



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/11197  
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11197>



### RESEARCH ARTICLE

#### HEMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE A 25 JOURS DU POST-PARTUM : A PROPOS D'UN CAS

**K. Benbrikia, A. Adrianjafy, A. Kharbach and A. Baidada**

Service de Gynécologie Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Chu Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 15 April 2020  
Final Accepted: 18 May 2020  
Published: June 2020

##### Key words:-

Hématome, Sous Capsulaire, Foie, HRP

#### Abstract

L'hématome sous capsulaire du foie (HSCF) est une complication rare mais gravissime de la grossesse. Devant une symptomatologie clinique souvent non spécifique et un tableau biologique retardé, son diagnostic est basé essentiellement sur les moyens de l'imagerie (échographie, TDM, IRM). Son traitement est en fonction de l'intégrité ou non de la capsule de Glisson. L'hématome sous capsulaire du cas rapporté dans cet article n'est devenu symptomatique qu'après 25 jours du post opératoire d'une césarienne réalisée chez une patiente à terme pour suspicion d'HRP.

Copy Right, IJAR, 2020. All rights reserved.

#### Introduction:-

L'hématome sous capsulaire du foie (HSF) est une complication rare et gravissime au cours de la pré-éclampsie survenant dans un tableau clinique relativement stéréotypé, mais non spécifique, ce qui souvent entraîne un retard du diagnostic. Sa rupture secondaire est l'une des plus graves complications obstétricales avec une mortalité maternelle estimée à 50 à 75 % et une mortalité fœtale à 60 à 80 % [1]. Nous proposons à partir de ce cas clinique de faire le point sur les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques de l'hématome sous capsulaire (HSC) du foie survenant dans le cadre d'un HRP compliquant une pré-éclampsie.

#### Observation:-

Patiente âgée de 40ans, sans antécédents pathologiques familiaux ou personnels médico-chirurgicaux particuliers, notamment pas d'HTA chronique. G7P5 dont 2 avortements spontanés précoces et 4 accouchements par voie basse sans complications rapportées au cours du per et du post-partum. La dernière grossesse n'était pas suivie, la patiente n'a donc bénéficié d'aucun bilan ni d'une quelconque consultation ou échographie. La patiente se présente aux urgences de notre maternité, se disant à terme, l'examen clinique à l'admission retrouvait une patiente agitée avec une tension artérielle 220/110mmHg, +++ d'albumine dans les urines et une hypertonie utérine conduisant à une césarienne en urgence avec extraction d'un mort-né frais. Le bilan biologique objectivait une anémie ferriprive à 8g/dl, et une légère cytolysé hépatique, le reste des paramètres était sans particularité. L'évolution en post opératoire était en faveur de la stabilisation spontanée de l'état hémodynamique, et la patiente est sortie au 3<sup>ème</sup> jour du post-op. Elle se présentera aux urgences 22 jours après soit à j25 du post-op pour des douleurs de l'hypocondre droit et épigastriques en barre, l'hématome sous capsulaire du foie a vite été confirmé par une échographie abdominale objectivant la présence sous la capsule du foie d'une formation ovulaire bien limitée, hypoéchogène renfermant quelques cloisons hyperéchogènes non vascularisées au doppler couleur, mesurant 5,8cm d'épaisseur et étendu sur environ 13cm, avec absence d'épanchement péritonéale. La patiente était stable sur le plan hémodynamique :eupnéique, apyrétique, avec des conjonctives légèrement décolorées, et une tachycardie à 100batt/

**Corresponding Author:- K. Benbrikia**

Address:- Service de Gynécologie Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Chu Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

min, TA :145/95mmHg, le bilan biologique objectivait: Na+=139mmol/L, K+=4,4mmol/L, Cl-=106,mmol/L ASAT :21UI/L, ALAT :27UI/L, TP :100%, TCQ : 29, Hb :9,3g/dl, GB : 5700, PLQ : 319000/mm<sup>3</sup>.

la conduite à tenir était d'hospitaliser la patiente, avec mise au repos, prise de 2 VVP, remplissage à raison de 500cc de sérum physiologique/8h/24h, la patiente a également été mise sous traitement antalgique pour sa douleur abdominale associé à un traitement martial curatif, elle a bénéficié d'une surveillance rapprochée de sa diurèse, TA et fréquence cardiaque. Le bilan de contrôle réalisé après 24h est également revenu sans particularité, et plusieurs échographies abdominales de contrôle ont mis en évidence la résorption progressive et spontanée de l'hématome, elle a été déclarée sortante après 7jours d'hospitalisation.



