

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Cinquième partie
**Expertises en
gynécologie-obstétrique**



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Organisation de la prise en charge des hémorragies du post-partum. Analyse expertale du gynécologue-obstétricien

R.C. RUDIGOZ
(Lyon)

Résumé

L'étude expertale d'un dossier d'hémorragie du post-partum, en ce qui concerne la prise en charge gynéco-obstétricale, se base sur les recommandations pour la pratique clinique (RPC).

L'analyse du dossier doit reconstituer aussi scrupuleusement que possible la chronologie des événements et vérifier que les temps principaux ont été effectués dans des délais requis, tant par le gynécologue-obstétricien que par l'anesthésiste.

Il peut être parfois difficile de dégager les responsabilités respectives des différents intervenants. Il est également parfois difficile de dire si les manquements relevés ont eu une responsabilité dans l'évolution de l'état de santé de la patiente.

Mots clés : hémorragie du post-partum, perte de chance

- Hôpital de la Croix-Rousse - Service de gynécologie-obstétrique - 103 Grande Rue de la Croix-Rousse - 69317 Lyon cedex 04
- EAM 4128 - Laboratoire « Santé, individu, société » - Faculté de médecine Laënnec - 69372 Lyon
- Université Claude Bernard Lyon 1 - UFR Lyon-Est - 8 avenue Rockefeller - 69008 Lyon
- Expert près la cour d'appel de Lyon - Expert national agréé par la cour de cassation

Correspondance : rene.rudigoz@chu-lyon.fr

Déclaration publique d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec le sujet traité.

L'hémorragie du post-partum représente, on le sait, l'une des principales causes de mortalité et de morbidité maternelle. Il n'est donc pas étonnant que l'on soit fréquemment amené, en expertise, à analyser la qualité de la prise en charge d'une hémorragie.

À partir d'une expérience expertale de 25 ans portant sur plus de 1 000 dossiers analysés, il est possible de donner quelques lignes directrices, quelques conseils.

Nous aborderons dans un premier temps les éléments importants qu'il convient de réunir pour mener à bien l'expertise, et dans un deuxième temps nous aborderons le cheminement de l'analyse expertale.

I. ÉLÉMENTS IMPORTANTS DU DOSSIER

La prise en charge d'une hémorragie du post-partum est, par définition, le fruit d'une collaboration active entre gynécologue-obstétricien, anesthésiste et sage-femme. Nous n'aborderons pas dans cet exposé l'analyse du versant anesthésie-réanimation, et cela même si les champs de compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des anesthésistes-réanimateurs se recoupent et donc l'activité des deux métiers ne peut être dissociée parfaitement.

- L'un des éléments les plus importants pour l'expertise est de savoir qui, dans un dossier donné, a coordonné la prise en charge ; il n'est pas rare que gynécologue-obstétricien et anesthésiste-réanimateur travaillent sans véritable concertation, ce qui aboutit parfois à des catastrophes, l'un et l'autre pouvant ensuite se rejeter la responsabilité de manquements successifs.
- Pour la bonne réalisation de l'expertise, il convient si possible :

- de préciser la cause exacte du décès : choc hypovolémique, défaillance cardiaque, surcharge cardiaque, embolie amniotique, etc. ; ce qui rend nécessaire l'obtention des résultats d'analyses, voire du résultat d'autopsie. Il n'est pas exceptionnel qu'un diagnostic soit avancé (embolie amniotique, par exemple), proposé à la famille comme explication d'un décès et cela sans support véritable. C'est notamment le cas de l'embolie amniotique où les prélèvements biologiques, utiles au diagnostic, ne sont pas toujours réalisés ;
- de reconstituer la chronologie exacte, minutée, des éléments en recoupant les sources d'information, de façon à savoir aussi précisément que possible qui était présent sur place à chaque instant, quelle décision a été prise, quel geste a été fait, par qui, à quelle heure ? ;
- reconstituer la chronologie du volume de l'hémorragie, des constantes hémodynamiques maternelles : pouls, pression artérielle, signes de gravité. À cet égard, lorsqu'elle existe, la feuille de surveillance du post-partum est fondamentale ;
- réunir les résultats des examens réalisés pour surveiller la coagulation : bilan de coagulation classique, heure de prélèvement, heure et réception des résultats, mais aussi analyse des taux d'hémoglobine par HemoCue®, en signalant que dans les premières minutes, alors même que l'hémorragie peut être abondante, le taux d'hémoglobine peut n'être que très peu perturbé ;
- vérifier l'existence d'un protocole de prise en charge des hémorragies de la délivrance disponible au moment de l'évènement dans le service considéré ;
- reconstituer chaque temps de la prise en charge obstétricale : heure des gestes, compte rendu, etc. ;
- reconstituer la chronologie de la prise en charge anesthésie : type d'anesthésie, remplissage, transfusion sanguine, etc.

