

ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES CÉSARIENNES CODE ROUGE AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN EN 2015

De nombreuses sociétés savantes ont défini des délais de "décision-naissance" souhaitables dans des cas d'extrêmes urgences obstétricales et/ou pédiatriques :

- L'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists* et le *Royal College of Obstetricians et Gynecologists* préconisent un délai maximum de 30 minutes en cas de détresse maternelle ou fœtale sévère.
- La *German Society of Gynecology & Obstetrics* préconise, elle, un délai de 20 minutes.

Il n'existe pas, à ce jour en France, de recommandations officielles, mais les textes précisent que la réalisation d'une césarienne doit être faite dans des « *délais compatibles avec l'impératif de sécurité* » sans imposer arbitrairement un nombre de minutes.

Au Centre Hospitalier de Montauban, nous utilisons la classification de Lucas pour définir au mieux le degré d'urgence (*Tableau 1*). Nous avons établi des protocoles précis permettant la réalisation de césarienne urgente ou très urgente, et nous avons choisi un moyen de communication simple pour transmettre le degré d'urgence à tous les participants : c'est le système des codes couleur.

Faire face à l'extrême urgence est souvent difficile : il faut une bonne organisation, de l'anticipation et surtout une bonne communication.

Nous avons initié une réflexion pluridisciplinaire afin d'améliorer notre efficacité.

MOTS-CLÉS

Césarienne urgente, code couleur, délai décision-naissance.

Tableau 1 ► CLASSIFICATION DE LUCAS

CODE COULEUR	INDICATIONS	DÉLAI DÉCISION-NAISSANCE
ROUGE	RISQUE VITAL IMMÉDIAT MÈRE OU ENFANT <ul style="list-style-type: none"> • Bradycardie fœtale • Échec extraction instrumentale avec TRCF • Suspicion Hématome rétro-placentaire • Placenta praevia hémorragique • Suspicion rupture utérine • Procidence du cordon • Éclampsie 	< 15 MINUTES
ORANGE	RISQUE VITAL NON IMMÉDIAT MÈRE OU ENFANT <ul style="list-style-type: none"> • Anomalies du RCF • Échec d'extraction instrumentale sans TRCF 	< 30 MINUTES
VERT	PAS DE RISQUE VITAL <ul style="list-style-type: none"> • Échec de déclenchement • Stagnation de la dilatation ou de la présentation • Présentations dystociques • Patientes en travail spontané et ayant une césarienne programmée ultérieurement 	< 60 MINUTES

→ HISTORIQUE

Le travail est mené depuis 2011 dans la maternité de l'hôpital de Montauban. Il s'agit d'une maternité de type IIa qui effectue actuellement 800 accouchements par an.

Cette maternité comporte une salle de consultation d'urgence, une salle de pré-travail, deux salles d'accouchement et une salle d'opération contiguë aux salles d'accouchement.

Les sages-femmes (deux par garde) et l'anesthésiste assurent une présence permanente et l'obstétricien, le pédiatre et l'équipe du bloc opératoire sont en astreinte opérationnelle.

Nos réflexions et nos actions ont comporté plusieurs étapes :

- **En mars 2011** : nous avons instauré les “codes couleur” dans le service afin de nous fixer des objectifs de délai décision-naissance.

Nous avons constaté que les délais d'extraction, souvent trop longs, étaient liés essentiellement, non pas à la technique opératoire mais au délai de transfert des patientes en salle d'opération et à une mauvaise communication entre les différents intervenants.

- **En novembre 2014** : nous avons établi un protocole spécifique “Césarienne code rouge” avec les différents acteurs (obstétricien, sage-femme, équipe du bloc opératoire) et l'avons porté à la connaissance de tous les membres de l'équipe.

Nous avons également réévalué le matériel nécessaire et réalisé un “chariot d'urgence césarienne code rouge” complet, toujours prêt à l'emploi, placé en salle de césarienne.

Enfin, des exercices de simulation ont entraîné le personnel à s'organiser pour permettre de réagir de façon adéquate et en temps voulu aux situations d'urgence.

→ MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Nous avons recensé les dossiers des patientes ayant bénéficié d'une césarienne “code rouge” en cours ou en dehors du travail, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, pour définir l'efficacité des équipes.

