

Occlusion intestinale aiguë (OIA) par brides post opératoires au deuxième trimestre de la grossesse : à propos d'un cas

Acute intestinal obstruction (AIO) due to post-operative attachments in the second trimester of pregnancy: a case report

Yeo K¹, Kakou C¹, Adjeme J, Yao A¹, Boussou K¹, Ouattara I, Mian B¹

1. Service de gynécologie-obstétrique, CHU Cocody, département de la mère et de l'enfant, UFR Sciences Médicales Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny. Côte d'Ivoire

2. Service de Chirurgie digestive, CHU de Cocody

Auteur correspondant : Dr YEO Kinifo, Assistant Chef de Clinique (ACC), service de gynécologie-obstétrique, CHU Cocody (Abidjan), kinifohamadou@gmail.com

Résumé :

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) au cours de la grossesse est une pathologie rare mais grave. Elle met en jeu le pronostic materno-fœtal. Nous rapportons un cas survenu à 19 semaines d'aménorrhée chez une patiente de 30 ans, 4^{ème} geste, 3^{ème} pare, ayant un antécédent d'une salpingectomie par laparotomie pour une grossesse extra utérine (GEU) deux ans auparavant. La prise en charge chirurgicale de l'occlusion intestinale a nécessité une laparotomie. En per opératoire, il s'agissait d'une OIA par brides intestinales post opératoires avec une nécrose iléale perforée situé à 80 cm de la jonction iléocœcale. Une iléostomie avait été réalisée précédée d'un débridement et d'une résection de la zone nécrosée. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance d'un sepsis sévère, d'une dénutrition et d'une déshydratation ayant entraîné le décès de la patiente 36 jours après l'opération.

Mots-clés : Occlusion intestinale aiguë – Grossesse - Abdomen cicatriciel – Brides

Abstract

Acute intestinal obstruction (AIO) during pregnancy is a rare but serious condition. It poses a risk to both the mother and fetus. We report a case occurring at 19 weeks of gestation in a 30-year-old woman, gravida 4, para 3, with a history of salpingectomy via laparotomy for an ectopic pregnancy two years prior. Surgical management of the intestinal obstruction required a laparotomy. Intraoperatively, the AIO was found to be caused by postoperative intestinal adhesions with a perforated ileal necrosis located 80 cm from the ileocecal junction. An ileostomy had been performed, preceded by debridement and resection of the necrotic area. The postoperative course was marked by persistent severe sepsis, malnutrition, and dehydration, which led to the patient's death 36 days after the operation.

Keywords: Acute intestinal obstruction – Pregnancy – Scarred abdomen – Bandages

Introduction : L'occlusion intestinale aiguë (OIA) au cours de la grossesse est une pathologie rare mais grave. Elle met en jeu le pronostic materno-fœtal [1]. Les étiologies sont dominées par les abdomens cicatriciels (antécédents de laparotomie) [1,2]. Nous rapportons un cas survenu dans les suites opératoires tardives d'une salpingectomie réalisée par voie laparotomique pour une grossesse extra-utérine (GEU). **Observation :** Il s'agissait d'une patiente de 30 ans, 5^e geste, ayant accouché trois fois par voie basse. Elle avait comme antécédent chirurgical, une salpingectomie réalisée deux années auparavant par laparotomie pour une GEU rompue. Elle était référée dans notre service pour des douleurs abdominales aiguës évoluant depuis une semaine. A l'interrogatoire, il s'agissait d'une douleur diffuse à tout l'abdomen et intense évoluant depuis 5 jours, survenue sur une grossesse monofoetale évolutive de 19 semaines d'aménorrhée. On notait une notion d'arrêt des matières et des gaz intermittents associé à une apyrexie et un météorisme abdominal discret

sans vomissements bilieux. A l'examen physique, la patiente était consciente, l'état général était altéré avec un syndrome sub-occlusif faisant évoquer une occlusion intestinale aiguë (OIA) par brides ou adhérences probable. Une échographie abdominale réalisée avait mis en évidence une dilatation exagérée des anses intestinales avec la présence de liquide intra abdominal. Une indication de laparotomie avait été posée en urgence puis un traitement médical (une tri antibiothérapie) et une mise en condition préopératoire ont été débutés. Dans l'attente de la chirurgie, elle avait expulsé d'un fœtus mort-né non macéré pesant 500 grammes. Au cours de laparotomie réalisée 24 heures après l'admission, on notait : un épanchement intrapéritonéal trouble de 300cc et une nécrose iléale perforée situé à 80 cm de la jonction iléocœcale due à la bride iléo-iléale. Une iléostomie après débridement et résection de la zone perforée a été réalisée.

La tri antibiothérapie a été poursuivie en post opératoire. Cependant, les suites opératoires ont été marquées par la persistance d'un sepsis sévère, une



Figure 1 : vue per opératoire de la zone de striction et de perforation de l'iléon

Discussion : La survenue d'une occlusion intestinale au cours de la grossesse est un phénomène très rare [3,4]. Cinq cas ont été rapportés au Maroc par Najih et al dans une étude réalisée sur une période de dix années, parmi lesquels trois patientes avaient un antécédent de chirurgie abdominale [1]. Selon plusieurs études, l'incidence des occlusions intestinales au cours de la grossesse augmente avec la fréquence des antécédents de chirurgies abdominales et que les brides post opératoires constituent la principale cause d'occlusion intestinale au cours de la grossesse [2,5,6]. Les signes cliniques de l'OIA sont dominés par : la douleur abdominale, la distension abdominale, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz. Cependant ces symptômes peuvent être confondus avec les signes sympathiques de la grossesse retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge [7]. L'examen paraclinique de première intention est l'échographie abdominale du fait de son innocuité et le coût moindre. Elle permet d'objectiver une dilatation des anses intestinales. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) peut être réalisée en 2^e intention lorsque l'échographie n'est pas concluante. L'Imagerie par résonance magnétique (IRM) est réalisable au-delà du premier trimestre [8]. Concernant la prise en charge, elle doit se faire par une équipe multidisciplinaire composé de l'obstétricien, le chirurgien digestif, l'anesthésiste réanimateur et le pédiatre. Le traitement chirurgical doit être la règle. Il est encadré par des mesures de réanimation médicales. En effet pour plusieurs auteurs, le traitement médical seul échoue dans la majorité des cas aggravant ainsi le pronostic materno-fœtal de l'occlusion intestinal au cours de la grossesse [2,5,8]. Dans notre cas, la patiente avait consulté tardivement (deux semaines après le début des symptômes). Cela constituait un facteur de

dénutrition et d'une déshydratation ayant entraîné le décès de la patiente 36 jours après l'intervention chirurgicale.

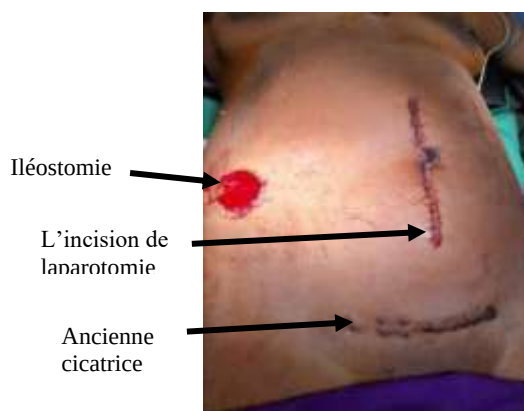


Figure 2 : Image de la paroi abdominale en post opératoire immédiat

mauvais pronostic. La laparotomie est la voie d'abord idéale en cas d'OIA sur grossesse bien que la cœlioscopie soit de plus en plus réalisée dans les pays développés pendant la grossesse. Au cours de cette laparotomie le traitement chirurgical de l'obstacle intestinal reste le même qu'en dehors de la grossesse. Quant à la prise en charge obstétricale, elle varie en fonction du terme de la grossesse et de l'état fœtal. Avant 26 semaines, il faut réaliser une laparotomie pour lever l'occlusion et laisser évoluer la grossesse jusqu'à son terme si possible. Entre 26 et 34 semaines, il faut réaliser la césarienne et le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale précédé si possible d'une maturation fœtale. A partir de la 34^e semaine, la laparotomie a pour but de réaliser la césarienne et le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale. Quand elle est indiquée, la laparotomie doit se faire par une incision cutanée médiane sous ombilicale qui pourra être prolongé en sus ombilicale au besoin. En effet, ce type d'incision cutanée facilite une meilleure exploration de toute la cavité abdominale comparée aux incisions cutanées transversales [9]. Le pronostic materno-fœtal est étroitement lié au délai diagnostique et de la prise en charge thérapeutique. C'est ainsi que tout retard dans le diagnostic et la mise en route du traitement de l'occlusion intestinale pendant la grossesse, expose la patiente et le fœtus à des complications graves telle que : l'ischémie intestinale, le choc septique et la mortalité fœto-maternelle) [8]. La prévention des adhérences post opératoires au cours de la salpingectomie reposent sur la réalisation d'une bonne hémostase, le lavage de la cavité péritonéale par du sérum physiologique (sérum salé isotonique ou du ringer lactate), et le traitement précoce des infections du site opératoire [10,11]. **Conclusion :** L'occlusion intestinale pendant la grossesse est rare.

Cependant lorsqu'elle survient, elle peut avoir de graves conséquences sur le couple materno-fœtal. C'est pourquoi sa survenue impose un diagnostic et une prise en charge précoces par une équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer le pronostic.

Références

1. **Najih M, Abdellaoui M, Hafidi MR, Laraqui H, AlKandry S.** L'occlusion intestinale aiguë gravidique - à propos de cinq cas. *Pan Afr Med J.* 2022;2022. Disponible sur: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/afr-199225>
2. **Dia JM, Oyeladé M, Saki C, Bohoussou E, Okon G, Guié YP, et al.** Occlusion intestinale pendant la grossesse au Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Médecine d'Afrique Noire.* 2017;64(5):251-4. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2022.e00473>
3. **Loukopoulos T, Zikopoulos A, Galani A, Skentou C, Kolibianakis E.** Acute intestinal obstruction in pregnancy after previous gastric bypass: A case report. *Case Reports in Women's Health.* 2022;36. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjs034>
4. **Li Y, Ang M, Miller JA.** A rare cause of bowel obstruction in pregnancy. *Journal of Surgical Case Reports (JSCR).* 2012;2012(12). Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00541-y>
5. **Ling XS, Anthony Brian Tian WC, Augustin G, Catena F.** Can small bowel obstruction during pregnancy be treated with conservative management? A review. *World J Emerg Surg.* 2024;19(13). Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2023.10.001>
6. **Suminaga Y, Taki M, Okamoto H, Kawamura Y, Sagae Y, Sunada M, et al.** A Case of a Patient with Adhesive Small Bowel Obstruction in Pregnancy after Extensive Myomectomy for Diffuse Uterine Leiomyomatosis. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;11(40). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/download/76179/72191/0>

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la conception et la mise en œuvre de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

2022;2022. Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/download/76179/72191/0>

2022;2022. Disponible sur: <https://doi.org/10.1155/2022/3601945>

7. **Gashoot K, Kashbour MO, Abuhlaiga M.** Midgut Volvulus in Disguise: Acute Abdomen in Early Pregnancy. *Cureus.* 2023;15(12). Disponible sur: <https://doi.org/10.7759/cureus.50955>

8. **Webster P, Bailey M, Wilson J, Burke D.** Small bowel obstruction in pregnancy is a complex surgical problem with a high risk of fetal loss. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;97(5):339-44. Disponible sur: <https://doi.org/10.1308/003588415X14181254789844>

9. **Zachariah SK, Fenn MG.** Acute intestinal obstruction complicating pregnancy: diagnosis and surgical management. *BMJ Case Rep.* 2014;2014. Disponible sur: <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-203235>

10. **Sirovy M, Odlozilova S, Kotek J, Zajak J, Paral J.** Current options for the prevention of postoperative intra-abdominal adhesions. *Asian J Surg.* 2024;47(1):S1015-9584(23)01613-5. doi:10.1016/j.asjsur.2023.10.001 PubMed PMID: 39492273.

11. **Pouly JL, Darai E, Yazbeck C, Benifla JL, Dechaud H, Wattiez A, et al.** Adhérences postopératoires et leur prévention en chirurgie gynécologique : Comment les prévenir ? *Gynecol Obstet Fertil.* 2012;40(7):419-28. doi:10.1016/j.gyobfe.2011.10.001