

E-COLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

I C T E R E S ET G R O S S E S S E

T H E S E

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

1979

DEVANT L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE

PHARMACIE DU MALI

par

Madame KONATE Habsatou BA

Née le 2 Juillet 1954 à BAMAKO

(République du Mali)

pour obtenir le grade Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

EXAMINATEURS DE LA THESE :

PRESIDENT : Professeur MARC SANKALE

MEMBRES : Docteur Cheick René SIDIBE

Docteur Aly GUINDO

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1978-1979

Directeur Général : Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général : Monsieur Godéfroy COULIBALY
Econome : Monsieur Dioncounda SISSOKO
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeurs Bernard BLANC : Gynécologie-Obstétrique
- Sadio SYLLA : Anatomie - Dissection
- André MIZER : Physiologie
- Jean-Pierre BISSET Biophysique
- François MIRANDA: Biochimie
- Michel QUILICI : Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELIN: Biochimie
- Oumar SYLLA : Chimie Organique
Docteurs Alain DURAND : Toxicologie-Hydrologie
- Bernard LANDRIEU: Biochimie
- J. P. REYNIER : Pharmacie Galénique
- Mme P. GIONO-BARBER Anatomie-Physiologie Humaines
- Mme Thérèse FARES Anatomie-Physiologie Humaines
- Emile LOREAL : O. R. L.
- Jean DELMONT : Santé Publique

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeurs Aliou BA : Ophthalmologie
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie Générale
- Mohamed TOURE : Pédiatrie
- Souleymane SANGARE Pneumo-phtisiologie
- Mamadou KOUMARE: Pharmacologie-Matières médicales
- P. SAINT-ANDRE : Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
- Philippe RANQUE : Parasitologie-Zoologie
- Bernard DUFLO : Pathologie Médicale - Thérapeutique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteurs :	Aly GUINDO	: Sémiologie digestive
-	Abdoulaye IG-RHALY	: Sémiologie rénale
-	Sory KEITA	: Microbiologie
-	Yaya FOFANA	: Microbiologie
-	Moctar DIOP	: Sémiologie chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie - Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Memadou Lamine TRAORE	: Gynécologie-Obstétrique-Méd.Légale
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Senoussi KONATE	: Santé Publique
-	Isse TRAORE	: Radiologie
-	Memadou Kouréïssi TOURE	: Sémiologie cardiovasculaire
-	Siné BAYO	: Histologi-Embryologie-Anapath.
Mesdames	Camara (Sarata) MAIGA	: Chimie Organique
-	KEITA (Oulematou) BA	: Biologie animale
-	D I A B Y	: Santé familiale
Messieurs	Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu

CHARGES DE COURS

Docteurs	L. AVRAMOV	: Psychiatrie
-	Christien DULAT	: Microbiologie
-	Patrick DEFONTAINE	: Physiologie-Anesthésie-Réanimation
-	Marie-Colette DEFONTAINE	: Gynécologie-Hématologie
-	Iseck Mamby TOURE	: Microbiologie
-	Gérard THUSCHEL	: Anatomie-Traumatologie-Sémio Chirurg.
-	Henri DUCAM	: Pathologie Cardiovasculaire
-	Boukassoum HAIDARA	: Galénique-Chimie Organique
-	Elisebeth ASTORQUIZA	: Epidémiologie
-	Philippe JONCHERES	: Urologie
-	Hamedy Modi DIALL	: Chimie Analytique
Madame	Brigitte DUFLO	: Sémiologie Digestive
Monsieur	MARTIN	: Chimie Analytique
Professeurs	Tiénoko MALLET	: Mathématiques
-	Alévé DJINDE	: Mathématiques
-	Amadou Baba DIALLO	: Physique
-	N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végét.

CHARGES DE COURS (Suite)

Professeurs : Ibrhima TOURE : Physique
- Lessana KEITA : Physique
- Souleymane TRAORE : Physiologie Générale
- Daouda DIALLO : Chimie générale-Minérale

-: -: -: -: -: -
-: -: -: -
-: -
-

Je dedie cette thèse

A mon père

A ma mère

à qui je dois tout

ce travail constitue un bien faible

temoignage de ma profonde reconnaissance

A mes frères et soeurs

en temoignage de ma profonde affectation

Je souhaite que ce travail vous serve de modèle

-: -: -: -: -: -: -: -
-: -: -: -: -: -
-: -: -: -
-: -
-
-

A mon cher Epoux

en temoignage de mon profond amour
tendrement

A tous nos amis

-:~::~:~::~:~::~:~::~:~::~:-
-:~::~:~::~:~::~:~::~:-
-:~::~:~::~:-
-

A mes tantes, oncles, cousins, cousines

A tous les miens

A mes beaux parents

Respectueusement

-: -: -: -: -: -
-: -: -: -
-: -
-
-

Au Professeur Marc CERF

Qui, malgré ses multiples occupations

a accepté de relire cette thèse

Toute notre reconnaissance

-:-:-:-:-
-:-:-:-
-:-:-
-:-
-
-

A notre Président du jury

Professeur Senkalé Marc

Pour l'honneur que vous nous
faites en acceptant de présider
ce jury

Veillez trouver ici l'expression
de nos sincères remerciements.

-:-:-:-:-
-:-:-
-:-
-

Au Docteur Cheick René SIDIBE

Vous nous avez confié ce travail et
vous avez bien voulu nous guider dans
sa réalisation

Veillez trouver ici l'expression
de ma plus profonde gratitude.

-:-:-:-:-
-:-:-:-
-:-:-
-:-
-
-

A MES JUGES

Le Docteur Aly GUINDO
Gastro-entérologue à
l'Hôpital Gabriel TOURE

Pour le grand intérêt que vous
porter à notre formation
Soyez-en profondément remercié

Le Professeur Mamadou Lamine Traoré
Chirurgien à l'Hôpital du Point G.

Vous nous faites l'honneur de
faire partie de notre Jury
Profonde gratitude.

-: -: -: -: -: -: -: -: -
-: -: -: -: -: -: -
-: -: -: -
-: -: -
-

A TOUT LE CORPS PROFESSORAL DE L'ECOLE NATIONAL DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

AU PERSONNEL DE LA DIRECTION DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET PHARMACIE

A MONSIEUR SOUMAILA BERTHE

QUI NOUS A PERMIS DE TERMINER CE TRAVAIL

TOUS MES SINCERES REMERCIEMENTS.

—:—:—:—:—:—:—:—:—
—:—:—:—:—:—:—
—:—:—:—:—
—:—:—
—
—

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION
A L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

En souvenir des cinq années
de vie commune

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'ECOLE NATIONALE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Courage et succès

-: -: -: -: -
-: -: -
-

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

-:-:-:-
-:-:-
-

I N T R O D U C T I O N

Le syndrome ictérique, " Sayi " pour les bambara est fréquent dans nos populations et connu par elles.

Notre travail réalisé dans les services de médecine à orientation gastro-enterologique de nos deux grandes formations : Hôpital Gabriel Touré et Hôpital du Point G, regroupe onze observations.

Il s'agit d'ictère survenu chez la femme enceinte, qu'elle soit primipare ou multipare.

Sur l'ensemble de nos observations, le nombre d'ictère gravidique cholestatique, cinq cas, vient en seconde position après les ictères gravidiques de l'hépatite virale, soit environ 50 % de nos observations, ce qui est relativement élevé, compte tenu des publications antérieures./

-:-:-:-:-
-:-:-:-
-:-:-
-:-
-
-

R E S U M E

En résumé, nous avons 11 cas d'ictère de la grossesse dont 5 ictères cholestatiques gravidiques. L'âge de nos patientes varie de 16 à 40 ans avec un maximum de fréquence chez la jeune femme de 20 à 30 ans (6 cas).

