

ARTICLE ORIGINAL

URGENCES CHIRURGICALES SUR GROSSESSE AU CNHU HKM DE COTONOU : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

SURGICAL EMERGENCIES DURING PREGNANCY AT THE COTONOU HKM CNHU: EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS

CM LALEYE^{2,3}, SGR ATTOLOU¹, SE HEDEFUN¹, DG GBESSI¹, F DOSSOU³, DK MEHINTO¹

1 : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale du CNHU-HKM

2 : Laboratoire d'Anatomie Humaine, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

3 : service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Universitaire Ouémé-Plateau, Porto-Novo

RÉSUMÉ

Objectif : Rapporter les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des urgences chirurgicales abdominales sur grossesse au CNHU-HKM de Cotonou.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur une période de 10 ans allant du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2021 concernant les femmes enceintes prises en charge pour une urgence chirurgicale abdominale

Résultats : Il a été enregistré 35 cas d'urgences chirurgicales abdominales sur grossesse avec une fréquence globale de 0.05%. L'âge moyen des patientes était de 25,9 ans avec des extrêmes de 19 et 37 ans. Les pathologies retrouvées étaient : l'appendicite aiguë (20 cas ; 57,1%), la péritonite aiguë généralisée (08 cas ; 22,8%), l'occlusion intestinale aiguë (05 cas ; 14,3%), la hernie de la ligne blanche étranglée (01 cas ; 2,9%) et l'hémopéritoine par contusion splénique post traumatique (01 cas ; 2,9%). Le deuxième trimestre de grossesse était le terme le plus concerné (54,3%). La tocolyse a été réalisée pour le cas de menace d'accouchement prématuré. L'évolution a été favorable dans 82,9% des cas. La mortalité maternelle était nulle.

Conclusion : Les urgences chirurgicales abdominales chez la femme enceinte ont été relativement rares avec quelques particularités diagnostiques selon le terme de la grossesse. Le traitement était adapté à chaque cas. L'amélioration de la prise en charge est basée entre autres sur un diagnostic et un traitement précoces.

Mots clés : Urgences chirurgicales abdominales ; Grossesse, Tocolyse ; Mort fœtale

SUMMARY

Objective: To report the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of abdominal surgical emergencies in pregnancy at the CNHU-HKM in Cotonou.

Method: This was a retrospective descriptive study covering a period of 10 years from January 1, 2012 to December 31, 2021 concerning pregnant women treated for an abdominal surgical emergency.

Results: There were 35 cases of abdominal surgical emergencies in pregnancy with an overall frequency of 0.05%. The average age of the patients was 25.9 years with extremes of 19 and 37 years. The pathologies found were: acute appendicitis (20 cases; 57.1%), acute generalized peritonitis (08 cases; 22.8%), acute intestinal obstruction (05 cases; 14.3%), hernia white line strangulation (01 cases; 2.9%) and hemoperitoneum by post traumatic splenic contusion (01 cases; 2.9%). The second trimester of pregnancy was the most affected term (54.3%). Tocolysis was performed for the case of threatened premature delivery. The evolution was favorable in 82.9% of cases. Maternal mortality was nil.

Conclusion: Abdominal surgical emergencies in pregnant women were relatively rare with some diagnostic particularities depending on the term of pregnancy. The treatment was adapted to each case. Improving care is based, among other things, on early diagnosis and treatment.

Keywords: Abdominal surgical emergencies; Pregnancy, Tocolysis; Fetal death

Tirés à part:

ATTOLOU S. Gilles ROGER 01BP2563 COTONOU (BENIN) e-mail : attolougilles@yahoo.fr Tel : 00229 95101111

INTRODUCTION

Une urgence chirurgicale abdominale est une pathologie abdominale qui nécessite un diagnostic et une prise en charge médico-chirurgicale sans délai [1]. Lorsqu'elle survient chez la femme enceinte, on parle d'urgence chirurgicale abdominale sur grossesse. Il s'agit d'une situation rare mais non exceptionnelle. Les pathologies abdominales de la femme enceinte en dehors d'une cause obstétricale propre, nécessitant une prise en charge spécifique en urgence qu'elles soient digestives, gynécologiques, urologiques, vasculaires ou traumatiques, compliquent 1/500 à 1/700 grossesse avec la nécessité d'une intervention chirurgicale dans 2‰ des cas [1].

Selon certains auteurs, les urgences chirurgicales abdominales les plus courantes chez la femme enceinte sont : l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë et la pancréatite aiguë [2-4]. D'autres auteurs ont également décrit des cas de péritonite aiguë et de hernies étranglées survenues sur grossesse [5-7].

Le but de ce travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des urgences chirurgicales abdominales sur grossesse au CNHU-HKM de Cotonou.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive. La population d'étude était constituée des patientes admises à la Clinique Universitaire d'Accueil des urgences pour le compte de la clinique universitaire de chirurgie viscérale et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU HKM de Cotonou pour une urgence chirurgicale sur grossesse.

La période d'étude s'étendait sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2021.

Nos critères d'inclusion étaient la certitude de la grossesse a été basée sur les signes cliniques et paracliniques et l'urgence chirurgicale abdominale était retenue sur la base des signes cliniques et / ou paracliniques et/ou per opératoires ; l'existence d'un compte rendu opératoire pour les patientes opérées.

Nos critères d'exclusion étaient toutes les femmes ayant présenté une urgence chirurgicale abdominale sur une grossesse mais dont les dossiers étaient inexploitable ou non retrouvés

La collecte des données était faite à l'aide des registres de consultation, d'admission, d'hospitalisation et de sortie ; les dossiers des patientes ; les registres du bloc opératoire ; des comptes rendus opératoires ;

Les paramètres étudiés étaient l'âge maternel, l'âge gestationnel, les antécédents, le délai d'admission, les arguments diagnostiques, le traitement et l'évolution, le délai d'admission.

Nous avons procédé à la saisie numérique des données dans un masque, réalisé avec le logiciel CS-Pro 7.4. Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel SPSS 26.0.0.0 et le Microsoft Office Excel 2019.

RÉSULTATS

1. Aspects épidémiologiques

Au terme de notre étude, 35 patientes ont été prises en charge pour une urgence chirurgicale sur grossesse. Soit une fréquence hospitalière de 0,05%.

L'âge moyen des patientes était de 25,9 ans, avec des extrêmes de 19 et 37 ans. Plus de la moitié des patientes avaient un âge compris entre 19 et 25 ans.

Le terme moyen de la grossesse chez les patientes était de 18,7 SA avec des extrêmes de 6 et 34 SA. Les urgences chirurgicales abdominales étaient surtout retrouvées au deuxième trimestre de la grossesse (19 cas sur 35 soit 54,3% des patientes).

2. Aspects diagnostiques et thérapeutiques

Appendicite aiguë

Elle a concerné 20 patientes. L'âge moyen des patientes atteintes d'appendicite aiguë était 25,2 ans avec des extrêmes de 19 et 35 ans. Une prédominance des patientes âgées de 19 à 25 ans a été constatée (12/20).

L'âge moyen de la grossesse était de 19 SA avec des extrêmes de 6 et 34 SA. La moitié des patientes était au deuxième trimestre de grossesse

Les antécédents personnels étaient : asthme (01 cas), personne vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement (01 cas), nodulectomie pour un nodule bénin du sein gauche (01 cas)

La douleur abdominale était constante. Elle était initialement localisée en fosse iliaque droite chez la majorité des patientes (13/20).

Au premier trimestre et au deuxième trimestre, elle était surtout localisée en fosse iliaque droite. Au troisième trimestre, sa localisation était dans la majorité des cas dans l'hypochondre droit.

Les autres signes fonctionnels retrouvés étaient les signes décrits par la littérature excepté des métrorragies chez 01 patiente.

Les signes généraux étaient ceux décrits dans la littérature tels que : l'altération de l'état général (4/20) ; hyperthermie $\geq 38^\circ\text{C}$ (13/20) ; tachycardie (15/20) ; langue saburrale (4/20) ; hypotension tension $< 80/50$ mmhg (1/20)

Les signes physiques ont été essentiellement, ceux des urgences chirurgicales abdominales classiques. Ce sont :

- Douleur et défense dans la fosse iliaque droite ou dans le flanc droit (17/20)
- Douleur et défense dans l'hypochondre droit (2/20)
- Masse douloureuse de la fosse iliaque droite avec le signe de Delbet (1/20)
- Au toucher rectal, on notait une douleur latéralisée à droite chez 08 patientes.

On notait une anémie microcytaire (13/20) ; une hyperleucocytose > 12000 G/L à polynucléaire neutrophiles et une élévation de la C-réactive protéine (CRP) chez 15 patientes sur les 17 chez qui elle était réalisée.

L'échographie abdominale montrait une augmentation du diamètre appendiculaire au-delà de 8 mm, un épaississement de la paroi appendiculaire

avec infiltration de la graisse péri-appendiculaire (18/20).

L'échographie obstétricale était réalisée chez les 20 patientes et montrait un fœtus vivant sans anomalies dans 19 cas et une grossesse arrêtée dans 01 cas.

Toutes les 19 patientes dont les grossesses étaient évolutives au moment du diagnostic ont été mises sous un traitement préventif des contractions utérines en pré per et post opératoire.

Appendicectomie a été réalisé par la laparotomie avec une incision passant par le point de Mac Burney (12/20) ; élargie dans le flanc droit (03/20) et une incision médiane à cheval sur l'ombilic (05/20).

La patiente dont la grossesse était arrêtée a bénéficié d'une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) après l'appendicectomie.

L'aspect macroscopique ode l'appendice était catarrhal (08/20), phlegmoneux (10/20), d'empyème appendiculaire (02/20).

Les suites opératoires étaient simples chez 19 patientes. Une seule patiente a présenté des complications : il s'agissait d'un accouchement prématuré à 35 SA survenu 48 heures après l'intervention chirurgicale.

Péritonite aiguë généralisée

Elle a concerné 8 patientes. L'âge moyen des patientes admises pour péritonite aiguë généralisée était de 26,3 ans avec des extrêmes de 21 et 35 ans. L'âge moyen de la grossesse était de 20,8 SA avec des extrêmes de 06 et 34 SA.

Deux patientes (2/8) étaient au 1er trimestre, quatre (4/8) au 2ème trimestre et deux (2/8) au 3ème trimestre de grossesse.

Deux patientes avaient des antécédents chirurgicaux : kystectomie ovarienne gauche par laparotomie; appendicectomie 15 jours avant l'admission.

La douleur abdominale était présente chez toutes les patientes. Les autres signes fonctionnels retrouvés étaient les vomissements (05 cas), l'absence d'émission de selles depuis le début de la crise (02 cas) et la diarrhée (01 cas)

Les signes généraux étaient : l'altération de l'état général altéré (6/8) ; hyperthermie $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (6/8) ; tachycardie $\geq 100\text{bpm}$ (6/8) ; hypotension $<80/50\text{ mmhg}$ (1/8) et hypertension $>140/90\text{ mmhg}$ (1/8)

Les signes physiques étaient :

- l'augmentation du volume abdominal non en rapport avec la hauteur utérine (03 cas),
- la douleur abdominale généralisée (08 cas),
- la défense abdominale généralisée (08 cas),
- le cri de l'ombilic (08 cas).
- Le toucher rectal retrouvait chez 05 patientes un cri du cul de sac de Douglas.

Une seule patiente avait des contractions utérines mais sans métrorragies ni anomalies du col.

