



**Réseau de Périnatalité**

Calvados - Manche - Orne

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

### **Réunion du 24 juin 2016**

Chers Collègues et Amis,

Une fois de plus vous avez été très nombreux à participer à cette journée inter-établissements du réseau et nous vous en remercions. Les débats ont à nouveau été vifs, animés et fructueux, le tout dans une ambiance cordiale et constructive. Les protocoles évoluent et les idées aussi : c'est ce qui fait la force de notre région. Vous trouverez tous ces protocoles sur le site du réseau ([www.perinatbn.org](http://www.perinatbn.org)).

Notre prochaine rencontre est prévue le **vendredi 3 février 2017**, dans l'amphithéâtre du bâtiment FEH du CHU de Caen.

En parallèle à cette journée inter-établissements, merci de noter d'ores et déjà dans votre agenda la date du prochain colloque Ville-Hôpital du Réseau de Périnatalité qui se déroulera le **samedi 24 septembre 2016**. Le lieu et le programme seront prochainement disponibles sur le site du réseau.

A très bientôt,

Professeur Michel DREYFUS

Docteur Jean COUDRAY

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANT	PRESENTS	ABSENTS EXCUSES
<b>ALENCON</b>	<b>V. GODEFROY, SF Cadre</b> <b>A. LE LOUARN, Interne</b> <b>A. MOUSTEAU, GO</b> <b>J. PELLETIER, SF</b> <b>S. POREE, Interne</b> <b>F. SIMONNE, GO</b>	
<b>ARGENTAN</b>	<b>S. ARMOUCHE, Pédiatre</b> <b>E. AUBRY, SF</b> <b>AS. DELANNOY, Cadre puer</b> <b>MF. JEAN, SF Cadre</b> <b>P. NELLE, GO</b> <b>C. REYNAUD, GO</b>	
<b>AVRANCHES-GRANVILLE</b>	<b>C. AMEKOU, GO</b> <b>N. BRUEY, GO</b> <b>G. FROSSARD, Interne</b> <b>J. GUERIN, SF Cadre</b>	
<b>BAYEUX</b>	<b>N. COGNAT, SF Cadre</b> <b>C. FEYEUX, GO</b> <b>C. JOUAN, psychologue</b> <b>N. LAHRACHE, GO</b> <b>C. POISSON, SF</b>	
<b>CHERBOURG-VALOGNES</b>	<b>A. BERTHEREAU, SF</b> <b>E. CAUBRIERE, SF</b> <b>M. DESPRES, GO</b> <b>M. DENIS, Interne</b> <b>F. LE CARPENTIER, SF</b> <b>C. MATHIS, SF Cadre</b> <b>G. NDAYIZAMBA, GO</b> <b>AS. PAGES, pédiatre</b> <b>O. POP, GO</b> <b>C. SALMON, Interne</b> <b>S. SAUMUREAU, Pédiatre</b> <b>G. TYRAN, GO</b>	
<b>CHU de Caen – Gynéco-Obstétrique.</b>	<b>G. ACHEN, interne</b> <b>C. ALBERT, psychologue</b> <b>S. ARZALIER, ARE</b> <b>G. BEUCHER, GO</b> <b>S. BOURAI BENNIA, SF cadre</b> <b>J. COMELLO, SF</b> <b>M. DREYFUS, GO</b> <b>B. GUIGUES, GO</b> <b>F. JONES, Interne</b> <b>H. KRIER, Interne</b> <b>E. LENGLINE JAMARD, Interne</b> <b>F. LEPLEUX, SF</b> <b>A. LETARDIF, SF Cadre Sup</b> <b>D. QUIEDEVILLE, psychologue</b> <b>S. RIKELMAN, GO</b> <b>T. SIMONET, ARE</b> <b>Z. STEWART, Interne</b>	<b>C. DENOUAL-ZIAD, GO</b> <b>D. VARDON, GO</b>

