



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

Analyse Approfondie de Cas 53 :

Décès périnatal après dystocie du siège

Date de parution : mai 2017

- Catégorie : Obstétrique
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les situations complexes sont sources de stress pour les professionnels.

Le travail d'équipe prend alors toute sa valeur, et ceci dès le staff, afin d'adopter collégalement les conduites à tenir lors des accouchements dits « à risque ».

Il permet :

- une communication,
- un soutien,
- un partenariat,
- une entraide,
- une anticipation.

Il nécessite :

- le respect de l'autre et de ces idées,
- l'absence de jugement,
- le partage des connaissances.

L'absence de cohésion dans l'équipe entraîne des dysfonctionnements inéluctables. L'accompagnement des nouveaux arrivés, de type compagnonnage permet de renforcer cette cohésion.

Une jeune femme de 30 ans est suivie pour une première grossesse à partir de 12 semaines d'aménorrhée (SA) dans un centre hospitalier. Au cours de la grossesse le diagnostic d'une présentation en siège est posé. Le dossier est présenté en staff pour établir la stratégie de l'accouchement. L'avis du staff est favorable à un accouchement par voie basse. Les parents sont informés des risques de l'accouchement par voie basse d'une présentation par le siège et acceptent cette option.

A 41 SA et 4 jours, vers 15h15, la patiente se présente à la maternité pour rupture des membranes survenue à 13h30. Elle est prise en charge par une sage femme. L'obstétricien est averti de l'admission de la patiente. Les informations concernant l'accouchement par voie basse d'une présentation par le siège sont renouvelées. À 03h55 une analgésie par voie péridurale est réalisée. Vers 8h15 la patiente est installée pour l'accouchement ; un pied à la vulve est extériorisé. Les efforts expulsifs sont efficaces jusqu'à 8h30, moment où le fœtus semble bloqué au niveau du milieu du thorax. Les efforts expul-

sifs deviennent difficiles et inefficaces. Une manœuvre de Lovset d'abaissement des bras est effectuée par l'obstétricien et concomitamment un appel pour une aide par un collègue obstétricien est réalisé. Lors de l'arrivée du second obstétricien le bras gauche puis droit sont libérés. Celui effectue une manœuvre de Bracht et une circulaire lâche du cordon ombilical autour du cou du nouveau-né est retirée sans difficulté. Le nouveau-né est en état de mort apparente. Il est pris en charge par le pédiatre qui effectue les gestes de réanimation avec l'aide de l'équipe d'anesthésie. Malgré une réanimation effectuée selon les recommandations professionnelles le nouveau-né est déclaré décédé. Les parents sont informés du décès.

Quelque jours plus tard, les résultats des examens foetoplacentaires indiquent : « l'examen macroscopique de l'enfant met en évidence des arguments en faveur d'une chorioamnionite aigue » entre autre. Les parents sont informés de ces résultats.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Décès du nouveau-né

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





Du 05 avril au 23 octobre : une femme de 30 ans est suivie dans un centre hospitalier pour sa première grossesse. Dans ses antécédents, on note une surcharge pondérale (IMC à 34) ; un tabagisme actif ; des antécédents de dépression avec syndrome anxieux et boulimie. Elle est traitée par oxazépam 50mg/jour. La prise de poids durant la grossesse est de 22 kilogrammes. Le fœtus se présente en siège. Le dossier est présenté en staff pour établir une stratégie d'accouchement. Il est décidé que l'accouchement se ferait par voie basse. Les informations concernant les risques sont données aux parents, qui donnent leur accord. Le 23 octobre à 41 SA et 2 jours la patiente est examinée en consultation par une sage-femme : les constantes sont normales, il n'y a pas de contractions utérines.

