



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La parturiente après une césarienne est une patiente bien singulière Elle est une « accouchée comme les autres », et aussi « une opérée comme les autres ».....

Ainsi, elle relève d'une surveillance spécifique centrée sur la qualité du réveil, la levée des effets des agents d'anesthésie et les paramètres vitaux, réalisée au mieux (et réglementairement !) en salle de surveillance post-interventionnelle par des professionnels dédiés, Mais aussi relève-t-elle d'une surveillance obstétricale spécifique centrée sur l'appréciation du tonus utérin et la quantification des pertes sanguines, réalisée au mieux par les sages femmes en secteur naissance.

Toute la difficulté va être d'assurer ces deux surveillances spécifiques en un lieu permettant à chaque catégorie de professionnel d'intervenir dans des conditions aptes à assurer la sécurité des soins postopératoires, quels que soient l'heure et le jour de la semaine....

Analyse Approfondie de Cas n° 40

Retard de prise en charge d'une hémorragie du post-partum après césarienne

Date de parution : février 2015

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L' EI

Une jeune femme de 36 ans est suivie pour une seconde grossesse. Une césarienne est programmée pour le 26 septembre après une consultation le 24 septembre pour dépassement du terme ; au cours de cette consultation, le score de Bishop est défavorable. Le 26 septembre, la césarienne est réalisée à 8h15. A 8h43 naissance d'un nouveau né de 4815g. Une délivrance artificielle et une révision utérine sont pratiquées. En fin d'intervention les pertes sanguines sont estimées entre 500 et 800 ml. La parturiente est accueillie en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) à 9h35 et une autorisation de sortie de SSPI est accordée et signée à 10h30.

A 12h35 la patiente, dans sa chambre, présente un malaise avec hypotension et pertes sanguines importantes. L'obstétricien et le médecin anesthésiste (MAR) sont informés et décident d'une reprise chirurgicale au bloc opératoire à 14h45. Une triple ligature vasculaire utérine est réalisée. La patiente reçoit 2 culots globulaires (CGR), 1 plasma frais congelé (PFC) et 1g500 de Clotfact® durant l'intervention. Le chirurgien met en place deux drains de Redon (Redon n°1 en sous péritonéal et Redon n°2 dans le décollement pariétal).

A 16h05 la patiente est admise en SSPI où elle reçoit un PFC. Les pertes sanguines dans les drains de Redon sont estimées à plus de 600 ml, l'hypovolémie est toujours patente avec tachycardie et tension artérielle à 80/50 mmHg. Malgré ces faits une autorisation de sortie de SSPI est signée. La patiente est transférée en service de soins continus (USC). La patiente est transfusée avec 2 CGR. L'hypovolémie s'aggrave, imposant à 21h15 la reprise au bloc opératoire pour effectuer une hystérectomie d'hémostase devant un hématome pariétal important et un saignement en nappe diffus. Durant l'intervention la patiente est transfusée avec 1 CGR et 3 PFC. Une perfusion de 1g5 de Clotfact® est injectée. L'intervention se termine à 22h50. L'équipe médicale décide le transfert par SAMU au CHU proche, car l'hypovolémie n'est pas corrigée. La patiente est prise en charge à la maternité du CHU. Le bébé est transféré le lendemain. Les suites opératoires sont sans complications.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Durée d'hospitalisation prolongée.
Mise en jeu du pronostic vital.



Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet en grande partie d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Une jeune femme de 36 ans est suivie pour une seconde grossesse.

Dans ses antécédents obstétricaux on retrouve une césarienne le 15 mars 2010 (3 ans auparavant), pour dépassement du terme, avec une notion de thrombopénie et d'un échec de déclenchement. Le nouveau né pesait 3750g et les suites opératoires avaient été simples.

La seconde grossesse se déroule sans incident avec cependant un constat de macrosomie fœtale sans diabète gestationnel.

Un bilan sanguin est prescrit et réalisé le 24 septembre et montre un taux d'hémoglobine à 11,7 g/dl et un taux de plaquette à 108 000 mm³, le bilan de coagulation est normal.

Le 24 septembre le terme est dépassé de 3 jours. En raison d'un score de Bishop défavorable, une césarienne est programmée le 26 septembre et un nouvel examen biologique sanguin est prescrit. La recherche d'agglutinines irrégulières est négative et le taux de plaquettes est de 110 000 mm³.

Le 26 / 09 à 8h, la patiente est accueillie au bloc opératoire pour la césarienne programmée. L'équipe d'anesthésie pose la rachianesthésie.

À 8h43, naissance du nouveau né (garçon) de 4815g. Une injection de 10 unités de Syntocinon® est effectuée par l'équipe d'anesthésie en IV directe. L'obstétricien réalise une délivrance artificielle et une révision utérine. En fin d'intervention les pertes sanguines sont estimées entre 500 et 800 ml.

À 9h35, la patiente est accueillie en SSPI. 10 unités de Syntocinon® sont injectées dans 1 litre de polyonique G5% et la perfusion est mise en route sans régulateur de débit sur la voie veineuse périphérique. Une estimation du taux d'hémoglobine (Hb) par HemoCue® est effectuée avec un résultat de 11,2 g/dl.

À 10h30, la patiente sort de SSPI et sa surveillance est effectuée par une sage femme en service de maternité.

À 11h40, alors que jusqu'à ce moment l'examen et les constantes semblaient normaux, la sage femme note des pertes plus importantes. Elle effectue un massage utérin et accélère le débit de la perfusion contenant le Syntocinon®.

À 12h35, la patiente présente une hypotension (TA à 80/50 mmHg). La sage femme règle le tensiomètre automatique (pression non invasive ou PNI) en mode de prise tensionnelle continue. Elle constate un saignement important et injecte 5 unités de Syntocinon® supplémentaires. Elle contacte l'obstétricien pour l'informer des données cliniques de la patiente. Elle débute l'administration de 500 ml de Voluven® sur la voie veineuse périphérique.

À 13h15, le résultat d'un examen sanguin est communiqué et montre un taux d'hémoglobine à 8,3 g/dl, un taux de prothrombine à 54% et un taux de plaquettes à 180 000 mm³. La PNI est de 80/40 mmHg. L'obstétricien examine la patiente et envisage un transfert vers le CHU pour une embolisation si l'état clinique de la patiente se stabilise suffisamment pour permettre le transport. Il prescrit du Nalador® au pousse seringue électrique (PSE). Le MAR est averti de la situation clinique. Le Nalador est administré au débit de 20 ml/h (dilution 500µg/50 ml).

À 14h, l'obstétricien prescrit un débit de perfusion du Nalador à 30 ml/h. Un taux d'Hb par HemoCue® est réalisé et est de 7,6 g/dl. Les pertes sanguines constatées sont toujours importantes. L'obstétricien décide une reprise en urgence au bloc opératoire.

Entre 14h15 et 16h, la patiente bénéficie d'une intervention pour une triple ligature vasculaire utérine et mise en place de 2 drainages de Redon. Durant l'intervention, 1 PFC, 2 cgr, 1g500 de Clottafact® et 2 g d'Exacyl® sont administrés.

Entre 16h05 et 17h40, la patiente est installée en SSPI, le débit du PSE de Nalador est prescrit à 8 ml/h. L'IADE prend en charge la patiente et surveille les constantes. Elle note en pertes sanguines dans les drains de Redon n°1 : 125 ml et Redon n°2 : 225 ml. Elle transfuse un PFC prescrit à la patiente et effectue un taux d'hémoglobine par HemoCue® qui indique un taux de 11,2 g/dl. Elle note les pertes sanguines qui sont au moins de 500 ml.

À 17h15, la patiente présente une hypotension à 80/50 mmHg. Un bilan sanguin en urgence est prescrit et prélevé. Le MAR autorise la sortie de SSPI et la patiente est admise en soins continus.

De 17h40 à 20h30, la patiente présente une hypovolémie majeure avec une PNI de 60/40 mmHg. Elle est transfusée avec 1 CGR et les Redons recueillent plus de 700 ml de sang. L'obstétricien et le MAR décide de reprendre la patiente au bloc opératoire pour explorer l'étiologie du saignement.

À 21h15, l'incision par l'obstétricien et évacuation d'un hématome pariétal important. Un saignement en nappe diffus est constaté. L'obstétricien réalise une hystérectomie d'hémostase. La patiente présente une hypovolémie persistante durant l'intervention. Elle est transfusée avec 2 PFC, 2 CGR et 1g500 de Clottafact® est prescrit et administré. A la fin de l'intervention et décision de transfert de la patiente vers le CHU proche.

À 0h30, le SAMU prend en charge la patiente et effectue son transport vers le CHU. La patiente est hospitalisée au CHU et les suites opératoires sont sans problèmes particuliers. Le bébé est transporté au CHU pour rapprochement maternel, plus tard dans la journée.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Différence dans l'appréciation du retentissement clinique d'une hypovolémie patente et persistante.

Défaut de surveillance :

- En SSPI : des pertes précises et quantifiées des suites de couche.
- En service de maternité : du suivi des paramètres vitaux et notamment les signes d'hypovolémie qui sont sous estimés.

Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Patient :

Grossesse avec antécédents de césarienne pour dépassement du terme et thrombopénie modérée.

Professionnels / facteurs individuels :

Sous estimation des facteurs de risques et défauts de connaissances et de formation : +++

- la surveillance des parturientes en SSPI par du personnel qualifié et formé de SSPI ne se concentre pratiquement que sur la qualité du réveil, la levée des effets des agents d'anesthésie et la surveillance des constantes hémodynamiques, respiratoires, neurologiques et douleur. Les critères de surveillance spécifique obstétricale n'étant pas maîtrisés, le personnel de SSPI se focalise sur le contrôle des paramètres de réveil.
- La surveillance des parturientes en service de maternité par les sage femmes se focalise sur les données obstétricales, notamment pour les femmes ayant séjournées en SSPI ; puisqu'il y a eu autorisation de sortie de SSPI les paramètres vitaux sont à priori réputés permettre une surveillance plus espacée. Les sages femmes n'étant pas formées à la surveillance spécifique des patientes en phase de réveil post anesthésique, elles se focalisent sur le contrôle des paramètres obstétricaux.

Non respect des bonnes pratiques d'un MAR autorisant la sortie de SSPI, alors que les paramètres hémodynamiques sont incompatibles avec celle-ci.

Équipe :

Déficience des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes par défaut de : +++

- Staff obstétrical permettant la revue des dossiers en équipe pluridisciplinaire
- Traçabilité et communication écrite tant au niveau de la SSPI que du service de maternité
- Pas de coordonnateur de la prise en charge des parturientes post césarienne désigné, la prise en charge étant conditionnée par l'identité du médecin de garde tant au niveau obstétrical qu'anesthésique.

Tâches :

Absence de procédures : +++

- De surveillance clinique et para clinique d'une patiente césarisée pour les professionnels de la SSPI (quantifications des pertes et surveillance du tonus utérin) et du service de maternité (surveillance des constantes hémodynamiques et les valeurs seuils déclenchant un appel vers les MAR), intégrant les protocoles de surveillance du taux d'hémoglobine par HemoCue® et la quantification des pertes sanguines post partum.
- De conduite à tenir en cas d'hémorragie du post partum
- De conduite à tenir vis-à-vis des résultats du taux d'hémoglobine par (valeur seuil devant déclencher une procédure de correction
- Définissant le rôle et les fonctions de chaque acteur intervenant dans la prise en charge des patientes césarisées ou opérées en obstétrique et le lieu de la surveillance de la patiente en toute situation (nuit/jour ; 365/365)

Environnement :

Charge de travail importante. ++

Organisation :

Organisation de la prise en charge post opératoire des patientes césarisées imprécise quant au : +++

- lieu de surveillance
- personnel dédié et formé à cette surveillance spécifique
- matériel spécifique à utiliser permettant de quantifier les pertes sanguines post opératoires
- responsable du suivi postopératoire (coordonnateur)

Institution : Pas de facteurs latents retrouvés .

Facteurs d'atténuation

Présence d'un dépôt de sang / respect des procédures de transfusion sanguine.

Facteurs d'atténuation non activés

Absence d'évaluation rigoureuse des critères de sortie de SSPI.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

La quantification des pertes sanguines après accouchement, par voie basse ou par césarienne, au moyen de dispositifs médicaux spécifiques adaptés doit être systématique.



Commun :

Organisation de la prise en charge post opératoire immédiate des parturientes césarisées, 24 heures/24 et 365 jours/365, précisant notamment :

- Les lieux de surveillance.
- Les compétences et formations requises du personnel affecté à cette surveillance spécifique.
- La définition des rôles et la désignation d'un responsable du suivi postopératoire (coordonnateur).
- Les modalités de surveillance (procédures et protocoles corollaires).
- La procédure de conduite à tenir en cas de dégradation de l'état clinique de la patiente.

Evitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement probablement évitable.



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

La coordination de soins doit être organisée tout au long du parcours de la parturiente, depuis les staffs pluridisciplinaires pendant la grossesse jusqu'aux soins lors du retour à domicile en toute sécurité.

Références et Bibliographie

- Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 [3] décrit les « conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale »
- Recommandations pour la pratique clinique « Hémorragies du post-partum immédiat » HAS-CNGOF – Novembre 2004.
- Fiche « Gynérisq'attitudes sur les hémorragies du post-partum » GYNERISQ- Mars 2012- <http://www.gynerisq.fr/>
- Maladies acquises de la coagulation. Anticoagulants circulants – Dr I. Martin – Toutain –Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière – Paris www.aem-sang.fr/content/du-maladie-acquise-coagulation.pdf
- Vidal et fiche RCP : oxytocine (Syntocinon®)
- Vidal et fiche RCP : sulprostone (Nalador®)
- Procédure de 2010 du réseau de santé en périnatalité, élaborée par le groupe de travail régional Aquitaine « protocoles en obstétrique ».

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>