

Analyse Approfondie de Cas 52 :



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

Asphyxie du perpartum

Date de parution : mai 2017

- **Catégorie : Obstétrique**
- **Nature des soins : Thérapeutiques**

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 27 ans, primipare et primigeste, se présente à la maternité d'un centre hospitalier vers 1h30 du matin, pour début de travail spontané à 40 semaines d'aménorrhée (SA) et 5 jours. La patiente est connue du service puisque la surveillance de la grossesse a été réalisée au sein du service. Celle-ci s'est déroulée de façon physiologique. Le travail est rapide; une analgésie par voie péridurale est mise en place à 3h30.

Vers 4h la sage femme note un ralentissement du rythme cardio-fœtal (RCF) pendant quelques minutes et avertit l'obstétricien de garde. Cependant le RCF se normalise et le travail se poursuit.

A 5h15 la dilatation du col est complète, la présentation est fixée, le liquide amniotique clair. L'obstétricien informé par la sage femme par téléphone de ces données cliniques, demande que les efforts expulsifs soient débutés et donne pour consigne de l'avertir en cas de difficultés.

A 5h25, la sage femme appelle l'obstétricien pour perte de signal cardiaque. L'obstétricien réalise une échographie à 5h27 et capte un rythme cardiaque à 105 battements/min. Il constate la présentation céphalique de l'enfant mais sans engagement, en « oblique pariétal », et décide d'une césarienne en urgence.

A 5h40, naissance par césarienne d'un nouveau-né en état de mort apparente. Le pédiatre sur place débute une réanimation du bébé. Le score d'Apgar est de 0 à la naissance. Malgré une réanimation adéquate selon les recommandations professionnelles, le rythme cardiaque reste anormal jusqu'à 6h30. Une décision collégiale d'arrêt de réanimation est prise en respectant les règles éthiques en vigueur. Le décès est prononcé à 8h12. Les parents sont informés et pris en charge par une équipe dédiée.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Décès.

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. La mise en place de ces analyses des événements indésirables à travers des CREX ou des RMM est très récente



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Le « travail en équipe » sous entend la juxtaposition de plusieurs exigences, entre autres :

but commun,
leadership,
communication efficace,
cohésion,
respect mutuel...

Le principe de cohésion, intuitivement lié aux notions d'union et de solidarité étroite, peut être affiché sans pour autant être éprouvé en situation de conflits de personnes.

Et ces conflits peuvent être générés par une grande fatigue, voire les situations de burn out des professionnels...

Indépendamment des erreurs de raisonnement que la fatigue engendre chez l'individu, celle-ci peut mettre en péril tous les acquis d'un travail en équipe.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement



Du 28 janvier au 16 aout : Une jeune femme de 27 ans est suivie dans le cadre d'une première grossesse d'un centre hospitalier. Les antécédents médicaux et chirurgicaux de la parturiente sont sans faits remarquables. La surveillance de la grossesse ne relève pas d'anomalie. Les parents refusent la prévention de l'allo-immunisation rhésus D. Les différents examens paracliniques sont normaux. Le 14 aout, la patiente présente des démangeaisons au niveau du cou, des oreilles et des avant-bras. Des examens biologiques à la recherche d'une étiologie de ce prurit sont prescrits et s'avèrent normaux.

Le 19 aout 1h30 à 2h05 : La patiente est accueillie dans le service de la maternité pour début du travail spontané à 40 SA et 5 jours. Le RCF est satisfaisant et la sage femme constate 2 à 3 contractions utérines toutes les 10 minutes. Le liquide amniotique est clair. Une prescription d'1 g d'amoxicilline per os est administrée. La surveillance du RCF est suspendue pendant 1 heure.

À 3h30 : Un interne en anesthésie est sur place pour réaliser l'analgésie par voie péridurale. La patiente est installée pour la réalisation du geste et la surveillance du RCF est arrêtée.

À 4h06 : Le monitoring par cardiotocographe est remis en place et indique une bradycardie à 60 battements/min « micro-oscillante », avec une récupération en 7 minutes d'un rythme cardiofoetal à 100 puis 120 battements/mn (BPM). La surveillance tensionnelle de la mère ne montre aucune anomalie. La sage femme contacte le gynécologue obstétricien de garde pour l'informer de cette bradycardie. Le médecin gynécologue obstétricien donne comme conduite à tenir par téléphone : « préparez la patiente pour une césarienne ». La sage femme effectue la préparation pour la césarienne (dépilation et pose d'une sonde vésicale).

