

ЭМБОЛИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ: ЕСТЬ ЛИ ШАНСЫ НА УСПЕШНЫЙ ИСХОД?

Клинический случай



Мме К.

24 года, уроженка Сенегала

Анамнез без особенностей, 2я беременность, первые роды. (выкидыш в 2013)

Grossesse obtenue par stimulation

Начало беременности наблюдалось гинекологом частного сектора

2 консультировалась в неотложной гинекологии СНЕ (метроррагии 1^{го} триместра)

С 21й недели наблюдалась клинически и эхографически в госпитале

Анемия 8,2 g/dl с 11 недели ferritinémie 5 устойчивая, несмотря на лечение препаратами железа

Электрофорез Hb нормальный

Трансфузия 3 ЭМ на 34 НБ (anémie 8,5g/dl + функциональные признаки (астения, одышка, головокружения)

**Спонтанная родовая деятельность 13/9/2016
на 40-й НБ + 4-д.**

**Поступила в родильной блок в 13:30, через 30
мин. спонтанный разрыв мембран**

В 14:30 выполнена ЭДА

**Быстрое расширение шейки матки и
естественные**

роды в 17:17

Мальчик с весом 3620 г, Apgar 10-10-10; pH 7,31

Инъекция 5 UI oxytocine 3



17h40 РОП с ревизией матки
→ акушеркой 4 ! неудачных попытки

17h50 Вызван дежурный АГ

18h : РОП/РМ = ОК!

*во время жеста **внезапное плохое самочувствие с потерей сознания,**
закат глаз, пена углах рта, сжатые челюсти, аспирация
невозможна....;*

нормальная кровопотеря ; АД 142/86 мм Hg ; ЧСС 84/ мин

→ Срочно вызван АР => **ЭАЖ ???**

18h05 АД 95/74; ЧСС 102; в/в 9 mg Ephédrine; dextro 0,74;
второй АР: забор материала на «embolie amniotique»

18h11 : дополнительное введение Ephedrine 9 mg АД (85/22 ЧСС
106)

18h15 : катетеризация 2й периферической вены с забором крови;
arrêt cardiaque → ОТИ + НМС

18h19 Дефибриляция 1 , кардиоактивность восстановлена.
Общая длительность остановки сердца 4 минуты

- 18h35 :** АГ: швы на разрывы (3 plans) ; кровотечения нет (200 мл в коллекторе) , зонд в МП
- 18h40 :** Обычная кровопотеря, АД 107/57; ЧСС 158. Реакция на ИТ, признаки сознания. ??? что делать ???
- 18h58** Седация, перевод в ОРИТ с ИВЛ. При передаче больной: подозрение на ЭАЖ!
- 20h** развилось ПРК (500 мл) сгустки и кровь « moins coagulable »
Диагноз ДВС (TP 63%; ; fibrinogene à 2 (nal); plaquettes 306 000; Hb 9,3; D Dimeres > 4000)
- Transfusion 3 ЭМ+ 3 СЗП + Fibrinogene 1,5g + Kanokad® 1000 UI
- Syntocinon® 5 UI /10 мин затем 10 UI медленная перфузия
- Консультация «CHU de Rouen» : нет показаний к экстренной эмболизации сосудов, постановка «sonde Bakri 400 мл»
- 20h30** кровотечение продолжается, повторное обращение в ОРИТ
CHU
- 21h** перевод в CHU Rouen для эмболизации.
Общая потеря крови оценена в 1 л

Наблюдение в СНУ менее 24ч: зонд Вакри выпал, потеря крови 50 мл, кровотечение отсутствует; Syntocinon® 10 UI / 6ч

...« кровотечение и ДВС остановлены без эмболизации»...?

Пробуждение и экстубация (H4)

14/9/2016 19:30 Перевод в «СНЕ» в ОИТ на 48 час.;

Контроль гемостаза: нормализован.

