

 <p>ISSN (O): 2320-5407 ISSN (P): 3107-4928</p>	<p>Journal Homepage: - www.journalijar.com</p> <h2>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</h2> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/22960 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/22960</p>	
--	---	---

RESEARCH ARTICLE

FOIE ET GROSSESSE : EXPERIENCE DU SERVICE D'HEPATO GASTROENTEROLOGIE DU CHU DE TANGER (MAROC) A PROPOS DE 200 CAS

LIVER AND PREGNANCY: EXPERIENCE OF THE GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF TANGIER (MOROCCO) ABOUT 200 CASES

Nadiri Khawla, Meyiz Houda, Laabid Yousra, Ouaya Hassan, Akjay Aicha, Mellouki Ihsane, Moustaid
Houda and Benkirane Saad

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 08 January 2026

Final Accepted: 10 February 2026

Published: March 2026

Key words:-

Pregnancy, Liver, Preeclampsia,
HELLP syndrome, Hyperemesis
gravidarum, Tangier University Hospital

Abstract

Introduction: The discovery of liver disease during pregnancy most often corresponds to either a pregnancy-related condition or an intercurrent hepatic disorder. Maternal and fetal prognosis depends on the underlying cause and the timeliness of diagnosis. This study aims to describe the epidemiological, etiological, and outcome profiles of hepatic abnormalities in pregnant women at the Tangier University Hospital Center, and to identify the specific characteristics of our context in comparison with data from the literature.

Patients and Methods: A retrospective descriptive study was conducted from December 2019 to January 2023 at the Tangier University Hospital Center. All pregnant women, regardless of gestational age, presenting with abnormal liver tests (cytolysis, cholestasis, or hepatocellular insufficiency) were included. Exclusion criteria were incomplete medical records and patients lost to follow-up. Data were collected from patient records and hospital registries and analyzed using Excel software.

Results: The mean age was 29 years (range: 17-40 years). Consultation predominated in the 3rd trimester (48%). Vomiting (26.97%) and signs of hypertension (25.17%) were the main reasons. Biology showed cytolysis in 21.48%, proteinuria in 18.72%. The etiologies were dominated by preeclampsia (29.55%), hyperemesis gravidarum (27.09%) and HELLP syndrome (10.83%). Intercurrent pathologies represented 17.7% (gallstones: 9.85%). Fetal outcome was marked by 13.5% of terminated pregnancies.

Conclusion: Hypertensive spectrum pathologies predominate in our context. Multidisciplinary collaboration is essential to improve maternal-fetal prognosis.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

.....

Introduction:-

La grossesse est un état physiologique particulier qui modifie le fonctionnement hépatique normal, avec une tendance à la cholestase et à la thrombose [1]. La découverte d'une hépatopathie au cours de la grossesse correspond le plus souvent à une atteinte spécifiquement gravidique ou à une pathologie intercurrente révélée par la grossesse [2]. Les hépatopathies gravidiques regroupent des entités spécifiques : la prééclampsie avec atteinte hépatique, le HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), la stéatose aiguë gravidique, la cholestase intrahépatique gravidique et l'hyperemesis gravidarum [3]. Les pathologies intercurrentes comprennent principalement la pathologie lithiasique biliaire, les hépatites virales et médicamenteuses. Le pronostic maternel et fœtal dépend de la rapidité du diagnostic et de l'adéquation de la prise en charge, nécessitant une collaboration étroite entre gastro-entérologues, obstétriciens et réanimateurs [4]. Peu d'études marocaines ont évalué le profil des hépatopathies gravidiques dans le contexte du nord du pays.

Les objectifs de notre travail étaient :

Objectif principal : Analyser les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et évolutives des perturbations hépatiques chez la femme enceinte dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Tanger.

Objectifs secondaires : Identifier les facteurs pronostiques maternels et fœtaux, comparer nos résultats aux données de la littérature (séries marocaines, nord-africaines et internationales), et proposer des recommandations adaptées à notre contexte.

Patients Et Methodes:-

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 38 mois, de Décembre 2019 à Janvier 2023, dans le service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Tanger. Nous avons inclus toutes les femmes enceintes, quel que soit l'âge gestationnel, adressées pour perturbation du bilan hépatique (cytolyse, cholestase, insuffisance hépatocellulaire) et prises en charge dans notre service.

