



Plagiarism Checker X - Report

Originality Assessment

0%

Overall Similarity

Date: Mar 11, 2026 (11:03 AM)

Matches: 0 / 2939 words

Sources: 0

Remarks: No similarity found,
your document looks healthy.

Verify Report:

Scan this QR Code



FOIE ET GROSSESSE : EXPERIENCE DUSEVICE
D'HEPATOASTROENTEROLOGIE DU CHU DE TANGER (MAROC) A PROPOS DE
200 CAS .

RÉSUMÉ

Introduction : La découverte d'une hépatopathie au cours de la grossesse correspond le plus souvent à une atteinte gravidique ou intercurrente. Le pronostic maternel et fœtal dépend de la cause et de la précocité du diagnostic. Notre objectif était d'évaluer les aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques des perturbations hépatiques au cours de la grossesse.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive menée de Décembre 2019 à Janvier 2023 au CHU de Tanger, incluant 200 femmes enceintes présentant une perturbation du bilan hépatique. Les données ont été recueillies à partir des registres et dossiers des patientes et analysées avec le logiciel Excel.

Résultats : L'âge moyen était de 29 ans (extrêmes : 17-40 ans). La consultation prédominait au 3ème trimestre (48%). Les vomissements (26,97%) et les signes d'HTA (25,17%) étaient les motifs principaux. La biologie montrait une cytolysse chez 21,48%, une protéinurie chez 18,72%. Les étiologies étaient dominées par la prééclampsie (29,55%), l'hyperemesis gravidarum (27,09%) et le HELLP syndrome (10,83%). Les pathologies intercurrentes représentaient 17,7% (lithiase biliaire : 9,85%). L'évolution fœtale était marquée par 13,5% de grossesses arrêtées.

Conclusion : Les pathologies du spectre hypertensif prédominent dans notre contexte. Une collaboration multidisciplinaire est essentielle pour améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots-clés : Grossesse, Foie, Prééclampsie, HELLP syndrome, Hyperemesis gravidarum, CHU Tanger

ABSTRACT

Introduction: The discovery of liver disease during pregnancy most often corresponds to gestational or intercurrent liver disease. Maternal and fetal prognosis depends on the cause and the early diagnosis. Our objective was to evaluate the epidemiological, etiological and therapeutic aspects of liver abnormalities during pregnancy.

Patients and Methods: A retrospective descriptive study conducted from December 2019 to January 2023 at the University Hospital of Tangier, including 200 pregnant women with abnormal liver tests. Data were collected from patient records and analyzed using Excel software.

Results: The mean age was 29 years (range: 17-40 years). Consultation predominated in the 3rd trimester (48%). Vomiting (26.97%) and signs of hypertension (25.17%) were the main reasons. Biology showed cytolysis in 21.48%, proteinuria in 18.72%. The etiologies were dominated by preeclampsia (29.55%), hyperemesis gravidarum (27.09%) and HELLP syndrome (10.83%). Intercurrent pathologies represented 17.7% (gallstones: 9.85%). Fetal outcome was marked by 13.5% of terminated pregnancies.

Conclusion: Hypertensive spectrum pathologies predominate in our context.

Multidisciplinary collaboration is essential to improve maternal-fetal prognosis.

Keywords: Pregnancy, Liver, Preeclampsia, HELLP syndrome, Hyperemesis gravidarum, Tangier University Hospital

1- INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique particulier qui modifie le fonctionnement hépatique normal, avec une tendance à la cholestase et à la thrombose [1]. La découverte d'une hépatopathie au cours de la grossesse correspond le plus souvent à une atteinte spécifiquement gravidique ou à une pathologie intercurrente révélée par la grossesse [2]. Les hépatopathies gravidiques regroupent des entités spécifiques : la prééclampsie avec atteinte hépatique, le HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), la stéatose aiguë gravidique, la cholestase intrahépatique gravidique et l'hyperemesis gravidarum [3]. Les pathologies intercurrentes comprennent principalement la pathologie lithiasique biliaire, les hépatites virales et médicamenteuses.

Le pronostic maternel et foetal dépend de la rapidité du diagnostic et de l'adéquation de la prise en charge, nécessitant une collaboration étroite entre gastro-entérologues, obstétriciens et réanimateurs [4]. Peu d'études marocaines ont évalué le profil des hépatopathies gravidiques dans le contexte du nord du pays.

L'objectif de notre travail était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et évolutives des perturbations hépatiques chez la femme enceinte dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Tanger.

2- PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 38 mois, de Décembre 2019 à Janvier 2023.

Nous avons inclus toutes les femmes enceintes, quel que soit l'âge gestationnel, adressées pour perturbation du bilan hépatique (cytolyse, cholestase, insuffisance hépatocellulaire) et prises en charge dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Tanger.

Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation, d'hospitalisation et des dossiers médicaux des patientes. Les informations collectées comprenaient :

- Données épidémiologiques : âge, parité, terme de la grossesse
- Données cliniques : motifs de consultation, signes fonctionnels, signes physiques
- Données paracliniques : bilan biologique (transaminases, bilirubine, protéinurie), échographie abdominale, échographie obstétricale, IRM quand indiquée
- Données étiologiques et thérapeutiques : diagnostic retenu, prise en charge, évolution maternelle et fœtale

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les résultats ont été exprimés en effectifs, pourcentages, moyennes et extrêmes.

Considérations éthiques

La confidentialité des données des patientes a été respectée tout au long de l'étude.

3- RÉSULTATS

A- Caractéristiques épidémiologiques

Notre étude a inclus 200 femmes enceintes. L'âge moyen était de 29 ans, avec des extrêmes allant de 17 à 40 ans. Concernant la parité, 91 patientes (45,5%) étaient multipares, 68 (34%) étaient primipares et 41 (20,5%) étaient nullipares.

La répartition selon le trimestre de consultation montrait une nette prédominance du 3ème trimestre avec 95 patientes (48%), suivi du 1er trimestre avec 60 patientes (30%) et du 2ème trimestre avec 45 patientes (22%). (Figure 1)

□

□ Figure 1 : Répartition des patientes selon le trimestre de consultation

Caractéristique

Effectif (n)

Pourcentage (%)

Âge moyen

29 ans (17-40)

-

Parité

- Nullipares

41

20,5

- Primipares

68

34

- Multipares

91

45,5

Trimestre de consultation

- 1er trimestre

60

30

- 2ème trimestre

45

22

- 3ème trimestre

95

48

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques (n=200)

B- Présentation clinique

Signes fonctionnels : Les vomissements étaient le symptôme le plus fréquent, observés chez 75 parturientes (26,97%), suivis des signes d'hypertension artérielle (céphalées, troubles visuels) chez 70 malades (25,17%). Les douleurs abdominales étaient présentes

chez 50 patientes (17,98%), l'ictère chez 20 (7,19%), le prurit chez 15 (5,39%), les hémorragies chez 12 (4,31%) et la fièvre chez 10 (3,59%). Des signes neurologiques (confusion, convulsions) ont été notés chez 8 patientes (2,87%).

Signes physiques : La sensibilité de l'hypochondre droit était retrouvée chez 35 parturientes (29,16%), des lésions de grattage chez 20 (16,66%), une hépatomégalie chez 10 (8,33%) et une ascite chez 5 (4,16%). Une hypertension artérielle (PA systolique ≥ 140 mmHg et/ou diastolique ≥ 90 mmHg) était objectivée chez 90 patientes (45%).

Tableau II : Répartition des signes cliniques

Signes fonctionnels

n

%

Signes physiques

n

%

Vomissements

75

26,97

Sensibilité HCD

35

29,16

Signes HTA

70

25,17

Lésions grattage

20

16,66

Douleurs abdominales

50

17,98

Hépatomégalie

10

8,33

Ictère

20

7,19

Ascite

5

4,16

Prurit

15

5,39

HTA

90

45*

Hémorragies

12

4,31

Fièvre

10

3,59

Signes neurologiques

8

2,87

Total

260*

100

Total

160*

100

*Plusieurs signes possibles par patiente

C- Données paracliniques

Biologie : Le bilan hépatique a objectivé une cytolysse (ASAT/ALAT > 2N) chez 101 patientes (21,48%), une protéinurie positive (>300 mg/24h) chez 88 parturientes (18,72%), une hyperbilirubinémie (BT > 20 mg/L) chez 55 patientes (7,02%), une cholestase (GGT/PAL élevées) chez 32 (6,80%) et une thrombopénie (<150 000/mm³) chez 25 (5,31%).

Imagerie :

□ L'échographie abdominale, réalisée chez 62 patientes, a montré : une lithiase biliaire chez 17 (27,41%), une vésicule multi-lithiasique chez 10 (16,12%), un foie de stéatose chez 5 (8,06%), un hématome sous-capsulaire du foie chez 5 (8,06%), une cholécystite aiguë chez 4 (6,45%), une dilatation des voies biliaires chez 3 (4,83%) et un abcès hépatique chez 1 (1,61%). L'examen était normal chez 17 patientes (27,41%).