Развитие ООЛ (ОАР) на фоне высокой артериальной гипертензии на фоне признаков сердечной недостаточности

16/9/2016 : перевод в кардио ОИТ: гипертрофическая кардиомиопатия (FE à 45%) ;

→ лечение: Eupressyl® , Risordan®, Lasilix®

- 17/9/2016:** двухсторонний плеврит → Lasilix[®], Aldactone[®]
- 18/9/2016** → благоприятное течение
- 20/9/2016 :** осмотр АГ: кровотечения нет
назначен «МРТ cardiaque»
профилактика ТЭБ: Arixtra[®] (Fondaparinux) ???
- 21/9/2016 6h13 (J8) :** первый подъем больной.
- кровотечение ?, вызов АГ:... «в пределах нормы»
«Utérus sous omb, tonique, pas de saignement à l'expression; continuer à surveiller dans les jours à venir, mais abondance me parait normal à 1 sem de l'AVB.
J'explique à la patiente la possibilité que les MTR soient un peu plus abondantes à la mise debout »

22/9/2016 12h19 (J9) кардиолог оценивает кровопотерю значительной ! → мнение акушерки?

22/9/2016 12h30 интерн АГ:

- показатели, осмотр, тонус матки, кровопотеря = ОК,
- но вызвал АГ (мнение о кровопотере?):
- →? продолжать ли антикоагулянты?

22/9/2016 15h39 интерн АГ+ 2й АГ:

- **осмотр на гинекологическом кресле → эпилептический**

криз? : потеря сознания, закат глаз, поворот головы влево,

без тонико-клонического элемента

АД 110/60 , ЧСС: 86/ мин, быстрая регрессия с полной амнезией.

23/9/2016 0h43 дежурный кардиолог:

- **повторные эпизоды с потерей сознания на фоне быстро нарастающей анемии на фоне гинекологического кровотечения у пациентки с выраженной кардиомиопатией.**
effet Venturi ? (КМП + Гиповолемиа) ?
- Кардиолог высказывает мнение: этот механизм может объяснить развитие ОСД (АСР) во время родов (Острая гиповолемиа)?
- Hb => 10g/dl, рецидив обморока в 23ч => Hb 9g/dl (21/09/16 Hb 12,78g/dl)
- САД 70 ммHg, жувство сильной жажды
- ➔ Трансфузия 2 ЭМ
- ➔ Мнение дежурного АГ (по телефону) SYNTOCINON® 10 UI/ 6ч.
- => Stop ARIXTRA® (профилактическая доза).
- NB: ETT de débrouillage cette nuit : CMH avec aspect d'hypovolémie intra-VG. VCI très aplatie. FEVG à 53% VG légèrement hypokinetique.

23/9 0h44 Падение давления до 50 ммHg, обморочное состояние

- ➔ форсированная перфузия (макромолекул) + гемотрансфузия
 - ➔ САД до 97 ммHg => 2я ЭМ
- РЕШИТЬ ПРОБЛЕМУ КРОВОТЕЧЕНИЯ С ГИНЕКОЛОГОМ!!!**

23/9 1h39 (J10) мнение АГ на фоне продолжающегося кровотечения и гемотрансфузии:

Syntocinon® медленный болюс 5 ui + 10 ui/4ч затем
10 ui/6ч

При отсутствии эффекта: зонде ВАКРИ & перевод в
СНУ

для эмболизации.

(3 ЭМ, коагулограмма: TP/TCA, plaquettes, fibrinogene,
D dimeres)

Hb 11,6 г/дл

Au final : новый перевод в СНУ кардиологом !! для эмболизации на фоне активного кровотечения и рефрактерной гиповолемии.

Du 23 au 24/9/2016 наблюдение в «CHU Rouen» : остановка кровотечения без эмболизации

МРТ сердца: ГКМП без фиброза («cardiomyopathie hypertrophique avec fraction d'éjection VG 65% et VD 69%, sans fibrose focale decelable sur les séquences de réhaussement tardif ; vraisemblable fibrose diffuse sur les séquences de T1 mapping »)

24/9/2016 19h25 (J11) возвращение в ОИТ Кардио

Нв 9.6 г/дл, клинический экзамен «normal»; перфузия прекращена на фоне хорошей гемодинамики, без признаков легочной и периферической «перегрузки».

