

Quelle conduite à tenir chez une patiente présentant une grossesse évolutive loin du terme en réanimation ?

A. OULD AMER, E. BENAOUADJ, C. EZZINE,

D. EL KEBIR, F. MAZOUR

Service de Réanimation Chirurgicale

E.H.U d'Oran

INTRODUCTION

- La prise en charge d'une patiente présentant une **grossesse évolutive** en réanimation pour **cause non obstétricale**, comporte la gestion de :
 - La mère,
 - La pathologie causale,
 - & du devenir du fœtus.
 - Peu de données consensuelles dans la littérature sur le sujet
- L'objectif de notre travail est d'illustrer cette problématique en rapportant le cas d'une patiente hospitalisée en réanimation pour encéphalopathie de Gayet-Wernicke (EGW) sur grossesse évolutive au moment de l'admission.

CASUISTIQUE

ADMISSION (1)

- Mme Z.F, 29 ans, sans ATCD, G5P4 (3EV), à 18 SA
- Vomissements incoercibles depuis deux mois non traités
- **admise le 03 aout 2019** :
 - Détresse neurologique (Glasgow 10/15),
 - Reflexes de protection très faibles,
 - Hémodynamique (TA: 60-30 / FC: 160/min),
 - Respiratoire (SpO2 85% ss 10L d'O2),
 - Nystagmus,
 - Fièvre à 39,5 °
 - Tétraplégie motrice flasque

ADMISSION (2)

Bilan Biologique :

- NFS : Hb 5,3 gr/dl / GB: 12.000/mm³ / Plqt: 217.000 /mm³

- Ionogramme : NA⁺ 153 / K⁺ 2,2 mEq /l

Prise en charge initiale :

- Patiente intubée, ventilée, sédaturée
- Gestion des différentes détresses vitales

EXAMENS MORPHOLOGIQUES (1)

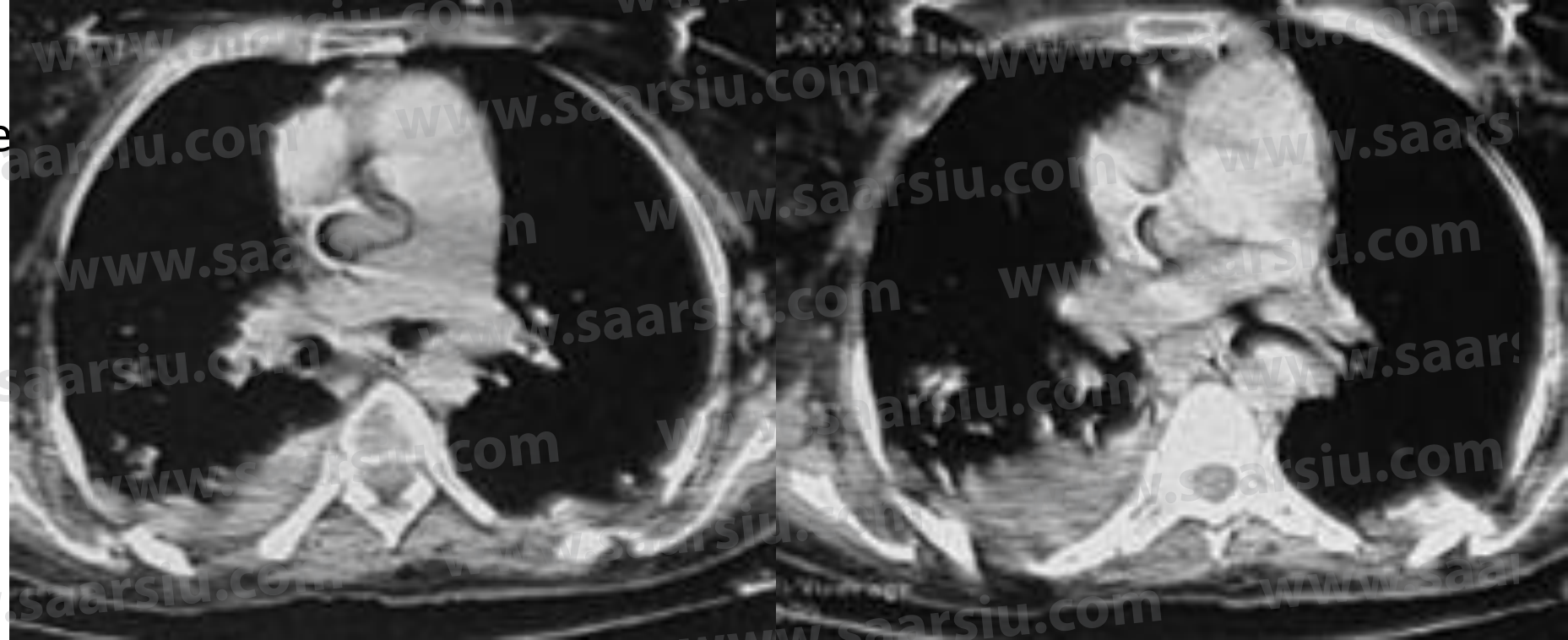
TDM Thoracique :

