

# Obstruction intestinale et grossesse

## *Intestinal obstruction in pregnancy*

**N. Twité<sup>1</sup>, C. Jacquet<sup>1</sup>, S. Hollemaert<sup>1</sup>, I. El Founas<sup>2</sup>, G. Dumont<sup>2</sup>,  
A. Nasr<sup>3</sup>, E. De Guchteneere<sup>3</sup> et A. Busine<sup>1</sup>**

Services de <sup>1</sup>Gynécologie-Obstétrique, <sup>2</sup>Chirurgie digestive, <sup>3</sup>Radiologie, C.H.I.R.E.C., Site de Braine-l'Alleud/Waterloo

### RESUME

*L'obstruction intestinale est une complication rare de la grossesse qui peut s'accompagner d'une mortalité maternelle et fœtale importante. Bien que les signes et symptômes soient similaires à ceux des patientes non gravides, la coexistence d'une grossesse compliquée et retarde le plus souvent le diagnostic de cette affection. Par ailleurs, son traitement comporte quelques particularités et principes que les auteurs rapportent à la lumière de leur expérience récente et d'une revue de la littérature.*

*Rev Med Brux 2006 ; 27 : 104-9*

### ABSTRACT

*Intestinal obstruction is a rare but dreadful complication of pregnancy. Both the mother and the foetus may be severely affected and even die. The authors here report their recent experience and review the literature.*

*They emphasize that diagnostic pitfalls are common during pregnancy and there appropriate management most often delayed.*

*A multidisciplinary approach is advocated and the specific aspects of this high-risk situation are discussed.*

*Rev Med Brux 2006 ; 27 : 104-9*

*Key words : intestinal obstruction, pregnancy*

### INTRODUCTION

L'obstruction intestinale au cours et au décours d'une grossesse est une complication rare et sérieuse dont la première description fut faite en 1830 par Houston<sup>1</sup>. Alors que le taux de mortalité fœtale associée à cette complication est proche de zéro au premier trimestre, ce taux est de 36 % et de 64 % respectivement au deuxième trimestre et au troisième trimestre de grossesse<sup>2</sup>. Les causes principales de décès périnatal sont la prématurité et l'hypoxie fœtale secondaire à l'hypotension maternelle. L'incidence des occlusions grêle et colique durant la grossesse, telle que rapportée dans la littérature, varie entre 1 sur 66.431 et 1 sur 1.500<sup>3,4</sup>. Les taux les plus élevés sont retrouvés dans les études récentes. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'accroissement du nombre d'interventions chirurgicales (appendicectomie) pratiquées chez les jeunes filles au cours des dernières décennies et par la recrudescence des maladies inflammatoires du pelvis (PID).

La prise en charge d'une obstruction intestinale durant la grossesse est un véritable défi pour le clinicien. Cet article se propose, à la lumière de trois cas

cliniques vécus récemment, de revoir les données de la littérature et d'en dégager des principes généraux de prise en charge et de traitement.

### CAS CLINIQUES

Les auteurs ont eu l'opportunité de prendre en charge consécutivement trois cas cliniques d'occlusion intestinale entre les mois d'avril et de juillet 2004.

Les caractéristiques de ces cas sont résumées dans le Tableau 1. On retiendra pour les trois cas une issue favorable tant pour la mère que pour le nouveau-né. Les trois cas partagent plusieurs points communs caractéristiques de cette complication : antécédents de chirurgie abdominale, période de gestation critique pour l'occlusion, premier diagnostic présomptif erroné, imagerie positive. Les trois cas présentent aussi la particularité d'avoir été rebelles au traitement conservateur (anti-émétiques, antalgiques, antibiotiques, aspiration gastrique, hydratation et compensation ionique) et ont nécessité un traitement chirurgical.