25/9/2016 11:59 (J12) очередное резкое снижение Нв до 7,6 г/дл → трансфузия 3 ЭМ.

25/9/2016 11h59 cardiologue

- Patiente reprise dans notre service pour une notion de "manque de place en gynécologie" Le problème principal de cette patiente n'est pas **CARDIOLOGIQUE**.
 - Elle a une CMH (Cardiomyopathie hypertrophique) dont le bilan est fait (IRM cardiaque à ROUEN à la recherche d'une éventuelle fibrose myocardique)
 - Aucune autre mesure particulière n'est à faire chez elle du côté cardiologique en dehors d'un suivi.
 - **Le mécanisme de son arrêt cardiaque est maintenant clair : hypovolémie sévère sur une CMH qui induit un effet VENTURI et un arrêt cardiaque.**
 - **De même la FV après cet arrêt cardiaque est tout à fait logique.**
- Si l'IRM ne montre pas de fibrose alors cela confirme encore cette hypothèse, d'autant plus qu'elle n'a jamais fait de trouble du rythme cardiaque pendant sa surveillance sous Scope.**
- Ce jour elle a 7,6g/dl d'Hb alors qu'hier à ROUEN elle avait 9,6g/dl.
 - Tout comme la première fois, aucun geste particulier n'a été fait à ROUEN concernant ce saignement gynécologique.
 - > **Transfusion de 3 culots globulaires** ce jour.
 - La place de cette patiente pour son suivi n'est pas en USIC mais en GYNECOLOGIE.** Appel du gynécologue de garde ce jour, avec accord pour son transfert au plus tard demain sauf si besoin de place en Urgence en USIC auquel cas la patiente partira en gynéco avant demain.

26/9/2016 Перевод в родильное отделение
с Hb 10,1 г/дл → курс Vénofer®

29/9/2016 : результат анализа ЭАЖ:
позитивное цитологическое
исследование бронхо-альвеолярной
жидкости (LBA):

* qq cellules épithéliales isolées avec un caractère amniotique retrouvé pour certaines d'entre elles;

* qq macrophages dont certains st chargés de nbreuses vésicules lipidiques orangées

* mais recherches biochimiques négatives

→ АМНИОТИЧЕСКАЯ ЭМБОЛИЯ

1/10/2016 выписана домой

7/3/2017 консультация кардиолога: АГТ ,
контролируемая Amlor® 5mg x 2/д

Discussion du dossier

Дискуссия

- **ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМ**
- **ВЫВОД И СЛЕДСТВИЕ**

- 1 - анемия во время беременности,
резистентная
препаратам железа с трансфузией ЭМ на 34
нб
- астенический синдром
- Кардиомиопатия ?? → Диагностика! УЗИ
кард.?
- 2 РОП и РМ: 4 попытки (акушерка) → Лимит ?
- 3 Позняя диагностика ПРК и ДВС в ОРИТ
- 4 Nalador[®] ? Противопоказания см. Vidal
- 5 Повторные кровотечения J8 и J10: выбор
анткоагулянта?
- 6 Пребывание в «СНУ»: краткое, без
эмболизации, без принятия коллегиального

8 Проблема коммуникации между врачами, отделениями, больницами: отсутствие единой

тактики и коллегиального решения

9 Оккультная диагностика: игнорирование начальной гипотезы ЭАЖ; в плену гипотезы «кардио»: ОСД из-за гиповолемического шока на фоне ГКМП (не соответствует хронологии событий)

«ТЕРНИСТЫЙ ПУТЬ»



PHYSIOPATHOLOGIE

О п и с а н а в 1926 г о д у J R M e y e r

К о м п л е к с н о е и н е д о с т а т о ч н о
п о н я т н о е с о б ы т и е

П о с т у п л е н и е а м н и о т и ч е с к о й
ж и д к о с т и в м а т е р и н с к и й
к р о в о т о к : р а з р ы в м а т о ч н о -
п л а ц е н т а р н о г о б а р ь е р а
ч е р е з в е н ы п л а ц е н т ы и л и в о
в р е м я р а з р ы в а н и ж н е г о
с е г м е н т а ш е й к и м а т к и .

А м н и о т и ч е с к о е д а в л е н и е >
в е н о з н о г о

В о з н и к а е т н а л ю б о м э т а п е
р о д о в

В ы з ы в а е т

ÉPIDÉMIOLOGIE

Редкое осложнение
0,8/100 000 во Франции

2-я причина смертности,
связанной с
беременностью = 13,3%
(после кровотечения)

ÉPIDÉMIOLOGIE (2)

Tableau 1.- Incidence et mortalité de l'éclampsie amniotique.

Étude	Pays	Type d'étude	Années	Naissances (n)	Incidence	Mortalité
Kramer (10)	Canada	Rétrospective	1991-2002	3 018 781	6,0/100 000	13 %
Abenhaïm (4)	Etats-Unis	Rétrospectif	1999-2003	2 940 360	7,7/100 000	21,6 %
Knight (3)	Royaume-Uni	Prospective (UKOSS)	2005-2009	3 049 100	2,2/100 000	20 %
	Australie	Rétrospective	1994-2005		6,1/100 000	14 %
Knight (5)	Australie	Prospectif	2001-2007		3,3/100 000	35 %
Knight (5)	Etats-Unis	Rétrospective	1999-2008		5,5/100 000	20 %
Knight (5)	Hollande	Prospective	2004-2006		2,5/100 000	11 %
Knight (5)	Royaume-Uni	Prospective	2005-2010		1,9/100 000	19 %

FACTEURS DE RISQUES

- Возраст > 35 лет, многорожавшая
- Многоводие, воды с меконием
- Внутриутробная гибель плода, гипоксия плода
- Макросомия, плод мужского пола
- Хориоамниотит, амниоцентез
- Приращение плаценты, отслойка плаценты
- Эклампсия
- Стремительные или затяжные роды
- Сильные тетанические схватки
- Разрывы шейки матки, разрыв матки
- Инструментальное пособие: щипцы, вантуз

FACTEURS DE RISQUES

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ:

**избыточное давление на матку извне
несоответствующий разрез
выраженная гиповолемия**

DIAGNOSTIC

- ОСТАНОВКА СЕРДЦА
- АРИТМИЯ
- ВНЕЗАПНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СТРАХ, НЕОБЫЧНОЕ БЕСПОКОЙСТВО, ЧУВСТВО НЕМИНУЕМОЙ СМЕРТИ...
- ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ
- ОДЫШКА, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ и/или ОДН (détresse respiratoire aigue)
- ДЕТРЕСС ПЛОДА
- КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ
- НАЛИЧИЕ КЛЕТОК АЖ(foeto-placentaire) при гистологическом исследовании плаценты, легочной ткани матери
- ЦИАНОЗ, БЛЕДНОСТЬ, ТОШНОТА, ГИПЕРТЕРМИЯ...

или ОТСТУТСТВИЕ ДРУГОЙ ПРИЧИНЫ
ЭТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

DIAGNOSTIC

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

↓↓ SpO₂ до 85% - 70%

↑ ДАВЛЕНИЕ В ДЫХАТЕЛЬНОМ КОНТУРЕ 35-40 см H₂O

ДВС- синдром

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ЛР- АНЕСТЕЗИИ

СРАЗУ ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА:

**ТО ЖЕ + СИМПТОМЫ ВНЕЗАПНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ,
ОДЫШКИ....**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

АКУШЕРСКИЕ ПРИЧИНЫ

ПРК

- АТОНИЯ МАТКИ
- ПЛАЦЕНТА percreta/acreta
- РАНЫ / РАЗРЫВЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ
- ЭПИЗИОТОМИЯ

РАЗРЫВ МАТКИ

КАРДИОМИОПАТИЯ péri-partum

НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ВОЗВРАТА (utérus gravidе)

ЭКЛАМПСИЯ

ОСТРЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ вызванный ТОКОЛИТИКАМИ.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК НА ЛС
ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МА,
ТОТАЛЬНЫЙ СПИНАЛЬНЫЙ БЛОК

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

ЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
КАРДИОМИОПАТИЯ СТРЕССА (Tako-T subo)
ОИМ / ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ
ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ КАРДИОПАТИИ
СЕПСИС / СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК
НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

НИ ОДИН ИЗ БИОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЭАЖ С АБСОЛЮТНОЙ УВЕРЕННОСТЬЮ.

ПОИСК ЭЛЕМЕНТОВ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ОДНОВРЕМЕННО :

1. В МАТЕРИНСКОЙ КРОВИ (желательно из центральной вены, допустимо из периферической)
2. В БРОНХО-АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ (LBA)
 - 1) при ЭАЖ макрофаги чаще всего имеют особый аспект, с липидными везикулами оранжевого цвета = свидетельство попадания элементов плода. Это аспект соответствует с отсутствием IGFBP-1 в бронхо-альвеолярной жидкости (возможна его деградация?).

IGFBP-1 = Insulin Growth Factor Binding Protein de type 1 *

1. ВЫСОКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ
2. ЗАБОР ЧЕРЕЗ 12 ЧАСОВ

ДОЗИРОВКА ТРИПТАЗЫ ПЛАЗМЫ (tryptase plasmatique) для исключения истинной анафилаксии (anaphylactique vraie)

ДОЗИРОВКА КОМПЛЕКСА **zinc-coproporphyrine**
(высокая специфичность)

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

АУТОПСИЯ +

НАЛИЧИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНЫХ
ЭЛЕМЕНТОВ В ЛЕГОЧНО ТКАНИ

НАЛИЧИЕ АМНИОТИЧЕСКИХ
ЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ ИЛИ
ПЛАЦЕНТАРНЫХ ВЕНАХ =
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ
ДЛЯ ОРИЕНТИРОВКИ ДИАГНОЗА

EXAMENS PARACLINIQUES

БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

- гиперлейкоцитоз
- ДВС: : ↑DDImères, тромбопения,
↓фибриногенемия
↑сердечных энзимов (enzymes
cardiaques)
- Гипоксемия (GDS)

РАДИОГРАФИЯ ЛЕГКИХ

- диффузные двухсторонние
гетерогенные /

гомогенные аномалии

УЗИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ & ТРАНСПИЩЕВОДНОЕ

- ранняя диагностика
внутрисердечного тромба

или эмбола в правых
отделах сердца

TRAITEMENT

СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТ!
СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ =
ПОДДЕРЖКА ОСНОВНЫХ
ЖИЗНЕННЫХ ФУНКЦИЙ

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ (**traitement d'exception**) :

1. искусственное кровообращение
2. ЕСМО, мембранная оксигенация
3. Эмболизация маточных артерий
4. Autres

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- ❑ ПАТОЛОГИЯ РЕДКАЯ, НО ТЯЖЕЛЕЙШАЯ
- ❑ ДИАГНОЗ ПО ИСКЛЮЧЕНИЮ ДРУГИХ ПРИЧИН
- ❑ ПОДОЗРЕНИЕ НА «ЭАЖ» ПРИ ЛЮБОМ ПРОЯВЛЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ РОДОВ
- ❑ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ..... в поиске
- ❑ ПРОГНОЗ МОЖЕТ БЫТЬ УЛУЧШЕН:
 - ❑ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКОЙ,
 - ❑ НЕМЕДЛЕННЫМ И АДЕКВАТНЫМ ИНТЕНСИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ
 - ❑ КОМПЛЕКСНАЯ ТАКТИКА и КООРДИНАЦИЯ!
АГ + АР + РАДИОЛОГ + БИОЛОГ
 - ❑ ТРЕНИРОВКА АКУШЕРСКИХ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ БРИГАД (СИМУЛЯЦИОННЫЕ МЕТОДЫ) ДЛЯ УРГЕНТНЫХ

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

