

## **Douleurs abdominales chez la femme enceinte (item 196)**

### **Objectifs**

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

### **I. Introduction**

Il faut distinguer :

#### L'hématome rétroplacentaire.

C'est une pathologie du 3<sup>e</sup> trimestre. La forme complète est de diagnostic facile. Elle tue le fœtus et engage le pronostic vital maternel. Le problème principal est celui de la prise en charge.

Les autres douleurs abdominales moins menaçantes mais plus ambiguës, surtout quand elles siègent à droite. Le problème est d'abord diagnostique.

Il peut s'agir d'une pathologie,

- Urinaire à expression abdominale : pyélonéphrite aiguë ou colique néphrétique,
- Digestive : appendicite, cholécystite aiguë,
- Gynécologique : torsion d'annexe, nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin. Ces pathologies peuvent se voir à tous les âges gestationnels mais la plupart sont plus fréquentes en fin de grossesse. Elles ont en commun un risque d'accouchement prématuré et de souffrance foetale dont il faut tenir compte dans la prise en charge : évaluation du col utérin, enregistrement cardiotocographique, discuter une corticothérapie prénatale, prévoir la nécessité d'une extraction foetale en urgence.

Les pathologies exceptionnelles qu'il faut savoir évoquer en diagnostic différentiel parce qu'elles mettent en jeu le pronostic vital:

- Rupture utérine spontanée,
- Occlusion intestinale, pancréatite aiguë,
- Stéatose hépatique aiguë gravidique, hématome sous capsulaire du foie.

### **II. Quels sont les signes cliniques de l'hématome rétroplacentaire ? Quels diagnostics différentiels doivent être envisagés ?**

Accident du 3<sup>e</sup> trimestre.

Dans sa forme complète :

- Douleur utérine brutale, très intense, diffuse, permanente,
- Etat de choc : femme prostrée, tachycardie, polypnée,
- Contracture utérine généralisée, permanente, douloureuse, (utérus de bois),
- Métrorragies classiquement peu abondantes, noirâtres, retardées,
- Activité cardiaque foetale absente,

Inconstamment : primipare, HTA gravidique (HTA, protéinurie, oedèmes).

Le diagnostic est évident dans cette forme.

Cependant, exceptionnellement, une douleur syncopale avec état de choc au 3<sup>e</sup> trimestre peut être due à :

- Une rupture utérine spontanée. Les métrorragies et la mort foetale sont habituelles. Le principal signe d'orientation est la notion d'utérus cicatriciel (myomectomie, césarienne, salpingectomie avec résection du segment interstitiel). La palpation montre parfois un aspect en bi-sac correspondant à la présence d'une partie du fœtus en dehors de l'utérus,
- Un hématome sous capsulaire du foie : la douleur est dans l'hypochondre droit alors que l'utérus est souple et indolore et le fœtus vivant. Ces éléments imposent une échographie hépatique en urgence.

Les formes incomplètes, avec fœtus vivant, sont de diagnostic plus difficile mais la douleur abdominale est au second plan ou absente. Elles associent à des degrés divers métrorragies du 3<sup>e</sup> trimestre sans insertion basse du placenta, menace d'accouchement prématuré répondant mal au traitement tocolytique et altération du rythme cardiaque fœtal. L'échographie est d'une aide limitée. Généralement, le diagnostic n'est que suspecté et sera confirmé à l'examen du placenta (aspect en cupule).

### **III. A quels risques expose l'hématome rétroplacentaire ? Quels examens complémentaires demandez-vous et qu'en attendez-vous ?**

Risques :

- Mort foetale in utero,
- CIVD. Elle est constante dans la forme complète,
- Hémorragie grave avant ou après l'expulsion,

Ces complications mettent en jeu le pronostic vital.

Le diagnostic est clinique.

Les examens complémentaires ont pour but de guider le traitement :

- Plaquettes et bilan de coagulation,
- Bilan préopératoire : Groupe Rhésus, NFS, ionogramme...

