Bull Med Owendo. Année 2022. Volume 20 N° 51 : 75-79 ISSN 2664-2204 ; 2617-4812

Bulletin Médical d'Owendo

ARTICLES ORIGINAUX

Grossesse et cirrhose : aspects épidémiologiques et pronostiques à propos de 7 cas suivis au centre hospitalier universitaire de Libreville

Pregnancy and cirrhosis: epidemiological and prognostic aspects about 7 cases followed at the University Hospital of Libreville.

Itoudi Bignoumba PE[1], Maganga Moussavou IF[1], Eyi Nguema AG[1], Minkobame U[2], Moussavou Kombila JB[1]

[1] Service d'hépato-gastroentérologie du CHU de Libreville
[2] Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Libreville

Auteur correspondant : Patrice Emery ITOUDI BIGNOUMBA ; e-mail : ibpemery@yahoo.fr Tel : +24166906639
BP : 4154 Libreville/Gabon

Résumé

Introduction : L'association cirrhose et grossesse est peu décrite en Afrique. Nous rapportons notre expérience à travers une série de femmes cirrhotiques régulièrement suivies.
Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective et descriptive menée entre le 1er Juin 2016 et le 31 Décembre 2018 au centre hospitalier universitaire de Libreville. Nous avons inclus les dossiers des femmes cirrhotiques en âge de procréer, vivant en couple et ayant exprimé le désir de procréer. Nous avons analysé la fréquence des grossesses, le devenir de celle-ci, le type d'accouchements, les complications maternelles et obstétricales. L'analyse des données colligées a été réalisée par le logiciel SPSS 20.
Résultats: Sept femmes ont présenté une grossesse parmi les 84 femmes cirrhotiques suivies soit 33 grossesses/1000 femmes/an. Leur âge moyen était de 26±6 ans. La cirrhose était classée Child-Pugh A, B et C respectivement pour 1, 3 et 3 patientes. L'étiologie de la cirrhose était l'hépatite B pour 3 patientes l'hépatite C pour 1 patiente, l'alcoolisme pour 1 patiente et l'hépatite auto-immune chez 2 patientes. Sur le plan obstétrical, 1 seule grossesse a été menée à terme sans incident. Il y a eu 1 avortement tardif, 1 accouchement prématuré et 4 morts fœtales in utéro. La voie d'accouchement était la césarienne chez 2 patientes et la voie basse pour 5 patientes. Trois décès maternels ont été observés dans un contexte hémorragique.
Conclusion : La grossesse au cours de la cirrhose est une situation à risque élevée pour la mère et l'enfant.

Mots clés : cirrhose, grossesse, hypertension portale.

Abstract

Introduction: The association of cirrhosis and pregnancy is poorly described in Africa. We report our experience through a series of cirrhotic women regularly monitored.
Patients and methods: This is a cross-sectional, retrospective and descriptive study conducted between June 1, 2016 and December 31, 2018 at the University Hospital of Libreville. We included women aged 15 to 35 years who had been followed for at least 12 months for cirrhosis and who had a pregnancy during the study period. We analysed the frequency of pregnancies, the fate of pregnancy, the type of delivery, maternal complications and fetal complications. The analysis of the collected data was carried out by the SPSS 20 software.
Results: Seven women had a pregnancy among the 84 cirrhotic women followed or 33 pregnancies/ 1000women/year. Their average age was 26±6 years. Cirrhosis was classified as Child-Pugh A, B and C for 1, 3 and 3 patients respectively. The etiology of cirrhosis was chronic viral hepatitis B for 3 patients hepatitis C for 1 patient, alcohol for 1 patient and autoimmune hepatitis for 2 patients. Obstetrically, only 1 pregnancy was completed to term without incident. There was 1 late-term abortion, 1 preterm birth and 4 fetal deaths in utero. The delivery route was caesarean section for 2 patients and vaginal section for 5 patients. Three maternal deaths were observed in a hemorrhagic context.
Conclusion: Pregnancy during cirrhosis is a high-risk situation for both mother and child.

Keywords: cirrhosis, pregnancy, portal hypertension.

Introduction :

La cirrhose est le stade ultime de l'évolution de toutes les maladies chroniques du foie [1,2]. Elle est la conséquence d'une fibrose mutilante et extensive responsable d'une insuffisance hépatique chronique et d'une hypertension portale [1,2]. Son étiologie dans notre région est dominée par l'infection chronique par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C alors qu'en occident c'est l'alcool qui est l'étiologie principale [1,2]. L'insuffisance hépatique chronique est responsable d'une baisse de la fertilité rendant ainsi la survenue d'une grossesse au cours de la cirrhose rare [2,3]. Cette association grossesse et cirrhose est peu étudiée dans le monde en dehors de travaux rétrospectifs et de séries de cas rapportés [2-

7]. En Afrique, ce sont des séries de cas qui ont été rapportées [8-11]. Tous ces travaux soulignent une morbi-mortalité maternelle et fœtale élevée [2-11]. Au Gabon, nous n'avons retrouvé aucune étude traitant de cette association. Ainsi, il nous a semblé opportun d'évaluer les aspects épidémiologiques et pronostiques de la grossesse au sein d'une population de femmes régulièrement suivies pour cirrhose. L'objectif était de déterminer la fréquence des grossesses chez la femme cirrhotique ainsi que le pronostic maternel et fœtal.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective, descriptive et observationnelle menée entre le 1er Juin 2016 et le 31 Décembre 2018 au centre hospitalier universitaire de Libreville dans les services d'hépato-gastroentérologie et d'obstétrique. Nous avons inclus les femmes en âge de procréer, vivant en couple, désireuses d'avoir un enfant et suivies depuis au moins 12 mois pour une cirrhose. Nous avons exclu les patientes ayant bénéficié d'une grossesse par insémination artificielle et celles dont le diagnostic de cirrhose était méconnu avant la grossesse. Nous avons analysé la fréquence des grossesses, le devenir de celle-ci, le type d'accouchements, les complications maternelles (décès, hémorragie de la délivrance, décompensation de la cirrhose), les complications fœtales (mort fœtale, souffrance fœtale, retard de croissance). Nous avons comparé les données démographiques, l'étiologie et la gravité de la cirrhose entre le groupe des patientes ayant présenté une grossesse et celui des autres femmes cirrhotiques suivies. Ces données ont été colligées sur une fiche standardisée sur la base des dossiers médicaux et des registres de consultations et d'hospitalisations des patientes. Le traitement des données s'est fait à l'aide du logiciel SPSS 20. Les résultats étaient exprimés en moyennes pour les variables quantitatives et en pourcentages pour les variables qualitatives. Nous avons utilisé le test de Student pour comparer les variables quantitatives et le test de Khi-2pour les variables qualitatives. Le seuil de significativité admis est $p<0,05$.
S'agissant des aspects éthiques et règlementaires, l'étude a été autorisée par la faculté de médecine de l'université des sciences de la santé et par la direction générale du CHU de Libreville. Elle a été menée conformément aux recommandations de la Convention d'Helsinki.

Résultats

Nous avons colligé 84 dossiers de patientes remplissant les critères d'inclusion. Elles avaient une durée moyenne de suivi de 2,6 ans (±1,62 ans). Nous avons observé 7 grossesses chez 7 femmes différentes, soit une incidence de 33 grossesses/1000 femmes/ an. Il n'y avait pas de différence statistique entre l'âge moyen des femmes enceintes qui était de 26±6 ans et celui des autres femmes qui était de 29±11ans (p=0,512). Le pronostic de la cirrhose était similaire dans les 2 groupes (p=0,226) avec 14,29% de patientes avec une cirrhose Child-Pugh A dans les 2 groupes, 42,9% contre 51,9% de patientes avec une cirrhose Child-Pugh B et 42,9% contre 33,8% de patientes Child-Pugh C. L'étiologie de la cirrhose était respectivement l'hépatite B pour 42,9% contre 41,6%, l'hépatite C pour 14,3% contre 36,4%, l'alcoolisme chronique pour 14,3% contre 14,3% et l'hépatite auto-immune dans 28,6% contre 7,8%. Sur le plan obstétrical, le tableau I montre qu'en cas de cirrhose Child-Pugh C, il était observé une mortalité maternelle et fœtale (100%). Il montre également qu'en cas de cirrhose Child-Pugh B ou C, il y avait une mortalité absolue des fœtus (100%) et que seule la cirrhose Child-Pugh A avait abouti à un accouchement avec fœtus viable. La voie d'accouchement était la césarienne chez 2 patientes et la voie basse pour 5 patientes. Sur le plan maternel, le tableau I révèle que la grossesse semblait avoir induit une décompensation de la cirrhose chez 5 patientes (71,43%), 2 sur le mode œdémateux et 3 sur le mode hémorragique dont une associée à une encéphalopathie hépatique. Trois décès maternels (42,82%) ont été observés dans le post partum immédiat, tous dans un contexte hémorragique, 2 par hémorragie digestive et 1 par coagulation intravasculaire disséminée.

