

**Titre:** Non-alcoholic fatty liver disease in pregnancy is associated with adverse maternal and perinatal outcomes.

**Auteurs:** Sarkar M et coll.

**Source:** J. Hepatol 2020,73:516-522

**Type d'étude :** Étude rétrospective, banque NIS (National Inpatient Sample Hospitalisation) 2007-2016

**Pays:** États-Unis

**Buts :** Étudier la prévalence et l'impact de la stéatose hépatique non-alcoolique (SHNA) sur la grossesse.

**Méthodologie:** Utilisation des codes ICD9 et 10 établis à la sortie d'une hospitalisation. Code spécifique pour la SHNA introduit en 2015. Prévalence établie entre 2007 et 2015 et étude de l'impact de 2012 à 2016. Comparaison des issues avec d'autres maladies hépatiques chroniques (**groupe 1** : hépatite chronique alcoolique, virale, auto-immune, de surcharge ou non spécifiée) et la population générale (**groupe 2**).

**Issues primaires :** hémorragie du postpartum, hypertension, décès maternel ou fœtal, RCIU, macrosomie, prématurité.

**Inclusions :** âge >18 ans, grossesse >20 sem, accouchement. **Exclusions :** avortement spontané ou volontaire, atteinte hépatique aigue, SHNA et consommation d'alcool ou autre maladie hépatite chronique.

**Statistiques :** Analyses de régression; ajustement pour l'âge, l'ethnie, grossesse multiple, DB pré-grossesse, obésité, dyslipidémie, hypertension (RCa avec IC 95%). Autres analyses: exclusion du DB pré-grossesse, de l'hypertension chronique, ICD 9, hypertension pour les problèmes d'hémorragie postpartum, et exclusion chez les grossesses **saines** de celles avec obésité, diabète et dyslipidémie. p bilatéral < 0,05.

**Résultats:** 5640 grossesses avec SHNA, 115 210 ds le groupe 1 sur 18 574 225 grossesses. Femmes avec SHNA : plus de femmes hispaniques, citadines, obèses, avec diabète, hypertension, dyslipidémie et cirrhose.

**Augmentation du taux** de SHNA avec le temps : 10,5/100 000 en 2007 mais 28,9/100 00 en 2015.

Chez les femmes **avec SHNA, augmentation** (après ajustement) des taux de :

- prématurité : vs groupe 2 uniquement : RCa 1,6 (1,27-2,02)

-hypertension : vs groupe 1 : RCa 3,09 (2,54-3,76) et groupe 2 : RCa 3,13 (2,61-3,75).

-hémorragie postpartum vs groupe 2 uniquement : RCa 1,67 (1,28-2,16)

-mortalité maternelle : vs groupe 2 uniquement : **RCa 17,82 (2,13-149)**

- Macrosomie : vs groupe 1 uniquement RCa 1,84 (1,36-2,48) et diminution des RCIU RCa 0,42 (0,25-0,71).

Dans les autres analyses : diminution des complications hypertensives si on exclut les DG et moins d'hémorragie si on exclut les pathologies hypertensives.

**Discussion des auteurs :** **Forces** : banque fiable, bon reflet de la situation américaine, taille de l'échantillon importante avec puissance pour pouvoir faire des études de sous-groupes, changement de code pris en compte, duplication d'hospitalisation exclue. **Limitations** : prévalence faible car pathologie sous-estimée, confondants non identifiés possibles, possibilité d'inclure plusieurs grossesses d'une même femme (mais peu probable), possibilité de biais d'indication mais peu probable car investigation d'hémorragie n'inclue pas de bilan hépatique radiologique. **Conclusion des auteurs** : La présence de SHNA est un facteur de risque suffisant pour que la femme soit considérée comme **grossesse a risque élevée**.

**Discussion du groupe** : Étude limitée par 1) le fait qu'elle repose sur des codes ICD uniquement 2) aucun renseignement sur le stade de stéatose : 1 vs 3-4 et si le diagnostic est vraiment prouvé. Pas d'ajustement pour les données socio-économique et la prise d'AAS pour l'hémorragie. L'impact sur le système de santé n'est pas discuté.

Nous discutons de la possibilité de donner de **l'AAS** chez les femmes avec SHNA **et sans** critères classiques de prescription d'AAS (diabète, hypertension, obésité). Il est impossible de répondre à cette question car le fait d'ajuster (régression) n'est pas équivalent (confondant inconnu). De plus, selon la littérature non-obstétricale, la SHNA sans diabète, hypertension, obésité et dyslipidémie, a peu de signification.

Validités interne et externe : modérées

**Conclusions :** La stéatose hépatique non alcoolique devient un problème important de santé publique. Il est difficile de séparer son impact de celui du syndrome métabolique global.