

Traumatisme et grossesse

ESC_OB_006_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 26 ans, 1GOP, enceinte à 34 SA, victime d'un accident de la voie publique avec un traumatisme grave à points d'impact crânien, thorax et abdomen et pelvis. Son mari est décédé dans le même accident. Elle se présente dans un état de choc hémorragique avec saignement vaginal.

Objectifs critiques :

- Énumérer les critères d'un traumatisme grave,
- Connaître les principes de réanimation du choc traumatique,
- Considérer les examens complémentaires,
- Connaître les particularités d'un traumatisme grave chez la femme enceinte.

Traumatisme et grossesse

ESC_OB_006_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	26 ans, sexe féminin
Data	:	Poids = 80 Kg, Taille = 166 cm
SF	:	traumatisme grave
Début	:	AVP 2 heures avant son admission
Signes associés	:	choc traumatique
Mode d'admission	:	ramenée par la protection civile
Signes critiques	:	contractions utérines, saignement vaginal

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	RAS
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 30 c/min, pas cyanose, pas de SLR, pas de râles, SpO2 = 92%
Fonction circulatoire	:	FC = 140 bpm, PA = 80/40 mmHg, pâleur intense, auscultation normale
Fonction neurologique	:	GCS = 7/15 (E1V1V5), pas de déficit, semi-mydrise bilatérale, pas de convulsion
Examen somatique	:	Contractions utérines +++, saignement vaginal, perte de liquide amniotique

Glycémie : 1,2 g/L Température : 36,6 °C

Traumatisme et grossesse

ESC_OB_006_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Acide tranexamique
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Fibrinogène injectable
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> Ceinture pelvienne
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	<input type="checkbox"/> Kit de ponction sus-pubienne
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	<input type="checkbox"/> Facteur VII activé

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin, enceinte
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples, plein de sang

Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : obstétricien de garde

Traumatisme et grossesse

ESC_OB_006_Scénario

Baseline

FR = 30
SpO2 = 92%
EtCO2 = 30

FC = 140
PA = 80/40

GCS 7/15
Semi-mydriase bilatérale

Interventions

TTT Choc
traumatique

RAS

FC = 140
PA = 100/50
SpO2 = 96%

Prise en charge
obstétricale

Non



Oui



Traumatisme et grossesse

ESC_OB_006_Programmation

Baseline

FR = 30 c/min, pas de cyanose, SpO2 = 92%, pas de râles

FC = 140 bpm, PA = 80/40 mmHg, auscultation normale

EtCO2 = 30 mmHg

Critical

Détresse hémodynamique

Saignement vaginal

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 120/60 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Traumatisme et grossesse

ESC_OB_006_Debriefing

Fiche

- Les traumatismes sont la première cause de mortalité non liée à la grossesse chez la femme enceinte,
- La vie de l'enfant est directement liée à celle de sa mère, qui doit être prioritaire pour toutes les décisions thérapeutiques,
- Les chutes et les accidents de la circulation sont les principales causes de traumatisme chez la femme enceinte
- L'hypervolémie de la grossesse peut masquer les premiers signes cliniques d'une hypovolémie,
- Le remplissage vasculaire précoce permet d'éviter tout retard à la compensation d'une hémorragie,
- L'intubation endotrachéale peut être difficile chez la femme enceinte, qui doit systématiquement être considérée comme un estomac plein
- Le décollement placentaire est la principale cause de détresse fœtale,
- L'échographie et un bilan radiologique adapté à la grossesse sont les examens permettant de faire l'essentiel du diagnostic chez la mère et chez le fœtus,
- Si quelques heures de surveillance aux urgences ou dans un service d'obstétrique sont suffisantes en cas de traumatisme mineur, un centre de traumatologie multidisciplinaire est nécessaire en cas de traumatisme majeur,
- En cas de décès maternel et au-delà de 25 semaines d'aménorrhée, une césarienne post-mortem très précoce peut permettre la survie correcte du fœtus.

Objectifs techniques

- Énumérer les critères d'un traumatisme grave,
- Connaître les principes de réanimation du choc traumatique,
- Considérer les examens complémentaires,
- Connaître les particularités d'un traumatisme grave chez la femme enceinte.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	6.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	19.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	14.10 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	7.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	91 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	42 %	(70-140)
INR		
TCA		
Temps témoin	30 sec	
TCA		
Temps patient	50 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.6 g/L	(2.00-4.00)

Groupage sanguin

Résultat

Groupage sanguin

A Rh -

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	4,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.70 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	20 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	60 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	60 UI/L	(5-40)
CRP	50 mg/L	(< 10)
Albumine	35 g/L	(35-55)

Ionogramme

	Résultat	Références
LDH	3000 UI/L	(190-400)
CPK	2800 UI/L	(< 150)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Troponine	0,05 ng/mL	(< 0.01)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.20	(7.35-7.45)
CO ²	30 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	15 mmol/L	(22-26)
PaO ²	95 mmHg	(> 85)
SaO ²	97 %	(95-100)
Lactates	3 mmol/L	(< 2)



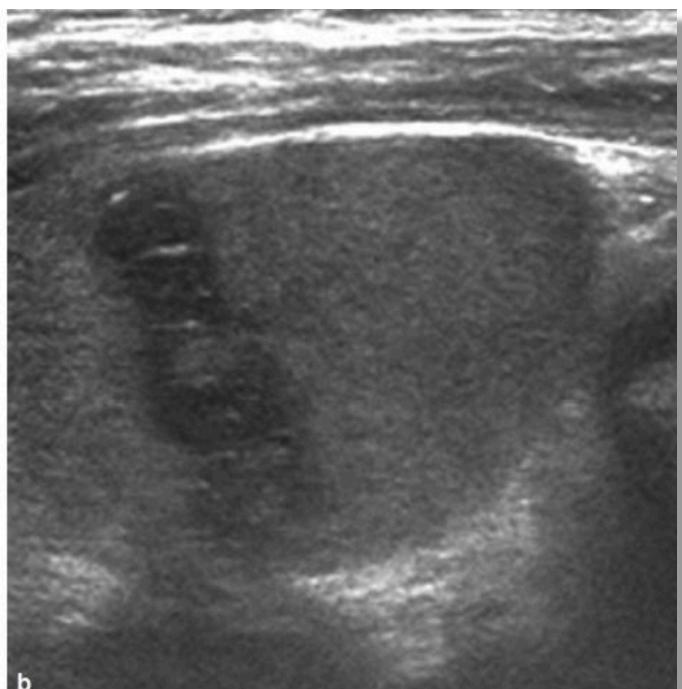
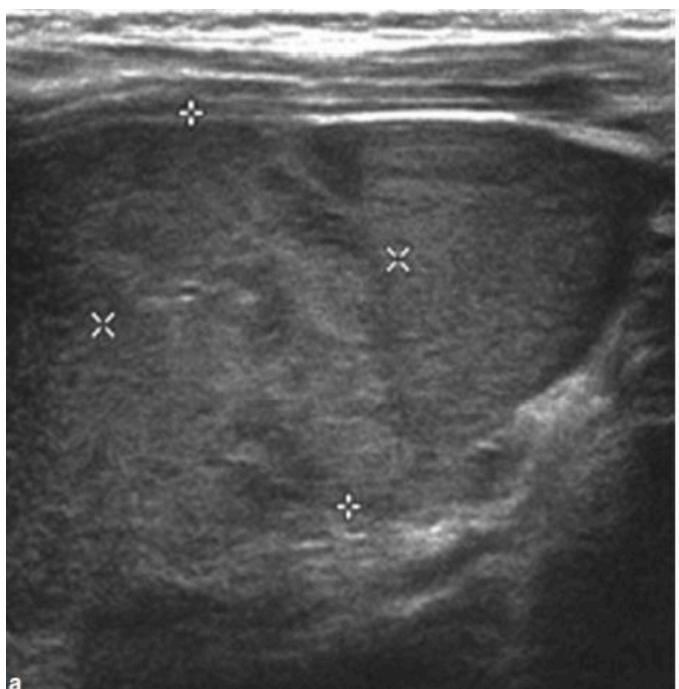
Radiographie du poumon



