

# RUPTURE HÉPATIQUE SPONTANÉE AU COURS D'UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE NON COMPLIQUÉE

A Bourtembourg, B. Chung Fat, J.J Terzibachian,  
A. Grisey, J.P Houzé, J.P Faller, F. Leung, T. de  
Lapparent, R. Maillet, D. Riethmuller

# Introduction

- Complication rare et grave
- 1/45000 à 1/225000
- 1<sup>er</sup> cas décrit en 1844 par Abercrombie
- Depuis, 150 cas décrits
- Foie sain et absence de pré-éclampsie :  
exceptionnel

# Observation (1)

- 34 ans, sans ATCD, GIII PIV
- Grossesse gémellaire bi-bi spontanée d'évolution normale
- 38 SA : CU intenses et régulières, col modifié
- Constantes et biologie normales
- 1h après admission : bradycardie persistante à 70/min chez les deux jumeaux
- **CESARIENNE EN URGENCE SOUS AG**

# Observation (2)

## Césarienne

- Incision
- Hémopéritoine estimé à 1500 ml
- J1 : 2800g, 4/4/9, pHa=7,02
- J2 : 2430g, 7/9/10, pHa=7,12
- Hématome rompu face antérolatérale foie droit
- Dilacération capsule de Glisson sur 15 cm
- Suffusion hémorragique active et diffuse

# Observation (3)

## Traitement

- Conversion en laparotomie médiane
- Packing + drainage
- Transfert en réanimation
- Reprise à H4 pour saignement important :  
ligature artère hépatique droite + packing
- Post-op : instabilité hémodynamique, CIVD et  
cytolyse hépatique
- Ablation des champs à J4

# Observation (4)

## Evolution

- TDM à J7 : volumineux hématome hépatique et atrophie foie droit
- Sortie de réa à J18
- RAS à J32
- IRM de contrôle :
  - collection résiduelle sous capsulaire de 12x9x7 cm
  - Nécrose segment VI

# Discussion (1)

- 80 % : pré-éclampsie sévère
- Autres : CHC, adénome, hémangiome hépatique, stéatose hépatique aigüe gravidique, malformations vasculaires, dysplasie fibromusculaire
- Foie normal : 6 cas rapportés
- 3<sup>ème</sup> trimestre ou 24h post partum
- Lobe droit +++
- Mortalité élevée

# Discussion (2)

## Physiopathologie

- Pré-éclampsie
- Dépôt intrahépatique de fibrine + hypovolémie intravasculaire
- -> ischémie hépatique + foyers de nécrose
- Néovascularisation secondaire : vaisseaux fragiles
- Hématome sous capsulaire
- Rupture capsule de Glisson

# Discussion (3)

## Diagnostic

- Clinique :
  - Signes polymorphes et non spécifiques
  - Non corrélée à l'importance de la situation
- Biologique :
  - Cytolyse hépatique, anémie et thrombopénie
  - Ni constant, ni spécifique (HELLP)
- Imagerie :
  - Écho : 1<sup>ère</sup> intention, difficile avec la grossesse
  - TDM / IRM : si patient stable, surveillance
  - Angiographie : diagnostic et traitement

# Discussion (4)

## Traitement

- Si hématome sous capsulaire peu important et non expansif, capsule intacte et stabilité hémodynamique :
- Traitement conservateur
- Surveillance clinique et radiologique jusqu'à résorption

# Discussion (5)

## Traitement

- Si hématome expansif ou rupture hépatique
  - EXTRACTION FOETALE
  - laparotomie médiane exploratrice
  - manœuvre de Pringle
  - évacuation de l'hématome
  - PACKING
  - Drainage
  - Retrait des champs à 18-36h post-op
  - Risque sepsis péri-hépatique : 20 à 30 %

# Discussion (6)

## Traitement

- **Autres techniques :**
  - Agents hémostatiques
  - Suture et coagulation au laser
  - Ligature de branche de l'artère hépatique
  - Embolisation
  - Lobectomie et transplantation hépatique

# Conclusion

- Complications exceptionnelles de la grossesse
- Pré-éclampsie +++
- Prise en charge rapide
- Signes cliniques non spécifiques
- Échographie en salle de naissance
- Traitement chirurgical