

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 139

**FIBROME UTERIN COMPLIQUE D'ISCHEMIE
INTESTINALE EN COURS DE GROSSESSE**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Maryam CHEDDADI
Née le 22 Février 1992 à Kénitra

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Fibrome utérin – Ischémie intestinale – Grossesse.

JURY

Mr. M. AMRAOUI
Professeur de Chirurgie Générale
Mr. M. EL OUNANI
Professeur de Chirurgie Générale
Mr. M. EL ABSI
Professeur de Chirurgie Générale
Mr. E. ECHARRAB
Professeur de Chirurgie Générale
Mr. A. CHENGUITI ANSARI
Professeur de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



سبحانك لا علم لنا إلا ما

علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – ***Clinique Royale***
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique

Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*

Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Doyen de la FMPA

Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie



Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat

Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- *Dir. Hop. Av. Marr.*
Anesthésie-Réanimation *Inspecteur du SSM*
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie *Directeur Hop. Chekikh Zaied*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique

Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie

Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie



Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie

Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie



Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhousain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation ***Directeur ERSM***
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie



Ophtalmologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie

Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie biologique
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie



Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie biologique
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie

Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. : LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

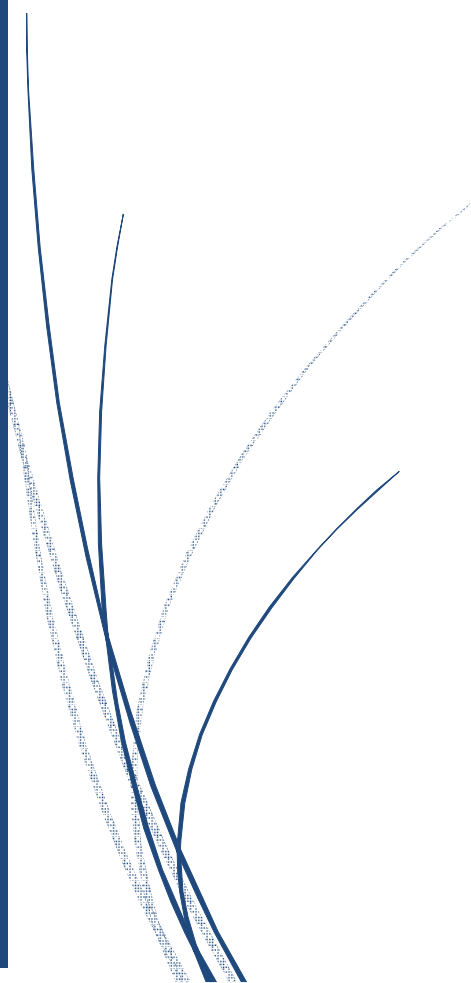
Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





DEDICACES



A mes chers parents :

Dr. Abdelmalek Cheddadi et Dr. Souad Benkhaldoun

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être.

Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez.

Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

اربي ارحمهما كما ربياني صغيرا

A Mon cher grand père maternel

Ma chère grand-mère paternelle

Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que Dieu vous préserve santé et longue vie.

A la mémoire de mon grand père paternel, la mémoire de ma grand-mère maternelle

Qui ont été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie aujourd'hui ma réussite.

Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

A mon très cher mari abdellah

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entouré.

J'aimerais bien que tu trouve dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères.

Que dieu le tout puissant nous accorde un avenir meilleur.

A mon très cher frère Omar et son épouse Hajar:

A mon très cher frère Yassine

A ma chère et adorable sœur Doha et son époux Amine

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

A mes chers oncles, tantes, leurs époux et épouses

A mes chers cousins et cousines

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A mes beaux-parents :

A mes beaux-frères et soeurs:

Merci de m'avoir accueillie parmi vous.

Puisse ce travail soit le témoignage de ma profonde affection et de mon sincère estime.

À mes chères amies :

Sanae, Sara, Manal, Hala, Sara, Farah et Merock

Merci pour le bonheur, la joie et la bonne humeur.

Merci pour l'aide apportée et le soutien.

*À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce
travail.*

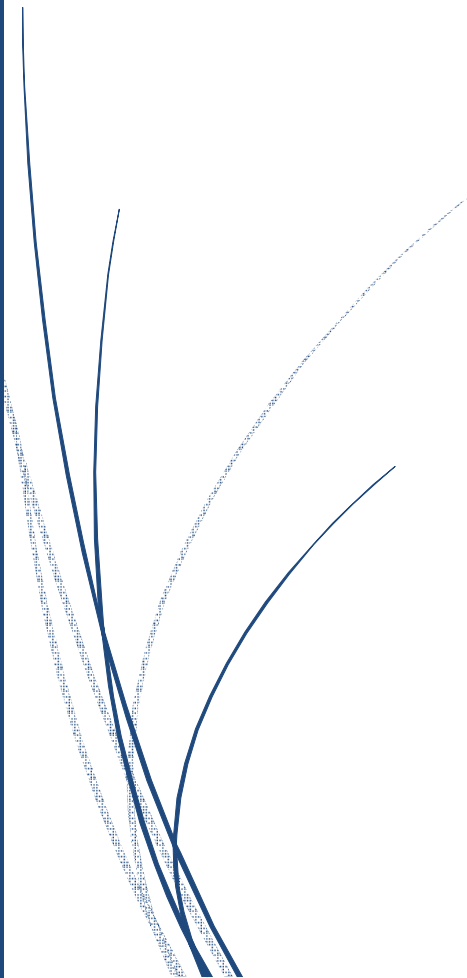
À Tous Mes enseignants tout au long de mes études.

*À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de
citer.*

Qu'ils me pardonnent...



REMERCIEMENTS



A mon maître et président de thèse

.Monsieur le Professeur M. AMRAOUI

Professeur de Chirurgie Générale A l'hôpital IBN SINA de Rabat.

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous avez donné en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous vous exprimons notre profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne.

Veillez considérer ce modeste travail comme expression de notre reconnaissance.

A mon maître et rapporteur de thèse

Monsieur le professeur M. EL OUNANI

Professeur de chirurgie Générale A l'hôpital IBN SINA de Rabat.

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqués et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservés un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepte ,cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect

A notre maitre et juge de thèse:

Mr le Professeur M.EL ABSI

Professeur de Chirurgie Générale A l'hôpital IBN SINA de Rabat.

De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs. Nous sommes toujours impressionnées par vos qualités humaines et professionnelles. Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de faire part de notre jury.

A notre maitre et juge de thèse:

Monsieur le Professeur E. ECHARRAB

Professeur de Chirurgie Générale Au CHU IBN SINA de Rabat.

Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis.

Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Vous nous faite l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de notre grand respect.

A notre maître et juge de thèse :

Monsieur le Professeur A. CHENGUITI ANSARI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté aimablement de juger ce travail.

Votre compétence et votre sens de devoir nous ont profondément imprégnés.

Que ce travail soit l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.



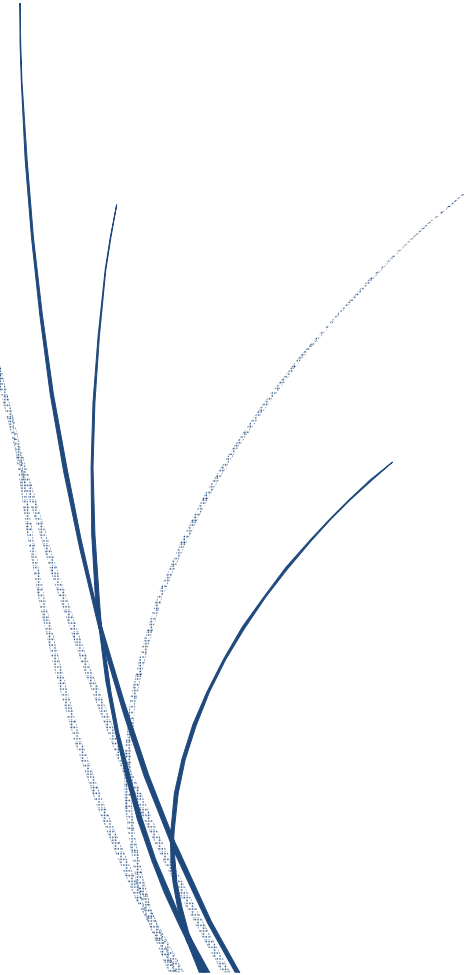
LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviations

S.A	: Semaines d'aménorrhée
BCF	: Bruit du cœur fœtale
PID	: Maladies inflammatoires du pelvis
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
CRF	: Capacité fonctionnelle résiduelle
AP	: Accouchement prématuré
MAP	: Menace d'accouchement prématuré
RCIU	: Retard de croissance intra utérin
SFA	: souffrance fœtale aigue
CNGOF	: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.



LISTE DES ILLUSTRATIONS



Liste des figures

Figure 1 et 2 : images scanographiques montrant un aspect évocateur d'une occlusion intestinale chez notre patiente.

Figure 3 : Présentation schématique des différents effets indésirables associés aux rayonnements et de leur incidence relative à différents stades de la gestation

Figure 4 : Echographie abdominale. Dilatation des anses grêliques évaluée à 3 cm de diamètre quelques heures après l'admission. Pas de souffrance pariétale ni de liquide péritonéale.

Figure 5 : Echographie abdominale répétée 24 heures après le premier examen. Aggravation du degré de dilatation des anses grêles évaluée à 4,3 cm.

Figure 6 : (A) vue érigée montrant des anses intestinales maternelles dilatées entourant le fœtus in utero et (B) plusieurs niveaux hydro-aérique et des anses intestinales dilatées suggérant une obstruction. La tête, la colonne vertébrale et les membres du fœtus sont clairement visibles (flèches noires)

Figure 7 : Imagerie par IRM pelvienne à 12 SA : volumineux fibrome enclavé dans le petit bassin. Coupe transverse (A) et coronale avec visualisation du fœtus (B)

Figure 8 : caractéristique laparoscopique d'un myome volumineux sous-muqueux (24 cm): le pédicule (5 cm) provient de la paroi antérieure de l'utérus (image tournée de 90 ° dans le sens anti-horaire)(105).

Figure 9 : identification du myome utérin pendant la césarienne.

Figure 10 : excision du myome utérin pendant la césarienne.

Liste des Tableaux

Tableau I : Risques et doses seuils des principaux effets de l'irradiation prénatale :

Tableau II : ordre de grandeur des doses délivrées à l'utérus par clichés standards (en mGy)

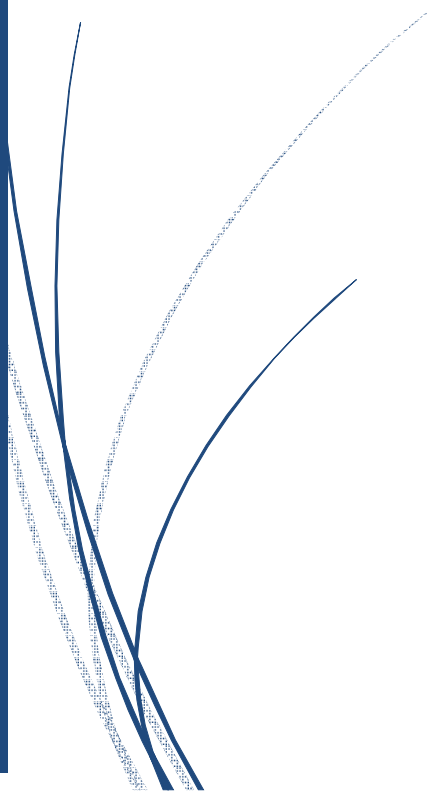
Tableau III : ordre de grandeur des doses délivrées au volume exploré et à l'utérus par les examens tomodensitométriques(en mGy,pour une seule série)

Tableau IV : Exposition fœtale estimée pour les examens diagnostiques

Tableau V : Risques pour l'enfant en fonction du terme de la grossesse



SOMMAIRE



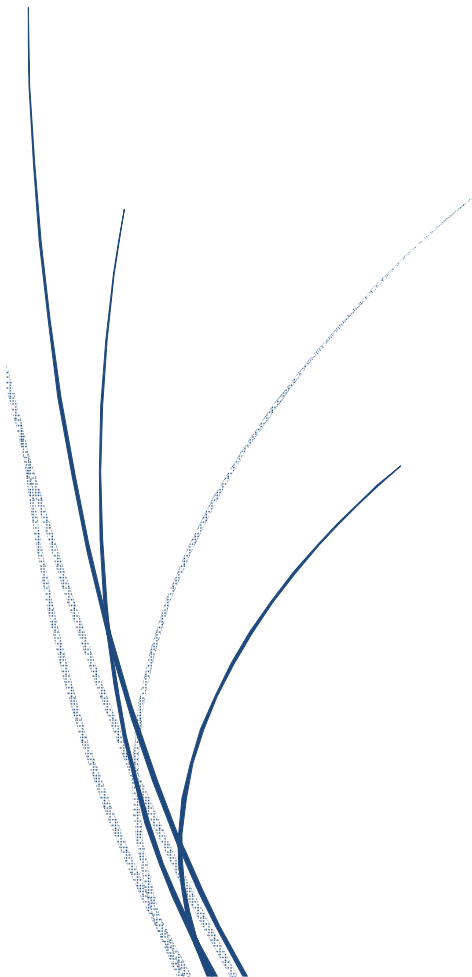
I. Introduction	1
II. Observation	4
III. Discussion	9
A. Historique	10
B. Physiopathologie	11
1. Rappel	11
2. Fibrome utérin, ischémie intestinale et grossesse : quel rapport ?	13
C. Épidémiologie	15
D. Diagnostic	16
1. Clinique	16
2. Les signes fonctionnels	16
a) La douleur abdominale	16
b) Les nausées et vomissement	16
c) L'arrêt des matières et des gaz	17
d) Autres	17
3. Examen physique	17
E. Paraclinique	18
1. Radiologie	18

a) Radiologie et grossesse	18
b) L'échographie abdominale	30
c) Abdomen sans préparation	32
d) IRM abdominale	35
e) TDM abdominale	37
2. Biologie	38
F. Traitement	39
1. Bilan pré thérapeutique	39
a) Anesthésie et grossesse	40
(1) Modifications maternelles	40
(2) Le risque fœtal	42
(3) la conduite anesthésique	45
2. Principe du traitement	48
3. Moyens	48
a) Traitement médical	48
b) Traitement obstétrical	49
c) Traitement chirurgical	51
(1) Indications	52
(a) Occlusion intestinale	52

(b) L'ischémie intestinale	53
(c) Fibrome utérin	55
(i) Avant la grossesse	55
(ii) En cours de grossesse	59
(iii) En cours de césarienne	63
G. Pronostic	66
1. Pronostic maternel	66
2. Pronostic fœtal	66
IV. Conclusion	68
V. Résumés	71
VI. Bibliographie	75



I. Introduction



Le myome ou fibrome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. Il se développe au dépend des cellules musculaires lisses du myomètre formant une tumeur dure, blanchâtre avec une pseudocapsule.(1)

Les fibromes utérins touchent 20 % des femmes de 30 ans et 50% des femmes de 50 ans(2).

Chez les femmes noires, les fibromes sont plus fréquents, plus volumineux, et surviennent plus tôt. Un fibrome est rarement unique(3).

Environ un tiers de ces fibromes sont symptomatiques et parfois responsables d'une répercussion importante sur la qualité de vie.

Les symptômes les plus fréquents sont les douleurs pelviennes et les ménométrorragies et dépendent de leur localisation et volume(1).

La découverte d'un myome chez une patiente en âge de procréer ou enceinte est une situation fréquente qui va susciter questionnements et inquiétudes.

Les complications de fibrome les plus souvent rapportées lors d'une grossesse sont la nécrobiose aseptique (15 % des cas), la torsion d'un fibrome pédiculé et plus rarement, l'incarcération utérine(4).

Les complications digestives gravidiques liées aux fibromes utérins sont exceptionnelles(5).Leurs diagnostic est souvent difficile puisque la symptomatologie est parasitée par le bruit de fond de nombreux symptômes ou pathologies liées à la grossesse (6).

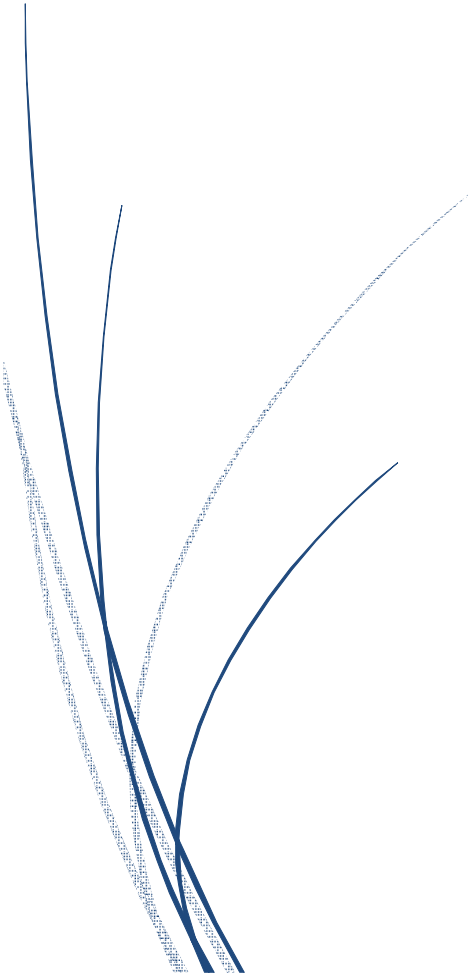
La décision chirurgicale est trop souvent hésitante par crainte d'un retentissement sur la grossesse.

