



### Article original

## L'occlusion intestinale sur grossesse dans le Service De Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré de Bamako : à propos de 10 cas

Bowel Obstruction on pregnancy within the General Surgical Unit of CHU Gabriel Touré in Bamako: about 10 cases

O Traoré<sup>1</sup>, M Konaté<sup>\*2</sup>, L Diarra<sup>3</sup>, M Diallo<sup>2</sup>, IK Diakité<sup>2</sup>, MS Konaké<sup>2</sup>, M Keita<sup>2</sup>, A Samaké<sup>2</sup>, AKB Kayentao<sup>2</sup>, M Maiga<sup>2</sup>, A Maiga<sup>4</sup>, B Bengaly<sup>5</sup>, A Togo<sup>4</sup>

### Résumé

Objectifs : Déterminer les aspects cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et les suites opératoires des occlusions intestinales sur grossesse.

Méthodologie : Etude retro et prospective de Janvier 1999 à Décembre 2011. Les critères d'inclusion ont été toutes les patientes présentant une occlusion sur grossesse, opérées et hospitalisées dans le service de chirurgie générale durant la période d'étude.

Résultat : Nous avons colligé 10 dossiers. L'âge moyen a été de 30,6 ans. Le délai moyen de consultation a été de 4 jours. L'âge gestationnel de nos patientes variait de 8 et 33 semaines d'aménorrhée (SA) dont 30% (3 cas) d'occlusions au premier trimestre, 30% (3 cas) au deuxième trimestre et 40% (4 cas) au troisième trimestre. Les signes observés ont été la douleur abdominale dans 100% (10 cas), les vomissements 100% (10 cas), l'arrêt des matières et des gaz 100% (10 cas), une tuméfaction inguinale douloureuse et irréductible 10% (1 cas), une tuméfaction épigastrique douloureuse et irréductible 10% (1 cas), une masse ovaire dans le flanc droit 10% (1 cas). L'échographie a été réalisée chez 100% (10 cas) et a permis de confirmer

le diagnostic du seul cas d'invagination intestinale.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée dans 40% (4 cas) et a permis de confirmer le diagnostic dans les 40% (4 cas). Les étiologies ont été 50% de volvulus du sigmoïde (5 cas) dont 30% (3 cas) étaient associés à un volvulus du grêle et 10% (1 cas) volvulus isolé du grêle, 20% (2 cas) de hernies étranglées dont 1 cas hernie inguinale étranglée et 1 cas de hernie de la ligne blanche étranglée, 10% (1 cas) d'invagination intestinale et 10% (1 cas) d'occlusion sur bride. La prise en charge a été chirurgicale dans tous les cas 100% (10/10). Une résection intestinale a été réalisée chez 60% (6 cas) des patientes, un cas de détorsion simple 10%, une désincarcération intestinale dans 20% (2 cas) et un cas de section d'une bride 10%. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Nous avons enregistré 40% (4 cas) d'avortement dont 30% (3 cas) sont survenus sur les occlusions compliquées de nécrose intestinale et un cas de menace d'accouchement prématuré.

Conclusion : Le diagnostic de l'occlusion intestinale sur grossesse est souvent difficile et tardif car les troubles digestifs sont souvent mis sur le compte

de la grossesse. Les pronostics vitaux maternels et fœtaux sont conditionnés par la précocité de la prise en charge qui est multidisciplinaire.

Mots-clés : occlusion intestinale, grossesse, chirurgie, Mali

### **Abstract**

**Objectives:** Study the clinical, para-clinical, therapeutic aspects and postoperative effects of intestinal obstruction on pregnancy.

**Methodology:** Retro and prospective study from January 1999 to December 2011. The inclusion criteria were all patients with occlusion on pregnancy, operated, hospitalized in the general surgery department during the study period.

