Les leçons du Staff inter-maternités (RMM) de 2020

Rédaction : R. COLLIN (relecture : Anne-Sophie COUTIN, Cyril FLAMANT, Norbert WINER)

1. Obstétrique

- **Hydramnios** : C'est la gêne maternelle qui conditionne l'indication d'amnio-drainage. L'hydramnios non drainé augmente le risque de rupture des membranes, mais l'amnio-drainage augmente également ce risque.

- **Dystocie des épaules** : la contre rotation ou rotation paradoxale n'est pas une manœuvre à laquelle on peut avoir recours face à une dystocie des épaules. Les manœuvres à utiliser sont classiquement : Mac Roberts (associée en général à une expression sus pubienne), Wood inversé, Jacquemier. Ce sont des manœuvres qui ne s'improvisent pas et qui doivent révisées, répétées régulièrement(simulation).

- **Diabète de type 1** : une hémoglobine glycosylée augmentée en pré conceptionnel augmente les risques de malformations fœtales et de complications métaboliques. Dans ce contexte, la macrosomie et l'hydramnios augmentent les risques d'hypoxie et de décompensation du nouveau-né à la naissance.

- **IMG** : En cas de décision d'IMG (interruption médicale de grossesse), l'oxytocine n'est pas la méthode de déclenchement à utiliser en 1ere intention. Le misopostol est le médicament indiqué, selon les recommandations des sociétés savantes et les limites définies par l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament).

- **Grossesse prolongée (≥41SA) /Terme dépassé (≥42SA)** : La patiente doit être informée de la balance bénéfices/risques d'un DPIO (décollement du pôle inférieur de l'œuf) lorsque qu'il est réalisable. Le DPIO a pour objectif de diminuer le taux de déclenchement. Intérêt de le proposer aux patientes qui, après information sur le suivi de la grossesse prolongée, ne souhaitent pas de déclenchement et également aux patientes qui souhaitent accoucher plus tôt.

  La patiente doit également être informée de la balance bénéfice/risque entre le déclenchement du travail (quel que soit le mode de déclenchement, y compris par maturation cervicale) et la poursuite de la surveillance de la grossesse. Une demande de déclenchement du travail par la patiente doit être entendue (même si le score de Bishop inférieur à 6) et on doit pouvoir retrouver la motivation du refus dans le dossier médical (manque de place en salle d'accouchement par exemple …). Il faut tendre à adhérer au choix de la patiente et au partage de la décision avec elle. En expliquant avec loyauté les avantages et les inconvénients.

- **PLACENTA PRAEVIA**

  - ✓ Placenta praevia hémorragique (y compris placenta accreta, percreta et increta) : L'embolisation en radiologie interventionnelle est réservée aux situations « stabilisées ». En cas de non stabilité, il faut envisager une chirurgie plutôt qu'une embolisation. En cas d'urgence vitale, ce qui est essentiel c'est un plateau technique avec réanimation maternelle (équipe chirurgicale) et une réserve de sang disponible (grande quantité de produits sanguins labiles). Il faut toujours privilégier la sécurité de la patiente. Si le centre receveur n'a pas la compétence (absence de réanimation maternelle, absence d'équipe chirurgicale spécialisée et/ou pas de réserve de sang) : la gestion de l'urgence vitale se fait en collaboration avec le SAMU. *Protocole RSN PP 2010 à actualiser → pas de place pour l'embolisation en cas de situation hémorragique instable.*

  - ✓ En cas de suspicion de placenta accréta pendant la grossesse, il est possible d'envisager un suivi alterné et collaboratif entre le centre de type 3 dans lequel est programmée la naissance et le centre de proximité. En cas d'urgence et de contre-indication au transport (exemple placenta prævia hémorragique), c'est la maternité de proximité qui sera l'établissement de 1er recours.

  - ✓ Placenta recouvrant et utérus cicatriciel : environ 40% de risques d'une insertion accreta du placenta. Donc considérer que c'est un placenta accreta par défaut ou apporter la preuve du contraire.

- **Interprétation ERCF :**

  - ✓ L'analyse de l'ERCF doit tenir compte de l'ensemble du contexte obstétrical : terme, couleur du liquide amniotique, pathologies maternelles, complications de la grossesse…

  - ✓ L'analyse d'un ERCF doit toujours se conclure par le niveau de risque d'acidose : faible, modéré ou moyen, important, majeur.

  - ✓ L'augmentation persistante du rythme de base est un signe d'hypoxie évolutive (et est d'autant plus à prendre en compte si le fœtus est « fragile »). Astuce : regarder la valeur du rythme de base des ERCF des semaines précédentes quand ils existent.

2. Néonatalogie

A. Mise en hypothermie :

- Utiliser une feuille de traçabilité pour noter les éléments de la réanimation néonatale (le plus possible « en temps réel », ce qui n'empêche pas si besoin d'utiliser une nouvelle feuille pour tout « réécrire lisiblement » en fin de réanimation). Il existe une feuille proposée par le réseau sécurité naissance (document du RSN disponible en pièce jointe). Une feuille validée par l'établissement peut également être utilisée. Cela permet de tracer la réanimation au plus près de celle effectuée. Cela permet également d'avoir un « guide line » pour ne pas oublier de noter des éléments essentiels.

- Ne pas débuter d'emblée une mise en hypothermie passive (éteindre la table et ne pas réchauffer le nouveau-né) si la situation de réanimation néonatale est une situation de réanimation modérée (nouveau-né non intubé par exemple). Dans ces situations de réanimation modérée, il est tout à fait possible d'appeler la maternité de type 3, pour une décision concertée de débuter ou non une hypothermie passive. La maternité d'accueil pourra préconiser un transport en « normothermie » (<37.5°C) et réaliser à l'arrivée du nouveau-né un bilan biologique et/ou aEEG préalable(s) à la mise en hypothermie.

B. Réanimation néonatale

- Dans une situation obstétricale à risque d'acidose néonatale, toujours penser à prélever les pH (+/- Base déficit et lactates) au cordon (pH artériel **ET** si possible veineux).

  Ces prélèvements permettent d'orienter vers l'origine de l'acidose : métabolique ou respiratoire. Le pH artériel est le reflet de l'état d'oxygénation fœtale et le pH veineux est le reflet des échanges placentaires. La valeur de ces pH permet si besoin, d'orienter la réanimation néonatale ultérieure et de comprendre la part de l'anoxo-ischiémie due à la prise en charge obstétricale per-partum.

- Dans l'algorithme de la réanimation néonatale, si le recours à l'adrénaline est indiqué, il doit se faire **par voie veineuse** le plus rapidement possible. L'instillation d'adrénaline par voie intratrachéale, ne doit pas retarder son administration par voie intraveineuse (et donc la pose d'un cathéter veineux ombilical-KTVO). Si le pédiatre est appelé en anténatal pour une réanimation attendue, il faut anticiper la possible pose d'un KTVO. Le délai entre 2 injections d'adrénaline est en principe d'une minute.

- Pour la corticothérapie anténatale, bien mesurer la balance bénéfice/risque de la corticothérapie en fonction de l'âge gestationnel et de l'existence de pathologies maternelles. Par exemple, dans le cas d'un diabète de type 1 mal équilibré, la corticothérapie à un terme proche de 34SA, doit être soit évitée, soit réalisée en concertation avec l'obstétricien, le pédiatre et l'endocrinologue (risque d'acidocétose par impact négatif de la corticothérapie sur l'équilibre glycémique).

- La corticothérapie réalisée à un terme d'extrême prématurité (dès 24SA), ne présage pas de la prise en charge active ou palliative du nouveau-né à la naissance.

- Même en cas d'hypoglycémies majeures, le glucagon n'a que de très rares indications dans un contexte d'encéphalopathie anoxo-ischiémique

3. Transferts

- Lors d'une demande de transfert à un terme de prématurité extrême (≤ 24SA) :

  Un échange entre les 2 équipes médicales (GO et pédiatres de l'établissement « adresseur » et établissement « receveur ») est nécessaire.

  Si une décision de prise en charge active à la naissance est prise, l'établissement de type 3 doit accepter le transfert sans attendre que la situation obstétricale se dégrade, même si l'ERCF n'est pas parfait.

  Un refus de transfert pour manque de place doit être notifié. Une orientation de la patiente vers un autre établissement doit être proposée.

  Si, après information claire, loyale et appropriée des parents, une décision de prise en charge palliative à la naissance est prise, la prise en charge peut être réalisée sur place, sans obligatoirement un transfert in utéro vers un type 3.

  En cas d'anomalies du RCF à risque majeur d'acidose à un terme compatible avec la naissance, si une décision concertée de PEC active du nouveau-né a été prise par les équipes : réaliser la césarienne sur place avec appel du SMUR pédiatrique.

- Problème de la traçabilité des avis donnés et des décisions prises (par téléphone) par l'établissement « receveur » avant la réalisation du transfert car la patiente n'a pas encore de dossier ouvert dans cet établissement. Les appels téléphoniques ne sont pas enregistrés. Envisager de proposer une fiche type régionale (de synthèse) qui serait remplie à chaque appel (fiche où figure le nom de la patiente) ? Ce pourrait être l'objet d'un travail en commissions professionnelles (pédiatrique et/ou obstétricale)

- En cas de transfert complexe, la décision doit être prise après un échange téléphonique entre médecins séniors (obstétriciens et/ou pédiatres)

4. Travail en équipe

- Les éléments importants du contexte global des antécédents et du suivi de la grossesse en cours doivent être facilement repérables dans le dossier médical : « warnings » facilement et rapidement visibles.

- Le travail en équipe est à organiser pour que le médecin de garde ou le médecin référent de la patiente puisse être joignable à tout moment. Un médecin à qui l'on demande de venir pour une situation urgente **doit** se rendre disponible pour se rendre sur place.

- La traçabilité et la chronologie des décisions prises doivent être retrouvées dans le dossier médical. Les décisions prises en staff doivent également figurer dans le dossier médical.