

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 5 ■ N° 15 (2010)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- Maladies trophoblastiques gestationnelles persistantes au CHU de Brazzaville**
Péko JF, Buambo-Bamanga S, Kokolo J, Ekoundzola R, Ngolet A61 - 64
- Les hémorragies du post-partum immédiat : épidémiologie et pronostic à l'hôpital régional de Thiès au Sénégal**
Seck AS, Ba MG, Laico A, N'diaye F, Diallo D, Beye MD, Thiam D.....65 - 68
- Caractéristiques socio-démographiques, connaissances et attitudes des femmes sous contraception à la clinique modèle de l'association guinéenne pour le bien être familial (AGBEF) de Conakry.**
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73
- Les audits des décès maternels : expérience de la maternité du CHU de Ouagadougou, Burkina faso**
Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Millogo F, Thieba B, Akotionga M, Lankoande J.....74 - 80
- Le HELLP syndrome : à propos de neuf cas traités à la maternité Joséphine Bongo**
Sima Zué A, Bang Ntamack JA, Ngou Mve Ngou JP, Mandji Lawson JM, Akere Etoure Bilounga Z, Eya'ama Mvé R.....81 - 85
- Approche diagnostique des troubles de l'ovulation au service de gynécologie obstétrique du CHU de Yopougon**
Fanny M, Horo A, Koffi A, Adjoussou S, Koné M.....86 - 90
- Facteurs étiologiques et prise en charge de la rupture prématurée des membranes (RPM) dans une maternité régionale du niveau II en Guinée**
Diallo A, Diallo Y, Balde IS, Camara K, Diallo I, Sy T, Diallo MS.....91 - 94
- Césarienne d'indication élective exécutée en urgence : raisons et pronostic maternel et fœtal à la maternité du CHU de Cocody, Côte d'Ivoire**
Balde IS, Diallo FB, Gondo D, Diallo Y, Diallo A, Adjobi CR, Boni S, Diallo MS95 - 99
- Complications de l'application du forceps au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville (Congo)**
Buambo-Bamanga SF, Oyere-Moke P, Ngbale R, Doukaga Moussavou R, Ekoundzola JR.....100 - 103
- Eclampsie retardée du post-partum : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de Yopougon**
Konan-Ble R, Olou NL, Adjoussou S, Seni K, Koffi A, Fanny M, Kone M.....104 - 108
- CAS CLINIQUE**
(CASE REPORT)
- Un cas de rupture d'hématome sous-capsulaire du foie au décours d'un accouchement gémellaire.**
Diouf AA, Sylla T, Moreira PM, Diallo M, Faye Diémé ME, Diouf A109 - 112

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Persistent gestational trophoblastic diseases at CHU of Brazzaville***
Péko JF, Buambo-Bamanga S , Kokolo J, Ekoundzola R, Ngolet A61 - 64
- Epidemiology and prognosis of postpartum hemorrhage at the regional hospital of Thies in Sénégal***
Seck AS, Ba MG, Laico A, N'diaye F, Diallo D, Beye MD, Thiam D.....65 - 68
- Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean association for the well-being of family (AGBEF), Conakry***
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73
- Audits of maternal deaths: experiences of maternity of CHU Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Millogo F, Thieba B, Akotiongna M, Lankoande J.....72 - 80
- Hellp syndrome: about nine cases treated at Joséphine Bongo maternity***
Sima Zué A, Bang Ntamack JA, Ngou Mve Ngou JP, Mandji Lawson JM, Akere Etoure Bilounga Z, Eya'ama Mvé R.....81 - 85
- Diagnosis of the ovulation disorders at the departement of Gynecology and obstetricsd of Yopougon teaching hospital***
Fanny M, Horo A, Koffi A, Adjoussou S, Kone M.....86 - 90
- Etiological factors and management about preterm rupture of membranes (PRM) in a level 2d regional maternity in Guinea.***
Diallo A, Diallo Y, Balde IS, Camara K, Diallo I, Sy T, Diallo MS.....91 - 94
- Cesarean section of elective indication executed as an emergency: Reasons, maternal and fetal prognosis at the maternity of CHU Cocody, Côte d'Ivoire***
Balde IS, Diallo FB, Gondo D, Diallo Y, Diallo A, Adjobi CR, Boni S, Diallo MS95 - 99
- Complications of forceps application at the teaching hospital of Brazzaville (Congo)***
Buambo-Bamanga SF, Oyere-Moke P, Ngbale R, Doukaga Moussavou R, Ekoundzola JR.....100 - 103
- Late post-partum eclampsia: epidemiological, clinical, therapeutic and prognosis aspects at the Yopougon teaching's hospital.***
Konan-Ble R, Olou NL, Adjoussou S, Seni K, Koffi A, Fanny M, Kone M.....104 - 108

