



Chapitre 1

Régulation médicale d'une douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte

O. CAPEL

Points essentiels

- Tout syndrome abdominal peut se voir pendant la grossesse.
- Les douleurs abdominales peuvent survenir à tout âge de la grossesse avec une prédominance dans la deuxième partie de la grossesse.
- Toute douleur abdominale aiguë chez une femme pendant le 1^{er} trimestre est une GEU (grossesse extra utérine) jusqu'à preuve du contraire.
- Toute douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte au 3^e trimestre doit faire éliminer un hématome retroplacentaire.
- Les syndromes abdominaux pendant la grossesse sont particulièrement graves en raison d'un retard au diagnostic et à la thérapeutique car la grossesse modifie en effet les symptômes cliniques.
- Ils surviennent le plus souvent dans un contexte d'urgence, nécessitant une hospitalisation pour la prise en charge médicale, chirurgicale et obstétricale en tenant compte toujours du retentissement potentiel sur l'évolutivité de la grossesse avec la menace d'avortement tardif ou d'accouchement prématuré et l'incidence sur la vitalité fœtale.

Correspondance : O. Capel, SAMU de Lyon, SMUR Lyon Sud, Centre hospitalier Lyon Sud, Chemin du grand Revoyet, 69495 Pierre Bénite. Tél. : 04 78 86 41 65.
E-mail : olivier.capel@chu-lyon.fr

1. En régulation, l'essentiel de l'orientation diagnostique repose sur l'Interrogatoire

Âge

Antécédents médico-chirurgico-familiaux :

- Gynéco-obstétricaux :
 - date des dernières règles : terme exact,
 - présence de mouvements actifs fœtaux,
 - présence de contractions utérines,
 - perte liquidienne,
 - métrorragies,
 - nombre de grossesses / parité.

Traitements / Allergies

Toxiques : OH / Tabac

- Caractéristiques de la douleur :
 - date/heure de début,
 - brutale/progressive,
 - facteurs déclenchants,
 - intensité,
 - siège,
 - irradiation,
 - mode : continue/paroxystique.
- Signes fonctionnels associés :
 - troubles du transit,
 - signes fonctionnels urinaires,
 - nausées/vomissements.

2. Les douleurs d'origine gynécologique

2.1. La grossesse extrautérine rompue

Elle se caractérise par un tableau algique brutal abdomino-pelvien associé à un collapsus survenant chez une femme avec un retard de règles (plus ou moins franc), la connaissance (mais pas toujours) du début de grossesse, et l'existence de métrorragies extériorisées (peu abondantes et discordantes avec l'état de choc). L'hospitalisation est impérative. L'envoi d'une UMH (Unité Mobile Hospitalière) est souvent nécessaire car le bilan fait en urgence a pour but d'évaluer la gravité de l'hémorragie interne. Il faudra mettre en route une réanimation après pose d'une

voie veineuse, apports liquidiens, et éventuelle transfusion de sang. On peut éventuellement si le médecin du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est entraîné et équipé d'un échographe réaliser une FAST écho à la recherche d'un épanchement intrapéritonéal voire même s'assurer de la vacuité utérine (échographie endovaginale). Le traitement est chirurgical en urgence et donc l'orientation, après régulation médicale se fera vers un établissement de santé disposant d'une SAUV (salle d'accueil des urgences vitales), d'un bloc opératoire de chirurgie gynécologique d'urgence et d'un service de réanimation. Certaines GEU peuvent se manifester très précocement (grossesses tubaires isthmiques), d'autres plus tardivement (grossesses tubaires ampullaires). Enfin, certaines formes rares peuvent se manifester tardivement en deuxième trimestre de la grossesse (rupture d'un héli-utérus borgne gravide et grossesse extra-utérine à développement abdominal).

