



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



### ELEMENTS MARQUANTS

La réalisation d'une césarienne et la gestion de crises convulsives en post partum faisant suspecter une éclampsie relèvent du champ d'activités habituelles de l'obstétrique.

La survenue d'un biais d'analyse est possible chez tout professionnel en situation de fatigue et de suractivité, et peut engendrer erreur diagnostique et retard de prise en charge.

La non identification précoce d'une hémorragie interne en post opératoire immédiat, malgré des signes cliniques et biologiques évocateurs, relève vraisemblablement de ce mécanisme.

La remise en cause de l'hypothèse diagnostique d'éclampsie post partum chez une patiente 9ème pare n'ayant jamais présenté de pré éclampsie, en hypotension prolongée, est du même ordre.

L'environnement de travail et l'organisation (recours à l'imagerie, effectifs, condition de la surveillance de nuit) peuvent contribuer à l'insécurité des pratiques.

# Analyse Approfondie de Cas n° 68:

## Choc hypovolémique par hémorragie du post partum

Date de parution : juillet 2019

Catégorie : Obstétrique / Périnatalité

Nature des soins : Thérapeutiques

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une femme de 40 ans, 9<sup>ème</sup> pare 9<sup>ème</sup> geste est admise pour accouchement à 39 SA+2 jours. La 8<sup>ème</sup> naissance s'est déroulée par césarienne en raison d'une présentation du front.

Le travail est déclenché par rupture artificielle de la poche des eaux et progresse sans difficulté sous anesthésie locorégionale par péridurale, le bébé étant en position céphalique.

Au bout de 6 heures, l'examen montre une présentation du bregma faisant craindre une déflexion de la tête évolutive.

L'indication d'une césarienne est posée, permettant a naissance d'un garçon de 3,360 kg Apgar 10-10-10. L'extraction est difficile et provoque une déchirure de l'extrémité droite de l'hystérotomie. Cette déchirure est suturée avec visualisation d'une hémostase satisfaisante en fin d'intervention.

La parturiente est surveillée 1 h en Salle de Surveillance Post Interventionnelle sans incident notable puis en salle de naissance.

Les suites postopératoires sont marquées par la persistance d'une hypotension artérielle sans tachycardie ni saignement extériorisé, malgré l'arrêt de l'anesthésie péridurale par ropivacaïne et les perfusions de solutés cristalloïdes et colloïdes.

Après 4 heures de surveillance, une anémie à 7g/l constatée par HemoCue® fait réaliser une échographie abdominale qui ne visualise aucun épanchement intra-utérin ou intrapéritonéal. Une transfusion de 2 CGR est réalisée.

Deux heures plus tard, l'hypotension artérielle persiste avec pâleur et agitation de la patiente. Après un épisode de convulsions, la survenue d'un arrêt cardio-respiratoire avec mydriase bilatérale aréactive nécessite une réanimation pendant 20 minutes avec massage cardiaque externe et intubation. Une éclampsie est alors évoquée.

Après reprise de l'activité circulatoire, la patiente est transférée dans le site principal de l'établissement où une tomographie abdominale met en évidence un épanchement intrapéritonéal.

L'intervention chirurgicale en urgence permet de rapporter le saignement à une déchirure du ligament large droit et une hystérectomie d'hémostase est effectuée. Les pertes sanguines sont estimées à 1500 ml.

La patiente est prise en charge en réanimation et présente des séquelles neurovégétatives majeures.

### CARACTÉRISTIQUES :

#### **Gravité :**

Mise en jeu du pronostic vital de la mère

Séquelles neurovégétatives majeures dont l'évolution n'est pas déterminée





**A 9 heures, le mercredi 24 juin :** Une femme de 40 ans est admise à 39 SA et 2 jours. L'hospitalisation a été programmée 2 jours plus tôt pour réaliser la rupture des membranes et l'accouchement par voie basse, la présentation est céphalique en oblique antérieur postérieur droit. Elle est 9<sup>ème</sup> pare 9<sup>ème</sup> geste, une césarienne pour présentation frontale et proci-dence du cordon a eu lieu pour la 8<sup>ème</sup> grossesse. Le bilan sanguin est normal avec une hémoglobine à 12 g/dl. .

**Vers 12h40 :** Pose de la voie péridurale pour l'analgésie ; la dilatation est à 4 cm. **A 15h :** Administration de Syntocinon à la seringue élec-trique. **A 18h :** L'examen clinique montre une dilatation complète du col. **A 18h30 :** La sage femme note une déflexion de la tête et une présentation du bregma, sans signes d'asphyxie per partum sur le tracé du RCF. **A 18h45 :** L'obstétricien pose l'indication de césarienne.

**A 19h10 :** La césarienne, faite sous ALR, rencontre des difficultés car la tête est enclavée dans la symphyse pubienne. Les manœuvres provoquent une déchirure hémorragique bien repérée de la commissure et du ligament large. **A 19h21 :** Naissance d'un garçon 3 kg 360: Apgar 10 -10 -10. La fermeture de l'hystérotomie est faite avec renforcement des sutures à la commissure droite par 2 points en X. **A 20h20 :** Passage de la maman en SSPI, remplissage de 500 ml de colloïdes et 2000 ml de cristalloïdes pour une hypotension rapportée à l'anesthésie péridurale.

**A 21h20 :** La patiente arrive en salle de naissance pour surveillance et rapprochement mère-enfant. **A 22 h :** La sage femme note la pâleur de la patiente avec TA systolique à 85-90 mm Hg sans tachycardie et sans saignement extériorisé. Elle en informe l'obstétricien, le MAR rattache la pâleur aux nausées de la patiente et à l'analgésie par Naropéine<sup>®</sup> qui est stoppée à 22h30. **A 23h10 :** Le MAR examine la pa-tiente : hypotension sans tachycardie, abdomen souple et indolore. Il prescrit : remplissage par colloïdes, éphédrine, mise en place d'une PNI continue, l'HemoCue<sup>®</sup> indique un taux d'Hb à 7,1g/dl. (le recours au laboratoire est écarté en raison de différentes contraintes).

**Vers 0 h :** L'obstétricien ne relève aucune anomalie abdominale ou gynécologique basse, pas d'épanchement échographique du cul de sac de Douglas et de la cavité utérine. Deux culots globulaires sont commandés au dépôt de sang d'un autre CH. La tension artérielle varie entre 75 et 80 mm Hg de systolique malgré le remplissage et l'éphédrine, la patiente s'agite.

**Jeudi 25 juin vers 2h30 :** Réception et administration des 2 CGR, amélioration progressive de l'état clinique et de l'agitation, TA à 100 mm Hg, tonus utérin satisfaisant, pas de saignement extériorisé et le ventre est souple. **Vers 3h50 :** la patiente est agitée et anxieuse pen-dant la transfusion du 2<sup>ème</sup> culot, le MAR fait réduire le débit de la transfusion.

**A 4h10 :** Au total 2000ml de cristalloïdes et 1500ml de colloïdes ont été administrés quand soudain la patiente présente des convul-sions suivies d'un coma avec mydriase bilatérale. Le MAR réalise une ventilation au BAVU, la TA est à 65 mm Hg avec une FC de 110 BPM ; 1 mg de midazolam et 6 mg d'éphédrine sont injectés. L'intubation orotrachéale nécessite un mandrin d'Eschmann non présent sur le chariot d'urgence ; l'hémoglobine est à 6 g/dl, la TA se maintient entre 70 et 90 mm Hg.

**A 5h :** L'obstétricien est sur place pour un autre accouchement (la sage femme, seule, est dans l'incapacité de réaliser les deux prises en charge). Le SMUR est appelé pour transfert de la patiente en réanimation sur l'autre site. Le MAR indique que la patiente se réveille et présente des signes positifs : pupilles égales et réactives, déglutition et toux spontanées, possibilité de répondre aux ordres simples. Le MAR et son collègue de la réanimation évoquent une possible éclampsie.

**A 5h35 :** La patiente présente une agitation importante, le MAR administre 25 mg de rocuronium en IVD suivi d'un arrêt systolique qui nécessite une réanimation (massage cardiaque externe, adrénaline, défibrillation). Une activité cardiaque est constatée après 20 minutes. Le médecin SMUR se présente pour le transfert et note la pâleur de la patiente ainsi que par le périmètre abdominal important.

**A 6h35 :** Le SMUR réalise le transfert en réanimation de la patiente sur l'autre site du CH où le scanner cérébral fait en urgence ne confir-me pas de diagnostic d'éclampsie. En complément, des coupes TDM thoraco-abdominales, faites à la recherche d'un éventuel saigne-ment révèlent la présence d'un hémopéritoine. L'HemoCue évalue une Hb à 5,8 g/dl, un 3<sup>ème</sup> Culot est prescrit, le chirurgien viscéral est appelé pour une intervention urgente.

**A 7h40 :** Au bloc opératoire, le chirurgien constate un épanchement hématique (1500ml) lié à la déchirure du ligament large à droite, en dehors de la cicatrice d'hystérotomie, conduisant à une hystérectomie d'hémostase.

**A 9h45 :** Le mari de la patiente, tenu informé des événements successifs, est reçu par le médecin anesthésiste coordonnateur de la ges-tion des risques, le chirurgien viscéral et la directrice des soins pour expliquer les derniers événements et les soins prévus pour les pro-chaines heures. Le mari, installé dans une chambre proche du service de réanimation, refuse le soutien psychologique et l'aide pour ses enfants. Il est prévu que le nouveau né soit confié à une de ses tantes lors de sa sortie.

**Du 26 juin au 2 juillet :** la patiente est sédaturée, présente une hyperthermie d'origine pulmonaire, une ouverture des yeux aux stimuli et une réactivité en extension des membres inférieurs. Il existe un œdème cérébral au scanner, et un tracé très ralenti sur l'EEG.

**Du 3 au 5 juillet :** après une trachéotomie réalisée au CHU, la sédation est réduite en réanimation ; l'évaluation répétée de l'état neuro-logique de la patiente conduira à une hospitalisation en service de soins palliatifs spécifique et un tuteur a été nommé pour les enfants.

L'évènement a donné lieu à un débriefing entre les acteurs et à un travail sur la gestion de l'urgence vitale au sein du CH.

# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées



Instabilité hémodynamique post césarienne insuffisamment caractérisée.  
Hypothèse étiologique unique (hypotension induite par l'ALR) renforcée par un faux négatif à l'examen clinique et à l'échographie (absence d'hémorragie visible et/ou extériorisée).

## Facteurs latents

### Patient :

Grande multiparité.  
Antécédents de césarienne.

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

### Professionnels / facteurs individuels :

Charge de travail élevée en raison des effectifs insuffisants (rythme des gardes). +++  
Fatigue avec impact sur les capacités d'analyse (biais d'analyse) ++  
Stress lié à la dégradation inexpliquée de l'état clinique de la patiente.

### Équipe :

Pas de facteur latents retrouvés.

### Tâches :

Résultats d'imagerie non pertinents (simple échographie en post opératoire d'une chirurgie avec hémorragie) +++

Délais de transmission des résultats biologiques inadaptés en urgence la nuit et les jours fériés sur l'ensemble du CH et en particulier sur le site où est localisé la maternité (logistique du transport des prélèvements). ++

### Environnement :

Site isolé de la maternité, avec peu d'accès aux structures hospitalières pour sécuriser les soins (SSPI, radiologie, laboratoire d'analyses médicales, réanimation, ressources humaines d'appui).+++

Difficultés à maintenir une équipe médicale en nombre suffisant pour assurer conjointement la permanence des soins et le respect des conditions de travail (amplitudes horaires et repos de sécurité). ++

Chariot d'urgence incomplètement équipé pour une intubation difficile. +

### Organisation :

Organisation générale du processus des analyses biologiques ne permettant pas la réalisation des examens et la transmission des résultats de façon optimale pour la sécurité des patients. ++

Effectifs MAR, obstétriciens, sages femmes et IADE inappropriés au regard de la sécurité de l'activité obstétricale.+++

Organisation de la continuité des soins ne permettant pas une surveillance post-interventionnelle optimale en SSPI en dehors de ses heures d'ouverture habituelles. +++

### Institution :

Recrutements médicaux difficiles en raison de l'évolution de la démographie médicale et de la localisation géographique de l'établissement. +++

# Enseignement : Actions / Barrières



## Spécifique:

Redéfinition des effectifs présents :

IADE pour césariennes

SF en renfort en salle d'op pour césariennes

Restructuration des modalités de l'organisation de la surveillance post-césarienne la nuit.

Regroupement sur 1 seul site de toutes activités chirurgicales et obstétricales

## Commun :

Identification des besoins en effectif et en compétences dans les secteurs d'activité à risque comme l'obstétrique.

Révision des modalités d'accès au service d'imagerie en situation de permanence des soins.

Révision des modalités de fonctionnement du laboratoire d'analyses médicales la nuit et les jours fériés.

Plus largement,

Définition d'un programme de réduction des risques liés au fonctionnement du laboratoire d'analyses médicales biologiques.



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

PRAGE / CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 31 16

Prage@ccecqa.asso.fr

## Général :

Mise au point concernant les parturientes pouvant être prises en charge en CH avec une maternité de type 1 et celles devant bénéficier d'une prise en charge en niveau supérieur (utérus cicatriciel, grossesses gémellaires, etc.) avec TIU.

## Références et Bibliographie

- Fiche « gynérisq attitudes » sur les hémorragies du post partum
- Complications hémorragiques du péri-partum : stratégie diagnostique et thérapeutique [reamed.ujf-grenoble.fr/séminaires/archives/2005/.../rodriguezcomp.ppt](http://reamed.ujf-grenoble.fr/séminaires/archives/2005/.../rodriguezcomp.ppt)
- Recommandations pour la pratique clinique : les hémorragies du post partum CNGOF [http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF\\_2014\\_HPP.pdf](http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf)
- Prise en charge de l'hémorragie du postpartum – SFAR 2015
- Hémorragies du postpartum immédiat – SFAR
- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.
- Décret du 12 novembre 2010 relatif à la gestion globale des risques associés aux soins.
- Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale – SFAR 2012.
- Recommandation concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie – SFAR 2013.
- Anesthésie pour césarienne – SFAR 2005.
- Recommandations formalisées d'experts- prise en charge de l'arrêt cardiaque – SFAR 2006.
- Recommandations pour la pratique clinique : césarienne : conséquences et indications – CNGOF 2000.
- Recommandations professionnelles - déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée – HAS avril 2008.
- Gestion de l'hypotension induite par l'anesthésie péri-médullaire. Conférence d'actualisation - SFAR 2006.

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>