

**LETTRE A LA REDACTION**

# **V**olvulus du grêle et grossesse: A propos de un cas.

## **Small bowel volvulus during pregnancy. A case report**

H. EL BOUHADDOUTI<sup>2</sup>, M.A. SLAOUI<sup>1</sup>, J. LAMRANI<sup>2</sup>, M. MARJANI<sup>1</sup>, A. LOUCHI<sup>2</sup>,  
H. BOUGUERN<sup>1</sup>, C. BOUCHIKHI, H. CHAARA, A. BANANI<sup>1</sup>, MY A. MELHOUF<sup>1</sup>

1-Service de gynécologie-obstétrique, CHU Hassan II Fès

2-Service de chirurgie viscérale, CHU Hassan II Fès.

### **RESUME**

L'obstruction intestinale au cours de la grossesse est rare et difficile à diagnostiquer. Elle peut s'accompagner d'une mortalité maternelle et foetale importante. Le traitement chirurgical reste la méthode de choix quelque soit le terme de la grossesse pour améliorer le pronostic et éviter les complications redoutables. Nous rapportons l'observation d'une patiente qui a présenté un volvulus du grêle lors d'une grossesse à terme.

### **SUMMARY**

Intestinal obstruction is rare but serious in pregnancy. Both the mother and foetus may be severely affected and even die. Surgery remains the best choice in all the pregnancy to embetter the prognosis and avoid any potential complications. We report a case of patient that has undergone volvulus of small bowel during the end of her pregnancy.

**Mots clés :** *volvulus, grossesse, bride*, **Keywords :** *volvulus, pregnancy, bride*

**Correspondance :** Hicham EL BOUHADDOUTI Email: [h.elbouhaddouti@yahoo.fr](mailto:h.elbouhaddouti@yahoo.fr)

**INTRODUCTION:**

L'occlusion digestive complique rarement une grossesse; cependant, elle engage systématiquement le pronostic vital de la mère et de l'enfant, le retard du diagnostic étant une constante dans la littérature.

L'incidence des occlusions grêliques et coliques durant la grossesse, telle qu'elle est rapportée dans la littérature, varie entre 1 sur 66343 et 1 sur 1500 [1]. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'accroissement du nombre d'interventions chirurgicales (appendicectomie) pratiquées chez les jeunes filles au cours de ces dernières décennies et par la recrudescence des maladies inflammatoires du pelvis [1, 2].

Cet article se propose à travers un cas clinique de revoir les données de la littérature et d'engager les principes généraux de prise en charge et de traitement.

**OBSERVATION:**

Une patiente de 28 ans, primigeste, à terme, appendicectomisée à l'âge de 8 ans, qui a un kyste hydatique du foie (KHF) évolutif depuis 5 ans, est admise aux urgences pour douleur épigastrique modérée depuis deux jours avec un épisode de vomissement sans trouble de transit. La patiente ne rapporte aucun épisode d'hématémèse ni de méléna. Elle n'avait pas de contractions utérines, ni de pertes vaginales, ni d'issue de liquide amniotique.

La patiente était en bon état général, apyrétique et normotendue. A l'examen physique, on a noté une cicatrice de Mac Burney de 7 cm environ, avec la présence à la palpation abdominale d'une défense de l'hypocondre droit et de l'épigastre.

L'examen obstétrical a retrouvé une hauteur utérine à 30 cm, les bruits du cœur fœtal étaient réguliers à 130 battements par minute. Au toucher vaginal, la présentation était céphalique haute avec un col long postérieur.

