

# Analyse Approfondie de Cas n° 61

## Éclampsie post-césarienne



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

Date de parution : Décembre 2017

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

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 20 ans est suivie pour une première grossesse. Le terme théorique est prévu pour le 30 juillet. Durant la grossesse, on note une prise de poids importante mais le reste des examens cliniques et paracliniques sont sans particularité. La croissance du bébé est normale.

A 35 semaines et 1 jour d'aménorrhée (17 juin), la jeune femme présente un poussée hypertensive à 140/97 mm Hg, une prise de poids de 27 kg, des œdèmes des membres inférieurs, une protéinurie à 2,67g/l. Elle est alors hospitalisée.

Un bilan approfondi est réalisé et une surveillance est instaurée. Elle bénéficie de deux cures de bétaméthasone.

Le 19 juin, un médecin l'autorise à rentrer chez elle. Elle reçoit des consignes de repos, de surveillance tensionnelle et la visite d'une sage-femme 2 fois par semaine.

Le 20 juin en fin de matinée, son médecin gynécologue obstétricien référent demande sa réhospitalisation. Il considère que les conditions de prise en charge extrahospitalières ne sont pas optimales.

A son retour elle présente une hypertension à 150/90 mm Hg avec des poussées à 174/109 mm Hg, des œdèmes modérés des membres supérieurs et plus important au niveau des membres inférieurs, des phosphènes.

Un traitement symptomatique antalgique et antihypertenseur est débuté. Le médecin anesthésiste examine la jeune femme et conclut à la nécessité d'un transfert vers une maternité de type 2 en cas d'altération du bilan biologique.

Vers 21 h 30, la sage femme contacte un médecin en raison des résultats perturbés du bilan biologique (hyper uricémie, protéinurie), de la réapparition d'une hypertension, de céphalées et de la persistance des œdèmes des membres inférieurs. Devant le tableau clinique, le médecin décide de réaliser une césarienne pour pré-éclampsie. La parturiente est acheminée au bloc opératoire à 22h30. Une petite fille de 1900 g est mise au monde à 22h59 avec un score d'Apgar à 10-10-10. Un traitement post opératoire à visée anti hypertensive est prescrit.

Le lendemain, la patiente présente une crise convulsive sévère à 9h17, rapidement prise en charge. Elle est transférée en réanimation dans l'établissement le plus proche et un rapprochement mère-enfant est possible le jour même. L'évolution est favorable et le couple mère-enfant regagne l'établissement initial le 27 juin où il reste pris en charge jusqu'au 30 juin, date du retour à domicile.

### ÉLÉMENTS MARQUANTS

Même si autour du patient gravite une équipe pluri-professionnelle, ce n'est pas pour autant qu'il existe une véritable organisation d'équipe avec sa dynamique et les fonctions qui en font sa valeur.

En effet, bon nombre d'équipes sont une simple juxtaposition de professionnels.

Or la valeur d'une équipe réside dans la complémentarité qu'elle offre. Elle permet la confrontation des expériences, la coopération, la cohésion, le partage.

S'appuyant sur les bonnes pratiques en vigueur, les échanges au sein de l'équipe permettent d'offrir la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.

Pour autant, le travail en équipe a besoin de structuration.

Son bon fonctionnement nécessite :

- l'élaboration de règles,
- la définition des rôles de chacun,
- le respect des personnes et des règles établies,
- un leadership affiché.

### CARACTÉRISTIQUES :

#### **Gravité :**

Mise en jeu du pronostic vital.

#### **Organisation en place :**

Une démarche de maîtrise des risques associés aux soins est en place et est opérationnelle. Elle comporte, entre autre, le signalement, le traitement et l'analyse des évènements

indésirables, ainsi que la tenue de RMM et le suivi des actions correctives.





**Entre le 6 décembre et le 17 juin :** Une jeune femme de 20 ans est suivie pour une première grossesse dont le terme est prévu pour le 30 juillet. Le déroulement de la grossesse est normal avec quelques doléances pour des douleurs ligamentaires qui cèdent sous traitement antalgique simple. Début juin, l'examen clinique obstétrical est sans particularité. La hauteur utérine (HU) est mesurée à 30 cm. Le col est fermé. Le poids est à 91 kg (+20 kg). La TA mesurée à 110/70 mm Hg. L'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre indique un poids estimé 2100 g. Des bas de contention sont prescrits.

**Le 17 juin (35 SA +1 j) :** des examens biologiques montrent une protéinurie à 2,67 g/L. la jeune femme est hospitalisée. Un médecin ① note la présence d'œdèmes importants des membres inférieurs et légers des membres supérieurs, l'absence de signes fonctionnels digestifs et urinaires, l'absence de signes fonctionnels en rapport avec une hyper tension intracrânienne, l'absence de métrorragies et de leucorrhées, une HU de 33 cm, l'absence de contractions utérines (CU). La TA est mesurée à 140/97 mm Hg puis 140/91 mm Hg. Un bilan biologique sanguin et urinaire avec ECBU et protéinurie des 24 h est demandé. Un monitoring fœtal est effectuée, une voie veineuse périphérique est posée. Une 1<sup>ère</sup> cure de bétaméthasone est prescrite par le pédiatre à 19h. Le médecin ne prescrit pas de traitement spécifique hormis du drainage lymphatique. Dans la soirée une amélioration clinique et tensionnelle sont notées. Le monitoring du rythme cardio-fœtal (RCF) est normal.

**Le 18 juin :** la parturiente pèse 95 kg (+24 kg). Elle présente d'importants œdèmes des membres inférieurs prenant le godet. Le bilan des entrées/sorties est non calculé. Lors de l'examen du dossier, il est calculé une rétention de 2250 ml, information non relevée par les professionnels lors de la prise en charge de la jeune femme. Une 2<sup>ème</sup> cure de bétaméthasone est dispensée. La TA est mesurée à 21h20 : 143/95 mm Hg puis 21h40 à 145/78 mm Hg. Le monitoring fœtal est normal et indique une absence de CU.

**Le 19 juin :** La TA mesurée régulièrement indique en moyenne 140/90 mm Hg (mesures entre 147/84 mm Hg et 134/83 mm Hg).

Les résultats biologiques urinaires indiquent une protéinurie à 2,77g / 24 h. Le monitoring fœtal est normal et indique une absence de CU. Un médecin ② autorise un retour à domicile avec consultation par une sage-femme, un bilan HTA et protéinurie des 24 h, 2 fois par semaine. Aucun traitement spécifique n'est prescrit. Une proposition de déclenchement à 37 SA en cas d'augmentation de la protéinurie est expliquée à la parturiente. Un rendez-vous est donné pour le 27 juin avec les prescriptions.

**Le 20 juin en fin de matinée :** Le médecin ① décide d'une hospitalisation en urgence lorsqu'il apprend le retour à domicile de la parturiente, estimant que les conditions de surveillance en toute sécurité à domicile ne sont pas compatibles avec les moyens organisationnels pour ce suivi dans la région. Elle est examinée par le médecin à son arrivée. La parturiente pèse 96 kg (+25 kg) sa TA est à 150/90 mmHg. L'examen obstétrical est normal. L'uricémie est à 464 µmol/l. L'examen clinique retrouve la présence d'œdèmes des membres supérieurs et inférieurs, la présence de légers phosphènes, l'absence de CU et un monitoring fœtal normal. La TA est mesurée à 174/109 mmHg à 12h50. Un bilan biologique est prescrit. Une surveillance clinique et par monitoring est poursuivie. Le médecin prescrit l'administration de 2mg/h de nicardipine (Loxen<sup>®</sup>) au pousse seringue électrique (PSE). Elle est débutée à 14h50. Une normalisation progressive de la TA est observée (135/81 mmHg). La jeune femme signale des céphalées, elles sont traitées par paracétamol. Les céphalées pouvant être en rapport avec le traitement par nicardipine, le médecin remplace ce traitement par méthildopa (Aldomet<sup>®</sup>) 250mg, 3 fois par jour.

**Vers 19h30 :** Un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) effectue une consultation et préconise le transfert en établissement de recours (maternité de type 2) si le bilan biologique est perturbé. La patiente en est informée. Vers 21h30 : Les résultats biologiques et l'état clinique sont transmis au médecin ①. Au regard de l'élévation tensionnelle, la persistance des céphalées et des œdèmes, l'augmentation de la protéinurie et de l'uricémie (environ 500 mg/l), il décide de réaliser une césarienne pour pré-éclampsie constituée. Il en informe le pédiatre. L'équipe du bloc opératoire est appelée. Le MAR donne son accord pour réaliser la césarienne sous rachi-anesthésie sur place. À 22h59 naissance d'une fille de 1900 g, avec un score d'APGAR à 10 -10 -10.

**De 23h25 à 0h30 :** La parturiente est prise en charge en salle de surveillance post interventionnelle. La TA est mesurée à 198/100 mm Hg et traitée par nicardipine en titration (1mg). Un traitement antalgique IV est administré. La diurèse est normale et l'utérus tonique. L'IADE constate la levée du bloc moteur de l'ALR. Les consignes de surveillance sont les suivantes : TA toutes les ½ heures pendant 2 heures puis horaire. Reprise du traitement par méthildopa (Aldomet<sup>®</sup>). Prescription du protocole anti hypertenseur par Loxen<sup>®</sup> si HTA. Retour en chambre après 2 heures de surveillance post interventionnelle. Un comprimé d'Aldomet<sup>®</sup> 250 mg est administré.

**Le 21 juin de 0h45 à 9h15 :** La patiente est transférée dans une chambre de maternité. Les surveillances tensionnelles sont à 3h30 de 154/84 mm Hg, à 5h15 de 162/92 mm Hg avec céphalées. Le MAR est appelé. Il prescrit 1g IV de paracétamol et 1mg de lorazépam (Temesta<sup>®</sup>) sub lingual. Le nouveau-né est mis en peau à peau. À 6h, la parturiente a 156/90 mm Hg de TA et à 7h15, 156/91 mm Hg avec diminution des céphalées. L'administration de 250 mg méthildopa et 0,40 ml énoxaparine (Lovenox<sup>®</sup>) est effectuée. La diurèse est mesurée à 500 ml (apport de 2000ml prescrits -pas de bilan entrées/sorties noté dans le dossier).

**À 9h17 :** la parturiente appelle. Elle présente des convulsions brutales. La sage femme met en place une canule de Guédel et débute une oxygénothérapie. La TA indique 198/102 mm Hg avec un pouls à 160 BPM et une SpO<sub>2</sub> à 96%. Le médecin ② fait appeler le MAR et l'IADE qui arrivent à 9h19. La prise en charge de l'éclampsie est réalisée selon les recommandations de bonnes pratiques. Le médecin ① organise le transfert en réanimation dans l'hôpital le plus proche. Le centre hospitalier demande le « conditionnement » de la patiente pour le transport. Une intubation-ventilation et la sédation de la patiente sont effectués. La patiente est transférée en réanimation.

**Le 27 juin :** La patiente et le nouveau-né sont de retour à la maternité initiale. Les bilans biologiques sont normaux et les suites sont simples. Un retour à domicile avec consignes de surveillance est organisé. Un traitement par nicardipine 50 LP : 1 cp 2 fois par jour pendant 2 mois est prescrit.

**Défaut de prise en charge d'une pré-éclampsie :**

- Transfert pré opératoire (transfert intra-utérin) en niveau de recours non effectué, en contradiction avec les recommandations du réseau Périnat. et les préconisations du MAR.
- Sous estimation des facteurs de gravité clinique (cinétique de l'accroissement pondéral, œdèmes, absence de bilans entrées/sorties, protéinurie).
- Absence de mise en œuvre du protocole « Loxen® » prescrit pour le traitement de l'hypertension artérielle.
- Protocole par ailleurs inapplicable en raison de l'absence d'arbre décisionnel selon les chiffres de la PNI, l'absence des posologies à administrer, l'absence des modalités de reconstitution du médicament

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

**Facteurs latents****Patient :** Prise de poids importante pendant la grossesse avec hospitalisation pour pré-éclampsie.**Professionnels / facteurs individuels :****Interprétation difficile** des céphalées pendant le traitement par Loxen® (effet indésirable du médicament ou signe de pré éclampsie ?) lors de la première hospitalisation. ++**Sur estimation** de la qualité des conditions de prise en charge à domicile des parturientes nécessitant un suivi spécialisé attentif lié au contexte démographique médical du territoire, par le médecin ② lors de la première hospitalisation.**Mauvaise disposition mentale** : état psychologique très perturbé de chacun des professionnels de l'ensemble de l'équipe en raison de la survenue concomitante d'un décès accidentel d'un autre nouveau-né le 20 juin au matin. +++**Sous estimation des facteurs de risques** contextuels (qualité de la surveillance et de la prise en charge spécifique) lors de la réalisation de césarienne en situation de pré éclampsie. +++**Non anticipation des complications** chirurgicales éventuelles (complications de type Hématome Rétro Placentaire) alors que le médecin ① ne dispose pas de l'habilitation à pratiquer les gestes thérapeutiques adaptés. +++**Équipe :****Ambiance de travail en équipe très dégradée** du fait rapports tendus entre les sages-femmes et un médecin ainsi qu'entre médecins, générant :

- Des staffs multidisciplinaires insuffisamment collaboratifs (tous les praticiens ne sont pas présents au staff) et contributifs pour assurer une coordination efficiente des prises en charge. +++
- Une perte de confiance mutuelle et doutes réciproques sur la fiabilité des évaluations cliniques et des conduites à tenir. +++

**Divergences quant à l'appréciation de la gravité de la situation clinique** par absence de communication partagée : +++

- Appréciation contradictoire par les médecins de la nécessité du maintien en hospitalisation lors du premier épisode de pré-éclampsie
- Appréciation contradictoire par le médecin ① et le MAR de la nécessité d'un transfert sur l'hôpital de recours avec maternité de type 2 pour la prise en charge de la pré-éclampsie.

