

DOSSIER N°: 242

ENONCE

Une femme de 28 ans, enceinte à 35 semaines d'aménorrhée (SA), est hospitalisée en urgence le 2 février pour « dyspnée d'apparition rapide ». Il s'agit d'une femme primigeste nullipare. La grossesse a été obtenue lors d'une première insémination artificielle avec donneur. Elle s'est déroulée normalement jusqu'à 31 SA, où ont été constatées une TA à 145/95 mmHg et une protéinurie à 0,8 g/24 h. Depuis, elle est suivie toutes les semaines en consultation. La TA est mesurée en moyenne à 140/85 mmHg au repos et traitée par alpha-méthyl-dopa (Aldomet®) 250 mg x 2/j. La protéinurie mesurée à la bandelette est restée stable. L'échographie morphologique réalisée à 22 SA était normale. Une échographie réalisée à 31 SA a montré une croissance foetale harmonieuse, avec des mensurations au 15ème percentile. Les sérologies toxoplasmose et rubéole étaient positives lors de la déclaration de grossesse. Le 1er février au soir, elle se plaint d'asthénie et de toux quinteuse. Au cours de la nuit apparaît une dyspnée. Un médecin est appelé le 2 au matin et décide l'hospitalisation. Dans ses antécédents, on note une stérilité primaire de couple ayant abouti au diagnostic d'azoospermie chez le conjoint, un surpoids (80 kg pour 1,65 m avant la grossesse). A l'examen clinique il est noté un score de Glasgow à 15, une TA 180/110 mmHg, FC 105/min, 37,9°C, SpO2 90 % en air ambiant des oedèmes des membres inférieurs prenant le godet, 95 kg dont 3 kg pris depuis la dernière consultation il y a une semaine. Pas de céphalée ni de douleur épigastrique. Mouvements actifs foetaux présents. L'auscultation trouve des râles crépitants jusqu'à mi-hauteur des deux champs pulmonaires, un souffle pleurétique de la base droite et un souffle systolique 1 à 2/6 maximal au 3ème espace intercostal gauche. L'examen obstétrical est en rapport avec le terme, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs avec extension de la zone réflexogène des rotuliens. La radio thoracique montre un aspect évocateur de pleurésie de faible abondance de la base droite, lignes de Kerley et quelques opacités alvéolaires confluentes. A l'ECG, il existe une tachycardie sinusale à 105/min, sans anomalie de la repolarisation. Les gaz du sang artériel en air ambiant trouvent : pH 7,55, PaCO₂ 28 mmHg, PaO₂ 56 mmHg, HCO₃⁻ 29 mmol/L, SaO₂ 89 %. Sous O₂ 3 L/min : PaO₂ 77 mmHg, SaO₂ 94 %. Dans les urines : absence de leucocytes, d'hématies ou de nitrites, protéides +++, cétonurie +, glycosurie négative. Dans le sang : Na 136 mmol/L, K 3,9 mmol/L, Cl 98 mmol/L, bicarbonates 28 mmol/L, glucose 4,5 mmol/L, créatinine 80 µmol/L, protéides 64 g/L, Ca 2,25 mmol/L, acide urique 360 µmol/L. - Hémogramme : Hb 105 g/L, GR 4,67 T/L, Ht 36 %, réticulocytes 80 G/L, GB 12,5 G/L, plaquettes 110 G/L. - Echographie foetale : bonne vitalité, mensurations au 15ème percentile.

QUESTION n°: 1

Les résultats de deux sérologies obligatoires pendant la grossesse ne sont pas connus. Lesquelles ?

REPONSES n°: 1

Syphilis (lors de la déclaration), hépatite B (au 6ème mois). (Zéro à la question si plus de deux réponses)

QUESTION n°: 2

Quels étaient chez cette patiente les facteurs de risque de pré éclampsie ?

REPONSES n°: 2

Primigeste, surpoids, insémination artificielle avec sperme de donneur.

QUESTION n°: 3

Que signifient des mensurations au 15ème percentile? Quelle en est la signification pronostique chez ce fœtus ?

REPONSES n°: 3

Mensurations telles que, par rapport à une population de référence, 15 fœtus sur 100 ont des mensurations inférieures aux siennes. La " normalité " est définie par moyenne ± 2 écarts-types (3ème - 97ème percentiles). Sont par ailleurs rassurants le caractère harmonieux et la stabilité à 4 semaines d'intervalle

QUESTION n°: 4

Quel est le mécanisme physiopathologique principal de l'hypoxémie? Justifiez votre réponse.

REPONSES n°: 4

Effet-shunt, car PO₂ + PCO₂ < 110 et hypoxémie se corrigeant avec l'oxygénothérapie de faible débit (excluant un shunt vrai).
Synonyme admis : trouble du rapport ventilation perfusion

QUESTION n°: 5

Discutez le ou les mécanisme(s) possible(s) de l'anémie. Quels examens sont utiles pour le ou les confirmer ?

REPONSES n°: 5

- Hémodilution liée à la grossesse.
- Anémie microcytaire (VGM = Ht/GR = 77 fL) et arégénérative.
- Une carence martiale probable. Elle pourrait être confirmée par ferritine
- Pas d'argument pour une anémie inflammatoire
- Une microangiopathie thrombotique peut faire partie de la pré éclampsie mais il y aurait une réticulocytose. On peut rechercher des schizocytes.

- Possible anémie hémolytique due à l'aldomet. Elle pourrait être confirmée par le dosage de LDH et bilirubine libre, test de Coombs direct positif. Alpha-méthyl-dopa donne des Coombs + (10 %) et parfois des anémies hémolytiques (1 %) mais lors de traitements prolongés (plusieurs mois), il n'y aurait pas de microcytose et il y aurait une réticulocytose

QUESTION n°: 6

Vous instituez un traitement antihypertenseur en perfusion. Quel est votre objectif tensionnel?

REPONSES n°: 6

PA diastolique entre 90 et 100-105 mmHg. Eviter les variations tensionnelles brutales.

QUESTION n°: 7

Quel traitement à visée maternelle, doit-on administrer? Quel traitement à visée fœtale doit-on administrer? Justifiez vos réponses.

REPONSES n°: 7

Sulfate de magnésium injectable à forte dose, dont l'intérêt est de diminuer le risque d'apparition d'une éclampsie. Une corticothérapie injectable, dont l'intérêt est d'accélérer la maturation pulmonaire fœtale. (Zéro à la question si plus d'une réponse par sous question)

Pré-éclampsie chez une femme primipare de 28 ans

ITEM N° 17 : Principales complications de la grossesse – Pré-éclampsie

ITEM N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation