



Analyse de scénario

Obstétrique

Fiche animateur

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une jeune femme de 26 ans est suivie pour une première grossesse dont l'évolution clinique et paraclinique est physiologique. Le terme est prévu le 22 mars.

Les 15 et 16 mars, la patiente est accueillie dans le service des urgences obstétricales pour des pertes glaireuses ou sanglantes. Après examens cliniques et paracliniques normaux, la patiente est autorisée à retourner au domicile avec des consignes précises pour se présenter de nouveau au sein du service. Le 21 mars vers 0h30, la patiente se présente dans le service des urgences de la maternité. Elle est à 40 SA et 3 jours. Elle présente des CU toutes les 5 minutes depuis 2 heures (soit depuis 22h30). Elle est prise en charge par une sage-femme qui réalise un examen clinique et constate : un col court dilaté à un doigt, une position céphalique juste appliquée, des pertes vaginales verdâtres et malodorantes. Un test spécifique de dépistage de la rupture prématurée des membranes de type Eliprom® est pratiqué et s'avère négatif. Un prélèvement pour un examen cytobactériologique des urines est réalisé ainsi qu'un prélèvement vaginal pour analyse bactériologique. Les mouvements fœtaux sont actifs. Le monitoring montre un tracé oscillant et réactif avec un rythme de base de 140 BPM et les CU semblent s'espacer dans le temps. Un bilan sanguin est prélevé et s'avère normal. La patiente présente des vomissements. Un second test Eliprom® est pratiqué et s'avère négatif. Le col utérin reste dilaté à un doigt et les CU s'espacent. La patiente est autorisée à retourner à domicile, vers 2 heures, avec les consignes usuelles qui lui sont indiquées (revenir au moindre signes de perte des eaux ou autres signes cliniques tels que : hyperthermie, baisse des mouvements actifs fœtaux, etc.).

Le 22 mars vers 4h05, la patiente est accueillie aux urgences de la maternité pour perte liquide amniotique sans en préciser l'heure et contractions utérines. Le monitoring du RCF indique un rythme cardiaque entre 115 et 155 BPM et présentent des ralentissements atypiques à 90-100 BPM. Des mouvements actifs du fœtus sont notés. La sage-femme examine la patiente sur le plan clinique et le toucher vaginal indique une dilatation du col utérin à 1 doigt large. Elle met en place une voie veineuse périphérique. Elle contacte l'obstétricien d'astreinte pour lui faire par de l'analyse du tracé du RCF indique des ralentissements profonds tardifs répétés. Une décision de césarienne est prise entre l'obstétricien et la sage-femme. A 5h48 naissance par césarienne d'une fille de 2820g en état de mort apparente. Le score d'Apgar à une minute de vie est estimé à 2 (geignement ou gasp et Fréquence Cardiaque (FC) inférieure à 100 BPM), puis il est évalué à 0 à 5 minutes, puis à 1 à 10 mn de vie.

La pédiatre de garde est nouvellement arrivée dans le service et nouvellement diplômée. C'est la première fois qu'elle est de garde et ne connaît pas les lieux et matériels utilisés dans la structure.

Une réanimation néonatale est réalisée : une aspiration bucco trachéale très productive de liquide amniotique épais et teinté « purée de pois » est effectuée. Le nouveau-né est intubé par la bouche. Une ventilation au Neopuff est mise en place. Un massage cardiaque externe est réalisé. Un cathéter veineux ombilical est mis en place et permet 2 nouvelles injections de 100 µg d'adrénaline. L'état clinique du nouveau-né est inchangé : réactif, pas de recoloration, FC inférieur à 100 BPM. A la 15^{ème}

minute, le pédiatre décide de ré-intuber le nouveau-né devant l'absence de signes cliniques objectifs de l'efficacité des gestes de réanimation. Une FC est estimée à 100 BPM. Le nouveau-né est transféré en service de néonatalogie à 40 mn de vie. Le pédiatre fait appel au MAR de garde pour l'aider durant les gestes de réanimation.

Description des conséquences.

Le nouveau-né à l'examen clinique, présente un murmure vésiculaire bilatéral et symétrique avec crépitations bilatérales, les pupilles sont intermédiaires et peu réactives, les réflexes ostéotendineux sont absents, le nouveau-né est aréactif. Un bilan est réalisé et montre un pH inférieur à 6,80. Le médecin pédiatre contacte un médecin de garde du service de réanimation pédiatrique qui accepte de prendre en charge le nouveau-né. Un remplissage vasculaire est prescrit et administré.

Un bilan réalisé et le diagnostic de coagulation intra vasculaire disséminée est posé et un traitement est entrepris. Une radiographie thoracique montre des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales. Un pédiatre et la psychologue du service de néonatalogie informent les parents de la gravité de l'état clinique de l'enfant et de la possibilité d'un transfert et des risques associés au transfert. Une dégradation de l'état neurologique est constatée. Une prise en charge spécifique est effectuée. Les parents sont informés de l'évolution et de la gravité de l'état clinique de leur enfant au fur et à mesure. Le nouveau-né décède le jour même à 22h11, dans le service de réanimation où des soins d'accompagnement de fin de vie ont été prodigués.

Analyse

Causes immédiates :

Inhalation de liquide amniotique méconial périnatal.

Conditions latentes :

Professionnels / facteurs individuels :

Situation de stress lors de la réalisation de la réanimation néonatale d'un nouveau-né en état de mort apparente.

Charge de travail importante en service de maternité (plusieurs accouchements simultanés) et en service de néonatalogie (transferts via Périnat).

Tâches :

Méconnaissance des valeurs de sensibilité et de spécificité des tests biologiques de rupture des membranes à lecture directe (existence de faux positifs et faux négatifs)

Absence de procédure avec arbre décisionnel sur la conduite à tenir en cas de suspicion de rupture des membranes.

Environnement :

Environnement défavorable pour réaliser la réanimation en salle de césarienne au sein du bloc central :

- Locaux exigus (manque de surface de travail)
- Matériel non à demeure (Néopuff en maternité, l'un sur le chariot de réanimation du nouveau-né qui descend au bloc et le second sur la table de réanimation du nouveau-né en



salle de naissance ; scope ou oxymètre en néonatalogie sur un autre étage ; charriot réa en maternité sur un autre étage) nécessitant un transport source de perte de temps

- Impossibilité de réaliser un dosage de lactates car l'appareil est situé en maternité (2 étages plus haut et absence de personnel pour acheminer le prélèvement et réaliser le dosage en situation d'urgence).

Organisation :

Charge de travail importante en service de maternité et néonatalogie.

Institution :

Salle d'intervention obstétricale non contigüe au secteur naissance (2 étages plus bas que le service de la maternité et 10 étages plus bas que le service de néonatalogie).



Enseignements tirés.

Actions proposées par l'équipe

Rédiger une procédure avec arbre décisionnel concernant la conduite à tenir lors de consultation d'urgence pour suspicion de rupture des membranes en :

- Effectuant un test de type Actimprom® et en cas de doute réalisation d'un test de type Amnisure®
- Déterminant la conduite à tenir

Constituer un groupe de travail pluri professionnel pour :

- Élaborer la liste de matériel devant équiper la salle de césarienne et/ou réanimation fœtale et rester dans cette salle
- Élaborer la liste de matériel devant équiper le chariot de réanimation néonatal
- Rédiger la procédure décrivant la composition l'entretien, la vérification et la maintenance du chariot d'urgence néonatal ainsi que les acteurs impliqués dans la mise œuvre.
- Organiser sur le plan matériel l'ergonomie des différents dispositifs mobiliers et Dispositif médicaux pour permettre la réalisation d'une réanimation efficace
- Commander le matériel indispensable

Réviser les effectifs médicaux et paramédicaux en projet de pôle

- Transformer un poste d'AP de nuit en poste IDE pour que l'IDE puisse effectuer des actes professionnels réduisant la charge en soins des sages-femmes (par exemple pose de voie veineuse, pose de cathéter vésical, administration de médicaments, etc.)
- Rédiger un arbre décisionnel concernant le personnel (rôle et fonction) impliqué lors du déclenchement d'un code orange ou rouge.
- Proposer des exercices de simulation sur le thème « urgence en salle de césarienne ou en salle de naissance »

Références - Recommandations – législation ou littérature

- Collège national des gynécologues et obstétriciens français : Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique – tome XXVI – surveillance fœtale par microdosage instantané des lactates au scalp et au sang du cordon.
- Fiche « gynérisq' attitude » n°5 : gestion pratique des anomalies du RCF en salle de travail
- Fiche « gynérisq' attitude » : Contrôle Terminaison Accouchement en Urgence.
- R. Ramanah et al. / Intérêt de la mesure des lactates au scalp fœtal au cours du travail Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33 (2005) 107–112
- Collège national des gynécologues et obstétriciens – recommandations pour la pratique clinique – Modalités de surveillance fœtale pendant le travail.
- SFMU – urgences 2011 – chapitre 15 : réanimation cardiopulmonaire de l'enfant : recommandations 2011 de l'European Resuscitation Council.
- Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance : synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) – Médecine et enfance- Volume 27 – avril 2007 – hors série.
- SFAR – QFP – Réanimation du nouveau-né en salle de naissance – C. Jeudy – CHU d'Angers.
- Recommandations pour la pratique clinique : césarienne : conséquences et indications – CNGOF 2000
- Menace d'accouchement prématuré et marqueurs de rupture prématurée des membranes : de la physiopathologie au diagnostic – D. Gallot et V. Sapin – dossier biologie périnatale – Spectra Biologie n°161- septembre –octobre 2007.
- Quel test biologique utiliser en cas de suspicion de rupture des membranes ? D. Gallot et all – Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 115-121- doi 10.1016/j.gyn.2011.12.001
- Code de santé publique : articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63