**Resultant:** We collected 10 records of intestinal obstruction on pregnancy. The average age was 30.6 years old. The average consultation time was 4 days. The gestational age of our patients varied from 8 to 33 weeks of amenorrhea (AS), including 30% occlusions (3 cases) in the first term, 30% (3 cases) in the second term, and 40% (4 cases) in the third term quarter. The signs observed were abdominal pain in all cases 100% (10 cases), vomiting 100% (10 cases), stopping of materials and gases 100% (10 cases), painful inguinal swelling and irreducible 10% (1 case), a painful and irreducible epigastric swelling 10% (1 case), an oval mass in the right flank 10% (1 case). The ultrasound was performed in 100% (10 cases) and among others to confirm the diagnosis of the only case of intussusception intestines pregnancy study. The X-ray of the abdomen without preparation (ASP) was performed in 40% (4 cases) and was among the confirmed diagnosis in all four cases. Etiologies found in the study were 50% of sigmoid volvulus (5 cases) of which 30% (3 cases) were associated with hailstorm volvulus and 10% (1 case) volvulus isolated from hail, 20% of strangulated hernias (2 cases) including 1 case of strangulated inguinal hernia and 1 case of strangulated hernia of the white line, 10% of intussusception (1 case) and 10% of occlusion on

flange (1 case) The treatment was surgical in all cases 100% (10case). Intestinal resection was performed in 60% (6 cases) of the patients, a case of 10% simple detorsion (1 case), an intestinal extrication in 20% (2 cases) and a case of section of a bridle. 10% (1 case). We did not register a maternal death. We recorded 40% (4 cases) of abortion of which 30% (3 cases) occurred on complicated occlusions of intestinal necrosis and one case of threatened premature delivery.

**Conclusion:** The diagnosis of bowel obstruction during pregnancy is often difficult and late because digestive disorders are often put on the account of pregnancy. The vital maternal and fetal prognoses are conditioned by the precocity of the care which is multidisciplinary.

**Keywords:** bowel obstruction, pregnancy, surgery, Mali.

---

### **Introduction**

L'occlusion intestinale sur grossesse se définit comme l'arrêt complet et persistant des matières et des gaz dans un segment intestinal chez une femme enceinte [1]. C'est une urgence chirurgicale digestive grave avec un risque materno-fœtal élevé lié au retard diagnostique [2]. Le diagnostic clinique est tardif car les signes d'occlusion attirent peu l'attention et le météorisme abdominal peut être difficile à mettre en évidence [3]. La prise en charge est multidisciplinaire. La vie de la mère passe toujours avant celle du fœtus [4].

### **Objectifs**

Les objectifs de ce travail ont été de déterminer les aspects cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et les suites opératoires des occlusions intestinales sur grossesse.

## Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective de Janvier 1999 à Décembre 2011 réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Les critères d'inclusion de cette étude ont été toutes les patientes présentant une occlusion sur grossesse, opérées et hospitalisées dans le service de chirurgie générale durant la période d'étude. Les variables étudiées ont été : l'âge, la profession, le niveau socio-économique, la gestité/parité, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les signes cliniques, les signes para-cliniques, les traitements et les suites opératoires de la mère et du nouveau-né.

Les données ont été recueillies à partir : des dossiers des patientes, des registres de compte rendu opératoires, des registres d'hospitalisations et de consultations.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 16.0. Le test de comparaison utilisé a été le KHI2 avec un seuil de signification  $P \leq 0.05$ .

## Résultats

Nous avons colligé 10 dossiers. L'âge moyen a été de 30,6 ans. Le délai moyen de consultation a été de 4 jours. L'âge gestationnel de nos patientes variait de 8 et 33 semaines d'aménorrhée (SA) dont 30% (3cas) d'occlusions au premier trimestre, 30% (3cas) au deuxième trimestre et 40% (4cas) au troisième trimestre. Les signes observés ont été la douleur abdominale dans 100% (10cas), les vomissements 100% (10cas), l'arrêt des matières et des gaz 100% (10cas), une tuméfaction inguinale douloureuse et irréductible 10% (1cas), une tuméfaction épigastrique douloureuse et irréductible 10% (1cas), une masse ovale dans le flanc droit 10% (1cas). L'échographie a été réalisée chez 100% (10cas) et a permis de confirmer le diagnostic du seul cas d'invagination intestinale. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée dans

40% (4 cas) et a permis de confirmer le diagnostic dans les 40% (4 cas). Les étiologies ont été 50% de volvulus du sigmoïde (5 cas), dont 30% (3 cas) étaient associés à un volvulus du grêle et 10% (1 cas) volvulus isolé du grêle, [Image (1) et (2)], 20% (2 cas) de hernies étranglées dont 1 cas hernie inguinale étranglée et 1 cas de hernie de la ligne blanche étranglée, 10% (1 cas) d'invagination intestinale et 10% (1cas) d'occlusion sur bride. La prise en charge a été chirurgicale dans tous les cas 100% (10/10). Une résection intestinale a été réalisée chez 60% (6 cas) des patientes, trois patientes ont bénéficié de l'opération de Hartmann associée à une résection du grêle avec anastomose termino-terminale dans 2 cas et une ileostomie en double canon dans un cas, un cas de détorsion simple 10%, une désincarcération intestinale dans 20%( 2 cas) et un cas de section d'une bride 10%. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Nous avons enregistré 40% (4 cas) d'avortement dont 30% (3 cas) sont survenus sur les occlusions compliquées de nécrose intestinale et un cas de menace d'accouchement prématuré.



Image 1 : Volvulus du sigmoïde sur grossesse sans nécrose

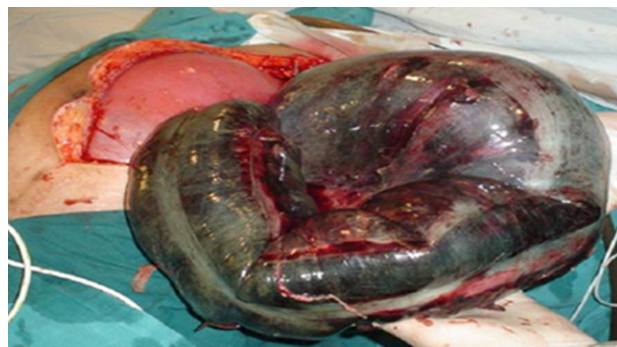


Image 2 : Volvulus du sigmoïde sur grossesse avec nécrose

## **Discussion**

L'occlusion intestinale survenant au cours de la grossesse est très rare [5-6]. L'incidence de l'occlusion intestinale durant la grossesse est, dans les études récentes, de 1/1.500 à 1/3.000 grossesses [5]. En 12 ans nous avons trouvé 10 cas. L'âge gestationnel des malades a varié entre 8 et 33 SA. Nous avons enregistré 30% (3 cas) d'occlusion intestinale sur grossesse au premier trimestre, 30%(3cas) au deuxième trimestre, et 40% (4 cas) au troisième trimestre. Au Maroc Mohammed [8] a trouvé 40% (2 cas) au 2<sup>ème</sup> trimestre et 60% (3 cas) au 3<sup>ème</sup> trimestre et au Belgique Twité a trouvé 33% (1 cas) au 2<sup>ème</sup> trimestre et 67% (2 cas) au 3<sup>ème</sup> trimestre [4]. Le délai de consultation de 4 jours est proche de celui de Randriamblomanana et al qui ont trouvé 3 jours dans leur étude menée à Madagascar [9]. Par contre, il est supérieur aux 2,85 jours observés dans une étude similaire réalisée par Mohammed au Maroc [8]. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté de diagnostic d'occlusion intestinale au cours de la grossesse ; les signes sont faussement attribués à une menace d'accouchement prématuré. Le diagnostic d'occlusion intestinale durant la grossesse est basé sur la même triade clinique que dans la population générale : douleur abdominale, arrêt des matières et des gaz, vomissements et les signes physiques. Les signes biologiques ne sont pas spécifiques. Le vomissement est un symptôme fréquent le plus souvent banal durant la grossesse : aux alentours de 16 semaines de gestation : 50 % des patientes se plaignent encore de nausées et 33% de vomissements [10]. Les vomissements au cours de l'occlusion peuvent ainsi être confondus avec des vomissements gravidiques en particulier au premier trimestre [4]. Toutes les patientes 100% (10 cas) avaient la triade clinique.

