



RESEARCH ARTICLE

LES HEPATHOPATHIES CHRONIQUES ET GROSSESSE A PROPOS D'UN CAS

CHATER Meryem, ELMOHAFIDE Ghita, ZIANI Hicham and Pr TAZI Anas

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 December 2021

Final Accepted: 13 January 2022

Published: February 2022

Key words:-

Grossesse, Hepathopathie Chronique, Encéphalopathie Hépatique, Cirrhose, Varices Esophagiennes

Abstract

We report the case of a 44-year-old multiparous patient with 3 previous pregnancies during her fourth pregnancy, at 33 WA the patient presented signs of decompensation of a previously unknown chronic liver disease. During her last months of pregnancy the diagnosis was made after the appearance of signs of hepatocellular insufficiency aggravated by hepatic encephalopathy in the immediate postpartum period. Abdominal ultrasound revealed a liver of chronic hepathopathy with abundant ascites and portal hypertension. Further abdominal CT scan confirmed the presence of a dysmorphic liver with bumpy contours associated with collateral perigastric venous circulation and homogeneous splenomegaly. The evolution was favorable marked by the delivery of a healthy female new born baby and the resumption of a normal state of consciousness of the woman.

Copy Right, IJAR, 2022.. All rights reserved.

Introduction:-

Les hépatopathies chroniques sont des affections cosmopolites dont les plus fréquentes sont essentiellement l'hépatite chronique et la cirrhose.

La cirrhose est une pathologie d'étiologies diverses caractérisée par une désorganisation diffuse de la structure hépatique normale due à une destruction des hépatocytes, avec apparition de nodules de régénération entourés de fibrose comprimant la vascularisation hépatique et responsable d'hypertension portale. [1-2]

Nous rapportons à travers cette observation le cas d'une patiente hospitalisée en réanimation pour décompensation d'une hepathopathie chronique durant sa 4^{ème} grossesse.

Observation:-

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 44 ans, multipares avec 3 grossesses antérieures et accouchements par voie basse qui ont menés à trois enfants vivants en bonne santé.

Au cours de sa quatrième grossesse, à 33 SA la patiente a présenté un ictère avec hématuries pour lesquelles elle a consulté aux urgences de l'hôpital de la maternité SOUISSI Rabat.

L'évaluation initiale trouve une patiente consciente et lucide, eupneique mais légèrement tachycarde à 110 battements par minute, avec une tension artérielle à 14/7 cmH₂O, œdème mou des 2 membres inférieurs prenant le godet et un ictère cutanéomuqueux. Sur le plan obstétrical, une hauteur utérine normale, des Bruits cardio-fœtales

positifs, avec au toucher vaginal un col long fermé postérieur et à l'échographie obstétricale, une grossesse monofoetale évolutive.

Un bilan biologique a été lancé trouvant une anémie microcytaire à 9,4 g/dl, une thrombopénie à 85000 éléments par mm³, un TP à 45%, une hypoglycémie à 0,6 g/l, avec légère cholestase à 50 de bilirubine totale, en absence de cytolysé hépatique.

Les sérologies étaient tous négatives.

Sur le plan morphologique, l'échographie abdominale a retrouvé un foie d'hépatopathie chronique avec ascite de grande abondance et une hypertension portale (figure 2). Un complément de scanner abdominal a confirmé la présence d'un foie dysmorphique de contours bosselé avec hypertrophie du segment I et atrophie du segment IV sans nodules associés (figure1). Tronc porte de calibre élevé avec thrombose partielle de ce dernier associé à une circulation veineuse collatérale péri-gastrique et une splénomégalie homogène.

La fibroscopie a été réalisée trouvant des varices œsophagiennes stade 1 avec pangastrite.

La ponction du liquide d'ascite a ramené 3 litre de liquide jaune citrin, rivalta négatif avec à la biochimie des protéines < 8g /l et à la bactériologie une culture négative.



Figure1:- Image scannographique d'un foie cirrhotique.



Figure 2:- Image d'échographie abdominale montrant un foie dysmorphique.

L'évolution était marquée par un accouchement avant le terme par voie basse, précisément à 34 semaine d'aménorrhée d'un nouveau-né hypotrophe de sexe féminin, APGAR 10/10, avec un poids de naissance à 1900 g.

