

Chirurgie digestive chez la femme enceinte

Digestive surgery in pregnancy

Frédéric Bretagnol*

Les indications de chirurgie abdominale chez la femme enceinte sont dans la très grande majorité des urgences. En dehors des causes obstétricales (hématome rétroplacentaire, hématome sous-capsulaire du foie, rupture utérine, etc.), il s'agit principalement de l'appendicite, de pathologies vésiculaires (lithiase vésiculaire, cholécystite), de pathologies annexielles (tumeur bénigne ou maligne, torsion) ou d'occlusions digestives.

Ainsi, une pathologie abdominale aiguë de cause non obstétricale complique environ 1 grossesse sur 500, avec une indication chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas (1). Les principales étiologies sont l'appendicite aiguë et la cholécystite aiguë (1).

Les particularités anatomiques et les modifications physiologiques de la grossesse donnent une présentation clinique parfois trompeuse et nécessitent une prise en charge double, à la fois chirurgicale et obstétricale, spécifique en fonction du terme de la grossesse.

Spécificités chez la femme enceinte

L'anesthésie chez la femme enceinte doit inclure, en plus de ceux liés à la pathologie, des impératifs spécifiques liés à la grossesse qui sont : les modifications de la physiologie maternelle du fait de la grossesse, les effets tératogènes possibles des agents anesthésiques pendant la période d'organogenèse des 3 premières semaines de la grossesse, la stabilité de la perfusion utérine et de l'oxygénation du fœtus et, enfin, la prévention et le traitement d'un éventuel accouchement prématuré (2).

De plus, il faut souligner les modifications des rapports anatomiques dus à la croissance de l'utérus gravide qui peuvent gêner non seulement l'abord mais aussi modifier la situation normale des organes intra-abdominaux, comme, par exemple, l'appendice, qui est souvent refoulé vers le haut, ainsi que les anses grêles, qui deviennent souvent

sus-mésocoliques. En effet, l'utérus est pelvien au premier trimestre de la grossesse, puis ses rapports deviennent progressivement abdominaux. Au-delà de 20 semaines d'aménorrhée (SA), le fond utérin atteint l'étage mésocolique.

Ainsi, lorsqu'une indication chirurgicale est retenue, la question de la voie d'abord se pose, à savoir chirurgie ouverte ou laparoscopie. Cette dernière voie d'abord est maintenant largement utilisée, car on retrouve tous les bénéfices bien connus de cette chirurgie mini-invasive en termes de diminution de la douleur postopératoire, de mobilisation précoce et de durée d'hospitalisation, mais aussi, plus spécifiquement, de réduction du risque thromboembolique et du risque d'hypoventilation maternelle postopératoire.

L'abord laparoscopique nécessite aussi de prêter une attention particulière au risque de plaie utérine, d'insufflation intra-amniotique et de fœtotoxicité du CO₂. Il est plutôt recommandé de réaliser une open coelioscopie pour la création du pneumopéritoine, particulièrement après 14 SA. La pression d'insufflation lors de l'open coelioscopie ne doit pas dépasser 12 mmHg. Concernant la date de la chirurgie, si l'intervention peut être retardée (ce qui est rarement le cas dans l'urgence), il est préférable de la réaliser à partir du deuxième trimestre, une fois l'organogenèse terminée.

L'installation des trocarts dépend à la fois de l'acte chirurgical réalisé et du terme de la grossesse. Au début du premier trimestre, toutes les techniques sont possibles ; mais, dès le deuxième trimestre, il faudra envisager une technique *open* ou un abord dans l'hypocondre gauche afin de faciliter le geste et de minimiser le risque de plaie utérine. Plus la grossesse est évoluée, plus l'open coelioscopie est recommandée et plus le trocart médian doit être placé haut. Pour une coelioscopie effectuée à partir du deuxième trimestre de la grossesse, la patiente doit être installée sur une table avec du roulis vers la gauche de façon à limiter le risque de compression de la veine cave inférieure par l'utérus.

* Service de chirurgie digestive,
hôpital Louis-Mourier (AP-HP),
Colombes.

Mots-clés

Urgences
abdominales
chirurgicales

Grossesse

Chirurgie

Laparoscopie

Points forts⁺⁺

- » Les indications de chirurgie abdominale chez la femme enceinte sont surtout des urgences qui nécessitent une prise en charge chirurgicale et obstétricale.
- » Les principales pathologies sont l'appendicite aiguë et la pathologie vésiculaire.
- » Durant la grossesse, il faut tenir compte des spécificités anesthésiques, mais aussi des modifications des rapports anatomiques dues à la croissance de l'utérus.
- » L'appendicite doit être systématiquement évoquée en cas de douleur abdominale aiguë.
- » La lithiase vésiculaire symptomatique est associée à un risque de pancréatite aiguë lithiasique de 10 % et à un risque de fausse couche de 10 à 20 %. Le traitement standard est la cholécystectomie laparoscopique, qui doit être faite au premier ou au deuxième trimestre.

Highlights

» *Indications for abdominal surgery during pregnancy are mainly abdominal emergencies requiring both surgical and obstetrical management.*

» *Acute appendicitis and acute calculous cholecystitis are the most common abdominal emergencies.*

» *Management includes pregnancy-induced anatomical and anesthesiological modifications.*

» *Appendicitis must be systematically diagnosed in case of acute abdominal pain during pregnancy.*

» *Lithiasic pathology is associated with higher risk of pancreatitis (10%) and abortion (10-20%). It justifies laparoscopic cholecystectomy from the first trimester through the early part of the third trimester.*

Keywords

*Surgical abdominal
emergencies*

Pregnancy

Surgery

Laparoscopy

Lorsqu'il y a un risque d'accouchement prématuré, il faut l'anticiper en transférant la patiente dans un centre disposant d'un service de maternité adapté, et contrôler, par échographie, les bruits du cœur du fœtus témoignant de sa vitalité, avant et après l'intervention chirurgicale. Il est à noter que la plupart des produits anesthésiques franchissent la barrière hématoplacentaire, induisant souvent une baisse transitoire du rythme cardiaque du fœtus après l'opération.

Pathologies

Appendicite aiguë

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale non obstétricale la plus fréquente chez la femme enceinte. Son incidence au cours de la grossesse est faible, de l'ordre de 0,2 %. L'incidence est plus importante au cours du deuxième trimestre de la grossesse (3).

L'appendicite aiguë est, chez la femme enceinte, une affection grave, du fait de la fréquence des formes compliquées et de la possibilité d'une péritonite, le plus souvent due à un retard diagnostique. Les difficultés diagnostiques, surtout aux deuxième et troisième trimestres, sont dues à une symptomatologie trompeuse et fruste associée à des modifications de la situation anatomique de l'appendice, qui remonte au fur et à mesure de la grossesse. Des contractions utérines sont très fréquemment associées (80 % de contractions prématurées en cas de péritonite localisée), et le taux d'accouchement prématuré au cours du troisième trimestre peut dépasser 50 %.

L'échographie est l'élément déterminant du diagnostic et doit être proposée en première intention. Elle permet d'écartier la possibilité d'une pathologie annexielle ou obstétricale associée, et de documenter la grossesse en précisant l'âge gestationnel et la vitalité fœtale. Lorsqu'elle n'est pas concluante, il faut avoir recours à l'IRM ou, si celle-ci est contre-indiquée, au scanner.

Le traitement est chirurgical et consiste en une appendicectomie. Plus le terme est avancé, plus un geste à l'étage sus-mésocolique est difficile. Les manipulations utérines doivent être évitées. Les

complications chirurgicales pendant la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

La voie d'abord pour réaliser l'appendicectomie reste controversée du fait du manque de données sur les conséquences de la laparoscopie sur le déroulement de la grossesse. Une incision de Mac Burney permet de pratiquer l'appendicectomie au premier trimestre. Aux 2 derniers trimestres, l'incision doit être plus haute, située dans le flanc droit. Au-delà de 20 SA, l'utérus pelvien devient abdominal. Dans les péritonites diffuses, l'incision médiane à cheval sur l'ombilic permet l'exploration de l'ensemble de la cavité péritonéale. Comme nous le disions précédemment, la question de la faisabilité d'un abord par laparoscopie chez les patientes enceintes se pose. Il y a un risque de blessure utérine lors de l'introduction des trocarts. Sur le plan technique, la patiente est installée en décubitus dorsal avec un roulis vers la gauche de 20 degrés pour favoriser le retour cave et l'accès à l'appendice. Le fond utérin doit être repéré à la palpation (4).

L'utilisation d'une technique d'*open* coelioscopie pour la réalisation du pneumopéritoine est recommandée afin de limiter le risque de perforation utérine et de plaie digestive, en particulier au cours du troisième trimestre. Le trocart de la caméra est placé entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Le positionnement des trocarts doit respecter l'ergonomie tout en s'adaptant au volume utérin afin d'éviter les manipulations utérines inutiles.

Plusieurs études ont montré que les femmes enceintes pouvaient être opérées par laparoscopie de façon sécurisée aux différents trimestres de la grossesse, sans augmentation du risque maternel ou fœtal (3). Une conversion en laparotomie doit être réalisée dès que le geste laparoscopique est jugé dangereux ou impossible.

Une méta-analyse de 11 études comparatives non randomisées remet les avantages de la coelioscopie en cause (5). Le taux de pertes du fœtus serait plus élevé avec la coelioscopie qu'avec la laparotomie, avec un risque relatif de 0,91 (IC₉₅ : 1,31-2,77). Cependant, 92 % des 3 415 femmes enceintes opérées incluses étaient issues de la même étude, laquelle avait conclu à un effet délétère de la coelioscopie. Si on exclut cette étude, l'effet délétère de la coelioscopie disparaît.

Une étude récente a confirmé la faisabilité ainsi que les excellents résultats opératoires de l'appendicectomie laparoscopique (6).

Cholécystite aiguë

La lithiase vésiculaire symptomatique et la cholécystite aiguë sont la deuxième cause d'urgence abdominale non obstétricale. Son incidence est de 1 cas pour 1 600 à 10 000 femmes enceintes. Une lithiase vésiculaire est retrouvée chez 3,5 à 10 % des femmes enceintes (7). De plus, une lithiase vésiculaire symptomatique est associée à un risque de pancréatite aiguë lithiasique d'environ 10 %, avec un risque de fausse couche de 10 à 20 % (8).

La symptomatologie est similaire à celle retrouvée chez les patientes non enceintes. L'échographie est la méthode diagnostique préférée, car elle est non invasive, non irradiante et facile à réaliser.

La chirurgie est le traitement de première intention. Elle permet de réduire le recours aux traitements médicamenteux et diminue le taux de récidives, qui varie de 44 à 92 % selon le terme de la grossesse en l'absence de cholécystectomie (9). Elle réduit la durée d'hospitalisation et l'apparition de complications graves telles qu'un sepsis ou une péritonite biliaire.

Une première méta-analyse, très récente, a comparé la voie ouverte à la laparoscopie (10). À partir de 11 études comparatives, soit 10 632 patientes, les auteurs ont montré que la laparoscopie était associée à un risque significativement plus faible de complications maternelles et fœtales que la laparotomie. Le risque de conversion était de 3,8 %. Les auteurs soulignaient aussi qu'il était préférable de réaliser la chirurgie au premier ou au deuxième trimestre.

Occlusion intestinale

L'occlusion intestinale est la troisième urgence abdominale non obstétricale en cours de grossesse, avec une fréquence de 1 cas pour 1 500 à 16 000 grossesses. Une occlusion intestinale sur bride est retrouvée dans 70 % des cas (11). L'étiologie retrouve un volvulus du grêle dans 25 % des cas, alors que, chez les patientes non enceintes, son incidence est inférieure à 1 %. Le risque de volvulus du cæcum augmente particulièrement avec le terme de la grossesse et au moment de l'accroissement rapide de la taille de l'utérus entre 16 et 20 SA (l'utérus devient intra-abdominal), entre 32 et 36 SA (lorsque le fœtus se positionne dans le pelvis) et en post-partum, où

l'utérus se rétracte rapidement. Les autres causes d'occlusion, plus rares, sont l'invagination intestinale, l'étranglement herniaire, les cancers et les diverticulites.