Dans le présent travail nous rapportons l'observation d'une ischémie intestinale sur fibrome utérin survenu lors d'une grossesse chez une patiente de 30ans, colligée au service de Chirurgie I(U.C.V) de l'Hôpital IBN SINA de Rabat.

L'intérêt de ce travail est d'attirer l'attention sur cette complication rare, en mettant l'accent sur le diagnostic, le traitement, et le pronostic maternel et fœtale.



II. Observation



Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans admise le 12/10/2016 au service de Chirurgie I(U.C.V) à l'hôpital IBN SINA de Rabat, pour syndrome occlusif.

C'est une patiente enceinte de 22 SA, primipare et sans autres antécédents particuliers.

La patiente s'est présentée avec un syndrome occlusif, évoluant depuis 5 jours, fait de vomissement bilieux, douleurs abdominales diffuses et arrêt des matières et des gaz.

L'examen clinique à l'admission trouve une patiente en mauvais état général, consciente, apyrexique, GCS:15, pouls=160btt/min, TA:110/70 mmHg, FR : 20c/min, SaO2 : 100%.

L'examen abdominal trouve un ballonnement abdominal.

L'examen obstétrical trouve : des BCF négatif et un col long fermé.

Sur le plan biologique, On trouve :

Hémoglobine : 11,1 g/dl Taux de Prothrombine : 41%

Leucocytes : 10410 / μ l Urée : 0,25 g/l

Hématocrite : 33% Créatinine : 5 mg/l

Plaquettes : 202.000 Protidémie : 56 g/l

ASAT : 113 U/l Bilirubine Totale : 27,67 mg/l

ALAT : 76 U/l Bilirubine Directe : 15,31 mg/l

PAL : 661 U/l Bilirubine Indirecte : 12,36 mg/l

Protéine C réactive : 102,10

Sérologie : Ag HBs : négatif

Ac Anti HVC : négatif

Sur le plan morphologique :

L'échographie abdominale a montré :

- Une distension digestive évoquant une occlusion intestinale
- Un épanchement péritonéal de faible abondance

La TDM abdominale a montré

- une importante distension grélique sans image de disparition de calibre
- un épanchement de faible abondance.
- Appendice laterocoecale mesurant 10mm.
- un utérus gravidique polymyomateux.
- colon collabé non distendu.
- Rein, rate, pancréas et surrénale sans anomalie.
- la TDM a conclu à un aspect évocateur d'appendicite avec iléus paralytique probable.

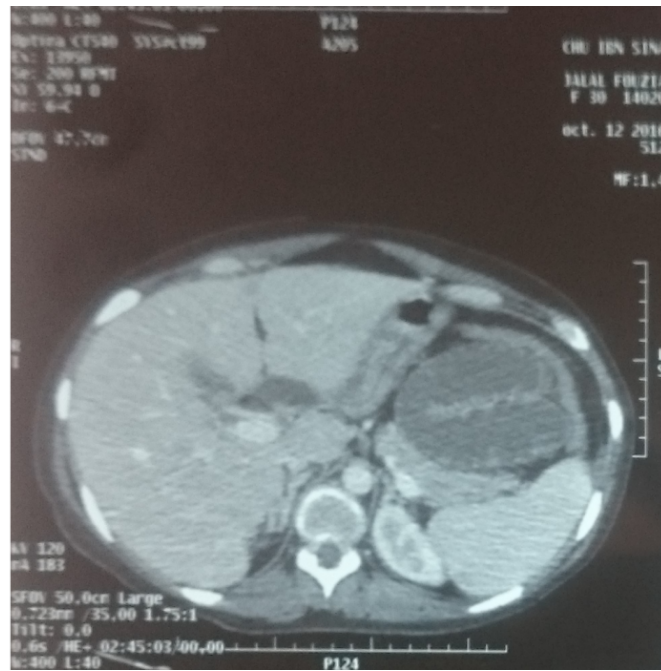


Figure 1



Figure 2

Figure 1 et 2 : images scanographiques montrant un aspect évocateur d'une occlusion intestinale chez notre patiente.

La patiente a accouché par voie basse d'un mort né de sexe masculin, sans complications, juste avant son admission au bloc opératoire où une laparotomie exploratrice a été réalisée et a mis en évidence :

Un utérus polomyomateux avec un myome sous séreux adhérent au méso intestinal.

La nécrose du méso a causé l'ischémie de tout le territoire intestinal correspondant avec perforation punctiforme de l'iléon à 10 cm du coecum.

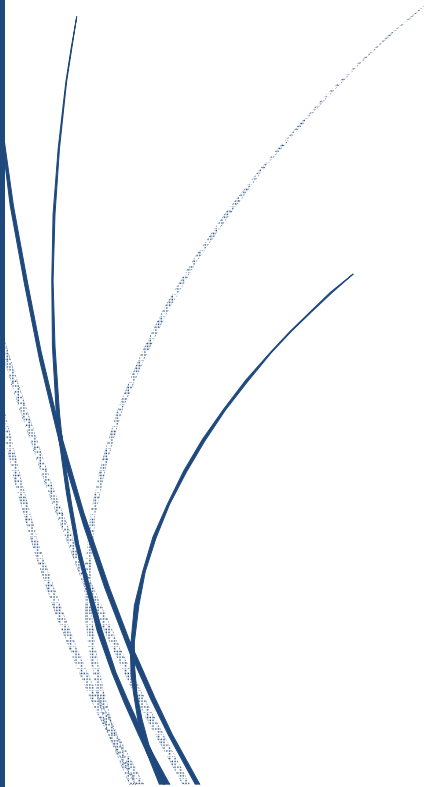
Une résection de l'intestin nécrosé emportant 60cm de l'ileon et du coecum (résection iléo coecale) a été effectuée avec confection d'une double stomie à partir des deux bouts grélique et colique et mise en place d'un drainage.

Les suites opératoires ont été simples, la patiente fut déclarée sortante à J6 post opératoire.

Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé deux mois plus tard avec succès.



III. Discussion



A. Historique :

L'obstruction intestinale en soi est un problème chirurgical bien documentée et très rapporté. La littérature chirurgicale est remplie d'élégantes recherches sur la physiopathologie de ce problème persistant. Lord Moynihan, en 1926, décrit avec justesse le patient typique:

Lorsqu'on lui demande de traiter un cas d'occlusion intestinale aiguë, le chirurgien est confronté à l'une des urgences les plus graves et les plus désastreuses. Le patient peut être, et est souvent, un homme ou une femme dans la fleur de l'âge, en plein jouissance d'une santé vigoureuse, qui, sans avertissement, est soudainement saisi avec la douleur la plus insupportable dans l'abdomen, suivie par d'effondrement et vomissements, d'abord légère, mais plus tard, ininterrompu. L'abdomen se distend, l'activité intestinale cesse, et l'intestin au-dessus du bloc, chargé de contenu septique retenu, devient un véhicule pour l'absorption des produits intensément toxique qui approche le patient de son terme.

Douleur, distension, vomissement, constipation- il n'est pas étonnant que l'obstruction pendant la grossesse reste une énigme diagnostique. L'occlusion intestinale compliquant la grossesse a été signalée pour la première fois par Houston en 1830. Ludwig et Mikulicz-Radecki ont rapporté la première série de patients avec obstruction intestinale compliquant la grossesse en 1913 et 1926, respectivement ; Eliason et Erb a rapporté la première série dans la littérature de langue anglaise en 1937. Dans leur série, le plus commun les causes d'obstruction compliquant la grossesse étaient la grossesse elle-même (42%), les adhérences (21%) et les volvulus (17%). Goldthorp , en 1966, a examiné 150 cas de maladies intestinales, obstruction compliquant la grossesse et déterminé les

causes les plus fréquentes de l'obstruction à être des adhérences (53%), volvulus (25%) et intussusception (5%).(7)

B. Physiopathologie :

1. Rappel :

➤ effets de la progestérone au cours de la grossesse :

Pendant la grossesse, la progestérone joue un rôle capital dans le maintien du myomètre au repos. En plus de son action principale sur le myomètre, la progestérone a d'autres effets collatéraux sur différents organes :

- L'imprégnation en progestérone rend la paroi abdominale hypotonique, d'où la difficulté d'interpréter une contracture abdominale (8).
- Le fonctionnement intestinal est ralenti et la mobilité du grêle est réduite avec un temps de transit allongé. Lawson a noté que le temps de transit moyen de l'intestin grêle augmentait significativement au cours de chaque trimestre (premier trimestre, 125 ± 48 min, deuxième trimestre, 137 ± 58 min, troisième trimestre, 75 ± 33 min) et revenait à la normale après l'accouchement(9). Cette augmentation du temps de transit explique la fréquence des constipations, des douleurs hémorroïdaires et le risque des occlusions fonctionnelles et organiques(10) .

➤ influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes

- Influence de la parité

L'association fibrome et grossesse concerne plus volontiers la primipare. Hasan observe 60 % de primipares dont 40 % ont plus de 35 ans. Katz retrouve 53,6 % de primipares(11, 12).

- Influence sur la taille des fibromes :

Compte tenu de la dépendance hormonale des fibromes, on s'attend à ce que la grossesse favoriserait leur croissance. Cependant, des études échographiques ont montré que la plupart des fibromes n'augmentent pas réellement en taille(13, 14)

Lev-Toaff et ses collaborateurs(15) ont montré une croissance des fibromes dépendant du trimestre de la grossesse:

Au cours du premier trimestre, les fibromes de toutes tailles restaient inchangés ou augmentaient en taille, une réponse précoce possible à l'augmentation des œstrogènes.

Au cours du deuxième trimestre, les fibromes plus petits (2-6 cm) sont généralement restés inchangés ou ont augmenté de taille, mais ceux de plus de 6 cm sont devenus plus petits, probablement résultant de l'initiation de la régulation négative des récepteurs d'œstrogènes.

Indépendamment de la taille initiale, au cours du troisième trimestre, les fibromes sont généralement restés inchangés ou diminués en taille, reflétant à nouveau la régulation négative des récepteurs d'œstrogène.

Cependant, il est important de garder à l'esprit que ces tumeurs répondent différemment chez les femmes, de sorte qu'une prédiction précise de leur croissance n'est pas possible. Il n'y a pas d'études qui ont examiné de manière critique l'effet ou la contribution de divers facteurs possibles sur la croissance des fibromes pendant la grossesse

- Évolution vers la nécrobiose des fibromes :

la nécrobiose aseptique ou « red degeneration » est la complication la plus spécifique des fibromes pendant la grossesse, survenant dans environ 5% des cas, le plus souvent au premier et au début du deuxième trimestre, ce qui correspond à la période où les fibromes augmentent de taille le plus.

Deux mécanismes physiopathologiques possibles ont été suggérés:

- 1) avec l'avènement de la grossesse, le fibrome se débarrasse de son propre apport sanguin, entraînant une ischémie et une nécrose au centre, et une libération de prostaglandines;
- 2) il pourrait y avoir un changement d'orientation du fibrome par rapport à ses vaisseaux sanguins fournissant des plis et une obstruction, menant à l'ischémie et à l'infarctus des fibromes.

La dégénérescence se développe fréquemment dans les léiomyomes en raison de l'apport sanguin limité dans la tumeur. Au fil du temps, avec une diminution continue de l'apport sanguin et une nécrose ischémique des tissus, le phosphate de calcium et les carbonates se déposent dans les myomes.

Lorsque le changement dégénératif est avancé, le léiomyome peut devenir solidifié. De telles tumeurs calcifiées ont été appelées pierres de l'utérus(16, 17).

2. Fibrome utérin, ischémie intestinale et grossesse : quel rapport ?

L'ischémie intestinale peut être secondaire à une thrombose veineuse mésentérique causée par une compression de fibromes fundiques pédiculés, quoique rarement.

Elle peut être aussi secondaire à une occlusion intestinale compliquée.

L'occlusion intestinale survenant au cours de la grossesse est une complication rare. Elle peut être favorisée par cette hypotonie de la musculature lisse intestinale et par la modification topographique des brides séquellaires d'une intervention antérieure suite au développement de l'utérus gravide (18), ainsi les auteurs décrivent 3 périodes à risque élevé, entre 16 et 20 SA lorsque l'utérus n'est plus un organe pelvien mais pelvi-abdominal, au voisinage de la 36ème SA lorsque la tête descend dans le pelvis et dans le post-partum immédiat par une diminution brutale du volume utérin(19, 20).

L'occlusion intestinale due à des fibromes utérins survient généralement par compression mécanique du côlon sigmoïde ou du piégeage de l'intestin entre deux fibromes sous-séreux ou entre deux pédicules.

Le type adhésif de l'obstruction intestinale dans le fibrome utérin est une présentation très rare et il suit habituellement la dégénérescence du fibrome.

Dans le cas de notre observation, le fibrome était en nécrobiose aseptique et adhérent à l'intestin grêle causant son obstruction.

L'ischémie intestinale serait plutôt une complication de cette occlusion vu que la patiente s'est présentée tardivement après l'apparition de ses symptômes.

C. Épidémiologie :

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0,1 à 3,87%.

En fait cette association doit être sous-estimée car les cas rapportés sont essentiellement ceux des fibromes symptomatiques.(21)

Dix pour cent des fibromes se compliquent en cours de grossesse.

Les complications compressives sont l'apanage des fibromes de gros volume.

Une occlusion digestive complique rarement l'évolution d'une grossesse. On doit la première observation à Houston en 1830(22).

Son incidence dans la grossesse varie, dans les études récentes, entre 1/1.500 à 1/66.000 grossesses.(20)

Cette incidence est en augmentation par rapport aux publications plus anciennes. La recrudescence des maladies inflammatoires du pelvis (PID) en serait en partie responsable. Environ 53-59% des obstructions intestinales sont dues à des adhérences ou brides secondaires à des interventions chirurgicales ou à des épisodes de PID. L'apparition d'occlusion intestinale sur bride varie en fonction de l'âge de gestation : 6% seulement des occlusions intestinales surviennent au premier trimestre, alors que 27% s'observent au second, 44% au troisième et 21% en postpartum.

L'obstruction intestinale survient le plus généralement au décours de la première grossesse qui suit une intervention chirurgicale abdominale.(23)

Elle est rarement causée par des fibromes.(24)

Lors de notre recherche dans la littérature, on n'a retrouvé que deux cas.

D. Diagnostic :

1. Clinique :

Le diagnostic clinique est souvent difficile et tardif car les signes habituels de l'occlusion (douleurs, distension, vomissements, constipation) sont mis au compte des signes sympathiques de la grossesse(20) ; en plus 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(25).

2. Les signes fonctionnels :

a) La douleur abdominale :

La douleur d'apparition brutale est spasmodique, continue et parfois syncopale. Elle est présente dans 85 à 98 % des cas(7).

b) Les nausées et vomissement :

Les nausées et vomissements sont des symptomatologies fréquentes et le plus souvent banales durant la grossesse : aux alentours de 16 semaines de gestation, 50 % des patientes se plaignent encore de nausées et 33 % de vomissements (18). L'obstruction intestinale peut aisément être confondue avec l'hyperemesis gravidarum, en particulier au premier trimestre. Ainsi les réponses thérapeutiques à l'administration d'anti-émétiques sont cruciales : d'après Connolly et Perdue " Une absence de réponse aux anti-émétiques impose un bilan complémentaire approfondi et doit évoquer l'éventualité d'une occlusion intestinale en présence d'antécédents chirurgicaux à l'abdomen. Si ce diagnostic n'est pas évoqué, il ne sera jamais posé " (7, 26)

c) L'arrêt des matières et des gaz :

L'arrêt des matières et des gaz est tardif et parfois difficile à affirmer. Il peut être absolue en cas d'occlusion basse(27).

La triade complète n'est pas toujours présente. La douleur abdominale et l'arrêt de gaz constituent des signes d'alarme suffisants pour évoquer le diagnostic d'occlusion intestinale

d) Autres :

- Le météorisme abdominal croissant se confond facilement avec l'augmentation du volume utérin(28).

- Les signes généraux: témoignant du retentissement de l'occlusion
 - déshydratation extra ou intracellulaire ;
 - tachycardie et fièvre :signe d'ischémie intestinale.

3. Examen physique :

L'utérus demeure généralement souple. Lorsqu'il existe des contractions, celles-ci ne sont pas synchrones des paroxysmes douloureux.

La palpation précise la topographie respective de l'anse dilatée et de l'utérus(27).