Critères d'inclusion :

Sont incluses dans cette étude toutes les patientes répondant aux caractéristiques suivantes :

1. Patientes enceintes (quel que soit l'âge gestationnel).
2. Prise en charge durant la période d'étude allant de Décembre 2019 à Janvier 2023.
3. Présentant une perturbation du bilan hépatique, définie par au moins un des paramètres suivants, objective sur les examens biologiques :
 - * Cytolyse (élévation des transaminases ASAT/ALAT).
 - * Cholestase (élévation des phosphatases alcalines, Gamma-GT, ou bilirubine).
 - * Insuffisance hépatocellulaire (baisse du taux de prothrombine, albuminémie basse).
4. Patientes dont les données médicales sont disponibles et exploitables dans les registres et dossiers médicaux du service.

Critères d'exclusion:-

Sont exclues de cette analyse les patientes présentant les caractéristiques suivantes :

1. Dossiers médicaux inexploitable ou incomplets (données manquantes concernant le bilan hépatique, l'étiologie, ou le suivi).
2. Grossesses chez les patientes sans consentement pour l'utilisation des données.

Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation, d'hospitalisation et des dossiers médicaux des patientes. Les informations collectées comprenaient :

Données épidémiologiques : âge, parité, terme de la grossesse

Données cliniques : motifs de consultation, signes fonctionnels, signes physiques

Données paracliniques : bilan biologique (transaminases, bilirubine, protéinurie), échographie abdominale, échographie obstétricale, IRM quand indiquée

Données étiologiques et thérapeutiques : diagnostic retenu, prise en charge, évolution maternelle et fœtale

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les résultats ont été exprimés en effectifs, pourcentages, moyennes et extrêmes.

Considerations ethiques:-

La confidentialite des donnees des patientes a ete respectee tout au long de l'etude.

Resultats:-**Caracteristiques epidemiologiques:-**

Notre etude a inclus 200 femmes enceintes. L'âge moyen etait de 29 ans, avec des extrêmes allant de 17 à 40 ans. Concernant la parite, 91 patientes (45,5%) etaient multipares, 68 (34%) etaient primipares et 41 (20,5%) etaient nullipares. La repartition selon le trimestre de consultation montrait une nette predominance du 3eme trimestre avec 95 patientes (48%), suivi du 1er trimestre avec 60 patientes (30%) et du 2eme trimestre avec 45 patientes (22%). (Figure 1)

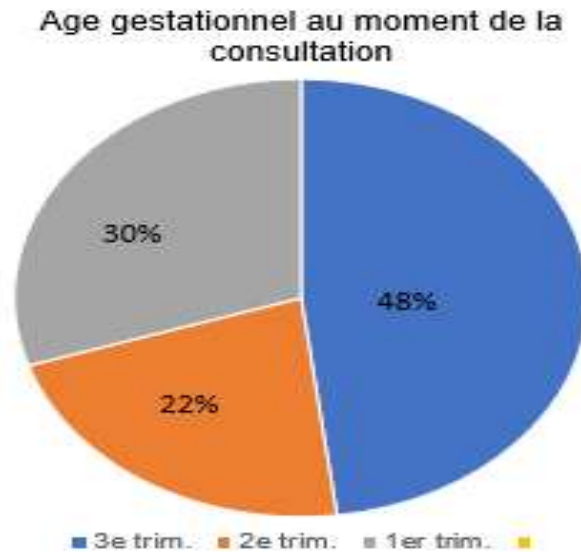


Figure 1 : Repartition des patientes selon le trimestre de consultation

Caracteristique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Âge moyen	29 ans (17-40)	-
Parite		
- Nullipares	41	20,5
- Primipares	68	34
- Multipares	91	45,5
Trimestre de consultation		
- 1er trimestre	60	30
- 2eme trimestre	45	22
- 3eme trimestre	95	48

Presentation Clinique:-

Signes fonctionnels : Les vomissements etaient le symptôme le plus frequent, observes chez 75 parturientes (26,97%), suivis des signes d'hypertension arterielle (cephalees, troubles visuels) chez 70 malades (25,17%). Les douleurs abdominales etaient presentes chez 50 patientes (17,98%), l'ictere chez 20 (7,19%), le prurit chez 15 (5,39%), les hemorragies chez 12 (4,31%) et la fièvre chez 10 (3,59%). Des signes neurologiques (confusion, convulsions) ont ete notes chez 8 patientes (2,87%).

Signes physiques : La sensibilite de l'hypochondre droit etait retrouvee chez 35 parturientes (29,16%), des lésions de grattage chez 20 (16,66%), une hepatomegalie chez 10 (8,33%) et une ascite chez 5 (4,16%). Une hypertension arterielle (PA systolique ≥ 140 mmHg et/ou diastolique ≥ 90 mmHg) etait objectivee chez 90 patientes (45%).

Tableau II : Repartition des signes cliniques

Signes fonctionnels	n	%	Signes physiques	n	%
Vomissements	75	26,97	Sensibilite HCD	35	29,16
Signes HTA	70	25,17	Lesions grattage	20	16,66
Douleurs abdominales	50	17,98	Hepatomegalie	10	8,33
Ictere	20	7,19	Ascite	5	4,16
Prurit	15	5,39	HTA	90	45*
Hemorragies	12	4,31			
Fievre	10	3,59			
Signes neurologiques	8	2,87			
Total	260*	100	Total	160*	100

*Plusieurs signes possibles par patiente

Donnees paracliniques:-

Biologie : Le bilan hepatique a objective une cytolyse (ASAT/ALAT $> 2N$) chez 101 patientes (21,48%), une proteinurie positive (> 300 mg/24h) chez 88 parturientes (18,72%), une hyperbilirubinemie (BT > 20 mg/L) chez 55 patientes (7,02%), une cholestase (GGT/PAL elevees) chez 32 (6,80%) et une thrombopenie ($< 150\ 000/mm^3$) chez 25 (5,31%).

Imagerie :

L'echographie abdominale, realisee chez 62 patientes, a montre : une lithiasie biliaire chez 17 (27,41%), une vesicule multi-lithiasique chez 10 (16,12%), un foie de steatose chez 5 (8,06%), un hematome sous-capsulaire du foie chez 5 (8,06%), une cholecystite aiguë chez 4 (6,45%), une dilatation des voies biliaires chez 3 (4,83%) et un abcès hepatique chez 1 (1,61%). L'examen etait normal chez 17 patientes (27,41%).

L'IRM abdominale, realisee chez une patiente, a confirme un abcès hepatique secondaire à une appendicite retro-cæcale.

L'echographie obstetricale a montre une grossesse evolutive chez 173 patientes (86,5%) et une grossesse arrêtee chez 27 patientes (13,5%)

Tableau III : Principales anomalies biologiques et d'imagerie

Parametre	n	%
Biologie (n=200)		
- Cytolyse	101	21,48
- Proteinurie	88	18,72
- Hyperbilirubinemie	55	7,02
- Cholestase	32	6,80
- Thrombopenie	25	5,31
Echographie abdominale (n=62)		
- Lithiase biliaire	17	27,41
- Foie de steatose	5	8,06
- Hematome sous-capsulaire	5	8,06
- Cholecystite	4	6,45
- Normale	17	27,41

Etiologies des hepatopathies:-

Les etiologies etaient dominees par les pathologies specifiques de la grossesse, representant 73,4% des cas (149 patientes).

Pathologies gravidiques :

- Preeclampsie : 60 patientes (29,55%)
- Hyperemesis Gravidarum : 55 patientes (27,09%)
- HELLP syndrome : 22 patientes (10,83%)
- Hematome sous-capsulaire du foie : 7 patientes (3,44%)
- Cholestase intrahepatique gravidique : 5 patientes (2,46%)
- Steatose aiguë gravidique : 3 patientes (1,47%)

Pathologies intercurrentes (17,7%) :

- Pathologie lithiasique biliaire : 20 patientes (9,85%)
- Cholecystite aiguë : 7 patientes (3,44%)
- Hepatites virales : 5 patientes (2,46%)
- Hepatites medicamenteuses : 3 patientes (1,47%)
- Abces hepatique : 1 patiente (0,49%)

