

## URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES NON TRAUMATIQUES DE LA FEMME ENCEINTE AU CHU DE BOUAKÉ (CÔTE D'IVOIRE) : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez la femme enceinte sont des éventualités rares et graves. Leur diagnostic est difficile car leur sémiologie trompeuse est souvent rapportée à tort à la grossesse ou à une complication de celle-ci (1-2). Les femmes enceintes opérées pour une urgence digestive chirurgicale dans le service de Chirurgie Viscérale et Digestive du CHU de Bouaké ont fait l'objet d'une étude rétrospective qui a concerné la période du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 30 juin 2001.

Nous avons enregistré 32 urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez les gestantes pour un total de 2063 urgences digestives soit une fréquence de 1,55 %. L'âge moyen des patientes était de 28 ans avec des extrêmes de 16 ans et 40 ans. Elles avaient eu, en moyenne, 4 grossesses et avaient 3 enfants vivants. Un antécédent de césarienne était trouvé chez une gestante. 12 patientes étaient dans leur 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse, 10 au 2<sup>e</sup> trimestre et 10 au 3<sup>e</sup> trimestre. Six patientes (18,75 %) ont été évacuées de villes situées respectivement à 60 km (n = 2), 100 km (n = 1), 147 km (n = 2) et 400 km (n = 1); les 26 autres gestantes avaient été adressées au CHU par des formations sanitaires de la ville de Bouaké. Concernant le nombre de consultations prénatales, 15 gestantes n'avaient eu aucune consultation prénatale, les 17 gestantes restantes avaient eu respectivement une (n = 8) et deux consultations prénatales (n = 9). Le délai de consultation était de  $4,6 \pm 7,1$  jours (extrêmes 6 heures et 30 jours). Une douleur abdominale était notée chez toutes les gestantes. La douleur était généralisée (n = 9), pelvienne (n = 2), localisée à l'hypochondre droit (n = 2) ou à la fosse iliaque droite (n = 19). La douleur s'associait à des vomissements (n = 12), des nausées (n = 8), un arrêt des matières et des gaz (n = 7); chez deux patientes qui avaient fait un lavement avec des produits caustiques dans un but abortif on notait des rectorragies. A l'examen physique on avait une douleur abdominale provoquée (n = 32) dont la localisation était celle décrite dans les signes fonctionnels, une défense ou une contracture (n = 10), une fièvre avec température supé-

rieure à 38,4° C (n = 9), une altération de l'état général (n = 4). Les autres signes physiques étaient des ondulations péristaltiques (n = 1) et un signe de Murphy (n = 1). Au plan obstétrical, on percevait des contractions utérines chez 5 gestantes, les bruits du cœur fœtal recherchés chez 11 gestantes n'étaient pas entendus chez 6 d'entre elles. Il n'y avait pas de métrorragies et le col était fermé chez toutes les gestantes. Une échographie abdominale, une coloscopie et un cliché de l'abdomen sans préparation avait été réalisés chez respectivement 11, 2 et 1 gestantes. Ainsi 25 gestantes ont été opérées en urgence et les diagnostics per-opératoires étaient une appendicite aiguë (n = 18), une péritonite appendiculaire (n = 2), un nœud iléosigmoïdien avec nécrose iléale et colique (n = 2), une nécrose du jejunum (n = 1), une occlusion par bride (n = 1), une cholécystite aiguë lithiasique (n = 1) (Tableau I). Sept gestantes n'ont pas été opérées du fait de leur décès (n = 3) ou en raison du choix d'un traitement médical (n = 4) (Tableau II). Au total, 5 décès maternels, 3 décès fœtaux, 1 mort-né, 3 mort *in utero* et un avortement précoce ont été déplorés malgré des mesures de réanimation.

Dans la littérature, les affections rencontrées sont dans l'ordre de fréquence les appendicites aiguës, les cholécystites lithiasiques et les occlusions intestinales (3-5). Dans notre étude, si l'appendicite avec ou sans péritonite est bien la première étiologie, les occlusions intestinales sont en seconde position.

Les difficultés diagnostiques chez la femme enceinte sont variables.

Au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, la sémiologie de l'appendicite aiguë ne présente aucune particularité (6-7). Les complications sont les mêmes que chez les autres patients. Elles résultent d'un retard à la consultation ou au diagnostic. Ainsi nous avons noté un plastron appendiculaire et deux péritonites appendiculaires. Le plastron étant un mode de défense par agglutination d'organe de voisinage autour de l'appendice, il est plus fréquent au 1<sup>er</sup> trimestre. La péritonite est de survenue plus fréquente au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre car le refoulement des anses vers le haut s'oppose au cloisonnement de l'infection péritonéale en fin de grossesse. Son diagnostic est rendu difficile du fait du relâchement de la paroi abdominale qui rend discrète la contracture (8). Nous avons noté

Tableau I. Pronostic materno-fœtal lors du traitement chirurgical en urgence.

Diagnostic	Traitement	Pronostic Maternel	Pronostic Foetal
Péritonite appendiculaire (n=2)	Réa + appendicectomie	Guérison	Césarienne + décès fœtal (n=1) ; accouchement à terme (n=1)
Nécrose jéjunum (n=1)	Réa + résection-anastomose	Décès J2	Expulsion mort né à J1
Nœud Iléo-sigmoïdien (n= 2)	Réa + résection-anastomose double	1 Décès J1 et 1 Guérison	Césarienne et décès fœtal (n=2)
Occlusion Bride (n=1)	Réa +Section d'une bride	Guérison	Accouchement à terme
CCA (n=1)	Cholécystectomie	Guérison	Accouchement à terme
Appendicites aiguës (n=18)	Appendicectomie	Guérison	Accouchement à terme (n=18)

CCA= cholécystite aiguë ; REA= réanimation

Tableau II. Pronostic materno-fœtal lors du traitement médical en urgence.

Diagnostic	Traitement	Pronostic Maternel	Pronostic Foetal
Abcès du foie (n=1)	Réa; ATB ; ponction échoguidée de l'abcès	Guérison	Accouchement prématuré
HEE+Nécrose jejunum(n=1)	Réanimation	Décès avant intervention	Mort <i>in utero</i>
Plastron appendiculaire(n=1)	ATB ; appendicectomie après accouchement	Guérison	Accouchement à terme
Recto-colite caustique (n=2)	Réanimation ; ATB	Guérison	Avortement précoce (n=1); accouchement à terme(n=1) à terme
Volvulus du sigmoïde (n=1)	Réanimation	Décès avant intervention	Mort <i>in utero</i>
Péritonite essentielle (n=1)	Réanimation	Décès avant intervention	Mort <i>in utero</i>

HEE : hernie épigastrique étranglée ; Réa= réanimation ATB : antibiotique

plutôt une hyperesthésie cutanée dans 2 cas et une défense abdominale dans 3 cas.

Toutes les causes d'occlusion peuvent s'observer chez la femme enceinte (9, 10): le diagnostic est souvent méconnu en préopératoire à cause de l'interprétation erronée des signes. La douleur abdominale est mise sur le compte d'un début du travail ou d'une complication de la grossesse notamment un hématome rétroplacentaire ou une rupture utérine; la constipation et les vomissements sur le compte des signes sympathiques de la grossesse. Mais après le 1<sup>er</sup> trimestre, les vomissements sont toujours pathologiques. Par ailleurs, il n'y a jamais d'arrêt de gaz pendant la grossesse (11-13). Le diagnostic des occlusions intestinales est facilité par la radiographie de l'abdomen sans préparation à partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse. L'échographie tout en aidant au diagnostic positif de l'occlusion intestinale en montrant une dilatation des anses évite le risque d'irradiation fœtale. De plus, elle est réalisable à tout moment de la grossesse. Dans notre étude, le diagnostic d'occlusion intestinale a été méconnu 3 fois sur 5 en pré-opératoire. Les affections hépatobiliaires (cholécystite et abcès du foie) sont évoquées sur la clinique et confirmées à l'échographie (14, 15).

La grossesse ne doit ni modifier ni retarder les indications opératoires. Les techniques opératoires n'ont pas différé des techniques habituelles. Cependant il fallait des manipulations douces pour ne pas déclencher des contractions utérines. La réalisation d'une césarienne dans un premier temps peut permettre une meilleure exposition des lésions et parfois une amélioration du pronostic maternel (2). Nous l'avons pratiquée 3 fois. Au plan obstétrical, nous avons systématiquement réalisé une tocolyse par la progestérone associée aux antispasmodiques et/ou aux bêta-mimétiques selon l'âge gestationnel.

En conclusion, l'appendicite aigüe demeure l'urgence chirurgicale digestive non traumatique la plus fréquente pendant la grossesse. La prise en charge pluridisciplinaire doit être la plus précoce possible.

Lebeau R<sup>1</sup>, Abauleth R<sup>2</sup>, Diane B<sup>1</sup>, Bohoussou E<sup>3</sup>, Kouakou KP<sup>2</sup>, Djanhan Y<sup>2</sup>, Kone N<sup>2</sup>, Bohoussou KM<sup>2</sup>

- 1 - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive, CHU de Bouaké  
 2 - Service de Gynécologie et d'Obstétrique CHU de Cocody-Abidjan  
 3 - Service de Gynécologie et d'Obstétrique CHU de Treichville-Abidjan  
 • Correspondance : lebeau Roger@yahoo.fr

- 1 - Lemine M, Collet M, Brettes JP. Urgences abdominales et grossesse. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1994; 89 : 553-9.  
 2 - Chambon JP. Les urgences abdominales gynécologiques durant la grossesse. *J Chir* 1987; 124 : 551-5.  
 3 - Sharp HT. Gastro intestinal surgical conditions during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1994; 37 : 306-15.  
 4 - Marret H, Laffon M, de Calan L, Bourlier LP, Lansac J. Urgences chirurgicales au cours de la grossesse. *EMC Gynécologie Obstétrique* 2000; 5-049D-10 :13p.  
 5 - Allen JR, Helling TS, Langenfeld M. Intraabdominal surgery during pregnancy. *Am J Surg* 1989; 158 : 567-9.  
 6 - Nouria M, Jerbi M, Sahrroui W, Mellouli R, Sakhri j, Bouguizane S et al. Appendicit e aigüe chez la femme enceinte : à propos de 18 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1999; 94 : 486-91.  
 7 - Halvorsen AC, Brandt B, Andreassen JJ. Acute appendicitis in pregnancy : complications and subsequent management. *Eur J Surg* 1992; 158 : 603-6.  
 8 - Nabil S, Bensaid F, Elhajoui SG, Moussaoui R, Bennani I, El Fehri HS et al. Péritonite et grossesse. *Maghreb Medical* 1994; 281 : 19-21.  
 9 - Joshi MA, Balsarkar D, Avasare N, Pradhan C, Pereira G, Subramanyan P et al. Gangrenous sigmoid volvulus in a pregnant woman. *Trop Gastroenterol* 1999; 20 : 141-2.  
 10 - De Utpal, Kamal de K. Sigmoïd volvulus complicating pregnancy. *Indian J Med Sci* 2005; 59 : 317-9.  
 11 - Baeta S, Akpadja KS, Hodonou AK. L'occlusion intestinale aigüe au cours de la grossesse : à propos de 2 cas. *Afr Med* 1991; 30 : 107-10.  
 12 - Dufour P, Haentjens-Verbeke K, Vinatier D, Tordjeman N, Monnier JC, Puech F. Occlusion et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 26 : 411-5.  
 13 - Armstrong O, Karayuba R. Une cause rare d'occlusion intestinale révéle au cours de la grossesse (Centre Hospitalier et Universitaire Kamenge, Bujumbura, Burundi). *Med Trop* 1993; 53 : 93-6.  
 14 - Read KM, Kennedy-Andrews S, Gordon DL. Amoebic liver abscess in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 41 : 236-7.  
 15 - Mabina MH, Moodley J, Pitsoe SB, Monokoane S. Amoebic liver abscess in pregnancy: report of two cases. *East Afr Med J* 1998; 7 : 57-60