

Item 196 - SYNDROMES ABDOMINAUX ET GROSSESSE

I- INTRODUCTION

Tout syndrome abdominal peut se voir pendant la grossesse. Des interventions chirurgicales sont réalisées chez 0,3 % des femmes enceintes. Nous n'envisagerons pas les douleurs « obstétricales »

- Les syndromes abdominaux pendant la grossesse sont particulièrement graves en raison d'un retard au diagnostic et à la thérapeutique. La grossesse modifie en effet les symptômes cliniques ;

L'utérus gravide écarte les autres organes. Il existe également des modifications de la paroi abdominale.

- La grossesse peut modifier les résultats des examens complémentaires
 - il existe une hyperleucocytose physiologique (10 000 à 18 000 pendant le travail);
 - une diminution de l'hématocrite par hémodilution,
 - un syndrome rétionnel minime avec élévation des phosphatases alcalines et des Gamma GT sans augmentation de la bilirubine.
- Classiquement les examens radiologiques sont contre-indiqués. En fait, dans les examens radiologiques courants, les doses de Rx délivrées sont faibles et il n'existe pas d'indication d'IMG en cas d'exposition accidentelle en début de grossesse. Si la grossesse est connue, on doit se limiter dans le nombre de clichés et éventuellement protéger l'utérus (tablier).
- L'échographie ne pose pas de problème pendant la grossesse. Une petite dilatation des voies pyélo-calicielles maternelles surtout à droite est physiologique en fin de grossesse.
- La cœlioscopie est possible chez la femme enceinte jusqu'à 20 SA environ ; au delà, le volume utérin gêne la visualisation du pelvis et l'introduction des trocarts. Pas de canulateur utérin.

II - PATHOLOGIE GYNECOLOGIQUE

1) Torsion d'un kyste de l'ovaire

La grossesse favorise la torsion des kystes annexiels du fait des modifications anatomiques secondaires à l'augmentation de taille de l'utérus (surtout les kystes dermoïdes). Brutalement, la patiente présente une douleur abdomino-pelvienne intense avec des nausées, des vomissements, éventuellement un état de choc. Il n'existe pas de fièvre. A l'examen, le ventre s'étire mal, il n'existe pas de contracture, parfois une défense. Au toucher vaginal, une masse latéro-utérine plus ou moins mobile, très douloureuse. L'échographie retrouve une masse annexielle. Le traitement est chirurgical en urgence (ischémie de l'annexe).

2) Nécrobiose aseptique d'un fibrome

La grossesse est une circonstance classique favorisant la nécrobiose aseptique des fibromes (augmentation de taille, ischémie par mauvaise vascularisation). C'est un accident fréquent, d'autant plus que le volume du myome est important.

La patiente présente une douleur pelvienne intense, paroxystique associée à des nausées parfois des vomissements et des troubles du transit. Il existe une fièvre à 38° - 38° 5 et une discrète altération de l'état général. Le toucher vaginal retrouve une masse arrondie solidaire de l'utérus très douloureuse. Le fibrome est classiquement augmenté de volume et ramolli. L'échographie visualise le fibrome qui présente un aspect typiquement en

cocarde. Le traitement est essentiellement médical avec repos, glace sur le ventre et anti-inflammatoires. Les antibiotiques ne sont pas indispensables. La chirurgie est exceptionnelle pendant la grossesse mais peut être proposée dans un deuxième temps, à distance de l'accouchement en cas de myome volumineux.

3) Autres pathologies

- En début de grossesse, il peut s'agir d'une rupture de grossesse extra-utérine, d'une torsion ou d'une hémorragie d'un kyste de l'ovaire, d'une nécrobiose de fibrome.
- En cours de grossesse, il faut surtout penser à une menace d'accouchement prématuré soit primitive soit secondaire à une pathologie digestive ou urinaire.
- En fin de grossesse, on peut évoquer un hématome rétro-placentaire ou une rupture utérine.
- Pendant les suites de couches. Phlegmon du ligament large ou pyosalpinx, thrombophlébite ou complication d'un kyste de l'ovaire.

III - PATHOLOGIE URINAIRE

1) Infection urinaire (cf.)

2) Colique néphrétique

Fréquence : 1 sur 1 500 grossesses.

Elle est liée à une distension aiguë de la voie urinaire par la migration d'un calcul qui se mobilise plus facilement dans les voies urinaires dilatées pendant la grossesse.

Cliniquement, il s'agit d'une douleur paroxystique du flanc irradiant vers les lombes et sur le trajet de l'uretère. Il existe parfois des troubles du transit. On note une pollakiurie, une hématurie, il n'existe pas de fièvre. L'ECBU retrouve une hématurie microscopique parfois une leucocyturie. L'échographie recherche une dilatation importante des voies urinaires. Les examens radiologiques sont rarement indispensables. L'ASP recherche une image calcifiée (lithiase). L'urographie intraveineuse à l'aide d'un nombre restreint de clichés est l'examen de certitude.

Le traitement est essentiellement médical associant anti-spasmodiques et anti-inflammatoires par voie intraveineuse puis une cure de diurèse. On est très rarement amené à recourir à la chirurgie.

3) Compression de l'uretère par l'utérus gravide

Celui-ci peut être comprimé par l'utérus gravide au niveau du détroit supérieur, surtout du côté droit. Cette compression explique l'urétéro-hydronephrose droite « physiologique » en fin de grossesse. Elle est améliorée par le décubitus latéral gauche.

IV - PATHOLOGIE TRAUMATOLOGIQUE

1) En début de grossesse

L'utérus, intra-pelvien, est en général bien protégé. Par prudence, on réalise une échographie et un test de Kleihauer. Chez les femmes rhésus -, une injection d'anti-globulines anti D s'avère indiquée (prévention de l'allo-immunisation Rhésus).

2) Pendant le deuxième et le troisième trimestre

Les risques sont :

- atteinte fœtale : la mort peut survenir par atteinte directe ou par anoxie liée au collapsus maternel. Il existe par ailleurs un risque exceptionnel d'hémorragie cérébrale lié à un traumatisme crânien du fœtus. Le traumatisme peut enfin être à l'origine d'une hémorragie fœto-maternelle pouvant entraîner en quelques heures une souffrance fœtale.
- décollement placentaire : le traumatisme peut être responsable d'un hématome rétro-placentaire (HRP) avec mort fœtale in utero.
- une menace d'accouchement prématuré
- la rupture utérine : le tableau est celui d'une hémorragie intra-péritonéale avec état de choc et mort fœtale.
- atteinte des autres viscères : la rupture splénique est rare. Le tableau est celui d'un collapsus (surveillance du pouls, de la tension et de l'hématocrite). L'échographie retrouve un hémopéritoine parfois un hématome sous-capsulaire de la rate.

La conduite à tenir :

* *sur le plan préventif*, il faut conseiller le port de la ceinture de sécurité ;
Il existe des accidents de décélération liés au port de la ceinture de sécurité, mais les risques maternels sont largement diminués par la ceinture.

* *sur le plan thérapeutique*,

Après un traumatisme abdominal, une hospitalisation en milieu obstétrical pendant 24 à 48 heures pour mise en observation est conseillée.

- Il faut effectuer une surveillance maternelle (pouls, tension, température, \pm hématocrite) et fœtale comprenant :

- . un enregistrement prolongé du rythme cardiaque fœtal (après 28 SA),
- . une échographie en sachant que l'hématome rétro-placentaire peut n'apparaître qu'après 24 h
- . un test de Kleihauer à la recherche d'une hémorragie fœto-maternelle (intérêt médico-légal)

- l'injection d'immunoglobulines anti-D doit être discutée chez les femmes Rhésus -
- prévenir la menace d'accouchement prématuré,
- en cas de plaie pénétrante, chirurgie exploratrice,
- en cas d'état de choc, commencer par une réanimation maternelle ++. La mère doit être privilégiée dans les urgences vitales.

Après 8 mois, se pose le problème de l'extraction fœtale. La question de la césarienne post-mortem est exceptionnelle. Pour avoir une chance d'extraire un fœtus vivant, il doit l'être dans les 15 mn après le décès maternel.

Le ramassage des blessées enceintes doit être fait en décubitus latéral gauche dans la mesure du possible.

V- PATHOLOGIE DIGESTIVE

1) Appendicite aiguë

La fréquence est de 7 à 13 pour 1 000 grossesses. La morbidité augmente avec l'âge de la grossesse. Il existe un risque important de péritonite généralisée.

• Symptomatologie clinique

En début de grossesse (1^{er} trimestre), le tableau clinique est classique et les symptômes identiques à ceux de la femme non gravide. Certains signes d'appel doivent cependant être

analysés avec prudence (nausées, vomissements, constipation) du fait de leur grande fréquence en début de grossesse.

Durant le reste de la grossesse (2^{ème} et 3^{ème} trimestre), le diagnostic est plus délicat :

- l'appendice est refoulé vers le haut par l'utérus gravide (siège de la douleur)
- l'épiploon et les anses grêles refoulées par l'utérus gravide ne jouent plus leur rôle de barrière naturelle limitant l'infection (fréquence des formes graves avec péritonite).

L'évolution larvée se fait vers la péritonite généralisée. La douleur est de siège souvent atypique (lombaire, flanc droit, voire hypocondre droit, souvent située à mi-distance entre le Mac Burney et la première côte), les troubles du transit sont d'interprétation difficile (nausées, constipation ...), le TR est négatif à ce terme (sauf en cas de péritonite), la défense est souvent absente. L'examen doit se faire en décubitus latéral gauche et rechercher un point douloureux exquis très évocateur ± haut situé, une contracture isolée du bord droit de l'utérus, une douleur transmise à l'ébranlement du bord gauche de l'utérus et une augmentation de la douleur aux mouvements fœtaux. Un fébricule doit attirer l'attention. Les vomissements gravidiques simples ne sont classiquement plus observés au delà de 16 SA !

- Examens complémentaires

L'échographie abdominale n'apporte aucun élément fiable pour le diagnostic (sauf diagnostics différentiels). Sur le plan biologique, on se méfiera de l'hyperleucocytose physiologique de la grossesse. La CRP est élevée (elle reste normale en cours de grossesse). On pourra s'aider par ailleurs d'une uroculture et/ou d'une échographie abdominopelvienne pour éliminer les diagnostics différentiels (GEU, infection urinaire, complication d'un kyste ovarien).

- Traitement :

Le traitement est chirurgical. Loin du terme, on peut faire une incision de Mac Burney plus ou moins élargie. En fin de grossesse, l'incision est souvent médiane ou pararectale. Actuellement, la cœlioscopie permet de confirmer le diagnostic et de guider l'incision, parfois de réaliser l'appendicectomie.

En cas de péritonite généralisée, on doit pratiquer une incision médiane sous-ombilicale. Il faut laver d'abord la cavité péritonéale, discuter l'extraction fœtale en cas de péritonite intense ou d'altération de l'état général de la patiente et réaliser l'appendicectomie.

Il faut éviter les laparotomies inutiles pour « suspicion d'appendicite » et surtout d'opérer une appendicite en péritonite généralisée (retard au diagnostic).

Les complications fœtales sont rares au 1^{er} trimestre et plus fréquentes en fin de grossesse ; accouchement prématuré, mortalité périnatale.

2) Cholécystite aiguë

Elle est rare bien que classiquement favorisée par la grossesse (les œstrogènes augmentent la saturation biliaire en cholestérol). Dans 90 % des cas, il s'agit d'une cholécystite lithiasique. Celle-ci se manifeste par une douleur de l'hypocondre droit ou de l'épigastre irradiant vers l'épaule ou la région lombaire droite (bretelle ou ceinture) avec inhibition des mouvements respiratoires. On note des nausées, des vomissements, des troubles du transit ainsi qu'un syndrome infectieux avec fièvre à 39°, tachycardie, oligurie et ictère dans 10 % des cas. A l'examen, on retrouve le signe de Murphy : douleur à l'hypocondre droit parfois hoquet par irritation péritonéale.

L'échographie montre une distension et un envahissement des parois vésiculaires et met en évidence le calcul. Sur le plan biologique, il existe un syndrome rétentionnel vrai éventuellement une réaction pancréatique. L'ECBU est normal. Le traitement est d'abord

médical (glace, antibiothérapie, antalgiques et anti-spasmodiques et tocolyse). Il est ensuite chirurgical à froid. Mais il peut être chirurgical d'emblée en cas de doute du diagnostic, d'absence d'amélioration de la symptomatologie sous traitement médical, de syndrome toxi-infectieux sévère ou à l'échographie d'hydro ou de pyocolécyste ou bien devant une dilatation importante des voies biliaires principales. Il est réalisé par chirurgie classique (incision sous-costale droite) ou cœlioscopie.

3) occlusion intestinale aiguë

C'est la troisième cause digestive de laparotomie pendant la grossesse (fréquence 0,02 %).

Il existe trois moments privilégiés :

- entre le 4ème et le 5ème mois quand l'utérus devient abdominal,
- près du terme lors de l'engagement de la tête fœtale,
- après l'accouchement du fait de l'involution utérine.

Elles sont favorisées par des antécédents d'interventions abdominales qui favorisent les adhérences ou les brides. L'ascension de l'utérus grévide met les brides en tension ce qui favorise les étranglements et les volvulus. Par contre l'incidence des hernies étranglées est diminuée (présence de l'utérus grévide, diminution du tonus musculaire sous l'effet de l'imprégnation hormonale).

Le tableau clinique est classique, différent suivant la hauteur de l'occlusion (grêle ou colon) associant des douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz, un utérus abdominal, souple.

Sur le plan paraclinique, l'ASP debout de face recherche des niveaux hydro-aériques. Le bilan électrolytique sanguin apprécie le retentissement métabolique.

Il faut éliminer les iléus réflexes (nécrobiose, infection urinaire, colique néphrétique, péritonite, rupture de grossesse extra-utérine) et savoir distinguer également les vomissements gravidiques (exceptionnels après 16 SA). Le traitement est chirurgical par laparotomie et extraction fœtale en fonction du terme de la grossesse.

4) Le syndrome d'Ogilvie (= pseudo-obstruction colique)

Il s'agit d'une colectasie aiguë idiopathique (dilatation colique aiguë sans obstacle d'aval réalisant un tableau d'occlusion intestinale aiguë). Elle est rare et survient le plus souvent chez des patients âgés ayant une pathologie associée contemporaine. Quelques cas ont été rapportés en post-partum et notamment après césarienne.

Sur le plan clinique, en deux à trois jours surviennent des douleurs abdominales diffuses, des nausées, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz ou bien une diarrhée et une distension abdominale majeure (tableau d'OIA basse). Le ventre est douloureux, sans défense, tympanique et silencieux. A l'ASP, il existe une aérocolie majeure prédominant au niveau du cæcum et de rares niveaux liquide. Le diamètre cæcal est prédictif du risque de rupture s'il est supérieur à 9-12 cm.

Le risque évolutif majeur, en l'absence de traitement, est la perforation cæcale avec péritonite stercorale (pronostic vital engagé).

Le but du traitement est d'affaiblir le diamètre colique dans les meilleurs délais. Le traitement est d'abord médical par rééquilibration hydroélectrolytique, aspiration gastrique continue ... sous couvert d'une surveillance clinique et radiologique régulière. En l'absence d'efficacité, la prise en charge repose sur la coloscopie (exsufflation colonoscopique). La chirurgie est proposée en cas d'échec ou de complication (perforation).

Il s'agit d'une pathologie très rare qui doit rester un diagnostic d'exclusion après avoir éliminé une OIA mécanique ou un simple iléus paralytique post-opératoire banal.

5) Pathologies rares

* La hernie étranglée et la perforation d'un ulcère sont plus rares pendant la grossesse et ne présentent pas de particularités

* Rupture spontanée du foie

Elle survient le plus souvent dans un contexte de toxémie gravidique. Il peut s'agir d'une rupture sous-capsulaire (hématome sous capsulaire) ou intrapéritonéale au pronostic sévère. Le traitement est chirurgical et délicat (mortalité materno-fœtale non négligeable) : évacuation utérine et hémostase hépatique.

* Rupture splénique

Elle est surtout observée au 3^{ème} trimestre de la grossesse, dans 4 circonstances : rupture traumatique, rupture sur rate pathologique (pathologie hématologique, tumorale, ou infectieuse), rupture sur rate toxémique ou idiopathique. A part rupture d'anévrisme de l'artère splénique. Le traitement est chirurgical : splénectomie ± césarienne.