



REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE

Réunion du 4 février 2022

Le mot du Président

Mesdames, Messieurs, Chers collègues, chers amis,

Tout d'abord, permettez-moi de vous souhaiter une bonne année 2022 en dépit de l'épidémie qui continue de nous compliquer la vie.

Quelles nouvelles du réseau ?

Comme vous le savez, les 2 réseaux de Haute et Basse Normandie ont fusionné depuis un peu plus d'un an (septembre 2020).

Avec le bureau de la SFMP et la société ATouT.Com, le RPN a participé à la préparation et à la tenue du 50ème congrès de la SFMP qui a eu lieu au Havre du 06 au 08 octobre dernier.

Depuis octobre 2021, nous nous sommes attelés à la préparation de la certification Qualiopi, obligatoire depuis le 01 janvier 2022 pour tout organisme de formation, avec l'aide de Mr Pradal de la société Equinov. C'est un dossier complexe, très consommateur de temps mais nous nous espérons tirer profit en ce qui concerne la qualité de nos formations.

Ludovic Prime, notre attaché de recherche, a quitté le réseau fin septembre après 9 années de bons et loyaux services. C'est à lui que nous devions le document des indicateurs de périnatalité de la région 14/50/61. Nous avons recruté son remplaçant en la personne de madame Stéphanie Levesque qui devrait prendre son poste d'ici un mois ou deux et qui aura en charge le recueil des indicateurs de toute la région Normandie en collaboration avec Catherine Lévêque.

Nous avons appris récemment la démission, pour des raisons personnelles, de madame Corinne Pastor qui avait été embauchée en septembre 2020 sur le site de Rouen et qui était chargée du dossier Qualiopi et du site internet.

Concernant le site internet, nous sommes en train de le refaire complètement avec monsieur Philippe Grihangne de la société Idmagine et nous espérons qu'il sera fonctionnel avant l'été.

Pour le dépistage néonatal de la surdité, nous allons dans les prochains jours proposer au Centre Régional de Dépistage Néonatal une nouvelle procédure de collaboration à l'instar de ce qui se fait dans d'autres régions avec transfert des données du dépistage notées sur Guthrie sur un logiciel régional ce qui devrait nous donner des statistiques plus facilement qu'avec le logiciel Voozadoo de chez Epiconcept.

Enfin, je voudrais partager avec vous ma profonde inquiétude concernant l'évolution de la situation des maternités normandes, ce qui a conduit le RPN à entreprendre deux

enquêtes sur les effectifs médicaux et paramédicaux des équipes de maternité, l'une auprès des chefs de service de Gynécologie-Obstétrique, l'autre auprès des cadres de santé de ces mêmes services. Je remercie les chefs de service et les cadres de santé qui ont déjà répondu et j'attends les derniers questionnaires avec impatience. Toutes ces informations seront colligées dans un rapport que nous envisageons d'adresser à l'ARS, au Président de Région ainsi qu'aux députés et sénateurs de la région Normandie. Auparavant, les chefs de service et les cadres de santé recevront le dit rapport afin qu'ils rectifient d'éventuelles erreurs concernant leurs services. Une fois ce rapport envoyé à l'ARS, nous solliciterons deux rendez-vous au directeur de l'ARS, l'un pour débattre de la situation dans les départements 14/50/61, l'autre pour débattre de la situation dans les départements 27/76. Restent à définir les intervenants et les modalités que nous souhaitons pour ces rendez-vous. Mais, si décrire la situation actuelle de nos maternités est une étape importante, il faudrait aussi faire des propositions pour améliorer la situation.

Professeur Bernard GUILLOIS



Etablissements participants (visioconférence)

14-50-61	27-76
CHU Caen	CHU Rouen
CH Bayeux	CH du Belvédère
CH Côte Fleurie - Cricqueboeuf	CHI Elbeuf
Polyclinique du Parc - Caen	GH du Havre (GHH)
CH Avranches-Granville	Clinique Mathilde - Rouen
CH Cherbourg	CH Eure Seine - Hôpital d'Évreux
CH Saint-Lô	CH Eure Seine - Hôpital de Vernon
CH Alençon	CHI Fécamp
CH Argentan	CH Gisors
	Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE) Le Havre

1^{ère} Partie maternités 14/50/61

❖ Les transferts en 2021

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 constaté de façon globale une augmentation de plus de 15 % des TIU par rapport à 2020, une baisse de 18 % des rapprochements mère-enfant et une baisse des transferts pour hémorragie de la délivrance avec une unique embolisation pour 2021.

