Les leçons du Staff inter-maternités (RMM) de 2021

Rédaction : R. COLLIN (relecture : Cyril FLAMANT, Norbert WINER)

1. Obstétrique

- **ANESTHESIE LOCALE**

✓ Si une patiente, sous APD est douloureuse pour la suture d'une déchirure ou d'une épisiotomie, appel du MAR (médecin anesthésiste réanimateur) ou de l'IADE pour définir ensemble la meilleure conduite à tenir. Privilégier la réinjection dans la péridurale. Si anesthésie locale choisie, la dose d'anesthésiques locaux est à valider avec l'équipe d'anesthésie pour éviter le surdosage.

✓ **Rappels de bonnes pratiques de l'anesthésie locale :**

- Connaitre les signes d'alerte d'intoxication et la CAT
- Choisir son produit et sa dose (surdosage)
- Contact verbal permanent à la recherche de signes d'alerte d'accidents toxiques aux AL
- Test de ré-aspiration (répété à chaque déplacement de l'aiguille)
- Injection lente

✓ Lors de l'injection des anesthésiques locaux, il faut surveiller les signes d'intoxication aux anesthésiques locaux. En cas de survenue de signes d'intoxication : appel du MAR en urgence car il existe un risque d'arrêt cardio respiratoire et l'injection d'intra lipides est recommandée.

- **INTERPRETATION ERCF :**

L'objectif de la surveillance fœtale pendant le travail est de prévenir l'asphyxie fœtale per partum.

L'ERCF repose sur 5 critères :

- La fréquence cardiaque de base, qui doit être corrélée à l'âge gestationnel
- La variabilité
- La réactivité
- La présence ou non de ralentissements
- Les contractions utérines : L'analyse de l'ERCF pendant le travail se fait toujours en fonction des contractions utérines.

L'ERCF est toujours à interpréter en fonction du contexte :

- ✓ **ERCF** (à analyser pour apprécier le risque d'acidose)
- ✓ **Anamnèse maternelle** et éléments survenus en cours de grossesse ou pendant l'accouchement : métrorragies, utérus cicatriciel, signes cardio-respiratoires maternels…
- ✓ **L'état fœtal**, qui est un risque évolutif (fœtus fragile : prématuré, PAG, RCIU, malformation, grossesse prolongée…). Importance de l'évaluation fœtale à l'admission.

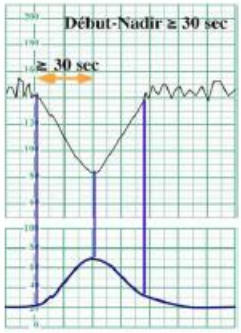
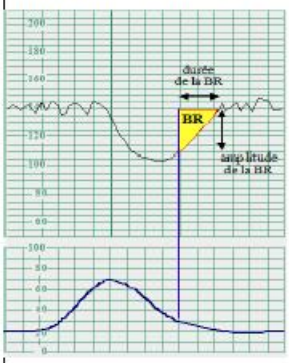
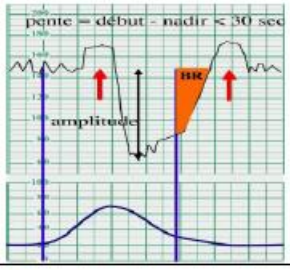
  La connaissance de l'état maternel et fœtal est indispensable pour identifier le fœtus à risque d'acidose.
- ✓ **Avancée du travail** : analyse du partogramme et TV permettant de fixer un pronostic.

En cas d'ERCF classé comme à risque important d'acidose, possibilité d'utiliser une méthode de seconde ligne (exemple lactates au scalp). L'utilisation d'une méthode de seconde ligne ne doit pas retarder l'extraction.

CLASSIFICATION CNGOF 2007 :

