

CAT DEVANT UNE CYTOLYSE DU 3ÈME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Journée AFEF STGE

Dr Héla KCHIR

Service de Gastroentérologie B- Hôpital La Rabta

INTRODUCTION

Au cours d'une grossesse normale, certaines modifications du bilan hépatique sont physiologiques:

Baisse

Albumine

Bilirubine

GGT

Augmentation

PAL

Cholestérol

Inchangés

Transaminases

Acides biliaires

→ Toute cytolysse au cours d'une grossesse doit être considérée comme pathologique

Une cytolysse au cours de la grossesse (T3) peut relever de pathologies mettant en jeu le pronostic vital de la mère et/ou de l'enfant.

Hépatopathies Non Spécifiques à la Grossesse

Aigues intercurrentes:

- Hépatites virales
- Maladies biliaires
- Hépatotoxicité
médicamenteuse

Chroniques:

- Hépatites virales chroniques
- Hépatites auto-immunes

Hépatopathies Gravidiques

Cholestase Intrahépatique Gravidique (CIG)

Hépatopathies liées à l'HTA au cours de la grossesse

Stéatose hépatique aigue gravidique (SHAG)

La Cholestase gravidique



ATCD de cholestase gravidique ou sous contraceptifs

Clinique: Prurit généralisé (extrémités +++ et Tronc)

Biologie: \nearrow ALAT jusqu'à 10N

- GGT normales dans 70% des cas (Caractéristique de la CG)
- PAL n'ont pas d'utilité diagnostique
- Acides biliaires totaux à jeun $> 10 \mu\text{moles/L}$ = confirmation Dg

**→ En l'absence de possibilité de dosage des Acides Biliaires,
Le diagnostic positif = Diagnostic d'élimination**

Diagnostics différentiels: Hépatites virales, hépatite à CMV, LPAC syndrome, Hépatopathies autoimmunes

La Cholestase gravidique



Conduite à tenir:

AUDC 15 mg/kg/J en 2 prises/j
jusqu'à l'accouchement
+Surveillance materno-foetale

Evolution:

Disparition des anomalies clinico-biologiques dans 3M après
l'accouchement

Si pas de normalisation → hépatopathie chronique cholestatique?

Hépatopathies Gravidiques

Cholestase Intrahépatique Gravidique (CIG)

**Hépatopathies liées à l'HTA au cours de la
grossesse**

Primum movens: Défaut d'Invasion trophoblastique

→ maladie endothéliale systémique (Foie++)

PRÉ-ECLAMPSIE

-Facteurs de risque:

Primipare, obèse, diabétique,
ATCD HTA ou HTA gravidique, Age
maternel extrême

-Clinique:

Signes digestifs

-Syndrome toxémique:

HTA (> 140/90 mmHg)

+ Protéinurie (> 0,3g/24h)

-Biologie: **Cytolyse $\approx 10N$**



HELLP SYNDROME

Epigastralgies en barre

! Possibilité de forme asymptomatique
ou sans HTA → Marqueurs
angiogéniques

Triade diagnostique:

Hémolyse

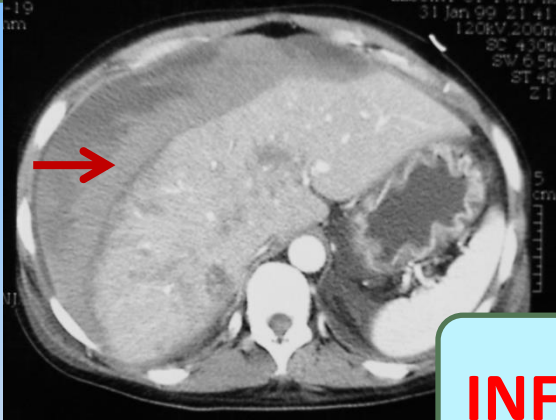
Cytolyse 3 à 50 N,

Plaquettes < 100 000/mm³

Echographie abdominale
TDM/IRM

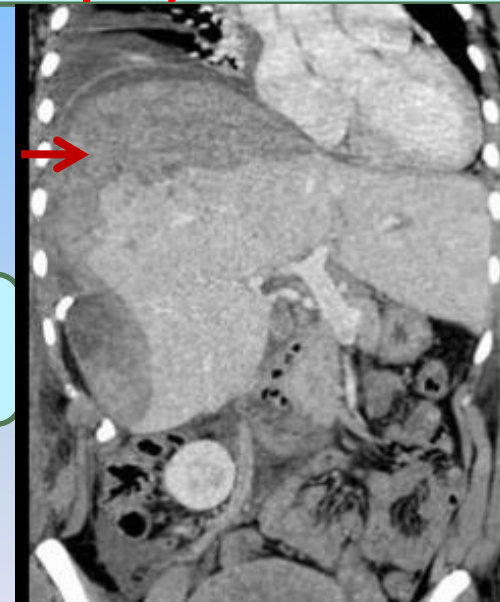
Echographie Abdominale/ TDM/IRM

HÉMATOME
sous capsulaire du foie



RUPTURE

Fièvre + Hyperleucocytose+ Etat De
choc+ **Cytolyse $\approx 100N$**



INFARCTUS Hépatique



Hépatopathies Gravidiqques Liées à l'HTA Traitement

Le seul traitement est l'arrêt de la grossesse

Ablation du placenta qui est à l'origine de la pathologie
(décision obstétricale selon le terme: IMG, Déclenchement,
Césarienne)

Disparition des anomalies clinicobiologiques dans les 2
semaines post Accouchement

Hépatopathies Gravidiques

Cholestase Intrahépatique Gravidique (CIG)

**Hépatopathies liées à l'HTA au cours de la
grossesse**

Stéatose hépatique aigue gravidique (SHAG)

La Stéatose Hépatique Aigue Gravidique (SHAG)



Cytopathie mitochondriale: Accumulation d'Acides gras du fœtus

→ passage dans la circulation maternelle

→ Dépôt intra hépatique maternel → **Insuffisance Hépatocell**

A évoquer devant: (Phase pré-ictérique Pronostic +)

Sd polyuro-polydipsique + Signes digestifs+ (Sd Toxémique) +

cytolyse 10 à 15N

Si Ictère: signe d'alarme annonce la flambée vers l'IHC (**Pc-**)

Cytolyse < 15N + Sd Polyuopolydipsique + Signes digestifs

Echographie abdominale Foie hyperéchogène (10%)

NON

OUI

SHAG

Cytolyse < 15N + Sd Polyuopolydipsique+ Signes digestifs



Critères diagnostiques de Swansea pour la SHAG

6 ou > de ces critères sont nécessaires en l'absence d'un diagnostic alternatif

- Vomissements
- Douleurs abdominales
- Polydipsie/polyurie
- Encéphalopathie
- Elévation de la bilirubine (> 14 $\mu\text{mol/l}$)
- Hypoglycémie (4 mmol/l)
- Elévation de l'acide urique (> 340 $\mu\text{mol/l}$)
- Leucocytose (> 11,106/l)
- Ascite ou foie brillant à l'ultrason
- Elévation des transaminases (> 42 IU/l)
- Hyperammoniémie (> 47 $\mu\text{mol/l}$)
- Insuffisance rénale (créatinine > 150 $\mu\text{mol/l}$)
- Coagulopathie (PT > 14 s ou PTT > 34 s)
- Stéatose microvésiculaire à la biopsie hépatique

Diagnostic positif Stéatose hépatique aigue gravidique

La Stéatose Hépatique Aigue Gravidique (SHAG) Traitement

**La grossesse est le seul facteur étiologique de la SHAG
→ L'évacuation utérine constitue le seul traitement
curatif de la maladie**

Si prise en charge précoce → Guérison sans séquelles
hépatiques

Hépatopathies Non Spécifiques à la Grossesse

Aigues intercurrentes:

- Hépatites virales
- Hépatotoxicité médicamenteuse

Chroniques:

- Hépatites virales chroniques
- Hépatites auto-immunes

Hépatites Virales Aigues

- **HVA** → Possibilité d'accouchement prématuré
Pronostic maternel et infantile généralement bon
- **HVE** → Risque d'hépatite fulminante et d'éclampsie
- **HSV** : rare mais sévère
(A évoquer devt fièvre + éruption vésiculeuse) → Aciclovir
- **CMV**: Malformations foétales → Valciclovir

Hépatite Médicamenteuse

-le médicament le plus fréquent en cause:

Alpha méthyl dopa

Aldomet^R



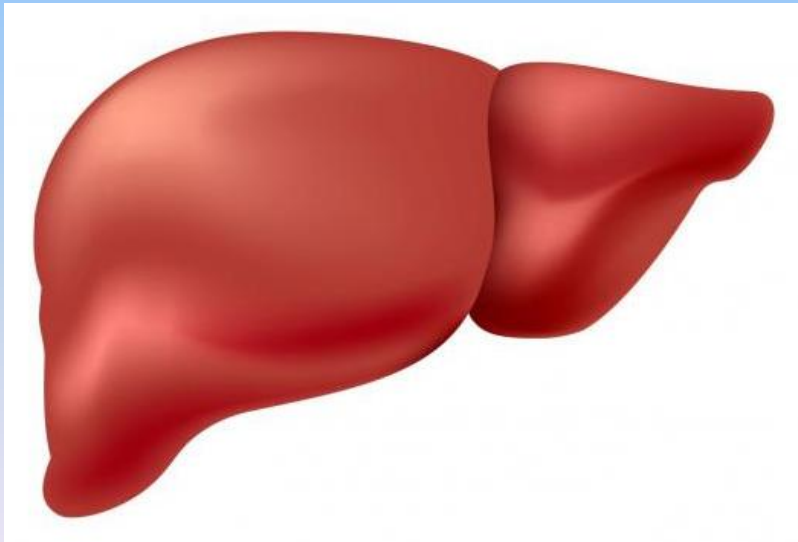
- Ne pas passer à côté d'une hépatite à l'Aldomet chez une femme toxémique!!!!

Hépatites Chroniques

| | Hépatite virale B | VHC |
|-----------------------------------|---|-------------|
| Indications thérapeutiques | Si Ag Hbe (+) Ou ADN VHB > 200 000 UI/ml +/- Taux d'Ag HBs > 4-4,5 log UI/ml Molécules autorisées : LAM, TDF ETV contre indiqué | - |
| Mode d'accouchement | C/S si ADN VHB > 200 000 UI/ml | Non modifié |
| Prévention à la naissance | Sérovaccination+++ | Non |
| Allaitement | Possible si non traitée ou si sous Ténofovir | Possible |

Hépatite Auto-immune

- Corticoïdes et Azathioprine sont possibles
- Possibilité poussée après accouchement → Surveillance



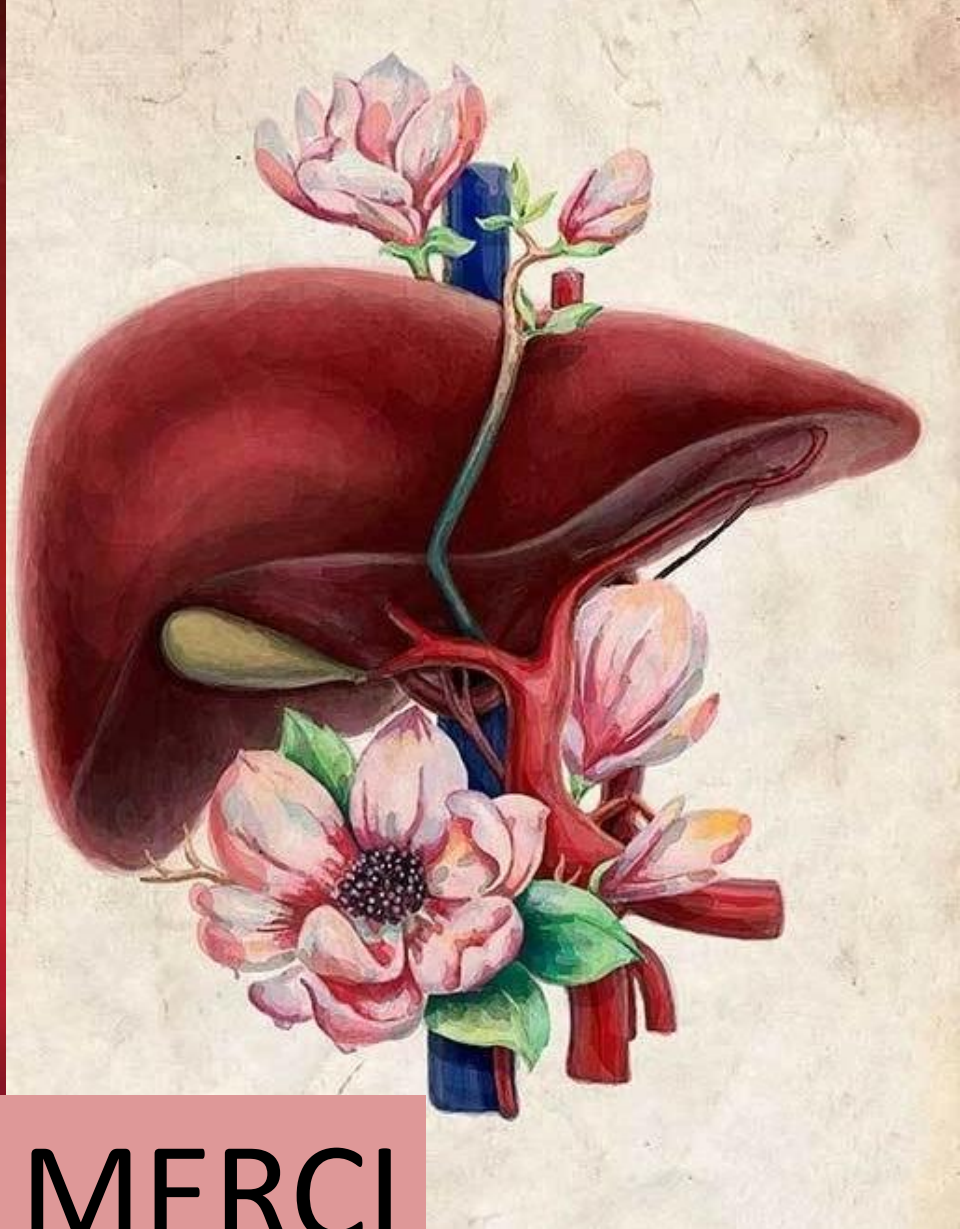
EASL 2015



Take Home Messages

- Toute Cytolyse au cours de la grossesse est pathologique
- Certes, les hépatites virales sont à évoquer en premier car elles sont les plus fréquentes mais toujours rechercher les hépatopathies gravidiques car elles sont les plus graves
- Ne jamais négliger un prurit, une polydipsie , des signes digestifs apparus au 3^{ème} trimestre de grossesse accompagnant une cytolyse
- Le ttt de l'HVB chronique est bien codifié au cours de la grossesse

La prise en charge d'une cytolyse au cours de T3 impose une étroite collaboration entre hépatologue , obstétricien et réanimateur



MERCI