

RCF: erreurs relevées en contre-expertise

Claude Racinet

Expert honoraire Cour d'Appel de Grenoble
Formation des Experts, CNGOF-04/12/2008

Quelques vérités premières

- La Souffrance foetale est un terme proscrit car imprécis et non spécifique.
- L'analyse du RCF doit se faire de manière prospective « en situation » (Zain 1998)
- Les faux positifs sont nombreux

Quelques vérités premières (2)

- La variabilité d'interprétation inter- et intra-observateur est une leçon de modestie
- Le diagnostic d'asphyxie foétale repose sur des critères néonataux cliniques et biologiques
- L'asphyxie aiguë perpartum est rare (4 à 8% des PC) alors que les causes anténatales sont très majoritaires (80%).



Césarienne, BA 10 10 10, pH 7,31 !

Votre avis ?

Diagnostic d'asphyxie perpartum souvent fait par excès

- Du fait de la lecture ou de l'interprétation erronée du RCF
- 3 critères:
- -L'acidose néonatale sévère (0,5 à 2% des naissances) est un marqueur sensible mais non spécifique de l'asphyxie.
- -Le BA à 5mm ≤ 3 (id:sensible mais non spécifique)
- -et la réanimation cardio-respiratoire qui est constante en cas d'asphyxie aiguë.
- ...tous 3 en cohérence avec l'anamnèse obstétricale

En cas de plainte, il faut préciser sur l'ERCF si et quand l'hypoxie est survenue: avant ou après l'accouchement ?

•1) Si accident aigu (20 %): bradycardie brutale et profonde

2) Décompensation perpartum d'une situation précaire antérieure (22%)

•3) Atteinte antepartum (45%)

(Phelan, 300 cas de EIH)

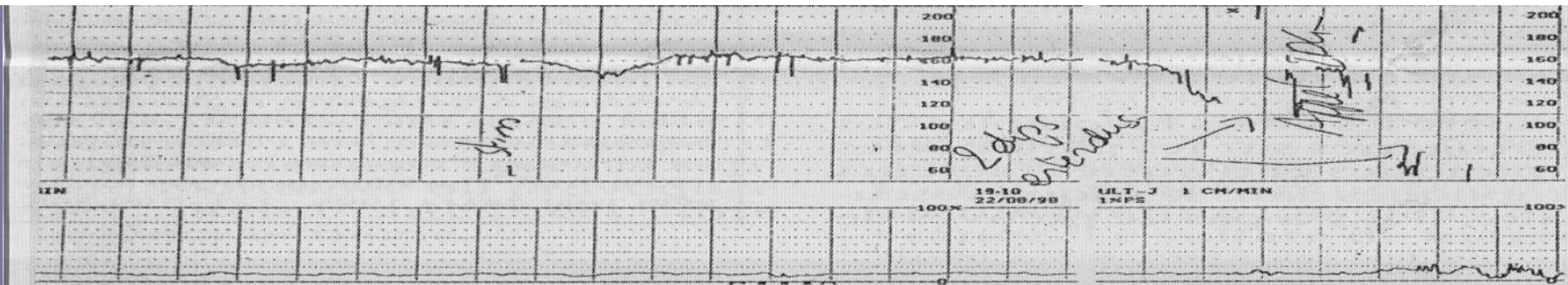


Figure 1. Tracé figé de souffrance fœtale aiguë avant l'admission. RCIU sévère à 29 SA. Variabilité à court terme de 2,4 ms. Extraction par césarienne. Décès néonatal par hémorragie cérébrale.