2.2. La torsion d'annexes (kyste de l'ovaire) ou plus rarement de fibrome pédiculé

La torsion de kyste ovarien se voit le plus souvent au premier trimestre de la grossesse (kyste lutéal gravidique, ovaires hyperstimulés après fécondation in vitro), plus rarement au deuxième trimestre de la grossesse ou en post-partum favorisé par l'involution utérine (il s'agit alors d'un kyste ovarien organique) (La torsion de fibrome pédiculé est plus rare). Qu'il s'agisse d'une torsion d'annexe ou d'un fibrome pédiculé, il survient une douleur brutale, latéralisée, intense, en général non résolutive dans un contexte d'apyrexie, avec des nausées, des vomissements, éventuellement un état de choc mais souvent sans retentissement apparent sur le plan obstétrical.

Le traitement est chirurgical donc l'hospitalisation après suspicion diagnostique en régulation est nécessaire. Il doit être fait en urgence et consiste en une détorsion, une kystectomie ou une annexectomie en fonction de l'état de nécrose de l'ovaire et de la trompe. Plus le diagnostic et le traitement sont précoces, plus la conservation ovarienne et tubaire sera possible. La grossesse favorise la torsion des kystes annexiels du fait des modifications anatomiques.

2.3. 2.3. La nécrobiose aseptique d'un fibrome

La grossesse est une circonstance classique favorisant la nécrobiose aseptique des fibromes (augmentation de taille, ischémie par mauvaise vascularisation). C'est un accident fréquent, d'autant plus que le volume du myome est important. La patiente présente une douleur pelvienne intense, paroxystique associée à des nausées parfois des vomissements et des troubles du transit. Il existe une fièvre à 38°-38,5° et une discrète altération de l'état général. En régulation, l'interrogatoire retrouve une patiente enceinte, dont le ou les fibromes sont préalablement connus, en général dans la deuxième partie de la grossesse, présentant une douleur utérine, localisée au niveau du fibrome avec un utérus gravide fibromateux sensible, contractile, un état fébrile (38°) et une réaction péritonéale abdominale plus ou moins nette. Le traitement après hospitalisation

est médical (repos, antalgiques, courte tocolyse, corticothérapie ?). Il n'est jamais chirurgical. Si une césarienne est décidée, il ne sera jamais pratiqué de myomectomie lors de la césarienne.

2.4. Autres pathologies

- En début de grossesse, il peut s'agir d'une hémorragie d'un kyste de l'ovaire.
- En cours de grossesse, il faut surtout penser à une menace d'accouchement prématuré, soit primitive, soit secondaire à une pathologie digestive ou urinaire.
- Pendant les suites de couches, on retrouve des phlegmons du ligament large ou pyosalpinx, des thrombophlébites ou des complications d'un kyste de l'ovaire.

3. Les douleurs d'origine obstétricale

3.1. L'hématome rétroplacentaire

Il s'agit d'un accident grave pour la femme enceinte et pour son fœtus, survenant au troisième trimestre de la grossesse, ayant une expression clinique et un retentissement obstétrical variable. Dans sa forme typique, l'interrogatoire en régulation retrouve le plus souvent une primigeste, hypertendue (contexte de dysgravidie : hyper TA plus albuminurie) qui présente une douleur utérine brutale, intense, permanente, diffusant à tout l'abdomen associée à une contracture utérine douloureuse et permanente, des métrorragies minimes ou peu abondantes. L'envoi d'une UMH sur place peut retrouver un arrêt de l'activité cardiaque fœtale et un état de choc maternel (chute de la TA, tachycardie). L'hématome rétroplacentaire (ou décollement prématuré du placenta normalement inséré) expose aux risques de mort fœtale in utero, de troubles graves de la coagulation (CIVD), d'hémorragie, graves endo-utérine, intraabdominale et de la délivrance, d'infarctissement utérin pouvant s'étendre aux annexes et aux organes de voisinage et de mort maternelle. L'expression clinique de l'hématome rétroplacentaire est très variable tant sur le plan maternel que fœtal mais dans tous les cas il est nécessaire que l'accouchement soit rapide, en général par césarienne (surtout s'il existe une souffrance fœtale). La prise en charge après le bilan du SMUR en régulation, nécessite une hospitalisation urgente à proximité d'un service de réanimation (voie veineuse, remplissage vasculaire, voire une transfusion sanguine, apport de plasma frais) pour un traitement obstétrical basé sur un accouchement rapide en général par césarienne ou par voie basse (si la femme est en travail ou en déclenchement) en fonction du contexte obstétrical, de la vitalité fœtale, de l'âge de la grossesse, de l'état maternel.

