



Mortalité maternelle par embolie amniotique. Résultats de l'ENCMM, France 2010-2012^{☆,☆☆}

E. Morau^a, A. Proust^b, J.-C. Ducloy^c

Disponible sur internet le :
11 janvier 2018

- a. Pole Mère-Enfant, service d'anesthésie-réanimation, CHU de Montpellier, 191, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France
- b. Maternité Les Vallées, hôpital privé d'Antony, 1, rue Velpeau, 92160 Antony, France
- c. Maternité, hôpital privé de Villeneuve d'Ascq, Quartier du Recueil, 20, avenue de La Reconnaissance, 59491 Villeneuve-d'Ascq, France

Correspondance :

E. Morau, Pole Mère-Enfant, service d'anesthésie-réanimation, CHU de Montpellier, 191, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France.
e-morau@chu-montpellier.fr

Mots clés

Embolie amniotique
Arrêt cardiorespiratoire
Grossesse

Résumé

L'embolie amniotique (EA) est une complication imprévisible, redoutée et redoutable de la grossesse ou de l'accouchement. L'EA réalise classiquement, dans une unité de temps, l'association de signes respiratoire, hémodynamique, neurologique et hémorragique (coagulopathie précoce et sévère). La prise en charge est symptomatique et doit être active et anticipative. Pour la période 2010-2012, 24 décès maternels ont été attribués à une embolie amniotique, soit un ratio de mortalité maternelle de 1,0 décès pour 100 000 naissances vivantes (IC 95 % 0,6-1,4). Les décès par embolie amniotique représentent la seconde cause de mort maternelle directe. Huit cas sur 23 ont été jugés possiblement évitables, avec une part de sous optimalité des soins relevant de la chirurgie et de l'absence de geste chirurgical d'hémostase rapide et/ou de la prise en charge réanimatoire par l'absence de diagnostic précoce et traitement de la coagulopathie. Les messages de ce rapport concernent l'importance de l'anticipation (évocation du diagnostic dès les signes prémonitoires, recherche d'une coagulopathie dès l'évocation du diagnostic), de la mutualisation des moyens pour organiser une réanimation longue et efficace, facilitée par un geste chirurgical d'hémostase rapide et efficace en cas d'hémorragie active.

DOI de l'article original :

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.10.014>

* Nous reproduisons ce texte initialement paru dans la revue *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* pour en assurer la plus large diffusion auprès des anesthésistes-réanimateurs. Toute référence à ce texte devra renvoyer à la référence princeps, comme suit : *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(12 Suppl.):S43-S47.

** 5^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (2010-2012).

Keywords

Amniotic fluid embolism
Cardiorespiratory arrest
Pregnancy

■ Abstract

Maternal deaths due to amniotic fluid embolism. Results from the French confidential enquiry into maternal deaths, 2010-2012

Amniotic fluid embolism (AFE) is an unpredictable, dreadful complication of pregnancy or childbirth. EA typically includes in the same lapse of time respiratory, haemodynamic, neurological and hemorrhagic symptoms (from early and severe coagulopathy). Immediate supportive treatment by a multidisciplinary team is the cornerstone of the management. Between 2010 and 2012 in France, 24 deaths were related to AFE giving a maternal mortality ratio of 1/100,000 live births (CI 95% 0.6-1.4). AFE ranks as the second leading cause of direct maternal death. Eight cases over 23 were classified as having some degree of substandard care. Substandard care included delays in performing aggressive surgical treatment or delays in the diagnosis and the treatment of the coagulopathy. Learning points focus on the importance to pay attention on premonitory symptoms, to early assess the clotting status and to train in multidisciplinary team.

L' embolie amniotique (EA) est une complication imprévisible, redoutée et redoutable de la grossesse ou de l'accouchement. Elle peut mettre en jeu très rapidement le pronostic vital de la mère et du fœtus. Aucun contexte obstétrical n'échappe au risque de survenue d'une embolie amniotique.

L'EA réalise classiquement, dans une unité de temps, l'association de signes respiratoires (dyspnée, douleur thoracique), hémodynamique (troubles du rythme, collapsus, arrêt cardiaque), neurologique (coma, crise convulsive) et hémorragique (coagulopathie précoce et sévère).

La physiopathologie est non élucidée, l'origine serait l'issue de matériel amniotique dans la circulation maternelle. Ce passage de matériel amniotique semble entraîner une « tempête immunologique » sous l'effet de certains antigènes fœtaux. Plus qu'un effet obstructif direct dans la circulation pulmonaire maternelle, il semble y avoir une activation des médiateurs de l'inflammation qui induiraient une hypertension artérielle pulmonaire transitoire conduisant à une défaillance cardiaque droite, puis gauche.

Dans le même temps, une activation du complément serait responsable de l'initiation de la coagulopathie sévère. Les signes neurologiques fréquemment rapportés peuvent être la conséquence de l'hypoxie mais probablement aussi celle d'un passage cérébral direct de l'embol via un foramen ovale perméable ou reperméabilisé sous l'effet de l'hyperpression artérielle pulmonaire. La définition de l'embolie amniotique est une définition clinique mais peut être équivoque. Bien qu'une uniformisation soit proposée, il n'y a pas de consensus sur le plan international [1]. En Europe, le diagnostic repose sur des arguments cliniques cardinaux et/ou des arguments histologiques issus du lavage broncho-alvéolaire, de l'étude des pièces d'hystérectomie ou de l'autopsie. Les arguments histologiques ne sont pas pathognomoniques (les cellules fœtales dans la circulation pulmonaire ne

sont pas spécifiques de l'embolie amniotique) [2]. Des recherches de marqueurs biologiques sont également proposées pour orienter le diagnostic : IGFB1, C1 inhibiteur [3,4], mais leur qualité prédictive est imparfaite. On retient néanmoins le diagnostic sur l'association de signes cliniques cardinaux ou des arguments histologiques. L'incidence de l'embolie amniotique (en fonction de la définition retenue) se situerait ainsi entre 2 et 7/100 000 grossesses. La mortalité historiquement de 60 % [5] est actuellement d'environ 20 % dans les cohortes récentes [6-8]. La prise en charge de l'embolie amniotique doit être symptomatique, porter sur chaque axe cardinal, doit anticiper et être active. Nous reviendrons sur chacun de ces axes en discussion des différents cas cliniques.

Épidémiologie

Pour la période 2010-2012, 24 décès maternels ont été attribués à une embolie amniotique, soit un RMM de 1,0 décès pour 100 000 naissances vivantes. (IC 95 % 0,6-1,4), sans variation significative par rapport à la période 2007-2009, où le RMM était de 0,8 pour 100 000 NV.

Les décès par embolie amniotique représentent 9,4 % de l'ensemble des décès maternels et 20 % de la mortalité maternelle directe dont ils constituent la 3^e cause.

Parmi les 24 décès par embolie amniotique, 2 sont survenus avant l'accouchement (dont un au cours du travail, patientes décédées enceintes sans extraction fœtale) et les 22 autres en post-partum (ce qui est différent du moment de survenue de l'embolie amniotique elle-même, l'accouchement étant le plus souvent réalisé en urgence dans ce contexte pour des symptômes en rapport avec l'EA). Dans le groupe des femmes décédées en post-partum, les signes évocateurs d'EA sont toujours apparus en cours de travail. L'accouchement a été réalisé par césarienne dans 73 % des cas (16/22), dont 14 au cours du

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8610441>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8610441>

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