

Fiche 'GYNERISQ' Attitude" sur la documentation d'une situation à risque d'asphyxie per-partum (APP) après 34 sa

Validée le 22 02 2013

PREAMBULE

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.

L'ASPHYXIE PER PARTUM (APP) est un sujet majeur en obstétrique et une crainte commune pour les familles et les équipes soignantes.

Sur le plan médical, elle a bénéficié ces dernières années :

- d'une meilleure connaissance des circonstances de survenue
- d'une mise au point sur la surveillance fœtale pendant le travail
- de précisions essentielles sur son lien, beaucoup plus rare que ce qui semblait acquis, avec les tableaux neurologiques que sont l'Encéphalopathie Néonatale (ENN) et la Paralyse Cérébrale (PC)
- du développement en cours des thérapeutiques neuroprotectrices

Sur le pan médico-légal, elle reste la première cause de contentieux avec la recherche systématique d'un défaut :

- dans la conduite de l'accouchement
- dans la reconnaissance de l'APP
- et/ou dans sa prise en charge à la naissance

Cette fiche "Gynerisq Attitude" sur la [documentation d'une situation à risque d'APP](#) a pour objet d'aider les obstétriciens à [lister les éléments qui doivent être tracés dans leurs dossiers d'accouchements](#) pour gérer au mieux ce problème.

Elle est basée sur une analyse de la base REX, une étude de la littérature et une synthèse collégiale faite par les experts de Gynerisq le 2 février 2013.

ETAPE DE PRÉVENTION : Eléments clés avant la naissance

1°) - LE DÉPISTAGE DES SITUATIONS A RISQUES DOIT ÊTRE SYSTÉMATIQUEMENT VÉRIFIÉ A L'ADMISSION DE LA PATIENTE



Les situations à risques habituellement reconnues sont les suivantes :

- Prématurité ou terme dépassé
- Suspicion de RCIU ou macrosomie
- Utérus cicatriciel
- Antécédent de décès néonatal
- Gémellaire
- Siège
- Oligo ou Hydramnios
- Pré-éclampsie
- Saignements
- fièvre > 38°
- Age > 35 ans
- Dysthyroïdie maternelle
- Diabète antérieur à grossesse ou diabète gestationnel mal équilibré
- RCF anormal et/ou LA méconial et/ou Doppler Ombilical anormal
- Rupture prématurée des membranes > 24 heures
- Grossesse après traitement d'infertilité



Il est souhaitable que ces situations à risques

- apparaissent dans le dossier pour être d'emblée connues de l'équipe qui prend en charge l'accouchement
- bénéficient d'une conduite à tenir (CAT) spécifique, "protocollisée" et/ou instaurée au moment

2°) - LE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL



Si un risque d'APP survient après un déclenchement artificiel du travail, les modalités de celui-ci seront systématiquement "disséquées" à la recherche d'un éventuel facteur iatrogène



Il faut donc insister sur l'indispensable analyse préalable des recommandations officielles dans ce domaine. Les dernières élaborées par l'HAS, sur le déclenchement après 37sa, datent de 2008 et sont disponibles sur le lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail-synthese.pdf

Il faut en particulier souligner l'importance :

- des conditions préalables en cas de déclenchement pour une indication non médicale
 - utérus non cicatriciel
 - terme précis
 - à partir de 39 SA (273 jours)
 - col favorable : score de Bishop \geq 7
 - demande ou accord de la patiente, et information des modalités et des risques potentiels
- des conditions d'utilisation des techniques de déclenchement
- de l'information à donner aux patientes en s'inspirant de la documentation de l'HAS disponible sur le lien suivant http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/declenchement_artificiel_du_travail_-_fiche_dinformation.pdf

Les équipes soignantes sont invitées à réaliser un ultime contrôle avant tout déclenchement artificiel du travail en s'inspirant de la fiche '*Gynerisq Contrôle avant déclenchement artificiel du travail*' proposée en annexe

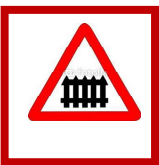
3°) - LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL

Six aspects vont être particulièrement revus et analysés en cas de situation à risque d'APP



- La tenue du partogramme
- Le monitoring du rythme cardiaque fœtal (RCF)
- L'utilisation éventuelle d'ocytocine
- La réactivité de l'équipe en cas d'anomalie
- La stratégie de terminaison
- L'information donnée à la patiente

3₁ : LA TENUE DU PARTOGRAMME



Elle doit être soignée et systématique en s'appuyant sur les critères ayant servi de base à l'audit clinique proposé par l'HAS et dont les résultats, publiés en 2006, sont disponibles sur le lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf

Les équipes soignantes sont invitées à faire des audits réguliers pour vérifier la bonne tenue de leur partogramme

3₂ : LE MONITORAGE DU RCF



Il doit être continu dans les situations à risques décrites plus haut.

Il est important que les équipes s'organisent pour avoir des tracés

- de bonne qualité
- horodatés (contrôle systématique des horaires avant tout enregistrement)
- et conservés dans de bonnes conditions (numérisation, scanner, photocopie ...)

Il est souhaitable que la lecture des tracés utilise le langage consensuel maintenant défini par les dernières recommandations internationales. On peut s'inspirer des fiches ci-jointes '*Gynerisq Contrôle Lecture RCF*' (recto & verso) et '*Gynerisq Contrôle prélèvements au scalp pendant le travail*'.

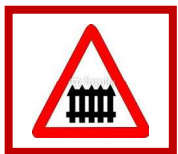
L'effet bénéfique de **séances de formation** est maintenant démontré et il est conseillé aux équipes obstétricales d'organiser ce type d'entraînement ainsi que le **"debriefing" des accouchements avec anomalies du RCF**.

Il est également souhaitable que les équipes structurent et systématisent les appels entre soignants, en utilisant les techniques de communication inspirées de l'aéronautique. Ainsi, les appels de sages femmes aux obstétriciens pour **"anomalies du RCF"** peuvent s'inspirer du tableau ci-dessous résumant un plan de conversation en cinq points, que chaque membre de l'équipe pourrait connaître et utiliser en l'adaptant à l'urgence de la situation.

Type d'appel	L'appelant annonce d'emblée et clairement s'il s'agit d'un appel urgent pour que l'appelé se déplace auprès de la patiente ou bien d'un appel d'information et/ou de demande d'avis
Identification	L'appelant identifie la patiente et précise la parité, le terme, les antécédents significatifs et les anomalies éventuelles de la grossesse actuelle
Situation	Type de tracé avec description dans l'ordre : 1) Contractions 2) Rythme de base 3) Variabilité 4) Accélération 5) Ralentissements Stade du travail : Présentation - Col - TA - Pouls - T° - Etat patiente
Avis	L'appelant donne son avis et fait une suggestion
Réponse	L'appelé reformule la demande et donne sa réponse

Proposition protocole d'appel pour anomalies du RCF

3₃ : L'UTILISATION EVENTUELLE D'OCYTOCINE



Elle est actuellement reconnue comme potentiellement iatrogène.

Dès lors, il est important que les équipes tracent l'indication et les modalités d'utilisation.

Elles peuvent s'inspirer de la fiche *"Gynerisq Contrôle ocytocine pendant le travail"* ci-jointe

En cas de tachystolie et ou de troubles du RCF la perfusion doit être immédiatement interrompue

3₄ : LA RÉACTIVITÉ DE L'ÉQUIPE EN CAS D'ANOMALIE



Toute anomalie nécessite une évaluation et une décision.

La communication dans l'équipe, basée sur un partage continu des connaissances et un "debriefing" des accouchements anormaux doit permettre de définir les anomalies nécessitant un déplacement rapide de l'obstétricien auprès de la patiente.

Pour ce qui concerne les anomalies du RCF, le tableau ci-joint, tiré du document **"lecture des tracés de RCF pendant le travail"** disponible sur le site gynerisq.fr peut servir de base de réflexion

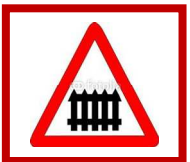
Tracés	Décision Terminaison	Mesures correctrices	Obstétricien	Anesthésiste	Pédiatre	Patiente
Pathologiques	terminaison rapide	oui	auprès de la patiente	auprès de la patiente	prévenu immédiatement disponible	informée au Bloc opératoire
A Risque	décision si persiste	oui	auprès de la patiente	prévenu disponible	prévenu disponible	informée bloc opératoire prêt
A surveiller	décision fonction évolution	oui	prévenu disponible	RAS	RAS	informée et surveillée
Autres Anomalies	non	oui	prévenu	RAS	RAS	nouvelle évaluation

Proposition CAT en fonction du type de tracés de RCF



En cas de décision de terminaison pour une suspicion d'asphyxie, l'analyse du dossier attachera une grande importance aux délais décision-action-naissance.

