARPENTIER (SF)  |  |
| Centre Hospitalier de Falaise     | Dr NOIREZ (GO)<br>Mme LEFEBVRE (SF cadre)<br>Mme COUASNON (SF)<br>Mme SELLAM (SF)  | Dr AZZOUZ (GO)   |
| Centre Hospitalier de<br>Honfleur | Dr NELLE (GO)<br>Dr BENCHET (Péd)<br>Mme CHAMPENOIS (SF cadre)<br>Mme BULTELE (SF)<br>Mme LANGS (SF)   | Dr DELANNOY (GO)   |
| Centre Hospitalier de Lisieux     | Dr WILLM (GO)<br>Dr LE FOLL (GO)<br>Dr MELLAH (pédiatre)<br>Mme RUBIN (SF cadre)<br>Mme DELASALLE (interne GO)<br>Mme BABIN (SF)<br>Mme HENRARD (SF)<br>Mme GUERIN (psychologue) |  |
| Pont Audemer                      | Mme POTIER (SF)  | Dr DARCEL (GO)   |
| C.H. d'Aunay sur Odon             | Dr BONNET (GO)<br>Mme SUEUR (SF)   |  |
| C. H. de Cherbourg                | Dr PURNICHESCU (GO)<br>Dr DESPRES (GO)<br>Dr BESSIS (Péd)<br>Dr AGUDZE (néonatalogue)<br>Dr SAINTIVE (néonatalogue)<br>E. MASSOU (interne GO)<br>Mme MATHIS (SF)                 | Mme JEAN (SF)<br>Dr LEBRIS (GO – Valognes)                               |

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| C. H. d'Avranches-Granville | Dr CAVANNE (GO)<br>Dr AMEKOU (GO)<br>Dr VELY (GO)<br>Dr SIX (GO)<br>Dr MOURTADA (Péd)<br>Mme SCHAEFFER (SF)  | Dr MERCIER (GO)<br>Dr MERCIER (péd)                    |
| C. H. de St Lô              | Dr BALOUET (GO)  | Dr REFAHI (GO)<br>Mme MAREST (SF cadre)                |
| C. H. de Coutances          | Dr OSTROWSKA (péd)<br>Mme BRUNE (SF)<br>Mme SAVARY (SF)  | Dr LEGUEVAQUES (GO)<br>Dr ROUCHERE (GO)                |
| C. H. d'Argentan            | Dr LARCHET (pédiatre)<br>Dr CHEBBO (GO)<br>Dr REYNAUD (GO)<br>M. TRUONG (interne GO)                         |  |
| C. H. d'Alençon             | Dr LARCHET (péd)<br>Dr SIMONNE (GO)<br>B. VIARIS DE LESEGNO (interne)<br>Mme GODEFROY (SF cadre)             | Dr PITON (GO)  |
| C. H. de l'Aigle            |  | Dr LESEIGNEUR<br>Dr SADFI<br>Mme BERRAFATTO (SF cadre) |
| C. H. de Flers              | Dr AZZOUZI LAHRACHE (GO)<br>Dr GILLON (péd)<br>Dr KOZISEK (péd)<br>Mme DENIS (SF)<br>Mme CHTIES PAYNTAR (SF) | Dr ANDRE (GO)  |

### **Liste des annexes**

Protocole « organisation des transports »..... Annexe 1

Protocole « maladie de Willebrand »..... Annexe 2

## I. **Points divers**

### ❖ Calendrier :

- prochaine réunion réseau : **en raison de soucis concernant la disponibilité des amphithéâtres, la date de la prochaine réunion du réseau vous sera communiquée ultérieurement.**

### ❖ Statistiques semestrielles du Réseau :

A noter que l'utilisation des dossiers de transferts se fait dans plus de 80% des cas. Tendre vers 100% reste un objectif à atteindre.

Les transferts hors région s'expliquent assez bien sauf peut-être dans le cas des transferts Honfleur-Le Havre qui semblent (trop) nombreux.

*Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau et consultable sur le site : [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org)*

### ❖ Transferts in utero : bonnes pratiques :

Nous vous rappelons les termes du protocole concernant l'organisation des transports, daté d'octobre 2007 (**annexe 1**), selon lequel avant tout transfert le médecin senior demandeur (qui est pleinement responsable du transfert) doit :

- contacter téléphoniquement le médecin senior receveur
- s'assurer jusqu'au dernier moment que le transfert n'est pas contre-indiqué.

La liste des contre-indications : phase active du travail, anomalie sévère du rythme, suspicion d'HRP, saignements abondants.

