

Analyse Approfondie de Cas N° 100

Anoxie per-partum d'un nouveau-né au décours
d'une rupture utérine.

Date de parution : octobre 2020



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La réglementation impose pour les médecins en astreinte opérationnelle **un délai d'intervention dit compatible avec l'impératif de sécurité** (Article D.6124-44 du code de la santé publique).

Il n'existe cependant aucune définition légale ou réglementaire de ce qu'il faut entendre par « compatible avec l'impératif de sécurité ». Les magistrats apprécient cette notion au cas par cas, selon les circonstances des affaires qui leur sont soumises.

Il convient alors **d'organiser l'astreinte opérationnelle de telle façon que « le délai d'intervention soit compatible avec l'urgence imposant le délai d'intervention le plus court ».**

Le statut du praticien à temps plein exige également que ce dernier établisse sa résidence effective à proximité du lieu d'exercice de ses fonctions dans des conditions compatibles avec les responsabilités qu'il exerce dans le service public hospitalier (Article R.6152-12 du CSP), souvent repris dans les contrats d'exercice privé.

- **Catégorie : MCO**
- **Nature des soins : Thérapeutique**

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 30 ans est suivie pour une 2ème grossesse à la maternité de type 1 d'un établissement privé. Son premier enfant est né à terme par césarienne 4 ans auparavant.

Le suivi de la grossesse est normal. La patiente n'a pas de facteur de risque, son placenta est normalement inséré et un accouchement par voie basse est programmé le 28 juillet. Lors de la consultation d'anesthésie, à un mois du terme théorique, la prise de poids est de 12 kg, le score ASA est de 1.

Le dimanche 29 juillet à 2h30, la patiente se présente à la maternité pour un début de travail spontané.

A l'examen d'entrée en salle d'accouchement, le col utérin est effacé à 3 cm, la présentation céphalique est appliquée et le rythme cardio foetal (RCF) est normal. La patiente bénéficie d'une anesthésie péridurale. À 10h00, la rupture spontanée des membranes a lieu, complétée à 13h par une rupture artificielle.

Vers 15h00, l'obstétricien référent téléphone à la sage-femme pour s'informer de l'avancement du travail. La sage-femme explique que tout se passe bien et que la phase d'expulsion peut démarrer.

La dilatation du col est alors complète et l'engagement à la partie moyenne. Quelques minutes plus tard, la tête de l'enfant est à la vulve.

A 15h07, l'enfant présente brutalement une bradycardie à 60 battements par minute (BPM). L'obstétricien référent est appelé aussitôt mais son

temps de trajet domicile / travail est de 20 minutes.

Un 2ème obstétricien d'astreinte qui habite près de l'établissement est alors appelé pour une extraction par forceps en urgence. À son arrivée, il constate que la tête de l'enfant est remontée dans la filière génitale et que les urines sont hémorragiques : il diagnostique aussitôt une rupture utérine et décide d'une césarienne en « code rouge ». La patiente est transférée au bloc opératoire.

L'intervention débute à 15h30. À l'incision, le bébé et le placenta sont retrouvés dans la cavité abdominale en raison d'une rupture utérine avec hémorragie majeure et plaie vésicale. Suite à l'échec du protocole de traitement médicamenteux local et des ligatures vasculaires, il est réalisé une hystérectomie d'hémostase avec une réparation vésicale.

L'enfant, extrait à 15h39, est sans pouls, avec un score d'Apgar de 0 à 1 minute (min) et de 4 à 5 min. Il bénéficie d'un massage cardiaque et est intubé/ventilé puis transporté en réanimation pédiatrique du CHU de recours. Malgré des difficultés d'approvisionnement en concentrés globulaires, la patiente est stabilisée sur le plan hémodynamique puis transférée au CHU en vue d'un rapprochement « mère-enfant ».

L'enfant décède après une hospitalisation de 15 jours en unité de réanimation.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès de l'enfant





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Une jeune femme de 30 ans est suivie dans une maternité de niveau 1 d'une clinique privée. Il s'agit d'une 2^{ème} grossesse et d'un 2^{ème} accouchement. Le 1^{er} accouchement (fillette de 3,6 kg à terme) a été réalisé 4 ans auparavant par césarienne en urgence avec « hystérotomie segmentaire transversale » pour cause de stagnation dilatation du col à 6 cm. La grossesse, les échographies et le liquide amniotique sont normaux. Le placenta est normalement inséré, haut et fundique. La prise de poids est de 12 kg pour un IMC à 22,2. **Le 07 juin** : lors de la consultation d'anesthésie, les antécédents révèlent une intervention pour nodule endométriosique pariétal, sans ouverture utérine, il y a de cela un an. Les sérologies sont négatives et la parturiente est immunisée contre la rubéole. Les recherches d'agglutinines irrégulières (RAI) sont positives. Le score ASA est de 1. Une anesthésie par voie péridurale lombaire est proposée. Le prélèvement vaginal à visée bactériologique est négatif et le pelvi-scanner montre qu'un accouchement par voie basse est possible. Le terme est prévu le 28 juillet mais pour des raisons d'organisation familiale, la future maman demande à son obstétricien ① de retarder de 2 jours la date limite de naissance, soit le 30 juillet.

