



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

Analyse Approfondie de Cas n° 76

Hématome rétro placentaire

Mort fœtale intra utéro

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : Obstétrique / Périnatalité
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les facteurs de risques liés aux antécédents d'hémorragie rétro placentaire de la patiente n'ont pas fait l'objet d'une évaluation, d'explorations complémentaires. Un traitement préventif par aspirine était indiqué.

Les bonnes pratiques dans la recherche de pathologies associées en début de grossesse (thrombophilie, immunisation fœto-maternelle, maladie auto-immune) n'étaient pas connues.

L'insuffisance de structuration de la coopération dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) a contribué au défaut de suivi cette patiente aux antécédents de grossesse pathologique.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 36 ans est suivie. À 34 semaines d'aménorrhée et dans un CH. Dans ses antécédents 5 jours, elle se présente à la maternité pour une violente douleur abdominale en coup de poignard survenue environ 2 heures auparavant. L'échographie en urgence met en évidence une mort fœtale. L'état clinique de la patiente se dégrade rapidement avec apparition de troubles hémodynamiques, d'une contracture abdominale mais sans coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). La réanimation est aussitôt entreprise. La césarienne est réalisée moins d'une heure après son admission et le fœtus décédé est extrait (fille de 2470g).

La patiente est transférée intubée et ventilée en réanimation dans le CH de recours voisin. Les suites évoluent favorablement pour la jeune femme.

Lors de cette 4^{ème} grossesse, les examens du premier, du deuxième et du début de troisième trimestre sont normaux. La patiente, tabagique, est également peu observante quant à la régularité de son

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Mort fœtale intra utero





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le 14 août : une jeune femme de 36 ans est accueillie dans un centre hospitalier (CH) situé en zone rurale isolée, pour une échographie morphologique du 1^{er} trimestre d'une 4^{ème} grossesse. Dans ses antécédents obstétricaux on note : 2 grossesses avec accouchements normaux et l'année précédente, une 3^{ème} grossesse avec suspicion d'hémorragie retro placentaire (HRP) et mort fœtale in utero au 7^{ème} mois. Un bilan exploratoire pour comprendre l'antécédent d'HRP n'est pas programmé. Un traitement préventif par acide acétylsalicylique n'est pas instauré. Les échographies du 2^{ème} et du 3^{ème} trimestre de la grossesse en cours sont réalisées en octobre et décembre. Elles sont normales. La patiente fume beaucoup. Elle ne se présente pas à un rendez vous prévu début janvier.

Le lundi 11 janvier à 14h : la jeune femme se rend au CH à 34 semaines d'aménorrhée pour une douleur en coup de poignard dans le ventre. Elle présente des sueurs profuses et des douleurs abdominales importantes. Le médecin gynécologue réalise un examen clinique et une échographie qui révèle la mort intra utérine du fœtus. La patiente présente très rapidement des signes de dégradation de son état clinique (douleurs, « ventre de bois », état hémodynamique instable). Le praticien contacte le CH de recours pour demander un transfert de la patiente. Il demande à être mis en relation avec le SAMU plutôt qu'avec des ambulanciers. Un transfert par hélicoptère est envisagé mais rendu impossible pour des raisons météorologiques. De plus, il existe une contre indication du transport hélicoptéré pour une suspicion d'HRP. Le SAMU accepte le transport médicalisé mais les équipes sont déjà en sortie. Devant l'état de choc hémodynamique de la patiente, une décision de césarienne en urgence est prise avec le médecin anesthésiste réanimateur du CH. Une commande pour urgence vitale de 2 concentrés globulaires (CGR) et 2 plasmas frais congelés (PFC) est réalisée. Un renfort pour la chirurgie est organisé (1 IBODE, 2 IADE et un chirurgien viscéral supplémentaire qui se déplace d'un autre site).

Vers 17h : la patiente est transférée au bloc opératoire où une anesthésie générale avec induction par séquence rapide est pratiquée. Après une incision selon la technique de Cohen Stark, le péritoine est ouvert. Une hystérotomie transversale permet l'extraction du fœtus décédé (fille de 2470g). Une délivrance artificielle et une révision utérine sont réalisées. Le médecin retrouve de nombreux caillots sanguins noirs sous le placenta. Deux points en X sont posés sur les commissures. Un surjet à points passés au Vicryl est réalisé sur la tranche d'hystérotomie. Le médecin constate que le sang venant de la cavité ne coagule pas correctement. Le péritoine viscéral est laissé libre et le pariétal refermé en surjet. Un contrôle de l'hémostase sur les cicatrices est satisfaisant. Le compte des compresses est effectué. Un surjet sur l'aponévrose est réalisé ainsi qu'un surjet intra dermique par Vicryl rapide 3.0.

