



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



# Analyse Approfondie de Cas n° 71

Complications chirurgicales infectieuses d'une césarienne chez une femme porteuse d'une pathologie dysimmunitaire

Date de parution : Octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

## RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

### ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins. La qualité du parcours comprend pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales). La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

Haute autorité de santé, questions / réponses, 2012. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)

Le 27 juillet, une jeune femme de 26 ans est hospitalisée à la maternité (type 1) d'une clinique pour des contractions utérines (CU). Elle est à 34 semaines d'aménorrhées (SA) d'une grossesse gémellaire bi chorale et bi amniotique. Depuis le 9 juillet, elle présente une menace d'accouchement prématuré (MAP). Parallèlement, la patiente est traitée depuis 6 ans pour une pathologie dysimmunitaire avec anticorps anti SSA. Du 28 juillet au 2 août, la patiente est prise en charge pour MAP avec une hypertension (HTA) limite, des douleurs abdominales, des œdèmes des membres inférieurs, une protéinurie et une augmentation de l'acide urique. Le dimanche 2 août à 35 SA et 1 jour, le tracé RCF de l'un des jumeaux n'est pas retrouvé. L'obstétricien organise le transfert de la patiente à la maternité (type II b) du CH de recours. Après une tentative d'accouchement par voie basse, la patiente bénéficie d'une césarienne sous anesthésie générale. À 3h56 le 3 août, a lieu la naissance d'une fille, viable, qui est transportée en service de néonatalogie. Le second nouveau-né est une fille, morte in utéro. Du lundi 3 au vendredi 7 août, la patiente présente des douleurs abdominales et un retard à la reprise du transit. Son bilan biologique indique une insuffisance rénale et une anémie. Un traitement symptomatique est initié. Le 7 août, l'examen tomodensitométrique montre un important épanchement péritonéal, sans syndrome occlusif et une dilatation pyélique bilatérale. Le néphrologue,

en accord avec ses confrères du CHU, préconise un transfert au CHU de recours. Une sonde vésicale est mise en place.

Le lendemain, l'insuffisance rénale et l'hématurie se normalisent avec un syndrome de levée d'obstacle (10 litres les 24 premières heures) et une reprise de la diurèse.

L'état général de la patiente s'améliore et le transfert au CHU est annulé. Les résultats biologiques et cliniques mettent en évidence un syndrome infectieux. Une prescription d'antibiothérapie probabiliste est effectuée.

Le 12 août, la patiente présente une hyperthermie et un second antibiotique est prescrit en complément. Le syndrome infectieux persiste avec une symptomatologie fonctionnelle digestive et respiratoire ainsi qu'une anémie sévère nécessitant la transfusion de 2 CGR.

Le 15 août, après concertation téléphonique entre les praticiens du CH et ceux du CHU, le transfert de la patiente est décidé pour le lendemain vers le CHU. L'examen tomodensitométrique effectué avant son départ met en évidence un hématome péri-utérin antérieur gauche, un épanchement intra péritonéal important et un épanchement pleural bilatéral postérieur d'importance modérée.

La patiente est prise en charge au CHU pour le traitement chirurgical d'un abcès péri utérin le 20 août, puis d'un hématome de paroi le 23 août.

Elle rentre à son domicile le 31 août.

### CARACTÉRISTIQUES :

**Gravité :** mise en jeu du pronostic vital





**En mai** : une jeune femme de 26 ans, enceinte de jumeaux, est suivie depuis 6 ans par le dermatologue d'un CH pour une pathologie dysimmunitaire avec anticorps anti SSA et anticorps antinucléaires. Dans ses antécédents, on note un syndrome de Raynaud et une fausse couche l'année précédente. La patiente est adressée au service de dermatologie du CHU en vue de la surveillance de cette grossesse à risque. Un courrier est envoyé au médecin généraliste et à son gynécologue qui la suit dans une clinique proche.

**Entre le 22 mai et le 4 juin** : une consultation a lieu au CHU ainsi qu'un bilan immunologique et un bilan de thrombophilie complet.

**Le 4 juin (26 SA et 5 jours)** : une consultation et une échographie cardiaque sont réalisées au CHU. Le courrier indique : «[...]pour les 2 fœtus, les conditions d'examen sont assez correctes et permettent de confirmer une architecture et une fonction dans la norme. [...] Pas de signe de myocardite ni d'anomalie des délais de conduction auriculo-ventriculaire. Etant en fin de deuxième trimestre, il n'y a pas de suivi proposé ».

