

## Appendicite et grossesse avancée : à propos de 3 cas à l'Hôpital national de Niamey, Niger.

Y. D. Harouna (1)\*, M. Garba (2), M. Sabry (2), Y. Gamatie (3) & I. Abdou (4)

(1) Service de chirurgie viscérale, Hôpital national, B.P 10529, Niamey, République du Niger. Tél.: 00 227 96 49 60. Fax 00 227 73 26 43. \*E-mail : yacouba.harouna@laposte.net

(2) Maternité centrale, Niamey, Niger.

(3) Pédiatrie Hôpital national, Niamey, Niger.

(4) Anesthésie et réanimation, Hôpital national, Niamey, Niger.

Manuscrit n°2271. "Clinique". Reçu le 22 mai 2001. Accepté le 26 mars 2003.

**Summary:** Appendicitis and advanced pregnancy: about 3 cases.

Acute appendicitis during pregnancy is uncommon but a serious situation even in developed countries with imaging and laboratories' poor means. Failure to diagnose this disease during advanced pregnancy exposes foetus and mother to serious complications. In this atypical clinical picture associated with non-significant biologic sign only using sonogram can help to early diagnosis. In our developing countries where obstetrical exam was performed by paramedical or general doctor, in doubt the patient must be transferred in medical centre with a capacity of imaging or laboratory exams. Surgical treatment must be undertaken after surgeon, obstetrician, and other physicians's consultation. Antibiotic and tocolytic treatments are urgent. In this study, all babies were lost by premature labour occurred after surgery.

**Résumé :**

L'appendicite aiguë, même dans les pays développés, pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques chez la femme enceinte de plus de 4 mois. C'est au stade de péritonite appendiculaire que nous avons traité trois femmes enceintes de plus de six mois. L'absence de fièvre et de contracture nette, la prédominance des signes urinaires et obstétricaux rendent le tableau très atypique. L'échographie, par la mise en évidence d'un appendice incompressible, douloureux et augmenté de volume et/ou d'un épanchement, constitue l'examen approprié, anodin et efficace. Les traitements tocolytique et antibiotique doivent encadrer l'appendicectomie. L'indication d'une césarienne doit être purement obstétricale; elle doit alors précéder l'appendicectomie. Le pronostic maternel et surtout foetal reste encore menacé: l'accouchement prématuré est survenu dans tous les cas avec une mortalité périnatale à 100 %. L'amélioration de ce pronostic dans nos pays du tiers-monde proviendra obligatoirement d'une formation information des sages femmes et d'une collaboration stricte entre spécialistes.

appendicitis  
pregnancy  
maternal and foetal prognosis  
hospital  
Niamey  
Niger  
Sub-Saharan Africa

appendicite  
grossesse  
mortalité périnatale  
hôpital  
Niamey  
Niger  
Afrique intertropicale

### Introduction

L'appendicite au cours de la grossesse pose toujours des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Dans les pays du tiers-monde où la consultation obstétricale est souvent assurée par la sage-femme et où manquent les examens paracliniques, cette affection ne cesse de mettre en jeu le pronostic materno-foetal par un retard diagnostique. En rapportant trois cas d'appendicite survenue au cours de la grossesse des deux derniers trimestres, les auteurs se proposent de discuter des difficultés diagnostiques et thérapeutiques sur ce terrain particulier.

### Malades et méthodes

Trois fois en un an, notre équipe de chirurgie viscérale (hôpital national) avait été sollicitée par nos collègues de la maternité pour suspicion d'abdomen chirurgical chez des

femmes enceintes de plus de trois mois (tableau I). Elles étaient toutes admises à la maternité avec le diagnostic de menace d'accouchement prématuré en provenance d'une maternité de périphérie dirigée par une sage-femme.

### Discussion

Parmi les femmes enceintes, 2 % subiront une laparotomie pour cause non obstétricale; 2 à 8 d'entre elles la subiront pour une urgence motivée dans les 2/3 des cas pour une suspicion d'appendicite aiguë (1). La fréquence de l'appendicite aiguë au cours de la grossesse est estimée à 1-2/1 000 grossesses pour l'obstétricien et à 1/100 appendicectomies pour le chirurgien (1, 2, 3, 4). Cette fréquence serait la même que dans la population générale, la grossesse ne serait pas un facteur favorisant (1, 4) mais il semble exister une prédilection pour la femme jeune primigeste. La fréquence élevée de l'appendicite aiguë au cours

Tableau I.

observations	Nos observations.		
	n° 1: M <sup>me</sup> Ab...	n° 2: M <sup>me</sup> Yah...	n° 3: M <sup>me</sup> Boub...
âge, gestation, parité, semaines d'aménorrhée	32 ans, 5 <sup>e</sup> geste, 4 <sup>e</sup> pare, 24 semaines	26 ans, 2 <sup>e</sup> geste, 1 <sup>e</sup> pare, 28 semaines	41 ans, 4 <sup>e</sup> geste, 3 <sup>e</sup> pare, 30 semaines
antécédents	aucun	salpingite droite et infection urinaire	gastralgies
symptomatologie à l'admission	- début il y a 5 jours par douleur paraombilicale droite généralisée. - nausées et brûlures mictionnelles.	- depuis 3 jours, douleurs abdominales d'emblée généralisées - vomissements et fièvre à 38 <sup>o</sup> 7	- douleur en fosse iliaque droite et flanc évoluant depuis 7 jours - vomissements et dysurie
signes d'examen physique	bon état général. 110/80mm Hg; 38 <sup>o</sup> C. examen obstétrical normal mais abdomen très sensible dans le flanc droit	douleur maximale en hypocondre droit. 100/80mm Hg; 37,5 <sup>o</sup> C. Pas de problème obstétrical. Défense étendue de l'hypocondre droit à l'épigastre	état général conservé: 120/70 mm Hg; 37,2 <sup>o</sup> C. Grossesse normale. Il existe une défense de toute la partie droite de l'abdomen
biologie			
leucocytose par mm <sup>3</sup>	17000	20000	8000
vitesse sédimentation urines	103mm à la 1 <sup>e</sup> heure troubles avec 2 croix de leucocytes	95 puis 120mm normales	102mm à la première heure très troubles avec plusieurs croix de leucocytes
imageries			
- échographie	grossesse normale, pas d'autre anomalie	pour suspicion de cholécystite : image hypoéchogène en cocarde sous le foie avec épanchement liquidien.	épanchement liquidien dans la gouttière pariéto-colique droite; appendice non visualisé
- radiographie ASP	quelques niveaux hydroaériques	niveaux hydroaériques siégeant sur l'intestin grêle	pas demandée
diagnostic de transfert en chirurgie	occlusion	cholécystite aiguë	péritonite par perforation d'ulcère
compte rendu de la laparotomie médiane exploratrice	appendicite aiguë phlegmoneuse ; liquide péritonéal louche. appendicectomie, lavage et drainage	péritonite généralisée par perforation appendiculaire au contact du foie et duodénum ; appendicectomie, toilette et drainage	péritonite appendiculaire généralisée avec appendice nécrosé ; appendicectomie, toilette et drainage de la cavité péritonéale
suites postopératoires malgré la tocolyse	accouchement à J2 d'un prématuré décédé le même jour. Sortie à J11	mort né à J3. Sortie du service à J15 postopératoire	accouchement à J3 d'un prématuré décédé 4 jours plus tard. Sortie à J10

des 2 derniers trimestres de la grossesse est sujette à controverse. Les difficultés diagnostiques de l'appendicite aiguë de la femme enceinte à partir du 4<sup>e</sup> mois tiennent aux modifications anatomophysiologiques (1, 3). Le refoulement vers le haut et en dehors de l'appendice, des anses grêles et de l'épiploon (1), et les contractions utérines réactionnelles empêchent la constitution d'adhérences ; s'y ajoutent la dépression immunitaire, l'hypercortisolisme et l'hypervascularisation abdominopelvienne pour favoriser la diffusion et la dissémination de l'infection péritonéale. Les signes généraux habituels de l'appendicite aiguë deviennent peu évocateurs : la température est souvent normale, la tachycardie est fréquente chez la femme enceinte et liée à son état anémique (1). La douleur toujours confondue avec les contractions utérines est peu caractéristique par sa localisation au flanc droit, voire dans l'hypocondre droit (1, 4). Conséquences de la propagation de l'inflammation de proche en proche, les signes urinaires ou obstétricaux occupent le devant de la scène clinique. Les signes digestifs ont peu de valeur pendant la grossesse (1). L'examen physique de la femme enceinte au cours des deux derniers trimestres est très gêné par l'utérus gravide : la recherche d'une défense ou contracture est difficile. La manœuvre de Lapinski-Guinard ou le signe de Bryan (2) n'ont de valeur qu'en cas d'appendicite aiguë sans diffusion péritonéale. Les touchers pelviens qui cherchent surtout à exclure une affection obstétricale (menace d'accouchement prématuré ; décollement placentaire ; hématome rétroplacentaire) sont peu concluants à cause de la descente de la tête fœtale (3). L'hyperleucocytose habituellement recherchée par la numération sanguine est "physiologique" chez la femme enceinte mais BENSALD *et al.* (1) estiment qu'elle doit retenir l'attention si elle est supérieure à 12-15000/mm<sup>3</sup>, surtout si les polynucléaires neutrophiles sont supérieurs à 80 % (2). Aussi, c'est surtout le syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation ou mieux le dosage de la C Reactive Protéine (CRP) qui constitue un indice précieux. L'échographie reste l'examen anodin le plus performant avec une très grande sensibilité dans les mains d'un opérateur entraîné (2, 3). Dans les pays du Tiers-monde où cet examen est parfois difficile à obtenir et dans tous les cas douteux, SCOOT-COOMBES *et al.* (in : 4) proposent l'analyse cytologique du liquide péritonéal recueilli par cathétérisme : si le taux de polynucléaires neutro-

philes est supérieur à 50 %, le test est considéré comme positif ; un taux inférieur à 10 % est considéré comme négatif et autorise une surveillance clinique attentive. Les diagnostics différentiels sont nombreux (4) et imposent un examen soigneux afin d'éviter une laparotomie inutile ou de l'indiquer sans retard. La symptomatologie évoque très souvent la pyélonéphrite aiguë et il n'est pas rare de voir une pyurie franche associée (2, 3). D'autres diagnostics sont rares (cholécystite, ulcère gastro-duodénal, pancréatite) mais non exceptionnelles au cours de la grossesse. Dans tous les cas, rien ne doit retarder l'intervention chirurgicale et, dès qu'il y a une suspicion clinique, l'avis du chirurgien s'impose. La prise en charge correcte émane obligatoirement d'une concertation multidisciplinaire faisant intervenir chirurgien, obstétricien, néonatalogiste et réanimateur. Les deux impératifs du traitement sont l'éviction du foyer infectieux et la sauvegarde de la grossesse (2, 4). A l'approche du terme, surtout si le travail a commencé, l'intervention peut être différée de quelques heures (2). L'indication d'une césarienne doit reposer sur des arguments purement obstétricaux (2, 3), même si certains l'effectuent de principe en cas de péritonite pour soustraire le fœtus à un environnement hostile. La césarienne doit dans tous les cas précéder l'appendicectomie si l'indication est retenue, elle expose à l'infection utérine avec le risque d'hystérectomie chez une patiente jeune. Dès qu'il y a épanchement péritonéal, la laparotomie médiane constitue la voie élective (4) permettant une toilette complète et un drainage soigneux. La laparoscopie est de plus en plus utilisée, même si elle de réalisation difficile à l'approche du terme (2, 4). La tocolyse et l'antibiothérapie à large spectre seront débutées systématiquement dès que la chirurgie est envisagée (4). Le pronostic materno-fœtal en cas de péritonite (2, 3, 4) est réservé ; plusieurs complications menacent le fœtus : d'abord l'infection et la mort *in utero* (4) ; ensuite le risque d'accouchement prématuré (3), surtout au cours de la semaine suivant l'intervention (20 % à 40 %) ; enfin les risques de la prématurité (4). Même dans les pays développés, la mortalité périnatale atteint 20 % (3), alors que la mortalité maternelle varie entre 0,01 et 0,40% (4) et jusqu'à 11,2 % au cours du 3<sup>e</sup> trimestre. Dans nos pays sous-développés, la mortalité et la morbidité de l'appendicite au cours de la grossesse avancée sont majorées par le manque de moyens en réanimation.

## Conclusion

Un certain retard au diagnostic fait que l'appendicite aiguë continue encore, dans les pays sous-développés, à être traitée au stade de péritonite chez la femme enceinte. Ce retard diagnostique est dû à une consultation tardive, mais aussi et surtout à la non formation du personnel paramédical appelé en premier à examiner cette patiente. À cause des moyens d'imagerie et de laboratoires très insuffisamment développés et d'une réanimation défailante, le pronostic maternel et surtout fœtal est constamment mis en jeu. Dans nos pays du Tiers-monde où la couverture médicale est loin d'être effective, un accent particulier doit être mis sur l'approche diagnostique de l'urgence chirurgicale pendant la grossesse au cours de la formation de l'élève sage-femme, la toute première à être consultée dans les hôpitaux de brousse. Devant toute menace inexplicite d'accouchement prématuré, l'évacuation vers un centre médical bien équipé s'impose. La sage-femme ayant cette responsabilité se doit de garder à l'esprit que

seule l'intervention chirurgicale en urgence peut sauver le couple mère-enfant.

## Références bibliographiques

1. BENSALD F, ELBARNOUSSI L, MOUSSAOUI D, FILALI A, NABIL S *et al.* - Les urgences abdominales non gynécologiques au cours de la grossesse : à propos de cinq observations . *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1996, **91**, 567-572.
2. BERTHET-BADETTI L, TANTI MC & BOIMOND H - Appendicite aiguë au troisième trimestre de la grossesse. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1997, **92**, 205-207.
3. DUFOUR P, DELEBECQ T, VINATIER D, HAENTJENS-VERBEKE K, TORDJEMAN N *et al.* - Appendicite et grossesse A propos de 7 observations. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*, 1996, **25**, 411-415.
4. MAISONNETTE F, DUBAYLE G, AUBARD Y & DAUDET JH - Appendicite aiguë au cours des deux derniers trimestres de la grossesse. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1999, **94**, 66-69.