



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

Analyse Approfondie de Cas N° 91

Retard à la césarienne chez une parturiente obèse Naissance d'un enfant sans vie

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

De l'importance de disposer d'équipements adaptés au profil du patient !

Ici, le cardiocographe ne permettait pas le double enregistrement du rythme maternel et fœtal. De surcroît, il n'était pas adapté à une parturiente en surpoids. Lors de la souffrance fœtale aigue pendant le travail avec l'arrêt des battements cardiaques de l'enfant, le monitoring s'est poursuivi en captant les battements maternels accélérés à 110 BPM, attribués à tort à un ralentissement fœtal alors qu'il s'agissait d'une tachycardie maternelle...

L'erreur d'interprétation subséquente a été à l'origine d'un retard dommageable et irréversible dans la décision de terminaison.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 34 ans, 3ème pare et 3ème geste, se présente à la maternité pour rupture spontanée de la poche des eaux et déclenchement du travail à 39 semaines d'aménorrhée (SA) et 2 jours. Les grossesses accouchements précédents se sont déroulés normalement. On note une prise de poids maternel de 35 kg et l'absence de diabète gestationnel.

La parturiente est installée en chambre à 3h45, après un examen et un enregistrement du RCF qui sont sans anomalies. (rythme de Base (RDB) : 143 battements Par Minute (BPM) ; variabilité à court terme (VCT) : 6.2 ; contractions utérines (CU) spontanées toutes les 5 minutes ; toucher vaginal (TV) : col postérieur, mi-long 2 doigts large ; présentation céphalique appliquée).

À 5h30, elle est installée en salle de travail et un monitoring fœtal continu est mis en place. Le travail se poursuit normalement avec un RDB à 135 BPM. Une analgésie péridurale est mise en place à 5h45.

Dans la matinée, on note un ralentissement de la dilatation (7 cm à 11h) et des ralentissements variables sur le tracé du RCF. À 13h, un œdème important du col est constaté avec des anomalies du RCF à risque d'acidose (augmentation du rythme de base de 30 BPM (à 165 BPM), diminu-

tion de la réactivité et de la variabilité, absence de ralentissement).

À 13h40, l'examen montre une stagnation de la dilatation avec absence d'accommodation de la présentation fœtale. L'équipe envisage une césarienne. Un traitement par oxytocine est instauré.

Durant le début de l'après-midi, le travail se poursuit avec des adaptations régulières des doses d'oxytocine. Un saignement est constaté à 14h45 ; il est attribué à des saignements cervicaux.

À partir de 15h10, le RDB est stabilisé autour de 110 BPM ; il présente une variabilité normale avec ralentissement précoce et quelques accélérations, les contractions se succédant toutes les 2 à 10 minutes. Le col est toujours effacé, intermédiaire et souple, dilaté à 8 cm. Le travail est poursuivi sous oxytociques, avec 2 tentatives d'efforts expulsifs, infructueux.

La décision de césarienne code orange est décidée à 18h59 et la naissance d'un garçon de 3700 g, sans vie, a lieu à 19h35. Malgré les manœuvres de réanimation, le nouveau-né est déclaré décédé à 20h25. Lors de la césarienne, le liquide amniotique était sanglant mais non teinté ; il n'y avait pas d'anomalie placentaire ou d'hématome.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Du 7 avril 2017 au 28 juin : une jeune femme de 34 ans est suivie dans un établissement pour une troisième grossesse dont le terme est prévu le 22 juillet. Les 2 accouchements précédents ont eu lieu par voie basse, sans incident. La surveillance de la grossesse se déroule normalement et il n'y a pas de facteur de risque obstétrical ou anesthésique décelé. La prise de poids pendant la grossesse a été de 35 kg.

Lundi 10 juillet 02h à 39 SA et 2 jours : la patiente se rend à la clinique pour une rupture spontanée de la poche des eaux avec un liquide amniotique clair. **03h46** : la jeune femme est accueillie en service de maternité. Le monitoring indique : rythme cardio-fœtal (RCF) avec rythme de base (RDB) à 143 battements par minute (BPM), absence de ralentissement et d'accélération ; variabilité à court terme (VCT) : 6.2 ; contractions utérines (CU) spontanées toutes les 5 minutes (min), bien supportées. toucher vaginal (TV) : col postérieur, mi long 2 doigts large ; présentation céphalique appliquée ; écoulement de liquide amniotique clair.

05h30 : la jeune femme est accueillie en salle de travail. Un monitoring fœtal continu par cardiotocographe et un monitoring maternel sont installés par la sage-femme (SF). La patiente est apyrétique. La tension artérielle (TA) est comprise entre 115/66 et 151/96 mm Hg ; la fréquence cardiaque (FC) entre 88 et 111 BPM. Le col est court, souple, intermédiaire et dilaté à 4 cm, 3 CU/10 min. Le liquide amniotique est clair. RCF réactif avec RDB à 135 BPM, variabilité et réactivité normales, absence de ralentissement. **05h45** : une analgésie par voie péridurale est mise en place. Différents prélèvements biologiques (RAI, NFS, toxoplasmose) sont effectués.

De 06h30 à 10h : le travail est marqué par une stagnation de la dilatation à 5 cm avec une présentation céphalique appliquée malgré une dynamique utérine spontanée normale (3 CU/10 min). Le RCF est difficile à enregistrer (paroi importante, prise de poids de 35 kg) nécessitant la présence en continu de la SF pour maintenir le capteur. Le médecin gynécologue obstétricien (GO) en est informé. **10h35** : le col est à 7 cm, souple, effacé et intermédiaire. La SF constate que la dilatation stagne et que la présentation fœtale ne progresse pas. Des ralentissements variables apparaissent sur le tracé du RCF. La SF transmet les données au GO. **11h** : le RCF se normalise. La dynamique utérine est spontanée et normale (3 CU/10 min). La présentation céphalique est fixée.

11h30 : la patiente est installée en hyper flexion. La fréquence des CU est toujours de 3/10 min, le col est à 7 cm.

12h : les résultats du bilan hématologique sont normaux. **13h** : la SF constate la présence d'un œdème important du col à la face antérieure et du côté gauche. Elle note aussi les anomalies du RCF à risque d'acidose avec augmentation du RDB de 30 BPM (à 165 BPM), diminution de la réactivité et de la variabilité, absence de ralentissement. La dilatation stagne. **13h30** : la situation clinique est de nouveau évaluée par le GO. La SF prépare la table de réanimation bébé. L'équipe du bloc et les anesthésistes sont prévenus de la possibilité d'une césarienne. Le RDB est à 160 BPM, variabilité et réactivité modérées, absence de ralentissement. **13h40** : la sage-femme note sur le partogramme «pas d'accommodation de la présentation». Le GO constate que le TV est inchangé et que le col présente un œdème important. Il confirme l'éventualité d'une césarienne mais propose une expectative de 1 h avec la mise en place d'un pousse seringue électrique (PSE) de Syntocinon® au débit de 1,5 mL/h soit 0,15 UI/h (dilution 5 UI/50 mL). **14h30** : interruption momentanée des ocytociques et changement de position de la maman. Le GO examine la patiente. Le col est moins œdématisé, la présentation céphalique commence à s'appuyer lors des CU (toutes les 2 à 10 min). Il décide d'attendre encore une heure et demande la modification du débit du PSE à 3 mL/h. **14h45** : la SF constate que le col est œdématisé, que la patiente présente des pertes de caillots et de sang rouge. La TA est à 154/85 mm Hg et la FC à 97 BPM ; 3 CU/10 min. La présentation céphalique est fixée. **14h55** : le RCF est à 120 puis à 110 BPM alors qu'il était jusqu'alors à 140-160 BPM. Le tracé montre des ralentissements tardifs avec une diminution de la variabilité et de la réactivité. **15h10** : changement du rouleau de papier du monitoring. 2 CU/10 min, RCF à 110 BPM. **16h20** : La SF alerte le GO. Le col est toujours effacé, intermédiaire et souple, dilaté à 8 cm. Le débit du PSE est augmenté à 4 mL/h. Le GO demande à la mère de réaliser des efforts expulsifs et décide de poursuivre le travail. **De 17h à 18h40** : la SF note la perte du tracé de la FC du fœtus. Elle en informe le GO. Discussion sur les lactates au scalp entre la SF et le GO. Tentative d'efforts expulsifs. La césarienne est confirmée. **18h59** : arrêt des ocytociques. **19h04** : la patiente est transportée au bloc opératoire. **19h35** : naissance d'un garçon de 3700 g sans vie ; Apgar 0 à 1 min, 0 à 2 min, 0 à 10 min malgré des manœuvres de réanimation adaptées.

Lors de l'hystérotomie, le liquide amniotique est sanglant mais non teinté. Il n'y a pas d'anomalie placentaire ni d'hématome. Des lactates au cordon sont effectués et indiquent un taux de 12 mmol/L.

Les parents sont accompagnés par la sage-femme coordinatrice et bénéficient d'un soutien psychologique.

À J4 : la jeune femme retourne à son domicile avec un suivi obstétrical libéral.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Retard à la décision de césarienne.

Difficultés de positionnement du capteur du RCF en raison du surpoids maternel, rendant les tracés peu fiables.

Interprétation erronée des tracés du RCF en raison de l'enregistrement parasite et non identifié du rythme maternel.

Absence, au moment des faits, d'enregistrement simultané du cœur maternel et du cœur fœtal.

***Nota bene:** Il semble probable que le saignement mineur attribué à une fragilité du col œdématisé doive en fait être rattaché à une hémorragie placentaire par décollement latéral (hématome décidual marginal). Les altérations du placenta à type de cicatrices (constatées exclusivement à l'examen anatomopathologique) conjuguées au saignement ont été responsable de la souffrance fœtale aiguë par anoxie ainsi que de la tachycardie maternelle. Cependant, il n'existe pas de trace d'hématome marginal à l'examen anatomopathologique du placenta, rendant inconsistante cette hypothèse physiopathologique. Les tracés après 14h50 sont en fait les enregistrements du rythme maternel à 100/110 BPM et non le rythme fœtal, probablement arrêté. Le tableau classique de l'hématome rétro-placentaire (HRP) associant douleurs violentes, contracture utérine et état de choc n'était pas constitué. Il n'y a pas eu d'hémorragie fœto-maternelle, comme en témoigne le taux d'hémoglobine à 17g/dL chez le fœtus après la naissance.*

Facteurs latents

Patient :

Prise de poids importante pendant la grossesse (35 kg).+

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels : ++

Raisonnement clinique obstétrical obéré par des biais cognitifs à type de biais de confirmation («chercher ou reconnaître les seuls renseignements qui confirment le diagnostic désiré ou suspecté»)

Équipe :

Déficiences de la communication en équipe :

- Les doutes ou incompréhensions ne sont pas exprimés nettement et ne sont pas partagés collectivement.+++
- Réserve excessive dans l'expression des désaccords et manque d'assertivité. +++

Tâches :

Non réalisation des examens de seconde ligne, pH ou lactates au scalp (possibles mais jugés non nécessaires en raison du tracé RCF estimé non inquiétant).+++

Environnement :

Cardiotocographe ne permettant pas un double enregistrement du RCF et du rythme cardiaque maternel (un seul appareil disponible, localisé aux consultations).+++

Appareil d'échographie (adapté aux parturientes pléthoriques) non dédié aux salles de naissance.+++

Organisation :

Mauvaise combinaison des effectifs et compétences :

- MAR seul à partir de 19h,
- Pédiatre libéral présent 5/7 jours et de 10h à 18h.

La réanimation du nouveau-né est assurée essentiellement par le MAR pendant que l'acte chirurgical se termine.

Point non directement contributif dans cet EIGS mais pouvant prendre part à un autre événement indésirable.

Institution :

Difficulté d'adaptation des ressources humaines idéales en terme de sécurité en regard du faible volume d'activité obstétricale actuel. **Point non directement contributif dans cet EIGS mais pouvant prendre part à un autre événement indésirable.**

Enseignement : Actions / Barrières



Barrières ayant été activées :

Présence constante de la sage-femme pour maintenir le capteur du RCF en position correcte.

Bonne cohésion d'équipe avec :

- entraide de la sage-femme du secteur pour la prise en charge des autres parturientes
- échanges constants avec l'obstétricien très disponible malgré ses consultations en cours.
- coopération au bloc opératoire lors de la tentative de réanimation du nouveau-né.

Présence d'un dossier obstétrique informatisé avec un partogramme immédiatement compréhensible et des graphiques dynamiques.

Spécifique :

Introduire des habitudes de briefings avec « stop and go » au décours de l'évolution de situations complexes.

Acquisition, dès l'EIGS, d'un deuxième cardiotocographe permettant le double enregistrement et relocalisation de l'existant en secteur naissance.

Commun :

Réflexion à mener pour l'adéquation des organisations et des moyens humains affectés à l'activité obstétricale en regard de l'augmentation prévisible de l'activité liée aux recrutements récents d'obstétriciens (présence d'un pédiatre lors des césariennes, astreintes IADE,...).

Général :

Revoir l'arbre décisionnel de la mise en œuvre des examens de seconde ligne et intégrer la décision lors du déclenchement du « stop and go ».



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@ceecqa.fr

Références et Bibliographie

- Fiche « gynérisq' attitude » n°5 : Gestion pratique des anomalies du RCF en salle de travail.
- 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 Council.
- 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
- Contributory factors and potentially avoidable neonatal encephalopathy associated with perinatal asphyxia – American journal of obstetric and gynecology – 2016 ; 214:747.e1.8
- Analyse de l'évitabilité de l'asphyxie per-partum par une revue de pairs- L. Battle

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