

## Série de cas

## Urgences Abdominales non Traumatiques au Cours de la Grossesse : À Propos de Quatre Cas

### *Non-Traumatic Acute Abdomen During Pregnancy : A Report of Four Cases*

Boka T. Y.<sup>1\*</sup>, Ide.K.<sup>1</sup>, Zabeirou A. A<sup>3</sup>, Hamidou S. D<sup>5</sup>, Saidou.A.<sup>3,6</sup>, Younsa H.<sup>2,5</sup>, James D. L.<sup>1,6</sup>,  
Chaibou M. S.<sup>4,6</sup>, Sani R.<sup>1,6</sup>

#### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les urgences viscérales chirurgicales survenant en période de gestation sur grossesse représentent une situation exceptionnelle. Elles sont estimées à deux grossesses sur 1000. Elles posent 2 problèmes, liés à la prise en charge de la pathologie chirurgicale (sauvetage maternelle) et de la conservation de la grossesse en cours (sauvetage fœtal). De ce fait elles constituent une entité problématique pour les praticiens concernés (obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes). **Présentation des cas.** Nous rapportons une série de 4 cas cliniques d'urgences viscérales chirurgicales survenues pendant grossesse dont deux patientes opérées pour péritonites aiguës généralisées, une patiente pour appendicite aiguë et une autre pour occlusion intestinale sur bride. Ces pathologies sont survenues au cours du deuxième trimestre chez trois (3) patientes et aux cours du troisième trimestre chez une patiente. Les signes fonctionnelles communs étaient la douleur abdominale et les vomissements. L'échographie a été le seul examen paraclinique réalisé chez toutes les patientes. La laparotomie a été la voie d'abord chirurgicale utilisée chez toutes les patientes. Les suites postopératoires étaient simples chez trois parturientes et sans préjudices sur les gestations. Une patiente avait présenté une infection de paroi abdominale avec éviscération conduisant à un avortement thérapeutique. **Conclusion.** La survenue de ces urgences chirurgicales abdominales au cours de la grossesse constitue une véritable problématique. La difficulté diagnostique est majeure et le retard de prise en charge thérapeutique favorise la survenue des complications maternelles et fœtales.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Surgical visceral emergencies occurring during pregnancy represent a situation far from exceptional, it is estimated at two pregnancies out of 1000. It is an entity which constitutes a real problem for practitioners concerned diagnostic tools during pregnancy (obstetricians, surgeons, anesthesiologists). The aim of ours work is to highlight the main problems encountered in these major abdominal surgical emergencies, emphasizing the clinical, paraclinical and anesthetic particularities in a gravid woman as well as the limits and risks of traditional. **Presentation of cases.** We reported 4 cases of non-traumatic digestive emergencies occurring during pregnancy in two reference hospitals (Niamey national hospital and Issaka Gazobi maternity hospital). The average age in our study was 27 years. The patients had developed their pathologies in the 2<sup>nd</sup> trimester, including one in the third trimester. The clinical examination was often confusing, hampered by the pregnancy. The most common clinical signs were abdominal pain and vomiting. Ultrasound was the only examination performed and in all patients. Acute appendicitis was the emergency found in one patient, acute occlusion in one patient and acute generalized peritonitis for two (2) patients. The treatment was surgical in all of our patients via laparotomy. The postoperative course was marked by wall infection in one patient combining a therapeutic abortion in the same patient for the others the consequences were simple. **Conclusion,** the occurrence of these abdominal surgical emergencies during pregnancy constitutes a real problem. The diagnostic difficulty is major and the delay in therapeutic treatment favors the occurrence of maternal and fetal complications.

1.Département de chirurgie ; Hôpital National de Niamey  
2.Département de chirurgie, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo  
3.Département de chirurgie, Hôpital Général de Référence de Niamey  
4.Département d'anesthésie et réanimation de l'hôpital national de Niamey  
5.Service de gynécologie ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger  
6.Faculté des sciences de la santé/Université Abdou Moumouni de Niamey

#### Auteur correspondant :

Boka Tounga Yahouza  
Hôpital National de Niamey  
Email :

[yahouzabokatounga@gmail.com](mailto:yahouzabokatounga@gmail.com)  
BP : 238 ; Tel : +22798597850

**Mots clés :** Appendicite, occlusion intestinale sur bride, Grossesse ovarien, péritonite aiguë généralisée, échographie obstétricale

#### Abstract

**Keywords:** Appendicitis, intestinal obstruction, ovarian pregnancy, generalized acute peritonitis, obstetric ultrasound.

#### INTRODUCTION

Les urgences viscérales chirurgicales survenant sur grossesse sont des situations exceptionnelles. Leur fréquence est d'environ deux 2 grossesses pour 1000 [1]. En dehors des urgences obstétricales, les urgences abdominales de la femme enceinte qu'elles soient

digestives, gynécologiques, urologiques, vasculaires ou traumatiques, peuvent compliquer une grossesse sur 500 à 700, avec la nécessité d'une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas. Très rares, ces urgences nécessitent une prise en charge rigoureuse et pluridisciplinaire [1,2]. Leur diagnostic n'est pas facile et les investigations

radiologiques sont souvent limitées par les risques d'irradiation. C'est une entité qui constitue une véritable problématique pour les praticiens concernés (obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes). Le diagnostic est souvent difficile puisque la symptomatologie est parasitée par le bruit de fond de nombreux symptômes ou pathologies liées à la grossesse [1], le retard diagnostique peut être grave compromettant l'avenir de la grossesse, pouvant aller jusqu'à mettre en danger la mère [2], La décision chirurgicale est trop souvent hésitante au cours de la grossesse par crainte d'un retentissement sur la grossesse [3]. Dans la littérature médicale, peu de publications sont disponibles traitant du sujet. L'appendicite, la cholécystite, l'occlusion intestinale et la pancréatite aiguë en constituent les principales étiologies. La péritonite sur grossesse est exceptionnelle mais très grave sur le pronostic materno-fœtal [1,2,4]. Nous rapportons une série de 4 cas d'urgences digestives survenant sur grossesse recueillis au service des urgences chirurgicales de l'hôpital national de Niamey et de Maternité Issaka Gazobi de Niamey. Le but de notre travail est de mettre l'accent sur les principaux problèmes rencontrés devant ces grandes urgences chirurgicales abdominales, en insistant sur les particularités cliniques, paracliniques et thérapeutiques chez une femme gravide ainsi que les limites et les risques des outils diagnostiques classiques pendant la grossesse et une brève revue de la littérature.

## OBSERVATIONS CLINIQUES

### Cas 1

Patiente âgée de 27 ans, avec 3 grossesses, 2 parités et 2 enfants vivants, avec une kystectomie ovarienne gauche par laparotomie. Admise aux urgences de la Maternité Issaka Gazobi de Niamey pour une douleur abdominale intense de survenue brutale évoluant depuis 72 h sur une grossesse de 24 semaines d'aménorrhée. L'interrogatoire avait noté un arrêt de matières et des gaz évoluant depuis 48 heures associé à des vomissements alimentaires post prandiaux. L'examen clinique avait noté un bon état général, la pression artérielle à 110/70 mm Hg, la fréquence cardiaque à 89 bpm T : 37°C est la fréquence respiratoire à 18 cycles/min. L'abdomen était distendu luisant et douloureux à la palpation avec une plus grande intensité de la douleur au flanc droit et un tympanisme diffus à tout l'abdomen à la percussion. Le toucher rectal était indolore, ampoule rectale vide, sans masse perceptible et cul sac de Douglas bombant. L'examen obstétrical gêné par la douleur et la distension abdominale ; on note un utérus gravide à grand axe longitudinal avec une hauteur utérine à 27 cm. Les bruits du cœur du fœtus à 126 bpm. Au toucher vaginal le col était court médian, déhiscent, doigtier ramenant des leucorrhées physiologiques. Une échographie obstétricale réalisée en urgence objectivait une grossesse monofoetale, évolutive de 24 SA sans anomalie fœtale. L'échographie abdomino-pelvienne avait objectivé une importante