Dimanche 29 juillet à 2h30 : la parturiente arrive à la maternité prématurément pour un début de travail spontané. Elle est à 41 semaines d'aménorrhée +1 jour. Le col utérin est effacé, à 3cm. La présentation est céphalique appliquée.

De 3h46 à 8h30 : les contractions utérines ont lieu toutes les 10 minutes et sont douloureuses. Le rythme cardio-fœtal (RCF) de base est à 120 battements par minute (BPM), de variabilité positive avec accélérations positives et décélérations négatives. Le toucher vaginal montre un col postérieur court, souple, de 2 doigts. La présentation céphalique est « posée ». Un traitement par paracétamol et phloroglucinol (Spasfon®) est administré. **Vers 7h30** : le cathéter d'analgésie péridurale est mis en place. La tension artérielle est à 110/60 mm Hg. L'hémoglobine est à 10 g/dL. **10h** : rupture spontanée des membranes de la poche des eaux. **13h** : rupture artificielle d'une dernière membrane en complément. Le RCF est normal. Le liquide amniotique est clair, de quantité normale. **14h58** : l'obstétricien ① est à son domicile, situé à 20 minutes de temps de trajet de la clinique. Il téléphone à la maternité. La sage-femme lui explique que le travail se déroule normalement et que la phase d'expulsion peut démarrer. Il y a 3 patientes en cours d'accouchement dans l'unité. L'effectif est de 2 sages-femmes et 2 auxiliaires de puériculture (AP). **15h** : la dilatation du col est complète et l'engagement à la partie moyenne. L'AP est occupée auprès des autres parturientes. La sage-femme installe seule la patiente en salle d'accouchement ; elle lui donne des explications et réalise un sondage urinaire évacuateur. Quelques minutes plus tard, la tête de l'enfant est à la vulve et la sage-femme présente un miroir à la maman pour qu'elle puisse voir son bébé. **15h07** : l'enfant présente brutalement une décélération du rythme cardiaque à 60 BPM. L'AP téléphone une 1^{ère} fois à l'obstétricien ①, sans succès, en raison de problèmes de réseau téléphonique. **15h11** : l'obstétricien d'astreinte ② qui habite près de la clinique est appelé en renfort. La sage-femme lui explique qu'elle envisage une extraction par forceps. Le pédiatre et une 2^{ème} sage-femme sont appelés en urgence. L'obstétricien ① est contacté et se rend aussitôt sur les lieux. **15h18** : l'obstétricien ② constate que la tête du bébé est remontée dans la filière génitale et que la pose de forceps est impossible. Les urines sont hémorragiques. Une césarienne en code rouge pour bradycardie fœtale sur une probable rupture utérine est décidée. L'équipe du bloc opératoire situé à l'étage inférieur est prévenue. **15h30** : l'obstétricien ① rejoint l'obstétricien ② au bloc. Un climat de stress sur fond de conflit interpersonnel s'instaure. Le pédiatre et les 2 sages-femmes sont présents. **15h39** : la césarienne est initiée par l'obstétricien ② en présence de l'obstétricien ①. À l'ouverture de la paroi, on retrouve le bébé et le placenta dans la cavité abdominale. Un nouveau-né de sexe féminin, de 3,450 kg est extrait. Il est sans pouls. La réanimation débute. Le score d'Apgar est de 0 à 1 minute puis de 4 à 5 minutes.

Les obstétriciens constatent chez la maman une rupture utérine hémorragique majeure et une plaie vésicale. La ligature des vaisseaux utérins est réalisée sans résultat. Devant l'inefficacité des injections d'oxytocine et de sulprostone, les obstétriciens décident d'une hystérectomie d'hémostase. La patiente a 8 g/dl d'hémoglobine. Les culots globulaires sont livrés avec retard car le sang doit être phénotypé. En effet, lors de la commande, les RAI positives n'ont pas été précisées en raison de leur négativation le jour de l'accouchement. L'EFS alerte et corrige l'erreur. **16h08** : la patiente est stabilisée sur le plan hémodynamique. Un chirurgien urologue réalise la réparation vésicale. **17h15** : la patiente sort de la salle d'opération. **19h** : le bébé qui a nécessité un massage cardiaque externe est intubé et ventilé. Les médecins diagnostiquent une encéphalopathie néonatale anoxique grave et organisent son transfert en réanimation néonatale du CHU de recours. La maman est transférée au CHU en vue d'un rapprochement mère /enfant.

13 août : absence d'évolution favorable pour le nouveau-né. Des lésions cérébrales anoxo-ischémiques étendues sont confirmées. Il décède malgré la réanimation.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

- Rupture utérine per-partum sur utérus cicatriciel
- Décollement concomitant du placenta normalement inséré

Facteurs latents

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

Patient : +

Antécédent de césarienne pour stagnation du travail 4 ans auparavant (hystérotomie transverse segmentaire).

Intervention bénigne de paroi 1 an auparavant.

Dépassement de 2 jours du terme théorique prévu, autorisé pour convenance personnelle, mais non contributif ici.

Professionnels / facteurs individuels :

Habitudes personnelles différentes concernant la présence physique des obstétriciens lors de la terminaison du travail des parturientes (dans le respect des préconisations du CNGOF).++

Désaccords entre obstétriciens lors de la césarienne en urgence (obstétricien référent ou d'astreinte) tant pour l'appréciation du choix de l'opérateur chirurgical principal que pour les prises de décision et l'exécution.+++

Positivité des RAI pendant la grossesse non prise en compte (négativité à l'admission), générant un retard à la délivrance des CGR lors de la césarienne (rectification par l'EFS ayant connaissance des RAI positives).+

Équipe :

Difficultés récurrentes de communication entre obstétriciens.+++

Difficultés récurrentes de communication entre un obstétricien et les sages-femmes ainsi que les MAR.+++

Tâches :

Procédure imprécise pour l'orientation des parturientes vers la salle du bloc opératoire en vue de la terminaison de l'accouchement :+++

- définition des profils à risque concernés (parturientes avec cicatrice utérine ? autres ? ...) ;

- organisation des moyens humains et matériels en regard.

Environnement : ++

Défaillance du réseau de téléphonie itinérante pour les numéros de l'obstétricien ① pour le numéro principal, le numéro de secours temporaire n'étant pas automatisé par le standard.

Organisation : +++

Définition des responsabilités imprécises lors des périodes de permanence des soins, dans un contexte où les relais entre praticiens ne sont pas spontanés (appel de l'obstétricien référent ou de l'obstétricien d'astreinte ?).

Institution : +++

Conflit entre praticiens relevant de la CME.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Mettre en œuvre des actions personnelles auprès de l'opérateur téléphonique (ou changer d'opérateur ?).
Intégrer le second numéro (de secours) aux numéros d'urgence codés.

À défaut d'une salle de naissance contiguë au bloc opératoire, actualiser la procédure d'orientation des parturientes vers la salle du bloc opératoire utilisable comme salle de naissance, avec une définition précise des profils à risque.



Commun :

Préciser les situations nécessitant la présence de l'obstétricien pour la surveillance du travail, l'expulsion et les suites de l'accouchement.

Faire figurer une alerte visuelle ostensible sur les dossiers des patientes ayant des antécédents de RAI positives et organiser l'accès aux dossiers détenus dans les cabinets médicaux



Général :

Définir les règles de fonctionnement au sein de la clinique, en concertation, dans le respect des recommandations professionnelles et des règles déontologiques.

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

Références et Bibliographie

- Fiche Réflexe PRAGE : « Analyse et interprétation du RCF...un acte difficile » février 2015
<http://www.prevention-medicale.org/gestion-des-risques-lies-aux-soins/methodes-de-prevention/sbar.html>
- Rythme cardiaque foetal pendant le travail : définitions et interprétation. A. Martin in Journal de gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction (2008) 375, S34-S45
- Fiche « Gynérisq' Attitude » sur les ruptures utérines. Juin 2012
- Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge. O.Parant. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 41, n° 8 pages 803-816 (décembre 2012). Doi : 10.1016/j.jgyn.2012.09.036
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.09.036>
- CNGOF Recommandations pour la pratique clinique : Accouchement en cas d'utérus cicatriciel 2012
http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf&i=6859
- CNGOF Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique TOME XXXII publié le 3.12.2008. Techniques chirurgicales de prévention et de contrôle de l'hémorragie grave du post-partum : les ligatures vasculaires et la prise en charge conservatrice en cas de placenta accreta.
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_421_morel.pdf