Discussion

La grossesse, avec une incidence de 33 grossesses/1000 femmes/ an était un évènement fréquent chez les patientes cirrhotiques en âge de procréer. Cette incidence semblait supérieure aux données de la littérature qui l'estiment à 1 grossesse sur 3333 à 5950 [2,5,12]. En effet, la cirrhose entraine une insuffisance hépatocellulaire chronique qui est responsable des troubles du métabolisme des hormones sexuelles conduisant à une irrégularité du cycle menstruel avec anovulation responsable d'une hypofertilité [2,5,8,13]. Toutefois, la survenue d'une grossesse augmente en fonction du caractère compensé et stable de la cirrhose ainsi que de l'âge jeune des patientes [2,3,5,13-16]. Ainsi, nos patientes cirrhotiques avec un âge moyen de 26 ± 6 ans et une cirrhose classée Child-Pugh A ou B dans 57,1%, étaient probablement suffisamment équilibrées pour tomber enceinte. De plus, la prédominance des étiologies infectieuses (hépatite B et hépatite C) et auto-immunes de la cirrhose dans notre série (85,7%), est décrite comme une situation plus favorable à la conception que l'étiologie alcoolique [13,14,17,18].

Tableau I: aspects épidémiologiques et pronostiques de la grossesse chez les patientes cirrhotiques au CHU de Libreville.

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7
Age (année)	22	28	19	34	31	34	18
Score de Child-Pugh avant grossesse	A	C	B	C	B	B	C
Durée de suivi (année)	2	1	2	2	3	2	6
Etiologies	Hépatite B	Hépatite B	Hépatite auto-immune	Alcoolisme chronique	Hépatite C	Hépatite B	Hépatite auto-immune
Complications obstétricales	Non	Avortement tardif (22SA)	Prématurité (29SA)	Mort fœtale in utero	Mort fœtale in utero	Mort fœtale in utero	Mort fœtale in utero
Complications maternelles	Non	Hémorragie digestive	Non	Hémorragie par coagulation intravasculaire disséminée	Ascite	Ascite	Hémorragie Digestive + Encéphalopathie hépatique
Décès maternel	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui
Décès fœtal	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Type d'accouchement	Césarienne	Voie basse	Voie basse	Voie basse	Césarienne	Voie basse	Voie basse

La survenue d'un décès maternel chez toutes les patientes avec ayant une cirrhose Child-Pugh C confirme que la grossesse chez une patiente cirrhotique est une situation à risque maternel et ce risque est dotant plus important que la cirrhose est avancée [2-7,12-21]. En effet, la grossesse augmente le débit sanguin circulant, ce qui, avec le volume croissant de l'utérus, majore l'hypertension portale et les risques hémorragiques [2,12-21]. C'est pour cela que ce risque hémorragique doit être évalué et pris en charge idéalement avant la grossesse ou au début de celle-ci par l'éradication de ces varices œsophagiennes et/ou gastriques par des séances de ligature ou de sclérose par ailleurs sans danger pour la grossesse [2-7,12-22].

Sur le plan obstétricale, l'issue macabre de toutes les grossesses associées à une cirrhose Child-Pugh B ou C bien qu'évoquée dans la littérature, souligne les difficultés de notre prise en charge [2,12-21]. En effet, la grossesse est une cause de décompensation de la maladie hépatique qui peut aboutir à un accouchement prématuré voire à une mort fœtale in utéro [18-21]. Afin de prévenir cette évolution péjorative, l'association américaine pour l'étude des maladies du foie recommande une prise en charge multidisciplinaire entre hépatologues, obstétriciens et pédiatres [21]. L'hépatologue assure une évaluation des risques maternels avant la grossesse, organise un suivi rapproché pendant la grossesse afin de prévenir et d'identifier précocement une complication hépatique de la grossesse [21]. L'obstétricien organise le planning familial avant la grossesse et assure un suivi rapproché à l'image de toutes les grossesses pathologiques [21]. Le pédiatre organise une réanimation néonatale qui doit être opérationnelle à tout moment [18-21]. S'agissant de la voie d'accouchement, la césarienne a été réalisée chez 2 patientes. Ce choix doit être collégial car, si la césarienne prophylactique peut être nécessaire en cas de varices œsogastriques importantes afin d'éviter tout effort expulsif pouvant entraîner une hémorragie variqueuse, l'accouchement par voie basse doit être préféré à la césarienne du fait des varices sous cutanées qui peuvent saigner en cas de césarienne [16-22].