Condensation
parenchymateuse lobaire
inferieure

non rétractile

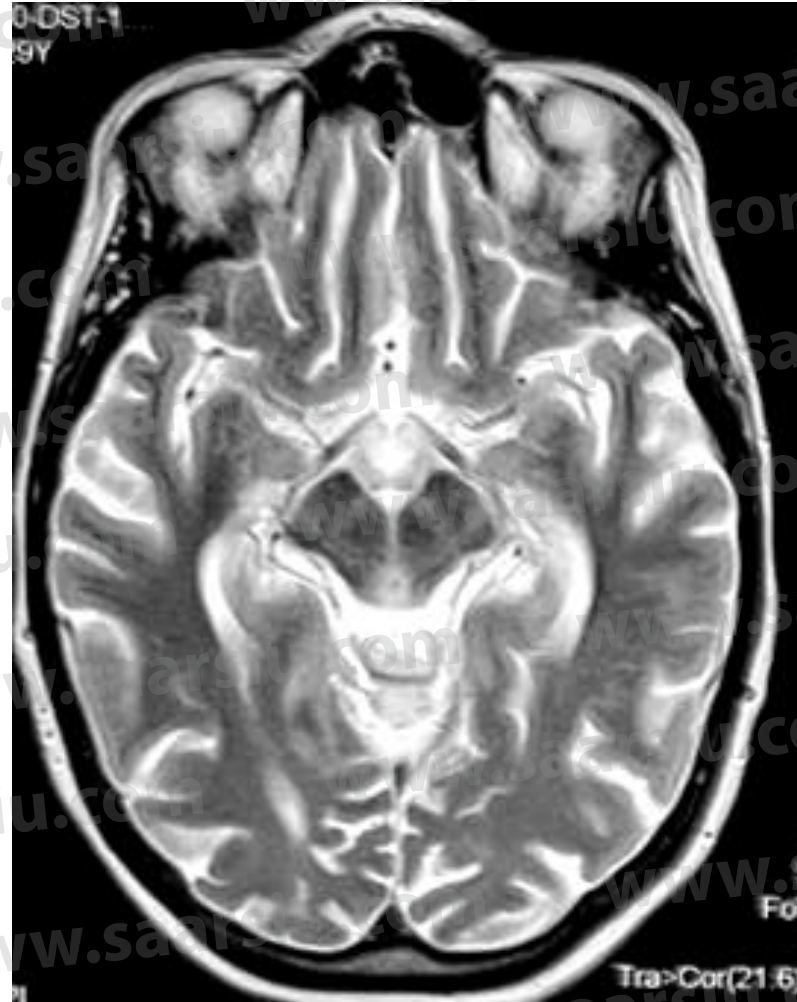
+

foyers en verre dépoli
et condensation éparse



EXAMENS MORPHOLOGIQUES (2)

