

Case series

L'occlusion intestinale aigue gravidique - à propos de cinq cas

Mohammed Najih^{1,8}, Mohamed Abdellaoui¹, My Rachid Hafidi², Hicham Laraqui¹, Sifeddine AlKandry¹

¹1 Service de chirurgie viscérale, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc, ²Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

⁸Corresponding author: Mohammed Najih, Service de chirurgie viscérale, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Key words: Occlusion intestinale, grossesse, chirurgie, traitement conservateur

Received: 19/12/2011 - Accepted: 13/01/2012 - Published: 07/03/2012

Abstract

L'occlusion intestinale survient rarement au cours de la grossesse mais elle s'accompagne d'une morbidité et mortalité maternelle et fœtale élevées souvent dues au retard diagnostic et thérapeutique. Les auteurs rapportent cinq cas d'obstruction intestinale gravidique, et revoient la littérature afin de discuter les mécanismes physiopathologiques, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et de proposer une conduite à tenir adéquate.

Pan African Medical Journal. 2012; 11:40

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/11/40/full/>

© Mohammed Najih et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Une occlusion intestinale complique rarement une grossesse, l'errance diagnostique, la réticence des cliniciens à prescrire des examens radiologiques chez une femme enceinte et le retard thérapeutique sont les principaux facteurs de morbi-mortalité maternelle et fœtale qui restent élevées [1]. C'est à travers cinq observations d'occlusion intestinale gravidique et une revue de la littérature que nous discutons la physiopathologie et les problèmes diagnostiques et thérapeutiques de cette entité.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective des cas d'occlusion intestinale survenant au cours de la grossesse colligés dans le service de chirurgie viscérale à l'Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, durant une période allant de 2000 à 2011. Durant cette période, cinq patientes enceintes étaient admises pour occlusion intestinale (les différentes observations sont illustrées dans le **Tableau 1**).

Résultats

La moyenne d'âge était de 30 ans, avec des extrêmes allant de 23 à 42 ans. L'âge gestationnel variait entre 16 SA et 37 SA (deux patientes au cours du 2^{ème} trimestre et les autres au 3^{ème} trimestre). Parmi les cinq patientes trois avaient des antécédents de chirurgie abdominale. Le retard de diagnostic allait jusqu'à 7 jours. Le traitement conservateur était tenté chez 3 patientes au cours du troisième trimestre; il a permis d'atteindre le terme chez une seule patiente. Toutes les patientes ont subi une intervention chirurgicale. Une bride était la cause de l'occlusion chez trois cas, une tumeur sténosante du colon gauche était retrouvée dans un cas et un volvulus du sigmoïde dans un cas. Deux patientes ont reçu une tocolyse prophylactique, aucun effet indésirable de tocolyse n'a été noté. Trois patientes ont eu un accouchement par voie basse et les deux autres ont subi une césarienne; l'une d'elles au cours de la même laparotomie pour occlusion. Un seul mort-né a été noté; les quatre autres bébés étaient en bonne santé (**Tableau 2**). Les **Figure 1** et **Figure 2** présentent des lésions retrouvées chez certaines de nos patientes.

Discussion

L'occlusion intestinale survenant au cours de la grossesse est très rare [1,2] l'incidence varie entre 1/1.500 à 1/66.000 grossesses [3,4]. Environ 53-59% des obstructions intestinales sont dues à des adhérences ou brides secondaires à des interventions chirurgicales antérieures ou à des épisodes de maladies inflammatoires du pelvis [2-4].

au cours de la gestation, l'occlusion intestinale serait favorisée par la diminution du péristaltisme intestinal et l'augmentation de la constipation habituelle due à l'imprégnation progestative favorisant une hypotonie de la musculature lisse intestinale et par modification topographique des brides séquellaires d'une intervention antérieure suite au développement de l'utérus gravide [3,5]; ainsi les auteurs décrivent trois périodes à risque élevé, entre 16 et 20 SA lorsque l'utérus devient abdomino-pelvien, au voisinage de la 36^{ème} SA lorsque la tête descend dans le pelvis et dans le post-partum immédiat par une diminution brutale du volume utérin [6,7].