En revanche, l'échographie est d'intérêt limité. Elle a surtout pour but de confirmer si besoin la mort foetale.

La vision de l'hématome est inconstante et l'évaluation de son volume difficile.

### **IV. Comment planifiez-vous la prise en charge d'une femme présentant un hématome rétroplacentaire ?**

Hospitalisation et consultation d'anesthésie.

Traitement médical urgent :

- Voie d'abord, sonde urinaire, oxygène,
- Remplissage vasculaire pour traiter le choc,
- Apport de plasma frais pour traiter la défibrination.

Traitement obstétrical dans le même temps :

Obtenir rapidement l'accouchement car le risque d'hémorragie grave augmente avec le temps.

Le fœtus étant mort, il faut s'efforcer d'obtenir l'expulsion par voie basse => déclenchement immédiat du travail :

Toucher vaginal : évaluer le statut cervical et l'accessibilité des membranes,

- Membranes accessibles => rupture des membranes qui déclenche le travail et a un effet antalgique,
- Membranes inaccessibles => mûrissement cervical par les prostaglandines,

Secondairement et si nécessaire : perfusion d'ocytociques,

L'anesthésie péridurale est contre indiquée. Préférer les antalgiques par voie parentérale.  
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.  
Si rhésus négatif, administration de gammaglobulines anti-D pour prévention de l'iso-immunisation rhésus.  
Examen anatomopathologique du placenta.  
Secondairement, bilan étiologique : HTA gravidique, tabac, traumatisme abdominal, thrombophilie ?

### **V. Que recherchez-vous à l'examen clinique d'une femme enceinte présentant des douleurs abdominales droites aiguës dans la seconde moitié de la grossesse ?**

L'examen a un double objectif :  
Orienter l'enquête étiologique,  
Et évaluer le retentissement obstétrical : menace d'accouchement prématuré, bien être foetal.

#### Interrogatoire :

Age gestationnel,  
Douleur : siège exact, début brutal ou progressif, mode évolutif, irradiations,  
Signes d'accompagnement :  
- Généraux : fièvre, anorexie,  
- Digestifs : nausées, vomissements, troubles du transit,  
- Urinaires : douleurs lombaires, brûlures mictionnelles,  
- Obstétricaux : contractions utérines.  
Vitalité foetale : mouvements actifs ?  
Anamnèse de la grossesse, antécédents médicaux (uropathies, lithiases, coliques néphrétiques), chirurgicaux (appendicectomie) et obstétricaux (H.R.P.)

#### Examen :

Général : pouls, tension, température,  
Obstétrical : 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 ?).

### **VI. Quels sont les principaux éléments de la prise en charge communs aux pathologies incriminées ?**

Hospitalisation,  
Enregistrement cardiotocographique : bien être foetal, contractions utérines ?  
Bilan préopératoire (groupe rhésus, NFS, bilan de coagulation ...) et consultation d'anesthésie,  
Hémocultures si  $> 38,5^{\circ} \text{C}$ ,  
Avant 34 SA, discuter un traitement corticoïde pour prévention de la maladie des membranes hyalines,  
Traitement tocolytique si nécessaire.

Examens complémentaires pour le diagnostic étiologique.

ECB urinaire,

Echographie obstétricale et abdominale avec étude des reins (dilatation pyélique ?), de la paroi utérine (fibrome ?), des annexes (kyste ovarien ?) et de la vésicule biliaire (distendue, paroi épaisse, lithiasse ?),

Au moindre doute : ASP debout (niveaux liquides ?), amylase & lipase.

## VII. Quels signes cliniques orienteraient vers une pathologie urinaire ?

Les pathologies urinaires sont très fréquentes chez la femme enceinte et siègent le plus souvent à droite en raison de la dextrorotation de l'utérus gravide qui comprime davantage l'uretère droit. Leur point commun est la douleur spontanée et provoquée de la fosse lombaire mais la douleur projetée vers le flanc ou la fosse iliaque est parfois au premier plan => toujours examiner les fosses lombaires et les urines devant une douleur abdominale.

