



FAIT CLINIQUE

LES TRAUMATISMES ABDOMINAUX PENDANT LA GROSSESSE À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY (HNN).

ABDOMINAL TRAUMA DURING PREGNANCY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF NIAMEY.

R SANI¹, N IDI², RM GARBA², Y HAMA¹, MS CHAIBOU³, L JAMES DIDIER¹, A SAIDOU¹,
YD HAROUNA¹, Z ARIDOUANE²

1. Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Hôpital National de Niamey – BP : 238 Niamey, Niger.
2. Maternité Issaka Gazoby de Niamey
3. Département d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital National de Niamey – BP : 238 Niamey, Niger.

RÉSUMÉ

Les traumatismes abdominaux pendant la grossesse (TAG) peuvent être graves et engager le pronostic maternel et foetal. La gravité des lésions dépend de la violence du traumatisme et de l'âge de la grossesse. A partir des dossiers médicaux, nous avons compilé sur 3 ans (janvier 2010 à décembre 2012) les données de 4 gestantes admises pour TAG à l'Hôpital National de Niamey (HNN). Les TAG représentaient 0,29% des urgences abdominales et 5,4% des traumatismes abdominaux. Les causes du traumatisme étaient un accident de la voie publique (n=2), une chute dans un puits (n=1) et une agression avec une flèche (n=1). Ils étaient repartis en 3 cas de contusion et un cas de plaie abdominale qui avaient tous bénéficié d'une laparotomie en urgence. Il a été enregistré 2 morts fœtales, un avortement et un accouchement de fœtus vivant à terme et aucun décès maternel.

Mots clés: Traumatisme abdominal, grossesse

SUMMARY

The abdominal trauma during pregnancy could be grave depending on the age of pregnancy and the violence of the trauma. From January 2010 to December 2012 we studied the files of 4 pregnant admitted for abdominal trauma. The abdominal trauma with pregnancy represented 0.29% of abdominal emergency, and 5.4% of abdominal trauma. The cause of trauma were road traffic accident (n=2), fall in the well (n=1) and abdominal wound by arrow (n=1). We found 3 cases of blunt trauma and 1 case of abdominal wound. All the patients underwent a laparotomy. We noticed 2 cases of fetal death, one case of abortion and in the last case a delivery of an alive child at term.

Keys words: abdominal traumatism, pregnancy

Tirés à part

Prof Ag Sani Rachid PB: 11806 Niamey – Niger
Email: sani_rachid@yahoo.fr / sani.rachid@gmail.com

INTRODUCTION

Les traumatismes constituent la première cause de mortalité non liée à la grossesse chez la femme enceinte [1]. Pour Rudloff une femme sur quatorze fera l'expérience d'un traumatisme au cours de la grossesse [2]. Chez ces patientes, le bilan doit préciser à la fois les lésions maternelles et la viabilité fœtale [3]. Mais les décisions thérapeutiques doivent privilégier la mère, surtout avant l'âge de la viabilité fœtale, car la vie du produit de conception est étroitement liée à celle de la mère. Les traumatismes graves, quoique rares (plus de 90% des traumatismes de la grossesse sont bénins), nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. La prise en charge d'une gestante victime d'un traumatisme abdominal grave doit tenir compte de quelques points essentiels tels que l'hypervolémie de la grossesse qui peut masquer les premiers signes cliniques d'une hypovolémie et le décollement placentaire, principale cause de détresse et de souffrance fœtale aiguë [1].

L'objectif de ce travail est de rapporter les résultats de la prise en charge des traumatismes abdominaux pendant la grossesse à travers 4 observations colligées sur 3 ans à l'hôpital National de Niamey.

