



Foie et grossesse

[Y a-t-il des changements hépatiques au cours de la grossesse normale ?](#)

[Quelles sont les maladies du foie en rapport avec la grossesse ?](#)

[Quels sont les signes de la cholestase gravidique \(C.I.H.G.\) ?](#)

[Quelle est l'évolution de la cholestase gravidique ?](#)

[Quels sont les signes d'une stéatose aiguë gravidique \(S.H.A.G.\) ?](#)

[Quel est le traitement d'une stéatose aiguë gravidique \(S.H.A.G.\) ?](#)

[Quels sont les signes du foie toxémique et qu'est ce que le HELLP syndrome ?](#)

[Quelles sont les complications hépatiques de la toxémie gravidique ?](#)

[La grossesse peut-elle avoir un retentissement sur une hépatite virale aiguë A, B ou E ?](#)

[Quel est le risque de contamination d'un nouveau-né lors d'une hépatite aiguë virale B chez la mère ?](#)

[Quel est le risque de contamination du nouveau-né par une mère porteuse chronique d'Ag HBs ?](#)

[Que faire à un enfant naissant d'une mère porteuse chronique du virus de l'hépatite B ?](#)

[Quel est le risque pour un nouveau-né contaminé de devenir porteur chronique du virus B ?](#)

[Quel est le risque de contamination du nouveau-né par une mère porteuse chronique du virus de l'hépatite C ?](#)

[Une hépatite virale peut-elle favoriser une malformation foetale ?](#)

6.14.1. Y a-t-il des changements hépatiques au cours de la grossesse normale ?

On peut observer chez la femme enceinte des angiomes stellaires et une érythrose palmaire (hyperoestrogénie). Il existe une élévation physiologique des phosphatases alcalines d'origine placentaire, avec gamma-glutamyl-transpeptidase normale. Chez la femme enceinte le taux sérique d'alpha-foetoprotéine, produite par le foie foetal, est élevé (maximum au 8ème mois).

6.14.2. Quelles sont les maladies du foie en rapport avec la grossesse ?

Ce sont l'ictère des vomissements gravidiques, la cholestase intra-hépatique gravidique, la stéatose aiguë gravidique et l'atteinte hépatique de la toxémie.

6.14.3. Quels sont les signes de la cholestase gravidique (C.I.H.G.) ?

La cholestase intra-hépatique gravidique débute entre le 6ème et le 8ème mois de la grossesse. Elle se traduit par un prurit isolé ou un ictère précédé de prurit. Elle peut survenir à la première grossesse ou aux grossesses ultérieures.

Les signes biologiques de la cholestase intra-hépatique gravidique sont: a) une élévation marquée des phosphatases alcalines avec GGT habituellement normales; b) une élévation habituellement modérée des transaminases; c) parfois une hyperbilirubinémie conjuguée.

6.14.4. Quelle est l'évolution de la cholestase gravidique ?

La cholestase persiste jusqu'à l'accouchement, puis disparaît en 4 à 8 jours après. Elle récidive aux grossesses ultérieures; une récidive peut être provoquée par l'administration de contraceptifs oraux. Le pronostic de la cholestase intra-hépatique gravidique est excellent pour la mère mais un accouchement prématuré survient dans deux tiers des cas.

6.14.5. Quels sont les signes d'une stéatose aiguë gravidique (S.H.A.G.) ?

C'est une affection rare (0,01% des femmes enceintes), survenant au 3ème trimestre. Les symptômes inauguraux sont banals: nausées, vomissements, douleurs abdominales qui doivent faire pratiquer une biologie hépatique. Si le diagnostic n'est pas fait à ce stade, un ictère apparaît, de mauvais pronostic.

Biologiquement :

- a) la bilirubinémie est normale ou peu augmentée, les transaminases sont peu augmentées parfois très élevées;
- b) le taux de prothrombine et l'accéléérine sont plus ou moins abaissés;
- c) la créatininémie et l'uricémie sont augmentées, constituant des signes d'alarme.

