

# Item 196 : Douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte (Évaluations)

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## QCM DE PRE-REQUIS

### QUESTION 1/4 :

Modifications de l'utérus gravide :

- A - Les cellules musculaires lisses de l'utérus augmentent de taille au cours de la grossesse.
- B - L'augmentation de l'œstrogène et de la progestérone pendant la grossesse est à l'origine d'une prolifération et d'une différenciation des cellules musculaires myométriales.
- C - L'ocytocine est un agent utérotonique.
- D - L'ocytocine n'intervient à aucun moment au cours de l'accouchement.

*(Réponse : ABC )*

### QUESTION 2/4 :

Modifications de l'appareil urinaire maternel :

- A - Diminution de la créatininémie et de l'uricémie.
- B - Dilatation des cavités pyélo-calicielles dès 12 SA.
- C - Dilatation des uretères dès 20 SA.
- D - Pollakiurie du fait de la diminution de la cavité vésicale.

*(Réponse : ACD )*

### QUESTION 3/4 :

Développement placentaire :

- A - Le placenta est constitué à partir du cytotrophoblaste et du syncytiotrophoblaste.
- B - La circulation embryonnaire s'établit vers le 18-21e jour.
- C - Les villosités placentaires persistent autour de l'œuf tout au long de la grossesse.
- D - Les cotylédons se trouvent sur la face fœtale.

*(Réponse : AB )*

**QUESTION 4/4 :**

Modifications maternelles au cours de la grossesse :

**A - L'utérus passe de 80 g à 1000 g au cours de la grossesse.**

**B - La constipation est fréquente et due à l'action relaxante de la progestérone sur les muscles lisses.**

**C - Le débit cardiaque maternel augmente de 40 % au cours de la grossesse.**

**D - Il y a une hyperventilation habituelle chez la femme enceinte.**

*(Réponse : ABCD )*

**QCM**

**QUESTION 1/5 :**

Quels sont les principaux signes cliniques des douleurs abdominales en cas d'HRP ?

**A - Douleur utérine brutale, très intense, diffuse, permanente.**

**B - État général conservé.**

**C - Contracture utérine généralisée mais peu douloureuse.**

**D - Métrorragies peu abondantes, noirâtres, retardées.**

**E - Métrorragies abondantes, rouges.**

*(Réponse : AD )*

**QUESTION 2/5 :**

Quels sont les principaux gestes à réaliser en urgence ?

**A - Déclencher l'accouchement.**

**B - Extraire l'enfant.**

**C - Contrôler l'activité cardiaque fœtale.**

**D - Réaliser un bilan préopératoire.**

*(Réponse : CD )*

**QUESTION 3/5 :**

Quelles sont les particularités de l'appendicite au cours de la grossesse ?

- A - Douleur provoquée du flanc droit sur une femme en décubitus latéral gauche.**
- B - Majoration de la douleur par la décompression abdominale.**
- C - Majoration de la douleur par la mobilisation utérine de gauche à droite.**
- D - Hyperthermie souvent élevée > 38,5°C.**

*(Réponse : ABC )*

**QUESTION 4/5 :**

Devant des douleurs abdominales droites au 7e mois, arguments en faveur d'une appendicite :

- A - Fièvre à 39°C avec frissons.**
- B - Douleur maximale dans l'hypochondre droit.**
- C - Hypertonie du bord droit de l'utérus.**
- D - Nausées.**
- E - Constipation récente.**

*(Réponse : CDE )*

**QUESTION 5/5 :**

Devant des douleurs abdominales droites au 7e mois, arguments en faveur d'une appendicite :

- A - NFS : 12 000 leucocytes / mm<sup>3</sup>.**
- B - Vitesse de sédimentation accélérée.**
- C - Élévation des phosphatases alcalines.**
- D - Augmentation de la CRP.**
- E - Urines stériles.**

*(Réponse : DE )*

## **CAS CLINIQUE : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'UN HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE**

### **Scénario :**

Mme F., primipare à 34 semaines d'aménorrhée, est amenée par le SAMU en raison d'une douleur abdominale brutale, diffuse, permanente. À son arrivée, la patiente est prostrée, tachycarde et polypnéïque. Selon l'interrogatoire, le début de la grossesse s'est déroulée normalement et la dernière consultation prénatale, effectuée à 31 semaines, n'avait montré aucune anomalie.

### **QUESTION 1/4 :**

Quels éléments, dans cette observation, orientent vers un hématome rétro-placentaire ?  
Quels autres signes cliniques en faveur de ce diagnostic devez-vous rechercher ?

*Réponse attendue :*

Présents dans l'observation :

- douleur abdominale brutale, diffuse, permanente,
- avec altération de l'état général : femme prostrée, tachycardie, polypnée,
- chez une primipare au 3<sup>e</sup> trimestre.

À rechercher :

- contracture utérine généralisée, permanente, douloureuse,
- métrorragies classiquement peu abondantes, noirâtres, retardées,
- activité cardiaque fœtale absente,
- inconstamment : HTA gravidique avec HTA, protéinurie, œdèmes massifs d'apparition récente.

### **QUESTION 2/4 :**

L'examen oriente vers une forme complète d'hématome rétro-placentaire. L'activité cardiaque fœtale n'est pas perçue au détecteur ultrasonique. Quels éléments cliniques et examens complémentaires sont utiles à la prise en charge immédiate ?

*Réponse attendue :*

À l'examen :

- Pouls et pression artérielle pour guider le remplissage vasculaire.

- Hémorragie extériorisée ? abondance ? avec caillots ou incoagulable ?
- Le toucher vaginal précise l'état du col (longueur, dilatation) et l'accessibilité des membranes en vue d'un déclenchement du travail.

Examens complémentaires urgents :

- Plaquettes et bilan de coagulation car CIVD fréquente.
- Bilan préopératoire : Groupe Rhésus, NFS, ionogramme...
- L'échographie est d'intérêt limité dans cette forme. Elle a surtout pour but de confirmer si besoin la mort fœtale. En revanche, la vision de l'hématome est inconstante et l'évaluation de son volume difficile.

### QUESTION 3/4 :

Exposez les principes de votre prise en charge immédiate.

*Réponse attendue :*

#### **Hospitalisation et consultation d'anesthésie.**

Traitement médical urgent :

- voie d'abord, sonde urinaire, oxygène,
- remplissage vasculaire pour traiter le choc,
- plasma frais pour traiter la défibrination.

Traitement obstétrical = déclenchement immédiat du travail :

- par rupture des membranes, d'emblée si membranes accessibles, après mûrissement cervical par les prostaglandines dans le cas contraire.
- Secondairement et si nécessaire : perfusion d'ocytociques.

L'anesthésie péridurale est contre-indiquée:

- après l'expulsion : délivrance dirigée systématique (ocytociques ou analogues des prostaglandines).

Surveillance étroite avant et après l'expulsion :

- pouls, tension, état général, diurèse,
- hémorragie extériorisée, hauteur utérine, globe utérin après la délivrance,
- plaquettes, hématocrite, bilan de coagulation.

Gammaglobulines anti-D si femme rhésus négatif.

#### QUESTION 4/4 :

L'expulsion par voie basse est obtenue et les suites immédiates sont simples. Quelles mesures préventives spécifiques proposez-vous pour la grossesse ultérieure ?

*Réponse attendue :*

Risque de récurrence.

Avant une nouvelle grossesse :

- Bilan étiologique : examen anatomo-pathologique du placenta, rechercher HTA gravidique, tabagisme.

- Arrêt du tabac, particulièrement important dans ce cas.

Pendant la grossesse :

- Discuter un traitement préventif par aspirine à faible dose.

- Surveillance renforcée. Intérêt du Doppler utérin.

- Discuter une hospitalisation de fin de grossesse et un déclenchement précoce du travail.

### **CAS CLINIQUE : DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR ABDOMINALE DROITE AU 6E MOIS**

#### **Scénario :**

Mme H., 25 ans, primigeste à 29 semaines d'aménorrhée, consulte en urgence en raison de douleurs abdominales droites évoluant depuis 48 heures. Le début de la grossesse s'est déroulé normalement. Mme H. n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux notables. Elle paraît fatiguée car sa douleur l'a empêché de dormir la nuit précédente mais l'état général semble conservé.

#### QUESTION 1/4 :

Que recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

*Réponse attendue :*

Interrogatoire :

- Douleur : siège exact, début brutal ou progressif, mode évolutif.

- Signes d'accompagnement :

- généraux : fièvre, anorexie.
- digestifs : nausées, vomissements, troubles du transit.
- urinaires : douleurs lombaires, brûlures mictionnelles.
- obstétricaux : contractions utérine.
- Vitalité foetale : mouvements actifs ?

Examen :

- Général : pouls, tension, température.
- Examen obstétrical avec palpation de l'utérus (souple ? contractions ? douleur ?), hauteur utérine, activité cardiaque foetale, toucher vaginal (modifications cervicales ? douleur dans les culs-de-sac ?).
- Palpation de l'abdomen en commençant par les régions présumées indolores :
  - en décubitus dorsal puis latéral gauche,
  - secteur par secteur : flanc, hypochondre, bord droit de l'utérus...
  - rechercher : douleur provoquée, défense, masse.
- Palpation des fosses lombaires, inspection des urines (troubles ?), bandelette urinaire (nitrites ?).

#### **QUESTION 2/4 :**

Quels signes cliniques orienteraient vers une appendicite ?

*Réponse attendue :*

Interrogatoire :

- douleur du flanc droit,
- nausées et vomissements, insolites après le 1er trimestre,
- anorexie,
- sans douleur lombaire ni signes fonctionnels urinaires.

Examen général :

- fièvre discrète, entre 37,5 et 38°C,
- tachycardie en rapport.

Examen physique :

- douleur ± défense du flanc droit, parfois sous-costale, plus précise en décubitus latéral gauche,
- accentuée par la décompression abdominale et la mobilisation utérine de gauche à droite,
- parfois associée à une douleur et une hypertonie du bord droit de l'utérus,
- avec fosse lombaire indolore, urines claires, bandelette urinaire négative.

#### QUESTION 3/4 :

Énumérez les autres causes possibles de douleur abdominale droite chez cette patiente et leurs signes cliniques d'orientation.

*Réponse attendue :*

**Pathologies urinaires.** Fréquentes. Le signe d'orientation est la douleur lombaire, spontanée et provoquée.

- Pyélonéphrite : fièvre élevée, urines troubles, nitrites à la bandelette.
- Distension de la voie excrétrice, avec douleurs isolées. Elle peut être due à :
  - une compression par l'utérus gravide, donnant des douleurs sourdes et tenaces,
  - ou une pathologie lithiasique, avec une douleur plus brutale.

**Torsion d'annexe :**

- début brutal,
- et masse latéro-utérine droite extrêmement douloureuse.

**Nécrobiose d'un fibrome utérin.** Il peut y avoir une fièvre et des troubles digestifs mais :

- la douleur est utérine et localisée,
- et fibrome parfois palpable, solidaire de l'utérus, électivement douloureux.

**Cholécystite aiguë.** Elle est plus fréquente chez la femme enceinte :

- douleur spontanée et provoquée de l'hypochondre droit à irradiation ascendante et signe de Murphy,
- fièvre à 38-39°C,
- nausées, vomissements.

Les autres causes de douleur abdominale droite sont rares :

- Occlusion intestinale, peu probable chez une femme jeune en l'absence d'antécédents chirurgicaux.

- Stéatose hépatique aiguë gravidique : douleurs de l'hypochondre droit et vomissements. Un contexte d'HTA gravidique est présent une fois sur deux.

#### QUESTION 4/4 :

Mme H. signale des nausées sans vomissement. L'examen montre une température à 37,8°C et une douleur provoquée dans le flanc droit, accompagnée d'une discrète défense. Le reste de l'examen est normal. Vous évoquez une appendicite. Que proposez-vous dans l'immédiat ?

*Réponse attendue :*

- Hospitalisation, bilan préopératoire, consultation d'anesthésie.
- Enregistrement cardiotocographique pour vérifier rythme cardiaque fœtal et activité utérine.
- Discuter une corticothérapie pour prévention de la maladie des membranes hyalines.
- Les examens complémentaires ont surtout pour but d'éliminer les diagnostics différentiels :
  - NFS mais l'hyperleucocytose n'est significative qu'au delà de 15 000 mm<sup>3</sup>.
  - ECB urinaire pour vérifier la stérilité des urines, mais la bactériurie asymptomatique est fréquente.
  - Échographie abdominale pour vérifier la normalité des voies urinaires (mais une dilatation droite modérée est banale), de la vésicule biliaire, des annexes et de la paroi utérine.
- Au moindre doute : ASP debout (niveaux liquides ?) et amylasémie.
- Au terme de ce bilan :
  - une certitude impose une exploration chirurgicale ;
  - 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.

### CAS CLINIQUE : DOULEUR ABDOMINALE

#### Scénario :

Mme X. se présente aux urgences obstétricales pour une douleur épigastrique. Elle est enceinte de 28 SA, primipare, vous ne notez dans ses antécédents que des vomissements

incoercibles au premier trimestre de grossesse qui ont disparu après un traitement adapté, la patiente n'a jamais été opérée. À l'interrogatoire vous relevez que les vomissements sont réapparus mais cette fois ils ne sont pas rythmés par les repas, ne surviennent pas particulièrement le matin, contrairement aux précédents vomissements, il y a un arrêt incomplet des matières et des gaz ; la douleur est discontinue, très intense et toujours localisée au même endroit, vous ne notez pas de défense.

### **QUESTION 1/5 :**

Commentez l'observation. Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

*Réponse attendue :*

On note dans cette observation des éléments indiquant un processus pathologique : la réapparition des vomissements après le troisième trimestre et d'aspect non-gravidique, la localisation fixe de la douleur ; l'absence de défense n'est pas rassurante chez une femme enceinte. Certains éléments sont en faveur d'une origine digestive de la douleur : localisation épigastrique de la douleur, les vomissements, l'arrêt incomplet des matières et des gaz.

Hypothèses diagnostiques : appendicite aiguë, syndrome pré-éclamptique, ulcère gastro-duodénal, pyélonéphrite aiguë, cholécystite aiguë, pancréatite aiguë, nécrobiose de fibrome utérin, thrombophlébite des veines ovariennes, volvulus du cæcum ; menace d'accouchement prématuré associé à toutes ces pathologies.

### **QUESTION 2/5 :**

Quels tests cliniques importants dans ce contexte manquent dans la prise en charge ?

*Réponse attendue :*

Téta°, TA, et il faut pratiquer une bandelette urinaire à la recherche entre autres d'une protéinurie qui serait en faveur d'un syndrome pré-éclamptique.

### **QUESTION 3/5 :**

Les résultats de votre bilan ne retrouvent rien d'anormal à part une leucocytose à 15000 et une CRP à 53. L'enregistrement cardiotocographique est sans particularités, l'échographie obstétricale est normale compte tenu du terme. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

*Réponse attendue :*

Appendicite aiguë.

**QUESTION 4/5 :**

Quelles sont les principales complications que vous devez craindre ?

*Réponse attendue :*

- Complications maternelles : décès maternel (dans 0,01 % des cas), gangrène appendiculaire (5,5 fois plus fréquente au cours de la grossesse), perforation appendiculaire (3,5 fois plus fréquente), péritonite aiguë généralisée, abcès ou plastron appendiculaire (peu fréquent pendant la grossesse) ;

- Complications fœtales : décès (suite à une péritonite), complications liées à la prématurité en cas d'accouchement, contamination bactérienne fœtale.

**QUESTION 5/5 :**

Comment peut-on déterminer cliniquement l'origine utérine ou non d'une douleur abdominale chez une femme enceinte ?

*Réponse attendue :*

Par la manœuvre d'Alders : on maintient une pression sur le point douloureux chez la mère en décubitus dorsal, puis on la fait passer en décubitus latéral gauche, toujours en maintenant la pression. Si la douleur diminue au cours de cette manœuvre, cela est en faveur d'une origine extra-utérine de la douleur.