À 4h12 : Le médecin gynécologue obstétricien arrive en salle d'accouchement et observe que le RCF est de 120 BPM « avec une variabilité moyenne », la patiente est en décubitus dorsal. Le médecin donne les consignes suivantes : « placer la parturiente en décubitus latéral gauche, administrer une oxygénothérapie et poursuivre la surveillance du RCF. A la moindre anomalie du RCF ou autre anomalie, rappeler le médecin gynécologue obstétricien ». La sage femme exécute les consignes et note sur le diagramme d'accouchement « ARCF, bradycardie à 55 BPM récupéré en 8 minutes, peu variable, micro-oscillant ». La patiente est « calme ». Les constantes de la parturiente sont : une pression artérielle non invasive de 165/75 mmHg, une fréquence cardiaque de 80 BPM.

De 4h22 à 5 h : La sage femme note à 4h22, un RCF à 140 BPM micro-oscillant de variabilité minime. A 4h32, elle consigne un RCF à 140 BPM réactif avec accélération lors des contractions utérines toutes les 3 minutes. A 4h45, elle relève un RCF à 150 BPM, variable et des contractions utérines toutes les 3 minutes.

À 5h10 : La sage femme observe et remarque que depuis 5h03, à chaque contraction utérine, un ralentissement du RCF à 50-70 BPM puis une récupération du RCF à 140 BPM se produit. L'examen montre une dilatation du col utérin complète, un liquide amniotique clair et une présentation céphalique fixée.

À 5h15 : La sage femme téléphone au médecin gynécologue obstétricien pour l'informer de ces ralentissements du RCF. Le médecin indique la conduite à tenir suivante « débiter les efforts expulsifs et si problème me rappeler »

À 5h17 : La sage femme installe la patiente pour commencer les efforts expulsifs. Elle téléphone au pédiatre de garde pour l'informer des anomalies du RCF et de l'installation de la parturiente pour débiter les efforts expulsifs. La sage femme note des ralentissements du RCF à 70 BPM mais qui sont récupérés. Cependant des difficultés à capter le RCF, mène à la décision par la sage femme d'installer l'échographe en salle d'accouchement et à faire un essai de l'échographe à 5h23.

À 5h25 : La sage femme appelle le médecin gynécologue obstétricien pour l'avertir des anomalies du RCF et de la perte de signal.

À 5h27 : Le médecin gynécologue obstétricien arrive dans la salle d'accouchement et réalise une échographie. Il constate un RCF à 105 BPM. Il décide d'une césarienne en urgence en raison des efforts expulsifs inefficaces et des anomalies du RCF. La sage femme contacte le MAR et le pédiatre de garde.

À 5h40 : L'incision de la césarienne est réalisée et l'enfant est sorti. Le score d'Apgar est de 0 à la première minute de vie. Une prise en charge immédiate du nouveau-né (garçon de 3535 g) est réalisée par le pédiatre. Le médecin gynécologue obstétricien termine l'intervention qui se déroule sans problème particulier. La parturiente est prise en charge en salle de surveillance post interventionnelle. Une procédure de réanimation du nouveau-né, selon les recommandations de l'ILCOR est effectuée. Le score d'Apgar est de 0 à 5 minutes de vie et 0 à 10 minutes de vie. Après plus de 10 minutes de réanimation, une fréquence cardiaque à 60 BPM est constatée, puis pendant 10 à 20 minutes une FC entre 60 et 75 est enregistrée. La fréquence cardiaque augmente progressivement jusqu'à 130 BPM.

À 6h30 : La fréquence cardiaque du nouveau-né reste au dessus de 100 BPM. Une décision éthique collégiale d'arrêt de réanimation post ressuscitation longue est prise. Les parents sont informés et souhaitent que le nouveau né reste sur le site et ne soit pas transféré en réanimation néonatale de recours. L'enfant est admis en service de néonatalogie.

