

## **Morts maternelles par embolie pulmonaire: Données de l'enquête nationale confidentielle la mortalité maternelle (ENCMM) 2010-201**

Réanimation / Urgences  
Obstétrique 3

M. Rossignol 1,\* , E. Morau 2, M. Dreyfus 3, M. Saucedo 4, C. Deneux Tharoux 4

1Département d'Anesthésie réanimation SMUR, hôpital Lariboisière - Paris (France),  
2Service d'Anesthésie-Réanimation, Pole mère Enfant, CHU de Montpellier. -  
Montpellier (France), 3Service de Gynécologie Obstétrique et médecine de la  
reproduction, CHU de Caen - Caen (France), 4Inserm EPOPé - Paris (France)

\*Auteur(s) correspondant(s).

Adresse email : mathias.rossignol@aphp.fr (M.Rossignol)

Conflits d'intérêt

Aucun

### ***Position du problème et objectif(s) de l'étude***

La grossesse et le postpartum constituent des périodes à très haut risque thrombo-embolique veineux qui semble se prolonger bien au delà des classiques 6 semaines après l'accouchement (1). L'embolie pulmonaire (EP) est une des 3 principales causes de mort maternelle (MM) directe dans la plupart des pays développés. Nous nous sommes intéressé aux décès par EP.

### ***Matériel et méthodes***

L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) étudie toutes les MM en France et évalue la cause du décès, l'adéquation de soins, et le caractère évitable du décès. L'analyse a porté sur les décès maternels par EP survenus au cours de la période 2010-2012.

### ***Résultats & Discussion***

Entre 2010 et 2012, 24 décès maternels ont été attribués à des EP, soit un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 1 pour 100 000 naissances vivantes, sans changement par rapport à la période 2007-2009. L'EP est responsable de 9% des MM, soit une proportion maintenant égale à celle des morts par hémorragie du post partum ou par embolie amniotique.

Parmi ces 24 décès, 4 (16%) sont survenus après une interruption de grossesse (1 IVG et 3 IMG), 7 (30%) pendant une grossesse évolutive (avant 22 SA), et 13 (54%) après l'accouchement (délai entre 9 et 60 jours postpartum). Parmi les 24 décès, 9(37,5%) sont survenus en dehors d'une structure de soins (domicile, voie publique).

Le taux d'évitabilité est de 50%, stable par rapport au triennum précédant. Les principaux critères d'évitabilité sont:

- Le retard diagnostic malgré l'échec du traitement entrepris pour un autre diagnostic initialement suspectée (asthme, pneumopathie)
- La mobilisation avant que l'anticoagulation soit efficace malgré l'existence d'une thrombose veineuse profonde proximale
- Un traitement préventif par héparine de bas poids moléculaire insuffisant en durée et/ou en dose (obésité)
- Un déclenchement non justifié retardant l'anticoagulation efficace d'une thrombose veineuse profonde proximale

### **Conclusion**

L'EP est responsable de 9% de la MM en France, et ces décès semblent évitables pour moitié. Le CNEMM suggèrent des éléments d'amélioration de la prise en charge:

- Le risque thromboembolique doit être estimé chez toute femme enceinte afin d'établir une éventuelle indication de thromboprophylaxie, et d'en préciser les modalités. Ce risque doit être réévalué tout au long de la grossesse et du postpartum jusqu'à trois mois après l'accouchement.
- En cas de forte suspicion de maladie thromboembolique, l'anticoagulation doit être débutée sans attendre les résultats des examens diagnostiques
- L'angioscanner n'est pas contre-indiqué chez la femme enceinte
- La dose d'HBPM doit être adaptée au poids réel et le monitoring de l'activité anti-Xa, s'il n'est pas recommandé de façon systématique, est probablement souhaitable en cas d'obésité ou d'insuffisance rénale
- La décision de faire naître l'enfant retarde inévitablement l'anticoagulation efficace, expose au risque de migration du caillot et rend la fibrinolyse beaucoup plus dangereuse. Elle ne doit pas être la règle sauf en cas d'anomalie du rythme cardiaque foetal.
- L'initiation d'un traitement pour une dyspnée aigue (pneumopathie ou asthme) ne doit pas occulter la possibilité d'une EP sous-jacente ou de présentation atypique. En

particulier, l'absence d'amélioration sous un traitement bien conduit (antibiotiques par exemple) doit faire reconsidérer le diagnostic initial et faire envisager celui d'EP.

### ***Références***

(1) N Engl J Med 2014 Apr 3;370(14):1307-15

### ***Remerciements***

A tous les assesseurs et experts du CNEMM