

Décès maternel par embolie amniotique : à propos de deux cas

Fadila AIT BOUGHIMA^{*1}, Ahmed BELHOUS^{1},
Hicham BENYAICH^{***1}, Mehdi KARKOURI^{***2}**

RÉSUMÉ

L'embolie amniotique est une complication soudaine, inattendue et dramatique de la grossesse. Le diagnostic est habituellement clinique, après exclusion des diagnostics différentiels ou sur l'autopsie en cas de décès. Nous rapportons deux cas de femmes de la trentaine enceintes et à terme. Le premier cas s'est manifesté par une symptomatologie très évocatrice d'ELA au cours du travail avec détresse respiratoire et état de choc. Dans le deuxième cas, la patiente avait présenté un état de choc avec une mort fœtale in utero. En dépit des mesures de la réanimation, les patientes sont décédées. Le diagnostic d'embolie amniotique a été précisé grâce à la recherche de cellules amniotiques sur les fragments de tissus prélevés lors de l'autopsie.

Mots clés : Embolie amniotique, Grossesse, Décès, Autopsie, Mortalité materno-fœtale.

* Résidente, ** Professeur assistant, *** Professeur agrégé

1. Service de Médecine Légale

2. Service d'Anatomopathologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Correspondant : Dr. Fadila Ait Boughima, N° 24, Rue Ahmed Naciri, Palmier, Casablanca, Maroc, n_alfadila@yahoo.fr

SUMMARY

Maternal death by amniotic fluid embolism: two cases

Amniotic embolism is a sudden, unexpected and dramatic complication of pregnancy. The diagnosis is usually clinical, after the exclusion of differential diagnoses or, in the case of death, based upon the autopsy. We report two cases of women who were around thirty and at full-term. The first case manifested itself in a symptomatology that was very evocative of AFE, with respiratory distress and a state of shock. In the second case, the patient presented a state of shock and a dead embryo in the uterus. Despite the efforts made to resuscitate them, the patients died. The diagnosis of amniotic fluid embolism was established as a result of the search for amniotic cells on the fragments of tissue samples taken during the autopsy.

Key-words: Amniotic Fluid Embolism, Pregnancy, Death, Autopsy, Maternal-Fetal Mortality.

1. INTRODUCTION

L'embolie amniotique est une complication aiguë de la grossesse et de l'accouchement due au passage de liquide amniotique dans la circulation maternelle par rupture de la barrière utéroplacentaire.

Elle associe, le plus souvent, un collapsus cardiovasculaire sévère, un syndrome de détresse respiratoire aigu et une hémorragie avec coagulation intravasculaire disséminée. Dans sa forme majeure, une dyspnée intense est suivie d'un état de choc avec arrêt cardio-respiratoire, parfois associé à des convulsions et conduisant fréquemment au décès maternel [1].

2. OBSERVATIONS

1^{er} cas

Une patiente de 39 ans, troisième geste, troisième pare, et menant une grossesse estimée à terme a été

admise aux urgences obstétricales d'un hôpital pré-fectoral en état de détresse respiratoire et état de choc. Comme seul antécédent médical, elle était opérée pour un nodule froid de la thyroïde, il y a 9 ans.

A l'admission, l'examen clinique a noté une tension artérielle imprenable, des expectorations roses saumonées et des râles crépitants pulmonaires. Le constat obstétrical a trouvé une hauteur utérine à 32 cm avec un col utérin dilaté à 7 cm, des membranes rompues révélant un liquide amniotique clair et une présentation engagée. Les bruits cardiaques fœtaux étaient absents. Un traitement symptomatique de l'état de choc fut instauré par l'équipe médicale. Une heure environ après son admission, elle a accouché par voie basse d'un mort-né frais. Quelques minutes après l'accouchement, une hémorragie du post-partum d'origine utérine a été notée avec un œdème pulmonaire aigu. Elle fut transportée à la maternité d'un centre hospitalier universitaire où elle arriva décédée le jour même. Une autopsie a été ordonnée pour étayer la cause du décès.

L'examen externe du cadavre a noté une pâleur des téguments et des sécrétions mousseuses blanchâtres nasales et buccales.

L'autopsie a révélé la présence de sécrétions dans l'arbre trachéobronchique et un œdème pulmonaire important. L'examen de l'utérus était normal. Des prélèvements du cœur, des poumons et de l'utérus ont été faits.

L'examen anatomopathologique des poumons a révélé un aspect morphologique d'une embolie amniotique.

2^e cas

Il s'agit d'une femme de 35 ans, quatrième geste, quatrième pare, et menant une grossesse estimée à terme a été admise aux urgences obstétricales pour une gêne respiratoire. A son admission, une mort fœtale in utero a été diagnostiquée. La parturiente a présenté par la suite un état de choc qui n'a pas pu être jugulé puisque elle décéda le jour même après quelques minutes de son admission.

Son corps fut transféré à notre institut pour étude nécropsique pour déterminer la cause du décès.

L'examen externe du cadavre a noté une cyanose des ongles des mains et une dilatation complète du col utérin avec une tête fœtale engagée et des poches des eaux rompues au toucher vaginal.

L'examen interne a constaté un œdème pulmonaire modéré. La dissection du cœur était sans anomalie. L'examen de l'utérus était normal. Des prélèvements du cœur, des poumons et de l'utérus ont été faits.

L'examen externe du produit de la conception trouve un fœtus de sexe masculin, pesant 3 572 g et mesurant 52 cm, non macéré, présentant une bosse séro-sanguine occipitale sans aucune malformation visible. A l'examen interne, on ne trouve pas d'anomalie macroscopique évidente.

L'étude histologique a trouvé des embolies amniotiques dans l'utérus et les poumons.