3.2. La rupture utérine spontanée en dehors du travail de l'accouchement est exceptionnelle

Elle peut survenir en cas d'utérus uni ou multicatriciel et d'antécédent de césarienne corporéale (ce qui ne se fait plus puisqu'il n'est pratiqué actuellement

que des césariennes segmentaires mais la césarienne a pu être segmento-corporéale si elle est faite prématurément), de myomectomies, de résections de GEU cornuales, d'utérus distilbène. Cette rupture utérine est exceptionnelle (en dehors du travail) mais est toujours grave. Elle peut survenir après des contractions utérines. Elle se traduit cliniquement par des hémorragies génitales extériorisées modérées contrastant avec une hémorragie intraabdominale importante. Après régulation, l'hospitalisation est indispensable. Le traitement est chirurgical pour extraction du fœtus (souvent mort-né), hémostase, hystérectomie ou suture utérine en fonction du contexte lésionnel.

4. Les douleurs d'origine non gynécologique et non obstétricale

Elles peuvent avoir un retentissement obstétrical. Elles sont d'origine digestive, urinaire ou hépatique.

4.1. Les douleurs d'origine digestive

4.1.1. L'appendicite aiguë

La fréquence est de 7 à 13 pour 1 000 grossesses. La morbidité augmente avec l'âge de la grossesse. La fréquence est sans modification par rapport à l'état non gravide mais significativement plus grave du fait du retard plus fréquent de diagnostic et de l'incidence obstétricale. Il existe un risque important de péritonite généralisée. Ainsi les formes compliquées sont plus fréquentes avec retentissement obstétrical (Avortement spontané, accouchement prématuré). En début de grossesse (1^{er} trimestre), le tableau clinique est classique et les symptômes identiques à ceux de la femme non gravide. Certains signes d'appel doivent cependant être analysés avec prudence (nausées, vomissements, constipation) du fait de leur grande fréquence en début de grossesse. Durant le reste de la grossesse (2^e et 3^e trimestre), le diagnostic est plus délicat : l'appendice est refoulé vers le haut par l'utérus gravide (siège de la douleur), l'épiploon et les anses grêles refoulées par l'utérus gravide ne jouent plus leur rôle de barrière naturelle limitant l'infection (fréquence des formes graves avec péritonite). La symptomatologie clinique à rechercher en régulation repose tout de même sur la douleur de la fosse iliaque droite, souvent plus externe et plus haute, des nausées et vomissements, de la fièvre (38°) (+ élevée en cas d'abcès appendiculaire). L'orientation après régulation est donc l'hospitalisation car le traitement reste chirurgical : appendicectomie. L'évolution larvée se fait donc vers la péritonite généralisée. La douleur est de siège souvent atypique (lombaire, flanc droit, voire hypochondre droit, souvent située à mi-distance entre le Mac Burney et la première côte), les troubles du transit sont d'interprétation difficile (nausées, constipation...), la défense est souvent absente. Un fébricule doit attirer l'attention du régulateur. Les vomissements gravidiques simples ne sont classiquement plus observés au-delà de 16 SA ! En cas de péritonite généralisée,

l'admission au bloc opératoire d'urgence est nécessaire pour pratiquer une incision médiane sous-ombilicale. Il faut laver d'abord la cavité péritonéale, discuter l'extraction fœtale en cas de péritonite intense ou d'altération de l'état général de la patiente et réaliser l'appendicectomie. Les complications fœtales sont rares au 1^{er} trimestre et plus fréquentes en fin de grossesse ; accouchement prématuré, mortalité périnatale.

