

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 88 (1990)

Heft: 5

Artikel: Maladies du foie spécifiques du dernier trimestre de la grossesse

Autor: Laulhe, M. / Blanchard, M.-J. / Surand, D.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950343>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Maladies du foie spécifiques du dernier trimestre de la grossesse

M. Laulhe*, M.-J. Blanchard*,
D. Surand*, A. Pariente**

Le dernier tiers de la grossesse peut être troublé par la survenue de quatre maladies du foie, dont la grossesse elle-même semble la seule cause:

- la cholestase gravidique,
- la stéatose aiguë gravidique,
- les lésions hépatiques de la pré-éclampsie,
- la rupture spontanée du foie.

Ces affections ont en commun de mettre en jeu la vie du fœtus et, pour les trois dernières, celle de la mère. Leurs symptômes initiaux sont souvent peu spécifiques, alors que, en l'absence d'un diagnostic et d'un traitement précis, leur aggravation peut être extrêmement rapide.

L'objet de cette présentation est de rappeler la symptomatologie de ces maladies et de définir une conduite simple et rapide de prise en charge par l'équipe soignante, d'une femme enceinte hospitalisée pour des troubles digestifs survenant en fin de grossesse.

La cholestase gravidique (récurrente, bénigne)

La cholestase gravidique est une cause assez fréquente d'ictère du troisième trimestre et surviendrait dans environ une grossesse sur 5'000 en France.

Symptomatologie

● Elle est caractérisée par l'apparition d'un **prurit**, parfois très pénible, suivi ou non d'un **ictère** avec urines foncées et selles décolorées. En dehors de l'ictère et d'éventuelles lésions de grattage, l'examen clinique est normal.

● Il existe, en cas d'ictère, une **hyperbilirubinémie** faite principalement de bilirubine conjuguée, et dans tous les cas une **augmentation des phosphatases alcalines** (plus importante que ne le voudrait la seule grossesse) et de la **gamma-glutamyl-transpeptidase** alors que les transaminases sont normales ou peu élevées. Il n'y a pas d'insuffisance rénale, d'hyperuricémie ni de protéinurie.

● **L'échographie est normale**, et on ne trouve pas d'autre cause de cholestase intra-hépatique.

● **L'examen histologique** d'une biopsie du foie montre une cholestase intracaniculaire et intrahépatocytaire, sans nécrose ni inflammation. Les troubles disparaissent rapidement après l'accouchement, mais peuvent réapparaître à chaque grossesse ultérieure ou lors de la prise de contraceptifs oestroprogestatifs.

Pronostic et traitement

La bénignité régulière de cette affection est remise en question: les **hémorragies du post-partum** sont assez fréquentes; surtout il existe un **risque accru de prématurité et de mort fœtale** (quintuplé par rapport à une grossesse normale). Outre le traitement symptomatique du prurit par la **cholestyramine**, il est donc nécessaire d'administrer régulièrement de la **vitamine K**, de surveiller la croissance fœtale, et après l'accouchement de dépister précocement les complications hémorragiques. Il a été récemment suggéré que l'administration de **S-adenosyl methionine** pouvait améliorer les signes de cholestase.

La stéatose aiguë gravidique (syndrome de Sheehan)

La stéatose aiguë gravidique est une lésion rare du foie, survenant dans une grossesse sur 13'000 environ.

Symptomatologie

● La présentation clinique est assez stéréotypée: c'est presque toujours au cours du dernier trimestre que surviennent brutalement **asthénie, malaise, nausées et vomissements**, souvent ac-

compagnés de **douleurs abdominales violentes** prédominant dans l'épigastre et l'hypocondre droit; l'ictère est discret au début. Des signes de **pré-éclampsie modérée** associés sont fréquents: oedèmes, hypertension, protéinurie. Dans les cas sévères, une encéphalopathie et un syndrome hémorragique (hémorragie digestive ou du post-partum notamment) apparaissent; une pancréatite associée est possible.

● Les examens de sang montrent une **anémie** avec érythroblastose, une hyperleucocytose avec **polynucléose neutrophile**, une **thrombopénie**.

L'ictère est fait essentiellement de **bilirubine conjuguée**, les transaminases et les phosphatases alcalines sont modérément élevées. Il existe une **hyperammoniémie**.