L'annulation du transfert en raison de la découverte in extremis d'une des contre-indications reste à la seule appréciation du médecin demandeur qui peut prendre sa décision sans crainte de plaintes médico-légales.

### ❖ Placenta accreta – prise en charge dans le Réseau (Dr Beucher):

Le placenta accreta entraîne des risques maternels importants. Sa prévalence augmente du fait de l'inflation de femmes enceintes avec un utérus cicatriciel. Il est très important de poser le diagnostic en anténatal en s'appuyant sur l'étude des facteurs de risques et l'imagerie. Plusieurs stratégies thérapeutiques sont possibles : conservatrice ou radicale. Actuellement, l'IRM n'est pas utile, du moins avec l'appareil du CHU. Un avis référent est souhaitable pour anticiper les possibles complications. La plupart des cas seront pris en charge au CHU en raison de la proximité de services tels que la réanimation maternelle, la radiologie interventionnelle et l'établissement français du sang.

Un protocole de prise en charge va être rédigé et adressé à l'ensemble des maternités bas normandes.

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat*

❖ Vaccination Coqueluche (Pr Guillois) :

La coqueluche est une maladie bactérienne très contagieuse essentiellement véhiculée par les adultes sans avoir été diagnostiquée de manière évidente. Si la maladie reste assez bénigne chez l'adulte, elle peut être fatale au nourrisson. C'est pourquoi, il importe de conseiller vivement la vaccination des parents ET des professionnels de santé et de la petite enfance. Le vaccin est associé au DT polio

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

❖ Maladie de Willebrand (Dr lefoll):

C'est la plus fréquente des pathologies constitutionnelles de l'hémostase découverte dans 13% des cas dans le bilan de ménorragies. Une étude collaborative entre obstétriciens et hémostasiens a été menée dans 8 centres de l'Ouest (travail rétrospectif sur 12 ans du GREHCO) afin d'éditer des recommandations en obstétrique pour les principales maladies à risque hémorragique et établir un registre de ces pathologies associées à la grossesse.

Vous trouverez en **annexe 2**, ainsi que sur le site du réseau, les détails du protocole commun mis en place à l'issue de cette étude. Un exemplaire sera adressé à chaque site de naissances.

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

❖ Organisation des transferts maternels en Basse-Normandie  
(M. Cornu SF et Dr Thibon)

La cartographie des transferts anténataux entre 2004 et 2008 a été étudiée. Il en ressort principalement un déficit de transfert entre les niveaux 1 et 2. Ce constat est à moduler car d'une part cette tendance tend à diminuer dans les dernières années et d'autre part, cet état de fait dépend largement de la localisation de chaque site de naissance.

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

❖ Entretien prénatal (M Thebaud, SF)

Ce travail s'est intéressé à la mise en place effective de l'entretien prénatal dans trois maternités du Calvados. Il apparaît que cet objectif du plan périnatalité 2005-2007 tendant à « améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant » est loin d'être appliqué sur le terrain. Trop peu de femmes ont connaissance de ce droit. Plusieurs

actions simples pourraient être mises en place pour remédier à cette situation en total inadéquation par rapport aux recommandations.

Un groupe de SF des 3 départements et de tous les modes d'exercice, au sein du réseau ville-hôpital en voie de création, servira de moteur pour le développement de cet entretien dans notre région. Il utilisera le document créer par M. Thébaud pour son mémoire (plaquette d'information)

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

❖ Etat d'avancement du FIQCS – réseau ville-hôpital (Dr Thibon):

Le dossier est dans sa phase terminale. Les étapes 1 et 2 ont été validées et l'étape 3 correspondant aux actions concrètes sera étudiée par la cellule d'instruction de l'URCAM en septembre prochain. Si l'ensemble du dossier est approuvé par les instances, le réseau pourrait être en place dès janvier 2010. Une association loi 1901 interprofessionnelle a été créée et son bureau définitif sera élu dès la création du réseau.

Bien entendu l'utilisation des fonds publics qui seront alloués sera rigoureusement contrôlée et des audits seront mis en place. En l'absence de réponses aux objectifs fixés, le dossier ne serait pas reconduit.

Parallèlement, nous avons d'ores et déjà défini le logo de ce réseau ville-hôpital que nous vous présentons ci-dessous :



*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

❖ Enquête démographique de la profession :

Un diaporama reprenant les départs en retraite prévus d'ici à 5 ans, et dans les 10 prochaines années a été présenté pour l'ensemble de la profession « gynécologue-obstétricien » de la région. On voit clairement que certains établissements seront en difficulté dans un proche avenir (Vire) et que les maternités de l'orne sont toutes menacées à moyen terme !

