

EPREUVE ECRITE - SESSION SEPTEMBRE 2022

Cas clinique n°1

Les réponses attendues sont courtes, pas besoin de rédiger

Q1 : Une femme de 28 ans, primigeste, se présente aux urgences de votre maternité de type 2B pour des contractions utérines au terme de 23 SA + 4 j. Elle n'a pas d'antécédent notable. C'est une grossesse gémellaire spontanée après 3 années d'infertilité. Elle n'a pas rompu les membranes et est apyrétique. Le RCF est normal pour le terme. A l'examen, le col est fermé. Une échographie réalisée aux urgences montre des fœtus féminins eutrophes. La CRP maternelle est négative. Une tocolyse par atosiban (Tractocile®) a été débutée. Il n'y a pas d'autre traitement.

Quels éléments principaux prendrez-vous en compte pour apprécier le caractère favorable ou non du pronostic de ces enfants ?

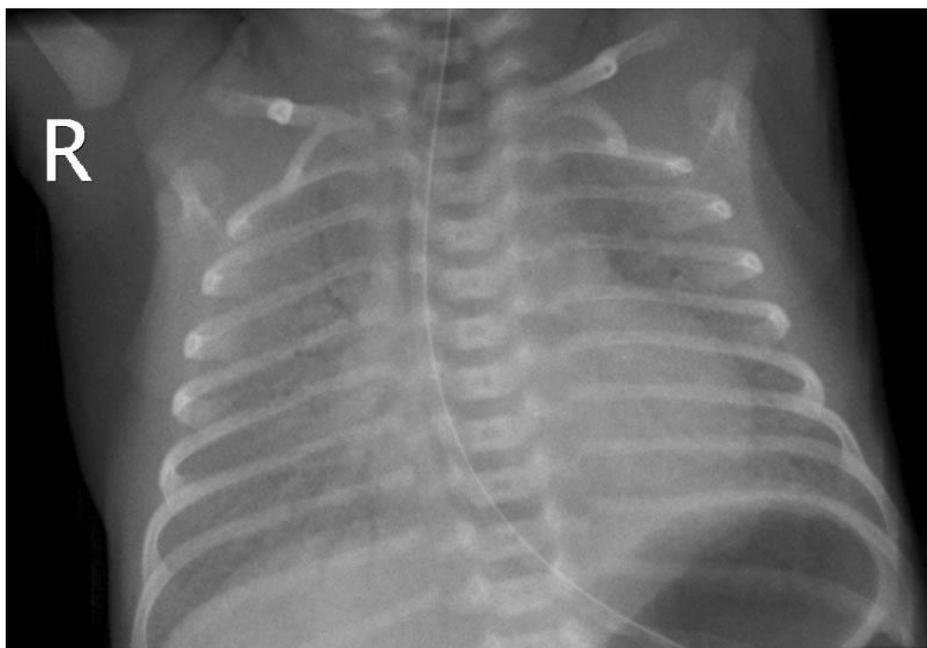
Q2 : Vous travaillez à présent en maternité de type 3. Vous discutez avec une femme présentant une menace d'accouchement prématuré sévère à 28 SA avec un accouchement prévisible dans les heures suivantes.

En quelques lignes, quels éléments importants concernant la prise en charge médicale et la santé de l'enfant allez-vous évoquer ?

Q3 : Les parents vous demandent ce qu'ils peuvent faire pour accompagner au mieux leur enfant durant l'hospitalisation. Quels principaux éléments évoquez-vous ?

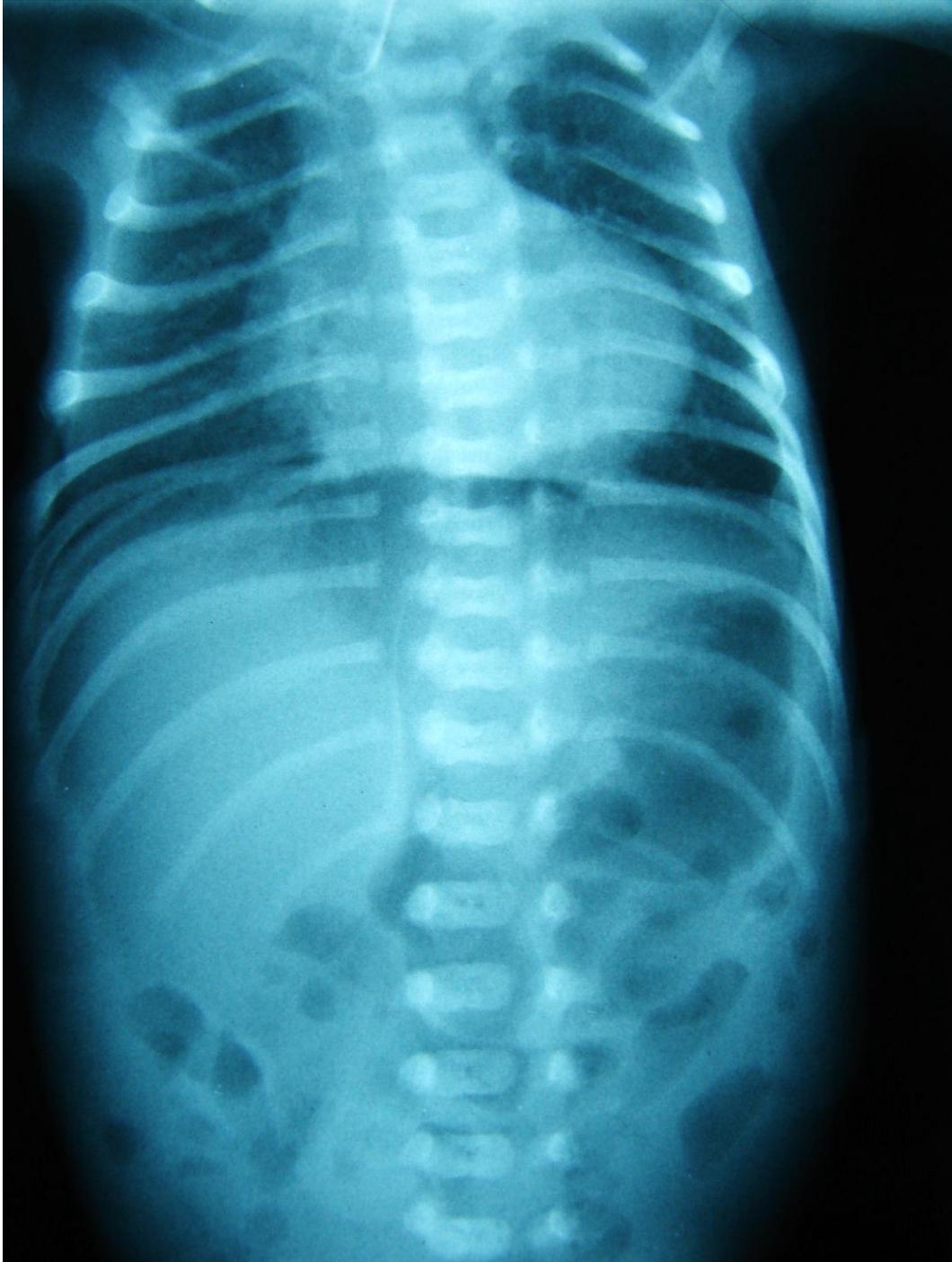
Q4 : L'enfant est né. Il présente une détresse respiratoire. Deux heures après la naissance, il est en CPAP à +6cmH₂O, FiO₂ 30%.

La radiographie thoracique est la suivante. Décrivez cette radiographie. Que proposez-vous pour la prise en charge de cette enfant ?



Q5 : La détresse respiratoire initiale a très bien évolué mais l'enfant a fait un sepsis secondaire avec un SDRA qui a obligé à le ventiler de manière agressive. A 17 jours de vie il est ventilé en OHF avec une pression moyenne à 12 cm H₂O, une FiO₂ à 30% et un pic à pic (amplitude) à 30 cm H₂O qui permettent de garder les gaz du sang dans des limites acceptables. Quelle attitude proposez-vous ?

Q6 : Au cours d'une garde, vous êtes appelé(e) pour un enfant de 4 jours, intubé quelques heures plus tôt pour des apnées sévères. Occupé(e) ailleurs vous demandez à l'infirmière de faire pratiquer une radiographie du thorax que l'on vous apporte. Qu'en pensez-vous ?



Q7 : Vous êtes également appelé(e) pour l'enfant né à 28 SA qui a finalement bien évolué sur le plan respiratoire. A 5 semaines de vie, alors qu'il est en ventilation spontanée avec des lunettes d'oxygène à bas-débit (0,1L/min), et entièrement alimenté par voie entérale, il a présenté un vomissement. Il n'a pas eu de transit depuis une douzaine d'heures. Votre examen clinique est le suivant :



Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ? Sur quels arguments ?
Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Q8 : l'ASP est le suivant. Décrivez-le



Q9 : l'évolution de cet enfant est rapidement défavorable avec des apnées récidivantes rapprochées. A l'examen clinique, sa FC est à 200bpm, le TRC à 4 secondes, elle n'a pas de diurèse. Quelle est votre conduite à tenir ?

Q10 : L'enfant a été opéré en phase aiguë. Lors d'un « second look », il reste 10 cm de grêle sain. Par ailleurs il a développé des leucomalacies périventriculaires étendues, bilatérales. Vous proposez une réunion collégiale pour discuter du projet de soins pour cet enfant. En quelques lignes, comment la préparez-vous ?

Cas clinique n°2

Vous êtes sénior de garde dans une maternité de type III. La sage-femme des urgences obstétricales de votre maternité vous informe que Madame R. vient de se présenter pour contractions utérines au terme de 35 SA + 2 jours. Madame R. est 2^{ème} geste 2^{ème} pare : elle avait accouché par voie basse à terme il y a 3 ans d'un petit garçon qui va bien sans infection néonatale. Le seul antécédent familial est un cousin chez lequel a été diagnostiqué en période néonatale un syndrome de Wiedemann-Beckwith.

La grossesse actuelle a été marquée par la découverte d'un hydramnios isolé, sans anomalie morphologique. Le PV du 3^{ème} trimestre était positif à Streptocoque B. L'examen par la sage-femme vous confirme la menace d'accouchement prématurée avec une dilatation du col à 5 cm mais sans rupture des membranes et sans fièvre maternelle.

Madame R. est de groupe O rhésus positif, immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose. La sérologie HIV est négative. Les sérologies hépatite B et C ne sont pas dans le dossier.

1/ Compte tenu de la confirmation de cette menace d'accouchement prématuré, y a-t-il une indication à débiter une corticothérapie maternelle à visée maturative fœtale ? et le cas échéant dans quel délai ?

2/ A partir des éléments obstétricaux dont vous disposez, y a-t-il une indication à une antibiothérapie maternelle ? Pour quelle(s) raison(s), et le cas échéant, quelles en sont les modalités ?

3/ L'externe qui vous accompagne vous demande à quoi correspond le syndrome de Wiedemann-Beckwith diagnostiqué chez le cousin. Que lui répondez-vous ?

Après un travail de 8 heures avec un rythme cardiaque fœtal normal, Madame R accouche de manière eutocique par voie basse d'une petite Célestine de poids de naissance 2240 grammes. Le score d'Apgar est coté à 1 à M1 (cœur d'emblée à 75/min).

4/ Décrivez précisément votre prise en charge dans les deux premières minute de vie.

Malgré votre prise en charge initiale, Célestine reste bradycarde à 70/min à M2 avec une saturation à 60% sans respiration spontanée ce qui vous conduit à l'intuber avec une sonde de 3.0. Elle est transférée en Réanimation Néonatale avec des besoins ventilatoires modérés sous 25%. La radiographie de thorax est sans particularité.

5/ Détaillez votre prescription d'entrée (apports hydro-électrolytiques, médicaments)

6/ Demandez-vous un bilan complémentaire à l'admission et lequel ?

En parallèle, vous avez demandé un contrôle en urgence de la sérologie de l'hépatite B chez la maman. Le laboratoire vous appelle à H6 devant la présence d'un Ag HbS positif.

7/ Face à ce résultat, que faites-vous en pratique chez le nouveau-né et dans quel délai ?

8/ La mère souhaite allaiter, est-ce possible en présence de l'Ag HbS positif ?

A H36, les constantes de ventilation en pression sont +14/+3 fréquence 40/min sous 25%. Célestine est extubée mais elle présente après quelques minutes des signes de lutte avec apnées qui nécessitent un soutien par CPAP. Par ailleurs, elle reste très hypotonique avec une faible réactivité.

9/ Quelle question pourriez-vous poser spécifiquement à la maman à la recherche d'un signe pendant la grossesse en lien avec ce tableau préoccupant ?

10/ Décrivez votre examen clinique neurologique chez Célestine dans ce contexte d'hypotonie.

L'évolution de Célestine reste préoccupante à 4 jours de vie en CPAP puisqu'elle est toujours très hypotonique.

11/ Quel bilan complémentaire faites-vous devant cette hypotonie néonatale persistante en précisant ce que vous recherchez sur le plan étiologique ?

Les examens cliniques et complémentaires orientent vers une origine périphérique de cette hypotonie. La recherche génétique retrouve une répétition anormalement élevée de triplets CTG en 19q13.3

12/ De quelle maladie s'agit-il ?

13/ Quelle en est le mode de transmission et le risque de récurrence ?

14/ En quoi les gestes barrières liés à la COVID peuvent retarder ce diagnostic ?

Cas clinique n°3

Cette jeune femme de 32 ans, deuxième geste primipare, de groupe O Rhésus positif, sans antécédent, non tabagique, mesure 1m67 pour un poids de 62 kg, immunisée contre la toxoplasmose, la rubéole et l'hépatite B, est hospitalisée à 28 semaines pour placenta prævia. A l'occasion de sa première grossesse il y a deux ans, elle a été césarisée en cours de travail à 39 semaines en raison d'une absence de progression de la dilatation.

Question 1 : Votre collègue obstétricien vous demande s'il faut réaliser une corticothérapie anténatale. Argumentez votre réponse.

Après stabilisation, elle rentre à son domicile et est de nouveau hospitalisée à 33 semaines en raison de récurrence des métrorragies.

Question 2 : Faut-il répéter la corticothérapie anténatale ?

Finalement, une césarienne est réalisée à 35 semaines et 5 jours en raison de métrorragies très abondantes, avec une anesthésie locorégionale. L'enfant est en présentation céphalique. Le coefficient d'Apgar est coté à 7- 9 et 10, respectivement à 1 - 5 et 10 minutes de vie. Après votre prise en charge dès la naissance, vous constatez à 10 minutes de vie, un examen parfait. Le poids de ce petit garçon est de 2800 g. La maman souhaite allaiter.

Question 3 : Quelle surveillance biologique proposez-vous ?

Question 4 : Quelles mesures mettez-vous en place ?

A 12 heures de vie, la sage-femme de la maternité vous appelle pour un ictère. Le taux de bilirubine libre est à 200 µmol/L et correspond à la valeur indiquée par le bilirubinomètre transcutané.

Question 5 : Que faites-vous, et quelle surveillance prescrivez-vous ?

A 28 heures de vie, la sage-femme vous rappelle car le taux de bilirubine indiqué par l'appareil transcutané est de nouveau à 200 µmol/L.

Question 6 : Quelle est votre attitude ?

Question 7 : Quelles sont vos hypothèses diagnostique ?

A 46 heures de vie, le poids est de 2700 g, l'enfant est exclusivement allaité, le bilirubinomètre transcutané indique une valeur à 120 µmol/L. La maman souhaite rentrer chez elle le lendemain.

Question 8 : Que pensez-vous de l'évolution du taux de bilirubine ?

Question 9 : Acceptez-vous ce départ et sous quelles conditions ?

Le retour à domicile s'effectue comme programmé. 4 jours plus tard, Madame rappelle en raison d'un ictère net et la bilirubine sanguine, dont le dosage a été demandé par une sage-femme, est à 250 µmol/L. Il n'y a pas de bilirubine conjuguée. Le poids est de 2900 g.

Question 10 : Que pensez-vous de la prise de poids ?

Question 11 : Quels conseils prodiguez-vous ?