Toutes les ethnies sont touchées : senoufo, bozo, sarakolé malinké, bambara qui l'emportent avec 6 cas sur 11 observations, soit plus de 50 %. Cette prédominance se retrouve dans la population de la capitale à majorité bambara.

Nous avons 8 multipares contre 3 primipares.

La notion de contagion a été retrouvée à deux reprises : présence d'ictérique dans le voisinage (des 4 et 6) . Par contre, aucune prise médicamenteuse, ni injection parentérale de produits pharmaceutiques dans les trois derniers mois précédant l'installation de l'ictère chez nos malades. Dans le même temps, aucune notion de traitement traditionnel. Selon l'INRPMT (Institut National de Recherche pour la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle), il n'y aurait pas de produit identique ictérogène.

La fréquence des ictères de la jeune enceinte serait de même ordre que dans l'ensemble de la population entre 1 - 2 pour 1.000 (en France) et 2 pour 10.000 accouchements.

Nous avons observé 11 cas en 4 - 5 ans soit environ 2 - 3 cas par an; soit 2 - 3 pour 3.000 grossesses dans la capitale.

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1

Nom : Assa K...

Age : 16 ans

Profession : ménagère

Ethnie : Malinké

Parité : Primipare

Age de la grossesse : 6è mois

Antécédents : 0

Mode de début :

Il s'agit d'une jeune femme hospitalisée le 25-5-77 pour syndrome icterique. Depuis plus d'une semaine, elle présente une fièvre vespérale, une asthénie intense et des myalgies.

Examen clinique :

Foie : percuté sur deux travers de doigt sur la ligne mamelonnaire à l'entrée de la malade.

Rate : non palpée.

La tension artérielle : 8/5 ; le pouls = 90/mn.

Les bruits foetaux sont bien perçus.

Examen biologique :

Le 25-5 : - Transaminases : SGOT = 42 UI/ml ; SGPT = 41 UI/ml
- Bilirubine totale : 24 mg/l
- Cholesterol total = 3,20 g/l ; estérifié = 1,80 g/l
R = E/T = 55 %

Le 5-6 = - Transaminases SGOT = 42 UI/ml ; SGPT = 150 UI/ml
- Bilirubine totale = 24 mg/l
- Cholesterol total = 2,55 g/l ; estérifié = 1,10 g/l
R = E/T = 43 %
- Recherche de l'antigène australie négative
- Groupe sanguin = B +
- Azotémie = 0,20 g/l
- Glycémie = 1 g/l

Evolution :

La malade a progressivement déjauni.

Diagnostic de sortie :

Hépatite virale.

Traitement :

- a - Repos
- b - Traitement symptomatique

Le malade quitte le service avant son accouchement et ne sera plus revue.

OBSERVATION N° 2 :

Nom : Mariam T...

Age : 32 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Bambara

Parité : 5 : pare

Age de la grossesse : 4ème mois

Antécédents : 0

Mode de début :

Admise le 24.12.1974 pour ictère. Une semaine auparavant, elle présentait : artralgies, céphalées et prurit.

Examen clinique :

Foie : mesure 13 cm sur la ligne mamelonnaire avec un débord costal de quatre travers de doigt. Le bord inférieur est ferme, la surface est lisse et régulière. On note la présence des lésions de grattage au niveau de l'abdomen.

Rate : non palpée

Tension artérielle : 12/8 ; Pouls : 64/mn

Le fond utérin est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Examen biologique :

Le 3-12 : - Transaminases SGOT = 80 UI/ml ; SGPT = 90 UI/ml

- Phosphatases alcalines : 27 UI/l

- Bilirubine totale : 50 mg/l

- Globules rouges : 3.700.000

- Globules blancs : 9.000

- Polynucléaires : neutrophiles : 50 %

Eosinophiles : 5 %

Basophiles = 0 %

Mono cytes : 5 %

Lymphocytes : 40 %

- Vitesse de sédimentation : 32/65 mm aux 2 premières

heures.

Evolution :

Le 28-2; persistance du prurit avec des lésions de grattage. Les conjonctives ont pratiquement déjàuni. Une semaine plus tard, elle entre chez elle avec un traitement antiprurigineux.

Diagnostic de sortie :

Hépatite virale.

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique.

OBSERVATION N° 3

Nom : Djéneba S...

Age : 20 ans

Profession : Elève

Ethnie : Sarakolé

Parité : 2ème pare

Age de la grossesse : 7ème mois

Antécédents : 0

Mode de début :

L'ictère s'installe après un syndrome pré-ictérique fait d'arthralgies, de céphalées, de nausées souvent suivis de vomissements bilieux et de fièvre vespérale avec des frissons.

Examen clinique :

Foie : percuté sur 6 cm sur la ligne mamelonnaire.

Rate : 0

Tension artérielle : 13/8 ; Pouls 72/mn.

Examen biologique :

Le 3-6 : - Cholestérol total : 2 g/l
- Bilirubine totale : 60 mg/l
- Phosphatases alcalines : 100 UI/l
- Taux de prothrombine : 32 %
- Protides totaux : 68 g/l

Evolution :

Elle déjàunit et rentre chez elle. Plus tard, elle mettra au monde un mort-né de 2 kg 300.

Diagnostic de sortie :

Hépatite virale.

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique

OBSERVATION N° 4

Nom : Fanta L...

Age : 40 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Bozo

Parité : 6ème pare

Age de la grossesse : 9ème mois

Antécédents :

Notion récente d'ictère chez le conjoint.

Mode de début :

Le début remonterait au 5-3-74, avec une insomnie, des vertiges et des céphalées.

Le 11-3, apparaissent une coloration jaune des téguments avec des urines foncées, rares et une note prutigineuse.

Examen clinique :

Foie : n'a pas été mesuré étant donné la présence d'une douleur de l'hypochondre droit gênant l'examen physique.

Rate : 0

Prunit et amaigrissement modéré.

Examen biologique :

- Le 20.3.79 : - Bilirubine totale : 100 mg/l ; libre = 20 mg/l ;
conjugée = 80 mg/l
- Cholesterol total : 3,06 g/l ; estérifié : 1,80 g/l
R = F/T = 50 %
- Phosphatases alcalines : 94 UI/ml
- Transaminases SGOT = 33 UI/ml ; SGPT = 40,50 UI/ml.
- Le 4-4 : - Transaminases SGOT : 100 UI/ml ; SGPT = 8 UI/ml
- Bilirubine totale : 30 mg/l ; conjugée = 24 mg/l
libre = 6 mg/l

- Cholestérol total = 2,40 g/l ; estérifié = 0,65 g/l
R = E/T = 27 %
- Phosphatases alcalines : 43 UI/ml
- Globules rouges : 3.800.000
- Globules blancs 6.200
- Polynucléaires : neutrophiles = 65 %
 éosinophiles = 3 %
 Basophiles = 0
 Monocytes = 0
 Lymphocytes = 32 %
- Vitesse de sédimentation : 95/100 mm aux 2

premières heures.

Evolution :

Le 26.3.75, la malade accouche dans le service d'un garçon de 2 kg, anictérique. Dès lors, nous assistons à la disparition progressive du prurit et de la coloration jaune des téguments.

Diagnostic de sortie :

Hépatite virale

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique.

OBSERVATION N° 5

Nom : Alamako T..

