

DIAGNOSTIC : Hématome hépatique sous-capsulaire rupturé

Autres diagnostics

HELLP probable

Hémopéritoine

Épanchement pleural important

Empyème stérile

Symptômes : Nausées et vomissements inconstants depuis 2-3 jours, douleurs abdominales sévères récentes à l'hypochondre droit.

Signes : Tension artérielle normale, Obnubilation, abdomen aigu, Murphy positif. Tracé fœtal anormal.

Bilan : Plaquettes : 30×10^6 , Hb 104 g/L, ALT 376 U/L, INR 1.12, lactate 3.8 umol/L.

Prise en charge :

Césarienne P1 (bébé vivant) compliquée d'hypotension et d'anomalies de l'ECG. Hémopéritoine modéré constaté. Identification de l'hématome par palpation per-césarienne.

Transfusions données.

Échographie immédiatement post césarienne : hématome de 18 x 7.6 cm avec effet de masse avec plusieurs septations laissant suggérer un saignement aigu sur un hématome subaigu.

Transfert dans un centre tertiaire d'hépatologie après césarienne.

Artériographie avec embolisation séquentielle de deux branches inférieures de l'artère hépatique droite avec un mélange de colle et lipiodiol.

Évolution :

Arrêt du saignement et stabilisation hémodynamique.

Développement d'un épanchement pleural important nécessitant une 2ème hospitalisation, des drainages et une décortication.

Diminution de l'hématome du tiers à l'échographie 2 mois plus tard.

Perte au suivi.

Commentaires

L'hématome hépatique sous-capsulaire avec ou sans rupture est une entité **rare** associée principalement au HELLP. La littérature propose une incidence de 1/45 000 à 1/225 000 grossesses et 1 par 2000 prééclampsie/éclampsie/HELLP. 190 cas sont décrits. Sa présence est notée surtout au niveau du lobe droit, au troisième trimestre de grossesse ou en postpartum et chez des femmes multipares. Un saignement péri-portal, causant une obstruction sinusoidale, une congestion vasculaire intrahépatique, une ischémie hépatique et des hémorragies intra-parenchymateuses sont à l'origine de la formation d'un hématome sous-capsulaire. La mortalité et morbidité maternelle et fœtale sont directement reliées à la **rupture** de l'hématome sous-capsulaire.

Les symptômes sont non spécifiques et sont ceux présentés par cette patiente. La douleur référée à l'épaule et les signes de choc hémorragique peuvent aussi être présents.

Le diagnostic est fait en laparotomie, par échographie ou tomographie. L'angiographie peut être diagnostique et thérapeutique.

La présence d'un hématome hépatique sous-capsulaire est considérée dans la littérature comme une indication de **césarienne urgente**. Il faut éviter les palpations abdominales répétées et les efforts de vomissements.

Outre la ressuscitation liquidienne et hémostatique, le traitement dépend de l'importance du saignement, de la localisation de l'hématome et de l'expertise locale. Un transfert en centre tertiaire d'hépatologie est fortement souhaitable. De nos jours, l'**embolisation** est le traitement le plus employé, mais la chirurgie (ligature, lobectomie, et autres) et la transplantation sont encore nécessaires dans certains cas. Pour la durée du transfert dans un centre spécialisé, on peut empiler des compresses directement sur le foie pour contenir le saignement.

Fort heureusement, la **mortalité maternelle** a diminué ces dernières années (59% à 17%; même 0% dans certains papiers) grâce à une prise en charge plus rapide, une meilleur réanimation, des soins intensifs plus performants et de meilleurs traitements. Malheureusement, la **mortalité foetale** reste encore élevée, soit environ 30%.

Articles à conseiller sur la pathologie

Grand'Maison S. et coll. Hepatic Rupture in hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets Syndrome. Obstet Gynecol 2012;119:617-25.

Vigil-De Gracia P et coll. Pre-eclampsia/eclampsia and hepatic rupture. Int J Gynecol Obstet 2012;118:186-189