

Item 196 : Douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
INTRODUCTION.....	3
I Conduite de l'examen	4
II Diagnostic	5
II.1 En faveur d'un hématome rétro-placentaire	5
II.2 En faveur d'une pyélonéphrite.....	5
II.3 En faveur d'une cholécystite aiguë	6
II.4 En faveur d'une appendicite	6
III Autres étiologies.....	6
IV Conduite à tenir initiale	7
V Annexes.....	9
Glossaire.....	9
Bibliographie	12
Abréviations.....	13

PRE-REQUIS

- Anatomie de l'utérus gravide.
- Modifications physiologiques de l'organisme au cours de la grossesse.
- Vascularisation placentaire.
- Développement placentaire.
- Modifications des voies urinaires pendant la grossesse.

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

INTRODUCTION

Il faut distinguer les causes obstétricales des autres.

- L'Hématome Rétro-Placentaire (*cf. glossaire*) (HRP). 1^{er} diagnostic à éliminer au 3^e trimestre ; il tue le fœtus et engage le pronostic vital maternel.
- **HELLP syndrome (*cf. glossaire*) (Chaussier), stéatose hépatique (*cf. glossaire*) aiguë gravidique, hématome sous-capsulaire du foie.**

Les autres causes :

Il peut s'agir d'une urgence :

- digestive : appendicite, cholécystite (*cf. glossaire*) aiguë, occlusion intestinale, pancréatite aiguë ;
- gynécologique : torsion d'annexe (*cf. glossaire*), nécrobiose (*cf. glossaire*) aseptique d'un fibrome utérin.

Les douleurs du début de grossesse sont dues une Grossesse Extra-Utérine (GEU) (*cf. Item 18 : Grossesse Extra-Utérine (GEU) : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item18/site/html>*), ou une pathologie intercurrente dont la symptomatologie n'est pas ou peu modifiée par la grossesse. Seuls seront envisagés ici les douleurs survenant dans la seconde moitié de la gestation. Il peut s'agir :

- d'une urgence obstétricale : l'Hématome Rétro-Placentaire (HRP),
- d'une urgence digestive, urinaire ou gynécologique,
 - dont l'incidence est, pour certaines, augmentée par la grossesse : pyélonéphrite (*cf. glossaire*), cholécystite, nécrobiose d'un fibrome utérin,
 - et dont la symptomatologie est souvent atypique : appendicite notamment.

En plus des risques propres à ces pathologies, leur survenue pendant la grossesse met en jeu le pronostic obstétrical par un risque de :

- menace d'accouchement prématuré,
- souffrance fœtale,
- prématurité spontanée ou provoquée.

I CONDUITE DE L'EXAMEN

L'objectif de l'examen est double :

- orienter le diagnostic étiologique,
- évaluer le retentissement obstétrical.

Interrogatoire :

- Antécédents : orientation étiologique (HTA), uropathies (*cf. glossaire*), appendicectomie, toxicomanie, âge, parité).
- Douleur : siège, début brutal ou progressif, mode évolutif.
- Signes d'accompagnement :
 - généraux : fièvre, anorexie,
 - digestifs : nausées et vomissements (insolites au 3^e trimestre), troubles du transit,
 - urinaires : douleurs lombaires, brûlures mictionnelles,
 - obstétricaux : contractions utérines, hémorragies.
- Vitalité fœtale : mouvements actifs ?

Examen :

- Général : pouls, tension, température.

- Obstétrical avec palpation de l'utérus (souple ? contractions ? douleur ?), hauteur utérine, activité cardiaque fœtale, toucher vaginal (modifications cervicales ? douleur dans les culs-de-sac ?).
- Palpation de l'abdomen, en décubitus dorsal puis en décubitus latéral gauche, en commençant par les régions présumées indolores.
- Palpation des fosses lombaires, inspection des urines (troubles ?), bandelettes urinaire (nitrites (*cf. glossaire*) ?).

II DIAGNOSTIC

II.1 EN FAVEUR D'UN HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

- Contexte vasculaire (âge > 35 ans, HTA, toxicomanie, RCIU).
- Douleur utérine brutale, permanente.
- Hémorragie génitale peu abondante, noirâtre, retardée.
- État de choc : femme prostrée, tachycardie, mais TA variable, parfois élevée (HTA gravidique).
- Contracture utérine permanente et douloureuse.
- Souvent : activité cardiaque fœtale absente, HTA gravidique, primipare.

II.2 EN FAVEUR D'UNE PYELONEPHRITE

Très fréquente, elle siège le plus souvent à droite.

- Notion d'uropathies.
- Douleurs lombaires spontanées et provoquées.
- Fièvre élevée.
- Signes fonctionnels urinaires.
- Urines troubles.
- Bandelette urinaire positive (nitrites).

Les formes atypiques sont fréquentes : douleurs à expression abdominale prédominante, fièvre modérée, signes fonctionnels urinaires discrets ou de signification banale (pollakiurie (*cf. glossaire*)) => l'ECBU est systématique.

II.3 EN FAVEUR D'UNE CHOLECYSTITES AIGUË

Elle est plus fréquente chez la femme enceinte.

- Douleur spontanée et provoquée de l'hypochondre (*cf. glossaire*) droit avec irradiation ascendante et signe de Murphy (*cf. glossaire*).
- Fièvre à 38-39°C,
- Nausées et vomissements, toujours insolites en seconde partie de grossesse.

II.4 EN FAVEUR D'UNE APPENDICITE

Son incidence n'est pas modifiée par la grossesse, mais le retard au diagnostic et les formes compliquées sont plus fréquents. L'appendice et la douleur sont repoussés en haut et en dehors par l'utérus gravide. La contracture abdominale est absente en cas de péritonite (*cf. glossaire*).

- Signes fonctionnels : douleur du flanc droit, nausées et vomissements, troubles du transit, sans douleur lombaire ni signes fonctionnels urinaires.
- Examen général : fièvre discrète, entre 37,5 et 38°C, tachycardie en rapport.
- Examen physique :
 - Douleur provoquée ± défense du flanc droit, plus nette en décubitus latéral gauche,
 - accentuée par la décompression abdominale et la mobilisation utérine de gauche à droite,
 - alors que : utérus, fosse lombaire et hypochondre droits souples et indolores, urines claires, bandelette urinaire négative.

III AUTRES ETIOLOGIES

Colique néphrétique (*cf. glossaire*) :

- Il peut s'agir d'une pathologie lithiasique (*cf. glossaire*), avec douleurs brutales,
- ou d'une compression par l'utérus gravide, habituellement à droite, donnant des douleurs plus sourdes et tenaces.

Torsion d'annexe :

- Début brutal, nausées, vomissements, douleurs aiguës,
- Masse latéro-utérine extrêmement douloureuse,

- Échographie : kyste de l'ovaire (*cf. glossaire*) hétérogène avec disparition de la vascularisation.

Nécrobiose d'un fibrome utérin :

- Douleur utérine localisée,
- Fibrome parfois palpable, solidaire de l'utérus, électivement douloureux.

Occlusion intestinale et pancréatite aiguë sont rares, mais leurs signes cliniques sont modifiés par la grossesse et le retard au diagnostic est fréquent.

IV CONDUITE A TENIR INITIALE

En urgence :

- Hospitalisation, bilan préopératoire, consultation d'anesthésie.
- Enregistrement cardiotocographique et échographie pour vérifier bien-être fœtal et activité utérine.
- Discuter une corticothérapie (*cf. glossaire*) (+++) pour prévention de la Maladie des Membranes Hyalines (*cf. glossaire*) (MMH) (en dehors de l'HRP \Leftrightarrow urgence).

Examens complémentaires à visée étiologique :