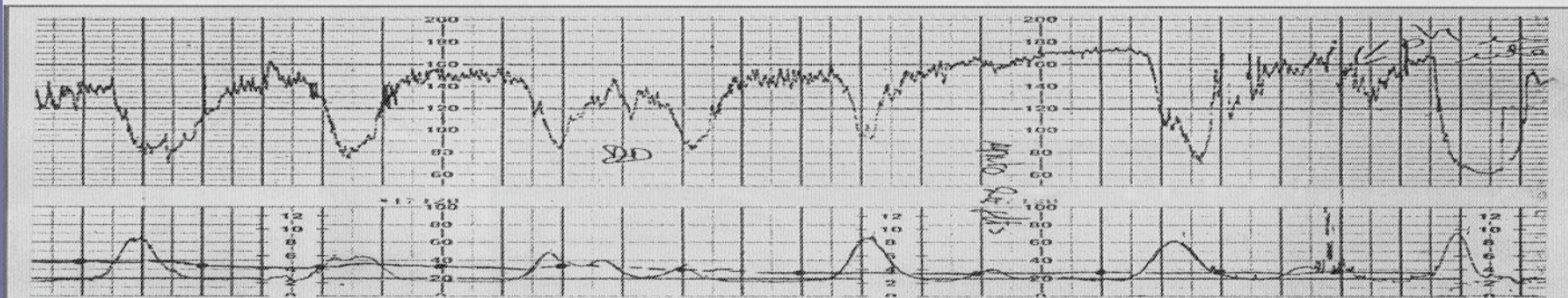


Figure 2. Souffrance fœtale selon le modèle de Hon. Circulaire du cordon. Ralentissements variables sévères ; oxymétrie de pouls fœtal inférieure à 30 % pendant plus de 15 minutes. PH in utero à 7,17. Extraction par césarienne. Décès néonatal par encéphalopathie hypoxique et ischémique stade III de Sarnat.

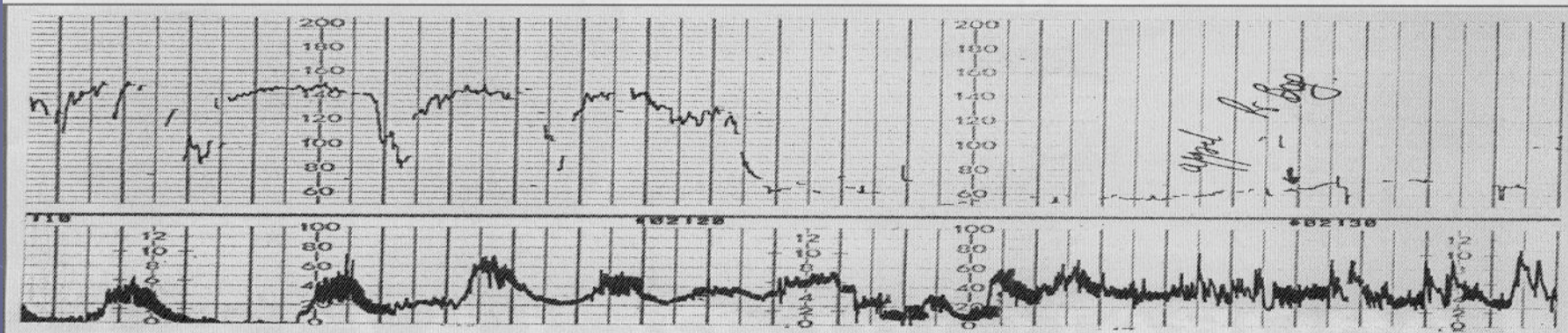
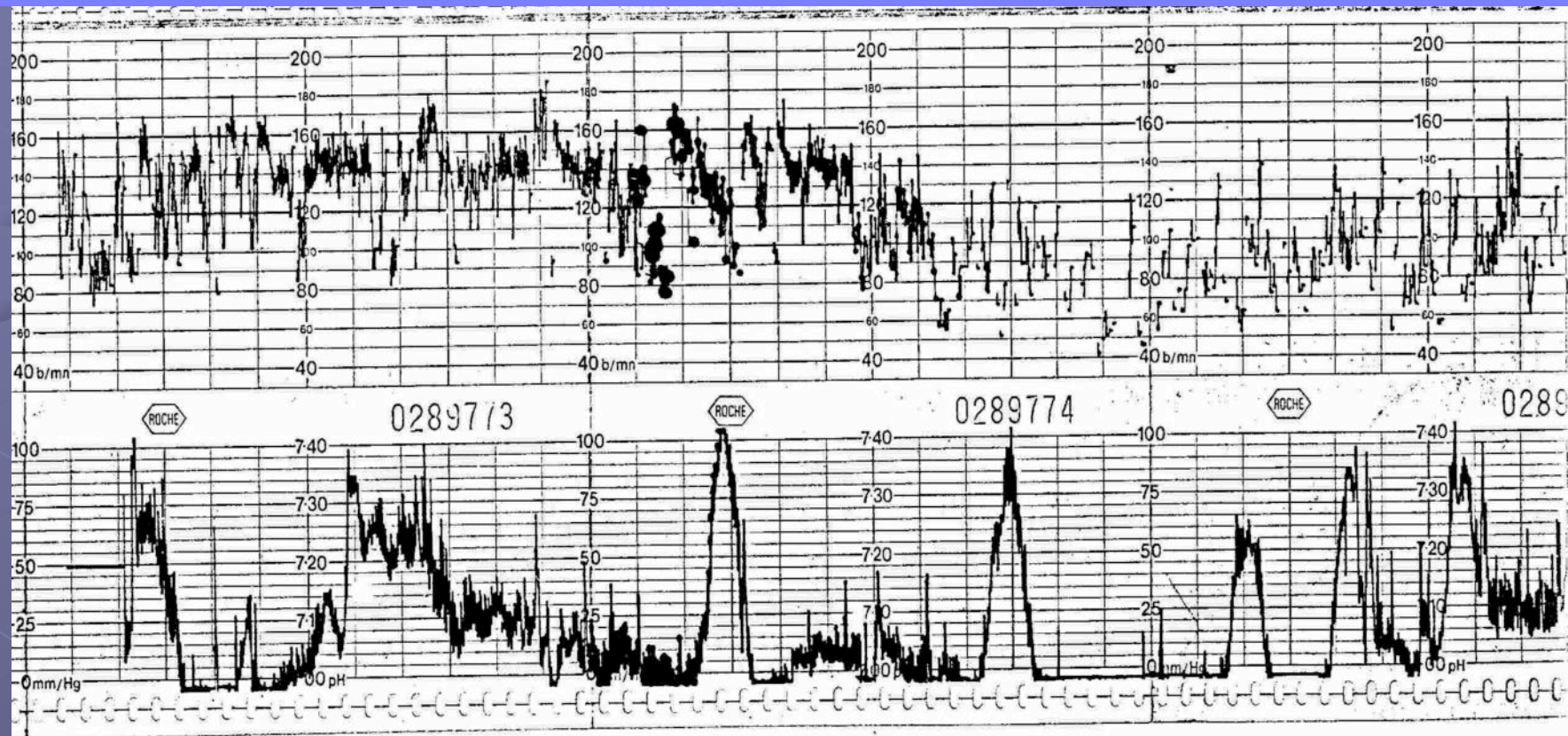


