

URGENCES DIGESTIVES ET GROSSESSE : A PROPOS DE QUATRE CAS AVEC REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. NIASSE, P. M. FAYE, M. L. GUEYE, A. NDONG, A.A. DIOUF, M. DIALLO, A. DIOUF, O. THIAM, A.S. COULBARY, M. NIANG, A. LEYE, M. CISSE, M. DIENG

RESUME

En dehors des urgences obstétricales, les urgences abdominales de la femme enceinte qu'elles soient digestives, gynécologiques, urologiques, vasculaires ou traumatiques, peuvent compliquer une grossesse sur 500 à 700, avec la nécessité d'une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas. Relativement rares, ces urgences nécessitent une prise en charge rigoureuse et pluridisciplinaire. Leur diagnostic n'est pas facile et les investigations radiologiques sont souvent limitées par les risques d'irradiation. Les urgences abdominales les plus fréquentes sont l'appendicite aiguë et ses complications et la cholécystite aiguë. L'hyperpression abdominale causée par la grossesse peut révéler ou aggraver une hernie pariétale. Nous avons rapporté les observations de quatre patientes porteuses de grossesse évolutive et reçues pour appendicite aigue compliquée chez deux patientes et hernies pariétales abdominales étranglées chez les deux autres. Le but de notre étude était de relater les aspects spécifiques dans le diagnostic, le traitement et le retentissement sur la grossesse.

Conclusion : Les douleurs abdominales sont une cause fréquente de consultation pendant la grossesse. En dehors des urgences obstétricales, les urgences digestives doivent être évoquées et recherchées et leur prise en charge est pluridisciplinaire.

Mots clés : Appendicite, Appendicectomie, Hernie étranglée, Grossesse, Échographie obstétricale

SUMMARY

Digestive emergencies and pregnancy: report of four cases with review of the literature

Apart from obstetric emergencies, the abdominal emergencies of the pregnant woman that they are digestive, gynecological, urological, vascular or traumatic, can complicate a pregnancy on 500 to 700, with the need for a surgical intervention in 0.2 to 2% cases. Relatively rare, these emergencies require rigorous and multidisciplinary care. Their diagnosis is not easy and radiological investigations are often limited by the risks of irradiation. The most common abdominal emergencies are acute appendicitis and its complications and acute cholecystitis. Abdominal hyperpressure caused by pregnancy can reveal or worsen a parietal hernia. We reported the observations of four patients carrying an active pregnancy and received for complicated acute appendicitis in two patients and abdominal parietal hernias strangulated in the two others. The aim of our study was to relate the specific aspects in the diagnosis, treatment and impact on pregnancy.

Conclusion: Abdominal pain is a common cause of consultation during pregnancy. Apart from obstetric emergencies, digestive emergencies must be discussed and sought out and their management is multidisciplinary.

Keywords: Appendicitis, Appendectomy, Strangulated hernia, Pregnancy, Obstetric ultrasound

INTRODUCTION

La douleur abdomino-pelvienne au cours de la grossesse est un motif fréquent de consultation en urgence. Il faut bien sûr penser aux causes obstétricales qui justifient une prise en charge spécifique en urgence [1]. Mais ces douleurs peuvent aussi être d'origine digestive, gynécologique, ou traumatique. Une urgence médico-chirurgicale de cause non obstétricale complique environ une grossesse sur 500 à 700 [2, 3]. Ces différentes pathologies nécessitent une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas avec au premier rang l'appendicite aiguë et la cholécystite aiguë [4, 5, 6]. Les modifications anatomo-physiologiques liées à la grossesse, rendent leur diagnostic difficile et souvent leur retentissement fatal sur la mère et le fœtus.

Le but de notre étude était de relater les aspects spécifiques dans le diagnostic, le traitement et le retentissement sur la grossesse de ces urgences digestives. Nous avons rapporté les observations de quatre patientes porteuses de grossesse évolutive et reçues pour appendicite aigue compliquée chez deux patientes et hernies pariétales abdominales étranglées chez les deux autres.

I. OBSERVATIONS

Observation 1

Il s'agissait d'une patiente de 30 ans, II^{ème} geste I^{ère} pare. Elle était porteuse d'une grossesse gémellaire évolutive de 21 semaines d'aménorrhée (SA) et d'une hernie de la ligne blanche évoluant depuis plus de 5 ans non suivie.

Tirés à part : Docteur Abdou NIASSE, Chirurgien Généraliste, Service de Chirurgie, Centre Hospitalier National de Pikine
Téléphone : 00221778084873,
Email : niaseabdou30@gmail.com

NIASSE A., FAYE P. M., GUEYE M. L., NDONG A., DIOUF A.A., DIALLO M., DIOUF A., THIAM O., COULBARY A.S., NIANG M., LEYE A., CISSE M., DIENG M. Urgences digestives sur grossesse : à propos de quatre cas avec revue de la littérature Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°1, p. 55-59

Elle présentait une tuméfaction sus ombilicale douloureuse non réductible associée à des vomissements avec transit conservé. Les constantes hémodynamiques étaient normales. L'examen physique retrouvait une obésité androïde, une hernie de la ligne blanche étranglée et une hauteur utérine à 24 cm. Le col utérin était long et fermé. La biologie était normale en dehors d'une hyperleucocytose à 16200/mm³. L'échographie abdominale et obstétricale retrouvait une grossesse gémellaire évolutive de 21 SA. Sous une tocolyse péri-opératoire avec du Salbutamol, une laparotomie médiane en pleine tuméfaction a permis de retrouver un défaut sus ombilical de 6cm contenant 5 cm de côlon transverse nécrosé non perforé et de l'épiploon ischémié. Une résection colique segmentaire suivie d'une anastomose termino-terminale et d'une cure de la hernie par aponévrotomie en Paletot au fil Polyester 5/2, ont été réalisées. Les suites ont été marquées par la survenue au 9^{ème} jour post-opératoire, d'une éviscération libre septique sur suppuration pariétale motivant un lavage péritonéal et fermeture pariétale par des points totaux. Une récurrence de l'éviscération et une expulsion spontanée des foetus étaient survenues 7 jours après la reprise motivant une aspiration et cure d'éviscération. La bactériologie avait isolé *Pseudomonas aeruginosa* et *Escherichia Coli* sensibles seulement à l'imipénème. Les suites ont été simples après adaptation des antibiotiques. La sortie fut réalisée au 12^{ème} jour post-opératoire de la dernière reprise.

Observation 2

Il s'agissait d'une patiente de 39 ans, VI^{ème} geste III^{ème} pare, aux antécédents de 2 avortements et de 3 césariennes. Elle était porteuse d'une grossesse monofoetale évolutive de 17 SA et d'une hernie ombilicale évoluant depuis l'enfance. Elle présentait une tuméfaction ombilicale douloureuse non réductible associée à des vomissements avec transit conservé. Les constantes hémodynamiques étaient normales. L'examen physique retrouvait une hernie ombilicale étranglée. Le col utérin était long et fermé. La biologie était normale. L'échographie abdominale et obstétricale retrouvait une grossesse monofoetale évolutive de 17 SA. Sous une tocolyse péri-opératoire avec du Salbutamol, une incision arciforme péri-ombilicale a permis de retrouver un défaut ombilical de 1,5 cm contenant de l'épiploon viable. Une cure de la hernie par aponévrotomie par des points en X au fil Polyester 5/2, a été réalisée. Les suites ont été simples. La sortie fut réalisée au 4^{ème} jour post-opératoire. La grossesse a bien évolué et l'accouchement a eu lieu à 39 SA par césarienne basse transversale.

Observation 3

Il s'agissait d'une patiente de 34 ans, primigeste. Elle était porteuse d'une grossesse monofoetale évolutive de 10 SA. Elle était reçue pour une douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis 10 jours avant son admission associée à des vomissements et à des brûlures mictionnelles dans un contexte fébrile. La température était à 38,4°C. L'examen physique retrouvait un abdomen sensible dans son ensemble avec défense et cri de l'ombilic. Le col utérin était long et fermé. La biologie retrouvait une hyperleucocytose à 20790 éléments/mm³ et une anémie inflammatoire à 10,2 g/dl. L'échographie abdominale et obstétricale retrouvait une grossesse monofoetale évolutive de 10 SA associée à un appendice augmenté de taille avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance. Sous une tocolyse péri-opératoire avec du Salbutamol, une laparotomie médiane sus et sous ombilicale a permis de retrouver 500ml de pus franc nauséabond à la fosse iliaque droite, dans le cul-de-sac de Douglas, dans les gouttières pariéto-coliques et en inter-anses. L'appendice iléo-caecal était gangréné, l'utérus gravide et l'ovaire gauche siège d'un corps jaune. Une appendicectomie associée à une toilette péritonéale et drainage ont été réalisés. Les suites ont été simples. La sortie fut réalisée au 8^{ème} jour post-opératoire. La grossesse a bien évolué et l'accouchement a eu lieu à 37 SA par voie basse.

Observation 4

Il s'agissait d'une patiente de 30 ans, III^{ème} geste II^{ème} pare. Elle était porteuse d'une grossesse monofoetale évolutive de 9 SA. Elle était reçue pour douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis 8 jours avant son admission, associée à des vomissements dans un contexte fébrile. La température était à 37°C. L'examen physique retrouvait une défense et un empatement douloureux à la fosse iliaque droite. Le col utérin était court et fermé. La biologie retrouvait une hyperleucocytose à 15500 éléments/mm³. Le taux d'hémoglobine était à 13,2 g/dl. L'échographie abdominale et obstétricale retrouvait une grossesse monofoetale évolutive de 9 SA associée à un abcès appendiculaire. Sous une tocolyse péri-opératoire avec du Salbutamol, une incision de Mac Burney a permis de retrouver 150ml de pus franc nauséabond à la fosse iliaque droite dans une coque avec un appendice retro-caecal gangréné. Une appendicectomie associée à une toilette et drainage ont été réalisés. Les suites ont été simples. La sortie fut réalisée au 5^{ème} jour post-opératoire. La grossesse a bien évolué et l'accouchement a eu lieu à 38 SA par voie basse.

II. DISCUSSION

Une urgence médico-chirurgicale de cause non obstétricale complique environ une grossesse sur 500 à 700 [2, 3]. Ces différentes pathologies nécessitent au final une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas avec au premier rang l'appendicite aiguë et la cholécystite aiguë [5, 6, 7]. Deux de nos patientes présentaient une appendicite aiguë compliquée respectivement d'abcès et de péritonite. L'appendicite aiguë est la plus fréquente des urgences chirurgicales digestives au cours de la grossesse, avec une prévalence estimée entre 1 à 4/2000 femmes enceintes, soit environ 25% des urgences chirurgicales non obstétricales [8]. Chez nos patientes, les appendicites compliquées sont diagnostiquées au 1er trimestre. La prévalence de l'appendicite aiguë est plus importante au cours des deux premiers trimestres de la grossesse. L'incidence par trimestre est de 32, 42 et 26 % [9, 10]. Dans l'étude de Miloudi et al portant sur 29 cas d'appendicites aiguës sur grossesse, 75% des appendicites étaient survenues au 1er trimestre [10]. Cependant, la grossesse ne modifie pas l'incidence globale des appendicites [1, 10, 11, 12, 13]. Chez nos deux patientes, le diagnostic n'a pas été difficile. Les signes cliniques au premier trimestre, quand l'utérus n'est pas augmenté de taille, ne sont pas différents de ceux observés chez la femme non enceinte. Ceux sont des douleurs qui siègent au niveau de la fosse iliaque droite associées souvent à un état fébrile. Les nausées et les vomissements sont fréquents à cet âge de la grossesse. Physiologiquement, l'utérus n'est pas accessible à la palpation abdominale avant 12 SA. Il devient palpable à la fin de la 12^{ème} SA où il est mesuré à 8 cm environ et atteint l'ombilic à terme, mesurant en moyenne 32 cm [7]. Cet utérus refoule l'appendice au fur et à mesure rendant donc le siège de la symptomatologie atypique, d'où le recours indispensable à la biologie et à l'imagerie. Une hyperleucocytose a été retrouvée chez nos deux patientes présentant une appendicite compliquée. L'hémogramme est d'interprétation difficile en raison de l'hyperleucocytose physiologique de la grossesse [10]. La CRP peut être normale. Ces deux examens sont d'intérêt minime dans le diagnostic de l'appendicite pendant la grossesse [10]. L'échographie peut confirmer le diagnostic d'appendicite aiguë dans 40 % des cas [14]. Ce diagnostic devient difficile au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre à cause de l'ascension appendiculaire et de la taille de l'utérus. L'appendicite était compliquée d'abcès et de péritonite chez nos deux patientes. Le retard de consultation (10 jours et 8 jours respectivement) est probablement le principal facteur incriminé dans la survenue de ces complications. Le retard diagnostique expose à un risque de complication de l'appendicite vers la perforation appendiculaire.

Cette dernière est associée à un taux de perte fœtale allant de 20 à 35 % (contre 1,5 % en l'absence de perforation) [10]. Certains ont rapporté une incidence de perforation appendiculaire de 66 % lorsque qu'une intervention chirurgicale a été reportée de plus de 24 heures [1, 9, 10, 15]. Parmi les autres conséquences, les contractions utérines sont très fréquentes (83 % de contractions prématurées en cas de péritonite) et le taux d'accouchements prématurés au cours du 3^e trimestre peut dépasser 50 % [10, 15]. Le traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte est chirurgical. Il consiste en une appendicectomie [10]. La voie d'abord est fonction de plusieurs paramètres tels que l'âge gestationnel, le stade évolutif de l'appendicite, la corpulence de la patiente, la présence de cicatrice abdominale et la préférence du chirurgien. Une incision de Mac Burney au besoin élargie permet de pratiquer aisément l'appendicectomie au premier trimestre. D'autres préfèrent l'incision de Jalaguier et la laparotomie médiane sous ombilicale sur tout au 2^{ème} et 3^{ème} trimestres [10, 15]. L'appendicite aiguë en dehors de la grossesse constitue une indication documentée et validée d'une approche coelioscopique [16]. Au cours de la grossesse, cette approche soulève beaucoup de craintes: endommager l'utérus gravide, le blesser lors de l'introduction des trocarts et altérer le bien-être fœtal par le CO₂ du pneumopéritoine [17, 18]. Cependant, la littérature rapporte de nouvelles séries avec des suites favorables pour le fœtus et la mère pour des coelioscopies menées même après 28 SA [19]. Sadot et al. ont rapporté une série de 65 patientes enceintes et opérées d'une appendicite aiguë [20]. Quarante-huit patientes ont été opérées par voie coelioscopique. Les auteurs ont conclu à la faisabilité et la sécurité de cette voie d'abord aux différents trimestres de la grossesse.

Deux de nos patientes présentaient une hernie pariétales étranglées survenu au 2^{ème} trimestre. L'incidence des hernies incarcerated pendant la grossesse est estimée à environ 1 grossesse sur 50 000 et surviennent essentiellement au 2^{ème} trimestre [3]. Cet étranglement est causé par des adhérences ou un volvulus lié à l'effet de masse de la grossesse [21, 22, 23]. Cependant, l'utérus gravide au troisième trimestre protège contre les hernies incarcerated et occlusion intestinale du fait de l'augmentation de la taille de l'utérus qui pousse l'intestin loin du défaut pariétal [22, 24]. De plus, une pression intra-abdominale accrue pendant la grossesse fait agrandir le défaut pariétal. Donc l'incarcération intestinale devient moins probable [24]. L'une de nos patientes présentait une nécrose colique et une perte foetale à 21 SA sur hernie de la ligne blanche étranglée. Une hernie incarcerated pendant la grossesse est une urgence obstétricale et chirurgicale à cause du risque d'ischémie intestinale

et de mortalité materno-foetale. Dans une série de 66 patientes enceintes présentant une hernie étranglée, le taux de mortalité maternelle était de 6% et celle foetale de 26% [25]. Une suture aponévrotique a été réalisée chez nos patientes. Beaucoup préconisent l'utilisation de prothèse pour minimiser les récurrences surtout au troisième trimestre. Cependant, une douleur chronique est très fréquente à cet âge de grossesse lié au maillage [26, 27]. Ahmed et al. ont rapporté une hernie étranglée survenue au 2ème trimestre motivant une laparotomie d'urgence avec résection de l'intestin grêle et une aponévrotomie. L'accouchement a eu lieu par voie basse sans aucune complication [28]. Zalel et Udare ont rapporté deux cas de hernies de Spiegel étranglées diagnostiquées au premier et deuxième trimestre, respectivement. Dans les deux cas, une herniorraphie a été réalisée avec une bonne évolution de la grossesse [29, 30]. Un avortement survenu à 4 semaines d'une cure de hernie de la ligne blanche étranglée avec nécrose intestinale, a été rapporté par Limjoco [31]. Donc, la survenue d'une ischémie intestinale est un facteur de risque d'avortement et d'accouchement prématuré

CONCLUSION

Les urgences digestives durant la grossesse restent relativement rares. Leur diagnostic n'est pas aisé au 2ème et 3ème trimestres de grossesse. L'appendicite aiguë reste la plus fréquente. Son retard diagnostic et thérapeutique expose aux pertes foetales et à une morbi-mortalité maternelle élevée. L'augmentation de la pression abdominale liée à la grossesse peut aggraver ou révéler une hernie pariétale abdominale. Cependant, le risque d'ischémie intestinale surtout au 2ème trimestre, augmente la mortalité materno-foetale et le risque d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Conflicts d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

- Bouyoua J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, Dousset B.** Urgences abdominales au cours de la grossesse. J Chirur Visc 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.017>.
- Coleman MT, Trianfo VA, Rund DA.** Nonobstetric emergencies in pregnancy: trauma and surgical conditions. Am J Obstet Gynecol 1997;177(3):497-502.
- Kammerer WS.** Nonobstetric surgery during pregnancy. Med Clin North Am 1979;63(6):1157-1164.
- Brodsky JB.** Anesthesia and surgery during early pregnancy and fetal outcome. Clin Obstet Gynecol 1983;26(2):449-457.
- Brodsky JB, Cohen EN, Brown Jr BW, et al.** Surgery during pregnancy and fetal outcome. Am J Obstet Gynecol 1980;138(8):1165-1167.
- Miloudi N, Brahem M, Ben Abid S, et al.** Acute appendicitis in pregnancy: specific features of diagnosis and treatment. J Visc Surg 2012;149(4):e275-279.
- Kamina P.** Anatomie clinique: thorax abdomen pelvis, Vol. 3, 2nd ed. Paris: Maloine; 2009.
- Miloudi N, Brahem M, Ben Abid S, et al.** Acute appendicitis in pregnancy: specific features of diagnosis and treatment. J Visc Surg 2012;149(4):275-279.
- Cilo NB, Amini D, Landy HJ.** Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2009;52:586-596.
- Miloudi N, Brahem M, Ben Abid M, Mzoughi Z, Arfa N, Khalfallah MT.** L'appendicite aiguë chez la femme enceinte, particularités diagnostiques et thérapeutiques. J Chirur Visc 2012;149:309-314.
- Gilo NB, Amini D, Landy HJ.** Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2009;52(4):586-596.
- Cunningham FG, McCubbin JH.** Appendicitis complicating pregnancy. Obstet Gynecol 1975;45(4):415-420.
- Finch DR, Lee E.** Acute appendicitis complicating pregnancy in the Oxford region. Br J Surg 1974;61(2):129-132.
- Douglas CD, Macpherson NE, Davidson PM, Gani JS.** Randomised controlled trial of ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis, incorporating the alvarado score. BMJ 2000;321:1-6.
- Lebeau R, Diané B, Koffifi E, Bohoussou E, Kouamé A, Doumbia Y.** Appendicite aiguë et grossesse : à propos de 21 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34:600-605.
- Pirro N, Berdah SV.** Appendicites : cœlioscopie ou non ? J Chir 2006;143:3.
- Lyass S, Pikarsky A, Eisenberg VH.** Is laparoscopic appendectomy safe in pregnant women? Surg Endosc 2001;15:377-379.
- Chinnusamy P, Muthumarmaran R, Ramakrishnan P.** Laparoscopic appendectomy in pregnancy: a case series of seven patients. J Soc Laparosc Surg 2006;10:321-325.
- Bames SL, Shane MD, Shoemann MB, Bernard AC, Boulanger BR.** Laparoscopic appendectomy after 30 weeks pregnancy: report of two cases and description of technique. Am Surg 2004;70:733-736.

20. **Sadot E, telem DA, Arora M, Butala P, Nguyen SQ, Divino CM.** Laparoscopy: a safe approach to appendicitis during pregnancy. *Surg Endosc* 2010;24:383-389.
21. **Brett C, Young D.F, Tamara T.** Incisional hernia with bowel incarceration and obstruction at 34 weeks gestational age. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279:905-907.
22. **Beck W.** Intestinal obstruction in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1974;43:374–378.
23. **Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovich N, Pories S.** Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg* 2007;193:223-232
24. **Barber HRK, Graber EA.** Hernias in pregnancy. *Surgical disease in pregnancy* 1974;165-167.
25. **Perdue P, Johnson H, StaVord P.** Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg* 1992;164:384-388.
26. **Aaen V, Cowan L, Sakala EP, Small ML.** Prolonged parenteral meperidine analgesia during pregnancy for pain from an abdominal wall mesh graft. *Obstet Gynecol* 1993;82:721-722.
27. **Buch KE, Tabrizian P, Divino CM.** Management of hernias in pregnancy. *J Am Coll Surg* 2008;207:539-542.
28. **AhmedA, Stephen G, Ukwenya Y.** Spontaneous rupture of umbilical hernia in pregnancy: a case report. *Oman Med J* 2011;26:285-287.
29. **Zalel Y, Shalev E, Romano S, Ben-Ami M, Dan U, Weiner E.** Incarcerated Spigelian hernia in pregnancy: an ultrasonic diagnosis. *J Clin Ultrasound* 1992; 20:146-148.
30. **Udare AS, Bhalekar PS, Mondel PK.** Sonographic diagnosis of incarcerated Spigelian hernia during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120:284–285
31. **Limjoco UR, Grubbs JM, Thomas MD (1998)** Richter's hernia with bowel perforation. *Am Fam Physician* 1998;58:352-354.