

Hématome sous capsulaire du foie: A propos d'un cas

[Subcapsular hematoma of the liver: About one case]

A. Abida, J. Meddah, M. El Youssfi, and S. Bargach

Service de gynécologie obstétrique cancérologie et grossesse à haut risque,
Maternité Souissi, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

Copyright © 2018 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: The subcapsular hematoma of the liver (HSCF) is a rare complication of pregnancy with high maternal-fetal mortality. This therefore requires rapid diagnosis and appropriate care. His secondary rupture is one of the most serious obstetric complications. Maternal mortality is 50% to 75%, that of the fetus is 60% to 80%. We illustrate the article with a clinical case reporting the management of a subcapsular hematoma of the liver.

KEYWORDS: Mortality, preeclampsia, complication, maternal, fetal.

RÉSUMÉ: L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) est une complication rare de la grossesse qui présente une mortalité materno-fœtale élevée. Cela impose donc un diagnostic rapide et une prise en charge adaptée. Sa rupture secondaire est l'une des plus graves complications obstétricales. La mortalité maternelle est de 50% à 75%, celle du fœtus est de 60% à 80%. Nous illustrons l'article par un cas clinique rapportant la prise en charge d'un hématome sous-capsulaire du foie.

MOTS-CLEFS: Mortalité, prééclampsie, complication, maternel, fœtal.

1 INTRODUCTION

L'hématome sous capsulaire du foie (HSCF) est une complication rare et gravissime au cours de la pré éclampsie. Il survient dans un tableau clinique relativement stéréotypé, mais non spécifique, ce qui entraîne un retard du diagnostic. Sa rupture secondaire est l'une des plus graves complications obstétricales. La mortalité maternelle est de 50% à 75%, celle du fœtus est de 60% à 80%.

2 OBSERVATION À PROPOS DE UN CAS À LA MATERNITÉ SOUISSI DE RABAT

Il s'agit de madame FK, âgée de 31ans, primigeste primipare, diabétique depuis 7 ans, Hb_{A1C}8 sous insuline : 22UI le matin et 16UI le soir. Suivie pour hypertension artérielle gravidique depuis 7 mois de grossesse sous Aldomet.

Le début de la symptomatologie remonta à 24heures de son admission chez nous par l'installation de contracture abdominale avec un saignement noirâtre minime motivant une consultation chez un gynécologue privé à Tanger (à 350Km de Rabat).

L'examen : tension artérielle à 170/110 mm hg, fréquence cardiaque à 130bpm. La biologie : Hb 7g/dl. Le diagnostic d'hématome rétroplacentaire compliqué d'une mort fœtale in-utéro a été posé. La patiente a été césarisée en urgence avec à l'exoloration un hématome rétroplacentaire prenant la moitié de la coupole placentaire avec un épanchement péritonéal sérohématique de 200cc.

En post-opératoire, la patiente a reçu du Loxen en bolus en association avec l'Aldomet et transfusée par 6 PFC et 2CG. Le bilan post-opératoire : Hb 5g/dl, plaquettes 511.000/mm³, Asat 4715UI, Alat 4070UI. Devant cette symptomatologie, la patiente a été adressée à la maternité Souissi pour Hellp syndrome et pour complément de prise charge.

Arrivée chez nous, la patiente a bénéficié d'une mise en condition complète avec une échographie abdominale. Cette dernière a objectivé un énorme hématome sous capsulaire du foie de 4,5cm d'épaisseur compliqué d'un épanchement péritonéal de grande abondance(fig1). La patiente a été acheminée au bloc. En parallèle, une demande de sang a été faite.



Fig. 1. Aspect échographique d'un hématome sous capsulaire du foie de 4,5 centimètres d'épaisseur

L'exploration de la cavité abdominale et de l'étage sus-hépatique rendue possible grâce à une incision médiane sus-ombilicale, a révélé sans difficulté un HSCF fissuré avec un hémopéritoine de grande abondance. Un packing fut réalisé.

L'ablation du packing a eu lieu 48 heures après la pose avec à l'exploration une hémostase assurée et un HSCF présent. La patiente a ensuite été transférée en réanimation pour surveillance. Une surveillance rapprochée échographique et tomodensitométrie a confirmé l'absence d'augmentation de la taille de l'hématome et de l'intégrité de la capsule de Glisson.