Le diagnostic clinique est souvent difficile et tardif car les signes habituels de l'occlusion (douleurs, distension, vomissements, constipation) sont mis au compte des signes sympathiques de la grossesse; en plus le déplacement des organes abdominaux au fur et à mesure que la grossesse progresse donne des localisations atypiques de la douleur. C'est dire l'importance de l'examen clinique et de l'observation attentive devant une telle symptomatologie [1]. Toutes nos patientes ont présenté des vomissements alors que l'arrêt des matières et des gaz était présent chez uniquement trois patientes. Les analyses biologiques sont souvent peu concluantes; la grossesse s'accompagne d'une hyperleucocytose physiologique qui peut varier entre 9000 à 12000 en raison de l'augmentation de l'activité corticosurrénale et donc serait un indicateur peu fiable chez la femme enceinte [2,3,8]. Toutefois, une augmentation significative en quelques heures de la leucocytose doit attirer l'attention [9]. Chez nos patientes hormis une hyperleucocytose et un tableau clinique suspectant une occlusion aiguë, une confirmation radiologique était nécessaire.

L'échographie abdominale constitue l'examen diagnostique de première intention en cas de suspicion d'obstruction intestinale au cours de la grossesse. Elle permet d'exclure le diagnostic avec une sensibilité de 89% et une spécificité de 100%. Son innocuité autorise des examens répétés qui permettent de suivre l'évolution de la dilatation des anses intestinales [6,8]; comme c'est le cas pour la 4^{ème} observation (**Tableau 1**). Cette évolution permet d'évaluer la pertinence du traitement conservateur et constitue un élément déterminant pour la décision chirurgicale. L'échographie permet un bilan complet de la sphère abdominale et de la grossesse à la recherche d'autres pathologies. Le couple échographie abdominale informative et évaluation clinique était suffisant pour confirmer le diagnostic d'occlusion intestinale chez toutes nos patientes.

La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) (sensibilité: 75% et spécificité: 53%) est un second choix d'autant plus que les niveaux hydro-aériques (NHA) habituellement recherchés ne sont présents qu'au cours des premières heures lors de l'installation de l'occlusion intestinale, le versant aérique étant alors comblé par du liquide de stase intraluminal. Toutefois, cette imagerie reste utile dans le bilan général d'obstruction intestinale en cas d'échographie non conclusive et l'hésitation des cliniciens à prescrire cette imagerie chez la femme gravide par crainte d'induire des malformations fœtales est injustifiée en regard du risque de morbidité et de mortalité élevée si le diagnostic est retardé [9]. Les complications majeures qui résultent d'un diagnostic tardif sont l'ischémie intestinale et le choc septique, le taux de mortalité maternelle pouvant s'élever entre 6 à 20% [10]. L'ASP était réalisé chez toutes nos patientes, il a permis de montrer des NHA chez trois cas. La résonance magnétique nucléaire, si le centre en dispose peut être utilisée dans un cadre de diagnostic différentiel du fait de son innocuité pour le fœtus au-delà du premier trimestre et des informations qu'elle peut procurer [11]. Tandis que la tomographie par ordinateur n'est pas recommandée pendant la grossesse, sauf exceptionnellement lorsque l'avantage potentiel justifie le risque encouru pour le fœtus et au cas par cas, en étroite concertation avec l'obstétricien et le chirurgien digestif.

La majorité des observations de la littérature décrivent une pratique médicale visant à instaurer un traitement conservateur dans l'espoir d'éviter le traitement chirurgical. Cette attitude ne semble pas appropriée. La grossesse constituant en soi une cause complémentaire à l'obstruction, le traitement médical isolé se solde le plus souvent par un échec. Une intervention chirurgicale reste pratiquée dans 89 % des cas d'occlusion intestinale survenant durant la grossesse [3,4,12]. En retardant la prise en charge chirurgicale, cette attitude contribue cependant à l'élévation des mortalités maternelle et fœtale [13]. Trois de nos patientes (cas 2, 3 et 4) ont subi un traitement conservateur mais l'indication opératoire n'a pu être évitée et une patiente (cas 3) avait une nécrose grélique ayant nécessité une résection anastomose probablement due en partie au retard de la chirurgie.

