

Cas clinique obstétrique – Juillet 2012

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Suivie de la recommandation dans le cas étudié</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Prise de la PA et recherche de protéinurie lors de toute consultation motivée par une symptomatologie nouvelle chez une femme enceinte (référence 1)</i>	NON	Moyenne , car récupération lors de la seconde consultation à la clinique
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Prise de la PA lors de la seconde consultation par la sage-femme de garde</i>	<p>OUI, diagnostic d'hypertension gravidique sévère (PA ≥ 160 mmHg)</p> <p>Mais diagnostic de pré-éclampsie non évoqué en l'absence de recherche de protéinurie à la bandelette (dosage pondéral revenu après la crise convulsive) et malgré la symptomatologie évocatrice (céphalées, douleur abdominale en barre, œdèmes importants des MI) (référence 2)</p>	Majeure
<i>Traitement HTA avec inhibiteurs calciques de première intention (référence 2)</i>	NON, traitement avec Catapessan® (inefficace)	Important
<i>Administration de sulfate de magnésie (prévention de la crise d'éclampsie) en cas de pré-éclampsie sévère (référence 2)</i>	NON	Important
<i>Arrêt de la grossesse en cas de pré-éclampsie sévère au-delà de 34 SA (mode d'accouchement selon l'urgence maternelle et/ou fœtale) (référence 2)</i>	<p>OUI</p> <p>Mais mode d'accouchement (par voie basse) non adaptée à l'urgence de la situation - survenue d'une crise d'éclampsie au cours du travail).</p>	Majeure
<i>Transfert au bloc opératoire dès</i>	NON	

<i>l'admission pour surveillance du travail par voie basse</i>	<i>D'où un retard d'environ 30 minutes pour l'extraction de l'enfant</i>	<i>?</i>
BARRIERES D'ATTENUATION		
<i>Césarienne</i>	<i>OUI Mais décision prise après la survenue d'une crise d'éclampsie</i>	<i>Décès maternel et handicap majeur chez l'enfant</i>

REFERENCES POUR ALLER PLUS LOIN

1)

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_en_ceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

2) http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/med_B978-2-8101-0173-3.c0083.html

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

(méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Pas d'éléments</i>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Absence ou Non suivi de protocole (?) concernant l'examen clinique et les examens complémentaires à pratiquer lors de chaque consultation prénatale</i>	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Ergonomie des locaux : Bloc opératoire non situé au même étage que la salle de travail</i>	Vraisemblablement important (à l'origine d'un retard d'extraction de l'enfant)
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Absence d'information de l'obstétricien de garde par la sage-femme le 17 novembre à la première consultation</i>	Importante
Individus	<i>Oubli incompréhensible de la sage-</i>	Majeure

(compétences individuelles)	<p><i>femme lors de la consultation du 17 novembre (absence de prise de la PA et de recherche de protéinurie)</i></p> <p><i>A priori, diagnostic de pré-éclampsie non évoqué par l'équipe obstétricale, y compris l'obstétricien de garde (absence de mention dans le dossier ; dosage de protéinurie prescrit mais résultats non demandés et test à la bandelette non pratiqué ; non prise en compte d'œdèmes massifs des MI) .</i></p> <p><i>Non prise en compte de l'extrême gravité de la situation et de l'urgence de l'extraction de l'enfant et du risque d'HELLP Syndrome chez la mère</i></p>	
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Absence d'obstétricien de garde sur place</i>	Importante
Patients (comportements, gravité)	<p><i>Complication obstétricale rare mais bien connue</i></p> <p><i>Evolution foudroyante après la crise d'éclampsie, vers un HELLP Syndrome de pronostic gravissime</i></p>	Importante