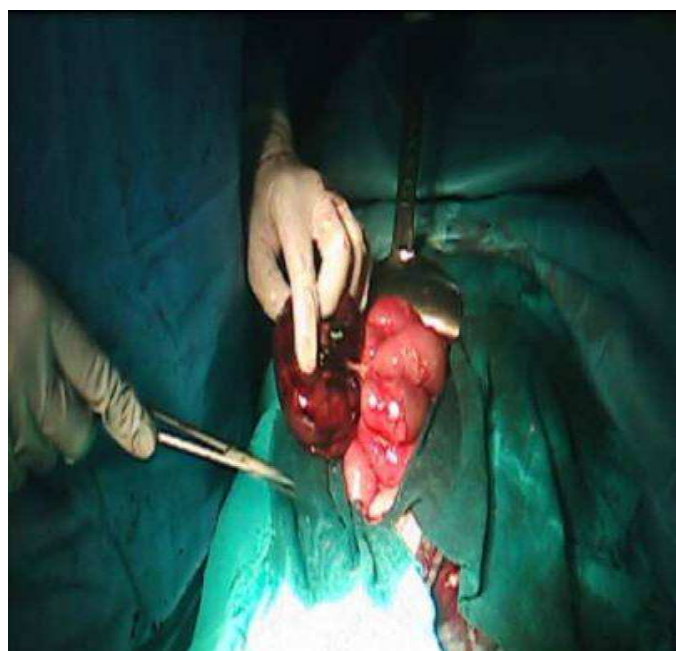
La biologie a montré une hyperleucocytose à 17000 éléments/mm<sup>3</sup>, une CRP à 80 mg/l, une hémoglobine à 12 g/dl, une lipasémie normale éliminant le diagnostic de pancréatite, et une fonction rénale normale.

L'échographie obstétricale était normale. L'échographie abdominale a objectivé un kyste

hydatique du foie mesurant 19 cm avec un épanchement finement échogène en péri hépatique évoquant une rupture du KHF dans le péritoine.

Nous avons par conséquent indiqué une laparotomie en urgence pour le traitement du KHF et dans le même temps opératoire une césarienne. L'incision est médiane sous-ombilicale et se prolonge de 3 cm en sus-ombilical. Après l'extraction fœtale (un garçon de 3000 g, eutrophique (Apgar à 10)).

L'exploration du reste de l'abdomen trouve un épanchement trouble avec des anses distendues en amont de 40 cm d'anses grêliques volvulées et nécrosées en rapport avec une bride grélo-grêlique. Ce volvulus grêlique était situé à 2m40 de l'angle de TREITZ et à 60cm de la valvule iléo-caecale (figures 1, 2).



**Figure 1 :** Volvulus grêle sur bride grélo-grêlique

L'exploration du foie a montré un kyste hydatique du foie droit intact. Une résection grêlique a été réalisée avec une double stomie au niveau de la fosse iliaque droite. L'évolution post-opératoire était simple, la patiente a quitté l'hôpital à J5 puis a été revue en consultation après un mois et après 2 mois.

Elle est en attente d'une chirurgie de rétablissement de continuité digestive ainsi que le traitement du kyste hydatique.



**Figure 2** : grêle nécrosé à gauche.  
Utérus post gravidique à droite.

## DISCUSSION :

L'incidence de l'obstruction intestinale durant la grossesse, dans les études les plus récentes, est de 1/1500 à 1/3000 grossesses [2]. Environ 53-59% des obstructions intestinales sont dues à des adhérences ou brides secondaires à des interventions chirurgicales antérieures ou des épisodes des maladies inflammatoires du pelvis [3].

Les autres étiologies sont par ordre de fréquence: le volvulus intestinal (25%), l'invagination intestinale aiguë (5%), la hernie étranglée (1,4%), l'appendicite aiguë (0,5%) [4]. La répartition en fonction du trimestre de grossesse se fait comme suit: 6% au premier trimestre, 27% au second, 44% au troisième et 21% pendant le post-partum [1].

Dans notre observation, la patiente avait un antécédent de chirurgie abdominale à l'origine de la formation des adhérences. Le diagnostic clinique d'occlusion s'appuie sur les quatre signes cardinaux : douleur abdominale, vomissements, distension abdominale et arrêt des matières et des gaz. Or, il est courant d'observer un ou plusieurs de ces symptômes au cours de la grossesse. Tout cela rend compte de la difficulté du diagnostic clinique (4 cas de diagnostic erroné sur 9 patientes dans la série de MEYRESON et al.) et d'un retard constant de la prise en charge [5].

La douleur abdominale et l'arrêt des gaz constitueront des signes d'alarme suffisants pour évoquer le diagnostic d'occlusion. La douleur abdominale est présente dans 85-98% des cas, les vomissements dans 82% des cas et l'arrêt des matières dans 30% des cas [4, 6]. La biologie est également modifiée par la gestation: une leucocytose est courante au cours des deux derniers trimestres. L'échographie abdominale au cours de la grossesse constitue l'examen diagnostique de première intention en cas de suspicion d'obstruction intestinale [7, 8]. Il permet:

- d'exclure une occlusion intestinale avec une sensibilité de 89% et une spécificité de 100%,
- de suivre l'évolution de la dilatation des anses intestinales,
- de détecter la présence ou l'abondance du liquide intrapéritonéal,
- d'apprécier l'épaississement pariétal témoin d'une stase veineuse, d'une ischémie ou d'infarctissement en cas de volvulus.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (avec une sensibilité de 75% et une spécificité de 53%) est réalisée malgré la grossesse devant les risques élevés de morbidité et de mortalité de l'occlusion intestinale [9]. Dans les formes débutantes, la radiographie est peu contributive, il est indiqué de la refaire à 12h à 24h d'intervalle [2].

Le scanner conserve tout son intérêt comme « gold standard » dans l'exploration des syndromes occlusifs, compte tenu de son caractère irradiant, on doit le remplacer chaque fois que possible par une technique non ionisante.

L'imagerie par résonance magnétique peut être utilisée au cas par cas du fait de son innocuité pour le fœtus au-delà du premier trimestre et des informations qu'elle peut procurer [2].

Le traitement des occlusions sur brides de la femme enceinte n'est pas consensuel, la grossesse constituant en elle-même une cause complémentaire à l'obstruction. En présence d'un tableau évocateur d'occlusion intestinale, la chirurgie doit être la règle. Elle est précédée comme pour toute occlusion intestinale, d'une réanimation préopératoire indispensable faite d'une hydratation intraveineuse abondante. Cette intervention faite au temps opportun diminuerait la mortalité maternelle et fœtale [10].

En cas de menace d'accouchement prématurée, la tocolyse par la nifédipine ou atosiban est instaurée le temps d'administrer à la patiente une cure de corticothérapie.

## CONCLUSION :

Une occlusion intestinale complique rarement une grossesse, c'est une urgence diagnostique et thérapeutique qui doit être évoquée et discutée devant toute symptomatologie digestive; surtout si la patiente a un antécédent de chirurgie abdominale.

L'errance diagnostique et le retard thérapeutique sont les principaux facteurs de morbidité et mortalité maternelle et fœtale [2].

La prise en charge doit être multidisciplinaire par un radiologue, un obstétricien, un réanimateur et un chirurgien.

7. Bourque, M.R. and J.M. Gibbons, Jr., *Intussusception Causing Intestinal Obstruction in Pregnancy*. Conn Med, 1979. 43(3): p. 130-3.

8. Musoke, F., M.G. Kawooya, and E. Kiguli-Malwadde, *Comparison between Sonographic and Plain Radiography in the Diagnosis of Small Bowel Obstruction at Mulago Hospital, Uganda*. East Afr Med J, 2003. 80(10): p. 540-5.

9. Watanabe, S., Y. Otsubo, T. Shinagawa, and T. Araki, *Small Bowel Obstruction in Early Pregnancy Treated by Jejunotomy and Total Parenteral Nutrition*. Obstet Gynecol, 2000. 96(5 Pt 2): p. 812-3.

10. Donaldson, D.R. and D.J. Parkinson, *Intestinal Obstruction in Pregnancy*. J R Coll Surg Edinb, 1985. 30(6): p. 372-4.

## REFERENCES

### BIBLIOGRAPHIQUES

1. Twite, N., C. Jacquet, S. Hollemaert, et al., *[Intestinal Obstruction in Pregnancy]*. Rev Med Brux, 2006. 27(2): p. 104-9.

2. Juglard, R., A. Rimbot, A. Marty, et al., *[Bowel Obstruction in Pregnancy: Value of Single Shot Fast Spin Echo Mr Sequence (Ss-Fse)]*. J Radiol, 2003. 84(12 Pt 1): p. 1986-8.

3. Coleman, M.T., V.A. Trianfo, and D.A. Rund, *Nonobstetric Emergencies in Pregnancy: Trauma and Surgical Conditions*. Am J Obstet Gynecol, 1997. 177(3): p. 497-502.

4. Perdue, P.W., H.W. Johnson, Jr., and P.W. Stafford, *Intestinal Obstruction Complicating Pregnancy*. Am J Surg, 1992. 164(4): p. 384-8.

5. Meyerson, S., T. Holtz, M. Ehrinpreis, and R. Dhar, *Small Bowel Obstruction in Pregnancy*. Am J Gastroenterol, 1995. 90(2): p. 299-302.

6. Beck, W.W., Jr., *Intestinal Obstruction in Pregnancy*. Obstet Gynecol, 1974. 43(3): p. 374-8.