<b>Tableau 1 : Casuistique.</b>			
Cas clinique	1	2	3
Age maternel	34	27	38
Gestité/Parité	G2 P0	G1 P0	G3 P2
Antécédents	Appendicectomie dans enfance	Chirurgie néonatale pour pancréas annulaire	Appendicectomie, la parotomie secondaire
Age gestationnel	17 semaines	35 semaines	35 semaines
Arrêt des selles et gaz avant admission	48 h	36 h	36 h
Raisons d'admission	Vomissements aigus 6 h avant admission	Vomissements aigus et répétés depuis 24 h	Vomissements aigus 3 h avant admission
Premier diagnostic	Cholécystite	Gastro-entérite	Colique néphrétique
Abdomen à blanc	Niveaux hydro-aériques	Niveaux hydro-aériques	Niveaux hydro-aériques
Echographie abdominale	Dilatation des anses grêles	Dilatation des anses grêles	Dilatation des anses grêles
Traitement anti-émétique	Echec	Echec	Echec
Délai entre admission et chirurgie	24 h	6 jours	48 h
Diagnostic définitif	Occlusion grêle distale sur bride	Occlusion grêle et nécrose secondaire sur bride	Occlusion grêle étendue sur adhérences multiples
Traitement chirurgical	Laparotomie et adhésiolyse. Accouchement par voie basse	Laparotomie en post-partum et résection d'intestin grêle nécrosé	Césarienne et adhésiolyse
Nouveau-né	3.780 g - 38 semaines - bonne santé	2.600 g - 36 semaines - bonne santé	2.622 g - 35 semaines - bonne santé

### Cas clinique n° 1

Une femme de 34 ans, G2 P0, est hospitalisée à sa 17<sup>ème</sup> semaine de gestation avec le motif d'admission suivant : nausées et vomissements répétitifs précédés de douleurs abdominales diffuses d'allure crampoïde depuis 6 heures. Elle ne rapporte aucun épisode d'hématémèse, ni de méléna, ni de modification de l'alimentation ou encore de voyage récent. Elle est apyrétique. Aucun symptôme respiratoire ou urinaire n'est signalé. La patiente signale d'une part une absence de gaz et d'autre part des dernières selles remontant à 48 heures de couleur normale et de consistance semi-liquide. Il n'y a pas de contractions utérines, ni de pertes vaginales ou de liquide amniotique. Une appendicectomie a eu lieu dans l'enfance. L'état général est altéré mais les paramètres vitaux sont normaux (TA : 110/60 mmHg ; T : 36,3 °C ; RC : 84/min). A l'examen physique, l'abdomen est souple, sans défense ni rebond. Un hyperpéristaltisme est audible au stéthoscope. Il n'y a pas de ballonnement abdominal. Les examens biologiques révèlent un taux d'hémoglobine à 12,4 g/100 ml, un hématoците à 36,2, des plaquettes à 287.000/mm<sup>3</sup>, des leucocytes à 15.800/mm<sup>3</sup> (neutrophiles à 90,0 %), une CRP à 0,48 mg/100 ml. L'ionogramme est normal tout comme l'examen microscopique des urines. L'échographie obstétricale est sans particularité. L'administration intraveineuse d'anti-émétiques (métoprolol - Primpéran® 10 mg toutes les 6 heures), de spasmolytiques intraveineux (buthylhyoscine - Buscopan® 20 mg toutes les 8 heures) et d'antalgiques (paracétamol - Perfusalgan® 1 g toutes les 6 heures) n'apporte pas d'amélioration clinique. Un abdomen sans préparation et une échographie abdominale sont prescrits. Ces examens démontrent respecti-

vement des niveaux hydro-aériques et des dilatations intestinales compatibles avec une obstruction grêle. Un traitement conservateur est instauré : aspiration nasogastrique douce à - 30 cm H<sub>2</sub>O, hydratation intraveineuse abondante (3 l/24 h) enrichie de 40 mEq de potassium/24 heures, administration d'antalgiques (paracétamol - Perfusalgan® 1 g toutes les 6 heures). Ce traitement conservateur n'est pas suivi d'une amélioration notable du tableau clinique. Une décision de laparotomie est prise 24 h après l'admission qui confirme une obstruction grêle sur bride au site d'appendicectomie. Une adhésiolyse est pratiquée sans résection d'intestin grêle. L'évolution postopératoire est favorable suivie d'une sortie de l'hôpital au 7<sup>ème</sup> jour postopératoire. Par la suite, la patiente accouchera à terme (38 semaines d'aménorrhée) par voie basse d'un nouveau-né de 3.780 g en bonne santé (Apgar 9 et 10 respectivement à 1 et 5 minutes).

