

## DIAGNOSTIC : Cavernome portal et varices gastriques

### Autres diagnostics :

AP de thrombose des veines portes extra-hépatique, splénique et mésentérique  
Hypertension portale avec splénomégalie  
Varices gastriques grade 1-2

### Médication avant la grossesse :

Warfarine puis Clopidogrel puis rivaroxaban

### Prise en charge :

Avant la grossesse : Échographie et tomographie abdominale et OGD: pas de varices œsophagiennes et varices gastriques grade 1-2.

En début de grossesse :

1. Remplacement des anticoagulants et antiplaquettaires oraux par de la daltéparine à dose thérapeutique.
2. Dose de Bêtabloqueur augmentée.
3. Échographie hépatique au 3ème trimestre pour douleur : inchangée

### Évolution :

Pas de saignement des varices.

Développement d'un retard de croissance important avec accouchement à 32 semaines.

### Prise en charge en postpartum :

Retour progressif à l'anticoagulation. Après l'allaitement, début de l'anticoagulation orale avec de l'Apixaban

### Commentaires

Un cavernome portal est 'un réseau formé de veines dont le calibre, initialement millimétrique ou microscopique, est augmenté et au sein desquelles chemine un sang portal hépatopète. Il est la conséquence d'une occlusion, thrombotique et toujours **chronique**, du système porte extra-hépatique' (Wikipédia). La conséquence la plus importante du cavernome est l'hypertension portale et les varices œsophagiennes qui en découlent.

Il n'y a pas de contre-indication à une grossesse chez les femmes avec varices œsophagiennes ou gastriques en autant que la maladie soit bien contrôlée avant la grossesse. Il est donc recommandé de faire une OGD avant la grossesse et de traiter les varices en prévention par sclérothérapie ou ligature.

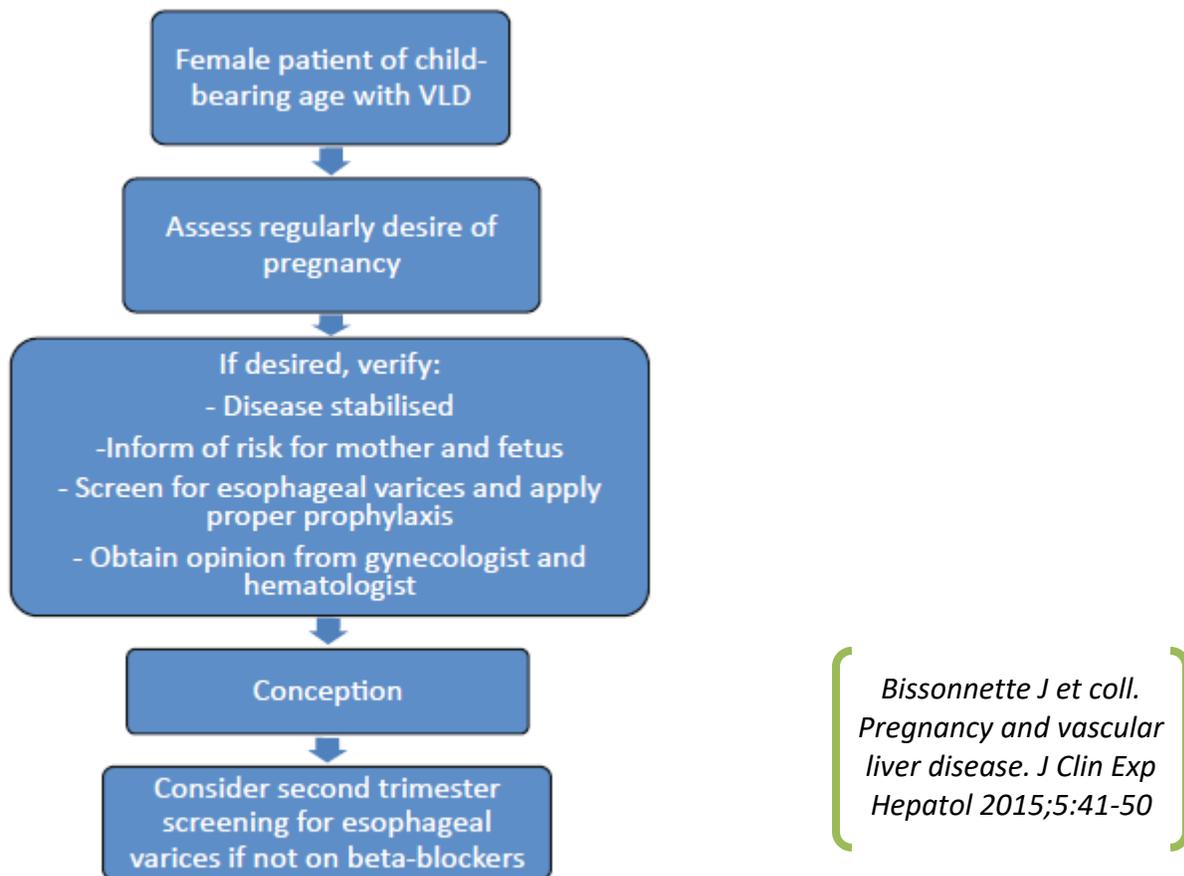
Les risques d'avortement spontané (14%), de prématurité (15%), de RCIU (15%), de MIU (2%) et de césarienne (40%) sont augmentés chez les femmes avec varices gastriques/œsophagiennes. Le risque de saignement des varices est estimé à 5% et d'évènement thrombotique à 3%. Le taux de plaquettes est plus élevé chez les femmes ayant une issue défavorable mais aucun seuil n'a été établi. En cas de varices majeures, l'accouchement vaginal n'est pas contre-indiqué, en autant qu'il n'y a pas de poussées.

Les bêtabloqueurs sont recommandés s'il existe un risque de saignement (comme chez les patients avec cirrhose) et il est possible de procéder à une ligature de varice ou à de la sclérothérapie en grossesse.

**Articles à conseiller sur la pathologie**

Hoekstra J et coll. Pregnancy in women with portal vein thrombosis: results of a multicentric European study on maternal and fetal management and outcome. *J Hepatol* 2012;57:1214-19.

De Gottardi A et coll. Antithrombotic treatment with direct-acting oral anticoagulants in patients with splanchnic vein thrombosis and cirrhosis. *Liver Int* 2017;37:694-699



**Figure 3** Management of women with vascular liver disease of child-bearing age. Abbreviation: VLD: vascular liver disease.