Les **troubles de l'hémostase** sont dus à une coagulopathie de consommation et à l'insuffisance hépatocellulaire: baisse du taux de prothrombine et du facteur V, hypofibrinogénémie, baisse de l'antithrombine III, présence de produits de dégradation de la fibrine et de complexes solubles.

Une **hypoglycémie** profonde peut être présente.

Enfin il existe des **anomalies rénales**: hyperuricémie constante, insuffisance rénale.

● **L'examen histologique** d'une biopsie hépatique précoce – faite par voie transveineuse – montre des **lésions caractéristiques** mais souvent discrètes de stéatose à petites vacuoles à prédominance centrolobulaire, sans autre lésion notable; ces lésions sont mieux visibles en utilisant la coloration par l'huile rouge.

Pronostic et traitement

● Dès le diagnostic suspecté, une **surveillance fœtale continue** est nécessaire. Au moindre signe de souffrance fœtale, et pour certains de façon systématique, **l'accouchement doit être provoqué** par les voies naturelles ou par césarienne. Cette conduite est probablement responsable de la remarquable diminution de la mortalité fœtale – d'environ 80 à 40% – rapportée ces dernières années. Après la délivrance, l'état de la mère s'améliore rapidement; il est toutefois habituel que l'ictère s'intensifie transitoirement, et qu'une ascite apparaisse.

● **Deux complications sévères** peuvent survenir: **hémorragies génitales**

(*) Infirmière, (**) Médecin, Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital de la Source, Orléans.

Cet article est tiré de la revue Soins Nos 479/480 – juin 1986 pp 29-32

généralement dues à la fois aux troubles de l'hémostase et à une inertie utérine, et **infections bactériennes** (utéro-vaginales, urinaires, septicémiques).

● Grâce à un diagnostic probablement plus précoce, aux mesures de réanimation et peut-être à la délivrance précoce, **la mortalité maternelle est passée de 80 à 20%** environ. Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure semble nul.

Les lésions hépatiques de la pré-éclampsie

L'éclampsie est une **encéphalopathie hypertensive aiguë** avec convulsions, survenant au troisième trimestre de la grossesse ou dans le post-partum immédiat. Sous le nom de pré-éclampsie, on désigne une condition à haut risque d'éclampsie, caractérisée par l'association d'une **hypertension artérielle** (diastolique > 85 mmHg) et d'une **protéinurie**, apparaissant au cours du troisième trimestre de la grossesse. Il est généralement admis qu'une **coagulation intravasculaire disséminée** déclenchée par la souffrance placentaire est responsable des lésions viscérales observées (rein, cerveau, foie, placenta lui-même). **La prévalence** de la pré-éclampsie **est de l'ordre de 3%**; des lésions hépatiques symptomatiques ne sont probablement rencontrées que dans un cas sur dix, soit 3 pour 1'000 grossesses environ.

Symptomatologie

● Les signes cliniques comportent des **douleurs** épigastriques et de l'hypochondre droit, des **nausées** et des **vomissements**; des signes de pré-éclampsie, modérée dans la moitié des cas, sont présents. Un **ictère**, fait surtout de bilirubine non conjuguée (hémolyse) n'est présent qu'une fois sur deux.

● Les transaminases sont modérément élevées. Il existe une **anémie hémolytique**, avec souvent des déformations des hématies. Les signes d'une coagulation intra-vasculaire disséminée sont présents. Il existe également une **hyperuricémie** et souvent une **insuffisance rénale**.

● L'examen d'une **biopsie hépatique transveineuse** ne montre pas de stéatose microvasculaire, mais la présence, le long des sinusoides, de **dépôts de fibrine**, parfois seulement visibles

en immunofluorescence, et parfois de plages de nécrose (ischémique) péri-portales ou diffuses.

Pronostic et traitement

● Il est actuellement admis que, dans cette situation, **l'accouchement doit être provoqué**, au besoin par césarienne pour diminuer la mortalité foetale et maternelle (qui est réduite au même ordre de grandeur que pour la stéatose aiguë gravidique); la pression artérielle doit être contrôlée pendant l'accouchement.

● Les principales **complications** (hémorragiques, infectieuses) sont identiques à celles de la stéatose aiguë gravidique, à l'exception des **hématomes hépatiques** (cf. infra).

