

 ISSN NO. 2320-5407	Journal Homepage: www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI: 10.21474/IJAR01/11895 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11895	 INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI: 10.21474/IJAR01
---	---	--

RESEARCH ARTICLE

HEMATOME SOUS CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE PREECLAMPSIE : A PROPOS D'UN CAS

**Lahyani Hind, Bougataya Latifa, Larbi Eddafali, Safae Mouldouira, Laarbi Abberouch, Nezha El Ouadghiri
and Anas Tazi**

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de Maternité Souissi -Rabat

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 August 2020

Final Accepted: 24 September 2020

Published: October 2020

Key words:-

HSCF, Prééclampsie sévère, HELLP
Syndrome

Abstract

Introduction : L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) reste une complication rare et gravissime de la grossesse survenant au cours d'une pré-éclampsie et qui présente une mortalité maternelle estimée à 50 à 75 % et une mortalité fœtale à 60% à 80%, imposant un diagnostic rapide et une prise en charge multidisciplinaire. Nous rapportons le cas d'un HSCF fissuré rencontré au service des urgences à la maternité Soussi.

Observation : Nous rapportons l'observation d'une patiente de 31 ans, sans antécédent, multipare avec notion de trois MFIU et un avortement précoce suivie pour HTA gravidique sous traitement. A 27 semaines d'aménorrhée, elle a été admise au Service des Urgences avec une pression artérielle élevée (160/100 mmHg) et une protéinurie significative à la bandelette urinaire. L'examen physique révélait une défense abdominale généralisée. Les mouvements actifs fœtaux étaient absents. Il n'y avait ni métrorragie, ni perte de liquide. Au bilan biologique : une cytolysé hépatique importante, une insuffisance rénale aigüe et une thrombopénie à 85000 p/mm³, le reste du bilan est sans anomalie. L'échographie abdominale a mis en évidence un HSCF associé à un épanchement liquidien pur de moyenne abondance. Devant ce tableau, l'indication de césarienne sous anesthésie générale a été posée, celle-ci a permis l'extraction d'un mort-né de sexe masculin. En peropératoire, aspiration de liquide hématique d'origine hépatique par fissuration de HSCF avec réalisation d'un « packing ». La patiente a été transférée en réanimation. Une surveillance rapprochée, échographique, a confirmé l'absence d'augmentation de la taille de l'hématome. L'évolution clinique, biologique et radiologique a été favorable, autorisant la sortie de la patiente au 15^{ème} jour.

Conclusion : L'HSCF est une complication grave dont la prise en charge n'est pas clairement codifiée, et doit être multidisciplinaire et la plus conservatrice possible.

Copy Right, IJAR, 2020, All rights reserved.

Corresponding Author:- Lahyani Hind

Adress:- Pôle d'Anesthésie Réanimation de Maternité Souissi de Rabat .

Introduction:-

L'hématome sous capsulaire du foie est une complication rare et gravissime de la grossesse compliquant la prééclampsie avec une mortalité maternelle estimée de 50 à 75ans et une mortalité fœtale de 60% à 80% imposant prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce et multidisciplinaire. Nous rapportons le cas d'un hscf fissuré rencontré au Service des Urgences de Maternités Souissi de Rabat.

Observation:-

Nous rapportons le cas d'une patiente de 31ans, sans antécédent, multipare avec notion de trois mort fœtales et un avortement précoce suivie pour HTA gravidique depuis une semaine sous alpha méthyl dopa 1500mg par jour, a été admise aux urgences à 27 semaines d'aménorrhée, pour prééclampsie sévère avec des signes neurosensoriels (Détails) et des épigastalgies depuis 6 jours. Sans trouble du transit intestinal associé, ni ictère. À l'arrivée, la patiente était apyrétique, la pression artérielle élevée (160/100 mmHg) avec une protéinurie significative à la bandelette urinaire. L'examen physique révélait une défense abdominale généralisée. Les mouvements actifs fœtaux étaient absents. Il n'y avait ni métrorragie, ni perte de liquide. La biologie retrouvait une cytolysé hépatique (ASAT : 1031 UI/L, ALAT : 614 UI/L), bilirubine à 4mg/l, une insuffisance rénale à 17mg/l de créatinine avec une diurèse conservée. L'hémogramme objectivait une thrombopénie à 85000 p/mm³, un hémocrite à 22,3 %, sans anomalie de l'hémostase (TP : 100%, TCA : 1,22 fois témoin, Fibrinogène : 5g/L). L'échographie abdominale a mis en évidence un hscf de 28mm d'épaisseur, étendue sur une longueur d'environ 16cm au niveau du lobe droit, associé à un épanchement liquidien pur de moyenne abondance.