La même enquête a été conduite auprès des médecins néonatalogues et anesthésistes. Cependant le manque de retour des fiches-questionnaires n'a pas permis de dresser un tableau de la situation. Nous espérons présenter ces résultats lors de la prochaine réunion.

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

#### ❖ Morts maternelles : nouvelles modalités INSERM (Dr Bouvier-Colle)

La nouvelle procédure de signalement de décès maternel requiert la participation du réseau. Celle-ci devrait permettre de :

- raccourcir le délai entre le signalement et l'expertise pour près de 50 % des décès maternels,
- réduire le taux de non-réponse,
- améliorer le recueil concernant le suivi de grossesse et la prise en charge au moment de la complication.

Le Dr Mayaud, anesthésiste au CHU, est référente dans la région. Votre participation est importante. N'hésitez pas à la contacter ou à signaler au secrétariat du réseau les cas de décès maternels (dans les 42 jours suivant l'accouchement ou en anténatal).

*Diaporama disponible sur le site du réseau [www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org) et bien sûr auprès du secrétariat.*

## **II. Morts in utero :**

Présentation des dossiers les plus pertinents de la région certains amenant à des conduites spécifiques (villite, SAPL)

*Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau.*

## **III. Morts néonatales :**

Présentation de l'ensemble des décès néonataux sur la région. Les débats enrichissants et animés devraient permettre d'améliorer certaines prises en charge.

Une des pistes envisagées serait de revoir le dépistage des RCIU tardifs.

*Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau.*

**Petit rappel :** tout fœtus adressé en anatomopathologie doit être accompagné du placenta et vice et versa !!

# **A N N E X E S**

## **Organisation des transports périnataux** **en Basse-Normandie**

Compte rendu de la réunion du 7 septembre 2007 au CHR Clémenceau

Présents :

- Dr Bonnieux : SAMU 14
- Dr Despré : Cherbourg
- Pr Dreyfus : Caen
- Dr Henry : SAMU 61
- Dr Mayaud : Caen
- Dr Mercier : Avranches-Granville
- Dr Nelle : Honfleur
- Dr Piton : Alençon
- Dr Prioux : Bayeux
- Dr Roussel : SAMU 50
- Dr Sokoro : Saint-Lô
- Dr Zerger : Lisieux

Cette réunion est organisée afin d'analyser la circulaire n° DHOS/01/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères .

Cette circulaire a pour objet de présenter des recommandations spécifiques pour faciliter et optimiser l'organisation des transports périnataux des femmes enceintes (transferts in utero ) et en post-partum immédiat.

L'organisation des maternités en trois niveaux implique l'orientation des mères et des nouveau-nés vers la structure la plus adaptée à leur niveau de risque et/ou leur pathologie. L'objet de cette réunion est d'analyser le fonctionnement actuel des transports inter-établissements et d'établir les protocoles écrits tenant compte des spécificités de la Basse-Normandie

### **ETAT DES LIEUX**

Les transferts sont actuellement réalisés soit en transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical soit en transport médicalisé. La circulaire prévoit un transport inter hospitalier avec la présence d'un infirmier dans l'ambulance. Ce type de transport n'est pas ou peu utilisé dans la région pour des raisons d'organisation propres aux SAMU départementaux et en raison des spécificités géographiques (distance moyenne inter-établissement faible).

Les résultats des trois départements sont présentés.

#### **ORNE 2006 ( Dr Henry )**

Les données concernent les transports qui ont fait l'objet d'une régulation par le SAMU 61. Certains transferts ont été réalisés directement d'un établissement à l'autre en transport ambulancier sans une régulation par le Samu (convention entre établissement et transporteur local).

Nombre total de transferts régulés : 35 ( 7 vers le CH du Mans et 28 vers le CHU de Caen )

A destination de Caen :

- 18 transferts médicalisés
- 10 transferts ambulanciers

A destination du Mans :

- 6 transferts médicalisés
- 1 transfert ambulancier

**MANCHE 2006 ( Dr Roussel )**

A destination d'Avranches : 3

A destination de Caen : 6

A destination de Cherbourg : 3

Il s'agit semble-t-il de transferts médicalisés. Il faudrait confronter ses chiffres avec le nombre total de transferts réalisés pour connaître le nombre de transferts ambulanciers.

**CALVADOS 2006 (Dr Bonnieux)**

- 13 transferts in utero ont été réalisés à destination de Caen (même remarque que pour la Manche)
- 2 transferts ont été réalisés pour hémorragie du post-partum

Il semble exister une discordance entre le nombre total de transferts in utero réalisés sur l'ensemble de la région bas-normande et le nombre de transferts régulés par les SAMU départementaux. Ces chiffres doivent être corrélés pour 2006 avec ceux du réseau périnatal. Un certain nombre de transferts ambulanciers semble être régulés directement entre le transférant et le receveur.

## PROCEDURES DE TRANSFERTS IN UTERO

La demande de transfert in utero est sous la **responsabilité du médecin transférant**. La demande de transfert n'est pas du domaine de responsabilité de la sage-femme.

Le médecin transférant contacte le médecin receveur **personnellement** afin de formaliser le transfert (possibilité d'accueil pour la mère à la maternité et disponibilité d'un lit en néonatalogie).

Le médecin transférant contacte le **médecin régulateur du SAMU** départemental. Cet entretien permet de définir les conditions du transfert en fonction de son indication. Les conversations sont **enregistrées** ce qui permet d'assurer une **traçabilité**. Les lignes SAMU sont sécurisées.

Il peut s'écouler un temps non négligeable entre le déclenchement de la procédure de transfert et l'arrivée de l'équipe qui va assurer le transport. La situation clinique doit être **réévaluée** avant le conditionnement de la patiente.

Tous les transferts doivent être **enregistrés sur une base de données** afin de déterminer précisément leur nombre et la modalité de la prise en charge (transport ambulancier ou médicalisé). Ceci pourrait être du ressort du Réseau Régional.

Une première analyse des modalités de transfert au sein de la région Bas-Normande fait apparaître un nombre relativement important de transferts médicalisés. Il paraît indispensable de définir plus précisément les indications des modes de transports afin d'harmoniser les pratiques. **Les annexes jointes (1 à 3) définissent les indications et les contre-indications des transferts, médicalisés ou non.** Ces propositions reposent sur les recommandations nationales publiées dans la circulaire de 2006. Elles ont toutefois été réactualisées par les acteurs du réseau de périnatalité bas normand (Obstétriciens, anesthésistes, transporteurs).

Rq : Le Dr Henry précise les conditions de sécurisation des transports ambulanciers. Le SAMU 61 demande un bilan toutes les 15 minutes lors d'un transfert. La couverture de la région bas-normande par les antennes du SMUR permet si nécessaire, une jonction avec une équipe médicale. Il est indispensable de préciser que seules les situations obstétricales stabilisées peuvent faire l'objet d'un transfert.

## TRANSFERTS POUR EMBOLISATION (hémorragies du post-partum)

Rappelons que seules les patientes stables sur le plan hémodynamique peuvent bénéficier d'un transfert inter-établissement. Ces transferts seront toujours médicalisés.

Rq : Seul le SAMU 14 a régulé 2 hémorragies du post-partum en 2006. Cela correspond-il réellement au nombre d'embolisations demandées au CHU de Caen en 2006 ?

Les modalités de ce type de transferts ont fait l'objet d'un travail au sein du réseau qui a conduit à la réalisation d'un **protocole**, diffusé à l'ensemble des maternités. Le poster affiché dans toutes les salles de travail de la région comporte les **procédures d'appel** avec des numéros actualisés.

Ce protocole n'est toutefois pas toujours connu des médecins régulateurs des trois SAMU départementaux. Sa **diffusion** dans les **salles de régulation** (posters et format électronique) doit s'effectuer rapidement.

Lors d'une demande d'embolisation le rôle du médecin régulateur du SAMU 14 est de s'assurer que les **moyens de prise en charge** de la patiente sont **disponibles en aval** :

- Possibilité d'accueil au **bloc des urgences** : une réévaluation de la patiente est nécessaire dès son arrivée. L'embolisation ne sera pas réalisée si la situation est stabilisée avec le traitement médical ; à l'inverse, une procédure chirurgicale est parfois indispensable dès l'admission.
- **Lit d'accueil en post-embolisation**

Alençon le 27 octobre 2007  
Dr Piton Serge

## Annexe 1

### Liste des situations relevant d'un transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical

- ❑ Rupture prématurée des membranes isolée
- ❑ Placenta praevia sans métrorragies ou métrorragies n'ayant pas récidivé depuis plus de 12 heures
- ❑ Etat hypertensif et/ou retard de croissance intra-utérin avec rythme cardiaque fœtal normal
- ❑ Diabète maternel sans pousse-seringue d'insuline
- ❑ Cholestase gravidique
- ❑ Menace d'accouchement prématuré sans tocolyse IV, y compris les grossesses gémellaires
- ❑ Menace d'accouchement prématuré, grossesse unique avec tocolyse intraveineuse
- ❑ Prééclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels HTA  $\leq$  à 160/100 et protéinurie  $>$  à 0,3 g/24h, **si transport nécessaire.**