Hématomes hépatiques et rupture spontanée du foie

Les hématomes spontanés du foie, rompus ou non, sont les **complications hépatiques les plus sévères de la grossesse**. Leur prévalence est de l'ordre de 1 pour 1'000 grossesses. Ces lésions hémorragiques sont secondaires aux lésions vasculaires hépatiques de la pré-éclampsie (cf. supra); elles peuvent être à l'origine d'un **hématome sous-capsulaire** qui peut lui-même se rompre et produire un **hémopéritoine**; cette rupture pourrait, dans certains cas, être favorisée par un traumatisme relativement minime: contractions, convulsions, déplacement brutal.

Symptomatologie

● Les symptômes sont les mêmes que ceux des lésions hépatiques de la pré-éclampsie dans un premier temps. La **douleur** de l'épigastre ou de l'hypochondre droit, irradiant parfois dans l'épaule droite, devient continue, et, dans un second temps un **collapsus** cardiovasculaire peut apparaître en cas de rupture.

● En plus des signes biologiques déjà vus on peut observer une **anémie croissante** hors de proportion avec une éventuelle hémorragie génitale.

● Les **foyer hémorragiques** intra-hépatiques et les hématomes sous-capsulaires sont bien visibles au **scanner**, et, probablement, à l'échographie.

Traitement

● La conduite thérapeutique est la même que dans la pré-éclampsie; un **recours plus large à la césarienne** a

été proposé pour éviter les traumatismes liés au travail.

● En cas de rupture, le traitement chirurgical dépend du type et de l'étendue des lésions, et va de la **suture simple** ou aidée de Surgicel* à l'**exérèse réglée**; il est précédé de la compensation du choc et de la correction des troubles de l'hémostase.

Conduite pratique

● L'apparition de douleurs, de nausées ou de vomissements, a fortiori d'un ictère ou d'anomalies biologiques hépatiques survenant au troisième trimestre de la grossesse doit déclencher l'**hospitalisation immédiate**. En milieu obstétrical, le risque est de sous-estimer le danger maternel de tout ce qui n'est pas une pré-éclampsie sévère; en milieu hépatogastroentérologique, le risque est de ne pas reconnaître le danger foetal immédiat de symptômes ailleurs banals.

L'idéal est donc de disposer en un lieu unique d'équipes obstétricale, hépatogastroentérologique, de soins intensifs, chirurgicale, et radiologique, bref d'un **gros centre hospitalier bien équipé**; si tel n'est pas le cas, il vaut mieux transférer la patiente, mais jamais sans être sûr de l'absence de signe de souffrance foetale, qui indique un accouchement immédiat.

Se rappeler que...

Les complications hépatiques spécifiques du dernier trimestre de la grossesse sont rares, mais souvent d'une extrême gravité potentielle, tant pour la mère que pour le fœtus. A partir de symptômes qui ne sont jamais banals dans ce contexte, le diagnostic et le traitement doivent être faits très rapidement. La détection précoce de la souffrance foetale doit être une obsession permanente, de même, après l'accouchement, que le dépistage rapide d'éventuelles complications maternelles.

Les résultats tangibles (et souvent vagissants) d'une telle prise en charge sont une récompense très appréciée des équipes soignantes d'hépatologie, pas toujours habituées à des résultats aussi brillants dans les autres maladies graves du foie.

● Dès l'arrivée de la malade, outre l'examen clinique habituel, il faut obtenir un **examen obstétrical**, et, au mieux, exercer une **surveillance foetale continue**. La surveillance de la mère comporte la détermination régulière du pouls, de la pression artérielle, de la diurèse (avec recherche de protéinurie à la bandelette); elle sera mobilisée avec douceur.

Les examens d'entrée comportent le contrôle du groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières, l'hémogramme, les tests hépatiques habituels, une étude complète de l'hémostase, le dosage de l'urée, de la créatinine et de l'acide urique plasmatique, l'ionogramme sanguin et urinaire et la protéinurie, l'amylasémie et l'amylasurie; il est souhaitable de faire d'emblée des prélèvements bactériologiques (examen cytobactériologique des urines, hémocultures), qu'il faudra répéter en cas de fièvre, d'hypothermie ou d'aggravation inexplicée. Un ou deux tubes de serum seront conservés pour effectuer si besoin des recherches sérologiques. Une perfusion veineuse antébrachiale est mise en place, avec toute l'asepsie nécessaire. D'autres examens peuvent être nécessaires pour préciser le diagnostic: radiographies pulmonaire et d'abdomen sans préparation, échographie, voire endoscopie digestive haute (car une femme enceinte peut aussi avoir une cholécystite, une appendicite ou un ulcère duodénal, etc.).