### Cas clinique n° 2

Une femme de 27 ans, G1 P0, est hospitalisée à sa 35<sup>ème</sup> semaine de gestation pour douleurs abdominales diffuses accompagnées de vomissements à deux reprises au cours des dernières 24 heures. Aucune autre plainte d'ordre général et en particulier obstétrical n'est rapportée. Les dernières selles, diarrhéiques, remontent à 36 heures. La patiente signale avoir bénéficié d'une intervention chirurgicale abdominale pour un pancréas annulaire en période néonatale (5<sup>ème</sup> jour de vie). L'état général n'est pas altéré et les paramètres de vie sont normaux (TA : 120/70 mmHg ; T : 36 °C ; RC : 80/min). A l'examen physique, l'abdomen est souple, diffusément sensible, sans défense ni rebond. Les examens biologiques montrent des leucocytes à

15.100/mm<sup>3</sup> et une CRP à 1,79 mg/100 ml. L'ionogramme est normal ainsi que l'examen des urines. Le monitoring fœtal montre un rythme cardiaque de base à 140 battements/min avec une bonne variabilité et un utérus discrètement contractile. Une antibiothérapie empirique est instaurée (amoxicilline / acide clavulanique - Augmentin® 2 g toutes les 8 heures) au vu d'une augmentation discrète de la protéine C-réactive. Une échographie abdominale ainsi qu'un abdomen sans préparation sont prescrits et confirment l'impression clinique d'occlusion intestinale. Un traitement conservateur est instauré dans l'attente d'une décision d'induction du travail d'accouchement. Le traitement conservateur consiste en une aspiration naso-gastrique douce à -30 cm H<sub>2</sub>O, une hydratation intraveineuse (2 litres de Plasma-Lyte + 1 litre de solution glucosée à 5 %/24 heures + 40 mEq de potassium/24 heures), l'administration d'anti-émétiques (métoclopramide - Primpéran® 10 mg toutes les 6 heures), d'antalgiques (paracétamol - Perfusalgan® 1g toutes les 6 heures) et d'antihistaminique H2 (ranitidine - Zantac® 50 mg toutes les 8 heures) par voie intraveineuse. Ce traitement ne sera que modérément efficace. Les symptômes sont partiellement soulagés mais l'obstruction persiste. L'induction du travail d'accouchement est faite au 5<sup>ème</sup> jour après l'admission, soit à la 36<sup>ème</sup> semaine de gestation. Un garçon en présentation céphalique de 2.660 g en bonne santé (Apgar 8 et 9 respectivement à 1 et 5 minutes) naît au terme de 15 h de travail. En post-partum immédiat, l'espoir de voir s'améliorer la situation d'obstruction après " vidange " de l'utérus gravide ne se réalise pas. Ving-quatre heures après l'accouchement, soit 6 jours après l'admission, une décision de laparotomie est prise. Cette laparotomie confirme une situation d'occlusion grêle sur bride serrée, à 40 cm de l'angle de Treitz. Une résection de 30 cm de grêle nécrosé s'avère nécessaire. En période postopératoire, la patiente est admise à l'unité des soins intensifs. Elle regagnera son domicile en bonne santé avec son bébé au 17<sup>ème</sup> jour postopératoire.

### Cas clinique n° 3

Une femme de 38 ans, G3 P2, est admise à sa 35<sup>ème</sup> semaine de gestation pour douleurs abdominales diffuses, irradiant dans le dos, suivies de vomissements à deux reprises depuis 3 heures. Les dernières selles, de couleur et de consistance normales, remontent à 36 heures. Les antécédents chirurgicaux révèlent deux laparotomies médianes, l'une pour appendicectomie dans un contexte de péritonite, la seconde pour adhésiolyse au décours d'un épisode d'obstruction grêle. L'état général est très altéré par des épisodes de douleurs évocatrices de colique néphrétique. Les paramètres de vie sont normaux (TA : 120/70 mmHg ; T : 36 °C). A l'examen physique, l'abdomen est sensible dans toutes ses régions sans défense ni rebond. Les points costo-lombaires sont négatifs. L'analyse biologique montre : Hb de 10,2 g/100 ml ; Hcrite de 29,5 % ; plaquettes de 224.000/mm<sup>3</sup> ; globules blancs de 13.000/mm<sup>3</sup> ; CRP de 0,30 mg/100 ml ; Na+ de 140 mEq/l ; K+ de 3,4 mEq/l. L'examen microscopique des urines est normal. La cardiotocographie montre un

rythme cardiaque fœtal de base à 140 battements/min avec une bonne variabilité ainsi que des contractions utérines toutes les 3 minutes. Le diagnostic initial est celui d'une crise de colique néphrétique accompagnée d'une menace d'accouchement prématuré. En dépit de l'administration intraveineuse d'anti-émétiques (métoclopramide - Primpéran® 10 mg toutes les 6 heures), de spasmolytique (buthylhyoscine - Buscopan® 20 mg toutes les 8 heures), d'antalgiques (paracétamol - Perfusalgan® 1 g toutes les 6 heures) et d'une tocolyse efficace (atosiban - Tractocile®), la patiente reste très symptomatique. Des antibiotiques sont administrés au vu du doublement de la CRP sur 18 heures de temps (amoxicilline/acide clavulanique - Augmentin® 2 g toutes les 8 heures). Une échographie abdominale ne démontre pas d'hydronéphrose mais révèle des anses grêles fortement dilatées dans la région de l'hypochondre gauche. Ces anses contiennent du liquide abondant et sont douloureuses au passage de la sonde échographique. Le diagnostic d'occlusion intestinale est suggéré. On tente de placer une aspiration naso-gastrique mais celle-ci est refusée par la patiente vu son inconfort. Une seconde échographie montre à 24 heures d'intervalle une progression importante dans le diamètre des anses grêles dilatées, sans signes de souffrance pariétale. Il est décidé au deuxième jour de son hospitalisation de procéder dans le même temps opératoire à une césarienne suivie d'une exploration abdominale. L'incision cutanée est médiane et se prolonge en sus-ombilical. Après césarienne, il est procédé à une adhésiolyse extensive accompagnée d'une vidange rétrograde des anses grêles (*milking*). L'aspiration gastrique ramène 1.500 ml de liquide fécaloïde.

Toute l'étendue du grêle est entreprise par des adhérences denses. La césarienne donne naissance à une fille prématurée de 2.622 g (Apgar 9 et 10 respectivement à 1 et 5 minutes). L'évolution postopératoire est sans complication aucune, la patiente regagne son domicile en bonne santé avec son bébé au 9<sup>ème</sup> jour postopératoire.

### DISCUSSION

Ces trois cas cliniques sont illustratifs de la difficulté de la prise en charge de l'obstruction intestinale durant la grossesse. La rareté en rend le diagnostic plus aléatoire. Nous rappelons ici quelques éléments d'anamnèse et de diagnostic qui permettent au diagnostic de ne pas s'égarer.

L'incidence d'obstruction intestinale durant la grossesse est, dans les études récentes, de 1/1.500 à 1/3.000 grossesses<sup>5</sup>. Cette incidence est en augmentation par rapport aux publications plus anciennes. La recrudescence des maladies inflammatoires du pelvis (PID) en serait en partie responsable. Environ 53-59 % des obstructions intestinales sont dues à des adhérences ou brides secondaires à des interventions chirurgicales ou à des épisodes de PID<sup>6,7</sup>. L'apparition d'occlusion intestinale sur bride varie en fonction de l'âge de gestation : 6 % seulement des occlusions intestinales surviennent au premier trimestre, alors que 27 %

s'observent au second, 44 % au troisième et 21 % en post-partum<sup>2</sup>. Dans nos trois cas, les patientes présentaient des antécédents de chirurgie abdominale à l'origine de la formation d'adhérences. Les autres causes décrites d'obstruction intestinale sont le volvulus (23 %), l'intussusception (5 %), l'hernie (3 %), les carcinomes (1 %), l'appendicite (1 %), et des causes beaucoup plus rares pour le reste (10 %)<sup>6</sup>.

L'obstruction intestinale survient le plus généralement au décours de la première grossesse qui suit une intervention chirurgicale abdominale<sup>6</sup>. Trois périodes critiques ont été identifiées durant la grossesse : entre 16 et 20 semaines, lors du mouvement ascensionnel de l'utérus du pelvis vers l'abdomen ; entre 32 et 36 semaines, lorsque la tête fœtale descend dans le pelvis et dans le post-partum immédiat, lors de la réduction soudaine de la taille de l'utérus<sup>7</sup>. Ces circonstances ont été rencontrées dans nos 3 observations.