La base du traitement de l'occlusion est la chirurgie au temps opportun quelque soit le terme de la grossesse pour améliorer le pronostic et éviter les complications redoutables [14]. Le principe du traitement varie en fonction de l'âge gestationnel: Jusqu'à 26 semaines: laparotomie avec levée de l'occlusion, poursuite de la grossesse jusqu'à son terme si possible ; entre 26 et 34 semaines : si possible la maturation pulmonaire fœtale suivie de césarienne avec incision cutanée médiane complétée d'un traitement chirurgical de l'occlusion ; entre 34 semaines et le terme : césarienne avec incision cutanée médiane complétée d'un traitement chirurgical de l'occlusion ; dans tous les cas, laparotomie ou césarienne impérativement endéans les 72 heures.

La préparation préopératoire des patientes doit nécessiter une décision collégiale incluant un obstétricien, un réanimateur-anesthésiste et un chirurgien afin de discuter au cas par cas la tocolyse prophylactique, la corticothérapie pour la maturation fœtale au troisième trimestre et l'indication chirurgicale.

Le pronostic materno-fœtal est fonction de la rapidité diagnostic et de la précocité du traitement ; Harer a rapporté une mortalité maternelle de l'ordre de 21% avec une mortalité fœtale de 31% [15]. Le développement des moyens de surveillance obstétricale, une prise en charge chirurgicale précoce ont permis l'amélioration du pronostic maternel avec une mortalité devenue presque nulle ; La mortalité fœtale a peu changé avec le temps, de l'ordre de 20 à 30%, probablement due en grande partie à la prématurité [16]. Dans notre série on a eu un mort né avec un pourcentage de 20%.

Conclusion

Le diagnostic de l'occlusion intestinale au cours de la grossesse est souvent difficile et tardif car Les troubles digestifs sont souvent mis sur le compte de la grossesse ; toutefois leur persistance ou leur apparition après le 1er trimestre doit inquiéter le clinicien et l'inciter à demander les examens complémentaires adéquats. Une prise charge multidisciplinaire et une chirurgie à temps est nécessaire pour minimiser la morbidité et la mortalité maternelles et fœtales.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge des patientes et la rédaction du manuscrit.

Tableaux et figures

Tableau 1: récapitulatif des différentes observations de l'occlusion aiguë et grossesse

Tableau 2: résumé des résultats

Figure 1: échographies abdominales à 24 heures d'intervalle montrant une aggravation du degré de dilatation des anses grêles

Figure 2: anse sigmoïde très distendue nécrosée et refoulée vers le cadran supéro-droit de l'abdomen par l'utérus, volvulée faisant 2 tours de spires autour du méso sigmoïde

Références

1. Kalu E, Sherriff E, Alsibai MA, Haidar M. Gestational intestinal obstruction: a case report and review of literature. Arch Gynecol Obstet. 2006; 274:60-62. **This article on PubMed**
2. Chang YT, Huang YS, Chan HM, Chan HM, Huang CJ, Hsieh JS, Huang TJ. Intestinal obstruction during pregnancy. Kaohsiung J Med Sci. 2006 Jan;22(1):20-3. **This article on PubMed**

3. Perdue PW, Johnson HW, Staffort PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg.* 1992; 164:384-8. **This article on PubMed**
4. Goldthrop WO. Intestinal obstruction during pregnancy and puerperium. *Br J Clin Pract.* 1966 Jul;20(7):367-76. **This article on PubMed**
5. Beck WW. Intestinal obstruction in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1974; 43:374-8. **This article on PubMed**
6. Bourque MR, Gibbons JM. Intussusception causing intestinal obstruction in pregnancy. *Conn Med.* 1979; 43:130-3. **This article on PubMed**
7. Scheible W, Goldbergre LE. Diagnosis of small bowell obstruction: The contribution of diagnostic ultrasound. *AJR.* 1979; 133:685-8. **This article on PubMed**
8. Musoke F, Kawooya MG, Kiguli-Malwadde E. Comparison between sonographic and plain radiography in the diagnosis of small bowel obstruction at Mulago Hospital, Uganda. *East Afr Med J.* 2003 Oct;80(10):540-5. **This article on PubMed**
9. Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. *Surg Clin North Am.* 1995; 75:101-3. **This article on PubMed**
10. Watanabe S, Otsubo Y, Shinagawa T, Araki T. Small bowel obstruction in early pregnancy treated by jejunotomy and total parenteral nutrition. *Obstet Gynecol.* 2000; 96:812-813. **This article on PubMed**
11. Juglard R, Rimbot A, Marty A et al. Bowel obstruction in pregnancy: value of Single Shot Fast Spin Echo MR sequence (SS-FSE). *J Radiol.* 2003; 84:1986-8. **This article on PubMed**
12. Meyerson S, Holtz T, Ehrinpreis M, Dhar R. Small bowel obstruction in pregnancy. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90:299-302. **This article on PubMed**
13. Kang HJ, Kim SH, Ryu JH, Choi SJ, Roh CR. A case of intussusception managed conservatively in pregnancy. *J Womens Med.* 2011; 4:15-18
14. Kulusari A, Kurdoglu M, Adali E, Yildizhan R, Sahin HG, Kotan C. Sigmoid volvulus in pregnancy and puerperium: a case series. *Cases J.* 2009 Sep 17;2:9275. **This article on PubMed**
15. HARER WB Jr, HARER WB Sr. Volvulus complicating pregnancy and puerperium; report of three cases and review of literature. *Obstet Gynecol.* 1958 Oct;12(4):399-406. **This article on PubMed**
16. Lazaro EJ, Das PB, Abraham PV. Volvulus of the sigmoid colon complicating pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1969; 33(4):553-7. **This article on PubMed**

Tableau 1: Tableau récapitulatif des différentes observations de l'occlusion aigue et grossesse					
	Cas 1	cas 2	cas3	Cas4	Cas5
Age	42 ans	34 ans	27 ans	38 ans	23 ans
ATCDS obstétricaux	G2P2	G2P0	G1P0	G3P2	G1P0
ATCDS chirurgicaux	-	appendicectomie	Pancréas annulaire	Péritonite appendiculaire	-
AG(SA)	16	17	35	35	37
Signes cliniques	Vomissements douleurs ab d AMG	Vomissements douleurs ab d	Vomissements douleurs ab d AMG	Vomissements douleurs ab d AMG	Vomissements douleurs ab d AMG
Biologie	GB : 11300/mm ³	GB : 15800/mm ³	GB : 15100	GB : 16300	GB : 37000
ASP	N H A	N H A	-	-	arceau gazeux refoulé par l'opacité utérine (figure 2)
Echographie	dilatations des anses ; grossesse évolutive	dilatations des anses ; grossesse évolutive	dilatations des anses ; grossesse évolutive	progression de la dilatation des anses (figure1) ; grossesse évolutive	grossesse non évolutive
Retard de Diagnostic	7 jours	6 heures	2 jours	2 jours	3 jours
Traitement Conservateur	Non	24 heures	5jours	24 heures	non
Cause de L'occlusion	tumeur du colon gauche	Bride	bride avec nécrose grélique (30 cm)	Adhérences	volvulus du sigmoïde avec nécrose (figure3)
Méthodes Chirurgicale	stomie de proche amant	section de la bride + adhésiolyse	résection de 30 cm du grêle + adhésiolyse	adhésiolyse	résection du sigmoïde + double stomie
Tocolyse	+	+	-	-	-
Devenir foetal	césarienne à 40 SA n-né bien portant	à terme (38SA) n-née (apgar9-10)	césarienne, n-né apgar 6-9	césarienne pour souffrance foetale ; n-née 2622grames	mort-né

