



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



STAFF PUBLIC

Une occlusion chez une femme enceinte

Occlusion in a pregnant woman

T. Furderer*, O. Idelcadi, G. Mantion, B. Heyd

Unité de transplantation hépatique, service de chirurgie viscérale et digestive,
hôpital Jean-Minjoz, CHU de Besançon, centre hospitalier régional universitaire,
2, boulevard Fleming, 25030 Besançon, France

Il s'agit d'une patiente de 21 ans qui était enceinte de 26 semaines d'aménorrhée, qui n'avait aucun antécédent personnel ou familial médical connu. Elle a été hospitalisée un peu plus de deux semaines dans le service de gynécologie obstétrique pour menace d'accouchement prématuré avec des douleurs abdominales diffuses, des vomissements de manière épisodique et deux selles liquides par jour. Fait marquant, elle n'avait pas pris de poids pendant l'ensemble de sa grossesse et les examens cliniques retrouvaient une patiente apyrétique avec un abdomen météorisé, sensible de manière modérée mais de manière diffuse. Il n'y avait pas de signe d'irritation péritonéale. Au bout de 15 jours, l'évolution se fait vers un syndrome occlusif complet avec arrêt du transit et majoration des vomissements. À ce moment-là, nos collègues demandent notre avis. Voilà les résultats de la dernière biologie : globules blancs 9700/ μ L, CRP 150 mg/L, Hb 10,1 g/dL. Je rappelle juste que les globules blancs au troisième trimestre peuvent monter jusqu'à 14–15 000/ μ L sans que ce soit suspect, et 10,1 g/dL d'hémoglobine c'est pareil, pas très surprenant en cours de grossesse ; par contre une CRP à 150 mg/L quand même, malgré tout, c'est anormal. Une bandelette urinaire était normale, la coproculture négative, le gastro-entérologue avait préconisé une recherche de maladie cœliaque qui était également négative. Une première échographie avait été faite qui retrouvait des anses digestives dilatées avec un contenu liquidien, une très fine lame d'épanchement intra-péritonéal, une vésicule biliaire avec du sludge mais sans signe de cholécystite et l'appendice n'était pas vue du fait de l'utérus gravide.

Donc au total, nous étions face à une patiente de 22 ans, à 26 semaines d'aménorrhée, sans aucun antécédent avec un syndrome occlusif.

Donc la première question est, comment avance-t-on, que fait-on de plus ?

Dr Goere : Donc patiente jeune, elle a 22 ans, 26 semaines d'aménorrhée, enceinte 2^e trimestre, aucun antécédent et un syndrome occlusif complet. Est-ce que quelqu'un a déjà un diagnostic à nous proposer ou est-ce que vous demandez des examens complémentaires ?

Docteur Sauvanet : C'est la problématique des examens complémentaires radiologiques chez la femme enceinte. Je crois qu'à 26 semaines, on peut faire un scanner en réglant la machine de telle façon que l'on ne puisse peut-être pas trop irradier la maman et l'enfant et j'ai envie de dire appendicite aiguë avec forme occlusive.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thomasfurderer@hotmail.fr (T. Furderer).

Docteur Kianmanesh : il y a du *sludge* vésiculaire, je demanderais donc une lipasémie et comme ça dure depuis longtemps, peut-être une IRM, qu'on a plus facilement pendant la grossesse, pour apprécier la vitalité du grêle. Je pisterais également une cholécystite.

Docteur Furderer : Au total, cela faisait 15 jours qu'elle était hospitalisée, ce qui est quand même relativement long, elle était apyrétique, n'avait jamais reçu d'antibiothérapie tout cela ne nous a pas paru en faveur d'une cause infectieuse. Donc se pose la question de l'imagerie complémentaire puisqu'on n'a pas forcément d'étiologie évidente. Pour revenir sur la biologie et notamment sur l'hyperleucocytose qu'il faut interpréter en fonction du terme, à l'opposé la CRP est un facteur qui varie quand même très peu pendant la grossesse, tout au plus la valeur maximale qui est de l'ordre de 3, 4, 5 mg/L en fonction des laboratoires, on peut passer à 10 mg/L mais rarement au-delà donc ici, on a une CRP à 150 mg/L, ce qui est quand même pour nos collègues gynécologues un marqueur indépendant de risque d'accouchement prématuré, et plus la CRP est élevée, plus le risque est important [1,2]. Il y a donc un critère de gravité. L'absence de prise de poids également est un facteur de risque de gravité à la fois pour la mère et pour l'enfant avec notamment un accouchement prématuré et un petit poids de naissance. Donc face à ce syndrome occlusif sans étiologie, nous avons préconisé un scanner thoraco-abdomino pelvien non injecté. Est-ce que tout le monde aurait demandé un scanner, si oui lequel ? Injecté ? Non injecté ?

Docteur Sauvanet : Je ne comprends pas le non injecté. Je comprends bien les inconvénients de ne pas en mettre mais je ne comprends pas le danger de mettre de l'iode.

Docteur Mabrut : C'est quand même la majorité de la salle, qui demande pour un syndrome occlusif, un scanner, même si cette femme est enceinte. Est-ce qu'il y a des conditions particulières, des demandes spécifiques, c'est la discussion.

