

Spécialités obstétricales, cas clinique de septembre 2010

Décès lors d'une hémorragie du post-partum par défaut de surveillance

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION	Concerné dans l'histoire	Contribution relative
<i>Organisation de la continuité des soins et de la responsabilité médicale ne souffrant pas d'ambiguïté</i>	OUI	Importante
<i>Description des modalités de prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP) dans un protocole adapté aux conditions locales d'exercice et régulièrement actualisé avec mention de la liste téléphonique de tous les acteurs potentiellement impliqués (1)</i>	OUI	Importante
<i>Vérification régulière de la disponibilité des médicaments susceptibles d'être en cas d'HPP (1)</i>	OUI	Minime
<i>Réalisation d'un audit par la maternité de ses cas d'HPP afin de vérifier le respect des procédures (1)</i>	NON	?
<i>Pour toute femme enceinte, disposition à l'entrée en salle de naissance des documents transfusionnels suivants : les deux déterminations du groupe sanguin ABO RH1 (D) et du phénotype RH et KEL 1 valides ainsi que le résultat d'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) datant de moins d'un mois (1) En leur absence, ces examens doivent être prélevés et acheminés vers le laboratoire dans les plus brefs délais (1)</i>	OUI	Majeure
<i>Prise en charge active de la délivrance et, notamment au moment du décollement placentaire, traction contrôlée du cordon, associée à une contre-pulsion sus pubienne à l'aide de la main abdominale (1) Examen du placenta afin de vérifier qu'il est complet (1)</i>	NON	
<i>Injection prophylactique de 5 à 10 UI d'ocytocine en IV lent après l'expulsion du placenta (1)</i>	OUI	Minime
<i>Mise en place d'un sac de recueil placé sous la patiente dès la fin de l'expulsion fœtale pour quantifier les pertes sanguines (efficacité restant à démontrer) (1)</i>	NON	?
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Protocole de surveillance en salle de naissance pendant les deux heures suivant l'accouchement portant sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque (1) en rappelant que chez une femme disposant d'un système cardio-vasculaire normal, la pression artérielle est longtemps maintenue, en cas d'hémorragie aiguë, par la vasoconstriction périphérique pour s'effondrer brutalement d'où l'intérêt du suivi de la fréquence cardiaque qui relève du même mécanisme (adrénergique) que la vasoconstriction Les données relevées doivent être consignées dans le dossier de la patiente (1).</i>	OUI Mais non adaptée (sous-évaluation manifeste du volume de sang extériorisé dans la première 1/2h après l'accouchement) Non prise en compte d'une tachycardie à 125/min	Majeure

<i>Organisation des modalités d'approvisionnement et d'acheminement des produits sanguins labiles (PSL) de telle sorte que leur délai d'obtention soit inférieur à 30 minutes. Rédaction d'une procédure décrivant cette organisation entre la maternité et le site transfusionnel dont elle dépend (1) (Recommandations HAS 2004)</i>	NON	Majeure
<i>Présence dans chaque maternité d'un praticien dont les compétences chirurgicales soient suffisantes pour l'exécution des gestes d'hémostase en cas d'HPP sévère (1)</i>	?	?
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Appel de tous les intervenants potentiels (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, réanimateurs, infirmières), dès la notion d'HPP (1)</i>	OUI Mais retardée d'au moins 30 minutes	Majeure
<i>Mise en place d'une réanimation avec voie veineuse, Mise en place d'une surveillance : cardioscope, pression artérielle, oxymètre de pouls, Réalisation d'une expansion volémique, initialement avec des cristalloïdes, Appel de la structure transfusionnelle pour la prévenir de la situation et en l'absence d'une RAI datant de moins de 3 jours, prélèvement d'une nouvelle RAI (1)</i>	OUI mais transfusion des culots érythrocytaires 5 heures après l'accouchement et une heure après l'arrêt cardiaque	
<i>Examen de la filière génitale sous valve (1)</i>	OUI mais traitement des lésions génitales (suture) inefficace	
Chirurgie (ligatures vasculaires ou parfois, d'emblée, hystérectomie) (1) Embolisation artérielle (à privilégier, en cas de lésions cervico-vaginales) (1)	NON OUI mais très tardive (patiente comateuse par anoxie cérébrale)	Seule chance de survie de la patiente à 17h après échec des sutures

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	?	?
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Absence de demande de documents transfusionnels avant l'accouchement Absence de procédure avec un site transfusionnel pour l'approvisionnement et l'acheminement de PSL en moins de 30 minutes Absence de procédure en cas d'HPP Situation de la salle de naissance par rapport au bloc opératoire non conforme à la réglementation</i>	Majeure
Environnement du travail (effectifs,	?	?

charge de travail, maintenance, équipements)		
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Défaut de communication des 2 gynéco-obstétriciens entre eux et avec la sage-femme, notamment, absence de consignes claires concernant l'appel de l'obstétricien : «... en cas de difficultés ? »</i>	Importante
Individus (compétences individuelles)	<i>Défaut d'appréciation de la sage-femme des pertes hémorragiques et des signes prémonitoires d'un choc hypovolémique à décompensation brutale chez une patiente sans antécédent cardio-circulatoire</i>	Majeure
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Gynéco-obstétricien traitant opérant dans une autre clinique au moment de l'accouchement</i>	Importante
Patients (comportements, gravité)	<i>HPP cataclysmique ayant entraîné en moins de 2 heures un état de choc avec encéphalopathie anoxique irréversible (perfusion de colloïdes mais sans transfusion de culots érythrocytaires) (Hémoglobine sanguine à 2 g /100 ml à 18h lors de l'arrêt cardiaque)</i>	Importante

Commentaires

Le taux global de mortalité maternelle a certes régressé depuis 2001 mais il s'élève encore à 9,6 pour 100 000 naissances (bilan 2001-2006) (2). Les hémorragies restent la première cause de décès par cause obstétricale (25 %) (2). Parmi elles, la proportion de décès évitables ou probablement évitables est de **90,6 %** (2). Tous les professionnels de l'obstétrique doivent connaître les recommandations publiées par l'HAS en 2004 (2).

Le fait le plus important est **l'appréciation correcte de l'importance de l'hémorragie** (1, 2, 3) mais « (...) ce n'est pas toujours facile d'emblée de faire la différence entre un saignement « normal » de l'accouchement et une hémorragie potentiellement grave (...) » reconnaît Marie-José Keller, présidente de l'Ordre des sages-femmes (4).

Références

1)

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272417/hemorragies-du-post-partum-immediat

2)

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/02_03/index.htm

3)

<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=33520>

4)

<http://www.la-croix.com/La-moitie-des-deces-qui-surviennent-en-donnant-la-vie-pourra/article/2411121/4076>