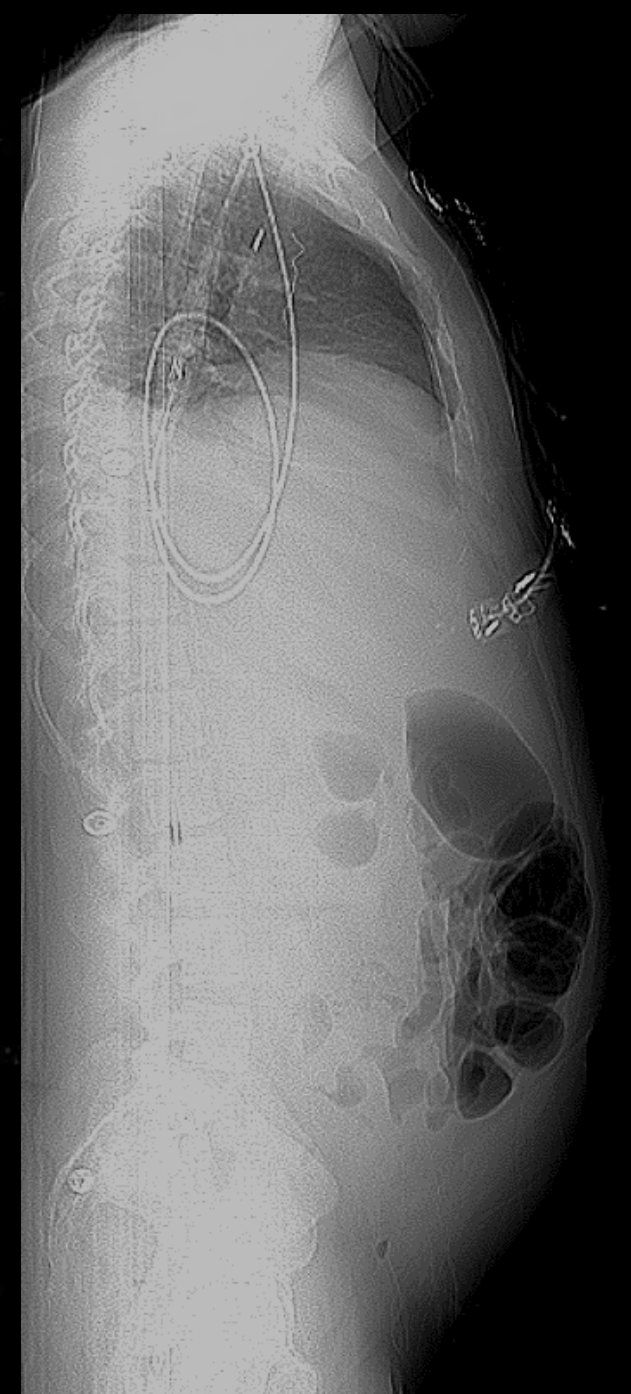


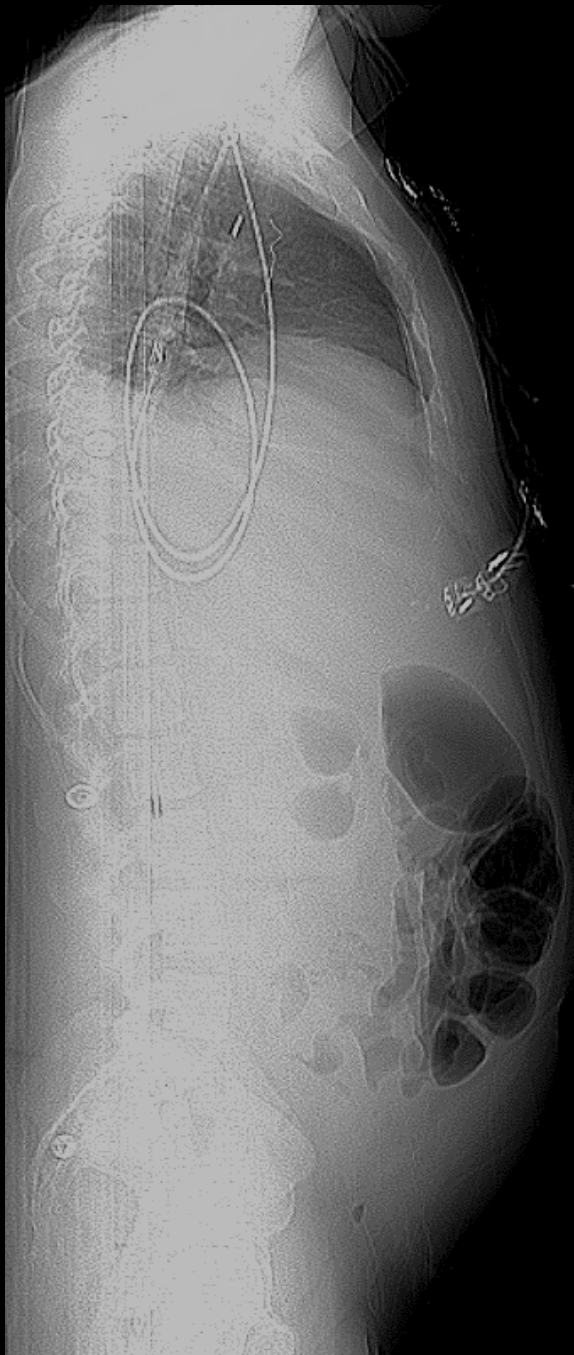
jeune femme, 28 ans, **césarienne pour grossesse gémellaire** à 35 semaines d'aménorrhée en raison d'une **toxémie gravidique** . une semaine plus tard tableau douloureux abdominal aigu fébrile avec tachycardie et thrombopénie; anémie persistante à 8-9 g/l malgré 2 transfusions

Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur les scout views, dans ce contexte

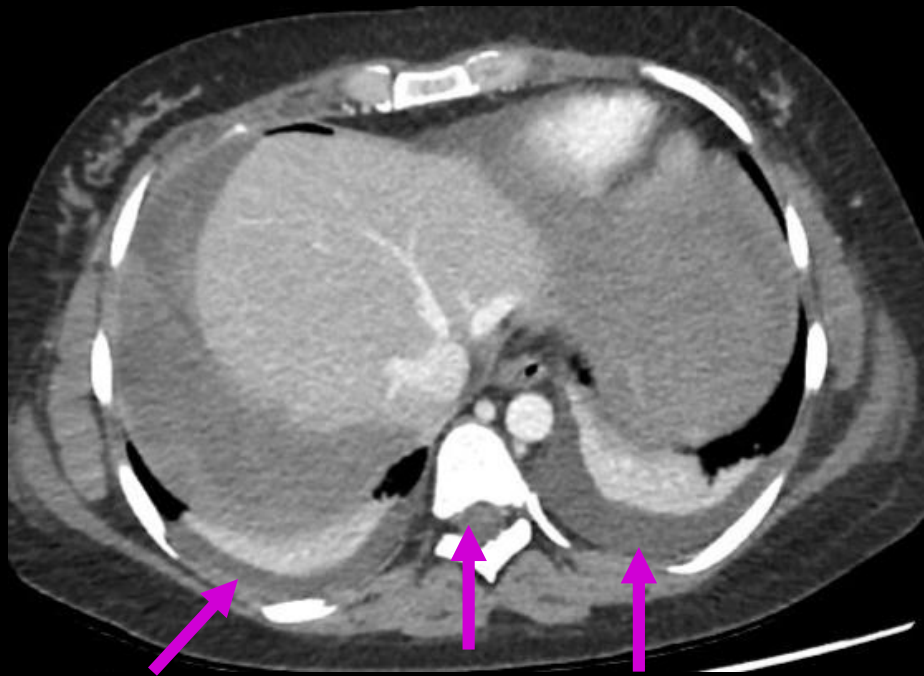


obs. François Avila IHN





- surélévation des 2 héli-coupoles diaphragmatiques
- augmentation la hauteur apparente de l'espace sus-mésocolique (dôme hépatique-colon transverse)
- cul de sac pleural postérieur droit émoussé



les coupes axiales confirment la présence d'un épanchement liquide périhépatique et de la loge splénique, siège d'hétérogénéités de densité en volutes, par comparaison avec les lames liquides pleurales et le LCR (flèches violettes). Cela permet de conclure à un **hémopéritoine péri-hépatique autour du foie droit** (et pas à un hématome sous-capsulaire !!)



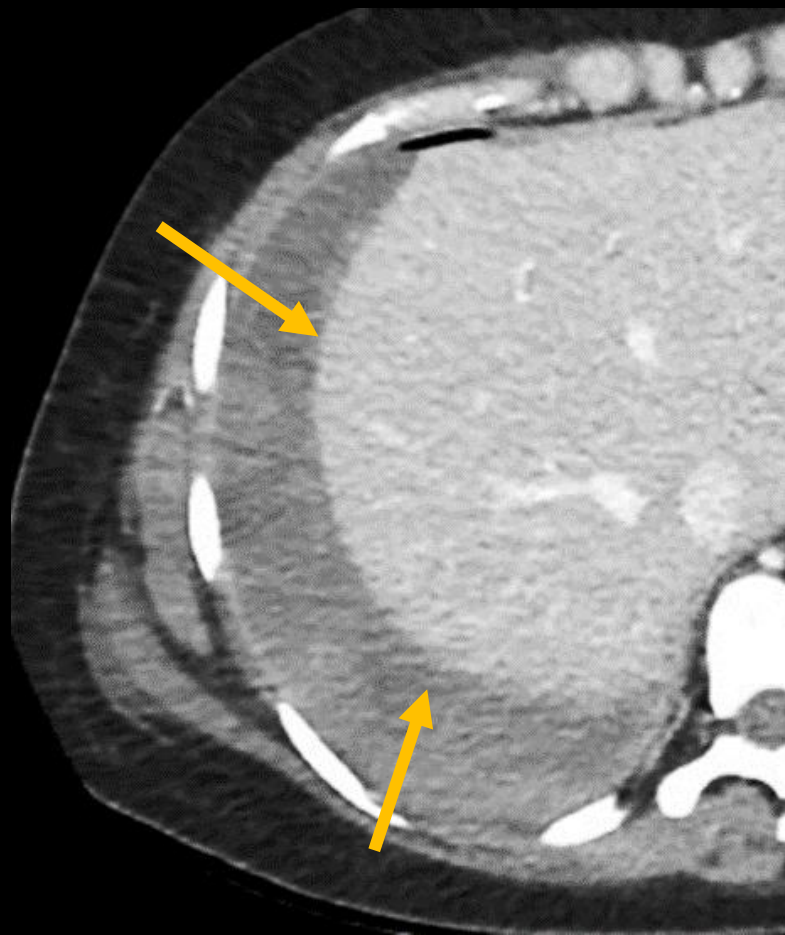
l'aspect flou du bord latéral droit du foie confirme le caractère extra-capsulaire de l'épanchement