ERCF Normal	Rythme de base : 110-160bpm ET variabilité : 6-25 bpm ET Réactivité : présence d'accélérations ET Ralentissements : absence	
Anomalies à **risque faible** d'acidose	-Tachycardie modérée (160-180 bpm) -Bradycardie modérée (100-110 bpm) -Variabilité minime (>5bpm) pendant moins de 40 minutes -Ralentissements précoces -Ralentissements prolongés <3minutes -Ralentissements variables typiques non sévères	Surveillance cardiotocographique en continu
Anomalies à **risque moyen** d'acidose	-Tachycardie>180 bpm isolée -Bradycardie entre 90-100bpm isolée -Variabilité minime (<5bpm) entre 40 et 60 minutes -ralentissements variables atypiques et/ou sévères -Ralentissements tardifs non répétés -Ralentissements prolongés >3minutes	Surveillance cardiotocographique en continu Action correctrices Si persistance : lactates au scalp
Anomalies à **risque important** d'acidose	-Variabilité minime (<5bpm) pendant plus de 60 minutes -Rythme sinusoidal vrai pendant plus de 10 minutes -Ralentissements tardifs répétés ou Ralentissements prolongés répétés ou Ralentissments variables répétés ET absence d'accélérations ou Variabilité minime (<5bpm)	Lactates si ne retardent pas l'extraction Décision d'extraction rapide
Anomalies à **risque majeur** d'acidose	-Bradycardie persitante et variabilité absente -Bradycardie sévère subite (<90bpm) -Tachycardie progressive, variabilité minime, perte des accélérations puis ralentissements (séquence de Hon) -Ralentissements tardifs répétés et variabilité absente -Ralentissements variables répétés et variabilité absente -Ralentissements prolongés répétés et variabilité absente	Décision d'extraction immédiate 11

NB : l'association de plusieurs éléments est un facteur aggravant et doit faire réévaluer le risque d'acidose

<table>
<tr><td>Plaquette d'aide à</td><td>l'interprétation des AERCF-</td><td colspan="2">2013 – DR ESBELIN et IDG DOCHEZ – CHU de Nantes</td></tr>
<tr><td>1-Ralentissement précoce :</td><td>2-Ralentissement tardif</td><td colspan="2">3-Ralentissement variable</td></tr>
<tr><td rowspan="3">- Débute par une pente lente et progressive
- MONOMORPHE
- Débute et finit avec la contraction utérine
 
</td><td rowspan="3">- Débute par une pente lente et progressive
- MONOMORPHE
- décalé par rapport à la CU et se termine après la CU (aire résiduelle)
 
</td><td colspan="2">-pente initiale rapide et abrupte (< 30 sec)
-variable dans sa chonologie et son aspect</td></tr>
<tr><td>Typique</td><td>Atypique</td></tr>
<tr><td>=précédé et suivi d'une accélération
 
</td><td>Un ou plusieurs des critères suivants :

-perte accélération avant et ou après (1)
-accélération secondaire prolongée (2)
-retour lent au rythme de base (3)
-aspect biphasique (4)
-retour à un rythme de base inférieur (5)
-variabilité absente dans le ralentissement (6)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Non sévère

Nadir >60 bpm et amplitude <60 bpm
Ou durée <60 secondes</td><td>Sévère

Nadir < 60 bpm ou amplitude >60 bpm
ET durée > 60 seconde</td></tr>
<tr><td>4-Ralentissement prolongé</td><td>Durée du ralentissement >2 minutes</td><td colspan="2">et < 10 minutes</td></tr>
<tr><td>5-Ralentissements répétés</td><td>Concerne tous les types de ralentissement</td><td colspan="2">Fréquence des ralentissement ≥ 1 CU sur 2</td></tr>
</table>

- **PRE ECLAMPSIE :**

Extraits des RPC 2021 du GNGOF (collège des gynécologues obstétriciens français). Accès libre sur le site du CNGOF :

CNGOF

http://www.cngof.fr

CHAMP 1 : DEFINITION ET SCORE DE PREDICTION Question 1 : Comment définir la prééclampsie sévère ?

Experts : Catherine Fischer, Paul Berveiller

R1.1 – En présence d'une prééclampsie, définie par une hypertension artérielle gravidique systolique ≥ 140 mm Hg et/ou diastolique ≥ 90 mm Hg, et une protéinurie ≥ 0,3g/24h, les experts suggèrent de retenir au moins un des critères suivants pour définir la prééclampsie sévère :

● Une HTA sévère (PAS ≥ 160 mm Hg et/ou PAD ≥ 110 mm Hg) ou non contrôlée

● Une protéinurie > 3g/24h

● Une créatinémie ≥ 90 µmol/L

● Une oligurie ≤ 500 ml/24h ou ≤ 25 ml/h

● Une thrombopénie < 100 000/mm3

● Une cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT >2N

● Une douleur abdominale épigastrique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense

● Une douleur thoracique, une dyspnée, un œdème aigu du poumon

● Des signes neurologiques : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, réflexes ostéotendineux vifs, diffusés et polycinétiques.