● Le diagnostic peut être ainsi posé ou fortement approché en quelques heures. **S'il y a des signes de souffrance foetale**, quelle que soit la maladie maternelle en cause, **l'accouchement doit être provoqué**, par césarienne ou déclenchement médicamenteux suivant les cas. S'il n'y a pas de signe de souffrance foetale, un traitement symptomatique peut être appliqué à condition d'une surveillance clinique et biologique (cf supra) très attentive. La date d'une éventuelle **biopsie hépatique transveineuse** n'est pas codifiée, mais elle est généralement réalisée **dans les jours qui suivent l'accouchement**, lorsque l'état de la mère s'améliore.

● Après l'accouchement, la **surveillance** ne doit pas être relâchée: le volume des hémorragies utéro-vaginales doit être régulièrement évalué, et les lochies faire l'objet d'un examen bactériologique.

Une aggravation brutale peut être due à une **hémorragie** (inertie utérine, saignement sur la césarienne, rupture du foie, hémorragie digestive notamment) facilitée par la persistance de troubles de l'hémostase, à un **sepsis** (septicémie à point de départ utérin, cutané, urinaire, infection d'ascite).

En cas d'intervention, la paroi doit être protégée par un Contensor et régulièrement examinée (infection, hémorragie, fuite d'ascite).

Habituellement la période critique ne dépasse pas huit à dix jours. □

Bibliographie

● Revues générales

– Steven M.M.: Pregnancy and liver disease. Gut, 1981, 22, 592-614 (l'auteur analyse les modifications normales et pathologiques du foie pendant l'ensemble de la grossesse, ainsi que l'effet de la grossesse sur les maladies du foie).

– Riely C.: Acute hepatic failure at term. Diagnostic problems posed by broad clinical spectrum. Postgraduate Medical Journal, 1980, 68, 118-125 (l'auteur expose très clairement les symptômes et les moyens du diagnostic différentiel des maladies sévères du foie de la fin de la grossesse, avec féminité).

● Cholestase gravidique

– Reyes H.: The enigma of intrahepatic cholestasis of pregnancy: lessons from Chile. Hepatology, 1982, 2, 87-96 (une revue détaillée venant d'un pays où la préva-

lence de la maladie est au moins 100 fois plus grande qu'en France).

● Stéatose aiguë gravidique

– Bernuau J.: Stéatose hépatique aiguë gravidique. Presse Médicale, 1985, 14, 1407-1408 (dans cet éditorial récent, l'auteur décrit de façon détaillée et concise les signes, la physiopathologie, le pronostic et le traitement de la maladie).

– Pockros P.J., Peters R.L., Reynolds T.B.: Idiopathic fatty liver of pregnancy: findings in ten cases. Medicine, 1984, 63, 1-11 (la plus importante des séries toutes récentes de stéatose aiguë gravidique, avec une discussion très détaillée; c'est la seule équipe qui considère actuellement que l'accouchement ne doit pas être systématiquement provoqué sitôt le diagnostic fait).

● Hématomes et rupture spontanée du foie

– Manas K.J., Welsh J.D., Rankin R.A., Miller D.D.: Hepatic hemorrhage without rupture in preeclampsia. New England Journal of Medicine, 1985, 312, 424-426 (les auteurs rapportent sept cas de prééclampsie compliquée d'hématomes intra-hépatiques – et sous-capsulaires dans trois cas – diagnostiqués par le scanner et traités avec succès sans geste chirurgical sur le foie).

– Henny C.P., Lim A.E., Brummelkamp W.H., Ten Cate J.W.: A review of the importance of acute multidisciplinary treatment following spontaneous rupture of the liver capsule during pregnancy. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1983, 156, 593-598 (une revue générale qui résume ce qui était connu des ruptures du foie avant le travail précédent).



Rédactrice

Vous êtes:

Nous offrons:

Schweizerischer Hebammen-Verband
Association suisse des Sages-femmes
Associazione svizzera delle Levatrici

cherche une
pour la partie française de son journal
professionnel «Sage-femme suisse»

Sage-femme diplômée ou journaliste dans la
branche médicale, de langue maternelle
française, avec de bonnes connaissances de
l'allemand.

un engagement à 20%, un poste indépendant à
responsabilités.

