



# Association grossesse et hypertension portale sur cirrhose à propos d'un cas au Centre Médical la Cathédrale

**XXIV<sup>ièmes</sup> Journées Scientifiques de la Société Camerounaise de Gastro-Entérologie les 18 et 19/10/2019**

**Dr M. Tagni Sartre**

Dr I. Dang Babagna

Dr. G. Ngatcha

# Introduction

- L'association d'une grossesse à une HTP est une situation rare dans notre pratique d'hépatogastro-entérologie.
- L'hémorragie digestive par rupture de VO est la complication la plus redoutable pour la mère et pour l'enfant
- Il existe un risque élevé de fausses couches spontanées, de mort in utéro, de prématurité et de retard de croissance

# CAS CLINIQUE : CMC

- Patiente de 31 ans , mère de 3 enfants, infirmière
- sans antécédents médicaux particuliers,
- Découverte AgHBs + avec cytolyse en décembre 2015 lors d'un bilan pour accès palustre.
- Prise en charge en gastro-entérologie :
  - Diagnostic : cirrhose active B Delta , Child A (6 ) avec HTTP
  - Pas de co-infection VHC VIH

# Cas Clinique : Bilan initial

- Examen clinique normal
- Cytolyse : ALAT : 2N      ASAT : 3,5N
- Albumine : 31g/L, bilirubine : 18g/L, TP : 53%
- Plaquettes: 58000/mm<sup>3</sup>
- Échographie : foie de cirrhose
- Fibroscopie : VO grade 2 et 3 sans signes rouges
- Charge virale : 258 ui/ml
- Charge virale delta : 1 100 000 copies/ml

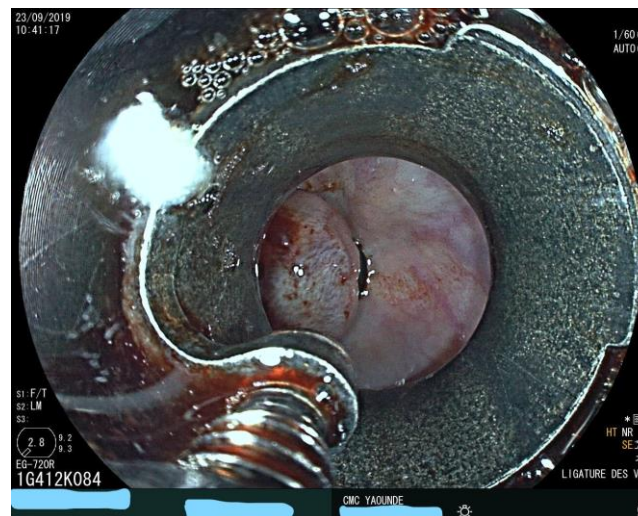
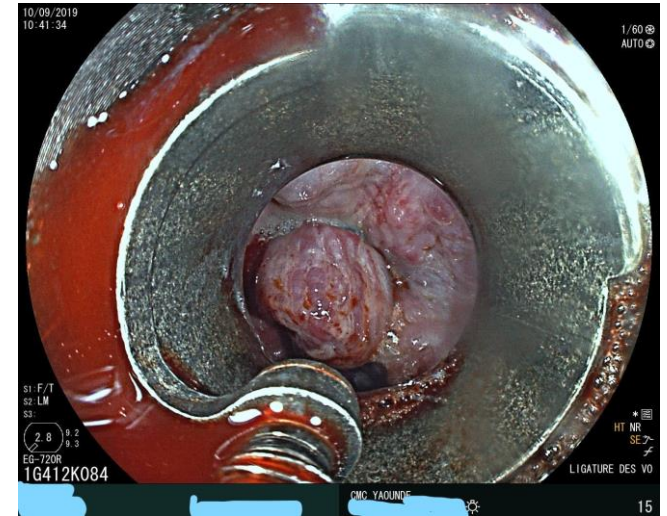
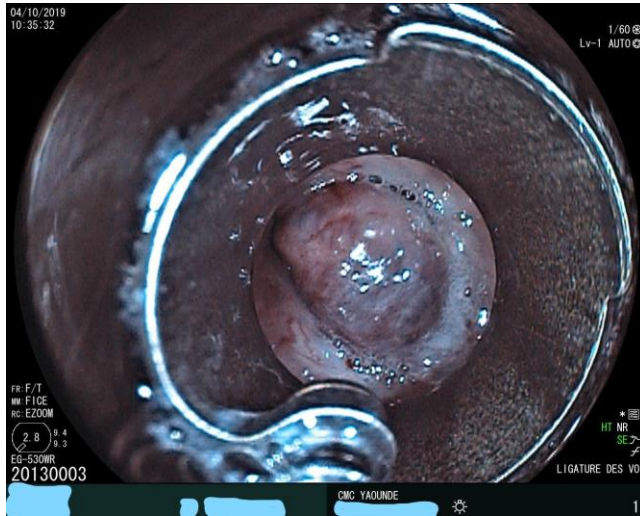
# Cas Clinique : Prise en charge et suivi

