Les leçons du Staff inter-maternités (RMM) de 2022

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

1. Obstétrique

- **IVG entre 14 et 16SA**

➢ Extraits des recommandations REVHO (réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie). http://revho.fr/wp-content/uploads/2022/05/IVG-par-methode-instrumentale-entre-14-et-16-SA-Conseils-techniques-V8.pdf

Si jusqu'à 15 SA, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration, technique de référence pour les IVG à 14 SA, entre 14 et 16 SA, il est nécessaire de maitriser la technique dite de Dilation-Evacuation (D&E)

Points clés

- Une bonne préparation cervicale
- Une dilatation suffisante
- Un échoguidage
- Un geste sous Syntocinon®

Préparation cervicale : associer mifépristone et misoprostol

✓ Mifepristone 200 mg 36h à 48h avant. Si possible, ne pas réduire le délai

✓ Misoprostol 400 microgrammes (Misoone® 1cp ou Gymyso® 2cp)2-3h avant le geste, par voie orale

Contrairement aux termes de grossesse plus jeunes où le misoprostol peut être donné ½ heures avant le geste, le délai de 2 heures d'action est nécessaire Ne pas oublier les antalgiques (Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracétamol 1 gr) 1/2h avant le misoprostol.

Attention avec l'association Mifépristone + misoprostol une expulsion peut avoir lieu, surveiller l'apparition de CU.

Dilatation du col

- ✓ La procédure de D&E ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé.
- ✓ La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante. Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel
- ✓ Une dilatation insuffisante est source de prolongation excessive du geste et augmente le risque hémorragique.

Evacuation utérus

- ✓ Vider la vessie si elle est pleine
- ✓ Commencer par une aspiration intra-utérine (prendre la plus grosse canule disponible) et aspirer le liquide amniotique.
- ✓ Demander l'injection de 5 unités de Syntocynon® en IVL qui peut être poursuivie par 10 U dans une poche de 250 ml durant toute la procédure. L'oxytocine provoque la contraction de l'utérus qui :
    - Favorise le décollement du trophoblaste « délivrance dirigée per abortum »
    - Diminue le risque de perforation et diminue les pertes sanguines

- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.

- Réaliser la procédure de D&E. sous contrôle échographique à l'aide d'une pince. Le type de pince recommandée est une pince de Mc Clintok 24 cm. C'est un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 12 et qui ne se démonte pas. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.

- Introduire la pince sous contrôle écho

- Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels.

- Faire une échographie finale de vacuité

Rédaction S. Gaudu et P. Faucher : Références : LOI no 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement Dilatation & Evacuation : Reference Guide IPAS 2018 Antibioprophylaxie dans l'IVG_ recommandations conjointes CNGOF, SFAR, SPILF ; janvier 2020 Faucher P. https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie2021-1-page-38

INTERPRETATION ERCF :

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

L'analyse de l'ERCF repose sur 5 critères :

- La fréquence cardiaque de base, qui doit être corrélée à l'âge gestationnel
- La variabilité
- La réactivité (présence d'accélérations ?)
- La présence ou non de ralentissements (type ?)
- La dynamique utérine : 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** :

- ✓ **Age gestationnel**
- ✓ **Poids fœtal estimé** (RCIU, PAG, macrosome, malformations…)
- ✓ **Pathologie maternelle** :

- Couleur du liquide amniotique (différente de celle à l'admission ?)
- Utilisation d'oxytocine ? (Dose, durée…)
- Hyperthermie maternelle ?
- Hyperstimulation utérine, Hémorragie ?
- Analgésie péridurale en cours ?
- Progression de la dilatation ?
- Présence d'une ou plusieurs cicatrices utérines ?

Moyen mnémotechnique pour évaluer les pathologies maternelles : acronyme **MOTHERS**

Méconial ?

Oxytocin ?

Temperature ?

Hyperstimulation/Hémorrage

Epidural

Rate of progress ?

Scar ?

