



Cas clinique

Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire (ACR) chez une femme enceinte et sauvetage fœtal

Management of cardio-respiratory arrest (CRA) in a pregnant woman and fetal rescue

WC Toure*¹, L Soro², KI Kouamé², SER Ahouangansi¹, EF Mouafo¹, L Koffi¹, D Netro¹, YF N'Guessan¹

Résumé

L'arrêt cardiopulmonaire chez la femme enceinte est une extrême urgence prenant souvent au dépourvu les équipes d'anesthésie et de réanimation du fait de sa rareté. Sa prise en charge doit être adaptée à l'état gravidique.

Nous rapportons la prise en charge d'un cas survenu dans un environnement ayant des moyens de prise en charge insuffisamment adaptés pour faire face à une telle situation. La patiente est décédée à l'issue de cette réanimation cardiopulmonaire, tandis que son fœtus a pu être sauvé avec un indice d'Apgar à 8 dès la 2e minute.

Pour en améliorer le pronostic maternel et le pronostic fœtal, l'arrêt cardiopulmonaire chez la femme enceinte doit être pris en compte afin de mettre en place des mesures d'anticipation dans sa prise en charge.

Mots-clés : Arrêt cardiopulmonaire; Grossesse; Réanimation cardiopulmonaire; Score d'Apgar.

Abstract

Cardiopulmonary arrest in pregnant women is an extreme emergency that often takes anesthesia and resuscitation teams by surprise because of its rarity.

Its management must be adapted to the gravid state.

We report the management of a case that occurred in an environment with insufficiently adapted means of management to deal with such a situation. The patient died following this cardiopulmonary resuscitation, while her fetus was saved with an Apgar index of 8 from the 2nd minute.

To improve the maternal prognosis and the fetal prognosis, cardiopulmonary arrest in pregnant women must be considered in order to set up anticipatory measures in its management.

Keywords: Cardiopulmonary arrest; Pregnancy; Cardiopulmonary resuscitation; Apgar score.

Introduction

L'ACR chez la femme enceinte est une situation prenant souvent au dépourvu les équipes d'anesthésie et de réanimation du fait de sa rareté. En effet on estime son incidence à 1/30000 accouchements dans les pays développés [1], tandis que les données sont manquantes dans les pays en voie de développement. Il s'agit d'une urgence extrême en salle de naissance,

engageant aussi bien le pronostic vital de la mère que celui de son fœtus. Sa prise en charge doit tenir compte des particularités liées à l'état gravidique.

Nous décrivons la prise en charge d'un ACR chez une femme enceinte, ayant abouti à un sauvetage fœtal, mais dont l'issue a été fatale pour la mère.

Cas clinique

Il s'agissait de Mlle AH, âgée de 16 ans, primigeste et nullipare, qui était porteuse d'un trait drépanocytaire AS. Elle a été admise en salle d'accouchement en provenance d'un centre de santé rural pour la prise en charge d'une éclampsie sur une grossesse de 36 semaines d'aménorrhée. L'histoire de sa grossesse était peu documentée, avec absence de consultation prénatale et de bilan prénatale. Elle a présenté une crise convulsive une minute après son admission, mais n'a reçu aucun anticonvulsivant par manque de ceux-ci dans la salle à cet instant. Une césarienne en urgence a été indiquée par les obstétriciens et le service d'anesthésie a été sollicité pour une consultation pré anesthésique. L'anesthésiste-réanimateur de garde est arrivé 5 minutes après l'admission et a constaté un coma avec un score de Glasgow à 7. En fin d'examen, la patiente a présenté une nouvelle crise convulsive, nécessitant l'administration de 10 mg de diazépam par voie intraveineuse. La crise a duré moins de 2 minutes et dès sa cessation la patiente a présenté un ACR. Un massage cardiaque externe (MCE) a immédiatement été initié, couplé à une ventilation au Ballon Autogonflable à Valve Unidirectionnelle (BAVU) et une latéro déviation utérine vers la gauche. L'équipe présente et impliquée dans cette prise en charge comptait deux médecins dont un réanimateur et un obstétricien, et une sage-femme. Le BAVU était le seul matériel de prise en charge des voies aériennes pour adulte présent dans la salle. Après 5 minutes de réanimation cardiopulmonaire (RCP) sans reprise d'activité cardiaque de la gestante, il persistait une vitalité fœtale avec bradycardie. Une césarienne post mortem a été réalisée dans l'immédiat en salle d'accouchement permettant d'extraire un nouveau-

