

PRISE EN CHARGE D'UNE CIRRHOSE DECOMPENSEE SUR GROSSESSE A COTONOU, BENIN

VIGNON KR¹., KLIKPEZO R²., ABOUBAKAR M²., AYIVIGAN G²., FANOU L³., GNANGNON A³., AZONDEKON A⁴.,

1. Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou.
2. Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou.
3. Service d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou.
4. Service de Pédiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou.

Correspondant : VIGNON Koffi Rodolph. Email : rodolphkivignon@gmail.com

RÉSUMÉ

L'association de la cirrhose décompensée et la grossesse est rare. Nous rapportons le premier cas de cirrhose post hépatite virale B (spontanément guérie avec séroconversion HBs) en décompensation ascitique sur une grossesse évolutive de 24 semaines d'aménorrhée chez une patiente diabétique de 40 ans. La prise en charge a été pluridisciplinaire, et essentiellement basée sur l'insulinothérapie, un régime désodé et une boisson diurétique naturelle. L'évolution a été marquée par l'assèchement de l'ascite suivi de l'accouchement par césarienne à 36 semaines d'aménorrhée d'une fille. Le post-partum s'était déroulé sans incident malgré le désordre biologique de la coagulation. Le nourrisson âgé de 19 mois ne présente aucune tare à ce jour et grandit normalement.

Mots clés : Cirrhose hépatique, Grossesse, République du Bénin.

ABSTRACT

The association of decompensated cirrhosis and pregnancy is rare. We report the first case of ascitic decompensation cirrhosis due to hepatitis B (spontaneously healing with HBs seroconversion) in a diabetic 40-year-old woman with 24 weeks of gestation. The support was multidisciplinary and essentially based on insulin therapy, a sodium diet and a natural diuretic drink. The outcome was marked by the drying up of ascites followed by cesarean delivery at 36 weeks of gestation giving birth to a viable girl. The postpartum period was uneventful despite the biological disorder of coagulation. To date, the 19-month-old girl has no blemish and grew normally.

KEYWORDS: Liver Cirrhosis, Pregnancy, Republic of Benin.

INTRODUCTION

La grossesse est un événement rare chez les femmes atteintes de cirrhose et est associée à un risque accru de complications comme le saignement par rupture de varices œsophagiennes, l'insuffisance hépatocellulaire et le syndrome hépato-rénal [1, 2]. Des décès maternels ont été mentionnés dans les cas de cirrhose décompensée principalement lors de la rupture de varices œsophagiennes [2, 3]. L'avortement spontané et le risque accru de naissance prématurée ou de mort-né ont été rapportés dans 15 à 20% des grossesses sur cirrhose [1]. Nous rapportons l'observation du premier cas de cirrhose post hépatite virale B (spontanément guérie avec séroconversion HBs) compliquée d'ascite, découverte fortuitement sur une grossesse évolutive de 24 semaines d'aménorrhée chez une patiente diabétique de 40 ans. L'intérêt de ce travail réside dans la rareté de cette association et la conduite de la prise en charge.

OBSERVATION

Une femme âgée de 40 ans, mère d'un grand

garçon de 18 ans, était admise le 26 juillet 2013 au service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou pour ictère, distension abdominale et important œdème des membres inférieurs sur une grossesse évolutive de 24 semaines d'aménorrhée. Pas de notion d'hémorragie digestive extériorisée ni d'altération de la conscience à l'interrogatoire. Elle présentait des antécédents de diabète non insulino-dépendant, de trois grossesses dont deux fausses couches spontanées et une spanioménorrhée de 2 à 4 mois. La clinique notait en dehors de l'ictère et l'œdème des membres inférieurs, une érythrose palmaire et deux angiomes stellaires sur l'abdomen. Pas de circulation veineuse collatérale ni de signe clinique d'encéphalopathie hépatique. La biologie montrait une cytololyse à 5 fois la limite supérieure de la normale, une cholestase à 3 fois la limite supérieure de la normale avec une hyperbilirubinémie totale à 30 mg/L, une hypoalbuminémie à 30 g/L avec une hypergammaglobulinémie à 52,5 g/L, une hypoprothrombinémie à 48%, une anémie modérée à 10,2 g/dL normochrome normocytaire avec une

numération normale des plaquettes à 184000/mm³ ; la sérologie virale B montrait : Ac anti - HBc positif et Ac anti - HBs positif à 97 UI/L (hépatite virale B spontanément guérie avec séroconversion HBs) ; la sérologie virale C et du VIH était normale. Le reste de la biologie y compris l' α -foetoprotéine était sans particularité. L'échographie abdominale évoquait un foie hétérogène de contours irréguliers, bosselés avec une hypertrophie du lobe caudé (figure n°1), une splénomégalie homogène, une ascite minime inter spléno-rénale, une absence de dilatation du tronc porte.

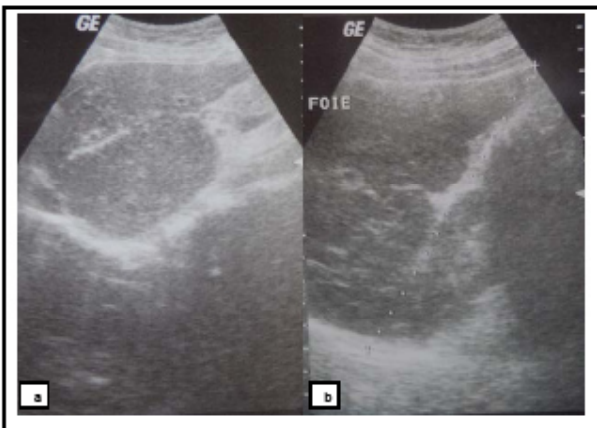


Figure n°1: Echographie hépatique montrant:

- Un lobe hépatique gauche hétérogène avec une hypertrophie du lobe caudé
- Un lobe hépatique droit hétérogène de contours irréguliers et bosselés.

