

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

Sixième partie
Gynerisq



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

Naissance et évolution d'une « Gynerisq Attitude » à propos des « situations à risques d'asphyxie per-natale »

S. FAVRIN
(Saint-Jean)

Résumé

Est présenté ici l'exemple d'une fiche « Gynerisq Attitude » rédigée par l'organisme agréé par la Haute Autorité de santé (HAS) pour la gestion des risques en gynécologie-obstétrique. Élaborées à partir de trois éléments (importance médico-légale du sujet, déclarations des événements indésirables, recommandations des sociétés savantes quand elles existent), ces fiches sont proposées prioritairement aux adhérents de Gynerisq mais aussi à l'ensemble des professionnels et aux experts judiciaires. Elles sont souvent accompagnées de documents pratiques telles que les « check-lists ».

L'exemple choisi est celui de la documentation d'un dossier obstétrical en présence d'une « situation à risque d'asphyxie per-natale ». Le but est d'aider les professionnels à réduire l'écart confirmé par l'analyse de la base de Gynerisq, entre les éléments que l'on devrait, dans ce genre de situation, retrouver dans le dossier et ceux qui y sont réellement en pratique. Il est particulièrement souhaitable de tracer : l'admission de la parturiente - la surveillance du travail - la communication des informations dans l'équipe -

- Président de Gynerisq
- Clinique de l'Union - Boulevard de Ratalens - 31240 Saint-Jean

Correspondance : serge.favrin@gmail.com

l'analyse, l'interprétation et les décisions prises en cas d'anomalies - la prise en charge du nouveau-né - l'information donnée à la patiente et à l'entourage.

Ces fiches, disponibles sur le site de Gynerisq, sont évolutives en fonction des connaissances et du retour des professionnels eux-mêmes.

Mots clés : Gynerisq, asphyxie per-natale, expertise en obstétrique, dossier obstétrical, risque médico-légal, accouchement, partogramme, ocytotiques, anomalies du RCF, extraction en urgence, score d'Apgar, pH au cordon ombilical, encéphalopathie néonatale, histologie du placenta, prise en charge du nouveau-né

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Dr Serge Favrin, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

Le décret du 21 juillet 2006 relatif à « l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé » définit les missions des organismes agréés (OA) dont fait partie Gynerisq :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/jopdf/2006/0723/joe_20060723_0169_0008.pdf.

Celles-ci comprennent notamment (art. D.4135-5) :

- l'analyse des déclarations des événements porteurs de risque, faites par les adhérents, en vue de leur exploitation des référentiels de qualité des soins, des pratiques professionnelles ou de gestion des risques ;
- la proposition aux médecins et aux équipes médicales de recommandations individuelles et générales de gestion des risques ;
- l'évaluation de la mise en œuvre de ces recommandations.

L'élaboration des fiches « Gynerisq Attitudes », leur diffusion et leur évolution s'inscrit dans ce cadre.

Cette démarche est précisée dans le préambule qui introduit chaque fiche.

Le choix du sujet « asphyxie per-natale » s'est imposé en raison de son importance médicale et médico-légale.

La rédaction de cette fiche a été précédée par l'analyse des déclarations faites par les adhérents de Gynerisq, entre le 1^{er} août 2009 et le 31 juillet 2012, sur le thème « Extraction fœtale en urgence pour anomalies du RCF à risque d'acidose ». Seules les déclarations concernant les grossesses uniques après 34 semaines d'aménorrhée avec extraction en cours de travail spontané ou déclenché artificiellement ont été retenues avec la recherche de quatre éléments :

1. la description des tracés du rythme cardiaque fœtal (RCF) selon les critères décrits dans les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de 2007 sur les modalités de la surveillance fœtale pendant le travail ;
2. la réalisation d'une gazométrie à la naissance, sur le cordon ombilical ;
3. la trace d'un examen pédiatrique (score d'Apgar, examen neurologique) ;
4. la demande d'un examen histologique du placenta.

