

Traumatisme viscéral et grossesse

**MV Launay-Savary
CH d'Arcachon**

- 6 à 7% des grossesses
- 1% des trauma / femmes 15-50 ans
- Trauma ~ 26 SA, délivrance ~ 38 SA
- † foétale ~ 3%, 2e T +++, causes :
 - Décès maternel
 - Décollement placentaire
 - Trauma pénétrant

Connolly AM. Am J Perinatol 1997, Petrone 2011, Weiss HB. JAMA 2001, Chang J. Am J Public Health 2005, Battaloglu Injury 2015, John Surgery 2011

- Mortalité :
 - Trauma fermé : ♀ 2% et foetus 10%
 - Trauma pénétrant : ♀ 7% et foetus 70%
- Mortalité ♀ enceinte < ♀ non enceinte
 - Augmentation volémie
 - Volume utérin + foetus protègent la mère
- Délivrance : trauma ≠ f de risque prématurité une fois



J Obstet Gynaecol Can. 2015 Jun;37(6):553-74.

Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient.

ABCDE

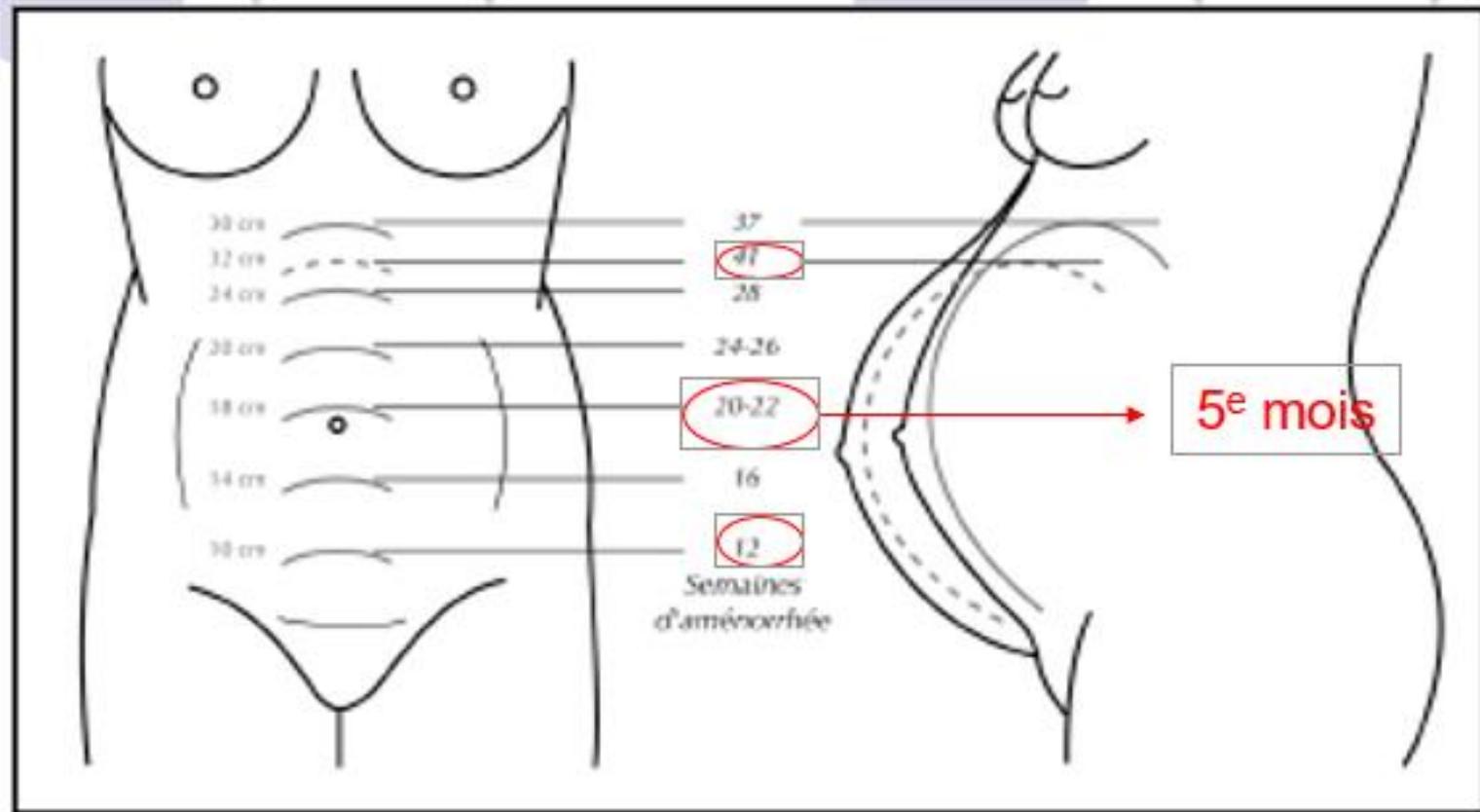
- Dg / grossesse ++
- Pas d'amines
- > 20 SA : PLG +++
- SNG si troubles de conscience
- Sat O₂ > 95%
- Drainage pleural : + 1 ou 2 EIC
- CI / Pantalon anti G