Radiographie du bassin



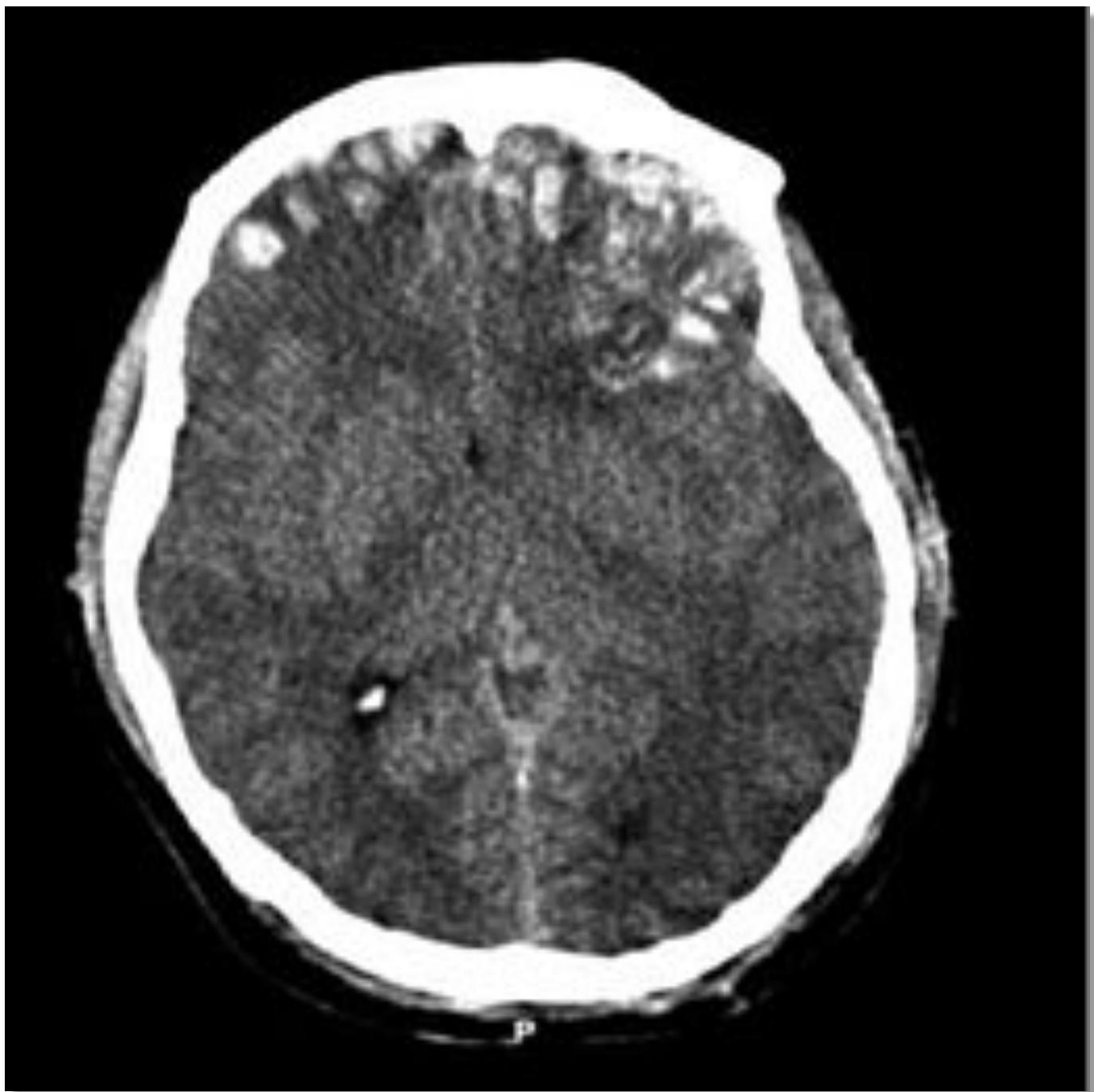
Échographie abdominale



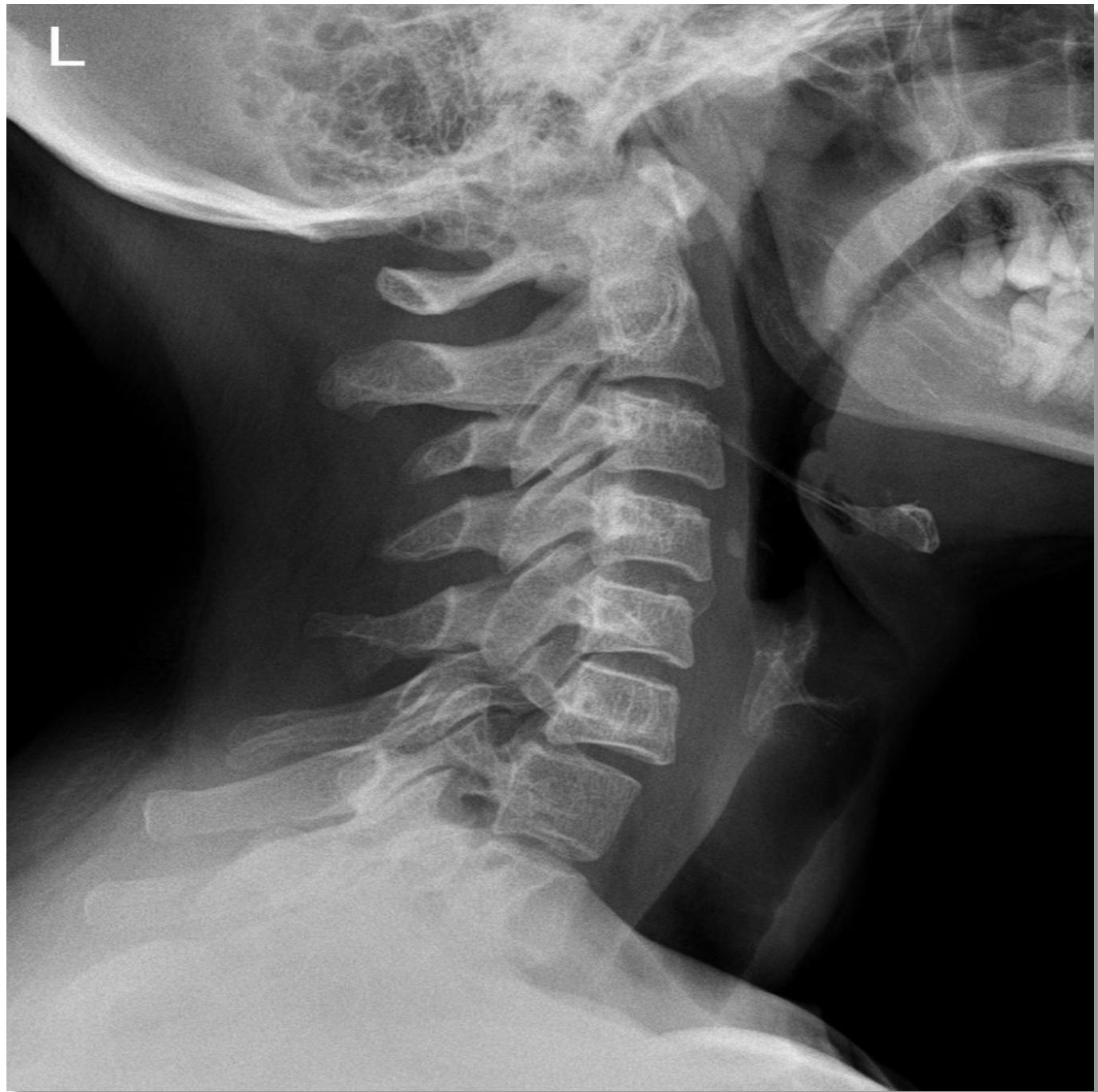
Interprétation :