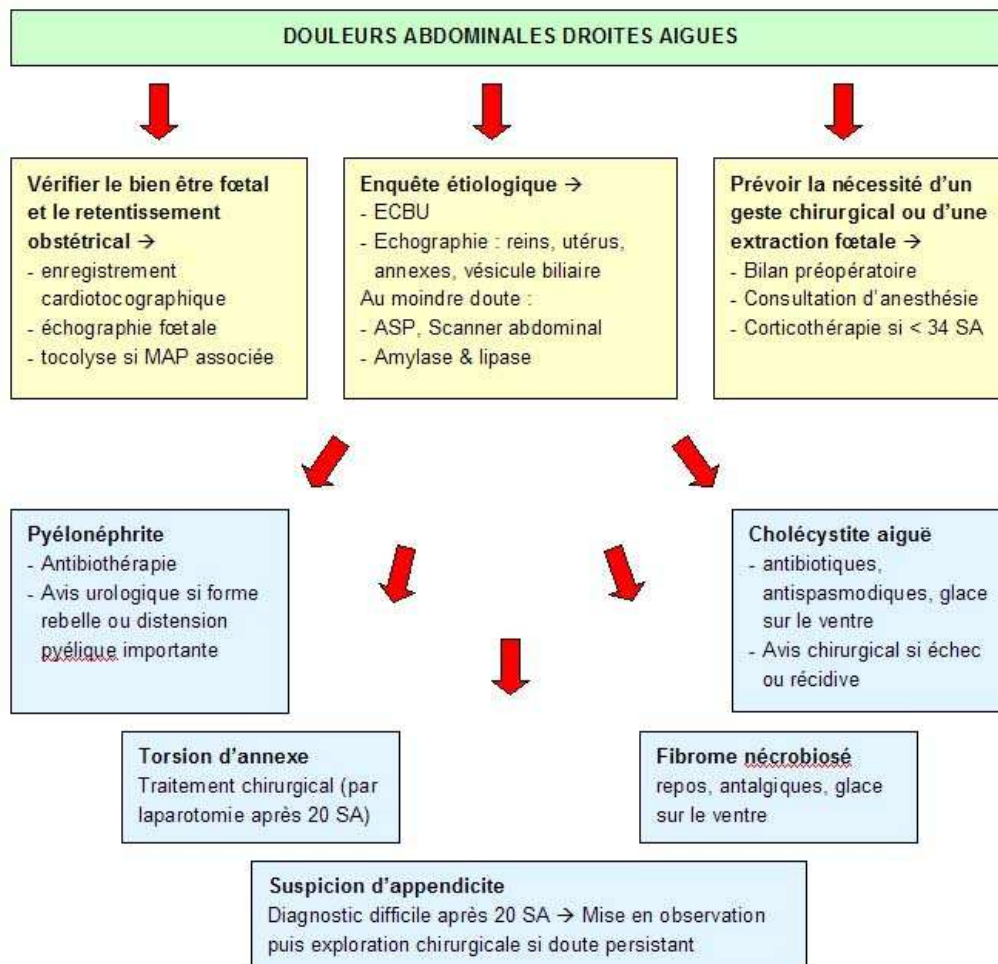
- NFS en sachant que l'hyperleucocytose (*cf. glossaire*) n'est vraiment significative qu'au-delà de 15 000/mm³.
- ECB urinaire systématique (+++) en sachant que la bactériurie (*cf. glossaire*) asymptomatique est fréquente.
- Hémocultures si fièvre > 38,5°C.
- Échographie abdominale pour étudier les voies urinaires (mais une dilatation droite modérée est banale), la vésicule biliaire, les annexes et l'utérus.
- ASP debout (niveaux liquides ?)
- Amylase (*cf. glossaire*).

La prise en charge ultérieure dépend de l'étiologie retenue.

- Hématome rétro-placentaire : *cf. Item 17 : Principales complications de la grossesse : Hémorragies génitales du 2e et 3e trimestre* : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17_2/site/html.

- Pyélonéphrite : cf. Item 17 : Principales complications de la grossesse : Fièvre pendant la grossesse : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17_7/site/html.
- Cholécystite : Le traitement sera discuté avec un chirurgien viscéral. Habituellement, on tente un traitement médical en essayant de repousser le traitement chirurgical après l'accouchement.
- Appendicite : le doute autorise une surveillance, mais le retard au traitement augmente le risque de complication => après exclusion des diagnostics différentiels, la persistance des symptômes justifie l'exploration chirurgicale.

Arbre décisionnel



V ANNEXES

GLOSSAIRE

- **Amylase** : Enzyme digestive classée comme saccharidase (enzyme qui brise les polysaccharides). C'est surtout un constituant du suc pancréatique et de la salive, requis pour le catabolisme des glucides à longue chaîne (comme l'amidon) en unités plus petites.
- **bactériurie** : Présence de bactéries dans les urines.
- **cholécystite** : Inflammation de la vésicule biliaire. La cholécystite est liée à l'infection du liquide vésiculaire, suite le plus souvent à l'obstruction du canal cystique par un calcul biliaire : le liquide en stase, d'abord stérile, provoque une inflammation locale qui peut se surinfecter alors, le plus souvent avec des germes digestifs présents dans le duodénum. Si elle n'est pas prise en charge convenablement, la vésicule biliaire peut se gangréner et provoquer une péritonite. L'épidémiologie est donc parallèle à celle des lithiases biliaires : prédominance féminine, association avec un surpoids ou des grossesses multiples, avec cependant un âge de survenue un peu plus tardif. Son incidence tend à diminuer du fait de la prise en charge plus précoce des calculs biliaires.
- **Colique néphrétique** : Douleurs paroxystiques, violentes, spontanées ou provoquées (secousses) de la fosse lombaire allant vers les organes génitaux. Elle est le résultat d'une obstruction des voies urinaires, le plus souvent consécutive à un calcul rénal (lithiase). Bien souvent, le diagnostic est clinique parce que le patient a eu une hématurie et a éventuellement émis un calcul, ou parce qu'il est lithiasique connu et que ce n'est pas sa première crise. La colique néphrétique est une urgence médico-chirurgicale. La crise se caractérise par des urines très rouges (hématurie macroscopique) et des symptômes et douleurs qui varient selon la position du calcul dans l'uretère. Par exemple, lors d'un calcul se situant à l'entrée de la vessie, il est fréquent chez l'homme de trouver des douleurs au niveau des testicules.
- **corticothérapie** : Emploi thérapeutique des corticoïdes.
- **HELLP syndrome** : HELLP syndrome ou syndrome HELLP : Association syndromique d'une anémie hémolytique, d'une cytolyse hépatique et d'une thrombopénie chez une femme enceinte. Le terme « HELLP syndrome » est l'acronyme pour « Hemolysis » (frottis sanguin périphérique anormal, bilirubine supérieure à 1,2 mg/dl, Lactate DésHydrogénase (LDH) supérieure à 600), « Elevated Liver enzymes » (augmentation des enzymes hépatiques GOT, GPT, LDH), « Low Platelet count » (plaquettes inférieures à 100000/mm³) pour reprendre

les 3 éléments caractérisant le syndrome. Ce syndrome est une complication de pré-éclampsie et nécessite une prise en charge hospitalière rapide. La patiente présente les signes cliniques de l'hypertension gravidique et/ou de la pré-éclampsie associés à un hématome sous-capsulaire du foie avec risque de rupture spontanée du foie. L'éclampsie est fréquente dans ce contexte. Ce tableau est accompagné de coagulopathie à type de Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée (CIVD). La conduite à tenir est l'extraction fœtale.

- Hématome Rétro-Placentaire : Hématome Rétro-Placentaire (HRP) ou placenta abruptio : Complication très grave de la grossesse, mettant en jeu la vie de la mère et du fœtus en étant responsable d'une hémorragie parfois massive développée entre le placenta et l'utérus. Lors d'un hématome rétroplacentaire, le décollement prématuré du placenta auparavant bien inséré entraîne une souffrance fœtale aiguë (par diminution de l'apport d'oxygène) et un risque de décès maternel (par choc hypovolémique consécutif à la perte sanguine, ou par coagulation intravasculaire disséminée, qui se produit en réponse à la libération de certaines substances coagulantes lors du décollement du placenta : les thromboplastines).
- hyperleucocytose : Taux excessif de globules blancs dans le sang.
- hypochondre : Hypochondre ou hypocondre : Région gauche ou droite de l'abdomen, située directement sous le diaphragme.
- kyste de l'ovaire : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.
- lithiasique : Lithiase : Affection caractérisée par l'apparition dans un conduit de l'organisme d'une masse minérale, appelée calcul.
- Maladie des Membranes Hyalines : Une des causes principales de détresse respiratoire du nouveau-né. Elle est liée à une immaturité pulmonaire avec défaut en surfactant pulmonaire et affecte préférentiellement le nouveau-né prématuré. Elle est responsable d'un tableau de détresse respiratoire nécessitant une oxygénothérapie et le plus souvent des mesures d'assistance respiratoire. Son apparition peut être prévenue (ou son évolution écourtée) par l'administration de surfactant.
- nécrobiose : Modification de structure d'un tissu d'un organe soumis à un arrêt circulatoire mais dont les caractéristiques sont l'absence d'infection et une transformation régressive bien tolérée par les tissus voisins. L'exemple le plus connu

de cette mort physiologique des cellules ou des tissus (histologique) due à des modifications, est l'infarctus du myocarde.

- nitrites : Sels de l'acide nitreux (acide instable de formule HNO_2). Composés intermédiaires de l'azote entre l'ammoniac et les nitrates, les nitrites apparaissent lors de la dégradation des substances azotées par des bactéries dans la filtration biologique. Les nitrites sont toxiques pour la majorité des animaux. Au cours du cycle de l'azote, c'est la nitrosation qui produit les nitrites.
- péritonite : Inflammation du péritoine. La péritonite est une infection grave qui peut déboucher sur la mort si elle n'est pas traitée, car la surface péritonéale est supérieure à la surface corporelle ; les conséquences locales et générales sont donc très rapides. L'infection provient d'une suppuration ou d'une perforation du tube digestif permettant à des bactéries d'atteindre le péritoine. En fonction des moyens locaux et généraux de défense, trois évolutions sont possibles : la guérison, l'abcès, ou la péritonite.
- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.
- pyélonéphrite : Infection bactérienne des voies urinaires hautes, touchant donc le bassinet (pyélite) et le parenchyme rénal (néphrite), compliquant ou s'associant à une infection et/ou inflammation des voies urinaires basses. La contamination des voies urinaires se fait par voie ascendante à partir des flores digestive, génitale et cutanée. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des Bactéries Gram Négatif (BGN) types entérobactéries, *Escherichia coli* en tête. La pyélonéphrite est plus fréquente chez les femmes de 15 à 65 ans mais peut également se rencontrer à tout âge, ainsi que chez les hommes. Le diagnostic chez la personne jeune est généralement facile, il repose sur la clinique (apparition d'une fièvre et d'une douleur lombaire unilatérale dans les suites d'une cystite mal soignée), sur les examens biologiques (principalement la présence de germes à l'E.C.B.U) et d'imagerie (échographie rénale et radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP) à la recherche d'un obstacle, de lithiase, de signe de complications). La prise en charge dépend de l'existence de signes de gravité ou de complications associées. Le traitement repose sur l'antibiothérapie, à débiter d'emblée, initialement probabiliste puis secondairement adapté à l'antibiogramme.
- signe de Murphy : Signe clinique qui peut être identifié à l'examen physique ou à l'échographie. Il est mis au point par le chirurgien américain John Benjamin Murphy à la fin du 19^e siècle. Pour évaluer le signe de Murphy, le médecin palpe

profondément sous le rebord costal droit au niveau de la ligne médio-claviculaire. Il demande ensuite au patient de prendre une inspiration profonde. Le test est positif si la douleur au site de la palpation empêche le patient de terminer son inspiration. Cette douleur est due au contact de la vésicule biliaire sensible avec les doigts du médecin lorsqu'elle est poussée vers le bas par la descente du diaphragme lors de l'inspiration profonde.

- stéatose hépatique : Évolution du foie dont, pour l'homme, la gravité est variable. La stéatose est une pathologie histologique, caractérisée par la présence de graisse dans les hépatocytes. Il en existe deux types : la stéatose macrovésiculaire, la plus fréquente, bénigne, majoritairement associée à la consommation excessive d'alcool, et la stéatose microvésiculaire, liée à un dysfonctionnement mitochondrial, plus sévère. Elle apparaît lorsque le foie est trop gras (c'est-à-dire quand il comporte trop de triglycérides). Cela se rencontre assez souvent chez les personnes obèses, diabétiques, ou encore alcooliques.
- torsion d'annexe : Torsion de l'annexe au niveau du ligament utéro-ovarien. Elle peut concerner la trompe seule, l'ovaire seul ou l'annexe.
- uropathie : Affection de l'appareil urinaire.

BIBLIOGRAPHIE

- : Douleurs abdominales chez la femme (item 196). Université Louis Pasteur (ULP) de Strasbourg, Faculté de Médecine; 2004.
- : Item 196 - Syndromes abdominaux et grossesse. Faculté de médecine de Toulouse.
- Aubert J, Doré B, Moreau PH. : Lithiase urinaire du haut appareil et grossesse. The Journal of Urology. 1983;89:317-323.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 196 : Douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte. Leucocyturie. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 431-435.
- Deruelle P, Girard J, Boodhun R. : Cas cliniques 2009 : Pathologies de la grossesse (MAP, HTA gravidique, prééclampsie, diabète). Douleurs abdominales de la femme enceinte. Fièvre et grossesse. (ED des items 17, 196, 218). Faculté de médecine de Lille; 2009 Jun.
- Koskas M, Rainey E, Nizard J. : Urgences au cours de la grossesse. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 2009; 3-1360.

- Lavoue V, Bauville E, Poulain P. : Urgences abdominales chirurgicales pendant la grossesse. Imagerie de la Femme. 2009 Jun;19(2):105-110.
- Lebeau R, Diané B, Koffi E, Bohoussou E, Kouamé A, Doumbia Y. : Appendicite aiguë et grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Oct;34(6):600-605.
- Marret H, Lansac J, Laffon M, de Calan L, Bourlier P. : Urgences chirurgicales au cours de la grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2000; 5-049-D-10.
- Meria P, Anidjar M, Hermieu JF, Boccon-Gibod L. : Lithiase urinaire et grossesse. Progrès en urologie. 1993;1993(3):937-943.
- Vendittelli F. : Syndrome douloureux abdominal-pelvien pouvant motiver une consultation en urgence au cours d'une grossesse (196). Faculté de Médecine de Grenoble; 2003 Sept.

ABREVIATIONS

- ASP : Abdomen Sans Préparation
- ECB : Examen CytoBactériologique
- ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- HRP : Hématome Rétro-Placentaire
- HTA : HyperTension Artérielle
- MMH : Maladie des Membranes Hyalines
- NFS : Numération Formule Sanguine
- RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
- TA : Tension Artérielle