



Anomalies biologiques dans une douleur abdominale aiguë?

Dr M Grezard – Urgentiste – CH Bourg en Bresse

- Mme B, 32 ans, se présente aux urgences le lundi 16/09/08, à 5H40.
- Elle présente depuis la veille au soir des douleurs abdominales, diffuses, d'intensité fluctuante, insomniantes et non calmées par le paracétamol.

L'interne vous en parle...

- ATCD: Adenoïdectomie, surpoids, non fumeuse.
- Ttt: Contraception orale.
- DDR: 2 semaines. Pas oubli CO, cycles réguliers, pas de RS depuis 6 mois.
- T° 37°2, TA 105/64, FC 88, FR 16, sat 100%.
- Abdomen discrètement tendu, sans douleur, sans défense.
- Pas de diarrhées/constipation/vomissement.
- Pas de SFU.

... et a prescrit ce bilan:

- ECG
- NFP, CRP, TP/TCA
- Iono complet, glycémie, BH
- BHCG
- Tropono/BNP/ D dimères
- BU
- ASP



... Et
effectivement
les BHCG sont
élevées!

- Hb 10.2g/dl, GR 3.5 T/L, Ht 34%, VGM 85, CCMH 34%
- Pqs 120000G/l
- GB 12.3G/l dont 8.6G/l de PNN
- CRP 18 mg/L (N<10)
- Fibrinogène 5g/L (N2-4), TCA 30ms, TP 110%

1 - La patiente présente une infection (polynucléose + CRP + hyperfibrinogénémie)

2 - La masse érythrocytaire totale est augmentée pendant la grossesse.

3 - Il s'agit d'une anémie par hémodilution.

4 - L'anémie et la thrombopénie sont dues à des pertes hémorragiques insensibles d'origine gynécologiques.

5 - La CRP est physiologiquement élevée uniquement durant le 3^o trimestre de grossesse.

6 - Il existe une hypercoagulabilité sanguine physiologique au cours du 2^o trimestre.

- PAL 124 UI/L (30-100), ASAT 25 (10-30), ALAT 35 (10-40), GGT 15 (<30), Bilirubine totale T 7 μ M (3-17)
- Na⁺ 139mmol/L, K⁺ 4.3mmol/L, Cl⁻ 99mmol/L, Ca²⁺ 2.0mmol/L, HCO₃⁻ 21mmol/L, protidémie 48g/L
- Créatininémie 60 μ mol/L (MRDR 100ml/mn)
 - 1 - La cholestase est physiologique durant la grossesse et peut être légèrement ictérique.
 - 2 - Dans le BH durant la grossesse, seule l'élévation des PAL est physiologique.
 - 3 - La baisse de la réserve alcaline est normale en raison d'une acidose métabolique d'origine rénale, banale chez la femme enceinte.
 - 4 - La baisse de la réserve alcaline est normale en raison d'une alcalose respiratoire compensée, banale chez la femme enceinte.
 - 5 - L'hypoprotidémie résulte d'une hémodilution en lien avec la grossesse.
 - 6 - L'hypocalcémie est pathologique chez la femme enceinte.
 - 7 - Les femmes enceintes chutent leur débit de filtration glomérulaire.

Glycémie 3.6mmol/L (0.65g/L)

BU: Glu +, prot +, Sg -, Leuco -, Nit -

BNP normaux, tropono normale, D dimères > 500

- 1 - La glycosurie est aberrante au regard de la glycémie basse.
- 2 - Une glycosurie est toujours signe d'un diabète gestationnel .
- 3 - Une glycosurie faible est tolérée au cours de la grossesse en raison de l'hyperdébit de filtration glomérulaire.
- 4 - La protéinurie physiologique est augmentée au cours de la grossesse.
- 5 - La BNP et la troponine ne sont pas des marqueurs utilisables au cours de la grossesse.
- 6 - Les D dimères sont inutiles en cours de grossesse.

En résumé, la biologie de la grossesse, c'est...

- **Anémie:** Hémodilution par inflation volémique (+1L) précédant l'augmentation de la masse érythrocytaire totale.
- **Thrombopénie modérée:** hémodilution.
- **Hypercoagulabilité:** dès le 2^oT, jusqu'à 6 semaines en post partum. Les **D-Dimères** gardent leur VPN. Mais inutiles en péri-partum
- **Hyperleucocytose** jusqu'à 16G/L, augmentation modérée de la **VS** durant toute la grossesse.
- **Tropo et BNP normaux** (en dehors d'une pathologie cardiaque).
- **Créat basse, Calcémie basse:** Hyperfiltration glomérulaire, à l'origine d'une **glycosurie** et d'une **protéinurie modérées** sans diabète gestationnel.
- **Protidémie, bilirubinémie basses** par hémodilution.
- **BH normal sauf PAL** (jusqu'à 15N).
- **Hypoglycémie modérée** par hyperinsulinisme d'origine hormonale.