AG : âge gestationnel ; SA : semaine d'aménorrhée; G : gestation ; P : parité ; NHA : niveau hydro-aérique; N-né : nouveau-né

Tableau 2 : résumé des résultats						
Age moyen	A.G.	ATCD	Signes cliniques	Examen radiologique	Indication thérapeutique	Devenir obstétricale
30 ans	2 ^{ème} tr.: 2 cas. 3 ^{ème} tr.: 3 cas	Chirurgical: 3 cas	Arrêt des matières des gaz: 4 cas Vomissement : 5 cas	Échographie : 5 cas. ASP : 5cas. TDM: 1 cas	Chirurgical: 5 cas	Bébé en bonne santé: 4 cas. Mort-né: 1 cas

Tr. : trimestre AG : âge gestationnel

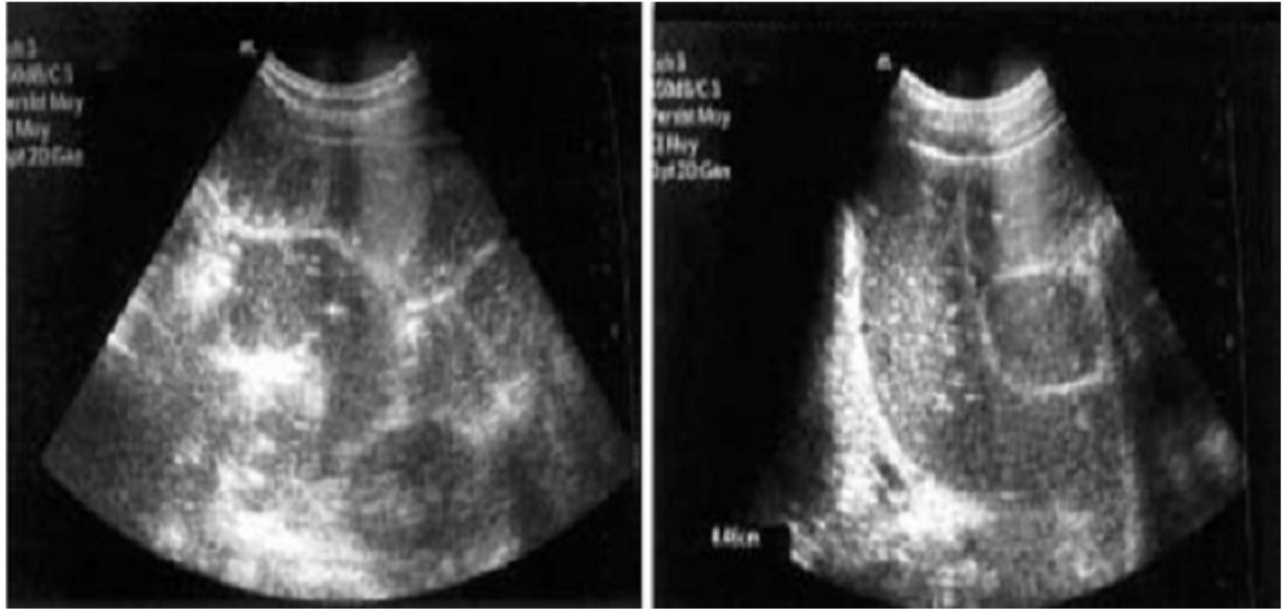


Figure 1

Echographies abdominales à 24 heures d'intervalle montrant une aggravation du degré de dilatation des anses grêles



Figure 2

Anse sigmoïde très distendue nécrosée et refoulée vers le cadran supéro-droit de l'abdomen par l'utérus, volvulée faisant 2 tours de spires autour du méso sigmoïde