



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



Analyse Approfondie de Cas 54 :

Retard à la réalisation d'une césarienne et complications postopératoires

Date de parution : mai 2017

- Catégorie : Obstétrique
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une femme de 38 ans est suivie à domicile par une sage femme libérale pour une troisième grossesse. Il est prévu qu'elle accouche au centre hospitalier situé à 1h15 du domicile. Le terme est prévu pour le 23 décembre. L'échographie obstétricale du troisième trimestre et le bilan morphologique ne révèlent pas d'anomalie. Le 25 novembre vers 23 heures, la patiente contacte la sage femme libérale pour une rupture spontanée des membranes. La sage femme lui demande de se rendre à la maternité, où elle la rejoint. La patiente arrive donc à la maternité vers 0h15. À l'examen, la sage femme libérale constate une proci- dence du cordon et repousse la présen- tation pour libérer la circulation san- guine. À 0h30, la sage femme de l'hôpi- tal contacte le praticien hospitalier d'astreinte pour l'informer de cette ur- gence. À 1 heure, la patiente est instal- lée sur la table d'intervention, la majori- té des professionnels étant en salle. Le praticien hospitalier gynécologue- obstétricien arrive dans les locaux vers 1h25. L'incision de la césarienne est pra- tiquée à 1h33, l'extraction du nouveau- né est effectuée à 1h40. L'intervention est compliquée par un hématome retro- placentaire et une déchirure utérine en

prolongation de l'hystérotomie. La dé- chirure est suturée et un contrôle de l'hémostase est effectué après déli- vrance artificielle et révision utérine. L'intervention se termine à 3h20. Le nouveau né est immédiatement pris en charge par le pédiatre. Le garçon pré- sente un score d'Apgar à 2 à la nais- sance puis 5 à 5 minutes de vie puis 7 à 10 minutes de vie. Une réanimation car- dio-respiratoire est effectuée selon les recommandations professionnelles en vigueur. Il est transporté par le SAMU pour être hospitalisé en service de réa- nimation néonatale du Centre Hospita- lier proche puis transféré de nouveau à la maternité son état clinique étant sa- tisfaisant. Deux jours plus tard, devant des douleurs pelviennes, un scanner thoraco-abdomino-pelvien est effectué. Il montre une dilatation pyélo-calicielle et urétrale gauche avec extravasation du produit de contraste au niveau du bas uretère pelvien gauche avec urinome par plaie du bas uretère gauche. La pa- tiente est hospitalisée dans un service d'urologie. Une sonde double J est mise en place. La patiente et l'enfant rentrent à domicile après quelques jours d'hospi- talisation.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Délai d'intervention et urgence médicale absolue ?

Pas de règle précise, ni en matière de distance, ni en matière de temps d'intervention.

Les bonnes pratiques en obsté- triques définissent un temps :
≤ 15 min en cas de « code rouge »
≤ 30 min en cas de « code orange »
entre la décision de césarienne et l'extraction du bébé.

Pour les autres disciplines la régle- mentation impose un délai « compatible avec l'impératif de sécurité ».

Les directeurs d'établissement et l'ensemble des praticiens concer- nés doivent donc trouver un cons- sensus lors de la définition de l'or- ganisation des services.

Ce point doit être clairement établi dans les contrats des praticiens.

Le tribunal administratif de Ver- sailles précise en 2013 que « le fait de confier une astreinte opération- nelle à un médecin, résidant à une distance incompatible avec l'impé- ratif de sécurité en cas d'interven- tion en urgence, constitue une faute dans l'organisation du ser- vice ».

(références sur demande à la PRAGE)

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Organisation en place :

Une procédure de signalement des événements indésirables a été rédigée en 2007 et réactualisée en 2011 afin de prendre en compte les notions de fréquence et gravité. Les signalements sont réalisés sur un cahier auto carboné numéroté dont les souches sont archivées dans les services. Deux

autres supports de déclaration coexistent pour le signalement de la maltraitance et pour le signalement des non-conformités en restauration. Les événements indésirables graves récurrents tels que les erreurs d'identification ont été traités de façon institutionnelle. Le traitement a fait l'objet d'un accom- pagnement par la structure régionale d'appui d'Aquitaine en participant au projet "Prévention des Erreurs d'Identité Liées aux Soins" (PERILS).



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Octobre : Une femme de 38 ans est suivie à domicile par une sage femme libérale pour une troisième grossesse dont le terme est fixé au 23 décembre. La patiente a choisi d'accoucher dans un centre hospitalier situé à 1h15 de son domicile. L'échographie obstétricale du troisième trimestre et le bilan morphologique ne révèlent pas d'anomalie. La patiente rencontre en consultation une sage femme ainsi qu'un médecin anesthésiste hospitaliers en vue de son hospitalisation prochaine.

Le 25 novembre vers 23 h : la parturiente téléphone à la sage femme libérale ① pour l'informer que le travail a commencé. Celle-ci lui demande de se rendre à l'hôpital où elle la rejoindra. La patiente, alors qu'elle est dans son véhicule, contacte la sage femme pour lui annoncer la rupture des membranes. Elle ne donne pas d'indication sur l'intervalle entre les contractions et leur durée. La patiente est à 37 semaines d'aménorrhée et 3 jours. La règle, dictée par le praticien en charge du service d'être informé de tout appel ou prise en charge potentielle d'une parturiente, n'est pas suivie par la sage-femme libérale.

Le 26 novembre 0h15 : la parturiente est accueillie dans le service de maternité. La sage femme libérale ① est présente et installe la patiente en salle d'accouchement pour réaliser un examen. Elle constate alors : au monitoring un ralentissement du rythme cardiofoetal (RCF) à 80 battements par minute (BPM) ; une présentation haute ; un col utérin dilaté à 2 doigts ; et découvre une procidence du cordon. Le liquide amniotique est clair. Elle demande à une collègue sage-femme ② de confirmer la procidence, ce qu'elle fait. La sage femme ① installe la patiente et repousse la présentation et la procidence du cordon pour éviter la compression du cordon. Les prélèvements bactériologiques sont réalisés.

0h30 : la sage femme ② met en place un monitoring du RCF avec un doppler foetal mobile. Elle téléphone au gynécologue-obstétricien d'astreinte pour l'informer de la situation et de l'urgence. Un « code rouge » césarienne est alors déclenché. Elle charge une aide puéricultrice de téléphoner au pédiatre et à l'IDE de bloc opératoire de la clinique d'astreinte. La sage femme ① poursuit le refoulement du cordon, le RCF est à 140 BPM en dehors des contractions utérines. La sage femme ② prépare la patiente pour l'intervention.

0h45 : à l'arrivée du médecin anesthésiste réanimateur (MAR), la patiente est amenée au bloc pour une rachianesthésie.

1h : la parturiente est installée sur la table d'intervention. La sage femme ① maintient toujours la procidence du cordon. Le RCF est de 140 BPM en dehors des contractions utérines. Lors des contractions des ralentissements du RCF sont notés à 65-70 BPM.

1h25 : Le gynécologue obstétricien arrive au bloc opératoire de la maternité.

1h33 : l'incision est réalisée à 1h33. Le nouveau-né est extrait à 1h41. L'anesthésiste réalise une anesthésie générale pour optimiser la prise en charge d'une suspicion d'hématome retro placentaire (paramètres hémodynamiques maternel évoquant une hypovolémie). Le bébé est immédiatement confié au pédiatre. Le score d'Apgar est de 2 à la première minute de vie. Les gestes de réanimation sont réalisés selon les recommandations professionnelles en vigueur. Le score d'Apgar est de 5 à la cinquième minute de vie puis de 7 à la dixième minute de vie. Le pédiatre contacte le SAMU pour transférer le nouveau-né qui reste hypotonique et montre des constantes hémodynamiques et respiratoires non stabilisées. L'intervention se poursuit pendant ce temps. Une délivrance artificielle suivie d'une révision utérine est effectuée. Une hystérorraphie par surjet extra-muqueux est réalisée. À l'exploration le gynécologue obstétricien constate une déchirure utérine latérale gauche sur 4,5 cm. Celle-ci est suturée. Un contrôle de l'hémostase est pratiqué, puis une toilette abdominale et un comptage des compresses sont exécutés. Un drain de Redon est mis en place dans le cul de sac de Douglas. Une suture avec rapprochement des grands droits (avec présence d'un saignement en nappe) est effectuée, puis suture aponévrotique et fermeture avec des agrafes sur la peau. Dans le compte rendu opératoire il est noté que les urines ont été hématuriques pendant l'intervention mais claires en fin d'intervention. La patiente est transférée en SSPI. Le nouveau-né est transporté par le SAMU vers le centre hospitalier le plus proche, vers 4h20. Il est de retour à 10h30 auprès de sa mère car son état de santé est jugé satisfaisant.

15h30 : en raison d'une oligurie et de la persistance de douleurs, l'obstétricien demande son transfert sur le centre hospitalier le plus proche dans un service d'obstétrique de différent niveau.

Le 27 novembre : La patiente est retransférée à la maternité initiale, son état clinique étant jugé satisfaisant.

Le 28 et 29 novembre : La patiente est algique à la mobilisation. Les douleurs abdominales sont importantes et prédominent à gauche. Le traitement antalgique par anti inflammatoire non stéroïdien est inefficace. Un bilan sanguin indique un syndrome inflammatoire et une insuffisance rénale aigüe. Le gynécologue obstétricien prescrit une antibiothérapie et une réhydratation. L'examen clinique indique des bruits hydroaériques au niveau abdominal, sans reprise du transit. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien montre « un rein gauche augmenté de volume avec une importante dilatation pyélo-calicielle et dilatation des uretères. À l'injection de produit de contraste, une dilatation pyélo-calicielle gauche et urétérale gauche avec image d'extravasation du produit de contraste ainsi qu'au niveau du bas uretère pelvien gauche fait évoquer un urinome par plaie de l'uretère bas gauche ». Le gynécologue obstétricien contacte un confrère urologue d'une clinique pour une prise en charge chirurgicale. Une sonde double J, urétéro-vésicale, est mise en place. Le nouveau-né est transféré pour un rapprochement mère-enfant. La patiente et le nouveau-né rentre au domicile quelques jours plus tard. Leur état de santé est à ce jour satisfaisant.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Arrivée tardive de l'obstétricien pour une césarienne en urgence : code rouge pour procidence du cordon avec délai de 55 minutes entre décision et extraction.

Facteurs latents

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

Patient :

Eloignement géographique de la patiente de toute maternité (30 mn à 1h30 de route entre le domicile et les 3 maternités les plus proches) ; ici, trajet de 1h15 par volonté de la patiente. +++

Contexte de 3^e grossesse avec durée du travail plus courte prévisible. ++

Professionnels / facteurs individuels :

A l'analyse des échanges, et indépendamment des compétences professionnelles respectives reconnues, il apparaît que les sages femmes perçoivent le comportement du médecin comme trop arbitraire et autocratique et que le médecin perçoit le comportement des sages femmes comme trop autonome et corporatiste. +++

Équipe :

Ambiance de travail en équipe très dégradée du fait de conflits récurrents entre les sages-femmes et l'obstétricien, générant : +++

- Staffs multidisciplinaires insuffisamment contributifs pour assurer une coordination efficiente des prises en charge.
- Perte de confiance mutuelle et doutes réciproques sur la fiabilité des évaluations cliniques et des conduites à tenir.
- Divergences quant au degré de médicalisation à appliquer aux grossesses et aux accouchements dits physiologiques.

