



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Peut-on diminuer le délai décision-extraction des césariennes en urgence en optimisant l'architecture des locaux ?



Can we reduce the decision-to-delivery interval in case of emergency cesarean sections by optimizing the premises' architecture?

A.-S. Lafitte^{a,*}, D. Vardon^a, R. Morello^c, M. Lecerf^d, Z. Stewart^e, M. Dreyfus^{a,b}

^a Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle femme-enfant, centre hospitalier universitaire de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France

^b Université de Caen Basse-Normandie, esplanade de la Paix, 14032 Caen cedex 5, France

^c Unité de biostatistique et recherche clinique, centre hospitalier universitaire de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France

^d Maternité du centre hospitalier de Saint-Malo, bâtiment la Rotonde, 1, rue de la Marne, 35400 Saint-Malo, France

^e Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire, 77600 Jossigny, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 18 février 2017

Accepté le 15 septembre 2017

Disponible sur Internet le 27 octobre 2017

Mots clés :

Césarienne

Extrême urgence

Délai décision-extraction

Organisation

Keywords:

Cesarean

Emergency

Decision-to-delivery interval

Organization

RÉSUMÉ

Objectif. – Étudier l'influence des améliorations architecturales et organisationnelles sur le délai décision-extraction (DDE) des césariennes réalisées en extrême urgence.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective avant/après au sein d'une maternité universitaire de type III, menée de 2004 à 2009 (Période 1, P1) puis après le déménagement de notre maternité dans de nouveaux locaux de 2009 à 2013 (P2). Les DDE de toutes les césariennes en extrême urgence ont été étudiés ainsi que les conséquences maternelles et néonatales.

Résultats. – Le DDE moyen des césariennes en extrême urgence a significativement diminué de $21,3 \pm 10,3$ minutes pour P1 ($n = 294$), à $14,9 \pm 7,14$ minutes pour P2 ($n = 165$). Il existe pour P2 une augmentation de la proportion de césariennes en extrême urgence réalisées en moins de 30 minutes (85,1 % vs 93,5 %, $p = 0,003$) conformément aux recommandations de l'ACOG, et des DDE inférieurs à 15 minutes (25,8 % vs 61,1 %, $p < 0,001$). Alors qu'il existait en P2 une diminution des pH au cordon qui étaient corrélés au DDE, on observait une diminution des séjours en néonatalogie (42,2 % vs 35,7 %, $p < 0,001$). L'Apgar de naissance était corrélé au pH au cordon et au poids de naissance, mais non au DDE.

Conclusions. – L'optimisation des locaux a permis d'améliorer le taux de césariennes en extrême urgence réalisées avec un DDE inférieur à 30 et même à 15 minutes, en réduisant le temps de transfert au bloc opératoire. Malgré une corrélation positive entre DDE et pH au cordon, il existait une amélioration des issues néonatales liée à une diminution des séjours en néonatalogie.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To study the influence of architectural premises' improvements on decision-to-delivery interval (DDI) in case of emergency cesarean sections.

Methods. – A retrospective observational Before-After study conducted in a type III maternity, first from 2004 to 2009 (Period 1, P1) then after moving our unit to new premises from 2009 to 2013 (P2). DDI, maternal and neonatal outcomes of every emergency cesarean section were studied.

Results. – The mean DDI of extremely urgent cesarean significantly decreased from 21.3 ± 10.3 minutes during P1 ($n = 294$) to 14.9 ± 7.14 minutes during P2 ($n = 165$). During P2 there was an increase in the proportion of extreme emergency cesarean sections done in less than 30 minutes (85.1% versus 93.5%,

* Auteur correspondant. Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier universitaire de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14003 Caen, France.

Adresses e-mail : lafitte-as@chu-caen.fr, annesophie.lafitte@orange.fr (A.-S. Lafitte).

$P = 0.003$) as according to the ACOG recommendations, and also an increase of DDI of less than 15 minutes (25.8% versus 61.1%, $P < 0.001$). Also during P2 if there was a reduction of umbilical cord pHs, which were correlated to DDI, we observed a reduction of neonatal hospitalizations (42.2% versus 35.7%, $P < 0.001$). Apgar score was correlated to umbilical cord pH and birth weight, but not to DDI.

Conclusion. – The space optimization has allowed our level III maternity to improve the rate of extreme emergency cesarean sections performed with DDI of less than 30 and even 15 minutes, according to international recommendations. These results were obtained by reducing the transfer time to the operating room. Despite a positive correlation between DDI and umbilical cord pH, there was an improvement in neonatal outcomes associated with a decrease of neonatal hospitalizations.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Il est clairement établi que la réalisation d'une césarienne en urgence pour risque vital fœtal et/ou maternel doit respecter un délai décision-extraction (DDE) inférieur à 30 minutes, selon les recommandations internationales [1–3]. Même établies sur des données scientifiques peu robustes, elles restent cependant les bases de toute expertise médico-légale [4]. Le Collège national des gynécologues-obstétriciens de France (CNGOF) s'est appuyé sur les travaux de l'équipe de Huisoud et al. qui recommandaient en 2009 l'utilisation de codes couleur pour stadifier l'urgence de la césarienne et en faciliter la communication [5].

À l'heure actuelle, il n'est toujours pas établi s'il existe un lien réel de cause à effet entre la diminution du DDE et l'amélioration notable du pronostic néonatal [6]. Cependant, l'objectif doit être de tendre au maximum vers le respect de ce délai. Notre travail est la poursuite d'une étude avant-après, puisqu'une publication de notre équipe en 2009 avait permis de démontrer que le DDE était directement influencé par le temps de passage au bloc opératoire, le type d'anesthésie et le manque d'indication clairement énoncé à l'équipe [7].

L'objectif principal de ce travail était de mettre en évidence une différence significative pour le DDE des césariennes en extrême urgence suite à l'optimisation des locaux. Les objectifs secondaires étaient d'étudier l'influence des améliorations architecturales et organisationnelles dans l'amélioration du DDE, notre maternité ayant déménagé en 2009 dans de nouveaux locaux avec un bloc opératoire contigu au bloc obstétrical, comme le requièrent les décrets périnataux de 1998.

2. Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective avant/après au sein d'une maternité de type III, avec une première période d'inclusion (P1) du 01/01/2004 au 12/05/2009 [7], et une seconde période (P2) allant du 01/12/2009 au 01/05/2013 suite au déménagement de la maternité.

Avant décembre 2009, il existait une salle opératoire dédiée à la réalisation des césariennes, mais son accès nécessitait de prendre un ascenseur puisqu'un étage la séparait de la salle de naissances. Dans les nouveaux locaux, cette salle dédiée est désormais contiguë aux salles de naissances, permettant un transfert plus rapide des patientes.

Au cours de ces 2 périodes, les gardes étaient assurées par une équipe multidisciplinaire constituée de trois binômes (un interne et un senior) d'obstétrique, anesthésie et pédiatrie, ainsi qu'un infirmier anesthésiste, trois auxiliaires de puériculture et un brancardier. Les sages-femmes étaient au nombre de trois pour gérer sept salles d'accouchement et quatre salles de pré-travail, avec des gardes de 12 h, une quatrième sage-femme assurant les consultations obstétricales entre 8 et 18 h. Jusqu'à la fin de la période d'inclusion, aucun protocole de service officiel n'a été

établi pour la conduite à tenir en cas de césarienne en code rouge, puisqu'il a été établi en mai 2013. Cependant, il existait au cours des deux périodes d'inclusion une procédure d'appel spécifique pour les césariennes en extrême urgence, facilitant l'appel simultané de tous les intervenants.

Conformément à la littérature [5–8], nous avons retenu les indications de césariennes en extrême urgence : bradycardie, placenta praevia hémorragique, suspicion d'hématome rétroplacentaire (HRP), suspicion de rupture utérine, procidence du cordon, éclampsie, échec d'extraction instrumentale pour anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) en cours d'expulsion.

Le recueil des données a été fait pour toutes les patientes grâce aux dossiers informatisés (logiciel 4D). Ont été inclus tous les dossiers répondant aux critères sus-cités de césarienne en extrême urgence, grâce aux codages PMSI. Chaque dossier a été consulté pour vérifier l'authenticité des informations codées pour l'indication. Les horaires correspondants à l'heure de décision de césarienne notée sur le tracé ont été relevés pour chaque cas. L'heure d'extraction était fixée par l'heure de naissance. Le délai décision-extraction était calculé à partir de ces informations vérifiées.

Les caractéristiques néonatales (poids, pH et Apgar de naissance, transfert en néonatalogie, décès néonatal), le type d'anesthésie (péridurale, rachianesthésie, anesthésie générale [AG] première ou secondaire à une anesthésie locorégionale), La qualification du senior d'obstétrique (praticien hospitalier, chef de clinique ou assistant spécialiste régional) et le caractère diurne (8 h–20 h) ou nocturne (20 h–8 h) de réalisation de la césarienne ont enfin été recueillis, ces deux périodes correspondant au roulement des équipes de sages-femmes.

Les données ont été saisies dans un tableur Excel, puis transférées dans le logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS. Les effectifs étaient précisés ainsi que la moyenne plus ou moins un écart-type pour les variables quantitatives, et les pourcentages pour les variables qualitatives. Ont été également utilisés le test « t » de Student pour les comparaisons de moyennes et le test du Chi-deux exact pour les pourcentages. La comparaison de 3 moyennes au moins a fait appel à l'analyse univariée de variance (Anova). Le lien entre deux variables quantitatives a été évalué par le coefficient de Pearson. Le degré de significativité retenu est de 5 %.

3. Résultats

On dénombrait 294 césariennes en extrême urgence parmi les 17 245 accouchements pour P1, et 165 césariennes en extrême urgence parmi les 10 423 accouchements pour P2, soit respectivement 1,7 % et 1,6 % des accouchements.

Il existait une diminution significative du DDE moyen pour les césariennes en extrême urgence entre les deux périodes ($21,3 \pm 10,3$ minutes vs $14,9 \pm 7,14$ minutes), avec une réduction nette correspondant à l'année 2009, date à laquelle le service a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926342>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926342>

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