Cent cinquante-huit déclarations ont été retenues avec les résultats suivants :

- interprétation du RCF faite dans 28 dossiers (18 %) ;
- score d'Apgar à 1 min présent 143 fois (91 %), à 5 min présent 135 fois (85 %) ;
- gazométrie sur l'artère ombilicale (AO) : pH présent dans 94 déclarations (60 %) - Base déficit 13 fois (8 %) ;
- examen neurologique du nouveau-né tracé 9 fois (6 %) ;
- histologie du placenta présente dans 33 dossiers (21 %).

Pour compléter ces résultats globaux, les dossiers considérés comme « particulièrement à risques » ont été isolés avec : 6 cas étiquetés « échec de réanimation à la naissance » et 37 cas de nouveau-nés ayant un Apgar < 7 à 5 min et/ou un pH sur l'AO < 7.

Dans ces dossiers :

- les tracés du RCF ne sont interprétés que dans 21 % des cas ;

- le pH de l'AO n'est pas connu dans 24 % des dossiers ;
- l'examen neurologique du nouveau-né n'est tracé que dans la moitié des cas.

Ces résultats ont confirmé à nos yeux l'intérêt d'informer nos adhérents sur la documentation d'une situation à risque d'asphyxie per-partum ou, en d'autres termes, les éléments qu'il est souhaitable de trouver dans un dossier de ce type.

La rédaction de cette fiche « Gynerisq Attitude » a été faite :

- à partir d'une analyse de la bibliographie ci-jointe ;
- après une réunion de travail des experts de Gynerisq qui s'est tenue le 2 février 2013, en présence de deux pédiatres.

Cette fiche a été diffusée :

- personnellement, à chaque adhérent ;
- sur le site *Gynerisq.fr*.

En ce qui concerne le suivi, les adhérents ont la possibilité d'une part de répondre à un audit, et d'autre part de faire un retour directement sur le site en donnant leur avis sur la forme et le contenu de cette fiche.



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013

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

Validée le 22 02 2013

PRÉAMBULE

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 Paralysie Cérébrale (PC)
- du développement en cours des thérapeutiques neuroprotectrices

Sur le plan 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.



ÉTAPE DE PRÉVENTION : Éléments clés avant la naissance

1°) - LE DÉPISTAGE DES SITUATIONS À RISQUES DOIT ÊTRE SYSTÉMATIQUEMENT VÉRIFIÉ À 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 Omphalique 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, "protocollée" et/ou instaurée au moment

2°) - LE DÉCLENCEMENT 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



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013

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".



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013

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 adaptant à l'urgence de la situation.

T ype 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
I dentification	L'appelant identifie la patiente et précise la parité, le terme, les antécédents significatifs et les anomalies éventuelles de la grossesse actuelle
S ituation	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° - E tat patiente
A vis	L'appelant donne son avis et fait une suggestion
R éponse	L'appelé reformule la demande et donne sa réponse

Proposition protocole d'appel pour anomalies du RCF

33 : L'UTILISATION ÉVENTUELLE 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 oxytocine 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



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013

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.



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013

- 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 À LA PATIENTE



La 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.

ÉTAPE DE RECONNAISSANCE : Éléments 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 $\text{pH} < 7$ et un $\text{DB} \geq 12 \text{ mmol/l}$ 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 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



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013

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"

ÉTAPE 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_llcor_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 À RASSEMBLER LES ÉLÉMENTS QUI SERVIRONT À LA RECHERCHE ÉTIOLOGIQUE

AVEC :



- l'analyse détaillée du **partogramme** et des évènements 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



Documentation d'une situation à risque d'APP - 22/02/2013



- 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



**Bibliographie Fiche "GYNERISQ Attitude :
documentation d'une situation à risque d'APP"
Validée le 22 02 2013**

ARTICLES GÉNÉRAUX

N Badawi, JJ Kurinczuk, JM Keogh, LM Alessandri, F O' Sullivan, PR Burton, PJ Pemberton, FJ Stanley - Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy :the Western Australian case-control study - *BMJ*, 1998, 317, 1554-1558

GD Hankins, M Speer - Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy - *Obstet Gynecol*, 2003, 102, 3, 628-636

ACOG, Neonatal encephalopathy and cerebral palsy: executive summary - *Obstet Gynecol*, 2004, 103, 4, 780-781.