□ L'IRM abdominale, réalisée chez une patiente, a confirmé un abcès hépatique secondaire à une appendicite rétro-cæcale.

□ L'échographie obstétricale a montré une grossesse évolutive chez 173 patientes (86,5%) et une grossesse arrêtée chez 27 patientes (13,5%)

Tableau III : Principales anomalies biologiques et d'imagerie

Paramètre

n

%

Biologie (n=200)

- Cytolyse

101

21,48

- Protéinurie

88

18,72

- Hyperbilirubinémie

55

7,02

- Cholestase

32

6,80

- Thrombopénie

25

5,31

Échographie abdominale (n=62)

- Lithiase biliaire

17

27,41

- Foie de stéatose

5

8,06

- Hématome sous-capsulaire

5

8,06

- Cholécystite

4

6,45

- Normale

17

27,41

D- Étiologies des hépatopathies

Les étiologies étaient dominées par les pathologies spécifiques de la grossesse, représentant 73,4% des cas (149 patientes).

Pathologies gravidiques :

- Prééclampsie : 60 patientes (29,55%)
- Hyperemesis gravidarum : 55 patientes (27,09%)
- HELLP syndrome : 22 patientes (10,83%)
- Hématome sous-capsulaire du foie : 7 patientes (3,44%)
- Cholestase intra-hépatique gravidique : 5 patientes (2,46%)
- Stéatose aiguë gravidique : 3 patientes (1,47%)

Pathologies intercurrentes (17,7%) :

- Pathologie lithiasique biliaire : 20 patientes (9,85%)
- Cholécystite aiguë : 7 patientes (3,44%)
- Hépatites virales : 5 patientes (2,46%)
- Hépatites médicamenteuses : 3 patientes (1,47%)
- Abscess hépatique : 1 patiente (0,49%)

Tableau IV : Répartition étiologique des hépatopathies (n=200)

Étiologie

Effectif (n)

Pourcentage (%)

Pathologies gravidiques

149

73,4

- Prééclampsie

60

29,55

- Hyperemesisgravidarum

55

27,09

- HELLP syndrome

22

10,83

- Hématome sous-capsulaire

7

3,44

- Cholestase gravidique

5

2,46

- Stéatose aiguë gravidique

3

1,47

Pathologies intercurrentes

36

17,7

- Lithiase biliaire

20

9,85

- Cholécystite

7

3,44

- Hépatites virales

5

2,46

- Hépatites médicamenteuses

3

1,47

- Abscès hépatique

1

0,49

E- Prise en charge thérapeutique et évolution

Prise en charge :

- Pour les 22 patientes avec HELLP syndrome : transfert en réanimation, administration de traitements hypertenseurs (nicardipine IV, labétalol), sulfate de magnésium pour prévention des convulsions, corticothérapie pour maturation fœtale, et évacuation utérine en urgence (césarienne).
- Pour l'intoxication au paracétamol (1 cas) : administration de N-acétyl-cystéine avec bonne évolution.
- Pour l'hyperemesis gravidarum : réhydratation intraveineuse, vitaminothérapie B1-B9, correction des troubles hydro-électrolytiques, antiémétiques.
- Pour l'abcès hépatique (1 cas) : appendicectomie avec drainage de l'abcès sous couverture antibiotique, avec bonne évolution.
- Pour les cholécystites aiguës (7 cas) : traitement médical initial (antibiothérapie, antispasmodiques, régime), avec évolution favorable dans tous les cas, évitant la chirurgie en urgence.

Évolution maternelle :

- L'évolution était favorable chez 190 patientes (95%)
- Complications chez 10 patientes (5%) : insuffisance rénale aiguë (n=4), coagulation intravasculaire disséminée (n=3), éclampsie (n=2), décès maternel (n=1, dans un tableau de HELLP syndrome compliqué d'hématome sous-capsulaire rompu)

Évolution fœtale :

- Grossesse évolutive à terme : 173 patientes (86,5%)
- Grossesse arrêtée : 27 patientes (13,5%) : fausses couches précoces (n=12), mort fœtale in utero (n=10), interruption médicale de grossesse (n=5)
- Prématurité induite (césariennes avant 37 SA) : 28 cas (14%)

4- DISCUSSION

Notre étude, portant sur 200 cas de perturbations du bilan hépatique chez la femme enceinte, constitue l'une des séries les plus importantes rapportées au Maroc et en Afrique

du Nord. Elle reflète le profil épidémiologique, étiologique et évolutif des hépatopathies au cours de la grossesse dans le contexte du nord du Maroc.

A- Profil épidémiologique

L'âge moyen de nos patientes (29 ans) est comparable aux données de la littérature, où la grossesse survient classiquement chez la femme jeune [1,5]. La prédominance des consultations au troisième trimestre (48%) est un résultat attendu, confirmant que les pathologies hépatiques sévères surviennent préférentiellement en fin de grossesse [3]. Ce taux est similaire à celui rapporté par Dajti et al. (2023) qui soulignent que le 3ème trimestre est la période de survenue privilégiée de la prééclampsie, du HELLP syndrome et de la cholestase gravidique [4].

B- Présentation clinique

Sur le plan clinique, les vomissements (26,97%) et les signes d'hypertension artérielle (25,17%) étaient au premier plan. Cette présentation est cohérente avec les étiologies les plus fréquentes de notre série (hyperemesis et prééclampsie). La sensibilité de l'hypochondre droit, retrouvée chez 29,16% des patientes, est un signe d'alarme majeur. Selon le guide de pratique clinique norvégien (2025), ce signe doit faire rechercher en urgence un HELLP syndrome ou un hématome sous-capsulaire du foie, complications potentiellement mortelles [9].

C- Profil étiologique

C.1- Prédominance des pathologies gravidiques

Dans notre cohorte, les hépatopathies spécifiques à la grossesse représentaient 73,4% des cas, confirmant les données classiques qui indiquent qu'elles constituent environ les deux tiers des maladies du foie observées pendant la grossesse [1,8].

a) Prééclampsie et HELLP syndrome : La prééclampsie était l'étiologie la plus fréquente (29,55%), suivie du HELLP syndrome (10,83%). Ces chiffres soulignent la fréquence des troubles hypertensifs dans la morbidité hépatique de la grossesse au Maroc. Le HELLP syndrome, complication grave de la prééclampsie, est rapporté dans 0,5 à 0,9% de toutes les grossesses en France et touche 10 à 20% des patientes avec une prééclampsie

sévère [1,5]. Notre proportion de 10,83% chez des patientes consultant pour anomalie hépatique est donc parfaitement en phase avec ces données. Le BMJ Best Practice (2025) confirme que l'atteinte hépatique du HELLP syndrome conditionne le pronostic maternel [6].

b) Hyperemesis gravidarum : Avec 27,09% des cas, l'hyperemesis gravidarum était la deuxième cause la plus fréquente, principalement diagnostiquée au premier trimestre. Ce trouble, lié aux modifications hormonales (pic de HCG), est une cause classique d'anomalies du bilan hépatique en début de grossesse et répond bien à la réhydratation et à la vitaminothérapie [2].

c) Cholestase et stéatose gravidiques : Nous avons observé une proportion plus faible de cholestase intrahépatique gravidique (2,46%) comparée aux séries occidentales où elle peut atteindre 5-10% dans certaines populations [7]. Ceci pourrait être lié à des facteurs génétiques ou environnementaux propres à notre population. Les recommandations canadiennes de Hobson et al. (2024) insistent sur l'importance de doser les acides biliaires pour confirmer le diagnostic, car le risque fœtal est corrélé à leur taux [2,10]. La stéatose aiguë gravidique, bien que rare (1,47%), est une urgence vitale nécessitant une extraction fœtale rapide.

C.2. Pathologies intercurrentes

Les pathologies non liées à la grossesse représentaient 17,7% des étiologies. La pathologie lithiasique biliaire (9,85%) était au premier plan. La grossesse est un état favorisant la lithiase cholestérolique en raison de la saturation de la bile en cholestérol et de la stase vésiculaire liée à la progestérone [3,7]. La thèse de Demblocque (2011) rapportait une prévalence similaire chez la femme enceinte, confirmant que la lithiase biliaire est une préoccupation fréquente [8].

Le cas d'abcès hépatique sur appendicite rétro-cæcale est un excellent exemple du retard diagnostique possible chez la femme enceinte, où les signes appendiculaires peuvent être masqués par l'utérus gravide, d'où l'importance de l'imagerie [4].

D- Prise en charge et pronostic

La prise en charge du HELLP syndrome (22 cas) a nécessité un transfert en réanimation avec extraction fœtale en urgence. Le seul traitement curatif est l'évacuation utérine, comme le rappellent les recommandations internationales [5,6,9]. L'administration de sulfate de magnésium pour la prévention de l'éclampsie est systématique.

Pour l'hyperemesis gravidarum, la vitaminothérapie B1-B9 est essentielle pour prévenir l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, complication rare mais grave [1].

Le pronostic fœtal était sombre dans 13,5% des cas (grossesse arrêtée). Ce taux élevé reflète la gravité potentielle des hépatopathies gravidiques. Il est bien établi que la prééclampsie, le HELLP syndrome et la cholestase (surtout si les acides biliaires sont $>100 \mu\text{mol/L}$) augmentent significativement le risque de prématurité, de souffrance fœtale et de mortalité périnatale [2,10].

Le décès maternel observé (0,5%) dans un tableau de HELLP syndrome compliqué d'hématome sous-capsulaire rompu rappelle la gravité potentielle de ces pathologies. La littérature rapporte une mortalité maternelle de 1 à 3% dans le HELLP syndrome, principalement liée aux complications hémorragiques [5].

E- Recommandations pratiques

À la lumière de notre expérience, nous proposons :

1. Un bilan hépatique systématique devant tout signe d'HTA ou vomissements persistants
2. Une collaboration multidisciplinaire précoce (gastro-entérologue, obstétricien, réanimateur)
3. Un transfert en réanimation immédiat devant tout HELLP syndrome
4. La réalisation d'une échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit
5. Un suivi postnatal des patientes ayant présenté une pathologie gravidique pour dépister une éventuelle pathologie sous-jacente

5- CONCLUSION

Notre étude met en lumière la diversité et la fréquence des pathologies hépatiques au

cours de la grossesse dans la région de Tanger. Elle confirme la prédominance des pathologies du spectre hypertensif (prééclampsie/HELLP) et de l'hyperemesis gravidarum, tout en rappelant la place non négligeable des pathologies intercurrentes comme la lithiase biliaire.

La prise en charge de ces patientes nécessite une collaboration étroite entre gastro-entérologues, obstétriciens et réanimateurs. La précocité du diagnostic et la rapidité de la prise en charge sont les seuls garants d'une amélioration du pronostic materno-fœtal. Des études prospectives multicentriques marocaines seraient utiles pour établir des recommandations nationales adaptées à notre contexte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lemedecin.fr. HELLP Syndrome : Symptômes, Diagnostic et Traitements 2025 | Guide Complet [Internet]. 2026 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: <https://lemedecin.fr/medical/pathologies/hellp-syndrome.html>
2. Hobson SR, Cohen ER, Gandhi S, Jain V, Niles KM, Roy-Lacroix MÈ, et al. Guideline No. 452: Diagnosis and Management of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. août 2024;46(8):102618.
3. Elsevier Library. Lithiase biliaire et ses complications [Internet]. 2023 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.elsevierelibrary.fr>
4. Dajti E, et al. Diagnostic Approach to Elevated Liver Function Tests during Pregnancy: A Pragmatic Narrative Review. J Pers Med. 16 sept 2023;13(9):1388.
5. BMJ Best Practice. Síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) [Internet]. 2025 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: <https://bestpractice.bmj.com>
6. Apollo Hospitals. Cholestase gravidique : causes, symptômes, diagnostic, traitement et prévention [Internet]. 2025 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.apollohospitals.com/fr/diseases-and-conditions/cholestasis-of-pregnancy>
7. Demblocque E. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la lithiase biliaire

symptomatique et compliquée chez la femme enceinte (à propos de 33 cas) [Thèse de médecine]. Amiens: Université de Picardie; 2011.

8. Yang L, Meng Y, Shi Y, Fang H, Zhang L. Maternal hepatic immunology during pregnancy. *Front Immunol.* 2023;14:1220323.

9. Norsk anesthesiologiskforening. Preeklampsi, HELLP og eklampsi [Internet]. 2025 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: <https://metodebok.no>

10. Hobson SR, Cohen ER, Gandhi S, Jain V, Niles KM, Roy-Lacroix MÈ, et al. Directive clinique n o 452 : Diagnostic et prise en charge de la cholestase intrahépatique de la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can.* août2024;46(8).

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques (n=200)
- Tableau II : Répartition des signes cliniques
- Tableau III : Principales anomalies biologiques et d'imagerie
- Tableau IV : Répartition étiologique des hépatopathies (n=200)

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Répartition des patientes selon le trimestre de consultation

EXCLUDE CUSTOM MATCHES	ON
EXCLUDE QUOTES	OFF
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY	OFF