

# Fiche RETEX

## Retard diagnostic d'une rupture utérine



N°13 • Juin 2022

---

### Thématique

---

**Retard de diagnostic d'une rupture utérine chez une parturiente présentant un tableau clinique atypique**

---

### Catégorie

---

**Sanitaire - Obstétrique**

---

### Résumé de l'EIGS

---

Une parturiente dont le terme est prévu dans 1 mois est hospitalisée pour des douleurs abdominales. Un premier diagnostic posé s'avère juste, mais masque une seconde complication sous-jacente. Une décision de césarienne en code rouge sera finalement prise, mais le nourrisson né en état de mort apparente ne pourra pas être réanimé.

La périnatalité est une période à haut risque en milieu de soins, pour de multiples raisons :

- Liées aux patients : de nombreux facteurs peuvent influencer la conduite de la grossesse et de l'accouchement, tant au niveau de la maman que du bébé,
- Liées aux tâches à réaliser et aux équipes : les soins obstétricaux sont à très haut niveau de technicité et font intervenir de nombreux acteurs dont la coordination est essentielle,
- Liées à une attente forte de la part de la société.

Pour toutes ces raisons, la périnatalité est une discipline propice à la survenue d'évènements indésirables associés aux soins. L'analyse de ces évènements est alors essentielle et participe à la sécurisation des soins et à l'amélioration des pratiques.

---

## Chronologie des faits

### J-3

Une parturiente enceinte de 8 mois (36+1SA) est hospitalisée pour douleurs pelviennes continues avec vomissements. Elle présente comme antécédents :

- 1<sup>e</sup> pare, 4<sup>e</sup> geste :
  - 1 interruption volontaire de grossesse,
  - 1 fausse couche spontanée,
  - 1 naissance par césarienne code orange,
- Diabète gestationnel traité par insuline,
- Kystes ovariens droite et gauche connus et suivis.

Le début de grossesse a été marqué par un décollement diagnostiqué à 18SA à la suite de saignements et résolutif avec un repos à domicile.

L'examen clinique et échographique réalisé par le médecin de garde est initialement rassurant, le rythme cardio-fœtal est jugé normal, aucun kyste n'est visualisé et la patiente est soulagée par un antalgique de palier 3. Le bilan infectieux revient négatif et une échographie de contrôle est préconisée pour le lendemain.

### J-2

Un nouvel examen clinique effectué le gynécologue-obstétricien ne présente aucun signe inquiétant. La patiente présente une EVA à 2 avec le traitement antalgique. Une nouvelle échographie révèle une stagnation de la croissance fœtale motivant une hospitalisation jusqu'à la naissance ainsi qu'une surveillance par cardiotocographie deux fois par jour et la réalisation d'un bilan étiologique.

### J-1

L'arrêt des antalgiques révèle une douleur EVA 8 du flanc droit irradiant en fosse iliaque droite, faisant penser à une torsion d'annexes sur les kystes ovariens connus. Une échographie en urgence est demandée devant ce tableau de douleur atypique mais sera programmée le lendemain. Le rythme cardiaque fœtal reste normal à ce stade.

### J0

Les douleurs persistantes de la patiente motivent une décision de césarienne en staff du jour. Au retour de la patiente de l'échographie, la sage-femme est alertée par la mention « activité cardiaque fœtale très faible » sur le compte-rendu du radiologue. La confirmation de cette baisse d'activité cardiaque par cardiotocographie motive le passage en code rouge pour suspicion de torsion annexielle droite et rupture utérine. 15 minutes après le passage en code rouge, l'obstétricien constate une rupture utérine franche sur un utérus cicatriciel, associée à une torsion de kyste ovarien et une rupture de cordon ombilical à 2 cm de l'ombilic. L'enfant naît en état de mort apparente avec une réanimation de 38 minutes qui se révélera inefficace.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car le décès de l'enfant est inattendu dans ce contexte de prise en charge	Méthode ALARM

## Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

---

- Retard diagnostique d'une rupture utérine
- 

### *Que s'est-il passé ?*

## Causes profondes

### **Facteurs individuels liés au patient**

- Patiente présentant plusieurs comorbidités pouvant influencer la grossesse
- Utérus cicatriciel
- Tableaux cliniques douloureux similaires entre la torsion de kyste ovarien et la rupture utérine, masqués par des résultats rassurants de la cardiotocographie

### **Facteurs liés aux tâches à réaliser**

- Absence de protocole pour les demandes d'imagerie médicale en urgence : retard de réalisation d'une écho abdominale demandée en urgence

### **Facteurs individuels liés aux professionnels**

- Sage-femme nouvellement diplômée ne connaissant pas toutes les pratiques habituelles du service

### **Facteurs liés aux organisations définies**

- Pas de concrétisation du projet de formation à la césarienne code rouge

### **Facteurs liés à l'équipe**

- Délai de transmission des résultats non adapté à l'état du patient : pas de transmission orale téléphonique entre le radiologue et le gynécologue-obstétricien concernant le rythme cardiaque fœtal très faible (mentionné uniquement sur le compte-rendu d'imagerie)
- Collaboration insuffisante entre les praticiens par manque de communication

## Enseignements : Actions d'amélioration

---

### En interne à l'établissement :

---

1. Formaliser le règlement intérieur de la maternité en intégrant celui du bloc obstétrical
    - Actualiser les fiches de poste
    - Mettre en œuvre et formaliser l'accueil des nouveaux agents sur l'établissement
  2. Former les équipes du bloc opératoire et de la maternité à la césarienne en urgence
    - Mettre à jour et valider le protocole des césariennes en urgence
    - Mettre en place un chariot dédié aux césariennes en urgence
  3. Mettre en place des staffs quotidiens pour améliorer la collaboration médicale
- 

### En lien avec le réseau de périnatalité du territoire :

---

4. Formaliser les modalités de demande des examens (programmés ou en urgence) et les transmissions des résultats (notamment en urgence)
  5. Élaborer un protocole de surveillance des utérus cicatriciels
  6. Élaborer un plan de formation, incluant la RMM et la réalisation d'une revue de littérature sur l'utérus cicatriciel et la rupture utérine
  7. Mettre en place le dossier informatisé du Réseau Périnatal :
    - Effectuer un rappel du contenu des comptes rendus d'échographies au 1er, 2ème et 3ème trimestre
    - Utiliser les courbes de croissances personnalisées sexuées/ courbes B1 garçon et fille
    - Effectuer l'analyse du rythme cardiaque fœtal en 3cm/min et non plus en 1cm/min
-

## Problématiques de la grossesse et de l'accouchement abordés au travers de ce parcours : que disent les recommandations ?

### 1. Retard de croissance intra-utérin (RCIU) & diabète gestationnel

#### Dans ce dossier :

Présence d'un surpoids, d'un diabète gestationnel sous insuline, compliqué par un retard de croissance intra-utérin, avec :

- une estimation pondérale à 2190g à 36SA+1,
- un placenta à 10% du poids de naissance de l'enfant (norme à 20%).

Le surpoids de la patiente, le diabète gestationnel sous insuline et le retard de croissance intra-utérin favorisent la survenue d'un hématome rétro-placentaire. Devant un diabète gestationnel, il est nécessaire de toujours préciser :

- Le contexte du diagnostic : sur glycémie à jeun en début de grossesse, ou sur hyperglycémie provoquée par voie orale prescrit en cas de présence de facteurs de risque.
- L'indice de masse corporel maternel : un IMC au-delà de 30 implique une surveillance de la croissance fœtale mensuelle.
- L'équilibre du diabète : équilibré, ou déséquilibré (> 5 valeurs pathologiques sur 1 semaine).
- Le traitement : sous régime simple, ou sous insuline.
- Le retentissement fœtal : compliqué (excès de liquide amniotique / hydramnios / suspicion de macrosomie), ou non compliqué.

En cas de retard de croissance intra-utérin associé à un diabète gestationnel, le risque de complications néonatales est beaucoup plus important. Il est donc indispensable d'instaurer une surveillance régulière de la croissance toutes les 2 à 3 semaines.

Pour cette surveillance, il est nécessaire de parler en percentile de croissance. Dans le cadre d'une cassure de courbe de croissance, il est pertinent de parler en pourcentage de perte de poids. Lors de la surveillance échographique d'un RCIU, il est nécessaire de préciser la quantité du liquide amniotique et de mesurer les doppler (ombilical et cérébral). Si le RCIU est sévère et précoce (< 32SA ET < 3eme percentile), un avis au service de diagnostic anténatal est à demander.

Après la naissance d'un enfant atteint de RCIU, un bilan de thrombophilie sera à réaliser à distance de l'accouchement. Un traitement prophylactique par ASPEGIC 100mg sera instauré dès le diagnostic biologique d'une nouvelle grossesse.

**La qualité du dossier médical doit porter une attention particulière à la transmission de ces informations.**

Recommandations

## 2. Suivi de kyste ovarien lors de la grossesse et risque de torsion d'annexe

Il est recommandé que les annexes soient visualisées et décrites dans le compte-rendu de l'échographie du 1<sup>e</sup> trimestre. Si une masse annexielle est objectivée à cette occasion, elle doit être surveillée et évaluée de manière rapprochée. Les conditions d'examen évoluent au cours de la grossesse. D'une position intra-pelvienne, l'ovaire passe à une position intra-péritonéale. Tout kyste persistant au-delà de 15SA est un kyste organique. La prise en charge est fonction des symptômes :

- Kyste symptomatique : geste chirurgical indiqué,
- Kyste asymptomatique :
  - < 6cm : surveillance par échographies et IRM,
  - > 6cm : geste chirurgical (la coelioscopie reste possible jusque 20SA).

En cas de kyste ovarien de plus de 6cm non opéré :

- Préférence pour un accouchement par césarienne avec une prise en charge peropératoire du kyste à discuter au préalable en réunion pluridisciplinaire,
- En cas d'accouchement par voie basse : informer la patiente sur le risque de torsion jusque dans les 48h du post-partum et lui proposer une prise en charge opératoire à distance.

La torsion se manifeste par des douleurs abdomino-pelviennes aiguës, accompagnées d'un malaise et de vomissements. Il est donc indispensable d'informer la patiente des risques en présence d'un kyste ovarien.

### Recommandations

#### Dans ce dossier :

Kyste de l'ovaire droit de 30x45mm lors de l'échographie de datation réalisée à 7SA. Les annexes ne sont plus décrites lors des échographies suivantes, dès le 1er trimestre.

L'examen anatomo-pathologique de l'annexectomie effectuée lors de la césarienne met en exergue une lésion kystique de 7x5x4 cm, contenant un matériel liquidien d'origine hémorragique.

## 3. Détection des hématomes rétro-placentaires

#### Dans ce dossier :

L'examen du placenta se caractérise par la présence d'une plage étendue sur 5cm avec remaniements fibrino-hémorragiques, orientant vers un hématome rétro-placentaire.

La patiente ne présentait pas de signe de prééclampsie, syndrome régulièrement associé à la formation d'hématomes rétro-placentaires. Une hypercinésie et une hypertonie utérine sont des facteurs de risques d'hématome rétro-placentaire, d'où la nécessité d'avoir un outil de captation des contractions utérines adapté et efficace.

L'hématome rétro-placentaire reste cependant une pathologie isolée dans 50% des cas, et est donc difficile à diagnostiquer. L'échographie peut être indiquée si et seulement si l'examen n'occasionne pas de perte de temps.

### Recommandations

#### 4. Diagnostic d'une rupture utérine

Les antalgiques (placebo, antalgiques de palier 1 et de palier 2) peuvent masquer la pathologie utérine. La rupture utérine peut se manifester pendant le travail ou en dehors du travail, et s'effectuer de manière segmentaire ou corporéale. Les facteurs de risque d'une rupture utérine sont :

- La présence d'un utérus cicatriciel, lié à :
  - Une césarienne,
  - Une perforation de la cavité utérine lors d'un geste endo-utérin (IVG, pose de DIU...),
  - Une chirurgie d'agrandissement de la cavité (myomectomie...).
- La présence d'adénomyose (risque de rupture de la paroi postérieure par fragilité) sur un utérus sain

Les signes d'appel de la rupture utérine sont :

- Des douleurs sus-pubiennes, et/ou scapulalgies (conséquence d'un hémopéritoine),
- Des métrorragies ou une hématurie,
- Des troubles de la contractilité : hypertonie ou hypercinésie, d'où la nécessité de capter correctement les contractions utérines, avec prise en compte de l'IMC de la patiente dans la technique de captation,
- Des modifications de la présentation (ascension) lors des efforts expulsifs,
- Des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

#### Recommandations

#### Dans ce dossier :

À l'incision, lors de la césarienne en urgence, le placenta est retrouvé dans la cavité abdominale, et le cordon ombilical arraché à 2 cm de son insertion côté fœtal. Il s'agit d'une rupture utérine corporéale.