R1.2 – Les experts suggèrent, qu'au-delà des valeurs seuils des paramètres biologiques mentionnés en R1.1, une aggravation de ces paramètres constituent également un critère diagnostique de prééclampsie sévère.
R1.3 – Les experts suggèrent que parmi les critères définissant la prééclampsie sévère, certains soient considérés comme des signes cliniques ou biologiques de gravité :

● Une PAS ≥ 180 mm Hg et/ou une PAD ≥ 120 mm Hg

● Une douleur abdominale épigastrique et/ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense

● Des céphalées sévères ne répondant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs persistants, un déficit neurologique, des troubles de la conscience, des réflexes ostéotendineux vifs, diffusés, et polycinétiques

● Une détresse respiratoire, un œdème aigu du poumon

● Un HELLP syndrome

● Une insuffisance rénale aigüe.

2. Néonatalogie

A. INBP : Infection Néonatale Bactérienne Précoce. Recommandation chez le nouveau-né ≥ 34SA

- L'ensemble des recommandations des la SFN (société française de néonatalogie), de la SFP (société française de pédiatrie) et de la HAS est disponible via le lien suivant : https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf

- Si une patiente présente de la fièvre en post partum et que le nouveau-né est hospitalisé : il faut impérativement transmettre ces informations au médecin responsable de la prise en charge du nouveau-né.

  Il est également recommandé d'avertir le service de néonatalogie si une antibiothérapie est débutée chez la mère en post-partum, afin d'éviter une perte de temps (et donc une perte de chance) pour le nouveau-né.

B. Réanimation néonatale

- Le groupe d'expert de la société française de néonatalogie a colligé les recommandations internationales (ILCOR) et celle du conseil européen (ERC) en s'attachant à les "adapter" au système de soin français et à permettre une harmonisation nationale :

  - Pour les pressions d'insufflation, le texte suivant a été choisi : "si les pressions sont monitorées, débuter à 25 cm H_2O. Possibilité d'augmenter rapidement jusque 30-35 cm H_2O. pour obtenir un soulèvement du thorax. Poursuivre avec la plus petite pression permettant le soulèvement"

    Pour le prématuré de moins de 28 SA : débuter à 20 cm H_2O. Possibilité d'augmenter rapidement jusque 25 cm H_2O. pour obtenir un soulèvement du thorax. Poursuivre avec la plus petite pression permettant le soulèvement"

  - La PEP initiale est recommandée à 5 cm H_2O, surtout pour le prématuré

  - Pour ce qui concerne les FiO_2 :

    Débuter à 21% si ≥ 32SA

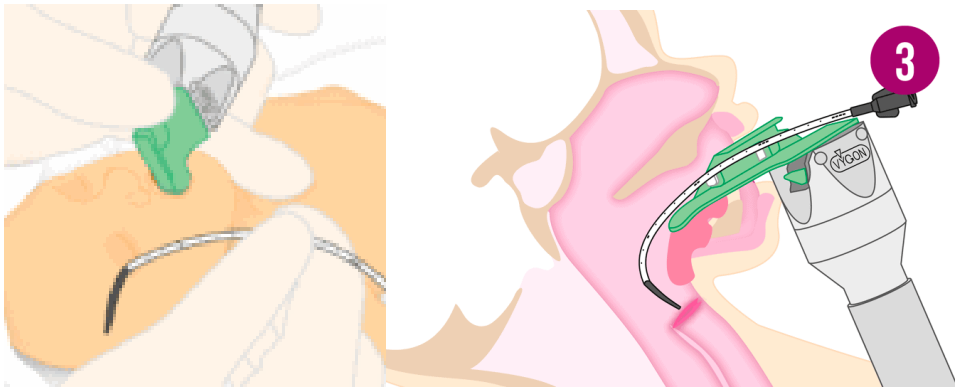
    Débuter à 30% si < 28SA

    Entre les 2 : pas d'étude valide permettant des recommandations fermes : au choix de l'opérateur selon le contexte »

- **LISA : Less Invasive Surfactant Administration**

- ✓ **Technique d'administration permettant de diminuer le recours à la ventilation mécanique (RR=0.71 ; 95% CI 0.53_0.96).**
- ✓ **Tendance à moins de pneumothorax dans le groupe LISA (RR=0.61; 95% CI 0.37 _1.02)**
- ✓ **Même taux d'hémorragie pulmonaire (RR=0.63; 95% CI 0.29 _1.37).**

Göpel et al Lancet 2011



Les études montrent un bénéfice supérieur d'administration du surfactant lorsqu'il est administré avant 2h00 de vie

3. Travail en équipe

- La mise en place d'une RMM conjointe, obstétrico-pédiatrique dans les établissements, pluri professionnelles avec GO, pédiatre, MAR, SF, puéricultrices…, est un bon moyen d'analyse pluri professionnelle des évènements indésirables graves. Et donc d'une analyse plus fine et plus utile pour les professionnels et les patients. Il faut y réfléchir au sein de chaque maternité.