En faveur d'une pyélonéphrite :

Fièvre élevée, frissons,

Signes fonctionnels urinaires : pollakiurie (banale chez la femme enceinte), brûlures mictionnelles,

Urines troubles,

Bandelette urinaire positive : leucocytes, nitrites.

Les formes atténuées sont fréquentes => ECB urinaire au moindre doute +++ Une bactériurie significative (flore monomorphe et > 100000 germes / ml) confirme le diagnostic.

La prise en charge est développée dans le cours infection urinaire et grossesse.

En faveur d'une colique néphrétique :

Douleur lombaire isolée à irradiation antérieure et descendante, sans fièvre ni signes fonctionnels urinaires. L'ECBU confirme la stérilité des urines. Il peut s'agir :

D'une colique néphrétique vraie avec douleur intense à début brutal, en faveur d'une pathologie lithiasique intercurrente,

D'une douleur sourde mais tenace, en faveur d'une compression des voies urinaires par l'utérus gravide.

L'échographie montre la distension pyélique qui est significative si le diamètre antéropostérieur du bassinet est supérieur à 20 mm Une dilatation pyélique modérée est banale chez la femme enceinte, surtout à droite.

## VIII. Quelles sont les caractéristiques de l'appendicite chez la femme enceinte ? Sur quels éléments faites vous le diagnostic ?

La fréquence de l'appendicite n'est pas modifiée : 1 cas pour 1000 à 2000 grossesses. En revanche, les formes compliquées sont plus fréquentes. La mortalité maternelle est devenue exceptionnelle mais les complications obstétricales (avortement, accouchement prématuré, mortalité foetale) atteignent encore 10 à 20 % dans les séries récentes.

Au premier trimestre, la symptomatologie est peu modifiée par la grossesse :

Douleurs de la fosse iliaque droite, nausées et vomissements (trompeurs au 1er trimestre), anorexie,

Signes généraux : fièvre modérée < 38° C ou absente, tachycardie en rapport,

Douleur provoquée et discrète défense de la fosse iliaque droite prédominant au point de Mac Burney.

En fin de grossesse, le diagnostic est difficile : la douleur est plus externe et plus haute, dans le flanc droit, parfois sous costale. Il peut s'y associer une hypertonie trompeuse du bord droit de l'utérus.

Il faut rechercher :

Nausées et vomissements, toujours insolites après le 1er trimestre,

Douleur provoquée du flanc droit sur une femme en décubitus latéral gauche,

Majoration de la douleur par la décompression abdominale et la mobilisation utérine de gauche à droite, Et tenir compte des signes négatifs : fosse lombaire indolore, urines claires, bandelette urinaire négative. Les formes compliquées réalisent une occlusion fébrile avec altération de l'état général. La contracture abdominale est absente car les muscles grands droits sont laminés par l'utérus gravide. La présence de niveaux liquides sur l'A.S.P. est en faveur de cette hypothèse.

Conduite à tenir :

Avis spécialisé.

Les formes franches imposent l'exploration chirurgicale.

En l'absence de signes de gravité, le doute justifie une surveillance : l'élimination des diagnostics différentiels et la persistance ou l'aggravation des symptômes emportent la conviction et imposent l'exploration.

### **IX. Quels éléments orientent vers une cholécystite aiguë ? Comment planifiez-vous la prise en charge ?**

La cholécystite aiguë est plus fréquente chez la femme enceinte.

En faveur de cette hypothèse :

- Douleur spontanée et provoquée de l'hypochondre droit à irradiation ascendante et signe de Murphy,
- Fièvre à 38 - 39° C,
- Nausées, vomissements.