- Traitement antiviral: Ténofovir
- Traitement de l'HTP:
  - Propranolol
  - Ligatures des VO en 2016
- Suivi 2016/2017 : bilan clinique et biologique hépatique stable et ADN indétectable
- Souhait de maternité ++

# Cas Clinique : HTP et grossesse Fev. 2019 (1)

- Consultation à 6 SA : bilan clinique et biologique hépatique stable
- Fibroscopie : VO grade 3 avec signes rouges ligaturées
- Poursuite du traitement médical : Ténofovir propanolol et traitement martial (anémie )
- Suivi de la grossesse dans un centre de santé de proximité

# Ligature élastique des VO



## Cas Clinique : HTP et grossesse (2)

- La patiente est revue à 30 SA avec un bilan clinique et biologique stable en dehors d'une **thrombopénie sévère à 35000 plaquettes/mm<sup>3</sup>**
- Elle a interrompu le Propanolol mais pas le Ténofovir
- Sur le plan obstétrical l'échographie montre **une hypotrophie foetale.**
- **Décision prise** : contact avec un obstétricien et **hospitalisation d'urgence** dans un centre équipé



## Cas Clinique : HTP et grossesse (3)

- Accouchement normal d'un bébé de 1Kg 300 à 31 SA 4 jours mis en couveuse 20 jours
- Perfusion de concentré plaquettaire en pré et post partum
- Antibiothérapie prophylactique
- Vaccination du BB (HepB0)
- Un mois plus tard le BB se porte bien avec un poids de 2kg 600
- La maman va bien et a repris le propranolol
- Un suivi est prévu avec conseil de contraception

# Hémodynamique portale et grossesse

- augmentation de la PP : données échographiques
- Etat hyper dynamique physiologique du système circulatoire afin de répondre au mieux aux besoins du fœtus
  - augmentation du volume plasmatique (45%)
  - augmentation du débit cardiaque : (50%)
  - diminution du tonus vasculaire périphérique
- Contrainte mécanique de l'utérus gravide sur la VCI dirigeant le flux sanguin vers le système azygos drainé par les veines œsophagiennes.

# HTP : risque pour la grossesse et le fœtus

	HTP cirrhotique	Population générale
Fausse couches spontanées	20%	3 à 6%
Mort in utéro après 20 SA	6%	
Retard de croissance	50%	5%
Naissance prématurée	25 à 64%	7%

- La prévalence de ces complications à tendance à diminuer dans les études les plus récentes
- La mortalité périnatale <1% est la même que dans la population générale alors qu'elle était de 18 à 29% avant les années 90

# HTP cirrhotique : risque pour le mère (1)

- 30 à 40% de complications pendant la grossesse (études publiées)
- Rupture de VO
- Anémie sévère
- Décompensation hépatique
- Ascite (peu fréquente)
- Encéphalopathie hépatique
- Hémorragie et infection du post partum (5 à 10%)

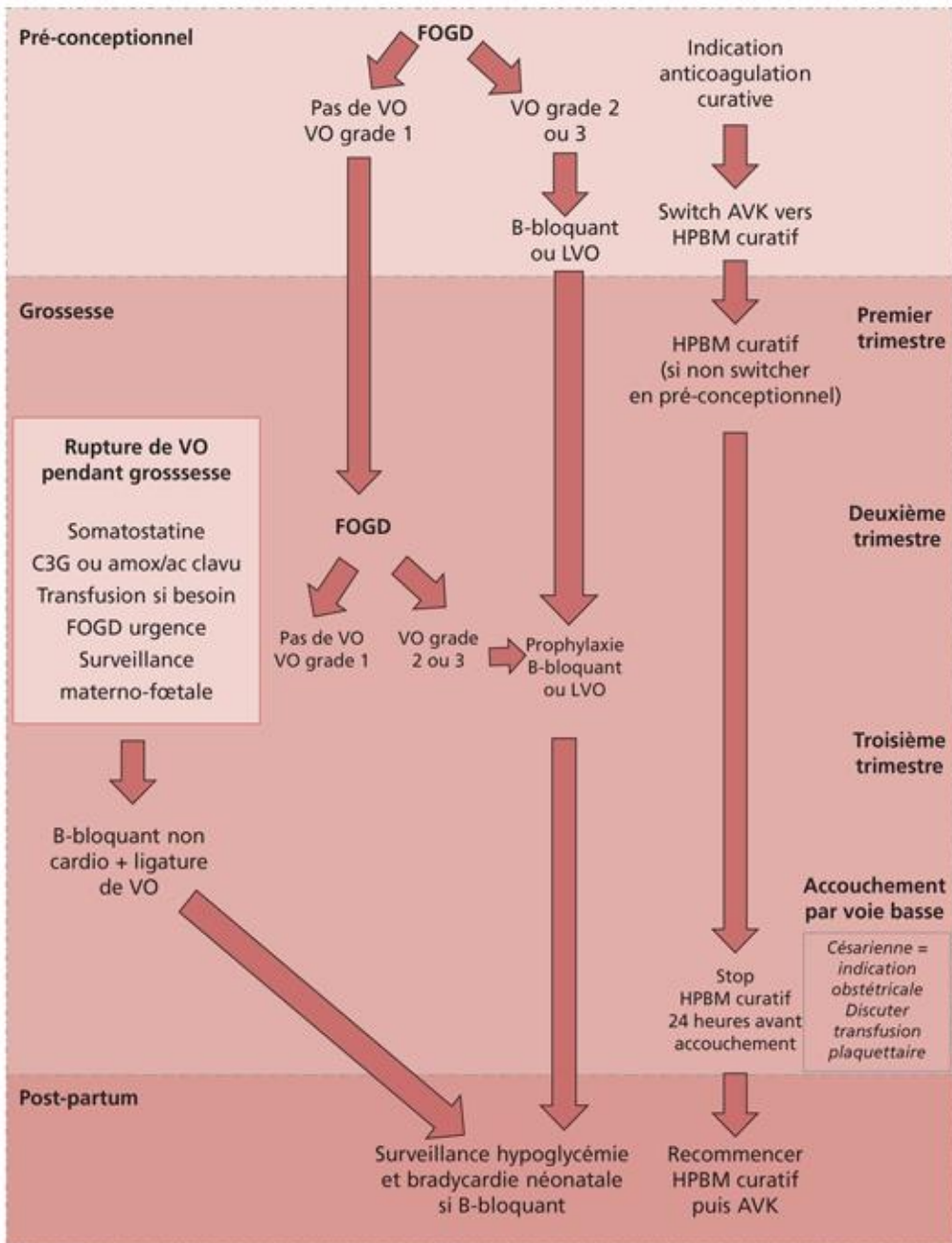
# HTP cirrhotique et risque pour la mère (2)

- La complication la plus fréquente et la plus redoutable est l'hémorragie digestive par rupture de VO
- Première cause de décès maternel (70%)
- Risque > 70% en cas de VO connues en pré-conceptionnel sans prise en charge prophylactique
- Risque < 5% après prise en charge prophylactique bien conduite

# Prise en charge de l'HTP pendant la grossesse

- 1) période pré-conceptionnelle : dépistage endoscopique des VO et prophylaxie adaptée
- 2) suivi pendant la grossesse : dépistage endoscopique ++ des VO et prophylaxie
  - Beta-bloquants non cardiosélectifs
  - ligatures élastiques : pas de risque spécifique
- 3) hémorragie digestive : prise en charge habituelle

# Prise en charge HTP et grossesse



# Grossesse et médicaments liés à l'HTP

- Béta bloquants non contre indiqués : risque bradycardie, hypoglycémie, hypotension néonatale, non contre-indiqué pendant l'allaitement.
- Antibiotiques possibles : Céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération et amoxicilline-acide clavulanique
- Drogues vaso-actives : somatostatine et octréotide possibles (terlipressine contre – indiquée)



# HTP : accouchement et post- partum

## 1) Accouchement dans un centre équipé

- analgésie précoce (péridurale ou morphiniques de demie vie courte)
- transfusion plaquettaire au besoin

## 2) Césarienne limitée aux indications obstétricales

## 3) Post-partum

- complications infectieuses(antibioprophylaxie) et hémorragiques à anticiper
- La contraception doit être discutée

# conclusion

- Cette observation montre bien que la prise en charge de l'HTP pendant la grossesse prévient l'hémorragie digestive pouvant être fatale pour la mère et pour l'enfant.
- Cette prise en charge doit être multidisciplinaire incluant **Hépatogastro-entérologue, obstétricien, pédiatre, anesthésiste**.

# Remerciements

