

**Département d'anesthésie et de réanimation
CHU Constantine**

**Grossesse abdominale et gestion
de
L'hémorragie**

**Pr. OUCHTATI
Dr. BELGHOUL**

Introduction

La grossesse abdominale, une variété de GEU, dans laquelle l'implantation et le développement de l'œuf ont lieux en partie ou en totalité dans la cavité abdominale.

Incidence: 1/10000 en EU et USA;
1/4017 en Turquie;
1/7222 en Tunisie.

infection génitale et
insuffisance de suivi de la grossesse(2)

La découverte ,lors de la césarienne, d'une grossesse abdominale mené presque à terme avec enfant vivant est exceptionnelle

OBSERVATION

Parturiente de 42 ans :

Enceinte à 34 SA; G07/02césariennes/05 ABRT;
Utérus myomateux et une anémie .

Suivi obstétrical irrégulier mais normal, en dehors de
douleurs abdominales et des coliques traités par des
antispasmodiques, et une **constipation**.

Admise à 32 SA pour MAP et libérée après 5 jours

Réadmise à 34 SA pour accouchement par voie haute.
(oligoamnios et anémie à 7gr/dl)

Echographies répétées: Anamnios avec biométrie foétale
réduite (1900gr) et Myome ;

PRISE EN CHARGE

Césarienne sous **rachianesthésie** ;
Découverte d'un fœtus est en situation **intra-abdominale**,
Conversion en **AG**,
Extraction d'un bébé APGAR 8-9/10 poids 2900gr,

**Le placenta est adhérent au ligament large, aux
pédicules cervico-vaginaux et aux artères utérines:
Decollement spontané**



Hémorragie brutale.

PRISE EN CHARGE



Collapsus

Noradrénaline à la dose de $0,6 \mu\text{g/kg/m}$,
Transfusion de 04CG/04PFC/01CPS,
Hystérectomie totale d'hémostase.

Etat de choc:

Bradycardie à 40b/min PAS imprenable,
Adrénaline à la dose de $1 \mu\text{g/kg/m}$,
Transfusion de 04CG/01CPS,
et une reprise chirurgicale sans résultat

Durée bloc opératoire – 5 h

Support vasoactif et VA sous AG – 15 h

Extubée – SHD - réveil complet - Normothermie

PRISE EN CHARGE

Le lendemain:

une hémiparésie gauche est constaté

Angio-I.R.M.cérébrale: multiples foyers ischémiques sylviens bilatéraux à la phase aigüe,

echocarcardiographie: dysfonction VG modéré, Fe=45%.

séjour 5 jours en reanimation médicale:
amélioration de la fonction VG (Lopril),
amélioration de l'état neurologique.

Le doppler des vaisseaux du cou RAS.

COMMENTAIRES

critères	Grossesse abdominale secondaire	Grossesse abdominale primitive
Fréquence	+++	+/-
Cause	avortement tubo-abdominal, grossesse ovarienne rompue, rupture à bas bruit d'un utérus cicatriciel.	erreur de parcours lors de sa migration transpéritoneale =>l'embryon se greffe sur un organe abdominale et y puise sa vascularisation (anses greliquies, méésentère, foie, rate, reins).
Placenta	conserve ses connections vasculaires propres, ligaturer les pédicules utero- ovariens => un champ opératoire pratiquement exsangue.	Vascularisation non systématisée => hémostase et décollement placentaire très difficiles++ délai de 15jrs à 4 mois : préviens les complications (hemorragique, infectieuse, digestives)

COMMENTAIRES

Notre cas peut être classé parmi les grossesses abdominales **primitives** car:

évolution normale **jusqu'à terme** avec un corps utérin et des trompes intactes.

sur le plan diagnostic:

- les douleurs abdominales et pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux avec ou sans métrorragies;

- l'anémie avec altération de l'état général;

COMMENTAIRES

Echographie +++: confirmation diagnostique;
l'ASP est indiqué en cas de syndrome occlusif.



Echographie pelvienne en coupe longitudinale montrant un utérus légèrement augmenté de taille avec une vacuité de la ligne médiane.



IRM abdominale en coupe sagittale en séquence pondérée en T2. le **foetus (F)** est de siège abdominale en dehors de la cavité utérine.



IRM abdominale en coupe sagittale et coronale en séquence pondérée en T2. le **Placenta** siège au niveau de la **fosse iliaque droite** avec une large **base d'implantation** sur la **face postérieure du fond utérin**.



COMMENTAIRES

dans notre observation, l'échographie n'a pas confirmé la grossesse abdominale:

Une **rachianesthésie** et la **conversion** en situation d'**extrême urgence**

COMMENTAIRES

Dans notre observation:

Utérus fibromateux,
Anomalie d'insertion placentaire
Decollement spontané,
Anémie préopératoire sévère ,
AG/ALR



Hémorragie massive.



Catécholamines
02 séries de transfusions
Facteur VIIa

Hémostase chirurgicale

Prise en charge d'une HPP en cours de césarienne

Diagnostic d'HPP:

Mesure du volume aspiré
(sans liquide amniotique) } ≥ 500 ml
+ pesée des champs

+/- altération des constantes maternelles

Equipe obstétricale

Hémostase chirurgicale rapide
(hystérorraphie, suture des plaies)

Communication

Equipe anesthésique

- Oxytocine 5 à 10 UI IV lente (40 UI au max)
- Feuille de surveillance HPP
- Maintien de l'hémodynamique
(expansion volémique par cristalloïdes)

HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques
(échec de la prise en charge initiale)

Utérotoniques (Sulprostone)

- 2^{ème} voie veineuse périphérique $\geq 16G$
- bilan biologique initial: NFSp, TP, TCA, Fibrinogène +/- hémocue*
- Mise en réserve de culots de globules rouges

Echec

Hémostase chirurgicale conservatrice :
capitonage ou compression
et/ou ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH)

Echec

Hystérectomie inter-annexielle
(totale ou subtotale)

+/- rFVIIa

- Oxygène
- Prévention de l'hypothermie
- Maintien de la pression artérielle
remplissage cristalloïdes +/- colloïdes
+/- vasopresseurs
- Conversion éventuelle en AG,
si instabilité hémodynamique
- Limiter la concentration des halogénés,
notamment si atonie
- +/- Acide Tranexamique
- +/- Transfusion de culots de globules rouges
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes

COMMENTAIRES

D'autre part **L'hypothermie accidentelle péri-opératoire:**

- une complication classique de l'anesthésie,
- pourvoyeuse de **pertes caloriques importante,**
- survenue des **infections, des saignements et des accidents cardiovasculaires péri-opératoires**



surmortalité péri-opératoire.

COMMENTAIRES

Dans notre observation:

- **durée de la chirurgie (>5H);**
- **durée de l'anesthésie > 2 heures(15H) ;**
- **anesthésie générale** et neuro-axiale combinées ;
- utilisation de grandes quantités de liquide d'irrigation et la transfusion de culots globulaires pas assez réchauffés
- température basse en salle d'opération
(les recommandations britanniques et allemandes)

Pronostic

Mortalité maternelle : 0-18%

Infectieuses et hémorragiques

Mortalité foétale : lourde 75 à 90%

parmi les nés vivants : 50% décèdent 24H après !

Insuffisance respiratoire
hypoplasie pulmonaire.

Heureusement

Notre **maman** et son **bébé** sont en très **bonne santé** .

Conclusion

La grossesse abdominale entité anatomo-clinique **rare** de **diagnostic difficile** comporte une **morbimortalité** autant maternelle que fœtale **élevée** .

Le contrôle et le traitement des affections génitales de la femme ainsi que le diagnostic et la **surveillance systématique et régulière** de cette grossesse, rendent cette forme de grossesse exceptionnelle.