Hémopéritoine de grande abondance, doute sur une contusion hépatique.

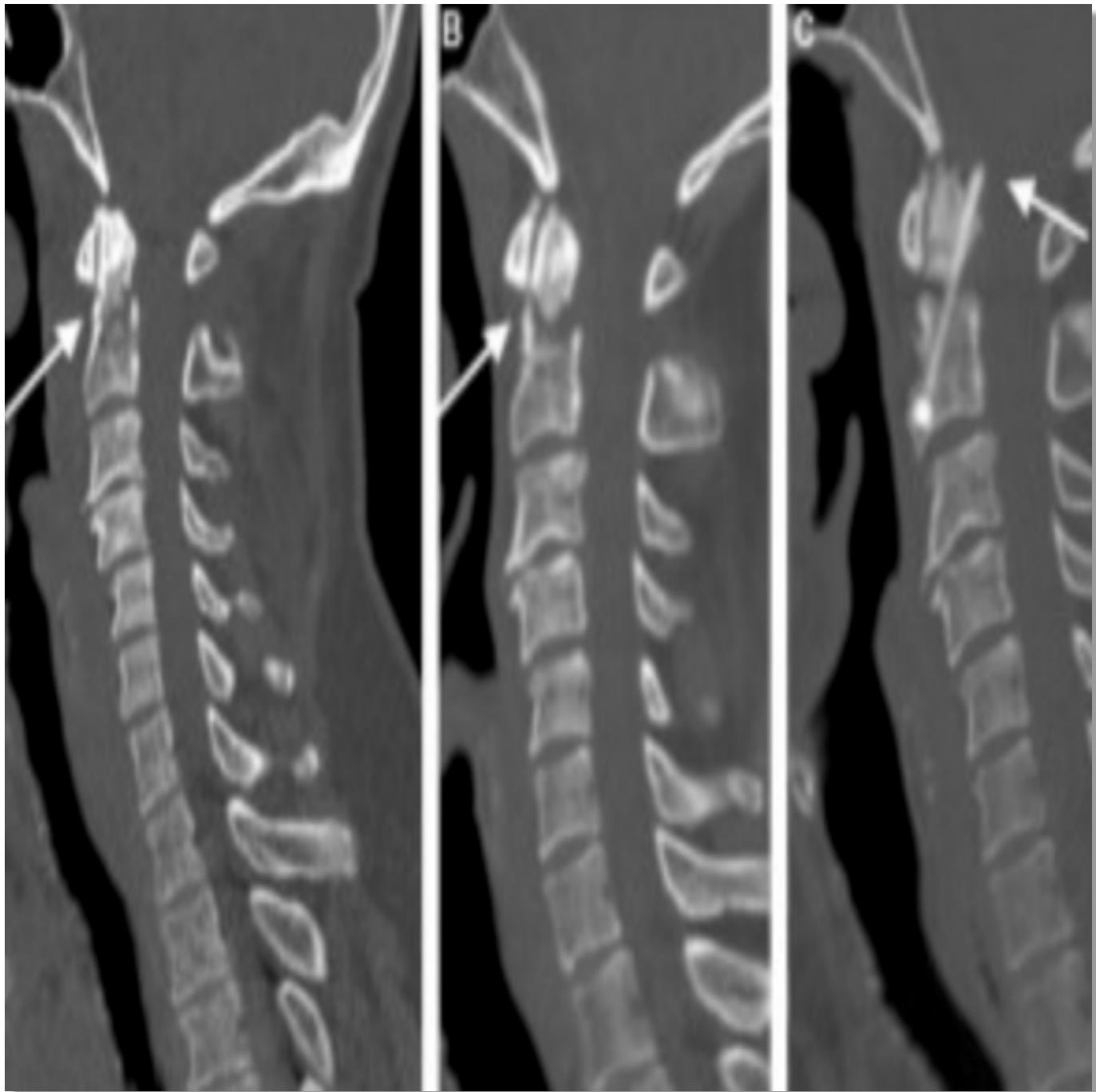
TDM cérébrale



Radiographie du rachis cervical



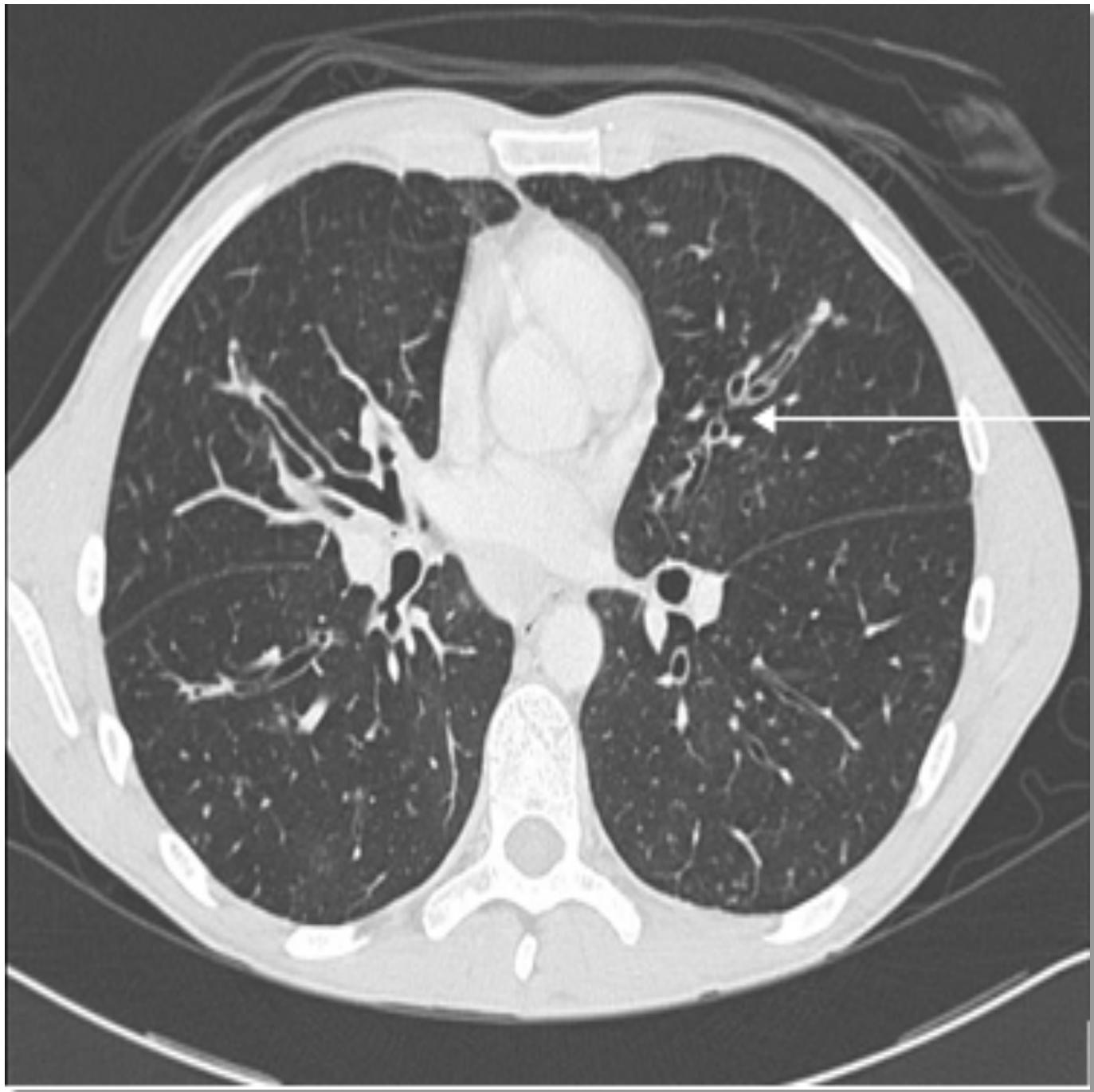
TDM du rachis cervical



Interprétation :

Rectitude du rachis cervical, rien à signaler par ailleurs.

TDM thoracique



Interprétation :

Petites zones de condensation en rapport avec une contusion pulmonaire minime.

TDM abdominale



Interprétation :

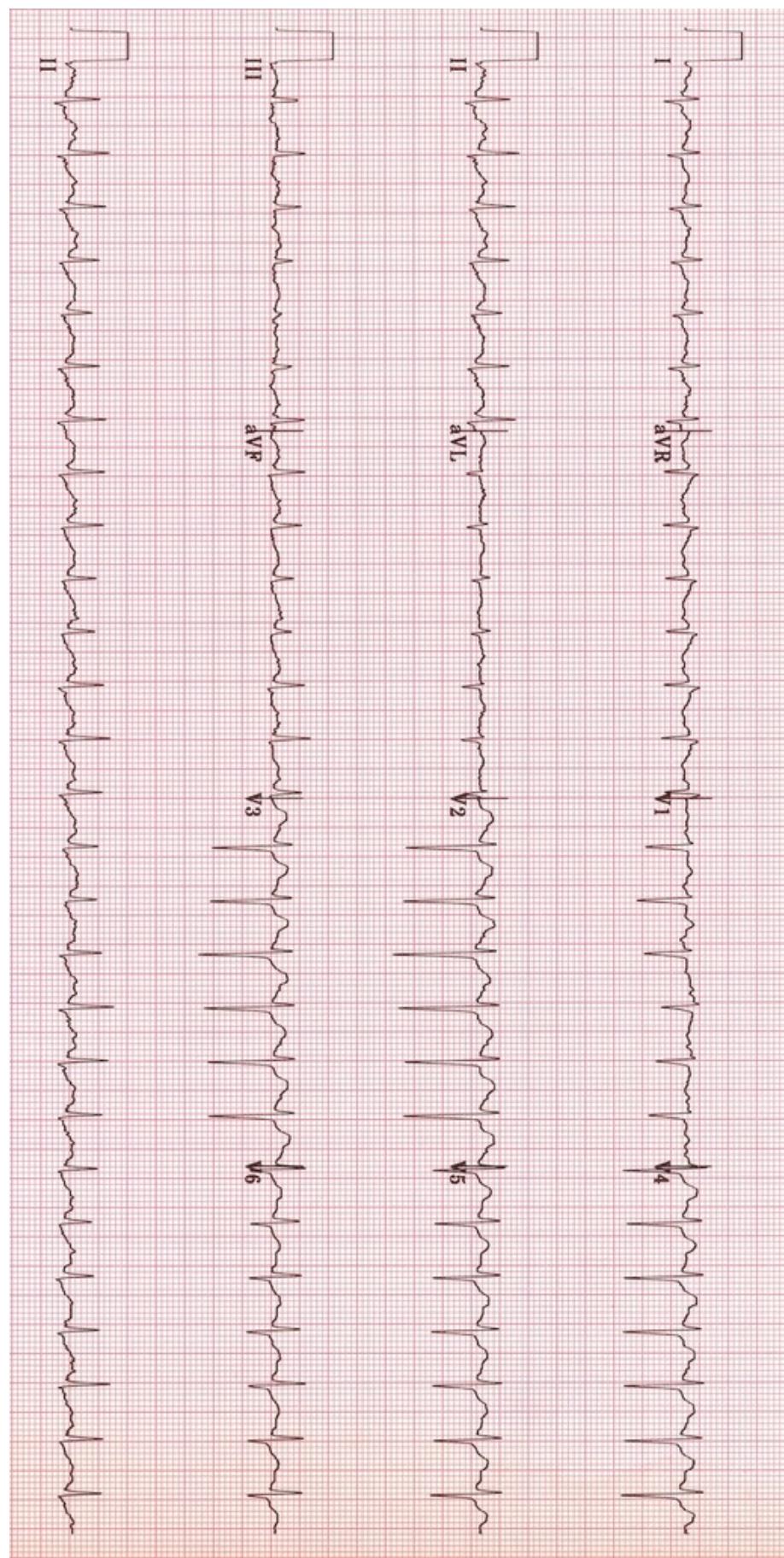
Hémopéritoine et contusion hépatique avec hématome rétropéritonéal.

TDM Bassin

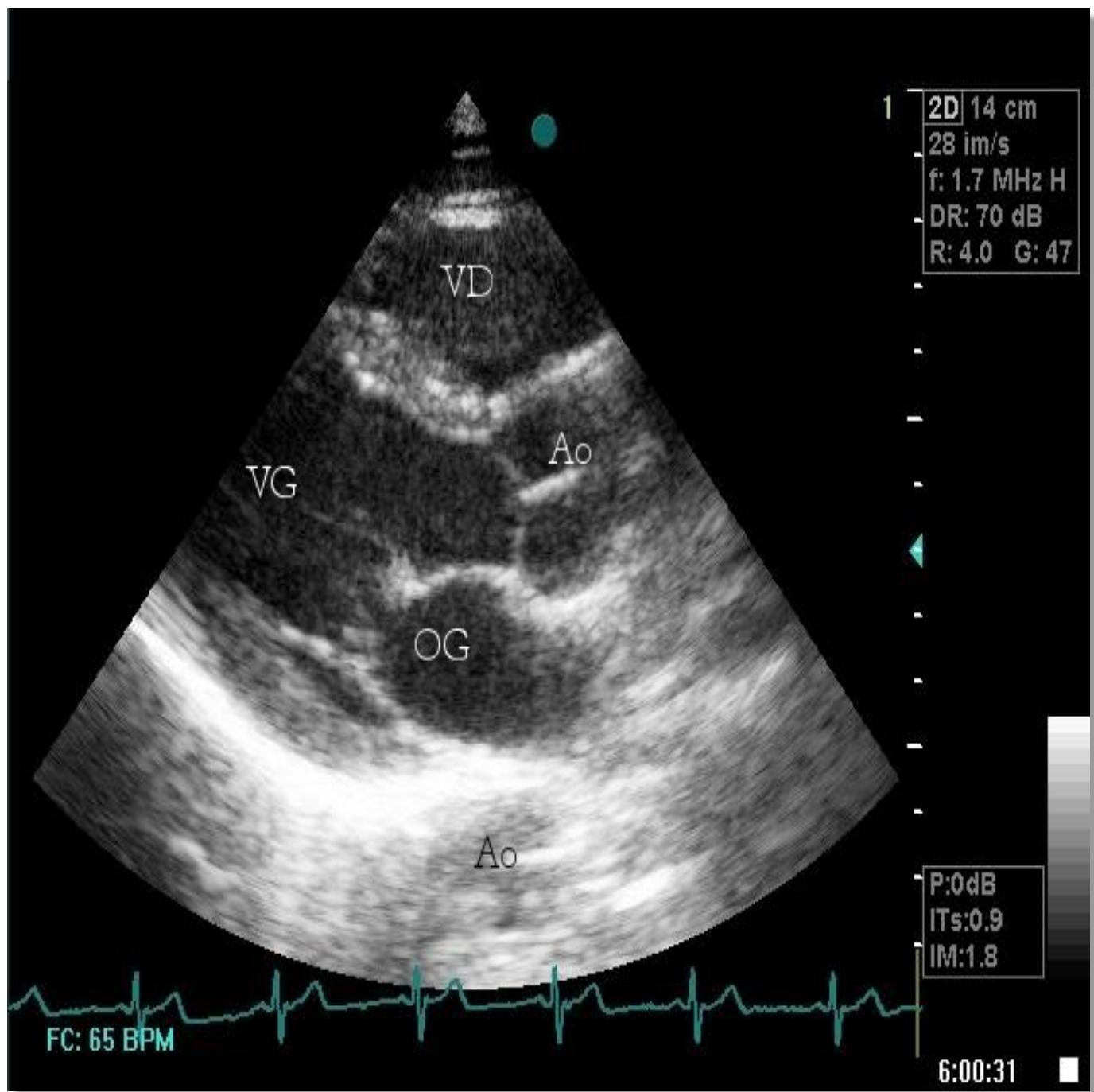


Interprétation :

Disjonction de la symphyse pubienne avec hématome des parties molles.