Les variables étudiées ont été les suivantes :

- **Les caractéristiques maternelles** : âge, parité, gestité, antécédents médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux significatifs.
 - **Les caractéristiques de la grossesse** : type de grossesse (unique/gémellaire), type de présentation fœtale, existence d'une pathologie au cours de la grossesse.
 - **Les caractéristiques du travail** : âge gestationnel, mode de déclenchement.
 - **Les caractéristiques de la césarienne** : indication(s), temps d'extraction (heures de décision et heures de naissance), mode d'anesthésie.
 - **Les caractéristiques néonatales** : poids, Apgar, Ph et lactates au cordon.
 - **Les complications materno-fœtales** : devenir des nouveau-nés (transfert en service de néonatalogie, réanimation en niveau III...), devenir des parturientes (hémorragies de la délivrance, transfert en service réanimation adulte...).
- Nous avons étudié de façon rétrospective les délais décision-naissance des césariennes code rouge.

Notre évaluation des pratiques ne s'est pas limitée aux délais de réalisation. Elle s'est aussi portée sur la pertinence des indications des codes couleurs, et sur l'identification des problèmes rencontrés allongeant le temps d'extraction de ces césariennes urgentes.

- Nous avons décidé de mettre en place une fiche d'analyse de dossier qui est remplie quotidiennement lors du staff pour toute césarienne urgente non programmée. Cette fiche permet d'évaluer la pertinence du code couleur, de vérifier que les délais fixés sont atteints avec une analyse au cas par cas, de mettre en évidence des lacunes et d'y porter remède.
- Nous avons présenté les résultats de notre “*Évaluation des Pratiques Professionnelles - Césarienne code rouge*” à l'ensemble du personnel impliqué dans la réalisation des césariennes urgentes. Après avoir montré un aperçu de nos pratiques, nous avons pu discuter et réfléchir ensemble à différents plans d'amélioration de notre activité clinique pour assurer une meilleure qualité et sécurité des soins.

→ RÉSULTATS

Notre taux total de césariennes est en 2015 de l'ordre de 25 %. Les césariennes non programmées représentent 71 % des césariennes dont 15 % de césariennes classées en “code rouge”, soit 3,7 % des accouchements.

Les délais de réalisation des césariennes code rouge (non reclassées)

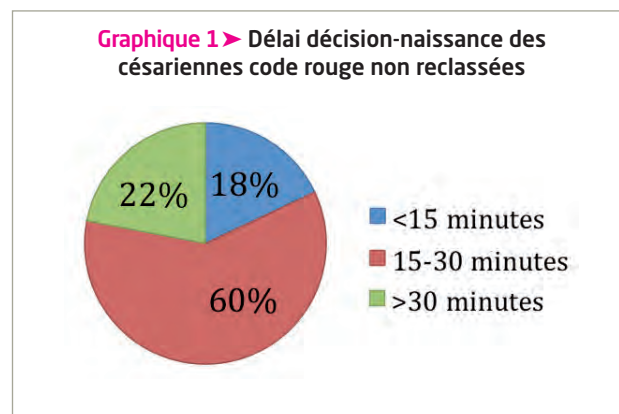
Après recensement de tous les dossiers de césariennes urgentes de l'année 2015, voici les résultats obtenus (**avant relecture et analyse de la pertinence des codes couleur**) :

- Le délai décision-naissance moyen est de 23,4 minutes avec des extrêmes allant de 7 à 54 minutes.
- Nos objectifs de délais ne sont atteints que dans seulement 18 % des cas (*Graphique 1*).

Les indications des césariennes code rouge

Ces indications sont conformes à la classification de Lucas avec :

- 90 % de sauvetage fœtal dominés par les bradycardies supérieures à 5 minutes, les anomalies graves du rythme cardiaque fœtal (RCF) et les échecs d'extractions instrumentales avec anomalies du RCF.
- 10 % de sauvetage maternel, avec des cas d'éclampsies, Hellp syndromes sévères.



Les résultats périnataux

Les résultats sont globalement bons car le taux de nouveau-nés dont le pH artériel au cordon est inférieur à 7,10 est de 13 %. Cependant, nous avons constaté une influence de l'intervalle décision-extraction sur le pronostic fœtal ou pédiatrique (*Tableau 2*). En effet, nous avons trouvé que la prolongation du délai décision-naissance provoquait proportionnellement une acidémie fœtale et une augmentation du taux d'admission en service de néonatalogie.

Tableau 2 ► Influence du délai d'extraction sur les pH au cordon

	pH Artériel	pH Veineux
Extraction < 15 minutes	7,24	7,26
Extraction entre 15 et 30 minutes	7,20	7,22
Extraction > 30 minutes	7,09	7,10

Le pourcentage de nouveau-nés transférés en services de néonatalogie ou réanimation s'élève à 44 %.

13 enfants ont été concernés et 4 d'entre eux ont eu besoin d'être transférés dans un établissement de Niveau III (soit 13 % des enfants nés par césariennes code rouge).

Nous avons déploré trois décès fœtaux, tous indépendants de la vitesse d'exécution des césariennes. Ils s'expliquaient par des cas de grande prématurité (terme < 27 SA).

Les résultats maternels

Nous n'avons recensé aucune complication septique lors de ces césariennes en extrême urgence.

Le taux d'hémorragies de la délivrance du post-partum est de 10 % (trois cas n'ayant pas nécessité de transfert en service de réanimation adulte).

La pertinence des codes couleurs

Après étude et analyse au cas par cas des dossiers des césariennes urgentes, nous avons constaté que la classification code rouge était adaptée et salvatrice pour l'enfant ou la mère, dans 69 % des cas.

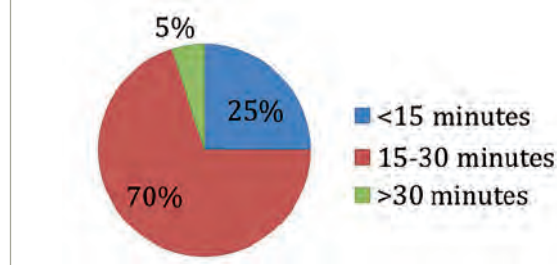
Cependant, neuf césariennes ont été reclassées :

- six en code orange pour des anomalies modérées du RCF,
- trois en code vert pour des anomalies isolées du RCF, et un cas de Hellp syndrome sans troubles du rythme cardiaque fœtal.

Dans 31 % des cas, l'indication d'une césarienne code rouge a été excessive. En effet, des situations ont été identifiées comme extrêmement urgentes alors qu'elles étaient en définitive de moindre urgence.

Précisons qu'il est toutefois toujours possible de transformer la couleur d'un code si la situation obstétricale s'améliore ou se dégrade.

Graphique 2 ► Délai décision-naissance des césariennes code rouge reclassées



Le temps d'extraction recalculé des "vraies césariennes code rouge"

Les résultats sont plus satisfaisants avec un délai moyen décision-naissance abaissé à 19 minutes (de 7 à 33 minutes).

L'objectif de délai est atteint dans 25 % des cas avec une extraction inférieure ou égale à 15 minutes (*Graphique 2*). Les dépassements de délais sont en général modérés : de quelques minutes (40 % des césariennes code rouge sont réalisées entre 15 et 20 minutes). Les dépassements importants sont exceptionnels (seuls deux cas ont pris plus de 30 minutes).

Les causes identifiées de retard dans la prise en charge

Les causes de dépassement de délai sont variées (*Tableau 3*) :

- difficultés organisationnelles (35 %),
- difficultés anesthésiques (25 %),
- difficultés opératoires (15 %),
- autres difficultés (10 %).

L'identification des facteurs ralentissant la prise en charge de l'urgence a permis de nous inscrire dans une dynamique globale d'amélioration de nos pratiques professionnelles.

→ DISCUSSION

Après analyse des causes d'allongement du temps d'extraction, nous nous sommes interrogés sur les moyens et actions que nous pourrions mettre en place pour améliorer notre efficacité face à l'urgence.

- Mise en place d'un brancard/table d'examen mobile en salle de consultation,
- Réaménagement de la salle de consultation pour un transfert plus rapide en salle d'opération,
- Rappel à l'ensemble du personnel concerné des délais d'extraction et affichage dans les salles de naissance et les salles de bloc opératoire,
- Mise en place d'une fiche d'analyse quotidienne en staff pour évaluer la pertinence des codes couleur (*graphique 3*),
- Projet de formation/exercice de simulation.

La problématique de l'urgence est au cœur des préoccupations de tous les obstétriciens et de toutes les structures. Il nous faut, en effet, savoir reconnaître les situations réellement urgentes et leur apporter une réponse adéquate dans les plus brefs délais, sans tomber dans l'interventionnisme excessif.

Tableau 3 ► Causes identifiées de l'allongement du temps d'extraction

NIVEAU ORGANISATIONNEL
<ul style="list-style-type: none"> • 1 cas de mauvaise identification du médecin responsable • Brancard non mobile en salle de consultation • Médecins remplaçants • Patiente prise en charge en urgence dans le service ou en salle de consultation (non perfusée...) • Attente équipe de bloc • Non-respect du protocole <i>Césarienne code rouge</i> (rasage, sondage, BAV...)
NIVEAU ANESTHÉSIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Réinjection rachianesthésie et délai d'efficacité en salle d'opération • Difficultés anesthésiques
NIVEAU OPÉRATOIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés opératoires et/ou d'extraction (utilisation de spatules ou kiwi en cours de césarienne)

Notre étude, diffusée dans notre unité, a permis, permet et doit permettre de maintenir une réflexion multidisciplinaire au sein de notre service.

Cette évaluation des pratiques professionnelles pourrait s'appliquer à toutes les structures.

Pour ce faire, les procédures devront être rediffusées et redéfinies à tous, régulièrement, afin que chacun des acteurs acquière la même notion de l'urgence.

Des réunions d'analyse devront être tenues régulièrement, pour faire le point sur les dossiers présentant des problèmes pour identifier les difficultés rencontrées et proposer des solutions.

L'amélioration de la prise en charge des situations d'urgence obstétricales devra passer par une meilleure formation du personnel à reconnaître et à agir, face aux situations d'urgence.

Il semble aussi nécessaire d'améliorer la communication entre les différents intervenants pour permettre de synchroniser les actions de chacun et d'assurer une meilleure continuité des soins entre le bloc obstétrical et le bloc opératoire.

Enfin, il semble indispensable d'évaluer régulièrement la performance et l'évolution de nos équipes dans le futur par des études semblables.

→ CONCLUSION

Il semblait essentiel de réaliser un bilan de la performance de nos équipes concernant la bonne mise en œuvre des protocoles régissant les césariennes en urgence. La restitution de cette EPP ayant eu un impact positif sur l'ensemble des équipes soignantes concernées.

Graphique 3 ► Feuille analyse staff césariennes en urgence

CESARIENNES URGENTES ET/OU EN COURS DE TRAVAIL

ETIQUETTE PATIENTE : [] DATE : []

TERME : []

En dehors du travail

En cours de travail

- Déclenchement

- Travail spontané

CODE : ROUGE ORANGE VERT

INDICATION :

DELAI D'EXTRACTION : Minutes

- heure décision césarienne :h.....

- heure de passage au bloc opératoire :h.....

- heure de naissance :h.....

DIFFICULTE(S) RENCONTREE(S) :

- Anesthésique :
- Opératoire :
- Organisationnelle :
- Autre(s) :

ENFANT :

APGAR : [] PH AO : [] LACTATES AO : []

PERTINENCE CODE COULEUR :

Adapté Excessif Insuffisant

CODE FINAL : []

Le système de "code couleur" couplé à un protocole spécifique aux césariennes urgentes constitue un outil de communication simple, connu de tous, correspondant parfaitement au degré de l'urgence et permettant un gain de temps appréciable.

Il est toutefois incontestable qu'il est parfois difficile d'atteindre des objectifs satisfaisants du fait des modalités de fonctionnement des structures dans lesquelles on travaille. Il convient alors de rédiger des protocoles, de les évaluer afin de préciser régulièrement des objectifs de délai décision-naissance compatibles avec les conditions d'exercice.

La mise en place de ces protocoles spécifiques ne suffit pas à résoudre tous les problèmes et ne doit pas exonérer l'équipe de la plus grande rigueur dans la surveillance du travail et l'évaluation de l'état de l'enfant. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CGNOF - *Recommandations pour la pratique clinique, césarienne : conséquences et indications*. 2000.
- DN. Lucas, SM. Yentis, SM. Kinsella, A. Holcroft, AE. May. *Urgency of cesarian section : a new classification*. J Royal Soc Med 2000 ; vol 93, 346-50.
- C. Huissoud, P. du Mesnildot, I. Sayegh, O. Dupuy, HJ. Clément, S. Thévenet, *La mise en œuvre des "codes couleur" réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2009 ; vol 38, 51-59.