Dans tous les cas, les évènements (constatation d'anomalies, appel, évaluation, décision, action) doivent être tracés dans le dossier d'accouchement.



Dès lors, il est souhaitable que les appels aux différents intervenants possibles : anesthésiste, pédiatre, personnel de bloc opératoire soient organisés et anticipés ; que le rôle de chacun soit connu en prévoyant des recours possibles en cas de retards liés à une suractivité ou à un évènement imprévu (exemple de la prise en charge du nouveau-né par la sage femme et/ou l'anesthésiste en cas d'arrivée retardée du pédiatre)

Chaque établissement est invité à évaluer "à froid", au besoin à l'aide d'exercices de simulations, ses propres ressources de façon à les mobiliser en fonction de l'urgence de la situation, en s'inspirant du principe des "codes couleur" - Les équipes peuvent y réfléchir à partir de la fiche "[Gynerisq Contrôle terminaison accouchement en urgence](#)"

35 : LA STRATÉGIE DE TERMINAISON

Il faut insister sur trois points :



- Les éléments ayant conduit à la décision d'extraction pour suspicion d'APP, en particulier les anomalies du RCF et les résultats des prélèvements au scalp, doivent être clairement tracés dans le dossier. Le choix des modalités de la terminaison (spontanée, instrumentale, césarienne) sera également argumenté. Il repose sur la synthèse du contexte materno-fœtal, du stade du travail, des conditions mécaniques (hauteur et variété de la présentation) et du niveau de risque d'acidose fœtale en choisissant dans cette indication la voie la plus rapide et la moins traumatisante. Il est important que ces éléments soient rappelés dans le paragraphe "indication" du compte rendu d'intervention.

- Il est également souhaitable que ces comptes précisent :



- l'identité des intervenants
- les horaires de la décision, du début de réalisation de l'acte et de la naissance
- le type d'analgésie
- la technique avec, pour les extractions instrumentales :
 - la hauteur et la variété de présentation
 - le type d'instrument utilisé
 - la notion d'une rotation manuelle et/ou instrumentale
 - le nombre de tractions réalisées

- L'importance d'anticiper et de tracer la présence pédiatrique.

3₆ : L'INFORMATION DONNÉE A LA PATIENTE



Sa **traçabilité** est essentielle. Il est souhaitable que les équipes donnent, avant l'accouchement, une information "à froid", sur les modalités de la surveillance du travail, les anomalies possibles et les gestes éventuellement réalisés. Celle-ci peut s'appuyer sur les consultations prénatales, les séances de préparation à l'accouchement, la mise à disposition de documents spécifiques.



Pendant l'accouchement, il est important de tracer dans le dossier les informations **données au fur et à mesure**. Celles-ci peuvent être insérées parmi les autres éléments du dossier ou bien rassemblées à un endroit spécifique. Dans tous les cas, il est important de préciser le sujet sur lequel à porter l'information et les personnes présentes, pouvant témoigner de sa réalité.

Les équipes peuvent s'inspirer de la fiche "[Gynerisq Contrôle information de la parturiente](#)" ci-jointe.

ETAPE DE RECONNAISSANCE : Eléments diagnostiques d'une APP



Le score d'Apgar et les résultats de l'exploration acido-basique sur l'artère ombilicale sont les deux critères les plus utilisés pour approcher le diagnostic d'asphyxie à la naissance, mais il faut rappeler qu'il n'existe pas de critères validés et consensuels.

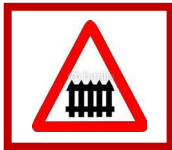
Les critères les plus documentés sont ceux élaborés en 2003 par "l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)" et "l'American Academy of Pediatrics" (AAP). Ils n'ont pas pour objet de faire le diagnostic d'une APP mais sont requis pour qu'un évènement hypoxémiant aigu intra-partum soit considéré comme suffisant pour être à l'origine d'une paralysie cérébrale. Une asphyxie avec une acidose métabolique définie par un pH < 7 et un DB ≥ 12 mmol/l est alors un des critères essentiels pour établir ce lien. Un score d'Apgar ≤ 3 à 5 mn ou au-delà est un des critères complémentaires évoquant une origine per partum.



Il est souhaitable que le recueil de ces critères soit **systématique** si l'on veut documenter au mieux l'état d'un nouveau-né à la naissance et pouvoir :

- reconnaître et gérer une asphyxie per partum suspectée ou "surprise"
- éliminer rétrospectivement ce diagnostic en cas d'anomalies pédiatriques ultérieures amenant à revenir sur les conditions d'accouchement

Ce recueil est impératif dans les circonstances à risques listées à l'étape de prévention et en cas d'anomalie survenue pendant le travail.