Tâches :

Absence de réflexion pluri-professionnelle formalisée permettant de définir les dossiers devant bénéficier d'une présentation en staff et d'une conduite à tenir consensuelle en fonction des éléments cliniques et des facteurs de risques identifiables. +++

Environnement :

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

Recours à l'intérim et aux remplacements pour renforcer l'équipe médicale autour d'un seul PH titulaire dans une maternité relevant du service public. ++

Domiciliation personnelle de l'obstétricien à une distance non compatible avec les contraintes de sécurité de la profession malgré la mise à disposition d'une chambre de garde. +++

Organisation :

Organisation non structurée des consultations médicales obstétricales prénatales. ++

« Projet de service » en cours d'élaboration par l'équipe de sages-femmes, en partenariat avec les instances et la tutelle, sans la coopération d'obstétriciens, actant de fait les difficultés de collaboration.

Institution :

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

Facteurs d'atténuation

La sage femme qui tient la procidence du cordon et repousse le bébé pendant plus d'une heure.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Respect des engagements annoncés, conformes à la législation, à savoir l'utilisation de la chambre de garde mise à disposition lors des astreintes opérationnelles en raison d'un domicile éloigné.

Commun :

Etablir une procédure permettant de définir le profil des parturientes nécessitant obligatoirement l'avis ou le suivi par un obstétricien selon les recommandations de la HAS en fonction de son statut obstétrical, des comorbidités, du contexte psychosocial, de l'éloignement géographique.

Suivi A : Selon le choix de la parturiente, le suivi régulier est assuré par une sage femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou obstétrical)

- Avis A1 : avis d'un obstétricien ou spécialiste conseillé
- Avis A2 : avis d'un obstétricien est nécessaire

Suivi B : Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue obstétricien.

Assurer l'organisation de ces consultations et des examens complémentaires corolaires en tenant compte des obligations concernant les entretiens prénataux précoces.

Assurer la tenue des staffs pluri-professionnels permettant, entre autres, l'organisation consensuelle de la prise en charge des parturientes et l'anticipation des conditions de l'accouchement.

Veiller au respect des bonnes pratiques et préserver la possibilité de décisions impromptues dictées par une situation d'urgence.

Evitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels, événement évitable.



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

Docteur Régine LECULEE,
Nathalie ROBINSON,
Marylène GERARD,
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 30 14
prage@ccecqa.asso.fr

Général :

Poursuite de la collaboration entre les instances et les tutelles, avec la participation de tous les professionnels, afin de garantir les conditions de sécurité des naissances dans le respect de la réglementation.

Références et Bibliographie

- Fiche « GYNERISQ' Attitude » sur la documentation d'une situation à risque d'asphyxie per-partum (APP) après 34 SA.
- Fiche « GYNERISQ' » Contrôle Terminaison Accouchement en Urgence.
- Urgences en gynécologie obstétrique – 2005 – la procidence du cordon <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/urgences/chap14.pdf>
- La procidence du cordon – Etat des lieux des 23 dernières années au CHU de Besançon. 2010 <http://www.chu-besancon.fr/smfc/20101011/10-11-05.pdf>
- Etiologie et traitements des plaies iatrogènes de l'uretère : analyse de la littérature – J. Klap and all – Progrès en urologie (2012) 22,913-919 <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2012.05.003>
- SFAR 2009 – Prise en charge maternelle - 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. www.sfar.org/acta/dossier/2009/med_B978-2-8101-0173-3.c0079.html
- SFAR 2000 - Urgences anesthésiques obstétricales et recommandations formalisées d'experts 2010 : urgences obstétricales extrahospitalières. www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca00/html/ca00_03/00_03.htm
- Les urgences obstétricales – 2010 – MP. Lemoine www.smurbmpm.fr/upload/FMC/2010-2011/Obstetrique/Bspp.pdf
- Code de santé publique : articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées : recommandations professionnelles HAS mai 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

<http://www.ccecqa.asso.fr/outil/gestion-des-risques/prage-retours-dexperiences>