Par ailleurs, la patiente a présenté une instabilité hémodynamique avec une dégradation neurologique d'où son admission à la réanimation où elle a été intubée après mise en condition initiale et introduction des drogues vasopresseurs. Le scanner cérébral est revenu sans anomalie et la TDM thoracique a permis d'individualiser une pneumopathie d'inhalation.

Une encéphalopathie hépatique a été retenue devant l'altération de l'état de conscience avec une dégradation du TP de 33% à 5% et des épisodes d'hypoglycémie, en dehors de toute autre anomalie du bilan métabolique.

La patiente mise sous antibiothérapie à base de tazocilline + azobactam et amikacine avec transfusion de PFC et de culots globulaire et maintien de la sédation pendant 48 heures.

L'évolution était favorable marquée par la reprise d'un état de conscience normal à l'arrêt de la sédation, un sevrage en noradrénaline et une amélioration de l'échangeur.

Patiente transférée au service de gastro-hépto-entérologie pour complément de bilan étiologique.

Discussion:-

Les hépatopathies chroniques sont des affections cosmopolites dont les plus fréquentes sont essentiellement l'hépatite chronique et la cirrhose. [1-2]

Pendant la grossesse, plusieurs changements surviennent dans le système hémodynamique. En ce qui concerne le foie, on observe une augmentation de la synthèse hépatique de cholestérol avec accroissement des facteurs de coagulation ainsi que des phosphatases alcalines. [3]

L'association de cirrhose et grossesse est rare. La cirrhose hépatique entraîne généralement des troubles métaboliques et endocriniens responsables d'infertilité. Les hypertensions portales non cirrhotiques sont aussi associées à une hypofertilité dont le mécanisme reste encore non élucidé. [4]

La cirrhose hépatique survient à un âge relativement avancé, et la femme cirrhotique n'est généralement plus en âge de procréer. [5]

La grossesse tout en étant un fait assez rare au cours de la cirrhose hépatique, apparaît plus fréquente dans les formes post-hépatiques que dans les formes alcooliques étant donné le plus grand nombre de femmes encore fécondes dans cette catégorie. CAROLI et CHEVREL [6] pensent qu'une telle différence dans la distribution serait due au fait que la cirrhose éthylique, quand elle se manifeste chez des sujets encore jeunes, présente généralement une évolution aiguë, fébrile beaucoup plus grave que celle présentée par la cirrhose commune de l'âge mûr.

Concernant les cirrhoses biliaires, la fonction hépato-cellulaire est compromise seulement dans les phases les plus avancées de la maladie ce qui explique que les patientes aient supporté assez bien leur accouchement. [7]

Pour ce qui est de la maladie de Wilson, la fonction hépatique est toujours conservée au début. La grossesse provoquera une aggravation des troubles nerveux chez ces malades qui durera pendant la période d'allaitement ; ce qui serait dû non tant à l'augmentation physiologique de la céruléoplasmine que provoque la grossesse qu'à une mobilisation par les besoins du fœtus de l'excès de cuivre par les dépôts maternels. [8]

En fait, les principales causes d'arrêt de la grossesse chez les femmes porteuses d'une hépatopathie chronique durant le 1er trimestre sont l'avortement spontané dans 18 à 20% des cas et l'avortement thérapeutique. Pendant le 2ème et le 3ème trimestre, c'est l'hémorragie digestive par rupture des varices qui est la principale cause de l'arrêt de grossesse et chez le cas de notre parturiente.

Il est établi que les patientes ayant bénéficié avant la grossesse d'un traitement de leurs varices œsophagiennes ont eu moins de complications pendant la délivrance et un taux moins élevé de mortalité fœtale. Cependant, aucune donnée n'existe quant aux complications de l'accouchement par voie basse en comparaison à la voie haute. [2]

La prématurité quant à elle survient entre la 22ème et la 37ème semaine d'aménorrhée, et a lieu dans 20,5% sur une série de 117 grossesses de femmes cirrhotiques et dans 18,75% dans une série de 32 femmes ayant une HTP par obstruction extra-hépatique.

Le décès périnatal selon une étude faite par CHENG constitue 17,85% chez des patientes cirrhotiques et 11,5% chez des parturientes ayant une HTP. [9]

La grossesse chez une femme cirrhotique comporte aussi de nombreux dangers dont les plus importants sont représentés par un possible coma hépatique terminal, par d'éventuelles hémorragies digestives provoquées par l'action d'hypervolémie sur les varices œsophagiennes et l'aggravation progressive de l'insuffisance hépatique préexistante dans le post partum. [7]

Les hémorragies par rupture des varices œsophagiennes représentent le grand risque chez les femmes ayant une HTP durant la grossesse. Elle peut atteindre jusqu'à 44% des cas dans certaines études.