Docteur X. : Est-ce qu'on s'encadre de précautions particulières ? Un protocole *low-dose* ? Le tablier de plomb n'est pas nécessaire puisque c'est la région à explorer.

Docteur Furderer : Ne pas oublier que nous sommes dans le cadre de l'urgence. L'IRM, chez nous, on pouvait l'oublier.

Docteur Goere : On aurait pu se donner quelques heures.

Docteur Furderer : En reprenant les dernières recommandations car il y a eu une session de la Société française de la radiologie cette année sur grossesse et exposition aux irradiations qui s'intitulait « Réalité des risques et conduite à tenir », le message à la fin de cette session, c'est que si indispensable, on peut faire cet examen à n'importe quel moment du terme. Les principaux risques généralement retrouvés sont : retard mental, malformation et risque de cancer chez l'enfant. La décision est pluridisciplinaire (médecin en charge du dossier, obstétricien, radiologue). Il faut faire la balance bénéfice-risque (après 12 SA). Avant 12 semaines d'aménorrhée on a un risque de fausse couche, au-delà, on s'en éloigne. Pareil, à partir de 12 semaines d'aménorrhée, la thyroïde du fœtus fonctionne et on essaye d'éviter le plus souvent possible l'utilisation de produit de contraste. Il faut prouver l'information et obtenir le consentement écrit de la patiente. Il faut faire une demande écrite au radiologue. On peut utiliser un tablier de plomb selon la région explorée. Il faut favoriser les protocoles « *low-dose* » [3–5].

La question qui se posait sur l'IRM, au premier trimestre, l'IRM est contre-indiquée par principe de précaution, les études notamment chez l'animal et chez l'humain n'ont

pas trouvé d'effet nocif évident, mais on l'évite au premier trimestre. Particularité par contre, cela nécessite la sédation du fœtus pour pouvoir faire des acquisitions puisque ce sont quand même des séquences sur plusieurs minutes, donc il faut à la fois sédaté la mère et le fœtus, ce qui n'est pas anodin. Les produits de contraste gadolinés sont contre-indiqués, tératogènes chez l'animal [5].

Voici un certain nombre d'images du scanner abdomino-pelvien non injecté que nous avons fait.

Docteur X. : Donc en pratique, un scanner avec ou sans injection ?

Docteur Furderer : Sans injection. Les radiologues n'ont pas voulu l'injecter à cause de la thyroïde du bébé. En fait, les radiologues et nous avons refusé l'injection de même que l'obstétricien si on pouvait s'en passer.

Docteur Perniceni : Dans la discussion, la patiente est informée des risques ?

Docteur Furderer : La patiente est informée, encore une fois il vaut mieux que le gynécologue soit présent et le radiologue au moment de la discussion avec la patiente notamment pour lui exposer ce très faible risque de malformation, de retard mental, et surtout de la nécessité dans son cas d'avoir une imagerie afin d'avancer dans la prise en charge. C'est une histoire qui traîne depuis deux semaines, qui s'aggrave le jour de notre arrivée, on lui fait comprendre l'urgence d'avancer dans sa prise en charge.

Docteur Regimbeau : Et en pratique ? On doit obtenir un accord de la patiente ? Oral ? Écrit ? Une traçabilité ?

Docteur Furderer : Idéalement le radiologue souhaite un accord écrit par la patiente. Voici les images du scanner non injecté (Fig. 1) : sur une coupe abdominale haute, on retrouve des signes classiques en cours de grossesse, c'est-à-dire des dilatations pyélo-urétrales, bilatérales, et prédominant à droite, ce sont des choses habituelles au troisième trimestre par compression par l'utérus grvide ; en revanche, on retrouve des structures dilatées avec des niveaux hydro-aériques, qui correspondent à du grêle, dilaté à plus de 8 cm, avec une jonction grêle plat-grêle dilaté. Donc on a une zone transitionnelle a priori évidente, avec une zone sténosée dont l'étiologie reste un peu suspecte.

Docteur Goere : Au total, un scanner avec une zone jonctionnelle, une occlusion du grêle, pas d'autre signe visible, quel est votre diagnostic chez une femme enceinte à 26 semaines d'aménorrhée ?

Docteur Furderer : Je précise jamais opérée.

Docteur Panis : Occlusion du grêle avec du grêle plat en dessous, il y a un obstacle organique et je pense que, plus que le diagnostic, ce serait la conduite à tenir qui se discute maintenant. Est-ce qu'elle est douloureuse ? Quels sont les symptômes car je guiderais plus la prise en charge sur la clinique que sur le scanner.

Docteur Furderer : Alors elle est en occlusion complète mais elle n'a pas de douleur, elle est soulagée par le traitement symptomatique.

Docteur Goere : Ce que vous évoquez c'est l'attitude que l'on aurait classiquement face à une occlusion du grêle que la patiente soit enceinte ou non. On ne modifie pas notre attitude parce qu'elle est à 26 semaines d'aménorrhée, c'est cela ?

Docteur Sauvanet : On a l'impression de voir du grêle non dilaté du côté gauche. On voit l'angle colique gauche sous la rate qui est de calibre normal avec des matières dedans mais en dessous, on a l'impression de voir plusieurs anses qui ressemblent à des anses grêles ou alors tout ça c'est le côlon gauche ?

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311612>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311612>

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