

Prise en charge des hépatopathies chez les femmes enceintes

Dorra Zeghal, Anis Louati, Sami Mahjoub, Imen Mediouni, Rim Ben Hmid, Faouzia Zouari

Service « c » - Centre de maternité et de néonatalogie. Tunis.
Université de Tunis El manar

D. Zeghal, A. Louati, S. Mahjoub, I. Mediouni, R. Ben Hmid, F. Zouari

D. Zeghal, A. Louati, S. Mahjoub, I. Mediouni, R. Ben Hmid, F. Zouari

Prise en charge des hépatopathies et chez les femmes enceintes

Management of liver disease during pregnancy

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°03) : 278 - 281

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°03) : 278 - 281

R É S U M É

Prérequis : Plusieurs atteintes hépatiques peuvent être observées au cours de la grossesse. Certaines sont spécifiques à la grossesse, d'autres peuvent être rencontrés en dehors de cette dernière.

But : Etudier les principales hépatopathies rencontrées au cours de la grossesse et de décrire les grandes lignes de leur prise en charge.

Méthodes : Etude rétrospective de 97 cas colligés au service « C » du centre de maternité et de néonatalogie de la Rabta de Tunis.

Résultats : La prévalence des hépatopathies découverte au cours de la grossesse est de 1,61. Le terme moyen était de 35 semaines d'aménorrhée. 45% des parturientes ont eu un accouchement prématuré. Vingt et une parturientes ont été transférées en milieu de réanimation en post partum à cause de la sévérité de leurs pathologies. Aucun décès maternel n'a été noté dans notre série.

Conclusion : La connaissance des hépatopathies associées à la grossesse et la compréhension de leurs physiopathologies permet de mieux assurer leur prise en charge.

S U M M A R Y

Background: Several liver diseases can be observed during pregnancy. Some are proper to pregnancy and others are not.

Aim: To study and to analyze the different liver diseases encountered during pregnancy and describe their management.

Methods: Retrospective study of 97 patients having a liver disease during their pregnancy, the cases were managed in the department "C" of obstetrics and newborn of Tunis.

Results: The prevalence of hepatopathy associated to pregnancy was 1.61 in our study. The mean term was 35 weeks of amenorrhea. 45% of labors were induced prematurely. 21 patients were transferred to intensive care unit after delivery due to the severity of their pathology. No maternal death was noted.

Conclusion: The better comprehension of physiopathology of this association can help to improve the patients care.

M o t s - c l é s

Foie ; grossesse ; mortalité ; morbidité ; complications.

Key - w o r d s

Liver; pregnancy; mortality; morbidity; complications.

La surveillance biologique de la grossesse s'inscrit dans une démarche de dépistage et de prévention des complications maternelles ou fœtales au même titre que l'examen clinique ou l'échographie dont elle est indissociable. En France, les modalités de cette surveillance reposent sur des dispositions réglementaires et des recommandations professionnelles [1]. La surveillance du bilan hépatique n'est pas systématique mais doit être réalisé de principe devant des nausées, des vomissements, l'apparition d'un prurit, d'un ictère ou des douleurs épigastriques à fin de contrôler sa normalité.

Les hépatopathies observées au cours de la grossesse peuvent être classées en 3 groupes :

- les hépatopathies gravidiques qui sont liées à la grossesse de manière spécifique
- les hépatopathies aiguës intercurrentes qui surviennent de façon fortuite au cours de la grossesse
- les hépatopathies chroniques qui peuvent être révélées par la grossesse ou plus souvent diagnostiquées fortuitement au cours de la grossesse [2].

Le but de cette étude était d'analyser à travers notre série les différents moyens diagnostiques des hépatopathies au cours de la grossesse, leur pronostic et la prise en charge spécifique de chaque pathologie.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique « C » du centre de maternité la Rabta durant une période de deux ans, allant du premier janvier 2008 au 31 décembre 2009 ayant permis de colliger 97 observations où une perturbation du bilan hépatique au cours de la grossesse a été notée. Cette perturbation a été découverte lors de la réalisation de bilans de contrôle des grossesses à haut risque ou devant des signes d'appel. Les patientes ont été suivies soit dans notre consultation ou adressées pour prise en charge complémentaire par d'autres services d'obstétriques. Le recueil des données a été réalisé à partir des observations médicales au sein du service « C » et en collaboration avec les services de biologie du centre de maternité. Pour chacune de nos patientes, une fiche standardisée a permis le recueil de données cliniques, para cliniques, thérapeutiques et du suivi de la grossesse.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patientes est de 29 ans, avec une gestité moyenne de 2 et une parité moyenne de 1. La prévalence des hépatopathies découvertes au cours de la grossesse est estimée à 1,61. 20,6% de nos grossesses ont été mal suivies (nombre de consultation prénatales < 3). La fréquence des grossesses gémellaires est de 6,2%.

Le terme moyen de nos grossesses était de 35 semaines d'aménorrhée avec un taux de prématurité de 45% répartis comme suit :

- 28 à 34 SA: 9,3%.
- 34 à 37 SA: 36%.
- >37 SA : 54,7%.

L'interrogatoire et l'examen clinique ont noté la présence d'un prurit, de vomissements, d'un ictère dans 40%, 61% et 15% des cas respectivement. Une cytolyse isolée a été notée dans 40% des cas. Un TP (temps de prothrombine) <70% a été noté chez quatre parturientes. Les étiologies à l'origine de la perturbation du bilan hépatique sont rapportées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Prévalence des étiologies à l'origine des hépatopathies gravidiques

Nature de l'affection en cause	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Pré éclampsie	19	20
HELLP syndrome	12	12
Cholestase gravidique	05	5,2
Stéatose hépatique gravidique	02	2
Prise médicamenteuse	03	2,8
Aucune étiologie	56	58

L'enquête étiologique était négative dans 58% des cas. Aucun dosage des sels biliaires n'a été réalisé pour explorer les cinq cas de cholestase, ces dosages n'étant pas disponibles dans nos laboratoires. Une échographie hépatique a été réalisée chez neuf parturientes montrant un foie de stéatose chez cinq patientes. Vingt et une parturientes ont été transférées en milieu de réanimation en post partum à cause de la nécessité d'une assistance respiratoire, d'un contrôle des chiffres tensionnels élevés et de la prise en charge des transfusions massives. Aucun décès maternel n'a été noté dans notre série. Le taux d'extraction par césarienne a été évalué à 54,3%. Un score d'apgar supérieur ou égal à 7 à la première minute a été noté chez 62,85% des nouveaux nés dont 60% était de sexe masculin. Le taux de décès néonatal était de 2,94%.

DISCUSSION

Parmi les motifs de consultations les plus fréquents sont les vomissements survenant au cours de la grossesse [3]. S'ils sont considérés comme physiologiques au cours du premier trimestre lorsqu'ils ne sont pas associés à une altération de l'état général ou à une anomalie biologique, leurs survenues au-delà de ce terme doit inciter tout clinicien à rechercher une perturbation biologique essentiellement en rapport avec la fonction hépatique. Les principales modifications physiologiques et pathologiques rencontrées au cours de la grossesse sont rapportées dans le tableau 2 [4, 5, 6].

Il est actuellement établi qu'une conduite à tenir adaptée améliore le pronostic des hépatopathies gravidiques. La relative rareté de ces hépatopathies spécifiques de la grossesse ne doit pas les faire méconnaître [7]. Les tests hépatiques et en particulier les transaminases ne font pas partie des examens biologiques obligatoires au cours de la grossesse [8]. Les médecins et les sages femmes doivent donc penser à demander un dosage des transaminases devant des symptômes ou des anomalies évoquant une hépatopathie (tableau 3).

Tableau 2 : Interprétation des tests hépatiques au cours de la grossesse

Tests non modifiés par la grossesse	Tests modifiés par la grossesse
Transaminases (ASAT, ALAT)	Phosphatase alcalines
Taux de prothrombine (TP)	(augmentation au 3 ^{ème} trimestre)
Concentration des acides biliaires totaux (à jeun)	Bilirubinémie (diminution dès le premier trimestre)
	GGT (diminution en fin de grossesse)
	Albuminémie (diminution dès le premier trimestre)
	5' Nucléotidase (augmentation modérée)

Tableau 3 : Les principaux signes cliniques et biologiques en faveur d'une hépatopathie au cours de la grossesse [9,10]

Prurit (prédominant aux extrémités)
Nausées et vomissements (surtout au troisième trimestre)
Hypertension artérielle (+/- protéinurie associée)
Douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit
Polyuro-polydipsie sans diabète sucré
Ictère
Thrombopénie

Dans notre série la fréquence de la primiparité était 65%, ceci reflète la fréquence des hépatopathies chez elles. La principale étiologie était la pré éclampsie dans 20% des cas suivie du HELLP syndrome dans 12% des cas. Notre revue de la littérature note que 2 à 5% des femmes enceintes ayant une prééclampsie auraient une atteinte hépatique. Les lésions hépatiques consistent en des dépôts de fibrine dans les

Références

1. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS, 2007. (en France)
2. Benjaminov FS, Heathcote J. Liver disease in pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2479-88.
3. Ismail SK, Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21:755-69.
4. Bacq Y, Zarka O. Le foie au cours de la grossesse normale. *Gastroenterol Clin Biol* 1994; 18:767-74.
5. Bacq Y, Zarka O, Brechot J-F et al. Liver Function tests in normal

sinusoïdes périportaux conduisant à des foyers de nécrose hépatocytaire puis d'infarctus puis d'hémorragie intrahépatique [11,12].

Quatre à douze pour cent des prééclampsies se compliquent d'un HELLP syndrome [13]. Tout clinicien doit être amené à rechercher une tension artérielle élevée, une protéinurie, des signes d'irritation neurosensorielles pouvant amener au diagnostic. Notre revue de littérature, note que le dosage du TP peut faire à lui seul la différence [14] entre cette dernière et la stéatose hépatique aigue gravidique, maladie moins fréquente mais aussi plus grave, dont le diagnostic ne peut être confirmé que par une biopsie hépatique [15]. Dans notre série, l'existence d'un ictère, d'une hypoglycémie, des signes biologiques d'insuffisance hépatocellulaire, d'une insuffisance rénale, d'une thrombopénie, d'une coagulation intra vasculaire disséminé sont les principaux signes qui nous ont orienté vers le diagnostic d'une stéatose hépatique gravidique. En effet le pronostic de cette dernière a été radicalement transformé par l'accouchement précoce. A Los Angeles et à Santiago, cette prévalence a été évaluée à 1cas pour 6659 et 15900 grossesses respectivement [16, 17]. Dans notre série, la fréquence de cette maladie a été évaluée à 2%.

La prise en charge des hépatopathies au cours de la grossesse doit être adaptée en fonction de la pathologie en cause. Une extraction fœtale en urgence peut être indiquée après avoir pris en compte les antécédents de la patiente, le terme de la grossesse et après concertation multidisciplinaire incluant médecin anesthésiste et néonatalogiste pour juger du pronostic maternel [18].

CONCLUSION

La prise en charge des hépatopathies au cours de la grossesse nécessite une étroite collaboration entre obstétricien, réanimateur et hépatologue. Ceci amènera toutes les équipes à élaborer des protocoles de prise en charge adapté et contribuera à renforcer pour tout clinicien son expérience lui permettant de mieux comprendre la physiopathologie de ces anomalies et d'agir plus précocement.

- pregnancy: a prospective study of 103 pregnant women and 103 matched controls. *Hepatology* 1996; 23: 1030-4.
6. Bacq Y. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Liver Dis* 1999; 3:1-313.
7. Bacq Y. Hépatopathies au cours de la grossesse. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:791-8.
8. Heinonen S, Kirkinen P. Pregnancy outcome with intra hepatic cholestasis. *Obstet Gynecol* 1999; 94:189-93.
9. Estève E. Conduite à tenir devant un prurit de la femme enceinte.

- Ann Dermatol Venereol 1999; 126:634-8.
10. Chazouilleres O, Bacq Y. The liver and pregnancy. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28:84-91.
 11. Pottecher T. Réanimation des formes graves de pré-éclampsie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30:121-32.
 12. Saphier CJ, Repke JT. Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome (HELLP): a review of diagnosis and management. *Semin Perinatol* 1998; 22:118-33.
 13. Ibdah JA. Acute fatty liver of pregnancy: an update on pathogenesis and clinical implications. *World J Gastroenterol* 2006; 12:7397-404.
 14. Uchikova E.H., Ledjev I. Changes in haemostasis during normal pregnancy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2005; 2 :185-188.
 15. Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS et al. Acute fatty liver of pregnancy in three tertiary care centers. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1416-9.
 16. Bacq Y. La stéatose hépatique aiguë gravidique. *Gastroenterol Clin Biol* 1997;21:109-15.
 17. Ch'ng CL, Morgan M, Hainsworth I et al. Prospective study of liver dysfunction in pregnancy in Southwest Wales. *Gut* 2002; 51:876- 80.
 18. Cobey FC, Salem RR. A review of liver masses in pregnancy and a proposed algorithm for their diagnosis and management. *Am J Surg* 2004; 187: 181-91.