En cas d'hématémèses résistantes aux mesures de réanimation médicale et à la pose d'une sonde de Blackmore, une anastomose chirurgicale peut être effectuée pendant la grossesse.

Concernant la mortalité maternelle, un total de 19 décès chez des parturientes cirrhotiques a été rapporté dans la littérature. Les causes de décès comprennent : hématémèses, coma hépatique, péritonite, rupture d'anévrisme splénique. [9-10]

Pour notre parturiente, la grossesse était le facteur déclenchant de la découverte de l'hépatopathie chronique avec une bonne évolution clinico-biologique grâce à une bonne prise en charge initiale et un diagnostic précoce.

En définitive, il n'y a pas d'attitude uniciste face à l'association HTP et grossesse. Le risque maternel est directement lié à l'existence de varices œsophagiennes qu'il faudrait rechercher systématiquement en début de grossesse par fibroscopie. Actuellement, la chirurgie réalisée seulement avant toute grossesse et après échec d'une prophylaxie primaire de l'hémorragie par HTP bien menée, permet d'améliorer significativement le pronostic materno-fœtal.

Conclusion:-

Bien que rares, les hépatopathies gravidiques restent des atteintes importantes à connaître en raison de leurs lourdes conséquences pour la mère et le fœtus/nouveau-né. Leur présentation peut aller de discrètes anomalies des tests hépatiques à un tableau d'insuffisance hépatique fulminante.

La survenue d'une grossesse sur cirrhose est rare, difficile à gérer, et le pronostic est sévère. C'est une grossesse à haut risque car la grossesse augmente le risque de décompensation de la cirrhose et vice versa.

Ceci nécessite donc une parfaite connaissance de la physiopathologie aussi bien de la grossesse que de la cirrhose et une coordination entre l'obstétricien, l'hépatologue, le néonatalogiste et l'anesthésiste-réanimateur avec une prise en charge adéquate et une surveillance rigoureuse aussi bien avant que pendant la grossesse et dans le post partum, afin que toute parturiente puisse mener sa grossesse à terme avec un risque moindre de complications.

References:-

1. Thot'oa.s., et al ; etiologies des hépatopathies chroniques (hépatite chronique, cirrhose, cancer primitif du foie) dans le service d'hépatogastro-entérologie du chu de cocody. Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 9, n°2, 2007, pp. 43-46
2. M. Dridi, S. Mahdaoui, N. Bouzyiane et al ; Cirrhose et grossesse a propos d'un cas. Journal Marocain des Sciences Médicales 2009, Tome XVI ; N°4
3. Bonnin M, H. Roman, F. Bolandard, M. Canis and J.-E. Bazin À propos de trois grossesses consécutives chez une patiente cirrhotique Ann Fr AnesthRéanim, Vol 24, Issue 7, Juill 2005:818-822
4. Bergeret S, Loffredo P, Bosson JL, Palot M, Seebacher J, Benhamou D, et al. Enquête nationale sur les alternatives à l'analgésie péridurale obstétricale. Ann Fr AnesthRéanim 2000; issue19:530-9.
5. D. QUERLEU, G. CREPIN, J.C. PARIS. L'axe hypothalamo-ovarien chez la cirrhotique éthylique. Etude hormonale plasmatique de 540 observations. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1981, 10, n°4,389.

6. J. CAROLI, B. CHEVREL. Cirrhose méta-ictérique et grossesse. Rev. Med. Chir. Mal foie, 1967, 42 : 59-80.
7. G. LALONDE. Cirrhose et grossesse. Thèse Médecine, 1974, n°142. Caen.
8. F.E. DREIFUS, W.M. MC KINNEY. Wilson's disease hepatolenticular degeneration and pregnancy J.A.M.A., 1966, 195 :960.
9. Y.S. CHENG. Pregnancy in liver cirrhosis and/or portal hypertension. Am. J. Obst. Gy; 1977, n°7, 128, 8120-822.
10. T.M. REISSMAN, J.A. O'LEARY. Portocaval shunt performed during pregnancy. A case report. Obstet. Gynecol. 1971 ; 37, 253-254.