II. L'ANALYSE MÉDICALE DU DOSSIER

Nous l'effectuons en nous basant sur trois documents :

1. les recommandations pour la pratique clinique (RPC) émises par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [1] et qui sont opposables à tout accouchement postérieur à la date de publication ;

2. les protocoles du service ou mieux du réseau auquel appartient l'établissement ;
3. la grille d'analyse de la prise en charge utilisée dans mon service depuis plus de dix ans (cf. annexe 1).

Cette analyse aborde successivement différents temps.

a) Existence ou non de facteurs de risque d'hémorragie du post-partum

– Facteurs de risques prépartum : placenta praevia, grossesse multiple, hydramnios, utérus cicatriciel, etc.

Il conviendra de vérifier si ces facteurs de risques ont été dépistés et, si cela était possible, corrigés à l'avance.

Lorsque cela n'a pas été fait, cela peut concourir à une perte de chance pour les patientes.

– Facteurs de risques per-partum : déclenchement artificiel du travail prolongé, hyperthermie, DPPNI, en notant les imperfections des imprudences dans la direction du travail, pouvant favoriser la survenue ou l'aggravation d'une hémorragie du post-partum.

À cet égard, il convient de vérifier si l'ocytocine a été utilisée, à quelle heure, à quelle dose.

b) La prévention de l'hémorragie du post-partum a-t-elle été effectuée ?

Ceci concerne notamment 2 chapitres différents.

Correction d'une anémie préexistante au cours de la grossesse et délivrance dirigée effectuée ou non.

c) Préciser l'étiologie probable ou certaine de l'hémorragie du post-partum

En sachant que plusieurs causes peuvent être associées : atonie, plaie de la filière, rétention, etc.

d) Vérifier l'importance du volume du saignement

Évolution globale en cm³, préciser l'heure à laquelle le diagnostic d'hémorragie du post-partum a été porté en sachant qu'il y a très souvent une sous-évaluation initiale des pertes sanguines entraînant un retard à la prise en charge.

e) Vérifier la qualité de la prise en charge

- Prise en charge initiale :
 - appel des différents membres de l'équipe,
 - révision utérine ou délivrance artificielle,
 - vérification de la filière,
 - réalisation du bilan de coagulation, tout retard ou manquement pouvant entraîner une perte de chance.
- Prise en charge secondaire :
 - indication et prescription de l'acide tranexamique, mise en place d'une perfusion de Nalador® : débit, heure de début ;
 - mise en place d'un ballon de tamponnement intra-utérin.

Parallèlement, il convient d'étudier la qualité de la prise en charge anesthésique.

- Prise en charge ultérieure :
 - transfert éventuel dans un autre établissement en vue de la réalisation d'un geste de radiologie interventionnelle ;
 - réalisation tempestive d'un geste d'hémostase chirurgicale.

f) Points particuliers concernant la prise en charge des hémorragies du post-partum après césarienne

- évaluation des pertes sanguines per- et postopératoires ;
- qualité, caractère complet et précis du compte rendu opératoire ;
- qualité de la surveillance postopératoire, notamment dans les deux heures qui suivent la césarienne :
 - qui était présent au chevet de la patiente ?
 - quelles ont été les constantes de la patiente ?
 - l'importance des pertes sanguines, etc. ?

g) Au total, on essaie de répondre successivement à plusieurs questions

- Quelle est ou quelles sont les causes de l'hémorragie du post-partum considérée ?
- Existait-il des facteurs de risques préexistants, décelables, connus ? Ont-ils été pris en compte pendant la grossesse ? Ont-ils été corrigés ? Y avait-il une indication de transfert de la patiente avant l'accouchement ?
- Cette hémorragie du post-partum peut-elle être considérée comme prévisible en partie ou en totalité ?

- Le diagnostic d'hémorragie du post-partum a-t-il été porté à temps ? Par qui ? À quelle heure ?
- La prise en charge de cette hémorragie du post-partum a-t-elle été en définitive :
 - parfaite dans toutes les étapes ?
 - moyennement satisfaisante ?
 - très imparfaite ?

III. ANALYSE MÉDICO-LÉGALE

Cette analyse médico-légale découle de l'analyse médicale précédemment décrite.

Il est toutefois exceptionnel que la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance grave ait été absolument parfaite. On relève habituellement plusieurs imperfections qui, bien souvent, n'ont pas eu de conséquence fâcheuse sur l'évolution de l'état de la patiente.

Par ailleurs, il n'est pas rare que des manquements sévères puissent être relevés, mais que ces manquements, pour regrettables qu'ils soient, n'ont pas eu d'impact sur l'évolution de la patiente (cas par exemple de l'embolie amniotique brutale et massive ou de certains placentas percreta).

Il reste alors à conclure et à exprimer clairement à l'attention du juge :

- l'hémorragie du post-partum était imprévisible, inévitable et a bénéficié d'une prise en charge globalement satisfaisante ; si certains manquements ont été relevés, ils n'ont pas eu d'impact significatif sur l'évolution de la patiente, il convient alors de dégager clairement la responsabilité de l'équipe médicale ;
- à l'inverse, si l'hémorragie du post-partum était prévisible, évitable et surtout si la prise en charge a été menée de façon défectueuse, la responsabilité de l'équipe médicale peut et doit être engagée. Toutefois, dans un certain nombre de cas, les manquements n'ont entraîné qu'une perte de chance plus ou moins importante puisqu'il est vrai qu'un certain nombre d'hémorragies de la délivrance, même prises en charge de façon satisfaisante, peuvent avoir une issue défavorable.

En pareille circonstance, il faut par ailleurs pointer les défaillances respectives des différents corps de métiers : gynécologues-obstétriciens,

anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes ou de la structure dans laquelle la patiente a été prise afin, si possible, de préciser l'importance des responsabilités respectives de chacun des acteurs. C'est dans un certain nombre de dossiers de cette nature que la responsabilité de l'équipe peut être engagée lorsque le décès de la patiente peut être rattaché de façon directe et exclusive aux manquements relevés.

Dans les cas les plus fréquents toutefois, les manquements ou retards, erreurs dans la prise en charge entraînent seulement une perte de chance d'éviter le décès ou des séquelles : pertes de chances plus ou moins importantes qu'il conviendra d'évaluer.

Au total, avec le recul dont je dispose, il apparaît que l'analyse médico-légale des dossiers d'hémorragies du post-partum est particulièrement délicate, tant l'intrication des facteurs gynécologiques et anesthésiques est étroite.

Cette analyse est, à notre sens, toutefois possible en utilisant le canevas que nous proposons.

Les manquements sont faciles à pointer, leur responsabilité dans l'évolution défavorable est bien souvent plus difficile à affirmer.

Dans ces dossiers, hormis le cas d'un certain nombre de dossiers à vrai dire peu fréquents où la responsabilité de l'équipe médicale est pleine et entière, dans la plupart des cas, lorsqu'une responsabilité médicale est relevée, il s'agit essentiellement d'une perte de chance, ce qui nous renvoie aux exposés qui ont eu lieu dans la session précédente.

Bibliographie

- [1] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Hémorragies du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33(8):6-136.

Annexe 1

Fiche d'analyse des hémorragies du post-partum

N° dossier : | | | | |

Date acc. : | | / | | / | |

Hémorragie de la délivrance

Etiquette

Critères d'inclusion : > 500 cc pour VB
 > 1 000 cc pour césarienne

GRAVE ⁽¹⁾
NON GRAVE

⁽¹⁾ HGIES graves = Transfusion ou Transfert en réa/USI ou embolisation ou tit chirurgical ou delta Hb > 4gr/dl ou pertes > 1 500 cc

1. FACTEURS DE RISQUE

PR É PARTUM	
P. praevia, accreta	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Macrosomie > 4 000 g	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
G multiple	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hydramnios	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fibrome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ATCD hgie de la délivrance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TTT Ac - Trouble de la coagulation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MIU	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Malformation utérine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Utérus cicatriciel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Complication HTA, HELLP, DPPNI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TRAVAIL / ACCOUCHEMENT	
W spontané	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déclenchement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VB spontanée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VB instrumentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Césarienne prophylactique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Césarienne en cours de W	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PER PARTUM	
Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
W long > 12h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉLAI DE SURVENUE :
 < 2 H 2 à 12 H > 12H

2. PRISE EN CHARGE

Prévention, Délivrance assistée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Reconnaissance rapide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Appel senior < 10' Obstétricien, Anesthésiste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA*
RU ou DA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA*
Suture rapide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA*
Vérification filière	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA*
Nalador < 30'	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> INUTILE
Exacyl IV	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ballon Bakri	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Embolisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chirurgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA*
Lavage utérin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NA : question non adaptée si dg per opératoire lors de césarienne

5. ÉTIOLOGIES : Plusieurs réponses possibles

Atonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chirurgicale, hystérotomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chirurgie autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rétention ou Délivrance incomplète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plaie de la filière génitale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rupture utérine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coagulopathie secondaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Placenta praevia ou accreta	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imprécise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. VOLUME

500 à 999 cc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1 000 à 1 499 cc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
≤ 1 500 cc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6. DOSSIER

Carte GS disponible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan de coagulation récent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4. TRANSFUSION

Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PGR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veinofor	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

7. DIAGNOSTIC POST-PARTUM

Chute de l'Hb ≤ 4 pts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-----------------------	---

8. SYNTHÈSE

Prévisible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Évitable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge	Parfaite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Imparfaite

IMPERFECTIONS Plusieurs réponses possibles

SF	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Junior Anest.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Junior Obs.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Senior Anest.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Senior Obs.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IADÉ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Patient(e)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

IMPERFECTIONS :

Annexe 1

Maternité Croix-Rouge – Août 2013