Le 24 octobre de 15h15 : la patiente se présente à la maternité pour début du travail spontané avec rupture des membranes survenue à 13h30. Une sage femme note des constantes normales, la hauteur utérine est de 34 cm ; les contractions sont irrégulières (environ 2 toutes les 10 mn). La présentation est en siège complet. Le col utérin est intermédiaire, tonique, épais, avec une dilatation à 2 doigts, un liquide amniotique clair. Un prélèvement vaginal est effectué. Un bilan sanguin est prélevé. Un monitoring du RCF est réalisé et la sage femme note : une fréquence cardiaque à 130 BPM, avec une variabilité importante, sans ralentissements. Le médecin gynécologue obstétricien est informé de l'admission de la patiente. Il redonne, ainsi que le médecin pédiatre, les informations concernant les risques de ce type d'accouchement dans ce contexte. La patiente renouvelle son accord. A 22h35, la réalisation d'une échographie confirme la présentation par le siège avec la tête fléchie. De nouveau des informations sur l'accouchement sont données. A 23h25, la sage femme met en place une voie veineuse périphérique et administre un antalgique par voie intraveineuse lente (nalbuphine 20mg).

À 3h15 : la patiente présente des contractions utérines douloureuses. Il est noté un col utérin centré, épais, dilaté à 4 ou 5 cm, avec présentation postérieure quasi fixée. Le liquide amniotique est teinté, le RCF à 150, des constantes hémodynamiques normales pour la mère et une température à 36,8°C. La patiente passe alors en salle d'accouchement. L'équipe d'anesthésie est contactée pour une pose d'analgésie par voie péridurale, réalisée à 3h55.

À 4h15 : la sage-femme exécute le protocole d'antibioprophylaxie (2 g d'amoxicilline) par voie veineuse.

De 4h15 à 8h : le travail se poursuit et la dilatation du col est « harmonieuse » avec une complète dilatation en 5 heures. La parturiente est apyrétique avec des constantes hémodynamiques normales. Le RCF est enregistré à 150 BPM jusqu'à 6h15. Après 6h15 le RCF enregistre une augmentation à 160 BPM. La sage femme administre 5 UI d'oxytocine dans 500 ml de sérum glucosé à 5 %.

À 8h13 : la sage femme installe la patiente pour l'accouchement et contacte le médecin gynécologue obstétricien pour l'avertir de l'imminence de l'accouchement. Elle note dans le diagramme d'accouchement : une présentation en sacro iliaque gauche antérieur, un col utérin épais, un liquide amniotique teinté, des contractions utérines mal enregistrées par le tococardiographe, un RCF à 160 BPM. Une sonde vésicale est mise en place. Elle constate l'extériorisation d'un pied du fœtus à la vulve.

À 8h15 : le médecin gynécologue obstétricien arrive en salle d'accouchement et exprime à haute voix son étonnement lorsqu'il voit le pied extériorisé. Il est demandé à la patiente de débiter les efforts expulsifs. Les poussées sont efficaces, la progression du fœtus est correcte. La sage femme note des ralentissements variables atypiques du RCF avec une variabilité minimale. Le pédiatre est averti du début des efforts expulsifs. L'équipe d'anesthésie ne l'est pas.

À 8h30 : Le fœtus est bloqué au niveau du milieu du thorax et l'obstétricien l'évoque à haute voix. Il exprime un doute sur un relèvement de bras du fœtus. Il tente une manœuvre de Lovset, libère le bras gauche puis droit. Pendant ce temps la sage-femme contacte un deuxième médecin gynécologue obstétricien pour une aide face au relèvement des bras et à la rétention de la tête dernière. La patiente s'agite et panique, les efforts expulsifs deviennent inefficaces.

À 8h35 : l'obstétricien ② arrive en salle au moment de la libération du second bras. Le liquide amniotique contient du liquide méconial. **À 8h38 :** l'obstétricien ② exécute une manœuvre de Bracht et constate la présence d'une circulaire lâche du cordon ombilical autour du cou du fœtus, qu'il libère facilement. Le nouveau-né est en état de mort apparente. Il est conduit immédiatement par le pédiatre en salle de réanimation néonatale. La délivrance de la parturiente est complétée.