P.W. Perdue et al. (12) ont décrit une mortalité maternelle globale élevée, de 6 %, une mortalité fœtale de 26 % et un taux de résection intestinale de 23 %. Actuellement, il semble que les résultats soient meilleurs du fait d'une amélioration des performances diagnostiques et thérapeutiques. Typiquement, les symptômes sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse : arrêt des gaz et vomissements.

Sur le plan de l'imagerie, l'abdomen sans préparation (ASP) confirme le diagnostic en objectivant des niveaux hydroaériques. Un scanner abdominopelvien peut être réalisé en cas de doute diagnostique.

La conduite à tenir est la même qu'en dehors de la grossesse. Un traitement médical (jeûne strict avec la mise en place d'une sonde nasogastrique en aspiration douce, rééquilibration hydroélectrolytique) doit être instauré en l'absence de signes de gravité clinique, biologique ou d'imagerie. L'absence d'amélioration clinique ou la présence de signes de gravité (fièvre, douleur abdominale non résolutive, signes de souffrance intestinale à l'imagerie, etc.) sont des indications chirurgicales. Comme en dehors de la grossesse, la place de la laparoscopie est discutée, en raison du risque de plaie digestive liée à la distension des anses intestinales. Il est donc souvent recommandé de pratiquer une laparotomie médiane, dont la hauteur sera adaptée au terme de la grossesse.

Conclusion

La grossesse est à l'origine de modifications anatomiques et physiologiques qui peuvent expliquer les difficultés et, parfois, le retard diagnostiques. Devant toute douleur abdominale, il faut commencer par éliminer la possibilité d'une urgence obstétricale. L'échographie pelvienne et l'examen cyto bactériologique des urines doivent être systématiques. Les principales pathologies amenant à discuter d'une chirurgie au cours de la grossesse sont l'appendicite aiguë et la pathologie vésiculaire. La laparoscopie est largement utilisée en première intention, avec tous les bénéfices liés à la chirurgie mini-invasive et un risque de fausse couche et d'accouchement prématuré comparable à la chirurgie ouverte. La prise en charge doit associer une équipe chirurgicale spécialisée et un service de maternité adaptée. ■

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L et al. Abdominal emergencies during pregnancy. *J Visc* 2015;152(6 Suppl):S105-15.
2. Fournier A, Laffitte A, Parant O et al. Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse. In: *Encyclopédie médico-chirurgicale : gynécologie-obstétrique*, 1999.
3. Cilo NB, Amini D, Landy HJ. Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52(4):586-96.
4. Sadot E, Telem DA, Arora M, Butala P, Nguyen SQ, Divino CM. Laparoscopy: a safe approach to appendicitis during pregnancy. *Surg Endosc* 2010;24:383-9.
5. Wilasrusmee C, Sukrat B, McEvoy M, Attia J, Thakkestian A. Systematic review and meta-analysis of safety of laparoscopic versus open appendectomy for suspected appendicitis in pregnancy. *Br J Surg* 2012;99(11):1470-9.
6. Cheng HT, Wang YC, Lo HC. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy in pregnancy: a population-based analysis of maternal outcome. *Surg Endosc* 2015;29(6):1394-9.
7. Basso L, McCollum PT, Darling MR et al. A study of cholelithiasis during pregnancy and its relationship with age, parity, menarche, breast-feeding, dysmenorrhea, oral contraception and a maternal history of cholelithiasis. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175(1):41-6.
8. Scott LD. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992;21(4):803-15.
9. Dhupar R, Simaldone GM, Hamad GG. Is there a benefit to delaying cholecystectomy for symptomatic gallbladder disease during pregnancy? *Surg Endosc* 2010;24(1):108-12.
10. Sedaghat N, Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic versus open cholecystectomy in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc* 2016. [Epub ahead of print]
11. Yahchouchy E, Zaarour P, Prove S, Fingerhut A. Recurrent idiopathic small bowel volvulus during pregnancy. *ANZ J Surg* 2001;71(3):193-4.
12. Perdue PW, Johnson HW Jr, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg* 1992;164(4):384-8.