

L'HÉMATOME SOUS CAPSULAIRE DU FOIE ET GROSSESSE

(A propos de 04 cas)

Dr Bendjabalh ouassila

Service de gynécologie obstétrique .CHU BLIDA

I) INTRODUCTION:

L'hématome hépatique gravidique est une complication rare et gravissime de la prééclampsie associée au HELLP syndrome.

De siège le plus souvent sous capsulaire, sa rupture secondaire est l'une des complications obstétricales les plus graves.

Il survient dans un tableau clinique relativement stéréotypé, mais non spécifique, ce qui souvent entraîne un retard du diagnostic.

La mortalité maternelle est de 50 à 75 %, celle du fœtus est de 60 à 80 %.

II)OBJECTIFS:

- faire le point sur les différents aspects de cette affection
- Mettre en relief l'intérêt de la réanimation précoce .

III)PATIENTES ET OBSERVATIONS:

Une étude rétrospective à propos de quatre cas d'hématome sous capsulaire du foie, colligés au sein du service de gynécologie obstétrique .CHU BLIDA. Sur une période de 05ans.

OBSERVATION N°1:

Mme FB, âgée de 32 ans, sans antécédent pathologique notable, multipare, admise pour PEC d'une hypertension artérielle sévère sur une grossesse de 36 semaines (SA). Gsse actuelle non suivie est associée à un DG. A l'admission, la patiente a été consciente avec une PAS à 200 mm Hg et une PAD à 120 mmHg avec signes de pré éclampsie (flou visuel, céphalées, épigastalgies et DLR abdominale en barre)

La protéinurie a été positive. Le bilan biologique initial montre: Hb à 9g/dl, Hte à 28%, PLT à 77000/mm, ALAT + ASAT 4 fois la normale, TP à 60%.

l'exploration obstétricale retrouve une Gsse évolutive sans anomalies.

Un TRT est institué en urgence à base de sulfate de magnésium et, de nicardipine à la seringue électrique et dexaméthasone 10mg/12h.

- 6heures après, la patiente présente une PCM sévère avec une chute tensionnelle à 70/40 mmh et une tachycardie à 130 bat/min et oligurie
- Césarienne faite retrouve un hémopéritoine de grande abondance dont l'origine utérin est écarté, l'exploration de l'étage sus-mésocolique retrouve un foie bleu violacé évoquant un HSF probablement fissuré avec mise en place d'un packing .
- Une réanimation médicale est parallèlement instaurée: VVC, transfusion massive de CG(12unités), 8 unités de PFC , CSP 8 unités, fibrinogène 3g , acide tranexamique , facteur rFVIIa. Relance de la diurèse dès stabilisation de l'hémodynamique.
- Les suites opératoires ont été marquées par l'amélioration progressive du bilan biologique. La patiente est sortie de l'hôpital au 15^e jour sans séquelles.

OBSERVATION N°2:

- Mme KK, âgée de 35 ans, multipare, admise pour une éclampsie sur grossesse à terme. À son admission, la patiente a été comateuse avec une PAS à 180 mmHg.
- L'extraction foetale urgente s'est déroulée par voie haute donnant naissance à un nouveau-né Apgar à 8
- Au premier jour du post partum, la patiente a développé un ictère cutaneo muqueux avec une sensibilité de l'hypochondre droit.
- le bilan biologique de contrôle objectivant une anémie normochrome à 5g/dl, une bilirubinémie totale à 160 mg/l et une cytolyse hépatique marquée.
- L'échographie abdominale réalisée objectivant un hématome sous capsulaire de foie de 6 cm de grand axe associé à un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance.

- La tomodensitométrie abdominale réalisée confirmant les données échographiques.
- L'abstention thérapeutique a été décidée vu la stabilité hémodynamique avec mise en place des mesures de réanimation strictes et transfusion par des concentrés globulaires de plasma congelé et de culots plaquettaires agents anti fibrinolytiques .
- la patiente est restée stable sur le plan hémodynamique avec amélioration des paramètres biologiques et fut déclarée sortante après 14 jours d'hospitalisation

OBSERVATION N°3:

- Madame M., âgée de 37 ans, multipare consulte à 34 SA pour des douleurs de l'hypochondre droit, des céphalées et des vomissements.
- L'examen clinique retrouve une patiente agitée avec une TA à 220/110 mmHg, +++ d'albumine dans les urines, et une hypertonie utérine conduisant à une césarienne en urgence amenant un mort-né .
- Deux jours plus tard, on note l'apparition d'une distension abdominale et des signes de choc avec une tension artérielle de 70/30 mmHg.
- L'échographie abdominale réalisée en urgence objective une formation hypoéchogène péri hépatique avec un épanchement liquidien péritonéal, témoignant d'un HSF rompu. Ces données sont confirmées par la TDM abdominale

- Le bilan biologique objective une anémie à 8 g/l, une thrombopénie à 46 000 éléments/mm
- un TP à 25 % et une cytolysé hépatique (ALAT = 525 UI/l, ASAT = 410 UI/l). L'attitude thérapeutique a consisté en une réanimation préopératoire avec stabilisation de l'état hémodynamique et une laparotomie avec évacuation de 2 litres de sang et une hémostase hépatique. La patiente est sortie 25 jours après son admission.

OBSERVATION N°4:

- Mme FB, âgée de 28 ans, sans antécédent pathologique notable, primigeste , admise pour prise en charge d'un syndrome abdominal douloureux avec état de choc, sur une grossesse de 35 (SA).
- Le bilan biologique initial a été en faveur d'un HELLPS syndrome complet . Une césarienne réalisée en urgence ayant donné naissance à un mort né .la laparotomie exploratrice réalisée par une équipe chirurgicale a mis en évidence un hémopéritoine de grande abondance suite à la rupture d'un hématome sous capsulaire du foie situé sur la face inférieure. La patiente a bénéficié d'un lavage péritonéal et la réalisation de points de suture hépatiques d'hémostase. En parallèle une réanimation médicale intensifiée est instaurée (transfusion massive, acide tranexamique, fibrinogène, rFVIIa)
- Trois semaines après l'intervention chirurgicale, l'échographie de contrôle a montré la résorption de l'hématome. La patiente a été déclarée sortante après dix-sept jours d'hospitalisation.

IV)RÉSULTATS:

- Il s'agit de quatre femmes, une nullipare et trois multipares dont l'âge moyen était de 34ans.
- Deux étaient pré éclamptiques connues.et deux non suivies.
- Le diagnostic a été porté en per opératoire (les 4 cas).
- Cliniquement, on distingue deux cas correspondant à un tableau de pré éclampsie sévère associée à un flou visuel, céphalées et épigastralgie ,Un cas d'éclampsie, et un cas réalisant un syndrome douloureux abdominal avec état de choc.
- Toutes les patientes ont présenté un HELLP syndrome

- Le diagnostic positif s'est basé sur la laparotomie exploratrice dans tous les cas.
- Le traitement s'est basé essentiellement sur l'extraction fœtale ;et les mesures de réanimation : transfusion massive (100% des cas) en moyenne 10 culots globulaires.8 unités plaquettaires et dérivés sanguins (PFC 8 unités), 100 % des patientes ont reçu des agents anti fibrinolytiques et 100 % ont reçu le facteur hémostatique facteur VIIa recombinant.

- Le taux des D. dimères $\geq 10\ 000$ mg/ml, témoignant d'une fibrinolyse réactionnelle à une CIVD (3cas).
- Relance de la diurèse dès la stabilisation (IRA 100% des cas)
- L'abstention chirurgicale a été adoptée chez toutes les patientes avec surveillance clinique et biologique rigoureuse .
- une surveillance radiologique régulière TDM (chaque 15 jours).
- Nous avons noté un décès foetal.

V)DISCUSSION:

- L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) est une complication rare l'incidence évaluée entre 1/45 000 et 1/225 000 naissances.
- Le plus souvent il s'agit d'une complication de la pré éclampsie, compliquée ou non d'éclampsie ou d'un HELLP syndrome. Elle survient préférentiellement au troisième trimestre de la grossesse et en post-partum, chez des femmes multipares, entre 30 et 40 ans en moyenne.
- En dehors de la prééclampsie, l'HSF peut survenir lors d'un traumatisme direct ou sur une lésion focale hépatique préexistante (hémangiome, adénome, hyperplasie nodulaire focale)

SUR LE PLAN CLINIQUE ON PEUT DISTINGUER:

- 1) Un tableau de l'HSF non rompu qui correspond à un tableau de prééclampsie plus ou moins sévère, associé à un syndrome douloureux abdominal épigastrique et/ ou de l'hypochondre droit. Il s'y associe souvent des signes peu spécifiques tels que des céphalées, des nausées voire des vomissements qui peuvent retarder le diagnostic

- 2) L'hématome rompu réalise un tableau d'urgence abdominale avec aggravation du syndrome douloureux abdominal et l'installation d'un état de choc hypovolémique

- Dans notre série, la rupture de l'hématome est survenue chez un cas se manifestant par un tableau de choc hypovolémique

LA BIOLOGIE:

- N'est pas spécifique de l'HSCF, mais elle peut mettre en évidence un HELLP syndrome complet ou incomplet, des anomalies de la coagulation, pouvant aller jusqu'à un tableau de coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)

L'IMAGERIE:

- Dans le cadre de l'urgence l'échographie abdominales permet le plus souvent d'établir le diagnostic ,elle est facilement disponible et permet de repérer directement l'hématome qui débute le plus souvent au niveau du foie droit sous la forme d'une lentille biconvexe sous-capsulaire .
- L'utilisation de la TDM ou de l'imagerie par résonance magnétique, plus performantes dans l'exploration hépatique, n'est possible que chez des patientes hémodynamiquement stables
 - La visualisation d'un hémopéritoine en rapport avec un hématome rompu ou fissuré est décisive dans la prise en charge thérapeutique et le choix de la voie d'abord.
 - L'angiographie hépatique, rarement envisageable en urgence, est une alternative de choix à visée diagnostique et thérapeutique

L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE:

- Multidisciplinaire et doit prendre en compte l'état hémodynamique de la patiente et l'intégrité ou non de la capsule de Glisson.
- La réanimation pré, per et postopératoire, vise à corriger l'hypertension artérielle, l'hypovolémie et les altérations de la coagulation.
- Le premier temps opératoire est toujours l'extraction fœtale par césarienne. Seule celle-ci permet de stopper l'évolution des lésions hépatiques liées à la prééclampsie et au HELLP syndrome.

- En l'absence de rupture de la capsule hépatique, une surveillance étroite et un traitement symptomatique par la correction des troubles de la coagulation peut être envisagé.

- En cas de rupture de la capsule de Glisson, l'attitude thérapeutique dominante consiste en une prise en charge chirurgicale conservatrice par mise en place d'un packing du foie .

- Le recours à une embolisation artérielle sélective hépatique peut être envisagé devant la persistance d'un saignement surtout si son origine est artérielle.

- Le TRT chirurgical fait appel à la résection hépatique segmentaire ou à la transplantation hépatique (lourdes et rendues plus difficiles par la thrombopénie et la coagulopathie).

- La survenue d'un HSF rompu est responsable d'une mortalité materno-fœtale élevée

- La prévention est essentielle, doit être basée sur le suivi des grossesses, la médicalisation des accouchements, l'éducation de la population et le dépistage des grossesses compliquées de prééclampsie, chose qui va permettre certainement de réduire la mortalité materno-fœtale liée à cette pathologie.

VI) CONCLUSION:

- L'hématome sous capsulaire du foie est une complication rare et grave responsable d'une mortalité materno-foétale élevée.
- L'amélioration du pronostic passe par la surveillance et le traitement efficace de la prééclampsie.
- L'attitude thérapeutique en l'absence de consensus doit tenir compte de l'état hémodynamique et de l'état de la capsule de Glisson.
- L'abstention chirurgicale doit s'accompagner d'une réanimation adéquate basée sur la transfusion massive qui est actuellement optimisée par les agents hémostatiques et les anti fibrinolytiques dont le rôle est la correction de la coagulopathie et d'une surveillance clinique, biologique et radiologique