L'échographie pelvienne avait conclu à une grossesse évolutive de 24 semaines d'aménorrhée. La gastroscopie réalisée plus tard après l'accouchement avait montré une gastrite congestive, pas de varice oeso-gastrique. Le diagnostic de cirrhose scorée Child Pugh B sur une grossesse évolutive de 24 semaines d'aménorrhée était retenu. La prise en charge a été pluridisciplinaire, et essentiellement basée sur l'insulinothérapie, un régime désodé et une boisson diurétique naturelle de 1,5 litre par jour à base d'infusion du mélange de citronnelle, d'ananas et d'eau. L'évolution a été marquée par la régression des œdèmes, l'assèchement de l'ascite et une nette régression de l'ictère, suivi de l'accouchement par césarienne à 36 semaines d'aménorrhée d'une fille. Le post-partum s'était déroulé sans incident malgré le désordre biologique de la coagulation. Le nourrisson âgé de 19 mois ne présente aucune tare à ce jour et grandit normalement.

DISCUSSION

Les maladies chroniques du foie sont souvent responsables d'infertilité par induction d'un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire.

La cirrhose décompensée augmente le risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [4]. La découverte de la cirrhose a été fortuite chez notre patiente et serait probablement à l'origine de ses deux fausses couches spontanées. Le stade de la maladie du foie est un facteur déterminant dans l'issue de la grossesse [3]. Notre malade diabétique présentait une cirrhose Child Pugh B. Les associations de cirrhose d'étiologie auto-immune ou alcoolique et de grossesse sont bien connues, mais l'association de grossesse à une cirrhose de cause virale est peu rapportée dans la littérature [5, 6]. Notre patiente avait une cirrhose post virale B spontanément guérie avec protection immunitaire. Le taux de mortalité maternelle chez les gestantes souffrant de cirrhose est estimé entre 10,3% et 18%, en particulier associé à un saignement digestif par rupture de varices œsophagiennes et à une insuffisance hépatique [4]. En Afrique au sud du Sahara et au Bénin en particulier, nous ne disposons pas de données épidémiologiques sur l'association cirrhose et grossesse. Notre patiente avait des signes cliniques et biologiques d'insuffisance hépatique (angiomes stellaires, hypoprothrombinémie à 48%, hyperbilirubinémie à 30 mg/L) sans une altération de la conscience, et n'avait aucune notion d'hémorragie digestive extériorisée. De même, elle ne présentait pas de varice œsophagienne à la gastroscopie. Les gestantes souffrant de cirrhose présentent un risque accru de complications tels que le saignement par rupture de varices œsophagiennes, l'insuffisance hépatocellulaire, l'ascite réfractaire et le syndrome hépato-rénal [1]. Notre patiente avait un tableau oedémato-ascitique (une ascite minime) et un ictère. La prise en charge des complications ascitiques de cirrhose sur grossesse repose habituellement sur l'usage d'un diurétique (spironolactone), la paracentèse ou ponction évacuatrice et la transplantation hépatique [4]. L'indication de la césarienne s'impose généralement à terme ou en cas de souffrance fœtale ou de menace d'accouchement prématuré [1]. Dans notre cas, la patiente était mise sous insulinothérapie, un régime désodé et une boisson naturelle diurétique (infusion du mélange de citronnelle, d'ananas et de l'eau) de 1,5 litre par jour. L'évolution a été marquée par la régression des œdèmes, l'assèchement de l'ascite et une nette régression de l'ictère, suivi de l'accouchement par césarienne à 36 semaines d'aménorrhée d'une fille. Le post-partum s'était déroulé sans incident malgré le désordre biologique de la coagulation. Le nourrisson âgé de 19 mois ne présente aucune tare à ce jour et grandit normalement.

CONCLUSION

Le suivi attentif et la bonne gestion d'une grossesse sur cirrhose peut aboutir à une issue favorable.

La cirrhose n'est pas une contre-indication à la grossesse en particulier lorsque la cirrhose est bien compensée et sans signe d'hypertension portale. L'aboutissement de la grossesse de notre patiente, malgré la décompensation ascitique minime, est encourageant et motivant.

Conflits d'intérêt : Aucun

RÉFÉRENCES

1. **Tiribelli C, Rigato I:** Liver cirrhosis and pregnancy *Ann Hepatol* 2006; 5: 201.
2. **Goh SK, Gull SE, Alexander GJ.** Pregnancy in primary biliary cirrhosis complicated by portal hypertension: report of a case and review of the literature. *BJOG* 2001; 108: 760-762.
3. **Lee NM, Brady CW.** Liver disease in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15(8): 897-906.
4. **Tan J, Surti B, Saab S.** Pregnancy and cirrhosis. *Liver transplantation* 2008; 14: 1081-1091.
5. **Schramm C, Herkel J, Beuers U, Kanzler S, Galle PR, Lohse AW.** Pregnancy in autoimmune hepatitis: outcome and risk factors. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 556-560.
6. **Amna S, Shahab A, Wasim J.** Successful outcome of a pregnancy in a woman with advanced cirrhosis due to hepatitis B surface antigenemia, delta super-infection and hepatitis C co-infection: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2007; 1: 96.