

TRAUMATISME ET GROSSESSE

Professeur Guillaume MAGNIN
CHRU de Poitiers

TRAUMATISME DE GROSSESSE

- Traumatisme mineur : le risque fœtal (AP HRP), les implications ou responsabilités

- Traumatisme grave : pronostic maternel et fœtal avec priorité au pronostic maternel en évitant si possible d'exposer le fœtus aux complications de la grande prématurité

- Epidémiologie des traumatismes graves

- une des premières causes de décès maternel au cours de la grossesse

- étiologies : en majorité accident de la circulation , certaines séries
USA : part importante arme à feu, plaie arme blanche, strangulation

- violence domestique
- chute grave (chercher violence domestique)

- Terme : accident de la circulation (idem T1 T2 T3)

- violence domestique 18 – 20 sem
- chute : 20 – 30 sem

Pour mémoire : La ceinture de sécurité : position correcte, protection maternelle et fœtale

Air bag : pas de risque spécifique

Intermitt. invol. de y IIG. proposition
Gerraud - HRP et MFIC à 30sem les seuls
automobile.

TRAUMATISME ET GROSSESSE

Particularité dues à la grossesse

- Augmentation du volume circulant
- Hémodilution
- Compression VCI par utérus gravide
- Vaso-dilatation pelvienne (risque d'hématome rétro-péritonéaux en particulier si fracture du bassin)
- Sensibilité péritonéale diminuée
- Plaie pénétrante de l'abdomen :
 - . utérus et fœtus exposés en premier lieu
 - . intestin refoulé et protégé
- Prévention thrombo-embolique

maternelle et fœtale

Air bag : pas de risque spécifique

Interupt. invol. de γ IIG. propositio-bis
Gerraud - HRB et MFICU à 30sem les acut
automobile.

MORTALITE FŒTALE LIEE A DES TRAUMATISMES MATERNELS

- 3 à 4/100 000 naissances vivants
- pour 1000 MPN : 5 d'origine traumatique
- 1ère cause : accident de la circulation
- 10 % mort fœtale associée avec mort maternelle
- 40 % des décès sont associés à une lésion du placenta
- Patho placentaire : HRP
 - 1 à 5 % des trauma modérés
 - 40 % des trauma sévères
 - volume de l'hématome – CIVD
- Rupture utérine : fond utérin
face postérieure
- Transfusion foeto-maternelle
- Fracture du fœtus : fracture du crane sur présentation amorcée +/-
fracture du bassin
- lésion cérébrale (hémorragie) décélération brutale
- Hypoxie fœtale : hypotension maternelle
hypoxie maternelle
- prématurité : travail prématuré
extraction

EXPLORATIONS MATERNELLES

- Radiographie squelette – UIV – scanner – scintigraphie pulmonaire, ventilation – Perfusion

T1 = pas de risque tératogène si dose ovaire

< 0.05 gray (5 rads)

- Lavage péritonéal non contre indiqué
- Si plaie par balle, arme blanche, reconstituer le trajet

EXPLORATIONS FŒTALES

- Age gestationnel
- Vitalité fœtale
- HRP, écho
- Radiographie (fracture crâne)

THERAPEUTIQUE MATERNELLE

- **Toute thérapeutique médicale et/ou chirurgicale adaptée à son état**
 - * **transfusion isogroupe CMV négatif**
 - * **si plaie perforante : prévention antitétanique**

- **Si neurochirurgie, tenir compte du type d'anesthésie dans l'interprétation du RCF**

TRAITEMENT OBSTETRICAL

- Si CU : diagnostic différentiel travail préma et HRP
 - Travail Prématuro
 - discuter atosiban si trouble hémodynamique maternel (Beta mimétique avec tachycardie peut masquer signe de choc maternel)
 - HRP et souffrance foetale
 - extraction +/- différée selon l'importance de l'HRP et de la SF
 - discuter corticothérapie si < ou = 33 sem.
 - MFIU voir modalités d'évacuation utérine en fonction
 - . du terme
 - . de l'étiologie de ma MFIU
 - . de l'état maternel
-

LESIONS MEDULLAIRES

- soit antérieur à la grossesse, soit en cours de grossesse
- lésion au dessus de T5 : paralysie des muscles de la paroi abdominale, pas de reflexe de toux, cps respiratoire
- lésion en dessous de T12 : CU sont perçues
- lésion au dessus de T7 : dysfonction des reflexes autonomes avec hyperreflexie déclenchée par distension vésicale, stimulation du col utérin. Les symptômes sont ceux d'une décharge adrénergique : bradycardie, HTA, prévention pendant le travail : péridurale
- infection urinaire
- prévention des complications thrombo-embolique

Ref – Hughues BJOG 1991, 98, 513
JGOBR 1989, 18, 331

L Pereira Obstet Gynecol Survey 2003, 10, 678-90

TRAUMATISMES MINEURS ET MODERES

Etiologies :

- accident de la circulation 40 à 50 %
- violence domestique 15 à 20 %
- chutes 20 %

Risque fœtal :

- HRP
- RPM
- AP
- Transfusion foeto-maternelle

Evaluation fœtale initiale

- terme
- bien être
- HRP – AP

HRP de constitution secondaire

- contraction utérine
- écho – RCF (à répéter)

Diagnostic différentiel : travail prématuré – HRP
discuter tocolyse (mais risque de masqueR HRP)
corticoïdes si < ou = 33 sem

Kleihauer dans tous les cas

Gamme globuline de principe si Rh négatif, adaptée selon Kleihauer - > à une ampoule si hémorragie foeto-maternelle > 30 ml

Tenue du dossier

CESARIENNE POST MORTEM

Tenir compte état maternel antérieur

- TC
- choc hémorragique

V.L. Katz Obstet Gynecol 1986 ; 68, 571

70 % d'enfants normaux si extraction dans les 5' suivant le décès maternel

BIBLIOGRAPHIE

- ACOG Obsteric Aspects of trauma management
n° 251 Sept 1998
in Obstet Gynecol

 - K. Stone Trauma in the obstetric patient
Obstet Gynecol clin Nth America
Sept 1999, 26, 3, 459-67

 - L. Leone
Is adverse pregnancy out come predictable offer blunt abdominal
trauma
Am. J Obstet Gynecol 1998, 179, 1140-4 dont 17 références

 - L. Pereira
Obstetric Managment of the patient with spinal
cord injury
Obstet Gynecol Survey 2003, 58, 678-90.

 - L. Hyde
Effect of motor vehicle crashes on adverse
fetal outcomes
Obstet Gynecol 2003, 102, 279-86.
-