Ces signes d'alarme doivent conduire à l'interruption immédiate de la grossesse sans attendre l'insuffisance hépatocellulaire ou l'ictère.

6.14.6. Quel est le traitement d'une stéatose aiguë gravidique (S.H.A.G.) ?

Le traitement est l'interruption urgente de la grossesse. Le pronostic foetal et maternel est d'autant meilleur que le traitement est plus précoce (mortalité < 10%). En cas de diagnostic tardif, le risque foetal et le risque maternel sont élevés. La S.H.A.G ne récidive pas aux grossesses ultérieures.

6.14.7. Quels sont les signes du foie toxémique et qu'est ce que le HELLP syndrome ?

En cas de toxémie gravidique l'atteinte hépatique est fréquente mais d'intensité variable. Elle se développe un peu avant le terme ou après l'accouchement.

Il existe une élévation modérée des aminotransférases, parfois associées à une anémie hémolytique et une thrombopénie (HELLP syndrome: Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelets). La bilirubinémie est normale ou peu élevée.

6.14.8. Quelles sont les complications hépatiques de la toxémie gravidique ?

Les complications du foie toxémique sont l'infarctus hépatique avec hématome sous capsulaire du foie. Cet hématome peut se rompre: rupture spontanée du foie avec hémopéritoine.

6.14.9. La grossesse peut-elle avoir un retentissement sur une hépatite virale aiguë A, B ou E ?

La grossesse ne modifie pas le cours d'une hépatite virale aiguë A ou B. Le risque d'hépatite fulminante est augmenté en cas d'hépatite virale aiguë E survenant dans le troisième trimestre de la grossesse.

6.14.10. Quel est le risque de contamination d'un nouveau-né lors d'une hépatite aiguë virale B survenant chez une femme enceinte ?

En cas d'hépatite aiguë virale B survenant pendant le 3e trimestre de la grossesse, le risque de contamination du nouveau-né est de l'ordre de 80 %; pendant le 2e trimestre, il est de l'ordre de 20 %; pendant le 1er trimestre, il est nul.

6.14.11. Quel est le risque de contamination du nouveau-né par une mère porteuse chronique d'Ag HBs ?

Si une mère est porteuse chronique de l'antigène HBs, le risque de contamination du nouveau-né est de l'ordre de 90% en cas de répllication virale chez la mère (ADN viral détectable dans le sérum); il est de 10 % en l'absence de répllication virale B (ADN viral indétectable dans le sérum). La contamination survient principalement lors de l'accouchement et en période péri-natale

6.14.12. Que faire à un enfant naissant d'une mère porteuse chronique du virus de l'hépatite B ?

En cas d'infection par le virus B d'une femme enceinte (porteuse chronique, hépatite virale aiguë au cours des deux derniers trimestres) on doit prévenir le risque de contamination du nouveau-né dans les heures qui suivent la naissance, par l'administration d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs à l'enfant, et par le démarrage de la [vaccination](#) contre le virus B.

6.14.13. Quel est le risque pour un nouveau-né contaminé par sa mère de devenir porteur chronique du virus de l'hépatite B ?

Dans plus de 80%, en l'absence de prophylaxie, les nouveau-nés contaminés par leur mère à la naissance deviennent porteurs chroniques de l'antigène HBs.

6.14.14. Quel est le risque de contamination du nouveau-né par une mère porteuse chronique du virus de l'hépatite C ?

En cas d'hépatite chronique C, avec présence dans le sérum de l'ARN du VHC, chez la mère, le risque de contamination du nouveau-né est très faible, inférieur à 5% , un peu plus élevé (<10%) en cas de co-infection VIH. Le diagnostic chez l'enfant se fait par PCR à l'age de 6 mois

6.14.15. Une hépatite virale peut-elle favoriser une malformation foetale ?

L'hépatite virale n'est pas une cause connue de malformation foetale.