



MALAISES GRAVES ET MORT SUBITE EN SALLE DE NAISSANCE

Analyse de 4 cas sur 18 mois en
Franche-Comté


Pr Alain MENGET

CAS N°1 Gabriel G

- Né le 28/07/2009 à la Polyclinique de Franche-Comté de Besançon
- Mère G1P1, ∅ Antécédent
- Grossesse Normale
- Accouchement céphalique, voie basse, travail spontanée – RCF normal
- Terme 40 SA + 3 J
- PN : 2850 g APGAR : 10-10-10
- Peau à Peau et mise au sein à 9h50
- 10h10 Etat de mort apparente, arrêt cardiorespiratoire + cyanose
- Ventilation, intubation
- Massage cardiaque externe

 Transfert SAMU en Réa Infantile à Besançon

Traitement CAS N°1 Gabriel G

- Réa pédiatrique 24 H
 - Lactates à 12mmol/l
 - Récupération clinique et biologique
- Hospitalisation à Marfan
 - Du 28 juillet au 21 août 2009
 - Bilan étiologique négatif
 - Apnée centrale / désaturation
 Caféine
 - IRM cérébrale normale
- Suivi à 13 mois
 - Bonne croissance
 - Bon développement psychomoteur

CAS N°2 ~~Romaine M. M.~~

- Née le 01/03/2010 au CHG de DOLE
- G1P1 28 ans ∅ Antécédent
- Grossesse normale (tabagisme +)
- Accouchement voie basse, céphalique et RCF normal
- Terme à 39 SA + 5 J
- PN : 2790 g APGAR : 8-9-10
- Bain
- Peau à Peau maternel
- 30 minutes après découverte par Sage Femme
 - Malaise grave, arrêt cardiorespiratoire + cyanose
 - Ventilation, Intubation
- Récupération en 60 MINUTES

 Transfert SAMU en Réa Infantile à Besançon

Traitement CAS N°2 ~~Romane M. M.~~

- Réa pédiatrique CHU
 - Evolution rapide : - Bilan négatif
- ETF normale
- Retour à DOLE à J2
- Réhospitalisée à Marfan pour crise convulsive
 - Du 5 au 16 mars
 - EEG anormal → RIVOTRIL
 - IRM cérébrale : lésions des noyaux gris centraux (post-anoxique)
 - Bilan étiologique négatif
- Evolution à 2 mois et demi
 - Hypotonie axiale
 - Suivi CAMSP à DOLE



Séquelles neurologiques

CAS N°3 Maylis D.

- Née le 30/08/2010 au CHUB
- Mère G3P2, 31 ans, ∅ Antécédent
- Grossesse simple, spontanée (tabagisme +)
- Terme à 40 SA
- Accouchement : Siège, petite extraction, RCF normal, LA Clair
- PN : 2830 g APGAR : 9-10-10
- Peau à peau maternel + mise au sein
- Après tétée dans les bras de la maman, malaise **grave** à 1h45 de vie
 - Arrêt cardiorespiratoire
 - Ventilation, intubation
 - Massage cardiaque externe + Adrénaline IV



Transfert en Réa Infantile du CHUB

Traitement CAS N°3 Maylis D.

- Réa Pédiatrique CHU

- Trépidation
- Mâchonnement
- pH à 6.90 Lactates à 11.2 mmol/l
- EEG souffrance cérébrale

➡ Protocole Hypothermie à 32°C pendant 72 heures

- Hospitalisation à Marfan

- 1^{ère} hospitalisation du 4 au 9 septembre 2010
- Evolution clinique favorable
 - PEA, EEG normalisés
- Pas d'étiologie au malaise

- Hospitalisation à Marfan

- 2^{ème} hospitalisation du 18 au 23 septembre 2010
 - Pour malaise pendant un biberon toux + régurgitation à J18
 - RGO confirmé par pHmétrie
 - Traitement mis en place
 - IRM en attente

CAS N°4 Mathéo S.

- Né le 30/11/2010 au CHG de BELFORT
- Mère G1P1, ∅ Antécédent
- Grossesse simple, spontanée
- Accouchement voie basse, céphalique, RCF normal
- Terme à 36 SA + 5 J
- PN : 2800 g APGAR : 10-10-10
- Peau à peau maternel, mis au sein
- A 1h20 de vie : découvert par une auxiliaire en arrêt cardiorespiratoire, hypotonie + cyanose
- Ventilation au masque + intubation
- Massage cardiaque externe
- Convulsions / lactates à 21.5 mmol/l



Transfert SAMU en Réa Infantile à Besançon

Traitement CAS N°4 Mathéo S.

- Réa Pédiatrique CHUB
 - Aréactif
 - Pas de ventilation spontanée
 - Lactates à 14.3 mmol/l
 - EEG « suppression burst »
 - Souffrance multiviscérale CIVD
 - IRM à J7 : lésions ischémo-hypoxiques des noyaux gris centraux
 - Bilan étiologique négatif
- ➡ Décision de retrait thérapeutique et soins palliatifs => décès
- ➡ Autopsie macroscopique normale

SYNTHESE DES CAS

- 18 mois en Franche-Comté (14500 naissances par an)
- 4 malaises graves :
 - 1 CHU
 - 2 CHG
 - 1 Clinique
- 3 G1P1
- Survenus dans les **2 heures suivant la naissance**
- **Sur le ventre** de la maman en position ventrale
- Après **grossesse et accouchement normaux**
- **Bébés à terme** avec **bon APGAR**
- Gravité
 - 2 évolutions favorables (RGO)
 - 1 séquelle neurologique
 - 1 décès par anoxie cérébrale
- Aucune étiologie médicale
- Autopsie normale pour le cas n°4

Une nouvelle entité ? Récente ?

- « Malaises graves chez 4 nouveau-nés placés sur le ventre de leur mère en salle de naissance. »

BOITHIAS CI. 1999

- « Malaise grave précoce du nouveau-né : A propos de deux cas survenus en salle de naissance. »

KHUN P. 2000, STRASBOURG

- « Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de 6 cas. »

GATTI H. 2004, PARIS

- « Mort de nouveau-nés apparemment sains en salle de naissance : un problème de surveillance. »

ESPAGNE S. 2004, NANCY

- « Arrêt respiratoire en salle de naissance chez des nouveau-nés à terme sains placés sur le ventre maternel : 11 nouveaux cas. »

HAYS S. 2006, LYON

- « La pratique du peau à peau à la naissance est-elle sans risque ? »

ABOUDIAB T. 2007, GRENOBLE

ENQUETE NATIONALE 2007

800 000 naissances soit **1/65 000 naissances**

MAIS

- Seulement un tiers (34 %) des services ont répondu
- Les cas non hospitalisés sont méconnus
- Dans le bassin de population de chaque cas : 1/10000 à 1/1500

FREQUENCE INCIDENCE ?

0.15 à 1.3 ‰ naissances

FRANCHE-COMTE

18 mois – 22 000 naissances



4 cas



0.18 cas ‰

MECANISME DU MALAISE

- Equivalent de mort subite
 - Décubitus ventral
 - Confinement
 - Obstruction des VAS
- Intoxication
 - Opiacés (NUBAIN)
- Rarement pathologie organique
 - Cardiopathie
 - Nécessité d'autopsie, d'enquête biologique

Recommandations ANAES 2002 (HAS)

Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant

A la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de sa mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (Grade C).

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel **tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.**

BENEFICES DU PEAU A PEAU MATERNEL

G. GREMMO-FEGER XXXIXème journée nationale de Néonatalogie

- Facilite l'adaptation thermique du nouveau-né et contribue à préserver ses réserves énergétiques
- Améliore le bien être du nouveau-né et son organisation neurocomportementale
- Facilite le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel
- Facilite l'établissement du lien mère-enfant



**NE PAS GLISSER de la
« Bien Traitance » à la
négligence.**

M. GAUDIN, Croix Rousse, LYON



RECOMMANDATION

Elaborer et appliquer des
protocoles de surveillance du
nouveau-né sain en salle de
naissance

Exemples :

Réseau Pays de la Loire, Réseau Aurore, CHU St
Etienne

Éléments de prévention des malaises de nouveau-nés en salle de naissance

Six éléments de prévention pour les nouveau-nés en Salle de Naissance dans les deux premières heures dans le Réseau des Pays-de-la-Loire :

- **Réserver les indications** de peau à peau aux mères sans pathologie, aux nouveau-nés normaux, non prématurés et sans pathologie, avec une surveillance possible et une activité obstétricale compatible avec une surveillance à ce moment là;
- **Sécher** l'enfant avec un linge chaud (mis par exemple en attente sous une rampe chauffante);
- Recouvrir d'un linge en laissant **le visage dégagé et visible** (un bonnet peut être porté);
- Mettre **le nouveau-né plutôt sur le côté** sur la poitrine de la mère, et le disposer sur le ventre au moment de la tétée (sous contrôle d'une aide à ce moment-là);
- Surveiller régulièrement l'enfant **en restant dans la salle de naissance** et en regardant son aspect et sa face;
- **Ne pas laisser seuls la mère et son nouveau-né ensemble** ; la présence du père ou d'un familial n'est pas une garantie de surveillance de qualité.