On ne retrouve pas de sensibilité abdominale sauf en cas d'irritation péritonéale associée. C'est un signe indirect d'ischémie intestinale, indiquant une intervention en urgence.

La défense et la contracture abdominale associées à un syndrome infectieux clinique sont des signes de gravité en faveur d'une perforation intestinale (29).

Les touchers pelviens peuvent retrouver une ampoule rectale vide ou du sang en cas de nécrose intestinale.

L'examen des orifices herniaires est systématique à la recherche d'occlusion sur hernie étranglée (30).

E. Paraclinique :

1. Radiologie :

a) Radiologie et grossesse :

Les réalisations des examens radiologiques en cours de grossesse interrogent régulièrement les professionnels de santé (urgentistes, radiologistes et obstétriciens) (31) et sont une source majeure d'inquiétude des patientes enceintes (32, 33) sur les risques encourus par les techniques de radiodiagnostic en urgence. Les craintes concernent autant l'embryon et le fœtus en termes de risque théorique de mort fœtal, de risque malformatif ou de retard du développement mental que l'enfant qui va naître pour le risque d'hypothyroïdie ou de cancérogénèse post-natale(34).

Ces risques sont liés à l'âge gestationnel et à la dose absorbée(35).

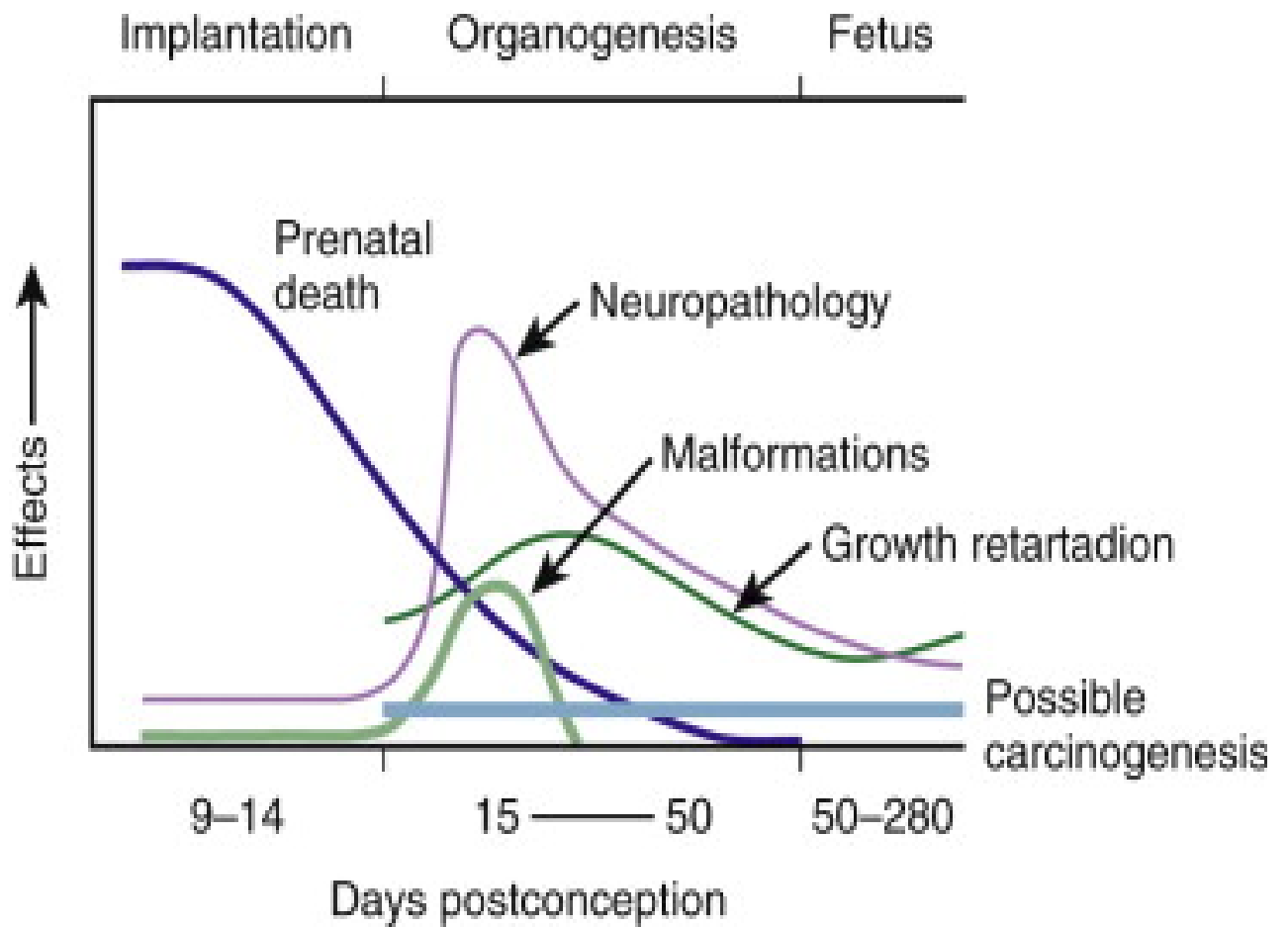


Figure 3 : Présentation schématique des différents effets indésirables associés aux rayonnements et de leur incidence relative à différents stades de la gestation(36).

Tableau I : Risques et doses seuils des principaux effets de l'irradiation prénatale :

Gestational Age	Stage	Potential Biologic Effect	Threshold	Risk
0–2 wk	Preimplantation /implantation	Abortion	>10 rad	
		Organ malformation	>5; >10 rad	
3–7 wk	Organogenesis	Growth retardation	>10 rad	
8–25 wk	Fetal	Growth retardation	>10 rad	
		Mental impairment	>10 rad	
Whole pregnancy		Carcinogenesis	None	6×10^{-4} per rad
		Mutagenesis	None	1×10^{-2} per rad

➤ Rappel :

▪ Unités d'irradiation :

X = rayonnement ionisant composé de photons à haute énergie

- Le Rad= ancienne unité de mesure de la dose absorbée (1920)
- Le Gray (joule/ kg) = mesure actuelle de la dose absorbée 1 Gy = 100 Rad
- Le Rem (Roentgen équivalent man) = vieille unité d'équivalent de dose, pondérée par des facteurs de radiosensibilité
- Le Sv (Sievert) = unité actuelle de dose équivalente, traduit l'effet biologique à comparer à l'irradiation naturelle 1 Sv = 100 rem
- En radiologie, la somme des facteurs de radiosensibilité est égale à 1 donc 1 Gy = 1 Sv (37) .

➤ Doses délivrées lors des examens radiologiques :

Les doses délivrées à l'utérus lors des examens d'imagerie sont exprimées en milli Gray (mGy) pour les examens aux rayons X et en milli Becquerel (MBq) en médecine nucléaire, tandis que les doses reçues par l'enfant en cours de grossesse sont exprimées en milli Sievert (mSv) ; par convention 1 mGy délivre 1 mSv. Le calcul de la dose délivrée à l'embryon ou au fœtus est basé par défaut sur l'évaluation de la dose délivrée au volume utérin. À titre d'information, une irradiation fœtale est jugée faible lorsqu'elle est inférieure à 30 mGy ; Les estimations des doses d'irradiation exposant le fœtus sont inférieures à 50 mGy pour la plupart des examens de radiodiagnostic(38, 39).

▪ **Exposition en radiologie conventionnelle :**

Le tableau II donne quelques exemples de doses délivrées par des examens courants, pouvant intéresser, au moins partiellement, l'abdomen d'une femme enceinte(40). Ces doses varient de 12 mGy pour un abdomen sans préparation ou un bassin de face à 100 mGy pour une urographie intraveineuse en 10 clichés, avec un maximum de 200 mGy pour une artériographie des artères abdominales et des membres inférieurs.

Tableau II : ordre de grandeur des doses délivrées à l'utérus par clichés standards (en mGy)(40).

Mean uterine absorbed dose from diagnostic radiographic examinations (mGy).		
Incidences	Dose à l'entrée	Dose à mi-épaisseur
Rachis lombaire (face)	15	1,5
Rachis lombaire (profil)	30	2,5
Abdomen sans préparation	12	1,5
Bassin (face)	12	1,5
Pelvimétrie	50	6
Urographie intraveineuse (10 clichés)	100	12
Lavement baryté (10 clichés)	120	15
Artériographie abdomen et membres inf.	200	15
Scopie télévisée (bien réglée 1) une minute	10 à 20	1 à 2

- **Exposition en tomodensitométrie :**

Les doses délivrées au volume exploré en TDM sont en règle générale plus importantes et plus homogènes qu'en radiographie conventionnelle, en raison de la rotation du tube autour du patient. La dose délivrée doit être appréciée dans le volume entier. Les résultats des publications de dosimétrie du scanner présentent aussi une grande variabilité, ils sont moins dispersés cependant que ceux de la radiologie conventionnelle.

On constate que les doses délivrées au volume sont nettement supérieures à celles de la radiologie conventionnelle. Soulignons à ce propos que l'avènement des scanners ultrarapides, multicoupes en acquisition hélicoïdale a fait disparaître un frein naturel à l'exposition qui était le facteur temps ; une exploration du thorax et de l'abdomen peut être effectuée aujourd'hui en 30 secondes et il n'est pas rare de voir des examens ayant comporté 3 passages sur le même volume, délivrant ainsi à ce volume des doses supérieures à 60 mGy. Pour ce qui concerne l'exposition utérine, il faut noter que le scanner, utilisant un faisceau étroitement collimaté ne délivre de dose significative que quand le volume exploré contient l'utérus.

Ainsi, un scanner de la tête ou du cou ne délivre pas de dose significative à l'utérus, un scanner thoracique tel qu'il peut être pratiqué pour recherche d'une embolie pulmonaire chez une femme enceinte, délivre, en fin de grossesse, moins de 0,2 mGy à l'utérus. En revanche, si le volume exploré contient l'utérus, l'intégralité de la dose sera délivrée à l'embryon ou au fœtus. Par exemple, pour un scanner pelvien qui délivre 25 mGy au volume, la dose efficace reçue par l'enfant in utero sera de 25 mSv. Si l'examen comporte 3 séries, la dose totale sera de 75 mSv(40).

Tableau III :ordre de grandeur des doses délivrées au volume exploré et à l'utérus par les examens tomodensitométriques(en mGy,pour une seule série)(40).

Mean absorbed dose to the volume and uterus from CT examinations (mGy).		
Région explorée	Dose au volume	Dose à l'utérus*
Tête	40	< 0,01
Thorax	15	0,1
Abdomen (pelvis non exploré)	20	5
Pelvimétrie TDM	3	3
Pelvis	25	25
Rachis lombaire (sans inclinaison statif)	15	10

* non gravide ou avant 3 mois de grossesse.

Tableau IV : Exposition fœtale estimée pour les examens diagnostiques(36).

Examination Type	Estimated Fetal Dose per Examination (rad)	Number of Examinations Required for Cumulative 5-rad Dose
CT Scans (Slice Thickness: 10 mm)		
Head (10 slices)	<0.050	>100
Chest (10 slices)	<0.100	>50
Abdomen (10 slices)	2.600	1–2
Lumbar spine (multiple views)	3.500	1–2
Pelvimetry (1 slice with scout film)	0.250	20

➤ **Risques liés aux examens radiologiques en cours de grossesse :**

▪ **Le risque malformatif**

Les effets tératogènes procèdent de mécanismes déterministes impliquant la mort cellulaire et n'apparaissant qu'au-delà d'un seuil d'irradiation. Leur nature diffère selon le stade de la grossesse (41) et la survenue repose sur le principe d'un effet seuil (42).

• **Avant l'implantation (J8 ou une semaine post-conception) :**

L'œuf est au stade de morula dont chacune des cellules est individuellement en mesure de produire un embryon normal. Si l'ensemble des cellules sont lésées, la grossesse s'arrête (et ne sera même pas décelée) ; si une ou plusieurs cellules sont lésées, la multiplication des autres cellules autorisera une croissance embryonnaire normale. De ce fait et selon le principe de la loi du «tout ou rien », l'irradiation sera suivie d'effet (absence d'implantation ou avortement précoce) ou non, avec une grossesse qui se déroulera normalement(34).

• **Pendant l'organogenèse (du 9^e jour au début de la neuvième semaine post-conception) :**

C'est pendant cette période que la radiosensibilité est la plus forte, particulièrement entre la 3^e et la 5^e semaine. Le risque malformatif est alors majeur, résultant de l'arrêt partiel ou total du développement d'un organe ou d'un membre faisant suite à la mort d'un groupe de cellules. De manière consensuelle, ce risque déterministe apparaît au de là d'un seuil d'exposition de 200 mGy(34).

- **Au cours de la maturation fœtale (de la neuvième semaine au neuvième mois post-conception) :**

Le risque malformatif est partiel ou mineur pour tous les organes, à l'exception du cerveau dont la migration neuronale s'effectue jusqu'à la 15^e semaine. L'exposition aux rayonnements ionisants comporte alors le risque de retard mental par mal développement cérébral, associé ou non à une diminution du périmètre crânien. Les seuils des risques de mal développement et de diminution du quotient intellectuel (QI) sont respectivement de 500 mGy (43) et de 200 mGy (44). Il est important de rappeler qu'en l'absence de toute exposition irradiante :

- 1) l'irradiation naturelle reçue par le fœtus au cours de la grossesse équivaut à 1 mGy.
- 2) le taux d'incidence des avortements spontanés en cours de grossesse est de 15 %.
- 3) le risque de prématurité et de retard de croissance est estimé à 4 %.
- 4) le risque spontané de malformations est estimée à 3 % et qu'un retard mental (QI < 70), associé ou non à une malformation, est observé spontanément avec incidence allant de 1 à 3 % (45).

- **Le risque cancérogène**

Contrairement au risque malformatif de nature déterministe, le risque cancérogène est aléatoire (ou stochastique), lié à l'intensité de la dose d'exposition, mais sans notion de seuil. L'incidence spontanée des cancers et des leucémies est de 2 à 3 pour mille chez les enfants âgés de 0 à 15 ans. Si après Hiroshima et Nagasaki, il n'a pas été observé une augmentation

significative de la survenue de cancers chez les enfants nés des femmes exposées aux irradiations, le risque de survenue de cancers et de leucémies de l'enfance est significativement augmenté en cas d'irradiation *in utero* supérieure à 200 mGy. Les extrapolations faites à partir des irradiations à fortes doses évaluent à 0,05 % l'augmentation du risque pour 10 mGy reçus *in utero* ; ces chiffres doivent être confrontés au risque spontané de 0,25 %.

L'évaluation du risque cancérigène est ainsi délibérément surévaluée pour rappeler au médecin d'une part la nécessaire justification de tout examen radiodiagnostique exposant à une irradiation *in utero* et d'autre part de recourir, à performance diagnostique égale, à l'examen d'imagerie le moins irradiant. La responsabilité médico-légale du médecin traitant et du radiologiste impose aussi de prendre en compte le risque propre, donc surajouté, des irradiations ionisantes par radiodiagnostic auxquelles seront exposés les enfants lors d'explorations diagnostiques dans diverses affections médico-chirurgicales aiguës depuis leur naissance à l'adolescence. Ainsi ces expositions supplémentaires aux rayons X du vivant de l'enfant à son exposition pendant la période embryo-fœtale imposent des études épidémiologiques robustes et des approches dosimétriques per-gravidiques et post-natales pour préciser au mieux le risque cancérigène respectif attendu, observé et attribuable aux 2 périodes d'exposition(46, 47)

- Le risque mutagène :

Les radiations peuvent induire des mutations génétiques, potentiellement transmissibles à la descendance.

Entre 0,5 et 1 Gy, le taux de mutation spontané est doublé(48).

Tableau V : Risques pour l'enfant en fonction du terme de la grossesse(37)

Terme (SA)	0-4 préimplantation	4-11 organogénèse	11-19 foetogénèse	>19 Maturation foetale
< 50 mGy	Pas de risque malformatif (risque spontané 3%) Risque carcinogène de 0,3% pour 10 mGy			
50-500 mGy	Pas de risque malformatif (3%)	Risque malformatif Retard mental possible	Pas de risque malformatif (3%) Risque carcinogène de 0,3% pour 10 mGy	
> 500 mGy	Loi du « tout ou rien »	Risque malformatif (risque spontané 3%) Retard mental possible		

➤ Recommandations de l'ACOG(36) :

- Les femmes devraient être informées que l'exposition aux rayons X d'une seule procédure de diagnostic n'entraîne pas d'effets néfastes sur le fœtus.

Plus précisément, l'exposition à <5 rad n'a pas été associée à une augmentation des anomalies fœtales ou de fausse couche.

- Les préoccupations concernant les effets possibles de l'exposition à des doses élevées de rayonnements ionisants ne devraient pas empêcher les procédures de radiographie diagnostique médicalement indiquées d'être réalisées sur une femme enceinte.

Pendant la grossesse, d'autres procédures d'imagerie non associées aux rayonnements ionisants (échographie et IRM) doivent être envisagées à la place des rayons X, si nécessaire.

- L'échographie et l'IRM ne sont pas associées à des effets fœtaux néfastes connus.

- La consultation d'un expert en dosimétrie peut être utile pour calculer la dose fœtale estimée lorsque plusieurs radiographies diagnostiques sont effectuées sur une patiente enceinte.
- L'utilisation d'isotopes radioactifs de l'iode est contre-indiquée pour un usage thérapeutique pendant la grossesse.
- Les agents de contraste radio-opaques et paramagnétiques sont peu susceptibles de causer des dommages et peuvent présenter un avantage diagnostique, mais ces agents ne doivent être utilisés pendant la grossesse que si les avantages potentiels justifient le risque potentiel pour le fœtus.

b) L'échographie abdominale :

L'échographie abdominale constitue l'examen diagnostique de première intention en cas de suspicion d'obstruction intestinale au cours de la grossesse. Elle permet d'exclure le diagnostic avec une sensibilité de 89 % et une spécificité de 100 %. Son innocuité autorise des examens répétés qui permettent de suivre l'évolution de la dilatation des anses intestinales.

Cette évolution permet d'évaluer la pertinence du traitement conservateur et constitue un élément déterminant pour la décision chirurgicale(20).

Elle permet aussi d'apprécier l'épaississement pariétal de l'intestin, témoin d'une stase veineuse, d'une ischémie débutante ou d'un infarctus en cas de volvulus et même de localiser assez précisément le site d'obstruction intestinale.

L'échographie permet enfin un bilan complet de la sphère abdominale et de la grossesse à la recherche d'autres pathologies. Le couple " échographie abdominale informative et évaluation clinique de la patiente " est suffisant pour confirmer une occlusion intestinale.(49)



Figure 4: Echographie abdominale. Dilatation des anses grêliques évaluée à 3 cm de diamètre quelques heures après l'admission. Pas de souffrance pariétale ni de liquide péritonéale.



Figure 5: Echographie abdominale répétée 24 heures après le premier examen. Aggravation du degré de dilatation des anses grêles évaluée à 4,3 cm.

Les Figures 4 et 5 montrent une progression significative du diamètre des anses dilatées en 24 heures.(49)

c) Abdomen sans préparation :

La radiographie d'abdomen sans préparation (sensibilité : 75 % et spécificité : 53 %) est un second choix d'autant plus que les niveaux hydro-aériques habituellement recherchés ne sont présents qu'au cours des premières heures lors de l'installation de l'occlusion intestinale, le versant aérique étant alors comblé par du liquide de stase intraluminale.

Toutefois, cette imagerie reste utile dans le bilan général d'obstruction intestinale en cas d'échographie non conclusive et l'hésitation des cliniciens à prescrire cette imagerie chez la femme gravide par crainte d'induire des malformations fœtales est injustifiée en regard du risque de morbidité et de mortalité élevée si le diagnostic est retardé.

Les complications majeures qui résultent d'un diagnostic tardif sont l'ischémie intestinale et le choc septique, le taux de mortalité maternelle pouvant s'élever entre 6 à 20 %(12).

Cependant le diagnostic tardif, par manque d'examen complémentaire adéquat, reste la situation la plus fréquente. Rappelons qu'une dose de 0,01 Gray (soit 10 fois la dose d'une radiographie d'abdomen sans préparation) présente un risque de malformation congénitale de 1/1.000 alors que l'incidence générale de malformation congénitale est de l'ordre de 30/1.00013.

Très tôt dans le processus d'occlusion intestinale, l'abdomen sans préparation peut se révéler négatif. Par ailleurs, plus de 20 % des radiographies d'abdomen sans préparation seraient interprétées faussement comme négatives. Il est donc indiqué de répéter cette imagerie s'il le faut, à 12-24 heures d'intervalle.(49).

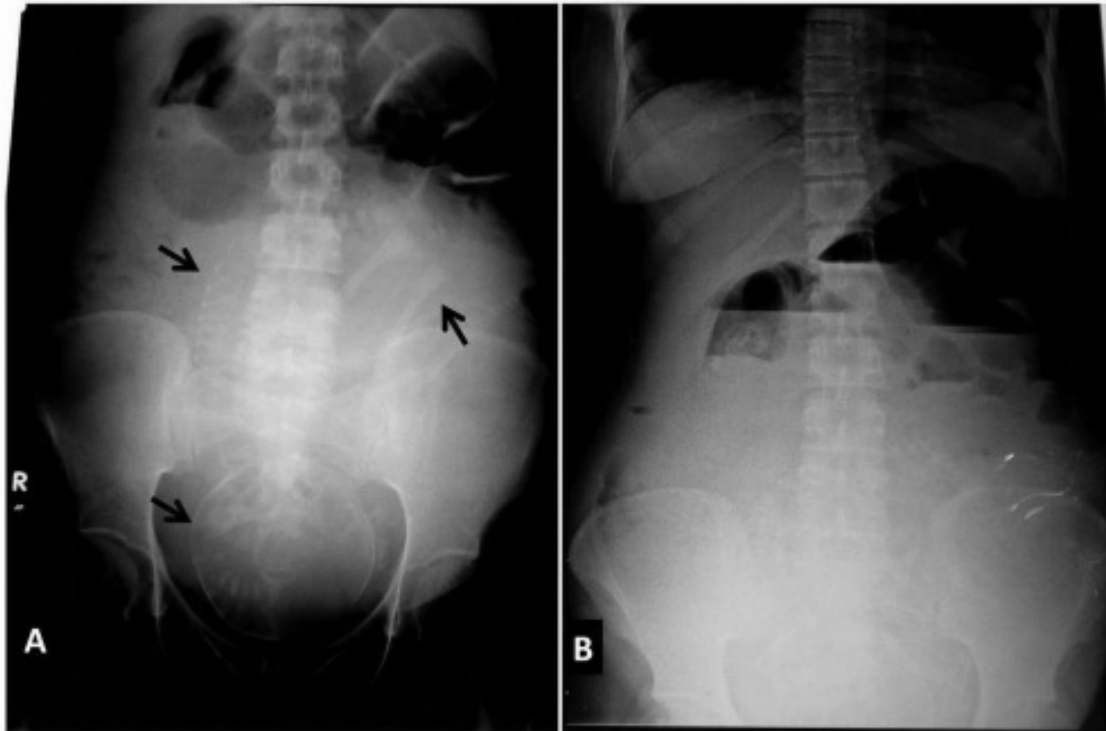


Figure 6 : (A) vue érigée montrant des anses intestinales maternelles dilatées entourant le fœtus in utero et (B) plusieurs niveaux hydro-aérique et des anses intestinales dilatées suggérant une obstruction. La tête, la colonne vertébrale et les membres du fœtus sont clairement visibles (flèches noires).(50)

d) IRM abdominale

La résonance magnétique nucléaire, si le centre en dispose ou en a un accès facile, peut être utilisée au cas par cas et dans un cadre de diagnostic différentiel du fait de son innocuité pour le fœtus au-delà du premier trimestre et des informations qu'elle peut procurer.(49)

Pour éviter la dégradation de l'image par les mouvements respiratoires, fœtaux et gastro-intestinaux on peut utiliser des techniques de séquence d'impulsions rapides.

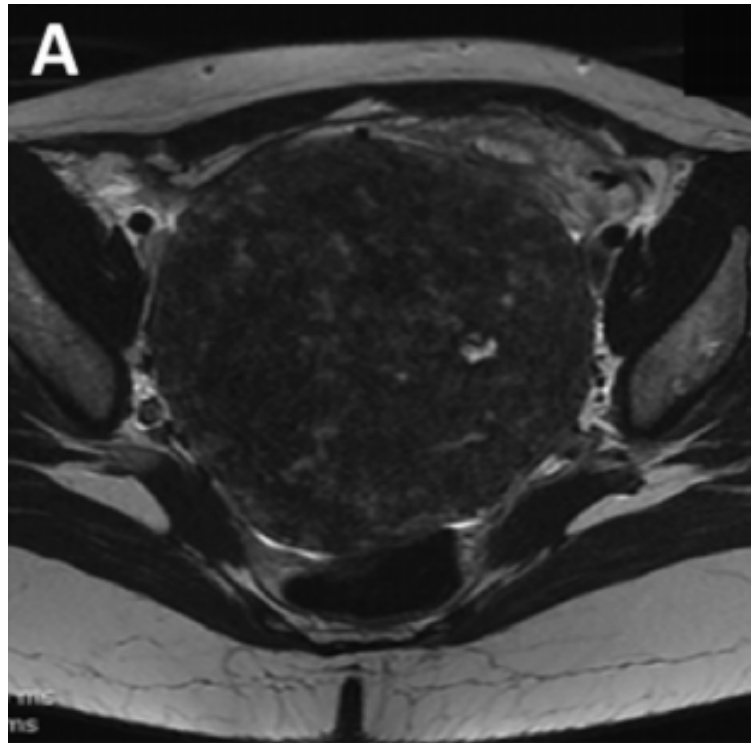


Figure 7 : Imagerie par IRM pelvienne a ` 12 SA : volumineux fibrome enclavé dans le petit bassin. Coupe transverse (A) et coronale avec visualisation du fœtus (B)(5).

e) TDM abdominale :

Sa réalisation n'est pas recommandée pendant la grossesse, sauf exceptionnellement lorsque l'avantage potentiel justifie le risque encouru pour le fœtus(49).

La première étape dans le diagnostic tomodensitométrique positif d'une occlusion intestinale repose sur la mise en évidence d'une distension localisée au plus diffuse d'un segment digestif. Chez la plupart des patients, on peut objectiver une transition brutale dans la disparition de calibre permettant de faire directement le diagnostic positif d'occlusion avec la présence d'anses grêles dilatées à plus de 25 mm de diamètre et d'un colon de plus de 50mm.

Parallèlement s'y associent des anses sous-jacentes collabées ou d'apparence normale.

La deuxième étape est d'approcher le diagnostic topographique de siège de l'obstacle par le bilan de l'état de distension des segments digestifs facilement identifiables. Un colon gauche plat correspondra à un obstacle angulaire gauche ou plus en amont, un caecum plat correspondra à un obstacle sur le grêle. Dans le cas d'anses grêles distales (juxta caecales et /ou pelviennes) plates, il s'agira d'une occlusion grêle haute(51).

La troisième étape consiste à affiner la recherche de la zone transitionnelle et identifier le processus pathologique en cause. Elle doit être impérativement précédée des deux premières étapes si l'on veut une analyse logique des images.

Le diagnostic tomodensitométrique d'une occlusion est plus difficile quand la zone de transition est progressive. Elle serait plus évidente à objectiver en utilisant la visualisation des images en mode ciné à la console. Dans les cas

équivoques, en particulier quand le colon droit est distendu et rempli de liquide associé a un colon distal de calibre normal, il faut s'attacher à refaire des coupes jointives dans la région colique angulaire droite pour rechercher une lésion obstructive avant de porter a tort le diagnostic d'iléus(52).

Les signes de gravité sont :

- Distension caecale majeure supérieure à 10 cm.
- Pneumopéritoine.
- Epaississement pariétal.
- Epanchement intra-abdominal.
- Pneumatose pariétale (signant un début de nécrose de la paroi: bulles d'air an sein de la paroi digestif)
- signes d'ischémie : absence de rehaussement de la paroi, amincissement de la paroi(51).

2. Biologie :

Les analyses biologiques sont souvent peu concluantes.

Une absence de leucocytose ne suffit pas pour écarter le diagnostic d'obstruction intestinale.

A contrario, une élévation de la leucocytose est banale durant la grossesse, en particulier au troisième trimestre et durant le travail d'accouchement.

Le bilan biologique permet d'apprécier le retentissement métabolique du syndrome occlusif:

Un Ionogramme pour évaluer l'état d'hydratation: L'hypokaliémie et l'hyponatrémie sont souvent associées à l'occlusion intestinale basse, l'alcalose hypochlorémique est retrouvée en cas de vomissements.

Le bilan rénal permet d'évaluer le retentissement de la déshydratation.

- L'hyperleucocytose progressivement croissante est en faveur d'une péritonite par perforation intestinale

Tous ces signes biologiques sont variables et ne sont pas uniformément prévisibles. Il est essentiel de se rappeler que la déshydratation et les troubles qui en résultent peuvent constituer une menace importante pour la viabilité du fœtus en développement.(49, 53)

F. Traitement :

1. Bilan pré thérapeutique :

La prise en charge appropriée de la patiente enceinte avec obstruction intestinale est vraiment une urgence chirurgicale pour la mère et le fœtus. Une approche multidisciplinaire intégrant à la fois le chirurgien, l'obstétricien et l'anesthésiste est obligatoire. La patiente doit être admise dans une unité de soins intensifs pour la surveillance, la préparation préopératoire et l'évaluation.

Les procédures opératoires sur les femmes enceintes ont des exigences particulières. Dans tous les cas, les conditions anesthésiques doivent être modifiées pour tenir compte des différences dans les paramètres pulmonaires, rénaux et hémodynamiques.

a) Anesthésie et grossesse :

L'anesthésie de la femme enceinte ne présente pas de spécificités pharmacologiques majeures, mais requiert une bonne connaissance de la physiologie de la grossesse pour permettre une interprétation correcte des phénomènes per anesthésiques et adopter une conduite thérapeutique appropriée.

(1) Modifications maternelles :

Les principales modifications maternelles observées au cours de la grossesse sont(54):

1. Cardio-vasculaire :

On observe une élévation du débit cardiaque et du volume d'éjection systolique associée à une augmentation de la volémie. Cette majoration d'environ 1,5 L du volume intravasculaire s'effectue légèrement aux dépens du volume globulaire (+ 20%) par rapport au volume plasmatique (+ 40 %) d'où la constitution d'une anémie relative physiologique chez la femme enceinte (hémoglobine normale: 11 g, hématocrite normal 33 %).

Les résistances périphériques sont abaissées ce qui explique le risque accru d'hypotension artérielle lors des anesthésies péri médullaires. Il existe une compression des gros vaisseaux, l'aorte et surtout la veine cave inférieure par l'utérus gravide, Cette obstruction aortocave fortement majorée par le décubitus dorsal aboutit à une augmentation de la pression veineuse utérine qui peut affecter le bien-être fœtal par diminution du débit sanguin utéro-placentaire.

Tous les actes anesthésiques entraînant une vasodilatation majorent ce risque.

De plus, la sensibilité accrue aux agents halogènes avec risque de surdosage peut être responsable d'une dépression cardio-circulatoire maternelle délétère pour le fœtus.

2. Respiratoires:

L'augmentation de la consommation maternelle en oxygène conduit à une baisse des réserves en oxygène de la femme enceinte et donc à une très grande sensibilité à l'hypoxie (55).

Les volumes pulmonaires sont peu modifiés en dehors de la capacité fonctionnelle résiduelle qui est abaissée de -20 % à terme.

Cette réduction a été rendue responsable d'une partie des modifications de la cinétique des agents halogénés, c'est-à-dire de l'augmentation de la vitesse d'induction et donc d'un risque potentiel de surdosage. La baisse de la CRF explique également pourquoi le temps nécessaire à l'obtention d'une pré oxygénation complète est plus court chez la femme enceinte (56).

L'œdème des muqueuses des voies aériennes supérieures explique, par ailleurs, la fréquence accrue d'intubation difficile chez la femme enceinte.

3. Hypercoagulabilité:

On observe une hypercoagulabilité d'autant plus importante que la grossesse approche du terme. Les facteurs VII et VIII, X et le fibrinogène plasmatique sont augmentés dès le 3ème mois de la grossesse.

La prévention thromboembolique postopératoire est donc fondamentale chez la femme enceinte chez laquelle sont réunis de nombreux facteurs favorisant la survenue d'une thrombose veineuse.

4. Digestives:

Les modifications de la dynamique gastrique au cours de la grossesse exposent la femme enceinte aux régurgitations et aux inhalations lors de l'anesthésie générale.

Ce risque de syndrome de Mendelson doit être prévenu par une conduite systématique : toute femme enceinte doit être considérée, à partir du 4 à 5e mois de grossesse (ou plus tôt s'il existe des signes de reflux gastroesophagien) comme présentant les risques «d'un estomac plein» face à l'anesthésie générale (57) et doit donc recevoir une prémédication antiacide .

Lors de l'induction, la manœuvre de Sellick (58, 59), débutée dès l'injection de l'hypnotique est maintenue jusqu'au gonflage du ballonnet, la succinylcholine est utilisée et l'intubation est systématique.

5. Rénales :

Le débit sanguin rénal et le débit de filtration glomérulaire augmentent lors du 1er trimestre de la grossesse et retournent à la normale au 3e trimestre. La clairance de la créatinine augmente et la valeur normale de la créatininémie s'abaisse, de même que celle des autres déchets azotés (acide urique, urée).

A noter qu'il existe une baisse du tonus des voies urinaires, sous l'influence de la progestérone (60) qui associée à une compression mécanique par l'utérus gravide peuvent engendrer une dilatation des voies urinaires avec stase et risque majoré d'infections urinaires.

