



Cas Clinique

Hémorragie Digestive Haute Aigue par Rupture de Varices Œsophagiennes Révélant une Cirrhose sur Grossesse

An acute upper digestive bleeding by esophageal varices rupture revealing a liver cirrhosis in pregnancy

Ndjitoyap Ndam Antonin Wilson^{1,2}, Bekolo Nga Winnie⁴, Metogo Ntsama Junie Annick³, Chipekam Ndjifoum Moselle Darice¹, Bakelak Domissek Désiré², Bemaine Carine¹, Memento Serge Alex¹, Talla Paul², Kowo Mathurin¹, Njoya Oudou¹

Affiliations

¹Département de médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun.

²Service d'hépto-gastro-entérologie, hôpital général de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun.

³Département de gynécologie et obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun.

⁴Département des sciences cliniques, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Douala, Cameroun.

Auteur correspondant : Ndjitoyap Ndam Antonin Wilson, email : tonindam3@yahoo.fr, téléphone +237 695767473, ORCID 0000-0002-6275-1622

Mots clés : Hémorragie digestive haute, cirrhose, grossesse, pronostic materno-fœtal, Cameroun.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, cirrhosis, pregnancy, maternal-fetal prognosis, Cameroon.

Article history

Submitted: 16 January 2023

Revision requested: 5 February 2023

Accepted: 12 February 2023

Published: 28 February 2023

RÉSUMÉ

L'hémorragie digestive haute (HDH) par rupture des varices œsophagiennes (RVO) est une complication grave de la cirrhose. La prise en charge sur grossesse est mal codifiée. Nous rapportons le cas d'une HDH par RVO révélant une cirrhose sur grossesse. Il s'agit d'une multigeste âgée de 22 ans à 26 semaines d'aménorrhée (SA) gravidique qui a été admise en urgence pour une HDH. Les explorations ont été en faveur d'une RVO révélant une cirrhose virale B. En dépit du traitement, nous observerons une récurrence hémorragique à la 38^{ème} SA qui va aboutir à l'expulsion d'un mort-né. L'endoscopie digestive réalisée après l'accouchement a retrouvé une régression des signes endoscopiques d'hypertension portale.

ABSTRACT

An upper gastrointestinal bleeding (UGIB) secondary to a rupture of esophageal varices is a severe complication of cirrhosis. The treatment on pregnancy is poorly described. Here we reported a case of an UGIB due to a rupture of esophageal varices revealing a cirrhosis in pregnancy. There was a multipara of 22-year-old on 26-weeks of pregnancy. She has been admitted in emergency for an UGIB. The exploration revealed a rupture of esophageal varices on hepatitis B related cirrhosis. Despite the treatment, another UGIB happens on the 38th week and ended the pregnancy with a stillborn. The gastroscopy realized after the delivery observe the regression of portal hypertension signs.

INTRODUCTION

La survenue d'une grossesse chez une patiente cirrhotique est un évènement rare et les publications sur le sujet sont peu nombreuses. On estime à un cas sur 4500 grossesses l'incidence de la cirrhose en grossesse [1]. L'hémorragie digestive haute (HDH) par rupture de varice œsophagienne (RVO) est la complication la plus fréquente et la plus redoutable responsable à 70% du décès maternel [2]. La grossesse accroît ce risque hémorragique par la majoration physiologique de la pression portale à partir du deuxième trimestre ou l'expansion volémique est maximale pouvant être responsable de l'hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes [3]. En Afrique, ce sont quelques

séries de cas de cirrhose sur grossesse qui ont été rapportées notamment en Egypte et au Togo [4-5]. La plupart des travaux soulignent une morbi-mortalité maternelle et fœtale plus élevée [1-2, 6-7]. En effet, la survenue d'une grossesse sur cirrhose expose la mère à la décompensation de sa cirrhose et le fœtus à un accouchement prématuré, un retard de croissance intra utérin, des infections néonatales, une détresse respiratoire, voire un décès [8]. La RVO pendant la grossesse constitue un surrisque de complications maternelles et fœtales. En cas d'hémorragie pendant la grossesse, le pronostic fœtal est rapidement engagé car le flux utero-placentaire chute en cas d'hypotension maternelle sévère [3]. Le taux de mortalité fœtale in utero après 20 semaines d'aménorrhée est estimé à 6 % chez les patientes

avec cirrhose [9]. Le retard de croissance intra-utérine est également plus fréquent en cas d'hypertension portale (HTP) cirrhotique avec des taux atteignant les 50 %, contre 5 % en population générale [9]. Ces complications sont certes connues, mais la prise en charge d'une HDH par RVO sur grossesse est mal codifiée.

PRÉSENTATION DU CAS

Nous rapportons le cas d'une gestante de 22 ans rendue à 26 semaines d'aménorrhée gravidique (SA), admise en urgence à l'hôpital général de Yaoundé (Cameroun) pour la prise en charge d'une HDH extériorisée sous forme d'hématémèse et de méléna.

Les paramètres hémodynamiques à son admission étaient perturbés avec une tension artérielle = 78/54 mmHg, pouls = 111 pulsations par minute, fréquence respiratoire = 24 cycles par minute, saturation en oxygène = 88%.

Les antécédents mentionnent qu'il s'agissait d'une patiente de bas niveau socio-économique, dont il s'agissait de la 3ème grossesse. La grossesse n'était pas suivie. Les deux premières grossesses avaient donné lieu à des accouchements normaux par voie basse dont les suites materno-fœtales étaient simples. Les enfants étaient âgés de 2 et 6 ans. La patiente ne consommait pas d'alcool et ses sérologies pour les hépatites virales B et C étaient inconnues jusque-là. La sérologie VIH était négative.

À l'examen physique, la patiente était consciente, bien orientée dans le temps et dans l'espace sans astérisis, les conjonctives étaient modérément colorées, nous ne retrouvons pas d'ictère ne d'œdème des membres inférieurs. La hauteur utérine était de 22 centimètres, les mouvements actifs fœtaux et les bruits du cœur fœtaux étaient présents et normaux.

La biologie faisait état d'une anémie sévère à 6,6 g/dl normochrome normocytaire associée à une thrombopénie à 72 000/mm³.

La prise en charge a été conduite par le gastroentérologue en accord avec l'obstétricien. La patiente a reçu une transfusion de 500 ml de culot globulaire iso groupe iso rhésus, des inhibiteurs de la pompe à proton soit Esoméprazole 40 mg toutes les 12 heures par voie intraveineuse et elle a été laissée à jeun strict. La Terlipressine, déconseillée en grossesse, n'a pas été administrée. Après stabilisation hémodynamique, une gastroscopie a été réalisée 24 heures après son admission et a mis en évidence des varices œsophagiennes grade 3 avec signes rouges en faveur d'un saignement récent probable. Elle était associée à une gastropathie fundique d'HTP modérée (fig. 1). La patiente a bénéficié dans le même temps d'une séance de ligature endoscopique des varices œsophagiennes (fig. 2)



Fig 1 : Varices œsophagiennes de grade 3 avec signes rouges au tiers inférieur de l'œsophage.

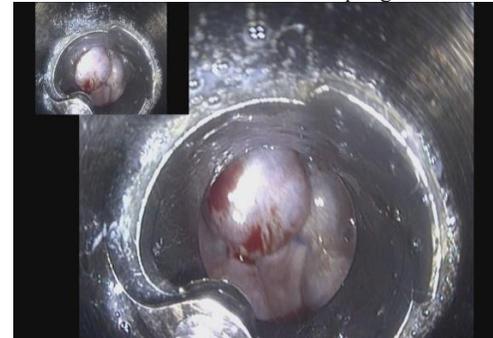


Fig. 2 : ligature endoscopique des varices œsophagiennes.

L'échographie abdominale a montré un foie granité de contours irréguliers évoquant une cirrhose sans masse focale suspecte, des signes d'HTP (splénomégalie homogène, augmentation du calibre de la veine porte), une ascite de moyenne abondance. L'échographie obstétricale a montré une grossesse mono-fœtale intra-utérine d'âge gestationnel égal à 27 SA (fig 3). Les bilans à visée étiologique ont retrouvé une sérologie Ag HBs positive.



Fig. 3 : échographie mettant en évidence une grossesse intra-utérine mono-fœtale évolutive de 27 SA

La patiente est sortie d'hospitalisation une semaine après son admission sous un traitement à base de Ténofovir diproxil fumarate 300 mg par jour en une prise, Propranolol 80 mg par jour en deux prises, Fer oral 100 mg par jour en deux prises, Acide folique 10 mg par jour en deux prises, Lactulose 20 grammes par jour en deux prises en cas de constipation.

Une 2^{ème} séance de ligature de varice œsophagienne avait été planifiée un mois après la première par le gastroentérologue. L'obstétricien avait prévu une induction de l'accouchement à la 36^{ème} SA, mais la patiente n'a pas honoré ces rendez-vous. Elle a été de nouveau admise en urgence à la 38^{ème} SA dans un tableau de récurrence d'HDH par RVO compliquée d'anémie modérée à 7,4 g/dl normochrome normocytaire. Les mouvements actifs fœtaux et les bruits du cœur fœtal étaient absents. L'évolution a été marquée par l'entrée spontanée en travail 9 heures après son admission et l'expulsion d'un mort-né de sexe féminin qui pesait 2.000 grammes. Les suites du post partum étaient simples pour la mère. Une gastroscopie réalisée deux mois après l'accouchement et a retrouvé une régression des signes d'HTP avec notamment une disparition complète des varices œsophagiennes.

La patiente est depuis lors suivie par le gastroentérologue pour sa cirrhose. Le gynécologue a préconisé des méthodes contraceptives afin de prévenir la survenue d'une nouvelle grossesse.

DISCUSSION

Nous avons rapporté ici le cas d'une HDH par RVO ayant révélé une cirrhose virale B chez une femme enceinte à 26 SA. Ce type de tableau clinique est assez rare et digne d'intérêt à plusieurs titres.

La survenue d'une grossesse chez une patiente cirrhotique est certes possible, mais la maladie hépatique diminue la fertilité. Ceci s'explique par l'insuffisance hépatocellulaire qui induit des troubles du cycle menstruel par la diminution de l'albumine circulante qui transporte les stéroïdes sexuels entraîne donc une baisse de la libido et une aménorrhée d'origine hypothalamique [10]. Une étude observationnelle menée au centre hospitalier de Libreville par Itoudi et al entre le 1^{er} Juin 2016 et le 3 décembre 2018 sur une cohorte de 84 femmes cirrhotiques en âge de procréer désireuses de grossesse, 7 (8,3%) ont contracté une grossesse [1]. Ceci est accord avec le taux de fertilité bas décrit chez les femmes cirrhotiques. Toutefois, notre patiente était rendue à sa 3^{ème} grossesse. Les deux autres enfants étant âgés de 2 et 6 ans seulement, nous pouvons penser que la patiente pouvait déjà être porteuse de sa cirrhose lors des premières grossesses. Avec 3 grossesses en l'espace de 6 ans années seulement nous pouvons conclure que la fertilité de la patiente n'avait pas été affectée par la cirrhose. Conformément à la littérature, la fertilité est d'autant plus conservée que la cirrhose est compensée [1].

La prise en charge d'une cirrhose sur grossesse est un évènement rare et par conséquent mal codifiée [11]. Le traitement sera celui de la complication de la cirrhose qui est

survenue. La grossesse augmente le risque d'HDH par RVO à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse par accroissement de l'expansion volémique [3]. La prise en charge doit tenir compte du pronostic maternel qui dépend de la gravité du saignement. La prise en charge doit également assurer des échanges sanguins placentaires satisfaisants pour une bonne croissance fœtale. Dans cette optique, en cas d'hypovolémie, des transfusions sanguines pourraient être réalisées pour assurer le bien-être fœtal. Mais des transfusions inadéquates pourraient exposer la mère à une récurrence hémorragique. La ligature endoscopique des varices œsophagiennes peut être réalisée sur grossesse afin de prévenir le risque de saignement sans aucun risque particulier [12]. L'HDH de notre patiente est survenue à la 26^{ème} SA, elle a bénéficié d'une ligature endoscopique des varices œsophagiennes sans complications.

Concernant le pronostic maternel, les études sont discordantes. Certaines études estiment que la grossesse est un risque supplémentaire pour la mère [2, 6]. D'autres études pensent que la femme cirrhotique a les mêmes risques maternels que la femme enceinte non cirrhotique [7]. Si le risque d'HDH par RVO augmente à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse, ce n'est pas la grossesse en elle-même qui décompense directement la cirrhose. Concernant notre patiente, c'est après avoir présenté son HDH que la cirrhose a été décompensée en mode ascitique. L'examen clinique ne retrouvait pas d'ictère, ni d'œdèmes des membres inférieurs, ni signe d'astérisis qui aurait été en faveur d'une encéphalopathie hépatique. Par contre, après l'accouchement, nous avons observé une régression des signes d'HTP. Cette observation suggère que c'est la grossesse qui favorise l'augmentation de pression portale et par de ce fait la taille des varices œsophagiennes. Elle expose la femme au saignement. Secondairement, l'HDH qui en découle entraîne une décompensation de la cirrhose. Le pronostic materno-fœtal est clairement aggravé par la cirrhose [13]. En effet, la cirrhose expose à une souffrance fœtale in utero avec un retard de croissance [8]. L'HDH diminue les échanges placentaires avec un risque élevé de mort fœtale intra utérine. Le fœtus de notre patiente a certainement présenté toutes ces complications. En effet, à la 26^{ème} SA, la hauteur utérine de la mère était seulement de 22 centimètres suggérant un retard de croissance. Cette hypothèse est davantage confortée par le faible poids du mort-né qui pesait seulement de 2.000 grammes à 38 SA.