Age : 26 ans

Profession : Ménagère

Parité : Primipare

Age de la grossesse : 9ème mois

Antécédents : 0

Mode de début :

Dépuis une semaine environ, elle présente des céphalées, des artralgies, des vomissements alimentaires et bilieux post-prandiaux précoces et du prurit. Secondairement, l'ictère s'installe.

Par ailleurs, il existe un trouble du transit, avec alternance de diarrhée et de constipation.

Examen clinique :

Foie : mesure 10 cm sur la ligne mamelonnaire avec une augmentation du lobe gauche qui dépasse la ligne médiane. Il déborde le rebord costal de 4 travers de doigt. La surface est lisse et régulière, avec un bord inférieur moussé.

Rate : perçue.

Examen biologique :

- Le 25.6.75 :
- Bilirubine totale : 120 mg/l
 - Cholestérol total : 2,60 g/l
 - Phosphatases alcalines = 94 UI/l
 - Transaminases : SGOT = 125 UW et SGPT = 100 UW
 - Taux de prothrombine = 100 %
 - Globules rouges : 4.680.000
 - Globules blancs : 40.000
 - Polynucléaires : Neutrophiles : 78 %
Eosinophiles : 1 %
Basophiles : 0
Monocytes : 12 %
Lymphocytes : 9 %
 - Plaquettes : 310.000/mm³
 - Vitesse de sédimentation : 51/73 mm aux 2 premières heures.

Evolution :

Favorable. Accouchement normal d'une Fille de 2 kg 400

Diagnostic de sortie :

Hépatite virale

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique

OBSERVATION N° 6

Nom : Salimata S...

Age : 30 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Bambara

Parité : 10ème pare

Age de la grossesse : 7ème mois

Antécédents :

Présence d'ictérique dans l'entourage.

Mode de début :

Hospitalisée le 15-5-76 pour syndrome ictérique. Le prurit a précédé la coloration jaune cutané-nuqueuse d'une semaine environ.

Examen clinique :

Foie : mal délimité à la percussion du fait de l'importance du volume utérin.

Rate : non palpée.

Tension artérielle : 10/7 ; Pouls = 92/mn.

Les bruits du coeur foetal sont bien perceptibles à l'auscultation.

Examen biologique :

Le 22-5 : - Bilirubine totale : 30 mg/l
- Phosphatases alcalines : 16 UI/ml
- Globules rouges : 3.780.000
- Globules blancs : 12.000
- Polynucléaires : neutrophiles : 66 %
 éosinophiles : 5 %
 basophiles : 0
 monocytes : 0
 lymphocytes : 29 %

Evolution :

Devant la décoloration progressive et la disparition du prurit, elle rentre chez elle le 10-6 et ne se présentera plus.

Diagnostic de sortie :

Hépatite virale.

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique.

OBSERVATION N° 7

Nom : Bougouyé T ...

Age : 25 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Senoufo

Parité : 4ème pare

Age de la grossesse : 6ème mois

Antécédents :

Ictère lors de la grossesse précédente.

Mode de début :

Présence d'un syndrome pseudo-grippal depuis une semaine précédant un ictère prurigineux.

Examen clinique :

Foie : percuté sur 3 travers de doigt sur la ligne mamelonnaire.
Rate : non palpée
L'auscultation cardiaque est normale.
Tension artérielle : 12/8.

Examen biologique :

Le 10-6-75 : - Bilirubine totale : 110 mg/l
- Cholestérol total : 2,50 g/l
- Phosphatases alcalines : 280 UI/l
- Transaminases : SGOT = 76 UI/ml ; SGPT = 100 UI/ml.
Le 27-6 : - Bilirubine totale : 25 mg/l
- Cholestérol total : 3,40 g/l
- Phosphatases alcalines : 100 UI/l
- Présence d'hématozoaires à la goutte épaisse
- Globules rouges : 3.700.000
- Globules blancs : 15.000
- Polynucléaires : neutrophiles : 64 %
eosinophiles : 6 %
basophiles : 0
Monocytes : 0
Lymphocytes : 30 %
- Vitesse de sédimentation : 78/92 aux 2 premières

heures.

Evolution :

Décoloration progressive de la malade sous traitement qui rentre chez elle avant l'accouchement.

Diagnostic de sortie :

Cholestase.

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique.

OBSERVATION N° 8

Nom : Kadia T...

Age : 40 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Bambara

Parité : 6ème para

Age de la grossesse : 7ème mois

Antécédents :

Ictère au cours de la première grossesse.

Mode de début :

Existence d'un syndrome pré-ictérique depuis 10 jours marqué par de l'asthénie, des céphalées, des vertiges. Puis l'ictère apparaît et devient de plus en plus intense et prurigineux. Ce prurit provoque des troubles du sommeil. Elle entre alors dans le service le 20.7.75.

Examen clinique :

Foie : percuté sur 4 travers de doigt sur la ligne mamelonnaire. Elle signale des douleurs abdominales siégeant dans l'hypocondre droit.

Rate : non palpée.

Examen biologique :

Le 22-7 : - Taux de prothrombine = 100 %

- Cholestérol total = 2,10 g/l

- Phosphatases alcalines = 180 UI/l

- Présence d'hématozoaires à la goutte épaisse.

- Globules rouges : 3.500.000

- Globules blancs : 6.900

- Polynucléaires : neutrophiles : 72 %

éosinophiles : 0

basophiles : 0

mono cytes : 1 %

lymphocytes : 27 %

- Vitesse de sédimentation : 14/29 mm aux 2 premières heures.

Evolution :

Elle accouche le 14-8-75 au cours du septième mois d'un prématuré. Le travail s'est déroulé normalement. Le nouveau-né décède au bout de la sixième heure. Deux semaines plus tard, on note une décoloration progressive des téguments. Le prurit persiste avec des lésions de grattage et durera une quinzaine de jours avant de disparaître. Alors elle quitte le service et rentre chez elle.

Diagnostic de sortie :

Cholestase gravidique

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique

OBSERVATION N° 9

Nom : Fenta D..

Age : 24 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Bambara

Parité : 4ème pare

Age de la grossesse : 7ème mois

Antécédents :

Ictère au cours de la précédente grossesse.

Mode de début :

Le début remonte à une semaine avec des vomissements incoercibles, des vertiges orthostatiques et des céphalées. On retrouve un prurit empêchant le sommeil.

Examen clinique :

Foie : percuté sur 8 cm sur la ligne mamelonnaire.

Rate : 0

L'auscultation cardiaque est normale. La tension artérielle 11/5 ;
le pouls = 90/mn.

Examen biologique :

Le 28-6-77 : - Cholestérol total = 2,50 g/l ; estérifié = 0,60 g/l

R = E/T = 30 %.

- Bilirubine totale : 100 mg/L

- Transaminases SGOT : 23 UI/ml ; SGPT : 45 UI/ml

- Glycémie : 0,90 g/l

- Azotémie : 0,17 g/l

- Groupe sanguin : 0+

- Globules rouges : 4.550.000

- Globules blancs : 3.600

- Polynucléaires : neutrophiles : 46 %

éosinophiles : 2 %

basophiles : 0

mono cytes : 0

Lymphocytes : 52 %

-- Vitesse de sédimentation : 31/57 mm aux 2 premières heures.

Evolution :

Le malade déjaunit progressivement et rentre chez elle le 10-7-77. Elle ne sera plus revue.

Diagnostic de sortie :

Cholestase gravidique.

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique

OBSERVATION N° 10

Nom : Sira D...

Age : 27 ans

Profession : Etudiante

Ethnie : Bambara

Parité : 3ème pare

Age de la grossesse : 7ème mois

Antécédents :

Ictère au cours de la première grossesse.