Conclusion :

La grossesse est possible au cours de la cirrhose et constitue une situation à risque qui peut mettre en jeu le pronostic fœtal et maternel. Dans notre pays aux ressources limitées, une prise en charge multi-disciplinaire est une exigence encore plus qu'ailleurs. La prévention de l'hémorragie liée à l'hypertension portale éviterait le décès maternel. Dans tous les cas une patiente avec cirrhose équilibrée, stable et bien suivie, peut mener une grossesse à terme sans incident. Une étude cas témoins devrait compléter celle-ci afin de mieux comprendre les facteurs de risques d'évolution péjorative de cette association.

Références

1. Itoudi Bignoumba PE, Nzouto P, Alilangori T, et al. Cirrhose Décompensée : Aspects Épidémiologiques, Pronostiques et Évolutifs à Propos de 167 Patients. Health Sci Dis 2020;21(2) :60-2.
2. Latournerie M, Vanlemmens C, Doussot A, et al. Cirrhose, transplantation hépatique et grossesse. Hepato Gastroentrol Onco Dig 2020;27(4):375-85.
3. Tan J, Surti B, Saab S. Pregnancy and cirrhosis. Liver Transpl 2008;14:1081-91.
4. Ducarme G, Bernuau J, Luton D. Cirrhose biliaire primitive et grossesse. J Gynéco Obst Biol Rep 2014 ;43(5) :335-41.
5. Zvárová V, Dolina J, Šenkyřík M, et al. Liver cirrhosis and pregnancy: a case report and review of literature. Vnitr Lek 2021;67(E-3):28-32.
6. Rijckborst V, Hoekstra J, Claessen MMH et al. Pregnancy and lever cirrhosis: a high-risk combination. Ned Tijdschr Geneeskd 2018;162:D2457.
7. Aggarwal N, Sawnhey H, Suril V, et al. Pregnancy and cirrhosis of the liver. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999;39(4):503-506.
8. El Idrissi F, Harandou M, Mohammadi M et al. Hypertension portale et grossesse à propos d'une observation. Méd Maghreb 1997 ;(61) :19-22.
9. Errarhay S, Châara H, Lahmine A, et al. Hypertension portale et grossesse. À propos de cinq cas et revue de la littérature. J Afr Hépato Gastroentérol 2009;(3):22–5.
10. Diarra M, Konaté A, Kallé A, et al. Grossesse sur cirrhose : à propos d'un cas. J Afr Hépato Gastroentérol 2007;1:143–5.
11. Bagny A, Akolly DAE, Lawson-Ananisoh LM, et al. Pregnancy and cirrhosis: four cases at the Lome campus university teaching hospital (Togo). Med Sante Trop 2016;26(4):382-5.
12. Palatnik A, Rinella ME. Medical and Obstetric Complications Among Pregnant Women With Liver Cirrhosis. Obstet Gynecol 2017;129(6):1118-23.
13. Rahim MN, Pirani T, Williamson C, et al. Management of pregnancy in women with cirrhosis. United European Gastroenterol J 2021;9(1):110-9.

14. Flemming JA, Mullin M, Lu J, et al. Outcomes of Pregnant Women With Cirrhosis and Their Infants in a Population-Based Study. Gastroenterology 2020;159 (5):1752-62.
15. D'Alteroche L, Perarnau JM, Perrotin F, et al. Grossesse et hypertension portale. Gastroentérol Clin Biol 2008;32(5):541-6.
16. Elkihal L, El Jastimi S, Afifi R, et al. Hypertension portale compliquée d'hémorragie par rupture de varices œsophagiennes chez la femme enceinte. Acta Endoscopica 2005;(35):503–7.
17. Milić S, Tatalović T, Mikolašević I. Pre-existing liver disease in pregnancy: Cirrhosis, autoimmune hepatitis and liver transplantation. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2020;44-5.
18. Sarkar M, Djerboua M, Flemming JA. NAFLD Cirrhosis Is Rising Among Childbearing Women and Is the Most Common Cause of Cirrhosis in Pregnancy. Clin Gastroenterol Hepatol 2022;20(2): e315-e318.
19. Tiribelli C, Rigato I. Liver cirrhosis and pregnancy. Ann Hepatol 2006;5(3):201.
20. 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.
21. Sarkar M, Brady CW, Fleckenstein J, et al. Reproductive Health and Liver Disease: Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology 2021;73(1):318-65.
22. Itoudi Bignoumba PE, Maganga Moussavou IF, Eyi Nguema AG, et al. La ligature des varices œsophagiennes dans la prise en charge de l'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale au CHU de Libreville. Bull Med Owendo 2020;18 (48):42-5.