

## FAIT CLINIQUE

### HEMOPERITOINE SUR GROSSESSE EVOLUTIVE REVELANT UN HEPATOCARCINOME

#### HEMOPERITONEUM DURING PREGNANCY REVEALED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

KK KANASSOUA, I KASSENE, K ADABRA, K DJADOU, B TCHANGAI, K SAKIYE, A AMAVI, ED DOSSEH, B SONGNE

Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, BP 57 Lomé – TOGO Tel : (228) 22212501

### RÉSUMÉ

L'hémopéritoine au cours de la grossesse sur hépatocarcinome est une pathologie rare et grave engageant le pronostic vital maternel et fœtal. Nous rapportons le cas d'une gestante de 33 ans 3ème geste et 2ème pare sans antécédents de cirrhose ni hypertension portale admise à 22 semaines d'aménorrhée pour douleurs abdominales spontanées brutales et état de choc hémodynamique. L'exploration échographique avait révélée un hémopéritoine de grande abondance, une hépatomégalie multimacronodulaire et un fœtus eutrophe avec une bonne vitalité. La laparotomie avait permis d'évacuer un hémopéritoine de 2,5 litres, de noter un saignement des vaisseaux du hile d'un foie tumoral. L'hémostase provisoire a été obtenue par tamponnement au grand omentum. Les suites opératoires ont été marquées par une récurrence de l'hémopéritoine à 25 semaines entraînant un décès materno-fœtal.

**Mots clés :** Hémopéritoine, hépatocarcinome, grossesse

### SUMMARY

Spontaneous intraperitoneal hemorrhage with hepatocellular carcinoma during pregnancy is a rare but dangerous phenomenon that can be fatal to both mother and child. We report a case of a 33 years old pregnant lady presented in emergency at 2 weeks of gestation with acute abdominal pain with hypovolemic shock. She had no previous history of hepatic cirrhosis and diseases predisposing to portal hypertension. Ultrasonography revealed a massive intraperitoneal haemorrhage, macronodular hepatomegaly and a healthy fetus. Subsequently, the patient was subjected to immediate laparotomy. The peritoneal cavity contained large amount of blood (2,5 liters), hepatic vascular pedicle was bleeding. We stop the bleeding by putting omentum on the pedicle. At 25th week of gestation she died by the new bleeding with shock.

**Keywords:** Hemoperitoneum, hepatocellular carcinoma, Pregnancy

#### Tirés à part:

KK KANASSOUA

BP : 57 Lomé – TOGO

Cel : (228) 90231058

E-mail : kanassoua8812@yahoo.fr

## INTRODUCTION

L'hémopéritoine est une urgence dont les étiologies pendant la grossesse sont multiples et constituent la première cause de mortalité maternelle [1-3]. Sa confirmation est souvent réalisée par l'imagerie médicale (échographie ou tomodensitométrie) [4,5].

Dans tous les cas, la laparotomie ou la coelioscirurgie s'impose en urgence devant une douleur abdominale aiguë, un épanchement sanguin avec état de choc chez la femme enceinte.

La survenue d'un hémopéritoine au cours du deuxième trimestre de la grossesse peut relever de causes très rares, non obstétricales, comme nous l'avons rapporté.

## OBSERVATION

Mme H. E. troisième geste, deuxième pare âgée de 33 ans, revendeuse, a été admise le 12 mars 2012 à 22 semaines d'aménorrhée pour douleur abdominale, dyspnée évoluant depuis trois jours. Elle ne signalait aucun antécédent médico-chirurgical particulier ; au niveau obstétrical, on notait deux accouchements sans particularité, à terme en 2004 et 2007.

La grossesse actuelle a été régulièrement suivie dans un dispensaire et se déroulait jusque là normalement.

À l'admission aux urgences de l'hôpital régional de Tsévié elle signalait des douleurs abdominales de survenue brutale, initialement dans l'hypochondre droit puis rapidement diffuses, sans facteur déclenchant et accompagnées de dyspnée. Il n'y avait pas de métrorragie ni de perte de liquide, les mouvements actifs fœtaux étaient bien perçus. Il y avait un arrêt de gaz depuis 24 heures sans nausée ni vomissement et sans hémorragie digestive extériorisée.

La patiente était en état de choc hémodynamique avec une tension artérielle à 80 sur 60 mm de Hg. La température était à 37°8 Celsius. Elle avait une tachycardie à 116 pulsations par minutes. Les conjonctives étaient pâles. La conscience était claire avec un score de Glasgow à 15. L'abdomen était douloureux dans son ensemble, météorisé. La palpation abdominale révélait une défense généralisée avec cri de l'ombilic. La hauteur utérine était à 26 centimètres et le rythme du cœur fœtal était à 130 battements par minute.

À l'échographie, on notait une grossesse monofoetale évolutive de 21 semaines d'aménorrhée et 6 jours ; le fœtus était eutrophe avec une bonne vitalité. Le placenta était antérieur normalement inséré, homogène. On notait en outre une collection liquidienne de grande abondance dans la grande cavité péritonéale finement échogène. On avait noté également une hépatomégalie multilobulière et une splénomégalie modérée.

Sur le plan obstétrical, on ne notait pas de contractions utérines ; le col était postérieur, long, ferme et fermé à

l'orifice externe.

Un bilan biologique a noté : des globules blancs à 9500/mm<sup>3</sup>, un taux d'hémoglobine à 6,2 g/dl ; l'hémostase était normale ainsi que le bilan rénal.

Une réanimation avait été entreprise avec des macromolécules, des cristalloïdes et une transfusion sanguine de deux poches de culots globulaires isogroupe isorhésus.

On a réalisé en urgence une laparotomie médiane sus et sous ombilicale exploratrice sous anesthésie générale : après évacuation de 2,5 litres d'hémopéritoine fait de sang rouge sombre et de caillots, on a découvert une hépatomégalie dure multilobulière, à surface irrégulière, dyschromique avec une hyperpigmentation par endroit évoquant une tumeur hépatique. On a noté un saignement hilair hépatique de sang rouge sombre. Le reste de l'exploration ne retrouvait pas d'autres anomalies ; les ovaires, la rate, le pancréas, le tube digestif, les gros vaisseaux étaient normaux. La tentative d'hémostase par suture ou clamage était vaine. On avait procédé à un tamponnement hilair à l'aide du grand omentum assurant l'hémostase provisoire. La paroi avait été ensuite refermée plan par plan sans drainage. La tension artérielle en fin d'intervention était à 100 sur 70 mm de Hg.

Pendant toute l'intervention, l'utérus avait été manipulé avec précaution. La patiente avait reçu deux culots globulaires en supplément. La réanimation postopératoire avait été couplée avec des antibiotiques et antalgiques.

La période postopératoire avait été simple tant au niveau maternel que fœtal. Les douleurs abdominales avaient régressé progressivement sous antispasmodiques. La reprise de l'alimentation orale s'était faite au troisième jour. La plaie opératoire avait évolué favorablement et l'ablation de fils s'était faite au neuvième jour. Un contrôle échographique postopératoire régulier notait la bonne vitalité fœtale.

Mme H. E. était décédée au cours de la 25ème semaine de grossesse suite à une récurrence d'hémopéritoine de grande abondance avec état de choc.

## COMMENTAIRES

L'hémopéritoine en cours de grossesse sur hépatocarcinome est une complication rare et grave. Marsh et al. [6] avaient révélé un hémopéritoine par rupture du foie suite à une toxémie gravidique. Aux USA, Sutton et al. [2] avaient décrit un cas d'hémopéritoine par rupture du foie avec mort subite chez une parturiente qui ne présentait pas d'antécédents pathologiques à type de prééclampsie ou de HELLP syndrome (syndromic hemolysis with elevated liver enzymes and low platelet count) durant le déroulement de la grossesse. L'hépatocarcinome est une affection fréquente dans nos régions à cause de la

prévalence de l'hépatite B et des facteurs alimentaires tels l'alcool et l'aflatoxine une mycotoxine sécrétée par l'*Aspergillus flavus* parasitant les arachides souvent consommées crues dans nos habitudes alimentaires. Ces facteurs prédisposent à une cirrhose qui secondairement peut évoluer vers un hépatocarcinome. L'hépatocarcinome peut toutefois se développer en dehors d'une cirrhose.