A noter que 12.7 % des TIU ont été retransférés dont 47 % vers leur maternité d'origine et 53 % vers d'autres établissements faute de place en maternité de niveau 3 soit en néonatalogie, soit en gynécologie-obstétrique. Nous avons constaté beaucoup plus de TIU hors région.

Cette problématique fait ressurgir les difficultés d'hébergement du CHU de Caen en néonatalogie, dans une hémirégion qui gère habituellement très bien les TIU. Il serait temps que l'ARS prenne conscience de ces difficultés qui grèvent la prise en charge optimale des usagers et perturbent les relations entre professionnels.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Présentation des dossiers de MFIU

1 dossier d'Alençon, 1 dossier de Lisieux et 2 dossiers du CHU été détaillés.

Messages forts :

- ➔ Devant une masse placentaire vascularisée, penser au chorioangiome pour adapter la surveillance.
- ➔ La médecine doit primer sur la logistique : un dossier a montré la complexité de la gestion des pénuries de lits et la difficulté à trouver des sites adéquats pour une hospitalisation adaptée à la situation clinique (RCIU, type 3).
- ➔ Protocole des transferts maternels du Réseau : <https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2018/12/TRANSFERTS-MATERNELS.pdf>
- ➔ Un dossier d'intervillite de haut grade a été présenté : le traitement certes empirique (Aspirine + corticoïdes), peut éviter les récives. Le placenta reste la « **boite noire** » : les adresser en anapath permettant d'évoquer des diagnostics non faisables par la clinique.
- ➔ SAPL : y penser régulièrement. Il doit être suivi par un obstétricien (Aspirine + HBPM).

Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau

❖ CIVD et COVID

Deux dossiers de Saint-Lô sont présentés concernant des patientes Covid+ non vaccinées admises pour baisses de MAF, césarisées en urgence pour ARCF. Découverte d'une CIVD nécessitant une transfusion et prise en charge réanimatoire.

L'anapath placentaire révèle sur les deux placentas des lésions d'intervillite « massive », évocatrices de lésions dues à la COVID.

Un dossier de MFIU au CHU était lié à l'infection COVID rappelant l'impact du coronavirus sur le tissu placentaire.

- Combinaison dans les infections COVID-19 graves :
 - Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)
 - Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
 - Micro angiopathie thrombotique (MAT)
- Evolution de la coagulopathie par blocage de la microcirculation, diminution de la perfusion d'organe puis défaillance multiviscérale
- Dans certains cas, une césarienne pour « sauvetage » maternel doit être réalisée même en présence d'une MFIU.

Diaporamas disponibles auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des dossiers de décès néonataux entre le 01/06 et le 31/12/2021

- 6 décès néonataux au CH de Cherbourg dont un dossier est détaillé concernant la découverte dans le bilan étiologique d'une maladie de Steinert congénitale de type DM1 avec une atteinte maternelle.

Conclusion : en cas de discordance entre l'état néonatal et l'histoire obstétricale de l'accouchement, élargir les recherches et notamment les enquêtes génétiques néonatales.

- 15 décès néonataux au CHU de Caen (22 en 2021) : 7 extrêmes prématurés < 28 SA, 6 grands prématurés, 2 enfants à terme répartis selon les causes en 6 impasses thérapeutiques et 9 soins palliatifs (6 après réunion collégiale de limitation des soins et 3 soins palliatifs d'emblée). 3 dossiers ont été détaillés : 2 du CHU de Caen, 1 dossier co-présenté par le CHU et la polyclinique du Parc.

Messages forts :

Lien fort à créer entre obstétriciens, sages-femmes et anesthésistes surtout sur les sites où le pédiatre n'est pas sur place 24 h/24

Réanimation néonatale :

- Voie d'abord en 1^e intention : KTVO
- Importance de l'évaluation de l'efficacité de la ventilation au masque : soulèvement thoracique, auscultation pulmonaire, saturation, GDS pour pCO₂
- Si ventilation efficace, pas de nécessité d'intubation.
- Contact avec le centre de référence : appel possible de la néonatalogie du CHU de Caen pour guidage par téléphone : 02 31 27 25 65 (réa néonat) - 06 68 35 89 20 (sénior de garde).
- Toutes les équipes périnatales des maternités de la région doivent privilégier la formation à la réanimation néonatale en simulation qui est possible à Caen : NorSims
<http://norsims.unicaen.fr/formations/formation-continue/neonatalogie/>

- 1 enfant accueilli au Centre de Référence pour la Mort Inattendue du Nourrisson en 2021 avec comme facteur de risque l'erreur de couchage.

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

❖ Décès maternel

Deux dossiers de décès néonatal au CHU ont précédé la présentation d'un décès maternel. Le point commun à ces trois dossiers est l'antibiothérapie à mettre en œuvre en cas d'infection intra-utérine suspectée comme dans les deux cas du CHU (infection après gestes invasifs de diagnostic prénatal).

Le dossier de décès maternel était celui d'une patiente de 34 ans, G4P4, consultant en urgence à 20 SA + 2 J pour RPM et métrorragies abondantes. L'échographie retrouvait un anamnios, un placenta praevia postérieur non recouvrant et un fœtus vivant. Elle reçoit 1g d'Augmentin. Arrêt des saignements. La patiente sort contre avis médical malgré de nombreuses explications sur les risques encourus. Elle sort à 20 SA + 3 J avec Augmentin 3 gr / j, Doliprane, PV/ECBU chaque semaine et NF CRP 2x/sem. A la sortie, GB : 17000 et CRP élevée.

Elle reconseille à 20 SA + 4 J pour fièvre à 40°C depuis plus de 5h. Elle se met en travail spontané et il est constaté une MFIU à l'échographie. Au retour du bilan sanguin, majoration de l'antibiothérapie par Rocéphine + Gentamycine. Elle accouche et bénéficie d'une DA devant l'absence de délivrance spontanée à 20 min. En salle de réveil, reprise des saignements : mise en place de Nadalor. Dix minutes après, choc septique d'aggravation rapide : SDR ; ré-intubation puis arrêt cardiaque, récupération d'un rythme sinusal à 2 reprises, puis décès de la patiente. L'hémoculture retrouvera un E Coli multirésistant.

Ce cas a fait l'objet d'une RMM locale :

- Encourager la communication Obstétricien - Anesthésiste,
- Mettre à jour le protocole du service RPPDE / gravité
- Rappel des conditions d'une sortie contre avis.

Messages :

- **L'Infection Intra-Utérine** se fait sur diagnostic clinique : elle peut être nosocomiale ou sur poche rompue (infection initiale ou secondaire).
- Le seul traitement est l'accouchement.
- L'antibiothérapie doit être suffisante : au minimum bi-antibiothérapie.
- D'autres symptômes possibles (digestifs) et penser au Strepto A (Dalacine)
- Le E. Coli est un germe résistant à 50 % à l'amoxicilline.
- Penser à l'élargissement de l'antibiothérapie : les C3G peuvent être envisagés en préventif sur une poche rompue.
- Recommandations en cas d'infection : C3G + Gentamycine. Si signes plus importants : Tazocilline + Vancomycine.

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 2^e semestre 2021, sur 61 SAMU (médicalisés) néonataux réalisés au CHU de Caen, 18 nouveau-nés J0 outborns (maternités type I ou II, dont 2 grossesses gémellaires) ont été transférés dont un enfant décédé.

Sur cette période, avec un terme de 30 SA et un poids de 1300 g moyens, sur les 18 naissances Outborn, 3 des mères avaient bénéficié d'une corticothérapie anténatale, la moitié avait accouché par voie basse et un enfant avait un poids de naissance < 10^e percentile. La moitié de ces enfants ont bénéficié d'une ventilation invasive et du Surfactant.

Marqueur de fonctionnement du réseau périnatal et du pronostique néonatal, l'intérêt de l'étude prospective des Outborns est d'avoir un recueil exhaustif. Proposition du Dr Cénéric ALEXANDRE d'une méthodologie de recueil dans chaque centre avec présentation semestrielle en RMM.

1^{ère} Partie : maternités 27/76

❖ Asphyxie périnatale

- Introduction (B. Graesslin) : les différents types d'hypoxie et de ralentissements
- Présentation des dossiers (n = 6) et pistes d'amélioration
- Conclusion

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

2^{ème} Partie

❖ Dépistage néonatal des maladies congénitales lysosomales - A propos de l'étude LysoNeo *Pr Soumeya Bekri - CHU de Rouen*

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ État des lieux des ressources humaines dans les maternités de Normandie *Pr Bernard GUILLOIS, président du Réseau de Périnatalité de Normandie*

Je voudrais partager avec vous ma profonde inquiétude concernant l'évolution de la situation des maternités normandes, ce qui a conduit le RPN à entreprendre deux enquêtes sur les effectifs médicaux et paramédicaux des équipes de maternité, l'une auprès des chefs de service de Gynécologie-Obstétrique, l'autre auprès des cadres de santé de ces mêmes services. Je remercie les chefs de service et les cadres de santé qui ont déjà répondu et j'attends les derniers questionnaires avec impatience. Toutes ces informations seront colligées dans un rapport que nous envisageons d'adresser à l'ARS, au Président de Région ainsi qu'aux députés et sénateurs de la région Normandie. Auparavant, les chefs de service et les cadres de santé recevront le dit rapport afin qu'ils rectifient d'éventuelles erreurs concernant leurs services. Une fois ce rapport envoyé à l'ARS, nous solliciterons deux rendez-vous au directeur de l'ARS, l'un pour débattre de la situation dans les départements 14/50/61, l'autre pour débattre de la situation dans les départements 27/76. Restent à définir les intervenants et les modalités que nous souhaitons pour ces rendez-vous. Mais, si décrire la situation actuelle de nos maternités est une étape importante, il faudrait aussi faire des propositions pour améliorer la situation.

Voici déjà quelques résultats de l'enquête auprès des chefs de service de Gynécologie-Obstétrique :

Dans la région Eure/Seine Maritime, il apparaît que la maternité de Lillebonne est dans une situation difficile puisque sur les 3 gynécologues-obstétriciens en activité, 2 ont plus de 60 ans et qu'il y a 3,8 ETP de poste de gynécologue-obstétricien vacants. Dans les autres services, les gynécologues-obstétriciens semblent relativement en nombre mais nous n'avons pas encore les réponses des chefs de service des hôpitaux de Dieppe, Fécamp et Gisors.

Dans la région Calvados/Manche/Orne, la situation est plus que préoccupante pour un certain nombre de maternités. À Avranches, il y a 4 praticiens hospitaliers totalisant 3,8 ETP et celui qui a plus de 60 ans arrêtera les gardes en avril 2022 tandis que l'assistant spécialiste régional quittera le service en avril 2022. À Bayeux, 2 praticiens assurent toutes les gardes. À Flers, il y a 3 praticiens attachés dont le chef de service et un de plus de 60 ans qui ne prend plus de garde, 3 praticiens associés et 1 assistant spécialiste régional. À Lisieux, il y a 2 praticiens hospitaliers, chacune à mi-temps, un praticien hospitalier à 0,3 ETP de plus de 60 ans qui ne prend plus de garde, 2 praticiens associés et le chef de service est un praticien attaché pour environ 1400 accouchements par an. Même la Polyclinique du Parc est en difficulté, car s'il y a 10 praticiens actuellement, 4 vont arrêter les gardes en 2022 sans perspective pour l'instant de remplaçant. Les autres établissements connaissent aussi des difficultés. Quant à l'Aigle, le chef de service n'a pas encore répondu.

La multiplicité des maternités en difficulté, l'importance de la pénurie de gynécologues-obstétriciens et l'absence de perspectives rassurantes nécessitent une prise de conscience rapide des responsables administratifs et politiques ainsi que l'élaboration de solutions garantissant la sécurité des femmes enceintes et de leurs enfants.

❖ Extrême prématurité - état des lieux, prise en charge et morbi-mortalité en Normandie occidentale

Pauline Goupille - CHU de Caen

Les taux de survie des extrêmes prématurés (naissance avant 26 semaines d'aménorrhée) sont inférieurs en France par rapport à ceux d'autres pays comme le Japon ou la Suède. Des facteurs pronostiques ont été identifiés dans la littérature, permettant d'orienter la prise en charge de ces enfants entre soins actifs et palliatifs (âge gestationnel, estimation de poids foetal, lieu de naissance, grossesse singleton/multiple, sexe foetal, corticothérapie prénatale...). Le but de notre étude était d'établir un état des lieux des naissances extrêmement prématurées au sein du Réseau de Périnatalité Manche-Calvados-Orne, en s'intéressant à la prise en charge de ces enfants et à leur morbi-mortalité. Nous nous sommes intéressés aux naissances vivantes entre 23SA et 25SA+6jours entre le 01/01/2015 et le 31/12/2019 survenues dans le Réseau de Périnatalité de Normandie occidentale, à l'exclusion des accouchements à domicile, en incluant 90 femmes et 103 enfants, parmi lesquels 84 enfants avaient été pris en charge activement et

42 étaient sortis vivants de néonatalogie, dont 35 avec au moins une morbidité sévère. Dans notre étude, la prise en charge active, anténatale et néonatale, était principalement associée à l'âge gestationnel, avec un seuil à 24 SA.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

❖ Epipage 2 - Résultats (régionaux et globaux) du bilan à 5 ans
Dr Valérie DATIN-DORRIERE – CHU de Caen

➤ EPIPAGE 2

Inclusion en 2011 France entière, 22-34+6j

Survie : pas de survie à la sortie de l'hôpital à 223-23SA, 30% à 24 SA, 60% à 25 SA et > 80% à 27 SA

Survie sans morbidité néonatale sévère chez les survivants : 50% à 25SA, 70% à 27 SA. Amélioration pour toutes les tranches d'AG entre 1997 et 2011 entre 25SA et 31 SA

Séquelles à 2 ans : réduction de séquelles motrices IMc (5% en moyenne) mais difficultés de développement global et notamment retard de langage pour > 1/3 des 23-26SA et 1/4 des 27-31 SA

Devenir neurodéveloppement à 5 ans : déficit cognitif / troubles du comportement / dyspraxie / besoins de soutien scolaire et de PEC spécifiques, d'autant plus important que AG bas.

Notion de troubles mineurs / modérés et sévères dans la littérature mais impact qualité de vie des séquelles mineures...

Pas de troubles neuro-développementaux pour 1/3 des 23-26sa, et 1/2 > 27 SA et 3/4 à terme

Conclusion : Importance des Troubles neuro-développementaux des GP en France. Nécessité d'amélioration des PEC anté et postnatales.

➤ *PREMEX Nouvelle étude nationale pour amélioration PEC périnatale des extrêmes prématurés (EP : 22-26+6).*

Inclusion printemps 2022, par réseau autour d'un niveau 3.

Objectifs : optimisation PEC des EP (Corticothérapie / TIU/ information couple parental pour équipe obstétricaux-pédiatrique du niveau 3 après analyse des paramètres du pronostic / PEC active ou palliative, adaptée au pronostic

Nécessité de référents locaux (GO/ Pédiatre/ SF) dans chaque maternité de niveau 1 et 2

Contact CHU CAEN : dreyfus-m@chu-caen.fr ; datindorriere-v@chu-caen.fr
; valentin-c@chu-caen.fr ; queromain-g@perintabn.org

Visio d'information semaine du 28/02/22, lien par mail à suivre

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

Fin de séance à 16h00.

Prochaine réunion le vendredi 1 juillet 2022.