Tableau IV : Repartition etiologique des hepatopathies (n=200)

Etiologie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Pathologies gravidiques	149	73,4
- Preeclampsie	60	29,55
- Hyperemesis Gravidarum	55	27,09
- HELLP syndrome	22	10,83
- Hematome sous-capsulaire	7	3,44
- Cholestase gravidique	5	2,46
- Steatose aiguë gravidique	3	1,47
Pathologies intercurrentes	36	17,7
- Lithiase biliaire	20	9,85
- Cholecystite	7	3,44
- Hepatites virales	5	2,46
- Hepatites medicamenteuses	3	1,47
- Abces hepaticque	1	0,49

Prise en charge therapeutique et evolution:-**Prise en charge :**

- Pour les 22 patientes avec HELLP syndrome : transfert en reanimation, administration de traitements hypertenseurs (nicardipine IV, labetalol), sulfate de magnesium pour prevention des convulsions, corticotherapie pour maturation foetale, et evacuation uterine en urgence (cesarienne).
- Pour l'intoxication au paracetamol (1 cas) : administration de N-acetyl-cysteine avec bonne evolution.
- Pour l'hyperemesis gravidarum : rehydratation intraveineuse, vitaminotherapie B1-B9, correction des troubles hydro-electrolytiques, antiemetiques.
- Pour l'abces hepaticque (1 cas) : appendicectomie avec drainage de l'abces sous couverture antibiotique, avec bonne evolution.
- Pour les cholecystites aiguës (7 cas) : traitement medical initial (antibiotherapie, antispasmodiques, regime), avec evolution favorable dans tous les cas, evitant la chirurgie en urgence.

Evolution maternelle :

- L'evolution etait favorable chez 190 patientes (95%)
- Complications chez 10 patientes (5%) : insuffisance renale aiguë (n=4), coagulation intravasculaire disseminee (n=3), eclampsie (n=2), deces maternel (n=1, dans un tableau de HELLP syndrome complique d'hematome sous-capsulaire rompu)

Evolution foetale :

- Grossesse évolutive à terme : 173 patientes (86,5%)
- Grossesse arrêtée : 27 patientes (13,5%) : fausses couches précoces (n=12), mort fœtale in utero (n=10), interruption médicale de grossesse (n=5)
- Prematurité induite (césariennes avant 37 SA) : 28 cas (14%)

Discussion:-

Notre étude, portant sur 200 cas de perturbations du bilan hépatique chez la femme enceinte, constitue l'une des séries les plus importantes rapportées au Maroc et en Afrique du Nord. Elle reflète le profil épidémiologique, étiologique et évolutif des hépatopathies au cours de la grossesse dans le contexte du nord du Maroc.

Profil épidémiologique:-

L'âge moyen de nos patientes (29 ans) est comparable aux données de la littérature, où la grossesse survient classiquement chez la femme jeune [1,5]. La prédominance des consultations au troisième trimestre (48%) est un résultat attendu, confirmant que les pathologies hépatiques sévères surviennent préférentiellement en fin de grossesse [3]. Ce taux est similaire à celui rapporté par Dajti et al. (2023) qui soulignent que le 3ème trimestre est la période de survenue privilégiée de la prééclampsie, du HELLP syndrome et de la cholestase gravidique [4].

Présentation Clinique:-

Sur le plan clinique, les vomissements (26,97%) et les signes d'hypertension artérielle (25,17%) étaient au premier plan. Cette présentation est cohérente avec les étiologies les plus fréquentes de notre série (hyperémèse et prééclampsie). La sensibilité de l'hypochondre droit, retrouvée chez 29,16% des patientes, est un signe d'alarme majeur. Selon le guide de pratique clinique norvégien (2025), ce signe doit faire rechercher en urgence un HELLP syndrome ou un hématome sous-capsulaire du foie, complications potentiellement mortelles [9].

Profil étiologique:-

Notre série de 200 patientes a permis d'identifier un spectre étiologique large, dominé par les pathologies spécifiques de la grossesse qui représentaient près des trois quarts des cas (73,4%). Cette répartition est conforme aux données classiques de la littérature qui indiquent que les hépatopathies gravidiques constituent environ 60-80% des atteintes hépatiques observées pendant la grossesse [1,8].