OBSERVATIONS

Nous avons rétrospectivement colligé 4 observations pendant 3 ans de janvier 2010 à décembre 2012. Nous avons inclus dans notre étude toutes les patientes prises en charge pour traumatisme abdominal pendant la grossesse (TAG) quel que soit le terme. Les données ont été compilées à partir des dossiers des patients, des registres des urgences, des registres de comptes rendus opératoires et des pavillons d'hospitalisation. Les TAG représentaient 0,29% des urgences abdominales et 5,4% des traumatismes abdominaux. Les causes du traumatisme étaient un accident de la voie publique (n=2), une chute dans un puits (n=1) et une agression avec une flèche (n=1). Ces TAG étaient repartis en 3 cas de contusion et un cas de plaie perforante abdominale.

Observation 1

Mme Z, L. 28 ans, 3ème geste, 2 parités antérieures, enceinte mais terme inconnu, fut référée à l'Hôpital National de Niamey suite à un accident de la voie publique (AVP) survenu depuis 24 heures. À l'examen les constantes étaient stables, on notait une douleur provoquée à la palpation de l'abdomen et du bassin. L'utérus était gravide, les bruits du cœur fœtal (BCF) absents, au toucher vaginal le col était long, postérieur et fermé. La numération et formule sanguine (NFS) a objectivé une anémie à 6,4g/dl d'hémoglobine et une hyperleucocytose à 30000 éléments blancs par millilitre (ml). L'échographie a mis en évidence la mort fœtale in utero (MFIU) sur hématome rétroplacentaire

avec un hémopéritoine. Après une réanimation, perfusion de colloïde et cristalloïde et transfusion sanguine de 3 culots globulaires de 450 ml (dont 2 culots en préopératoire et 1 en peropératoire), elle fut admise au bloc où une laparotomie médiane sus et sous ombilicale (LMSSO) a permis d'évacuer 750 ml de sang et de découvrir une fracture du segment 7 du foie de type 2 et une contusion du côlon transverse. On a réalisé une hystérotomie d'évacuation et révision utérine, une hémostase du foie avec point en U et mise en place de compresses résorbables hémostatiques. Les suites opératoires immédiates étaient simples.

Observation 2

Mme H, I. 19 ans, primigeste, terme inconnu, fut référée pour agression par arme blanche (flèche) depuis 24 heures. À l'examen, elle avait un bon état hémodynamique et ventilatoire avec la flèche plantée dans son flanc droit, des ecchymoses de la fosse iliaque droite avec douleur et défense diffuses. À l'examen obstétrical, l'utérus était gravide, les BCF présents, le col postérieur fermé. La NFS a retrouvé une anémie à 5,3g/dl d'hémoglobine et une hyperleucocytose à 29800 éléments blancs. L'échographie a mis en évidence une grossesse monofœtale évolutive de 20 semaines d'aménorrhée (SA) avec hémopéritoine. Après une réanimation (perfusion de solutés, transfusion sanguine et bi-antibiothérapie par ceftriaxone- métronidazole), elle a été opérée pour plaie perforante de l'abdomen sur grossesse par LMSSO. L'exploration a retrouvé un hémopéritoine d'environ 800 ml, une plaie du grand omentum, du mésentère, d'une anse iléale et du fond utérin (l'utérus n'était pas ouvert). On a procédé à l'extraction de la flèche, à la réparation des lésions et à la suture du fond utérin par un point en X de fil résorbable 2/0 et à la toilette péritonéale. La patiente a été transférée en unité de gynécologie obstétrique et a avorté le lendemain.

Observation 3

Mme F, A. 22 ans, 3ème geste et une parité fut référée pour AVP sur grossesse de 22 SA, survenu 5 heures auparavant. À l'entrée, elle avait les conjonctives pâles avec une tension artérielle à 90/60 mm Hg. À l'examen, on notait une douleur et une défense de l'abdomen, une matité des flancs et au toucher rectal le cul de sac de Douglas était bombant. La NFS a mis en évidence une anémie à 5,7g/dl d'hémoglobine. L'échographie a mis en évidence une fracture de la rate type 4 sur grossesse évolutive de 22 SA. Elle fut conduite au bloc pour fracture de la rate sur grossesse. Elle a bénéficié d'une transfusion sanguine de 2 culots de 450 cc en préopératoire et un 3ème en peropératoire. Elle a bénéficié d'une LMSSO qui a permis l'aspiration de 2 litres d'hémopéritoine. On a réalisé une splénectomie. Elle a séjourné en unité de

jours avant son transfert à la maternité. Les suites opératoires immédiates étaient simples. Cette patiente a été suivie jusqu'à son accouchement à terme par voie basse.

