

<p>Réservé au secrétariat du CARO</p> <p>Date limite 31/03/2012</p>	<p>Réservé CARO</p>
<p>BILAN DE 7 ANS DE REVUES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE MATERNELLE (RMM) AU SEIN DU RESEAU DE SANTE PERINATALE D'Auvergne (RSPA)</p> <p>Delmas J¹, Storme B¹, Resson P², Brazzalotto I³, Gonzalez D⁴, Bonnin M¹, Vernis L¹, Barrière A¹, Rol B¹, Mora Peters A¹, Vernis L¹, Lavergne B¹, Foulhy C⁵, Houille C⁵, Lopez K⁶, Vendittelli F⁵</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anesthésie Réanimation, Pôle Gynéco Obstétrique, Hôpital Estaing, CHU Clermont-Fd, France 2. Anesthésiste Réanimation, Clinique de la Chataigneraie, Beaumont, France 3. Anesthésie Réanimation, Radiologie Interventionnelle, Hôpital Gabriel Montpied, CHU Clermont-Fd, France 4. SAMU 63, Hôpital Gabriel Montpied, CHU Clermont-Fd, France 5. Pôle Gynéco Obstétrique, Hôpital Estaing, Clermont Fd, France 6. Gynécologie Obstétrique, CH Henri Mondor Aurillac, France 	<p>Introduction : Le RSPA présente lors de ses journées annuelles, le bilan des RMM effectuées conformément aux recommandations nationales (<i>Haute Autorité de la Santé : Manuel de certification V 2010</i>) L'objectif de ce travail est de synthétiser les résultats de 2005 à 2011.</p> <p>Matériels et Méthodes : La région Auvergne (Puy de Dôme, Cantal, Haute Loire, Allier) comporte 9 maternités dont une seule de niveau 3 et comptabilise environ 13 000 naissances /an. Les RMM ont lieu annuellement au CHU avec participation des hôpitaux périphériques par visioconférence. Toutes les patientes admises en réanimation ou ayant posé un problème particulier ou inhabituel de diagnostic ou de prise en charge sont présentées. L'objectif est de définir l'évitabilité, le caractère optimal ou non de la prise en charge et les mesures de prévention à mettre en œuvre. Le compte rendu anonyme est réalisé conjointement par un anesthésiste et un obstétricien, et mis en ligne sur le site web du RSPA.</p> <p>Résultats : 204 dossiers ont été présentés en 7 années: 99 HPP sévères (48%), 32 pré éclampsies ou éclampsies (15%), 30 détresses respiratoires et infections (14%), 14 défaillances neurologiques (6.8%), 25 autres pathologies (coma acido-cétosique, complication anesthésique, choc anaphylactique, complication de grossesse extra-utérine...) (12%). La prise en charge a été retenue non optimale dans 51 cas (25%) : retard diagnostic et/ou thérapeutique, absence d'application des recommandations et complications iatrogènes (OAP aux tocolytiques, surdosage en anticoagulants..).</p> <p>Durant cette période, 8 décès ont été répertoriés, soit une fréquence de 8,6 décès pour 100 000 naissances : un seul cas était de cause obstétricale directe (embolie pulmonaire), les 7 autres cas étant des complications de pathologie préexistante (syndrome catastrophique des APL, thrombose d'une valve mécanique, état de mal asthmatique, épilepsie, complications respiratoires sur overdose, AVC, rupture d'anévrisme splénique. La prise en charge des patients décédées a été retenue non optimale dans 4 cas sur 8, sans véritable évitabilité.</p> <p>Discussion : Les causes de morbidité sévère maternelles sont essentiellement les hémorragies, et les prééclampsies ce qui est comparable aux données de la littérature (<i>Baskett, Best Practice & Clinical Obstetrics and Gynecology, 2008</i>) mais infections et/ou détresses respiratoires sont plus fréquentes que les complications thrombo-emboliques ; par contre les causes de décès sont dans 7/8 cas liées à des causes indirectes alors que dans l'enquête nationale (<i>Bouvier Colles, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2011</i>) les causes directes obstétricales sont retrouvées dans 70% des cas.</p> <p>Conclusion : Les RMM effectuées au sein du RSPA conformément aux recommandations reflètent les données épidémiologiques nationales et permettent de définir les objectifs de formation continue et axes de travail pour l'amélioration des pratiques locales.</p>