(2) Le risque fœtal :

Le risque fœtal est important, qu'il s'agisse d'avortement, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, voire de mort périnatale.

Dans une étude rétrospective portant sur 12.929 grossesses, une fréquence d'avortements de 8 % au premier trimestre et de 6,9% au deuxième trimestre est retrouvée par Brodsky (54) chez 187 femmes ayant subi un acte chirurgical au cours de la grossesse contre respectivement 5,1% et 1,4% dans une population de femmes enceintes n'ayant pas subi de chirurgie.

Au premier trimestre : risque majoré d'avortement, d'A.P, de M.A.P, de R.C.I.U et de mortalité périnatale. Le risque des anesthésies est maximal entre le 13ème et le 50ème jour.

En effet, à ce jour, aucune étude n'a démontré d'augmentation significative du nombre d'anomalies congénitales après une anesthésie générale pendant la grossesse.

Au cours du second et du troisième trimestre : Le risque tératogène des médicaments anesthésiques persiste à un degré moindre : les avortements tardifs et les A.P. sont plus à craindre.

Le risque d'hypoxie fœtale est lié au débit sanguin utéro-placentaire, lui-même directement lié à la tension artérielle et l'oxygénation maternelle. Les vaisseaux utérins sont dilatés au maximum à l'état basal, ce qui rend impossible toute augmentation du débit. Il n'y a pas d'autorégulation du débit utérin et celui-ci peut être affecté par les variations de pression et de résistance vasculaire.

En conséquence, l'hypotension vasculaire maternelle, qui peut être provoquée par la plupart des actes anesthésiques, compromet les échanges materno-fœtaux (61).

La valeur de 100mmhg est considérée comme la limite inférieure acceptable de la pression artérielle systolique.

En cas d'hypoxie, les vaisseaux utéro-placentaires se contractent mais de manière insuffisante pour l'oxygénation fœtale.

La fréquence des M.A.P en période péri-opératoire varie selon le type de chirurgie. Les interventions abdomino-pelviennes semblent être plus impliquées (61, 62).

En effet, le risque fœtal est lié au type d'agent anesthésique, ainsi :

➤ Les analgésiques morphiniques : (Fentanil, Sulfentanil, Alfentanil, nalbuphine.)

Leur utilisation ponctuelle est dénuée d'effet adverse. Le passage transplacentaire des agents opiacés est faible. En revanche, des anomalies congénitales ont été rapportées après l'usage de la codéine.

➤ Les hypnotiques intraveineux :

- Les benzodiazépines : bien qu'il soit très peu probable qu'une utilisation unique puisse induire des malformations fœtales, il existe un risque théorique.

- Les barbituriques : l'utilisation du thiopental depuis de nombreuses années n'a pas posé de problème. Ces agents passent très bien la barrière placentaire au 3ème trimestre mais sont vite redistribués vers le compartiment maternel.

- Etomidate, Kétamine et Propofol : si les études animales n'ont pas montré de toxicité embryonnaire, l'absence d'étude chez l'homme impose de ne

les utiliser qu'en cas de contre-indication au Thiopental (risque d'hypovolémie).
La Kétamine, en augmentant le tonus utérin, augmente le risque d'A.P.

➤ Les anesthésiques par voie inhalée:

Ils passent très bien la barrière hémato-placentaires.

- Protoxyde d'azote : les études épidémiologiques suggèrent qu'une dose unique ne serait pas tératogène mais pourrait augmenter l'incidence d'enfants de petits poids de naissance et la mortalité périnatale.

- Agents halogènes : discordance sur les études des effets de l'Halothane, de l'Enflurance et l'Isoflurane, mais des études épidémiologiques permettent de supposer leur absence de tératogénicité.

➤ Les myorelaxants :

Il n'y a pas d'études concernant la tératogénicité de la Succinylcholine chez l'homme. Le Vecuronium, le Pancuronium, l'Atracurium et les nouveaux curares (Doxacurium) semblent dépourvus d'effets tératogènes en cas d'administration unique (54, 61).

En pratique, le maintien de la sécurité maternelle passent par l'évaluation des risques pré, per et postopératoires.

La préservation du bien être fœtal nécessite de prévenir le risque d'accouchement prématuré et d'éviter l'asphyxie intra-utérine, ce qui suppose le maintien de l'oxygénation et de l'hémodynamique maternelle.

(3) la conduite anesthésique:

La conduite anesthésique sera comme suit :

➤ Examen pré-anesthésique.

➤ Anesthésie (61) :

▪ Maintien de l'hémodynamique maternelle = prévention de l'hypotension artérielle maternelle liée :

- A la compression cave : décubitus latéral gauche systématique lors du transport et inclinaison de la table opératoire vers la gauche dès 20 SA.

- A l'induction anesthésique : remplissage vasculaire préalable (cristalloïdes, albumine).

- Eviter la pression expiratoire permanente avec surveillance continue du CO₂ expiré.

- Maintien de l'oxygénation maternelle : afin d'éviter l'hypoxie et l'acidose fœtale, dépister les risques d'intubation difficile, procéder à une préoxygénation systématique avant l'induction d'une anesthésie générale, et maintenir une fraction inspirée en oxygène adaptée.

- Prévention de la pneumopathie d'inhalation : volume gastrique minimal et PH intra-gastrique augmenté. Les mesures de jeunes (solide de 6h et liquide de 2h) et d'aspiration gastrique sont nécessaires mais insuffisantes chez la femme enceinte.

On a ainsi recours aux antiacides (citrate de sodium), dont l'action est quasi immédiate et/ou aux antihistaminiques, voire Métoprolol.

- L'induction se fait en fréquence rapide avec pression cricoïdienne dès 20 SA (association du thiopental et du Succinylcholine). Cette induction protège les voies aériennes lors de l'intubation endotrachéale.

La ventilation au masque facial est interdite et l'intubation se fait tête surélevée.

- Surveillance per-opératoire : dès 20 SA, par monitoring du rythme cardiaque fœtal et oxymétrie du pouls maternel. La survenue d'une bradycardie fœtale en per-opératoire incite à rechercher rapidement une hypertonie utérine, une hypotension artérielle maternelle, une hypoxie maternelle, une hypocapnie maternelle ou un surdosage relatif en agent halogéné(62).

- Surveillance post-opératoire :

Elle doit être intensive en salle de réveil :

- Fœtale : surveillance du rythme cardio-fœtal afin de détecter rapidement une SFA.

Le risque accru d'A.P justifie également un monitoring des contractions utérines par tocométrie externe. Il permettra d'initier et d'adapter un traitement tocolytique.

Cependant, la tocolyse ne se justifie pas de façon systématique après toute intervention chirurgicale réalisée au cours du 2ème et surtout du 3ème trimestre de grossesse. Les bêtamimétiques ou l'indométacine, restent les agents de choix même s'ils exposent en postopératoire à un risque d'œdème pulmonaire.

- Maternelle :

Maintien d'une tension artérielle supérieure à 100mmHg ; analgésie ; Prévention d'accident thromboembolique par une contention élastique des membres inférieurs et les héparines de bas poids moléculaire ou les héparines non fractionnées ; antibioprophylaxie.

Chez les patientes dont le risque anesthésique est jugé trop important, on peut proposer, soit un traitement médical exclusif, en sachant que l'absence de réponse est une indication à intervenir quand même du fait des risques encourus.

2. Principe du traitement :

Le but du traitement est de corriger les troubles hydro électrolytiques et acido-basiques et de lever l'obstacle tout en évitant les complications materno-fœtale.

3. Moyens :

a) Traitement médical :

Le traitement médical n'a aucun but thérapeutique, il permet essentiellement de préparer la patiente à la phase chirurgicale (30). Il comprend :

- Une sonde naso-gastrique en aspiration douce pour mettre le tube digestif en repos.

- Un rééquilibrage hydroélectrolytique : En effet, au cours de l'occlusion intestinale aiguë les pertes hydriques sont importantes secondaires aux vomissements, à l'aspiration naso-gastrique, à l'œdème pariétal intestinal et à la formation du troisième secteur(63).

Cette réhydratation associée à une perfusion d'électrolytiques (Na⁺, K⁺, Cl) doit être accompagnée d'un contrôle de la diurèse par pose d'une sonde vésicale systématique, du bilan électrolytique de contrôle et du bilan rénal quotidien voir biquotidien si l'état de la malade le nécessite (64).

- En cas de signes biologiques et/ou cliniques d'hypokaliémie, une surveillance de l'électrocardiogramme s'impose.

- Une antibiothérapie systématique est fortement discutée. En effet, certains auteurs pensent que l'antibiothérapie doit être réservée aux complications infectieuses essentiellement les péritonites par perforation intestinale (65). D'autres auteurs estiment qu'une antibiothérapie doit être prescrite systématiquement en per et post opératoire même en absence de signes infectieux afin d'éviter les complications infectieuses liées à la chirurgie. Mais en général cette antibiothérapie doit être prescrite devant tout signe clinique ou biologique évoquant un état infectieux (66, 67)

b) Traitement obstétrical :

Les urgences viscérales abdominales peuvent déclencher des contractions utérines qui peuvent évoluer vers une M.A.P ; puis, si elles ne sont pas contrôlées, vers un avortement spontané ou un accouchement prématuré(68, 69).

Les agents tocolytiques agissent sur la contractilité des fibres musculaires utérines, sur leur synchronisation et sur la maturation du col utérin. Les plus puissants agissent sur trois facteurs et ont tous des effets indésirables. Leur efficacité à titre préventif, pré ou per-opératoire, n'a jamais été démontré.

Parmi les produits les plus utilisés en tocolyse, on distingue :

- *Les Bêtamimétiques* : salbutamol, Terbutaline, étaient le traitement de première intention des MAP depuis plus de 20 ans. Ils ont un effet bêta-2 prédominant : relaxation musculaire lisse vasculaire bronchique et utérine.

Le bénéfice global est faible : pas de diminution significative de la mortalité ni de la morbidité néonatale. Les effets secondaires maternels sont dominés par la péritonite, les nausées et vomissements et la tachycardie.

- *Les inhibiteurs calciques* : aussi efficaces que les bêtamimétiques, avec des effets secondaires maternels moindres alors que leur innocuité fœtale n'est pas démontrée.

- *Les anti-inflammatoires non stéroïdiens* : aucune différence significative n'a été rapportée en ce qui concerne le terme d'accouchement après utilisation de l'indométacine versus placebo. Les effets semblent plus importants (surtout fœtales : l'insuffisance rénale transitoire et l'entérocolite nécrosante) lorsque le traitement dure plus de 72h, ou lorsque la naissance survient moins de 48h après son arrêt d'où la prudence lors de toute prescription après 34 SA.

- *Antagoniste de l'ocytocine* : prometteur du fait de sa bonne tolérance, mais très couteux donc réservé en seconde intention ou en cas de grossesse gémellaire(23).

- *Les sels de magnésium* : ils sont peu utilisés, bien qu'efficace (efficacité non supérieure à l'Indométacine ou la Terbutaline).

- *La progestérone* : efficace dans l'heure sur la fréquence des contractions utérines sans effets délétères materno-foetaux, en dehors d'un risque de somnolence.

Son utilisation est déconseillée au-delà de 36 SA (possibilité d'aménorrhée ou de métrorragie du post-partum)(69).

Si l'indication de tocolyse ne se discute pas devant un tableau de M.A.P. La tocolyse prophylactique si traitement médical envisagé ou en pré et/ou postopératoire, est controversée : désir, d'une part, d'éviter à tout prix une M.A.P et d'autre part, crainte des effets secondaires.

Toth et al, d'après leur expérience, pensent que la tocolyse n'est indiquée qu'à visée curative. Alors que, Allen et al trouvent un effet bénéfique des tocolytiques et qu'ils peuvent être utilisés même en l'absence de contractions utérines(69, 70).

La conduite obstétricale, en cas d'urgences viscérales, dépend de la gravité de la pathologie, de l'âge gestationnel ainsi que de la souffrance fœtale.

En cas d'urgence viscérale non compliquée sans signe de SF, il faut respecter la grossesse(69, 70).

Devant un tableau d'abdomen aigu avec des indications de césarienne pour des raisons obstétricales, si une laparotomie médiane a été pratiquée, la césarienne doit être extra-péritonéale (afin d'éviter la dissémination des germes pathogènes entre les cavités utérines et péritonéales).Néanmoins, il est préférable de pratiquer deux incisions différentes.

La césarienne pratiquée avant l'acte chirurgical, améliore la qualité du drainage abdominal, au détriment d'un risque d'endométrite et d'une cicatrice utérine injustifiée(71).

c) Traitement chirurgical :

Environ une femme sur 500 subit une intervention chirurgicale abdominale non obstétricale (6). La chirurgie au cours de la grossesse est une situation souvent délicate. La principale difficulté dans la prise en charge d'une femme enceinte est que le chirurgien doit concilier souvent en urgence, les risques liés à la pathologie digestive et à la grossesse d'une part à ceux liés au geste chirurgical et à l'anesthésie d'autre part (6, 27)

(1) Indications :

(a) Occlusion intestinale :

La majorité des observations décrivent une pratique médicale visant à instaurer un traitement conservateur dans l'espoir d'éviter le traitement chirurgical. Cette attitude ne semble pas appropriée. La grossesse constituant en soi une cause complémentaire à l'obstruction, le traitement médical isolé se solde le plus souvent par un échec : une intervention chirurgicale reste pratiquée dans 89 % des cas d'occlusion intestinale survenant durant la grossesse (18, 23)

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(49). Son but essentiel est de lever l'obstacle et parfois traiter l'étiologie en cause(72). Dans 25% des cas, une résection intestinale est nécessaire(66).

La laparotomie est généralement effectuée par une incision médiane pour permettre une exposition adéquate et une exploration complète de l'abdomen avec une manipulation minimale de l'utérus. une résection intestinale segmentaire avec ou sans anastomose peut être nécessaire en présence d'un intestin gangreneux (50).

Le principe du traitement varie en fonction de l'âge gestationnel:

- Jusque 26 semaines: laparotomie avec levée de l'occlusion, poursuite de la grossesse jusqu'à son terme si possible ;

- Entre 26 et 34 semaines : si possible la maturation pulmonaire fœtale suivie de césarienne avec incision cutanée médiane complétée d'un traitement chirurgical de l'occlusion ;
- entre 34 semaines et le terme : césarienne avec incision cutanée médiane complétée d'un traitement chirurgical de l'occlusion ;

Dans tous les cas, laparotomie ou césarienne impérativement dans les 72 heures(23).

(b) L'ischémie intestinale :

Après libération de l'anse occluse on appréciera sa vitalité.

La seule façon de déterminer la viabilité de l'intestin avec un degré de confiance de 100% est d'effectuer une inspection directe pendant la laparotomie. L'expression «Ne laissez jamais le soleil se coucher ou se lever sur l'obstruction intestinale» est connue de tous les chirurgiens.

Lorsque la laparotomie révèle un intestin avec seulement une congestion veineuse, le soulagement de l'obstruction est suivi d'un retour du péristaltisme, du tonus et de la couleur normale. D'autres techniques utiles qui aident à l'évaluation de la viabilité intestinale comprennent(26, 73) :

- Le doppler peropératoire :

Il permet l'identification du signal artériel sur le bord mésentérique et anti mésentérique. Si un signal pulsatile est perçu sur toute une anse, elle est considérée comme viable. A l'inverse, la disparition du signal doppler ne signifie pas obligatoirement la non-perfusion de l'anse intestinale (74). Le doppler laser pourrait améliorer les performances du doppler, mais son emploi est difficile en peropératoire (75).

- Le test à la fluorescéine

Il consiste en l'injection de 100 mg de fluorescéine par voie intraveineuse, l'intestin est alors étudié sous éclairage UV. La limite zone saine/zone ischémisée apparaît de façon nette. C'est une méthode supérieure au doppler pour l'appréciation de la viabilité intestinale.

- Les explorations physicochimiques

L'oxymétrie de surface est un bon indicateur des possibilités de cicatrisation d'une anastomose. La taille des électrodes (3 mm) ne permet cependant pas d'explorer de grands segments d'intestin. La mesure du pH endoluminal digestif peut être faite par tonométrie. Un pH très alcalin serait le témoin d'un état de prégangrène. On a également proposé la mesure de la température de surface de l'intestin ou l'étude de l'activité des couches musculaires de l'intestin par électromyographie. Toutes ces méthodes sont expérimentales (76) .

Après résection des zones nécrosées, trois solutions sont possibles (77, 78):

- **En l'absence de péritonite ou de perforation intestinale**, une anastomose en un temps peut être tentée, avec le risque que l'anastomose soit en zone mal vascularisée et responsable d'une désunion anastomotique, dont le pronostic est toujours sombre.

- **En cas de péritonite** avec perforation intestinale, une double stomie au niveau des deux segments intestinaux peut être envisagée, permettant la surveillance de la vitalité intestinale. Il n'existe alors pas de risque de fistule anastomotique. Cependant, la prise en charge en réanimation de tels patients est

difficile. En outre, il est nécessaire d'envisager une réintervention pour le rétablissement de la continuité.