**Le 27 juillet vers 23h15 (34SA et 2 jours)** : la jeune femme est hospitalisée à la maternité de la clinique pour contractions utérines (CU) et MAP. La grossesse est bi chorale et bi amniotique. Le traitement consiste en : prednisone 7,5 mg /24h, acetylsalicylate (Aspégic®) 100 mg /24h, nicarpidine (Loxen®) 100 mg /24h et acide ascorbique /sulfate ferreux (Timoférol®) . Aucun document ne permet d'établir la date de début de traitement ou le nom du prescripteur. La patiente présente d'importants œdèmes des membres inférieurs, une tension artérielle (TA) à 134/85 mmHg, une fréquence cardiaque (FC) à 98 battements par minute (BPM). Le monitoring par cardiocographe est normal. Les mouvements fœtaux des 2 jumeaux sont ressentis. Un traitement intraveineux de Loxen® est débuté. L'Aspégic® est remplacé par une héparine à bas poids moléculaire.

**Du 28 juillet au dimanche 2 août** : les contractions utérines sont rares et la patiente est surveillée par l'équipe d'obstétrique. Le bilan sanguin montre une hyperuricémie et une protéinurie dans un contexte de douleurs abdominales et d'œdèmes des membres inférieurs.

**Le 2 août** : le rythme cardiaque de l'un des fœtus n'est pas perçu et l'obstétricien choisit de transférer la patiente vers le CH de recours (maternité niveau II b) plutôt que vers le CHU. Il précise qu'il existe un retard de croissance intra utérin des 2 fœtus, que la patiente a d'importants œdèmes des membres inférieurs et une tension artérielle à la limite de la pré éclampsie.

**Vers 21 h** : la patiente est admise au CH pour MAP et mort intra utérine d'un des jumeaux. Malgré les réticences de la patiente, l'équipe d'obstétrique la persuade de tenter un accouchement par voie basse.

**Lundi 3 août vers minuit** : une analgésie locorégionale par péridurale est mise en place en salle de naissance. La sage-femme constate une stagnation du travail et des anomalies du rythme cardio fœtal (RCF) . Une césarienne code orange est décidée. Une anesthésie générale par induction rapide sur estomac plein est réalisée.

**À 3h56** : naissance d'une fille de 2140 g, viable et transportée en service de néonatalogie. Le score d'Apgar est à 10/10/10. Une 2ème fille de 1780 g, morte in utero est extraite. L'intervention chirurgicale et la surveillance post opératoire se déroulent normalement.

**Du lundi 3 au vendredi 7 août** : la patiente se plaint d'importantes douleurs abdominales. Son abdomen est souple. Sa TA est à 155/90 mmHg. La sage-femme fait un bilan de toxémie gravidique.

**Le 7 août** : la patiente présente un tableau de syndrome occlusif et son bilan biologique montre une anémie et une insuffisance rénale. Un examen tomodynamométrique abdominal ne met pas en évidence d'occlusion. La patiente est très algique et présente un pic fébrile. Elle est transférée en unité de soins continus. Après avis d'un néphrologue, il est décidé d'hospitaliser la patiente le lendemain au CHU. Une sonde vésicale est mise à demeure et entraîne un syndrome de levée d'obstacle et une diurèse de plus de 10 litres/24h. La fonction rénale se normalise en 6 heures.

**Samedi 8 août** : l'état clinique de la patiente s'améliore et il est décidé d'annuler le transfert au CHU. Les résultats biologiques et cliniques mettent en évidence un syndrome infectieux. Un deuxième scanner révèle un important épanchement intra péritonéal, sans élément significatif. Malgré une ponction d'ascite non concluante, l'hypothèse d'une ascite liée à la mort fœtale intra utero ou d'une translocation bactérienne digestive est envisagée. Un traitement par pipéracilline /tazobactam (Tazocilline®) est administré.

**Du 9 au 10 août** : la patiente est apyrétique. Elle ne présente plus de douleurs abdominales et son transit intestinal se normalise. Elle est transférée en service de maternité. Le traitement antibiotique est poursuivi. Un suivi psychologique est initié.

**Le 11 et 12 août** : la patiente est fébrile avec une température de 38 °C. à 39,2°C.. Des prélèvements vaginaux indiquent la présence d'entérocoques et d'Escherichia coli. Une série d'hémocultures est prélevée. Une prescription de ciprofloxacine (Ciflox®) 1000 mg/24 h complète l'antibiothérapie par Tazocilline®.

**Le 13 août** : le bilan sanguin indique : albumine : 9,7 g/L, taux de Protéine C réactive : 283 mg/L, procalcitonine : 0,83 µg/L, 19 000 globules blancs /mm<sup>3</sup>, hémoglobine : 6,7 g/dL. Un médecin interniste est sollicité par le MAR et deux diagnostics sont évoqués : hypo albuminémie liée à une glomérulonéphrite lupique (biopsie rénale à envisager au CHU) ou syndrome inflammatoire (en lien avec le lupus ou avec une éventuelle thrombose des veines rénales ou vascularite ; prévoir hémocultures et dosage du complément sérique C3,C4,CH50) . L'hospitalisation de la patiente au CHU est de nouveau envisagée.

**Le 14 août** : la patiente est transférée en Unité de soins continus du CH. Deux concentrés globulaires lui sont transfusés. La patiente ne comprend pas les différents avis médicaux. Une conférence téléphonique s'organise entre les médecins du CH, le dermatologue du CHU et le médecin interniste du CHU spécialisé dans les pathologies lupiques. Un scanner révèle l'augmentation de volume de l'ascite abdomino-pelvienne, un hématome péri-utérin, un épanchement pleural postérieur bilatéral modéré. La patiente est transférée dans l'unité de médecine interne du CHU dans la soirée .

**Le 15 août** : elle est adressée à l'unité des urgences de la maternité du CHU. L'ensemble du dossier du CH est joint. La conduite à tenir est : poursuite du traitement; bilan urinaire et pré transfusionnel, recherche d'hémolyse, échographie pelvienne. Suite à ces examens, la patiente est transférée en unité des grossesses pathologiques. La demande de transfert du dossier n'est pas honorée.

**Le 20 août** : l'état clinique de la patiente se dégrade. Le scanner réalisé en urgence objective «une collection liquidienne multi cloisonnée pelvienne [...] évocatrice d'un hématome pelvien surinfecté [...], une thrombose de la veine ovarienne gauche, avec un thrombus [...] responsable d'un effet de masse sur les voies excrétrices urinaires droites [...]». Une laparotomie exploratrice permet l'évacuation d'un volumineux hématome surinfecté en regard de l'hystérorraphie. Des sutures vésicales et utérines se révèlent nécessaires.

**Le 23 août** : la patiente est opérée d'un hématome de paroi. Les suites opératoires sont favorables.

**Le 31 août** : la patiente rentre à son domicile.

# Analyse Approfondie de Cas



L'analyse approfondie des causes n'a pas pu explorer la phase précédant l'hospitalisation au CH. Le dossier transmis ne permet pas de reconstituer la chronologie des faits, notamment les événements qui se sont déroulés entre le 9 et le 27 juillet, les tracés de RCF durant l'hospitalisation entre le 27 juillet et le 2 août, le suivi de la grossesse jusqu'au transfert au CH et les traitements initiés. Ces données auraient permis d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse diagnostique de pré-éclampsie et les intrications séméiologiques avec une néphropathie d'origine dysimmunitaire. Elles auraient permis d'appréhender les causes du retard de croissance intra-utérin des fœtus et la mort d'un des deux jumeaux.

(L'examen foeto-pathologique du jumeau décédé décrit un fœtus hypotrophe avec des signes de macération mais sans malformation associée. Des signes d'anoxie aiguë avec un cou long et fin sont évocateurs de circulaire du cordon. L'examen histologique des lésions pulmonaires, à type d'inhalation de liquide amniotique secondaire à la souffrance fœtale anoxique, peut faire estimer le délai entre la mort fœtale et l'extraction entre 48 à 72 heures).

## Causes immédiates identifiées

Retard de transfert périnatal en maternité de type II b pour césarienne en urgence pour anomalie du RCF d'un jumeau, le 2<sup>ème</sup> jumeau étant décédé intra utéro depuis plus de 48h.

Non identification des complications infectieuses locales.

Complexité du tableau clinique post césarienne associant :

- insuffisance rénale,
- épanchement intrapéritonéal majeur d'origine imprécise,
- anémie.

Dans un contexte de pathologie dysimmunitaire mal caractérisée et traitée récemment par corticothérapie.



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

## Facteurs latents

### **Patient :**

Antécédents médicaux complexes : +++

Pathologie dysimmunitaire avec anticorps anti SSA, dénommée « lupus » par la patiente puis repris en tant que tel par tous les intervenants médicaux et paramédicaux sans diagnostic formellement posé par les spécialistes.

Présence d'un traitement par corticoïdes et anti agrégants plaquetaires (dont la date d'initiation est inconnue) renforçant cette confusion.

Grossesse gémellaire. +

### **Professionnels / facteurs individuels :**

Défaut de transmission des informations concernant à la fois le suivi de la grossesse et l'hospitalisation récente, depuis la prise en charge à la clinique (absence de courrier de transfert). +++

Absence de traçabilité de l'entretien téléphonique entre les praticiens organisant le transfert et l'admission. +

### **Équipe :**

Insuffisance de temps de concertation pluridisciplinaire structurés. +++

### **Tâches :**

Défaut de traçabilité des bilans entrées-sorties postopératoires en service d'obstétrique. ++

Défaut de traçabilité des prescriptions et administrations de produits sanguins labiles (PSL). ++

### **Environnement :**

Dossier de dermatologie (avec les informations importantes concernant les antécédents médicaux) non informatisé et non accessible en dehors des heures ouvrables. +++

Défaillance des supports de traçabilité des avis spécialisés (notes volantes non intégrées au dossier informatisé). +++

### **Organisation :**

Période estivale et WE avec effectifs réduits et charge de travail importante. +

### **Institution :**

Pas de facteurs latents retrouvés.



## Enseignement : Actions / Barrières

### Spécifique:

Insertion systématique des courriers de consultations spécialisées dans le dossier informatisé pour une accessibilité 24 h sur 24.

### Commun :

Staffs pour les situations difficiles avec pilotage par le médecin anesthésiste -réanimateur ou par un médecin référent avec un compte rendu écrit dans le dossier de la patiente.

Rappel des règles de bonnes pratiques des bilans entrée-sorties et mise en place d'un protocole adapté à la population prise en charge.

Rappel des règles de bonnes pratiques de traçabilité des prescriptions et administrations de médicaments et PSL sur 1 support unique pour 1 patient pour 1 séjour.

Temps de formation-action pour rappel des bonnes pratiques.  
Utilisation d'une fiche Bilan Entrées/sorties de type post-opératoire chirurgical.

### Général :

Améliorer les transferts périnataux en les anticipant (travail en lien avec le Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine).  
Améliorer les réunions de concertation pluridisciplinaire et leur traçabilité en obstétrique.



PRAGE/CCECQA  
Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[prage@ccecqa.asso.fr](mailto:prage@ccecqa.asso.fr)

## Références et Bibliographie

- Prééclampsie et hypertension gravidique. Référentiel de pratiques en obstétrique. Réseau Périnat Aquitaine
- Lupus érythémateux systémique – Protocole national de diagnostic et de soins – HAS 2010
- Lupus érythémateux disséminé. Syndrome de l'anti phospholipides - Collège français des enseignants en rhumatologie. 2011
- Lupus et grossesse – société française de rhumatologie – 2005
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandations– HAS mai 2007
- Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement - recommandations de bonne pratique – HAS 2009
- Massive ascites in severe pre-eclampsia: a rare complication – Journal of Obstetric gynaecology. Vol 28 – N°4: 199-202, August 2002.
- Rétention vésicale du post-partum. A.C. Bouhousa, P. Bigotb, M. Orsatb, N. Hoaraub, P. Descamps, A. Fourniéa, A.-R. Azzouzib. Progrès en urologie (2011) 21, 11–17
- Rétentions aiguës d'urine complètes. Encycl Med Chir Urol. 18-207-D-10, 1996
- Rétention aiguë d'urines du post-partum : à propos de 2 cas et revue de la littérature. A. Guiheneuf, B. Weyl. Consulté sur [www.em-consulte.com/en/article/256078](http://www.em-consulte.com/en/article/256078)
- L'ascite non liée à la cirrhose : physiopathologie, diagnostic et étiologies.
- P. Carrier, J. Jacques, M. Debette-Gratien, R. Legros, M. Sarabi, E. Vidal, D. Sautereau, H. Bezanahary, K.H.Ly, V. Loustaud-Ratti. La revue de médecine interne 35 (2014)365-371 sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S024886631301134X>
- Prise en charge obstétricale des patientes à risque de « lupus néonatal ». Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 35, N° 2 - avril 2006 pp. 146-156 N. Costedoat-Chalumeau, Z. Amoura, E. Villain, L. Cohen, L. Fermont, D. Le Thi Huong, D. Vauthier, S. Georgin-Lavialle, B. Wechsler, M. Dommergues, J.-C. Piette Doi : JGYN-04-2006-35-2-0368-2315-101019-200601081