

FICHE "GYNERISQ'Attitude" sur LES RUPTURE UTERINES

Validée : le 18 juin 2012

REMARQUES PREALABLES

Le but des "fiches GYNERISQ" est de faire une mise au point pratique sur un sujet précis en termes de gestion des risques médicaux (GDRM) avec l'espoir d'en améliorer la prise en charge pour le bénéfice des patientes et des équipes soignantes. Ces risques médicaux sont volontiers doublés d'un risque médico-légal que l'on peut aussi espérer dans une certaine mesure prévenir.

Il ne s'agit donc pas de recommandations telles que peuvent les élaborer les sociétés savantes à partir d'une étude exhaustive de la littérature. Il ne s'agit pas de redéfinir non plus des conduites à tenir et des protocoles déjà validés par la profession. Il s'agit plutôt d'utiliser un retour d'expérience à partir de la base de données alimentée par les adhérents de GYNERISQ, dite "base REX". L'accent est mis sur les problèmes rencontrés de prise en charge en la comparant, lorsque cela est possible, à celle qui est, au moment de l'étude, officiellement et consensuellement souhaitable. Dès lors, nous essayons de dégager des causes à ces difficultés et de réfléchir sur des mesures qui, si elles étaient appliquées, pourraient éviter ces déviations. Dans le "jargon" de la GDRM ces mesures sont appelées "barrières". Nous les regroupons donc dans ces fiches que nous appelons "GYNERISQ'Attitudes" pour bien les démarquer des recommandations professionnelles classiques.

Dans le cadre des Ruptures utérines, deuxième sujet choisi, la méthodologie a été la suivante :

1. utilisation du retour d'expérience de la base REX de GYNERISQ - avec l'analyse des 136 déclarations de rupture utérine, faites entre 2009 et mars 2012, dont 43 à partir du questionnaire ciblé
2. validation par le groupe des "experts" de GYNERISQ

Ces fiches "GYNERISQ'Attitudes" sont amenées à être adaptées en fonction bien sûr de l'évolution des techniques mais aussi en fonction des témoignages et commentaires des adhérents de GYNERISQ concernant notamment leur pertinence, faisabilité et efficacité.

Selon une présentation classique en GDRM, cette fiche énumère les barrières proposées aux trois étapes théoriques de l'événement :

- Avant l'événement : c'est l'étape de prévention
- Au moment du diagnostic de l'événement : c'est l'étape de reconnaissance
- Au moment de la gestion de ses conséquences : c'est l'étape de récupération

I - ETAPE DE PREVENTION

Les UTERUS CICATRICIELS sont reconnus comme facteur de risque de rupture utérine et comprennent les antécédents :

- CESARIENNE(S)
- MYOMECTOMIE INTRAMURALE
- RESECTION ENDO UTERINE
- CURETAGE PERFORANT
- SALPINGECTOMIE RESEQUANT LA TROMPE INTRACORNUALE



Ces antécédents doivent **apparaître dans le dossier**



Le **risque de rupture** doit être évoqué lors de leur réalisation, et le CRO remis aux patientes.

VOIE D'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CICATRICIEL :

L'accouchement par voie basse est accepté sur la majorité des utérus cicatriciels.



Il faut prévoir une césarienne en cas :

- De cause reproductible de césarienne
- De complication hémorragique ou infectieuse de la chirurgie antérieure
- D'une grossesse de moins de 6 mois après la chirurgie
- De polomyomectomie

BARRIERES :



Toute patiente ayant un utérus cicatriciel doit avoir un entretien avec un obstétricien pour recueillir un **consentement éclairé**.



Il faut essayer de **recupérer le CRO** antérieur



L'information doit être **tracée dans le dossier et datée**




Cette décision peut être **ré-évaluée** à l'entrée en W en cas d'éléments nouveaux


CONDUITE DU TRAVAIL SUR UTERUS CICATRICIEL :

BARRIERES :



Si une patiente entre en travail avant une césarienne programmée pour utérus cicatriciel, ne pas tocolyser ni temporiser, mais réaliser la césarienne sans délai.


 **PAS DE PROSTAGLANDINES** sur utérus cicatriciel, sauf en cas d'IMG où les doses seront diminuées de moitié. Pas de déclenchement au Syntocinon sans motif médical ou sur conditions locales défavorables.


 Encore plus que pour tout accouchement, n'utiliser le **Syntocinon** au cours du travail qu'en cas de stagnation de la dilatation associée à une hypokinésie de fréquence ou d'intensité, et avec accord du médecin responsable.

II - ETAPE DE RECONNAISSANCE

DIAGNOSTIC PENDANT LE TRAVAIL SUR UN UTERUS CICATRICIEL :

BARRIERES :

 **Surveillance continue du RCF** dès le début du travail, y compris pendant la pose de la péridurale, et si possible jusqu'à l'installation sur la table opératoire en cas de césarienne décidée en cours de travail, afin que l'intervalle arrêt du RCF - naissance n'excède pas 15 mn.

 En cas de nécessité d'analgésie ou de sédation sur une dystocie de démarrage, l'obstétricien doit **évaluer la situation** (sur place, sauf si sage-femme de grande expérience) avant de donner ou non son accord

 La sage-femme doit demander immédiatement à l'obstétricien de venir si

- Anomalies du RCF
- Métrorragies
- Remontée de la présentation en cours de W
- Nécessité de réinjection « inhabituelle » dans la péridurale d'une patiente jusque-là correctement analgésée

 **REAGIR RAPIDEMENT : TOLERANCE ZERO**


DIAGNOSTIC POST-PARTUM PAR LA REVISION UTERINE :


La révision utérine n'est pas systématique après l'accouchement d'un utérus cicatriciel, mais doit être réalisée immédiatement si :

- Anomalies du RCF en fin de travail
- Saignements ou douleurs inexplicables pendant le travail
- Asphyxie perinatale inexplicée
- Saignement anormal, tachycardie ou état de choc en post-partum

 La majorité des ruptures utérines est indolore.

TECHNIQUE DE REVISION UTERINE :

 Les ruptures étant souvent latérales, la RU doit explorer toutes les faces de l'utérus. Le bord gauche est en particulier difficile d'accès pour les droitiers. Il faut parfois utiliser les 2 mains successivement

 Attention, la répétition des RU peut aboutir à une dilacération utérine


III - ETAPE DE RECUPERATION

PAS DE RETARD A L'EXTRACTION :

En cas d'utérus cicatriciel en travail, il faut pouvoir faire une césarienne **en extrême urgence** à tout moment :

- **Bloc opératoire disponible**
- Equipe sur place ou procédure « **code rouge** » définie pour pouvoir commencer l'intervention même si l'équipe n'est pas au complet

BARRIERES :

 Ecrire une procédure «césarienne code rouge » pour minimiser le délai d'extraction fœtale

 Si une patiente avec utérus cicatriciel est en travail :

- Le bloc opératoire est rendu disponible
- L'obstétricien doit se tenir informé de l'évolution du W et rester disponible
- La sage-femme doit **redoubler de vigilance pour appeler au premier symptôme**

En cas d'utérus cicatriciel ou de patiente à risque, **penser à la rupture utérine devant toute anomalie du travail.**

Pas de tentative d'extraction instrumentale à dilatation complète sur une présentation haute en cas d'anomalies du RCF sur utérus cicatriciel

 Renforcement de la vigilance des sages-femmes sur le suivi des utérus cicatriciels

 Tout dossier de rupture utérine doit être « débriefé » en équipe pour rechercher si :

- Le diagnostic aurait pu être évoqué plus tôt (défaut de suivi ou d'interprétation du RCF)
- La prise en charge aurait pu être plus rapide ou plus pertinente (défaut de communication, d'organisation, pédiatre non appelé pour la réa...)


REPERAGE DES COMPLICATIONS :

Tracer les arguments excluant un retentissement de la rupture utérine sur l'enfant :

- Gazométrie complète au cordon idéalement sur artère et veine (prévoir le matériel au bloc) ou, à défaut, lactates au nouveau-né
- Examen neurologique détaillé du nouveau-né à J0 et avant la sortie de la maternité

Pas de stérilisation maternelle sans accord

BARRIERES :

 Avoir une feuille pré-remplie des **items de l'examen neurologique détaillé du nourrisson**, à faire remplir par le pédiatre en cas de rupture utérine

 **Intensifier la surveillance maternelle** en raison du risque augmenté d'HPP

 Faire une **épreuve d'étanchéité vésicale** en cas de rupture antérieure.