Si une réintervention est envisagée dans les 24 à 48 h, la laparotomie peut être écourtée en abandonnant les deux moignons dans la cavité abdominale(79) . Cette technique permet d'apprécier l'aspect de l'intestin grêle après une réanimation adaptée et de réaliser les anastomoses dans de bonnes conditions(80).

• **Dans les formes graves nécessitant une résection intestinale étendue**, il ne faut pas hésiter à entreprendre une stratégie agressive de résection et de réanimation à condition qu'il soit envisageable pour le patient de pouvoir retourner à son domicile avec une nutrition parentérale(NP). En effet, la survie à 5 ans des patients après résection intestinale étendue est supérieure à 60 % et la moitié d'entre eux sera sevrée de la NP (78, 81).

(c) Fibrome utérin :

Les complications maternelles potentielles posent la question de la place du traitement chirurgical des fibromes associés à la grossesse : avant la grossesse en cas de fibrome connu, en cours de grossesse et en cours de césarienne.

(i) Avant la grossesse :

Une méta analyse récente de Klatsky en 2008 a retrouvé un taux accru de complications obstétricales en lien avec les fibromes sans toutefois définir le nombre ou la taille limite des fibromes devant faire indiquer un traitement préalable à la grossesse. Ainsi, en comparant un groupe « utérus fibromateux » à un groupe « utérus sans fibrome », les auteurs ont montré un risque obstétrical majoré en cas de fibrome : plus de césariennes, plus de présentations

dystociques, plus d'hémorragie du post-partum, plus d'hystérectomie per partum(82).

Face à ces complications il devient alors justifié de s'interroger: Faut-il proposer systématiquement la myomectomie avant le début d'une grossesse ?

Il est important de définir quels sont les fibromes à traiter avant la grossesse(21, 83) :

- les sous-muqueux ou à participation sous muqueuse sont les plus utiles à opérer sur le plan de la fertilité , du maintien de la grossesse(84, 85) et des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement(86).
- Les fibromyomes sous-séreux de petite taille peuvent être laissés sauf si au cours d'une cœlioscopie diagnostique, l'ablation de ces fibromes se fait simplement, ce qui pourrait permettre de prévenir une augmentation de taille ultérieure.
- Les très volumineux fibromes sous-séreux sont aussi source de complication pendant la grossesse et pourront être opérés ou détruits (85, 87).
- les myomes interstitiels purs, pour lesquels il semble ne pas y avoir d'impact sur la fertilité et peu sur la grossesse, les fibromes augmentant peu au cours de celle-ci.

Après traitement les bénéfices de la disparition des fibromes sont alors compensés par les risques chirurgicaux et les complications des myomectomies :

- 1) Les myomectomies peuvent réduire l'index de fécondabilité voire favoriser la stérilité par création d'adhérences. Après myomectomie par laparotomie, les auteurs trouvent 60 % d'adhérences lorsque les fibromyomes sont postérieurs. Ces adhérences peuvent être délétères lorsqu'elles intéressent les trompes et/ou les ovaires. La décision de myomectomie ne sera donc pas prise à la légère même si l'assistance coelioscopique permet de réduire ce risque adhérentiel. Après hystérocopie opératoire pour myomes sous-muqueux, on peut observer des synéchies responsables d'infécondité ou de fausses couches spontanées à répétition.
- 2) Les myomectomies créent une cicatrice utérine pouvant être ultérieurement responsable de rupture.

Le risque de rupture utérine est estimé entre 1 et 3 %. Ce risque semble faible lorsque la cavité utérine n'a pas été ouverte. Les techniques de sutures du myomètre sous contrôle coelioscopique doivent être évaluées. Des cas cliniques rapportant des ruptures utérines après myomectomie per coelioscopique imposent de s'interroger sur la qualité de l'hystérogaphie avant d'envisager un accouchement par les voies naturelles, d'autant que des ruptures ont été observées après ablation de myome superficiel (88).

Cependant, l'évaluation de la solidité des cicatrices utérines n'est pas simple. L'évaluation hystérocopique et hystérogaphique est contestée.

Il reste cependant admis qu'une suture du myomètre est plus solide lorsqu'elle est effectuée en dehors de la grossesse. Cette suture en dehors de la

grossesse autorisant l'accouchement en l'absence de dystocie mécanique ou dynamique.

- 3) Après myomectomie, les récurrences de fibromyomes sont possibles. Dans sa série, Buttram (89) observe 15 % de récurrences. Après myomectomie d'un seul fibrome, Malone(90) observe 27 % de récurrences. Si la myomectomie a intéressé plusieurs fibromes, il observe 59 % de récurrences. Dans sa méta-analyse, Vercellini (91) note un taux de récurrence de 4 à 47 %.

Au total, la décision thérapeutique doit être prise en fonction du bilan des fibromes qui doit être complet avec :

- une analyse des symptômes,
- un examen clinique détaillé,
- une échographie abdominale, rénale et par voie transvaginale pour évaluer le nombre, la taille et la situation des myomes par rapport à l'anatomie de l'utérus et par rapport à la cavité utérine. Le bilan étant effectué, la découverte d'un ou plusieurs fibro-léiomyomes n'entraîne pas de conduite univoque.

L'IRM pourrait pour certains auteurs, mieux évaluer les petits fibromes de moins de 1,5 cm, elle pourrait également différencier l'adénomyose du fibrome utérin.

- une hystérosalpingographie permet de vérifier la conformation et les déformations de la cavité utérine. Elle n'est pas indiquée systématiquement mais en fonction des symptômes, de la taille de l'utérus, de la taille et situation des fibromes en échographie.

- l’hystérocopie (ambulatoire dans un premier temps) permet de contrôler la cavité utérine. Si l’hystérosalpingographie est normale, l’hystérocopie n’est pas nécessaire (92). En cas d’hystérocopie anormale, l’hystérocopie diagnostique est nécessaire.

(ii) En cours de grossesse :

La myomectomie est rarement réalisée en cours de grossesse (ante-partum). Les recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français de 2011 précisent que quelle que soit la pathologie maternelle imputée à la présence de fibrome (obstacle de l’appareil urinaire, occlusion digestive, saignement, nécrobiose et menace d’accouchement prématuré), il n’y a pas d’argument pour recommander la pratique d’une myomectomie pendant la grossesse(93) .

Plusieurs équipes ont, cependant, rapporté des cas de myomectomie en cours de grossesse. La plupart ont été faites au second trimestre (avant 22 SA), avec des issues de grossesse favorables. Les indications principales étaient la nécrobiose aseptique et la torsion d’un fibrome pédiculé(94, 95).

Bhatla et al. en 2008 ont publié un cas de myomectomie en cours de grossesse chez une patiente présentant un tableau de subocclusion. Dans ce cas, la patiente avait bénéficié d’une myomectomie à 19 SA + 3 jours. La description radiologique préopératoire avait permis une analyse fine du pédicule vasculaire et de l’épaisseur saine du myomètre : il s’agissait d’un fibrome pédiculé sous séreux de 30 cm de diamètre présentant une base de 7,8 cm, le myomètre sain avait une largeur de 7–9 mm. Finalement, la chirurgie a été un succès et a permis la poursuite de la grossesse avec naissance d’un enfant à 38 SA en bonne santé(96).

L'ablation chirurgicale des fibromes pendant la grossesse peut être réalisée par laparotomie ou cœlioscopie en tenant compte du volume et de la localisation des fibromes(97).

La laparotomie implique un long séjour à l'hôpital et une convalescence lente, ainsi qu'un risque de transfusion pour saignement; en outre, la reconstruction de l'espace utérin conduit à des cicatrices utérines qui exposent à un risque potentiel de rupture utérine pendant le travail. Pour cette raison, la méticuleuse suture de toutes les brèches utérines est essentielle.

La cœlioscopie présente plusieurs avantages par rapport aux techniques antérieures telles que le meilleur traitement postopératoire avec réduction de la douleur, une récupération rapide, une hospitalisation réduite et l'absence de cicatrices larges et inesthétiques(98).

Au contraire, des objections ont été soulevées concernant la difficulté de la technique, en particulier pour la suture endoscopique, l'augmentation de la durée de l'opération, la perte de sang plus importante et la qualité de reconstruction de l'intestin utérin en prévision d'une nouvelle grossesse avec le risque possible de rupture utérine pendant le même temps (99, 100). En outre, l'incapacité de la palpation manuelle de l'utérus peut conduire à l'omission de petits myomes intramuraux avec un risque accru de récurrence.

Une étude rétrospective de 680 patients a comparé la faisabilité, l'innocuité, la morbidité et l'issue de la cœlioscopie et de la minilaparotomie dans le traitement des myomes utérins symptomatiques.

La cœlioscopie a montré une morbidité inférieure à celle rapportée pour l'approche ouverte et a été caractérisée par une perte de sang moins importante et une hospitalisation postopératoire plus courte avec un taux de grossesse plus élevé. Le temps opératoire n'était pas beaucoup plus long dans le groupe laparoscopique, et les complications peropératoires et postopératoires semblaient acceptables et pas plus que ce qui est traditionnellement attendu avec l'approche ouverte(101, 102).

Bien que longtemps contre-indiquée, la chirurgie cœlioscopique reste, néanmoins, une technique de choix dans la prise en charge des pathologies appendiculaires, vésiculaires et annexielles au cours de la grossesse(103, 104). Son intérêt dans le traitement des fibromes au cours de la grossesse reste discutable.

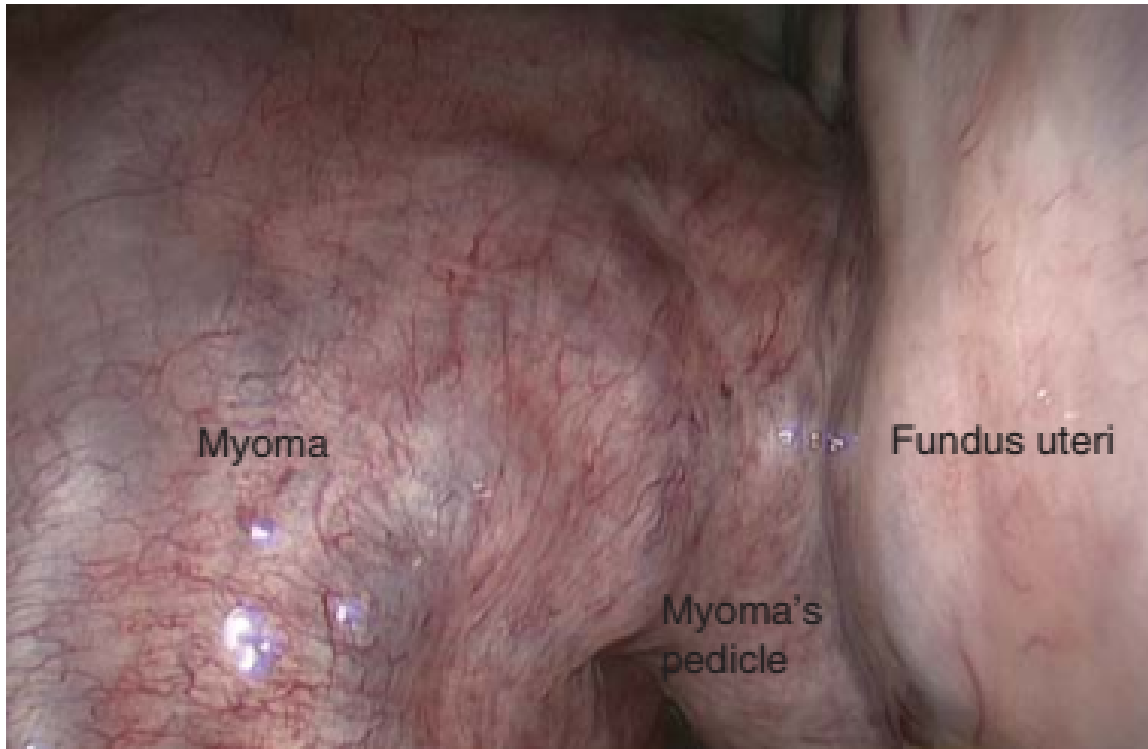


Figure 8 : caractéristique laparoscopique d'un myome volumineux sous-muqueux (24 cm): le pédicule (5 cm) provient de la paroi antérieure de l'utérus (image tournée de 90 ° dans le sens anti-horaire)(105).

Au total, les rares observations rapportées de myomectomies en cours de grossesse concernaient des patientes porteuses de fibromes utérins pédiculés symptomatiques (douleurs abdominales résistantes au traitement médical (nécrobiose, torsion), syndrome occlusif ou suspicion de tumeur maligne).

Les interventions ont habituellement été réalisées avant 22 SA, après une évaluation radiologique (cartographie préopératoire détaillée du fibrome par échographie et IRM pelvienne). Malgré les rares cas favorables rapportés dans la littérature, la myomectomie en cours de grossesse n'est, cependant, pas la règle. Elle doit être réservée à des cas sélectionnés (fibrome unique, patiente symptomatique) après expertise radiologique (fibrome pédiculé ou avec une épaisseur de myomètre sain permettant d'éviter l'effraction de la cavité utérine) et évaluation de la balance bénéfices/risques. Le traitement médical doit être privilégié en première intention(5).

(iii) En cours de césarienne :

la myomectomie pendant la césarienne est un argument très controversé. La plupart des auteurs prétendent laisser en place les myomes en raison du taux élevé de complications peropératoires et postopératoires: L'hémorragie et la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) sont deux complications sérieuses pouvant augmenter le temps opératoire et la perte de sang d'une césarienne (106).

La myomectomie ne peut être envisagée que chez les patientes sélectionnées avec soin en tenant compte de différents facteurs: contraction utérine, taille, nombre et emplacement des myomes par rapport aux gros vaisseaux, présence de placenta accréta ou incréta(102);

Il ne faut réaliser que les myomectomies de nécessité, lorsque le fibrome siège sur le segment inférieur ou si, en position sous-séreuse, il entraîne un risque de torsion(21).

Si le fibrome est situé dans la zone de l'incision utérine, l'incision sur le fibrome doit être transversale pour coïncider avec l'incision de la césarienne, de sorte que les deux opérations peuvent être complétés avec une fermeture de la plaie dans l'utérus. Le fibrome doit d'abord être énucléé avant d'accoucher par une dissection soigneuse entre les plans tissulaires et sa capsule afin de minimiser les saignements (107).

Les incisions séparées ou la myomectomie après l'accouchement du bébé, comme rapporté par certains, n'est pas favorisée dans la pratique clinique(108).

En l'absence de sur-morbidité à court terme démontrée de la myomectomie en cours de césarienne vs abstention, les recommandations 2011 du CNGOF concluaient (grade C) à l'absence d'argument pour contre-indiquer une myomectomie lors de la césarienne si celle-ci était justifiée ou nécessaire (93).

Les recommandations ont évolué car il existait en 1999, un consensus d'expert pour contre-indiquer en général toute myomectomie pendant une grossesse ou au cours d'une césarienne.



Figure 9 : identification du myome utérin pendant la césarienne.

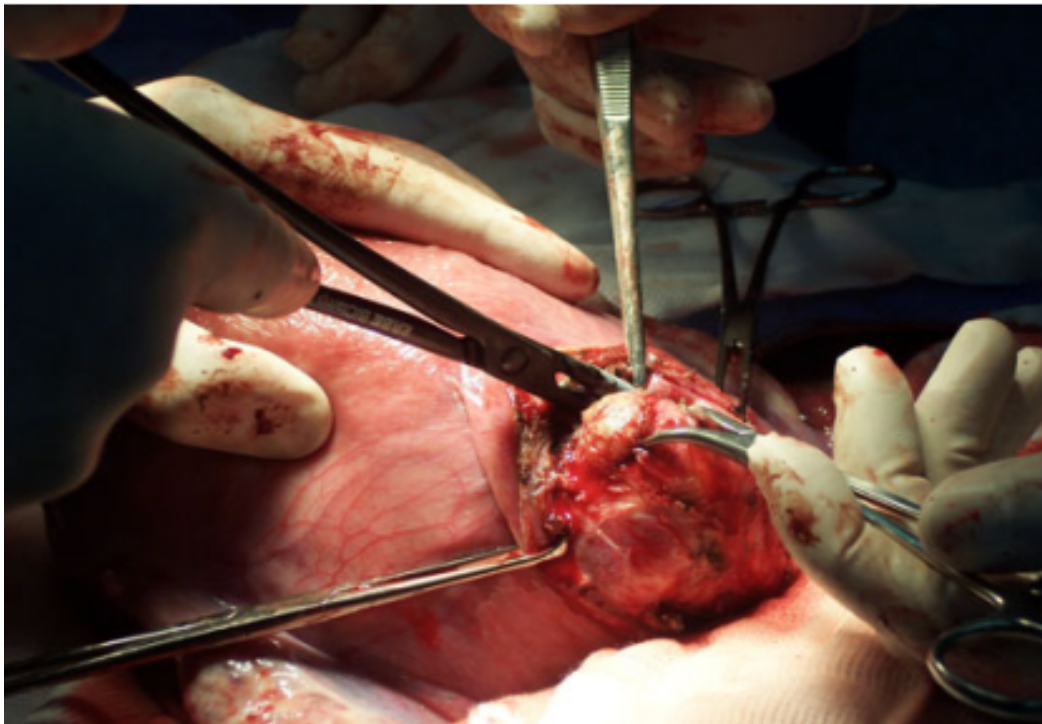


Figure 10 : excision du myome utérin pendant la césarienne.

