

Case report

Hématome sous-capsulaire du foie rompu compliquant une stéatose hépatique aiguë gravidique

Mouhssine Doumiri^{1,&}, Marie Elombila¹, Nezha Oudghiri¹, Anas Tazi Saoud¹

¹Service d'Anesthésie –Réanimation, Hôpital Maternité Souissi, Centre Hospitalier Universitaire, Rabat, Maroc

[&]Corresponding author: Mouhssine Doumiri, Service d'Anesthésie –Réanimation, Hôpital Maternité Souissi, Centre Hospitalier Universitaire, Rabat, Maroc

Key words: Hématome sous-capsulaire, foie rompu, complication rare de la grossesse

Received: 01/08/2014 - Accepted: 29/08/2014 - Published: 16/09/2014

Abstract

L'hématome sous-capsulaire du foie est une complication rare de la grossesse, survenant le plus souvent dans le cadre d'une pré éclampsie ou d'un HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets Syndrome). Rare sont les cas décrits au cours d'une stéatose hépatique aiguë gravidique. Nous rapportons le cas d'une parturiente de 33 ans, multipare, sans antécédents, admise aux urgences au terme d'une grossesse à 37 semaines d'aménorrhées, pour pré éclampsie compliquée d'une stéatose hépatique aiguë gravidique. L'échographie hépatique réalisée à l'admission était sans anomalie. Une césarienne a été réalisée en urgence devant une souffrance fœtale aiguë, au cours de laquelle a été mise en évidence une rupture de l'hématome sous capsulaire du foie s'accompagnant d'un état de choc hémorragique. La prise en charge a consisté à une polytransfusion et packing perihépatique. Le retrait du packing n'a été réalisé qu'au quatrième jour, après stabilisation clinicobiologique et régression de l'encéphalopathie hépatique. L'évolution en réanimation a été favorable avec sortie de la patiente au vingtième jour. La rupture de l'hématome sous-capsulaire du foie est extrêmement dangereuse et à haut risque materno-fœtal. L'association à la stéatose hépatique aggrave le pronostic.

Pan African Medical Journal. 2014; 19:38 doi:10.11604/pamj.2014.19.38.4009

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/38/full/>

© Mouhssine Doumiri et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

L'hématome sous-capsulaire du foie est une complication rare de la grossesse. Son incidence varie entre 1/45 000 et 1/225 000 naissances [1,2]. Il survient dans le cadre d'une pré-éclampsie, d'un HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets) Syndrome ou rarement d'une stéatose hépatique aiguë gravidiques [3,4]. La rupture capsulaire hépatique est associée à une mortalité maternelle et fœtale importantes. Elle est souvent découverte lorsque le tableau clinique se complique d'un choc hémorragique. Son association avec la stéatose hépatique aiguë gravidiques complique la prise en charge et aggrave plus le pronostic materno-fœtal. Sa prise en charge est multidisciplinaire et conservatrice le plus possible.

Patient et observation

Madame N, âgée de 33 ans, III geste, III pare, enceinte de 37 semaines d'aménorrhées, sans antécédent, a été admise aux urgences, pour céphalées, épigastralgies, nausées et vomissements. À l'examen clinique: patiente consciente, apyrétique, se présentait avec un ictère, une pression artérielle élevée (175/110 mmHg) accompagnée d'une protéinurie à +++ au labstix, une hauteur utérine à 30 cm, sans contraction utérine, col long fermé postérieur, poche des eaux intact et présentation céphalique, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) était sans anomalie. L'échographie obstétricale objectivait une grossesse mono fœtale évolutive, liquide amniotique normal et absence de retard de croissance intra-utérin. L'échographie hépatique était normale. La biologie retrouvait des enzymes hépatiques élevées (ASAT: 855 UI/L, ALAT: 582 UI/L), bilirubine conjuguée à 85 mg/l, bilirubine indirecte à 10 mg/l). L'hémogramme objectivait un taux de plaquettes à 65 000 éléments /mm³, une hyperleucocytose à 18000/mm³ avec une hémoglobine à 10,4 g /dl. Le taux de prothrombine était à 55%. INR à 1,5. La créatinémie à 15 mg / l, l'urée sanguine à 0,9 mmol/l associée à une hypoglycémie à 0,5 g/L. Les sérologies hépatiques A, B, et C ont été demandées et se révéleront négatives. Le diagnostic d'une complication hépatique grave de la prééclampsie (stéatose hépatique aiguë gravidique) a été posé selon le contexte clinico-biologique. L'hypertension artérielle systolique a été jugulée par deux bolus de 0,5mg de nicardipine, l'hypoglycémie a été traitée par une perfusion du Sérum glucosé à 10%.