L'échographie permet d'objectiver une distension digestive, un épanchement intra péritonéal et un état gravide en précisant l'âge de la grossesse et la vitalité fœtale selon Musoko (Uganda) il reste

l'examen de première intention [11]. Elle permet aussi d'éliminer les autres diagnostics différentiels obstétricaux et urinaires. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une échographie abdominale et obstétricale. L'échographie a permis de poser le diagnostic avec précision dans le cas d'invagination intestinale aussi bien dans notre étude que dans celles d'autres auteurs Bohoussou en Côte d'ivoire et Guyomard à Dijon [12-13]. Toutefois, l'ASP reste utile dans le bilan d'une occlusion intestinale en cas d'échographie non concluante et l'hésitation des cliniciens à prescrire cette imagerie chez la femme enceinte par crainte d'induire des malformations fœtales est injustifiée en regard du risque de morbidité et de mortalité élevée si le diagnostic est retardé [14]. Elle a été réalisée chez 4 patientes avec confirmation du diagnostic d'occlusion intestinale dont un cas de volvulus du sigmoïde. Ce résultat est similaire à celui de Mohammed au Maroc chez qui l'ASP a permis de poser le diagnostic chez 3 patientes chez lesquelles elle a été réalisée [8]. Toutes les causes d'occlusion peuvent s'observer au cours de la grossesse. 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 [7]. Les principales causes d'occlusions dans notre étude ont été 50% le volvulus du sigmoïde (5 cas) dont 30% (3 cas) étaient associés à un volvulus du grêle et 10% (1cas) volvulus isolé du grêle, 20% de hernies étranglées (2 cas) dont 1 cas hernie inguinale étranglée et 1 cas de hernie étranglée de la ligne blanche, 10% d'invagination intestinale (1cas) et 10% d'occlusion sur bride soit (1 cas). Les études menées par Juglard et al [15] ont trouvé 25% de volvulus, 5% d'invagination aiguë et 1,4% de hernie ; Mohammed et al au Maroc ont trouvé 60% d'occlusion par bride/adhérence et 20% de volvulus [8]. Le traitement consiste à lever l'obstacle, éviter la récurrence et permettre à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme si possible, dans tous les cas le

sauvetage maternel est prioritaire. La préparation préopératoire des patientes nécessite une décision collégiale incluant un obstétricien, un anesthésiste-réanimateur et un chirurgien afin de discuter au cas par cas la tocolyse prophylactique. Une réanimation brève allant de 30 minutes à 2 heures selon les cas a été effectuée chez toutes nos patientes. La prise en charge a été chirurgicale dans 100% des cas (10 cas). Ce résultat est inférieur à celui de Meyerson et al [10] qui ont pratiqué le traitement chirurgical dans 89 % des cas. La méthode chirurgicale dépend de la cause de l'occlusion. D'après Redlich [[16] le type d'intervention dépend de la localisation de l'occlusion, de l'étiologie en cause, de la viabilité de segment atteint et de l'existence d'une péritonite associée. Le taux élevé de résection intestinale dans notre étude, 60% s'explique d'une part par le mécanisme strangulation et d'autre part par le retard dans la prise en charge.

Notre taux de résection intestinale est comparable à celui de Mohammed au Maroc qui a été aussi de 60% (3 cas) [8]. Les complications enregistrées dans notre étude ont été 30% (3 cas) de suppurations pariétales associées dans un cas à une fistule et dans un autre cas à une éviscération dans les suites immédiates. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel tout comme dans l'étude réalisée par Mohammed au Maroc [8] ; par contre Watanabe et al [17] au Japon ont trouvé un taux de mortalité maternelle variant entre 6 et 20%. Nous avons enregistré 40% (4 cas) d'avortement et un cas de menace d'accouchement prématuré (10%). Ailleurs Mohammed au Maroc a enregistré un cas de mort-né soit 20% [8].

## Conclusion

L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est rare. C'est une urgence chirurgicale grave qui nécessite un diagnostic et une prise en charge précoce pour améliorer le pronostic materno-fœtal. La gravidité ne devrait en aucun cas modifier la conduite à tenir devant une occlusion intestinale.