G. Pronostic :

1. Pronostic maternel :

En l'absence de traitement ou en cas de retard de prise en charge, l'évolution est fatale avec un taux de mortalité foudroyant (109). D'après Redlich(30), la mortalité maternelle est estimée entre 6 et 20% et ces taux élevés sont dus au retard diagnostic et donc thérapeutique fréquent et à l'appréhension d'opérer une femme enceinte.

Le développement des moyens de surveillance obstétricale, une prise en charge chirurgicale précoce ont permis l'amélioration du pronostic maternel avec une mortalité devenue presque nul(20).

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(110).

2. Pronostic fœtal :

La mortalité fœtale suite à une occlusion intestinale aiguë maternelle est entre 20 % et 26 %. De plus, seulement un tiers des patients ayant une obstruction intestinale prénatale terminent une grossesse à terme après la résolution opératoire de leur obstruction(26).

La mortalité fœtale a peu changé avec le temps, de l'ordre de 20 à 30%, probablement du en grande partie à la prématurité (111).

La morbidité fœtale liée à la chirurgie est essentiellement représentée par l'avortement fœtal si l'intervention survient au cours du premier trimestre et la prématurité en cas d'intervention au cours des derniers mois de la grossesse(112).

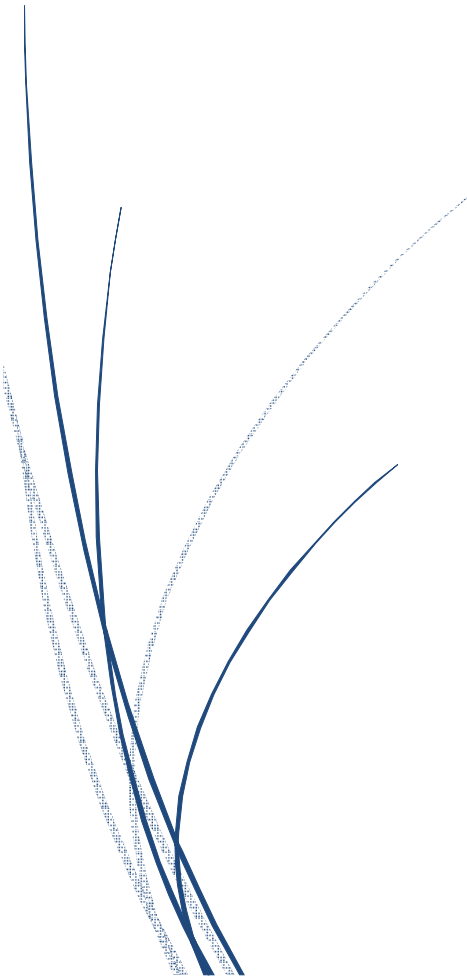
Chang propose certaines mesures pouvant améliorer le pronostic fœtal :

- Éviter les manipulations utérines, les écarteurs et les drainages postopératoires prolongés à proximité de l'utérus (risque d'accouchement prématuré).
- Préférer les sutures mécaniques qui permettent un geste rapide et aseptique.
- Utiliser systématiquement en péri-opératoire une couverture antispasmodique et antibiotique(63).

C'est le cas de notre patiente qui était vu tardivement et a malheureusement perdu son fœtus, d'où l'importance d'une prise en charge rapide.



IV. Conclusion



Les complications digestives gravidiques liés aux fibromes utérins sont exceptionnelles.

Leur diagnostic est souvent difficile et tardif car les troubles digestifs sont souvent mis sur le compte de la grossesse ; Toutefois la présence de symptômes tels que douleur abdominale, arrêt des selles, nausées, et vomissements, particulièrement en cas de résistance au traitement anti-émétique doit inquiéter le clinicien et l'inciter à demander les examens complémentaires adéquats.

L'échographie abdominale constitue l'examen diagnostique de première intention, son innocuité autorise des examens répétés qui permettent de suivre l'évolution de la dilatation des anses intestinales et de détecter une ischémie débutante.

Une prise en charge multidisciplinaire, radiologique, obstétricale et chirurgicale est nécessaire pour minimiser la morbidité et la mortalité maternelles et fœtales.

Le traitement est essentiellement chirurgical, il dépend de l'âge de la grossesse.

Dans le premier et second trimestre, une laparotomie sera pratiquée dans le but de lever l'occlusion et de réaliser une myomectomie qui est une intervention à risque hémorragique potentiel et doit rester une option à discuter au cas par cas selon la symptomatologie et la topographie du fibrome.

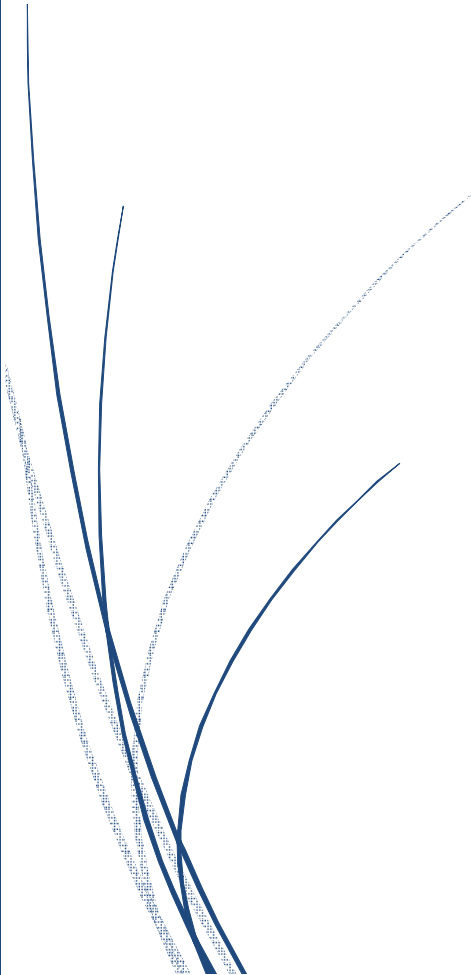
Dans le troisième trimestre et à terme, une césarienne avec incision cutanée médiane sera pratiquée et, dans le même temps, le geste chirurgical qui lèvera l'occlusion.

La myomectomie au cours de césarienne est à éviter sauf si justifié ou nécessaire (fibrome sur la ligne d'incision).

Dans tous les cas, le geste chirurgical devrait intervenir dans les 72 heures qui suivent l'admission de la patiente.



V. Résumés



RESUME

Titre : Fibrome utérin compliqué d'une ischémie intestinale en cours de grossesse.

Auteur : Cheddadi Maryam

Mots clés : fibrome-ischémie intestinale-grossesse

Les fibromes utérins compliqués d'ischémie intestinale en cours de grossesse est une pathologie exceptionnelle.

L'ischémie intestinale est le plus fréquemment secondaire à une occlusion intestinale compliquée.

Celle-ci peut être favorisée par l'hypotonie de la musculature lisse intestinale sous l'effet de la progestérone. Trois périodes sont décrites à risque élevé d'occlusion : entre 16 et 20 semaine, au voisinage de la 36ème semaines et le post partum immédiat.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 30 ans qui présente une ischémie intestinale sur fibrome utérin survenue lors d'une grossesse.

La symptomatologie clinique étant parasité par le bruit de fond de nombreux symptômes ou pathologies liées à la grossesse, rends le diagnostic difficile. Cependant la présence de symptômes tels que douleur abdominale, arrêt des selles, nausées, et vomissements, particulièrement en cas de résistance au traitement anti-émétique doit pousser le clinicien à demander les examens complémentaires adéquats.

L'échographie abdominale constitue l'examen diagnostic de première intention, son innocuité autorise des examens répétés qui permettent de suivre l'évolution de la dilatation des anses intestinales et de détecter une ischémie débutante.

La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) est un second choix, elle reste utile dans le bilan général d'occlusion intestinale en cas d'échographie non conclusive et peut être compléter d'une TDM abdominale. L'hésitation des cliniciens à prescrire cette imagerie chez la femme gravide par crainte d'induire des malformations fœtales est injustifiée en regard du risque de morbidité et de mortalité élevée si le diagnostic est retardé.

Le traitement est essentiellement chirurgical et dépend de l'âge de la grossesse.

Une prise charge multidisciplinaire, radiologique, obstétricale et chirurgicale, et une chirurgie à temps est nécessaire pour minimiser la morbidité et la mortalité maternelle et fœtale.

ABSTRACT

Title: Uterine fibroid complicated by intestinal ischemia during pregnancy

Author: Cheddadi Maryam

Keywords: leiomyoma-intestinal ischemia-pregnancy

Uterine fibroids complicated by intestinal ischemia during pregnancy are an exceptional pathology.

Intestinal ischemia is more often secondary to complicated bowel obstruction.

This may be favored by the hypotonia of the intestinal smooth muscle under the effect of progesterone, Three periods are described at high risk of occlusion: between 16 and 20 weeks, near the 36th week and the post partum.

We report the case of a 30-year-old woman with intestinal ischemia on uterine fibroma that occurred during pregnancy.

The clinical symptomatology being parasitized by the background noise of many symptoms or pathologies related to pregnancy, make the diagnosis difficult. However, the presence of symptoms such as abdominal pain, stool stopping, nausea, and vomiting, particularly in case of resistance to anti-emetic therapy, should prompt the clinician to request the appropriate additional examinations.

Abdominal ultrasound is the first-line diagnostic examination, its safety allows repeated examinations to follow the evolution of the dilation of intestinal loops and to detect early ischemia.

Plain abdominal x-ray is a second choice, it remains useful in the general assessment of intestinal obstruction in case of non-conclusive ultrasound and may be supplemented with abdominal CT. The reluctance of clinicians to prescribe this imaging in pregnant women for fear of inducing fetal malformations is unjustified with respect to the risk of morbidity and high mortality if the diagnosis is delayed.

The treatment is mainly surgical and depends on the age of pregnancy.

Multidisciplinary management, radiological, obstetrical and surgical, and timely surgery is necessary to minimize maternal and fetal morbidity and mortality.

المخلص

العنوان: ورم ليفي رحمي معقد بنقص التروية المعوية أثناء الحمل

الكاتب: مريم الشدادي

الكلمات الأساسية: الورم الليفي الرحمي - نقص التروية المعوية - الحمل

الأورام الليفية الرحمية المعقدة بسبب نقص التروية المعوية أثناء الحمل هي أمراض استثنائية.

نقص التروية المعوي هو في كثير من الأحيان ثانوي لعرقلة الأمعاء المعقدة.

يمكن تفضيل هذا من خلال نقص ضغط العضلات الملساء المعوية تحت تأثير البروجسترون ، يتم وصف ثلاث فترات بالمعرضة لخطر كبير للانسداد: بين 16 و 20 أسبوعًا ، بالقرب من الأسبوع السادس والثلاثين وما بعد الولادة مباشرة.

في هذا البحث نبلغ عن حالة مريضة تبلغ من العمر تبلغ من العمر 30 عاما تعاني من نقص التروية المعوية على ورم ليفي رحمي الذي حدث أثناء الحمل.

تتطابق الأعراض السريرية بسبب ضجيج الخلفية للعديد من الأعراض أو الأمراض المتعلقة بالحمل ، مما يجعل التشخيص صعباً. ومع ذلك، فإن وجود أعراض مثل ألم البطن وتوقف البراز والغثيان والقيء، وخاصة في حالة مقاومة العلاج المضاد للقيء ، يجب أن يدفع الطبيب إلى طلب الفحوص الإضافية المناسبة.

إن فحص البطن بالصدى هو الفحص التشخيصي في الخط الأول ، حيث تسمح سلامته بالفحوص المتكررة لمتابعة تطور تمدد الحلقات المعوية وللكشف عن نقص التروية في البداية.

فحص البطن بالأشعة السينية هو خيار ثان ، يبقى مفيداً في التقييم العام للانسداد المعوي في حالة الموجات فوق الصوتية غير الحاسمة ويمكن أن يتم استكمالها باستخدام التصوير المقطعي للبطن .

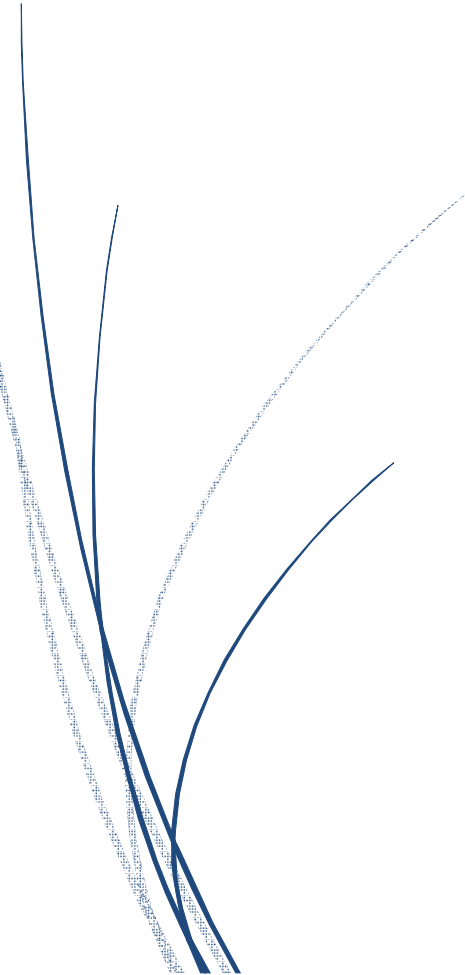
إن تردد الأطباء في وصف هذا التصوير لدى النساء الحوامل خوفاً من إحداث تشوهات الجنين غير مبرر فيما يتعلق بخطر الاعتلال وارتفاع معدل الوفيات إذا تأخر التشخيص.

يعتبر العلاج جراحياً ويعتمد على عمر الحمل.

تعد الإدارة المتعددة التخصصات، الإشعاعية والتوليدية والجراحية، والجراحة في الوقت المناسب ضرورية للحد من معدل الاعتلال والوفيات بين الأم والجنين.



VI. Bibliographie



- [1] **J. Phelippeau HF.** Fibromes utérins. EMC-Gynécologie 2016.;11 > n°3.
- [2] **Sabbah. L.** Méga Guide Stages IFSI. Elsevier Masson SAS. 2015.
- [3] **NIZARD DJ.** La Collection Hippocrate. GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE. 2003;20053.
- [4] **Stout MJ OA, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG.** Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1056–63.
- [5] **Brazet EG, A. Voglimacci, M. Chalret Du Rieu, M. Berlioux, P. Parant, O.** [Previa uterine leiomyoma: a rare case of bowel obstruction during pregnancy]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité.* 2014;42(11):806-9.
- [6] **Lavoue VB, Estelle Poulain, Patrice.** Urgences abdominales chirurgicales pendant la grossesse. *Imagerie de la Femme.* 2009;19(2):105-10.
- [7] **Philip W. Perdue M, Harry W. Johnson, Jr., MD, Perry W. Stafford, MD, FACS,FAAP,Bethesda,Maryland.** Intestinal obstruction complicating pregnancy. *THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY* 1992;VOLUME 164.
- [8] **Ducloy-Bouthores.** Physiologie et pharmacologie de la femme enceinte. Cours Maternité Jeanne, Flandre CHU Lille. 2004.

- [9] **Vanagunas A.** Gastrointestinal Complications in Pregnancy. Glob libr women's med. 2008.
- [10] **P: A.** Physiologie de la grossesse. Cours de la maternité des Orangers. 2008.
- [11] **Hasan F AK, Sivanesatnam V.** Uterine leiomyomata in pregnancy. int J Obstet Gynecol. 1990;34:45-8.
- [12] **Katz VL DD, Droegemuller W.** Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. obstet Gynecol. 1989;73:593-6.
- [13] **Muram D GM, Walters JH.** Myomas of the uterus in pregnancy:ultrasonographic follow-up. Am J Obstet Gynecol. 1980;138:16e19.
- [14] **Strobelt N GA, Cavallone M, et al. .** Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. J Ultrasound Med. 1994;13:399e401.
- [15] **Lev-Toaff AS CB, Arger PH, et al. .** Leiomyoma in pregnancy: sonographic study. Radiology. 1987;;164:375e80.
- [16] **Rajasekaran SS, S.G.Balamurugan.** <Small Bowel Obstruction and Uterine Fibroid.pdf>. JournAl of Current trends In ClInICAl MedICIne & lAborAtory bIoCheMIstry. 2013;1(1):21.
- [17] **Bhave NS, P. Chaudhari, Hemangi.** An unusual presentation of degenerating fibroid. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2016;5:582-4.

- [18] **Lansac J FA, De,Calan L, Benardeau M.H.** Enc Méd Chir., Paris, France Obstet. 1992;5049 D10, 10.
- [19] **J Lansac GM.** Urgences abdominales pendant la grossesse.
- [20] **Mohammed Najih, Mohamed Abdellaoui, My Rachid Hafidi, Hicham Laraqui, Sifeddine AlKandry.** L'occlusion intestinale aigue gravidique - à propos de cinq cas. 2012.
- [21] **P. Lopes ST, R. Simonnet, M. Boudineau.** fibromes et grossesses: quels sont les risques ? 1999.
- [22] **MC. C.** Pathogenesis of gallstones. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY. 1993;165.
- [23] **Mohamed MA.** <Les urgences Viscerales non traumatiques ET grossesse.(a propos de 16 cas)Hôpital militaire d'instruction Mohammed v: FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT; 2010.
- [24] **Macdonald DJ PK, Byrne D, Hanretty K.** SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN A TWIN PREGNANCY. 2004.
- [25] **Kalu E SE, Alsibai MA, Haidar M.** Gestational intestinal obstruction: a case report and review of literature. Arch Gynecol Obstet 2006;274:60–62.
- [26] **Connolly MMU, James A.Nora, Paul F.** Bowel Obstruction in Pregnancy. Surgical Clinics of North America. 1995;75(1):101-13.

- [27] **Ramanah RS, J. L. Maillet, R. Riethmuller, D.** Urgences chirurgicales non obstétricales au cours de la grossesse. EMC - Obstétrique. 2011;6(1):1-17.
- [28] **Dessolle L VD, Bernabé C.** Syndrome occlusif chez une femme enceinte révélant une hernie diaphragmatique post-traumatique méconnue. J Gynecol Obstet Biol Repprod. 2004;33,441-3
- [29] **Watanabe S OY, Shinagawa T.** Small bowel obstruction in early pregnancy treated by jejunotomy and total parenteral nutrition. . Am J Obstet Gynecol 2000;96:812-3.
- [30] **Redlich A RS, Costa S.** Small bowel obstruction in pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2007.
- [31] **Ratnapalan S. BN, Chandra K., Koren G.** Physicians' perceptions of teratogenic risk associated with radiography and CT during early pregnancy. Am J Roentgenol. 2004; 182 : 1107-9.
- [32] **Bentur Y. HN, Koren G.** Exposure to ionizing radiation during pregnancy: perception of teratogenic risk and outcome. Teratology 1991; 43 : 109-12.
- [33] **Mastroiacovo P. ZG, Valente M.** Perception of teratogenic risk by pregnant women exposed to diagnostic radiation during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1990 ;;163 : 695.

- [34] **J. SCHMIDT ML, F. MOUSTAFA.** Radiologie_et_grossesse. CONFÉRENCES : FEMME ENCEINTE EN STRUCTURE D'URGENCE. 2011.
- [35] IRRADIATION FOETUS et FEMME ENCEINTE. [Cours d'Imagerie Médicale en ligne]. In press.
- [36] **Gynecologists. ACoOa.** ACOG Committee Opinion No. 299. . Obstet Gynecol. 2004;104:647–51.
- [37] **P Guillemette-Artur BF, C Feidt, JP Reynaud,Y Le Bot, C Duchâteau, F Marjou.** radiodiagnostic chez la femme en âge de procréer [radioprotection de l'enfant à naître]: Centre hospitalier de Polynésie Française, Papeete, Tahiti; 2009.
- [38] **Osei E.K. FK.** Fetal doses from radiological examinations. Br J Radiol. 1999 72 : 7780.
- [39] **Damilakis J. PK, Prassopoulos P., Dimovasili E., Varveris H., Gourtsoyiannis N.** Conceptus radiation dose and risk from chest screen-film radiography. Eur Radiol. 2003;13 : 406-12.
- [40] **Y-S Cordoliani HF, A-M Dion et M Lahutte** Risques liés à l'exposition d'une grossesse. J Radiol © Éditions Françaises de Radiologie, . 2005;86:601-6.
- [41] **R.L. B.** Radiation teratogenesis. Teratology. 1980 21 : 281-98.

- [42] **De Santis M. DGE, Straface G. et al.** . Ionizing radiations in pregnancy and teratogenesis. A review of literature. . *Reproductive Toxicology*. 2005;20 : 323-9.
- [43] **Kinlen L.J. AED.** Diagnostic irradiation, congenital malformations and spontaneous abortion. . *Br J Radiol*. 1968; 41 : 648-54.
- [44] **Schull W.J. OM, Yoshimaru H.** Effects on intelligence test score of prenatal exposure to ionizing radiation in Hiroshima and Nagasaki: a comparison of the old and new dosimetry systems. Technical Report. Radiation Effects Research Foundation, Hiroshima, Japan 1988;p. 3-88.
- [45] **Brent R.L. MFA.** Pregnancy policy. . *Am J Roentgenol* 2004 182 : 819-22 ;.
- [46] **Linnet M.S. KKP, Rajaraman P.** Children's exposure to diagnostic medical radiation and cancer risk: epidemiological and dosimetric considerations. *Pediatr Radiol*. 2009;39 : S4-S26.
- [47] **Hurwitz L.M. YT, Reiman R.E. et al.** Radiation dose to the fetus from body MDCT during early gestation. *Am J Roentgenol*. 2006 186 : 871-6.
- [48] S. K. Safety of radiographics imaging during pregnancy. 1999.
- [49] **N. Twité CJ, S. Hollemaert, I. El Founas, G. Dumont,, A. Nasr EDGeAB.** Obstruction intestinale et grossesse. 2006.

- [50] **Sanoop Koshy Zachariah MGF.** Acute intestinal obstruction complicating pregnancy diagnosis and surgical management. *BMJ Case Rep.* 2014.
- [51] **Djida HKI.** L'occlusion intestinale aigue chez l'adulte. Etude rétrospective à propos de 75 cas de Janvier 2012 à Décembre 2013 au service de chirurgie générale Du CHU de Bejaia: Faculté de Médecine de l'université de Bejaia; 2013-2014.
- [52] **P.Chevallier AD, S.Schmidt, S.Novellas, P.Schnyde, JN Bruneton.** valeur du scanner dans l'occlusion mecanique de l'intestin grele. *Journal Radiol edition française de radiologie,*. 2004;85 :541-551.
- [53] **Ahmed FA.** <les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques pendant la grossesse.>: Faculté de medecine et de pharmacie Fes; 2017.
- [54] **Brodsky JB CE, Brown BW, J et al. .** Surgery during pregnancy and fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;138:1165-7.
- [55] **Bernard F LV, Cressy ML, Tanguy M, Malledant Y.** Preoxygénation avant induction pourcésarienne. *Ann Fr Anesth Réanim.* 1994;13:2-5.
- [56] **Norris MC KM, Torjman MC, Goldberg ME.** Denitrogenation in pregnancy. *Can J Anaesth.* 1989;36:523-525.

- [57] **Roberts RB SM.** The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonitis with particular reference to the use of oral antacids. *Am J Obstet Gynecol.* 1976;124:611-617.
- [58] **BA. S.** Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anaesthesia. *Lancet.* 1961;2:404-406.
- [59] **RG. V.** Mechanisms of regurgitation and its prevention with cricoid pressure. . *Int J Obstet Anesth.* 1993;2:207-215.
- [60] **Tobak FG HP, Lundhenner MD.** Effect of posture on urinary protein in non pregnant, pregnant and toxemic women. *Obstet Gynecol.* 1970;35:765-768.
- [61] **Hanza J GJ, Guischar F.** Anesthésie de la femme enceinte en dehors de l'accouchement. *EMC (Elsevier,Paris) Gynécologie/Obstétrique* 1997; 5-049-C-20, 8p.
- [62] **P. D.** L'anesthésie de la femme enceinte pour une chirurgie non obstétricale. *Journées d'anesthésie-réanimation chirurgicale d'Aquitaine.* 2004;156-160.
- [63] **Chang YT HY, Chan HM.** INTESTINAL OBSTRUCTION DURING PREGNANCY. *Kaohsiung J Med Sci.* 2006;22:1-9.
- [64] **Dufour P HK, Unatier D.** Occlusion et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996;25,297-300.
- [65] **Epiney M ST.** Urgences chez la femme enceinte: douleurs thoraciques et abdominales. *J Médecine communautaire.* 2007 29,120-9.

- [66] **CHAQDA MM.** <Urgences digestives et grossesse au CHU Mohammed VI Marrakech.>: UNIVERSITE CADI AYYAD; 2013.
- [67] **Chang YT HY, Chan HM.** Intestinal obstruction during pregnancy. *Kaohsiung J Med Sci.* 2006;22:1-9.
- [68] **Chambon J QP, Regnier C, Delecourt M, Ribet M.** Les urgences abdominales non gynécologiques pendant la grossesse. *Ann Chir.* 1986;40:455-461.
- [69] **Leng S HC, Filet J, Hibelot B.** Tocolyse. EMC (Elsevier, Paris), Obs. 1996;5-049-Q-20,7p.
- [70] **Kort B KV, Watson W.** The effect of non obstetric operation during pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 2003;177 (4): 371-376.
- [71] **Lemine M CM, Brettes J.** Urgences abdominales et grossesse. *Rev FrGynecol Obstet.* 1994;89 :553-9.
- [72] **Muhammad S MM.** Obstruction intestinale et grossesse. *Rev Med Brux* 2006;27:104-9.
- [73] **Philippe Zerbib J-PC, Bertrand Alarcon, Pierre Quandalle.** . Ischémie intestinale aiguë : diagnostic et traitement. . *Hépatogastro & Oncologie Digestive.* 1998;5(4):283-90.
- [74] **Horgan PG GT.** Operative assessment of intestinal viability. *Surg Clin North Am* 1992 72 : 143-55. .

- [75] **Ballard JL SW, Cherry KJ.** A critical analysis of adjuvant technique used to assess bowel viability in acute mesenteric ischemia. *Am Surg* 1993;59 : 309-11.
- [76] **Ducerf C CP, Pouyet M.** Les moyens d'appréciation de la viabilité de l'intestin grêle dans les processus ischémiques aigus. *Lyon Chir.* 1990 86 : 219-21.
- [77] **F. Bartholin ED, N. Destrumelle, G. Capellier.** Conduite à tenir devant une suspicion d'ischémie mésentérique aiguë. *Réanimation* © Éditions scientifiques et médicales Elsevier. 2001;10 : 654-65.
- [78] **Bouhnik OCY.** ischemie-mesenterique. *Post'U* 2013;177-188.
- [79] **M. A.** Management of acute mesenteric ischemia. *Arch Surg* 1999 134: 328-30.
- [80] **Goudet P TH, Sobh A, Cougard P, Bernard A, Viard H.** Les infarctus intestinaux. Une ré-évaluation des facteurs pronostiques de mortalité post-opératoire. *Ann Chir* 1995 49 :607-12.
- [81] **Duffas JP OP, Corcos O.** Therapeutic strategy for acute mesenteric ischemia. . *Colon Rectum* 2010 17;4(1):42-9.
- [82] **Klatsky PC TN, Caughey AB, Fujimoto VY.** . Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. . *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:357–66.

- [83] **Kellal IH, N. E.Lecuyer, A. I.Body, G.Perrotin, F.Marret, H.** Leiomyoma during pregnancy: which complications? *Gynecologie, obstetrique & fertilite*. 2010;38(10):569-75.
- [84] **Pritts EA PW, Olive DL.** Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril* 2009;91:1215–23.
- [85] **Ouyang DW EK, Norwitz ER.** Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006;33:153–69.
- [86] **Aydeniz B WD, Kocer C, Grischke EM, Diel IJ, Sohn C, et al.** Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *. Z Geburtshilfe Neonatol* 1998;202:154–8.
- [87] **Marchionni M FM, Zambelli V, Scarselli G, Susini T.** Reproductive performance before and after abdominal myomectomy: a retrospective analysis. *. Fertil Steril* 2004;82:154–9.
- [88] **Pelosi MA 3rd PM.** Spontaneous uterine rupture at thirty-three weeks subsequent to previous superficial laparos-copic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(6):1547-9.
- [89] **Buttram VC RR.** Uterine leiomyomata: Etiology, symp- tomatology, and management. *Fertil Steril*. 1981;36:433-445.
- [90] **LJ. M.** Myomectomy: Reccurence after removal of solitary and multiple myomas. *obstet Gynecol*. 1969;34:200-203.

- [91] **Vercellini P MS, De Giorgi O, Aimi G, Crosignani PG.** Abdominal myomectomy for infertility: a comprehensive review. *Hum Reprod.* 1998;13(4):873-9.
- [92] **Fayez JA MG, Schneider PJ.** The diagnostic value of hysterosalpingography and hysteroscopy in the infertility investigation. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156: 558-60.
- [93] **CNGOF.** Actualisation de la prise en charge des myomes. Recommandations pour la pratique clinique. . *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2011;40:95361.
- [94] **Leite GK KH, Viana Ade T, Pitorri A, Kenj G, Sass N.** Myomectomy in the second trimester of pregnancy: case report. *Rev Bras Gynecol Obstet.* 2010;32:198–201.
- [95] **Lozza V PA, Corioni S, Longinotti M, Penna C.** . Multiple laparotomic myomectomy during pregnancy: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284:613–6.
- [96] **Bhatla N DB, Kriplani A, Agarwal N.** Myomectomy during pregnancy: a feasible option. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 35:173–5.
- [97] **Cagnacci A PD, Malmusi S, Arangino S, Alessandrini C, Volpe A** Early outcome of myomectomy by laparotomy, minilaparotomy and laparoscopically assisted minilaparotomy. A randomized prospective study. *Hum Reprod* 2003;18(12):2590–2594.

- [98] **Takeuchi H KR.** The indications, surgical techniques, and limitations of laparoscopic myomectomy. *JLS*. 2003;7(2):89–95.
- [99] **Sizzi O RA, Malzoni M, Minelli L, La Grotta F, Soranna L, Panunzi S, Spagnolo R, Imperato F, Landi S, Fiaccamento A, Stola E** Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy. . *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14(4):453–462.
- [100] **Grande N CG, Ferrari S, Marana R.** Spontaneous uterine rupture at 27 weeks of pregnancy after laparoscopic myomectomy. . *J Minim Invasive Gynecol*. 2005;12(4):301.
- [101] **Malzoni M TR, Cosentino F, Iuzzolino D, Surico D, Reich H** Laparoscopy versus minilaparotomy in women with symptomatic uterine myomas: short-term and fertility results. *Fertil Steril* 2010;93(7):2368–2373.
- [102] **Vitale SGT, A. Rossetti, D. Carnelli, M. Cianci, A.** Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. *Updates in surgery*. 2013;65(3):179-82.
- [103] **Salvat J MA.** Cœliscopie et grossesse en gynécologie (en dehors de la grossesse extra-utérine) : Revue de la littérature. *Le Journal de Cœliochirurgie*. 2006;57:35—9.
- [104] **Azuar A B-DL, Jardon K, Lenglet Y, Canis M, Bolandard F, et al. .** Cœlioscopie au cours de la grossesse : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de ClermontFerrand. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37:598—603.

- [105] **Carlo Saccardi SV, Marco Noventa, Erich Cosmi, Pietro Litta & Salvatore Gizzo.** Uncertainties about laparoscopic myomectomy during pregnancy: A lack of evidence or an inherited misconception? A critical literature review starting from a peculiar case. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies*,. 2015;24:4, 189-194.
- [106] **Yellamareddygari S CM, Ravuri S, Ahluwalia A.** Leaving fibroids at cesarean section, is it safe? . *Gynecol Surg* 2010;7(2):173–175.
- [107] **Zaima AA, A.** Fibroid in pregnancy: characteristics, complications, and management. *Postgraduate medical journal*. 2011;87(1034):819-28.
- [108] **Park BJ KY.** Safety of cesarean myomectomy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009;35:906e11.
- [109] **Naef M MW, Wagner H.** Small- bowel volvulus in late pregnancy due to internal hernia after laparoscopic Rouxen-Y gastric bypass. *Obstet Surg*. 2009;120-12.
- [110] **C. B.** Ileal resection of gangrenous ileal volvulus in a term pregnancy: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;273,304-6.
- [111] **Lazaro EJ DP, Abraham PV.** . Volvulus of the sigmoid colon complicating pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1969;33(4):553-7.
- [112] **J. A.** Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy. Report of a case and review of the littérature. *The Am SocOf Colon and Rectal Surg* 2005;;48:1811-1813.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

ورم ليفي رحمي معقد بنقص التروية المعوية أثناء الحمل

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة: **مريم الشدادي**

المزودة في: 22 فبراير 1992 بالقيطرة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الورم الليفي الرحمي - نقص التروية المعوية - الحمل.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد عمراوي

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد: محمد الوناني

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد العبسي

أستاذ في الجراحة العامة

أعضاء

السيد: المحجوب الشراب

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: أنس الشنكيطي الأنصاري

أستاذ في أمراض النساء والتوليد