

Le péri opératoire EIAS

Le contexte

- Maternité de type III
- Présence permanente d'une équipe obstétricale et chirurgicale
- Présence permanente d'une équipe anesthésique
- Etablissement disposant de pratiquement toutes les spécialités médicales et chirurgicales
- Accès facile a transfusion
- Embolisation

Le cas

- 40 ans
- G8 P7
 - 4 accts normaux
 - Puis 3 césariennes
- Consulte en salle d'accouchement à 37 SA + 4j
le 5 10 15

Surveillance de la grossesse

- Suivi régulier en ville puis dans l'établissement à partir de 31 SA
 - Terme certain
 - Diabète gestationnel sous régime
 - Echo T1 et T2 ras
 - Echo T3: foetus eutrophe , placenta praevia marginal
 - Cs anesthésie non réalisée

A l'entrée

- absence de métrorragies, absence de contraction utérine
- Une échographie réalisée en salle d'accouchement puis recontrôlée au centre de diagnostic prénatal retrouve un placenta antérieur recouvrant avec images en faveur d'un placenta accreta et doute sur une portion percreta au niveau vésical.

IRM

- le jour même retrouvant un placenta antéro latéral droit bas inséré totalement recouvrant ; le placenta apparaît hétérogène dans sa partie postérieure et inférieure et semble être le siège de phénomènes hémorragiques ; ces aspects font suspecter un placenta accreta. Suspicion de percreta au niveau vésical sur 5 cm de hauteur en antéro latéral droit ; à ce niveau le liseré en hyposignal de la paroi vésicale apparaît interrompu.

Décision

- Hospitalisation
- **Dans la nuit du 5 au 6/10/15**, la patiente présente un épisode de métrorragie minime, résolutif après tocolyse par atosiban.
- **Le 6/10/15** : Décision de césarienne pour épisode de métrorragies sur placenta accreta avec suspicion de portion percreta, la patiente est informée du diagnostic et du risque d'hystérectomie d'hémostase.

Césarienne

- 11H : Césarienne réalisée au bloc opératoire de gynécologie, sous rachianesthésie-péridurale combinée, contrôle échographique pré hystérotomie permettant une incision fundique en dehors du placenta
- 11H15 : extraction en siège d'une fille de 3000g, Apgar 10.

Césarienne

- Absence de décollement de la totalité du placenta avec atonie utérine et saignement actif utérin extériorisé par voie basse entraînant une perte de 2 Litres de sang en 5 minutes.
- S'ensuit alors une instabilité hémodynamique sévère. Délivrance artificielle du placenta permettant un arrêt des saignements. Fermeture rapide de l'hystérotomie.
- On constate en per opératoire que le segment inférieur de l'utérus est inaccessible avec présence de volumineuses varices et vaisseaux semblant transfixiantes au niveau vésical.

Césarienne

- 12H45 : Devant une instabilité hémodynamique sévère malgré les premières mesures de réanimation il est décidé de pratiquer une hystérectomie d'hémostase sous anesthésie générale.
- Plaie vésicale suturée en per opératoire mais absence de franc envahissement vésical, à noter une vraie rupture utérine avec un segment inférieur complètement « soufflé » par l'envahissement placentaire. Mise en place de 2 drains pelviens et mèches hémostatiques sur la suture vaginale, absence de saignement en fin d'intervention.

La réanimation

- transfusion de 8CGR, 6PFC, 1 CUP, 3 g de fibrinogène, 3 flacons d'albumine, 2 g de calcium
- 2 g d'acide tranexamique, 5 l de cristalloïdes, 1l de colloïdes
- Noradrénaline jusqu'à 8 mg/h, Adrénaline jusqu'à 1,5 mg/h.

Les suites

- 17H : Transfert de la patiente en service de réanimation. Instabilité hémodynamique sévère malgré les mesures de réanimation; apparition d'une CIVD : Hb 6,4g/dl plq 68000 TP 43% Fibrinogène 1,6 g/l.

Les suites

- 20H : Les drains pelviens ont donné de façon concomitante 2,2L à gauche et 500mL à droite. Réalisation d'une échographie abdominale : majoration du saignement intra abdominal (initialement mesuré à 3 cm en sous diaphragmatique gauche puis 5cm associé à un épanchement péri hépatique de 2 cm).
- Désordres métaboliques : acidose métabolique pH 7,25 HCO₃ 14 hyperlactatémie 7,6
- Absence de défaillance rénale : créatininémie à 60, reprise d'une diurèse en réanimation
- Absence de défaillance neurologique : à l'arrêt de la sédation, Glasgow 14
- Stabilité respiratoire : FiO₂ entre 30 et 40 % avec bonne hématoxose.
- Amines : noradrénaline jusqu'à 11mg/h.
- Transfusion : 12 CGR, 11 PFC, 2 CUP, 7,5 g de fibrinogène, 2 flacons d'albumine, 4 L de cristalloïdes, 1 g d'acide tranexamique.

Les suites

- Discussion d'une reprise chirurgicale de principe
- Décision de reprise chirurgicale après correction de la CIVD.

Les suites

- **7/10/15** 3H : Reprise au bloc opératoire : décaillotage, saignement en nappe au niveau de la tranche vaginale et du péritoine postérieur ; Réalisation de l'hémostase, mise en place de 2 drains au niveau des gouttières pariéto coliques, mèches hémostatiques type Surgicel et 2 champs intestinaux laissés en place. Amélioration rapide de l'hémodynamique per opératoire.

Les suites

- 5H : Retour en réanimation : stabilisation hémodynamique sous noradrénaline 1mg/h, lactates 4, Hb 9,4, CIVD corrigée : TP 59%, Fibrinogène 2,11, Plaquettes 141000.
- 11H : Dépacking au bloc opératoire sans incident : absence d'hémopéritoine, mèches hémostatiques et drains laissés en place, puis retour en réanimation.
- 17H : Plan hémodynamique : stable sans amine, Hb stable 9,8, CIVD en amélioration sur le TP (60%), lactatémie normalisée, ETT normale
- Plan respiratoire : extubation, absence de détresse respiratoire
- Diurèse conservée
- Drains peu productifs.

Au total

- choc hémorragique sur hémorragie de la délivrance grave par placenta accreta ayant nécessité :
- - sur le plan chirurgical une hystérectomie d'hémostase et une reprise précoce avec packing
- - sur le plan anesthésique des mesures de réanimation avec mise sous amines à forte dose et transfusion massive : sur 18H la patiente recevra 20 CGR, 17 PFC, 4 CUP, 10,5g de fibrinogène, 9L de cristalloïdes, 1L de colloïdes, 5 Flacons d'albumine.

Discussion

- Ca peut vous arriver, même en maternité de type 1
- Défaut d'anticipation
 - Pas de contrôle de l'échographie
 - Pas de consultation précoce d'anesthésie
 - Pas de réunion préparatoire commune
- Sur le plan chirurgical
 - Hystérectomie d'emblée
 - Heure des reprises
 - Présence d'un urologue?
 - Ballon dans les hypogastriques en préalable?

Sur le plan réanimation: suite

- Globalement très bonne gestion technique
- Césarienne sous ALR puis AG pour la phase hémorragique
- Prise en charge de la transfusion massive dans les règles
- Surveillance lactate
- Discussion sur:
 - L'emploi d'un cell saver
 - le moment d'administration du rFVIIa