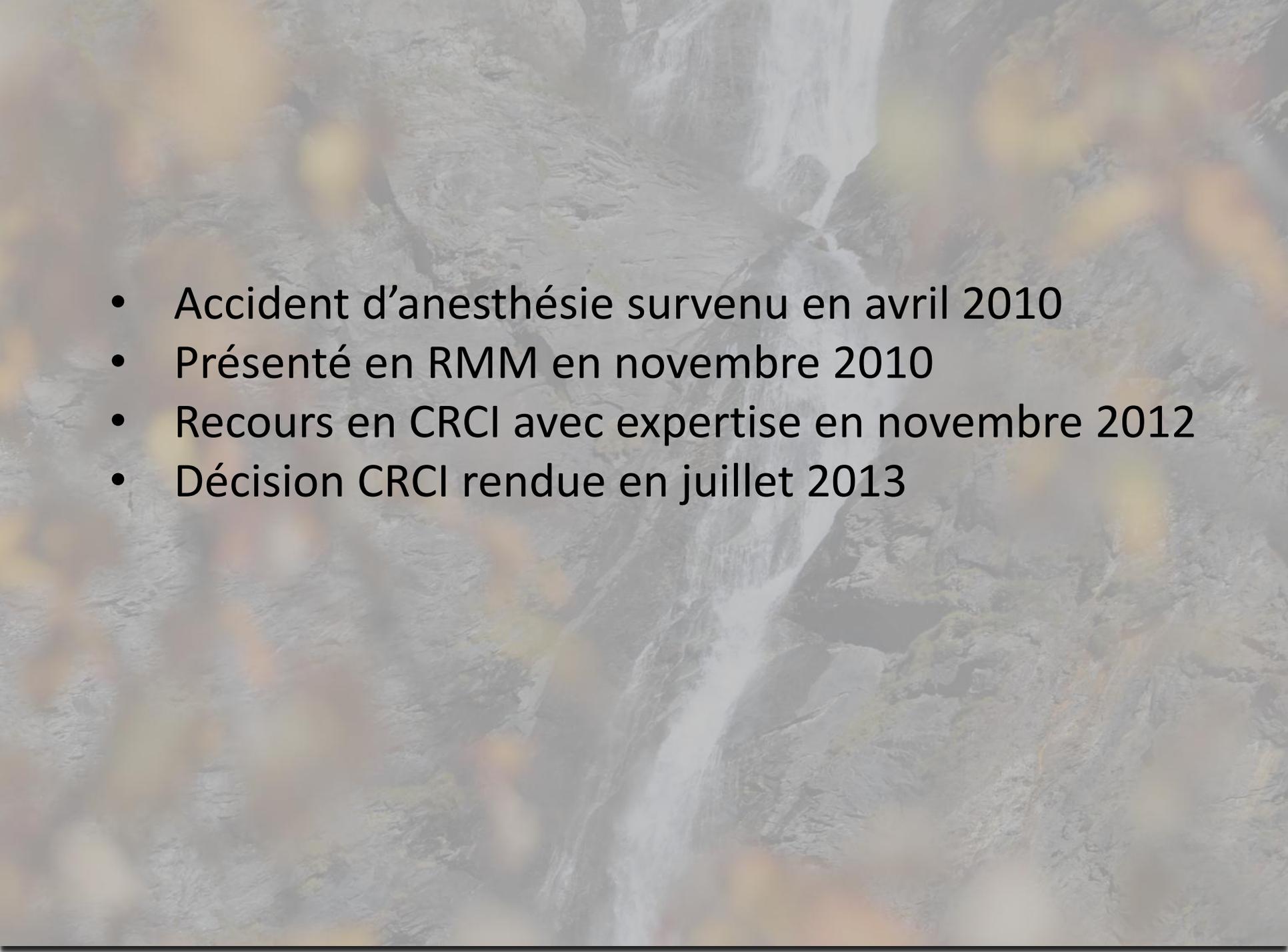




# **SYNDROME DE MENDELSON EN SALLE DE NAISSANCE**

CARO 2015

Dr G.BENISTAND  
Polyclinique Grand Sud  
NIMES

- 
- Accident d'anesthésie survenu en avril 2010
  - Présenté en RMM en novembre 2010
  - Recours en CRCI avec expertise en novembre 2012
  - Décision CRCI rendue en juillet 2013

- Part. 26 ans ; IP/IG ; 40SA+4j.
- Grossesse sans particularité.
- Cs anesthésie courant M8 – OK ALR
- Entrée le 17 à 23h30 pour début de travail (col court et mou, 1 doigt).
- 00h45 : douleurs++, col inchangé >>> nalbuphine IM par SF selon protocole du service.
- 05h00 : très algique, col 5cm.
- 05h30 : salle de naissance, algique, agitée, refus d'ALR.
- 06h00 : col 8 cm.

## 07h05 arrivée MAR de garde pour extraction instrumentale en salle de naissance

- Chez une primipare à dilat complète, agitée, épuisée.
- En présence du mari qui refuse de quitter la salle.
- Patiente sous monitoring, champée, en position gynéco. RCF OK. TA 12/7 ; FC 85bpm ; SaO2 100%
- GO installé, prêt pour extraction avec spatules de Pageot.
- 2 SF et 1 IDE en salle (heure de relève).
- Dossier en salle pour prise de connaissance rapide.

## 07h10 Induction anesthésie

- Préparation plateau intubation et drogues (propofol, sufentanyl, succinylcholine, éphedrine et atropine).
- Induction d'une AG sans intubation (propofol 100+50mg ; sufenta 5+2.5µg).
- Echec extraction / Pageot >>> demande d'un forceps type Tarnier et dans l'attente compression abdominale.
- Régurgitation immédiate du contenu gastrique avec inhalation.
- TA 8/4 ; FC 120bpm ; SaO2 85%

Le drame est là !  
Comment gérer ?

1. Gestion de la complication >>> appel renfort.
2. Gestion de l'information vis à vis de la famille, du reste de l'équipe, des services d'aval .
3. Vivre les premières heures, puis les premiers jours après la catastrophe >>> importance du soutien des proches, des collègues et de l'institution.
4. Refaire de l'anesthésie.
5. Affronter les conséquences.

## Comment gérer ?

1. Gestion de la complication >>> appel renfort.
2. Gestion de l'information vis à vis de la famille, du reste de l'équipe, des services d'aval .
3. Vivre les premières heures, puis les premiers jours après la catastrophe >>> importance du soutien des proches, des collègues et de l'institution.
4. Refaire de l'anesthésie.
5. Affronter les conséquences.

## Gestion de la complication (1)

- 07h15 Intubation en urgence sous célocurine et Sellick.
- Aspirations buccale et trachéale immédiates.
- **Appel renfort MAR d'astreinte à 07h20 par une des SF.**
- Poursuite anesthésie (/ventilation au ballon) pour extraction avec épisio (heure naissance 07h24 - durée totale expulsion 45 minutes en OS)
- d'un enfant de 3190g, APGAR 3 à 1' ; 8 à 3' ; 10 à 5'. Réa bb assurée par SF.
- Augmentin 2g, Solumédrol 60mg.
- Poursuite aspirations trachéobronchiques.
- Paramètres maternels : TA 7/3 ; FC 115 bpm ; SaO2 92%

## Gestion de la complication (2)

- Conditionnement avant transfert par MAR renfort :
  - Admission en USI à 08h15. TA 9/4 ; FC 100 bpm ; SaO2 97%
  - Ventilation contrôlée sous AG (propofol, rémifentanyl).
  - VVC, KT artériel >>> gazométries – Rx thorax.
  - Surv obstétricale = absence d'hémorragie sous ocytocine.
- Information famille et organisation du transfert par MAR de garde :
  - Place réservée en réa à 08h30.
  - Réservation SAMU consécutive.
  - Info du conjoint et des parents de la patiente.
  - Courriers et constitution du dossier de transfert.

## Gestion de la complication (3)

Aggravation très rapide de l'état respiratoire >>>  
curarisation et maintien VC/PEP.

	<b>08h30</b>	<b>09h15</b>	<b>10h10</b>
<b>-pH</b>	7.26	7.20	7.15
<b>-pCO2</b>	51	59	71
<b>-pO2</b>	95	185	66
<b>-BE</b>	-5.2	-5.9	-6
<b>-Hb</b>	12.5	12	12.7
<b>-FiO2</b>	70%	100%	100%

Bilan bio de 08h55 : Hb 10.4 / Plaq 202000 / TCA 34 / Fg 3.45

## Evolution (1)

- Arrivée CHU 11h30.
- Bilan clinique et biologique à l'arrivée :
  - TA 120/80 – FC 140 bpm – Température 36°4, Hb 9.4,
  - Cœur inaudible, crépitants bil., sécrétions mousseuses++,
  - SaO<sub>2</sub> 83% sous FiO<sub>2</sub> 100%, Rx thorax œdème pulmonaire bil.,
  - Scores IGS II = 76 / APACHE II = 36.
- Attitude thérapeutique :
  - Poursuite remplissage + Norad à 0.2γ/kg/m,
  - Curarisation sans effet, NO sans effet,
  - DV + NO(15ppm) >>> SaO<sub>2</sub> 83% stable sous FiO<sub>2</sub> 100%.

