

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Traumatisme abdominal de la femme enceinte

Dre Gabriel Priscillia
Médecin adjointe
Service de gynécologie obstétricale
Centre hospitalier du Valais Romand (CHVR)

Introduction

Les traumatismes sont la 1^{ère} cause de mortalité non liée à la grossesse chez la femme enceinte

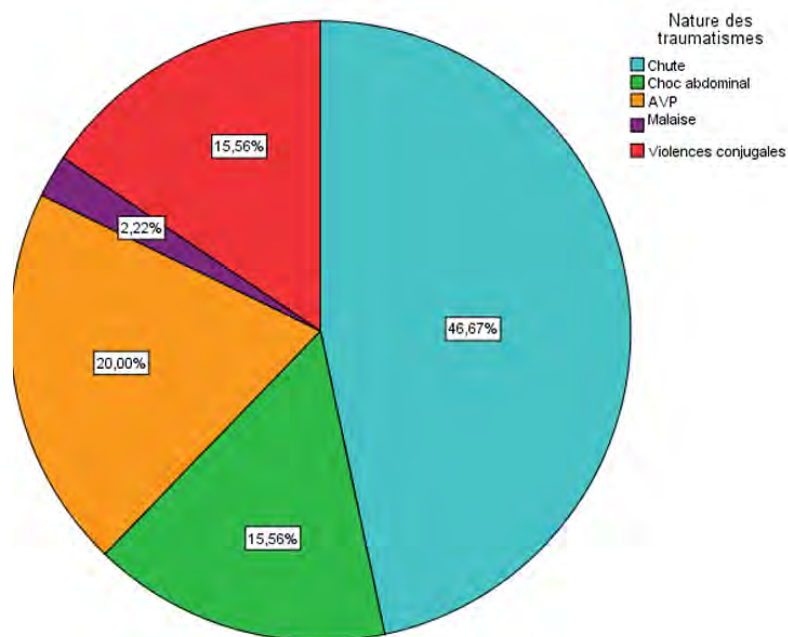
Pourcentage de traumatismes pendant la grossesse varie de 2,9 à 7 %

Risque maternel et foetal lié à un traumatisme augmente avec le terme:

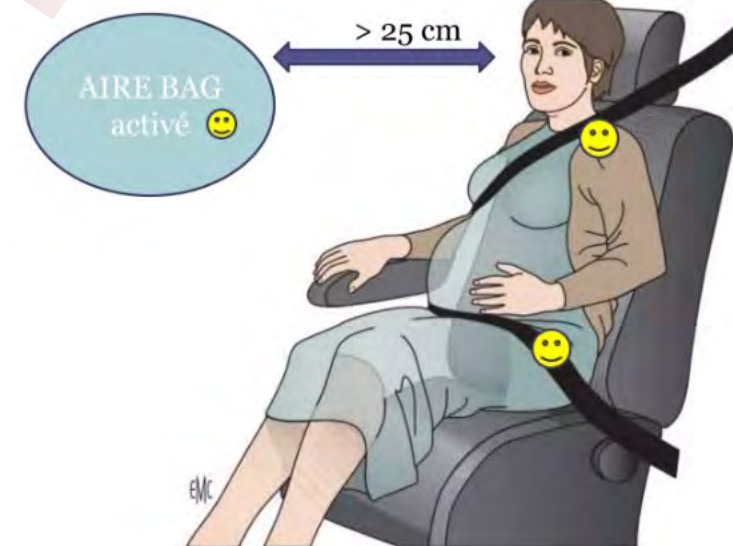
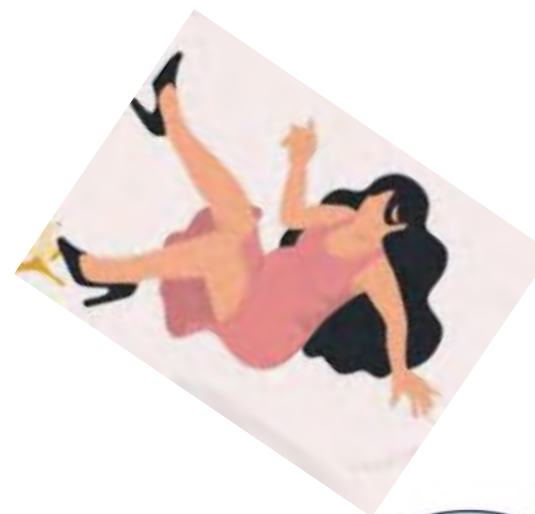
- 10 à 15 % au 1er trimestre
- 32 à 40 % au 2^{ème} trimestre
- 50 à 54 % au dernier trimestre

Epidémiologie

Les principaux traumatismes :



- **Les chutes** : en tête des traumatismes pendant la grossesse
- **Les accidents de la voie publique** : mortalité de 33 % chez la mère et 47 % chez le fœtus en cas d'éjection hors du véhicule

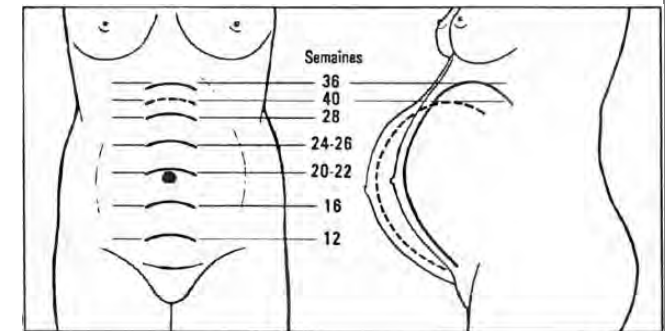


Modifications anatomo-physiologiques durant la grossesse et traumatisme

Anatomique :

- Protection en fonction du terme de la grossesse :

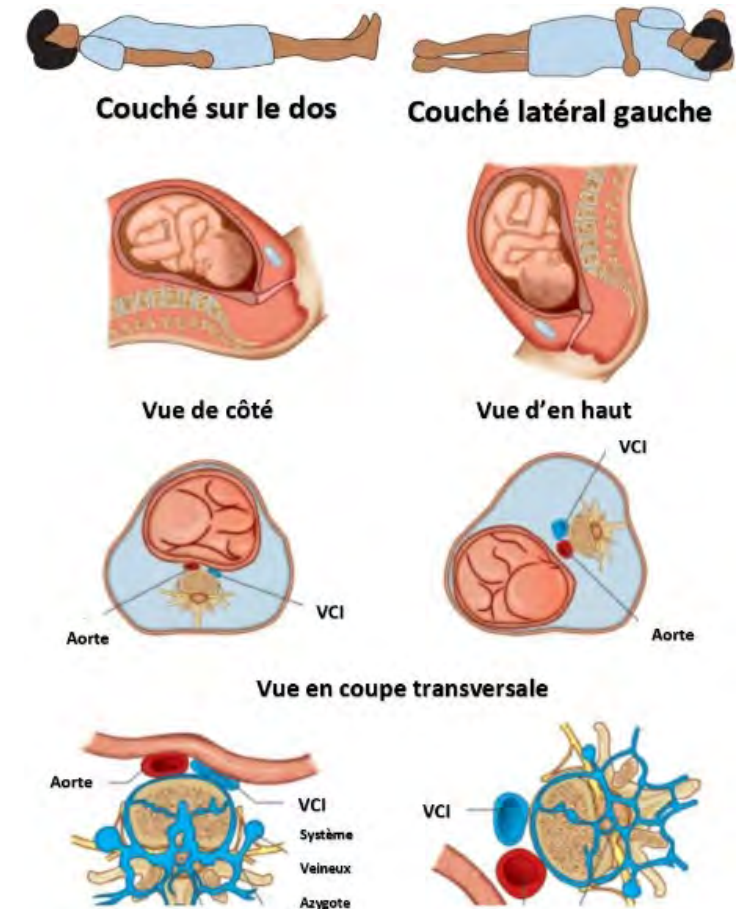
Terme	Position de l'utérus	Exposition du fœtus aux traumatismes
12 semaines	Pelvien	Bien protégé par le bassin Paroi utérine épaisse
20 semaines	Ombilical	LA abondant = fœtus protégé Utérus plus vulnérable
36 semaines	Sus-ombilical	Moins de LA = fœtus vulnérable Paroi UT fine = utérus vulnérable



Modifications anatomo-physiologiques durant la grossesse et traumatisme

Anatomique :

- **Syndrome cave inférieure :**
 - majore une décompensation et baisse perfusion placentaire
 - primordial de le traiter à toutes les étapes de la prise en charge, y compris jusqu'au bloc opératoire
 - décubitus latéral gauche (surélever hanche droite ou récliner manuellement l'utérus vers la gauche)



Modifications anatomo-physiologiques durant la grossesse et traumatisme

- Cardio-circulatoire : la femme enceinte peut perdre jusqu'à 35% volume circulant sans signe clinique

-> remplissage vasculaire précoce



- Respiratoire : diminution physiologique des réserves en O₂ compensé par une hyperventilation (FR normale)

-> oxygénothérapie rapide

O ₂ (%)	PaO ₂ (mmHg)	State of Oxygenation
100	> 120	Hyperoxemia
95 – 100	80 - 100	Normal
91 – 94	60 – 80	Mild hypoxemia
86 - 90	50 – 60	Moderate hypoxemia
< 85	< 50	Severe hypoxemia

Modifications anatomo-physiologiques durant la grossesse et traumatisme

- Intubation trachéale difficile du fait :
 - Œdème et congestion des muqueuses
 - Estomac plein (vomissements et inhalation)
- L'hémostase :
 - Thrombopénie modéré
 - Hypercoagulabilité avec un risque thrombotique (x 4 à 10) en fin de grossesse et pendant 4 à 6 semaines après l'accouchement
 - > majoré en cas de pathologie traumatique

Lésions traumatiques spécifiques à la grossesse

- Le **décollement placentaire** :
 - 2 à 4 % des trauma mineurs vs 20 à 50 % des trauma majeurs
 - 20 à 35% de mortalité foétale vs 1% de mortalité maternelle
- Le traumatisme crânien foetal (en cas de fracture du bassin)
- La rupture de la rate : lésion la plus fréquente
- La rupture utérine : rare (0,6 % des accidents graves de la voie publique) mais extrêmement grave

Prise en charge d'un traumatisme chez une femme enceinte

Terme < 24 semaines	Terme \geq 24 semaines
Fœtus non viable, bien protégé par bassin maternel (peu de lésions)	Fœtus viable, moins bien protégé par le bassin maternel
Prise en charge maternelle + + +	Prise en charge maternelle et fœtale (monitorage, extraction prématurée ?)

- **Pré hospitalier** :
 - Traiter en 1^{er} les **détresses vitales maternelles** (liberté des voies aériennes et ventilation efficace)
 - Maintien d'une **hémodynamique** (remplissage vasculaire précoce, prévention du Sd cave)
- +/- Bilan de la vitalité fœtale (difficile en pré hospitalier et délétère de les rechercher au détriment de la stabilisation maternelle)

Prise en charge d'un traumatisme chez une femme enceinte

- À l'arrivée à l'hôpital :

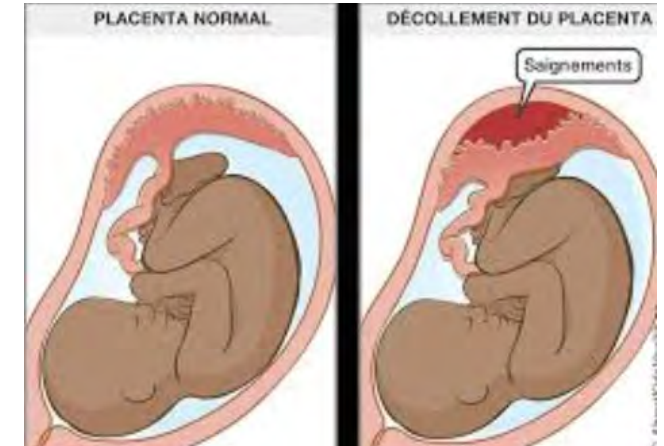
- maintien hémodynamique et oxygénation efficaces
- bilan biologique est le même que pour tout polytraumatisé
- la **mère est prioritaire** dans toutes les décisions thérapeutiques
- une échographie permet le bilan des lésions hémorragiques intra-abdominales maternelles et la vitalité foétale
- bilan radiologique peut et **doit** être pratiqué si l'état de la mère le nécessite

Prise en charge d'un traumatisme chez une femme enceinte

- **À l'arrivée à l'hôpital :**

Rechercher une hémorragie fœto-maternelle:

- **Clinique** (métrorragies, CU)
- > 24 SA un **monitoring** fœtale continu
- Test de Kleihauer (Rh négative)
- Pic de vélocité Doppler de l'artère cérébrale moyenne fœtale



Prise en charge d'un traumatisme chez une femme enceinte

- À l'arrivée à l'hôpital :

Prise en charge chirurgicale :

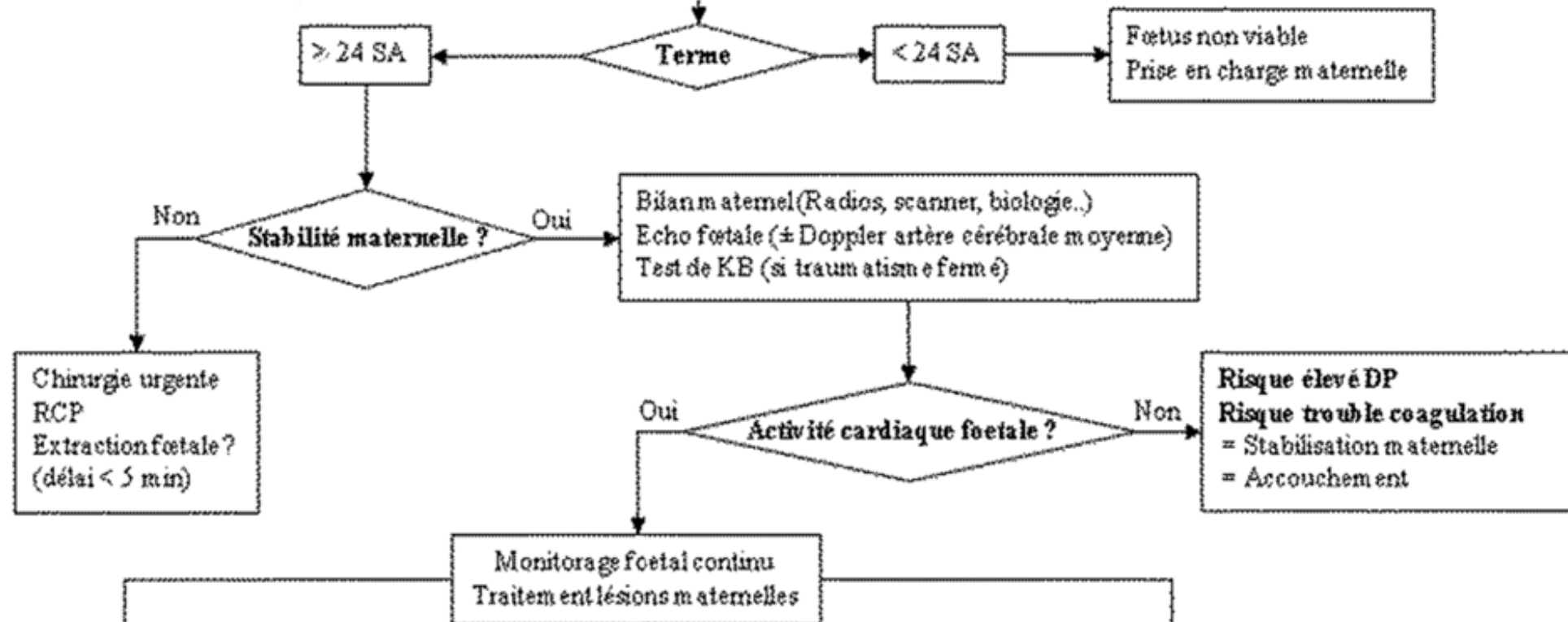
- > laparotomie exploratrice maternelle avec **naissance fœtale** si :
 - souffrance fœtale aiguë (>24SA)
 - rupture utérine et/ou lésions vasculaires utérines
 - sauvetage maternel devant une hémorragie non contrôlée