L'échographie obstétricale réalisée chez les 08 patientes montrait une grossesse arrêtée chez deux patientes.

06 patientes ont été mises sous un traitement préventif des contractions utérines et celle présentant des

des contractions utérines sur tocolyse.

La laparotomie avec incision médiane à cheval sur l'ombilic a été réalisée chez toutes les patientes.

Le geste chirurgical a consisté en une appendicectomie puis lavage drainage de la cavité péritonéale chez 07 patientes. Chez une patiente, il s'agissait d'une péritonite post opératoire due à un lâchage du moignon appendiculaire. Le geste chirurgical avait donc consisté en une reprise du moignon appendiculaire accompagnée d'un lavage drainage de la cavité péritonéale. Chez les patientes ayant une grossesse arrêtée, l'une a bénéficié d'une AMIU et l'autre a expulsé spontanément après l'intervention chirurgicale.

Les suites opératoires ont été simples chez quatre patientes et compliquées chez les quatre autres. Les complications étaient d'ordre local (suppuration pariétale dans 04 cas traité par des soins locaux) et obstétrical (avortement tardif : 02 cas ; accouchement prématuré : 01 cas).

Occlusion intestinale aiguë

Cinq patientes présentaient une occlusion intestinale aiguë. L'âge moyen des patientes était de 28 ans avec des extrêmes de 27 et 37 ans.

L'âge moyen de la grossesse était de 20,6 SA avec des extrêmes de 10 et 26 SA. 04 patientes étaient au 2ème trimestre et une seule était au 1er trimestre de grossesse.

Sur le plan des antécédents chirurgicaux, toutes les patientes (8/8) avaient bénéficié une fois d'une laparotomie

Les signes fonctionnels retrouvés étaient la douleur abdominale diffuse, l'arrêt des matières et des gaz et les vomissements. Ces trois signes étaient présents chez toutes les patientes.

L'état général était conservé chez toutes les patientes. Les signes généraux observés étaient la fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (04 cas), la tachycardie $\geq 100\text{bpm}$ (04 cas) et l'élévation de la tension artérielle $> 140/90\text{ mmhg}$ (02 cas).

On retrouvait chez toutes les patientes une cicatrice de laparotomie, une douleur abdominale diffuse et un météorisme abdominal. Ce dernier signe était franc chez la patiente du premier trimestre mais difficile à mettre en évidence chez les autres à cause du terme avancé de la grossesse.

L'ionogramme montrait une hypokaliémie respectivement à 2,4 et 2,9 milliéquivalents par litre chez deux patientes et le bilan rénal était normal chez toutes les patientes.

A l'échographie obstétricale, le fœtus était vivant chez toutes les patientes.

Toutes nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical (non opératoire) qui consiste à la mise en place d'un abord veineux, d'une sonde nasogastrique et urinaire, hydratation, des antalgiques, d'antiémétique, d'antispasmodiques, d'inhibiteur de la pompe à proton avec une double antibiothérapie. Toutes les patientes ont été mise sous un traitement préventif des contractions utérines pré per et post

opératoire.

Une patiente a vu ses symptômes régresser sous ce traitement donc n'a plus été opérée. Les 4 autres ont bénéficié d'une laparotomie après l'échec du traitement médical. Il a été découvert une occlusion sur brides dont 03 cas de nécrose iléale. Le geste chirurgical avait consisté en une section de brides avec adhésiolyse dans les 04 cas. Il a été réalisé une résection intestinale suivie d'une anastomose iléoiléale, termino-terminale dans les 03 cas de nécrose iléale.

Les suites opératoires étaient simples dans 03 cas et compliquées dans 01 cas. Il s'agissait comme complication chez cette gestante d'une suppuration pariétale avec lâchage des fils de sutures, une fistule entéro-cutanée directe et un accouchement de mort-né de 24 SA+ 04 jours, survenu 16 jours après l'intervention chirurgicale.

Hernie de la ligne blanche étranglée

Elle a concerné une patiente, celle-ci était âgée de 26 ans avec un âge gestationnel de 16 SA + 05 jours. Elle avait une tuméfaction sus ombilicale antérieure à la grossesse et spontanément réductible.

La patiente présentait comme signes fonctionnels une douleur abdominale péri-ombilicale et des vomissements. Elle avait un état général altéré avec une tachycardie à 115 bpm sans d'autres signes.

L'examen de l'abdomen avait retrouvé une tuméfaction abdominale sus ombilicale médiane douloureuse avec maximum de douleur au niveau du collet de la tuméfaction, non expansive à la toux et irréductible. La patiente n'avait pas de contractions utérines ni d'anomalies du col.

L'échographie obstétricale montrait un fœtus vivant sans anomalies. La patiente a été mise sous un traitement préventif des contractions utérines.

Elle a été opérée par une laparotomie médiane. Après Kélotomie, il a été observé des anses grêles de vitalité douteuse. Il a été alors procédé à une résection du grêle suivie d'une anastomose termino-terminale puis à une cure herniaire par raphie. Les suites opératoires ont été simples.

Hémopéritoine par contusion splénique post traumatique

Une patiente était concernée. Elle était âgée de 31 ans et l'âge gestationnel était de 07SA+ 05 jours.

L'anamnèse retrouve un accident de la voie publique de type moto-moto et une notion de chute avec réception sur le côté gauche de l'abdomen. Le délai d'admission était de 10 heures environ après la survenue du traumatisme. Une douleur abdominale diffuse avec accentuation dans l'hypochondre gauche était signalée par la patiente.

Son état général était altéré, son pouls accéléré à 125 ppm, ses muqueuses étaient peu colorées, sa tension artérielle à 105/56 mmhg et son temps de recoloration cutanée était inférieur à 3 secondes, une saturation pulsée en oxygène à 94% à l'air ambiant.

L'abdomen était distendu, douloureux dans son ensemble avec défense dans l'hypochondre gauche, et

une matité déclive des flancs. Au toucher rectal, on notait un comblement du cul de sac du Douglas. La patiente n'avait pas de contractions utérines ni d'anomalies du col utérin.

La NFS montrait une anémie à 7g/dl normocytaire normochrome. L'échographie a montré une contusion de la rate avec hémopéritoine de moyenne abondance. L'échographie obstétricale montrait un fœtus vivant sans anomalies. La patiente a bénéficié d'une prévention des contractions utérines et d'une laparotomie sous costale gauche. Environ un 700 cc de sang rouge vif avait été aspiré. La rate présentait une lacération d'environ 4 cm. Une splénectomie totale avec toilette péritonéale et drainage ont été réalisés. Les suites opératoires étaient simples.

3. Évolution globale

Au nombre des 35 femmes enceintes qui ont fait l'objet de notre étude, 06 soit 17,14% ont présenté des complications post opératoires :

- suppurations pariétales (5 cas ; 14,3%) pour lesquelles les patientes ont bénéficié des pansements quotidiens. L'évolution fut favorable.

- lâchage de fils de sutures et fistule entéro-cutanée (01 cas ; 2,9%). La patiente a bénéficié d'un traitement non opératoire (régime hyperprotéique, une surveillance du débit de la fistule, soins locaux) et suture secondaire pariétale après tarissement de la fistule.

En ce qui concerne les complications obstétricales, nous avons noté deux cas d'accouchement prématuré soit 5,7% des cas (grossesses de 35 SA et 35SA + 04 jours), deux cas soit 5,7% d'avortement tardif de 17 et 23 SA et un cas soit 2,9% de mort fœtal de 24 SA + 04 jours.

DISCUSSION

1. Épidémiologie globale

Dans notre étude la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales survenues sur grossesse est de 0,05%. Ces résultats sont différents de ceux de J. Bouyou et al [8] qui retrouvent une fréquence de 0,2 à 2%. Cette apparente différence de fréquence peut être expliquée par la taille des populations d'études.

