

# Stéatose hépatique aigue gravidique

ESC\_OB\_007\_Overview

## Aperçu général

**Durée du scénario** : 12 à 15 minutes.

**Public cible** : Étudiants de médecine, internes et résidents.

**Résumé** : Patiente de 42 ans, 1GOP, enceinte à 34 SA, admise pour hypoglycémie profonde avec encéphalopathie. L'ensemble des explorations cliniques et paracliniques seront en faveur d'une stéatose hépatique aigue gravidique.

**Objectifs critiques** :

- Poser le diagnostic positif et éliminer les diagnostics différentiels
- Comprendre la physiopathologie du SHAG
- Identifier les critères de gravité
- Planifier les examens complémentaires
- Considérer le traitement symptomatique et l'extraction fœtale

# Stéatose hépatique aigue gravidique

ESC\_OB\_007\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	42 ans, sexe féminin
<b>Data</b>	:	Poids = 90 Kg, Taille = 166 cm
<b>SF</b>	:	Coma post-critique
<b>Début</b>	:	1 heure
<b>Signes associés</b>	:	Nausées, vomissements, épigastralgies, polyurie-polydipsie, céphalées
<b>Mode d'admission</b>	:	Ramené par sa famille
<b>Signes critiques</b>	:	Hypoglycémie

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	Décès d'un frère au jeune âge
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergies</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 30 c/min, discrète cyanose, SLR, râles ronflants, SpO2 = 88%
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 160 bpm, PA = 140/90 mmHg, pas de pâleur, pas de souffle
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 9/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral, notion de convulsion
<b>Examen somatique</b>	:	OMI, sub-ictère
<b>Glycémie</b> : 0,4 g/L	<b>BU</b> :	P + Sg -
		<b>Température</b> : 36,8 °C

# Stéatose hépatique aigue gravidique

ESC\_OB\_007\_Scénario

## Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Plasmaphérèse
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Corticoïdes
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	

## Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin, enceinte
- Subictère
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples

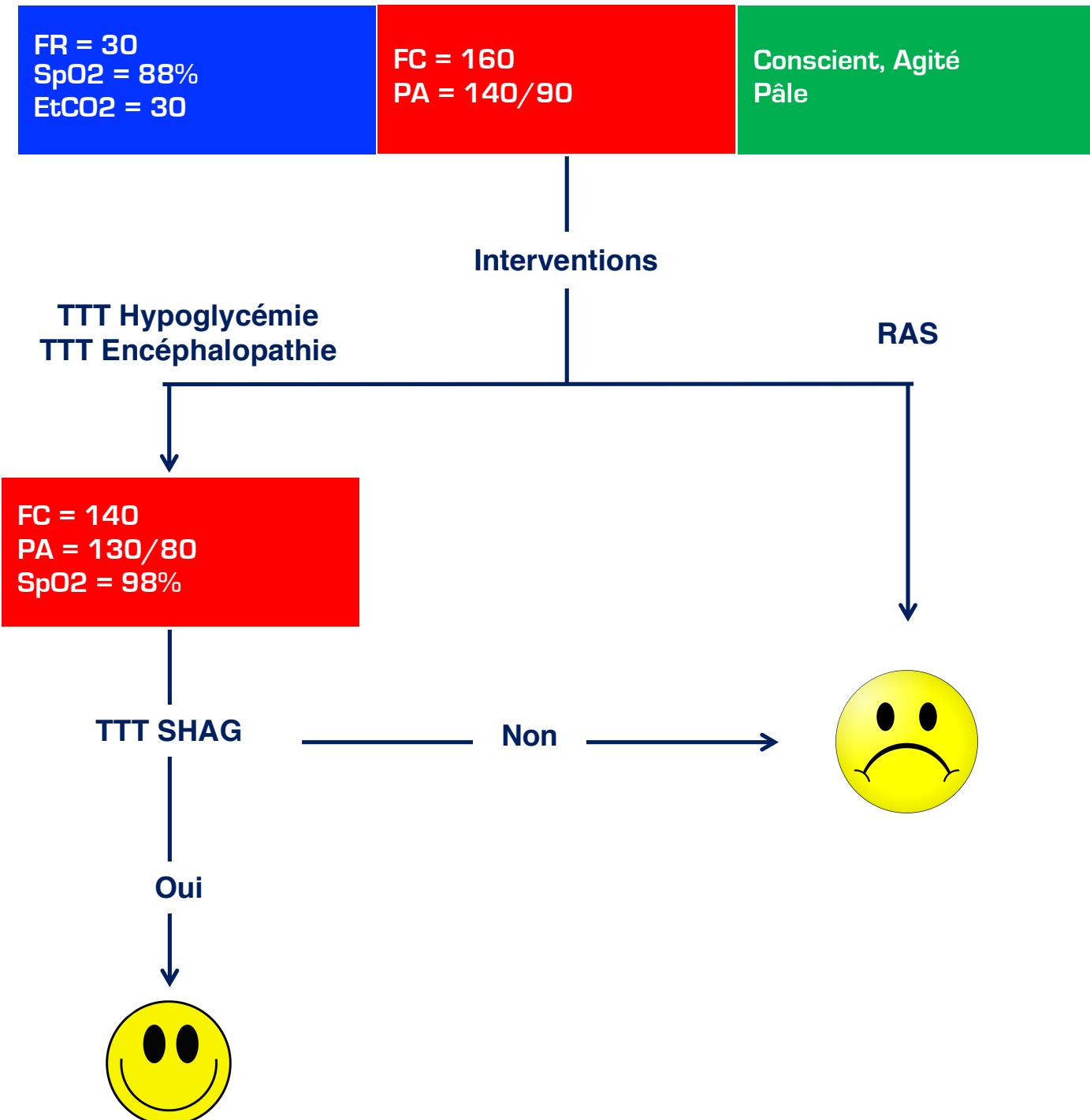
## Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : mari de la patiente

# Stéatose hépatique aigue gravidique

ESC\_OB\_007\_Scénario

## Baseline



# Stéatose hépatique aigue gravidique

ESC\_OB\_007\_Programmation

## Baseline

FR = 30 c/min, discrète cyanose, SpO2 = 88%, râles ronflants

FC = 160 bpm, PA = 140/90 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

## Critical

Dégénération neurologique

Anomalies métaboliques

## Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 120/60 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

# Stéatose hépatique aigue gravidique

ESC\_OB\_007\_Debriefing

## Fiche

- La stéatose hépatique aigue gravidique SHAG est une pathologie de la grossesse, survenant au 3<sup>ème</sup> trimestre. Elle s'associe souvent avec un déficit au niveau de la  $\beta$ -oxydation mitochondriale des acides gras,
- Cliniquement sont retrouvés de façon inconstante : nausées, vomissements, épigastralgies, polyurie-polydipsie, HTA, céphalées et ictere,
- Le risque d'évolution vers une insuffisance hépatocellulaire est possible avec : encéphalopathie hépatique, insuffisance rénale aigue et hypoglycémie,
- Les anomalies biologiques fréquemment retrouvées sont : hypertransaminasémie, hyperbilirubinémie, thrombopénie, hyperuricémie, fonction rénale altérée, diminution du TP et facteur V, hypoglycémie,
- L'imagerie comporte : échographie abdominale (hyperéchogénicité hétérogène du foie) et TDM abdominale C- (densité basse du foie),
- La ponction biopsie du foie (plutôt par voie transveineuse) montre : une stéatose microvacuolaire,
- Deux principaux diagnostics différentiels à identifier : hépatite virale aigue et HELLP syndrome,
- Le diagnostic positif peut utiliser les critères de Swansea,
- La prise en charge comporte essentiellement :
  - Extraction fœtale,
  - Correction des troubles de l'hémostase,
  - Prévention de l'hypoglycémie,
  - Échanges plasmatiques à discuter,
- Le pronostic maternel et fœtal reste bon, avec possibilité de récidive dans 10% des cas,
- Nécessité de dépistage systématique d'un déficit de la  $\beta$ -oxydation.

## Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif et éliminer les diagnostics différentiels
- Comprendre la physiopathologie du SHAG
- Identifier les critères de gravité
- Planifier les examens complémentaires
- Considérer le traitement symptomatique et l'extraction fœtale

## CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
<b>Hématies</b>	<b>4.1</b> $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
<b>Hémoglobine</b>	<b>10.1</b> g/dL	(10.9-13.7)
<b>Hématocrite</b>	<b>30.8</b> %	(34.0-40.0)
<b>VGM</b>	<b>80.3</b> fl	(73.0-86.0)
<b>CCMH</b>	<b>32.6</b> g/dL	(32.0-36.0)
<b>Leucocytes</b>	<b>18.10</b> $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
<b>Neutrophiles</b>	<b>52.0</b> %	
Soit	<b>7.72</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
<b>Eosinophiles</b>	<b>0.6</b> %	
Soit	<b>0.06</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
<b>Basophiles</b>	<b>0.5</b> %	
Soit	<b>0.01</b> $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
<b>Lymphocytes</b>	<b>10.5</b> %	
Soit	<b>4.0</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
<b>Monocytes</b>	<b>6.0</b> %	
Soit	<b>0.55</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
<b>Plaquettes</b>	<b>71</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Hémostase

	Résultat	Références
<b>Temps de Quick Patient</b>	<b>17.3 sec</b>	
<b>Taux de prothrombine</b>	<b>42 %</b>	(70-140)
<b>INR</b>		
<b>TCA</b>		
<b>Temps témoin</b>	<b>30 sec</b>	
<b>TCA</b>		
<b>Temps patient</b>	<b>50 sec</b>	(25.0-35.0)
<b>Fibrinogène</b>	<b>2.6 g/L</b>	(2.00-4.00)

## Résultat

## Références

**Facteur V**

**15 %**

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Sodium (Na<sup>+</sup>)</b>	<b>140</b> mmol/L	(135-145)
<b>Potassium (K<sup>+</sup>)</b>	<b>6,2</b> mmol/L	(3.5-5.5)
<b>Calcium (Ca<sup>2+</sup>)</b>	<b>70</b> mg/L	(90-105)
<b>Phosphore</b>	<b>60</b> mg/L	(30-50)
<b>Chlore (Cl<sup>-</sup>)</b>	<b>103</b> mmol/L	(100-105)
<b>Glycémie</b>	<b>0.40</b> g/L	(0.70-1.10)
<b>Urée</b>	<b>1.70</b> g/L	(0.10-0.50)
<b>Créatinine</b>	<b>40</b> mg/L	(6-12)
<b>GOT (ASAT)</b>	<b>290</b> UI/L	(< 35)
<b>GPT (ALAT)</b>	<b>320</b> UI/L	(5-40)
<b>Albumine</b>	<b>32</b> g/L	(35-55)

# Ionogramme

	Résultat	Références
CRP	20 mg/L	(< 10)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Acide urique</b>	<b>95 mg/L</b>	(35-70)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Bilirubinémie</b>	<b>40 mg/L</b>	(6-12)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Ammoniémie artérielle</b>	<b>2,60 mg/L</b>	(0,27-0,85)

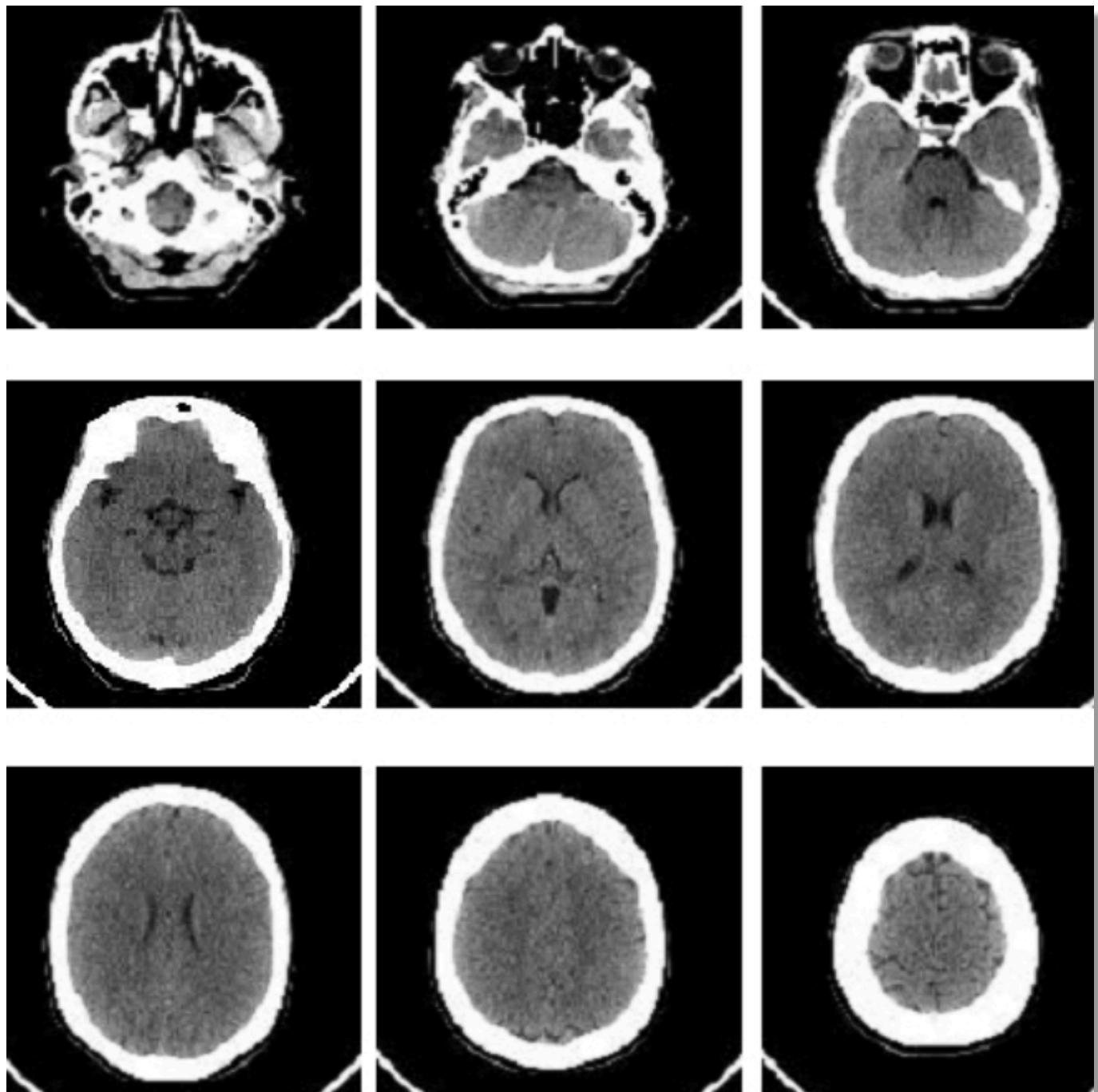
# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	<b>7.46</b>	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	<b>48</b> mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	<b>28</b> mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	<b>80</b> mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	<b>92</b> %	(95-100)
Lactates	<b>1</b> mmol/L	(< 2)