Au cours de son hospitalisation en réanimation, la patiente a contracté une pneumopathie nosocomiale ayant nécessité par la suite une trachéotomie. Le lavage bronchoalvéolaire a isolé un streptocoque sensible à la ciprofloxacine. La patiente fut mise sous antibiothérapie adaptée. L'évolution a été favorable par la suite avec une durée de séjour en réanimation atteignant les 50 jours.

3 ÉPIDÉMIOLOGIE

L'HSCF peut survenir à n'importe quel âge, mais avec une plus grande prédilection chez les femmes aux alentours de la trentaine, cette complication est fréquente chez la multipare et chez la primipare âgée [1]. Elle apparaît lors du troisième trimestre dans 60 % des cas, se révélant avant le travail dans la majorité des cas (85 %) comme pour les patientes rapportées [2,3]. Il peut cependant se révéler en postpartum immédiat dans environ 15 % des cas [4,1].

4 PHYSIOPATHOLOGIE

Certains auteurs [5] incriminent le rôle de traumatismes minimes, qui surviennent sur un foie déjà fragilisé dans un contexte de prééclampsie comme les expressions abdominales qui entraîneraient la formation d'hématome. On retrouve une nécrose extensive du foie d'origine ischémique, avec des plages hémorragiques, et dans certains cas des dépôts de fibrine dans les sinusoides périportaux [3]. Les perturbations de la coagulation à type de CIVD ont été classiquement retrouvées [3]. Mais dans la majorité des cas c'est la maladie prééclampsique qui constitue le terrain de cette complication comme pour toutes nos patientes. Le mécanisme de sa survenue a été expliqué récemment [4–6] par deux théories complémentaires : la microangiopathie aiguë disséminée à l'origine d'une coagulopathie aiguë qui va entraîner des dépôts de fibrine dans les capillaires sinusoides et dans les artéioles hépatiques : cela a pour conséquence une nécrose hémorragique multifocale;

l'ischémie utéroplacentaire qui est à l'origine de la libération de substances vasoactives, responsables de spasme des capillaires portes entraînant ischémie et nécrose hémorragique du foie.

L'HSCF siège au niveau du lobe droit dans 75 %, du lobe gauche dans 15 % tandis que dans 10 % on trouve un éclatement du foie [4,7]. Chez notre patiente, il a intéressé le lobe droit.

5 DISCUSSION

L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) a une incidence évaluée entre 1/45 000 et 1/225 000 naissances [8,9]. Même si la mortalité de cette complication a diminué ces dernières années grâce aux progrès des techniques de réanimation et aux avancées dans le domaine de la traumatologie hépatique, elle n'en reste pas moins élevée aussi bien pour la mère (1 à 24 %) que pour l'enfant (6,7 à 70 %)[10,2].

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) [11,12], chez des femmes multipares, entre 30 et 40 ans en moyenne [13]. Chez notre patiente, cette complication est survenue dans le troisième trimestre de la grossesse chez une patiente de 25ans. Dans la série Miguil, l'âge de la grossesse était compris entre 25 et 38 SA et celui des patientes entre 22 et 41 ans[14]. Les signes de pré-éclampsie sont le plus souvent discrets, voire absents et pouvant même être retardés par rapport à la symptomatologie hépatique. Le signe clinique le plus constant (90 % des cas) est une douleur persistante de l'épigastre et/ou de l'hypochondre droit typiquement « en barre », plus ou moins associée à une irradiation scapulaire [15]. Cette douleur est due à la distension du parenchyme hépatique et de la capsule de Glisson (qui peut aller jusqu'à sa rupture) suite à une stase du flux sanguin au niveau des sinusoides hépatiques [16]. On retrouve alors fréquemment une défense de l'hypochondre 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 [15]. La présence de nausées, de vomissements [15] peut faire évoquer à tort une pathologie biliaire ou gastrointestinale et favoriser ainsi un retard dans la prise en charge [5]. Notre patiente a été admise dans un tableau de choc hémorragique par ailleurs dans la série Miguil le diagnostic a été porté dans le prépartum dans un seul cas, en peropératoire dans cinq cas et en postpartum dans deux cas. La douleur était présente chez six patientes, elle était de siège épigastrique ou au niveau de l'hypochondre droit. Deux patientes ont été admises dans un tableau de choc hémorragique[14].

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) [9,3]. Le bilan biologique initial dans la série Miguil avait montré une anémie chez quatre patientes, une thrombopénie chez six patientes, l'élévation des transaminases a été notée dans cinq cas. L'évolution a été marquée par l'installation d'un HELLP syndrome chez cinq patientes. Chez notre patiente, un tableau de complet de HELLP syndrome était installé depuis son admission.

L'imagerie, principalement l'échographie et la tomodensitométrie (TDM) abdominales permettent le plus souvent d'établir le diagnostic [11,4]. Dans le cadre de l'urgence, l'échographie est facilement disponible et permet de repérer directement l'hématome qui débute le plus souvent au niveau du foie droit sous la forme d'une lentille biconvexe sous-capsulaire [9]. L'utilisation de la TDM ou de l'imagerie par résonance magnétique, plus performantes dans l'exploration hépatique, n'est possible que chez des patientes hémodynamiquement stables [11]. La visualisation d'un hémopéritoine en rapport avec un hématome rompu ou fissuré est alors décisive dans la prise en charge thérapeutique [9] et le choix de la voie d'abord. L'angiographie hépatique, rarement envisageable en urgence, est une alternative de choix à visée diagnostique et thérapeutique lorsque les conditions cliniques autorisent sa réalisation [1]. A Notre patiente a bénéficié d'une échographie en urgence objectivant un HSCF de 4,3 centimètre d'épaisseur avec épanchement de grande abondance.

Les modalités thérapeutiques de l'HSCF restent discutées, bien qu'elles soient de plus en plus codifiées [17,18]. L'ensemble de la prise en charge doit être rapide et nécessite une collaboration multidisciplinaire. Elle comprend trois versants, la réanimation associée au traitement de l'hypertension, l'extraction foetale et le traitement de l'HSCF guidé par l'imagerie ou l'exploration abdominale. Devant les données cliniques et échographique, notre patiente a directement été acheminée au bloc pour exploration. Pour une meilleure visibilité notre choix a porté sur une laparotomie médiane sus ombilicale. Après évacuation de l'hémopéritoine, un hématome du foie droit fut découvert avec une petite fissuration de la capsule hépatique. Une indication de packing a été posée.

Ainsi, la conduite à tenir la plus adaptée permettant de faire naître un foetus le plus rapidement possible tout en évitant la survenue d'une rupture d'un HSCF, serait de réaliser une césarienne en urgence. 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. Concernant le choix de l'incision, il est fonction de la présence d'un hémopéritoine. En l'absence de celui-ci,

une incision transversale est possible. Dans tous les autres cas, il est préférable de pratiquer une laparotomie médiane afin de pouvoir procéder à une exploration hépatique adéquate (bilan lésionnel), un drainage et à un éventuel tamponnement par « packing » temporaire [19]. Secondairement, une ligature d'une des branches de la veine porte peut s'avérer nécessaire en cas de saignement persistant et dans les situations où l'hémorragie est incontrôlable, une lobectomie peut être nécessaire [20]. Dans les cas gravissimes avec insuffisance hépatique majeure, la transplantation hépatique constitue l'ultime solution thérapeutique [17,21]. B Dans la série de Miguil, l'accouchement par voie basse a été possible chez deux patientes et une césarienne a été pratiquée dans six cas. Le traitement médical visant à maintenir la volémie et à corriger les troubles de l'hémostase, six patientes ont été transfusées par des produits sanguins labiles. Le traitement chirurgical a consisté en un tamponnement (packing) associé au drainage de la cavité péritonéale chez six femmes dont deux avaient nécessité la ligature de l'artère hépatique droite. L'abstention thérapeutique a été adoptée chez deux patientes alors bien stabilisées. Nous avons noté cinq décès maternels dont quatre par rupture de l'hématome. La mortalité foetale était de 50 % [14].

6 PRONOSTIC

Le pronostic de cette affection reste mauvais, la mortalité maternelle est lourde, entre 50 et 75 %, et la mortalité foetale varie de 60 et 80 % [22,7]. Dans la série de Miguil, cinq décès maternels ont été notés et quatre décès foetaux. Ce mauvais pronostic semble être lié à trois paramètres essentiels : le délai entre l'installation de l'HSCF et l'intervention chirurgicale [2,5,1,7], l'étendue et surtout le caractère rompu ou non de l'hématome. En effet Manas et al. [23] n'ont noté aucun décès chez sept patientes présentant un HSCF non rompu, non opéré. En revanche, lorsque l'hématome est rompu, la mortalité maternelle est trois fois plus élevée chez les femmes non opérées que celles traitées chirurgicalement. Dans tous les cas lorsque la guérison est obtenue, celle-ci se fait sans séquelles. L'avenir obstétrical ne semble pas être compromis et de nouvelles grossesses peuvent être menées à terme sous surveillance [24].

7 CONCLUSION

L'HSCF est une complication rare, mais qui par sa gravité, nécessite un diagnostic rapide et une prise en charge multidisciplinaire adaptée. Ce cas clinique illustre la possibilité de réaliser un traitement chirurgical conservateur dans un contexte d'HSCF fissuré, diagnostiqué pendant la grossesse. Ainsi, l'utilisation d'un coelioscope introduit par l'incision de césarienne a pu être envisagée comme une alternative à la réalisation d'une laparotomie médiane afin de procéder à une exploration satisfaisante de l'étagé hépatique. Cette prise en charge particulière ne saurait toutefois se soustraire à l'avis indispensable des chirurgiens viscéraux, et ce, de façon, on à traiter de façon optimale les patientes atteintes de cette complication.

REFERENCES

- [1] Matar N, Morsad F, Ghazli M, Abassi H, Harti A, Chraibi T, et al. Hématome sous-capsulaire du foie : à propos de 6 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;25:89–93.
- [2] Oreaj G, Gavind T, Gardenas JL, Cuanalo A. Rupture du foie et hématome sous-capsulaire par toxémie, cas traité avec succès par lobectomie gauche. *Ann Chir* 1984;38(1):19–22.
- [3] Bernau J. Foie et hypertension gravidique *Encycl Med Chir (foie pancréas)* 1988; 7041, G20, 10, 2 p.
- [4] Langer B, De Manzini N, Boudier E, Bassi C, Bader AM, Meyer C, et al. Hématome sous-capsulaire du foie rompu. Conduite à tenir. A propos d'une observation. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1997;92:188–90.
- [5] Lemoine PP, Huguet C, Merger R. Rupture spontanée du foie de la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1974;3:929–32.
- [6] Aarnoudse JG, Houtholf HF, Weits J. A Syndrome of the liver damage and intravascular coagulation in the last trimester of the normotensive pregnancy. A clinical and histopathological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:145–9.
- [7] Ben Aissa N, Battar S, Gara M, Bouhaja B, Ben Ammar MS. Hématome sous-capsulaire du foie complication de la prééclampsie. *J Magh Anesth Réanim* 2001;8:131–3.
- [8] Bis KA, Waxman B. Rupture of the liver associated with pregnancy. A review of the literature and report of two cases. *Obstet Gynecol Surv* 1976;31:763–73.
- [9] Miguil M, Salmi S, Mouhaoui M, El youssoufi S. Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie. *Cah Anesthesiol* 2003;51:177–80.
- [10] Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1000–6.

- [12] Sheikh RA, Yasmeen S, Pauly MP, Riegler JL. Spontaneous intrahepatic hemorrhage and hepatic rupture in the HELLP syndrome: four cases and a review. *J Clin Gastroenterol* 1999;28:323–8.
- [13] Araujo AC, Leao MD, Nobrega MH, Bezerra PF, Pereira FV, Dantas EM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:129–33.
- [14] S. El Youssoufi, A. Nsiri, S. Salmi, M. Miguil. Rupture du foie en péripartum : à propos de huit cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2007 ; 36 : 57–61.
- [15] Abdi S, Cameron IC, Nakielny RA, Majeed AW. Spontaneous hepatic rupture and maternal death following an uncomplicated pregnancy and delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108: 431–3.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] Manas KJ, Welsh JD, Rankin RA, Miller DD. Hepatic hemorrhage without rupture in preeclampsia. *N Engl J Med* 1985;312:424–6.
- [19] Tyagi V, Shamas AG, Cameron AD. Spontaneous subcapsular hematoma of liver in pregnancy of unknown etiology—conservative management: a case report. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23:107–10.
- [20] Barton JR, Sibai BM. Gastrointestinal complications of preeclampsia. *Semin Perinatol* 2009;33:179–88.
- [21] Shames BD, Fernandez LA, Sollinger HW, Chin LT, D'Alessandro AM, Knechtle SJ, et al. Liver transplantation for HELLP syndrome. *Liver Transpl* 2005;11:224–8.
- [22] Abi F, El Faress F, Berrada R, Boutaleb Y. Les lésions hépatiques hémorragiques de la toxémie gravidique. *J Chir* 1986;12:742–5.
- [23] Manas KJ, Welsh JD, Rankin RA, Miller DD. Hepatic hemorrhage without rupture in preeclampsia. *N Engl J Med* 1985;312:424–6.
- [24] El Mar PS, Moore WD. Successful delivery after previous pregnancy with rupture liver. *Obstet Gynecol* 1986;68:124–6.