

Analyse Approfondie de Cas 28



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



Retard à la réalisation de la réanimation d'un nouveau-né

Date de parution : février 2015

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 35 ans est hospitalisée dans un service de maternité pour une césarienne programmée. Cette patiente a déjà bénéficié de 2 césariennes pour souffrance fœtale.

Lors des échographies réalisées à 28 et 32 semaines d'aménorrhée, les examens montrent un aspect de ventriculomégalie isolée à la limite de la normale. Il est décidé en staff de poursuivre la surveillance de la grossesse au sein de l'établissement et une césarienne est programmée.

La maman est accueillie la veille de la césarienne dans le service de la maternité. Le matin de l'intervention, la césarienne est retardée car l'aide opératoire

est en congés. De plus, des travaux programmés dans la salle d'intervention dédiée n'ont pas été communiqués à tous les intervenants. Le cumul de ces deux dysfonctionnements est à l'origine d'un retard d'une heure dans le début de la réalisation de la césarienne. Lors de la césarienne et de l'extraction du nouveau-né, de nouveaux dysfonctionnements, dont la non-disponibilité et la non-fonctionnalité de la table de réanimation bébé, vont entraîner un retard dans la prise en charge du nouveau-né nécessitant une réanimation. Il sera transporté par le SAMU pédiatrique en réanimation néonatale.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'importance d'anticiper les organisations lors de travaux dans un bloc opératoire :

- Professionnels avertis
- Matériel spécifique ou non mis à disposition
- Vérification de la transmission effective des informations.

La check-list du bloc opératoire n'est pas juste un papier de plus dont il faut remplir les cases.

Il s'agit d'un temps de

« briefing » opérationnel.

Le formulaire « de base » peut être adapté à des situations spécifiques !

Le questionnement actif des items permettant de s'assurer de la présence de matériel nécessaire auraient pu mettre en évidence l'absence de la table de réanimation néonatale à proximité et l'absence des fils nécessaires à la césarienne.

NB. La possible sous estimation de la gravité de la malformation en anténatal ne fait pas l'objet d'une analyse dans ce document.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Souffrance néonatale aiguë dans un contexte de

Malformation congénitale complexe.

Évolution : Séquelles physiques, motrices et cérébrales intriquées.

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet en grande partie d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le 14 mars : le dossier d'une patiente est présenté en staff de diagnostic prénatal. La patiente est âgée de 35 ans. Elle mène sa troisième grossesse, et a déjà bénéficiée de 2 césariennes pour souffrance fœtale. Lors des échographies réalisées à 28 et 32 semaines d'aménorrhée, les examens montrent un aspect de ventriculomégalie isolée à la limite de la normale. Il est donc décidé de ne pas pratiquer d'autres examens (conformément aux recommandations de l'HAS) et une césarienne est programmée.

Le 18 avril : la patiente est hospitalisée, la césarienne programmée le lendemain à 8 heures.

Le 19 avril 8h : l'obstétricien est informé de l'absence pour congés de son assistante (IDE aide opératoire) ; il demande alors de l'aide à l'un de ses associés, ce qui repousse d'une heure l'intervention. Des travaux sont en cours dans la salle d'intervention du bloc obstétrical, ainsi la césarienne doit être réalisée en bloc central (ce qui n'est pas communiqué à la maternité et notamment aux sages femmes).

8h45 : un médecin anesthésiste accueille la patiente et réalise une anesthésie de type rachianalgésie, le mari de la patiente est présent conformément à leur demande.

9h05 : début de l'intervention.

9h15 : un soignant appelle la maternité pour qu'une sage femme se rende au bloc pour la césarienne, en avertissant que l'intervention a débuté.

9h18 : la sage femme arrive au bloc obstétrical...fermé pour travaux et cherche la salle dans laquelle se déroule l'intervention.

9h19 : la sage femme arrive au moment de la naissance du bébé. Elle réalise que la table de réanimation néonatale est restée en bloc obstétrical et demande immédiatement que celle-ci soit amenée. Le score d'Apgar est à 4 à la première minute. Le nouveau-né est cyanosé et bradycarde. La sage femme le stimule par massages en attendant la table de réanimation. Elle remarque que le nourrisson a les yeux exorbités, beaucoup de glaires épaisses, jaunes pâles, filandreuses. Le faciès est particulier avec présence d'une plagiocéphalie et d'oreilles mal ourlées avec une implantation basse. Score d'Apgar à 5 à cinq minutes. La césarienne est poursuivie mais retardée par l'attente de fils de suture adaptés, non disponibles dans cette salle.

9h24 : la table de réanimation néonatale est installée. Le pédiatre est appelé en renfort. Le nouveau-né est ventilé au masque à l'air ambiant en attendant les branchements de la table de réanimation néonatale. Lorsque ceux-ci sont réalisés, l'aspiration gastrique est rendue possible et effectuée. Par contre les tentatives d'aspirations nasales effectuées avec différents calibres de sonde sont rendues impossibles par une atrésie des choanes. La ventilation au masque est poursuivie jusqu'à l'arrivée du pédiatre.

9h29 : à l'arrivée du Pédiatre à 10 minutes de vie du bébé le score d'Apgar est coté à 6 . Le nouveau né présente des gasps, une bradycardie, une hypotonie, une pâleur. La ventilation manuelle quelque soit le système utilisé est très difficile. Une bradycardie sévère impose un massage cardiaque externe pendant une minute. Le bébé est intubé et devient plus tonique avec des constantes cardiorespiratoires correctes. Il est en respiration spontanée (RS), un cathéter est mis en place dans une veine ombilicale. Une extubation accidentelle survient. L'enfant respire en RS environ 10 minutes. Le SAMU pédiatrique et le réseau Périnat sont contactés.

9h50 : le nouveau-né présente une crise convulsive généralisée, avec apnée et désaturation de l'enfant qui a le regard « vide ». Nouvelle intubation orale, avec une sonde n°3. Une glycémie capillaire est réalisée et montre un résultat à 0,95g/l. Le nouveau-né est hypothermique à 34,3 °C. Sa pression artérielle est à 75/43. Une dose de charge de Gardé-nal® est administrée au bébé. Un soluté de glucosé à 10% est administré au débit de 7ml/h. Le poids de l'enfant est de 2400g.

10h30 : le SAMU pédiatrique arrive pour prendre en charge le nouveau-né. La maman est auprès de son enfant. Les parents ont été informés au fur et à mesure des événements par l'anesthésiste . De même, lors de la prise en charge par le SAMU pédiatrique, les parents sont informés de l'état de santé de leur enfant, du transport et de l'hospitalisation au CHU en service de réanimation néonatale.

11h30 : départ du nouveau-né avec le SAMU pédiatrique.

N.B. L'enfant est porteur d'un syndrome CHARGE (Coloboma, Heart defect, Atresia choanae, Retarded growth and development, Genital hypoplasia, Ears anomalies/ deafness) avec communication inter-ventriculaire. Il va rester hospitalisé plusieurs mois.

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées



Retard à la réalisation de la réanimation du nouveau-né par :

- Absence du matériel spécifique à la réanimation en salle d'intervention ou à proximité immédiate (table de réanimation néonatale),
- Absence de pédiatre à l'instant de la naissance.

Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Patient :

Etat de santé complexe du nouveau-né non anticipé en anténatal. ++

Professionnels / facteurs individuels :

Situation de stress de la sage-femme vis-à-vis de la réanimation néonatale à effectuer en urgence sans le matériel adéquat .+

Équipe :

Défaut de communication des plannings des aides opératoires.+++

Défaut de communication du planning des travaux de la salle de chirurgie obstétricale.+++

Défaut de supervision par l'encadrement du bloc (attribution des salles-travaux-équipements).+++

Absence de coordination des différents professionnels impliqués appel de la sage-femme, appel du pédiatre non anticipés)+++

Tâches :

Planification des aides opératoires imprécise.++

Procédure de réalisation de la check list du bloc opératoire non conforme et non adaptée, n'incluant pas le matériel spécifique à la prise en charge du bébé. +++

Procédure concernant la préparation de la salle d'intervention pour les césariennes insuffisante (ne précisant que la table de réanimation bébé doit être attenante à la salle d'intervention prévue).+++

Procédure de préparation et de vérification de la table de réanimation et de son caractère opérationnel à « tout moment au bon endroit » insuffisante. +++

Environnement :

Équipement (table de réanimation néonatale) non disponible dans la salle d'intervention.+++

Changement de salle d'intervention non communiqué aux professionnels concernés (notamment sage femme).+++

Organisation :

Non anticipation des changements induits par les travaux de la salle d'intervention d'obstétrique.+++

Défaut de communication et de coordination entre services (bloc central – service de l'ingénierie- maternité) concernant les travaux en cours.+++

Défaut de coordination dans l'affectation du personnel et des tâches : aides-opératoires, compétences requises en obstétrique ; supervision non effective par le cadre de bloc. +++

Défaillance dans l'organisation de la continuité des soins. Pas d'anticipation de l'appel de la sage-femme et du pédiatre .

Institution :

Contraintes réglementaires vis-à-vis des équipements de réanimation néonatale et des locaux d'obstétrique non respectées (l'équipement de réanimation bébé était fonctionnel mais n'était pas à proximité). ++

Facteurs d'atténuation

Réactivité du personnel et maîtrise des gestes de réanimation d'urgence du nouveau né en l'absence de matériel adapté.

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique:

Organiser précisément la planification des aides opératoires, pour assurer la continuité des soins.
Déterminer une procédure de diffusion du planning des aides opératoires.

Commun :

- Organiser la communication concernant les travaux et les fermetures de salles au bloc opératoire (responsables de la diffusion des informations, nature des informations, liste des destinataires, délais, modalités de réalisation...).
- Formaliser une procédure concernant la conduite à tenir lors des programmations de travaux concernant le plateau technique et la diffuser.
- Réaliser en équipe pluridisciplinaire une procédure sur les conditions d'appel de la sage femme et du pédiatre lors d'une césarienne.
- Elaborer et mettre en place :
 - * Une procédure concernant la préparation d'une salle d'intervention lors de la réalisation de césarienne.
 - * Une procédure concernant la vérification et la préparation de la table de réanimation néonatale (de type check-list) en précisant les rôles et fonction des personnels impliqués.

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
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Appliquer la check-list spécifique « Sécurité césarienne » avec les critères sur le matériel de réanimation néonatale.

Références et Bibliographie

- La réanimation du nouveau-né en salle de travail : conférences d'actualisation SFAR 1996.
- Prise en charge et réanimation du nouveau-né : recommandations révisées de la Société Suisse de néonatalogie 2012
- 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) par P. Bétrémieux, centre hospitalier régional et universitaire de Rennes. 1999
- Organisation de la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance : conférences d'actualisation SFAR 2002.
- Code de la Santé Publique- sixième partie : établissements et services de santé-livre 1er : établissement de santé – titre II – Equipement sanitaire – Chapitre IV : conditions techniques de fonctionnement – Section 1 : activités de soins – Sous section 3 : obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale – Article D6124-35 à D6124 63.
- JORF n°138 du 16 juin 2000 page 9068 – Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous section IV « conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie, et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique (livre VII, titre 1er, section III, troisième parties : décrets)
- Recommandations pour la pratique clinique : Conduite à tenir lors de la découverte anténatale d'une ventriculomégalie cérébrale – 2004 – HAS
- Réanimation du nouveau-né en salle de naissance – MAPAR- 2007.
- Check list « Sécurité césarienne » des HCL validée par la HAS : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/check_list_securite_cesarienne_hcl.pdf