



Chapitre 2

Traumatologie de la femme enceinte : les points essentiels

C. PRADEAU

Points essentiels

- C'est la première cause de décès non liés à la grossesse chez les parturientes.
- Les étiologies :
 - La chute représente l'étiologie la plus fréquente, surtout au 3^e trimestre.
 - Les brûlures ont un mauvais pronostic, avec une mortalité fœtale supérieure à 50 % lorsque plus de 30 % de la surface corporelle maternelle est atteinte.
 - Les accidents électriques peuvent être responsables de mort fœtale par lésion cardiaque ou cérébrale. Les lésions utérines peuvent être retardées jusqu'à trois semaines.
- Rappels anatomo-physiologiques
 - Au premier trimestre, la position intrapelvienne du fœtus le protège des lésions directes. À partir du troisième trimestre, les lésions encéphaliques directes sont possibles.
 - La perfusion fœtale dépend directement de la circulation maternelle : elle représente 10 % de la circulation maternelle et n'est pas autorégulée.
 - Toute hypoperfusion de la mère est responsable d'une hypoperfusion utérine et peut engendrer une souffrance fœtale.
 - Chez la mère, le volume courant augmente de façon physiologique, se traduisant par une fréquence ventilatoire plus importante. En cas d'apnée, la désaturation est rapide.
 - Autre particularité de la femme enceinte, une nécrose hypophysaire peut survenir en cas de choc hémorragique (sd de Sheehan).
- La lésion la plus souvent rencontrée est le décollement placentaire. Elle est responsable d'hémorragie intra-utérine ou de souffrance fœtale parfois retardée jusqu'à 48 heures. Sa fréquence est de 2 à 4 % lors de traumatismes mineurs et peut atteindre 20 à 50 % lors de traumatismes majeurs. Les ruptures utérines peuvent exister après le troisième mois.

- La prise en charge préhospitalière se caractérise par une médicalisation élargie surtout au 2^e et 3^e trimestre (1). Dans tous les cas, un avis obstétrical est demandé.
- L'examen se fait en décubitus latéral gauche si possible afin de favoriser la perfusion intra utérine. La palpation abdominale est douce et le toucher vaginal déconseillé en préhospitalier.
- Sur le plan thérapeutique, les détresses vitales de la mère priment.
 - Une bonne oxygénation est indispensable.
 - Le remplissage doit être précoce. Le but est de maintenir une PAS supérieure à 90 mmHg. En pratique, les HEA (2) peuvent être utilisés et en cas de transfusions, seuls des culots O⁻, Rhésus négatif et Kell négatif sont administrés. Les alfa-mimétiques (3) sont utilisés uniquement en cas de sauvetage maternel.
- L'orientation de cette patiente est fonction du mécanisme lésionnel.
 - Un traumatisme grave est orienté directement vers une SAUV où exerce une équipe pluridisciplinaire.
 - En cas de traumatisme moins sévère, la parturiente est admise dans un service d'urgence avec avis gynécologique possible.
- Aux urgences : Un test de Kleihauer positif est un indicateur de menace d'accouchement prématuré. Le bilan radiologique privilégie la tomodensitométrie. Dans tous les cas, la mère doit être prioritaire pour toute décision thérapeutique et les décisions sont collégiales.
- En conclusion, bien que la prise en charge médicale de la mère reste prioritaire, nous devons dépister précocement un retentissement fœtal afin d'adapter les décisions thérapeutiques et de prévenir des pathologies pouvant parfois être retardées.

Références

1. Traumatisme de la femme enceinte, G. Bagou ; C. Pradeau ; Urgences vitales traumatiques. Journées Scientifiques de la SFMU, Clermont-Ferrand 2010 Société Française d'Éditions Médicales 2011.
2. Ko et al. Int J obstetr anesth 2007 ; 16 : 8-12.
3. Mercier et al. Ann Fr Anesth Rea 2007 ; 688-693.