ACOG Committee Opinion - Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia - n° 326, 2005

EMM Strijbis, I Oudman, P van Essen, AH MacLennan - Cerebral Palsy and the Application of the International Criteria for Acute Intrapartum Hypoxia - *Obstet Gynecol*, 2006, . 107, 6, 1357-1365

FF Gonzalez, SP Miller - Does perinatal asphyxia impair cognitive function without cerebral palsy? - *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 2006, 91, 454-459

A MacLennan, GD Hankins, M Speer - Only An Expert Witness Can Prevent Cerebral Palsy! - *Obstet Gynecol*, 2006, 8, 1, 28-30

Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de surveillance fœtale pendant le travail, CNGOF, 2007

M van Handel, H Swaab, LS de Vries, MJ Jangmans - Long-term cognitive and behavioral consequences of neonatal encephalopathy following perinatal asphyxia : a review - *Eur J Pediatr*, 2007, 166, 645-654

C Racinet, Asphyxie foetale et IMOC - Journée de formation des Experts, CNGOF, Paris, 13 décembre 2007

EM Graham, KA Ruis, AL Hartman, FJ Northington, HE Fox - A systematic review of the role of intrapartum hypoxia-ischemia in the causation of neonatal encephalopathy - *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 199, 6, 587-595.

DE Odd et al : "Resuscitation at birth and cognition at 8 years of age: a cohort study" - *Lancet*, 2009, 373, 1615-1622

G Boog - Asphyxie périnatale et infirmité matrice d'origine cérébrale (I - Le diagnostic), *Gynecol Obstet Fertil*, 2010, 38, 261-277

J Phelan, LM Korst, GI Martin - Application of Criteria Developed by the Task Force on Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy to Acutely Asphyxiated Neonates - *Obstet Gynecol*, 2011, 118, 4, 824-830

E Maisonneuve, F Audibert, L Guilbaud, J Lathelize, M Jousse, F Pierre, W Fraser, B Carbone - Risk factors for severe neonatal acidosis - *Obstet Gynecol*, 2011, 118, 818 - 823



PARTOGRAMME

HAS - Evaluation des pratiques professionnelles : rapport de l'expérimentation nationale audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme - octobre 2006

S Clark, M Belfort, G Saade, G Hankins, D Miller, D Frye, J Meyers - Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and newborn outcomes - Am J Obstet Gynecol, 2007, 197, 5, 480-485

HAS, Synthèse des recommandations professionnelles - Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée, Avril 2008

ACOG, Patient safety checklist, Scheduling induction of labor, n°5, 2011

MB Fauseett, A Propst, K Van Doren, BT Clark - How to develop an effective obstetric checklist - Am J Obstet Gynecol, 2011, 205, 3, 165-170.

COMMUNICATION ET ORGANISATION ÉQUIPE SOIGNANTE

M Leonard - The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004, 3(Suppl 1), i85-i90

M Leonard M - Conference - Effective Tools and Behaviors in Patient Safety¹ - Colorado Patient Safety Coalition, November 5, 2004 - disponible sur <http://www.coloradopatientssafety.org/reading.html>

KM Haig, S Sutton, J Whittington - BAR: a shared mental model for improving communication between clinicians - Jt Comm J Qual Patient Saf, 2006, 32, 3, 167-175.

SD Pratt, S Mann, M Salisbury, P Greenberg, R Marcus, B Stabile, P McNamee, P Nielsen, BP Sachs - Impact of CRM-Based Team Training on Obstetric Outcomes and Clinicians' Patient Safety Attitudes - The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2007, 33, 12, 720-725

SL Clark, M A Belfort, SL Byrum, JA Meyers, JB Perlin, - Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation : results of a new paradigm in patient safety - Am J Obstet Gynecol, 2008, 199, 2, 105.e1-105.e6

CS Ennen, AJ Satin, CJ Lockwood, VA Brass - Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences, UpToDate, 2011

Cadre canadien pour le travail d'équipe et les communications : Analyse documentaire, évaluation des besoins, évaluation des outils de formation et consultations d'experts - Institut Canadien pour la Sécurité des Patients, 2011

GE Knox, KR Simpson - Perinatal high reliability - Am J Obstet Gynecol, 2011, 204, 5, 373-377.

