



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



TRAVAIL ORIGINAL

# Analyse de l'évitabilité de l'asphyxie per-partum par une revue de pairs

## *Analysis of the evitability of intrapartum asphyxia with a peers review*

L. Batlle<sup>a,\*</sup>, B. Guyard-Boileau<sup>a</sup>, O. Thiebaugeorges<sup>a</sup>, A. Caubisens<sup>a</sup>,  
M.-F. Vaquié<sup>a</sup>, F. Thiery<sup>b</sup>, O. Parant<sup>a</sup>, C. Vayssiere<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Maternité Paule-de-Viguier, CHU de Toulouse, 330, avenue Grande-Bretagne, 31000 Toulouse, France

<sup>b</sup> Hôpital des enfants, CHU de Toulouse, 330, avenue Grande-Bretagne, 31000 Toulouse, France

Reçu le 4 mars 2012 ; avis du comité de lecture le 6 octobre 2012 ; définitivement accepté le 15 octobre 2012

Disponible sur Internet le 22 novembre 2012

### MOTS CLÉS

Asphyxie  
per-partum ;  
Revue de pairs ;  
Évitabilité

### Résumé

**Objectif.** – Évaluation de la qualité de la prise en charge obstétricale pendant le travail en cas d'asphyxie per-partum.

**Méthode.** – Neuf établissements ont recensé, sur l'année 2010, de façon prospective et continue, tous les cas d'asphyxie per-partum définis par l'association d'au moins un critère clinique (Apgar  $\leq 7$  à cinq minutes, signes d'encéphalopathie à la naissance) et au moins un critère biologique à la naissance (pH  $\leq 7$ , BD  $\geq 12$  mmol/L, lactates  $> 10$  mmol/L). Ces cas ont été analysés lors d'une revue de pairs avec l'aide des recommandations du CNGOF de 2007.

**Résultats.** – Quarante et un dossiers ont été inclus. Quarante-six pour cent des cas d'asphyxie per-partum ont eu une prise en charge optimale pendant le travail, 27% une prise en charge suboptimale et 24% une prise en charge non optimale. Pour 3% des cas, la qualité de la prise en charge n'a pas été établie. Les principales causes décrites ont été une sous-estimation de la gravité des anomalies du RCF pendant le travail et à l'expulsion, des délais d'action trop longs ou une durée des efforts expulsifs trop longue. Des facteurs organisationnels associés à l'évitabilité de l'asphyxie per-partum ont été mis en évidence en comparant le groupe de cas non évitables à celui des cas évitables.

**Conclusion.** – Dans la moitié des cas d'asphyxie per-partum, cet évènement redouté a été considéré comme évitable par un groupe de pairs.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [laibatlle@free.fr](mailto:laibatlle@free.fr) (L. Batlle).

**KEYWORDS**

Birth asphyxia;  
Peer review;  
Avoidable factors

**Summary**

*Objective.* – To assess the quality of intrapartum care in birth asphyxia cases.

*Methods.* – Prospective analysis of all cases of birth asphyxia in nine maternity units during one year (2010). Birth asphyxia was defined as the combination of at least one clinical factor (Apgar  $\leq 7$  at 5 minutes, signs of encephalopathy at birth) and at least one biological factor in cord (pH  $\leq 7$ , BD  $\geq 12$  mmol/L, lactates  $> 10$  mmol/L). These cases were analyzed with a peer review from French guidelines 2007.

*Results.* – Fifty cases of birth asphyxia were identified. After peer-review, they were defined as 46% non preventable, 27% possibly preventable, 24% definitely preventable and 3% not established. The main causes have been described as (i) misinterpretation of CTG during the first and second stages of labour, (ii) delayed response time to CTG anomalies and (iii) prolonged second stage.

*Conclusion.* – In half of the cases of birth asphyxia, this dreaded event was considered as preventable by a group of peers.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Les conséquences de l'asphyxie per-partum peuvent être redoutables, mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant, mais pouvant également être responsable de séquelles neurologiques sévères à long terme. Sa prévention, son dépistage et son diagnostic sont donc une des principales préoccupations des praticiens ayant en charge la surveillance de la parturiente. En Midi-Pyrénées, le réseau périnatal (Matermip) a donc développé un projet ayant pour objectif de favoriser l'amélioration des pratiques : les cas d'asphyxie per-partum sont ainsi répertoriés et analysés.

L'objectif de notre étude a été d'analyser les cas d'asphyxie per-partum issus de cette base de données afin de mettre en évidence des causes et facteurs dans la prise en charge obstétricale ayant pu conduire à une asphyxie per-partum afin d'élaborer des voies d'amélioration. La relecture des dossiers a été réalisée lors d'une revue de pairs.

**Population et méthode****Population source et population étudiée**

Quarante et un dossiers ont été sélectionnés dans le cadre de notre revue de pairs. Ils étaient issus d'une base plus large constituée de façon prospective pendant un an : tous les cas d'asphyxie per-partum ont été enregistrés dans neuf maternités de la région (deux maternités de type 1, six maternités de type 2, une maternité de type 3, deux maternités étaient en secteur privé).

**Définition des cas d'asphyxie per-partum**

Alors que dans le projet régional initial, les dossiers étaient répertoriés lorsqu'il existait un critère clinique ou un critère biologique évocateur d'asphyxie, dans notre étude, nous avons décidé de sélectionner les cas d'asphyxie per-partum définis selon l'association d'au moins un critère clinique et d'au moins un critère biologique. Les critères cliniques retenus ont été : le score d'Apgar à cinq minutes inférieur ou égal à 7 et/ou la présence de signes d'encéphalopathie à

la naissance. Les critères biologiques au cordon étaient : un pH inférieur ou égal à 7, un déficit de base supérieur ou égal à 12 mmol/L et/ou des lactates supérieur ou égal à 10 mmol/L.

**Recueil de l'information**

Une fiche de recueil standardisée a été élaborée afin de pouvoir évaluer la prise en charge obstétricale pendant le travail en la comparant notamment aux recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français de 2007 [1]. Les informations recueillies concernaient le déroulement de la grossesse, le déroulement de l'accouchement avec le détail de la prise en charge obstétricale pendant le travail (interprétation du RCF, heures et délais des actions mises en œuvre). Elle devait être remplie par le médecin ou la sage-femme de la maternité ayant eu en charge le dossier. Une fois la fiche complétée, elle était transmise au secrétariat du réseau Matermip avec un échantillon de RCF pendant le travail.

**Audit clinique sous la forme d'une revue de pairs**

Une revue de pairs a été organisée sur une demi-journée en mai 2011. L'objectif de cette réunion était d'analyser les dossiers sélectionnés et obtenir un classement selon l'évitabilité de l'asphyxie per-partum. La participation à cette revue de pairs a été proposée à l'ensemble des obstétriciens et des sages-femmes de la région. Nous avons ainsi réuni 14 obstétriciens et 13 sages-femmes. Des binômes ou trinômes ont été formés, composés obligatoirement d'une sage-femme et d'un obstétricien, ils ont analysé environ dix dossiers chacun. Chaque groupe de travail avait à leur disposition les référentiels du CNGOF [1]. Les 41 dossiers ont été édités en deux exemplaires et répartis au hasard entre les groupes. Chaque dossier était donc analysé deux fois par des groupes différents. Les groupes de pairs avaient un exemplaire de la fiche de recueil contenant les informations complétées par l'équipe sur site ainsi que les copies des RCF correspondants. Dans un premier temps, ils procédaient à une deuxième lecture des RCF disponibles et choisissaient la prise en charge qui leur semblait adaptée à leur

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272792>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272792>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)