Mode de début :

Depuis plus d'une semaine, le malade se plaint d'une fièvre plutôt vespérale, des céphalées, des vertiges, des vomissements post-prandiaux précoces. Ensuite apparaît une coloration forcée des urines avec un léger subictère. On trouve un léger prurit.

Examen clinique :

Légère sensibilité de la région épigastrique à la palpation profonde.

Le foie est mal délimité à la percussion.

Examen biologique :

- 4-3-79 : - Transaminases SGOT = 36 UI/ml; SGPT = 16 UI/ml
- Cholestérol total = 2,70 g/l ; estérifié = 0,90 g/l;
- R = E/T = 30 %
- Phosphatases alcalines : 70 UI/l
- B.W = négatif
- Electrophorèse de l'hémoglobine : AS
- Globules rouges : 3.700.000
- Globules blancs : 7.600

- 11 -

-- Polynucléaires : neutrophiles = 71 %
Eosinophiles = 3 %
Basophiles = 0
Monocytes = 2 %
Lymphocytes = 24 %

Evolution :

Favorable. Elle rentre chez elle avant l'accouchement.

Diagnostic de sortie :

Cholestase

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique.

OBSERVATION N° 11

Nom : Alime B ...

Age : 25 ans

Profession : Ménagère

Ethnie : Senoufo

Parité : primipare

Age de la grossesse : 9ème mois

Antécédents : 0

Mode de début :

Trois semaines après une césarienne, apparaît un ictère conjonctival accompagné de prurit, sans lésions de grattage. Les urines sont fortement colorées.

Examen clinique :

Le foie mesure 13 cm. Il dépasse le rebord costal de 2 travers de doigt, le bord inférieur est moussé.

La rate déborde le rebord costal de 2 travers de doigt.

L'auscultation cardiaque est normale. La tension artérielle : 11/7.

Examen biologique :

Le 4-10-78 : - Bilirubine totale : 160 mg/l ; libre : 60 mg/l ;
conjuguée : 100 mg/l

- cholestérol total = 4,80 g/l ; estérifié = 1,90 g/l ;
R = E/T = 38 %

- Phosphatases alcalines : 29 UI/l

- Transaminases SGOT = 43 UI/ml ; SGPT = 35 UI/ml

Evolution

Favorable : 20 jours après le début de l'ictère, on constate une décoloration progressive des conjonctives. Le prurit disparaît.

Diagnostic de sortie :

Cholestase.

Traitement :

- Repos
- Traitement symptomatique.

	Age	Profession	Ethnie	Parité	Age de la Grossesse	Antécédents	Syndrome Pré-ictérique	Ictère	Purité
Obs. 1	16	Ménagère	Malinké	1ère P.	6ème mois	+	+	+	-
Obs. 2	32	Ménagère	Bambara	5ème P.	4ème mois	-	+	+	+
Obs. 3	20	Elève	Sarakolé	2ème P.	7ème mois	-	+	+	-
Obs. 4	40	Ménagère	Bozo	6ème P.	9ème mois	Notion de contagé	+	+	+
Obs. 5	26	Ménagère	Malinké	1ère P.	9ème mois	-	-	+	+
Obs. 6	30	Ménagère	Bambara	10ème P.	7ème mois	Notion de contagé	-	+	+
Obs. 7	25	Ménagère	Senoufo	4ème P.	6ème mois	2e poussée	+	+	+
Obs. 8	40	Ménagère	Bambara	6ème P.	7ème mois	2e poussée	+	+	+
Obs. 9	24	Ménagère	Bambara	4ème P.	3ème mois	2e poussée	+	+	+
Obs. 10	27	Etudiante	Bambara	3ème P.	7ème mois	2e poussée	+	+	+
Obs. 11	25	Ménagère	Senoufo	1ère P.	9ème mois	-	+	+	+

Constantes hépatiques :

- Bilirubine totale 10 mg/l
- Bilirubine libre (indirecte) 10 mg/l
- Bilirubine conjuguée (directe) 0

- Cholestérol total : 1,60 à 2,20 g/l
- Cholestérol estérifié 1 à 1,40 g/l
- Cholestérol estérifié 0,50 à 0,70
- Cholestérol total

- Phosphatases alcalines : 250 UI

- Transaminases : SGOT et SGPT = jusqu'à 12 UI/ml

- Protides totaux : 70 - 85 g/l

- Taux de prothrombine : 80 - 100 %

- Fer sérique : 100 à 140 f/100 ml

- Glycémie : 0,80 à 1,10 g/l

- Numération formule sanguine

- Globules rouges : 4 500 000 - 5 000 000
- Globules blancs : 5 000 - 8 000
- Polynucléaires : Neutrophiles : 60 - 70 %
 Eosinophyles : 1 - 3 %
 Basophiles : 1 %
- Lymphocytes : 25 - 30 %
- Monocytes : 4 à 8 %

-:-:-:-
-:-:-
-:-
-

DISCUSSION

Pendant la grossesse, le foie n'est pas cliniquement palpable, et biologiquement, il existe en particulier certaines anomalies physiologiques du métabolisme de la bilirubine qui relèvent de 3 ordres de faits :

a - Surcharge des mécanismes normaux de transformation de la bilirubine par l'apport de la bilirubine foetale (dosage dans la circulation maternelle de la bilirubine marquée injectée dans la veine ombilicale du foetus par SHENKER et LESTER).

b - L'excès physiologique des hormones oestrogènes et progestatives, modifie le mécanisme de conjugaison et d'excrétion de la bilirubine.

c - Action de la grossesse sur les voies biliaires extra-hépatiques, entraînant un syndrome mineur de rétention biliaire. En réalité, ces faits sont minimes et ne sauraient induire un ictère. En conséquence la présence d'un ictère pendant la grossesse est donc pathologique et nécessite une recherche étiologique. Aussi HAEMMERLI propose une classification de ces ictères de la grossesse (INGWEN G. Thèse, Lyon 1970)

- 1 - Ictères directement liés à la grossesse
 - cholestase intr-hépatique récidivante
 - Dégénérescence graisseuse aiguë du foie
- 2 - Ictères survenant au cours de la grossesse
 - Ictères infectieux
 - Ictère d'origine parasitaire
 - Cirrhose hépatique
- 3 - Ictères dus aux complications de la grossesse
 - Toxémie gravidique
 - Pyélonéphrite gravido-toxique
 - Avortement provoqué
 - Incompatibilité foeto-maternelle
 - Infection puerpurale

De cette classification, 2 groupes essentiels d'ictère de la grossesse peuvent être retenus :

- les uns en relation directe avec celle-ci : le type en est l'ictère cholestatique récidivant.

- les autres sont d'apparition fortuite : l'hépatite virale occupe la première place avec 30 à 70 % des cas.

C'est aussi les deux grands groupes que nous avons retrouvé dans notre série de 11 cas : 5 cas d'ictères cholestatiques dont 4 récidivants et 6 cas d'ictère par hépatite virale.

Les conditions de travail expliquent en partie la difficulté d'obtenir une observation aussi complète que possible :

- problème de recrutement :

. le syndrome ictérique ou "Sayi" connu de longue date par nos populations est aussi soigné par elles (médecine traditionnelle); tous les cas ne sont donc pas hospitalisés.

. la situation de l'hôpital sur colline du Point G à 8 km environ de la ville et à une bonne quinzaine de km du plus grand Laboratoire de la ville : INBH (Institut National de Biologie Humaine).

- une insuffisance de l'équipement du Laboratoire de l'Hôpital.

- manque de produits pharmaceutiques.

