



























# Prise en charge

- **Gestion et stabilisation des différentes détresses**
- **Substitution en vitamine B1 (Thiamine) en IV**
- **Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)**
- **Arrêt de sédation à J10 après traitement du SDRA**
- **Trachéotomie à J14 après échec d'extubation**

# Prise en charge

- **Gestion et stabilisation des différentes détresses**
- **Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV**
- **Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)**
- **Arrêt de sédation à J10 après traitement du SDRA**
- **Trachéotomie a J 14 après échec d'extubation**
- **Contrôle Echographique hebdomadaire de la grossesse**

# Prise en charge

- Gestion et stabilisation des différentes détresses
- Substitution en vitamine B1 (*Thiamine*) en IV
- Substitution des différentes carences (Hb, Minéraux, vitamines..)
- Arrêt de sédation à J10 après traitement du SDRA
- Trachéotomie a J 14 après échec d'extubation
- Contrôle Echographique hebdomadaire de la grossesse
- Rééducation fonctionnelle et kinésithérapie respiratoire

# Suivi de la grossesse

- Echographies Obstétricales hebdomadaires
- Grossesse Mono foetale évolutive, sans particularités
  - À 31 SA: dilatation ventriculaire bilatérale et réduction du liquide amniotique
  - À 33 SA: suspicion de Spina bifida + RCIU

**CAT**: Maturation Foetale (Corticoïdes)

Test de Coombs D et I Et Anti D

Césarienne programmée à 36 SA



## Suivi de la grossesse (2)

- La patiente est finalement césarisée le 18 novembre 2019 à 34SA 5j (**J 107**) pour début de travail
- Extraction d'un enfant vivant de sexe masculin, APGAR 10/10 de 1kg900 sans malformations cliniquement apparentes, l'exploration paraclinique est sans particularités aussi.

La parturiente est réadmise en réanimation, pour poursuite de prise en charge.

# Evolution

Contrôle IRM à 3 mois : Régression des lésions radiologiques

# Evolution

**Contrôle IRM à 3 mois** : Régression des lésions radiologiques

**Sur le plan Sensitivo-moteur** :

- Récupération de la sensibilité et amélioration de la motricité,
- Tonus Musc. de 4 aux membres supérieurs et de 2 aux membres inférieurs (initialement à 1)
- Présence des ROT initialement abolis

# Evolution

**Contrôle IRM à 3 mois** : Régression des lésions radiologiques

**Sur le plan Sensitivo-moteur** :

- Récupération de la sensibilité et amélioration de la motricité,
- Tonus Musc. de 4 aux membres supérieurs et de 2 aux membres inférieurs (initialement a 1)
- Présence des ROT initialement abolis

**Contrôle Electroneuromyographie à 3 mois** :

- Polyneuropathie sensitivo motrice axonale prédominant aux M.Inf.

# Evolution

**Contrôle IRM à 3 mois** : Régression des lésions radiologiques

**Sur le plan Sensitivo-moteur** :

- Récupération de la sensibilité et amélioration de la motricité,
- Tonus Musc. de 4 aux membres supérieurs et de 2 aux membres inférieurs (initialement à 1)
- Présence des ROT initialement abolis

**Contrôle Electroneuromyographie à 3 mois** :

- Polyneuropathie sensitivo motrice axonale prédominant aux M.Inf.

**Sur le plan ORL**: Cartilages aryénoïde de mobilité diminuée et légèrement basculé en avant.

# Evolution (2)

- Poursuite du programme de rééducation et de kinésithérapie respiratoire



Autonomie complète des membres supérieurs

Amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs



## Evolution (2)

- Poursuite du programme de rééducation et de kinésithérapie respiratoire



Autonomie complète des membres supérieurs

Amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs

- Retrait de la trachéotomie et sevrage ventilatoire complet le 06 janvier 2020 (**J 156**) après contrôle Naso-fibroscopique

# Evolution (2)

- Poursuite du programme de rééducation et de kinésithérapie respiratoire



Autonomie complète des membres supérieurs

Amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs

- Retrait de la trachéotomie et sevrage ventilatoire complet le 06 janvier 2020 (**J 156**) après contrôle Naso-fibroscopique
- La patiente est mise sortante le 08 janvier 2020 (**J 158**) , actuellement à domicile, avec suivi psychologique et programme de rééducation.



# DISCUSSION

# DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables

# DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables
- Admission pour **cause obstétricale** ou **non obstétricale**

# DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables
- Admission pour cause obstétricale ou non obstétricale
  - *Causes obstétricales* = HTA & hémorragie +++

# DISCUSSION

- Femme enceinte = situation inhabituelle en Unité de Soins Intensifs
- 7 à 13 pour 1000 naissances viables
- Admission pour cause obstétricale ou non obstétricale
  - *Causes obstétricales* = HTA & hémorragie +++
  - *Causes non obstétricales diverses:*
    - Maladies chroniques (lupus érythémateux...)
    - Valvulopathies cardiaques
    - Sepsis, traumatisme
    - Cause neurologique

# DISCUSSION (2)

- Modifications physiologiques de la grossesse
- Prise en charge en USI « day – to – day »
- Admission à différents termes de la grossesse
- 65 % de mortalité foetale en cas d'admission en USI au 1<sup>er</sup> trimestre de la G
- Viabilité du fœtus > 23 – 24 SA
- Très peu de données concernant la prise en charge de la femme enceinte pour cause non obstétricale en USI
- Nécessité d'une approche multidisciplinaire incluant entre autres l'obstetricien

*Jeejeebhoy FM, Circulation 2015*

*Chau A. Curr Opin Anaesthesiol 2014*

*Crane JM. J Obstet Gynaecol Can 2015*



# DISCUSSION (3)

## • INTERRUPTION THÉRAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE ???

- Planifier l'éventualité de l'extraction dès que le fœtus est viable
- L'extraction peut être indiquée pour raison maternelle ou / et fœtale
- Balance risque / bénéfice pour la mère et le fœtus
- Equipe multidisciplinaire : anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens, néonatalogistes et tout spécialiste ressource (hémato, neuro ...)
- La mère ou son conjoint doivent être associés à la décision autant que possible

# DISCUSSION (4)

- **INTERRUPTION THÉRAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE ???**

- **Il ne semble pas y avoir de bénéfice maternel à l'extraction fœtale**

*Tomlinson MW. Obstet Gynecol 1998*

- **L'extraction ne doit pas avoir pour indication la perspective d'améliorer la ventilation maternelle**

*Lapinsky SE. Int J Obstet Anesth 2015*

- **En cas d'ACC non récupéré, la césarienne doit être réalisée dans les 5 minutes après collapsus pour sauvetage fœtal**

*Johnston TA. Gynaecology 2011*



# CONCLUSION

- La prise en charge en milieu de réanimation d'une patiente avec grossesse évolutive loin du terme admise pour pathologie non obstétricale est complexe (pathologie initiale, grossesse, thérapeutique...) et soulève la question d'interrompre ou non la grossesse.
- Les données de la littérature sur la question étant peu nombreuses et non consensuelles, cette décision doit donc être discutée au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire.