

# EMBOLIE AMNIOTIQUE

## « Un combat pour la vie »

Audrey Leduc  
Dr Anne Vincelot  
Dr Patrick Sengès



Journée de l'ALIADÉ  
11 Octobre 2014

# CAS CLINIQUE

- Mm L. 38 ans
- G2 P1
- G1 2006 : HTA gravidique et RCIU
  - AVB avec 2 RU pour hémorragie de la délivrance
  - Transfert pour embolisat° des A. utérines sur atonie utérine
  - H+12 : incision thrombus vaginal  
et suture périnée complet sous AG
  - Support transfusionnel: 10 CG, 7 PFC, 4g fibrinogène



# CAS CLINIQUE

- G2 2013
- Hospitalisation 27 sem et 31 sem pour métrorragies sur placenta praevia recouvrant postérieur : cure de célestène et tocolytiques
- Décision de césarienne à 35 sem + 3j



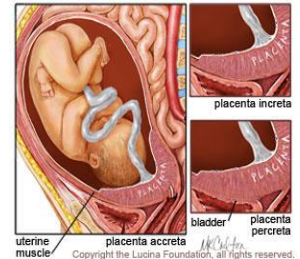
# CAS CLINIQUE

- Cs anesthésie : décision d'AG pour risque hémorragique (ATCD et placenta recouvrant)
- Echo-doppler placentaire: pas de placenta accréta
- Pas d'IRM placentaire réalisée
- Patiente-MAR-GO : décision de rachianesthésie
- Nécessité d'un soutien psychologique : ATCD et « peur de saigner et mourir » pendant accouchement



# CÉSARIENNE PROGRAMMÉE

- 2 VVP , 2 CG en salle de césarienne
- Rachianesthésie avec support catécholamines
- Enfant eutrophe, Apgar: 10-10-10, Poids
- Délivrance: zone placentaire accréta = HDD avec pertes sanguines >1000 ml
- Utérotoniques: Ocytocine puis Sulprostone
- Décision AG, ISR, Sellick avec ventilation mécanique avec FiO2 = 1 pour état de choc hémorragique (TA 80/60) et Tb de la vigilance



# PEC DE L'HDD

- Anti-fibrinolytique : 1g et fibrinogène : 4,5 g
- Remplissage vasculaire : HAE
- Support transfusionnel: CG-PFC ratio 2:1
- Noradrénaline
- Réalisation d'une hystérectomie d'hémostase devant persistance du saignement et l'état hémodynamique
- Récupération d'une stabilité hémodynamique et correction partielle de l'anémie et de la coagulation avec support transfusionnel et calcium
- Qd fermeture cutanée et mise en place VVC (bilan 1), bradycardie extrême puis asystolie.
- 2 épisodes de FV → 2 CEE avec retour en asystolie

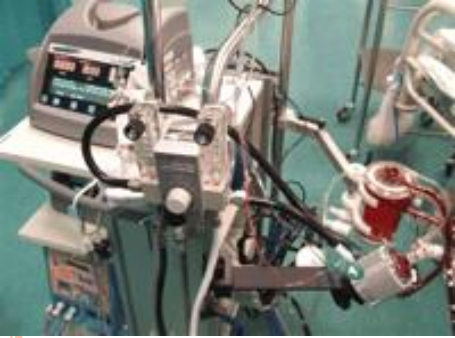


# PEC DE L'ACR



- Reprise chirurgicale : ligature des artères hypogastriques
- Après 15 min de RCP avec MCE efficace : appel UMAC pour mise en place d'une assistance circulatoire veino-artérielle de type ECMO
- Mydriase bilatérale réactive
- ECMO après 55min de low flow
- Pendant la RCP, la valeur d'ETCO<sub>2</sub> était > à 20 mmHg et quelques mouvements des membres supérieurs avaient conduit à l'introduction d'une sédation.





# ECMO

- Héparinothérapie à la demande du chirurgien
- ETO : VG dilaté et hypokinétique  
thrombus dans ODte
- Novoseven à la dose de  $90\mu\text{g}/\text{kg}$  pour persistance de l'hémorragie malgré traitement adapté
- Arrêt des manifestations hémorragiques et maintien d'une hémodynamique satisfaisante
- Samu et transfert SI CTCV







## SI CTV

- A l'arrivée:
  - Pas de saignement extériorisé
  - ETO : augmentation taille du thrombus
  - Fast écho: volumineux épanchement péritonéal
- Puis rapidement distension abdominale, drains productifs  
Echo-abdomino-pelvienne : hémopéritoine majeur
- Reprise chirurgicale : évacuation d'un hémopéritoine d'environ 5 L et mise en place d'un packing abdomino-pelvien avec support transfusionnel massif per et post opératoire
- ETO per-opératoire : disparition du thrombus et récupération de la fonction myocardique compatible avec un sevrage de l'assistance circulatoire (FEVG 30%, pas de signe de cœur pulmonaire).





## SI CTV

- Stabilité hémodynamique après chirurgie
- Pupilles intermédiaires réactives
- L'assistance circulatoire a été explantée après 12h d'assistance.
- Transfert dans le service réanimation pour poursuite PEC



# SERVICE DE RÉANIMATION

- Hémodynamique stable sevrage des amines
- Signes de réveil sans déficit neurologique
- J+4 : dépacking abdominal
- J+5 : extubation
- Sortie de Réanimation sans séquelle neurologique
- Transfert SC gynécologie de l'HME
- Sortie à J+16 avec soutien psychologique



# EMBOLIE AMNIOTIQUE

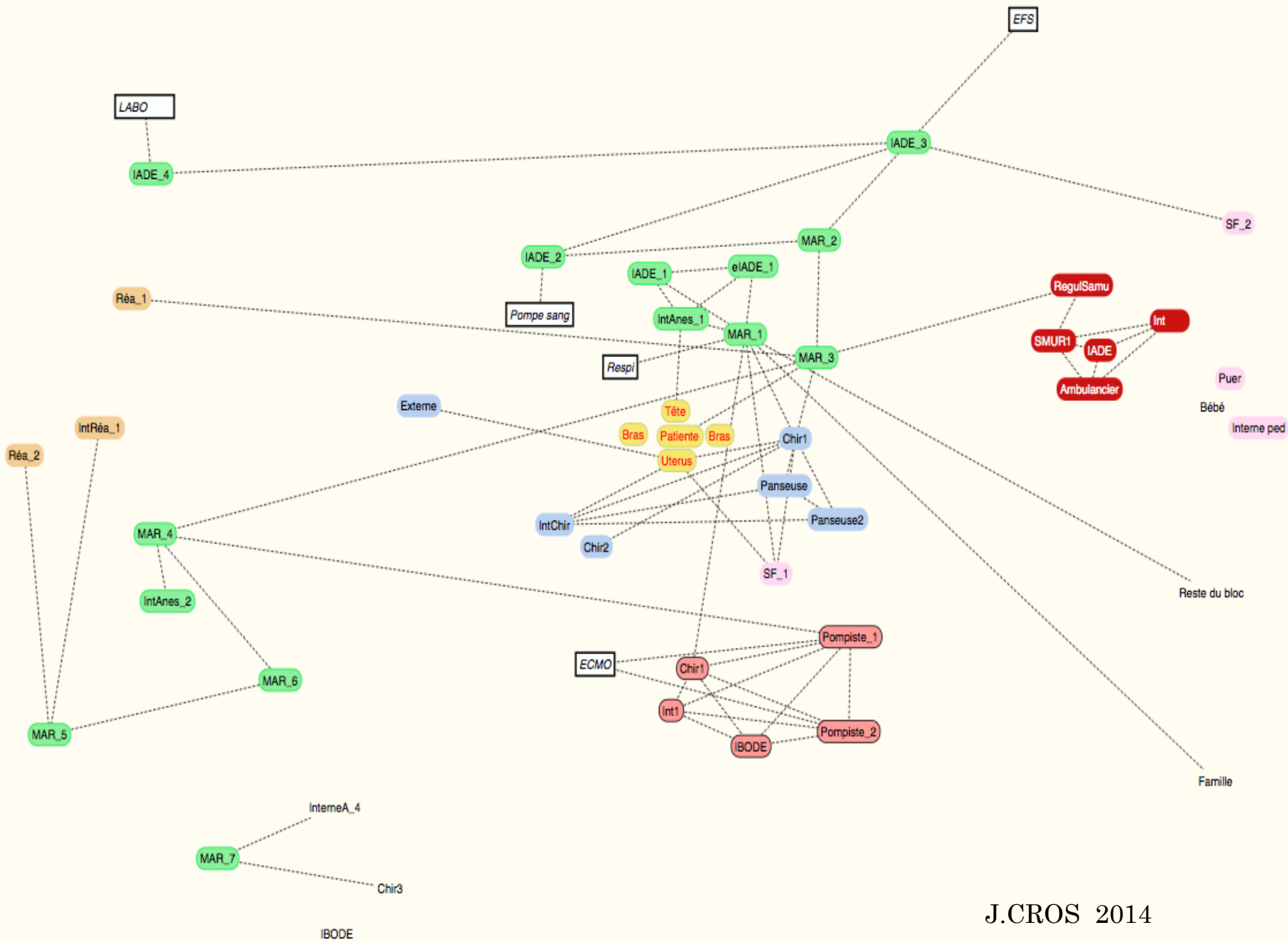
- Le diagnostic d'EA a été confirmé par la présence de cellules amniotiques dans le LBA réalisé pendant l'épisode d'arrêt cardio-respiratoire
- négatif dans le sang
- négativité AFP dans le sérum
- négativité IGFBP-1 sang et LBA
- tryptasémie négative du fait de la polytransfusion





- Communication efficace intra-équipe et inter-équipe
- Moyens humains : 20 personnes en salle qd ECMO
- Heures ouvrables et jour de semaine
- ECMO disponible et indiquée dans ACR sur cœur sain
- Support transfusionnel :
  - 45 CG
  - 29 PFC
  - 8 CUP
  - 15,5 g fibrinogène
  - Albumine : 40 g





# PISTES DE RÉFLEXIONS



- IRM placentaire non faite ?
- Ratio CG PFC: quelles cibles pour quel contexte?
- Héparinothérapie pour ECMO qd CIVD ?
- Compte-rendu d'anesthésie pour ce type de patient qd transfert dans autre service