**Figure1:-** hématome sous capsulaire du foie non rompu.

### Discussion:-

L'hématome sous capsulaire du foie est une complication rare de la grossesse dont l'incidence de survenue est estimée de 1 pour 45000 naissances à 1 pour 250 000 naissances, survenant le plus souvent chez la multipare âgée de plus de 30 ans [1]. L'hématome sous capsulaire du foie se voit dans 50 % des cas après 36 semaines d'aménorrhée, se révèle avant le travail chez 85 % des cas et dans le post-partum chez 15 % des cas [1] avec un délai moyen de survenue au cinquième jour du post-partum. En dehors de la pré-éclampsie, l'HSF peut survenir lors d'un traumatisme direct ou sur une lésion focale hépatique préexistante (hémangiome, adénome, hyperplasie nodulaire focale) [2].

Sur le plan physiopathologique, deux théories sont avancées. La première affirme que l'atteinte hépatique prédomine dans la zone périportale, comprenant de nombreux dépôts obstructifs de fibrine disséminés dans les sinusoides hépatiques, une nécrose hépatocytaire focale à l'origine de la cytolyse hépatique, des thromboses et des hémorragies intra-hépatiques. L'ensemble de ses lésions participe à la congestion sinusoidale avec hyperpression intra parenchymateuse qui peut être responsable d'hématome sous capsulaire du foie et d'hémopéritoine [3].

La deuxième théorie affirme que l'ischémie utéro-placentaire est responsable du spasme des capillaires portes par le biais des substances vasoactives qu'elle libère, il s'en suit l'ischémie et la nécrose du foie. Au cours du HELLP, les lésions d'infarctissement hépatique s'intègrent dans un processus systémique consécutif au développement d'une

coagulation intra vasculaire disséminée. La traduction histologique de ces phénomènes est représentée par la présence de foyers de nécrose et d'hémorragie hépatochoytaire et périportale.

Sur le plan clinique, on peut distinguer le 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 [1].

L'hématome rompu réalise un tableau d'urgence abdominale avec aggravation du syndrome douloureux abdominal et l'installation d'un état de choc hypovolémique. Malgré son aspect stéréotypé, la non-spécificité du tableau clinique entraîne souvent un retard diagnostique préjudiciable aux patientes [4]. Ce diagnostic doit être évoqué tout au long de la grossesse et dans la période du post-partum, et au moindre doute la réalisation d'un bilan radiologique (échographie, scanner) s'avère nécessaire.

En l'absence d'état de choc hémorragique, le diagnostic est essentiellement échographique par visualisation d'un hématome sous capsulaire ou d'une hyperéchogénicité de la capsule de Glisson qui peut témoigner d'un début de décollement. L'examen échographique contribue au dépistage des complications hépatiques chez les femmes présentant une cytolysé hépatique dans le cadre du HELLP, pose le diagnostic de HSCF chez les patientes stables, et permet le suivi de ces patientes après abstention thérapeutique.

La tomographie reste l'examen de choix pour l'exploration de cette pathologie. C'est la technique la plus sensible pour la mise en évidence de l'ischémie hépatique, pour la recherche de signe de complications hémorragiques (hémorragie intaparenchymateuse, l'hématome sous capsulaire et l'hémopéritoine), ainsi que l'établissement du diagnostic différentiel.

L'imagerie par résonance magnétique, actuellement en cours d'évaluation, aura vraisemblablement dans l'avenir sa place dans ce type de pathologie, d'autant plus qu'elle n'est pas irradiante. Elle n'a pas d'intérêt dans un contexte d'urgence, mais peut s'avérer utile dans la détection secondaire d'éventuelles lésions causales. Sa réalisation ne doit pas retarder l'action thérapeutique [5].

Barton et al [6] ont étudié l'intérêt de l'imagerie hépatique dans le contexte du HELLP syndrome. Trente-quatre patientes présentant un HELLP syndrome ont été incluses. Trente trois patientes ont eu une tomographie (TDM), quatre d'entre elles ont bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) et cinq patientes une échographie. Toutes les patientes présentaient cliniquement une douleur de l'hypochondre droit. Dans 45 % des cas, l'examen radiologique était anormal montrant un hématome sous capsulaire du foie ou une hémorragie intra parenchymateuse. Dans notre cas, seule l'échographie abdominale a permis de confirmer le diagnostic d'HSCF chez une patiente présentant des douleurs épigastrique et de l'hypochondre droit à j25 du post opératoire pour suspicion d'HRP, le bilan était normal en dehors d'une anémie, soit une collection sous capsulaire résiduelle.

L'attitude thérapeutique de l'HSCF 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.

En l'absence de rupture de la capsule hépatique, une surveillance étroite et un traitement symptomatique par la correction des troubles de la coagulation peuvent être envisagés. 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 [5, 7, 8].

Depuis, d'autres alternatives thérapeutiques ont été évaluées, elles reposent le plus souvent sur des séries rétrospectives regroupant un petit nombre de patientes. Dans ce cadre, l'intérêt de l'interruption artérielle hépatique (par embolisation ou ligature chirurgicale) a été évalué par une étude rétrospective portant sur huit patientes [9]. Pour deux patientes l'embolisation a été réalisée après l'échec de l'hémostase chirurgicale locale. Un arrêt du saignement a été obtenu pour six parturientes, les auteurs soulignent le risque de gangrène vésiculaire et de nécrose hépatique liée à la technique de ligature chirurgicale.

Dans notre cas, la stabilité de l'état hémodynamique était en faveur de l'abstention chirurgicale avec surveillance et réanimation intensives.

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

### **Conclusion:-**

L'hématome sous capsulaire du foie est une complication rare et grave responsable d'une mortalité materno-fœtale élevée. L'amélioration du pronostic passe par la surveillance et le traitement efficace de la pré-éclampsie. L'exploration radiologique (échographie, scanner) doit être d'indication large dans le cadre de la pré-éclampsie. 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 et d'une surveillance clinique, biologique et radiologique.

### **Références:-**

1. Langer B, De Manzini N, Boudier E, et al. Hématome sous-capsulaire du foie rompu- Conduite à tenir- A propos d'une observation. Rev Fr Gynécol Obstet. 1997;92:188–90. [Google Scholar]
2. Ng Wing Tin L, Mulard C, Talon A, et al. Hématome sous-capsulaire du foie complication du HELLP syndrome. J GynecolObstetBiolReprod (Paris) 1994;23(3):311–4. [PubMed] [Google Scholar]
3. Beucher G, Simonet T, Dreyfus M. Management of the HELLP syndrome. GynecolObstetFertil. 2008 Dec;36(12):1175–90. [PubMed] [Google Scholar]
4. Dechaud H, Marsollier C, Bezard-Falgas X, Bruelle P, Ripart S, Mares P. Sub-capsular hematoma of the liver during pregnancy: a case report. J GynecolObstetBiolReprod (Paris) 1992;21(8):959–62. [PubMed] [Google Scholar]
5. Collinet Jourdain. Encyclopédie médicale. 2007. Prise en charge du HELLP SYNDROME. [Google Scholar]
6. Mahi M, Chellaoui M, Benameur-Ammar Hématome sous capsulaire du foie et grossesse. J Radiol. 2001;82:679–82. Editions Françaises de Radiologie, Paris, 20. [PubMed] [Google Scholar]
7. Seren G, Morel J, Jospe R, Mahul P, Dumont A, Cuileron M, Tiffet O, Auboyer C. HELLP syndrome et hématome sous capsulaire du foie rompu. Ann Fr AnesthReanim. 2006 Oct;25(10):1067–9. [PubMed] [Google Scholar]
8. Boulard R, Delabrousse E, Kastler B. Atteinte hépatique au cours du HELLP. J Radiol. 2003 Jun;84(6):718–9. [PubMed] [Google Scholar]
9. Stain SC, Woodburn DA, Stephens AL, Katz M, Wagner WH, Donovan AJ. Spontaneous hepatic haemorrhage associated with pregnancy-Treatment by hepatic arterial interruption. Ann Surg. 1996 Jul;224(1):72–8. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar].