



URGENCES OBSTETRIQUES

Dr CASTEL Adeline
CHU TOULOUSE
Paule de Viguier



Hôpitaux de Toulouse



INTRODUCTION

- Quotidien des équipes d'anesthésie de maternité
- Stress+++ accouchement ≠ maladie
 - Femme jeune en bonne santé
 - Évènement heureux



URGENCES OBSTETRICALES

- Hémorragie post partum
- Pré éclampsie
- Embolie amniotique et Arrêt cardiaque

- Complications anesthésiques
- Maladie thromboembolique...
- Procidence cordon, dystocie des épaules...



HEMORRAGIE POST PARTUM



HEMORRAGIE POST PARTUM

- Pertes sanguines
 - >500ml voie basse
 - >1000ml césarienne
- Hémorragie grave: >1500ml



HEMORRAGIE POST PARTUM

- 1^{ère} cause de mortalité maternelle en France
- Évitable 80% cas
- Retard, sous évaluation des pertes
→ quantification++++
- Causes
 - Atonie utérine 80% cas
 - Rétention utérine



HEMORRAGIE POST PARTUM

- Identification des patientes à risque+++
 - Grossesses multiples
 - Macrosomie
 - Hydramnios
 - Travail long
 - Chorioamniotite
 - Césarienne
 - Anomalies insertion placentaire
- Mais pas de FDR évident dans 30 à 50% cas



HEMORRAGIE POST PARTUM

- Bonne tolérance hémodynamique jusqu'à 1500 ml

→ tachycardie



- Mais coagulopathie dans >50% cas
→ Correction troubles hémostase +++




HEMORRAGIE POST PARTUM

- Favoriser la contraction utérine
 - Massage utérin
 - Ocytociques:
 - Pas plus de 30 UI de syntocinon
 - Sulprostone (précocité++)



HEMORRAGIE POST PARTUM

- Fibrinogène +++
 - ↓ le plus vite (dilution, consommation)
 - > 2g/l 
 - PFC : correction insuffisante
- Transfusion sanguine
 - < 1% accouchement (risque immunisation secondaire)
- Acide tranexamique: 1g IVL AR 1 fois
(alerte insuffisance rénale)
- Facteur 7 activé
 - Dernier recours avt hystérectomie
 - Attention risque thromboembolique



HEMORRAGIE POST PARTUM

- Gestes chirurgicaux
 - Délivrance artificielle +/- Révision utérine
 - Révision +/- sutures sous valves
 - Tamponnement intra-utérin
 - Capitonage
 - Ligatures vasculaires
 - Hystérectomie d'hémostase