- En cas de pathologie obstétricale, le gynécologue obstétricien sénior reste responsable de la pris en charge. Il faut le prévenir en cas de problème. C'est lui qui délègue la poursuite de la surveillance à l'interne de garde.

- Penser à bien remplir la feuille de traçabilité de la réanimation néonatale, qui doit être conservée dans le dossier médical. Être attentifs à bien y colliger tous les éléments de la prise en charge. A titre indicatif, voici celle proposée par le réseau sécurité naissance. Elle est également disponible sur le site internet du réseau.

Feuille 1 PEC réa NN sept 2021_V3.pc

Feuille 2 PEC réa NN 2021 suite PEC.p

Réanimation néonatale

Nom			
Prénom			
Date naissance		**Heure naissance :**	**Terme :**
Poids		**pH cordon :**	**Lactates :**

APGAR

Score	**0**	**1**	**2**	**1 min**	**5 min**	**10 min**
Cœur	Absent	<100	>100			
Respiration	0	Faible	N			
Tonus	0	Hypotonie	N			
Réflexes	0	Cri faible	Cri vigoureux			
Couleur	Bleu ou blanc	EX. cyanosées	Rose			
			TOTAL			

Guide pour le remplissage *: Celui qui remplit le tableau énonce à voix haute et claire le temps écoulé depuis la mise en route du chronomètre et note les éléments de surveillance à chaque échéance du remplissage (1 minutes, 2 minutes…). C'est celui qui est à la tête de la réanimation qui donne les éléments de réponse à noter dans le tableau*

SCORE SILVERMAN :

	0	**1**	**2**
Balancement thoraco-abdominal	☐	☐	☐
Tirage intercostal	☐	☐	☐
Entonnoir xiphoïdien	☐	☐	☐
Battements des ailes du nez	☐	☐	☐
Geignement expiratoire	☐	☐	☐

		M0	M1	M2	M3	M5	M7	M10	M15	M20
	Heure									
Surveillance	FC									
	SaO_2									
	Fi O_2 (%)									
	Score SIlverman									
	Température									
	Couleur									
Prise en charge	Aspiration									
	Stimulation									
	Ventilation masque	Insufflations prolongées oui / non								
		PIP max								
	Ventilation sur tube (Taille sonde / repère)									
	CT Début									
	Fin									
	KTVO									
	Adrénaline (IV ou IT / dose)									
Appel opérateurs	2ème SF									
	Pédiatre									
	Interne pédiatrie									
	Anesthésiste									
	IADE									
	SAMU									
Présence opérateur	2ème SF									
	AS/AP									
	Pédiatre									
	Interne pédiatrie									
	Anesthésiste									
	IADE									
	Fin réa									

		M25	M30	M40	M50	H1	1H30 de vie	2H de vie	3H de vie
	Heure								
Surveillance	FC								
	SaO_2								
	Fi O_2 (%)								
	Score Silverman								
	Température								
	Couleur								
	Dextro (unité)								
Prise en charge	Ventilation optiflow								
	Ventilation CPAP								
	Ventilation sur tube								
	KTVO ou VVP								
	Adrénaline								
	Remplissage Produit utilisé/volume								
	ATB (précisez)								
	Autre (G10%...) Heure et dose								
	SAMU (heure arrivée)								
	Fin réa								

Abréviations :
ATB : Antibiotique,
CPAP : continous positive airway pressure,
CT : Compressions Thoraciques
FC : fréquence cardiaque,
KTVO : cathéter veineux ombilical,
VVP : voir veineuse périphérique

Synthèse pédiatre suite à la Réanimation à la naissance :

……
……
……
……

Devenir du nouveau-né :

TRANSFERT	oui ☐	non ☐	
Si oui :	**Heure du transfert par SAMU**		
	Lieu de transfert		
		UK	☐
		SOINS INTENSIFS	☐
		NEONAT	☐
		REA NEONAT	☐
	Mode de transfert	**Incubateur**	☐
		Fauteuil peau à peau (en interne)	☐

Si non :	**Hospitalisation en**	**UK**	☐
		NEONAT	☐