Observation 4

Mme A, H. 22 ans, 4^{ème} geste, 3 parités antérieures fut référée pour polytraumatisme sur grossesse estimée à 6 mois (non suivie) suite à une chute dans un puits. Le délai d'admission était de 36 heures. L'examen a retrouvé une douleur et une défense diffuses, avec sensation sous la peau de masse pelvienne irrégulière. A l'examen obstétrical les BCF étaient absents, au toucher vaginal le col était ouvert à un doigt avec des métrorragies. Ailleurs l'examen a retrouvé une douleur et une impotence fonctionnelle du poignet gauche. La NFS a noté une hémoglobine à 8,6g/dl et une hyperleucocytose à 13600 globules blancs par ml. L'échographie a objectivé une rupture utérine avec fœtus intra-abdominal et hémopéritoine. Elle a été opérée pour rupture utérine associée à une fracture du poignet gauche. Une LMSSO a permis d'aspirer environ 1400 ml d'hémopéritoine et de découvrir un fœtus mort de sexe féminin pesant 650g et son placenta dans la cavité abdominale, une rupture de la corne utérine droite d'environ 6 cm (figures 1,2). On a procédé à une révision utérine par la brèche et une hystérorraphie. La fracture du poignet a été réduite et contenue par une attèle plâtrée postérieure. Elle a reçu 2 culots globulaires de 350 cc en peropératoire. Les suites opératoires ont été simples.

DISCUSSION

Les traumatismes abdominaux de la femme enceinte sont rares en milieu chirurgical. Ils représentent 0,29% de l'ensemble des urgences abdominales à l'HNN. Dans la littérature, ils sont moins de 1% en milieu chirurgical mais relativement plus fréquents en milieu obstétrical où ils concerneraient 6 à 7% des femmes enceintes [1, 4, 5]. Les circonstances de survenue sont variées,

dominées par les chutes et les AVP dans quelques études, suivies par les agressions [6, 7]. Aux états Unis d'Amérique et dans les pays arabes les violences conjugales représentent 25 à 35%

des circonstances de survenue de ces traumatismes [7-9]. Pour Chibber, 87% des agressions de la femme enceinte sont perpétrées par le mari en Arabie Saoudite [8]. Il s'agit essentiellement de contusion abdominale. Les plaies sont rares (1/4 de nos observations) et sont surtout dues à des agressions par arme blanche (une de nos 4 patientes a pris une flèche dans le flanc droit lors d'un conflit champêtre) ou par arme à feu dans 3,9% des cas aux USA [7].

Les contusions abdominales pendant la grossesse occasionnent surtout des lésions des organes pleins chez la mère (2 cas /4 de nos observations). En effet, plusieurs cas de rupture traumatique de la rate ont été rapportés au cours de la grossesse [10]. Elles sont attribuées à l'augmentation du volume de la rate liée à l'hypervolémie de la grossesse et à la diminution du volume de la cavité abdominale par l'utérus gravide. Les lésions du produit de conception dépendent de la violence du traumatisme et de l'âge de la grossesse. Il s'agit de contractions utérines, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, de positivité du test de Kleihauer-Batke (mettant en évidence la présence d'hématies fœtales parmi des hématies adultes maternelles) et de décollement placentaire [5]. Dans la littérature, les lésions materno-fœtales les plus graves (comme celles que nous rapportons) sont dues aux agressions surtout par arme à feu et aux accidents de la voie publique [11, 12]. Le risque maternel et fœtal lié à un traumatisme grave augmente avec le terme de la grossesse : 10 à 15 % au premier trimestre, 32 à 40 % au deuxième trimestre et 50 à 54 % au dernier trimestre [1].

Dans la prise en charge de ces traumatismes, Henderson et al ont défini des stratégies et distinguent 4 groupes de traumatismes pendant la grossesse en fonction de l'âge gestationnel et de l'état maternel (tableau I) [1, 13].

Tableau I: classification des traumatismes pendant la grossesse (d'après Henderson 14)

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Début de grossesse ou grossesse ignorée	Terme <24 semaines	Terme = 24 semaines	Détresse maternelle ou inefficacité circulatoire
Test grossesse + + + chez une femme en période d'activité génitale ayant eu un traumatisme	Fœtus non viable, bien protégé par bassin maternel (peu de lésions)	Fœtus viable moins bien protégé par le bassin maternel	Si traitement inefficace césarienne pot-mortem
Adaptation diagnostique (radios) et thérapeutiques	Prise en charge maternelle + +	Prise en charge maternelle et fœtale (monitorage, extraction prématuré ?)	Nécessité de délais très courts et problèmes éthiques

Le premier groupe inclut les patientes en début de grossesse, ou ignorant qu'elles sont enceintes. Il est indispensable de pratiquer un test de grossesse chez toutes les femmes en période d'activité génitale ayant subi un traumatisme important, afin d'adapter le bilan, en particulier échographique et la thérapeutique à une éventuelle grossesse. Le groupe 2 est celui des patientes dont la grossesse est inférieure à 23 semaines et dans ce cas le fœtus est bien protégé par le bassin et subit peu de lésions directes. Toute la prise en charge est centrée autour de la mère, y compris un éventuel arrêt de la grossesse si sa survie en dépend. Le groupe 3 est celui qui pose le plus de problèmes : la grossesse est supérieure à 23 semaines, et le fœtus est viable et plus vulnérable aux traumatismes. Il est nécessaire de faire le monitoring de sa vitalité de manière étroite et constante. La survie fœtale peut parfois nécessiter une extraction par césarienne, avec tous les problèmes liés à la prématurité. Le groupe 4, plus rare, est celui des patientes en détresse vitale ou en arrêt cardio-circulatoire résistant à tout traitement. Une césarienne post-mortem immédiate peut être tentée pour essayer de sauver l'enfant, dont la survie est directement corrélée au délai d'extraction : 70 % de survie moins de 5 min après le décès maternel, 3 % seulement après 20 min. Selon ces études de Henderson et de Rosenberg [1, 13], avant l'âge de la viabilité fœtale toute la thérapeutique est centrée sur la mère mais adaptée au fœtus. Au-delà la thérapeutique est maternelle et fœtale. Les auteurs recommandent un remplissage vasculaire précoce qui permet d'éviter tout retard à la compensation d'une hémorragie [1, 13, 14].

Pearlman [14] a étudié le risque de transfusion fœto-maternelle et de décollement placentaire. Ce risque de transfusion fœto-maternelle est étudié à partir de la 12e semaine de grossesse, il est estimé à 30,6 % après un accident, peu importe la gravité des blessures ($p = 0,0007$), bien que dans la plupart des cas, elle n'entraîne pas de complications importantes pour le fœtus et le déroulement de la grossesse. Le risque de décollement placentaire après un traumatisme ne semble pas relié à la gravité des blessures et est estimé à 5,9 %. L'auteur observe que ce risque de décollement apparaît après la 20e semaine de grossesse. Il conclut qu'un dépistage de routine des transfusions fœto-maternelles devrait être offert à toutes les femmes

enceintes, ayant subi un traumatisme, quelle que soit l'importance, pour une grossesse supérieure à 12 semaines et lorsque l'utérus devient extra-pelvien. De même, un examen visant à évaluer la présence d'un décollement placentaire est recommandé pour les grossesses de plus de 20 semaines.

Dans notre étude il y'a eu un cas d'avortement spontané 48 heures après le traumatisme et à J1 postopératoire. Le risque d'avortements spontanés après un traumatisme n'est pas négligeable. Pour Vendittelli, les avortements spontanés résulteraient, outre de la violence du traumatisme, surtout d'un mécanisme d'anoxie ou d'hypoxie et d'un effet possible des catécholamines libérées lors du traumatisme. L'accouchement prématuré, quoique rare, serait provoqué par une irritation directe de l'utérus, une anoxie placentaire et fœtale, un traumatisme psychologique ou l'action des catécholamines suivant l'accident [15].

Une laparotomie exploratrice maternelle n'implique pas systématiquement une extraction fœtale ; c'est le cas de la patiente n°3 qui, après une laparotomie, est allée jusqu'au terme de sa grossesse. Mais celle-ci devient nécessaire en cas de souffrance fœtale aiguë chez un fœtus viable, de rupture utérine (observation n°4), de lésions vasculaires utérines ou dans le cadre d'un sauvetage maternel devant une hémorragie non contrôlée (toutes les observations de notre étude) [1, 2, 14, 15]

CONCLUSION

Les traumatismes abdominaux de la grossesse pris en charge à l'Hôpital National de Niamey sont des traumatismes graves. Ils sont rares. Dans notre étude le pronostic maternel est favorable mais défavorable dans la majorité des cas pour le fœtus. La vie du fœtus est directement liée à celle de sa mère, celle-ci est toujours prioritaire sur l'enfant pour toutes les décisions thérapeutiques. Devant toute femme en âge de procréer présentant un traumatisme abdominal nous préconisons un test de grossesse qui permettra de dépister une grossesse et de prévenir le risque de transfusion fœto-maternelle et d'autres complications.

REFERENCES

1. Rozenberg A, Leonetti P. Traumatismes de la femme enceinte. 51ème Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Urgences vitales. 2009 Elsevier Masson SAS.
2. Rudloff U. Trauma in pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2007; 276:101-117.
3. Sadro C, Bernstein MP, Kanal KM. Abdominal trauma and pregnancy, a radiologist's guide to doing what is best for the mother and baby. Am J Roentgenol. 2012; 199 (6):1207-19
4. Moorcroft DM, Stitzel JD, Duma GG, Duma SM. Computational model of the pregnant occupant: predicting the risk of injury in automobile crashes. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 540-4.
5. Cahill AG, Bastek JA, Stamilio DM, et al. Minor trauma in pregnancy - is the evaluation unwarranted? Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 208.-208.
6. Barré M, Winer N, Caroit Y, Boog G, Philippe HJ. Traumatisme au cours de la grossesse : pertinence des éléments de surveillance dans l'évaluation des suites obstétricales. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006; 35: 673-677.
7. Galen VP, James N, Martin Jr, Kenneth G, Perry, Jr, John A, Griswold C, Jake L, and Robert S. Trauma in pregnancy: The role of interpersonal violence. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1873-8.
8. Chibber R, Khwaja S, Al-Sibai H, Al-Mulhim A, Abdul H. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002; 103: 26-29.
9. Pak LL, Reece A, Chan L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 1140-4.
10. Krishna D, Nymphaea DS, and Archit D. Traumatic Splenic Rupture in Pregnancy. J Gynecol Surg 2009; 25:33.
11. Vaysse C., Mignot F, Benezech J.P. et al. Rupture utérine traumatique: une complication rare des accidents de la voie publique au cours de la grossesse. A propos d'un cas. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2007; 36 : 611-614.
12. Alfaci R., Rozenberg A., Sterenberg A. Polytraumatisme chez la femme enceinte: prise en charge initiale. JEUR 1993; 6:80-83.
13. Henderson SO, Mallon WK. In: Eckstein M, Chan D, Eds. Trauma in pregnancy. Emergency Medicine Clinics of North America. Philadelphia, WB Saunders 1998: 209-28.
14. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. A Prospective controlled study of outcome after trauma during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1990; 162 (6) : 1502-1510.
15. Vendittelli F, Manciet-Labarchede C., Tabste JL, Malinas Y. Lésions traumatiques de l'utérus gravide et de son contenu : aspects médico-légaux. Rev Fr Gynécol Obstét. 1994; 89 (7-9) : 393-399.