À 8h40 : Le nouveau-né (fille de 3180 g) est pris en charge pour une réanimation cardiorespiratoire. La fréquence cardiaque est de 40 BPM pendant 2 minutes puis arrêt cardiaque. Un massage cardiaque et une ventilation au masque sont réalisés.

De 8h42 à 9h19 : Le pédiatre tente d'intuber le nouveau-né. À 8h50 l'intubation ainsi qu'une injection intra trachéale d'adrénaline sont réalisées par un autre MAR. La réanimation est poursuivie selon les recommandations professionnelles. 8h57 un autre pédiatre est appelé en renfort. Le nouveau-né est transféré en service de néonatalogie. Un cathéter ombilical est posé. Le nouveau-né est toujours aréactif. Devant l'absence de reprise d'une activité cardiaque, la réanimation est arrêtée à 9h19. Les parents sont informés de la prise en charge et du décès du nouveau-né.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Dystocie du siège.

Désorganisation et déstructuration du travail d'équipe et de la collaboration de la mère, compromettant les efforts expulsifs lors d'un accouchement par voie basse d'une présentation par le siège.

Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Patient :

Surcharge pondérale

Présentation par le siège du nouveau-né ++

Accès de panique favorisé, peut-être, par le comportement des soignants chez une patiente anxieuse ++

Professionnels / facteurs individuels :

Faible expérience dans l'accouchement voie basse d'une présentation par le siège du médecin gynécologue obstétricien récemment arrivé (manœuvre spécifique rarement pratiquée)+++

Stress devant une situation inhabituelle et urgente engendrant une réduction des capacités cognitives pour comprendre la situation (blocage de la progression du bébé en milieu de thorax) et décider d'une conduite à tenir +++

Défaillance des qualités relationnelles entre collègues du service d'obstétrique +++

Non respect des bonnes pratiques (appel MAR non réalisé au début de l'expulsion, protocole pour l'état de panique de la mère non effectué) +

Équipe :

Mauvaise cohésion d'équipe et manque de soutien entre professionnels et entre pairs entraînant une perte de confiance mutuelle (patient et membre de l'équipe) et une perte d'efficacité du travail en équipe +++

Défaut d'adaptation à une situation imprévue ++

Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations ++

Tâches :

Procédure d'appel du MAR non respectée et/ou insuffisamment connue +

Procédure de conduite à tenir devant une parturiente en état de panique non effectuée et/ou insuffisamment connue ++

Environnement :

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

Organisation :

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 plutôt réactive que proactive.++

Facteurs d'atténuation activés : Appel en renfort d'un deuxième obstétricien avec cependant aucun impact positif sur le déroulement de la situation.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Diffuser les procédures existantes mais non connues de tous les professionnels pour les appels en urgences et s'assurer de leur bonne appropriation .

Anticiper dès le staff la conduite à tenir commune à tous les obstétriciens lors de présentations du siège.

Commun :

Participer à un programme de simulation ou de formation continue des accouchements dits à risques ou peu réalisés.

Elaborer un programme d'intégration avec conduite à tenir de type directive clinique de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Canada qui recommande « qu'un obstétricien-gynécologue expérimenté, rompu à la tenue d'accouchements du siège par voie vaginale, devrait être présent au moment de l'accouchement afin de superviser le travail des autres fournisseurs de soins de santé, y compris un stagiaire », pour les nouveaux praticiens, au niveau du service d'obstétrique - gynécologie.

Évitabilité difficile à déterminer en raison de la coexistence de la dystocie du siège et de la chorioamniotite (découverte a posteriori)



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 :

Mener une réflexion sur le travail en équipe et notamment lors des situations en urgences ou à risques.

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.
- Voie d'accouchement en cas de présentation du siège : la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français – 2001.
- HAS – indications de la césarienne programmée à terme – janvier 2012 – Présentation par le siège.
- Accouchement du siège par voie vaginale – Directive clinique de la SOGC – JOGC juin 2009 – N°226 ; 567-78.
- Les complications et la surveillance pendant la période de latence après une rupture prématurée des membranes avant terme : mise au point. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction – J.C.Pasquier- 2008 -37,568-578