## Annexe 2

### Liste des situations relevant d'un transport médicalisé

- ❑ Hémorragie de la délivrance : transport pour embolisation, après stabilisation de l'état hémodynamique. La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens (service demandeur, SAMU-SMUR, service d'accueil). Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps.
- ❑ Placenta praevia avec métrorragies datant de moins de 12 heures, sans saignement actif et durée de transport supérieure à 30 minutes.
- ❑ Prééclampsie
  - ↪ Avec traitement antihypertenseur IV et PA équilibrée
  - ↪ Avec pression artérielle systolique  $>$  à 160 et/ou diastolique  $>$  à 100 mmHg
  - ↪ Avec céphalées et/ou barre épigastrique et/ou acouphènes
  - ↪ HELLP syndrome : au cas par cas

## Annexe 3

### Liste des contre-indications au transport maternel

- ❑ Eclampsie
- ❑ Hématome rétroplacentaire
- ❑ Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours
- ❑ Anomalies graves du rythme cardiaque fœtal
- ❑ Risque d'accouchement imminent
- ❑ Risque d'accouchement pendant le transport
- ❑ Hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable. Un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place (recommandations du CNGOF et de l'ANAES du 01/12/2004).

## MALADIE DE WILLEBRAND ,GROSSESSE ET PERIPARTUM

- 1-**Savoir évoquer le diagnostic**→ 13 % des patientes consultant pour métrorragies ont une maladie de Willebrand.
- 2-En cas de suspicion : réalisation d'un **bilan biologique d'orientation** : NFS, plaquettes, TP, TCA. Si une anomalie est observée, adresser la patiente au spécialiste de l'hémostase pour des examens plus spécifiques.
- 3-**Prise en charge pluridisciplinaire** : associant hémostasien, obstétricien et anesthésistes.(se mettre en relation avec le CRTH des la grossesse connue)
- 4-**Pour tous les types de maladie de Willebrand** : réaliser un dosage de l'activité cofacteur de la ristocétine (VWF : RCo) et du facteur VIII en début de grossesse et au troisième trimestre, ainsi qu'avant la réalisation de tout geste invasif. Un traitement prophylactique doit être instauré si les taux sont inférieurs à 60 UI/dl.  
Les moyens de surveillance invasifs (pH au scalp, électrodes) doivent être proscrits.
- 5-**L'accouchement par voie basse est autorisé pour tous les types de maladie de Willebrand, ainsi que les extractions instrumentales** si nécessaires. Il n'y a pas lieu de programmer une césarienne pour la seule pathologie de l'hémostase.
- 6-**Risque d'hémorragie du post partum persistant pendant six semaines.** Le retour aux taux de « base » du facteurs VIII et du Facteur Willebrand se fait dans les 3 premiers jours du post-partum Un traitement prophylactique peut être mis en place (protocole réalisé par le centre de traitement hémophilie et maladie de Willebrand). L'allaitement permet de diminuer fortement ce risque hémorragique en maintenant des taux élevés de facteur VIII et facteur Willebrand, et doit être encouragé quand c'est possible. Dans le cas contraire une contraception oestroprogestative doit être proposée en l'absence de contre-indication.
- 7- L'aspirine et les AINS sont contre-indiqués

### TYPE 1

Le plus fréquent (70%).Autosomique dominant  
Déficit quantitatif en facteur Willebrand  
Correction spontanée fréquente des anomalies de la coagulation durant la grossesse  
ALR autorisée si taux VWF>60 UI/dl avant tout traitement  
Desmopressine : traitement de choix en post-partum ;si « retour de couches précoce ».

### TYPE 2

25% des cas. Autosomique dominant  
Anomalie qualitative du facteur Willebrand persistant pendant la grossesse  
Sous-type 2B : thrombopénies fréquentes  
ALR contre indiquée+++  
Traitement prophylactique par administration de facteur Willebrand associé ou non à du facteur VIII( Wilstart® ou Wilfactin®)

### TYPE 3

5% des cas. Autosomique récessif  
Déficit total en facteur Willebrand  
Pas de correction pendant la grossesse  
Traitement prophylactique par administration de facteur Willebrand associé ou non à du facteur VIII (Wilstart® ou Wilfactin®)  
ALR contre-indiquée+++