

Dossier N°13

Mademoiselle G, 26 ans, deuxième geste, actuellement enceinte de 28 semaines d'aménorrhée (SA) vous consulte en urgence pour une fièvre à 39°C associée à des douleurs pelviennes à type de crampes et des douleurs de la fosse lombaire gauche.

On note dans ses antécédents chirurgicaux une conisation chirurgicale il y a 1 an pour une dysplasie de haut grade et une interruption volontaire de grossesse par méthode instrumentale au terme de 10 SA il y a 3 ans. Elle fume 25 cigarettes par jour et est actuellement au chômage. Elle vous avoue consommer de la cocaïne depuis 5 ans. La patiente est non immunisée pour la rubéole et pour la toxoplasmose. Elle est séronégative pour le virus de l'immunodéficiência humaine et le cytomégalo virus. La sérologie de la syphilis est négative. Elle est de groupe A rhésus négatif. Les échographies de 12 et de 23 SA étaient normales.

Lors de votre examen, la patiente est fébrile à 39°C avec des frissons, une tension artérielle à 130/60 mmHg et un pouls à 130/min. Elle présente une nette douleur de la fosse lombaire gauche à la palpation. Elle décrit des brûlures mictionnelles depuis 5 jours environ. L'utérus est contractile à la palpation. Il n'y a pas de diminution des mouvements actifs fœtaux. L'examen au spéculum ne retrouve pas de sang ou d'écoulement de liquide. Le toucher vaginal retrouve un col centré, mi long, mou, ouvert à 2 doigts sur toute la longueur et une présentation céphalique qui sollicite le col. L'auscultation cardio-pulmonaire et le reste de l'examen clinique sont sans particularité. La bandelette urinaire retrouve : glycosurie 0, cétonurie 0, nitrites + +, leucocytes +, protéines +.

L'obstétricien réalise en urgence une échographie obstétricale dont voici la conclusion : « fœtus unique en présentation céphalique sans anomalie morphologique visualisée dont les biométries sont au 5^e percentile pour le périmètre abdominal et au 25^e percentile pour le périmètre céphalique et la longueur fémorale. La quantité de liquide est diminuée. Placenta fundique. Bonne vitalité fœtale. Doppler ombilical normal. La mesure échographique du col est de 12 mm avec une protrusion de la poche des eaux. Amniocator® négatif. »

Question N°1

Quelle est l'étiologie la plus fréquente des dysplasies de haut grade ?

Quel(s) autre(s) facteur(s) de risque de dysplasie de haut grade retrouvez-vous dans cette observation ?

Question N°2

Quel est votre diagnostic précis concernant l'épisode actuel ? Justifiez.

Quels facteurs de risque de cette pathologie retrouvez-vous dans cette observation ?

Question N°3

Quel est le principal diagnostic différentiel à systématiquement évoquer devant toute fièvre au cours de la grossesse ?

Quel aurait été le diagnostic à redouter si vous aviez objectivé une rupture de la poche des eaux ?

Question N°4

Quels examens complémentaires effectuez-vous ou prescrivez-vous ?

Question N°5

Il n'y a pas de souffrance fœtale, décrivez votre prise en charge dans les premières heures.

Question N°6

Quelles informations fournissez-vous à la patiente concernant le tabagisme pendant la grossesse ?

Question N°7

Quelles sont les complications liées à la consommation de cocaïne pendant la grossesse ?

Question N°8

Malgré une prise en charge efficace, la patiente accouche 36 heures plus tard en présentation céphalique d'un garçon de 750 g (3^{ème} percentile).

Quelles sont les étiologies à évoquer concernant l'hypotrophie de cet enfant ?

Question N°9

A quels risques est exposé cet enfant dans les heures qui viennent ?

Dossier N°13 : Corrections

Question N°1

Quelle est l'étiologie la plus fréquente des dysplasies de haut grade ?

Quel(s) autre(s) facteur(s) de risque de dysplasie de haut grade retrouvez-vous dans cette observation ? (5)

Infection par un Papillomavirus humain oncogène. (2)

Tabac. (3)

Question N°2

Quel est votre diagnostic précis concernant l'épisode actuel ? Justifiez.

Quels facteurs de risque de cette pathologie retrouvez-vous dans cette observation ? (15)

Pyélonéphrite aiguë gauche (4)

Complicquée d'une menace d'accouchement prématuré sévère. (4)

Pyélonéphrite aiguë gauche devant :

- Douleur à la palpation de la fosse lombaire gauche.
- BU évocatrice (nitrites +++).
- Argument de fréquence : première cause de fièvre chez la femme enceinte.
- Pas de syndrome pseudo grippal, pas d'autre point d'appel.

Menace d'accouchement prématuré devant :

- Contractions utérines régulières avec modification cervicale avant 37 SA.

Absence d'argument pour une rupture prématurée des membranes et une chorioamniotite (2) : pas d'écoulement de liquide, Amniocator® négatif.