En ce qui concerne l'âge gestationnel ; 54,3% des patientes de notre étude étaient au deuxième trimestre ; 31,4% au premier et 14,3% au dernier trimestre. Le même constat a été fait par Chaqda M et al [3] au Maroc avec une proportion de 50% de femmes enceintes au 2ème trimestre de grossesse.

2. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

2.1. Appendicite aiguë

L'appendicite aiguë a représenté 57,1% des cas d'urgences chirurgicales sur grossesse. Elle constitue donc l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente chez les femmes enceintes. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par Lebeau R et al [7] en Côte d'Ivoire en 2005 (65,6%), Sanou A et al [9] en 2015 au Burkina Faso (71%). Cela pourrait s'expliquer par la différence de taille des populations d'étude.

Selon Bouyou et al [1] une incision de Mac Burney classique peut être réalisée au premier trimestre. Au second et au troisième trimestre l'incision doit se situer plus haut sur le flanc droit. Cependant certains chirurgiens réalisent une incision médiane haute qui permet un meilleur accès à la région caeco-appendiculaire à ces âges de grossesses. Chez toutes nos patientes au premier trimestre, l'incision de Mac Burney a été la règle. Au début du deuxième trimestre, suivant la localisation de la douleur à l'examen clinique, une incision de Mac Burney classique était faite ou élargie dans le flanc droit. Vers la fin du 2ème trimestre et au troisième trimestre une incision médiane haute a été réalisée chez les patientes pour la même raison que celle avancée par Bouyou al [1].

On notait dans notre cas un accouchement prématuré à 35SA sans décès fœtal après la chirurgie. En effet la prématurité est favorisée soit par l'appendicite aiguë ou ses complications, soit par l'acte opératoire. En réalité, les facteurs prédisposants sont les mêmes que ceux de toute infection intrapéritonéale : l'hyperthermie [10], l'irritation péritonéale et la propagation de l'infection par voie lymphatique à l'endomètre. L'évolution peut se faire vers la mort du fœtus et son expulsion, soit vers un accouchement prématuré avec infection néonatale [10]

2.2. Péritonite aiguë généralisée

La péritonite aiguë généralisée représente 22,8% des urgences chirurgicales abdominales sur grossesse dans notre étude. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par Dossouvi T et al [5] au Togo en 2019 qui est de 29,6% mais supérieure à celle trouvée par Sanou A et al [9] en 2015 :16,1%.

Dans la littérature, l'attitude thérapeutique n'a pas été différente avec quelques nuances en fonction du terme de la grossesse notamment au dernier trimestre où certains auteurs estiment qu'en fin de grossesse une césarienne doit être réalisée de principe en cas de péritonite pour soustraire le fœtus à un environnement hostile [11]. Dans notre étude aucune patiente n'a bénéficié de césarienne puisqu'aucune n'était à terme.

La péritonite aiguë dans notre étude, représente la pathologie pour laquelle on a enregistré le plus de complications qu'elles soient maternelles ou fœtales. 4/8 patientes opérées pour péritonite aiguë ont présenté des complications infectieuses : suppurations pariétales (4cas/8). Aucun décès maternel n'a été enregistré. Dans l'étude publiée par Lebeau R et al, un cas de suppuration pariétale était observé chez une patiente sur les deux cas. La présence de la grossesse peut gêner la réalisation de la toilette de façon adéquate et bien aseptique, ce qui pourrait favoriser l'infection du site opératoire. Par ailleurs, il avait été noté un cas d'accouchement prématuré (1/8) et deux cas d'avortement tardif (2/8). Lebeau R a enregistré un cas de mort fœtale. La mortalité fœtale s'élève à plus de 35 % en cas de péritonite appendiculaire selon les auteurs [10,12].

2.3. Occlusion intestinale aiguë

L'occlusion intestinale aiguë occupe la 3ème place au

nombre des urgences chirurgicales abdominales retrouvées chez les femmes enceintes dans notre étude avec une fréquence de 14,3% exclusivement représentée par les occlusions sur brides. Bouyou J et al [1] l'ont classée aussi, en 2015, à la 3ème place avec également une prédominance des occlusions sur brides dans 60 à 70% des cas. Quant à Chaqda M et al [3], ils retrouvent une fréquence de 13% mais toujours avec une prédominance des brides comme étiologie à l'occlusion. L'apparition de l'occlusion sur bride croît en fonction de l'âge gestationnel de 6% au 1er trimestre à 65% au troisième trimestre [11]. Les auteurs décrivent trois périodes à risque élevé : entre 16 SA et 20 SA, lorsque l'utérus devient abdomino-pelvien, au voisinage de la 36ème SA lorsque la tête fœtale descend dans le pelvis en fin de grossesse et enfin dans le post-partum immédiat par une diminution brutale du volume utérin [13].

Dans notre cas chez toutes les patientes après la chirurgie de l'occlusion intestinale aiguë, la décision a été la surveillance de la grossesse tant que la patiente n'était pas à terme et qu'il y a preuve de vitalité fœtale. Notre attitude est justifiée entre autres par la mortalité encore élevée liée à la prématurité.

Dans notre cas le pronostic fœtal après la chirurgie est marqué par une mort fœtale (20%) survenue au deuxième trimestre à 24 SA. Armstrong O et al [14] expliquent que la mortalité fœtale observée en post opératoire pourrait être en rapport avec les manipulations de l'utérus responsables d'apparition des contractions utérines et par conséquent l'interruption de la grossesse. Nous pensons que cette explication peut s'appliquer à tous les cas similaires.

2.4. Hernie étranglée

Un seul cas de hernie étranglée a été retrouvé dans notre étude : il s'agissait d'une hernie de la ligne blanche qui représente 2,9% des urgences chirurgicales abdominales enregistrées chez les femmes enceintes dans notre étude. Une étude réalisée par Dossouvi T et al [5] au Togo retrouvent 3/7 cas de hernie étranglée. Cette fréquence est largement au-dessus de la nôtre. La survenue de la hernie à ce terme de la grossesse pourrait s'expliquer par l'augmentation du volume utérin et son ascension dans la cavité abdominale refoulant donc les anses avec pression sur les régions de faiblesses.

2.5. Hémopéritoine post traumatique

L'hémopéritoine post traumatique représente 2,9% des cas de notre étude. Rozenberg A et al [15] ont trouvé que la fréquence globale des traumatismes abdominaux chez la femme enceinte varie de 2,9 à 7%. L'âge de la patiente était de 31 ans et elle était au premier trimestre de grossesse.

Sur le plan thérapeutique, en dehors de la réanimation, la laparotomie a été indiquée parce que l'état hémodynamique était instable malgré cette réanimation. Ce qui est conforme aux données de la littérature [15,16].

3. Évolution Globale

Dans notre étude les suites opératoires étaient

compliquées chez 6 soit 17,1% des patientes. Il s'agissait de :

- suppuration pariétale, lâchage de fils de sutures et fistule entéro-cutanée. Ce taux est supérieur à celui de 10% trouvé par Chaqda et al [3] qui est essentiellement représenté par les suppurations pariétales. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs paramètres dont la différence entre la taille des échantillons (35 versus 30). La mortalité maternelle dans notre série était nulle. Ce même résultat est trouvé par d'autres auteurs : Chaqda et al [3].

- Sur le plan obstétrical, il s'agissait de deux cas d'accouchement prématuré soit 5,7%, de deux cas d'avortements tardifs (5,7%) et d'un cas de mort fœtal (2,9%). Chaqda et al [3] ont trouvé un taux de

prématurité élevé à 10%. Mais pour bon nombre d'auteurs [17], le pronostic qu'il soit maternel ou fœtal dépend fortement de la pathologie.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales abdominales sur grossesse sont des situations rares mais non exceptionnelles. Les étiologies sont multiples et variées.

L'appendicite aiguë, la péritonite aiguë généralisée et l'occlusion intestinale aiguë étaient les plus fréquentes.

Le pronostic materno-fœtal dépendant de la pathologie a été simple dans la majorité dans notre étude.

RÉFÉRENCES

- Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C et al. Urgences abdominales au cours de la grossesse. *J Chir Viscérale*. 2015;152(6):50-62.
- Bretagnol F. Chirurgie digestive chez la femme enceinte. *La Lettre de l'Hépatogastroentérologue*. 2016;19(6):297-9.
- Chaqda M. Urgences digestives et grossesse au CHU Mohammed VI Marrakech [Thèse]. Marrakech : Université CADI AYYAD, Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech; 2013.
- Amouzou EG, Sogan A, Alassani F, Assiobo A, Koutora B, Fiagnon F, et al. Urgences digestives au cours de la grossesse au CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo). *J Rech Sci Univ Lomé*. 2018;20(4):547-54.
- Dossouvi T, Dédé R., Logbo-Akey E, Ekoué D. Urgences chirurgicales digestives et grossesse au CHU-Kara (Togo). *Rev Afr Chir Spéc*. 2018;12(1):12-5.
- Mohsine R, Ismael F, Lekhal B, Faricha E, Errougani A, Chkoff M et al. Péritonite et Grossesse. *Médecine du Maghreb*. 1996;7(15): 27-9.
- Lebeau R, Diané B, Koffi E, Bohoussou E, Kouamé A, Doumbia Y. Appendicite et grossesse : à propos de 21 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005; 34(6):600-6.
- J. Bouyoua J, Gaujouxa S., L. Marcellin, M. Leconte, F. Goffinet, C. Chapron, B. Doussset. Urgences abdominales au cours de la grossesse. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2015 ;152(6):S50-S62
- Sanou A, Bazongo M, Ouangré E, Bonkoungou GP, Kaboré M, Doamba R, et al. Appendicite aiguë sur grossesse : Aspects épidémiologiques et diagnostiques au CHU - YALGADO OUÉDRAOGO de Ouagadougou. *J Afr Chir Digest*. 2015; 15(2):1877-81.
- Mahmoodian S. Appendicitis complicating pregnancy. *South Med J*. 1992;85(1):19-24
- Lord S, Boswell w, Hungerpiller J. Sigmoid volvulus in pregnancy. *Am Surg*. 1996; 62: 380-2.
- Leroy JL. L'appendicite au cours la gravido-puerpéralité. Les difficultés du diagnostic et du traitement. *Méd. Chir. Dig*. 1981;10(1):143-7.
- Najih M, Abdellaoui M, Hafidi MR, Laraqui H, AlKandry S. L'occlusion intestinale aiguë gravidique: à propos de cinq cas. *Pan Afr Med J*. 2012;11:40-6.
- Armstrong O, Karayuba R. Une cause rare d'occlusion intestinale révélée au cours de la grossesse (Centre Hospitalier Universitaire Kamenge, Bujumbura, Burundi). *Med Trop*. 1993;53:93-6.
- Rozenberg A, Leonetti P. Urgences obstétricales : Traumatismes de la femme enceinte. Dans : Rozenberg A, Leonetti P. Urgences. 4^{éd}. Paris : SFMU; 2010. Doi : 10.1016/S1959-5182(09)45592-2.
- Rozenberg A. Traumatismes graves et grossesse. Urgences. 4^{éd}. Paris : SFMU; 2010. Doi : 10.1016/S1959-5182(09)45592-2.
- Ramanah R, Sautière JL, Maillet R, Rietchmuller D. Urgences chirurgicales non obstétricales au cours de la grossesse. *EMC Obstétrique*. 2011; p1-17