3. DISCUSSION

L'embolie de liquide amniotique (ELA) est caractérisée par son polymorphisme clinique. C'est une complication rare de l'accouchement, survenant de façon brutale et responsable d'une mortalité maternelle et néonatale importante. Elle survient dans la majorité des cas pendant le travail et après la rupture des mem-

branes (entre 70 et 90 % des cas) ou dans le post-partum immédiat (dans les cinq minutes). Mais des cas d'ELA ayant débuté plusieurs heures après l'accouchement ont été rapportés [1, 2].

La fréquence de l'ELA serait de 1 pour 20 646 naissances. Dans les enquêtes de mortalité maternelle, l'ELA représente approximativement 10 % des causes de mort maternelle. En France, par exemple, l'analyse précise des cas de décès entre 1996 et 1997 classe l'ELA en troisième position des causes obstétricales directes de décès maternels [3].

De toutes les séries épidémiologiques, aucun facteur de risque d'ELA ne peut clairement être mis en évidence [4].

Les signes inauguraux sont extrêmement polymorphes rendant ce syndrome totalement imprévisible. L'étude du Registre national américain d'embolie amniotique décrit des formes cliniques graves avec détresse respiratoire aiguë (93 %), cyanose (83 %), hypotension artérielle (100 %) compliquée d'état de choc ou d'arrêt circulatoire (87 %), coagulopathie (83 %), convulsions (48 %) et souffrance fœtale (100 %) [5].

Le passage de matériel amniotique et/ou de facteur tissulaire d'origine amniotique dans la circulation maternelle est la condition nécessaire à la survenue de cet accident. Il nécessite une effraction de la barrière placentaire, soit à l'occasion d'un geste obstétrical, soit à l'occasion de l'accouchement et de la délivrance. Le volume du matériel fœtal et son caractère immunogène a été mis en cause dans la genèse et l'amplitude de la détresse viscérale maternelle [2, 6]. Le syndrome hémorragique souvent gravissime observé dans l'ELA est dû à une CIVD probablement déclenchée par le liquide amniotique riche en facteurs activateurs de la coagulation. L'hypothèse actuelle de cet état de choc est double : hémodynamique par obstruction mécanique des capillaires pulmonaires et inflammatoire ou lésionnelle déclenchée par la composition même du liquide amniotique libéré dans la circulation pulmonaire puis systémique [5, 6].

Le diagnostic d'ELA doit être évoqué devant toute manifestation cardiovasculaire et hémorragique survenant au cours de l'accouchement. Il sera confirmé par des analyses biologiques et surtout anatomopathologiques. Toutefois, la brutalité de survenue de l'ELA impose en priorité la mise en route immédiate de traitements symptomatiques qui excluent temporairement toute investigation paraclinique [2, 5, 6, 7].

La confirmation du diagnostic est faite par l'examen microscopique du leucoconcentré du sang maternel et sur le culot de centrifugation du liquide broncho-alvéolaire, après coloration. En cas de décès, des fragments de tissus doivent être prélevés au niveau de différents organes : poumons, reins, cerveau et utérus pour réaliser un examen histologique [6].

La prise en charge thérapeutique est essentiellement symptomatique. Elle reste sans spécificité pour le collapsus et la CIVD. L'extraction fœtale précoce à deux objectifs : sauver l'enfant et améliorer la réanimation maternelle. Les autres aspects de la prise en charge obstétricale pendant le travail de ces patientes incluant les techniques chirurgicales ou de radiologie interventionnelle n'ont rien de spécifique, hormis qu'elles finissent le plus souvent par l'hystérectomie d'hémotase de sauvetage maternel [1, 6].

Dans nos observations, l'évolution de ces cas d'ELA était fatale et rapide et le diagnostic a été confirmé à postériori, après le décès des patientes par l'autopsie ordonnée.

4. CONCLUSION

L'ELA reste une pathologie gravissime. De nombreuses incertitudes persistent concernant sa physiopathologie et son diagnostic. Ce dernier reste délicat du fait du manque de critères diagnostiques fiables cliniques ou paracliniques.

Tout décès survenant suite à un accident aigu isolé lors de l'accouchement doit faire évoquer le diagnostic et faire pratiquer une autopsie pour confirmer l'embolie amniotique. ■

5. BIBLIOGRAPHIE

- [1] DUCLOY-BOUTHORS A.S., WANTELLET A., TOURNOYS A., DEPRET S., KRIVOSIC-HORBER – Embolie amniotique d'évolution favorable suspectée devant un tableau clinique atypique. *R. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2004, 23, 149-152.
- [2] RAULT S., PIRRELLO O., LANGER B., NISAND I. – Embolie de liquide amniotique : à propos de deux cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2006, 34, 127-130.
- [3] COMITÉ NATIONAL D'EXPERTS SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE. Rapport 1995–2001. www.sante.gouv.fr.
- [4] DAVIES S. – Amniotic fluid embolus: a review of the literature. *Can J Anaesth*, 2001, 48, 88-98.
- [5] GAMERRE L., TRAMONI G., LHUILLIER F., BOISSON C., CLEMENT H.-J., VIALE J.-P. – Embolie de liquide amniotique : évolution favorable d'une CIVD isolée et diagnostic biologique précoce. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2006, 25, 633-637.
- [6] TRAMONI G., BOISSON C., GAMERRE L., CLEMENT H.-J., BON C., RUDIGOZ R.-C., VIALE J.-P. – Embolie de liquide amniotique : mise au point. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2006, 25, 599-604.
- [7] GILBERT W.M., DANIELSEN B. – Amniotic fluid embolism: decreased mortality in a population-based study. *Obstet Gynecol*, 1999, 93, 973-7.