

## **Traumatisme et grossesse : sauver la mère pour sauver le fœtus.**

Auteur : Noémie Favier, pour la SIFEM

Les traumatismes pendant la grossesse représentent un enjeu important à connaître pour les radiologues avec une incidence estimée entre 5% à 7%. Dans une revue récemment publiée dans *Radiographics*<sup>1</sup>, les auteurs détaillent les enjeux diagnostiques pour la mère et le fœtus.

L'échographie FAST permet de détecter des signes de gravité, nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente. Elle permet en second lieu une évaluation fœtale précoce (âge du fœtus, signe d'avortement spontané ou de mort fœtale).

Le scanner avec injection de produit de contraste est l'examen de référence en cas de traumatisme grave. Les protocoles à faibles doses doivent être évités afin de ne pas dégrader la qualité, et entraîner une surexposition aux rayonnements par la répétition des acquisitions. Les protocoles multiphasiques sont réservés aux patientes suspectées d'avoir une atteinte urologique.

**Compte tenu de l'augmentation du rayonnement diffusé, le tablier de plomb au niveau du bassin ne doit pas être utilisé.**

En raison de ses délais de réalisation, l'IRM n'est pas considérée dans les situations d'urgence. Elle peut être utilisée pour le suivi, dans la mesure où elle ne comporte aucun risque pour le fœtus.

### *Traumatismes obstétricaux :*

Le décollement placentaire représente la 2<sup>e</sup> cause de mortalité fœtale en cas de traumatisme maternel, et doit être évoqué même à l'occasion de traumatismes mineurs. Le diagnostic est clinique mais peut être évoqué sur un scanner injecté. Un défaut de rehaussement associé à des signes cliniques en faveur doit amener à un diagnostic de décollement placentaire.

Bien que plus occasionnelle, il est important de rechercher des signes de rupture utérine, favorisée par les antécédents de césarienne ou de chirurgie utérine. Elle entraîne une mortalité fœtale dans la quasi-intégralité des cas.

Plus le fœtus grandit au cours de la grossesse, plus il devient vulnérable aux traumatismes.

Traumatismes non obstétricaux :

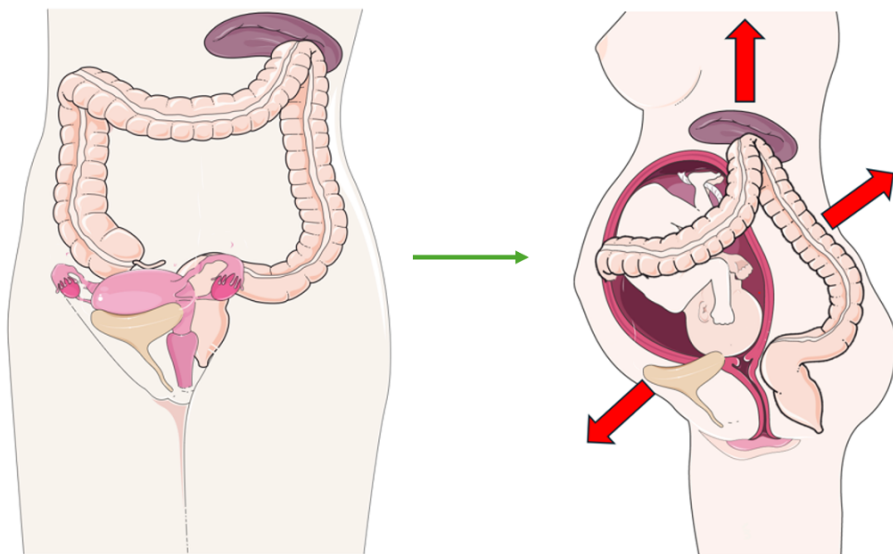
**Il n'existe pas de différence dans la prise en charge des traumatismes non obstétricaux entre les patientes enceintes et non-enceintes.**

Du fait de l'utérus gravide, les patientes enceintes au 3eme trimestre présentent un risque augmenté de lésions abdominales graves, par augmentation des pressions intra-abdominales, et un risque diminué des lésions thoraciques et cérébrales.

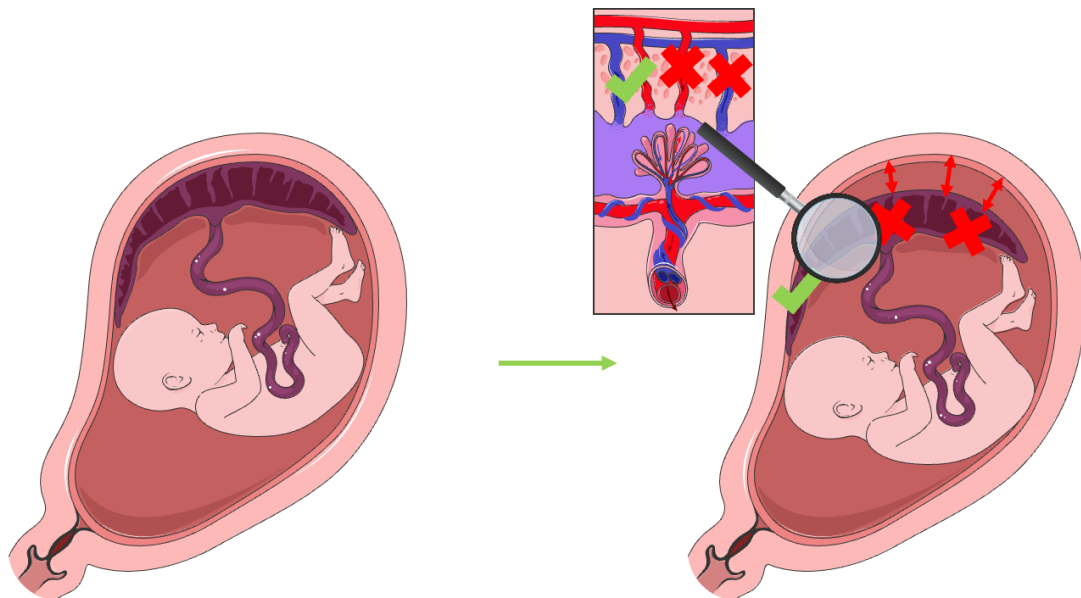
L'augmentation du débit sanguin au niveau pelvien accroît le risque d'hémorragie grave après un traumatisme pénétrant. Les organes tels que les anses digestives se retrouvent refoulés en périphérie, lorsque la vessie est refoulée vers l'avant, augmentant le risque de perforation. La rate est refoulée contre le diaphragme, entraînant des ruptures plus fréquentes.

En conclusion, les examens d'imagerie et notamment le scanner injecté, sont essentiels dans la prise en charge des patients traumatisés graves, la connaissance d'une grossesse ne doit pas impacter le délai de prise en charge : **priorité absolue doit être donnée à la survie de la mère.**





Modification positionnelle des organes abdominopelviens pendant la grossesse



Décollement placentaire