La survie après césarienne en urgence pour traumatisme maternel peut atteindre 75 % et est indépendante de l'état maternel.

Prise en charge pré hospitalière
Libération voies aériennes + Ventilation + Circulation
O₂ + remplissage vasculaire + bilan lésionnel
Traitement syndrome VCI

Trauma mineur
= service d'obstétrique ou service d'urgences

Trauma majeur ou polytraumatisme
= centre de trauma (multidisciplinarité)



Prise en charge d'un traumatisme chez une femme enceinte

Problèmes éthiques :

- Dans l'urgence, pas le temps nécessaire à la réflexion, concertation et à l'information
- En cas d'arrêt cardio-respiratoire, la naissance fœtale améliore les chances de succès de la réanimation et le pronostic maternel
- Les décisions thérapeutiques sont difficiles à prendre car même si elles sont délétères pour le fœtus elles deviennent licites dès lors qu'elles sont nécessaires à la survie maternelle

Points essentiels

- L'hypervolémie de la grossesse peut masquer les premiers signes cliniques d'une hypovolémie
- Le remplissage vasculaire précoce permet d'éviter tout retard à la compensation d'une hémorragie
- Oxygénation précoce
- Décubitus latérale gauche
- L'intubation endotrachéale difficile (estomac plein)
- Le décollement placentaire est la principale cause de détresse fœtale.
- La vie du fœtus est directement liée à celle de sa mère, mais la vie de la mère est toujours prioritaire sur celle du fœtus pour toutes les décisions thérapeutiques

Références

Muench MV, Canterino JC. Trauma in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2007 ; 34 : 555-583

Rozenberg A. Polytraumatisme chez la femme enceinte. In : Beydon L, Carli P, Riou B, Eds. Traumatismes graves. Paris, Arnette 2001 : 171-7

SFAR. Conférence de consensus : Prise en charge des voies aériennes en anesthésie adulte, à l'exception de l'intubation difficile. 2002

SFAR - SFMU - SRLF. Monitoring du patient traumatisé grave en préhospitalier. 2006

Melnick D, Wahl W, Dalton V. Management of general surgical problems in the pregnant patient. The American Journal of Surgery 2004

Duchateau FX, Pariente D, Ducarme G, Bohbot S, Belpomme V, Devaud ML, Max A, Luton D, Mantz J, Ricard-Hibon A. Fetal Monitoring in the Prehospital Setting. J Emerg Med : in press

Mattox KL, Goetzl L. Trauma in pregnancy. Crit Care Med 2005 ; 33 : S385-9

Goodwin H, Holmes J, Wisner D. Abdominal ultrasound examination in pregnant blunt trauma patients. J Trauma 2001 ; 50 : 689-94

Tsuei BJ. Assessment of the pregnant trauma patient. Injury 2006 ; 37 : 367-73

Dhanraj D, Lambers D. The incidences of positive Kleihauer-Betke test in low-risk pregnancies and maternal trauma patients. Am J Obstet Gynecol 2004 ; 190 : 1461-3

Barre M, Winer N, Caroit Y, Boog G, Philippe HJ. Traumatisme au cours de la grossesse : pertinence des éléments de surveillance dans l'évaluation des suites obstétricales. À propos d'une série de 98 patientes. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2006 ; 35 : 673-7