

ITEM 25 : douleur abdominale aiguë de la femme enceinte (T2 et T3)

RÉFLÈXE devant une douleur abdominale de la femme enceinte : évoquer en 1^{er} par argument de gravité

T1	T2 et T3
grossesse extra-utérine (même en absence de ECNi 2019 métrorragies)	hématome rétro-placentaire

étiologies obstétricales	
hématome rétro-placentaire	<ul style="list-style-type: none"> - à évoquer : systématiquement dans la 2^{ème} moitié de la grossesse - facteurs de risque : ++ - diagnostic clinique : triade = douleur abdominale en coup de poignard + contracture utérine + métrorragies - retentissement : anomalies du rythme cardiaque fœtal constantes ou mort fœtale <i>in utero</i> - pronostic : mise en jeu immédiate du pronostic vital fœtal et parfois maternel / urgence +++
HELLP syndrome	<ul style="list-style-type: none"> - à évoquer : contexte d'HTA gravidique ou de prééclampsie, mais parfois inaugural - diagnostic clinique : douleur épigastrique ou de l'hypochondre droit - diagnostic biologique : +++ - pronostic : mise en jeu du pronostic vital fœtal et maternel / urgence +++
rupture utérine	<ul style="list-style-type: none"> - à évoquer : patiente ayant un utérus cicatriciel (ATCD de césarienne) et en cours de travail - circonstance de survenue : possible mais exceptionnel en dehors du travail - diagnostic clinique : douleur brutale + déformation utérine + métrorragie de sang rouge - retentissement : anomalie du rythme cardiaque fœtal constantes ou MFIU - pronostic : mise en jeu immédiate du pronostic vital fœtal et parfois maternel / urgence +++
MAP ou début de travail	<ul style="list-style-type: none"> - à évoquer : douleurs intermittentes et régulières avant 37 SA (MAP) ou après 37 SA (travail) - diagnostic clinique : TV pour évaluer les modifications cervicales - retentissement : RCF normal - pronostic : mise en jeu du pronostic néonatal possible en fonction du terme (MAP) / urgence +++
chorioamniotite	<ul style="list-style-type: none"> - à évoquer : contexte de rupture prématurée des membranes - diagnostic clinique : douleur + fièvre + contractions utérines - retentissement : RCF retrouvant une tachycardie fœtale

- bilan biologique : syndrome inflammatoire
- examens complémentaires : PV, ECBU, hémocultures à réaliser avant l'antibioprofylaxie probabiliste

étiologies gynécologiques

Critères diagnostiques : semblables chez la femme enceinte et non enceinte

MAIS : grossesse peut rendre l'examen clinique plus difficile et masquer une défense abdominale

β-hCG (! à ne pas faire) : positives et n'aident donc pas au diagnostic !

N.-B. : la salpingite et l'endométrite n'existent pas chez la femme enceinte !

- pronostic : mise en jeu du pronostic de l'ovaire = **urgence +++**
- survenue : plus fréquente aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres
- intervention : doit avoir lieu dans les 6h pour préserver l'ovaire
- coelioscopie : généralement possible jusqu'à 28 SA

- survenue : plus fréquente aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres

- survenue : plus fréquente aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres

- fibrome postérieur : peut être difficile à visualiser en échographie et une TDM peut parfois être nécessaire
- survenue : à n'importe quel stade de la grossesse

étiologies urinaires

Critères diagnostiques : identiques chez la femme enceinte et non enceinte

!!!! Pathologies urinaires : peuvent déclencher une menace d'accouchement prématuré ++

- **△□** : la grossesse augmente les fréquences d'infections urinaires
- **NPO associations fréquentes** : infection urinaire et MAP / infection urinaire et diabète

- uroscanner : possible si l'échographie n'est pas contributive

- **△□** : dilatation pyélocalicelle modérée physiologique (< 20 mm) est fréquente chez la femme enceinte, en particulier à droite du fait de la dextrorotation physiologique de l'utérus !

étiologies digestives

Critères diagnostiques : identiques chez la femme enceinte et non enceinte

Échographie : PAS toujours très performante du fait de la grossesse et le scanner abdominal injecté est possible à tout âge de la grossesse (rapport bénéfice/risque)

!!!! Pathologies digestives : peuvent déclencher une menace d'accouchement prématuré ++

- **△□** : signes fonctionnels et examen abdominal = peuvent être atténués ou trompeurs chez les femmes enceintes, en particulier en cas d'appendicite
- **diagnostic clinique** : douleur ascensionnée / point de McBurney ou douleur diffuse ou contractions utérines au premier plan (dues à l'irritation péritonéale)
- **signe négatif** : absence de défense
- **△□** : appendicite / péritonite peut être un facteur déclenchant de menace d'accouchement prématuré (par irritation péritonéale de contact)

- diagnostic : seul le dosage de la lipasémie est recommandé (pas d'amylasémie)

- penser : risque de transmission maternofoetale

- diagnostic clinique : peut entraîner des douleurs très intenses chez la femme enceinte, parfois associée à une ascension trompeuse de la CRP

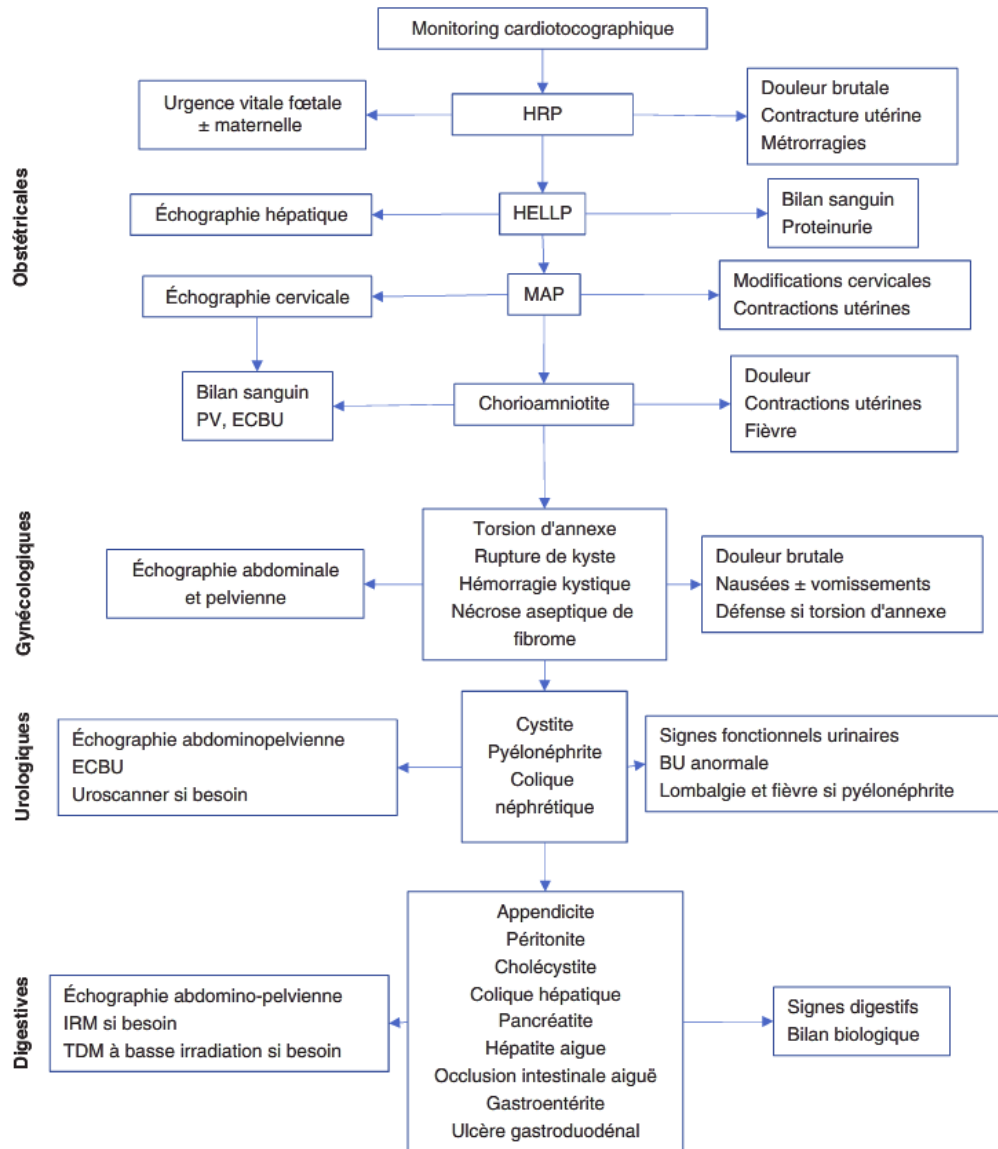
- spasmes intestinaux sont parfois hyperalgiques
- confusion avec HELLP syndrome est possible

- **△□** confusion possible avec la barre épigastrique du HELLP syndrome !

Prise en charge des situations d'urgence

!! Hiérarchisation

1. causes mettant en jeu le pronostic vital immédiat (hématome rétro-placentaire)
2. causes mettant en jeu le pronostic vital de façon différée (HELLP syndrome)
3. causes mettant en jeu le pronostic fonctionnel (torsion d'annexe)
4. autres causes



prise en charge d'une douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte

En urgence, rechercher les étiologies mettant en jeu le pronostic vital du fœtus ou de la mère

- Interrogatoire
 - contexte obstétrical :
 - terme : détermine le type d'intervention en cas d'urgence extrême (HRP)
 - ATCD obstétricaux notables
 - déroulement de la grossesse
 - perception de mouvements actifs fœtaux
 - signes fonctionnels :
 - symptômes du contexte obstétrical :
 - métrorragie
 - pertes liquidiennes
 - contractions utérines
 - signes fonctionnels de prééclampsie
 - autres signes fonctionnels : troubles digestifs, signes urinaires

- **douleur :**
 - mode de début
 - siège initial et actuel
 - irradiation
 - intensité (EVA)
 - permanence ou intermittence
 - position antalgique
 - effet des antalgiques déjà pris
 - ATCD chirurgicaux ou médicaux
 - **Examen physique**
 - examen général : PA, pouls
 - examen abdominal : palpation utérine
 - contracture utérine
 - déformation de l'utérus (visible à l'œil nu en cas de rupture utérine)
 - contractions utérines
 - **Examens complémentaires**
 - enregistrement cardiotocographique au-delà de 25 SA **ou** recherche des bruits du cœur avant 25 SA
 - échographie obstétricale :
 - !! HRP exceptionnellement vu, diagnostic clinique ++
 - vitalité fœtale
 - présentation
 - biométrie
 - quantité de liquide amniotique
 - positionnement placentaire
 - recherche d'un épanchement péritonéal
 - échographie pelvienne :
 - kyste ovarien
 - torsion d'annexe
 - bilan préopératoire :
 - groupe sanguin avec phénotype rhésus
 - RAI
 - bilan de coagulation (plaquettes, TP, TCA, fibrinogène)
 - bilan hépatique : ASAT, ALAT
 - **Prise en charge**
 - hospitalisation
 - traitement symptomatique de la douleur

Une fois les urgences extrêmes éliminées, examens à la recherche des autres étiologies

- **Examen physique**
 - examen général : T°C
 - palpation :
 - **abdominale :**
 - douleur provoquée
 - défense (!! souvent atténuée ou absente chez la femme enceinte)
 - **fosses lombaires :** recherche d'une douleur à l'ébranlement lombaire → PNA
 - TV : modifications cervicales (examen sous spéculum = peu informatif)
 - bandelette urinaire (BU) :
 - !! montre toujours la présence de sang en cas de métrorragies
 - **protéines :** prééclampsie
 - **leucocytes et nitrites :** infection
 - **sang :** CN
- **Examens complémentaires**
 - biologie (fonction de l'étiologie) :
 - lipasémie

- hémocultures avec recherche de *Listeria monocytogenes* en cas de fièvre > 38 °C
- protéinurie des 24 heures
- ECBU
- échographie du col : si contractions utérines et modifications cervicales au TV
- échographie rénale et abdominale
- ± TDM AP à basse irradiation avec injection PDC iodé : possible à tout âge de la grossesse
- **Prise en charge**
 - corticothérapie anténatale : si risque d'accouchement prématuré
 - étiologique
 - !! si pathologie associée type MAP + appendicite ou PNA : **ne pas omettre prise en charge de la MAP**

En l'absence d'étiologie identifiée au terme de ce bilan

- Hospitalisation : **systematique** pour surveillance
 - RAD si : amendement des signes cliniques
- Répétition du bilan : fonction de l'évolution des signes cliniques