À 8h12 : Décès du nouveau-né. Les parents sont informés et pris en charge par une équipe dédiée.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Insuffisance d'interprétation du RCF pendant le travail avec sous-estimation de la gravité des épisodes de ralentissement du rythme et de variabilité du RCF.
Interruption de l'enregistrement du RCF durant environ 40 minutes (temps de pose du cathéter d'analgésie péridurale).

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient :

Pas de facteurs latents retrouvés.

Professionnels / facteurs individuels :

Insuffisance d'actualisation des connaissances dans l'interprétation du tracé du rythme cardio foetal pour certains professionnels. ++

Stress lié à l'urgence de la situation. ++

Fatigue pour l'obstétricien qui a effectué 4 gardes en 7 jours. +++

Charge de travail importante dans le service. ++

Biais cognitif (effet de tunnélisation) des professionnels qui se concentrent sur la voie basse acceptée en raison de la dilatation rapide du col utérin et de la récupération faussement rassurante du RCF. +++

Équipe :

Défaut d'adaptation à une situation imprévue. +

Difficultés d'expression des préoccupations. ++

Collaboration insuffisante ou difficile. ++

Manque de soutien entre pairs pour les gardes. +++

Tâches :

Retard à l'analyse du tracé du RCF (le tracé dans sa globalité n'est pas étudié par le médecin fatigué). +++

Interruption de la surveillance du RCF lors d'un geste technique (pose cathéter d'analgésie péridurale) +++
absence d'un consensus d'équipe pluridisciplinaire (sage femme, MAR, IADE, médecin gynécologue – obstétricien) autour du temps sans monitoring
ou des solutions dégradées acceptables (par exemple : RCF surveillé mais en tolérant les pertes de signal consécutives aux perturbations liées au geste technique réalisé)

Non réalisation d'examen de 2ème ligne (pH ou/et lactates) complémentaires d'aide à la décision par absence de consensus d'équipe. +

Environnement :

Ambiance de travail difficile ; faible cohésion et collaboration entre pairs. ++

Organisation :

Charge de travail excessive (cumul de gardes). +++

Formation spécifique concernant l'analyse du tracé du RCF insuffisamment déployée (et notamment aux personnels remplaçants et/ou étudiants). ++

Culture insuffisante de signalement des événements indésirables et du retour d'expérience.

Absence de politique et de programme d'intégration des nouveaux arrivants. ++

Institution :

Difficulté dans la gestion des effectifs médicaux : stratégie de gestion des ressources humaines plus réactive que proactive. +++

Absence de politique formalisée de prise en charge du personnel médical et/ou paramédical, lors d'évènements indésirables graves, ayant vécu des situations difficiles sur le plan émotionnel.

Facteurs d'atténuation activés : Pas de facteur retrouvé lors de l'analyse



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique: Diffusion et appropriation de la procédure existante (mais non connue de tous les acteurs en obstétrique) décrivant l'aide à la décision pour la réalisation du pH et/ou des lactates en cours de travail et la conduite à tenir en fonction des résultats.

Commun :

Mise en place d'un groupe de travail pluri-professionnel pour rédiger une procédure consensuelle de la surveillance du RCF :

- Temps d'interruption maximum toléré du monitoring du RCF (recommandations CNGOF) ou surveillance continue pendant la phase active du travail.
- Conditions de monitoring de la parturiente (surveillance par SpO₂ et/ou surveillance continue de l'ECG, et/ou PNI par intermittence, par exemple.)
- Conditions de l'appel de l'obstétricien en cas d'anomalies du RCF (arbre décisionnel par exemple).

Faciliter l'accès de tous les professionnels médicaux de gynéco-obstétrique aux formations et actualisations des connaissances sur l'analyse et l'interprétation du RCF proposées dans le cadre du réseau périnatal.

Général :

Définir à l'échelle institutionnelle une stratégie d'accompagnement des professionnels confrontés à la gestion d'un EIGS.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels **événement très probablement inévitable**



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

Références et Bibliographie

- 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.
- Complications de l'anesthésie péridurale en obstétrique – P. Diemunsch – SFAR 1997.
- Gynérissq – fiche « Gynérissq Attitude » n°5 : Gestion des anomalies du RCF en salle de travail – Novembre 2013.

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