# Sérologies

	Résultat	Références
<b>Hépatite B</b>	<b>Négative</b> ---	
<b>Hépatite C</b>	<b>Négative</b> ---	

# TDM Cérébrale



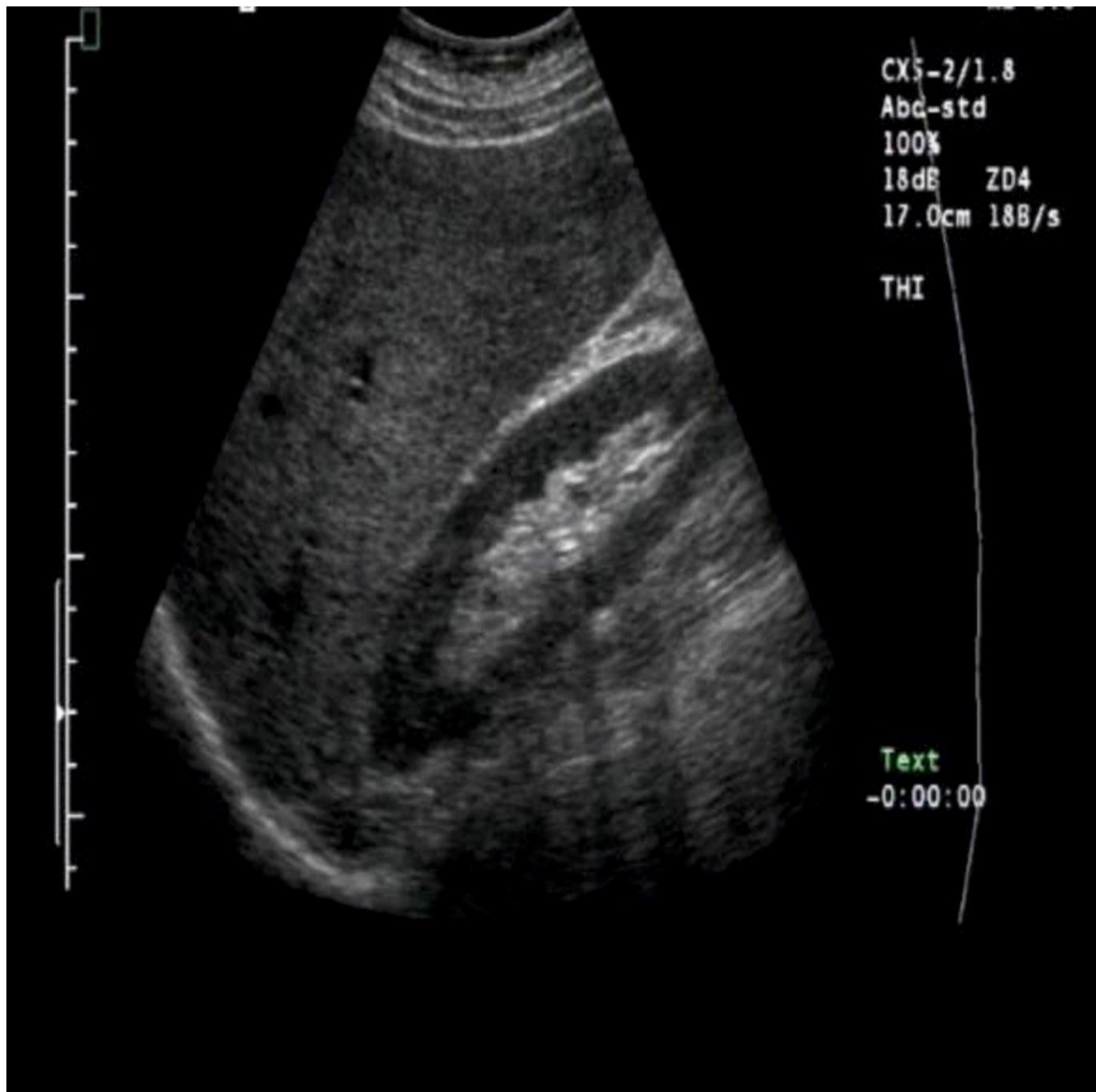
Interprétation :

**Discret œdème cérébral.**

# Radiographie du poumon



# Échographie abdominale



Interprétation :

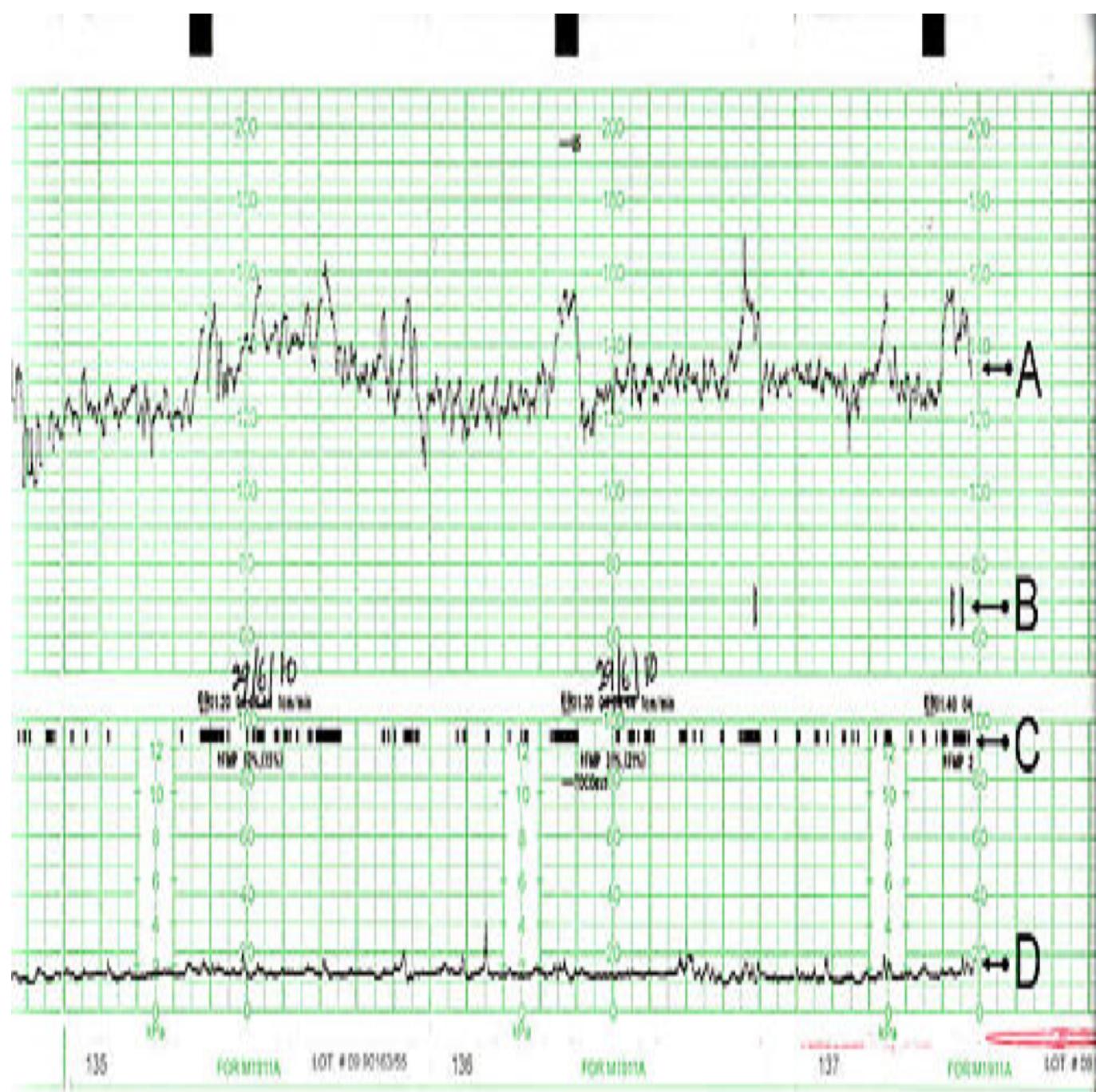
**Hyperéchogénicité diffuse et hétérogène du foie.  
Ascite de moyenne abondance.**