La patiente a présenté une heure après son admission une souffrance fœtale aiguë sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal: décélérations sévères jusqu'à 60 BPM et prolongées. Une césarienne a été réalisée en urgence en choisissant l'anesthésie générale, devant la présence d'une coagulopathie et des décélérations sévères, avec extraction d'un nouveau né d'apgar 3 :10 à 1min qui est passé à 5: 10 à 5min, puis intubé et ventilé mais décédé après 6 heures. À la fin de l'hystérorraphie, une hypotension maternelle à 70/30 mmHg a été survenue avec hémopéritoine abondant estimé à 1500 ml, obligeant un élargissement de la laparotomie en médiane, pour exploration de l'origine du saignement, mettant en évidence un hématome sous-capsulaire du lobe hépatique droit rompu et étendu jusqu'au lobe gauche (**Figure 1**).

Devant cet état de choc hémorragique, la prise en charge avait consisté en un remplissage vasculaire par 1000 ml de sérum salé à 9‰, Monitoring invasif de la pression artérielle, une transfusion de 06 culots globulaires et de 06 plasmas frais congelés. L'acide tranexamique (Exacyl ®) était utilisé avec 1g en 10 min suivie par 1g en perfusion sur 8h. Ocytocine à 40 UI en perfusion de 30min, Méthérgin à 0,2 mg en intramusculaire et misoprostol à 1000 µg par voie rectale ont été donnés pour avoir une rétraction utérine satisfaisante. Un packing périhépatique a été réalisé dès la découverte de hématome pour arrêter le saignement. Ces mesures ont permis d'obtenir un état hémodynamique stable et une coagulation satisfaisante (INR à 1,2, TP à 60% et PLQ à 70000/ml) une hémoglobine à 10g/dl en fin d'intervention. La patiente a été transférée en réanimation intubée, ventilée et sédaturée.

Au deuxième jour postopératoire, s'est installée une encéphalopathie hépatique stade III avec une aggravation de l'insuffisance rénale (créatinémie à 29 mg/l), de la coagulopathie, de l'hyponatrémie (120 mmol/l) et apparition d'œdème pulmonaire. La gestion de l'encéphalopathie hépatique a consisté à un contrôle de l'hypertension intracrânienne par mannitol à 10% (150ml toutes les 6 heures) et sérum salé hypertonique à 3 % (100ml), une reprise de la diurèse à 50 ml/heure sous traitement diurétique, une correction de l'hyponatrémie et de l'hypoglycémie, une transfusion par 04 culots globulaires et de 06 plasmas frais congelés pour avoir un INR à 1,3, un TP à 54%, des plaquettes à 720000, un fibrinogène à 1,5 g/l et une hémoglobine à 10g/dl et une antibiothérapie à base de céphalosporine 3^e génération et ciprofloxacine pendant 10 jours devant une pneumopathie bactérienne. Le packing n'a pu être retiré qu'au quatrième jour après stabilisation de la patiente et sans

incident ou recours à la transfusion. Une biopsie hépatique était nécessaire pour confirmer la stéatose hépatique mais devant l'état hépatique et risque de saignement, cette biopsie a été abandonnée. Evolution était marquée par une régression de l'encéphalopathie hépatique, une amélioration de la fonction rénale et extubation au dixième jour. La patiente a quitté l'hôpital au vingtième jour.

Discussion

Des cas d' HSCF ont été rapportés dans la littérature chez la femme enceinte surtout avec un HELLP syndrome et ont été associés à une mortalité maternelle estimée à 50 à 75% et une mortalité fœtale à 60 à 80 [5]. Alors que la stéatose hépatique constitue une cause exceptionnelle [4]. Le diagnostic clinique de l'HSCF doit être évoqué devant une douleur de l'hypochondre droit, nausée et vomissements [6] ou ictère dans un contexte d'HTA. Devant ces signes une échographie hépatique est systématique. L'hématome hépatique paraît sous forme d'image hétérogène hypoéchogène par rapport au reste du parenchyme. L'association avec un épanchement intrapéritonéal fait suspecter une fissure voir une rupture de l'hématome [7]. L'échographie hépatique permet en outre le suivi de l'hématome non rompue si abstention chirurgicale.

Dans notre cas la souffrance fœtale a révélé une hémorragie du foie et l'échographie hépatique n'a pas été performante pour poser le diagnostic et préparer la patiente par correction de sa coagulopathie et avoir une stratégie opératoire (type d'incision, packing prêt, envisager une embolisation). La TDM ou l'imagerie par résonance magnétique, plus performantes dans l'exploration hépatique, sont peu utilisées en pratique. L'angiographie hépatique est rarement envisageable en urgence [7]. Dans le contexte d'une rupture de HSCF une césarienne doit être faite en urgence pour extraction fœtale et une mise en place d'un packing du foie [3]. Ce dernier permet une survie maternelle, à 80 % [1]. Alors l'embolisation hépatique sélective est aussi efficace avec un taux de survie maternelle à 90 % [1].

Les autres techniques comme la ligature chirurgicale des artères hépatiques ou la résection des plages de nécrose hépatique sont associées à une mortalité maternelle importante supérieure à 30 % [1]. La réanimation périopératoire repose sur la gestion du choc hémorragique (remplissage par 1 litre de cristalloïdes, monitoring invasif de la pression artérielle, tolérer une hypotension artérielle

avant l'hémostase: PAS à 80-90 mmHg et PAM à 65 mmHg, monitoring de la coagulation par des tests de routine comme TP, TCA, Fibrinogène, INR, D-dimères, PDF, ou par thromboélastométrie si disponible pour guider le traitement de la coagulopathie du choc hémorragique, l'apport de la transfusion sanguine doit être précoce par les culots globulaires, le plasma frais congelé et les plaquettes si sont inférieures à 50000/mm³ en respectant un rapport de 1/1/1, fibrinogène, cryoprécipité, facteur VII activé, corriger l'acidose métabolique, l'hypocalcémie liée à la transfusion massive, corriger l'hypothermie et utiliser les anti-fibrinolytiques comme l'acide tranexamique) [8]. La ventilation mécanique doit être réalisée avec un volume courant bas de 6 ml/kg avec objectif de PaCO₂ entre 37-41mmHg. Dans le postopératoire la gestion de l'encéphalopathie est basée sur la ventilation mécanique, traitement de HTIC par osmothérapie: mannitol et serum salé hypertonique, sédation par benzodiazépines ou propofol voir barbituriques, une normalisation de la natrémie et de la glycémie, une correction de la coagulation, les diurétiques pour avoir une diurèse conservé si non une épuration extrarénale (hémodialyse continue), une prévention de l'hémorragie digestive et une antibiothérapie en cas d'infections [9]. En cas de HSCF non rompu, l'extraction du bébé s'impose, après correction de la coagulopathie, pour stopper l'évolution des lésions hépatiques liées à la pré-éclampsie et la stéatose hépatique aiguë gravidique. En postopératoire, l'hématome est surveillé étroitement afin de diagnostiquer toute fissure ou rupture.

Conclusion

La stéatose hépatique aiguë gravidique est une complication grave de la pré-éclampsie. La rupture de l'HSCF est à haut risque de décès materno-foetal. L'association à la stéatose hépatique aggrave le pronostic. La survie dépend de la précocité de la PEC, dont l'approche doit être agressive et multidisciplinaire.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figure

Figure 1: exploration du foie après extraction fœtale au cours d'une césarienne montre un hématome sous capsulaire du foie droit rompu

Références

1. Rinehart BK, Terrone DA, Magann EF, Martin RW, May WL, Martin Jr JN. Preeclampsia-associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Surv.* 1999; 54(3): 196-202. **PubMed | Google Scholar**
2. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: evaluation of diagnostic and therapeutic options—a unicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(1): 106-1. **PubMed | Google Scholar**
3. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 169(4): 1000–6. **PubMed | Google Scholar**
4. Pereira SP, O'Donohue J, Wendon J, Williams R. Maternal and perinatal outcome in severe pregnancy-related liver disease. *Hepatology.* 1997; 26(5): 1258-1268. **PubMed | Google Scholar**
5. Tin LN, Mulard C, Talon A, Garnier JM, Lambert A, Storch-Marcy A, Kamara S. Hématome sous-capsulaire du foie complication du HELLP syndrome. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1994;23(3):311-4. **PubMed | Google Scholar**
6. Pavlis T, Aloizos S, Aravosita P, Mystakelli C, Petrochilou D, Dimopoulos N, Gourgiotis S. Diagnosis and surgical management of spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome. *J surg Educ.* 2009; 66(3):163-7. **PubMed | Google Scholar**
7. Nunes JO, Turner MA, Fulcher AS. Abdominal Imaging features of HELLP syndrome. *Am J Roentgenol.* 2005; 185(5):185: 1205-1210. **PubMed | Google Scholar**
8. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernández-Mondéjar E, Filipescu D, Hunt BJ, Komadina R, Nardi G, Neugebauer E, Ozier Y, Riddez L, Schultz A, Vincent JL, Rossaint R. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care.* 2013 Apr 19; 17(2): R76. **PubMed | Google Scholar**
9. Stravitz RT, Kramer AH, Davern T, Shaikh AO, Caldwell SH, Mehta RL, Blei AT, Fontana RJ, McGuire BM, Rossaro L, Smith AD, Lee WM. Acute Liver Failure Study Group. *Crit Care Med.* 2007 Nov; 35(11): 2498-508. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: exploration du foie après extraction foetale au cour d'une césarienne montre un hématome sous capsulaire du foie droit rompu