A Lydon, MG Zlatnik, RM Wachter - Effective physician-nurse communication : a patient safety essential for labor and delivery - Am J Obstet Gynecol, 2011, 205, 2, 91-96.

MONITORAGE RCF

JP School, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiographique et des autres moyens de surveillance du fœtus - 2^{ème} ed, Montpellier, Sauramps Médecial, 2004

NICE - Intrapartum care : Care of healthy women and their babies during childbirth - clinical guideline 55, sept 2007



JT Parer, T Ikeda - Standardized management of intrapartum fetal heart rate patterns - *Am J Obstet Gynecol*, 2007, 197, 26

GA Macones, GDV Hankins, CY Spong, J Hauth, T Moore - The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring, update on definitions, interpretation, and research guidelines - *Obstet Gynecol*, 2008, 112, 3, 661-666

A Martin - Rythme cardiaque foetal pendant le travail : definitions et interpretation, CNGOF, journée de formation des Experts, Paris, le 4 décembre 2008

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 106: intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol* 2009;114, 192-202.

D Ayres-de-Compos, J Bernardes - Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: Time for a simplified approach? - *Int J Gynecol Obstet*, 2010, 110, 1, 1-6

ACOG Practice Bulletin No. 116 - Management of Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings. *Obstet Gynecol* 2010; 116.5:1232-1240

DA Miller, LA Miller - Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety - *Am J Obstet Gynecol*, 2012, 206, 4, 278-283

G Macones, Management of intrapartum category I, II, and III fetal heart rate tracings - *UpToDate*, 2012

EXPLORATION ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE

Umbilical cord blood gas and acid base analysis. ACOG Committee Opinion n°348; American College of Obstetricians and Gynecologists - *Obstet Gynecol* 2006, 108, 1319-1322 (reaffirmed 2010)

Recommandations pour les prélèvements sanguins fœtaux pendant le travail et au cordon à la naissance - Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire, Rédaction : B. BRANGER - le 20 décembre 2008

B Carbonne, A Nguyen - Surveillance foetale par mesure du pH et des lactates au scalp au cours du travail, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2008, 37, 1, S65-571

E Wiberg-Itzel, C Lippner, M Norman, A Herbst, D Prebensen, A Hansson, AL Bryngelsson, M Christoffersson, M Semstrom, UB Wennerholm, L Nordstrom - Determination of pH or lactate in fetal scalp blood in management of intrapartum fetal distress: randomised controlled multicentre trial, *BMJ*, 2008, 7, 336, 1284-1287.

GAB Kro, BM Yli, S Rasmussen, H Nore, I Amer-Wahlin, OD Saugstad, B Stray-Pedersen, KG Rosén - A new tool for the validation of umbilical cord acid-base data, *BJOG*, 2010, 117, 12, 1544-1552

TERMINAISON EN URGENCE

O Dupuis, J Dubuisson, R Moreau, I Sayegh, HJ Clement, RC Rudigoz - Rapidité d'extraction respective des césariennes et des forceps réalisés en urgence à propos e 137 extractions pour anomalies du RCF en cours de travail - *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005, 34, 789-794

O Dupuis, I Sayegh, E Decullier, C Dupont, HJ Clement, M Berland, RC Rudigoz - Red, orange and green Caesarean sections : a new communication tool for on-call obstetricians - *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2008, 140, 206-211

RCOG - Classification of urgency of caesarean section - a continuum of risk - Good practice n° 11, 2010



AE Meriën, J van de Ven, BW Mol, S Houterman, SG Oei - Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2010, 115, 5, 1021-1031
 AGOG, Committee opinion n° 487 - Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology - April 2011

PRISE EN CHARGE du NOUVEAU-NÉ

S Richmond, J Wyllie - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 7, Resuscitation of babies at birth - *Resuscitation*, 2010, 81, 1389-1399
 V Zupan Simunek - Asphyxie périnatale à terme : diagnostic, pronostic, éléments de neuroprotection. *Archives de pédiatrie*, 2010, 12, 578-582
 S Berglund, M Norman - Neonatal resuscitation assessment : documentation and early paging must be improved ! - *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012, 97, 3, 204-208
 JL Chobernaud, N Gilmer, N Lodé, C Bothias, A Ayachi - Réanimation du nouveau-né en salle de naissance : qu'apportent les recommandations de 2010 ? - *Arch Pediatr.* 2011, 18, 604-610
 Y Wu, DR Nordli, L E Weisman, JF Dashe - Clinical features, diagnosis, an treatment of neonatal encephalopathy - *UpToDate*, 2013

PLACENTA

O Parant, J Aziza - Quand faut-il demander un examen anatomopathologique du placenta ? - *Réalités en Gynécologie Obstétrique*, 2009, 141
 DJ Roberts, CJ Lockwood, RL Garcia, VA Barss - Gross examination of the placenta - *UpToDate*, 2013

ASPECTS JURIDIQUES

B Seguy, Commentaires sur les thèmes principaux des contentieux : A propos de la prédominance des causes antenatales de l'IMOC, « Prévenir le risque juridique en obstétrique, cas réels - bonnes pratiques », Masson, Paris, 2006, p 203-207
 F Pierre - Implication juridique possible en salle de naissance. « Mécanique & Techniques Obstétricales » 3^{ème} édition - Souvamps Médical, Montpellier 2007, JP Schaal - p 889-913
 D Philopoulos - Un modèle prédictif d'estimation de la probabilité de succès d'une action en justice pour asphyxie foetale : protocole d'étude - <http://www.philopoulos.fr/victimes-a-indemnisations/erreur-a-laccouchement.html>
 D Philopoulos - Critères américains d'imputabilité médico-légale d'une infirmité matrice d'origine cérébrale à un manque d'oxygène pendant le travail d'accouchement : si le juge américain n'en veut pas, pourquoi voulez-vous les importer ? - *Med & Droit*, 2008, 88, 14-16
 S Berglund, C Grunewald, H Petttersson, S Cnattingius - Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005 - *BJOG*, 2008, 115, 316-323
 Medical malpractice reform : the costs of defensive medicine. *Health Care News In-Depth*, a special supplement to skyline news, May 18, 2009
 S Berglund, H Petttersson, S Cnattingius, C Grunewald - How often is a low Apgar score the result of substandard care during labour? *BJOG*, 2010, 117, 8, 968-978



Perinatal "bundles" deliver safety, Health Care News In-Depth, a special supplement to skyline news, January 25, 2010

Controlled Risk Insurance Company (CRICO) - Malpractice risks in obstetrics

<http://www.rmfi.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2010/Malpractice-Risks-in-Obstetrics>

JK Muraskas, JC Morrison - A Proposed Evidence-Based Neonatal Work-up to Confirm or Refute Allegations of Intrapartum Asphyxia, *Obstet Gynecol* 2010, 116.2, 261-268

C Racinet, C Cans - Paralysie cérébrale et responsabilité obstétricale - *Rev Med Perinat*, 2010, 2, 161-164

C Racinet, P Hoffmann - Asphyxie périnatale et paralysie cérébrale : implications médico-légales - *Bull Acad Natle Méde*, 2010, 194, 6, 891-901

G Boog - Asphyxie périnatale et infirmité motrice d'origine cérébrale (II - Implications médico-légales et prévention), *Gynecol Obstet Fertil*, 2011, 39, 3, 146-173

SHAM - Focus sur les réclamations pour sinistres corporels en obstétrique de 2007 à 2011 - Panorama du risque médical en établissements de santé - Bilan des risques médicaux de l'année 2011, 70-75

S Berglund - "Every case of asphyxia can be used as a learning example". Conclusions from an analysis of substandard obstetrical care, *J Perinat Med*, 2012, 40, 9-18

E Lopard, Aspect médico-légal des plaintes et procédures en anesthésie obstétricale, *CARO Clermont Ferrand*, 2012