Urgences digestives et grossesse au CHU Mohammed VI Marrakech

M. CHAQDA, A. LOUZI, B. FINECH*

*Service de chirurgie viscérale. Hôpital ibn Tofail. Marrakech

ملخص

تعتبر المستعجلات الجراحية الهضمية خلال فترة الحمل حالة غير نادرة حيث يقدر ترددها ب 2/1000. وتطرح هذه الحالات عدة إشكاليات للأطباء المعنيين (أطباء النساء والتوليد، الجراحون، أطباء التخدير). الهدف من هذه الدراسة هو معالجة الصعوبات التي تطرحها هذه الحالات مع التركيز على خصوصياتها السريرية . البيولوجية ،التخديرية والعلاجية لدى النساء الحوامل بالإضافة إلى مخاطر وسائل التشخيص الكلاسيكية خلال الحمل.لذلك نطرح سلسلة تظم 30 حالة من المستعجلات الجراحية الهضمية أثناء فترة الحمل تم تسجيلها بمصلحة جراحة الجهاز الهضمي بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس. يبلغ متوسط العمر لدى المريضات 28 سنة. تم تسجيل أكبر تردد لهذه المستعجلات خلال الثلث الثاني من الحمل (50%). الأعراض السريرية الأكثر شيوعا هي: ألام البطن (100%) إضافة إلى القيء. تم انجاز الفحص بالصدى لدى 96% من المريضات وكان بذلك الوسيلة التشخيصية الأكثر استعمالا ونجاعة. تعتبر الزائدة الدودية الأكثر ترددا في هذه الدراسة بنسبة تناهز 40% متبوعة بالتهاب البنكرياس (27%)، التهاب المرارة(20%) تم الانسداد المعوي. تم علاج 6, 76% من المريضات بالجراحة منها 7, 21% عن طريق الجراحة بالمنظار. شهد التطور بعد الجراحة حدوث تعفن الجرح لدى مريضة واحدة إضافة إلى 3 حالات إجهاض و3 حالات خطر إجهاض. في الختام، وقوع حالات الطوارئ الجراحية الهضمية خلال الحمل مشكلة حقيقية لصعوبة التشخيص ولكون تأخر العلاج يؤدي لظهور مضاعفات لدى الأم والجنين.

الكلمات الأساسية حالات الطوارئ الجراحية الهضمية – الحمل – التشخيص – العلاج.

Résumé

Les urgences viscérales chirurgicales survenant sur grossesse représentent une situation loin d'être exceptionnelle, elle est évaluée à deux grossesses sur 1000. C'est une entité qui constitue une véritable problématique pour les praticiens concernés (obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes). Le but de notre travail est de mettre en exergue les principaux problèmes rencontrés devant ces grandes urgences chirurgicales abdominales, en insistant sur les particularités cliniques, paracliniques, anesthésiques et thérapeutiques chez une femme gravide ainsi que les limites et les risques des outils diagnostiques classiques pendant la grossesse. Pour ce, nous avons rapporté 30 cas d'urgences digestives non traumatiques survenant sur grossesse colligés au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI. La moyenne d'âge de nos patientes était de 28 ans. La fréquence était nettement élevée au 2ème trimestre (50%). L'examen clinique était souvent brouillant, gêné par la grossesse. Les signes cliniques les plus communs étaient : la douleur abdominale (100%) et les nausées (90%). L'échographie a été réalisée chez 96% de nos patientes et a représenté l'examen de première intention. L'appendicite aigue était l'urgence la plus fréquente (40%) suivie par la pancréatite aigue (27%) puis la cholécystite (20%) et l'occlusion intestinale aigue (13%). Le traitement était chirurgical chez 76,6 % de nos patientes, dont 21,7% par coeliochirurgie. L'évolution postopératoire a été marquée par l'infection de paroi chez une patiente, avortement chez 3 patientes et menace d'accouchement prématuré chez 3 patientes. En conclusion, La survenue de ces urgences chirurgicales abdominales au cours de la grossesse constitue une véritable problématique. La difficulté diagnostique est majeure et le retard de prise en charge thérapeutique favorise la survenue des complications maternelles et fœtales.

Mots clés les urgences digestives - grossesse – diagnostic – traitement - pronostic.

Abstract

Visceral surgical emergency occurring in pregnancy represent a non-exceptional situation, it is evaluated in two pregnancies in 1000. This is an entity that is a real problem for practitioners concerned (obstetricians, surgeons, anesthetists). The aim of our work is to highlight the main problems to these large abdominal surgical emergencies, with emphasis on clinical, paraclinical and therapeutic anesthetic in a pregnant woman as well as the limitations and risks of conventional diagnostic tools for the pregnancy. For this, we reported 30 cases of gastrointestinal emergencies occurring on non-traumatic pregnancy. The average age of our patients was 28 years. The frequency was 50% in the 2nd quarter. Clinical examination was often hampered by blurring pregnancy, clinical signs were most common: abdominal pain (100%) and nausea (90%). Ultrasonography was performed in 96% of our patients and represented the first line examination. The emergency acute appendicitis was the most common (40%) followed by acute pancreatitis (27%) and cholecystitis (20%) and acute occlusion (13%). Treatment was surgical in 76% of our patients which 21,7 went laparoscopy. The postoperative course was marked by wound infection in a patient, abortion in 3 patients and preterm labor in 3 patients. In conclusion, the occurrence of these abdominal surgical emergencies during pregnancy is a real problem. Diagnosis is most difficult and delayed therapeutic management promotes the onset of maternal and fetal complications.

Keywords digestive emergencies – pregnancy – diagnosis – treatment - prognosis.

Introduction

Les urgences viscérales chirurgicales survenant sur grossesse représentent une situation loin d'être exceptionnelle, elle est évaluée à deux grossesses sur 1000 [1]. C'est une entité qui constitue une véritable problématique pour les praticiens concernés (obstétriciens, chirurgiens et anesthésistes). Le diagnostic est souvent difficile puisque la symptomatologie est parasitée par le bruit de fond de nombreux symptômes ou pathologies liées à la grossesse [2]. Le retard diagnostique peut être grave compromettant l'avenir de la grossesse et pouvant aller jusqu'à mettre en danger la mère. L'appendicite, la cholécystite, l'occlusion intestinale et la pancréatite aigue en constituent les principales étiologies. Le but de notre travail est de mettre en exergue les principaux problèmes rencontrés devant ces grandes urgences chirurgicales abdominales, en insistant sur les particularités cliniques, paracliniques , anesthésiques et thérapeutiques chez une femme gravide ainsi que les limites et les risques des outils diagnostiques classiques pendant la grossesse.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive

menée de Janvier 2004 à Décembre 2011 portant sur une série de 30 cas d'urgences viscérales non traumatiques sur grossesse évolutive colligés au service de chirurgie viscérale au CHU Mohamed VI de Marrakech. Les données épidémiologiques étudiées incluaient les âges maternel et gestationnel, la gestité ainsi que la parité. Les données diagnostiques retenues concernaient le délai de consultation, les signes cliniques en fonction de l'âge gestationnel et les signes paracliniques. Les modalités du traitement médical et chirurgical ont été également revues. L'évolution postopératoire a été appréciée sur la mortalité et la morbidité materno-fœtale. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Sphinx.

Résultats

La moyenne d'âge des patientes était de 28 +/- 0,5 ans (18 ans-39 ans). La gestité moyenne dans notre série était de 1,7 +/- 1,7(entre 0 et 7) alors que la parité moyenne était à 1,5 +/- 2 (entre 0 et 5). Dans notre série, ces urgences étaient diagnostiquées dans 50% des cas au cours du 2ème trimestre, contre 26% des cas au 1er trimestre et 24% des cas au 3ème. Le délai moyen de consultation était de 9,43 jr (entre 1h et 30 jr). Sur le plan clinique, la douleur abdominale était présente chez toutes les patientes, suivie par les nausées-vomissements (96%) et fièvre (60%). Sur le plan paraclinique, l'hyperleucocytose était présente chez 50% des patientes. L'échographie abdominale a été réalisée chez toutes nos patientes, la TDM chez une patiente au 3ème trimestre. Les résultats étaient en faveur d'une appendicite aigue chez 12 patientes (40%), d'une cholécystite aigue chez 6 patientes (20%), d'une pancréatite aigue chez 8 patientes (27%) et d'une occlusion aigue chez 4 patientes (13%) (figure1).

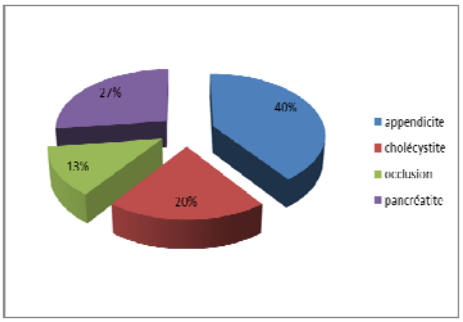

Figure 1: répartition des urgences digestives dans notre série

Le traitement reçu par nos patientes a été d'abord médical basé sur le remplissage, l'aspiration nasogastrique, le traitement antalgique et l'antibiothérapie qui prend une valeur thérapeutique importante. La tocolyse a été administrée chez 11 de nos parturientes. Le traitement chirurgical a été proposé chez 23 patientes (76,6%), dont 5 patientes par coelioscopie (21,7%) et a consisté en une appendicectomie chez 12 patientes, une cholécystectomie chez 7 patientes, adhésiolyse chez 4 et détorsion de volvulus chez 2, alors que 7 patientes ont bénéficié d'un traitement médical exclusif. L'évolution postopératoire a été marquée par l'infection de paroi chez une patiente, avortement chez 3 patientes et menace d'accouchement prématuré chez 3 patientes qui s'est tarie sous traitement médical, tandis que la mortalité maternelle a été nulle dans notre série.

Discussion

L'abdomen aigu chez la femme enceinte reste l'un des plus difficiles dilemmes diagnostiques et thérapeutiques aujourd'hui. Il constitue une véritable problématique pour les praticiens concernés (obstétriciens, chirurgiens et anesthésistes) [3]. En effet, la grossesse s'accompagne de modifications anatomiques et physiologiques telles que les nausées, les vomissements, l'expansion rapide, l'élargissement de l'utérus gravide et l'étirement des ligaments de soutien et des muscles, ainsi que l'augmentation de la pression exercée par l'utérus sur les autres structures intra-abdominales et sur la paroi abdominale antérieure. Ceci est responsable d'une situation d'inconfort ou de douleur « physiologique» qui risque de masquer la symptomatologie clinique chez certaines patientes et d'entrainer un retard diagnostique et thérapeutique qui peut être fatal en terme du pronostic materno-fœtal [4]. Sur le plan épidémiologique, La fréquence de ces urgences est de l'ordre de 2/1000 [1]. L'appendicite représente l'urgence digestive la plus fréquemment rencontrée au cours de la grossesse [5]. Son incidence est de 0,02 à 0,05 % [6]. Elle est suivie par la pancréatite aigüe dont l'incidence varie entre 1/1000 à 1/10000 [4] puis par l'occlusion intestinale dont la fréquence est de l'ordre de 1 cas sur 2500 à 3500 accouchements [4] et enfin par la cholécystite aigue dont l'incidence varie entre 0,5 à 0,8 pour 1000 [1]. Dans notre série l'appendicite aigue représente 40% des urgences digestives non traumatiques au cours de la grossesse suivie par la pancréatite (27%), la cholécystite aigue (20%) et l'occlusion intestinale (13%). Sur le plan clinique et dans la plupart des cas, la femme enceinte présente les signes et symptômes classiques de la pathologie chirurgicale. Or, l'examen clinique peut être brouillant et peu évocateur [1,4]. Dans notre série la douleur abdominale était présente chez toutes les patientes. Sur le plan biologique, la grossesse s'accompagne d'une hyperleucocytose physiologique ainsi un taux de blancs entre 10000 et 20000/ mm3 est peu contributif au diagnostic [7]. La C réactive proteine, par contre, peut être intéressante lorsque le diagnostic est soulevé [6]. L'amylasémie tend également à s'élever au cours du 3ème trimestre et donc le diagnostic de pancréatite aigüe n'est posé que lorsqu'elle dépasse 1000 UI/l [1]. Sur le plan radiologique, l'échographie abdominale reste l'examen de choix vu son innocuité pour le fœtus et l'embryon et la rapidité de sa réalisation [3]. La tomodensitométrie ne peut être réalisée qu'au 3ème trimestre et elle