- les conditions particulières de l'hospitalisation incitent les malades à rentrer chez elles, rendent ainsi tout contrôle difficile, voir impossible.

A - ICTERE CHOLESTATIQUE RECIDIVANT GRAVIDIQUE

C'est l'ictère le plus fréquent chez la femme enceinte après celui de l'hépatite virale. Nous avons 5 cas contre 6 cas d'ictère par hépatite virale. Il a pour caractéristiques essentielles :

- l'apparition au cours du troisième trimestre

- la récurrence habituellement lors des grossesses ultérieures.

- l'apparition d'un prurit. C'est très souvent le premier signe.

Il est parfois très intense entraînant des lésions de grattage et empêchant le sommeil : ce qui nécessite l'absorption de sédatif comme la cholestyramine qui n'est pas toxique pour le fœtus. Il apparaît le plus souvent vers la fin du septième mois ou au début du huitième mois précédant toujours l'ictère d'une à deux semaines. (PLAYE ; Thèse, Lyon 1977). Il peut être précoce apparaissant vers la fin du premier trimestre. Dans tous les cas, il disparaît toujours après l'accouchement et généralement avant l'ictère. Mais signalons, qu'il peut exister la forme uniquement prurigineuse qui est une forme d'intensité mineure de la cholestase gravidique (CAROLI).

On retrouve le prurit chez toutes nos malades. Dans l'observation 8, le prurit persiste et ne disparaît que deux semaines après l'accouchement. Dans tous les cas, il disparaît avant l'ictère.

- L'ictère survient dans 40 % des cas après le prurit. Il est modéré, d'intensité progressivement croissante et apyrétique. Il atteint la femme enceinte à des grossesses successives et disparaît instantanément à l'accouchement.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré 5 malades sur 11 présentant une cholestase. Ce qui représente un pourcentage assez élevé soit environ 50 %. Chez ces malades l'ictère est toujours apparu accompagnant le prurit.

Commentaire :

- Antécédents familiaux :

On a toujours retrouvé des antécédents familiaux de cholestase gravidique chez les malades faisant une cholestase gravidique. (ROUX, G. Thèse, 1978)

Exceptionnellement dans nos observations, il n'a été signalé d'antécédents familiaux chez aucune de nos patientes.

- Antécédents médicaux :

Toutes nos malades, à l'exception de l'observation 11 ont déjà fait une poussée ictérique lors des grossesses ultérieures : observations 7 et 10 lors de la première grossesse; les malades n'ayant pas fait l'ictère lors des grossesses précédentes.

- Parité :

Elle n'a pas d'influence, la maladie pouvant survenir aussi bien chez la primipare que chez la grande multipare.

Au cours de notre étude, nous n'avons rencontré que des multipares, sauf l'observation 11.

Age de la grossesse :

La date de prédilection est le 7ème mois. Le prurit et l'ictère apparaissent sauf exception au dernier trimestre, disparaissent rapidement après l'accouchement et ont une tendance à se reproduire lors des grossesses ultérieures.

Dans nos observations, la cholestase est apparue trois fois au cours du septième mois.

- Pronostic:

Il est excellent pour la mère. Il n'en est pas de même pour le fœtus qui court le risque de prématurité, cause de mortalité périnatale non négligeable.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré un cas de prématurité suivi de la mort du nouveau-né au bout de la sixième heure.

B - L'HEPATITE VIRALE

C'est la cause la plus fréquente des ictères de la femme enceinte :
30 - 70 % des cas (FREXINOS, ARNY).

Elle peut survenir à n'importe quel âge de la grossesse. On distingue l'hépatite virale A et B. Elles apparaissent soit sous forme sporadique, soit sous forme épidémique. Les virus responsables sont :

- le virus A de l'hépatite épidémique
- le virus B de l'hépatite sérique.

La contamination par le virus A se fait par ingestion de l'eau et des aliments. Celle par le virus B se fait par inoculation. Ce qui expliquerait les hépatites post-transfusionnelles, celles transmises par le matériel d'injection et les hépatites du personnel manipulant le sang.

Pour cela, il est préférable de réserver le matériel des sujets atteints d'hépatite pour éviter d'éventuelles contaminations.

L'évolution de ces hépatites se fait plus ou moins rapidement vers la guérison. On distingue :

a - L'hépatite aiguë curable :

La fréquence est identique chez la femme enceinte et le reste de la population. L'évolution se fait en deux phases :

- Période pré-ictérique : durant 4 à 8 jours faite essentiellement de signes pseudo-grippaux : asthénie, céphalées, artralgies et plus rarement de la fièvre. Quelquefois, on constate des signes digestifs, nausées, vomissements et parfois un trouble du transit : diarrhée ou même constipation. Les tests de cytolysé à cette période montre une élévation franche d'où l'intérêt de ces examens.

- la période ictérique véritable se caractérise par l'apparition franche de la coloration jaune cutanéomuqueuse d'intensité variable. Les urines deviennent foncées et rares. A l'examen abdominal, on note souvent une hépatomégalie mais c'est un signe inconstant.

b - L'hépatite aiguë mortelle :

Elle est encore appelée atrophie jaune aiguë du foie. C'est une forme grave fréquemment rencontrée chez la jeune femme. On constate une phase ictérique précédée d'une période pré-ictérique, puis rapidement apparaissent des signes de gravité. Le stade de précome est caractérisé par des troubles psychiques avec accentuation de l'ictère. Il y a diminution progressive du volume hépatique à l'examen quotidien d'où l'intérêt de la mesure de la hauteur hépatique à l'entrée de la malade. On constate également l'apparition de désordres hémorragiques. Ensuite on note un

état de torpeur, une abolition des reflexes et une mydriase.

A l'examen biologique, on note une élévation des transaminases, des phosphatases alcalines et une hyperleucocytose. En revanche le taux de prothrombine et la glycémie sont abaissés; le taux de prothrombine pouvant atteindre 10 %, d'où l'intérêt capital de ces deux examens. La fraction estérifiée du cholestérol est également abaissée.

c - La forme anictérique :

C'est une forme qui peut passer inaperçue et qui est la forme de contamination. Dans ce cas, les tests de cytolyse sont utiles car ils permettent le diagnostic.

Commentaire :

- Parité :

Il n'y a pas d'influence de la parité, l'ictère n'étant pas dû à la grossesse mais à une affection concomitante de la grossesse. L'hépatite virale se rencontre aussi bien chez la multipare que chez la primipare.

- Age de la grossesse :

Dans nos observations nous avons vu apparaître l'ictère à tous les âges de la grossesse.

L'ictère peut survenir à n'importe quel âge de la grossesse.

- Age :

Dans l'échantillon présenté, la plus jeune femme a 16 ans et la plus âgée 40 ans. Nous ne pouvons donc pas conclure qu'il existe une tranche d'âge plus fréquemment atteinte.

- Pronostic :

Au cours de cette affection, le foetus court un certain nombre de risques, du fait de la transmission possible au cours de l'hépatite à virus B. STOKES a pu reproduire l'hépatite virale chez de receveurs volontaires, en leur inoculant du serum de foetus de mères hépatitiques. L'hépatite virale, dans le premier trimestre de la grossesse peut provoquer des malformations foetales (cardiopathies, malformations céphaliques); au cours du troisième trimestre elle peut provoquer soit un accouchement prématuré, soit une mort foetale in-utéro.

L'enfant né vivant peut être porteur définitif d'antigène HBS. Au cours de notre étude, nous n'avons rencontré ni malformations foetales, ni prématurité et mort foetale in-utéro.

- Biologie :

Lorsqu'il s'agit de l'hépatite virale, les tests de cytolyse sont plus significatifs à la phase pré-ictérique alors que dans la cholestase

gravidique les tests de rétention sont prioritaires.

1° - Tests de cytolyse

Ils sont constitués par le dosage des transaminases et du taux de fer sérique.

a - Transaminases :

Leur perturbation constitue le témoignage de la souffrance hépatocytaire. On trouve dans le milieu intérieur une partie des constituants de la cellule hépatique. Il existe deux sortes de transaminases :

La glutamo-pyruvique bien plus spécifique des lésions hépatiques que la glutamo oxalo-acétique de moindre importance car moins spécifique d'une lésion hépatique : on la recherche dans l'infarctus du myocarde où elle peut atteindre des taux très élevés.

Le dosage des transaminases permet de suivre l'évolution de l'hépatite virale. Elles s'élèvent à la période pré-ictérique, baissent à la phase ictérique, tendent à se normaliser.

Au cours de la cholestase gravidique, les transaminases sont soit normales, soit même abaissées.

Dans nos observations, les patientes présentant l'hépatite virale ont un taux variant de 33 à 150 UI/ml; la normale étant de 12 UI/ml.

b - Fer sérique :

L'élévation du taux de fer sérique au-delà de 120 gamma est caractéristique de l'hépatite virale. Nous ne l'avons pas dosé.

2° - Tests de rétention :

On les appelle aussi tests d'exploration de la fonction excréto-biliaire.

a - La bilirubine :

C'est l'élément terminal de la dégradation des hématies après 120 jours de vie. Cette dégradation a lieu dans le système réticulo-endothélial et essentiellement au niveau de la rate. La production quotidienne est de 5 mg/l.

La bilirubine ainsi produite est la normale encore appelée bilirubine libre ou bilirubine non conjuguée ou pré-hépatique ou indirecte car la diazoreaction ne la dose qu'après adjonction d'un solvant : l'alcool par exemple. Cette bilirubine ainsi produite est insoluble dans l'eau, mais liposoluble. C'est pourquoi elle franchit la barrière neuro-méningée du nouveau-né, pouvant provoquer ainsi l'ictère nucléaire néo-natal.

Cette bilirubine non conjuguée est transportée, liée aux protéines plasmatiques jusqu'au foie. Cette bilirubine est captée par l'hépatocyte à l'intérieur duquel se produit essentiellement la glycuco-conjugaison et la sulfo-conjugaison, accessoire qui est l'apanage d'espèces inférieures.

Après, la conjugaison, on obtient la bilirubine conjuguée qui, cette fois-ci est hydrosoluble. Elle se deverse dans la bile à l'intérieur de la vésicule biliaire qui constitue un organe de stockage.

Lorsqu'il y a un syndrome de rétention, la bilirubine conjuguée passera dans le sang et sera responsable de la coloration jaune cutanéonuageuse, du prurit, de la bradycardie et de la décoloration des selles.

Normalement au cours de la grossesse il existe une hyperbilirubinémie libre du fait de la présence de la bilirubine foetale (INGWEN G. Thèse, 1970).

Au cours de l'hépatite virale, le taux de la bilirubine totale est peu élevé dans les formes ictérogènes.

Dans nos observations, le taux de bilirubine totale a toujours dépassé 20 mg/l. Les malades faisant une hépatite virale ont un taux de bilirubine totale allant de 27 à 170 mg/l.

b - Le cholestérol :

Son taux est élevé au cours des cholestases. La gravidité aussi entraîne une augmentation de son taux. "Dans l'état gravide, il a été constaté que la cholestérolémie augmentait à partir du 4ème mois pour atteindre son maximum vers le 8ème mois. Ce taux redevient normal après l'accouchement" (HYTEN F.E, LIVD T.)

Au cours de l'ictère cholestatique récidivant, on peut assister à une élévation du cholestérol total atteignant 3 g/l mais le taux d'estérification a toujours été normal d'où absence d'insuffisance hépatocellulaire.

Le taux de cholestérol total est au contraire diminué au cours de l'hépatite virale.

Au cours de notre étude, nous avons trouvé une cholestérolémie à 4,80 g/l dans l'observation 11. Le taux le plus faible enregistré est de 2 g/l dans l'observation 3.

c - Les phosphatases alcalines

Ce sont des enzymes normalement absentes dans le sang. Elles sont produites par le foie, les os, le placenta et l'intestin. Elles augmentent au cours de la grossesse. Leur augmentation traduit un syndrome rétentionnel

3° - Tests d'insuffisance hépato-cellulaire

a - Le taux de prothrombine

Sa perturbation renseigne sur une diminution des fonctions de synthèse et d'épuration de la cellule hépatique.

Le taux de prothrombine n'a été dosé qu'à 3 reprises dans notre étude. Deux fois c'était normal à 100 % (observations 5 et 8), une fois à 32 % (observation 3), ce qui aurait pu faire évoquer une hépatite fulminante.

b - Le taux de cholestérol estérifié

Au cours de l'hépatite virale, la fraction estérifiée du cholestérol qui dépend exclusivement de la cellule hépatique est diminuée.

c - Taux d'albumine

Dans les insuffisances hépatiques, on peut être en présence d'une diminution du taux de l'albumine. Cet examen n'est pas effectué au Laboratoire de l'Hôpital.

4° - Tests d'épuration plasmatique

- La galactosurie provoquée

C'est également un test d'insuffisance hépato-cellulaire. Tout comme la B.S.P, elle n'est pas pratiquée au Laboratoire de l'Hôpital.

Le foie, du fait de son altération ne peut plus retenir la galactose qui est alors éliminée quelques heures après son administration.

5° - Tests inflammatoires :

a - Réaction de Mac Lagan au thymol. Son taux s'élève dans l'hépatite virale.

b - Test de Hanger à la caphaline-cholesterol : positif dans les hépatites à virus.

c - Test de Kunkel Zinc qui est lui-même positif.

d - Dosage des gamma-globulines : leur élévation est en faveur d'une inflammation.

6° - Autres examens :

a - L'antigène australie

C'est l'antigène de surface du virus B. Il n'est pas systématiquement recherché chez nos malades. Sa recherche a été négative chez l'observation n° 1.

b - Numération formule sanguine -- Vitesse de sédimentation

Au cours de la grossesse, on rencontre une diminution du taux d'hématocrite, d'hémoglobine, une hyperleucocytose et une élévation de la vitesse de sédimentation. (CAROLI)

D'une manière générale, on constate dans nos observations une hyperleucocytose avec une diminution du nombre des globules rouges qui normalement est de 4.500.000 à 5.000.000.

Toutes ces anomalies disparaissent dans le post-partum immédiat.

c - Azotémie-Glycémie

Elles sont dosées chez 2 de nos malades (observations 1 et 9) et elles étaient normales.

- - -

Les autres ictères de la femme enceinte n'ont pas été retrouvés au cours de notre étude. Cependant, il faut citer :

1° - L'ictère de l'incompatibilité foeto-maternelle

Il est consécutif au passage de l'excès de la bilirubine foetale dans la circulation maternelle. Pour éviter cet accident, il faut une visite prénuptiale où le groupage des conjoints décelera leur rhésus.

2° - Les ictères d'origine parasitaire :

Nous retiendrons, l'ictère dû au paludisme : la fièvre bilieuse hémoglobinurique qui entraîne l'ictère par l'éclatement d'un nombre important de globules rouges parasités par l'hématozoaire. Les femmes enceintes peuvent être victimes de cette fièvre en pays d'endémie palustre comme au Mali.

Mais en cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique, éviter la quinine. Par contre on utilise la nivaquine à la dose de 6 comprimés par jour les 2 premiers jours, 3 comprimés le 3ème et 4ème jour et 2 comprimés le 5ème jour.

3° - La cirrhose hépatique :

Son origine est post-hépatitique ou indéterminée; mais elle peut être d'origine éthylique.

Elle est très rarement associée à la grossesse de fait de l'âge relativement avancé auquel se manifeste habituellement la cirrhose : d'où la citation de cette affection uniquement pour mémoire.

Cependant, il est à signaler que l'évolution pendant ou après la grossesse peut se faire :

- soit vers la cancérisation qui est rare (BENNET)
- soit vers l'insuffisance hépatique avec des signes de décompensation ictéro-ascitique.
- soit vers une hypertension portale avec des hémorragies.

4° - Les ictères hémolytiques

La drépanocytose, les thalassémies et la maladie de Minkowski-Chauffard peuvent se décompenser à l'occasion d'une grossesse. La drépanocytose est une maladie hémolytique héréditaire. Très souvent les drépanocytoses homozygotes disparaissent avant l'âge de la puberté. Certaines peuvent arriver à maturité.

Mais au cours de la grossesse les crises de déglobulisation sont fréquentes et nécessitent souvent des transfusions responsables à leur tour d'ennuis hémolytiques. (CAROLI, CHEVREL). Donc pour éviter ces complications, il est à déconseiller le mariage entre drépanocytaires

pour lutter contre l'expansion de cette maladie : d'où l'intérêt des consultations prénuptiales.

5° - Les ictères médicamenteux

On distingue 2 types :

- les hépatites cytolytiques dues aux médicaments comme l'halothane, les antituberculeux.
- les hépatites rétentionnelles causées par exemple par le largactil.

En médecine moderne, plusieurs médicaments peuvent être en cause : les sulfamides, la chlorpromazine, (largactil), la novobiocine, le phénylbutazone, les cyclines.

L'ictère dû à la chlorpromazine est plus fréquemment rencontré chez la femme enceinte car, elle s'utilise contre les vomissements gravidiques incoercibles. L'ictère survient 2 à 4 semaines après le début du traitement c'est un ictère de bon pronostic, car il disparaît progressivement à l'arrêt du traitement.

Les cyclines sont à déconseiller car elles peuvent entraîner un tableau de stéatose aiguë gravidique.

6° - La pyelonephrite gravidico-toxique

C'est une cause d'ictère de femme enceinte devenue rare depuis l'avènement des antibiotiques (LEPAGE). Elle est due à une hépatite microbienne, les germes provenant de l'infection urinaire qui est fréquente chez la femme enceinte.

La clinique se résume à une fièvre avec des frissons puis survient l'ictère quelques jours plus tard.

Le pronostic maternel est bon, tandis que le pronostic foetal est réservé (prématurité, mort in-utero).

7° - La lithiase biliaire

Souvent elle est latente, mais la grossesse peut apporter des éléments favorables comme l'atonie vésiculaire, l'augmentation du cholestérol biliaire qui n'est plus solubilisé et aussi la baisse de concentration des sels biliaires. Ce qui favorise une tendance à la précipitation.

La lithiase peut se manifester à n'importe quel âge de la grossesse par des douleurs siégeant dans l'hypochondre droit, irradiant souvent vers l'épaule à type de colique hépatique.

La biologie montre une élévation de la bilirubine totale, du cholestérol total et des phosphatases alcalines.

8° - La dégénérescence graisseuse du foie

Elle est encore appelée stéatose aiguë gravidique. C'est une cause exceptionnelle d'ictère reconnue en 1921 par OUVELAIRE et AUBERTIN. Elle apparaît presque toujours à la fin du troisième trimestre. Le début de la maladie est marqué par une soif interne, des douleurs épigastriques, puis apparaissent des vomissements répétés qui par la suite deviendront hémorragiques évoluant vers le coma.

La biologie montre une hypocholestérolémie, une hypoprothrombinémie.

Le travail se déclenche rapidement et aboutit à l'expulsion d'un fœtus mort dans 75 % des cas.

L'évolution est mortelle chez la mère dans la majorité des cas dans un tableau de coma.

9° - La toxémie gravidique

Lorsqu'elle survient en début de grossesse, elle entraîne un état de dénutrition et de déshydratation qui auront pour conséquence l'ictère. L'évolution est en général favorable sous l'effet de la réanimation et de la rehydratation.

La toxémie gravidique tardive ne donne l'ictère que dans les formes graves mortelles et est le fait de la coagulation intra-vasculaire disséminée.

La bilirubinémie totale, les transaminases et les phosphatases alcalines sont élevées.

10° - Les avortements provoqués :

L'ictère ici peut être dû à une infection à streptocoque hémolytique ou à perfringens ou à l'absorption d'un produit toxique dans le but d'avorter provoquant une hémolyse massive pouvant entraîner la mort.

11° - L'infection puerpérale

L'infection puerpérale, très souvent mortelle peut également être la cause d'ictère d'intensité variable.

C O N C L U S I O N

Les conditions de recrutement nous laisse croire qu'avec onze observations d'ictère gravidique, en cinq ans nous sommes en dessous de la réalité compte tenu du nombre d'accouchement par an. Toutes les patientes ne sont pas hospitalisées. C'est dire que notre pourcentage d'ictère gravidique cholestatique récidivant serait plus élevé, ce qui n'est pas toujours retrouvé dans la littérature.

Pour essayer de préciser les différentes étiologies nous avons adopté le même protocole :

- examen clinique : de plus grand intérêt étant donné ce qui suit :
- examen de laboratoire : les tests hépatiques et en particulier les tests de rétention biliaire, de cytololyse, d'insuffisance hépatocellulaire et les autres examens de routine, dans la mesure des possibilités bien limitées de nos observations.

Nous avons pu néanmoins identifié six cas d'hépatite virale gravidique et cinq cas d'ictère gravidique cholestatique dont quatre récidivants.

L'ethnie, la parité, ainsi que l'âge des malades n'interviennent pas.

La fréquence de ces ictères gravidiques cholestatiques récidivants serait-elle en rapport avec la race ? ou s'expliquerait-elle par le nombre d'accouchement élevé (4-000 par an dans trois des maternités de la capitale) ?

Pour l'instant, nous ne sommes pas à mesure de trancher; il se pourrait que ces facteurs soient associés.

Le pronostic :

- maternel : bien qu'ayant perdu un certain nombre de nos patientes de vue, l'accouchement et les suites de couche se sont bien déroulés dans l'ensemble. Le pronostic maternel tout comme dans la littérature est bon : il n'y a eu ni césarienne, ni accouchement provoqué.

- Fœtal : ici , le pronostic est réservé. Nous avons eu à déplorer :

- mort in-utero
- mort dans les premières heures de la vie
- prématurité.

Il n'y a eu de malformations fœtales. Cependant dans la littérature, on signale des cas de cardiopathies et de malformations céphaliques.

Au cours de ces ictères, c'est le foetus qui est le plus exposé d'où la nécessité d'une bonne surveillance foeto-maternelle.

Ce qui nous a guidé dans notre conduite thérapeutique :

a - mesures hygiéno-diététiques tout en assurant un apport calorique suffisent.

b - quelques cholérétiques

c - pas d'opothérapie hépatique, ni de corticothérapie ni d'antibiothérapie.

d - Antipaludiques en prophylaxie

e - Antiprurigineux

f - Au besoin, traitement associé de la drépanocytose.

Malgré toutes les difficultés inhérentes à notre sous-équipement, un travail relativement correct est tout de même possible.

