

Chute dans les escaliers à terme...

■ J. SALVAT* ■

L'instabilité et le déséquilibre entraînés par la grossesse augmentent les accidents traumatiques chez la femme enceinte. L'observation que nous rapportons s'inscrit dans le cadre de la traumatologie gravidique...

Observation ● Mme L. a 34 ans, elle a eu deux enfants à terme sans problème et consulte en urgence à 39 SA de sa troisième grossesse. Elle a fait une chute de sa hauteur dans les escaliers, elle est tombée sur les fesses avant de se relever seule. Elle n'a eu aucune lipothymie. Elle ne se plaint d'aucune douleur, ni de métorrhagie, son enfant bouge bien.

A l'examen, l'abdomen est souple, le col est fermé. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est réalisé par le système "Oxford". Les critères sont remplis en 10 minutes et la variabilité du tracé à court terme (VCT) est de 8,4. La tension artérielle est de 135/75 mmHg. La mère a une incompatibilité Rhésus avec son mari. Une injection de gammaglobulines anti-D est pratiquée. On conseille à la mère de revenir au moindre problème.

Elle revient 48 h après pour une rupture spontanée des membranes avec hémorragie. La sage-femme note, à l'entrée, un écoulement hémorragique de provenance cervicale. L'abdomen est souple, la tension artérielle est à 146/80 mmHg. Le col est long postérieur perméable à deux travers de doigts. Il n'y a pas de contractions. A l'examen, on note une ecchymose sacrée (**fig. 1**). L'échographie montre que la présentation est céphalique et que le placenta est antérieur, non praevia.

La recherche d'un éventuel décollement à l'échographie confirme une masse de 7,5 cm × 8,5 cm séparée du placenta par un sillon qui évoque un hématome par décollement placentaire sous-membranaire (**fig. 2**). Le retentissement maternel et fœtal est nul. La tension est stable, il n'y a pas d'anémie clinique. La VCT est à 5,2.



Fig. 1 : Ecchymose sacrée.

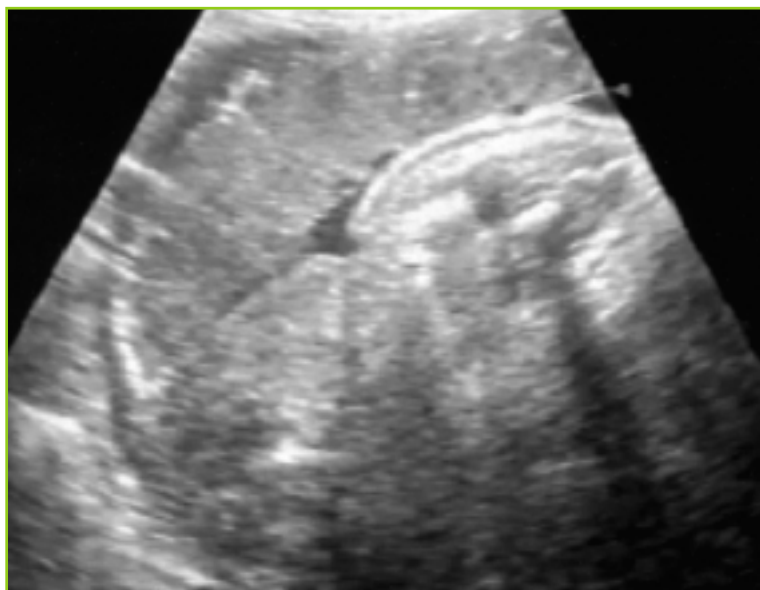


Fig. 2 : Hématome rétroplacentaire marginal, aspect échographique.

Un bilan de coagulation est demandé. Il montre les résultats suivants: NF GR = 3 750 000, hémoglobine = 11,7 g/l, hémocrite = 35 %, GB = 11 500, plaquettes = 217 000, TCA = 34, prothrombinémie = 76 %, fibrinogène = 3,3 g/l, D-dimères = 18,4.

Alors qu'on discute d'un déclenchement éventuel, la persistance d'un écoulement hémorragique impose une césarienne. Elle est réalisée sous rachi-anesthésie par une incision de Stark. Le liquide est clair. Les membranes sont soulevées à ras du bord placentaire par un hématome de la taille d'un poing correspondant parfaitement à l'image échographique. Un hématome marginal par décollement placentaire est confirmé. La fille pèse 3,800 g. Elle a un Apgar à 10/10/10. La mère se porte bien. Les clichés radiologiques éliminent une lésion osseuse. Une deuxième dose de gammaglobulines anti-D est administrée.