Le diagnostic initial d'obstruction intestinale durant la grossesse est souvent erroné ou évasif. L'examen de l'abdomen est non spécifique, les analyses biologiques souvent peu concluantes. Une absence de leucocytose ne suffit pas pour écarter le diagnostic d'obstruction intestinale. *A contrario*, une élévation de la leucocytose est banale durant la grossesse, en particulier au troisième trimestre et durant le travail d'accouchement. Toutefois, une augmentation significative en quelques heures de la leucocytose est très suggestive d'obstruction intestinale<sup>2</sup>. Le premier diagnostic dans notre expérience fut tantôt une cholécystite, tantôt une gastro-entérite aiguë ou encore une colique néphrétique. Rappelons que le diagnostic d'obstruction intestinale durant la grossesse est basé sur la même triade clinique que dans la population générale : douleur abdominale, vomissement, arrêt des matières et des gaz. La difficulté diagnostique vient de ce que les nausées et vomissements sont des pathologies fréquentes et le plus souvent banales durant la grossesse : aux alentours de 16 semaines de gestation, 50 % des patientes se plaignent encore de nausées et 33 % de vomissements<sup>6</sup>. L'obstruction intestinale peut aisément être confondue avec l'*hyperemesis gravidarum*, en particulier au premier trimestre. Ainsi les réponses thérapeutiques à l'administration d'anti-émétiques sont cruciales : d'après Connolly et Perdue " Une absence de réponse aux anti-émétiques impose un bilan complémentaire approfondi et doit évoquer l'éventualité d'une occlusion intestinale en présence d'antécédents chirurgicaux à l'abdomen. Si ce diagnostic n'est pas évoqué, il ne sera jamais posé "<sup>2,6</sup>. La triade complète n'est pas toujours présente. La douleur abdominale et l'arrêt de gaz constituent des signes d'alarme suffisants pour évoquer le diagnostic d'occlusion intestinale. La douleur abdominale est présente dans 85 à 98 % des cas<sup>6,8</sup>, les vomissements dans 82 % des cas et l'arrêt des matières dans 30 %<sup>6</sup>.

L'échographie abdominale en cas de grossesse constitue l'examen diagnostique de première intention en cas de suspicion d'obstruction intestinale<sup>9-11</sup>. Il permet d'exclure une occlusion intestinale avec une sensi-



**Figure 1 :** Echographie abdominale. Dilatation des anses grêles évaluée à 3 cm de diamètre quelques heures après l'admission. Pas de souffrance pariétale ni de liquide péritonéal.



**Figure 2 :** Echographie abdominale répétée 24 heures après le premier examen. Aggravation du degré de dilatation des anses grêles évaluée à 4,3 cm.

bilité 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 pour autant que l'abondance de gaz ne gêne pas la réalisation de l'examen. Les Figures 1 et 2 montrent une progression significative du diamètre des anses dilatées en 24 heures (cas clinique n° 3). Cette évolution permet d'évaluer la pertinence du traitement conservateur et constitue un élément déterminant pour la décision chirurgicale. L'échographie permet aussi de détecter la présence ou l'abondance de liquide intra-péritonéal, évoquant une irritation péritonéale et/ou une stase intra-grêle. Elle permet de déterminer si la collection est intra-péritonéale libre ou localisée ainsi que l'endroit de localisation. Elle permet aussi d'apprécier l'épaississement pariétal de l'intestin, témoin d'une stase veineuse, d'une ischémie débutante ou d'un infarctus en cas de *volvulus* et même de localiser assez précisément le site d'obstruction intestinale. L'échographie permet enfin 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 de la patiente " est suffisant pour confirmer une occlusion intestinale.

La radiographie d'abdomen sans préparation (sensibilité : 75 % et spécificité : 53 %) est un second choix d'autant plus que les niveaux hydro-aériques 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 intraluminaire. 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. Les complications majeures qui résultent d'un diagnostic tardif sont l'ischémie intestinale et le choc septique<sup>2</sup>, le taux de mortalité maternelle pouvant s'élever entre 6 à 20 %<sup>12</sup>. Cependant le diagnostic tardif, par manque d'examen complémentaire adéquat, reste la situation la plus fréquente. Rappelons qu'une dose de 0,01 Gray (soit 10 fois la dose d'une radiographie d'abdomen sans préparation) présente un risque de malformation congénitale de 1/1.000 alors que l'incidence générale de malformation congénitale est de l'ordre de 30/1.000<sup>13</sup>. Très tôt dans le processus d'occlusion intestinale, l'abdomen sans préparation peut se révéler négatif<sup>14</sup>. Par ailleurs, plus de 20 % des radiographies d'abdomen sans préparation seraient interprétées faussement comme négatives<sup>2</sup>. Il est donc indiqué de répéter cette imagerie s'il le faut, à 12-24 heures d'intervalle.

La résonance magnétique nucléaire, si le centre en dispose ou en a un accès facile, peut être utilisée au cas par cas et 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<sup>15</sup>.

Reste enfin la tomodensitométrie (TDM) abdominale. Sa réalisation n'est pas recommandée pendant la grossesse, sauf exceptionnellement lorsque l'avantage potentiel justifie le risque encouru pour le fœtus.

En résumé, l'échographie abdominale constitue la première approche diagnostique en cas de suspicion d'obstruction intestinale pendant la grossesse. Si elle est claire et positive, l'indication de chirurgie est absolue et si elle est claire et négative, l'obstruction intestinale est exclue avec quasi certitude. En cas de doute, soit à cause de l'abondance de gaz soit à cause de l'inexpérience de l'opérateur, la résonance magnétique nucléaire est alors l'examen de choix. Dans le cas contraire, l'abdomen sans préparation sera réalisé et poursuivi par une tomodensitométrie abdominale s'il est non conclusif et ce, au cas par cas, et en étroite concertation avec l'obstétricien et le chirurgien digestif.

Nous discuterons pour conclure du traitement. La majorité des observations 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<sup>6,7,16</sup>. En retardant la prise en charge chirurgicale, cette attitude contribue cependant à l'élévation des mortalités maternelle et fœtale. En présence d'un tableau clinique fortement évocateur d'occlusion intestinale, la laparotomie doit être la règle. Le traitement chirurgical doit être entrepris dans les 72 heures pour éviter les complications majeures de nécrose, perforation et choc septique<sup>2</sup>. Une hydratation intraveineuse abondante (3 litres de solutions électrolytiques/24 h) est indispensable pour assurer le flux sanguin utérin et maintenir la vitalité fœtale jusqu'à l'intervention chirurgicale. Le reste de la surveillance pré- et postopératoire est identique aux situations de chirurgie rencontrées hors grossesse. En cas de menace d'accouchement prématuré avant 34 semaines de gestation, une tocolyse par nifédipine (Adalat®) ou atosiban (Tractocile®) est instaurée le temps de promouvoir une maturité pulmonaire fœtale par corticoïdes. L'usage de ritodrine ou de sulfate de magnésium est à éviter compte tenu des risques rencontrés d'iléus paralytique ou d'œdème pulmonaire<sup>6</sup>. Une induction du travail d'accouchement dans l'espoir de lever l'occlusion sans intervention chirurgicale ne semble pas recommandée<sup>16</sup>. Cette pratique pourrait paradoxalement augmenter le risque de strangulation intestinale en période de post-partum<sup>17</sup>.

L'abord coelioscopique durant la grossesse est de plus en plus réalisé de nos jours. Les interventions chirurgicales concernées sont la cholécystectomie, l'appendicectomie, l'annexectomie, la biopsie de foie et l'exploration de la cavité abdominale<sup>18</sup>, principalement lors des deux premiers trimestres de la grossesse. Cependant, en ce qui concerne les situations d'obstruction intestinale, l'abord par voie laparotomique avec incision cutanée médiane reste recommandée selon Sharp<sup>18</sup>.

Au terme de cette discussion, nous proposons une synthèse (Tableau 2) des principaux éléments d'anamnèse et de symptomatologie ainsi que des pièges à éviter.

## CONCLUSION

L'obstruction intestinale est une complication rare de la grossesse ; son incidence est en augmentation. La difficulté diagnostique et le retard de prise en charge peuvent être sources d'une importante morbi-mortalité fœtale et maternelle<sup>18</sup>. Le diagnostic doit être évoqué en présence de symptômes tels que nausées, vomissements, douleur abdominale et arrêt des selles, particulièrement en cas de résistance au traitement anti-émétique. La prise en charge doit être multidisciplinaire, radiologique, obstétricale et chirurgicale. Dans le premier et second trimestre, une laparotomie sera pratiquée dans le but de lever l'occlusion et la grossesse poursuivie sous haute surveillance jusqu'à son terme. Dans le troisième trimestre et à terme, une césarienne avec incision cutanée médiane sera pratiquée et, dans le même temps, le geste chirurgical qui lèvera l'occlusion. Dans tous les cas, le geste chirurgical devrait

**Tableau 2 : Occlusion intestinale et grossesse. Diagnostic, traitement et pièges à éviter.**

**Diagnostic**

- Eléments d'anamnèse : antécédents de chirurgie abdominale ou de PID
- Périodes critiques de la grossesse : 16-20 semaines, dernier trimestre et post-partum
- Triade symptomatologique : vomissements ; arrêt des selles et des gaz ; douleurs abdominales
- Evolution au traitement anti-émétique : persistance des vomissements
- Examens complémentaires : abdomen à blanc (à répéter si " négatif " à l'admission), monitoring échographique abdominal

**Principes de traitement**

- Jusque 26 semaines : laparotomie avec levée de l'occlusion, poursuite de la grossesse jusqu'à son terme si possible
- Entre 26 et 34 semaines : 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

**Pièges à éviter**

1. Traitement conservateur au-delà de 72 heures sans levée de l'occlusion
2. Postposer le traitement en post-partum après induction de l'accouchement par voie vaginale

Intervenir endéans les 72 heures qui suivent l'admission de la patiente.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Houston J : Cited by Hansen FA : Intestinal obstruction in the fourth month of pregnancy due to adhesions. J Iowa Med Soc 1941 ; 31 : 23-41
2. Connolly MM, Unti JA, Nora PF : Bowel obstruction in pregnancy. Surg Clin North Am 1995 ; 75 : 101-3
3. Smith JA, Bartlett MK : Acute surgical emergencies of the abdomen in pregnancy. N Engl J Med 1940 ; 223 : 529-31
4. Coughlan B, O'Herlihy C : Acute intestinal obstruction during pregnancy. J Coll Surg Edinb 1978 ; 23 : 175-7
5. Coleman MT, Triano VA, Rund DA : Nonobstetric emergencies in pregnancy : trauma and surgical conditions. Am J Obstet Gynecol 1997 ; 177 : 497-502
6. Perdue PW, Johnson HW, Stafford PW : Intestinal obstruction complicating pregnancy. Am J Surg 1992 ; 164 : 384-8

7. Goldthorp WO : Intestinal obstruction during pregnancy and puerperium. Br J Clin Pract 1966 ; 20 : 368-76
8. Beck WW : Intestinal obstruction in pregnancy. Obstet Gynecol 1974 ; 43 : 374-8
9. Bourque MR, Gibbons JM : Intussusception causing intestinal obstruction in pregnancy. Conn Med 1979 ; 43 : 130-3
10. Scheible W, Goldbergre LE : Diagnosis of small bowel obstruction : The contribution of diagnostic ultrasound. AJR 1979 ; 133 : 685-8
11. 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 2003 ; 80 : 540-5
12. 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 : 812-3
13. Mole RH : Radiation effects on prenatal development and their radiologic significance. Br J Radiol 1979 ; 52 : 89-101
14. Mc Corrison CC : Nonobstetric abdominal surgery during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1963 ; 86 : 593-9
15. 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
16. Meyerson S, Holtz T, Ehrinpreis M, Dhar R : Small bowel obstruction in pregnancy. Am J Gastroenterol 1995 ; 90 : 299-302
17. Donaldson DR, Parkinson DJ : Intestinal obstruction in pregnancy. J Coll Surg Edinb 1986 ; 30 : 156-8
18. Sharp TH : The acute abdomen during pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2002 ; 45 : 405-41

**Correspondance et tirés à part :**

N. TWITE  
C.H.I.R.E.C., Site de Braine-l'Alleud/Waterloo  
Rue Wayez 35  
1420 Braine-l'Alleud

Travail reçu le 5 novembre 2004 ; accepté dans sa version définitive le 14 mars 2005.