Évaluation 2aire

- < 23 SA : PEC en unité dédiée au trauma
- > 23 SA : exclure le placenta praevia si hémorragie vaginale
- Décharge : monitoring ♥ foetal > 4h, écho foetal
- test de Kleihauer-Betke / Ig anti-D
- pas de C-I / vaccin anti tétanique

- ♀ entre 10 et 50 ans
- Interrogatoire, ex clinique et test si besoin
- ATLS : 1e évaluation maternelle et 2e évaluation : foétale et maternelle
- Quelques particularités anatomiques et physiologiques

Les modifications anatomiques et physiologiques



- 1e T : utérus pelvien ► embryon protégé
- 2e T : liquide amniotique abondant ► **embolie amniotique** ► CIVD
- 36/40 : engagement céphalique foetal pelvien ► **trauma foetal céphalique** sur fracture du bassin

VOLÉMIE ET BIOLOGIE

- ↑ progressive du volume plasmatique jusqu'à 34 SA avec ↓ de Ht, ↓ albuminémie et osmolarité plasmatique
 - ▶ à terme : perte de 1.5L de sang sans anomalie hémodynamique maternelle mais réponse adrénergique délétère au fœtus
- GB ↑ jusqu'à 15 000/mm³
- ↑ fgn et f de coag

▶ **tachycardie maternelle = souffrance fœtale**
→ **monitoring cardiaque fœtal**

HÉMODYNAMIQUE

- ↑ du débit cardiaque de 20 à 40% avec 20% pour le placenta
- Décubitus dorsal réduit le débit cardiaque de 30% ► DLG +++
- Tachycardie de + 10 à 15 /mn
- ↓ des R périph ► ↓ de 5 à 15 mmHg les PAS et D
- ECG : axe G 15°, T inversées, extrasystoles
- DLG +++ ou latéralisation manuelle de l'utérus ou inclinaison du brancard
- Ne pas méconnaître un choc sur le chiffre de π

ETAT RESPIRATOIRE

- Imprégnation progestérone ► tachypnée ► ↓ Pa CO₂
 - ↓ Volume résiduel du fait d'une ascension diaphragmatique
-
- ▶ maintenir une Pa CO₂ < 35 mmHg
 - ▶ apport max d'O₂
 - ▶ drainage pleural : 3e voir 4e EIC ligne médio axillaire

SYSTÈME DIGESTIF

- Vidange gastrique ralentie
- ▶ Considérer une femme enceinte toujours estomac plein

SYSTÈME URINAIRE

- ↑ du débit de filtration glomérulaire et du flux sanguin rénal
- ↓ urémie et créatininémie
- Glycosurie non pathologique ▶ vessie exposée
- Ascension vésicale au dessus de la symphyse
- Dilatation calicielle et urétérale, > à D

SYSTÈME NEUROLOGIQUE

- En cas de TC : HTA + hyperréflexie tendineuse (encéphalopathie hypertensive) + protéinurie + OMI
- ▶ penser à la pré-éclampsie

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Diastasis pubien de 4 à 8 mm
- ▶ radio du bassin

MÉCANISMES LÉSIONNELS : CONSÉQUENCES SPÉCIFIQUES

- Trauma fermé :
 - Compression, décélération
 - ▶ Décollement placentaire : douleur abdo, contracture utérine, hémorragie vaginale
 - Rupture utérine
 - Embolie amniotique
 - Fracture du bassin ▶ fracture du crâne fœtal
- Trauma pénétrant : mère protégée et fœtus exposé
 - ▶ **exploration chirurgicale avec extraction foetale**

BILAN INITIAL : RÉANIMATION MATERNELLE

- **Airways** : risque d'inhalation
- **Breath** : Pa O₂ élevée et Pa CO₂ < 35
- **Circulation** :
 - cristalloïdes puis O-
 - Pas de drogues vasopressives
 - Bilan
 - Examen abdo : utérus +++, foetus
 - Écho FAST + utérine : 30% des décollements placentaires → pas de sang extériorisé
- **Disability** : attention à l'éclampsie
- **Events** : pathologies de la grossesse

BILAN SECONDAIRE : 2 PATIENTS

- **Avis obstétricien**
- Monitoring cardiaque foetal : π entre 110 et 150 / mn, rechercher décélérations
- Echographie : placenta +++
- PH vaginal entre 7 et 7.5 : rupture des membranes amniotiques
- Toute patiente Rh – doit recevoir des immunoglobulines anti-D si le trauma atteint le tronc avant 72 h
- Test de Kleihauer-Betke pronostic et dosage Ig

CÉSARIENNE DE RESSUSCITATION

- Peu de données dans la littérature
 - Lee AM J Med 1986 : extraction ↑ DC de 60%
 - Marx Anesthesiology 1982 : césarienne précoce ↓ séquelles
 - Cardosi O and G 1998 : échec de RCP sur gg, récup pouls sur extraction
- En cas d'arrêt cardiaque maternel de 5 mn
- Théorie : favoriser la circulation maternelle en supprimant la circulation utéro-placentaire



ACR Maternel

> 24 SA

NOTER L'HEURE

asystolie

Ou

Dissociation électro-mécanique

FV ou TV

MCE en DLG à 30°

+

Adrénaline 1 mg / 3 min

MCE en DLG à 30°

+

CEE 200/300/360 J

Si pas de récupération cardio-respiratoire à 5 min

CESARIENNE en extrême urgence

Mise au point Siame et al 2012

MALTRAITANCE

- Y penser dans un contexte d'accident peu clair
- ATLS[®] : 3 questions à poser à la femme enceinte seule peuvent permettre d'identifier une maltraitance :
 - Avez-vous été agressée antérieurement et par qui?
 - Vous sentez vous protégée avec votre partenaire actuel?
 - Avez-vous eu un précédent partenaire qui pourrait actuellement vous nuire?

Jama 1997 → identification de 65% à 70% des violences conjugales

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

- Femme traumatisée et son entourage : conjoint, enfants, famille
- Soins médico-psychologiques immédiats : accompagnement, soutien et action préventive / développement de pathologie psychiatrique
- Soins post immédiats : jusqu'à 7/10 jours : dépister la névrose post traumatique
- Accompagnements deuil péri natal : circulaire interministérielle d'application du 19,06,2009 de l'HAS

TAKE HOME MESSAGE

- ...penser à la grossesse
- Réanimation maternelle 1e
- DLG +++
- Attention à l'hypoxie fœtale asymptomatique chez la mère

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : **Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1**
Soutien financier : **Région Rhône-Alpes** dans le cadre de l'**UNR-RA**