<b>CHU de Caen - Néonatalogie</b>	<b>C. ALEXANDRE, pédiatre M. ALEXANDRE, pédiatre M. LEPORT, pédiatre AS. TRENTESAUX, pédiatre</b>	<b>B. GUILLOIS, pédiatre V. DATIN-DORRIERE, pédiatre</b>
<b>CHU de Caen – Foetopath</b>	<b>A.MOLIN</b>	<b>C. JEANNE-PASQUIER</b>
<b>COUTANCES</b>	<b>C. BRUNE, SF</b>	
<b>FALAISE</b>	<b>V. CHRISTY, SF C. COUASON, SF</b>	<b>A. LEFEBVRE, SF Cadre</b>
<b>FLERS</b>	<b>Y. BEKKARI, GO I. DENIS, SF cadre N. ROGE, FF Cadre puer S. VIERA ROTH, Pédiatre J. ZEITOUN, Interne</b>	<b>M. BEGORRE, GO</b>
<b>HONFLEUR-COTE FLEURIE</b>	<b>F. CORNILLOT, SF Cadre E. CRUE, SF M. VERDIERE, SF F. ZERGER, GO</b>	
<b>L'AIGLE</b>	<b>S. LEMETAYER, SF B. CHRISTIEN, SF P. LESEIGNEUR, GO</b>	<b>F. BEAUVILLIERS, SF</b>
<b>LE PARC</b>	<b>P. BARJOT, GO J. COUDRAY, GO + Président B. JARDIN, SF Cadre N. LORRE, SF</b>	<b>L. DURIN, GO</b>
<b>LISIEUX</b>	<b>N. BOURGAULT, SF E. CLOUET, SF M. DELASALLE, SF C. LAUTH, Interne C. LECOEUR, GO</b>	<b>F. RUBIN, SF cadre M. MANGIN, SF</b>
<b>SAINT-LO</b>	<b>P. BALOUET, GO ML. PASSELEGUE, SF cadre N. REFAHI, GO</b>	<b>L. GALAJDOVA, GO</b>
<b>VIRE</b>	<b>E. LABBE, GO</b>	
<b>INVITES</b>	<b>F. GODDE T. SORIANO</b>	
<b>RESEAU DE PERINATALITE</b>	<b>M. DOSSMANN, SF proximité E. ONNEE-SELLAM, SF proximité L. PRIME, ARC G. QUEROMAIN, secrétaire M. VARANGOT, SF Proximité</b>	<b>P. THIBON, Médecin épidémiologiste</b>

❖ Calendrier :

- **Prochaine réunion inter-établissements et RMM** du réseau :  
**Vendredi 3 février 2017** dans l'amphi du bâtiment FEH.  
Renseignements et inscription : [queromain-g@chu-caen.fr](mailto:queromain-g@chu-caen.fr)

- **6<sup>ème</sup> Colloque du Réseau de Périnatalité : samedi 24 septembre 2016** à la Chambre de Commerce et d'Industrie de Caen. Inscription obligatoire.

## 1<sup>ère</sup> Partie

---

### ❖ Mot du Président

Jean COUDRAY, évoque la fermeture de la maternité de Coutances et les actualités du Réseau de Périnatalité :

- ✓ Une conférence le 8 juillet avec le Pr NISAND sur le thème « Et si on parlait de sexe à nos ados » à la Faculté de médecine.
- ✓ Le 6<sup>e</sup> colloque ville-hôpital le 24 septembre à la CCI de Caen.

Il évoque aussi le manque de participants à l'Assemblée Générale du Réseau de Périnatalité.

### ❖ Cartographie des transferts et indicateurs régionaux

Les transferts maternels pour embolisation sont toujours en régression, probablement en lien avec l'implantation des ballons de tamponnement dans toutes les maternités.

Pour les TIU, les patientes sont retransférées vers la maternité d'origine dès que cela est possible.