4.1.2. La cholécystite aiguë

Elle est rare bien que classiquement favorisée par la grossesse (les œstrogènes augmentent la saturation biliaire en cholestérol). Dans 90 % des cas, il s'agit d'une cholécystite lithiasique. Celle-ci se manifeste et se traduit au téléphone en régulation par une douleur de l'hypocondre droit ou de l'épigastre irradiant vers l'épaule ou la région lombaire droite (bretelle ou ceinture) avec inhibition des mouvements respiratoires. On note des nausées, des vomissements, des troubles du transit ainsi qu'un syndrome infectieux avec fièvre à 39°, tachycardie, oligurie et ictère dans 10 % des cas. On retrouve parfois un hoquet. L'orientation après régulation est toujours une hospitalisation même si le traitement est d'abord médical (glace, antibiothérapie, antalgiques, antispasmodiques et tocolyse). Il est ensuite chirurgical à froid. Mais il peut être chirurgical d'emblée en cas de doute diagnostique, d'absence d'amélioration de la symptomatologie sous traitement médical, de syndrome toxi-infectieux sévère ou à l'échographie d'hydro ou de pyocholécyste ou bien devant une dilatation importante des voies biliaires principales. Il est réalisé par chirurgie classique (incision sous-costale droite) ou coelioscopie

4.1.3. La pancréatite aiguë

La pancréatite aiguë peut survenir dans un contexte de pathologie biliaire. Le tableau est donc proche du précédent et après orientation vers un service d'urgence le plus souvent, le traitement est médical mais il peut se poser l'indication d'une césarienne anticipée en fonction de l'évolution.

4.1.4. L'occlusion intestinale aiguë (OIA)

C'est la troisième cause digestive de laparotomie pendant la grossesse (fréquence 0,02 %). Il existe trois moments privilégiés :

- entre le 4^e et le 5^e mois quand l'utérus devient abdominal ;
- près du terme lors de l'engagement de la tête fœtale ;
- après l'accouchement du fait de l'involution utérine.

Elles sont favorisées par des antécédents d'interventions abdominales (à rechercher par le régulateur) qui favorisent les adhérences ou les brides. L'ascension de l'utérus gravide met les brides en tension ce qui favorise les étranglements et les volvulus. Par contre, l'incidence des hernies étranglées est diminuée (présence de l'utérus gravide, diminution du tonus musculaire sous l'effet de l'imprégnation hormonale). Le tableau clinique est classique, différent suivant la hauteur de l'occlusion (grêle ou côlon) associant lors de l'interrogatoire

en régulation des douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz. Il peut s'agir d'iléus réflexes (nécrobiose, infection urinaire, colique néphrétique, péritonite, rupture de grossesse extra-utérine) et il faut savoir distinguer également les vomissements gravidiques (exceptionnels après 16 SA). Le traitement est chirurgical par la parotomie et extraction fœtale en fonction du terme de la grossesse, d'où une orientation systématique vers un service d'urgence après régulation.