est d'un grand intérêt pour le diagnostic et l'évaluation de la gravité et le suivi de la pancréatite aigüe (figure2).

Figure2 : image scannographique montrant une pancréatite stade E de balthazar.

Le traitement des urgences digestives au cours de la grossesse comporte toujours un double volet, médical et chirurgical. Le traitement médical comporte les antalgiques et antispasmodiques, le rééquilibre hydro-électrolytique alors que l'antibiothérapie n'est pas systématique et dépend du type et de la forme de l'urgence digestive. Une tocolyse est prescrite en présence de contractions utérines à partir du 2ème trimestre à la 34ème semaine d'aménorrhée. La chirurgie intra abdominale au cours de la grossesse représente un véritable défi pour le chirurgien, obstétricien et anesthésiste, La conduite de l'anesthésie doit prendre en compte les changements profonds de la physiologie maternelle au cours de la grossesse [5]. Le traitement chirurgical peut être réalisé par laparotomie ou par coelioscopie. En cas de chirurgie à ciel ouvert, la voie d'abord dépend de l'âge gestationnel et de la gravité de l'urgence digestive en question. La chirurgie cœlioscopique est possible jusqu'au 2ème trimestre de gestation. La position des trocarts doit tenir compte de la taille et de la hauteur utérine. La survenue de modification hémodynamiques et gazométriques fœtales engendrées par le pneumopéritoine est théorique mais possible [4]. La coeliochirurgie a plusieurs avantages : elle réduit les manipulations utérines, diminue les doses de produits anesthésiques, réduit la durée d'hospitalisation et ne modifie pas la morbidité [6,8]. Le pronostic materno-fœtal est lié à la gravité de la pathologie viscérale et à la rapidité diagnostique et thérapeutique.

Conclusion

La survenue de ces urgences chirurgicales abdominales au cours de la grossesse constitue une situation délicate pour tout praticien vu la difficulté diagnostique et la rareté des publications traitant en globalité cette entité. La conduite à tenir devant ces pathologies doit être bien codifiée. La chirurgie intra-abdominale au cours de la grossesse représente un véritable défi pour le chirurgien et l'obstétricien et surtout ne doit être ni précipitée ni retardée.

Références

1-Ramanah R, Sautière JL, Maillet R, Riethmuller D. Urgences chirurgicales non obstétricales au cours de la grossesse. Encycl Méd Chir, Obstétrique 2011:1-17.
2-Lavoue V, Beuville E, Ploulain P. Urgences abdominales chirurgicales pendant la grossesse. Imagerie de la femme 2009;19:105-110.
3-Unal A, Sayharman SE, Ozel L, Unal E, Aka N, Titiz I, Kose G. Acute abdomen in pregnancy requiring surgical management: a 20-case series. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;159:87-90.
4-Devarajan S, Chandraharan E. Abdominal pain in pregnancy: a rational approach to management. Obstet Gynecol and reprod Med 2011;21:198-206.
5-Kilpatrick C, Monga M. Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2007;34:389-402.
6-Narjis Y, Louzi A, El Mansouri M, Jgounni R, Jalal H, Ousehal A et al. Appendicite aiguë et grossesse, une situation délicate : à propos de huit cas. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol 2011;5:217-220.
7-Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;131:4-12.
8-Germain A, Brunaud L. Visceral surgery and pregnancy. J Visc Surg 2010;147:182-189.