Analyse Approfondie de Cas n°85

Asphyxie per partum

Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables -Nouvelle Aquitaine

Date de parution : Octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Ça a l'air d'un détail insignifiant et accessoire mais… les pendules sont elles à l'heure chez vous ???

C'est lors de l'analyse que l'on s'aperçoit que personne n'a la même heure et que les différents documents notent des horaires discordants !

Ces divergences vont générer des débats, parfois houleux, concernant les délais des prises de décision, des prises en charge et la durée de la réanimation. La crispation est tout sauf anecdotique. Elle remet en question le sens de toutes les actions entreprises quand chaque minute a son importance en per partum pour décider de la terminaison et que chaque seconde devient capitale pour s'occuper du nouveau né en souffrance respiratoire...

C'est l'occasion aussi de rappeler que les supports de traçabilité peuvent être des aides à la décision quand leur format permet une synthèse et une appréciation globale d'une situation critique.

Enfin, la formation continue à l'interprétation des tracés du RCF doit rester une constante :

100 fois sur le métier remettre l'ouvrage !

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 24 ans est suivie dans un centre hospitalier (CH) pour une deuxième grossesse, la première ayant été interrompue par une fausse couche. La grossesse et la surveillance se déroulent sans incident.
La patiente consulte à 38 semaines d'aménorrhée (SA) et 6 jours. Le rythme cardio foetal (RCF) est à 135 battements par minutes (BPM). La sage femme note un tracé avec une variabilité correcte ainsi que des amorces de ralentissements tardifs à 125 BPM lors des contractions utérines. La présentation est céphalique, dos à gauche; le col est postérieur demi long et tonique. Les examens clinique et paraclinique sont normaux.
La patiente se présente aux urgences obstétricales du CH 6 jours plus tard à 7h du matin pour des contractions espacées de 5 minutes.
La première heure de monitoring fœtal montre 3 épisodes de ralentissements de 3 à 4 minutes suivis d'une récupération satisfaisante. Le gynécologue obstétricien (GO) analyse le RCF. Devant la «normalisation du tracé», il prend la décision d'un travail dirigé avec pose d'une analgésie péridurale, prescription d'oxytocine et rupture artificielle des membranes.
De 8h30 à 9h30, durant la mise en place de l'analgésie péridurale, le RCF est lisible, avec un rythme de base à 135 BPM avec une variabilité supérieure à 5.
Deux épisodes de ralentissements jusqu'à 70 BPM avec variabilité inférieure à 5 pendant 3 et 4 minutes sont constatés, avec récupération ensuite d'un tracé normal jusqu'à 10h. La rupture artificielle des membranes est alors réalisée et met en évidence un liquide amniotique teinté.
A 10h40, la sage femme note une difficulté pour capter le RCF mais réussit à percevoir un ralentissement jusqu'à 65 BPM avec une variabilité < à 5 récupérée sur 5 mn. Elle arrête l'injection d'oxytocine au pousse seringue électrique (PSE) et contacte le GO pour l'informer de l'évolution clinique et des paramètres fœtaux. La décision de césarienne en code orange est prise. L'organisation se fait sans incident et la césarienne a lieu sous anesthésie générale.
Le nouveau né féminin est extrait à 11h16 avec un score d'APGAR à 0. Malgré une réanimation bien conduite, les manœuvres ne permettent pas la restauration des fonctions vitales et le bébé est déclaré décédé à la 18ème minute.
L'examen anatomopathologique montrera une imprégnation méconiale tégumentaire et la présence de méconium dans l'œsophage et la trachée.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès

Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Une jeune femme de 24 ans est suivie pour une seconde grossesse dans un CH. Dans les antécédents obstétricaux on note une première grossesse (date non connue) avec une fausse couche au cours du premier trimestre.
Le 5 juillet à 37 SA : la consultation de suivi est normale, tant sur le plan maternel que sur celui du fœtus. Le poids de la patiente est à 94 kg et la tension artérielle (TA) à 145/80 mmHg puis à 120/80 mmHg. Le terme est évalué pour le 3 aout. La consultation d'anesthésie est normale
Le 19 juillet à 38 SA et 6 jours : lors de la consultation de suivi, la sage-femme note que le RCF indique 135 BPM avec des amorces de ralentissements tardifs à 125 BPM lors des contractions utérines (la variabilité du tracé est par ailleurs correcte). La sage-femme planifie un rendez vous pour contrôler le RCF le 28 juillet.
Le 25 juillet à 7 heures : la patiente se présente aux urgences obstétricales du CH pour des contractions utérines (1 toutes les 5 minutes) depuis 3 heures du matin. La poche des eaux est intacte, la présentation céphalique dos à droite, le col postérieur, dilatation à 1 doigt, la TA mesurée à 130/80 mmHg. La sage femme se donne 1 heure de surveillance pour ensuite décider de la conduite à tenir.
8h : la patiente alerte car le monitoring du RCF et des contractions utérines (CU) est en mode alarme. La sage-femme constate des ralentissements profonds jusqu'à 70 BPM puis 50 BPM avec une variabilité diminuée et difficilement récupérée pendant 4 à 5 minutes. Le toucher vaginal montre un col dilaté à 1 doigt. La patiente est positionnée en décubitus latéral gauche puis transférée aussitôt en salle d'accouchement.
8h15 : la sage-femme note que les BPM sont mesurés à 120 et que la variabilité est supérieure à 5. Le médecin GO analyse le RCF. Devant la « normalisation du tracé », il prend la décision de travail dirigé avec pose d' une analgésie péridurale, prescription d'oxytocine (Syntocinon®) et rupture artificielle des membranes.
8h31 à 9h10 : pendant la mise en place du cathéter de péridurale, la surveillance du RCF est difficile (patiente demi-assisse) puis le RCF se normalise lorsque la patiente est en décubitus dorsal.
9h33 : la sage-femme constate un ralentissement jusqu'à 70 BPM du RCF avec une variabilité inférieure à 5 pendant 3 minutes. La sage-femme positionne la patiente en décubitus latéral gauche. Le rythme de base se rétablit à 140 avec une variabilité > à 5 (entre 5 et 10). Les CU sont de 4 à 5 toutes les 10 minutes.
9h51 : la sage-femme constate un ralentissement jusqu'à 65 BPM et une variabilité < 5 récupérée après 4 mn.
10h : la sage-femme rompt les membranes. La poche des eaux est estimée de petite contenance et le liquide amniotique est teinté.
10h34 : le cathéter de péridurale est repositionné car la patiente est algique. La sage-femme remarque sur le tracé du RCF un rythme de base à 140 BPM mais une variabilité diminuée à 5.
10h40 : la sage-femme note une difficulté pour capter le RCF mais constate néanmoins un ralentissement jusqu'à 65 BPM avec une variabilité < à 5 récupéré sur 5 mn. Elle arrête l'injection du Syntocinon® au PSE.
10h44 : la sage-femme contacte le médecin GO pour l'informer de l'évolution clinique et des paramètres foetaux. .
10h50 : la décision de césarienne en code orange est prise. La patiente est transportée au bloc opératoire sans monitoring du RCF. La salle de césarienne est déjà occupée par une parturiente en cours de césarienne programmée. La patiente est transportée dans une autre salle d'intervention. Elle est de nouveau algique et la décision de réaliser l'acte de césarienne sous anesthésie générale est prise. Des horaires sont précisés dans le dossier, mais non concordants.
11h16 : le médecin GO effectue l'incision de césarienne selon la technique de Stark-Cohen et le nouveau né fille (3120 g) est extrait (soit 26 minutes après la décision de code orange ; il existe cependant de nombreuses discordances sur les horaires tracés). Le liquide amniotique est méconial.
Le nouveau né est en état de mort apparente, ses téguments sont teintés par le liquide méconial, son score d'Apgar est à 0 à 1 mn, 0 à5 et 0 à 10 mn de vie. Une réanimation néonatale est initiée, l'aspiration bucco trachéale est très productive (liquide amniotique méconial inhalé) et le nouveau-né est intubé, ventilé, massé. Des instillations d'adrénaline en intra-trachéal et en intra veineux ombilical sont réalisées. Après 18 mn de réanimation sans succès, une décision collégiale d'arrêt de réanimation est prise.
Les parents sont informés et accompagnés par le médecin GO et la sage-femme. L'autopsie révèle la présence de méconium dans l'œsophage et la trachée jusqu'aux bronches, sans aucune malformation. Les résultats anatomopathologiques identifient un placenta à terme présentant des lésions de funiculite et de chorioamniotite aigues non spécifiques. Le couple bénéficie d'un suivi psychologique

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Inhalation de liquide amniotique méconial.
Souffrance fœtale chronique anténatale et aiguë en per-partum.
Sous estimation des signes d'alerte sur le tracé du RCF.

Facteurs latents

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

Patient :
Score de Bishop défavorable.++
Etat de santé aigu et complexe du nouveau-né.++

Professionnels / facteurs individuels :
Difficultés d'analyse du tracé du RCF ; entrainement insuffisant à l'interprétation « fine » des tracés du RCF. +++

Plusieurs ralentissements du RCF sans possibilités de surveillance de seconde ligne par dosages des lactates ou mesure du pH au scalp (dilatation insuffisante du col).+++

Équipe :
Insuffisance de supports d'aide à la décision et de traçabilité des synthèses évolutives du RCF (de type fiches Gynérisq). +++

Tâches :
Difficultés à pouvoir réaliser un chronométrage précis et efficace de la chronologie du code orange (les différentes pendules ne sont pas synchronisées, d'où une confusion dans les horaires tracés sur les supports (CROP- comptes rendus de Réanimation- tracé du RCF). ++

Environnement :
Fonctionnalité insuffisante des équipements et/ou utilisation non optimale du cardiotocographe (vitesse de défilement du papier). +++

Organisation :
Inadéquation de la formation continue des sages-femmes entre les besoins exprimés et le plan de formation. +++

Institution :
Défaillance dans la prise en charge institutionnelle des équipes après un EIGS depuis le départ à la retraite d'un membre du personnel qui était en charge du suivi psychologique des professionnels de santé ayant été impliqué lors d'un EIGS. +

Barrières activées

Annonce de l'événement et accompagnement de la famille.
Anticipation d'une terminaison en urgence (pose sonde urinaire, …)
Travail en équipe opérationnel.
Deuxième salle de césarienne rendue disponible et organisation efficiente de l'intervention au pied levé dans une salle non dédiée.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique: Formation continue à l'interprétation du RCF auprès du centre de formation continu régional
Sessions communes à périodicité définie de travaux dirigés ou staff EPP dédiés à l'examen de tracés RCF.

Commun :
Organiser la synchronisation des différentes pendules et leur vérification périodique.
Mettre en place des documents de traçabilité communs et consensuels sur le modèle des fiches Gynérisq®

Réflexion pluri professionnelle autour des modalités d'enregistrement du RCF :

- vitesse de défilement du papier d'enregistrement du RCF par capteur externe à 3cm/mn ?
- utilisation d'un capteur interne ?

et de la réalisation des examens de surveillances de seconde ligne en pratique courante. lors d'anomalies du RCF.

Général : Mener une réflexion institutionnelle quant aux modalités du suivi psychologique du personnel médical et paramédical lors de la survenue d'un EIGS.

PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage @ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- Fiche « gynérisq' attitude » n°5 : Gestion pratique des anomalies du RCF en salle de travail. http://gynerisq.fr/gynerisq-attitudes/fiche-3-situations-a-risque-dasphyxie-per-partum-app/
- Fiche « gynérisq' attitude » : Contrôle Terminaison Accouchement en Urgence.
- 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 Coucil.
- 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.
- 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.
- R. Ramanah et al. / Intérêt de la mesure des lactates au scalp fœtal au cours du travail Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33 (2005) 107–112.
- Surveillance fœtale par mesure du pH et des lactates au scalp au cours du travail. B. Carbonne A. Nguyen. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - Volume 37, n° S1- février 2008 pages 65-71 -Doi : 0.1016/j.jgyn.2007.11.012
- La souffrance fœtale aiguë. G. BOOG. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - Vol 30, N° 5 - septembre 2001 p. 393 - Doi : JGYN-09-2001-30-05-0368-2315-101019-ART3
- Contriburatory factors and potentially avoidable neonatal encephalopathy associated with perinatal asphyxia – American journal of obstetric and gyneacology – 2016 ; 214:747.e1.8
- Analyse de l'évitabilité de l'asphyxie per-partum par une revue de pairs- L. Battle
- http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.10.005
- ERCF. C@mpus National de Gynécologie Obstétrique : http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/13000fra.asp consulté le 30/09/2016