Le score d'Apgar doit être systématiquement tracé à 1 et 5 mn. En cas de score inférieur à 7 à 5 minutes, il est impératif d'avoir également la trace des scores d'Apgar à 10 et 15mn

Les prélèvements sur l'artère ombilicale ne seront valablement interprétés que s'ils comprennent une gazométrie complète avec pH, PCO2 et DB et s'ils sont complétés par un prélèvement identique sur la veine ombilicale.

Les équipes soignantes peuvent s'inspirer de la fiche "*Gynerisq Contrôle critères APP à la naissance*"

ETAPE DE RÉCUPÉRATION : CAT en cas de suspicion d'APP



La SUSPICION d'APP est basée sur la constatation d'un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 mn et/ou d'un pH sur l'artère ombilicale inférieur à 7

Dans ces cas, il est essentiel de documenter le dossier, en collaboration étroite avec les pédiatres, sur 4 points précis

1°) - TRACER LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE ET L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE L'ÉTAT DU NOUVEAU-NÉ :

AVEC :



- la présence du **pédiatre** à la naissance. Sinon il faut préciser le personnel qui a pris en charge l'enfant, les heures d'appel et d'arrivée du pédiatre
- le **compte rendu détaillé de la prise en charge réalisée**. Celle-ci doit se faire en accord avec les recommandations actuelles commentées sur les liens suivants :

<http://www.sfar.org/article/889/qfp-reanimation-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance>

http://www.gfrup.com/Rea_NouveauNe_Ilcor_Med-et-Enfance.pdf

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle3/DESpediatrie/poly/Neonat-Reanimation%20fev06.pdf>

- l'**évolution** du score d'Apgar et des critères de surveillance de l'équilibre acido-basique

2°) - COMMENCER A RASSEMBLER LES ELEMENTS QUI SERVIRONT A LA RECHERCHE ETIOLOGIQUE

AVEC :



- l'analyse détaillée du **partogramme** et des événements survenus pendant le travail (RCF, liquide amniotique, fièvre ou malaise maternels, saignement, épisode de tachysystolie et/ou d'hypertonie ...)
- l'analyse des résultats des **gazométries** du cordon ombilical. Un différentiel important (> 0,05) entre le pH artériel et veineux étant en faveur d'un accident aigu, un différentiel plus faible étant plutôt en faveur d'une acidose plus ancienne



- l'examen du **placenta** qui comprend une **analyse macroscopique systématique** du "placenta frais" en salle de travail et un examen anatomopathologique complet. Il est important que celui-ci soit réalisé par un anatomo-pathologiste habitué à la foetopathologie et que toutes les informations utiles lui soient transmises sur un support élaboré en commun. En pratique un placenta peut être conservé 3 jours à 4°C sans altération significative. Les équipes soignantes peuvent s'inspirer des fiches ci-jointes "*Gynerisq Contrôle examen du placenta en salle de travail*" et "*Gynerisq Contrôle demande histologie placenta*"

3°) - RECHERCHER UNE ENCÉPHALOPATHIE NÉONATALE



- Il s'agit d'un **élément pronostic essentiel** puisqu'il est admis qu'une asphyxie per partum ne peut avoir de conséquences neurologiques significatives en l'absence d'ENN précoce.
- Son **diagnostic est clinique** et basée sur des grilles d'évaluation validées. Il nécessite souvent plusieurs examens rapprochés.
- Elle doit être **recherchée dès les 1^{ères} heures de vie** et sera un des éléments permettant de porter une indication de thérapeutique neuroprotectrice par hypothermie contrôlée, selon les protocoles du réseau périnatal concerné

Les équipes soignantes peuvent s'inspirer de la fiche ci-jointe "*Gynerisq Contrôle diagnostic ENN*"

4°) - INFORMER LA PATIENTE ET SA FAMILLE



Il est essentiel que l'équipe obstétrico-pédiatrique tienne un **discours homogène sur le diagnostic, les circonstances de survenue, les évolutions possibles et la prise en charge**

Là encore, les informations données peuvent être insérées parmi les autres éléments du dossier ou bien rassemblées à un endroit spécifique. Dans tous les cas, il est important de préciser le sujet sur lequel à porter l'information et les personnes présentes, pouvant témoigner de sa réalité.

La communication entre les différents intervenants, sage femme, obstétricien, pédiatre, radiologue est essentielle