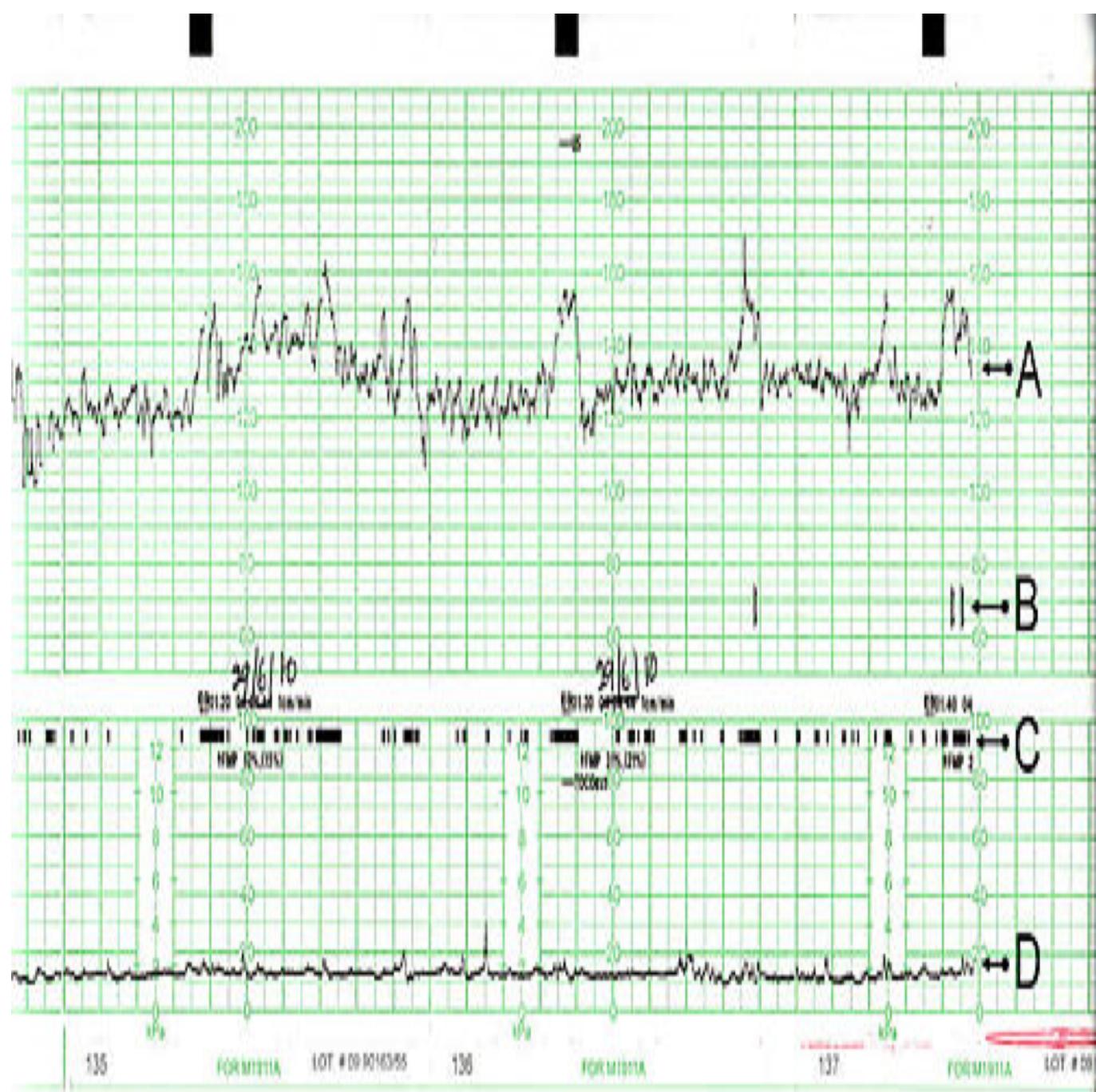


Échocardiographie



Interprétation :

Normale.



Interprétation :

Tracé normal.

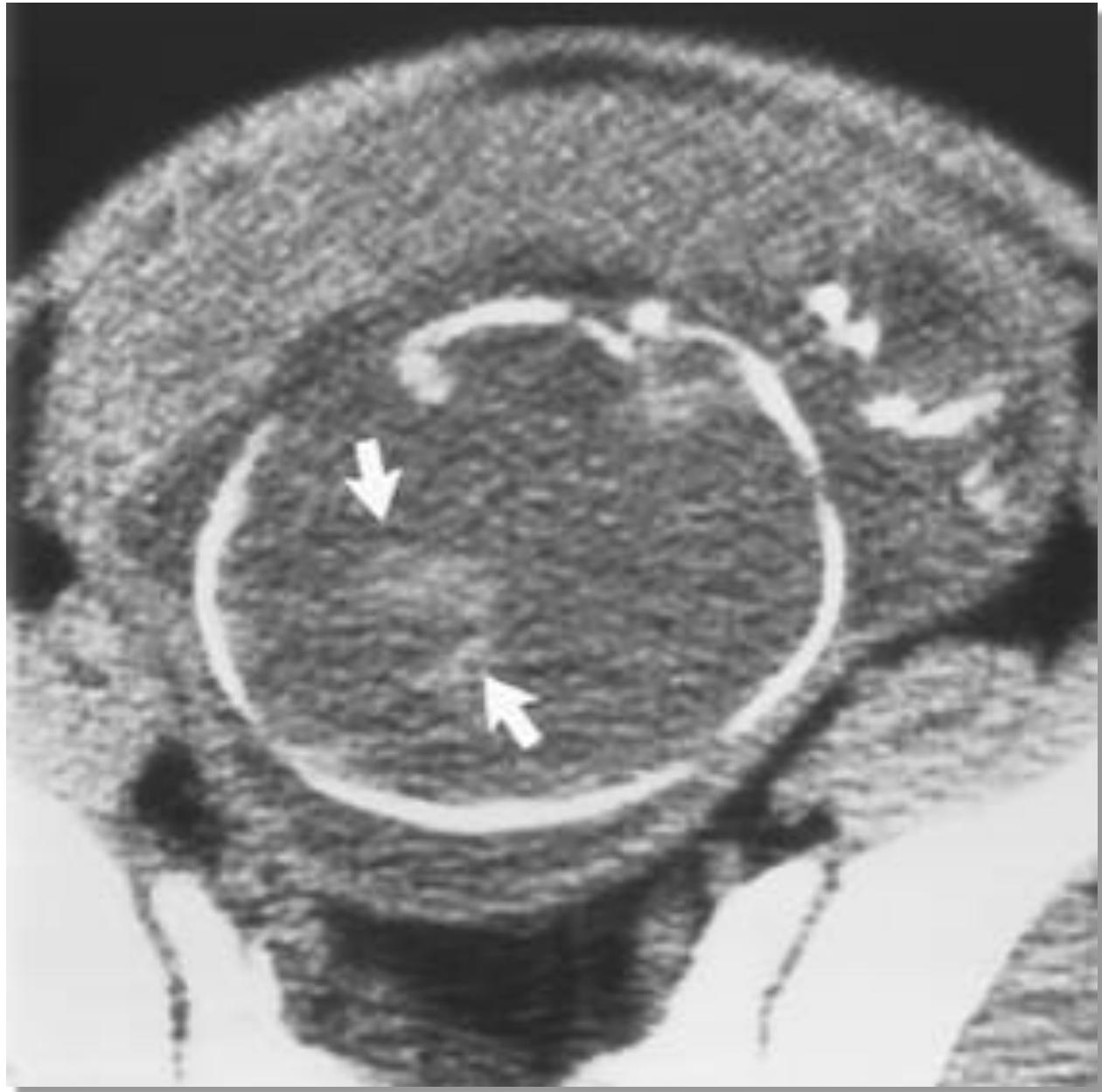
Échographie obstétricale



Interprétation :

Grossesse évolutive à 34 SA, décollement probable du placenta.

TDM obstétricale



Interprétation :

Hémorragie fœtale ventriculaire post-traumatique.