CASE REPORT

- A case of ruptured subcapsular hematoma of the liver after a twin birth.***
Diouf AA, Sylla T, Moreira PM, Diallo M, Faye Diémé ME, Diouf A109 - 112

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

**UN CAS DE RUPTURE D'HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE
AU DÉCOURS D'UN ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE.**

*A CASE OF RUPTURED SUBCAPSULAR HEMATOMA OF THE LIVER
AFTER A TWIN BIRTH.*

DIOUF AA, SYLLA T, MOREIRA PM, DIALLO M, FAYE DIÉMÉ ME, DIOUF A

Adresse : Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine
Sis Camp de Thiaroye, Dakar , Sénégal - Tel : (221)33 853 00 71 / Fax : (221) 33 853 00 69
Email : hoppikine@orange.sn

Correspondances : Professeur Alassane Diouf, Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal ; Tel : 33 853 00 71 / Fax : 33 853 00 69 ;
Email : dioufalassane@ymail.com

RESUME

L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) gravidique est une complication suraigüe, rare et gravissime de la prééclampsie avec un HELLP syndrome (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets count). Il survient surtout à la fin du troisième trimestre de la grossesse, et parfois dans le post-partum immédiat. L'apparition de douleurs épigastriques dans un contexte de prééclampsie doit y faire penser, permettant de recourir rapidement à l'imagerie (Echographie, Tomodensitométrie, ou Imagerie à Résonance Magnétique) afin de poser le diagnostic. A défaut, la découverte peut être tardive au stade de rupture, grevée d'une grande létalité. A l'occasion d'un cas clinique survenu dans le post-partum immédiat après un accouchement gémellaire, les auteurs rappellent les aspects physiopathologiques, thérapeutiques et pronostiques de cette redoutable pathologie.

Mots clés : Prééclampsie. Hématome sous-capsulaire du foie. Rupture.

SUMMARY

Subcapsular haematoma of the liver is a complication of pregnancy, rare and extremely serious in preeclampsia with a HELLP syndrome. It occurs mostly in the late third trimester of pregnancy or during post-partum period. The onset of epigastric pain associated with preeclampsia must lead to use ultrasound, tomodesitometry, or magnetic resonance imaging for early diagnosis. Otherwise, late diagnosis will be associated with high lethality. A case of subcapsular haematoma of the liver occurring in the post-partum after a twin delivery, give us opportunity for review physiopathology, therapeutic and prognostic features of this dreaded disease.

Keywords: Preeclampsia. Liver subcapsular haematoma. Rupture.

INTRODUCTION

L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) est une complication rare et grave du syndrome HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets count). Son évolution est dominée par le risque de rupture dont le pronostic est très sévère, particulièrement en milieu africain, où l'accès limité à l'imagerie médicale restreint les possibilités d'un diagnostic précoce, et où les moyens de réanimation et le plateau technique chirurgical sont habituellement insuffisants pour un traitement qui est par ailleurs lourd, et souvent décevant.

A l'occasion d'un cas clinique survenu dans le post-partum immédiat d'une grossesse gémellaire, les auteurs rappellent les aspects physiopathologiques, cliniques, biologiques, morphologiques, thérapeutiques et pronostiques de cette redoutable pathologie.

OBSERVATION

Madame A. D., âgée de 25 ans, cinquième geste cinquième pare, est référée d'une structure sanitaire périphérique de la banlieue de Dakar, pour des épigastralgies suivies de vomissements alimentaires au décours d'un accouchement gémellaire à 38 semaines d'aménorrhée (SA), dans un contexte de prééclampsie modérée. Elle aurait accouché 10 heures auparavant d'un premier jumeau vivant pesant 2900 grammes, puis d'un deuxième jumeau mort-né frais pesant 2700 g. La grossesse aurait été suivie avec 4 consultations prénatales, ayant permis de relever la survenue d'une prééclampsie à la quatrième visite, soit à 32 (SA).

A l'admission, la patiente présentait un état général conservé, des muqueuses conjonctivales normalement colorées, une hypertension artérielle à 140/90 mm Hg, un pouls à 96 pulsations par minute. L'examen obstétrical était sans particularité, avec un abdomen souple, un utérus bien rétracté, et des lochies physiologiques.

La numération sanguine montrait un taux d'hémoglobine de 9,8g/dl, un taux d'hématocrite à 32%, et une numération plaquettaire à $138. 10^3 / \text{mm}^3$. La patiente a été mise par l'interne de garde sous supplémentation martiale, et alpha-méthyl dopa à raison de 2 prises de 500 mg par jour. Après une courte mise en observation, l'exéat est fait pour un suivi en ambulatoire. Quatre heures plus tard, la patiente présente brutalement à son domicile une perte de connaissance motivant son réacheminement dans notre structure, où le décès est constaté dès l'arrivée.

La nécropsie réalisée permettait de retrouver une

rupture de la capsule de Glisson par un hématome sous-capsulaire (figure 1) aux dépens du lobe droit d'un foie qui avait un aspect globalement bigarré (figure 2), associé à un important hémopéritoine de 2 litres.

DISCUSSION

Epidémiologie

L'hématome sous-capsulaire du foie (HSCF) est une collection sanguine entre le parenchyme hépatique et la capsule de Glisson compliquant habituellement un syndrome HELLP [1, 2]. L'absence d'une recherche systématique fait que la fréquence de l'HSCF est difficile à déterminer, mais est estimée entre 1/45.000 à 1/225.000 grossesses [1, 2]. Sa survenue est sous-estimée en Afrique subsaharienne où, en plus des possibilités d'explorations paracliniques limitées, des motifs socio-culturelles et religieux constituent une entrave à la réalisation d'une nécropsie utile en cas de suspicion diagnostique. L'hématome sous-capsulaire du foie surviendrait dans 65% des cas au troisième trimestre de grossesse, et dans 85% des cas pendant le travail [1, 2, 3]. Sa constatation est possible dans le post-partum immédiat comme cela a été rapporté dans notre observation, et dans cette période sa fréquence représenterait 15% [1,2,3]. Dans le post-partum tardif, l'HSCF paraît exceptionnel, avec un cas rapporté dans la littérature, diagnostiqué 10 jours après l'accouchement [4].

A l'image de notre observation, un cas d'HSCF sur un terrain de grossesse gémellaire a déjà été rapporté [5]. Le rôle direct de la grossesse gémellaire n'a pas été évoqué, mais l'exagération du syndrome maternel, la prééclampsie, et la compression du foie par l'augmentation importante du volume utérin pourraient jouer un rôle significatif dans la survenue d'HSCF et sa rupture.

Pathogénie

L'hématome sous-capsulaire survient habituellement dans un contexte de prééclampsie [1, 2, 3] compliqué d'un syndrome HELLP. Sa constitution s'explique par des phénomènes de micro-angiopathie thrombotique à l'origine de dépôts de fibrine dans les capillaires sinusoides ; il s'en suit une nécrose par plages dont la coalescence aboutit à la formation d'un hématome, souvent auto entretenu par la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), et pouvant s'ouvrir sous la capsule de Glisson.

La rupture de la capsule de Glisson est la hantise de l'HSCF, en raison de son caractère dramatique. Sa survenue peut être spontanée, ou secondaire à une mise en tension du foie par les contractions utérines,

des efforts de vomissements répétés, des crises convulsives éclamptiques ou des expressions utérines. Et enfin, comme cela a été observé dans notre cas, on ne peut exclure le rôle d'une déambulation précoce.

Diagnostic

Le tableau clinique diffère selon le stade évolutif. Avant rupture, la douleur est le seul symptôme constant : elle est d'intensité variable et siège soit au niveau épigastrique, soit au niveau de l'hypochondre droit, avec une irradiation scapulaire, lombaire ou thoracique [1, 2, 3]. C'est une douleur continue, à type de constriction, rebelle aux antalgiques habituels, et peut s'accompagner de nausées, vomissements, ou lipothymies. L'examen clinique peut parfois mettre en évidence une hépatomégalie douloureuse. Il faut accorder toute sa valeur à ce symptôme, afin de recourir à l'imagerie qu'il s'agisse de l'échographie, ou mieux de l'examen tomodensitométrique voire de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), qui permettra de poser le diagnostic. L'échographie abdominale au lit est l'examen paraclinique de première intention du fait de sa plus grande disponibilité, et de la précarité du tableau clinique. Elle visualise l'hématome sous forme d'une image hétérogène hypoéchogène par rapport au reste du parenchyme hépatique, ou alors une hyperéchogénicité de la capsule de Glisson témoignant un début de décollement [6, 7]. La tomodensitométrie (TDM), plus sensible que l'échographie délimite parfaitement la collection sous-glissonienne sous forme d'une image hypo, iso ou hyperdense entourée d'un halo hypodense déformant les contours hépatiques. L'artériographie mésentérique qui met en évidence la zone de la rupture artériolaire, et pourrait faciliter l'hémostase n'est cependant pas recommandée dans le contexte de l'urgence. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) très sensible, présente l'inconvénient de son coût élevé et de sa disponibilité limitée [7].

Sur le plan biologique, notre patiente présentait certes une anémie, mais la thrombopénie constatée n'était que légère, confirmant l'absence de corrélation entre la sévérité de la lésion et les troubles de la crase sanguine [1, 2, 3].

La rupture réalise un tableau d'urgence abdominale avec exacerbation de la douleur et apparition d'un syndrome péritonéal [5, 8, 9]. L'état de choc hémorragique peut, au début, être masqué par l'hypertension artérielle pré-existante. Devant ce tableau, l'échographie réalisée en urgence permet

de confirmer l'épanchement péritonéal et d'accélérer la prise en charge.

Traitement

La prise en charge de l'HSCF nécessite plusieurs conditions difficilement remplies par la plupart de nos structures hospitalières. Le plateau technique doit être élevé, avec une équipe chirurgicale, associant obstétricien et chirurgien viscéraliste, et un néonatalogue [1, 2, 3].

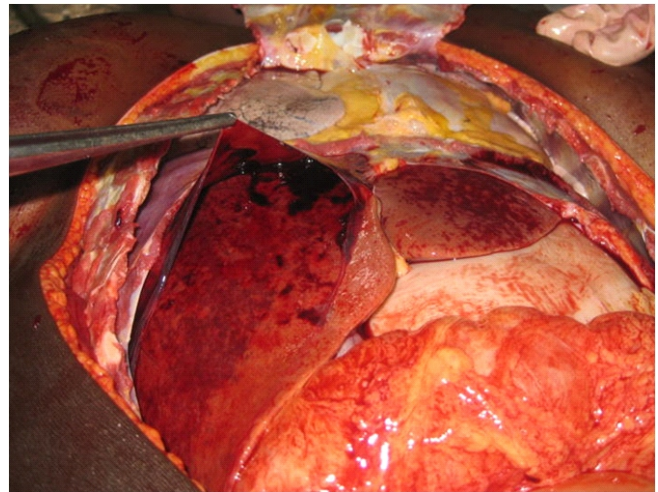


Fig. 1 : capsule de Glisson rompue avec caillots résiduels sous - capsulaires

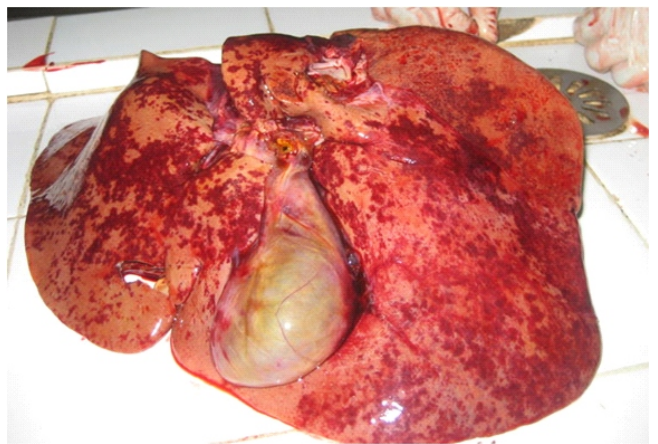


Fig. 2 : aspect globalement bigarré du foie

Idéalement, le traitement est mené avant le stade de rupture. Il consistera en un traitement médical visant la correction des troubles hémodynamiques, de la coagulation et des éventuelles défaillances viscérales. L'extraction fœtale doit être urgente, mais prudente, évitant les manipulations au niveau de l'étage sus-mésocolique. Il sera associé une surveillance échographique, éventuellement tomodensitométrique, jusqu'à la résorption de l'hématome qui peut durer plusieurs semaines. Les produits sanguins et leurs dérivés sont des moyens médicaux indispensables. Ils permettent la

correction de l'anémie et des troubles de l'hémostase tout en préservant l'expansion volémique. La corticothérapie par la dexaméthasone semble utile pour stabiliser ou freiner la thrombopénie, mais n'a pas fait la preuve de son efficacité dans l'amélioration du pronostic maternel et fœtal [3].

Le traitement chirurgical ne doit être envisagé qu'en cas de rupture, et sera préférentiellement conservateur [1,2,3]. L'attitude pourra être une coagulation au bistouri ou à l'Argon, un packing par apposition de colle biologique, de mèches chirurgicales ou du grand épiploon [1, 2, 3, 5]. En cas d'échec, une ligature chirurgicale de l'artère hépatique peuvent être tentée, mais expose à la survenue de nécrose hépatique ou de gangrène vésiculaire. De même, des gestes d'embolisation hépatique sélective, voire de résection partielle (lobectomie) ou totale avec transplantation hépatique ont été décrits, mais ne sont possibles que dans certaines structures hospitalières ayant des services et des équipes chirurgicales spécialisés dans la chirurgie hépatique [2, 10].

Pronostic

Dans les pays du Nord, le taux de mortalité de l'HSCF rompu a diminué, passant de 70 % en dans les années 1960 à environ 10 % dans les années 1990 [1]. En milieu africain, le pronostic de l'HSCF, souvent rompu, est très péjoratif. La létalité varie de 60% à 100% [8, 9].

CONCLUSION

La rareté de l'hématome sous-capsulaire du foie dans le post-partum fait qu'on n'y pense pas assez, malgré la forte mortalité maternelle qui lui est associée. Dans le contexte africain, toute douleur épigastrique sur un terrain de prééclampsie doit être l'indication d'une échographie abdominale qui est un examen accessible, afin de poser le diagnostic avant la rupture. Cette attitude permettra d'instituer une hospitalisation et un traitement médical centré sur la correction des troubles hématologiques. A défaut, l'évolution se fait vers la rupture, souvent au dessus des ressources thérapeutiques disponibles.

REFERENCES

1. 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.
2. 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.
3. Ducarme G, Bernuau J, Luton D. Foie et prééclampsie. *Ann Fr Anesth Réanim* 2010 ; 29(4) : e97e103.
4. Harandou M. ; Khatouf M. ; Oudyi D. Hématome sous-capsulaire du foie rompu de découverte fortuite en post-partum. *Médecine d'urgence (Paris)A.* 2005 ; 27, 2 :45-46.
5. Trabelsi O. ; El Hachaichi A. ; Bettaieb A. Hématome sous capsulaire du foie au cours de la grossesse en dehors de la toxémie : Rapport d'un cas. *Tunisie chirurgicale A.* 1996 ; 2 : 80-82 .
6. M.M. Mikou, F. Sefrioui, M. Harrandou, M. Khatouf, N. Kenjaa. Traitement chirurgical d'un hématome sous-capsulaire du foie rompu à 39 semaines d'aménorrhée. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ;28 :265272.
7. M Mahi, M. Chellaoui, I. Nassar, L. Chat, D. Alami, F. Achaaban, A. Najid, H. Benamour-Ammar. Hématome sous-capsulaire du foie et grossesse : à propos de 4 observations. *J Radiol* 2001 ; 82 :679-82.
8. A Sima zue, J Bang Ntamack, P Biyogo Hématome sous-capsulaire du foie rompu. A propos d'un cas observé dans une maternité isolée du Gabon. *Ann Fr Anesth Réanim* 2010 ; 29 : 165169.
9. S El Youssoufi, A Nsiri, S. Salmi, M Miguil Rupture du foie en péripartum : à propos de 8 cas. *J. Gynécol Obstet Biol Reprod* 2007 ; 36 : 57-61.
10. PN Descheemaeker, P Compagnon, V Lavoue, P Seguin, D Lechaux, A Renaud-Giono, C Camus, B Meunier, Y Malledant. Transplantation hépatique pour hématome sous-capsulaire rompu lors d'un HELLP Syndrome. *Ann Fr Anesth Réanim* 2009 ; 28 : 1020-1022.