## Evolution (2)

- 13h00 appel pour ECMO,
- 14h00 arrivée équipe chir. + ECMO,
- 15h00 branchement ECMO,
- 15h02 arrêt cardiaque >>> MCE 18' jusqu'à canulation artérielle et mise en place ECMO veino-art,
- Remplissage massif sur hémorragie utérine et points de ponction vasc >>> Hb 1.8g/dl >>> transfusion massive,
- 17h15 embolisation art. utérines / ECMO,
- 19h30 arrêt du saignement, correction Hb et coag, myosis bil, reprise diurèse, lactates 10.4,
- Transfert réa cardiothoracique.

## Evolution (3)

- Sevrage ECMO à J8.
- Extubation définitive à J15.
- Sortie de rééducation à J51.
- Reprise d'une activité professionnelle en 01/2011
- Séparation conjugale.
- Le bébé va très bien

## Comment gérer ?

1. Gestion de la complication >>> appel renfort.
2. Gestion de l'information vis à vis de la famille, du reste de l'équipe, des services d'aval .
3. Vivre les premières heures, puis les premiers jours après la catastrophe >>> importance du soutien des proches, des collègues et de l'institution.
4. Refaire de l'anesthésie.
5. Affronter les conséquences.

# Gestion de l'information

## 1. Envers la famille

- Indispensable
- À haut risque dans un contexte émotionnel majeur
- À ne pas prolonger

## 2. Vis à vis de l'équipe – dans le cas présent prise en compte des GO, des sages-femmes, des MAR associés

## 3. Vis à vis des services d'aval

= réa de Nîmes et Montpellier

>>>> Transparence

## Comment gérer ?

1. Gestion de la complication >>> appel renfort.
2. Gestion de l'information vis à vis de la famille, du reste de l'équipe, des services d'aval .
3. Vivre les premières heures, puis les premiers jours après la catastrophe >>> importance du soutien des proches, des collègues et de l'institution.
4. Refaire de l'anesthésie.
5. Affronter les conséquences.

## Questions immédiates

- Pourquoi pas une rachi ?
- Pourquoi ne pas l'avoir intubée d'emblée ?
- Pourquoi avoir subi la pression de l'environnement ?
- Pourquoi une évaluation rapide de la situation nécessairement incomplète ?
  
- Comment se préparer à demain, anticiper, se protéger et protéger ses proches ?

# Transparence et lucidité

- La transparence conditionne la qualité du dialogue avec les collègues et l'institution.
  - Analyse à chaud puis à distance.
  - Mise en place de mesures correctives collectives.
  - Participation – légitimité.
- Lucidité vis à vis de soi-même
  - savoir reconnaître l'épuisement émotionnel et physique – en accepter l'énoncé par les proches – pas de déni.
  - disposer de temps pour se reconstruire – nécessaire solidarité des collègues ou associés.
  - savoir et accepter de se faire aider – pas de tabou – espace neutre.

## Comment gérer ?

1. Gestion de la complication >>> appel renfort.
2. Gestion de l'information vis à vis de la famille, du reste de l'équipe, des services d'aval .
3. Vivre les premières heures, puis les premiers jours après la catastrophe >>> importance du soutien des proches, des collègues et de l'institution.
4. Refaire de l'anesthésie.
5. Affronter les conséquences.

## Refaire de l'anesthésie

1. Retrouver estime et confiance pour « sortir du tunnel ».
2. Compter sur les autres pour un soutien discret – prévenir toute nouvelle mise en danger.
3. Tirer les enseignements pour améliorer sa pratique, et la pratique du groupe >>> CREX, RMM...

## Comment gérer ?

1. Gestion de la complication >>> appel renfort.
2. Gestion de l'information vis à vis de la famille, du reste de l'équipe, des services d'aval .
3. Vivre les premières heures, puis les premiers jours après la catastrophe >>> importance du soutien des proches, des collègues et de l'institution.
4. Refaire de l'anesthésie.
5. **Affronter les conséquences.**

## Des outils pour assumer, pour affronter.

- Assumer le regard et le jugement des pairs au sein de l'établissement puis en RMM régionale.
- Assumer pour tirer des enseignements et entrer dans une dynamique positive.
- Assumer pour reprendre le chemin des blocs sous la surveillance bienveillante des collègues.
- Affronter l'expertise.

# Conclusion

- Phase 1 : quelques jours après l'accident
  - dominée par l'émotion
  - à haut risque : maîtriser sa communication, trouver la juste distance, tout en restant transparent
- Phase 2 : quelques semaines à quelques à mois
  - dominée par la réflexion
  - analyse critique des circonstances, de l'environnement
  - mise en place collective et individuelle de mesures correctives
    - Mise à plat des habitudes.
- Phase 3 : des années
  - se détacher sans oublier



**JE VOUS REMERCIE POUR  
VOTRE ATTENTION**