

Hématome sous-capsulaire du foie : Cas clinique et mise au point actualisée sur la prise en charge

Z. Elmazabri, I. Bendriss, M. El Youssfi, and S. Bargach

Service de gynécologie obstétrique, de cancérologie et de grossesse à haut risque, Maternité Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Subcapsular hepatic haematoma is a rare complication of preeclampsia occurring mainly in the context of HELLP syndrome, it is associated with a high mortality or morbidity rate. An early diagnosis before the break point of the hematoma and a multidisciplinary proper care is mandatory.

We report one case of cracked subcapsular hematoma liver collected at the Hospital of Maternity Souissi Rabat, with a favourable evolution that was observed after surgical management limited to hepatic packing and transfusion.

KEYWORDS: Cracked subcapsular hematoma liver; HELLP syndrome; Treatment.

RESUME: L'HSC est une complication rare de la prééclampsie survenant le plus souvent dans le cadre d'un HELLP syndrome, il présente une morbi mortalité maternelle et foetale très importante d'où l'importance d'un diagnostic rapide avant même le stade rompu de l'hématome et une prise en charge adéquate multidisciplinaire.

Nous rapportons un cas clinique d'hématome sous capsulaire du foie fissuré compliquant un HELLP syndrome, colligés à l'hôpital de la Maternité Souissi Rabat, dont l'évolution a été favorable grâce à un packing hépatique précoce et une transfusion sanguine.

MOTS-CLEFS: Hématome sous-capsulaire du foie fissuré; HELLP syndrome; Traitement.

1 INTRODUCTION

L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) est une complication rare de la grossesse qui présente une mortalité materno-foetale élevée. Cela impose donc un diagnostic rapide et une prise en charge adaptée. Avant de procéder à une mise à jour des connaissances dans la prise en charge de cette pathologie, nous décrivons un cas clinique d'un hématome sous-capsulaire (HSC) du foie fissuré compliquant un HELLP syndrome, dont l'évolution a été favorable grâce à une transfusion sanguine et un packing hépatique précoce.

2 CAS CLINIQUE

Une femme de 35ans, sans antécédent particulier, a été admise au urgence de la maternité pour une pré éclampsie + hellp syndrome sur grossesse de 24semaine d'aménorrhée, G6P1: G1-2-3 des avortements tardifs a 5mois, G4 avortement a 4 mois, G5 césarienne pour cause indéterminé, Poids de naissance a 3000g, il ya 8ans, grossesse actuelle estimé a 24SA (selon une échographie obstétricale faite le jour de son admission, grossesse non suivie, date des dernières règles imprécise, pas d'échographie de datation précoce)

L'histoire de la maladie remonte 3 jours avant son admission avec l'installation des céphalées ayant motivé la patiente a consulté, le diagnostic d'une HTAG a été posé, la patiente a été mise sous Aldomet 500mg/8heurs, et un bilan d'HTAG a été demandé.

La symptomatologie a été aggravée par l'apparition de vomissement, des céphalées intenses, avec des épigastralgie en barre.

Le bilan demandé revenant en faveur d'un HELLP syndrome : Hémoglobine: 9g/dl / Plaquette: $85.10^3/\mu\text{l}$ /ASAT: 523UI/L / ALAT: 306UI/L / TP: 77%

À l'arrivée, la patiente était apyrétique, la pression artérielle élevée (160/95 mmHg) accompagnée d'une protéinurie significative à la bandelette urinaire, π : 105, les signes neurosensoriels positifs a type de céphalée et bourdonnement d'oreille avec présence des épigastralgie en barre,

L'examen gynécologique a été sans particularité: Col Long Fermé Postérieur, sans métrorragie, ni perte de liquide.



Une échographie obstétricale réalisée, objectivant une grossesse monofoetale non évolutive, avec un Bip: 58→24 SA et un LF: 42→23SA+6j.

La biologie retrouvait une cytolysé hépatique (ASAT: 1031 UI/L, ALAT: 614 UI/L), sans cholestase. L'hémogramme objectivait une thrombopénie modérée (85 000 plaquettes/ mm^3), une hémocrite à 22,1 %, une hémolyse (hémoglobine: 7,5g/dl) sans signe de trouble de la coagulation (TP, TCA et fibrinogène normales). L'uricémie était à 357 $\mu\text{mol/l}$, LDH: 2804.

L'échographie abdominale a mis en évidence un hématome sous capsulaire du foie, avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance.

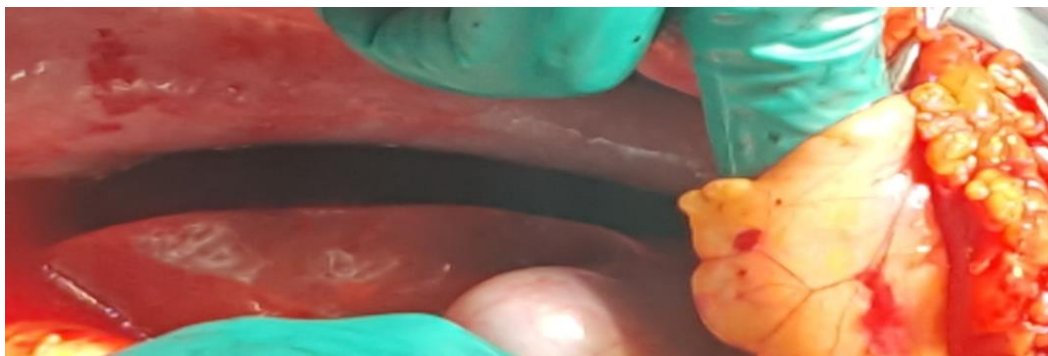
Devant ce tableau de pré-éclampsie sévère compliquée d'un HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), avec un hématome sous capsulaire du foie, une césarienne a été indiquée. Celle-ci a permis la naissance d'un mort-né de sexe masculin pesant 950 g.

En peropératoire, un hémopéritoine de moyenne abondance a été évacué et a motivé un remplissage vasculaire et une transfusion d'un culot globulaire.

La persistance d'un saignement minime actif d'origine probablement hépatique ayant rendu nécessaire une exploration de la cavité abdominale et de l'étage hépatique avec un élargissement de l'incision en sus-ombilicale. Cela a permis d'objectiver une fissuration de l'hématome qui prend la quasi-totalité du foie droit, avec un saignement minime et continu. Un packing hépatique par 3 petits champs a été réalisé (sans la mise en place d'un drain de Redon).

La patiente été prévu pour une reprise 3 jours après, tout en la gardant sous antibiotique avec une surveillance dans un service de réanimation chirurgicale.

À J3 la reprise a été réalisé, avec l'exploration : présence d'un épanchement sero-hématique de moyenne abondance de nature moyennement épaisse (d'où un prélèvement a été réalisé), pas de foyer infectieux, pas de collection, hypochondre droit adhérentiel (estomac, colon, grand épiploon) Adhesiolyse prudente, mousse jusqu'à exposition complet des petits champs, dissection mousse des petits champs par rapport au foie et au pédicule hépatique, après retrait des 3 petits champs, hémostase assuré, hématome en place non rompu, colmaté par le diaphragme, rinçage au SS et mise en place d'un drain Redon en cyphonage en sous hépatique avant de fermer la paroi abdominale.



En post op: mise en place d'une ceinture de contention abdominale.

Une surveillance rapprochée, échographique a confirmé l'absence d'augmentation de la taille de l'hématome et l'intégrité de la capsule de Glisson

L'évolution clinique, biologique et radiologique a été favorable, autorisant au septième jour, le transfert de la patiente dans le service des suites de couches.

3 DISCUSSION

L'HSC est une complication rare de la prééclampsie survenant le plus souvent dans le cadre d'un HELLP syndrome. Son incidence est évaluée entre 1/45 000 et 1/225 000 naissances [1,2]. Avec une mortalité materno-foetale estimée à 50 et 80% respectivement [3,4].

Elle apparaît au troisième trimestre dans 60 % des cas, se révélant avant le travail dans la majorité des cas. Elle peut se révéler en postpartum immédiat dans 15 % des cas [6].

L'HSC peut se présenter sous une symptomatologie variable, et doit être évoqué et recherché devant des douleurs persistantes de l'épigastriques et/ou de l'hypocondre droit, typiquement « en barre », plus ou moins associée à une irradiation scapulaire [5]. Cette douleur est due à la distension du parenchyme hépatique et de la capsule de Glisson. On retrouve alors fréquemment une défense de l'hypocondre droit.

Au stade de la rupture de la capsule de Glisson, des signes de choc hémorragique (hypotension, tachycardie, oligurie) sont associés à un abdomen aigu chirurgical [5].

La biologie n'est pas spécifique de l'HSCF, mais elle peut mettre en évidence un HELLP syndrome complet ou incomplet, des anomalies de la coagulation, pouvant aller jusqu'à un tableau de coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) [2,12].

Le diagnostic formel repose sur l'imagerie, notamment l'échographie et la tomodensitométrie (TDM) abdominales [7].

L'HSCF débute le plus souvent au niveau du foie droit, à l'échographie il paraît sous forme d'une lentille biconvexe hétérogène hypoéchogène sous-capsulaire, L'association avec un épanchement intrapéritonéal fait suspecter une fissure voire une rupture de l'hématome.

L'utilisation de la TDM ou de l'imagerie par résonance magnétique est plus performante dans l'exploration hépatique, en montrant l'origine hépatique de l'hémopéritoine.

L'attitude thérapeutique de l'HSC doit prendre en compte l'état hémodynamique de la patiente et l'intégrité ou non de la capsule de Glisson. Elle comprend généralement trois volets :

- La réanimation : la gestion de l'hypertension artérielle, une polytransfusion avec correction des paramètres biologiques.
- L'extraction foetale : principalement par une laparotomie médiane qui permet à la fois l'extraction foetale, et l'exploration de l'étage hépatique (bilan lésionnel).
- Le traitement de l'HSCF :
 - ✓ En l'absence de rupture : le traitement consiste à une surveillance étroite avec un traitement symptomatique (HTA, trouble de la coagulation...)
 - ✓ En cas de rupture : on envisage un drainage de l'hémopéritoine avec réalisation d'un packing du foie (l'attitude thérapeutique adoptée dans notre observation). Si un échec de l'hémostase chirurgicale locale

s'est produit, d'autres alternatives thérapeutiques ont été évaluées telles que l'embolisation sélective des artères hépatiques [9], la lobectomie, la ligature chirurgicale des artères hépatiques et la résection des plages de nécrose hépatique, mais ces deux derniers sont associées à une mortalité maternelle importante supérieure à 30% [8]. En cas de défaillance hépatique aiguë, un recours à la transplantation peut être envisagé.

Concernant la voie d'accouchement, il n'existe aucune étude à ce jour permettant de comparer le devenir des patientes ayant accouché par césarienne par rapport aux patientes ayant accouché par voie basse dans un contexte d'HSCF. Cependant, si une attitude expectative est décidée devant un HSCF non rompu, il était crucial de ne pas faire augmenter la pression abdominale afin de ne pas favoriser la rupture hémorragique d'un HSCF [10], transformant ainsi une situation précaire mais stable en véritable urgence engageant le pronostic vital. De même, les efforts de vomissements, les palpations abdominales sont formellement à éviter dans un tel contexte [11]. Ainsi, il est vraisemblable que les efforts expulsifs inhérents à l'accouchement par voie vaginale, contre-indiquent finalement cette dernière dans un contexte d'HSCF. De plus, la réalisation d'un accouchement par césarienne peut permettre une exploration concomitante de l'étage hépatique, que l'accouchement par voie basse ne permettrait pas.

Après la phase aiguë, une surveillance biologique (bilan d'hémostase, bilan hépatique, fonction rénale) et radiologique (échographies abdominales et tomodensitométries régulières) rapprochée est nécessaire.

4 CONCLUSION

L'HSCF survenant dans le cadre de HELLP syndrome est une complication rare, Le pronostic materno-foetal est très péjoratif surtout en cas de rupture hépatique. Sa prise en charge doit être rapide et nécessite une coordination multidisciplinaire associant anesthésistes, obstétriciens, radiologues, chirurgiens et pédiatres.

REFERENCES

- [1] Rinehart BK, Terrone DA, Magann EF, Martin RW, May WL, Martin Jr JN. Preeclampsia-associated hepatic hemorrhage and.
- [2] rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54: 196—202.
- [3] Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: evaluation of diagnostic and therapeutic options - a unicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 106—12.
- [4] Mihiu D, Costin N, Mihiu CM, Seicean A, Ciortea R. HELLP syndrome – a multisystemic disorder. *J Gastro Intestin Liver Dis* 2007; 16: 419–24.
- [5] Norwitz ER, Hsu CD, Repke JT. Acute complications of preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45: 30829.
- [6] Pavlis T, Aloizos S, Aravosita P, Mystakelli C, Petrochilou D, Dimopoulos N, et al. Diagnosis and surgical management of spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome. *J Surg Educ* 2009; 66: 163–7.
- [7] Rinehart BK, Terrone DA, Magann EF, Martin RW, May WL, Martin JN. Preeclampsia- associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54: 196–202.
- [8] Rolfes DB, Ishak KG. Liver disease in toxemia of pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1986; 81: 1138–44.
- [9] Rinehart BK, Terrone DA, Magann EF, Martin RW, May WL, Martin Jr. Preeclampsia associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54: 196–202.
- [10] Terasaki KK, Quinn MF, Lundell CJ, Finck EJ, Pentecost MJ. Spontaneous hepatic hemorrhage in preeclampsia: treatment with hepatic arterial embolization. *Radiology* 1990; 174: 1039–41.
- [11] Neerhof MG, Zelman W, Sullivan T. Hepatic rupture in pregnancy.
- [12] *Obstet Gynecol Surv* 1989; 44: 407—9.
- [13] Barton JR, Sibai BM. Gastrointestinal complications of preeclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33: 179—88.
- [14] Hunt CM, Sharara AI. Liver disease in pregnancy. *Am Fam Physician* 1999; 59: 829—36.