-: -: -: -: -: -: -: -
-: -: -: -: -: -
-: -: -
-: -
-

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BERTRAND L.
Ictère grave et grossesse
Union Med. du CANADA, 1970, 99, 1447
- 2 - BLETRY U., ROCHE SICUT J., et ALL
Stéatose hépatique aiguë gravidique
Nouv. Presse Med. 1979, 8 (22) 1835 - 1838
- 3 - BAYLE. Jean Jacques
Etude du traitement des hépatites ictérogènes par la cortisone
et l'ACTH
Thèse, Med. Lyon, 1955
- 4 - BENHAMOU J. P.
Les ictères à bilirubine non conjuguée
Acta, Gastro - Enterol Belg 1973, 26 (9) 427 - 435
- 5 - BELIZAIRE N. H.
Contribution à l'étude clinique et biologique des ictères
viraux graves en Algérie
Thèse, Med. Alger, 1968, n° 13
- 6 - BRULE M.
Recherche sur les ictères, les retentions biliaires par
insuffisance hépatique
Paris, Masson, 1922, 8, 280 P
- 7 - BOURILLON R.
Transport de la bilirubine dans le plasma
Ann, Biol, Clin, 1958, 16, 3-13
- 8 - BENHAMOU J. P., BADER J. P., CAROLI J., FAUVERT R.
Quels sont parmi les médicaments actuels, ceux qui peuvent
provoquer une hépatite
Presse, Med. 1965, 73, (47), 2675 - 2677
- 9 - CHEVREL B.
Foie et grossesse
E M C (Foie et Pancréas) 1976, 10, 7041
- 10 - CHEVREL B., CAROLI J.
Les ictères des contraceptifs oraux
Med. Chir, Dig, 1976, 5 407 - 409

- 11 - CHEVREL J. P.
Anatomie du foie
E M C (Foie I) 1977, 7001 A 10
- 12 - CAROLI J., HECHT Y.
Le foie et ses maladies
Presse, Universitaire de France, Paris, 1967 - 128 P
- 13 - CHABROL E.
Les ictères
Paris, Masson, 1932, 8 (6), 26 P
- 14 - CHEVREL B.
Precis des maladies du foie, du pancréas et des
voies biliaires
Paris, Masson, 1975
- 15 - CACHIN M., FALLOT T., BLANCHON P.
Appareil digestif et foie, les ictères infectieux
Paris, Masson, 1955, 146 P
- 16 - CAROLI J., RIBET A., PARAF A.
Précis des maladies du foie, du pancréas et des
voies biliaires.
Paris, Masson, 1979
- 17 - DUGOIS P., AMBLARD P.
Le prurit de la grossesse
Rev. Fr., Gyn. Obst. 1971 66 (10), 589 - 593
- 18 - DARNIS F.
Les ictères en cours de grossesse
Rev. Prat. 1977, 27, 36 - 83
- 19 - DARNIS F., POUPON R.
Ictère et cholestase
E M C (Foie) 1977, 7014 A 10
- 20 - ESCOFFIER G.
Ictère gravidique récidivant
Thèse, Med. Marseille 1970
- 21 - ESPIARD D.
Cholestase intra-hépatique gravidique récidivante
Thèse, Med. Lyon 1977

- 22 - FREXINOS J., ARANY Y.
Hépatite virale et grossesse
Nouv. Presse, Med. 1974, 1 (34)
- 23 - FREXINOS J., ARANY Y.
Les ictères propres à la grossesse
Arch. Fr. Mal. app. Dig 1974, 63 (651)
- 24 - FAUVERT D.
Le cholestérol estérifié, test d'insuffisance
cellulaire du foie.
Thèse, Med. Paris 1942
- 25 - GOUFFIER E., RAUTUREAU J. et. all
La cholestase récurrente bénigne
Med. Chir. Dig, 1976, 5 (4), 205 - 206
- 26 - HECHT Y., THOMAS M., CAROLI J.
Les grands syndromes cirrhotiques (syndrome d'insuffisance
hépato-cellulaire)
E M C, 1970, 7034 C 10
- 27 - HECHT Y., SMADJA M. CAROLI J.
Cirrhoses
E M C, 1977, 7034, A 10
- 28 - HECHT Y.
Que faire devant un ictère chez l'adulte
Paris, New-York, Barcelone, Milan, 1976, 120 P Fig.
- 29 - HYTTEN F. E. , LIVD T.
Paramètres biologiques de la grossesse
Lab. Ciba, Geigy, 1974
- 30 - INCWEN G.
Contribution à l'étude de l'ictère et grossesse
Thèse, Med. Lyon 1970
- 31 - I N R P M T
Le Syndrome " Sayi " et son traitement en Médecine
traditionnelle
Santé pour tous, 1978, 3 9 - 11
- 32 - LEVY C.
Les ictères de la grossesse
Vie, Med. 1967, 48 1227, 1238
- 33 - LAROCHE C. CAQUET R. GREGOIRE J.
Ictère et grossesse
Entretien de Bichet, 1967, 381 - 388

- 34 - LEVRAT M., DESCOS L.; PASQUIER J. et ALL.
Ictère gravidique récidivant (à propos de 2 cas)
Lyon, Med. 1968, 99, 443 - 456
- 35 - MONGES A. et Coll.
Ictère et grossesse. A propos de 62 cas
Rev. des C H U, 1971, n° 22, 39
- 36 - METREAU J. M. et ALL
Editorial hépatic effets of oral contraceptives
Arch. Fr, Mal App Rig, 1973, 62 (5), 365 - 368
- 37 - MOENS R. S.
Le métabolisme de la bilirubine
Presse, Med. 1965, 73 (36)
- 38 - ODIEVRE M.
Métabolisme de la bilirubine
Rev. du prat. 1973, 23 (55) 4879 - 4886
- 39 - PLAYE J. M.
Le cholestase gravidique (à propos de 24 obs.)
Thèse, Med. Lyon 1977
- 40 - PARIS P. SALEMBIER Y. GERARD A. et All
Les lithiases biliaires
E M C. 1975, 7047 A 10
- 41 - PAGNIE Z.
Contribution à l'étude clinique, biologique
et pathogénique des ictères observés au cours
du traitement par la chlorpromazine
Thèse, Me. Paris 1964
- 42 - PAVEL I.
Physiopathologie des ictères
Paris, Masson, 1970, 395 P
- 43 - QUERLEU D.
Hyperbilirubinémie et ictère pendant la grossesse
Thèse, Med. Lille 1973
- 44 - ROUQUES L.
Les ictères gravidiques
Presse, Med. 1969

- 45 - RUMEAU J. M. RAGNAUD J. M. et All
Les ictères de la Grossesse
Bordeaux Med. 1979, (11) 705 - 713
- 46 - ROUX G.
Cholestase gravidique et lithiase vésiculaire
Thèse, Med. Lyon 1978
- 47 - TRAISSAC F. J., BERAUD C. et All
L'ictère gravidique récidivant
Presse, Med. 1963, 71, 2697 - 2700
- 48 - VACHON A., TISSOT - FAVRE A et All
De la cholestase de la Grossesse et par
oestoprogestatis à la cirrhose primitive
- 49 - WALDMAN A.
L'ictère cholestatique récidivant de la Grossesse
Rapport d'un cas et revue de la littérature récente
Thèse, Med. Paris 1969, n° 481

-: -: -: -: -: -: -: -
-: -: -: -: -: -: -
-: -: -: -
-: -
-
-

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
RESUME	3
NOS OBSERVATIONS	5
DISCUSSION	22
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	38