Dans notre cas la gestante avait présentée une rupture des vaisseaux du hile hépatique au cours du deuxième semestre de la grossesse. Le développement de l'hépatocarcinome évolue vers une tendance à la thrombose de la veine porte avec une augmentation de la pression portale. Cette augmentation de la pression portale associée à une fragilisation des parois vasculaires survenant au cours de la grossesse prédispose à une rupture certaine.

Les étiologies des hémopéritoines spontanés non traumatiques au cours de la grossesse sont variées et souvent intriquées à l'âge de la grossesse.

En effet les causes des hémopéritoines du premier trimestre de la grossesse sont marquées principalement par les ruptures de grossesses extra-utérines [3, 7-9], des ruptures utérines par un placenta increta ou percreta sur utérus cicatriciel [1, 10].

Les étiologies citées dans la survenue des hémopéritoines au cours du deuxième trimestre de la grossesse sont les grossesses abdominales [11].

Les hémopéritoines du troisième trimestre de la grossesse et du *peri partum* ont une multitude de causes parmi lesquelles ont été signalées les ruptures des artères utérines [12], les ruptures spléniques [13, 14] sur rate toxémique pathologique (hémangiome, drépanocytose, paludisme...) ou de la veine splénique [15], les ruptures de varices des veines utérines [16], la rupture de l'artère hypogastrique inférieure ou sigmoïdienne par envahissement d'une endométriose [17, 18], les ruptures hépatiques [2], les ruptures utérines [19]. Parfois aucune cause évidente n'est retrouvée à l'exploration comme l'avait décrit Ploteau et al. à Nantes [20].

La rupture de varices utérines semble prépondérante. En effet, la formation des varices utérines semble entrer dans le cadre général de la pathologie veineuse en cours de grossesse et en particulier de l'insuffisance veineuse. Les modifications de l'hémodynamique veineuse chez la femme enceinte sont liées à un facteur hormonal et un facteur mécanique par compression de

la veine cave inférieure et des vaisseaux iliaques par l'utérus gravide. Il en résulte une augmentation de la pression et de la distensibilité veineuse associée à un ralentissement du flux sanguin. Ces variations correspondent à des modifications histologiques vasculaires avec notamment finesse et fragilité des parois par atrophie de la couche musculuse [16].

Le tableau clinique d'un hémopéritoine spontané sur grossesse semble assez stéréotypé : la gestante se plaint d'une douleur abdominale de survenue brutale et spontanée, bien localisée dans un premier temps puis plus diffuse. Il n'y a pas de notion de traumatisme abdominal [7-9, 16, 17, 20]. Souvent un épisode syncopal ou un malaise est signalé. Plus ou moins rapidement s'installe un état de choc non expliqué par une hémorragie extériorisée. En général, l'hémorragie survient au premier trimestre [1, 3, 4, 7], au troisième trimestre de grossesse [12-15], beaucoup plus rarement au deuxième [11]. Elle peut aussi avoir lieu au cours de l'accouchement pendant le travail ou en *post-partum* [2, 17]. Chez notre gestante l'hémopéritoine était survenue au deuxième trimestre de la grossesse.

Dans tous les cas, la laparotomie s'impose en urgence devant une douleur abdominale aiguë avec état de choc chez la femme enceinte [1,3-20]. Toutefois, certains hémopéritoines du premier trimestre peuvent être explorés et traités par la coeliochirurgie.

Lorsque le diagnostic est précoce, un traitement adéquat est institué et on peut sauver la gestante et le fœtus [6, 8, 14, 16] avec des suites opératoires simples et parfois un accouchement normal par voie basse [16]. Dans les cas de diagnostic tardif avec un état de choc décompensé on enregistre le décès maternel et/ou fœtal [2, 13].

## CONCLUSION

L'hémopéritoine sur hépatocarcinome au cours du deuxième trimestre de la grossesse est une complication rare et grave. Elle met en jeu le pronostic vital maternel et fœtal quelles que soient les mesures thérapeutiques entreprises dans nos régions à structures sanitaires peu équipées. Une sensibilisation de la population doit être entreprise sur les facteurs prédisposants avec la vaccination systématique contre l'hépatite B en zone d'endémie.

## REFERENCES

1. Sliutz G, Sanani R, Spängler-Wierrani B, Wierrani F. First trimester uterine rupture and scar pregnancy. *Med Hypotheses*. 2009;73(3):326-7.
2. Sutton BC, Dunn ST, Landrum J, Mielke G. Fatal postpartum spontaneous liver rupture: case report and literature review. *J Forensic Sci*. 2008; 53(2):472-5.
3. Priuli G, Darate R, Perrin RX, Lankoande J, Drouet N. Multicentre experience with a simple blood salvage technique in patients with ruptured ectopic pregnancy in sub-Saharan West Africa. *Vox Sang*. 2009; 97(4):317-23.
4. Moore C, Todd WM, O'Brien E, Lin H. Free fluid in Morison's pouch on bedside ultrasound predicts need for operative intervention in suspected ectopic pregnancy. *Acad Emerg Med*. 2007;14(8):755-8.
5. Lubner M, Menias C, Rucker C, Bhalla S, Peterson CM, Wang L, Gratz B. Blood in the belly: CT findings of hemoperitoneum. *Radiographics*. 2007;27(1):109-25.
6. Marsh FA, Kaufmann SJ, Bhabra K. Surviving hepatic rupture in pregnancy-a literature review with an illustrative case report. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23: 109-13.
7. Michalak M, Zurada A, Biernacki M, Zygmunt K. Ruptured ectopic pregnancy diagnosed with computed tomography. *Pol J Radiol*. 2010;75(4):44-6.
8. Galinski M, Petrovic T, Rodrigues A, Hermann M, Catineau J, Adnet F, Lapostolle F. Out-of-hospital diagnosis of a ruptured ectopic pregnancy: myometrial embryo implantation, an exceptional diagnosis. *Prehosp Emerg Care*. 2010; 14(4):496-8.
9. Mitura K, Romanczuk M. Ruptured ectopic pregnancy mimicking acute pancreatitis. *Ginekol Pol*. 2009; 80(5):383-5.
10. Son G, Kwon J, Cho H, Kim S, Yoon B, Nam E, Kim J, Kim Y, Kim J, Cho N, Kim S. A case of placenta increta presenting as delayed postabortal intraperitoneal bleeding in the first trimester. *J Korean Med Sci*. 2007; 22(5):932-5.
11. Kawthalkar AS, Gawande MS, Jain SH, Joshi SA, Ghike SD, Bhalerao AV. Rare case of live birth in a ruptured rudimentary horn pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011; 37(8):1169-72.
12. Banaś T, Boryczko M, Durzyńska-Urbaniak J. Intraperitoneal hemorrhage due to the rupture of right ovarian artery in the second day of puerperium. *Ginekol Pol*. 2004; 75(9):729-32.
13. Boldorini R, Bozzola C, Gallarotti E, Ribaldone R. Fatal splenic rupture in a pregnant woman with hemoglobin C/beta-thalassemia and myeloid metaplasia. *Arch Pathol Lab Med*. 2006; 130(8):1231-2.
14. Parvaiz A, Chandran S, Karim A, Kumar K, Jeffrey P, Lagattolla NR. Torted and ruptured wandering spleen presenting as a surgical emergency in pregnancy. *ScientificWorldJournal*. 2004;4:1035-7.
15. Safioleas MC, Moulakakis KG. A rare cause of intra-abdominal haemorrhage: spontaneous rupture of the splenic vein. *Acta Chir Belg*. 2006;106(2):237-9.
16. Roger N, Chitrit Y, Souhaid A, Rezig K, Saint-Leger S. Hémopéritoine par rupture de varices utérines en cours de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005; 34 (5) :497-500.
17. O'Leary SM. Ectopic decidualization causing massive postpartum intraperitoneal hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2006;108(3 Pt 2):776-9.
18. Tourette C, Carcopino X, Taranger-Charpin C, Boublil L. Une cause inattendue d'hémopéritoine en cours de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2011; 40 (1) : 81-84.
19. Roca LE 2nd, Hoffman MC, Gaitan LF, Burkett G. Placenta percreta masquerading as an acute abdomen. *Obstet Gynecol*. 2009;113(2 Pt 2):512-4.
20. Ploteau S, Podevin J, Frampas E, Winer N, Caroit Y, LE Borgne J, Philippe HJ, Boog G. Hémopéritoine « idiopathique » de la femme enceinte : à propos de deux cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003; 32 (5) : 14