Le pronostic maternel est généralement bon mais celui fœtal est d'issue difficile. La prise en charge est multidisciplinaire et fait intervenir entre autres, le radiologue, l'obstétricien, l'anesthésiste et le chirurgien.

---

## \*Correspondance :

Dr Konaté Moussa

[konate08@yahoo.fr](mailto:konate08@yahoo.fr)

**Disponible en ligne :** 09 Mars 2020

1 Hôpital mère-enfant le « Luxembourg », Mali

2 Centre de santé de référence de la commune VI de Bamako, Mali

3 Hôpital de dermatologie de Bamako, Mali

4 CHU Gabriel TOURE de Bamako, Mali

5 CHU Point G de Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt :** aucun

## Références

- [1] Adloff A. Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. EMC Est; 1984; 10; 24,059 A10. (1)
- [2] Hermas S, Mhradi W, Maher N, Aderdour M. Digestive emergencies during pregnancy. *Esperance Medical* 2001 Sep 8 (75); 426-428.
- [3] Sharp TH. *Clin Obstet Gynecol* 2002, 45:405
- [4] Twité N, Jacquet C, Dumont G, Nasr A, Guchteneere E, Busine A et al. Intestinal obstruction in pregnancy. *Rev Med Brux* 2006, 27:104-9.
- [5] Kalu E, Sherriff E, Alsibai MA, Haidar M. Gestational intestinal obstruction: a case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2006; 274:60-62.
- [6] Chang YT, Huang YS, Chan HM, Chan HM, Huang CJ, Hsieh JS, Huang TJ. Intestinal obstruction during pregnancy. *Kaohsiung J Med Sci.* 2006 Jan; 22(1):20-3.
- [7] Coleman MT, Triano VA, Rund DA. Nonobstetric emergencies in pregnancy : trauma and surgical conditions. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 497-502

- [8] Mohammed Najih, Mohamed Abdelloui, My RachidHafidi, HichamLaraqui, SifeddineAlkandry. L'occlusion intestinale aigüe gravidique-à propos de cinq cas.PanAfricanJournal 2012
- [9] Randriamblomanana JAI, Herinirina SAE2, Rasataharifetra H2, Rakoarisoa H3, Rakotorijaona. Occlusion intestinale aigüe par volvulus du sigmoïde au cours de la grossesse: à propos d'un cas. Revue Tropicale de Chirurgie 2011; Vol 5: 11-12.
- [10] Perdue PW, Johnson HW, StaffordPW : Intestinal obstruction complicating pregnancy. Am J Surg1992; 164: 384-8
- [11] 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.
- [12] Bohoussou PE, Guessan EN, Lebeau R, AdouN, Touré K. Invagination intestinale aigüe chez une femme enceinte. Revue africaine de chirurgie et spécialités vol 4, N°7 (2010) (25)
- [13] Guyomard A, CalmeletP,Dellinger P, Douvier S, Sagot P, TixierH.Invagination intestinale aigüe spontanée chez une femme enceinte au service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire de Dijon, Faculté de médecine, 2,boulevard Maréchal-de lattare-de-Tassigny,BP77908,21079 Dijon cedex, France.
- [14] Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. Surg Clin North Am. 1995; 75:101-3.
- [15] JuglardR,RimbotA,Marty A, Paoletti H,AczelF,Talarmin B et al. Occlusion digestive de la femme enceinte :intérêt de la séquence.Journal de radiologie vol 84 N°12 C1-décembre 2003, P 1986-1988.
- [16] Redlich A, Rickes S, Costa S. Small bowel obstruction in pregnancy. Arch. Gynecol. Obstet 2007;275:381-6],
- [17] Watanabe S, Otsubo T, Shinagawa T, Araki T. Small bowel obstruction in early pregnancy treated by jejunotomy and total (34). Journal of Obstetrics & Gynecology ; Volume 96, Issue 5, Part 2, November 2000, Pages 812-813.

## **Pour citer cet article**

O Traoré, M Konaté, L Diarra, M Diallo, IK Diakité, MS Konaké et al. L'occlusion intestinale sur grossesse dans le Service De Chirurgie Générale du CHU Gabriel Toure de Bamako : à propos de 10 cas. Jaccr Africa 2020; 4(1): 384-389