Après une analyse de l'ERCF, il faut **conclure sur le niveau de risque d'acidose et adapter la conduite à tenir et les décisions, en fonction de ce niveau de risque d'acidose. Le niveau d'acidose doit être tracé sur le dossier médical.**

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.

Dans le cadre d'une hypoxie aigue :

- **Exclure** procidence /HRP/Rupture utérine qui imposent une extraction immédiate
- **Corriger** l'hypotension maternelle (APD), hypercinésie de fréquence des CU (arrêt oxytocine ou tocolyse)
- **Compter** : règle des 3/6/9/12/15 minutes

✓ 0-3 min : Ralentissement prolongé (>3min) sans signe de récupération = appel équipe

✓ 3-6 min : HRP, Procidence, Rupture utérine, /arrêt oxytocine, éphédrine…

✓ 6-9 min : Préparation pour une naissance immédiate

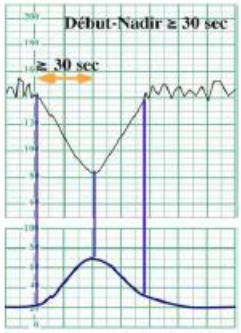
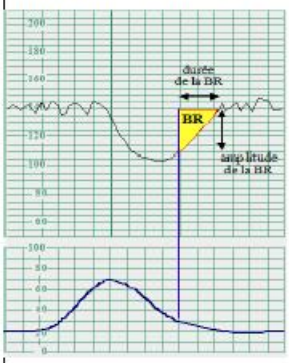
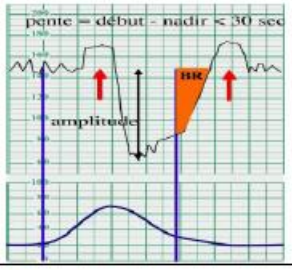
✓ 9-12 min : Si toujours pas de signe de récupération, césarienne ou extraction voie basse

✓ 12-15 min : Naissance

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 persistante 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

Plaquette d'aide à	l'interprétation des AERCF-	2013 – DR ESBELIN et IDG DOCHEZ – CHU de Nantes	
1-Ralentissement précoce :	**2-Ralentissement tardif**	**3-Ralentissement variable**	
- Débute par une pente lente et progressive - MONOMORPHE - Débute et finit avec la contraction utérine	- Débute par une pente lente et progressive - MONOMORPHE - décalé par rapport à la CU et se termine après la CU (aire résiduelle)	-pente initiale rapide et abrupte (< 30 sec) -variable dans sa chonologie et son aspect	
		Typique	Atypique
		=précédé et suivi d'une accélération 	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)
		Non sévère	Sévère
		Nadir >60 bpm et amplitude <60 bpm Ou durée <60 secondes	Nadir < 60 bpm ou amplitude >60 bpm ET durée > 60 seconde
4-Ralentissement prolongé	Durée du ralentissement >2 minutes	et < 10 minutes	
5-Ralentissements répétés	Concerne tous les types de ralentissement	Fréquence des ralentissement ≥ 1 CU sur 2	

Accouchement avec extraction instrumentale

Lors d'une extraction instrumentale, le niveau d'engagement (non engagé, partie haute, moyenne, basse) de la présentation doit être notée sur le dossier médical.

Possibilité de réaliser une **échographie d'engagement**. Dans ce cas, le cliché est à joindre au dossier médical. Cette échographie ne figure pas comme nécessaire mais le geste fait en routine permet une objectivité, une traçabilité et une meilleure adéquation entre le TV et la réalité de la hauteur de la présentation, qui peut aider à la décision.

A retenir :

- **60 mm** est la mesure admise pour affirmer que le plus grand diamètre céphalique a réellement franchi le détroit supérieur et donc que **la tête est bien engagée, juste au détroit supérieur**
- Ne pas attendre d'être en difficulté pour se servir d'un échographe en salle de travail.

Sans être expert en imagerie, tous les intervenants en salle d'accouchement (Sages-femmes, Médecins) peuvent l'utiliser plus souvent.

Cette échographie d'engagement est à utiliser en complément du diagnostic de présentation : variété antérieure ou postérieure (en suivant le rachis, visualisation ou non des orbites).

Pour le diagnostic d'engagement, le toucher vaginal est subjectif et il existe une grande variabilité inter et intra examinateur, tant pour le diagnostic de variété que pour le diagnostic d'engagement.

La technique la plus simple et la plus répandue est **l'échographie transpérinéale.**

- ✓ Parturiente en **position de supination (position gynécologique)**, vessie vide.
- ✓ S**onde abdominale** (protégée) **posée** sans pression (pour ne pas déformer les structures et les espaces à mesurer) **horizontalement** sur **l'espace ano-vulvaire** (sans effraction des voies génitales). Après obtention d'une **coupe transversale**, mesurer la **distance périnée** (=début insonation) **– présentation fœtale** (limite externe osseuse hyperéchogène du crâne fœtal- pour s'affranchir du piège de la bosse séro-sanguine).

- ➢ Si distance > 60mm, la tête n'est pas engagée.
- ➢ **Si distance ≤60mm : la tête est engagée**
- ➢ **A +/- 50 mm** la tête est **engagée** partie haute.
- ➢ A +/- 40mm, la tête est engagée à partie moyenne.
- ➢ A +/- 20mm, la tête est engagée partie basse.

Source : Pr D. RIETHMULLER / Journal de Gynécologie Obstétrique (Octobre 2009) et Pr L. SALOMON sur le même sujet (accessible sur le site du CFEF).

- **Déclaration de naissance pour les enfants présentant une variation du développement génital (mise à jour juin 2022)**

En cas d'impossibilité médicalement constatée de déterminer le sexe de l'enfant au jour de l'établissement de l'acte de naissance :

- ✓ Sous réserve d'une autorisation donnée par le procureur de la République à l'officier de l'état civil
- ✓ **Possibilité de report de la mention du sexe** : l'officier d'état civil peut <u>ne pas faire figurer immédiatement le sexe sur l'acte de naissance</u>
- ✓ L'inscription du sexe médicalement constaté intervient à la demande des représentants légaux de l'enfant ou du procureur de la République **<u>dans un délai qui ne peut être supérieur à trois mois</u>** à compter du jour de la déclaration de naissance.
- ✓ Le procureur de la République ordonne de porter la mention du sexe en marge de l'acte de naissance et, à la demande des représentants légaux, **<u>de rectifier l'un des ou les prénoms de l'enfant</u>**. »

- *Source : JO du 02/03/22 (article 57 du CC modifié). Cette loi introduit un nouvel alinéa à l'article 57 et 99 du code civil qui régit la rectification des actes de l'état civil afin de l'adapter aux variations du développement génital.*

2. Néonatalogie

A. Réanimation néonatale

Algorithme de la réanimation néonatale

Algorithme prise en charge RNN-RSN mai

- 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 mais FiO2 à débuter entre 21% et 30%

B. La réanimation néonatale en salle de naissance doit être tracée sur le dossier médical de manière la plus détaillée possible.

Lors de l'analyse de la PEC, les éléments non tracés dans les différents dossiers étaient :

- ✓ Valeurs du réglage de la PIP (pression inspiratoire) initiale et de son augmentation (en cm d'H_2O)
- ✓ Réalisation des 3 insufflations prolongées
- ✓ Posologie des doses d'adrénaline administrées

Pour tracer la réanimation 2 possibilités :

- ✓ Utiliser une feuille de traçabilité propre à l'établissement, en vérifiant bien que l'ensemble des critères à noter y figurent.
- ✓ Utiliser la feuille de traçabilité proposée par le RSN REANIMATION NEONATALE A LA NAISSANCE mise à jour en septembre 2021 (disponible sur le site internet du RSN : https://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?categorie=76&commune=4905&annee=-1

Feuille 1 PEC réa NN sept 2021_V3.pdf

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								

Feuille PEC réa NN sept 2021_V3.docx

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	☐