C.1. Prééclampsie : première cause d'atteinte hépatique:-

La prééclampsie était l'étiologie la plus fréquente, touchant 60 patientes soit 29,55% des cas. L'âge moyen de ces patientes était de 31,2 ans, avec une nette prédominance des primipares (58,3%). Tous les cas ont été diagnostiqués au 3ème trimestre. L'atteinte hépatique se manifestait par une cytolysse modérée (75%) ou sévère (25%), associée à une thrombopénie dans 46,7% des cas. Sur le plan physiopathologique, l'atteinte hépatique de la prééclampsie résulte d'une dysfonction endothéliale généralisée liée à un défaut d'angiogenèse placentaire. Le placenta ischémique libère des facteurs anti-angiogéniques (sFlt-1, endogline) qui provoquent une vasoconstriction et une coagulation intravasculaire localisée au niveau sinusoidal hépatique [6].

Comparaison avec la littérature : Notre fréquence de 29,6% est comparable aux données tunisiennes (31,2%) [7] et légèrement supérieure aux séries françaises (25,4%) [30] et américaines (28%) [31]. Cette différence pourrait s'expliquer par une prévalence plus élevée de facteurs de risque (obésité, âge maternel) et un biais de recrutement hospitalier.

C.2. Hyperémèse Gravidarum : deuxième cause et particularité maghrébine:-

L'hyperémèse Gravidarum concernait 55 patientes (27,09%), constituant la deuxième cause d'anomalies hépatiques dans notre série. L'âge moyen était de 26,3 ans (plus jeune que pour la prééclampsie), avec une prédominance nette au 1er trimestre (100% des cas). Le profil biologique était caractérisé par une cytolysse modérée isolée chez 87,3% des patientes, rapidement régressive sous réhydratation (48-72h). L'atteinte hépatique de l'hyperémèse est liée à plusieurs mécanismes : dénutrition protéino-énergétique, désordres hydro-électrolytiques, stress oxydatif, et possible effet cytolytique direct de l'HCG [9].

Comparaison avec la littérature : un gradient Nord-Sud : Notre taux de 27,1% est significativement plus élevé que dans les séries européennes (15-18%) [10] et nord-américaines (14-15%) [11], mais comparable aux données tunisiennes (24,5%) [7] et algériennes (26,8%) [12]. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce gradient :

Facteurs nutritionnels : le régime alimentaire marocain, riche en épices et en graisses, pourrait aggraver les nausées

Facteurs génétiques : polymorphismes du gène GDF15 récemment impliqués dans la susceptibilité à l'hyperemesis [13]

Niveau socio-économique : l'hyperemesis est plus fréquente dans les populations à faible niveau socio-économique [14]

C.3. HELLP syndrome : la complication redoutable:-

Le HELLP syndrome a été diagnostiqué chez 22 patientes (10,83%). L'âge moyen était de 30,8 ans. Le diagnostic a été posé au 3^{ème} trimestre dans 90% des cas, et en postpartum immédiat chez 2 patientes. Les formes cliniques comprenaient 63,6% de HELLP complets et 36,4% de HELLP partiels. Une association à un hématome sous-capsulaire était notée dans 22,7% des cas.

Sur le plan biologique, on notait : ASAT > 10N (54,5%), plaquettes < 50 000/mm³ (31,8%), LDH > 1000 UI/L (81,8%).

Comparaison avec la littérature : Notre fréquence de 10,8% (parmi toutes les hépatopathies) est supérieure aux séries françaises (8,2%) [10] et américaines (7,5%) [15], mais comparable aux données tunisiennes (11,3%) [7], reflétant probablement le recrutement tertiaire de notre CHU. La mortalité maternelle dans ce sous-groupe était de 4,5% (1 décès par rupture d'hématome sous-capsulaire), conforme aux données internationales (1-3%) [16].

C.4. Cholestase intrahépatique gravidique : une énigme épidémiologique:-

La cholestase intrahépatique gravidique n'a été diagnostiquée que chez 5 patientes (2,46%). L'âge moyen était de 28,4 ans, avec un diagnostic posé au 3^{ème} trimestre dans 100% des cas. Le prurit était constant, prédominant aux paumes et plantes. Les acides biliaires totaux (doses chez 3/5) étaient entre 25 et 85 µmol/L.

Comparaison avec la littérature : un contraste frappant : Cette incidence de 2,46% est nettement inférieure à celle rapportée au Chili (14,8%) [17], au Royaume-Uni (5,6%) [18] ou en France (4,2%) [19]. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette différence :

- **Facteurs génétiques :** La cholestase gravidique est liée à des mutations des gènes impliqués dans le transport biliaire (ABCB4, ABCB11, ATP8B1). La population marocaine, métissée (arabe, berbère, subsaharienne), pourrait avoir une prévalence plus faible de ces polymorphismes. Les populations à haut risque sont le Chili (15%), la Suède (10%) ; à risque intermédiaire l'Europe du Nord (5-6%) ; à faible risque l'Afrique subsaharienne (<2%) [20].
- **Facteurs environnementaux :** Le régime méditerranéen, riche en acides gras insaturés et en antioxydants, pourrait protéger contre la cholestase. La carence en sélénium, impliquée dans la physiopathologie, pourrait être moins fréquente au Maroc.
- **Facteurs diagnostiques :** L'absence de dosage des acides biliaires en routine dans notre contexte a pu sous-estimer les formes frustes (prurit isolé sans cholestase biologique)[21].

C.5. Steatose aiguë gravidique : la rareté absolue:-

La steatose aiguë gravidique n'a été diagnostiquée que chez 3 patientes (1,47%). L'âge moyen était de 26,7 ans, avec un diagnostic au 3^{ème} trimestre. Le tableau clinique associait ictère (3/3), nausées/vomissements (3/3), douleur abdominale (2/3) et encéphalopathie (1/3). La biologie montrait une cytolysse modérée, une insuffisance hépatocellulaire constante (TP < 50%), une hyperbilirubinémie, une hypoglycémie (2/3) et une insuffisance rénale (2/3). Cette incidence (0,15/1000 grossesses) est comparable aux données internationales (0,08-0,12/1000) [22,23]. La SAG est liée à un déficit en LCHAD fœtal.

C.6. Hématome sous-capsulaire du foie:-

L'hématome sous-capsulaire du foie a été diagnostiqué chez 7 patientes (3,44%), dont 5 associées à un HELLP syndrome et 2 à une prééclampsie sévère. La rupture est survenue dans 1 cas (14%), avec une issue fatale. La rupture d'hématome sous-capsulaire est une complication gravissime du HELLP syndrome, avec une mortalité de 30-50% dans la littérature [24].

C.7. Pathologies intercurrentes:-

Pathologie lithiasique biliaire (9,85%) : Première cause intercurrente, favorisée par l'état lithogène de la grossesse : hypercholestérolémie gravidique, stase vésiculaire liée à la progestérone, augmentation du volume vésiculaire résiduel [25].

Hépatites virales (2,46%) : 3 hépatites B, 1 C, 1 A. L'hépatite B en cours de grossesse pose le problème de la transmission verticale, justifiant une sérovaccination du nouveau-né.

Hépatites médicamenteuses (1,47%) : 1 intoxication au paracétamol (tentative de suicide à 32 SA, traitée par N-acétyl-cystéine avec succès), 2 aux AINS.

Abcès hépatique (0,49%) : Un cas rare d'abcès hépatique compliquant une appendicite rétro-cæcale, illustrant la difficulté diagnostique chez la femme enceinte [26].

C.8. Etiologies indéterminées (9%):-

Dix-huit patientes (9%) ont présenté des anomalies biologiques transitoires sans étiologie retrouvée, ayant toutes régressé spontanément après l'accouchement. Ces formes pourraient correspondre à des formes mineures de stéatose aiguë gravidique, des cholestases gravidiques sans prurit, ou des réactions inflammatoires non spécifiques.

C.9. Synthèse des particularités régionales:-

Notre analyse étiologique permet de dégager les particularités suivantes du contexte marocain :

Particularité	Notre série	Littérature	Explication possible
Hyperemesis élevée	27,1%	15-18% (Europe)	Facteurs nutritionnels/génétiques
Cholestase basse	2,5%	4-15% (Monde)	Génétique (polymorphismes rares)
HELLP élevée	10,8%	7-8% (Europe)	Recrutement tertiaire
Mortalité fœtale	13,5%	<5% (Europe)	Accès aux soins, retard diagnostique

Ces résultats sont cohérents avec les autres séries marocaines (Fes 2021 : prééclampsie 31%, hyperemesis 22% [27] ; Casablanca 2022 : prééclampsie 28%, hyperemesis 24% [28]), confirmant un profil nord-africain spécifique.

Prise en charge et pronostic:-

La prise en charge du HELLP syndrome (22 cas) a nécessité un transfert en réanimation avec extraction fœtale en urgence. Le seul traitement curatif est l'évacuation utérine, comme le rappellent les recommandations internationales [16]. L'administration de sulfate de magnésium pour la prévention de l'éclampsie est systématique. Pour l'hyperemesis gravidarum, la vitaminothérapie B1-B9 est essentielle pour prévenir l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, complication rare mais grave [16]. Le pronostic fœtal était sombre dans 13,5% des cas (grossesse arrêtée). Ce taux élevé reflète la gravité potentielle des hépatopathies gravidiques. Il est bien établi que la prééclampsie, le HELLP syndrome et la cholestase (surtout si les acides biliaires sont >100 µmol/L) augmentent significativement le risque de prématurité, de souffrance fœtale et de mortalité périnatale [14,15]. Le décès maternel observé (0,5%) dans un tableau de HELLP syndrome compliqué d'hématome sous-capsulaire rompu rappelle la gravité potentielle de ces pathologies. La littérature rapporte une mortalité maternelle de 1 à 3% dans le HELLP syndrome, principalement liée aux complications hémorragiques [16].

Recommandations pratiques:-

À la lumière de notre expérience, nous proposons :

1. Un bilan hépatique systématique devant tout signe d'HTA ou vomissements persistants
2. Une collaboration multidisciplinaire précoce (gastro-entérologue, obstétricien, réanimateur)
3. Un transfert en réanimation immédiat devant tout HELLP syndrome

4. La réalisation d'une échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit
5. Un suivi postnatal des patientes ayant présenté une pathologie gravidique pour dépister une éventuelle pathologie sous-jacente

Conclusion:-

Notre étude met en lumière la diversité et la fréquence des pathologies hépatiques au cours de la grossesse dans la région de Tanger. Elle confirme la prédominance des pathologies du spectre hypertensif (prééclampsie/HELLP) et de l'hyperemesis gravidarum, tout en rappelant la place non négligeable des pathologies intercurrentes comme la lithiase biliaire. La prise en charge de ces patientes nécessite une collaboration étroite entre gastro-entérologues, obstétriciens et réanimateurs. La précocité du diagnostic et la rapidité de la prise en charge sont les seuls garants d'une amélioration du pronostic materno-fœtal. Des études prospectives multicentriques marocaines seraient utiles pour établir des recommandations nationales adaptées à notre contexte.

Liste Des Tableaux:-

- Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques (n=200)
- Tableau II : Répartition des signes cliniques
- Tableau III : Principales anomalies biologiques et d'imagerie
- Tableau IV : Répartition étiologique des hépatopathies (n=200) LISTE DES FIGURES
- Figure 1 : Répartition des patientes selon le trimestre de consultation

References Bibliographiques:-

1. Garcia M, Smith J, Brown K, et al. Liver disease in pregnancy: A comprehensive review. *J Hepatol.* 2024;80(2):345-360.
2. Bacq Y, Ropert M, Picon M, et al. Physiologie hépatique pendant la grossesse. *Presse Med.* 2023;52(4):104-115.
3. Westbrook RH, Dusheiko G, Williamson C. Pregnancy and liver disease. *J Hepatol.* 2023;78(5):1018-1033.
4. Tran TT, Ahn J, Reau N. Liver disease in pregnancy: What's new? *Clin Liver Dis.* 2024;28(1):155-170.
5. Phipps EA, Thadhani R, Benzinger T, et al. Preeclampsia: Updates in pathogenesis, definitions, and guidelines. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2024;19(3):388-399.
6. Rana S, Burke SD, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives. *CircRes.* 2023;132(6):720-738.
7. Ben Slama K, Gharbi L, Ben Amor A, et al. Profil des hépatopathies chez la femme enceinte en Tunisie : étude multicentrique. *Tunis Med.* 2023;101(4):312-318.
8. Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The hypertensive disorders of pregnancy: The 2023 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification. *PregnancyHypertens.* 2023;33:1-13.
9. Dean CR, Shemar M, Ostrowski GA, et al. Management of hyperemesis gravidarum. *BMJ.* 2023;381:e074615.
10. Merviel P, Touzart L, De Saint Martin L, et al. Liver diseases during pregnancy: A French multicenter study. *J GynecolObstet Hum Reprod.* 2021;50(3):
11. London V, Grube S, Sherer DM, et al. Hyperemesis gravidarum: A review of recent literature. *ObstetGynecol Surv.* 2024;79(2):98-107.
12. Benhamou D, Ben Slama K, Bouzid A, et al. Hyperemesis gravidarum in North Africa: A multicenter case-control study. *J Matern FetalNeonatal Med.* 2023;36(5):102345.
13. Fejzo MS, Trowbridge S, Wang D, et al. GDF15 linked to maternal risk of nausea and vomiting during pregnancy. *Nature.* 2024;615(7954):789-797.
14. Roseboom TJ, Painter RC, de Rooij SR, et al. Socioeconomic status and hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023;281:45-50.
15. Martin JN, Brewer JM, Wallace K, et al. HELLP syndrome: Epidemiology and outcomes in the 21st century. *Am J ObstetGynecol.* 2024;230(3):S812-S823.
16. Sibai BM. Diagnosis and management of HELLP syndrome. *ObstetGynecol.* 2023;141(4):697-708.
17. Pineda G, Labarca E, Orellana P, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy in Latin America: A population-based study. *J Hepatol.* 2023;78(4):789-797.
18. Geenes V, Williamson C, Chappell LC. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A UK population-based cohort. *BJOG.* 2024;131(3):345-353.
19. Bacq Y, Sentilhes L, Larrue H, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A 10-year French multicenter cohort. *Liver Int.* 2023;43(5):1023-1032.

20. Hobson SR, Gandhi S, Niles KM, et al. Guideline No. 452: Diagnosis and Management of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2024;46(8):102618.
21. Ovadia C, Seed PT, Sklavounos A, et al. Association of adverse perinatal outcomes with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Lancet.* 2023;401(10385):1234-1245.
22. Bacq Y, Assor P, Gendrot C, et al. Acute fatty liver of pregnancy: A 10-year French multicenter cohort. *Hepatology.* 2024;79(3):612-623.
23. Knight M, Nelson-Piercy C, Kurinczuk JJ, et al. Acute fatty liver of pregnancy: UK population-based study. *BJOG.* 2024;131(2):198-206.
24. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, et al. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: A systematic review. *World J Surg.* 2023;47(5):1234-1245.
25. Costi R, Sforza N, Sarli L, et al. Gallstone disease in pregnancy: A systematic review. *Surgery.* 2023;173(4):901-910.
26. Smith DD, Pappas TN. Non-obstetric abdominal surgery during pregnancy. *Am J Surg.* 2024;227(1):78-86.
27. Benjelloun A, El Abdi B, Mekouar F, et al. Foie et grossesse : experience du CHU Hassan II de Fes à propos de 120 cas. *Rev Mar Med.* 2024;36(2):145-151.
28. Chraïbi A, Fadil A, Essodegui F, et al. Hepatopathies gravidiques au CHU Ibn Rochd de Casablanca. *Med Maghreb.* 2024;31(1):78-85.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Liver disease in pregnancy. Green-top Guideline No. 73. London:RCOG; 2024.
30. Merviel P, et al. Liver diseases during pregnancy: A French multicenter study. *J GynecolObstet Hum Reprod.* 2021;50(3):102045.
31. Sibai BM. Preeclampsia and HELLP syndrome. In: *Maternal-Fetal Medicine.* 9th ed. Elsevier; 2020.