- **IRM Cérébrale** : hyper signal et Flair au niveau de la substance grise periaqueductale, des thalami postero medians et de part et d'autre du V3, du corps mamillaire.
- Pas d'anomalie de signal de la substance blanche
- => **Aspect IRM en faveur d'un déficit en Vit B1 = Encéphalopathie de Gayet Wernicke**



Rappel : Encéphalopathie de Gayet - Wernicke

- Syndrome neuropsychiatrique dû à une carence en thiamine, potentiellement mortelle.
- Facteurs de risque multiples
- Présentation clinique très variée : triade typique associant confusion, troubles oculaires (ophtalmoplégie ou nystagmus), et ataxie cérébelleuse.
- Autres manifestations sensitivomotrices qui peuvent s'y associer, L'atteinte motrice prédominante aux membres inférieurs (aréflexie, parésie ou paralysie flasque.) L'atteinte sensitive touche la sensibilité superficielle et profonde (anesthésie distale, ataxie périphérique.)
- Un diagnostic et un traitement substitutif urgent permettent la réversibilité de l'atteinte neurologique.

Prise en charge

- **Gestion et stabilisation des différentes détresses**

Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV

Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV
- Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)

Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV
- Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)
- Arrêt de sédation à J10

Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV
- Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)
- Arrêt de sédation à J10 après traitement du SDRA
- Trachéotomie à J 14 après échec d'extubation

Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV
- Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)
- Arrêt de sédation à J10 après traitement du SDRA
- Trachéotomie a J 14 après échec d'extubation
- Contrôle Echographique hebdomadaire de la grossesse

Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV
- Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)
- Arrêt de sédation à J10 après traitement du SDRA
- Trachéotomie à J 14 après échec d'extubation
- Contrôle Echographique hebdomadaire de la grossesse
- Rééducation fonctionnelle et kinésithérapie respiratoire

Suivi de la grossesse

- Echographies Obstétricales hebdomadaires
- Grossesse Mono foétale évolutive, sans particularités
 - À 31 SA: dilatation ventriculaire bilatérale et réduction du liquide amniotique
 - À 33 SA: suspicion de Spina bifida + RCIU

CAT: Maturation Foétale (Corticoïdes)

Test de Coombs D et I Et Anti D

Césarienne programmée à 36 SA

Suivi de la grossesse (2)

- La patiente est finalement césarisée le 18 novembre 2019 à 34SA 5j (**J 107**) pour début de travail
- Extraction d'un enfant vivant de sexe masculin, APGAR 10/10 de 1kg900 sans malformations cliniquement apparentes, l'exploration paraclinique est sans particularités aussi.

La parturiente est réadmise en réanimation, pour poursuite de prise en charge.

Evolution

Contrôle IRM à 3 mois : Régression des lésions radiologiques

Evolution

Contrôle IRM à 3 mois : Régression des lésions radiologiques

Sur le plan Sensitivo-moteur :

- Récupération de la sensibilité et amélioration de la motricité,
- Tonus Musc. de 4 aux membres supérieurs et de 2 aux membres inférieurs (initialement à 1)
- Présence des ROT initialement abolis

Evolution

Contrôle IRM à 3 mois : Régression des lésions radiologiques

Sur le plan Sensitivo-moteur :

- Récupération de la sensibilité et amélioration de la motricité,
- Tonus Musc. de 4 aux membres supérieurs et de 2 aux membres inférieurs (initialement à 1)
- Présence des ROT initialement abolis

Contrôle Electroneuromyographie à 3 mois :

- Polyneuropathie sensitivo motrice axonale prédominant aux M.Inf.

Evolution

Contrôle IRM à 3 mois : Régression des lésions radiologiques

Sur le plan Sensitivo-moteur :

- Récupération de la sensibilité et amélioration de la motricité,
- Tonus Musc. de 4 aux membres supérieurs et de 2 aux membres inférieurs (initialement à 1)
- Présence des ROT initialement abolis

Contrôle Electroneuromyographie à 3 mois :

- Polyneuropathie sensitivo motrice axonale prédominant aux M.Inf.

Sur le plan ORL: Cartilages aryénoïde de mobilité diminuée et légèrement basculé en avant.

Evolution (2)

- Poursuite du programme de rééducation et de kinésithérapie respiratoire



Autonomie complète des membres supérieurs

Amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs

Evolution (2)

- Poursuite du programme de rééducation et de kinésithérapie respiratoire



Autonomie complète des membres supérieurs

Amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs

- Retrait de la trachéotomie et sevrage ventilatoire complet le 06 janvier 2020 (**J 156**) après contrôle Naso-fibroscopique

Evolution (2)

- Poursuite du programme de rééducation et de kinésithérapie respiratoire



Autonomie complète des membres supérieurs

Amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs

- Retrait de la trachéotomie et sevrage ventilatoire complet le 06 janvier 2020 (**J 156**) après contrôle Naso-fibroscopique
- La patiente est mise sortante le 08 janvier 2020 (**J 158**) , actuellement à domicile, avec suivi psychologique et programme de rééducation.

DISCUSSION

DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables

DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables
- Admission pour **cause obstétricale** ou **non obstétricale**

DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables
- Admission pour cause obstétricale ou non obstétricale
 - *Causes obstétricales* = HTA & hémorragie +++

DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables
- Admission pour cause obstétricale ou non obstétricale
 - **Causes obstétricales** = HTA & hémorragie +++
 - **Causes non obstétricales diverses:**
 - Maladies chroniques (lupus érythémateux...)
 - Valvulopathies cardiaques
 - Sepsis, traumatisme
 - Cause neurologique

DISCUSSION (2)

- Modifications physiologiques de la grossesse
- Prise en charge en USI « day – to – day »
- Admission à différents termes de la grossesse
- 65 % de mortalité foétale en cas d'admission en USI au 1^{er} trimestre de la G
- Viabilité du fœtus > 23 – 24 SA
- Très peu de données concernant la prise en charge de la femme enceinte pour cause non obstétricale en USI
- Nécessité d'une approche multidisciplinaire incluant entre autres l'obstetricien

Jeejeebhoy FM, Circulation 2015

Chau A. Curr Opin Anaesthesiol 2014

Crane JM. J Obstet Gynaecol Can 2015

DISCUSSION (3)

- **INTERRUPTION THÉRAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE ???**

- Planifier l'éventualité de l'extraction dès que le fœtus est viable
- L'extraction peut être indiquée pour raison maternelle ou / et fœtale
- Balance risque / bénéfice pour la mère et le fœtus
- Equipe multidisciplinaire : anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens, néonatalogistes et tout spécialiste ressource (hémato, neuro ...)
- La mère ou son conjoint doivent être associés à la décision autant que possible

DISCUSSION (4)

- **INTERRUPTION THÉRAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE ???**

- **Il ne semble pas y avoir de bénéfice maternel à l'extraction fœtale**

Tomlinson MW. Obstet Gynecol 1998

- **L'extraction ne doit pas avoir pour indication la perspective d'améliorer la ventilation maternelle**

Lapinsky SE. Int J Obstet Anesth 2015

- **En cas d'ACC non récupéré, la césarienne doit être réalisée dans les 5 minutes après collapsus pour sauvetage fœtal**

Johnston TA. Gynaecology 2011

CONCLUSION

- La prise en charge en milieu de réanimation d'une patiente avec grossesse évolutive loin du terme admise pour pathologie non obstétricale est complexe (pathologie initiale, grossesse, thérapeutique...) et soulève la question d'interrompre ou non la grossesse.
- Les données de la littérature sur la question étant peu nombreuses et non consensuelles, cette décision doit donc être discutée au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire.