

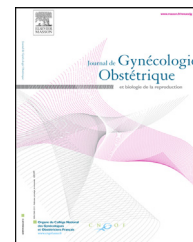


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Paraplégie et grossesse : à propos d'une série rétrospective continue sur 11 années au CHU de Toulouse

Paraplegia and pregnancy

P. Guerby^a, F. Vidal^a, F. Bayoumeu^b, O. Parant^{a,*,c,d}

^a Pôle de gynécologie obstétrique, hôpital Paule-de-Viguier, CHU de Toulouse, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b Pôle d'anesthésie réanimation, hôpital Paule-de-Viguier, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

^c Université de Toulouse III, UMR1027, 31073 Toulouse, France

^d Inserm, UMR1027, 31073 Toulouse, France

Reçu le 7 août 2014 ; avis du comité de lecture le 3 janvier 2015 ; définitivement accepté le 15 janvier 2015

MOTS CLÉS

Accouchement ;
Paraplégie ;
Dysautonomie ;
Grossesse ;
Analgésie péridurale

Résumé

But. – Décrire les particularités de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes paraplégiques.

Patientes et méthodes. – Il s'agit d'une cohorte rétrospective incluant les patientes paraplégiques avec déficit moteur (quelle que soit l'étiologie) ayant accouché au centre hospitalier universitaire de Toulouse entre mars 2003 et mars 2014 (11 ans). Le suivi et l'issue des grossesses ont été étudiés.

Résultats. – Dix-sept accouchements (15 patientes) ont été réalisés sur un total de 46 888 dans la période étudiée (prévalence = 0,4‰). Toutes les patientes suivies ont présenté des infections urinaires dont 75 % à répétition et 31,3 % de pyélonéphrites. Une seule patiente (6,3 %) a présenté une dysautonomie en cours de grossesse. Le taux de césarienne est de 47 % (l'indication était dans tous les cas un motif obstétrical). Parmi les accouchements voie basse, 4 (44 %) ont nécessité une extraction instrumentale. L'analgésie périmédullaire était la méthode de choix en l'absence de contre-indication.

Conclusion. – Une grossesse chez une femme paraplégique nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Le syndrome d'hyperréflexie autonome doit être connu et prévenu par la mise

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.parant@wanadoo.fr (O. Parant).

KEYWORDS

Delivery;
Spinal cord injury;
Autonomic
hyperreflexia;
Pregnancy;
Epidural analgesia

en place d'une anesthésie péridurale dès le début du travail. L'accouchement par voie basse doit être la règle.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objectives. – To describe the characteristics of the management of pregnancy and child birth in women with spinal cord injury.

Materials and methods. – Retrospective cohort study including paraplegics patients with motor deficit (whatever the etiology) who gave birth at the University Hospital of Toulouse between March 2003 and March 2014 (11 years). Monitoring and outcome of pregnancy were studied.

Results. – Seventeen deliveries (15 patients) were performed on a total of 46,888 in the studied period (prevalence = 0.4‰). All patients had urinary tract infections: lower urinary tract (100%), recurrent cystitis (75%), pyelonephritis (31.3%). One patient (6.3%) presented dysautonomia during pregnancy. The cesarean rate was 47% (the indication was in any case an obstetrical reason). Among vaginal deliveries, four (44%) required an instrumental extraction. Epidural analgesia was the method of choice in the absence of contraindication.

Conclusion. – Pregnancy associated with spinal cord injury requires a multidisciplinary approach. Autonomic hyperreflexia syndrome must be known and can be avoided by epidural analgesia in early labor. Vaginal delivery should be the rule.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La paraplégie se définit comme un déficit ou une perte des fonctions motrices et sensitives du tronc, des membres inférieurs et des organes pelviens. Ce terme peut également être utilisé dans les lésions de la queue de cheval et du cône terminal. La sévérité de l'atteinte dépend du niveau lésionnel sur la moelle épinière. L'étiologie principale est d'origine traumatique mais la paraplégie peut être secondaire à une cause médicale (vasculaire, tumorale, infectieuse ou inflammatoire) ou malformative. En 2000, l'incidence des traumatismes médullaires a été estimée en France à 19,4 par million d'habitants par an, soit 934 nouveaux cas chaque année [1]. L'incidence globale de la paraplégie, qu'elle soit d'origine traumatique ou non, est estimée à environ 40 par million d'habitants [2]. L'âge moyen des blessés médullaires est compris entre 35 et 40 ans et un tiers de ces blessés sont des femmes en âge de procréer [3].

L'accouchement d'une parturiente paraplégique est donc une situation non exceptionnelle dont la fréquence est estimée à 1,5 pour mille accouchements [1,4]. Il est décrit de nombreuses complications spécifiques telles que les infections urinaires, la constipation, l'anémie, l'hypotension orthostatique ou le syndrome d'hyperréflexie autonome (HRA).

L'objectif principal de cette étude est de décrire les particularités de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes paraplégiques dans un centre de type 3.

Patientes et méthodes

L'étude a été réalisée à l'hôpital Paule de Viguier (CHU de Toulouse), seul établissement de type 3 de la région Midi-Pyrénées, réalisant plus de 4500 accouchements par an.

Il s'agit d'une étude épidémiologique de cohorte rétrospective et descriptive. Toutes les patientes paraplégiques avec déficit moteur (quelle que soit l'étiologie) ayant accouché à l'hôpital Paule de Viguier entre le 1^{er} mars 2003 et le 1^{er} mars 2014 (132 mois) ont été incluses dans l'étude.

Les dossiers des patientes contenant le code diagnostique paraplégie ont été recensés. Tous les dossiers recensés ont été étudiés individuellement afin vérifier le respect des critères d'inclusion, notamment l'existence d'un déficit moteur vrai. Les patientes présentant des troubles sensitifs isolés, une paraparésie ou un syndrome de la queue de cheval ont été exclues. Les données obstétricales ont été collectées manuellement à partir du dossier obstétrical.

Les critères étudiés étaient : le niveau lésionnel médullaire (métamérique), l'étiologie de la paraplégie, le déficit neurologique avant la grossesse, la présence de matériel orthopédique ou la nécessité d'une intervention chirurgicale, les données de l'IRM médullaire lorsqu'elle était disponible, la réalisation d'une consultation pré-conceptionnelle, le mode mictionnel et la prise en charge urologique anté-conceptionnelle, les complications urinaires lors de la grossesse (une infection urinaire basse était définie par la présence de symptômes cliniques évocateur et/ou présence d'une leucocyturie avec bactériurie significative $\geq 10^5$), la survenue d'un syndrome dysautonomique ou syndrome d'hyperréflexie autonome (HRA), la nécessité d'hospitalisation en cours de grossesse, les modalités d'accouchement, le type d'anesthésie, l'état périnéal si accouchement voie basse, le poids et sexe de naissance, les complications survenues dans le service des suites de couches.

Le syndrome d'HRA est évoqué devant une HTA (avec élévation paroxystique de plus de deux points de systolique par rapport à la tension de base), une bradycardie, des céphalées, une sensation de malaise général, de nausées, une mydriase, l'apparition de rougeurs et hypersudation dans le territoire sus-lésionnel. Il peut se compliquer d'œdème aigu

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272118>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272118>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)