# Échographie obstétricale



Interprétation :

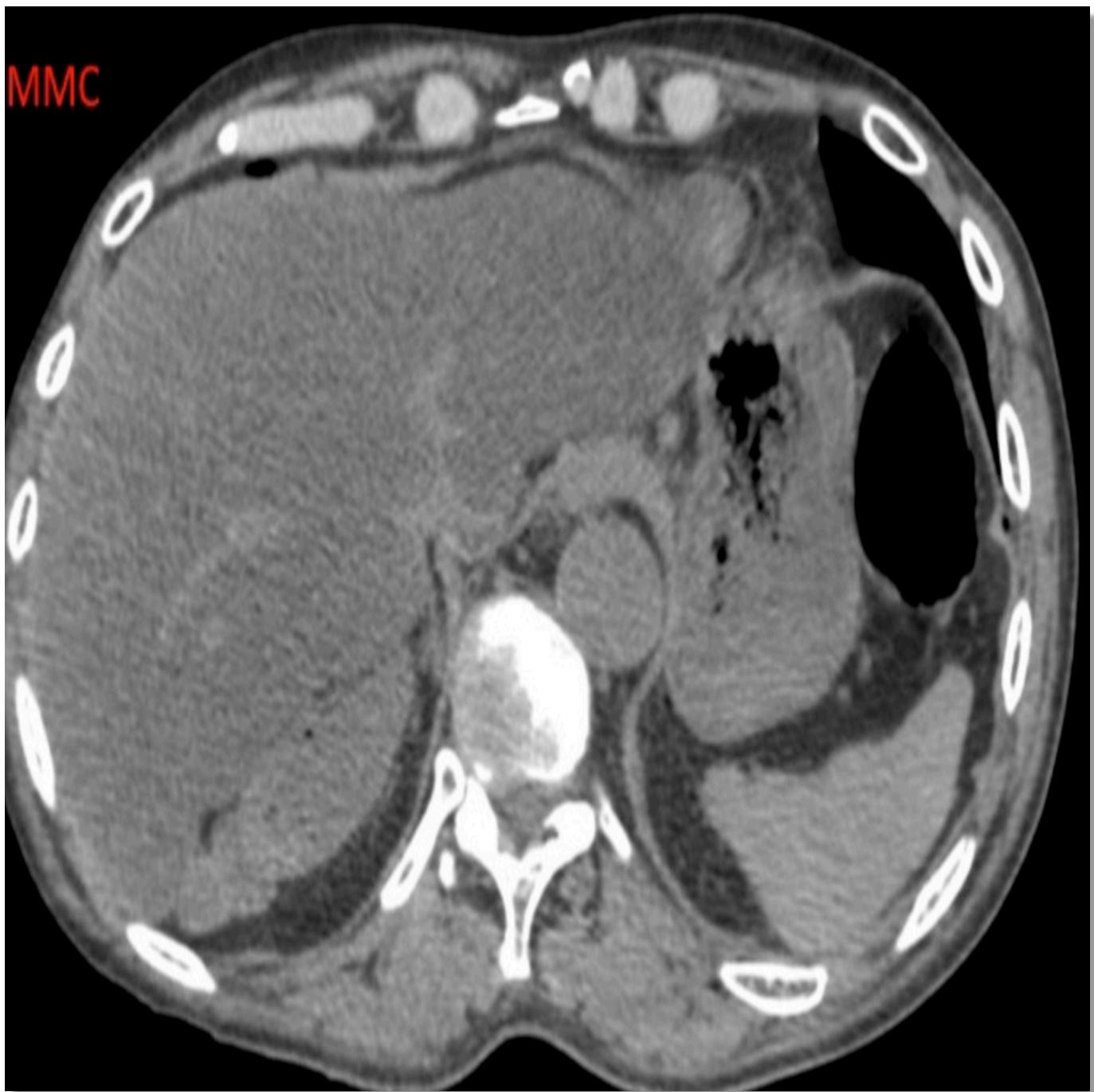
**Grossesse estimée à 34 SA.**



**Interprétation :**

**Tracé normal.**

# TDM Abdominale

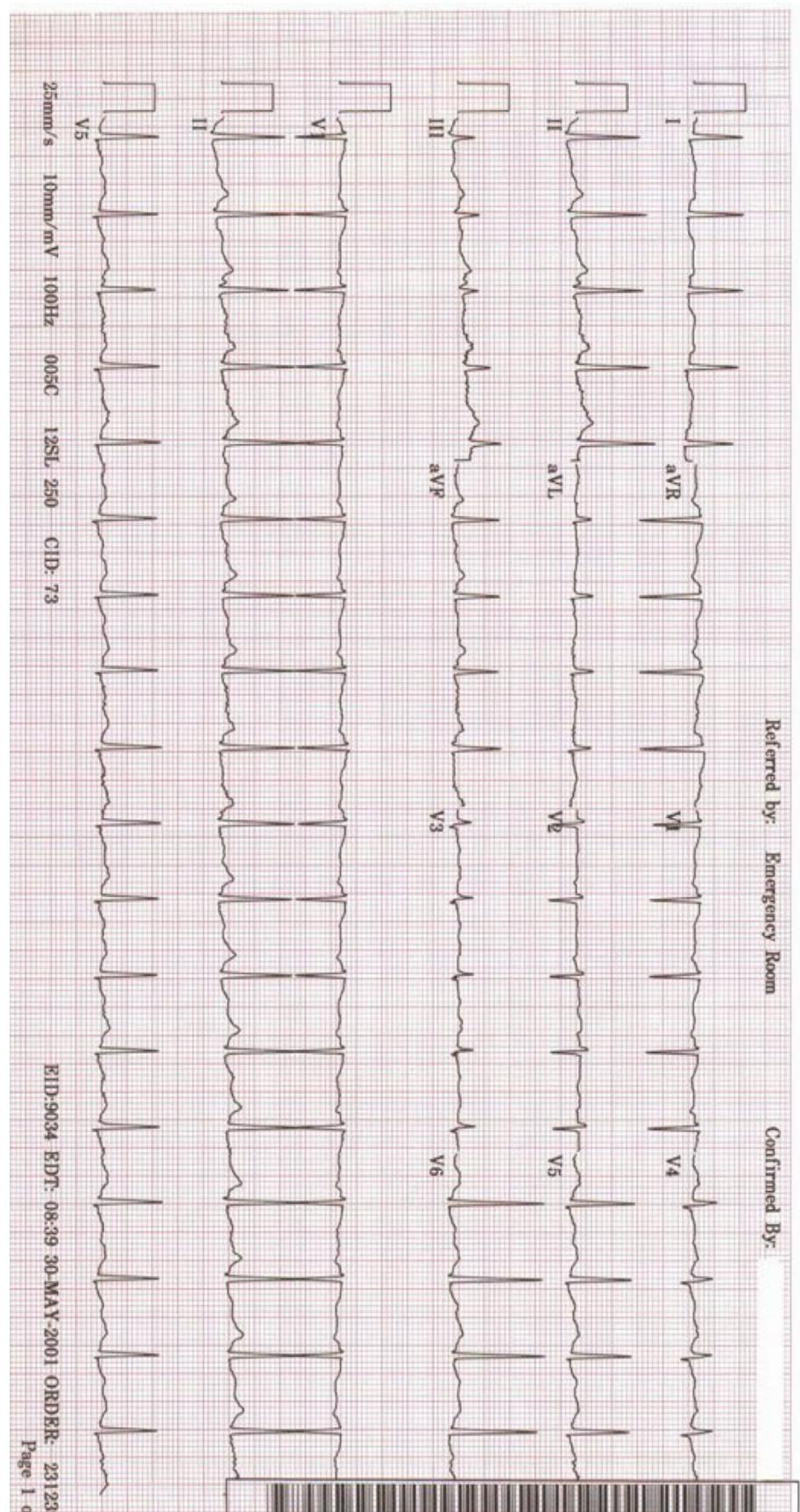


Interprétation :

**Densité hépatique basse.**

Referred by: Emergency Room

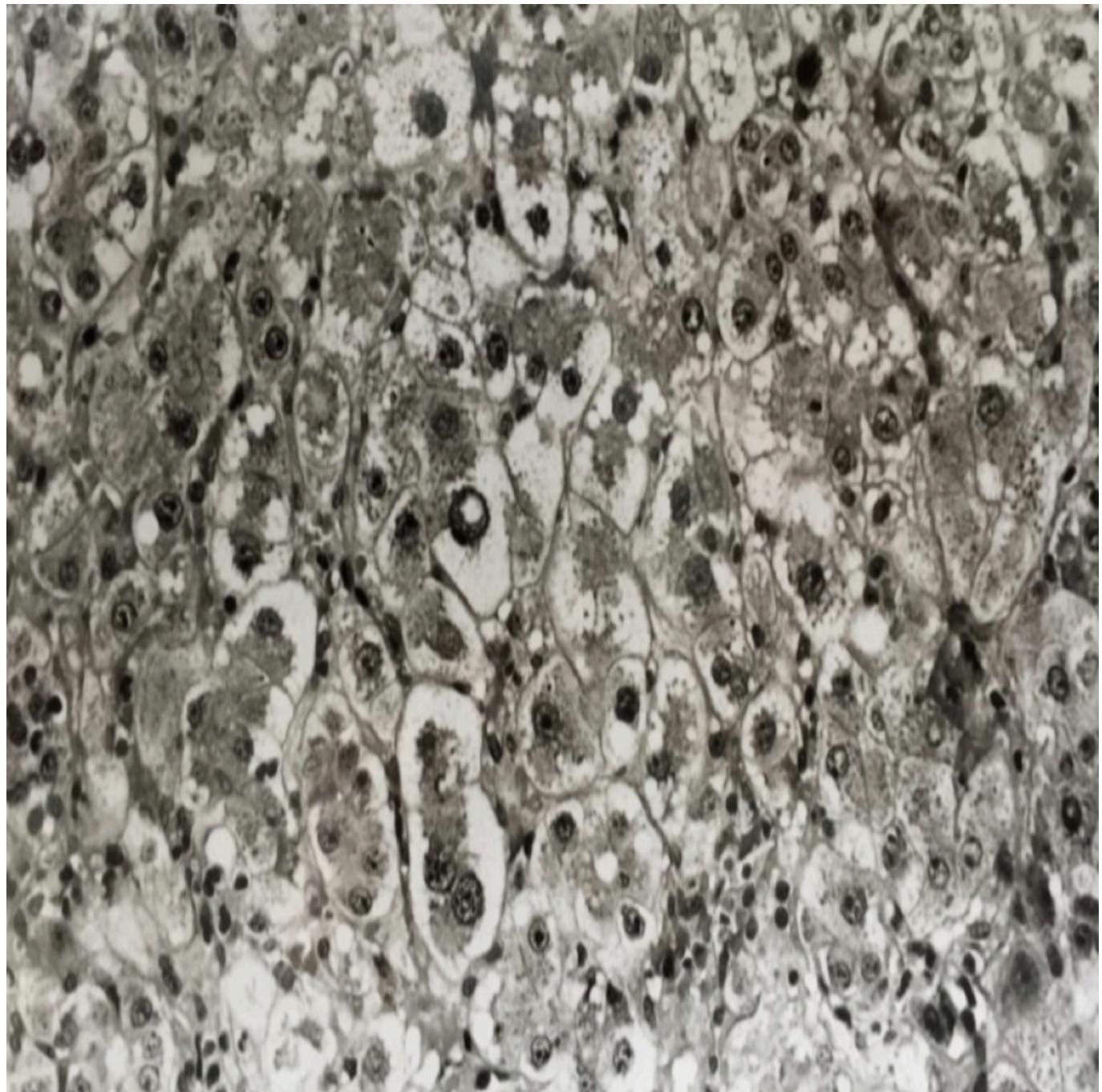
Confirmed By:



EID:9034 EDT: 08:39 30-MAY-2001 ORDER: 23123967  
Page 1 of 1



# Ponction biopsie hépatique



Interprétation :

**Stéatose hépatique microvacuolaire.**