**Habitudes de fonctionnement implicites entre un médecin et les sages-femmes** : recours au médecin ① (médecin référent de la patiente) sans avertir le médecin ② d'astreinte lors de l'aggravation de l'état clinique dans la soirée pour définir la conduite à tenir.**Manque de soutien entre pairs et entre différents professionnels.** +++**Tâches :****Protocole** de prise en charge des hypertensions artérielles inapplicable en l'état. +++**Insuffisance de structuration de la surveillance** par les soignants (constantes cliniques et hémodynamiques) des patientes à risque d'éclampsie et/ou en période postopératoire.**Conduites à tenir mal définies** et peu formalisées. +**Environnement :****Charge de travail excessive** pour le médecin d'astreinte (4 jours consécutifs) due à une mauvaise répartition des astreintes au sein de l'équipe.**Défaut de structuration du dossier patient** +

- Les feuilles d'observation médicale du dossier de consultation ne sont pas intégrées au dossier unique de la patiente. Le dossier Audipog ainsi que le dossier de soins sont intégrés au dossier unique. La fiche de surveillance post opératoire est « égarée ».
- Supports de traçabilité des éléments spécifiques d'une surveillance particulière non ou mal définis (TA notées sur le tracé du RCF ; constantes hémodynamiques pendant la réanimation non enregistrées ; pas de bilans entrées-sorties) ne permettant pas l'accès aux informations pertinentes de façon efficiente.

**Organisation :****Elaboration difficile des procédures** et des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales en raison de l'absence de MAR titulaires dans l'établissement et de l'attitude non consensuelle sur le principe des praticiens gynécologues obstétriciens. ++**Défaut de coordination dans le service** par manque de travail d'équipe ; absence de cadre de santé (pour raison de santé) ; absence de staff pluridisciplinaire avec l'ensemble des praticiens gynécologues-obstétriciens. ++

Absence de programme structuré de gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles en secteur de gynécologie-obstétrique.

**Institution :**

Restructuration territoriale difficile avec difficultés de pérenniser des postes de praticiens hospitaliers en service de gynéco-obstétrique.

Zone d'exception géographique pour laquelle le maintien d'une maternité est un élément du SROS.

## Enseignement : Actions / Barrières



### Spécifique:

Elaboration de protocoles thérapeutiques (dont le protocole antihypertenseur) en partenariat avec les praticiens du CH de recours et en accord avec les protocoles du réseau Périnat.

### Commun :

- Amélioration de la structuration du dossier et des documents de traçabilité du suivi des parturientes et du suivi postopératoire.
- Constitution d'un groupe de travail pour élaborer les procédures de surveillance clinique et paraclinique des patientes à risques.
- Rappel des protocoles du réseau Périnat concernant les niveaux de prise en charge et les modalités de transfert des patientes.

### Général :

Réflexion sur l'organisation du travail en équipe

- Mise en place de formations au CRM.
- Mise en place des outils de communication structurée (SAED)

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels: **événement probablement évitable.**



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](mailto:regine.leculee@ccecqa.asso.fr)  
[nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr](mailto:nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr)

## Références et Bibliographie

- Recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN - Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie – janvier 2009.
- De la toxémie gravidique à l'éclampsie : physiopathologie – Réanimation 16 (2007) 380-385 – F. Meziani.
- CNGOF – 2010 – 2011 – Université Médicale Virtuelle Francophone – Item 17 : Principales complications de la grossesse – Hypertension artérielle gravidique.
- Conférence d'experts SFAR 2000 – Réanimation des formes graves de pré éclampsie.
- Obstétrique pour le praticien – 2013 – Examen obstétrical et surveillance de la grossesse.
- NHS- NICE – 2010 – Hypertension in pregnancy : the management of hypertensive disorders during pregnancy.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists - Committee opinion – Emergent therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension with Preeclampsia or Eclampsia – December 2011.