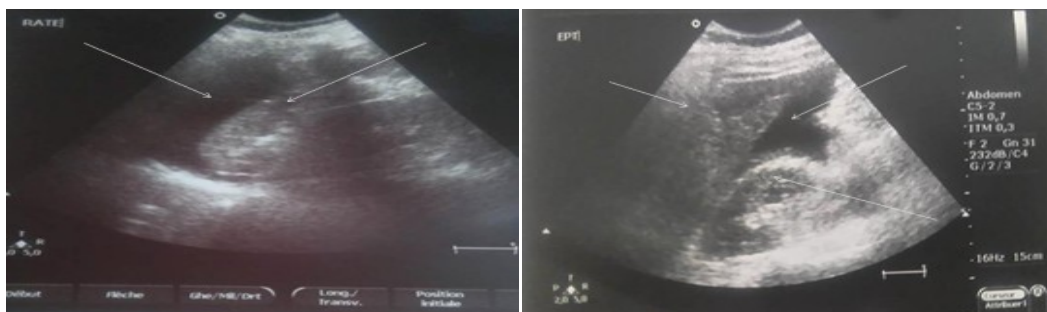
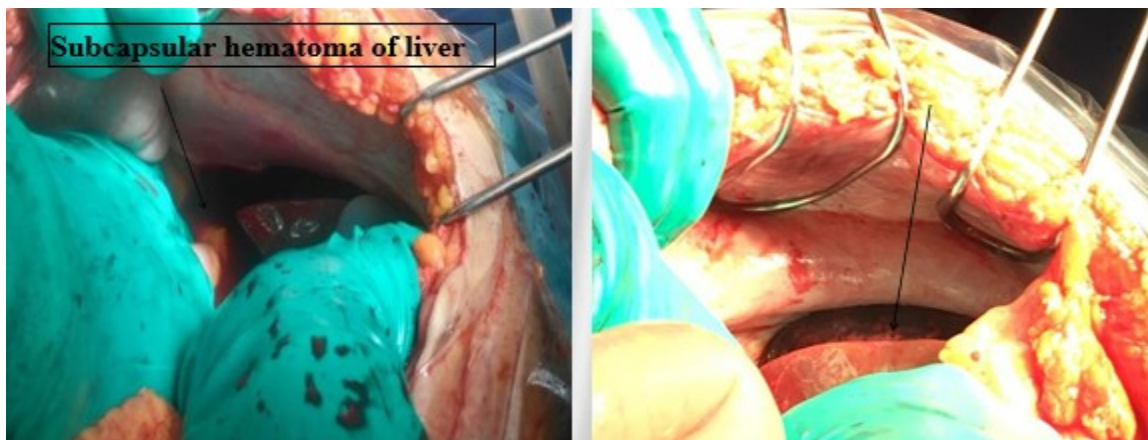


Image échographique montrant l'hématome sous capsulaire du foie

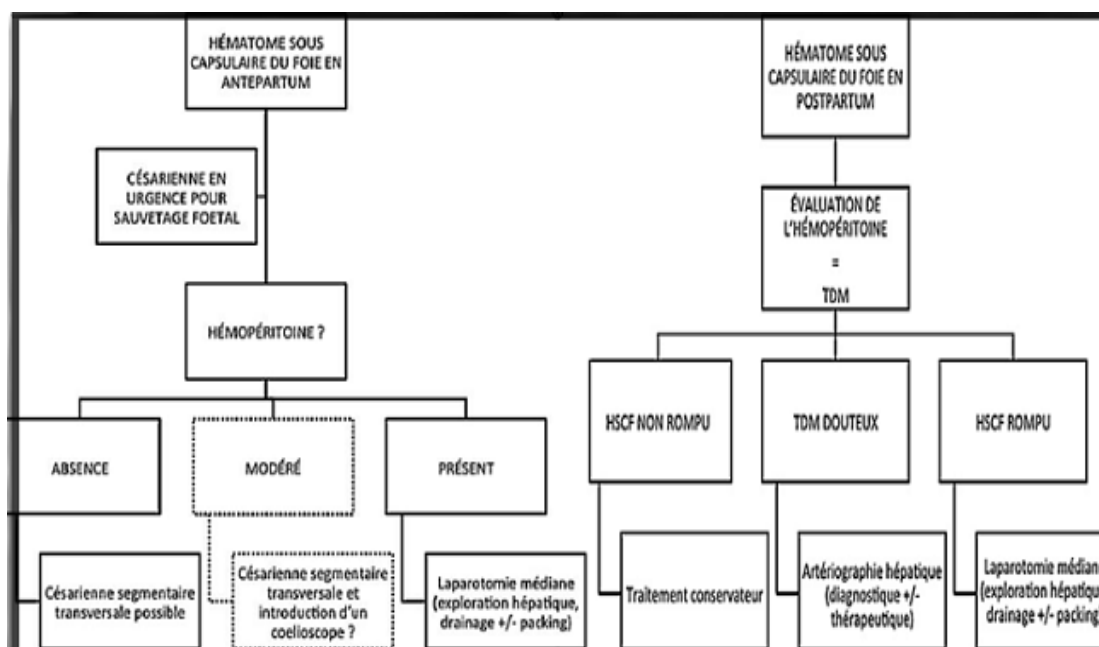
Devant ce tableau de prééclampsie sévère compliquée d'un hématome sous capsulaire du foie rompu, l'indication de césarienne sous anesthésie générale a été posée, celle-ci a permis l'extraction d'un mort-né de sexe masculin. En peropératoire, aspiration de 1 L de liquide hématique d'origine hépatique par fissuration de l'hématome sous capsulaire qui prend la quasi-totalité du foie droit, d'où la réalisation d'un « packing » par 03 petits champs qui a été enlevé 4 jours. Au cours du geste la patiente est restée stable hémodynamiquement avec des lactates < à 2mmol/L sous monitoring invasif grâce à un remplissage vasculaire de 1L de SS0,9%, une transfusion de 4 culots globulaires et 1g d'acide tranexamique.