distension des anses contenant du gaz avec arrêt du péristaltisme intestinale compatible avec un syndrome occlusif. Le bilan biologique était normal. Devant ce tableau, une occlusion intestinale sur bride associée à la grossesse a été évoquée. Nous avons réalisé une laparotomie exploratrice. La laparotomie a objectivé une bride entraînant une occlusion de la grêle à 90 cm de la jonction iléo-caecale avec importante dilatation grêlique en amont (figure 1) et un aplatissement d'anse d'aval. Laquelle bride ayant cravaté l'anse grêle à 120 cm et à 180 cm de la jonction iléo-caecale de bonne vitalité. L'utérus était gravide de taille correspondant au terme gestationnel. On procède à la résection de la bride, contrôle de l'hémostase, toilette de la cavité abdominale au sérum salé tiède puis fermeture pariétale. Les suites opératoires étaient simples. Nous avons instauré un protocole de réanimation maternelle : Voie veineuse, sonde urinaire et nasogastrique ; rééquilibration hydroélectrolytique 3 litres/jour dont ; sérum salé isotonique (500cc/6h pendant 48h), Sérum glucosé 5% (500cc/12h pendant 48h). Une antibiothérapie instaurée pendant 5 jours (Ceftriaxone 2g/24h en IVDL, métronidazole 500mg/8h en infusion) Et progestérone injectable à raison de 500ug une /J pendant trois jours. L'évolution était favorable avec sortie à J8 post opératoire avec un bon état hémodynamique, ventilatoire. La patiente fut revue en consultation toutes les deux semaines jusqu'à 36 SA ou elle avait accouché par voie césarienne indiquée pour asphyxie du per-partum. La césarienne a permis d'extraire un nouveau-né en bonne santé pesant 2400g.

### Cas 2

Il s'agissait d'une patiente de 34 ans, primigeste, à 4 mois d'aménorrhée sans antécédent pathologique notable admis aux urgences chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey pour des douleurs abdominales intenses au niveau de la fosse iliaque droite évoluant depuis 10 jours, et qui s'étaient ensuite propagées à tout l'abdomen. Elle se plaignait également d'une fièvre intermittente. A l'examen, son état général est altéré, les conjonctives et les muqueuses étaient normalement colorées, la tension artérielle était de 90/50 mm Hg, la fréquence cardiaque était de 123 bpm, la température de 39,5°C. A l'examen abdominal, des douleurs abdominales et une défense ont été notées. Il y avait également une masse dans la fosse iliaque droite, difficile à évaluer en raison de la douleur. Au toucher vaginal, le col était longtemps postérieur et fermé avec un empatement douloureux du cul de sac de Douglas. L'échographie abdominopelvienne avait noté un abcès de la fosse iliaque droite avec agglutination des anses intestinales et un épanchement dans la cavité péritonéale. Le bilan biologique a montré : une hyperleucocytose avec globules blancs à 27100 /UI, taux d'hémoglobine à 11,8 g/dl, plaquettes à 226000 /UI. Les tests de glycémie, des reins et du foie étaient normaux. Le taux sérique de  $\beta$ -gonadotrophine chorionique humaine ( $\beta$ -HCG) était inférieur à 5 UI/l.

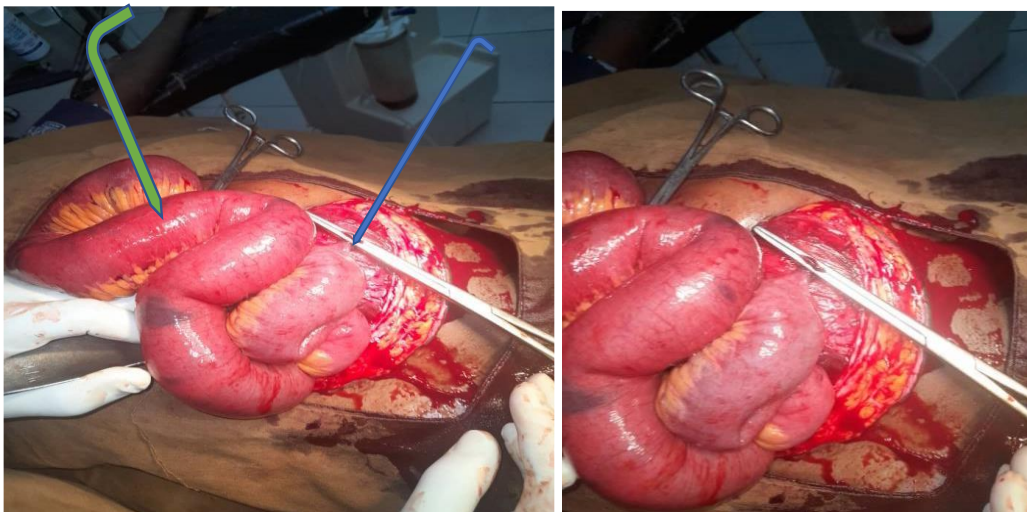


Figure 1 : bride entraînant une occlusion de la grêle à 90 cm de la jonction iléo-caecale avec importante dilatation grêlique en amont.



Figure 2 : un fœtus macéré avec un âge gestationnel (B1. B2) ; appendice inflammatoire (A) et le placenta avec les membres(C).

Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée sur grossesse fut posé. La patiente fut admise au bloc opératoire où une laparotomie fut réalisée. L'exploration chirurgicale avait permis l'aspiration d'environ 200ml de pus franc avec réalisation des prélèvements pour examens bactériologiques. Il existait aussi des multiples fausses membranes dans la fosse iliaque droite, dans le cul de sac de Douglas et en inter-anses ; il y avait aussi une masse dans la fosse iliaque droite qui contenait l'ovaire droit, l'appendice et du pus avec fistulisation dans la cavité abdominale. Une adhésiolyse et une ablation de la masse

ont été réalisées. Après confirmation d'une bonne hémostase, la cavité abdominale a été lavée avec du sérum physiologique isotonique et la paroi abdominale a été renfermée couche par couche sur deux tubes de drainage. Après avoir disséqué l'échantillon, nous avons identifié un fœtus macéré avec un âge gestationnel de 14 semaines. L'appendice se présente comme inflammatoire (figure 2). En raison des coutumes culturelles, les parents ont choisi d'enterrer le spécimen opératoire, ce qui a entraîné l'impossibilité de procéder à un examen pathologique. L'intervention chirurgicale a été réalisée par un chirurgien

senior et deux résidents en chirurgie générale. L'évolution postopératoire de la patiente a été favorable et elle est sortie de l'hôpital en bonne santé le septième jour après l'opération. Elle était satisfaite du traitement reçu. A la décharge, la patiente a reçu les recommandations suivantes : consulter très tôt dans une maternité équipée d'un équipement d'échographie pour la prochaine grossesse, être régulière dans les visites prénatales et faire au moins quatre échographies, dont deux au premier trimestre de la grossesse. Un mois plus tard, la patiente s'est présentée à une consultation sans complication ni plainte signalée.

### Cas 3

Il s'agissait d'une patiente de 22ans, primigeste. Elle était porteuse d'une grossesse monofoetale évolutive de 32 SA. Elle était reçue pour douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis 8 jours avant son admission, associée à des vomissements dans un contexte fébrile. La température était à 38,5°C. L'examen physique retrouvait une défense et un empâtement douloureux à la fosse iliaque droite. Le col utérin était court et fermé. La biologie retrouvait une hyperleucocytose à 21500 éléments/mm<sup>3</sup>. Le taux d'hémoglobine était à 11,8 g/dl. L'échographie abdominale et obstétricale avait retrouvé une grossesse monofoetale évolutive de 32 SA, un appendice augmenté du volume au flanc droit et un épanchement péri-appendiculaire. Sous une tocolyse peropératoire avec du Salbutamol, une incision de Mac Burney (figure 3 : E) a permis de retrouver un appendice phlegmoneux en fosse iliaque droite. (Une appendicectomie F) et assèchement de la fosse iliaque droite. Les suites ont été simples. La sortie fut réalisée au 5ème jour post-opératoire. La grossesse a bien évolué et l'accouchement a eu lieu à 38 SA par césarienne d'un bébé de sexe masculin en bon état de santé apparent.

### Cas 4

Une multipare de 28 ans étudiante vivant à Niamey, sans antécédent pathologique était admise aux urgences

chirurgicales pour des douleurs abdominales généralisées, associées à des vomissements évoluant depuis deux semaines dans un contexte fébrile sur grossesse de 21 SA plus 2 jours. L'examen clinique retrouve une patiente consciente, bon état hémodynamique et ventilatoire et un état générale altéré stade III OMS et un syndrome infectieux. Sur le plan physique on note un syndrome d'irritation péritonéal. Le col utérin était long et fermé. La biologie était normale en dehors d'une hyperleucocytose à 16200/mm<sup>3</sup>. L'échographie abdominale et obstétricale avait retrouvé une grossesse gémellaire évolutive de 21 SA 2 jours. Le diagnostic d'une péritonite aigue généralisée sur grossesse évolutive a été retenu. Sous une tocolyse per-opératoire avec du Salbutamol. Une laparotomie médiane a permis à l'ouverture d'aspirer 1000 cc du liquide stérco-purulent, de retrouver des fausses membranes et une perforation iléale à 70 cm de la jonction iléo-caecale sur le bord anti-mésentérique de 0,5 cm de diamètre.

Les gestes chirurgicaux réalisés : toilette de la cavité abdominale, iléostomie et drainage.

Suites ont été marquées par la survenue au 9ème jour post-opératoire, d'une éviscération libre septique sur suppuration pariétale motivant un lavage péritonéal et fermeture pariétale par des points totaux. Une récurrence de l'éviscération et indication d'une interruption thérapeutique de la grossesse. Un jour après la reprise indiquée pour une aspiration et cure d'éviscération et réalisée. L'Escherichia Coli sensibles seulement à l'imipenème et amikacine était le germe isolé à l'examen bactériologique. Les suites ont été simples après adaptation des antibiotiques. La sortie fut réalisée au 22ème jour post-opératoire de la dernière reprise.

### DISCUSSION

Une urgence médico-chirurgicale de cause non obstétricale complique environ une grossesse sur 500 à 700 [1, 2].



Figure3 : incision de Mac Burney (E) et pièce d'appendicectomie(F)

Ces différentes pathologies nécessitent au final une intervention chirurgicale dans 0,2 à 2 % des cas avec au premier rang l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, occlusion intestinale aiguë et très rarement péritonite [1, 4, 5]. Une de notre patiente avait présenté une appendicite aiguë. L'appendicite aiguë la cause la plus fréquente d'interventions chirurgicales en urgence pendant la grossesse. Elle concerne plus des deux tiers des cas d'urgences digestives non traumatiques et elle est à l'origine des deux tiers des laparotomies pour étiologie non obstétricale au cours de la grossesse. Notre premier patient avec une occlusion intestinale. L'occlusion intestinale complique rarement l'évolution d'une grossesse. Elle constitue la troisième cause de laparotomie pour urgence non obstétricale (après l'appendicite et la cholécystite) chez la femme gravide [4, 5]. Tandis que les deux avaient présenté une péritonite aiguë généralisée. La grossesse abdominale (ovarien) constitue une urgence obstétricale puisque sa rupture fait courir un risque mortel à la mère. La péritonite au cours de la grossesse est très rare mais grave, fréquence est diversement appréciée beaucoup des auteurs [5,6]. L'âge moyen était de 27 ans avec extrême allant de 22 à 34 ans. La prévalence des urgences abdominales était au cours des deux derniers trimestres de la grossesse dans notre série. L'âge moyen des patientes avec ses urgences et grossesse était de 29 ans [1,3]. Dans la littérature la prévalence de l'appendicite aiguë est plus importante au cours des deux premiers trimestres de la grossesse [2,4]. Contrairement pour notre patiente diagnostique était au dernier trimestre de grossesse. L'incidence de ces urgences dans la littérature par trimestre est de 32, 42 et 26 % [6, 7]. Dans l'étude de Miloudi et la portant sur 29 cas d'appendicites aiguës sur grossesse, 75% des appendicites étaient survenues au 1er trimestre [7]. Cependant, la grossesse ne modifie pas l'incidence globale des appendicites [1, 3,5 ,7]. Sur le plan diagnostique, nos cas toutes nos patientes avaient un diagnostic positif avant la prise en charge chirurgicale, mais le diagnostic étiologique pendant l'intervention car nous étions limités par les conséquences de certains examens sur grossesse. La tomographie Hélicoïdale est connue pour être très sensible et spécifique pour le diagnostic de l'appendicite aiguë chez la population non gravide. Sa sensibilité et spécificité est de 98% [4,9]. Elle permet une confirmation diagnostic rapide et d'éviter des appendicectomies abusives à but diagnostic. Elle doit être réservée aux patientes au 3ème trimestre vu ses effets tératogènes avant ce délai [4,9]. L'IRM peut être effectuée au cours de la grossesse sans risque d'irradiation fœtale [7,2]. Aucune de nos patientes n'a pratiqué cet examen. Diagnostic différentiel des péritonites au cours de la grossesse se pose avec : Les urgences obstétricales ou gynécologiques. La grossesse extra-utérine ou la torsion d'annexe surtout au premier trimestre, l'échographie et la cœlioscopie seront utiles pour redresser le diagnostic. L'hématome rétro placentaire ou le syndrome de pré-rupture utérine qu'il faut éliminer par la clinique et l'échographie. La menace d'accouchement prématuré sur pathologie infectieuse, du fait de sa fréquence au cours de la grossesse [8]. Une de notre patiente avait une grossesse ovarien compliquée sur péritonite, le diagnostic et la

gestion de la grossesse abdominale présentent un scénario difficile dans les zones rurales, où le niveau d'éducation de la population est en corrélation avec les problèmes d'accès à des soins de santé de qualité. La grossesse abdominale constitue une urgence obstétricale puisque sa rupture fait courir un risque mortel à la mère. Les 4 premiers mois de grossesse comportent un risque plus élevé de complications. La survenue d'une péritonite aiguë généralisée en tant que complication infectieuse, telle que présentée dans ce rapport de cas, est rare. Courir un risque mortel à la mère. Les 4 premiers mois de grossesse comportent un risque plus élevé de complications. La survenue d'une péritonite aiguë généralisée en tant que complication infectieuse, telle que présentée dans ce rapport de cas, est rare [8,9,10]. Le diagnostic de l'occlusion intestinale clinique est souvent difficile et tardif car les signes habituels de l'occlusion (douleurs, distension, vomissements, constipation) sont mis au compte de la grossesse ; aussi 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 [3]. Dans notre observation le tableau clinique était limité à une distension abdominale et une douleur du flanc droit accompagné des vomissements. Cette présentation clinique atypique peut faire évoquer d'autre diagnostic en premier ; en particulier une cholique nephretique, une pyélonéphrite ou la cholécystite aiguë. Le traitement médical est toujours associé au traitement chirurgical. En effet, il ne permet pas de traiter l'appendicite mais d'éviter certaines complications secondaires soit à la pathologie soit au traitement chirurgical. La conduite de l'anesthésie doit prendre en compte les changements profonds de la physiologie maternelle au cours de la grossesse. Les principales modifications maternelles observées au cours de la grossesse. L'appendicectomie sous laparotomie a longtemps été la technique chirurgicale de référence pour le traitement d'une appendicite aiguë chez la femme enceinte [8,9]. L'approche chirurgicale dépend de plusieurs facteurs tels que l'âge gestationnel, le stade évolutif de l'appendicite, l'obésité de la patiente, les incisions abdominales préexistantes. L'incision de McBurney, agrandi si besoin permet assez facilement l'appendicectomie durant le premier trimestre. Pour les patientes aux deux derniers trimestres, l'incision est placée plus haut et plus dans le flanc droit. Certains chirurgiens estiment qu'une incision médiane élevée offre un meilleur accès à la région coeco-appendiculaire au cours du 2ème trimestre tandis que l'incision de Jalaguier est mieux adaptée aux 2ème et 3ème trimestre [6, 7, 8 ,9]. Pour notre patiente nous avons réalisé une incision de Mac Burney élargi avec une antibiothérapie et tolocolyse avant le bloc opératoire. Pour les péritonites, Il ne se conçoit qu'en milieu d'urgence viscérale. Il consiste en un traitement habituel de la péritonite avec cure de la pathologie causale. La toilette péritonéale doit être particulièrement soignée. Le drainage abdominal est systématique, sauf pour certains auteurs qui le considèrent comme étant responsable d'une irritation utérine permanente avec exagération des contractions utérines [8 ,9]. En présence

d'un tableau clinique fortement évocateur d'occlusion intestinale, la chirurgie 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. [11] Son but essentiel est de lever l'obstacle et parfois traiter l'étiologie en cause [12]. Dans 25% des cas, une résection intestinale est nécessaire [En cas d'occlusion sur bride : L'intervention se fait habituellement par médiane sous ombilicale, parfois élargie en sus ombilical. On réalise la section de la bride. Il est rarement nécessaire de pratiquer une résection intestinale. Quelques cas de chirurgies cœlioscopies (section d'une bride ont été rapportées au 1er trimestre). Principes du traitement : Jusqu'à 26 SA : laparotomie avec levée de l'occlusion, poursuite de la grossesse jusqu'à terme si possible. Entre 26 et 34 SA : maturation pulmonaire fœtale suivie de césarienne avec incision cutanée médiane complétée d'un traitement chirurgical de l'occlusion. Entre 34 SA et le terme : césarienne avec incision cutanée médiane complétée d'un traitement chirurgical de l'occlusion. L'abord cœlioscopiques durant la grossesse est de plus en plus réalisé de nos jours. En cas d'appendicite la fréquence des morbi-mortalités maternelles est similaire à celle en dehors de la grossesse [14]. Elle est estimée entre 10 et 25% en moyenne [73]. La morbidité maternelle est représentée par la résection intestinale partielle en cas de nécrose dans 14% à 23% des cas, et l'infection de paroi augmentant la période d'hospitalisation et donc les risques qui lui sont secondaires [83]. La mortalité fœtale est importante avec un taux avoisinant les 60% d'après les différents auteurs. Le pronostic maternel en cas de péritonite s'est amélioré, la mortalité maternelle est tombée à 0,01 % depuis 1976, alors qu'elle était voisine de 5 % en 1960 (10). Cependant, la mortalité fœtale reste élevée, elle est voisine de 35 % (10, 11, 12). Elle est surtout en rapport avec l'infection périnatale d'origine hémotogène et avec la prématurité. Quant à la morbidité fœtale, elle est particulièrement élevée à partir du deuxième trimestre ; elle est représentée par l'accouchement prématuré (40-80 %) (11) et par l'avortement spontané (2 %) (12).

## CONCLUSION

Les urgences abdominales sur grossesse sont rares, la fréquence difficilement à évaluer dans notre contexte mais de pronostic materno-fœtal péjoratif surtout l'association grossesse et péritonite. Aucun consensus n'a été fait sur le diagnostic et la thérapeutique des urgences abdominales sur grossesse dans nos pays en voie de développement raison des ressources limitées. La chirurgie intra-abdominale au cours de la grossesse représente un véritable défi pour le chirurgien et l'obstétricien. Elle ne doit être ni précipitée ni retardée. Les urgences viscérales abdominales peuvent déclencher des contractions utérines qui peuvent évoluer vers une menace d'accouchement prématuré (MAP) puis si elles ne

sont pas prises en charge précocement vers un avortement spontané ou un accouchement prématuré

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article

## RÉFÉRENCES

- 1-a. Niasse, p. M. Faye, m. L. Gueye, a. Ndong et al : urgences digestives et grossesse : a propos de quatre cas avec revue de la littérature journal de la sago, 2021, vol.22, n°1, p. 55-59.
- 2-Bouyoua J, Gaujouxas s, Marcellinb l, Lecontea m, Goffinet f, Chapronb c, Dousset b. Urgences abdominales au cours de la grossesse. J chirur visc 2015. [Http://dx.doi.Org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.017](http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.017).
- 3-Unal A, Sayharman S, Ozel L, Unal E, Nka N, Titiz I, Kose g. Acute abdomen in pregnancy requiring surgical management : a 20-case series. Eur j of obst & gynecol and rep biology 2011 ;196 :4-12.
- 4- Miloudi N, Brahem M, Benabid S, Mzoughi Z, Arfa S, Khalfallah M. Acute appendicitis in pregnancy : specific features of diagnosis and treatment journal of viscéral surgery 2012 ;149 :275-279.
- 5- Miloudi N, Brahem M, Ben Abid M, Mzoughi Z, Arfa N, Khalfallah mt. L'appendicite aiguë chez la femme enceinte, particularites diagnostiques et therapeutiques. J chirur visc 2012 ;149 :309-31.
- 6-Cilo Nb, Amini d, Landy Hj. Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. Clin obstet gynecol 2009 ;52 :586-596.
- 7-Miloudi N, Brahem M, Ben Abid M, Mzoughi Z, Arfa n, Khalfallah mt. L'appendicite aiguë chez la femme enceinte, particularites diagnostiques et therapeutiques. J chirur visc 2012 ;149 :309-314.
- 8-Etoka E.C, Tamour H., Rabbani K., Ibenloulid Y., Lammat H. And Louzi a. Peritonite primitive et grossesse à propos d'un cas chu-mohamed vi marrakech, universite cad i ayyad service chirurgie viscerale int. J. Adv. Res 2022. 9(05), 820-823.
- 9-Rabarikoto Hf, Rakotomboahangy Tm, Razafindrabia Tr, et al. Abdominal pregnancy : diagnostic difficulties through a case. Rev. Anesth-réanim méd urg toxicol 2018 ;10 :9-10.
- 10-Philemon M, Mabuyahia K, Lukwamirwe a, et al. Grossesse abdominale meneaeterme : aproposd'uncassuivial'hopitalmatandaenrepubliquedemocratiqueducongo. revue médicaledesgrandslacs2017 ;9 :56-61.
- 11 - LANSAC J., FIGNON A., DE CALAN L., BENARDEAU M.H. Encycl. Méd. Chir., (Paris-France), Obstét. 5049 D10, 1992, 10 p.
- 12 - LEROY J.L. L'appendicite au cours la gravido puerpéralite. Les difficultés du diagnostic et du traitement. Méd. Chir. Dig., 1981, 10, 143-147.
- 13 - PANIEL B.J., ASCHER E., BEUZT J.M., CHANTRAINE J., TRUEJ.B., POITOUT Ph. Urgences chirurgicales et grossesse. Mises à jour de gynécologie obstétrique 1985, collection VIGOT, 207-212.
- 14 - CHAMBON J.P., QUANDALL E.P., REGNIER C., DELECOUR M., RIBET M. Les urgences abdominales non gynécologiques durant la grossesse. Ann. Chir., 1986, 40, n° 7, 455-461.
- 15- Twité E, Jacquet C, Hollemaert S, Elfoundas I. Obstruction intestinale et grossesse. Rev Med Brux 2006 ; 27 :104-9.
- 16- Muhammad S, Mubashir M Obstruction intestinale et grossesse. Rev Med Brux 2006 ;27 :104-9.