les lames gazeuses pré-hépatiques sont en relation avec la chirurgie récente

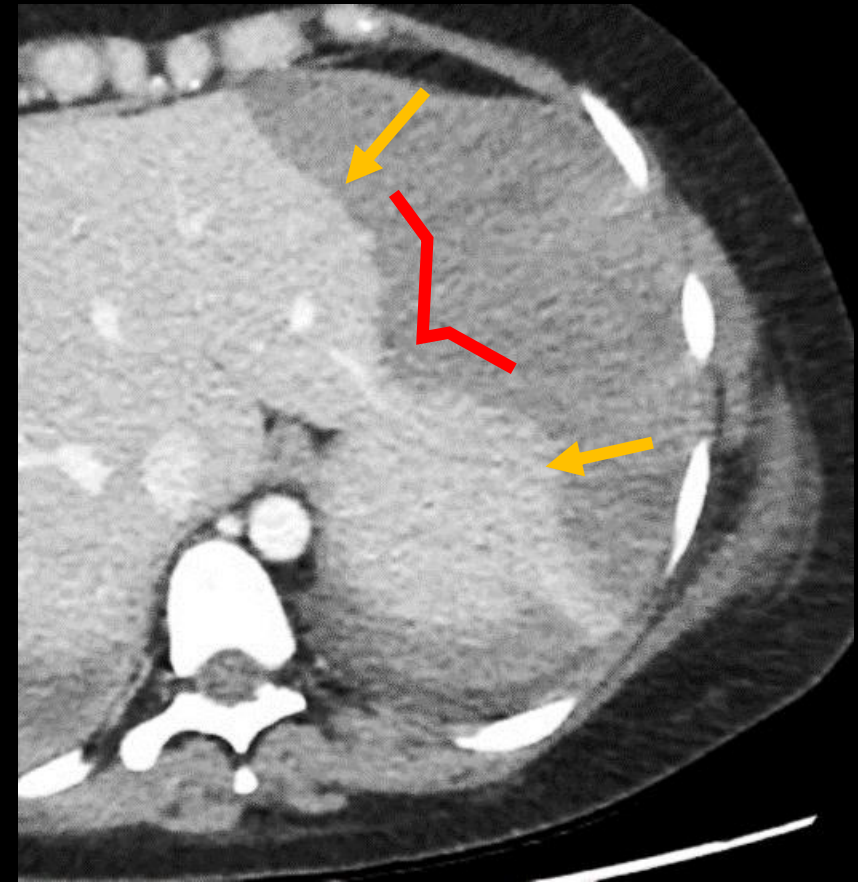


dans la partie gauche de l'étage sus-mésocolique, on peut affirmer **l'intégrité de la rate**

par contre le lobe gauche est ouvert en 2 par un plan de **clivage horizontal**, comme un livre, avec une rupture de la capsule de Glisson, responsable de tout l'hémopéritoine de l'étage sus mésocolique



bord latéral du lobe droit arciforme régulier flou par effet de volume partiel sur la zone de contact capsule de Glisson-hémopéritoine (flèches jaunes)



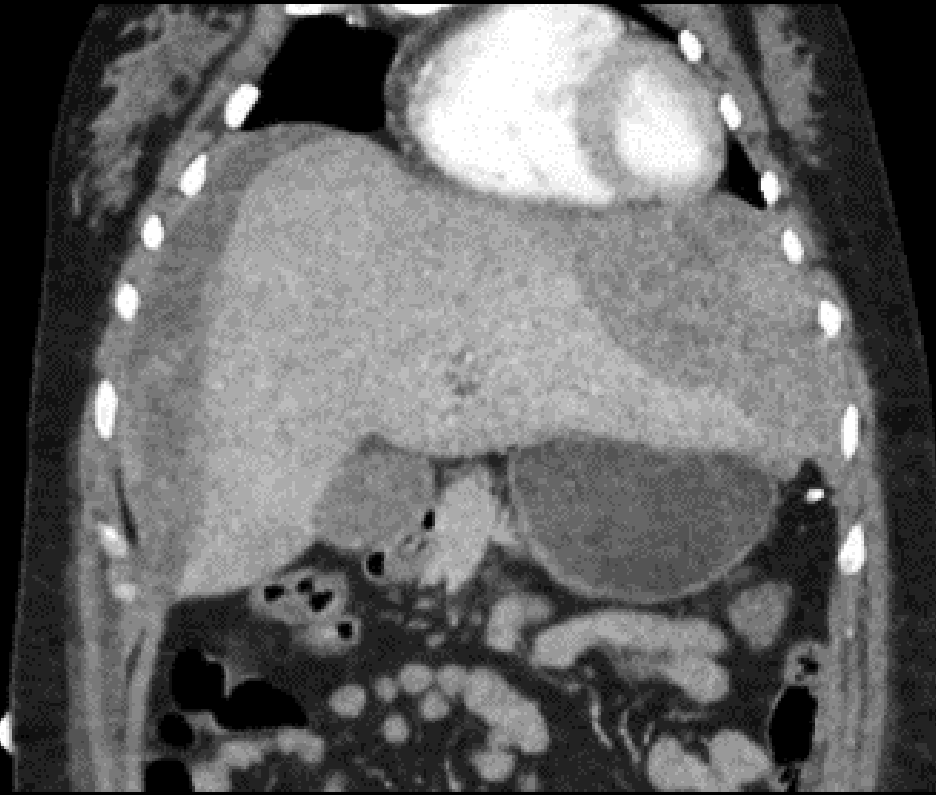
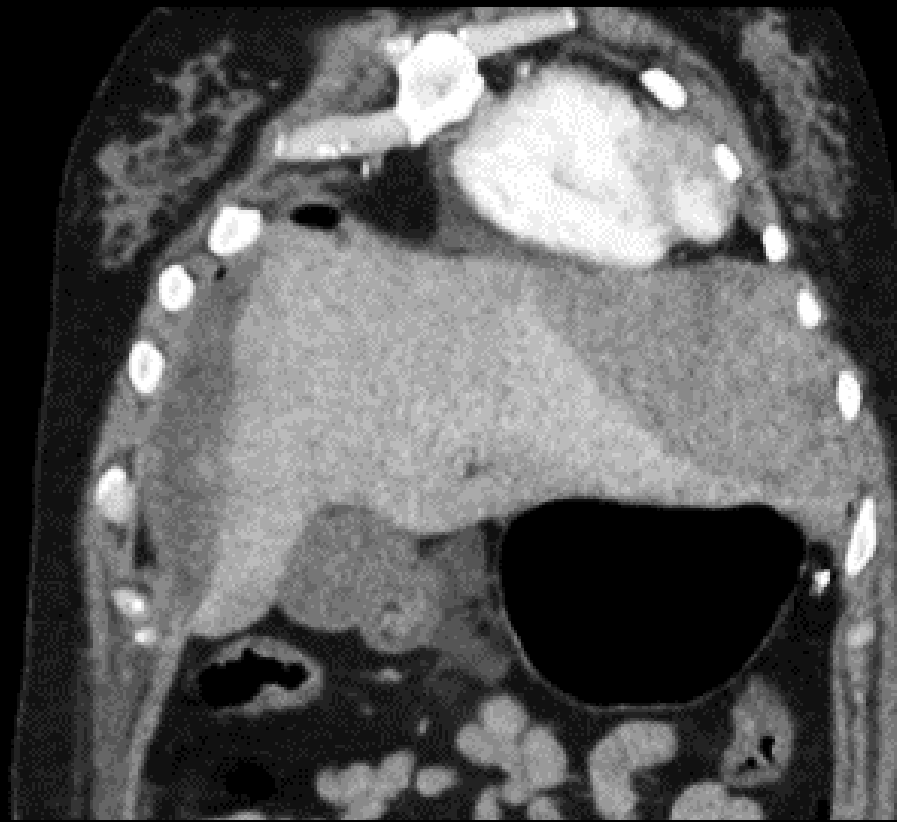
bord latéral du lobe gauche "en ligne brisée", net lorsqu'il correspond au contact direct tranche de section-hémopéritoine (trajet rouge) , tandis qu'il reste arciforme régulier et flou dans les zones où la capsule est respectée (flèches jaunes)



l'hématome est plus homogène et hyperdense en regard de la partie inférieure du lobe gauche (segment III), permettant de suspecter la rupture capsulaire à ce niveau

au total, la contre-pression exercée par l'hémopéritoine de l'étage sus mésocolique dans toutes les zones où la continuité de la capsule de Glisson est respectée a contribué à assurer l'hémostase

an niveau du lobe gauche, la déchirure capsulaire s'est constituée à la suite du développement d'un hématome intra-parenchymateux puis sous-capsulaire du segment III; la rupture capsulaire a entraîné le développement de l'hémopéritoine dans tout l'étage sus mésocolique

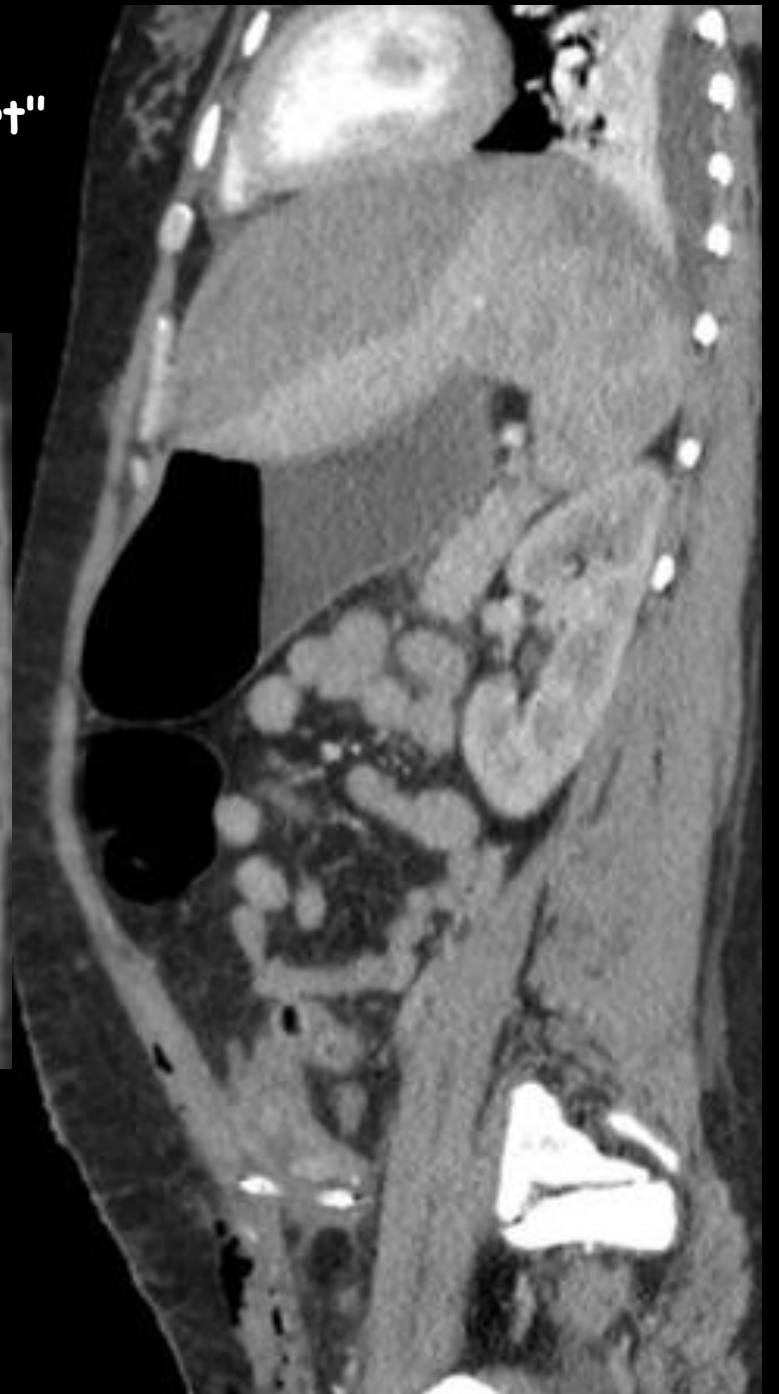
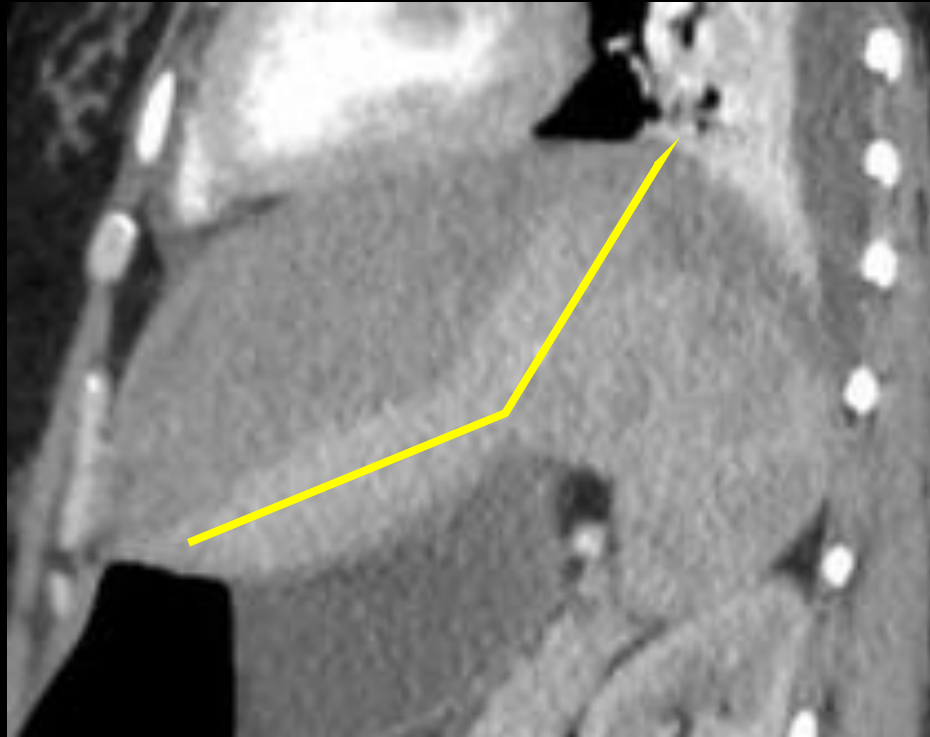


l'hématome à droite comme à gauche va jusqu'à la paroi homo latérale.
il est limité à l'étage sus-mésocolique par le ligament suspenseur de l'angle colique à gauche ; par la partie haute de la poche de Morison à droite
Il n'y a **pratiquement pas d'extension à de l'hématome péritonéal à l'étage sous-mésocolique et au pelvis**

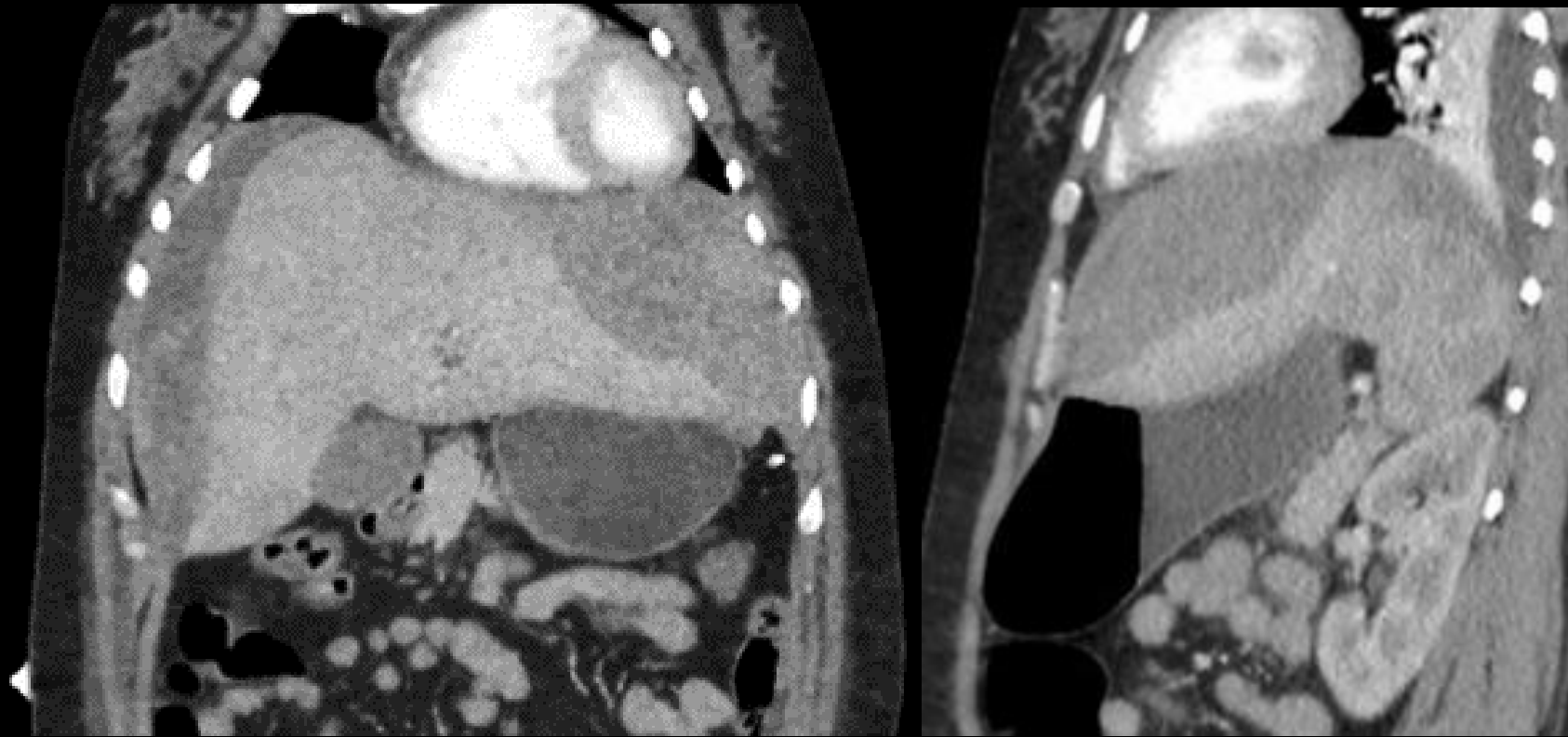
l'hyperdensité est plus marquée au contact du lobe gauche ce qui a une valeur localisatrice pour déterminer le siège du saignement



à gauche on voit bien le "livre ouvert"
et l'hématome périhépatosplénique



à droite , l'hématome périhépatique
s'arrête sur le ligament triangulaire
(bord supérieur de l'area nuda



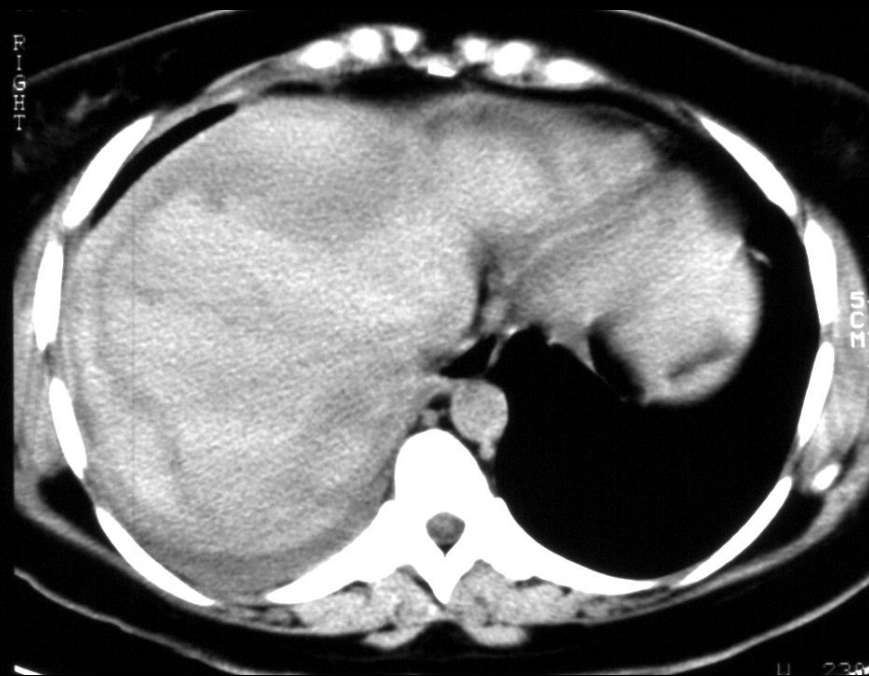
on conclut donc à une **rupture hépatique du lobe gauche** révélée par un **hémopéritoine de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen** compliquant une **toxémie gravidique** après un accouchement avec césarienne au début du dernier trimestre d'une grossesse gémellaire

un traitement conservateur est entrepris, compte tenu de la stabilisation du tableau clinique sous traitement

cas compagnon n°1

jeune femme 28 ans enceinte 36ème
semaine; HTA protéinurie et oedèmes
antécédent de crises convulsives à la fin
d'une précédente grossesse
syndrome douloureux persistant de
l'hypochondre droit
le scanner pratiqué 3 semaines après le
début des douleurs montre les aspects
suivant:

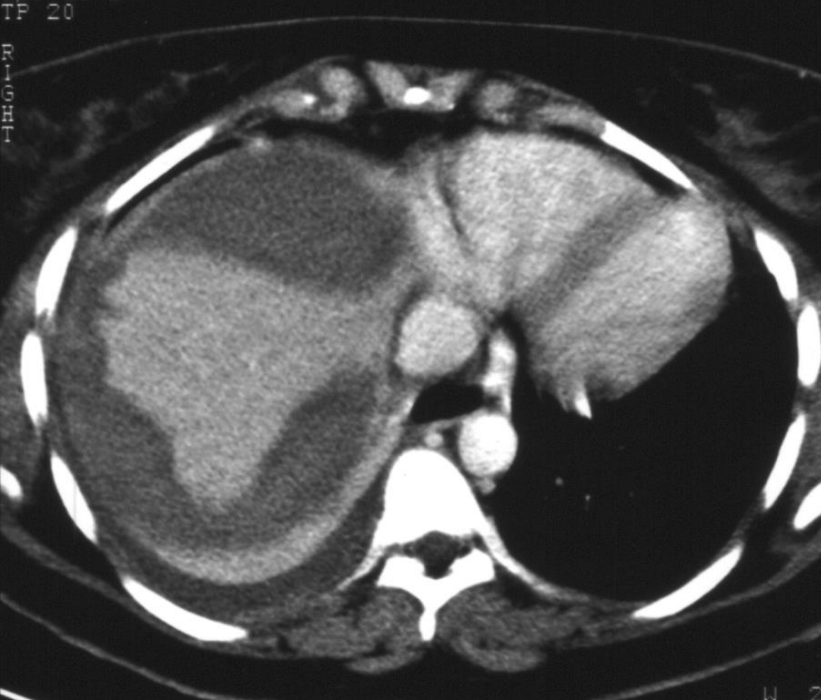
Quels items sémiologiques radiologiques
faut-il retenir ,dans ce contexte, pour
orienter le diagnostic



aspect typique de **collection hématique sous-capsulaire étendue du lobe droit du foie**,
spontanément hyperdense à paroi épaissie
hypodense témoignant d'une résorption en cours
par les mécanismes habituels de fibrinolyse
physiologique

la visibilité spontanée des lumières des branches
veineuses portales intra-hépatiques ,
l'hypodensité de la rate et de la lumière de la
VCI témoignent d'une **anémie par déperdition
encore insuffisamment compensée**



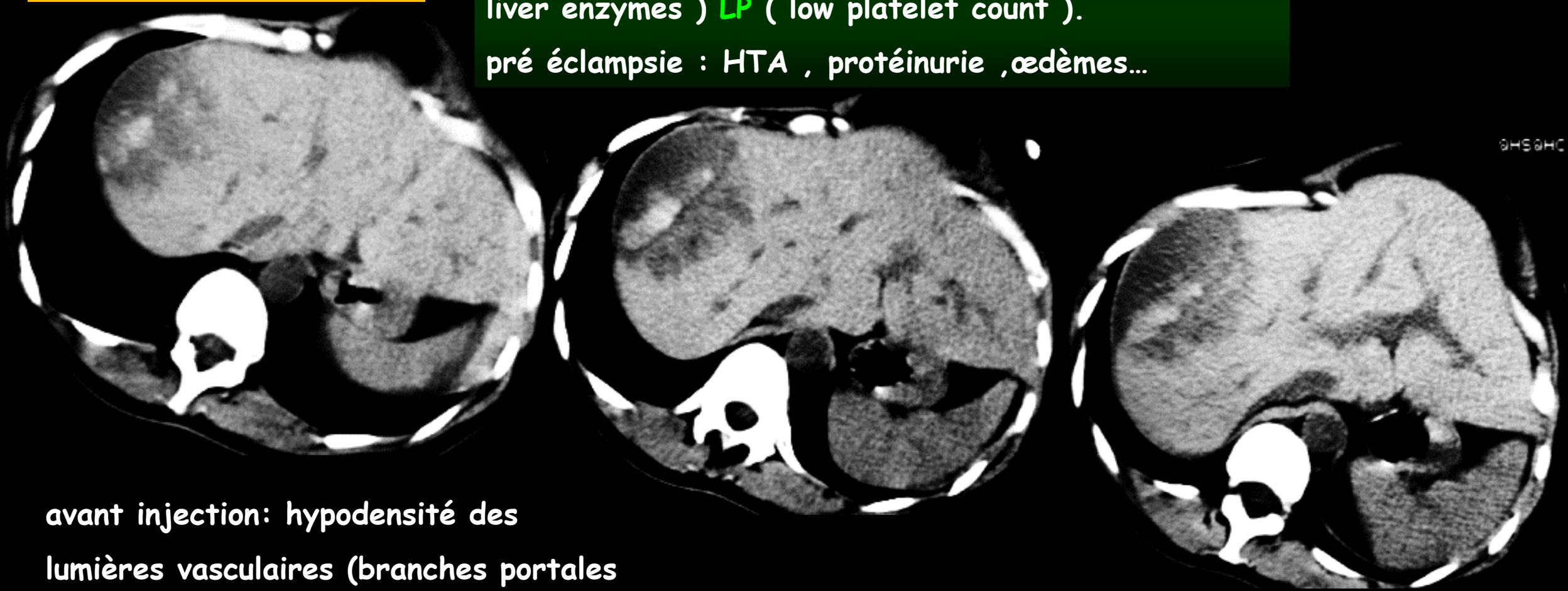


après injection , on
n'objective pas de lésion
focale intraparenchymateuse
hépatique ni d'extravasation
de PCI

cas compagnon n°2

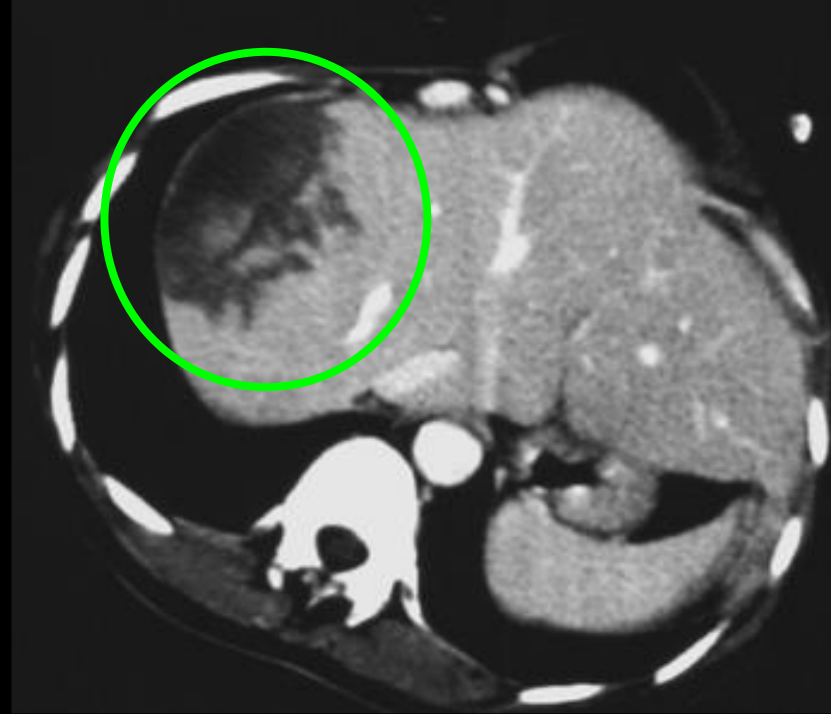
HELLP syndrome : **H** (hemolysis) ; **EL** (elevated liver enzymes) **LP** (low platelet count).

pré éclampsie : HTA , protéinurie , œdèmes...



avant injection: hypodensité des lumières vasculaires (branches portales intrahépatiques ,aorte abdominale, VCI

hyperdensité spontanée des caillots sanguins dans une zone claire stéatosique du secteur antéro latéral du foie droit



pas de prise de contraste dans la zone stéatosique ; pas de troubles perfusionnels ni d'extra vasa à l'entour de la zone stéatosique

imagerie des complications hépatiques aiguës du HELLP syndrome



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>

MISE AU POINT

Le HELLP syndrome

The HELLP syndrome

P. Collinet^a, M Jourdain^{b,*}

^a Clinique de gynécologie, obstétrique et néonatalogie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

^b Service de réanimation polyvalente, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur internet le 16 juillet 2007

"hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count", décrit en 1982 par Weinstein

forme clinique de pré-éclampsie ou toxémie gravidique

complication de la 2^{ème} moitié du second et du 3^{ème} trimestre

isolé sans signes de prééclampsie dans 15 % des cas

éléments de biologie pour le diagnostic

thrombopénie < 100 000 plaquettes/mm³

ASAT >70 UI/l

hémolyse : LDH >600 UI/l + présence de schizocytes
bilirubine totale 12 mg / l

formes incomplètes

HELLP sd EL

cytolyse isolée

HELLP sd HEL

cytolyse et hémolyse

ELLP

hémolyse et thrombopénie

LP

thrombopénie isolée

éléments de physiopathologie

microangiopathie gravidique disséminée , conséquence d'un défaut d'implantation placentaire

ischémie placentaire par déséquilibre local d'expression des médiateurs vasoconstricteurs et vasodilatateurs

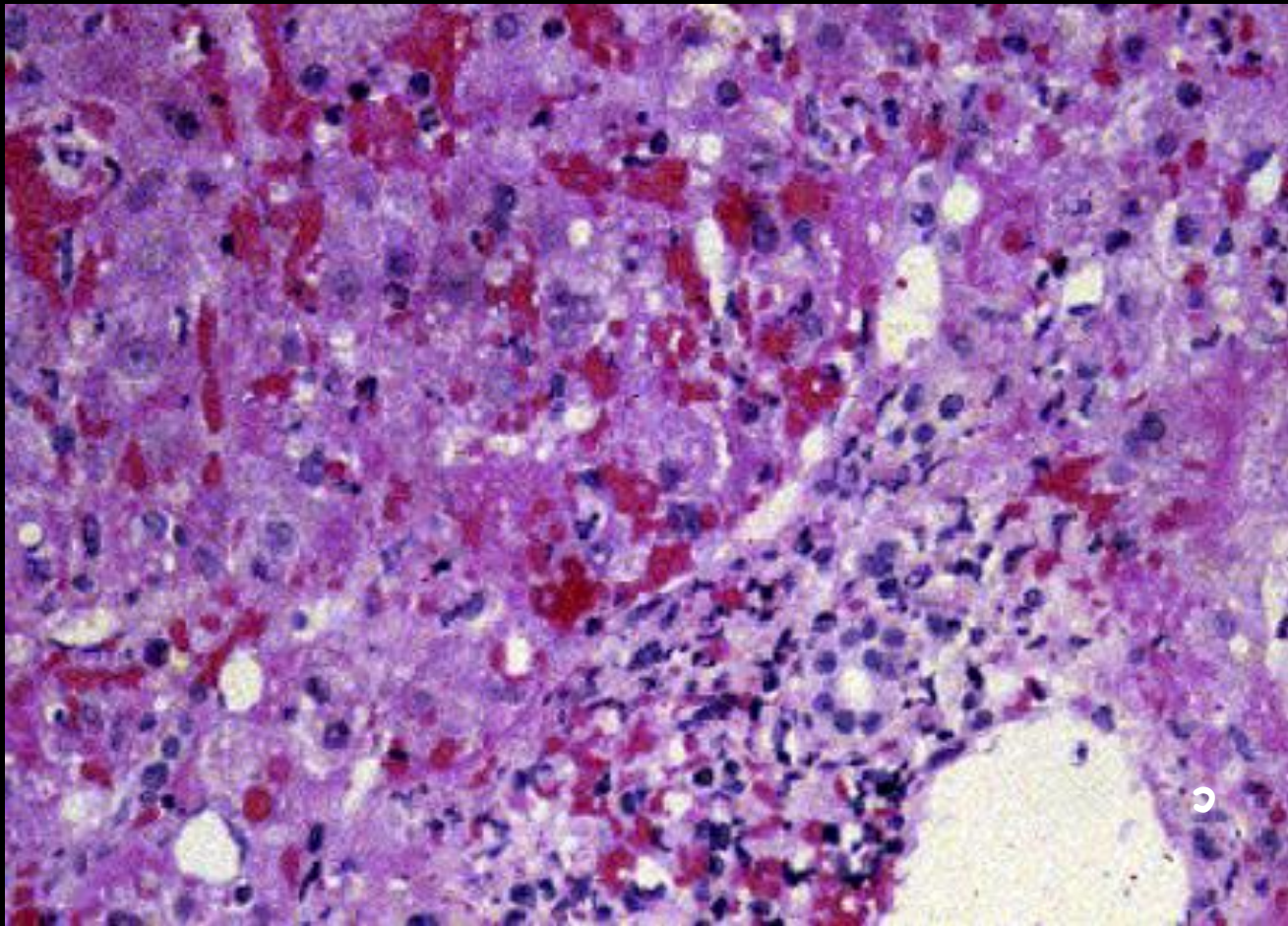
atteinte microvasculaire associant microthromboses et hémolyse mécanique ; agrégation et destruction plaquettaire

au niveau du foie thromboses des sinusoides hépatiques périportaux , nécrose

hépatocytaire focale et de dilatation sinusoidale en amont des obstructions. Cette

congestion est à l'origine des **hématomes sous capsulaires du foie et des**

hémopéritonées consécutifs aux ruptures capsulaires qu'ils entraînent



HELLP sd : infiltration sanguine
périportale sans nécrose
hépatocytaire ni remaniements
inflammatoires



rupture capsulaire hépatique compliquant
un hématome intraparenchymateux

éléments de clinique

Tableau 1 Symptômes rencontrés au cours du HELLP syndrome [2]

Type d'atteinte	Fréquence (%)
Douleur épigastrique en barre	90
HTA gravidique	85
Protéinurie	90
Nausées et vomissements	30-50
Œdème et prise de poids	50

généralement diagnostiqué au cours de la surveillance d'une pré-éclampsie

tableau digestif prédominant

douleur épigastrique "en barre" **signe de Chaussier**, vomissements , ictère rare

D'autres signes moins spécifiques peuvent aussi révéler un HELLP :

- une hyponatrémie sévère ;
- une hypoglycémie secondaire à une insuffisance hépatocellulaire ;
- un décollement rétinien avec hémorragie du vitré ;
- une hémorragie digestive ;
- un hématome sous-capsulaire du foie avec hémopéritoine ;
- une hémorragie de la délivrance ;
- une hémorragie cérébroméningée ;
- des complications thromboemboliques multiples (phlébite, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral) ;
- une insuffisance rénale aiguë ainsi que les complications de la prééclampsie (hématome rétroplacentaire, éclampsie) [21].

https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0709-Reanimation-Vol16-N5-p386_392.pdf

le principal diagnostic différentiel des formes digestives est la stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) , pathologie aiguë rare du 3^{ème} trimestre associant ictère insuffisance hépato-cellulaire avec encéphalopathie hépatique . Cytolyse hépatique majeure CIVD fréquente

Foie de stéatose, hyperéchogène en écho,
hypodense au scanner, ascite

pronostic sévère 10 % de mortalité maternelle



SHAG : diagnostic différentiel

	SHAG	HELLP
%Grossesse	<0.01%	0.5%
Signes prééclampsie	50%	100%
Clinique	IHA, ictère, hypoglycémie, EH	Hémolyse, thrombopénie
Transa	↑	↑ à ↑↑↑
Bilirubine	↑↑	↑
Risque de récurrence	non	oui

Traitement = Extraction foetale

Le traitement étiologique du HELLP syndrome repose sur l'interruption de la grossesse. D'après Audibert et al., l'interruption s'impose immédiatement dans les circonstances suivantes :

- signes de souffrance fœtale aiguë avec anomalies du rythme cardiaque fœtal ;
- hématome rétroplacentaire ;
- thrombopénie inférieure à $50\,000/\text{mm}^3$;
- signes de CIVD ;
- enfin hématome sous-capsulaire du foie diagnostiqué par échographie ou scanner [34].

Au total Hématome sous-capsulaire et rupture spontanée du foie

Surviennent généralement chez la femme enceinte dans le cadre d'une prééclampsie ou d'éclampsie, avec ou sans HELLP syndrome associé, et rarement en cas de grossesse normale.

Des ruptures de foie spontanées sont possibles (15 % des cas), avec parfois des facteurs déclenchants (efforts de toux, de vomissements ou de défécation et surtout lors de contractions utérines pendant le travail).

Il s'agit le plus souvent de multipares âgées de 25 à 35 ans (90 % des cas).

L'hématome sous-capsulaire du foie se manifeste cliniquement par une douleur en coup de poignard de l'hypochondre droit ou de l'épigastre d'apparition brutale, irradiant vers l'épaule, résistant aux antalgiques usuels, avec nausées et vomissements (signe de Chaussier).

L'exploration échographique permet de visualiser une plage anéchogène sous capsulaire avec des limites imprécises.

En cas de rupture de la capsule de Glisson, l'hémopéritoine massif survient, expliquant le tableau de choc hémorragique.

Précédée d'une correction des troubles de l'hémostase, la laparotomie d'urgence s'impose chez les patientes hémodynamiquement instables ou devant une aggravation documentée de l'expansion de l'hématome a, commençant par une césarienne pour sauvetage fœtal, suivie d'une réfection large de la capsule de Glisson qui permet une évacuation de l'hématome. La suture du parenchyme hépatique, associée à une épiplooplastie et à un drainage, est le traitement de choix.

La mortalité maternelle est importante,
le pronostic fœtal est également sombre