Les facteurs de risque retrouvés sont :

- Facteur de risque de béance cervico-isthmique : (1)
 - antécédent de conisation (1)
 - antécédent d'IVG instrumentale (1)
- Tabac. (1)
- Cocaïne. (1)
- Contexte socio-économique : chômage, toxicomanie...

Question N°3

Quel est le principal diagnostic différentiel à systématiquement évoquer devant toute fièvre au cours de la grossesse ?

Quel aurait été le diagnostic à redouter si vous aviez objectivé une rupture de la poche des eaux ? (5)

- Listériose. (2)
- Chorioamniotite. (3)

Question N°4

Quels examens complémentaires effectuez-vous ou prescrivez-vous ? (10)

Sur le plan fœtal :

- ENREGISTREMENT CONTINU DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL (2) (oubli = 0) pour éliminer une souffrance fœtale : tachycardie fœtale majeure, décélérations, rythme aréactif, peu oscillant.

Sur le plan maternel :

- Bilan infectieux ne devant pas retarder la mise en route de l'antibiothérapie.
 - HEMOCULTURES (oubli = 0) avec recherche de listéria (2) aéro et anaérobies, 3 séries et lors de tout pic fébrile ou frissons ou température < 36°C
 - EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES avec ANTIBIOGRAMME (2) : diagnostic positif, examen direct, culture, identification et antibiogramme
 - Prélèvement vaginal (1)
 - Bilan inflammatoire : hémogramme, protéine C réactive (1)

.../...

- Bilan pré opératoire et pré anesthésique (oubli = 0) (1) : groupe rhésus (2^e détermination) (1), recherche d'agglutinines irrégulières, hémostase (TP, TCA, fibrinogène), consultation d'anesthésie.
- Echographie rénale à discuter si persistance de la fièvre après un traitement bien conduit ou symptomatologie de colique néphrétique.
- Bilan pré tocolytique si bêta 2 mimétiques : ionogramme sanguin, glycémie, électrocardiogramme

Question N°5

Il n'y a pas de souffrance fœtale, décrivez votre prise en charge dans les premières heures. (15)

Urgence maternelle, obstétricale et fœtale.

Hospitalisation avec passage en salle de travail pour évaluation, mise en route du traitement et surveillance (1). Pose d'une voie veineuse.

Traitement étiologique :

- ANTIBIOTHERAPIE par voie intra veineuse (oubli = 0) (3) : bi-antibiothérapie synergique, bactéricide, active sur les bacilles gram négatifs. En l'absence de contre indication :
 - céphalosporine de 3^e génération : Céfotaxime[®] : 1 g x 3 par 24 h
 - et aminoside : Gentamycine[®] 3 mg/kg par 24 h en 1 injection lente pendant 48 heures

Traitement de la menace d'accouchement prématuré :

- Repos strict. (1)
- ANTIPYRETIQUES (1) en l'absence de contre indication.
- TOCOLYSE (2) (oubli = 0) par voie intraveineuse (1) en l'absence de signe de chorioamniotite et pas de signe de souffrance fœtale (ce qui est le cas dans cette observation) :
 - soit inhibiteurs calciques
 - soit antagoniste spécifique des récepteurs à l'ocytocine : atosiban (Tractocile[®])
 - soit bêta 2 mimétiques en l'absence de contre indication, après bilan pré thérapeutique (ionogramme sanguin, ECG, auscultation cardiaque, recherche d'antécédents...).
- CORTICOTHERAPIE (2) (oubli = 0) pour prévention de la maladie des membranes hyalines (1), du risque d'entérocolite ulcéronécrosante (1) et d'hémorragie cérébrale (1) par béthamétasone : 12 mg/jour en IM sur 2 jours.
- SURVEILLANCE (1) (oubli = 0) clinique et paraclinique maternelle, obstétricale, fœtale de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
 - surveillance maternelle :
 - clinique : fièvre, pouls, tension artérielle, signes de choc, diurèse, hydratation, douleurs des fosses lombaires, signes fonctionnels urinaires, palpation des mollets, signe de Homans
 - paraclinique : ECBU 48 heures après le début du traitement, hémocultures si fièvre, hypothermie ou frissons
 - surveillance fœtale : mouvements actifs fœtaux, enregistrement du rythme cardiaque fœtal au moins quotidien
 - surveillance obstétricale : contractions utérines, utérus souple. Recherche d'une perte de liquide (déplace le problème en chorioamniotite). TV à la recherche de modifications cervicales si persistance de contractions

Question N°6

Quelles informations fournissez-vous à la patiente concernant le tabagisme pendant la grossesse ? (12)

- Informer la patiente de la nécessité d'arrêter le tabac (1). Possibilité d'une aide au sevrage tabagique (patch, gommes de nicotine).
- Risques maternels (2) :
 - cancers (bronchiques, ORL, vessie, utérus...)
 - insuffisance respiratoire (BPCO)
 - facteurs de risque cardio-vasculaire
- Risques obstétricaux et fœtaux :
 - grossesse extra utérine (1)
 - risque d'avortement spontané précoce (risque relatif x 2)
 - retard de croissance intra utérin (2)

- placenta prævia (1)
- hématome rétro placentaire (1)
- mort fœtale in utéro (1)
- accouchement prématuré (1)
- rupture prématurée des membranes (1)
- Risques néonataux : (risque de mort subite du nourrisson : risque relatif x 2). (1)

Question N°7

Quelles sont les complications liées à la consommation de cocaïne pendant la grossesse ? (15)

- Risques maternels : (1)
 - infarctus du myocarde (1)
 - poussée d'hypertension artérielle (1)
 - accidents vasculaires cérébraux (1)
 - œdème aigu du poumon (1)
- Risques obstétricaux et fœtaux :
 - hématome rétro placentaire (1)
 - mort fœtale in utéro (1)
 - malformations (neurotoxicité + hypoperfusion placentaire) (1)
 - pré éclampsie (1)
 - accouchement prématuré, prématurité (1) (augmentation des contractions utérines en rapport avec un syndrome de manque)
 - retard de croissance intra utérin (1)
- Risques néonataux :
 - syndrome de sevrage (1)
 - troubles neurologiques : (1) convulsions, hémorragies cérébrales, séquelles
 - troubles intestinaux : (1) infarctus mésentérique, entérocolite ulcéro nécrosante
 - mort subite (1)

Question N°8

Malgré une prise en charge efficace, la patiente accouche 36 heures plus tard en présentation céphalique d'un garçon de 750 g (3ème percentile).

Quelles sont les étiologies à évoquer concernant l'hypotrophie de cet enfant ? (8)

- Tabac. (3)
- Cocaïne. (3)
- Primiparité. (1)
- Mauvaises conditions socio-économiques. (1)

Question N°9

A quels risques est exposé cet enfant dans les heures qui viennent ? (15)

Décès. (1) (oubli = 0)

Complications :

- Respiratoires : maladie des membranes hyalines (2) (oubli = 0), apnée (1), infection pulmonaire (1), retard de résorption du liquide pulmonaire, inhalation méconiale.
- Métaboliques : hypothermie (1), hypoglycémie (1), hypocalcémie, anémie.
- Digestives : défaut de succion-déglutition, entérocolite ulcéronécrosante. (2)
- Cardiaques : (1) persistance de la circulation fœtale (hypoxie réfractaire, hypertension artérielle pulmonaire).
- Neurologiques : hémorragie cérébrale (2) (35 à 50% des prématurés pesant moins de 1500 g), ischémie périventriculaire (1) (25% des prématurés pesant moins de 1500 g), apnée centrale.
- Immunologiques : immaturité : sensibilité accrue aux infections. (1)
- Hépatiques : ictère (immaturité de la glycurono conjugaison). (1)
- Hématologiques : anémie.
- Rénales : tubulopathie.

Commentaires

Question N°1

Surtout HPV 16 puis ensuite HPV 18, 31, 33.

Question N°2

Le tableau clinique de pyélonéphrite aiguë chez la femme enceinte peut être tronqué. Dans près de 50% des cas, la fièvre peut être absente ou très modérée. Il faut évoquer le diagnostic en cas d'infection urinaire et douleurs lombaires même chez les patientes apyrétiques.

Le traitement antibiotique doit toujours être administré initialement en parentéral et sera ensuite secondairement adapté à l'antibiogramme et administré per os. Les fluoroquinolones sont contre indiquées.

En l'absence d'antibiogramme, l'antibiothérapie probabiliste doit comporter une céphalosporine de 3^e génération parfois associée dans les formes sévères à un aminoside pendant 48 heures, puis elle sera secondairement adaptée à l'antibiogramme.

La durée totale de l'antibiothérapie est de 10 jours.

ECBU de contrôle 48 heures après la fin du traitement et ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement (dépister une bactériurie asymptomatique).

En cas de signes de colique néphrétique associée : évoquer une pyélonéphrite sur obstacle : c'est une urgence urologique : drainer les urines.

Question N°3

Devant une menace d'accouchement prématuré ou devant un syndrome fébrile pendant la grossesse, il est indispensable d'éliminer une fissuration de la poche des eaux : examen clinique (recherche d'un écoulement de liquide sous spéculum spontanément ou lors d'un effort de toux) et par des tests paracliniques : Amniocator[®] (indicateur de pH), Actimprom[®] (IGFbp1), test diamine oxydase.

Question N°4

Listeria monocytogènes est naturellement résistant aux céphalosporines de 3^e génération : au moindre doute de listériose, ajouter de l'amoxicilline (6 grammes / 24 heures par voie parentérale) jusqu'aux résultats des hémocultures.

Items DCEM : 17, 20, 21, 93, 147, 196