



REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE

Réunion du 30 juin 2023

Le mot du Président

Cher(ère)s ami(e)s, cher(ère)s collègues

Bienvenue à cette réunion de périnatalité.

Quelques informations notoires.

Madame Loëtitia Trinquet quitte ses fonctions de directrice du Réseau de Périnatalité de Normandie pour prendre celles de référente du dépistage néonatal de la surdité sur le territoire 14/50/61. Le choix de sa remplaçante ou de son remplaçant est en cours.

Concernant le dépistage néonatal de la surdité, 7 maternités sur 11 du territoire 14/50/61 ont signé la convention tripartite avec le RPN et l'ARS. Cette convention a pour objet, en contrepartie du reversement au RPN par les établissements hospitaliers de 5 à 8 euros sur les 17,80 € qu'ils perçoivent pour chaque naissance vivante, de leur fournir le matériel de dépistage, d'assurer le dépannage, de réaliser la formation des personnels et le suivi des enfants dont les tests sont négatifs. Il faut savoir que dans le territoire Eure/Seine Maritime, toutes les maternités ont signé cette convention depuis plusieurs années et en sont très satisfaites.

Le troisième point important concerne bien sûr les difficultés persistantes de fonctionnement des maternités et des services de néonatalogie notamment en périodes de vacances. Aussi en début de semaine, j'ai eu l'idée de faire une enquête flash sur la situation de la permanence des soins en périnatalité aux mois de juillet et d'août. Je remercie vivement celles et ceux qui m'ont déjà répondu. Pour les autres, merci de bien vouloir le faire au plus vite car je voudrais envoyer les résultats dès que possible à l'ARS. Quant à la Polyclinique du Parc, un accord a été conclu pour les prochains 18 mois entre les gynécologues-obstétriciens, le groupe ELSAN et l'ARS.

Par ailleurs, je vous rappelle la tenue de notre colloque au Havre le samedi 30 septembre et pour faciliter le transport des participants nous prévoyons de faire appel à un car au départ de Caen et de Rouen.

Enfin, notre prochaine RMM aura lieu le vendredi 2 février 2024.

Malgré toutes les difficultés de nos structures, je vous souhaite un bon été.

Pr. Bernard GUILLOIS, Président du RPN

Etablissements participants

14-50-61	27-76
CHU Caen	CHU Rouen (P)
CH Bayeux	CH du Belvédère - Mont-Saint-Aignan (P+D)
CH Côte Fleurie – Cricqueboeuf	CH Elbeuf (P+D)
CH Lisieux	CH Eure-Seine (Évreux) (P+D)
Polyclinique du Parc - Caen	CH Eure-Seine (Vernon) (P+D)
CH Avranches-Granville	GH du Havre (GHH) - Montivilliers (P+D)
CH Cherbourg	Clinique Mathilde - Rouen (P)
CH Saint-Lô	
CH Alençon	
CH Argentan	

P = Présentiel (CHU de Rouen)

D = Distanciel

1^{ère} Partie maternités 14/50/61

❖ Projet d'étude vaccinale chez la femme enceinte

Le calendrier vaccinal 2022 recommande la vaccination contre la coqueluche chez la femme enceinte à chaque grossesse entre 20 et 36 SA. Le Dr Michon, infectiologue au CHU de Caen, souhaite évaluer la couverture vaccinale par vaccin (Coqueluche, grippe, +/- COVID), identifier les facteurs de risque de non réalisation de la vaccination pendant la grossesse et identifier les effecteurs de la vaccination. Il propose un questionnaire dématérialisé à destination des patientes hospitalisées en suites de couches, sur une période de 2 à 3 mois.

Le projet va être soumis aux différentes maternités afin de recueillir leur avis sur la faisabilité de l'étude en termes de durée, période et modalités de diffusion aux patientes.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau
<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/Vaccination-et-grossesse-projet-2023.pdf>

❖ Indicateurs périnataux sur le territoire 14/50/61

En février 2023 a été publié le premier rapport des indicateurs périnataux de Normandie, portant sur les données 2021.

En mai 2023 ont été individualisées les données bas-normandes, avec une comparaison aux autres régions françaises et à la moyenne nationale.

Entre 2013 et 2021 est constatée une baisse de 13.6 % des accouchements, une augmentation de l'âge moyen des mères à 30 ans en 2021. Les données nationales montrent qu'un quart des femmes enceinte a plus de 35 ans.

En 2021, le taux d'extractions instrumentales et de césariennes (20 %) est stable. Un tiers des césariennes est programmé. 85 % des naissances sont inborn. Le taux de grossesses gémellaires est de 1.6 %, conforme à la moyenne nationale. Il n'a été enregistré aucune grossesse triple ou plus sur cette période. 8 maternités sur 11 ont enregistré moins de 10 MFIU sur l'année.

Le taux de prématurité est de 7.4 % des naissances totales, dans la moyenne nationale.

Globalement, la Basse-Normandie est très bien positionnée à l'échelon national quel que soit l'indicateur périnatal étudié.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau
<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-dindicateurs-14-50-61.pdf>

❖ Cas clinique outborn

Le dossier présenté est celui d'une patiente de 38 ans, G12P8, 8 AVB, 2 FCS et 2 IVG. Elle est hospitalisée à 20 SA + 3 J, puis à 25 SA + 5 J pour métrorragies + CU soulagées par Spasfon et Adalate, avec retour à domicile respectivement à J2 et J3. A noter un refus de tractocile de la patiente lors de la 2^e hospitalisation. Elle reconseille la nuit de sa sortie (26 SA + 1 J) pour CU, est remise sous Adalate, stable la journée. Reprise des CU en soirée. Echo : modifications cervicales.

Appel CHU : transfert si patiente transférable.

22hrs tracto non efficace, CU intenses et ARCF de + en + prononcée.

Décision de césarienne code rouge pour suspicion d'HRP, confirmé à l'anapath.

Naissance d'un garçon de 800 g, APGAR 3/6/8/8, muté au CHU.

Message :

Le débat a porté sur le moment où le transfert aurait pu/dû être faite. Une patiente nécessitant plusieurs réhospitalisations doit inciter à la prudence. Ne pas hésiter à appeler l'équipe du type 3 pour échanger sur le dossier et partager la prise de décision.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des dossiers de décès néonataux entre le 01/01 et le 31/05/2023

3 décès néonataux sur cette période : 1 à Cherbourg et 2 au CHU de Caen dont :

- 1 enfant né à 39 SA + 3 jours, diagnostic anténatal de myélo-méningocèle thoraco-lombaire, LATA et décès à J23.
- 1 enfant né à 41 SA + 1 jour, EAI. Le dossier est détaillé ce jour, co-présenté par le CH de Cherbourg et le CHU. Discussion sur ARCF, analyse du tracé, partage de décision.

Messages forts :

- Quid de l'autopsie néonatale pour raison obstétricale s'il n'y a pas d'indication médicale pédiatrique ; difficulté face aux parents quand la cause du décès semble évidente.
- Médecin junior : organisation propre à chaque équipe locale ; importance de l'appel d'un médecin sénior pour second avis sachant qu'un junior reste un interne en formation, phase de consolidation.

Comme toujours si vous souhaitez avoir accès à l'une des présentations vous pouvez contacter le secrétariat du réseau : queromain-g@perinatbn.org

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Hypothermie contrôlée dans l'encéphalopathie anoxo-ischémique : 10 ans après l'implantation au CHU de Caen

L'encéphalopathie anoxo-ischémique concerne 1 à 3 nouveau-nés vivants sur 1000. Elle représente 40 à 65 % de pronostic péjoratif à 2 ans (décès, séquelles neurologiques majeures d'infirmités motrices).

En 2010, la SFN recommande la neuroprotection par hypothermie contrôlée selon les trois critères successifs suivants :

- Nné≥36SA et PN>1800g et un des critères suivants : Apgar≤5 à 10min ou réanimation à 10min ou acidose (pH<7, BE≤-14 ou lactates≥11mmol/l)
- Encéphalopathie avec réponse à la stimulation réduite ou hyperirritabilité et réponse exagérée et un des critères suivants : hypotonie ou ROT anormaux ou absence de succion ou convulsion clinique
- Anomalies EEG sur EEG standard de 30min ou EEG amplifié (nécessité d'un tracé EEG ou aEEG avant de démarrer) : tracé discontinu, inactif, convulsions....

L'hypothermie doit être débutée avant H6 de vie, maintenue pendant 72 heures avec une température centrale cible de 33°5 +/- 0.5 °C.

Au CHU de Caen, une étude sur 77 nouveau-nés ayant bénéficié de l'hypothermie contrôlée entre 2011 et 2020 met en évidence peu de grossesses gémellaires (5,2%), environ 50% de césariennes et environ 70% d'outborn. Une mortalité à 20 %, en rapport avec les séries de la littérature avec une majorité de LATA, mortalité hors LATA 7,8% (versus 15-25% avant ère de l'hypothermie). On constate des difficultés du suivi (1/4 à 1/3 de perdus de vue du réseau), un fonctionnement (inter) régional (faute de places pour hypothermie), un taux de paralysie cérébrale « faible », un pronostic péjoratif à 2 ans dans 1/4 à 1/3 des cas depuis l'ère de l'hypothermie.

Les perspectives sont l'inclusion des 34/35 SA (pas de recommandation en 2023), pratiquer l'hypothermie sans intuber, utiliser l'aEEG en continu, l'utilisation de biomarqueurs pour cibler les patients.

Les avancées thérapeutiques permettraient de diminuer la iatrogénicité.

En conclusion, énorme gain pronostique dans les cas d'encéphalopathies anoxo-ischémiques pris à temps.

En pratique, ne pas hésiter à contacter le CHU au moindre doute quitte à le faire par excès pour ne pas méconnaître les bonnes indications.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/10-ans-de-lhypothermie.pdf>

❖ Les 1000 jours

Concept scientifique développée par l'Unicef, les 1000 premiers jours s'étendent de la conception à l'âge de 2 ans de l'enfant. C'est une approche globale de la santé pour promouvoir un environnement favorable au

développement du fœtus et du nouveau-né. Elle met en avant des facteurs environnementaux et des déterminants nutritionnels de la santé future.

L'obésité maternelle et l'allaitement apparaissent comme deux axes à améliorer dans la région Normandie selon les données épidémiologiques.

Le taux d'obésité en France augmente. En Normandie, la prévalence est de 19.8% en 2020. L'obésité des femmes enceintes est maintenant à 14.4% en France en 2021, contre 6.1% en 1997. L'obésité maternelle expose la mère et le fœtus à des complications obstétricales et néonatales. Cette circonstance expose également le fœtus à un stress environnemental. Les tissus fœtaux en adaptation au stress vont développer un « phénotype d'épargne ». Ce phénotype expose l'enfant et le futur adulte à un risque de développer des maladies non transmissibles (une intolérance glucidique, une insulino-résistance, un diabète de type 2, une HTA et une obésité).

L'allaitement maternel améliore le développement du nouveau-né par les bénéfices nutritionnels, immunitaires et cognitifs. En France métropolitaine, le taux d'allaitement (exclusif ou mixte) à la sortie de maternité est de 69.7% en 2021. Le taux en Normandie est de 58.4%, 2ème région de France avec le taux d'allaitement le plus bas. Il est important de continuer d'informer en période anténatale sur les bénéfices de l'allaitement et la mise en place de l'allaitement. Dans les maternités et à la sortie, un des rôles du soignant est de soutenir cet allaitement maternel. 27% des femmes arrêtent l'allaitement dans les 7 premiers jours de vie de l'enfant.

Dans le parcours des 1000 premiers jours, un soutien à la parentalité est également proposé. Les Cercles des parents mis en place récemment dans le Calvados sont des moments d'échanges entre plusieurs familles, animés par des infirmières puéricultrices.

La période des 1000 premiers jours est une opportunité de prévention précoce en santé à saisir !

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/1000-premiers-jours-reseau-30.06.pdf>

❖ Flash info foetopathologie

En raison d'effectifs réduits pendant la période estivale, la prise en charge des autopsies de foetopathologie sera assurée 27/07 au 28/08/2023 à Rouen par Dr Sophie PATRIER (sophie.patrier@chu-rouen.fr) et le Dr Anne-Claire BREHIN (anne-claire.brehin@chu-rouen.fr).

La procédure reste identique : documents administratifs, envoi des corps + placenta + radio à la chambre mortuaire du CHU de Caen. Le transfert Caen-Rouen et inversement est géré par la chambre mortuaire du CHU.

Les résultats d'examens seront envoyés en anapath à Caen avant d'être retransmis au prescripteur.

L'élément important à transmettre aux familles des enfants nés vivants et décédés (<28 jours) : la mise en bière devant être faite dans les 48h, délais de transport et d'examen inclus, elles devront se déplacer à Rouen si elles souhaitent revoir leur enfant.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/Examens-de-foetopathologie-aout-2023.pdf>

❖ Cas clinique tachycardie

Patiente de 30 ans, G3P1, vue en consultation programmée à 32 SA + 2 J, chez laquelle on diagnostique une tachycardie fœtale à 185 BPM avec quelques ralentissements. Une demande d'avis est faite au CHU mais le temps de contacter le cardiopédiatre, une césarienne en urgence est pratiquée pour ARCF avec naissance d'une fille de 1900 g, Apgar 7/8/10/10, pH 7.33, mutée en néonatalogie au CHU.

La cardiopédiatre du CHU ne pouvait proposer une échographie cardiaque fœtale que le lendemain. Après lecture du rythme, elle confirmera les extrasystoles, parfois bloquées, expliquant la bradycardie.

Cf compte-rendu de la RMM de février 2023, il faut différencier :

Les arythmies physiologiques

- En dehors de brefs accès de bradycardie sinusale <100 bpm et de tachycardie jusqu'à 200 bpm
- Les extrasystoles auriculaires sur cœur sain sont fréquentes surtout T2 et début T3 (isolées pouvant être conduites ou non)

La bradycardie fœtale

- Le plus souvent physiologique, parfois pathologique
- Mais possible arythmie bénigne ESA bloquées
- Ou Bloc auriculo ventriculaire de haut degré
- Exceptionnel : QT long congénital histoire familiale, dysfonction sinusale hétérotaxie

Messages :

Ne pas hésiter à contacter les cardiopédiatres du CHU pour un avis téléphonique : ils peuvent donner un diagnostic sous une quinzaine de minutes ; le GSM du cardiopédiatre de garde est à diffuser dans toutes les salles de naissance.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Cas clinique Réseau Périnatal

Patiente de 18 ans vue en consultation en maternité de type 2a pour une échographie du 1^e trimestre. A l'interrogatoire, on note une tumeur de l'ovaire et une tumeur maligne du vagin opérée à 16 ans. Le courrier du CHU de Tours reçu le lendemain révèle un antécédent de rhabdosarcome botryoïde de la paroi latérale gauche du vagin opéré au CHU de Caen, puis chimiothérapie, ainsi qu'une mutation familiale DICER 1.

Le CHU de Caen est sollicité pour sa prise en charge : gynécologue-obstétricien, onco-pédiatre, chirurgien pédiatrique, avec des échanges avec les oncopédiatre et radiopédiatre de Tours.

La patiente se voit proposer une prise en charge au CHU de Caen avec un rendez-vous dans les 15 jours.

Message :

Le réseau périnatal est de grande utilité pour les hôpitaux périphériques avec retour d'information rapide pour une prise en charge adaptée et réactive.

1^{ère} Partie maternités 27/76

Synthèse à venir sur le site du Réseau

2^{ème} Partie

❖ Dans quelle mesure le dépistage par test PCR rapide en salle de naissance impacte-t-il le dépistage du Streptocoque B ?

Camille BOUCHARD, élève sage-femme – CAEN

Plus de 60% des cas d'infection néonatale à SGB sont chez les nouveau-nés de femmes dont le dépistage prénatal par culture était négatif au cours de la grossesse, avec des conséquences aussi bien maternelles que néonatales. Chaque année, environ 1 femme sur 3 présente au moins 1FDR d'INBP.

L'étude présentée a pour objectif principal d'étudier l'impact de l'application du nouveau protocole par test PCR intra partum sur le dépistage du portage de SGB, en comparant 2 périodes : année 2021 = PV en fin de grossesse et année 2022 = PCR en salle de naissance.

Les résultats montrent que la colonisation par SGB est intermittente. Le taux de patiente porteuse de SGB et les taux d'antibiothérapie adéquate en fonction des FDR et du portage SGB ne présentaient pas de différence significative. Les délais étaient significativement plus rapides entre les résultats des patientes porteuses ou non de SGB (période 2022). Le taux de nouveau-né classé en groupe nécessitant une CRP entre H12 et 24 (INBP B et C) était identique quel que soit le dépistage réalisé.

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/Le-depistage-rapide-du-Streptocoque-B-SGB.pdf>

❖ Etude rétrospective des patientes transférées au CHU de Rouen pour HPP sévère

Dr Amandine Renault, gynécologue-obstétricien – CHU de Rouen

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/PEC-invasive-chez-les-patientes-transferees-pour-HPP.pdf>

❖ Annnonce difficile en Périnatalité

Dr Olivia ANSELEM, gynécologue-obstétricien – Port Royal Paris

50% des soignants se disent peu confiants dans leur façon d'annoncer une «mauvaise nouvelle» en médecine périnatale, induisant un stress important. La façon d'annoncer influence directement la détresse et le mode de réaction des parents, d'où l'importance de se former. La formation peut être théorique, par l'observation ou par simulation.

De la préparation à l'annonce à l'accompagnement de l'après, le Dr Anselem détaille 12 étapes pour tenter de répondre aux recommandations de l'HAS en 2018 : « Il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres ».

Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau

<https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2023/04/Annnonce-difficile-en-pe%CC%81rinatalite%CC%81.pdf>

Fin de séance à 16 h 30.

Prochaine réunion le vendredi 2 février 2024.

Le Réseau de Périnatalité de Normandie remercie sincèrement les laboratoires Gallia et Picot pour leur participation à l'organisation de cette journée.