La rétraction utérine est moyenne et un saignement conséquent est constaté. Il se réduit lors des expressions utérines pratiquées. La patiente reçoit 10 unités de Syntocinon® lors de l'extraction puis 10 autres unités de Syntocinon®. Devant ces difficultés d'hémostase et un important saignement vaginal, du Nalador® 500 µg sur 1 heure est administré. Un prélèvement pour réaliser un dosage de l'hémoglobine par HemoCue™ indique un taux à 8,6 g/dL. Le MAR prescrit la transfusion des 2 CGR et des 2 PFC. Les transfusions sont administrées ainsi que 1,5 g de fibrinogène et 1g d'Exacyl®.

Le médecin anesthésiste réanimateur contacte le service de réanimation du CH de recours pour une hospitalisation de la patiente. Le transport par le SAMU est effectué aussitôt.

Le 19 janvier : la patiente est hospitalisée en service de réanimation pendant 24 heures (un début de CIVD est constaté lors de son arrivée) puis en soins intensifs pendant 24 heures. Elle est ensuite transférée en service de chirurgie digestive. Elle est opérée pour occlusion intestinale fonctionnelle sur hématome intrapéritonéal. Son état clinique évolue ensuite sans incident particulier.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Hématome retro placentaire d'évolution suraiguë.

Facteurs latents

Patient :

Antécédents obstétricaux d'HRP avec MFIU.++
Patiente n'honorant pas les rendez vous de suivi.++
Tabagisme important.+

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

Professionnels / facteurs individuels :

Sous estimation des facteurs de risque liés à l'antécédent d'HRP de la patiente.+++
Connaissance insuffisante des bonnes pratiques dans la recherche de pathologies associées (thrombophilie, immunisation foëto-maternelle, maladie auto immune) en début de grossesse eu égard aux antécédents.+++

Tâches :

Absence d'arbre décisionnel pour le suivi des grossesses à risque. +++
Absence de définition de filières de prise en charge au sein du GHT.+++

Environnement :

Localisation isolée de la maternité en termes d'accès aux infrastructures hospitalières pour sécuriser la continuité des soins (SSPI, radiologie, laboratoire d'analyses médicales, réanimation).+++
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).+++

Organisation :

Insuffisance de politique ou de programme de coopération dans le cadre du GHT pour structurer :

- l'orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement dans le cadre d'une filière de soins.+++
- des temps de staff communs pour présenter l'ensemble des dossiers des patientes suivies en consultation au sein du CH. ++
- les remplacements ou les temps médicaux (en obstétrique et anesthésie-réanimation) mutualisés et pérennes.+++

Institution :

Zone d'exception géographique pour laquelle le maintien d'une maternité est un élément du SROS.+++
Recrutements médicaux difficiles en raison de l'évolution de la démographie médicale, de la localisation géographique de l'établissement et de son attractivité. +++

Facteurs d'atténuation

Cohésion et collaboration opérationnelle dans l'équipe dans une situation d'urgence.
Renfort en personnel, transport simplifié des produits sanguins.
Coopération efficace en urgence avec l'établissement de recours.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique :

Appropriation des recommandations de bonne pratiques concernant le diagnostic, le traitement et le suivi des hématomes rétro-placentaires.

Commun :

Mettre en place un staff hebdomadaire (visioconférence le cas échéant) entre le service d'obstétrique du CH et le CH de recours pour assurer le partage des informations, coordonner les stratégies thérapeutiques et organiser le suivi des femmes enceintes prises en charge sur le territoire du GHT.

Général :

Elaboration d'un projet médical en partenariat avec le service d'obstétrique du CH de recours dans le cadre du GHT : protocoles de coopération, mutualisation des équipes médicales.



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

PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 30 14
prage@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- Fiche « gynérisq attitudes » sur les hémorragies du post partum
- Recommandations de bonne pratique « grossesse à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » HAS – Décembre 2009
- Complications hémorragiques du péri-partum : stratégie diagnostique et thérapeutique 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
- Prise en charge de l'hémorragie du postpartum – SFAR 2015
- Hémorragies du postpartum immédiat – SFAR
- Code de santé publique : articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63
- 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 pour la pratique clinique : césarienne : conséquences et indications – CNGOF 2000.
- Etats des lieux des staffs existants dans l'ensemble des maternités des six territoires de la région Aquitaine – Réseau Périnatal Aquitaine – Novembre 2013
- Circulaire n° DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
- Cahier des charges régional des réseaux de santé en périnatalité de proximité (RSPP) d'Aquitaine – Avril 2010
- Projet Régional de Santé Aquitaine – Volet Hospitalier- Chapitre 3 « Périnatalité » et Chapitre 19 « Pédiatrie ».
- Propositions de modifications apportées au SROS-PRS-Volet hospitalier – Septembre 2015.
- Fédération Médicale Inter Hospitalière - discipline gynécologie-obstétrique – convention constitutive – décembre 2014.

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