



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Urgences abdominales au cours de la grossesse[☆]

Abdominal emergencies during pregnancy

J. Bouyou^a, S. Gaujoux^{a,b}, L. Marcellin^{b,c},
M. Leconte^{a,b}, F. Goffinet^{b,d,e}, C. Chapron^{b,c},
B. Dousset^{a,*,c}

^a Service de chirurgie digestive, hépato-biliaire et endocrinienne, groupe hospitalier universitaire Ouest, CHU Cochin-Broca – Hôtel-Dieu, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^b Université Paris-Descartes, 75013 Paris, France

^c Département de gynécologie obstétrique II et médecine de la reproduction, groupe hospitalier universitaire Ouest, CHU Cochin-Broca – Hôtel-Dieu, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^d Maternité Port-Royal, hôpital Cochin-Broca – Hôtel-Dieu, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^e DHU risques et grossesse, université Paris-Descartes, 75013 Paris, France

MOTS CLÉS

Urgence abdominale ;
Chirurgie ;
Grossesse ;
Coelioscopie

Résumé Les urgences abdominales de la femme enceinte, en dehors d'une cause obstétricale propre justifiant une prise en charge spécifique en urgence, qu'elles soient digestives, gynécologiques, urologiques, vasculaires ou traumatiques, compliquent une grossesse sur 500 à 700, avec la nécessité d'une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2% des cas. Ces urgences sont relativement rares et doivent être orientées dans des centres spécialisés permettant d'associer une prise en charge chirurgicale, obstétricale et pédiatrique en raison des risques potentiels de prématurité induite. La présentation clinique est parfois trompeuse en raison des modifications anatomiques et physiologiques liées à la grossesse, souvent responsables d'hésitation diagnostique et de retard thérapeutique préjudiciables pour la mère et l'enfant à venir. Les urgences abdominales les plus fréquentes sont (1) l'appendicite aiguë dont le traitement de première intention est l'appendicectomie par laparoscopie, (2) la cholécystite aiguë, le plus souvent lithiasique dont le traitement de première intention est la cholécystectomie par laparoscopie du 1^{er} jusqu'au début du 3^e trimestre, (3) les occlusions dont les indications de traitement médical ou chirurgical restent les mêmes qu'en l'absence de grossesse. La pancréatite aiguë est plus rare, généralement lithiasique et répond le plus souvent à un traitement médical, mais est associée à un taux

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.017>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrand.dousset@cch.aphp.fr (B. Dousset).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2015.09.009>

1878-786X/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

élevé de récurrence, justifiant au 2^e trimestre une cholécystectomie par laparoscopie, ou au 3^e trimestre un traitement endoscopique. L'objectif de cette mise au point est de rappeler les particularités anato-physiologiques de la femme enceinte, décrire ces principales urgences abdominales médico-chirurgicales et préciser les particularités de leur prise en charge diagnostique et thérapeutique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Abdominal emergency;
Surgery;
Pregnancy;
Laparoscopy

Summary Abdominal emergencies during pregnancy (excluding obstetrical emergencies) occur in one out of 500–700 pregnancies and may involve gastrointestinal, gynecologic, urologic, vascular, and traumatic etiologies; surgery is necessary in 0.2–2% of cases. Since these emergencies are relatively rare, patients should be referred to specialized centers where surgical, obstetrical, and neonatal care are available, particularly because surgical intervention increases the risk of premature labor. Clinical presentations may be atypical and misleading because of pregnancy-associated anatomical and physiologic alterations, which often result in diagnostic uncertainty and therapeutic delay with increased risks of maternal and infant morbidity. The most common abdominal emergencies are acute appendicitis (best treated by laparoscopic appendectomy), acute calculous cholecystitis (best treated by laparoscopic cholecystectomy from the first trimester through the early part of the third trimester), and intestinal obstruction (where medical treatment is the first-line approach, just as in the non-pregnant patient). Acute pancreatitis is rare, usually resulting from trans-ampullary passage of gallstones; it usually resolves with medical treatment but an elevated risk of recurrent episodes justifies laparoscopic cholecystectomy in the 2nd trimester and endoscopic sphincterotomy in the 3rd trimester. The aim of the present work is to review pregnancy-induced anatomical and physiological modifications, to describe the main abdominal emergencies during pregnancy, their specific features, and their diagnostic and therapeutic management.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Abréviations

SA semaines d'aménorrhée
ALP *after last period*

Introduction

La douleur abdomino-pelvienne au cours de la grossesse est un motif fréquent de consultation en urgence. Lorsqu'il ne s'agit pas de « petit maux » de la grossesse, l'urgence abdominale de la femme enceinte peut avoir de multiples origines. Il faut bien sûr penser aux causes obstétricales (hématome rétro-placentaire, rupture utérine hors travail, hématome sous-capsulaire du foie, hémopéritoine en rapport avec un placenta *percreta* par exemple...) qui justifie une prise en charge spécifique en urgence. Mais ces douleurs peuvent aussi être d'origine digestive (appendicite, occlusion, cholécystite, rupture hépatique, splénique...), vasculaire (anévrisme splénique, dissection aortique...), gynécologique (nécrobiose aseptique d'un myome, torsion d'annexe...), urologique (colique néphrétique...) ou traumatique. Une urgence médico-chirurgicale de cause non obstétricale complique environ une grossesse sur 500 à 700 [1–4]. Ces différentes pathologies nécessitent au final une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas [5,6], avec au premier rang l'appendicite aiguë [7], les masses annexielles (symptomatique ou non) [8] et la cholécystite aiguë [9].

Les particularités anatomiques et les modifications physiologiques de la grossesse donnent aux urgences

chirurgicales une présentation parfois très trompeuse. Ces urgences étant relativement rares, chaque spécialiste en a une faible expérience, ce qui peut être la source d'hésitation diagnostique ou thérapeutique. Deux vies sont en jeu, et les patientes doivent être prises en charge dans des centres qui permettent à la fois de traiter la pathologie chirurgicale et d'anticiper une prise en charge obstétrico-pédiatrique spécifique en fonction du terme de la grossesse. Si l'évolution peut parfois être défavorable, elle est souvent la conséquence d'un retard de prise en charge.

L'objectif de cette mise au point est de faire un état de lieux sur les urgences médico-chirurgicales les plus fréquentes au cours de la grossesse et les particularités de leur prise en charge tant diagnostique que thérapeutique.

Spécificité de l'examen clinique et du bilan paraclinique de la femme enceinte

Une collaboration étroite entre chirurgiens, obstétriciens et radiologues est nécessaire à une prise en charge optimale des femmes enceintes consultant pour un syndrome douloureux abdominal au cours de la grossesse.

Particularité de l'examen clinique

La grossesse modifie les symptômes et l'examen clinique par les modifications anatomiques et physiologiques qu'elle entraîne. Physiologiquement, l'utérus n'est pas accessible à la palpation abdominale avant 12 semaines d'aménorrhée (SA). Au cours de la grossesse, le fond utérin déborde au bord

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311801>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311801>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)