- Embolisation





PRE ECLAMPSIE

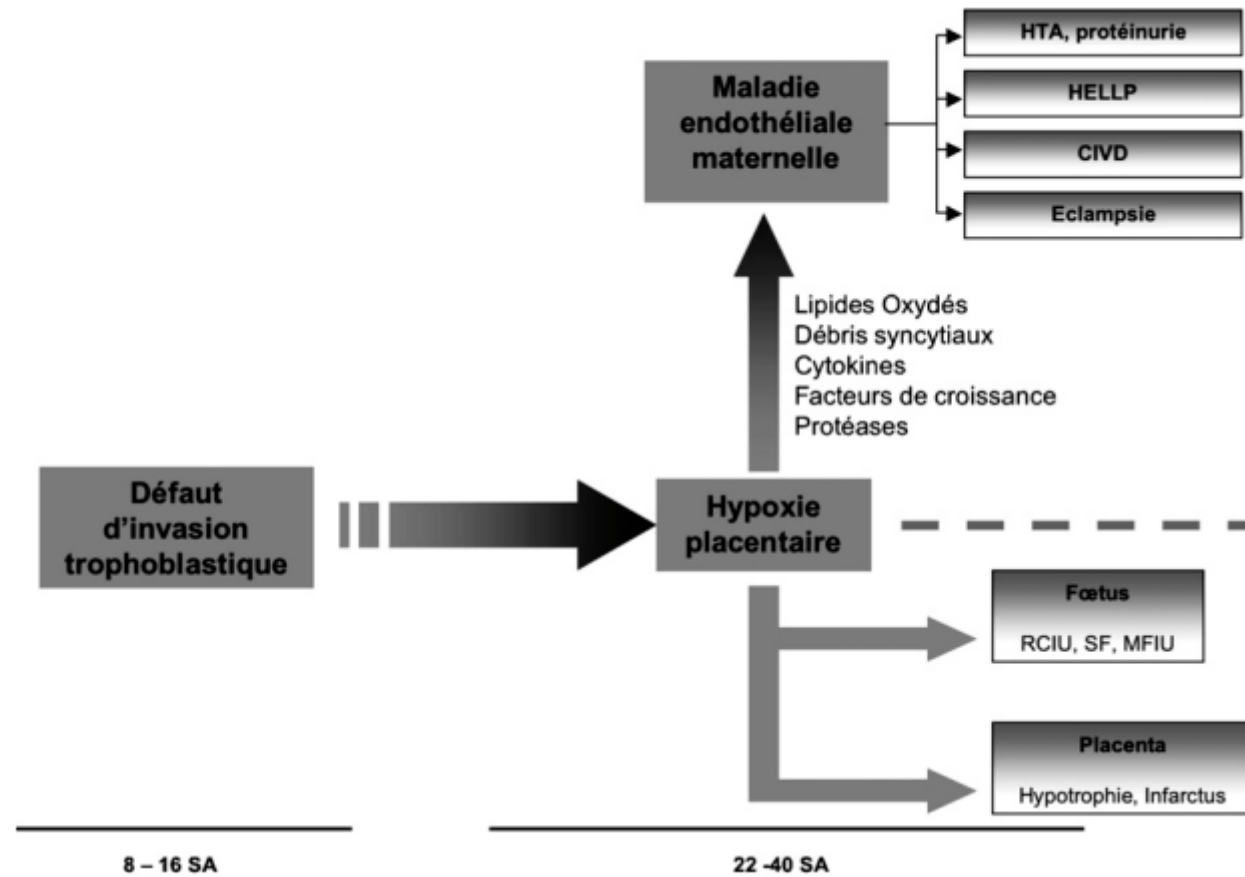


PRE ECLAMPSIE

- **HTA gravidique:**
HTA (PAS>140 +/- PAD>90) à partir de 20 SA et disparaissant dans les 6 semaines du post partum
- **Pré éclampsie:**
HTA gravidique + protéinurie (>0,3g/l)
- **Pré éclampsie sévère:**
PE avec au moins un des critères suivants:
 - HTA sévère
 - Atteinte rénale
 - OAP ou barre épigastrique ou HELLP
 - Éclampsie, troubles neuro
 - Thrombopénie<100000
 - HRP ou retentissement foetal



PRE ECLAMPSIE



PRE ECLAMPSIE

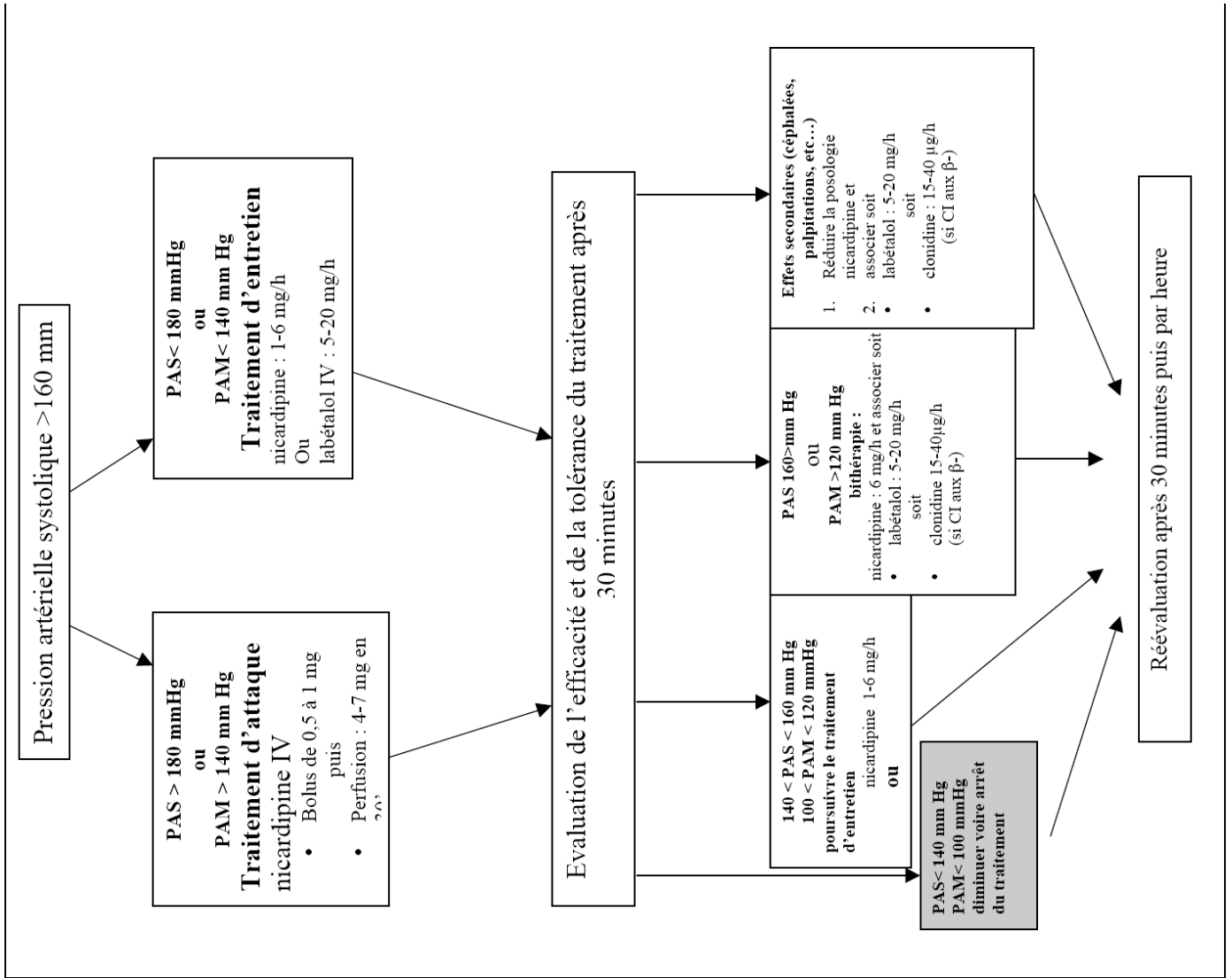
- 3^{ème} cause de mortalité maternelle
- Pas de facteur prédictif, des facteurs associés:
 - Nulliparité
 - Âge maternel
 - ATCD PE
 - HTA ou néphropathie préexistantes
 - Maladies auto immunes, SAPL
 - Diabète
 - Grossesses multiples
 - RCIU



PRE ECLAMPSIE

- PEC pré et inter hospitalière:
 - Niveau II ou III selon terme, RCIU, réanimation de la mère
 - Organisation du transfert
 - Mise en place des thérapeutiques nécessaires, stabilisation
 - Penser à arrêter l'Aspirine!
 - Corticothérapie prévention maladie membranes hyalines
- En cas TRCF extraction dans l'établissement de prise en charge initial





PRE ECLAMPSIE

- Sulfate de magnésium:
 - Préventif devant apparition de signes neurologiques
 - Curatif en cas de crise d'éclampsie
 - Surveillance clinique
 - Attention / inhibiteurs calciques



PRE ECLAMPSIE

- AG plus dangereuse que ALR
 - Risques liés à poussée HTA lors IOT (OAP, AVC, HRP)
 - Risques accrus d'IOT difficile+++

- Si AG:
 - Réévaluation des difficultés d'IOT
 - Poursuite antiHTA IV
 - Attention curares si magnésium
 - Morphiniques à l'induction
 - Équipe pédiatrique prévenue



PRE ECLAMPSIE

- ALR +++++
- En l'absence de CI
- Bonne tolérance hémodynamique de la RA
 - Moins de compression aorto-cave
 - Moins besoin de vasoconstricteurs: éphédrine
 - Néosynéphrine non indiquée en cas de prééclampsie



PRE ECLAMPSIE

- Surveillance clinique et biologique pendant 48H
- 20% des éclampsies et HELLP Σd dans post-partum
- Contrôle HTA: idem ante-partum
- Prévention du risque thrombotique
- Information des patientes +++
 - Risque récursive < 10% mais supérieur si ATCD PE sévère et précoce
 - Surveillance rapprochée même si absence d'HTA
 - Prévention / Aspirine précoce



EMBOLIE AMNIOTIQUE



EMBOLIE AMNIOTIQUE

- Exceptionnelle mais pronostic défavorable++
- Piège = ne pas y penser
- Association:
 - État de choc +/- arrêt cardiaque
 - Troubles neuro
 - Troubles hémostasie avec hémorragie massive



EMBOLIE AMNIOTIQUE

- Traitement symptomatique +++
- Diagnostic:
 - Recherche éléments amniotiques dans sang maternel
 - Dosage tryptase sérique
 - Autopsie



ARRET CARDIAQUE ET GROSSESSE



ARRET CARDIAQUE

- 1/30000 grossesses
- 15% « récupérés »
- Le pronostic vital de 2 personnes est en cause, de plus il est lié



ARRET CARDIAQUE

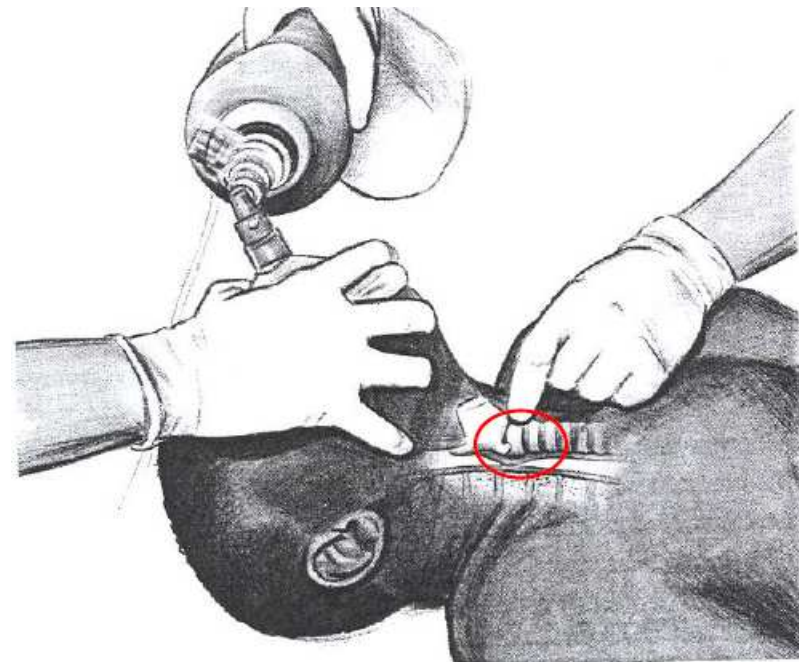
- Modifications cardiorespiratoires
 - Compression aortocave



ARRET CARDIAQUE

- Modifications digestives:
SIO incompetent et pression gastrique augmentée

risque accru
inhalation



ARRET CARDIAQUE

- Choc électrique direct sur le fœtus: 75% mortalité
- Sinon pas de souffrance fœtale bien au contraire par restauration hémodynamique maternelle
- Si électrodes bien placées pas de passage par utérus
- Ne pas modifier intensité des chocs



CESARIENNE PERIMORTEM

- Amélioration efficacité de la réanimation maternelle:
 - Lever de l'obstacle utérin
 - Augmentation débit cardiaque
- Accès à l'enfant: réanimation ex utéro
- Si pas de restauration de l'hémodynamique maternelle → décès des 2

 **Césarienne précoce si ACR > 4min**



CONCLUSION



CONCLUSION

- ANTICIPER
- TRAVAIL EQUIPE++++
- RMM
- Formation+++
- Simulateur