Adressez votre candidature à:

Rédaction «Sage-femme suisse»

A l'intention de la responsable du siège social
de l'ASSF, Madame A. Tahir, Flurstrasse 26,
3000 Bern 22

heilt und beugt Haut- krankheiten vor

Die Vitafissan Creme mit Labilin® – ein hydrolysiertes Milcheiweiss – enthält die Vitamine A, D, E sowie essentielle Fettsäuren. Sie nährt und regeneriert die Gewebe. Halbfest in der Tube, wird sie auf der Haut sofort flüssig und dringt daher leicht ein.

Vitafissan ist besonders wirkungsvoll in der Decubitus-Prophylaxe sowie für die Behandlung der ausgetrockneten oder beschädigten Haut von Säuglingen und Erwachsenen.

Vitafissan wird täglich mit Erfolg in Kliniken und Spitälern angewendet. Kassenzulässig.

Labilin® (Casein. lact. hydrolysat.) 1%, Acid. polysilicic. colloid. 1%, Acid. silicic. amorph. 1%, Titan. dioxyd. 0,65%, Retinolum acetic. 1000 U.I./g, Colecalciferolum 40 U.I./g, Tocopherol acetic. 0,2%, Acid. linolic./linolenic. 0,2%, Adeps Lanae, Vaseline., Paraffin. liq./Cera artific., Cetylum palmiticum, Lecithin., Cholesterol., Aromat., Antiox.: E 304, E 321, Conserv.: Methyl (Chloro) isothiazolinonum, Butylhydroxytoluenum, Methylparabenum.



**Heilt und pflegt
empfindliche Haut**

F. UHLMANN-EYRAUD SA - 1217 MEYRIN 2/GE

WPI-Kaderausbildung

praxisbezogener Weg
von der Aufgabe ins Ziel:
Gesundheit im Jahr 2000!

Jahre der Erfahrung in Gesundheits- und Krankenpflege, Berufsbildung und Management prägen heute die Grundideen der Weiterbildungskonzepte des WPI:

- Individuelle und gezielte Förderung der persönlichen, fachlichen, didaktischen und führungsbezogenen Kompetenz,
- durch aktive Mitarbeit und Mitverantwortung aller am Lernprozess Beteiligten.

Dies in folgenden Lehrgängen:

- ☐ WPI-Kaderausbildung für Oberschwester/-pfleger in Spitälern, Kliniken und Heimen. Beginn Februar 1991. Wiederholung: alle zwei Jahre.
- ☐ WPI-Kaderausbildung für Stationsschwester/-pfleger in Spitälern, Kliniken und Heimen. Beginn: zwei- bis viermal jährlich.
- ☐ WPI-Kaderausbildung für Lehrpersonen in Spitalberufen. Beginn: September 1991, Wiederholung: alle zwei Jahre.
- ☐ Kurs für Unterrichtsassistentinnen/-assistenten. Beginn: zwei- bis dreimal jährlich.
- ☐ WPI-Kaderausbildung: Praxisberatung in Führung und Ausbildung. Beginn: Oktober 1991.

Spezialprogramme:

- ☐ WPI-Impuls, 25. Mai 1990, mit dem Thema: «Public Relations in der Krankenpflege – Modeerscheinung oder...?»
- ☐ Arbeitstagung, 6. und 7. September 1990, mit dem Thema: «Zielorientierte Schülerbeurteilung in der Krankenpflegeausbildung»

In Vorbereitung:

- ☐ Höhere Fachausbildung für Lehrer/innen für Gesundheits- und Krankenpflege
- ☐ WPI-Kaderausbildung für Kliniklehrer/innen
- ☐ Praxisberatung für Stationsschwester/-pfleger in Spitälern, Kliniken und Heimen

Die Kurswochen aller Lehrgänge finden in einem Bildungshaus in Morschach statt.

Gerne senden wir Ihnen die ausführlichen Programme und danken Ihnen für Ihr Interesse.

Ihre Adresse: _____

Datum/Unterschrift: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen und senden an:

**WIRTSCHAFTSPÄDAGOGISCHES
INSTITUT – WPI**

6443 Morschach, Telefon 043 31 46 60