L'échographie hépatobiliaire confirme le diagnostic en montrant une grosse vésicule à paroi épaisse et à contenu lithiasique. La biologie hépatique montre une élévation isolée des phosphatases alcalines, physiologique chez la femme enceinte, mais le reste du bilan est normal en l'absence de lithiase de la voie biliaire principale.

Diagnostic différentiel. Au 3<sup>e</sup> trimestre, il faut évoquer une stéatose hépatique aiguë gravidique, exceptionnelle mais gravissime. Le début est trompeur : douleurs de l'hypochondre et vomissements. La normalité de la vésicule biliaire et la présence, une fois sur deux, de signes d'HTA gravidique (même discrets : protéinurie, hyperuricémie) doivent alerter.

Prise en charge. Elle est pluridisciplinaire.

Traitement médical toujours : repos, antibiotiques, antispasmodiques, glace sur le ventre. Il est efficace dans 90 % des cas mais les récurrences sont fréquentes,

Succès du traitement médical : la cholécystectomie sera effectuée à froid après la grossesse,

Echec ou récurrence => deux possibilités : cholécystectomie pendant la grossesse ou, pour certains, drainage percutané de la vésicule biliaire, qui n'est qu'une solution d'attente.

### **X. Quels éléments orientent vers une torsion d'annexe ? Comment planifiez-vous la prise en charge ?**

C'est une complication des kystes de l'ovaire.

Au 1<sup>er</sup> trimestre, un kyste ovarien peut être fonctionnel (kyste lutéal gravidique) ou organique.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, il est nécessairement organique. Il existe une douleur unilatérale, brutale, intense, sans fièvre. Dans les formes subaiguës, la palpation peut montrer une masse latéro-utérine douloureuse. Dans les formes franches, l'intensité de la douleur rend l'examen difficile et c'est l'échographie qui montre la masse, précise ses dimensions et étudie son échostructure.

Le traitement est chirurgical et urgent :

- Coeliochirurgie possible avant 20 SA si tumeur présumée bénigne, laparotomie dans les autres cas,

- Inspection : vitalité de l'annexe (nécrose ?), aspect macroscopique du kyste ?
- \* Si annexe nécrosée ou suspecte : annexectomie,
- \* Dans les autres cas : détorsion, kystectomie et reconstruction de l'ovaire,
- \* Examen anatomopathologique extemporanée pour confirmer la bénignité.

**XI. Quels éléments orientent vers une nécrobiose aseptique de fibrome ? Quel traitement proposez-vous ?**

La douleur est utérine mais localisée.

Des signes généraux (fièvre modérée, nausées, vomissements) sont possibles. Les contractions utérines sont fréquentes.

Le fibrome peut être palpable : tuméfaction solidaire de l'utérus et électivement douloureuse ici. L'échographie retrouve le fibrome et précise son échostructure, souvent hétérogène dans les formes nécrobiosées.

Le traitement est exclusivement médical pendant la grossesse : repos, antalgiques, glace sur le ventre, tocolytiques si nécessaire.

**Points essentiels**

**La première étiologie à rechercher en raison de la gravité foetale est l'hématome rétro-placentaire.**

**La pyélonéphrite et la colique néphrétique droite sont fréquentes en raison de la dextrorotation de l'utérus.**

**L'appendicite est plus souvent atypique au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse. La douleur est plus externe et plus haute. dans le flanc droit. parfois sous costale. Les complications sont plus fréquentes.**

**La cholécystite est assez fréquente pendant la grossesse. Au 3è trimestre. il faut évoquer une stéatose hépatique aiguë gravidique. exceptionnelle mais gravissime.**

**La nécrobiose aseptique d'un fibrome se manifeste par une douleur utérine très localisée avec perception fréquente d'un fibrome douloureux électivement.**

**La torsion d'annexe apparaît comme un tableau d'abdomen aigu avec une masse annexielle. C'est une urgence chirurgicale.**

**La rupture utérine survient le plus souvent en cas d'utérus cicatriciel en Europe. C'est une pathologie de la période de l'accouchement.**