En ce qui concerne les indicateurs régionaux, les chiffres confirment une baisse 12 % des accouchements entre 2010 et 2015 sur les trois départements, baisse 3 fois supérieure aux chiffres nationaux.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

### ❖ HTA et grossesse :

Gaël BEUCHER présente les recommandations de la Société Française d'hypertension artérielle de décembre 2015 en matière de prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie.

Elles redéfinissent l'hypertension, la prééclampsie, la pose du diagnostic, l'importance de la consultation préconceptionnelle et les algorithmes des différentes prises en charge de l'hypertension et de la pré-éclampsie.

On peut retenir :

- ✓ HTA légère à modérée : appareil d'auto-mesure tensionnelle (AMT) huméral homologué, PA  $\geq$  135/85 mm Hg
- ✓ Rapport protéine/créatinine urinaire : < 30 mg/mmol si protéinurie + sur échantillon.
- ✓ Consultation préconceptionnelle et suivi coordonné spécifique multidisciplinaire

- ✓ Traitements anti-HTA : si HTA sévère
- ✓ Molécules envisageables : alphaméthylidopa, labétalol, nicardipine, nifédipine
- ✓ Objectif tensionnel en milieu médical : PAD comprise entre 85-100 mm Hg et PAS <160 mm Hg

- ➔ Toute patiente avec une HTA chronique débutant une grossesse doit être incitée à faire une échographie cardiaque maternelle, si l'examen n'a pas été fait récemment.
- ➔ Il est important d'avoir un référent adapté (cardiologue, néphrologue, ...).

Il a été convenu qu'une fiche de synthèse soit réalisée pour diffusion dans le réseau.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

#### ❖ Troubles sexuels après l'accouchement : intérêt de l'éducation périnéale

Philippe LESEIGNEUR fait un rappel sur le rôle du périnée et l'intérêt pour les patientes d'en avoir connaissance et de le maîtriser tant sur le plan médical que sur le plan de leur sexualité.

Il précise l'importance de travailler le périnée tout au long de la vie de la patiente et pas seulement après l'accouchement.

- ✓ Proposer l'utilisation d'un lubrifiant dans les 3 mois qui suivent l'accouchement si douleur... mais une muqueuse atrophique restera douloureuse,
- ✓ Ne pas confondre la trophicité vaginale et la lubrification vaginale. Prescrire un peu d'estrogènes locaux en cas d'atrophie vaginale marquée à la visite post natale.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

#### ❖ Point sur la foetopathologie

Arnaud MOLIN décrit la situation de la foetopathologie depuis le départ du Dr JEANNE-PASQUIER en décembre 2014.

L'activité de foetopathologie, c'est : 3 demi-journées par semaines assurées par A. Molin et G. Benoist pour les autopsies et 20 heures par mois assurées par C. Jeanne-Pasquier pour l'histologie des fœtus et des placentas correspondants.

Cette organisation précaire implique la participation active de tous les professionnels impliqués et donc :

- ✓ Prévenir le secrétariat de foetopathologie de toute demande d'autopsie (02.31.06.49.22).
- ✓ Programmer les rendez-vous de bilan avec les couples à 3 ou 4 mois (jamais avant).

- ✓ Attention à l'acheminement des corps : préciser l'indication de l'autopsie, si IMG ou MFIU, joindre toutes les autorisations indispensables.
- ✓ Préciser sur le bon de demande d'anapath si souhait qu'un placenta seul (sans autopsie) soit analysé dans le cadre de la foetopathologie (par C. Jeanne-Pasquier).
- ✓ Les indications d'autopsie après IMG doivent être validées par le CPDPN.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

#### ❖ Observatoire national de fin de vie

Mélanie ALEXANDRE nous présente les résultats de l'enquête de l'observatoire national de fin de vie réalisée en 2015 sur 549 maternités françaises, dont 8 bas-normandes.

Les résultats présentés portent sur l'existence d'un document d'aide à la prise en charge palliative en salle de naissance et son contenu, l'expérience en soins palliatifs, la formation, et la gestion des situations palliatives.

On peut noter qu'environ 1/3 des maternités sont dotées d'un protocole la plupart du temps élaboré en interne depuis moins de 5 ans.

Cette enquête nationale révèle que les maternités acquièrent progressivement une culture palliative, de façon récente et encore inhomogène (type de maternité).

En ce qui concerne la Basse-Normandie, il est constaté que la démarche palliative est en route, avec la possibilité de solliciter l'ERRSPP.

La prochaine journée régionale de formation sur les soins palliatifs en périnatalité se déroulera le 24 novembre 2016 à Caen (programme sur demande) [alexandre-m@chu-caen.fr](mailto:alexandre-m@chu-caen.fr). Un groupe de travail interne au réseau bas-normand doit se mettre en place en automne.

*Diaporama disponible sur le site du réseau*

#### ❖ Arrêt cardio-respiratoire maternel en salle de naissance

Ségolène ARZALIER rappelle que l'arrêt cardio-respiratoire maternel représente 1 cas pour 20 à 50000 grossesses avec 60 % de survie.

Elle nous présente comment le diagnostiquer et le prendre en charge par un massage cardiaque externe **en continu** avec un relais toutes les 2 minutes.

Elle précise l'importance de s'organiser (check-list) sachant que l'objectif est l'extraction fœtale dans les 5 minutes, car elle permet l'augmentation de la survie maternelle.

Il est nécessaire d'en chercher la cause car elle est le plus souvent curable.

➔ S'assurer que le chariot d'urgence est accessible, tenu à jour, disponible et connu des équipes.

- Proposer dans chaque maternité des formations aux soins de premiers secours.

*Diaporama disponible sur le site du réseau*

❖ « Contre-indications » aux TIU et place des néonatalogistes dans ces transferts

Le dossier d'une patiente d'Alençon est présenté pour illustrer la difficulté d'un TIU.

Puis Cénéric ALEXANDRE rappelle que les transferts in utero sont organisés par un protocole régional de 2011 avec des modalités et des contre-indications. Ces dernières nécessitent une réévaluation (notamment entre 24 et 24SA+6j voire avant).

La question posée est de savoir s'il existe des contre-indications théoriques néonatales au TIU pour le pédiatre. En théorie, NON, mais des obstacles tels que la capacité d'accueil et les moyens techniques ou humains sont à prendre en compte. La décision de TIU (sous la responsabilité du médecin demandeur) doit être une décision PERINATALE, incluant également les équipes obstétricales, SAMU adultes et pédiatriques.

- ✓ La discussion d'un TIU doit être périnatale : néonat. + GO + SAMU
- ✓ Choisir un terme (seuil) de non refus de TIU
- ✓ En cas de saturation en néonatalogie, anticiper par le recensement des établissements de type 3 limitrophes ayant des lits disponibles. Cette tâche incombe au service de Néonatalogie du CHU.

Une réponse à cette prise en charge des TIU doit être apportée lors de la prochaine réunion du réseau en 2017, après qu'un groupe de travail régional piloté par Cénéric ALEXANDRE ait fait des propositions acceptables par toutes les maternités.

*Diaporama disponible sur le site du réseau*

❖ Présentation des dossiers néonataux

- Douze décès néonataux au CHU de Caen entre le 01/01 et le 31/05/2016, dont 7 très grands prématurés de moins de 28 SA, 2 enfants à terme et 3 décès non néonataux qui font l'objet d'un obstacle médico-légal.

Quatre dossiers du CHU dont un dossier co-présenté Lisieux/CHU, et quatre dossiers de Cherbourg dont un co-présenté St Lô/Cherbourg ont été détaillés.

Plusieurs messages ressortent de ces présentations :

- ✓ Importance d'analyser les rythmes (fréquence de base, décélération, variabilité) de façon systématique : évite les retards diagnostiques et améliore les prises en charge (pH, lactates ou césariennes).
- ✓ Attention aux signes **cliniques** d'anoxo-ischémie : chez un enfant avec un examen neurologique normal, refaire des lactates à H1. Si diminution, contacter la néonatalogie du CHU pour faire un transfert en vue d'un EEG et discussion d'une mise en hypothermie contrôlée.
- ✓ Ne jamais initier de tocolyse (Adalate) à domicile.

*Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau*

## 2<sup>ème</sup> partie

---

### ❖ HPP – simulation virtuelle

Frédéric GODDE, anesthésiste-réanimateur à Avranches et Monsieur SORIANO, du laboratoire LFB, nous présentent le logiciel Hémosims, un outil de simulation virtuelle à la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, développée en 2014. Cette méthode validée par l'HAS, met en œuvre un cas clinique virtuel en 3D permettant une immersion totale au plus proche du réel. Gratuite, elle se déroule en réunion de 10-15 personnes d'une durée moyenne de 2 h 30.

→ 1 cas – 1 score – 1 QCM et un diaporama explicatif.

Proposition de former chaque maternité, voire d'élargir le groupe des formateurs et que le réseau de périnatalité investisse dans ce processus de simulation. Monsieur SORIANO remontera ces propositions à sa hiérarchie pour voir la possibilité de diffuser cet outil au niveau régional.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

### ❖ Présentation des dossiers de Morts Foetales

Les 4 dossiers les plus pertinents du semestre ont été présentés. Comme toujours si vous souhaitez avoir accès à l'une des présentations vous pouvez contacter le secrétariat du réseau : [queromain-g@chu-caen.fr](mailto:queromain-g@chu-caen.fr)

Certains des cas présentés permettent de faire quelques rappels :

- ✓ Si placenta bas inséré au 2<sup>e</sup> trimestre, confirmé au 3<sup>e</sup> trimestre, rechercher des vaisseaux praevia par une échographie endovaginale. Si diagnostic confirmé, indication à une césarienne programmée.



- ✓ Syndrome des antiphospholipides = traitement par Aspégic + HBPM à titre préventif pendant toute la grossesse.

*Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau*

#### ❖ Rétention placentaire après HPP... et DA RU

Philippe LESEIGNEUR présente deux cas cliniques de rétention placentaire après HPP et RU. Il rappelle l'importance de ne pas banaliser le suivi post-partum d'une HPP.

- ➔ Devant la persistance de de métrorragies abondantes persistant après J2, faire une échographie utérine systématique pendant le séjour.
- ➔ Rappel des RPC 2014 sur le chapitre des HPP tardive. Plusieurs causes doivent être évoquées : rétention placentaire, endométrite, mais aussi pseudo-anévrisme de l'artère utérine (surtout après césarienne), malformation artério-veineuse intramyométriale, maladie trophoblastique gestationnelle (HCG++) même après accouchement normal.

Dans presque toutes ces situations, un doppler couleur de l'utérus a un intérêt diagnostique

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

#### ❖ MFIU : facteurs étiologiques, rôle du diabète et de l'obésité

Maxime BEUZELIN, étudiant sage-femme, présente son mémoire sur une étude cas-témoin entre 2008 et 2014 concernant la part du diabète et de l'obésité parmi les facteurs de risque de mort foetale au CHU de Caen. Elle incluait 137 cas et 411 témoins.

Cette étude permet de confirmer que le diabète (chronique et gestationnel) n'est pas un facteur de risque grâce à une prise en charge adaptée alors que l'obésité présente un sur-risque de MFIU.

*Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau*

*Fin de séance à 17h30.*

Une troisième réunion pourrait voir le jour en 2017. Elle porterait sur quelques cas de morbidité sévère (« near miss ») en cours de grossesse, permettant de faire quelques rappels de procédures et prise en charge consensuelles adaptées à ces situations en se référant aux recommandations nationales existantes (RPC du CNGOF et de la HAS).

Nous remercions une fois encore nos sponsors réguliers GUIGOZ/MILUMEL pour leur soutien constant et indispensable à la tenue de cette manifestation, depuis ces 16 dernières années, mais aussi l'ensemble des participants dénotant ainsi de leur vif intérêt pour cette journée.