4.1.5. *Le syndrome d'Ogilvie (= pseudo-obstruction colique)*

Il s'agit d'une colectasie aiguë idiopathique (dilatation colique aiguë sans obstacle d'aval réalisant un tableau d'occlusion intestinale aiguë). Elle est rare et survient le plus souvent chez des patients âgés ayant une pathologie associée contemporaine. Quelques cas ont été rapportés en post-partum et notamment après césarienne. Sur le plan clinique, en deux à trois jours surviennent des douleurs abdominales diffuses, des nausées, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz ou bien une diarrhée et une distension abdominale majeure (tableau d'Occlusion Intestinale Aiguë basse). Le risque évolutif majeur, en l'absence de traitement, est la perforation cœcale avec péritonite stercorale (pronostic vital engagé). Après régulation, Le but de l'hospitalisation et du traitement est d'affaïsser le diamètre colique dans les meilleurs délais. Le traitement est d'abord médical par rééquilibration hydroélectrolytique, aspiration gastrique continue... sous couvert d'une surveillance clinique et radiologique régulière. En l'absence d'efficacité, la prise en charge repose sur la coloscopie (exsufflation colonoscopique). La chirurgie est proposée en cas d'échec ou de complication (perforation). Il s'agit d'une pathologie très rare qui doit rester un diagnostic d'exclusion après avoir éliminé une OIA mécanique ou un simple iléus paralytique postopératoire banal.

4.1.6. *Pathologies rares*

- La hernie étranglée et la perforation d'un ulcère sont plus rares pendant la grossesse et ne présentent pas de particularités
- La rupture spontanée du foie : Elle survient le plus souvent dans un contexte de toxémie gravidique. Il peut s'agir d'une rupture sous-capsulaire (hématome sous-capsulaire) ou intrapéritonéale au pronostic sévère. Le traitement est chirurgical et délicat (mortalité materno-fœtale non négligeable) : évacuation utérine et hémostase hépatique.
- La rupture splénique : elle est surtout observée au 3^e trimestre de la grossesse, dans 4 circonstances : rupture traumatique, rupture sur rate pathologique (pathologie hématologique, tumorale, ou infectieuse), rupture sur rate toxémique ou idiopathique. À part rupture d'anévrisme de l'artère splénique. Le traitement est chirurgical : splénectomie ± césarienne.
- La douleur épigastrique survenant dans la prééclampsie ou le HELLP syndrome.
- La stéatose hépatique aiguë gravidique.

4.2. Les douleurs d'origine urinaire

Les pathologies urinaires sont fréquentes chez la femme enceinte. En régulation, à l'interrogatoire on retrouve qu'elles siègent le plus souvent à droite (favorisées par la compression par l'utérus gravide le plus souvent dextroversé). Elles se traduisent par une douleur de la fosse lombaire irradiant en avant vers la fosse iliaque (droite). Le tableau clinique associe souvent une colique néphrétique (droite) avec douleurs, fièvre élevée, frissons, troubles urinaires mictionnels. Le médecin régulateur orientera la patiente vers un service d'urgence car il faut toujours évaluer le retentissement obstétrical (vitalité fœtale, menace d'accouchement prématuré). L'hospitalisation est impérative.

4.2.1. Pyélonéphrite

Après orientation par la régulation vers un service d'urgence, le traitement repose en cas de pyélonéphrite aiguë sur l'apport liquidien initialement par voie veineuse, l'antibiothérapie adaptée parentérale une fois faits les prélèvements bactériologiques (Augmentin ou Claforan \pm aminoside), les antalgiques et les antipyrétiques.

4.2.2. Colique néphrétique

Fréquence : 1 sur 1 500 grossesses. Elle est liée à une distension aiguë de la voie urinaire par la migration d'un calcul qui se mobilise plus facilement dans les voies urinaires dilatées pendant la grossesse. Cliniquement, au téléphone, il s'agit d'une douleur paroxystique du flanc irradiant vers les lombes et sur le trajet de l'uretère. Il existe parfois des troubles du transit. On note une pollakiurie, une hématurie, il n'existe pas de fièvre. Le traitement est essentiellement médical associant antispasmodiques et anti-inflammatoires par voie intraveineuse. La pose d'une sonde JJ urétérale peut se discuter devant la persistance du syndrome algique et la non-migration du calcul en surveillant sa tolérance et en prévenant le risque infectieux.

4.2.3. Compression de l'uretère par l'utérus gravide

Celui-ci peut être comprimé par l'utérus gravide au niveau du détroit supérieur, surtout du côté droit. Cette compression explique l'urétéro-hydronéphrose droite « physiologique » en fin de grossesse. Elle est améliorée par le décubitus latéral gauche.

5. Pathologie traumatologique

5.1. En début de grossesse

La régulation mènera toujours à l'hospitalisation même si l'utérus, intrapelvien, est en général bien protégé. Par prudence, on réalise une échographie et un test de Kleihauer aux urgences. Chez les femmes rhésus -, une injection d'antiglobulines anti D s'avère indiquée (prévention de l'allo-immunisation Rhésus).

5.2. Pendant le deuxième et le troisième trimestre

La régulation avec admission dans un service d'urgence ou une SAUV cherche à éliminer les risques :

- d'atteinte fœtale : la mort peut survenir par atteinte directe ou par anoxie liée au collapsus maternel (dans ce cas, déclenchement d'une UMH par la régulation pour prise en charge médicale). Il existe par ailleurs un risque exceptionnel d'hémorragie cérébrale lié à un traumatisme crânien du fœtus. Le traumatisme peut enfin être à l'origine d'une hémorragie fœto-maternelle pouvant entraîner en quelques heures une souffrance fœtale.
- de décollement placentaire : le traumatisme peut être responsable d'un hématome rétroplacentaire (HRP) avec mort fœtale in utero ;
- d'une menace d'accouchement prématuré ;
- de rupture utérine : le tableau est celui d'une hémorragie intrapéritonéale avec état de choc (envoi d'une UMH du SMUR) et mort fœtale ;
- d'atteinte des autres viscères : la rupture splénique est rare. Le tableau est celui d'un collapsus (surveillance du pouls, de la tension et de l'hématocrite dans l'UMH). L'échographie FAST réalisée en SMUR retrouve un hématopéritoine parfois un hématome sous-capsulaire de la rate.

Il existe des accidents de décélération liés au port de la ceinture de sécurité, mais les risques maternels sont largement diminués par la ceinture.

- sur le plan thérapeutique.

Après un traumatisme abdominal, une hospitalisation en milieu obstétrical pendant 24 à 48 heures pour mise en observation est donc très conseillée par la régulation médicale du centre 15. En préhospitalier et par la suite, il faut effectuer une surveillance maternelle (pouls, tension, température, \pm hématocrite) afin de prévenir la menace d'accouchement prématuré. En cas de plaie pénétrante, une chirurgie exploratrice sera souvent nécessaire. En cas d'état de choc, l'envoi d'une équipe médicale par la régulation est motivé pour commencer par une réanimation maternelle. La mère doit être privilégiée dans les urgences vitales. Après 8 mois, se pose le problème de l'extraction fœtale. La question de la césarienne post-mortem est exceptionnelle. Pour avoir une chance d'extraire un fœtus vivant, il doit l'être dans les 15 mn après le décès maternel (la conférence téléphonique entre le médecin régulateur et le bloc d'urgence reste donc exceptionnelle).

Dans tous les cas, le médecin régulateur pourra conseiller aux équipes de prompt secours un ramassage des blessées enceintes qui doit être fait en décubitus latéral gauche dans la mesure du possible.

La fréquence est de 7 à 13 pour 1 000 grossesses. La morbidité augmente avec l'âge de la grossesse. Il existe un risque important de péritonite généralisée.

6. Conclusion

Les douleurs abdominales aiguës survenant chez la femme enceinte relèvent d'étiopathogénies variées mais qu'elles soient directement liées à la grossesse ou qu'elles soient associées ou favorisées par la grossesse, elles peuvent toujours avoir un retentissement obstétrical et nécessitent toujours après régulation médicale, une hospitalisation pour permettre d'établir le diagnostic, d'identifier l'urgence, de planifier la prise en charge médicale, chirurgicale et obstétricale.