Fiche RETEX
Hématome rétro-placentaire

N°25 • Octobre 2023

Thématique

Prise en charge en urgence d'un hématome rétro-placentaire chez une parturiente sans facteur de risque

Catégorie

Sanitaire - Obstétrique

Résumé de l'EIGS

Une parturiente dont le terme est prévu dans un peu plus d'un mois appelle le SAMU-Centre 15 pour des métrorragies et des douleurs abdominales en continu. Malgré la suspicion correctement évoquée d'hématome rétro-placentaire et la chaîne d'urgence qui en a rapidement et efficacement résulté pour transporter cette patiente dans une salle de naissance adaptée, l'enfant né en état de mort apparente ne pourra pas être réanimé.

L'hématome rétro-placentaire est une pathologie de la grossesse dont les facteurs de risques sont connus, mais qui peut aussi survenir sans aucun signe avant-coureur, et dont l'urgence est immédiate dès les premiers symptômes. Dès lors, seule l'analyse de causes profondes de l'évènement peut faire la différence entre aléa et évènement indésirable.

©SRA Grand Est – Fiche RETEX N°25 – Octobre 2023

Chronologie des faits

Une parturiente dont le terme est prévu dans un peu plus d'un mois, est suivie en ville par un cabinet libéral incluant des sages-femmes et un gynécologue obstétricien. Son suivi est régulier et elle ne présente aucun signe particulier d'alerte ni de facteur de risque d'hématome rétro-placentaire.

Deux jours après sa dernière consultation programmée avec son gynécologue-obstétricien, le mari de la parturiente appelle les pompiers pour métrorragies, douleurs abdominales en continu et diminution des mouvements actifs fœtaux. L'appel est transféré au médecin régulateur urgentiste du SAMU-Centre 15 après déclenchement réflexe d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV). À la suite de son évaluation clinique téléphonique, le médecin régulateur déclenche l'envoi d'un véhicule médical léger en plus du VSAV afin qu'un médecin puisse se rendre au chevet de la parturiente. Après évaluation clinique sur place, l'hypothèse d'un hématome rétro-placentaire est évoqué et il est décidé d'orienter la parturiente vers la salle de naissance la mieux équipée la plus proche qui est informée de son arrivée dans les minutes suivant la décision.

A son arrivée en salle de naissance, la parturiente présente des métrorragies. Elle est monitorée et l'échographie met en évidence une bradycardie fœtale. L'obstétricien de garde est appelé et une décision de césarienne code rouge est posée. En 14 minutes, un enfant est extrait en état de mort apparente. La décision d'arrêt de réanimation du nouveau-né sera prise à 13 minutes de vie devant l'inefficacité des soins entrepris.

L'ensemble de l'évènement, depuis l'appel aux pompiers, aura duré environ 2h.
A l'examen du placenta, un hématome rétro-placentaire massif est objectivé.

Pourquoi est-ce un aléa thérapeutique ?	**Méthodologie de la recherche des causes profondes**
Après analyse, cet évènement ne relève pas d'une classification en EIGS et peut être considéré comme un aléa thérapeutique. En effet, aucun dysfonctionnement de prise en charge n'a été identifié. La survenue de cet hématome rétro-placentaire n'est pas lié à un risque non-détecté ou à un dysfonctionnement de la prise en charge de cette parturiente. Aucun retard non plus n'est à noter dans cette prise en charge. L'évènement n'est donc pas lié aux soins délivrés	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Hématome rétro-placentaire massif chez une parturiente sans facteur de risque

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Patiente au suivi de grossesse régulier, sans signe d'alerte ni facteur de risque d'hématome rétro-placentaire
- Rareté de ce type d'évènement

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Évènement survenu en nuit profonde

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Professionnels de la chaîne d'urgence non experts en obstétrique
- Intervention en milieu de nuit
- Médecin régulateur urgentiste en poste depuis 7h30 du matin

Facteurs liés à l'équipe

- Pas d'élément concernant la première grossesse et le suivi de la grossesse actuelle à l'arrivée en salle de naissance

Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

<u>Barrière de prévention :</u>

- Contexte socio-familial de la patiente
- Suivi de la grossesse
- Équipes au complets, qualifiées, avec une composition adaptée à la situation

<u>Barrières de récupération :</u>

- Chaîne d'urgence SDIS – Centre 15 – SMUR de 2 secteurs – Maternité efficace
- Évaluation obstétricale
- Communication inter-équipe et usagers efficaces
- Orientation vers une maternité de niveau adapté
- Déclenchement d'une césarienne code rouge avec respect des délais d'extraction

Enseignements : Actions d'amélioration

En interne avec les équipes intervenues dans la prise en charge :

1. Informer les patientes de venir aux urgences obstétricales dès qu'un évènement inhabituel l'inquiète (saignement vaginal, contractions utérines, diminution des MAF ressentis...) :
   - Par leurs propres moyens si possibles
   - Après appel au Centre 15 si nécessaire
2. Si la situation le permet, adresser sans délai la patiente prise en charge par le SAMU-Centre 15 vers la maternité adaptée à l'âge de la grossesse
3. Un obstétricien ou une sage-femme peuvent être appelés en renfort par le 15 si la situation clinique le nécessite (accouchement siège, grossesse gémellaire...)

En lien avec le réseau de périnatalité du territoire :

1. Organiser des temps de rencontre entre les équipes du Centre 15, des SAMU et obstétricales

Problématiques de la grossesse et de l'accouchement : l'hématome rétro-placentaire

DEFINITION
L'hématome rétroplacentaire (HRP) est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. L'hématome se constitue entre la plaque basale du placenta et la caduque maternelle.

FRÉQUENCE
Cette pathologie concerne environ 0.4 à 1 % des grossesses.

FACTEURS DE RISQUE
Dans le cas d'une hématome rétro placentaire une fois sur deux la femme présente une hypertension artérielle ou une prééclampsie. Un choc abdominal peut aussi en être responsable. D'autres facteurs de risque sont retrouvés : âge supérieur à 35 ans, femme multipare, intoxication tabagique, antécédent d'hématome retro placentaire. Parfois aucune cause n'est retrouvée.

CLINIQUE
Le tableau classique associe des métrorragies de faible abondance associées à une contracture utérine permanente et douloureuse (« ventre de bois »).
La prise en charge est fonction du tableau clinique et de l'âge gestationnel.

CONDUITE A TENIR
L'HRP constitue une urgence obstétricale le plus souvent car il entraîne des troubles hémodynamiques, des anomalies de la coagulation et une souffrance fœtale aiguë. Il faut obtenir l'accouchement.
La voie d'accouchement est en fonction de l'état clinique de la mère et des altérations du rythme cardiaque fœtal.

Le diagnostic est souvent confirmé à l'intervention : caillots en arrière du placenta, aspect en cupule.