Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

RÉANIMATION-URGENCES GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Douleurs abdominales aiguës chez une femme enceinte

I-11-196

Dr Jacky NIZARD
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Douleurs abdominales aiguës chez une femme enceinte

Objectifs :

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

INTRODUCTION

- Les douleurs abdominales peuvent être d'origine obstétricale ou non obstétricale.
- Les pièges à éviter sont :
  - la douleur épigastrique accompagnant le HELLP syndrome ;
  - les urgences chirurgicales que l'on risque de mépriser si l'on se contente de s'assurer que la grossesse évolue normalement.

DOULEURS SUS-MÉSOCOLIQUES

1. Signe de Chaussier

- Douleur en barre, de l'épigastre et de l'hypocondre droit. Elle est en rapport avec une distension brutale du parenchyme hépatique dans sa capsule (de Glisson) qui est peu extensible. Cette douleur est associée au HELLP syndrome (QS), qui est lui-même associé à la prééclampsie.
- L'erreur classique, et lourde de conséquences, est de confondre cette douleur épigastrique avec un simple pyrosis.

2. Cholécystite aiguë

- La grossesse favorise la formation de lithiases choliques. Sa symptomatologie et sa prise en charge au cours de la grossesse sont sans particularité (QS).
- Il faut savoir l'évoquer afin de pratiquer une échographie qui fera le diagnostic.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

3. Stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG)

- Rare mais souvent dramatique, la stéatose gravidique apparaît le plus souvent en fin de grossesse.
- Les symptômes sont :
  - un ictère ;
  - des hémorragies ;
  - une défaillance hépatique, rénale, pancréatique associées à une CIVD.
- Quand la forme n'est pas trop sévère, l'accouchement est le traitement de choix.
- La stéatose gravidique peut accompagner la prééclampsie, voir le HELLP syndrome. Elle est plus fréquente chez les nullipares.
- Sa physiopathologie est inconnue.
- Il faut l'évoquer en urgence devant l'association ictère et insuffisance rénale aiguë.
- Les diagnostiques différentiels sont l'hépatite virale aiguë et le HELLP syndrome.

4. Ulcère gastro-duodénal, reflux gastro-œsophagien et œsophagite

- Le pyrosis (douleur rétro-sternale consécutive au reflux gastro-œsophagien) peut concerner jusqu'à 70 % des femmes enceintes. Il apparaît le plus souvent au deuxième trimestre de la grossesse puis va en augmentant. Ils sont la conséquence d'une diminution de l'activité péristaltique de l'œsophage et de l'augmentation de la pression intra-abdominale. De plus, il semblerait que la tonicité du sphincter inférieur de l'œsophage soit diminuée au cours de la grossesse.
- Les ulcères gastro-duodénaux sont rares au cours de la grossesse. Il semblerait même que les patientes en souffrant avant la grossesse voient les douleurs diminuer pendant.

5. Pancréatites aiguës

- Rares, sans particularités *(QS)*.

DOULEURS SOUS-MÉSOCOLIQUES OU LOMBAIRES

1. Contractions

- Piège classique. Toute douleur abdominale en deuxième moitié de grossesse peut être due à des contractions utérines. Elles sont à rechercher à l'interrogatoire, cliniquement à la palpation, et enfin à la tocométrie.
- Lorsque les contractions sont intenses et que l'utérus ne se relâche plus, on parle de contracture. La contracture utérine, ou utérus « de bois » est hautement évocatrice d'hématome rétroplacentaire *(QS)*.

2. Appendicite

- C'est la complication chirurgicale non gynécologique la plus fréquente au cours de la grossesse. Le diagnostic est difficile car la taille de l'utérus semble :
  - isoler l'appendice du reste de l'abdomen, faisant traîner la symptomatologie ;
  - déplacer l'appendice lui-même, déplaçant la douleur.
- De plus, les signes digestifs accompagnant l'appendicite sont trop rapidement mis sur le compte de modification du transit par la grossesse et des « hormones ».

3. Torsion d'annexe *(QS)*

4. Nécrobiose de fibromes *(QS)*

- La nécrobiose aseptique (NBA) des fibromes utérins est la complication la plus fréquente des fibromes pendant la grossesse. La grossesse augmente la survenue des NBA.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

5. Constipation

- Le transit est ralenti au cours de la grossesse. La cause du ralentissement du transit n'est pas bien identifiée, probablement par compression mécanique de l'utérus.

6. Gastro-entérite virale

- La grossesse ne protège pas des infections banales. La clinique est sans particularité.

INFECTIONS URINAIRES ET GROSSESSE

- C'est une pathologie fréquente au cours de la grossesse.
- Elle touche près de 10 % des femmes enceintes.
- Ces infections sont représentées par trois entités différentes : les bactériuries asymptomatiques, les cystites et les pyélonéphrites aiguës.
- Elles sont favorisées chez la femme enceinte par :
  - l'augmentation de la capacité des voies urinaires ;
  - la diminution du péristaltisme urétéral ;
  - la glycosurie fréquente.
- Les facteurs de risque d'infections urinaires en dehors de ces modifications sont :
  - le diabète ;
  - les antécédents de pyélonéphrite aiguë ;
  - les uropathies ;
  - la drépanocytose.
- Les risques sont maternels et fœtaux.
- Il faut se méfier des infections peu ou pas symptomatiques qui sont tout aussi redoutables chez la femme enceinte.

A/ Diagnostic

- Germes : principalement E. coli, puis Klebsielles, Proteus, Enterococcus…

1. Technique de recueil d'urine

- Elle doit être stricte, après toilette vulvaire au savon ou au Dakin, suivie d'un rinçage à l'eau.
- Recueil des urines sur miction spontanée (pas sondée) selon la technique du deuxième jet, de préférence sur les urines du matin.
- Ensemencement immédiat sinon conservation à 4 °C.

2. Bactériurie asymptomatique

- Diagnostiquée sur ECBU systématique ou sur bandelette urinaire douteuse (nitrites, leucocytes, protéines ou hématies) justifiant un ECBU.
- C'est une bactériurie significative sans signe clinique.
- Le risque principal de la bactériurie asymptomatique est l'évolution vers la pyélonéphrite aiguë, qui se fait dans 10 à 30 % des cas sans traitement. Son évolution vers la cystite est plus rare.
- Le risque fœtal est principalement la menace d'accouchement prématuré et ses conséquences.
- Ce risque justifie :
  - un toucher vaginal pour apprécier l'état cervical ;
  - un enregistrement des bruits du cœur fœtaux et des contractions utérines si le terme le permet.
- Elle doit être systématiquement traitée et surveillée.

3. Cystite

- C'est une infection urinaire basse.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Clinique :
  - pollakiurie, douleurs sus-pubiennes, brûlures mictionnelles, urines troubles, parfois très peu symptomatiques ou uniquement contractions utérines isolées ;
  - absence de signes généraux.
- On pratique toujours :
  - un toucher vaginal pour apprécier l'état du col et rechercher une menace d'accouchement prématuré ;
  - un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines en fonction du terme.
- L'ECBU est essentiel, il retrouve une bactériurie significative (> 104 germes/ml) et une leucocyturie souvent supérieure à 105/ml d'urines.

4. Pyélonéphrite aiguë

- C'est une infection urinaire haute, atteignant le parenchyme rénal.
- Concerne 1 à 2 % des grossesses, grave.
- Elle s'accompagne de signes généraux.
- Clinique :
  - dans sa forme typique : on trouve de la fièvre, des sueurs, une oligurie et parfois des signes de cystite. On trouve des douleurs lombaires provoquées et spontanées, le plus souvent à droite, mais parfois bilatérales. Elles sont accompagnées de douleurs du flanc et du cul-de-sac vaginal homolatéraux aux douleurs lombaires. Peuvent s'y associer des signes digestifs comme des douleurs et des vomissements ;
  - l'examen obstétrical, identique aux cas précédents, est également indispensable ici car les risques sont majeurs ;
  - formes atypiques : sub-fébrile, fièvre isolée, forme gravido-toxique grave avec septicémie à colibacille, oligo-anurie, insuffisance rénale aiguë et ictère
- Paraclinique :
  - l'ECBU montre une bactériurie significative (avec examen direct en urgence) et une leucocyturie ;
  - des hémocultures sont pratiquées à la recherche de la bactériémie ;
  - une numération-formule sanguine trouve une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles ;
  - imagerie : l'échographie est indiquée soit d'emblée, soit s'il persiste des douleurs ou de la fièvre malgré un traitement bien conduit. Elle est nécessaire pour la détection d'un éventuel obstacle qui nécessiterait le drainage en urgence des urines (sonde JJ ou néphrostomie). Il faut cependant savoir que les cavités sont hypotoniques et dilatées « physiologiquement » à droite du fait de la dextro-rotation utérine. Dans ce dernier cas, on peut s'aider de quelques clichés d'urographie intraveineuse (3 clichés).

B/ Évolution et pronostic

1. Évolution

a) Maternelle

- Risque de récidives y compris dans la période du post-partum et lors des grossesses ultérieures.
- La bactériurie asymptomatique évolue sous traitement vers la stérilisation des urines, mais les rechutes sont fréquentes.
- L'évolution des cystites est identique, les rechutes sont également fréquentes.
- Les pyélonéphrites aiguës évoluent favorablement sous traitement.
- Toujours rechercher un obstacle, qu'il faudra dériver !

b) Fœtale

- Les risques sont ceux de toute infection grave de la mère : mort fœtale in utero, déclenche-

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

ment du travail en contexte septique avec prématurité et infections materno-fœtales d'autant plus graves que s'y associe la prématurité. La pyélonéphrite aiguë est principalement responsable des complications graves.
– On s'assurera de l'absence de menace d'accouchement prématuré et du bien-être fœtal par :
  * un toucher vaginal ;
  * un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
  * d'autres examens si nécessaire.

2. Pronostic

a) Maternel
– Récidives.
– Septicémie à bacille Gram négatif : principalement si la prise en charge est tardive ou s'il existe un obstacle des voies urinaires.
– Pyélonéphrite gravido-toxique : exceptionnelle, grave, associant altération de l'état général, collapsus oligo-anurique et ictère.
– Néphrite interstitielle chronique séquellaire.
– Pour certaines, risque de prééclampsie.

b) Fœtal
– Accouchement prématuré dans un contexte fébrile, d'où l'importance d'un traitement précoce.
– Hypotrophie et retard de croissance in utero dans un contexte infectieux.
– Morts périnatales.
– Infections néonatales : par voie hématogène transplacentaire in utero ou au cours de l'accouchement. Possible dans les trois formes d'infections urinaires.

C/ Traitement

1. Objectifs

- Préserver la fonction rénale.
- Éviter les complications obstétricales.
- Prévenir les récidives.

2. Bactériurie asymptomatique

- Elle doit toujours être traitée, car elle évolue fréquemment vers la pyélonéphrite aiguë, rarement vers la cystite.

3. Cystite

- Elle doit également être systématiquement traitée.

4. Traitement des bactériuries asymptomatiques et des cystites

- Antibiotique *per os* (type amoxicilline, seule ou le plus souvent associée à l'acide clavulanique, 2 à 3 g/j), en dehors de leurs contre-indications, pendant dix jours.
- Pas de protocole court ou minute chez la femme enceinte.
- Le traitement doit être adapté à l'antibiogramme.
- Les antibiotiques contre-indiqués pendant la grossesse sont exclus.
- Dans les formes récidivantes, un ECBU est pratiqué 48 heures après la fin du traitement, puis tous les mois et en suites de couches. Dans certains cas, les patientes peuvent utiliser des bandelettes urinaires au domicile et, au moindre doute, faire un ECBU.
- Comme en dehors de la grossesse, les mesures adjuvantes sont à expliquer aux patientes : boissons abondantes, lutte contre la constipation, toilette locale de la vulve à l'anus, mictions fréquentes, mictions postcoïtales.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

5. Pyélonéphrite aiguë

- Traitement en hospitalisation par voie intraveineuse.
- Empirique initialement, à débuter dès que les prélèvements bactériologiques sont effectués
- À base de β-lactamines (amoxicilline + acide clavulanique) ou de céphalosporine de troisième génération (ne couvre pas la *Listeria*).
- Les colibacilles sont fréquemment résistants aux β-lactamines simples.
- Pour certains, bithérapie courte associant aux β-lactamines un aminoside dans les formes sévères (bactériémiques).
- Rééquilibration hydroélectrolytique et perfusions suffisantes pour assurer une diurèse abondante.
- L'ECBU à 48 heures de traitement doit être stérile.
- Après 48 heures d'apyrexie, après disparition des signes fonctionnels, relais par antibiothérapie *per os* avec une molécule adaptée à l'antibiogramme.
- La durée totale du traitement est de quinze jours au minimum.
- ECBU 48 heures après la fin du traitement.
- ECBU tous les mois jusqu'à l'accouchement, et un dans le post-partum. Une pyélonéphrite aiguë gravidique ou des infections urinaires récidivantes doivent faire pratiquer un bilan urologique à trois mois de l'accouchement. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier