

Hématome sous capsulaire du foie: A propos de quatre cas

[Subcapsular hematoma of the liver: About four cases]

Meriem Serraj Andaloussi, Oumeyma Baroud, Majda Achbbak, Amine Lamrissi, Karima Fichtali, and Said Bouhya

Service de Maternité ELHAROUCHI, Hôpital Ibn Rochd, Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie,
Casablanca, Morocco

Copyright © 2021 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 hematoma of the liver (HSCF) is a rare complication of pregnancy with high maternal-fetal mortality. This therefore requires rapid diagnosis and appropriate multidisciplinary management to watch out for serious complications and prevent death.

We report four cases of subcapsular hematoma of the liver collected at the ELHAROUCHI maternity ward, including 2 occurring in partum and 2 in postpartum. Three of our patients had a favorable outcome against maternal death.

KEYWORDS: Subcapsular hematoma; Liver; preeclampsia, complication, maternal, fetal.

RESUME: 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 multidisciplinaire pour guetter les complications graves et prévenir le décès.

Nous rapportons quatre cas d'hématome sous capsulaire du foie colligés au service de maternité ELHAROUCHI, dont 2 survenant en prépartum et 2 en post-partum. Trois de nos patientes avaient une évolution favorable contre un décès maternel.

MOTS-CLEFS: Hématome sous-capsulaire, Foie, prééclampsie, complication, maternel, foetal.

1 INTRODUCTION

L'hématome sous capsulaire (HSC) du foie est une complication rare et grave qui a lieu pendant la grossesse ou la période du post-partum. Il survient dans un contexte de prééclampsie associée à un HELLP syndrome [1]. Sa rupture secondaire est l'une des plus graves complications obstétricales [2].

Il est associé à une mortalité maternelle et foetale de 50 et 80% respectivement [1].

2 PATIENTES ET OBSERVATIONS

2.1 CAS CLINIQUE N1

Une patiente de 37 ans, 1G1P, ayant comme antécédent une hypertension artérielle gravidique évoluant depuis deux mois sur grossesse non suivie présumée à six mois traitée par alpha-méthyl-dopa (1cpx3/jour), admise aux urgences de la maternité pour crise d'éclampsie. A l'admission, la patiente était inconsciente avec un score de Glasgow (GCS) à 10/15. La pression artérielle à 16/09mmHg, une protéinurie à la bandelette urinaire à 2croix et la fréquence respiratoire à 20c/min, la fréquence cardiaque à 100b/min. Après mise en condition, le sulfate de magnésium à visée anticonvulsivant et la nicardipine, antihypertenseur associés à des apports hydro-électrolytiques ont été administrés à la patiente et une césarienne urgente sous

anesthésie générale pour sauvetage maternel était réalisée permettant l'extraction d'un nouveau-né de sexe féminin, (poids=600g) avec Apgar de 2/10 à la 1^{ère} minute avec à l'exploration un hématome rétroplacentaire de 600g. Le bilan biologique était sans anomalies.

La patiente était ensuite admise en réanimation. L'évolution clinique, biologique et radiologique a été favorable, autorisant par la suite le transfert de la patiente dans le service des suites de couches.

A J2 du transfert de la réanimation, la patiente a présenté des épigastralgies en barre motivant une échographie abdominale qui a mis en évidence un hématome sous capsulaire du foie en regard du foie droit mesurant 3,75cm d'épaisseur étendu sur toute sa hauteur (figure1). L'évolution du bilan biologique était marqué par l'apparition d'un hémolyse avec des ASAT: 410UI/Let les ALAT: 315UI/L, plaquettes à 94 000 mm³, et LDH à 900UI/L et une anémie à 8g/L. La fonction rénale est restée conservée.



Fig. 1. Hématome sous capsulaire du foie en regard du foie droit mesurant 3,75 cm d'épaisseur étendu sur toute sa hauteur

Devant la stabilité hémodynamique, la décision a été de surveiller la patiente en milieu de réanimation, sous traitement symptomatique à base de remplissage vasculaire par les solutés cristalloïdes et de transfusion par des concentrés de globules rouges. La pression artérielle s'est stabilisée par la nicardipine (Loxen inj) à la seringue électrique. L'évolution a été marquée par la régression progressive de l'hématome sous capsulaire. La patiente est sortie de l'hôpital après quinze jours. L'échographie abdominale de contrôle réalisée après 3 mois a montré la régression complète de l'hématome sous capsulaire.

2.2 CAS CLINIQUE N 2

Une patiente de 29 ans, sans ATCDs pathologiques particuliers, mère de deux enfants vivants par VB et un MFIU, admise aux urgences de la maternité à H13 d'un accouchement par voie basse à domicile ayant donné naissance à un mort né, pour des douleurs intenses de l'hypochondre droit, d'apparition récente, survenant par crises et augmentant à l'inspiration. Il n'y avait ni trouble du transit intestinal associé, ni ictère. À l'admission, la patiente était consciente avec un score de Glasgow (GCS) à 15/15. La pression artérielle à 16/09mmHg, accompagnée d'une protéinurie significative à la bandelette urinaire. et la fréquence respiratoire à 38c/min, la fréquence cardiaque à 120b/min. L'examen physique révélait une défense nette de l'hypochondre droit. Les suites du post-partum étaient simples avec un bon globe utérin de sécurité, des lochies minimales. La révision utérine avait objectivé des débris placentaires sans solution de continuité utérine. L'examen sous valves avait objectivé un col d'aspect normal sans lésion cervicale ni vaginale.

L'échographie abdominale a objectivé un hématome sous capsulaire du foie de 3,3 X16cm au dépend de la face supérieure du foie avec un épanchement péritonéal péri-hépatique, en interanses, au niveau des gouttières pariéto-coliques et au niveau du Douglas.

La biologie retrouvait une cytololyse hépatique (ASAT: 414 UI/L, ALAT: 153UI/L), sans cholestase. L'hémogramme objectivait une thrombopénie à 97 000 plaquettes/mm³, une hématurie à 34,3 %, une anémie à 8,7g/l. Un taux de LDH à 918UI/L et une

fonction rénale conservée. La TDM abdomino-pelvienne a objectivé une formation hypodense biconvexe au dépend de la face supérieure du foie mesurant 32mm d'épaisseur étendu sur toute la hauteur du foie en faveur d'un hématome sous capsulaire du foie (figure 2), avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance en péri-hépatique, péri-splénique et au niveau des gouttières pariéto-coliques.

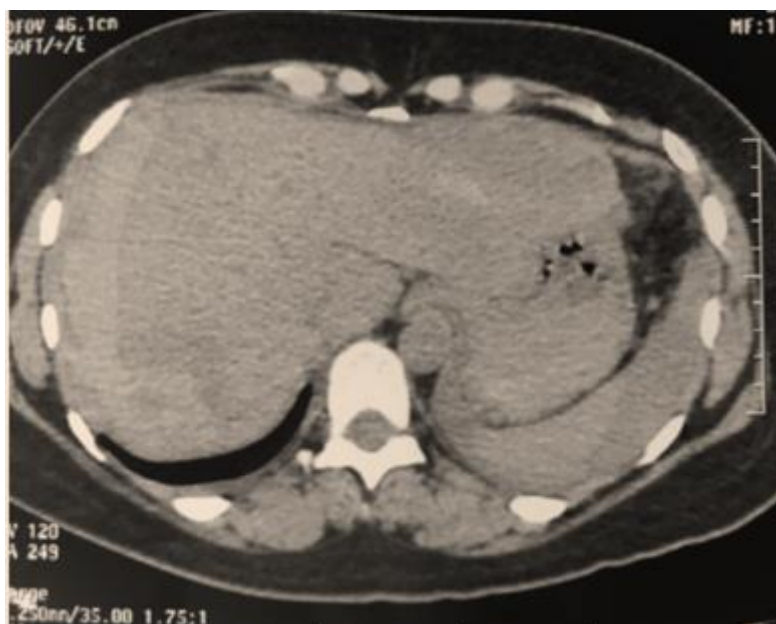


Fig. 2. Hématome sous capsulaire du foie mesurant 3,3 X16cm d'épaisseur au dépend de la face supérieure du foie

La patiente était ensuite admise en réanimation, avec transfusion d'un culot plaquettaire et mise sous corticothérapie avec une surveillance clinico-biologique stricte.

L'évolution a été marquée cliniquement par la stabilisation hémodynamique sous alpha-méthyl dopa associée à la nicardipine. Sur le plan biologique, il y a eu une aggravation du HELLP SYNDROME avec ascension des ASAT: 553UI/Let les ALAT: 310UI/L, aggravation de la thrombopénie à 74 000 plaquettes/mm³, et de l'hémolyse avec des LDH à 1200UI/L et une anémie à 7.1/L.

L'abstention thérapeutique a été décidée vu la stabilité hémodynamique avec mise en place des mesures de réanimation strictes et transfusion par des concentrés globulaires, de plasma congelé et de culots plaquettaires. La patiente est restée stable sur le plan hémodynamique avec amélioration des paramètres biologiques et fut déclarée sortante après 14 jours d'hospitalisation.

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

2.3 CAS CLINIQUE N 3

Une patiente de 32 ans, 3G3P, ayant comme antécédent une hypertension artérielle gravidique sur grossesse estimée à 34 semaines d'aménorrhée traitée par alpha-méthyl-dopa (1cp x 3/jour). Admise aux urgences de la maternité pour des douleurs intenses de l'hypochondre droit, d'apparition récente, survenant par crises et augmentant à l'inspiration. Il n'y avait ni trouble du transit intestinal associé, ni ictère. À l'admission, la patiente était consciente avec un score de Glasgow (GCS) à 15/15. La pression artérielle à 15/09mmHg, accompagnée d'une protéinurie significative à la bandelette urinaire. et la fréquence respiratoire à 40c/min, la fréquence cardiaque à 130b/min. L'examen physique révélait une défense nette de l'hypochondre droit, la patiente était en dehors du travail, sans métrorragies avec des mouvements actifs fœtaux présents.

Une échographie obstétricale objectivait une grossesse mono-fœtale évolutive avec un rythme cardiaque à 140b/min et une biométrie correspondante à 33-34 semaines d'aménorrhée, sans image de décollement placentaire.

La biologie retrouvait une cytolysé hépatique (ASAT: 211 UI/L, ALAT: 239 UI/L), sans cholestase. L'hémogramme objectivait une thrombopénie à 81 000 plaquettes/mm³, un hémocrite à 34,3 %, une anémie à 9g/l. Un taux de LDH à 1037UI/L. Une augmentation de l'acide urique et une fonction rénale conservée.

L'échographie abdominale a mis en évidence un épanchement péritonéal de moyenne abondance avec un hématome sous capsulaire du foie, la TDM abdomino-pelvienne a objectivé un hématome sous capsulaire du foie, mesurant 30mm étendu sur toute la hauteur du foie droit (figure 3), avec un hémopéritoine de moyenne abondance.

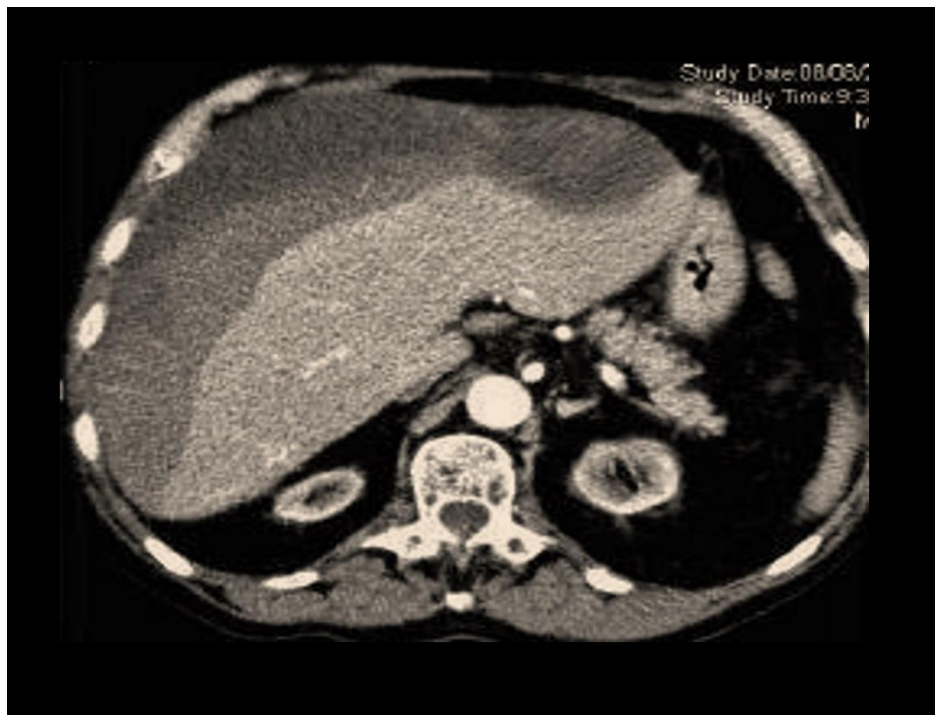


Fig. 3. Hématome sous capsulaire du foie, mesurant 30mm étendu sur toute la hauteur du foie droit

La césarienne réalisée sous anesthésie générale pour sauvetage materno-fœtal par laparotomie médiane objectivait un hémopéritoine évalué à un litre immédiatement évacué permettant l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin (poids=2400g) avec Apgar à 6/10 à la 1ere minute.

L'exploration de la cavité abdominale et de l'étage hépatique montrait un hématome sous capsulaire du foie prenant tout le flanc droit rompu au niveau de sa face antérieure du segment VI du foie avec un saignement actif (figure 4) d'où mise en place d'un packing par 3 champs, ayant englobé le foie et couvrant la rupture.

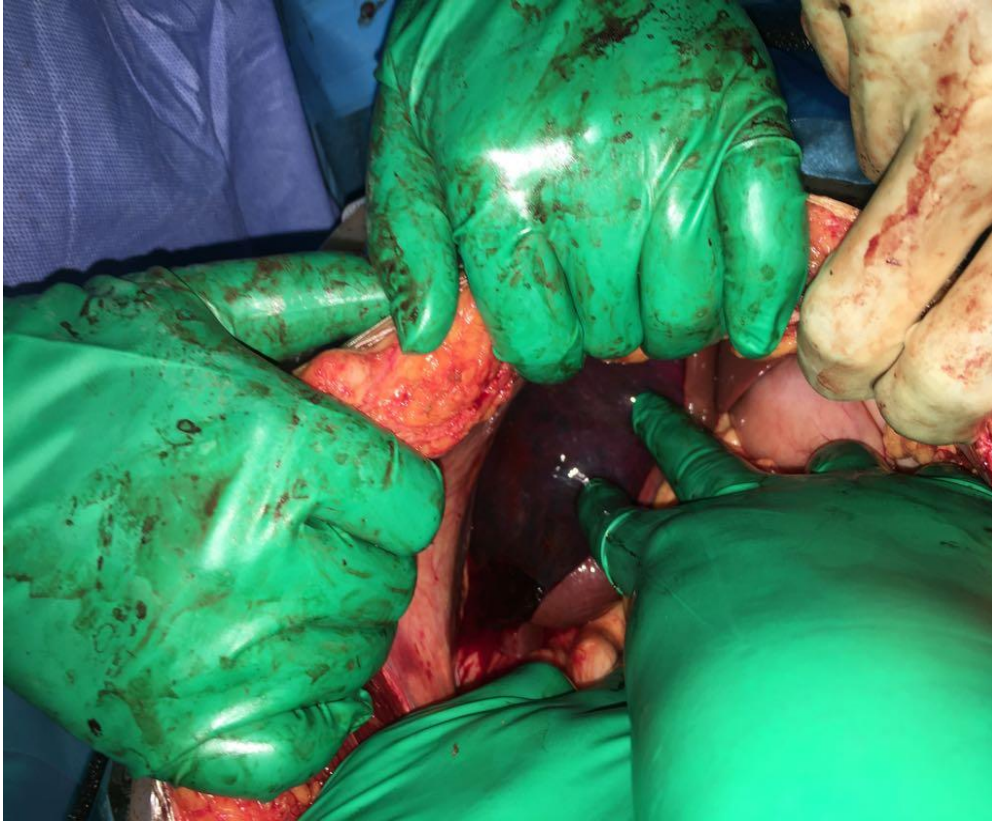


Fig. 4. *Hématome sous capsulaire du foie prenant tout le flanc droit rompu au niveau de sa face antérieure du segment VI*

La patiente était ensuite admise en réanimation, avec transfusion de 5 culots plaquettaire, 5 plasmas frais congelés et 2 culots globulaires.

L'évolution a été marquée par la stabilisation hémodynamique sous alpha-méthyl dopa associée à la nicardipine avec amélioration de la biologie.

Après 48H, le dépacking a été réalisé devant l'absence de récurrence de l'hémopéritoine sur l'examen de contrôle et stabilisation de l'état hémodynamique, de la coagulation.

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

2.4 CAS CLINIQUE N 4

Mme K.K, âgée de 42 ans, sans antécédent pathologique notable, 3G3P, suivie pour diabète gestationnel sous insuline, ayant consulté au CHP de Benslimane pour épigastralgies associées à des vomissements évoluant dans un contexte de prééclampsie avec des chiffres tensionnels élevés à 200/100mmhg sur une grossesse présumée à 7 mois.

La patiente a reçu un antihypertenseur injectable (Loxen), puis a fait un arrêt cardiorespiratoire récupéré ensuite elle a été référée en notre structure pour complément de prise en charge.

Patiente admise à 8h10 min accompagnée d'une infirmière anesthésiste et d'un ambulancier.

L'examen clinique à l'admission retrouve une patiente intubée ventilée sans drogues vaso-actives en semi-mydriase bilatérale réactive, la TA était imprenable et la FC à 35 bpm.

La patiente a été acheminée immédiatement au bloc opératoire où elle a fait un deuxième arrêt cardiorespiratoire récupéré par les mesures de réanimation (massage cardiaque, adrénaline 6 mg).

Un coup de sonde échographique réalisé n'a pas objectivé d'activité cardiaque.

La décision d'extraction était de mise au cours du geste opératoire un 3^{ème} arrêt cardiorespiratoire est survenu récupéré après 30min de mesures de réanimation (massage cardiaque + adrénaline 8mg).

L'exploration chirurgicale a retrouvé un hémopéritoine de grande abondance et a permis l'extraction d'un mort-né de 1800g. Aux constantes vitales la tension artérielle était à 90/50mmhg et la FC à 120bpm sous drogues vaso-actives (8mg d'adrénaline et 10mg de noradrénaline)

Le bilan biologique initial a montré un hells syndrome avec:

- Une anémie à 4g/dl des plaquettes à 105 000/UI des ASAT/ALAT: 2893/ 4980 UI/L, LDH à 5057UI /L
- Par ailleurs il a été retrouvé une Insuffisance rénale avec créatininémie à 70mg/l et un TP à 50
- Une transfusion a débuté à base de 4CG, 6CP et 6 PFC.

Les chirurgiens viscéralistes ont procédé à une exploration digestive ayant trouvé un décollement capsulaire hépatique au niveau du foie droit (segment VI et V) (figure 5).

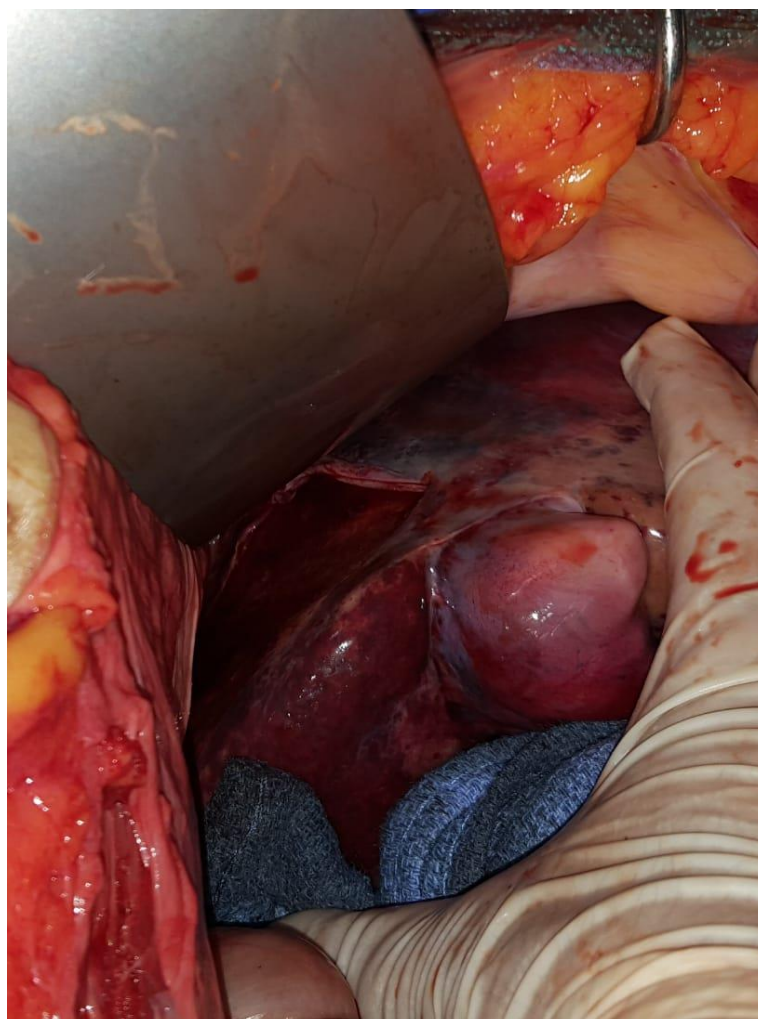


Fig. 5. Décollement capsulaire hépatique au niveau du foie droit (segment VI et V) en faveur d'un HSCF rompu

La décision d'un packing hépatique a été prise avec mise en place de 3 champs opératoires.

Puis la patiente a présenté un 4^{ème} arrêt cardiorespiratoire au cours de la fermeture aponévrotique non récupéré malgré les mesures de réanimation et un dépacking a été réalisé.

Patiente déclarée décédée à 10h10min.

Les caractéristiques cliniques et paracliniques de nos patientes sont résumées dans les Tableau 1 et 2.

Tableau 1. Les paramètres cliniques et évolutifs des 4 patientes traitées à la maternité ELHAROUCHI ibn Rochd CASABLANCA

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
AGE	37	29	32	42
Motif d'admission	Eclampsie	Douleurs intenses de l'HCD	Douleurs intenses de l'HCD	Arrêt cardiorespiratoire
Antécédent	-	MFIU	HTAG	Diabète gestationnel
Gestité	1	3	3	3
Parité	1	3	3	3
Age gestationnel (SA)	24	-	34	28
GCS	10	15	15	8
PAS	16	16	15	Imprenable
PAD	9	09	9	Imprenable
PROTEINURIE	+++	+++	+++	+++
OMI	+++	+++	++	++

Tableau 2. Les paramètres para cliniques et évolutifs des 4 patientes traitées à la maternité ELHAROUCHI Ibn Rochd CASABLANCA

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
Hémoglobine au diagnostic (g/dl)	8	8,7	9	4
Taux plaquettes au diagnostic (mm3)	94000	97000	81000	105000
GOT (UI/l)	410	414	211	2893
GPT (UI/l)	315	153	239	4980
Taux de Prothrombine (%)	78	80	75	50
Creatininémie (mg/l)	5,2	4,5	5	70
LDH	900	918	1037	5057
Echographie abdominale	+	+	+	-
TDM abdominale	-	+	+	-
Mortalité maternelle	-	-	-	+
Mortalité foetale	-	+	-	+

3 DISCUSSION

L'hématome sous capsulaire (HSC) du foie est une complication rare et grave qui a lieu pendant la grossesse ou la période du post-partum. Il survient dans un contexte de prééclampsie associée à un HELLP syndrome [1]. Sa rupture secondaire est l'une des plus graves complications obstétricales [2]. Il est associé à une mortalité maternelle et foetale de 50 et 80% respectivement [1].

C'est une complication décrite par Abercrombie en 1844 [3]. Son incidence est évaluée entre 1/45 000 et 1/225 000 naissances [2]. Sa cause précise est inconnue [4] mais elle est en partie expliquée par un syndrome microangiopathique avec Hémolyse. C'est une complication rare de la prééclampsie survenant le plus souvent dans le cadre d'un HELLP syndrome [5]. C'était le cas pour les 3 dernières observations.

Le syndrome HELLP est l'acronyme de Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets. Il est généralement considéré comme une forme clinique particulière de la pré-éclampsie, complication sévère de la deuxième moitié de la grossesse [6]. Leurs mécanismes sont intriqués et conduisent à une atteinte multiviscérale. L'atteinte hépatique prédomine dans la zone péri-portale, comprenant de nombreux dépôts obstructifs de fibrine disséminés dans les sinusoides hépatiques, une nécrose hépatocytaire focale à l'origine de la cytolyse hépatique, des thromboses et des hémorragies intra-hépatiques. L'ensemble de ces lésions participe à la congestion sinusoidale avec hyperpression intra-parenchymateuse qui peut être responsable d'hématomes sous-capsulaire du foie et d'hémopéritoine [6,7].

Il survient préférentiellement au troisième trimestre de la grossesse et en post-partum (15 à 30 % des cas) [8], chez des femmes multipares, entre 30 et 40 ans en moyenne [9]. Ces deux facteurs qui sont la multiparité et l'âge (plus de 30 ans) et sont les principaux facteurs de risque de rupture d'hématome sous-capsulaire [10,11].

Le signe clinique le plus fréquent (90% des cas) est une douleur constante et intense dans l'épigastre et / ou l'hypochondre droit "en barre", souvent associée à une douleur scapulaire homolatérale due à une irritation diaphragmatique. Cette douleur est due à la distension du parenchyme hépatique et de la capsule de Glisson due à une augmentation du débit au niveau des sinusoides hépatiques [12].

Aucun bilan biologique ne confirme le diagnostic d'hématome et de rupture hépatique, bien qu'une diminution soudaine de l'hématocrite ou une augmentation soudaine de l'activité des transaminases sériques puisse être hautement indicative [13].

Bien que le diagnostic de choix soit fait par tomodensitométrie, chez des patientes hémodynamiquement stables, l'échographie abdominale est généralement utile et facilement disponible et permet de repérer directement l'hématome sous la forme d'une lentille biconvexe sous-capsulaire [2]. L'emplacement de l'hématome sous-capsulaire hépatique est le lobe droit dans 75% des cas, le lobe gauche dans 11% des cas et les deux lobes dans 4% des cas [3,14].

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 foetale et le traitement de l'HSCF. Elle varie en fonction de l'état hémodynamique de la patiente et l'intégrité ou non de la capsule de Glisson [1].

En pré-partum, si HSCF n'est pas rompu, le traitement consiste à une surveillance étroite avec un traitement symptomatique par la correction des troubles de la coagulation et à l'extraction fœtale. S'il est rompu, le recours à une laparotomie médiane permet à la fois l'extraction foetale, l'exploration de l'étage hépatique avec drainage de l'hétopéritoine et la réalisation d'un packing du foie [15]. Cette attitude thérapeutique a été adoptée dans nos « dernières observations.

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 [16] comme était illustré dans nos dernières observations.

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 [17]. L'utilisation d'un coelioscope introduit lors d'une césarienne avec incision transversale a été décrite récemment [9], il a permis de bien explorer facilement le foie, de s'assurer de l'absence de saignement actif et d'éviter ainsi une incision médiane plus délabrante.

Si l'HSCF est survenu en post-partum, une TDM abdomino-pelvienne doit être réalisée pour diagnostiquer l'hématome et évaluer son caractère rompu ou non. Dans ce cas, c'est l'état hémodynamique qui oriente l'attitude thérapeutique soit un traitement conservateur par une polytransfusion et correction des paramètres biologiques sans recours à la chirurgie, comme illustre nos deux premières observations, soit une laparotomie médiane avec recours à l'une des techniques déjà citées [1].

Dans les cas gravissimes avec insuffisance hépatique majeure, la transplantation hépatique constitue l'ultime solution thérapeutique [2].

Smith et al, rapportent que le packing hépatique est associé à une survie globale de 80% par rapport à la lobectomie, qui est de 25%.

Il a été démontré que traitement conservateur réussit à traiter les hématomes non rompus et devrait être préconisé pour éviter les traumatismes hépatiques inutiles, qui pourraient entraîner une rupture et des saignements catastrophiques [18,19].

Une évaluation chirurgicale est nécessaire si l'hématome augmente de taille ou si l'état du patient se détériore. Alors que la résolution complète de l'hématome peut prendre plusieurs mois, si l'état du patient et la taille de l'hématome restent stables, le patient peut être libéré et suivi en ambulatoire [18].

4 CONCLUSION

L'HSC du foie est une complication rare mais grave du HELLP syndrome par le risque de rupture. Son diagnostic précoce et sa prise en charge rapide et adéquate sont essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et optimiser le pronostic des patientes. La prévention est essentielle dans notre contexte qui doit être basée sur le suivi des grossesses pour dépister les grossesses compliquées de pré-éclampsie, chose qui va permettre certainement de réduire la mortalité materno-foetale liée à cette pathologie.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail.

REFERENCES

- [1] Taheri, H., Saadi, H., Amrani, B., Housni, B., & Mimouni, A. (2015). L'hématome sous-capsulaire du foie rompu. À propos de 3 cas. *Anesthésie & Réanimation*, 1 (3), 265-269.
- [2] Abida, A., Meddah, J., El Youssfi, M., & Bargach, S. (2018). Hématome sous capsulaire du foie: A propos d'un cas. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 23 (4), 700-704.
- [3] Carazo, B., Romero, M. Á., Puebla, C., Sanz, A., & Rojas, B. (2013). Hematoma hepático subcapsular en el puerperio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78 (6), 451-454.
- [4] Zapata Díaz, B. M., Ramírez Cabrera, J. O., Cabrera Ramos, S. G., Mejía Cabrera, F. S., & Mendoza Solorzano, P. R. (2019).
- [5] Seren, G., Morel, J., Jospe, R., Mahul, P., Dumont, A., Cuileron, M.,... & Auboyer, C. (2006, October). HELLP syndrome et hématome sous-capsulaire du foie rompu. Stratégie thérapeutique à partir d'un cas clinique. In *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Vol. 25, No. 10, pp. 1067-1069). Elsevier Masson.
- [6] Kaaniche, F. M., Chaari, A., Turki, O., Rgaieg, K., Baccouch, N., Zekri, M., & Bouaziz, M. (2016). Actualité sur le syndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets). *La Revue de Médecine Interne*, 37 (6), 406-411.
- [7] Beucher G, Simonet T, Dreyfus M. Prise en charge du HELLP syndrome. *GynecolObstet Fertil* 2008; 36: 1175–90.
- [8] Nunes JO, Turner MA, Fulcher AS. Abdominal imaging features of HELLP syndrome: a 10-year retrospective review. *AJR AmJ Roentgenol* 2005; 185: 1205—10.
- [9] Berveiller, P., Vandenbroucke, L., Popowski, T., Afriat, R., Sauvanet, E., & Giovangrandi, Y. (2012). Hématome sous-capsulaire du foie: cas clinique et mise au point actualisée sur la prise en charge. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 41 (4), 378-382.
- [10] Pérez Hernández T, Sáez Cantero VC. Hematomasubcapsular hepático. Grave complicación del embarazo. *Revista Medisur* 2010; 8 (6).
- [11] Carazo, B., Romero, M. Á., Puebla, C., Sanz, A., & Rojas, B. (2013). Hematoma hepático subcapsular en el puerperio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78 (6), 451-454.
- [12] Berveiller P, Vandenbroucke L, Popowski T, Afriat R, Sauvanet E, Giovangrandi Y. Hématome sous-capsulaire du foie: cas clinique et mise au point actualisée sur la prise en charge. *Hepatic subcapsular hematoma: A case report and management update. J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012; 41: 378-382.
- [13] Polo Gil, M., Uriarte Rosquil, E., Plaja Martí, I., Manterola, R., Lánderer Vázquez, T., & Remón Izquieta, M. (2017, August). Hematoma hepático espontáneo en gestante a término durante el trabajo de parto. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 40, No. 2, pp. 295-297). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- [14] Pérez Hernández T, Sáez Cantero VC. Hematoma subcapsular hepático. Grave complicación del embarazo. *Revista Medisur* 2010; 8 (6).
- [15] TyagiV, ShamasAG, CameronAD. Spontaneous subcapsular hematoma of liverin pregnancy of unknown etiology—conservative management: a case report. *JMaternFetal Neonatal Med* 2010; 23: 107–10.
- [16] 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.
- [17] Barton JR, Sibai BM. Gastrointestinal complications of preeclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33: 179—88.
- [18] A. Ditisheim, B.M. Sibai, Diagnosis and management of HELLP syndrome complicated by liver hematoma, *Clin. Obstet. Gynecol.* 60 (1) (2017) 190–197.
- [19] V. Brown, J.Martin, D.Magee, A rare case of subcapsular liver haematoma following laparoscopic cholecystectomy, *BMJ Case Rep.* (2015).