La patiente a ensuite été transférée en réanimation intubée, ventilée et sédaturée pour complément de prise en charge. Une surveillance rapprochée, clinique et échographique n'a pas montré une augmentation de la taille de l'hématome. L'évolution clinique, biologique et radiologique était favorable au 15^{ème} jour de son hospitalisation, puis réexaminée un mois après sa sortie sans survenue de complication notable.

Discussion:-

L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) a une incidence évaluée entre 1/45 000 et 1/225 000 naissances (1/20000 à 1/40000 à la maternité Souissi). Le plus souvent il s'agit d'une complication de la prééclampsie, compliquée ou non d'éclampsie ou d'un HELLP syndrome. Elle survient préférentiellement au troisième trimestre de la grossesse et en post-partum (15 à 30 % des cas), chez des femmes multipares, entre 30 et 40 ans en moyenne. L'HSC du foie peut se présenter sous une symptomatologie variable, et doit être évoqué et recherché devant des douleurs épigastriques et/ou de l'hypocondre droit, typiquement «en barre», plus ou moins associée à une irradiation scapulaire. À l'absence de la rupture de la capsule de Glisson, des signes de choc hémorragique sont associés à l'épanchement abdominal. La biologie n'est pas spécifique de l'HSCF, mais elle peut mettre en évidence un HELLP syndrome, des anomalies de la coagulation. Le diagnostic formel repose sur l'imagerie, notamment l'échographie et la tomodensitométrie (TDM) abdominales. L'échographie abdominale repère l'hématome qui débute le plus souvent au niveau du foie droit sous la forme d'une lentille biconvexe sous-capsulaire comme c'est le cas de notre patiente. La TDM est plus performante pour confirmer l'origine hépatique de l'épanchement. La prise en charge de l'HSCF doit être rapide et nécessite une collaboration multidisciplinaire. Elle comprend trois volets : la réanimation associée au traitement de l'hypertension, l'extraction fœtale et le traitement de l'HSCF. Elle varie en fonction de l'état hémodynamique de la patiente et de l'intégrité de la capsule de Glisson. L'arbre décisionnel ci-dessous résume les différentes modalités thérapeutiques devant un HSCF selon le terme :



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 %. L'analyse en fonction de l'attitude thérapeutique montre que c'est avec le packing ou l'embolisation hépatique sélective que l'on obtient la meilleure survie maternelle, respectivement 80 et 90 % associée aux moyens de réanimation et une surveillance armée.

Conclusion:-

L'HSCF est une complication grave dont la prise en charge n'est pas clairement codifiée, et doit être multidisciplinaire et la plus conservatrice possible.

References:-

1. G. Seren, et al : HELLP syndrome and ruptured subcapsular hepatic haematoma. Case report and therapeutic options, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 25 (2006) 1067–1069
2. G. Ducarme, J. Bernuau, D. Luton : Liver and preeclampsia ;*Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* - Vol. 29 - N° 4 - p. e97-e10
3. Niang M et al. / *Journal Africain de Chirurgie* 38 2012;2(1):38-43 Subcapsularhematomalivercomplicating a toxemia. About an observation
4. P. Berveiller a, L. Vandenbroucke, T. Popowski, R. Afriat , E. Sauvanet, Y. Giovannardi *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2012) 41, 378—382: Hepaticsubcapsularhematoma: A case report and management update.
5. Taheri H, et al. L'hématome sous-capsulaire du foie rompu. À propos de 3 cas. *Anesth Reanim.* (2015),
6. P.-N. Descheemaeker&al:Liver transplantation for subcapsularhaematomaduring HELLP Syndrome, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 28 (2009) 1020–1022.
7. Nisrine Mamouni et al. Hématome sous capsulaire de foie compliquant une Pré-éclampsie: à propos de 6 cas *The Pan AfricanMedical Journal* - ISSN 1937-8688.