Commentaires

>>> La fréquence du décollement placentaire

Le décollement placentaire (DP) est *rare* : 5,9/1 000 naissances. Il serait favorisé par la grande multiparité, l'hypertension, la prématurité et le petit poids de naissance (< 2 500 g) [1]. Aucun de ces facteurs n'était rencontré dans notre observation.

>>> La relation de causalité avec le traumatisme

Affirmer que le traumatisme est responsable de l'accident de décollement placentaire est difficile. Un accident sévère de la voie publique, survenu à grande vitesse, avec éjection, collision, ou signes gravissimes maternels ou fœtaux [2], avec traumatisme direct, voire rupture de l'utérus gravide, entraîne des décollements placentaires post-traumatiques dramatiques. Les coups directs portés à l'abdomen maternels ont pu entraîner la mort fœtale par décollement placentaire (3 cas fœtaux mortels [3]).

Nous avons rencontré un cas personnel avec mort fœtale à 25 semaines d'aménorrhée par heurt de l'abdomen maternel. Le traumatisme de l'abdomen par la tête d'un enfant qui jouait avec cette mère avait provoqué un décollement d'un placenta à insertion antérieure.

Il est moins facile d'admettre qu'un traumatisme fermé avec la décélération brutale par chute sur les fesses soit suffisant pour entraîner un décollement. La localisation prévertébrale de l'hématome est ici en faveur de l'origine traumatique. L'utérus est venu heurter le billot prévertébral lors de la chute. L'histoire d'un traumatisme maternel récent a été retenu comme facteur déclenchant dans une série de 55 cas de décollements placentaires avec accouchement prématuré (d'autres facteurs avaient été rencontrés comme le nombre insuffisant des visites prénatales, le tabagisme, l'HTA gravidique, la consommation de drogues [4]). Dans la littérature, une revue de 233 hospitalisations consécutives pour traumatisme fermé en cours de grossesse a montré un risque variant de 2,3 % [5] à 2,6 % [6] jusqu'à 11 % [7] de décollements placentaires consécutifs à un traumatisme. Les chutes sont intervenues pour 32 % des 85 traumatismes abdominaux fermés (contre 33 % pour les accidents de la voie publique et 35 % pour les agressions [8]). L'intervalle libre est pour nous fortement évocateur de la constitution d'un hématome. On peut rapprocher cette constatation de l'intervalle libre constaté lors des décollements provoqués par les tentatives de version par manœuvres externes et qui sont volontiers retardés.

>>> L'âge gestationnel au moment du traumatisme

Les décollements seraient plus fréquents avant 37 SA qu'à terme [8].

>>> Les examens diagnostiques

● L'échographie

C'est un des examens clefs, encore faut-il que l'échographie soit répétée à distance du traumatisme initial pour que l'hématome ait eu le temps de se constituer. Les aspects de soulèvement des membranes par les hématomes peuvent faire croire à tort à des cotylédons aberrants.

● *L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF)*

Le décollement est volontiers occulte (3 cas rapportés n'avaient aucun saignement extériorisé et aucun signe abdominal) et seul un examen minutieux avec monitoring continu a pu déceler ce type d'accident [9]. Parmi les 6 fœtus victimes d'un décollement, aucun n'avait présenté de signe de détresse lors des enregistrements, comme dans notre observation. Tous les enfants ont eu une bonne évolution [6].

Certains auteurs considèrent que l'ERCF serait inutile sauf en cas d'accroissement d'un DP [6]. Par analogie avec le dépistage des décollements placentaires au cours de la pré-éclampsie, seuls des monitorages répétés peuvent faire le diagnostic précoce des décollements placentaires [10]. L'ERCF continu est utile en cas de traumatisme maternel même modéré [11]. Le rythme sinusoïdal est un rythme d'anémie fœtale sévère. Il n'a pas été constaté ici. Les deux examens précédents (ERCF et échographie) diagnostiqueraient toutes les complications [7].

● *La NF*

L'anémie maternelle est un signe tardif. L'anémie fœtale est un signe a posteriori.

● *L'étude de la coagulation*

Les D-dimères étaient augmentées dans notre observation. La prothrombinémie était abaissée. Les anomalies de la coagulation n'ont pas permis de prédire le DP dans plusieurs autres séries [6, 8].

● *Le test de Kleihauer*

Il est capable de reconnaître une hémorragie fœtomaternelle. Celle-ci serait survenue dans 28 % des traumatismes rapportés avec une quantité moyenne de $16 \pm 14,3$ mL, volume indépendant de l'âge gestationnel ou de la nature du traumatisme [12].

Cette hémorragie justifie la prévention chez les patientes de groupe incompatible avec celui du mari chez toute femme enceinte victime d'un traumatisme. Cependant, le test de Kleihauer serait incapable de diagnostiquer le DP [6, 8]. Le test de Kleihauer serait de peu de sensibilité (56 % avec une spécificité de 71 % [7] et une concordance de 27 % [7]).

>>> **Le délai de survenue traumatisme-décollement ? Quelle est la durée minimale d'observation nécessaire ?**

En cas d'accidents sévères avec signes de gravité (éjection, collision, tachycardie maternelle, score de sévérité > 9), une observation maternofœtale de plus de 24 heures s'impose [2]. En l'absence de signes de gravité, une observation de 6 heures serait suffisante [2]. Les complications surviendraient moins de 6 heures après l'admission [7], tandis que le délai aurait été de 4 à 48 heures [6]. Il est proposé de faire un monitoring de l'ERCF pendant au moins 4 heures en l'absence de signe inquiétant et de le poursuivre en hospitalisation pendant 24 h si un des signes suivants est présent (plus d'une contraction par 15 minutes, douleurs ou tension abdominale, saignement vaginal) [11].

>>> **Les conséquences fœtales**

Les conséquences fœtales seraient corrélées à l'importance du traumatisme [8].

>>> **La césarienne**

La rachi-anesthésie a été pratiquée dans notre observation. Elle était discutable en raison de l'hémorragie qu'elle pouvait aggraver. La césarienne sur fœtus mort s'accompagnerait de plus de complications maternelles que lorsque le fœtus était vivant lors d'une série de décollements placentaires césarisés [13].

Conclusion • La séparation traumatique du placenta est possible par traumatisme direct ou indirect. Toute suspicion impose une observation minutieuse par échographie et enregistrement du rythme cardiaque fœtal pendant une durée de temps proportionnée à la gravité du traumatisme. La patiente doit être avertie de revenir en cas de symptôme anormal. Une prévention de l'immunisation Rhésus ne doit pas être oubliée chez les femmes enceintes Rhésus négatif victimes de traumatisme et incompatibles avec le groupe de leur conjoint. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. ABU-HEJJA A *et al.* Abruptio placentae: risks factors and perinatal outcome. *J Obstet Gynaecol Res*, 1998; 24: 141-4.
2. CURET MJ *et al.* Predictors of outcome in trauma during pregnancy: identification of patients who can be monitored for less than 6 hours. *J Trauma*, 2000; 49: 18-24.
3. RIBE JK *et al.* Blows to the maternal abdomen causing fetal demise: report of three cases and a review of the literature. *J Forensic Sci*, 1993; 38: 1092-6.
4. SPINILLO A *et al.* Factors associated with abruptio placentae in preterm deliveries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1994; 73: 307-12.
5. WILLIAMS JK *et al.* Evaluation of blunt trauma in the third trimestre of pregnancy: materna ans fetal considerations. *Obstet Gynecol*, 1990; 75: 33-7.
6. DAHMUS MA *et al.* Blunt abdominal trauma: are there any predictive factors for abruptio placentae or maternal-fetal distress? *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 169: 1054-9.
7. TOWERY R *et al.* Evaluation of pregnant women after blunt injury. *J Trauma*. 1993; 35: 731-6.
8. PAK LL *et al.* Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? *Am J Obstet Gynecol*, 1998; 179: 1140-4.
9. KETTEL LM *et al.* Occult placental abruption after maternal trauma. *Obstet Gynecol*, 1988; 71: 449-53.
10. ODENDAAL HJ *et al.* Frequent fetal heart-rate monitoring for early detection of abruptio placentae in severe proteinuric hypertension. *S Afr Med J*, 1988; 74: 19-21.
11. SCHNEIDER H *et al.* Trauma and pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 1993; 252: Suppl.: S4-14.
12. ROSE PG *et al.* Fetomaternal hemorrhage following trauma. *Am J Obstet Gynecol*, 1985; 153: 844-7.
13. WITLIN AG *et al.* Perinatal and maternal outcome following abruptio placentae. *Hypertens Pregnancy*, 2001; 20: 195-203.

* Service de Gynécologie, Hôpital Georges Pianté, THONON-LES-BAINS.