

A ne pas oublier dans le diagnostic différentiel

«To be or not to be ... pregnant»

Dr méd. Elisabeth Ratzenböck^a, Dr méd. Jan Kasperek^b, Dr méd. Gregory Mansella^a

Universitätsspital Basel: ^a Notfallzentrum; ^b Abteilung für Gynäkologie

Contexte

Les douleurs abdominales font partie des motifs les plus fréquents de présentation au service des urgences (hôpital universitaire de Bâle: 12,1% des patients admis aux urgences [1]) et au cabinet de médecine de famille. Diverses affections relevant de la chirurgie viscérale, de la médecine interne, de la gynécologie, de l'urologie ou encore de la sphère psychosomatique peuvent se cacher derrière ces douleurs. Une anamnèse approfondie, un examen physique de qualité et des examens ciblés (analyses de laboratoire, analyses urinaires, examens d'imagerie) sont essentiels pour la pose du diagnostic correct.

Présentation du cas

Une patiente âgée de 29 ans, svelte et jusqu'alors en bonne santé s'est présentée au service des urgences en raison de douleurs abdominales diffuses progressives, présentes depuis quatre jours et dont l'intensité était maximale au niveau de la partie inférieure droite de l'abdomen. Elle avait fait l'objet d'une appendicectomie à l'âge de 20 ans, mais n'avait au demeurant pas subi d'interventions chirurgicales ou gynécologiques au niveau de l'abdomen. Depuis la veille, elle présentait un saignement vaginal dont l'intensité était similaire aux menstruations. Depuis l'arrêt d'un contraceptif oral deux ans auparavant, ses menstruations étaient irrégulières; la patiente avait un désir d'enfant latent, mais elle n'avait jamais eu de grossesse. La miction a été décrite comme normale; la veille, elle avait eu des selles liquides sans traces de sang à une reprise. Il n'y a pas eu de vomissements. La patiente a déclaré ne pas avoir eu de fièvre et ne pas avoir perdu de poids. L'anamnèse environnementale était négative pour les maladies entériques et il n'y a pas eu de séjours récents à l'étranger. La patiente ne prenait pas de médicaments réguliers. Elle n'avait pas d'allergie aux pollens et n'avait pas connaissance d'autres allergies, en particulier alimentaires. L'anamnèse familiale était négative pour les cancers abdominaux et gynécologiques.

A son arrivée au service des urgences, la patiente présentait un état général diminué en raison de la douleur

(7/10 sur l'échelle visuelle analogique); elle était normotendue avec une pression artérielle de 112/69 mm Hg et avait une fréquence cardiaque normale de 76 battements/minute et une fréquence respiratoire normale de 18 cycles/minute, avec une saturation en oxygène de 100% en air ambiant. La patiente était afebrile (36,8 °C).

L'examen clinique a révélé une douleur à la pression diffuse de l'abdomen avec une intensité maximale des douleurs à la palpation de la partie inférieure droite de l'abdomen, avec une défense abdominale locale, ainsi qu'une douleur à la percussion de la loge rénale droite. Les bruits intestinaux étaient normaux et l'examen rectal était sans particularités. L'auscultation cardiopulmonaire n'a révélé aucune pathologie.

Les analyses de laboratoire réalisées à l'admission ont montré une anémie normocytaire normochrome (hémoglobine: 103 g/l; valeur normale 120–160 g/l), ainsi qu'une légère leucocytose (11,0/μl; norme 3,5–10/μl). La protéine C réactive (CRP), les valeurs rénales, les électrolytes, les transaminases, la γ-glutamyltransférase (GGT), le pH, le lactate, la créatine kinase (CK) et l'amylase étaient dans la norme. Les analyses urinaires étaient sans particularités et le test urinaire de grossesse était négatif.

L'échographie abdominale a montré la présence de liquide libre (fig. 1) dans l'ensemble des quatre quadrants, ainsi qu'une masse de tissus mous hétérogène mesurant 7 × 3 × 7 cm (fig. 2) dans la partie inférieure droite de l'abdomen.

Au vu de ce résultat, une échographie transvaginale complémentaire a été réalisée, montrant un processus expansif solide bien perfusé de 35 × 36 mm à côté de l'ovaire droit. Une laparoscopie en urgence était indiquée. Au cours de l'intervention, nous avons constaté un hémopéritoine, avec distribution diffuse du sang dans la partie supérieure et inférieure de l'abdomen, ainsi qu'une présence de sang accompagné de caillots dans le cul-de-sac de Douglas. La trompe droite était nettement distendue, de coloration livide et détruite par une grossesse extra-utérine (GEU), si bien qu'une salpingectomie a dû être pratiquée. L'évolution ultérieure s'est déroulée sans complications et la patiente a dès lors pu quitter l'hôpital dans un bon état général trois jours après l'opération.



Elisabeth Ratzenböck

Discussion

La GEU (c.-à-d. nidation du blastocyste en dehors de la cavité utérine) constitue une urgence menaçant le pronostic vital et la fertilité. Les GEU représentent 1–2% de toutes les grossesses, avec une incidence croissante au cours des dernières années. Les trompes sont le siège le plus fréquent de nidation ectopique (plus de 95% des cas); les ovaires, la cavité abdominale et la paroi utérine sont des sièges plus rares. Parmi les facteurs de risque figurent les antécédents d'infections génitales, en particulier d'infections à *Chlamydia* ou à gonocoques, les antécédents d'interventions gynécologiques,

comme par ex. curettages ou traitements de fertilité, l'endométriose, le tabagisme et l'âge supérieur à 35 ans. Tandis que le risque de GEU est nettement plus faible chez les femmes utilisant un dispositif intra-utérin (DIU) par rapport à celles n'utilisant pas cette méthode contraceptive en raison de la fiabilité élevée des DIU pour prévenir les grossesses, environ la moitié de toutes les grossesses survenant malgré l'utilisation d'un DIU sont extra-utérines. Chez plus de 50% des femmes touchées, aucun facteur de risque n'est cependant retrouvé [2, 3].

Il convient de noter que, comme dans le cas de notre patiente, une grossesse/GEU peut (déjà) être présente malgré un test urinaire de grossesse négatif. Chez les femmes en âge de procréer souffrant de douleurs dans le bas-ventre, une GEU doit dès lors être envisagée même en cas de test urinaire de grossesse négatif; la détermination de l'hormone chorionique gonadotrope humaine (β -hCG) dans le sang s'avère souvent utile dans le cadre du diagnostic différentiel en raison de sa sensibilité plus élevée (dans le cas présent: 13 UI/l; valeur normale <3,0 UI/l; les tests urinaires de grossesse conventionnels sont généralement sensibles à partir de 20–50 UI/l). Le saignement vaginal dans le cadre d'une GEU (l'hémorragie de privation en raison de la chute du taux de progestérone en lien avec la non-évolution de la grossesse) peut induire en erreur et elle ne doit pas conduire à la supposition erronée «grossesse exclue en raison de la présence de menstruations».

Correspondance:
Dr méd.
Elisabeth Ratzenböck
Notfallzentrum
Universitätsspital Basel
Petersgraben 2
CH-4051 Basel
Elisabeth.Ratzenboeck[at]
usb.ch

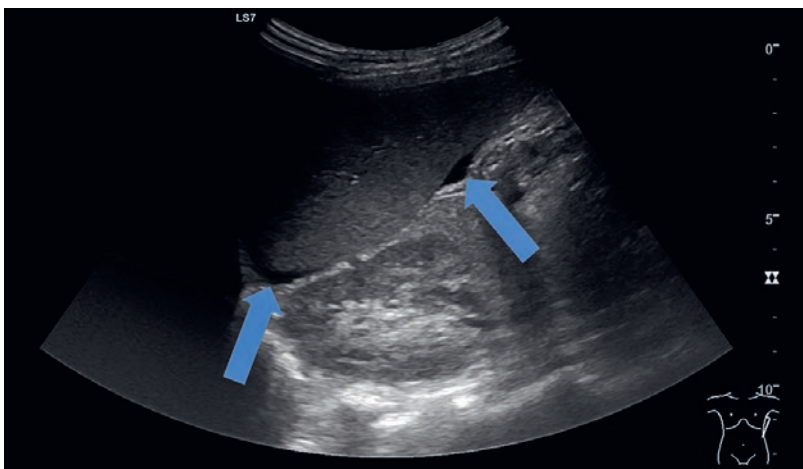


Figure 1: Échographie abdominale révélant la présence de liquide libre entre la rate et le rein gauche (flèches).

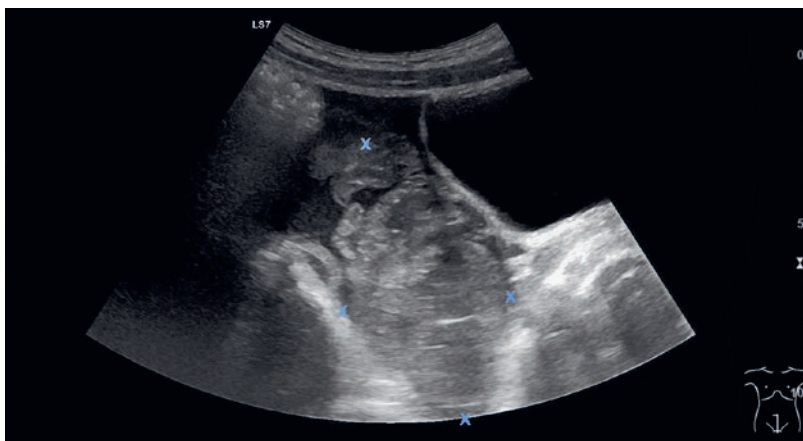


Figure 2: Échographie montrant une masse de tissus mous hétérogène mesurant 7 x 3 x 7 cm dans la partie inférieure droite de l'abdomen.

Remerciements

Nous remercions le Dr Victor Schulze-Zachau, département de radiologie de l'hôpital universitaire de Bâle, de nous avoir aimablement autorisés à utiliser les clichés échographiques.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Bingisser R, Dietrich M, Nieves Ortega R, Malinowska A, Bosia T, Nickel CH. Systematically assessed symptoms as outcome predictors in emergency patients. *Eur J Intern Med.* 2017;45:8–12.
- 2 Barnhart KT, Franasiak JM. Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(2):e65–e77.
- 3 Maass/Schiessl: Gynäkologie und Geburtshilfe ... in 5 Tagen. 1 Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2012.