Figure 3. Bradycardie d'expulsion lors d'une hypotension artérielle sévère après injection d'analgésiques locaux (anesthésie péridurale). Extraction par spatules. Encéphalopathie stade I de Sarnat. Évolution favorable.

Expertise 1 (IMOC:Hémiparésie)

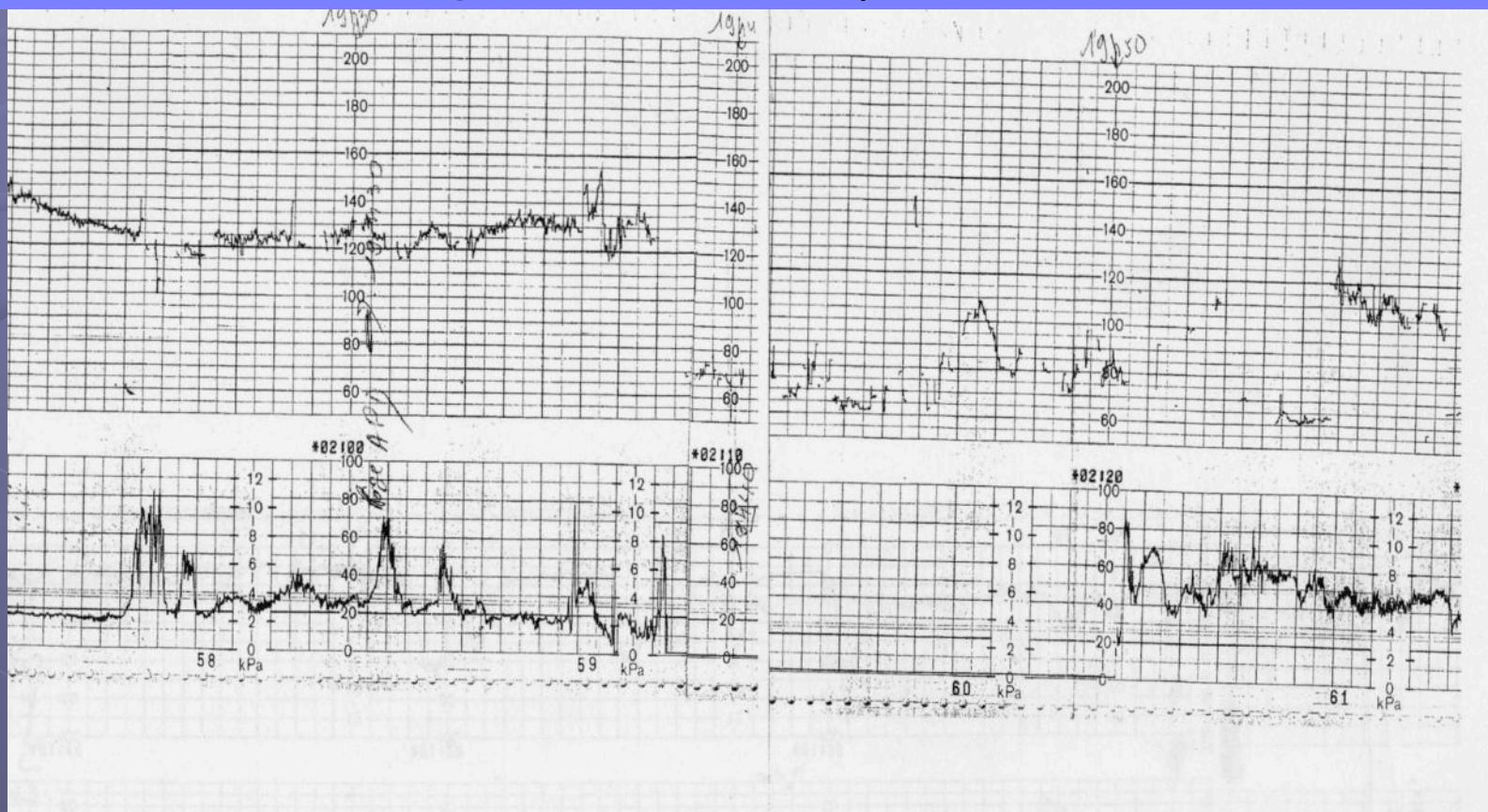
GoPo- 36SA- Placenta central hgique modéré, secousses foetales inhabituelles

“ tracé de SFA,séquelles neurologiques liées directement et exclusivement au retard de césarienne”



Expertise 2 (IMOC: Diplégie)

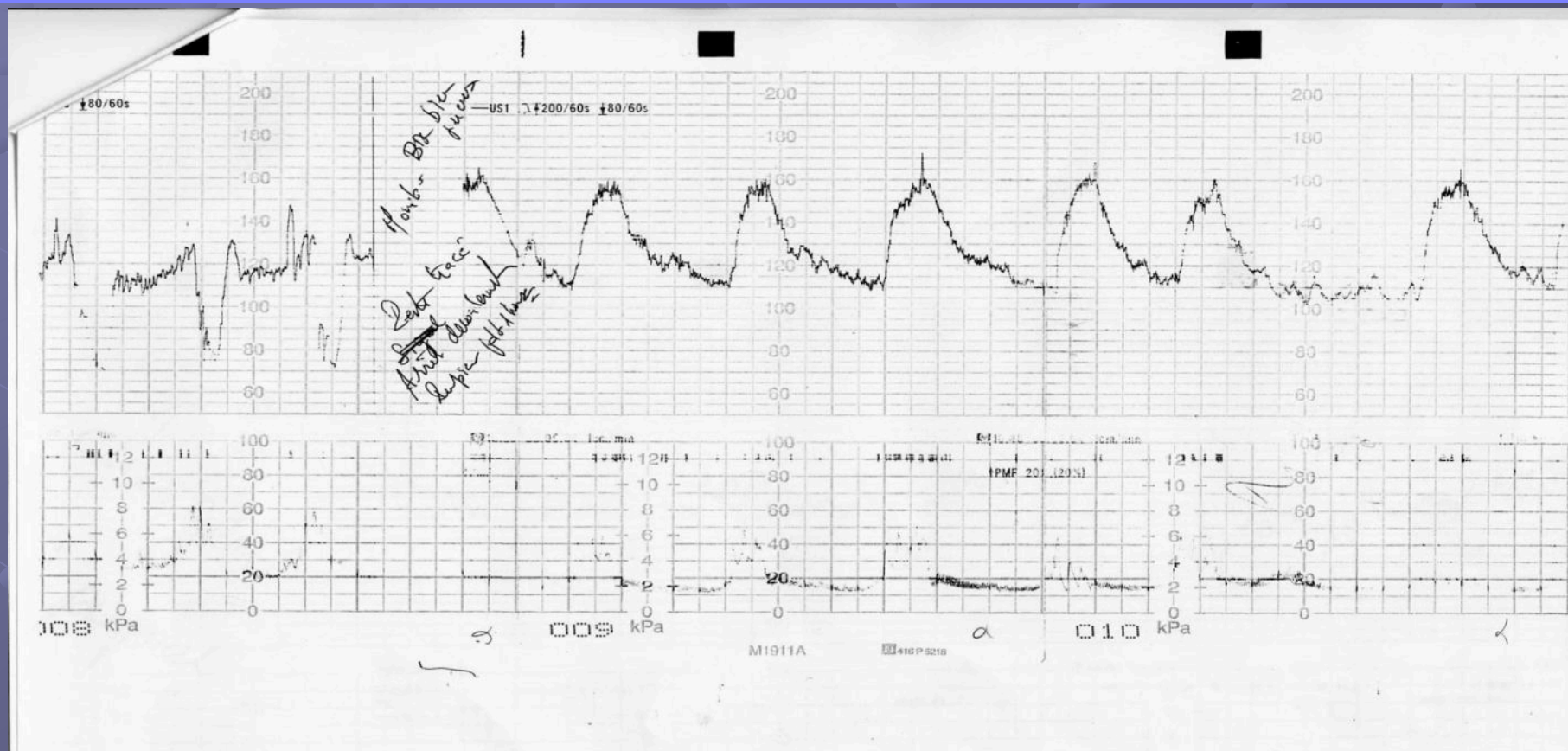
« la décélération la plus importante...a persisté 34mn, témoin d'une SFA... le retard à la césarienne constitue une faute et a été directement responsable des lésions neurologiques... », mais il existe des signes d'atteinte anténatale (pouce cortical, microcéphalie relative..) non relevés...



Expertise 3 (IMOC: Tétraplégie)

en relation avec une anoxo-ischémie périnatale car RCF difficile à interpréter mais acidose métabolique sévère et convulsions précoces...

(mais microcéphalie relative, bourrelets des sutures crâniennes, hyperlactatémie résiduelle et rapport L/P > 80....)



Recommandations de Murphy (1990)

Anomalies du RCF	Durée maximum tolérable
Tachycardie isolée (160 à 180 bpm)	120 mn
Tachycardie > 180 bpm	60 mn
Bradycardie < 100 bpm	20 mn

Recommandations de Murphy (1990)- suite

Ralentissements variables modérés (<50 bpm, durée 30-60s)	120 mn
Ralentissements variables graves(>50 bpm, durée >60 s)	40 mn
Ralentissements tardifs	40 mn
Tracés plats (<5 bpm)	60 mn (RCOG 90, CNGOF 40)

⇒ Si délai dépassé: soit pH , soit
accouchement immédiat

Quelles sont les erreurs ?

- Suspicion délibérée d'une asphyxie foetale, censée être évitée par une césarienne (si non faite) ou par une césarienne plus précoce (si elle a été faite).
- Construction d'un raisonnement purement physiopathologique, voire ésotérique, sans recours constant aux données factuelles et aux données bibliographiques assorties de leur niveau de preuve (critères ACOG-AAP par ex.)

Quelles sont les erreurs ? (2)

- Mais aussi l'oubli quasi constant de l'imagerie cérébrale (cas 1 et 2) ou son interprétation erronée (cas 3).

(Guidelines de l'AAN: IRM anormale dans 89% des cas d'IMOC, permettant très souvent le diagnostic étiologique, Reco grade A)

et celui du placenta ("boîte noire" de la grossesse) mais aussi le bilan métabolique, génétique et de thrombophilie...

Les principales leçons à retenir (pour le praticien et pour l'expert)

- 1) Bannir définitivement le terme « souffrance foetale »
- 2) Mesurer pH et gaz du sang à la naissance et établir un score d'Apgar documenté

Merci de votre attention

clauderacinet@orange.fr