

Lignes directrices pour la prise en charge d'une patiente enceinte ayant subi un traumatisme

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente directive clinique a été rédigée par le comité de médecine fœto-maternelle, analysée par le comité de pratique clinique - obstétrique, le comité médico-juridique et le comité consultatif de médecine familiale, et approuvée par le comité exécutif et le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Venu Jain, MD, Edmonton (Alb.)
 Radha Chari, MD, Edmonton (Alb.)
 Sharon Maslovitz, MD, Tel Aviv, Israël
 Dan Farine, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Emmanuel Bujold, MD, (coprésident), Québec (Québec)
 Robert Gagnon, MD, (coprésident), Montréal (Québec)
 Melanie Basso, inf. aut., Vancouver (C.-B.)
 Hayley Bos, MD, Victoria (C.-B.)
 Richard Brown, MD, Montréal (Québec)
 Stephanie Cooper, MD, Calgary (Alb.)

Mots clés : Abruptio, electrical, fall, fetal, injury, maternal, MVC, penetrating, perimortem, pregnancy

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.070>

Katy Gouin, MD, Québec (Québec)
 N. Lynne McLeod, MD, Halifax (N.-É.)
 Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.)
 William Mundle, MD, Windsor (Ont.)
 Christy Pylypjuk, MD, Winnipeg (Man.)
 Anne Roggensack, MD, Calgary, (Alb.)
 Frank Sanderson, MD, Saint John, (N.-B.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Une femme enceinte sur 12 en vient à subir des traumatismes physiques et ceux-ci exercent des effets importants sur la mortalité et la morbidité maternelles, ainsi que sur l'issue de la grossesse. La mise en œuvre d'une approche multidisciplinaire s'avère justifiée pour assurer l'optimisation des issues, et ce, tant pour la mère que pour son fœtus. Le présent document a pour but d'offrir, aux fournisseurs de soins obstétricaux, une approche systématique factuelle qu'ils pourront utiliser pour assurer la prise en charge des patientes enceintes ayant subi un traumatisme.

Issues : Issues sanitaires et économiques considérables, par comparaison avec les pratiques de rechange.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans Medline, CINA HL et *The Cochrane Library* entre octobre 2007 et septembre 2013 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (« pregnancy », « Cesarean section », « hypotension », « domestic violence », « shock ») et de mots clés (« trauma », « perimortem Cesarean », « Kleihauer-Betke », « supine hypotension », « electrical shock ») appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux études observationnelles et aux essais

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S665–S687

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹³³.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹³³.

comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs publiés en anglais entre janvier 1968 et septembre 2013. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en février 2014. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Avantages, désavantages et coûts : Nous nous attendons à ce que la présente directive clinique facilite l'offre de soins optimaux et uniformes dans les cas de grossesse compliquée par un traumatisme.

ABRÉVIATIONS

CVA	collision de véhicule automobile
ECG	électrocardiogramme
FAST	échographie abdominale ciblée pour l'identification de traumatismes
HFM	hémorragie fœtomaternelle
KB	Kleihauer-Betke
LPD	lavage péritonéal diagnostique
MAST	pantalon pneumatique hypotenseur
MFÉ	monitorage fœtal électronique
Rh	rhésus
SNC	système nerveux central
TDM	tomodensitométrie
USI	unité de soins intensifs

Déclaration Sommaire

Lésions traumatiques particulières

Pour l'instant, nous ne disposons pas de données probantes suffisantes pour soutenir la désactivation des coussins gonflables dans le cas des femmes enceintes. (III)

Recommandations

Examen primaire

1. La présence d'une grossesse devrait être présumée chez toutes les femmes en âge de procréer ayant subi des blessures considérables, jusqu'à ce que le contraire ait été prouvé au moyen d'une échographie ou d'un test de grossesse définitif. (III-C)
2. Chez les femmes enceintes blessées inconscientes ou à demi conscientes, une sonde nasogastrique devrait être insérée afin de prévenir l'aspiration de contenu gastrique acide. (III-C)
3. Une oxygénothérapie devrait être mise en œuvre pour garantir le maintien d'une saturation maternelle en oxygène > 95 %, de façon à assurer une oxygénation fœtale adéquate. (II-1B)
4. Chez les femmes enceintes blessées, l'insertion d'une sonde de thoracostomie (à un endroit se situant à un ou deux espaces intercostaux de plus que d'habitude) pourrait être envisagée, au besoin. (III-C)
5. Chez les femmes enceintes gravement blessées, deux lignes intra-veineuses de gros calibre (14-16) devraient être mises en place. (III-C)
6. En raison des effets indésirables qu'ils exercent sur la perfusion utéroplacentaire chez les femmes enceintes, les vasopresseurs ne devraient être utilisés qu'en présence d'une hypotension réfractaire qui ne réagit pas à la réanimation liquidienne. (II-3B)
7. Chez les femmes enceintes gravement blessées qui ont passé le cap de la mi-grossesse, l'utérus gravide devrait être repositionné de façon à ce qu'il ne comprime plus la veine cave inférieure, et ce, dans le but d'accroître le retour veineux et le débit cardiaque. Ce repositionnement peut être obtenu en déplaçant l'utérus manuellement ou en plaçant la patiente en position latérale gauche (en s'assurant alors d'immobiliser la moelle épinière de la patiente au préalable). (II-1B)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696060>

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