

# L'EMBOLIE AMNIOTIQUE (EA)

## • Epidémiologie

L'EA a été décrite pour la première fois par Meyer en 1926.

L'incidence de l'EA est très variable en fonction des études, des zones géographiques et des périodes. Ainsi elle est estimée à 1/53000 accouchements en Europe et 1/15200 accouchements en Amérique du Nord. Cela est dû à la rareté de la pathologie, aux critères diagnostics imprécis et à l'absence de registre de déclaration.

En France, l'EA représente la 4ème cause de mortalité selon le rapport du CNEMM (comité national d'experts sur la mortalité maternelle)(8,6%). Ainsi entre 2007 et 2009, 19 cas mortels d'EA ont été déclarés. Selon les experts du comité, le décès était évitable dans 29% (retard de traitement ou traitement inadapté).

## • Facteurs de risque

De nombreux facteurs de risques ont été identifiés, on retrouve de façon constante l'âge supérieur à 35 ans et la césarienne.

Les autres FDR sont : l'extraction instrumentale, la rupture utérine, les lésions du tractus génital, les anomalies d'insertion placentaire, la multiparité, le déclenchement du travail.

## • Physiopathologie

La physiopathologie n'est toujours pas complètement élucidée. Plusieurs mécanismes intriqués sont en jeu. Tout commence par une brèche entre la circulation maternelle et le liquide amniotique (LA). Il existe probablement une corrélation entre la quantité de LA qui pénètre dans la circulation et l'intensité des symptômes.

Le liquide amniotique est composé d'éléments solubles et d'éléments insolubles.

*Les éléments insolubles* (c squameuses épithéliales, lanugo, vernix, mucine, +/- méconium) sont à l'origine du mécanisme historiquement décrit comme responsable des signes d'EA : le mécanisme obstructif.

*Les éléments solubles* (Prostaglandines, F. Tissulaires, F.3 plaquettaire, alphaFP, tryptase, IGFBP1...) plus récemment mis en évidence sont à l'origine de mécanismes vasoactifs, immunoallergiques et de l'activation précoce de la coagulation.

## • Diagnostic clinique d'exclusion

Il n'y a pas de signe pathognomonique d'EA. Le tableau clinique est le plus souvent brutal, imprévisible et dramatique. Les signes cliniques sont très variés, multiples, plus rarement isolés. Ils apparaissent le plus fréquemment pendant le travail (70%), lors de l'accouchement par voie basse ou par césarienne (19%) ou le post partum immédiat (11%)

Les signes témoignent d'une défaillance multi viscérales: défaillance hémodynamique, respiratoire, neurologique associée à une hémorragie massive.

Signes hémodynamiques:

Collapsus cardiovasculaire, HypoTA profonde, tachycardie, OAP, TDR, ACR

Signes respiratoires:

Détresse respiratoire aigue: dyspnée, toux, cyanose, pâleur, hypoxie

Signes neurologiques:

Convulsion, coma

Hémorragie:

CIVD fibrinolyse, HDD grave d'emblée

Signes prémonitoires:

Douleur thoracique, panique, sensation de mort imminente

Détresse foetale

- **Diagnostics différentiels**

Causes obstétricales:

Hémorragie du PP: atonie, placenta accréta, plaie et déchirure de la filière, rupture utérine  
Cardiomyopathie du péri partum  
Compression cave  
Eclampsie  
OAP aux tocolytiques

Causes anesthésiques:

Choc anaphylactique  
Intoxication aux produits d'anesthésiques locaux  
Rachi totale  
Inhalation liquide gastrique  
Intubation oesophagienne

Causes non spécifiques:

Embolie gazeuse  
Embolie fibrinocruorique  
IDM  
Sepsis sévère  
Décompensation d'une cardiopathie préexistante

- **Examens complémentaires**

Il n'y a pas d'examen complémentaire de certitude de routine , le diagnostic sera rétrospectif (kit embolie amniotique à envoyer à Lyon).

Les examens visent à aider la réanimation

NFS, iono, GDS, troponine i

Hémostase, TEG

**Echo Coeur+++ (ETO)** visualisation de thrombus ou de LA ds les cavités droites (rare), diagnostic de défaillance cardiaque, guide à la réanimation

**Kit embolie amniotique à envoyer à Lyon:** (cf feuille jointe)

QUOI :Dosage biochimique (dans sang maternel) et cytologique à la recherche de cellule amniotiques dans le sang maternel et dans les poumons maternels

COMMENT :Prélever du sang maternel ( 3 tubes EDTA) et réaliser un mini LBA (1 tube EDTA + 1 flacon d'aspiration) . A conserver à 4° si besoin en attendant le premier jour ouvrable

Joindre un courrier de renseignement (cf fiche de renseignements cliniques jointe)

Plusieurs kit sont disponibles : soit dans un tiroir en salle de césar n°1 soit dans l'arrière salle d'anesthésie en SDN

- **Prise en charge symptomatique**

Il n'y a pas de traitement spécifique de l'EA, la prise en charge est multidisciplinaire, la réanimation doit être précoce et agressive.

Appel à l'aide+++

Extraction du fœtus si non déjà réalisée

Vérification du dossier transfusionnel et appel du CTS

Prise en charge de l'hypoxie: O2, IOT, FIO2 100%

Correction du collapsus: remplissage (2VV), drogues inotropes,

monitorage invasif (Kt artériel, Kt central), Echo cardiaque+++

Correction de la coagulopathie: CG, PFC, Fg, Plaquettes, acide tranéxamique, (pas de facteur VII)

Traitement chirurgical de l'hémorragie: embolisation, ligatures, capitonnage, hystérectomie

Si ACR la réanimation doit être prolongée: MCE, défibrillation, adrénaline...

ECMO en cas de sidération myocardique

NO en cas HTAP

<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE D'EMBOLIE AMNIOTIQUE</b>
--

**Etiquette patiente**

**DATE**

**Coordonnée du service demandeur :** Service de gynéco- obstétrique Pr J-MAYOUBI  
40 rue worth 92150 SURESNES  
01 46 25 23 39  
anesthésiste de garde: 01 46 25 22 41  
obstétricien de garde : 01 46 25 26 31

**Référents lors de l'accouchement :** Obstétricien :  
Sage femme :  
Anesthésiste :

**ATCD :**

**Déroulement de la grossesse :** Normal Pathologique

**Accouchement :** Date :                                  heure :                                  terme :  
Voie d'accouchement :    voie basse                                  césarienne  
Anesthésie : péri                                  rachi                                  combiné                                  AG  
Délivrance :  
Périné :

**Diagnostic d'embolie amniotique évoqué devant :**

Signes hémodynamique : heure du choc :  
Prise en charge

Signes neurologiques : heure  
A type de :

Signes respiratoires : heure  
A type de :

Signes hémorragiques : heure :  
Perte sanguines estimées à :  
Heure du bilan :  
Résultats du bilan : Hb :    PI :    TP :    TCA :    Fg :  
Transfusion : CG :    PFC :    PI :    Fg :  
Nalador :  
Exacyl :  
Gestes d'hémostase chirurgicale :

**Evolution :**

Admission en réanimation à  
Décès à

## EMBOLIE AMNIOTIQUE : DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

