

## Grossesse aboutie chez une patiente cirrhotique

*Successful pregnancy in a cirrhotic patient*Mounir Moukit<sup>1</sup>, Tarik Adioui<sup>2</sup>, Jaouad Kouach<sup>1,3</sup>, Fatima El Mangoub<sup>1</sup>, Moulay El Mehdi El Hassani<sup>1</sup>, Aziz Aourarh<sup>2,3</sup>, Driss Moussaoui Rahali<sup>1,3</sup>

1 Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

2 Service de Gastro-entérologie I, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

3 Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

## Correspondance à :

Mounir MOUKIT

[moukitmounir@yahoo.com](mailto:moukitmounir@yahoo.com)

DOI: <https://doi.org/10.48087/BJM.Scr.2018.5122>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

## RÉSUMÉ

Les données sur la survenue de la grossesse chez les patientes cirrhotiques sont rares et souvent correspondent à des cas rapportés dans des séries limitées. Nous rapportons un cas de grossesse survenue chez une primigeste de 27 ans suivie pour une cirrhose hépatique cryptogénique compliquée d'hypertension portale. La grossesse s'est déroulée sans aucun incident, et l'accouchement réalisé à 35 semaines d'aménorrhée par césarienne a permis l'extraction d'un nouveau-né bien portant ; ainsi qu'une revue de littérature discutant les différentes complications possibles au cours de ces grossesses considérées à haut risque.

**Mots-clés** : cirrhose ; grossesse ; hémorragie digestive ; insuffisance hépatocellulaire ; pronostic materno-fœtal.

## ABSTRACT

Data about the occurrence of pregnancy among cirrhotic patients are rare and limited to small case series. We report a case of a pregnancy in a 27 years old patient who has cryptogenic liver cirrhosis with portal hypertension. No complications were noted during pregnancy and cesarean delivery was realized at 35 weeks giving birth to a healthy newborn. We also report a literature review concerning these high-risk pregnancies.

**Keywords**: cirrhosis; pregnancy; digestive hemorrhage; liver insufficiency; maternal and fetal outcome.

## Introduction

La grossesse chez la patiente cirrhotique est un événement rare et seuls quelques cas ou séries de cas existent dans la littérature [1]; en conséquence, la conduite à adopter devant ces grossesses ne repose pas sur des études ayant un bon niveau de preuve. Nous rapportons le cas d'une patiente avec une cirrhose hépatique cryptogénique compliquée d'hypertension portale ayant présenté une grossesse dont l'évolution était favorable.

## Observation

Une patiente âgée de 27 ans, primigeste, suivie au service de gastro-entéro-hépatologie depuis 2 ans pour hypertension portale (HTP) avec varices œsophagiennes (VO) stade II sur une cirrhose hépatique cryptogénique révélée par une thrombopénie. La patiente était mise sous bêtabloqueur en prévention primaire de l'hémorragie variqueuse. Elle a été adressée au service de gynécologie obstétrique, à 7 semaines d'aménorrhée (SA), pour suivi d'une grossesse. L'examen clinique initial était sans anomalies (absence des signes cliniques d'HTP). Deux échographies abdominales (à 10 SA et 32 SA) avaient montré un foie dysmorphique d'échostructure hétérogène, le tronc porte était dilaté à 17 mm avec une circulation collatérale spléno-rénale, ainsi qu'une splénomégalie homogène de 15 cm de grand axe, sans ascite, ni adénopathie profonde. Le bilan biologique de suivi était sans particularité mis à part une thrombopénie modérée. Devant les varices œsophagiennes une ligature a été réalisée à 12 SA sous anesthésie générale (AG) avec arrêt du bêta bloquant. Le suivi obstétrical était rassurant. La décision en réunion de concertation pluridisciplinaire était de l'hospitaliser à 33 SA pour surveillance rapprochée et maturation pulmonaire fœtale avec une éventuelle césarienne à 38 SA. À 35 SA + 4 jours, la patiente était rentrée spontanément en travail, une césarienne a été réalisée sous rachianesthésie qui avait permis l'extraction céphalique d'un nouveau-né de sexe masculin, Apgar 10/10<sup>èmes</sup>, avec un poids de naissance de 2700 grammes, transféré au service de pédiatrie pour prise en charge d'une détresse respiratoire modérée. Le postpartum immédiat et tardif était sans particularité.

## Discussion

L'association cirrhose-grossesse est un événement rare du fait de la fréquence des troubles du cycle menstruel, voire une aménorrhée d'origine hypothalamique surtout en cas d'insuffisance hépatique sévère. De plus, la cirrhose survient généralement chez des femmes ayant terminé leur période de fécondité [2]. Toutefois, si la cirrhose est compensée avec une fonction hépatique normale, il n'y a pas de contre-indication à la grossesse et ces patientes continuent à avoir une ovulation normale et peuvent être enceintes [3]. Le taux d'avortements chez les parturientes cirrhotiques est de 15 à 20 % et la plupart des cas sont observés au 1<sup>er</sup> trimestre [4]. Rasheed *et al.* ont mené une cohorte prospective chez 3 groupes de patientes : femmes enceintes cirrhotiques d'origine virale, femmes enceintes non cirrhotiques et femmes cirrhotiques non enceintes [5]. Le but de l'étude était d'évaluer le pronostic et les facteurs prédictifs de l'évolution de la grossesse chez les patientes cirrhotiques. Ils ont conclu que la cirrhose était associée à une augmentation de la morbi-mortalité materno-fœtale et néonatale [5]. Les principales complications obstétricales observées étaient : l'*hypermesis gravidarum*, la thrombopénie, le syndrome de HELLP, l'hématome rétro placentaire et l'hémorragie de délivrance. La mortalité maternelle était principalement liée à la rupture de varices œsophagiennes [5]. Les complications fœtales (retard de croissance intra utérin et la prématurité) et néonatales étaient aussi plus fréquentes chez les patientes cirrhotiques [5].

L'hématome rétro placentaire et l'hémorragie de délivrance pourraient être secondaire à la thrombopénie associée [6]. La dysmobilité gastrique et la diminution du catabolisme hépatique des hormones stéroïdes peuvent expliquer la fréquence de *l'hyperemesis gravidarum* chez ces patientes [7]. L'évolution de la fonction hépatique au cours de la grossesse chez la cirrhotique est décrite comme imprévisible [8]. Les complications rapportées comportent : l'ictère, l'ascite, l'encéphalopathie hépatique et l'hémorragie digestive haute par rupture de VO [9,1]; à ceux-ci viennent s'ajouter les troubles de la coagulation. Les principaux facteurs de décompensation de la fonction hépatique sont : l'âge gestationnel (risque élevé à partir de 36 SA), l'antécédent de décompensation, le stade de fibrose hépatique, le score de Child-Pugh (B et C) et l'accouchement par voie basse [5]. Le risque théorique de rupture de varices œsophagiennes est plus important à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre, suite à l'augmentation de la masse volumique maternelle et à la compression de la veine cave inférieure et des collatérales exercées par le fœtus [10]. Les varices œsophagiennes devront être traitées par ligature endoscopique ou traitement bêta-bloquant (principalement le Propanolol et le Nadolol) [3]. Dans notre cas, une ligature préventive des VO était réalisée à 12 SA sous anesthésie générale avec arrêt du bêta bloquant. En cas d'insuffisance hépatocellulaire aiguë, l'extraction fœtale en urgence, même prématurée, semble justifiée [1].

Concernant le mode d'accouchement, la question paraît encore non résolue, et les résultats des études sont contradictoires. La présence de VO constituant une contre-indication aux efforts expulsifs [11]. Cependant, le stade I et le caractère stable des VO, peuvent justifier une délivrance naturelle. En cas d'expulsion difficile, une extraction instrumentale est justifiée afin de limiter les efforts expulsifs de la patiente. En présence d'une circulation collatérale abdominale, certaines études étaient en faveur de la voie basse vu le risque hémorragique au cours de l'incision cutanée [12]. Par ailleurs, dans d'autres études, ce risque était minime vu la localisation para-ombilicale de ces collatérales loin du site de l'incision, diminuant ainsi le risque d'hémorragie de la délivrance et de mortalité maternelle par rupture des VO en cas de délivrance naturelle [5,13]. Etant donné que l'âge gestationnel et la délivrance naturelle augmentent considérablement le risque de décompensation de la fonction hépatique, certains auteurs proposent une césarienne prophylactique dès maturation pulmonaire fœtale (cas de notre patiente) [5].

## Conclusion

La grossesse chez la patiente cirrhotique est une situation à risques multiples augmentant la morbidité et la mortalité materno-fœtale, d'où la nécessité d'une meilleure anticipation (consultation préconceptionnelle) et d'une surveillance multidisciplinaire (incluant obstétricien, hépatologue et anesthésiste), plus rapprochée en fin de grossesse, au sein d'une maternité de niveau III avec une hospitalisation systématique au troisième trimestre.

**Déclaration d'intérêts** : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Aggarwal N, Sawney H, Suril V, Vashista K, Jha M, Dhima RK. Pregnancy and cirrhosis of the liver. Aust N Z J Obstet Gynecol. 1999; 39:503-506.
2. Tan J, Surti B, Saab S. Pregnancy and cirrhosis. Liver Transpl. 2008; 14:1081-1091.
3. Ducarme G, Bernuau J, Luton D. Cirrhose biliaire primitive et grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2013; 43:335-341.
4. Parikh-Patel A, Ellen Gold, Jessica Utts and M. Eric Gershwin. The Association between Gravidity and Primary Biliary Cirrhosis. Annals of Epidemiology 2002; 12:264-272.
5. Salah M. Rasheed, Allam M. Abdel Monem, Ahmed H. Abd Ellah, Mahmoud S. Abdel Fattah. Prognosis and determinants of pregnancy outcome among patients with post-hepatitis liver cirrhosis. Journal of Gynecology and Obstetrics 2013; 121:247-251.
6. Shaheen AA, Myers RP. The outcomes of pregnancy in patients with cirrhosis: a population-based study. Liver Int. 2010; 30:275-283.
7. Heriot JA, Steven CM, Sattin RS. Elective forceps delivery and extradural anaesthesia in a primigravida with portal hypertension and oesophageal varices. Br J Anaesth. 1996; 76:325-327.
8. Cheng YS. Pregnancy in liver cirrhosis and/or portal hypertension. Am J Obstet Gynecol. 1977; 128:812-822.
9. Lee WM. Pregnancy in patients with chronic liver disease. Gastroenterol Clin North Am. 1992; 21:889-903.
10. Andrade R, Sanchez ML, Alarcon GS, Fessler BJ, Fernandez M, Bertoli AM, et al. Adverse pregnancy outcomes in women with systemic lupus erythematosus from a multiethnic US cohort: LUMINA (LVI). Clin Exp Rheumatol. 2008; 26:268-274.
11. Teisala K, Tuimala R. Pregnancy and esophageal varices. Ann Chir Gynecol Suppl. 1985; 197:65-66.
12. Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: a current review. Am J Perinatol. 2000; 17:207-218.
13. Kane RA, Katz SG. The spectrum of sonographic findings in portal hypertension: a subject review and new observations. Radiology 1982; 142:453-458.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique - Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter [BatnaJMS@gmail.com](mailto:BatnaJMS@gmail.com) ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.net](http://www.batnajms.net)