né de sexe masculin avec un score d'Apgar à 2 et un pouls à 64 battements/min. Une RCP du nouveau-né a été aussitôt initiée et l'alerte a été donnée à la néonatalogie. La prise en charge comprenait son séchage, sa mise sous lampe chauffante, la libération de ses voies aériennes et une ventilation au BAVU pédiatrique. Devant la persistance de son état à la 40e seconde, il fut intubé et ventilé. L'évolution a été marquée à la 2e minute par l'amélioration du score d'Apgar à 8 et par le passage du pouls à 124 battements/min à la 5e minute de vie. Le nouveau-né a été ensuite extubé après 10 min de RCP, puis confié à la néonatalogie pour la suite de sa prise en charge.

Discussion

L'intérêt de ce cas clinique est triple :

- La rareté de cette situation, contribuant à une mauvaise préparation des équipes pour la prise en charge;
- Le risque d'inefficacité des mesures de RCP à cause des modifications liées à l'état gravidique ;
- La mise en jeu du pronostic vital de 2 vies simultanément.

Bien que les données soient peu nombreuses dans le monde en général et absente dans les pays en voie de développement, tous les écrits s'accordent à dire que l'ACR chez la femme enceinte demeure peu fréquent [1]. Cette rareté a pour conséquence une connaissance limitée et l'absence de réflexes dans la prise en charge de ces cas. Elle expose également à un manque d'anticipation logistique dans la prise en charge de l'ACR chez la femme enceinte comme dans notre cas clinique. Une bonne préparation à faire face à l'ACR de la femme enceinte en salle de naissance devrait consister à [2]:

- Avoir un algorithme de prise en charge clair et du matériel adéquat constamment sur place;
- Assurer l'implication précoce de tous les acteurs;
- Garantir un entraînement régulier par des simulations, au mieux.

Ainsi la prise en charge se doit d'être assurée par une équipe bien étoffée tant sur le plan qualitatif que sur le

plan quantitatif afin d'optimiser les prises en charges d'autant plus que les pronostics vitaux de la mère et de son fœtus sont mis en jeu au même moment.

Par ailleurs la seconde partie de la grossesse expose la femme à des modifications anatomiques et physiologiques qui peuvent altérer la qualité de la RCP, notamment le MCE. Il est donc recommandé de limiter la compression aorto-cave en déviant manuellement l'utérus sur la gauche par une tierce personne lors de la RCP. Dans notre cas il est probable que cette manœuvre ait contribué à améliorer le pronostic du nouveau-né après sa naissance. De même il est recommandé de réaliser une césarienne dans les 4 à 5 minutes suivant l'arrêt cardiaque afin d'optimiser l'efficacité de la réanimation. Cette mesure améliore le pronostic maternel par lever de la compression aorto-cave et aussi le pronostic fœtal par extraction du fœtus de l'atmosphère délétère maternel [3].

Conclusion

La réanimation de l'ACR chez la femme enceinte présente peu de particularités. Cependant elle nécessite une prise en charge énergique et bien organisée afin de réduire au strict minimum le risque de morbi-mortalité. Aussi sa rareté ne devrait pas empêcher les équipes en salle de naissance de s'y préparer.

*Correspondance

Walamitien Cyrille TOURE

walamitien@gmail.com

Disponible en ligne : 31 juillet 2023

1 : Service d'anesthésie- réanimation du CHU d'Angré, Abidjan, Côte d'ivoire.

2 : Service d'anesthésie- réanimation du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'ivoire.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Daniel Y, Lemoine S, Travers S. Prise en charge initiale de l'arrêt cardiaque de la femme enceinte. *Ann Fr Médecine Urgence*. sept 2011;1(5):320-5.
- [2] Perkins GD, Gräsner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. avr 2021;161:1-60.
- [3] Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, Gent LM, Atkins DL, Bhanji F, et al. 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Pour citer cet article :

WC Toure, L Soro, KI Kouamé, SER Ahouangansi, EF Mouafo, L Koffi et al. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire (ACR) chez une femme enceinte et sauvetage fœtal. *Jaccr Africa* 2023; 7(3): 214-216