CONCLUSION

La grossesse chez une patiente cirrhotique est associée à un risque élevé de complication telle une HDH par RVO et un mauvais pronostic materno-fœtal. Nous avons rapporté le cas d'une HDH par RVO qui a révélé une cirrhose virale B sur grossesse à 26 SA. Elle s'est terminée par l'expulsion d'un mort-né et une régression des signes d'hypertension portale après l'accouchement.

Contributions des auteurs

- Nditoyap Ndam Antonin Wilson, investigateur, rédaction du manuscrit, analyse
- Chipekam Ndjifoum Moselle Darice, investigateur, rédaction du manuscrit
- Metogo Ntsama Junie Annick, rédaction du manuscrit
- Bekolo Nga Winnie, relecture
- Bakelak Domissek Désiré, soins
- Bemaine Carine, soins
- Mendo S Serge Alex, soins
- Talla Paul, support médical
- Kowo Mathurin, relecture
- Njoya Oudou, validation, garant

Considérations éthiques

La patiente a donné son accord pour la publication du cas. L'anonymat a été préservé.

Conflit d'intérêt : aucun.

Financement : personnel

RÉFÉRENCES

1. Itoudi Bignoumba PE, Maganga Moussavou IF, Eyi Nguema AG, Minkobame U, Moussavou Kombila JB. Grossesse et cirrhose : à propos de 7 cas suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. *Bull Med Owendo*. 2022; 20 (51): 75-9.
2. Rasheed SM, Abdel Monem AM, Abd Ellah AH, Abdel Fattah MS. Prognosis and determinants of pregnancy outcome among patients with post-hepatitis liver cirrhosis. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2013;121(3): 247-51.
3. Venuto RV, Cox JW, Stein JH, Ferris TF. The effect of changes in perfusion pressure on uteroplacental blood flow in the pregnant rabbit. *J Clin Invest*. 1976; 57(4): 938-44.
4. El Idrissi F, Harandou M, Mohammadi M et al. Hypertension portale et grossesse à propos d'une observation. *Méd Maghreb* 1997;(61):19-22.
5. Bagny A, Akolly DAE, Lawson-Ananiso LM et al. Pregnancy and cirrhosis: four cases at the Lome campus university teaching hospital (Togo). *Med Sante Trop* 2016; 26(4): 382-5.
6. van der Slink LL, Scholten I, van Etten-Jamaludin FS, Takkenberg RB, Painter RC. Pregnancy in women with liver cirrhosis is associated with increased risk for complications: A systematic review and meta-analysis of the literature. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2022;129(10):1644-52.
7. Mullin M, Djerboua M, Sarkar M, Lu J, Velez MP, Brogly S, et al. Pregnancy Is Not Associated with an Increased Risk of Decompensation, Transplant, or Death in Compensated Cirrhosis. *Int J Hepatol*. 2022; 2022:9985226.
8. Flemming JA, Mullin M, Lu J, Sarkar MA, Djerboua M, Velez MP, et al. Outcomes of Pregnant Women With Cirrhosis and Their Infants in a Population-Based Study. *Gastroenterology*. 2020;159(5):1752-62.
9. Westbrook RH, Yeoman AD, O'Grady JG, Harrison PM, Devlin J, Heneghan MA. Model for end-stage liver disease score predicts outcome in cirrhotic patients during pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2011;9(8):694-9.
10. Tan J, Surti B, Saab S. Pregnancy and cirrhosis. *Liver Transpl*. 2008; 14:1081-91
11. Rahim MN, Pirani T, Williamson C, Heneghan MA. Management of pregnancy in women with cirrhosis. *United Eur Gastroenterol J*. 2021;9(1):110-9.
12. Ghidirim G, Mishin I, Dolghii A, Lupashcu A. Prophylactic endoscopic band ligation of esophageal varices during pregnancy. *J Gastrointest Liver Dis JGLD*. 2008;17(2):236-7.
13. Gao X, Zhu Y, Liu H, et al. Maternal and fetal outcomes of patients with liver cirrhosis: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21(1):280.