

## **Cas Rares D'ascite et Grossesse au Centre Hospitalier Régional de Niamey**

*Sanoussi H.*

Unité de suite de couches et grossesses pathologiques  
Centre hospitalier régional de Niamey, Niger

*Idi N.*

Maternité du Centre hospitalier régional de Niamey, Niger

[Doi: 10.19044/esipreprint.8.2022.p303](https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2022.p303)

Approved: 27 August 2022  
Posted: 29 August 2022

Copyright 2022 Author(s)  
Under Creative Commons BY-NC-ND  
4.0 OPEN ACCES

*Cite As:*

Sanoussi H. & Idi N. (2022) *Cas Rares D'ascite et Grossesse au Centre Hospitalier Régional de Niamey*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2022.p303>

### **Résumé**

L'ascite survenant chez la femme enceinte est un tableau clinique rare. Nous rapportons deux cas cliniques d'ascite et grossesse observés chez des jeunes patientes. La symptomatologie était dominée par la dyspnée, la pâleur cutanéomuqueuse, la distension abdominale et les œdèmes des membres pelviens. Les étiologies étaient la tuberculose péritonéale et la cytolysé hépatique. Plusieurs ponctions d'ascite furent réalisées ainsi que l'utilisation des diurétiques afin de diminuer la distension abdominale. La correction de l'anémie était obtenue par la supplémentation en fer et les transfusions sanguines. L'utilisation des antituberculeux était faite chez la patiente atteinte. Les accouchements se sont effectués par voies basse avec des nouveaux nés en bonne santé. L'évolution clinique des patientes et celle de leur nouveau fut favorable au bout de plusieurs jours d'hospitalisation.

**Mots clés :** Ascite, grossesse, accouchement voie basse, CHR, Niamey

## Rare Case of Ascites and Pregnancy at the Regional Hospital Center of Niamey

*Sanoussi H.*

Unité de suite de couches et grossesses pathologiques  
Centre hospitalier régional de Niamey, Niger

*Idi N.*

Maternité du Centre hospitalier régional de Niamey, Niger

---

### Abstract

Ascites occurring in pregnant women is a rare clinical chart. We report the clinical cases of two young patients admitted for ascites and pregnancy. The symptomatology was dominated by dyspnea, mucocutaneous pallor, abdominal distension and edema of the pelvic limb. The etiologies were peritoneal tuberculosis and hepatic cytolysis. Several ascites punctures were performed as well as the use of diuretics to decrease the abdominal distention. The correction of anemia was obtained by iron supplementation and blood transfusions. The use of antituberculous drugs was done in the patient with. The deliveries were performed vaginally with healthy newborns. The clinical course of patients and the newborns was favorable after several days of hospitalization.

---

**Keywords:** Ascites, pregnancy, vaginal delivery, CHR, Niamey

### Introduction

Le péritoine viscéral contient une mince lame liquidienne lubrifiante qui permet le mouvement parfait des viscères en dehors de toute affection. Sous l'influence des facteurs pathologiques, l'ascite se forme. Elle correspond à un épanchement liquidien plus ou moins abondant dans la cavité péritonéale. Les origines de celles-ci sont nombreuses parmi lesquelles nous citons les plus fréquentes à savoir les affections du système digestif comme la cirrhose hépatique, l'insuffisance rénale ou cardiaque, la tuberculose péritonéale ou le cancer. Toutes ces pathologies sont souvent de mauvais pronostic. L'ascite chez la femme enceinte est un phénomène rare, grave à cause de la susceptibilité aux infections vaginales, urinaires et au paludisme favorisé par l'état gravidique, auxquels s'ajouteront les complications engendrées par l'étiologie même de l'ascite. Ainsi la prise en charge de l'ascite de la femme enceinte est délicate. Une fois diagnostiquée, la thérapie commencerait par la levée de l'urgence dyspnéique créée par la distension abdominale ascitique associée à l'utérus gravide. C'est alors que suivra la recherche étiologique dont dépendra le pronostic. En étudiant ces

deux cas cliniques nous voudrions connaître les étiologies de l'ascite survenant chez la femme enceinte afin d'assurer une meilleure prise en charge maternelle et périnatale.

### **Observation médicale N°1**

Nous rapportons les cas cliniques d'ascite et grossesse chez deux jeunes femmes. La première âgée de 21 ans, quatrième geste, quatrième parité, trois enfants vivants, référée de la région de Tillabéry (Niger) pour ascite et grossesse estimée à 36SA. Notons que cette patiente n'a pas signalé d'antécédent pathologique médical ou chirurgical. La grossesse actuelle a été suivie avec trois consultations prénatales et ses autres grossesses et accouchements se sont déroulés sans particularité. A son admission, elle présentait un état général conservé. Elle était dyspnéique, anorexique, les conjonctives et muqueuses pâles. La tension artérielle était de 100/60mm de mercure, la température à 38°C, la fréquence cardiaque à 105 pulsations/mn, et la fréquence respiratoire à 40 cycles/mn. Son abdomen était distendu avec une circulation veineuse collatérale et le signe de glaçon positif (photo n°1). L'utérus difficilement palpable était augmenté de volume, gravidé avec une hauteur utérine mesurée à 32 cm. Les mouvements actifs du fœtus étaient perçus par la patiente et les bruits du cœur fœtales étaient chronométrés à 136 battements par minute. La vulve était propre. L'examen au speculum était normal et au toucher vaginal le col était postérieur, mou, admettant un doigt large avec une présentation céphalique amorcée. Le doigtier ramenait des leucorrhées physiologiques. L'examen des membres pelviens révélait la présence des œdèmes prenants le godet. L'auscultation cardiaque et pulmonaire était normale ainsi que l'examen des autres appareils. En résumé nous trouvons chez cette patiente paucipare, un syndrome anémique, un syndrome infectieux associé à l'ascite au troisième trimestre de la grossesse. Devant ces syndromes nous avons évoqué une ascite d'origine digestive (cirrhose hépatique ou tuberculose péritonéale) associée à la grossesse et des examens complémentaires furent réalisés. La NFS objectiva une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine à 6,1g/dl, une hyperleucocytose à 13000 globules blancs et un taux de plaquette 150000/L. La goutte épaisse était positive avec une densité parasitaire de 80 parasites par microlitre. L'échographie abdomino-pelvienne objectiva une ascite de grande abondance, une splénomégalie modérée et une grossesse monofoetale évolutive de 36SA sans aucune malformation ou anomalie fœtale décelable. La fonction rénale et la radiographie du thorax ne révélait rien de particulier. La recherche de l'antigène HBs (AgHBs) était négative. L'IDR à la tuberculine était positive (17mm). La conduite tenue en urgence devant ce tableau fut celle de soulager la patiente de la distension abdominale par la réalisation de ponction d'ascite en raison de 1,5l/jour. Une oxygénothérapie

fut instaurée, puis un traitement anti palustre. Le liquide de ponction était de coloration jaune clair et L'analyse RIVALTA donna 82,36g/l. La cytologie du liquide n'était pas contributive et la culture aussi était stérile. Un traitement antituberculeux fut aussitôt instauré suivant le protocole local. Son état s'améliora en 48 heures d'hospitalisation par la disparition de la dyspnée. Progressivement au 10eme jour d'hospitalisation cette patiente retrouvait une meilleure coloration des téguments et muqueuses après les injections intramusculaires de fer associées au changement de régime alimentaire qui privilégiait les aliments riches en fer. L'appétit fut retrouvé. Ainsi le contrôle de la NFS donna un taux d'hémoglobine égale à 7,7g/dl. Au bout de 21 jours d'hospitalisation la patiente rentra spontanément en travail et accoucha par voie basse d'un enfant vivant, de sexe masculin ; APGAR 8 puis 10 et le poids de naissance était de 2450g. L'examen clinique du nouveau-né était sans particularité. Il fut admis en néonatalogie où une antibioprophyllaxie fut instaurée systématiquement. Après l'accouchement notre patiente fut transfusée d'une poche de 450cc de sang total et les ponctions d'ascite furent maintenues suivant les mêmes fréquences. L'administration du furosémide 40mg fut faite en raison de 2 ampoules toutes les 12 heures. L'amélioration clinique fut évidente par la diminution de la distension abdominale, la recoloration des téguments et sa sortie fut autorisée avec la consigne d'une continuité du traitement martial et antituberculeux pendant six mois. Des visites retours furent programmées à trois semaines, à trois mois et aussi à six mois. Au cours de la visite retour du 6eme mois la patiente et son nouveau-né avaient une amélioration clinique favorable. Le nouveau-né croissait normalement avec un gain pondéral acceptable (poids=6230g). Quant à la patiente elle présentait un bon état général avec un abdomen souple sans ascite et cela, confirmé par une échographie abdominale de contrôle.



**Photo 1 :** Photo de la première patiente (cas de tuberculose péritonéale).  
Photo prise à son admission avant les ponctions



**Photo 2.** Photo de la première patiente après l'accouchement et les ponctions d'ascite

## Observation médicale N°2

La seconde patiente était âgée de 28 ans, troisième geste, troisième parité, trois enfants vivants, sans antécédents médico- chirurgical particulier connu, référée du centre de santé intégré de Baléyara, localité située à une centaine de kilomètres de Niamey, pour des œdèmes des membres inférieures, anémie et ascite chez une accouchée de 10 jours. Notons que cette patiente n'avait pas fait de suivi prénatal et l'accouchement s'était déroulé à domicile sans assistance médicale. Cette patiente avait signalé la présence d'un ballonnement abdominal avant même la conception de cette grossesse. A l'admission, son état général était conservé, elle était consciente, conjonctives et muqueuses pâles, la fréquence cardiaque à 90puls/mn, la tension artérielle à 140/90mm de mercure. L'abdomen était distendu et sa paroi œdématisée(photo n°3). A la palpation l'utérus était involué et il y avait une splénomégalie stade 3. Le signe de glaçon était positif. La vulve était mouillée de lochies. L'examen des membres pelviens révélait la présence des œdèmes prenant le godet. Les autres appareils étaient sans particularité. L'examen du nouveau- né ne révélait aucune malformation congénitale ou autre affection cliniquement décelable. En somme nous avons un syndrome oedemato-ascitique et un syndrome anémique chez une accouchée de 10jours avec son nouveau-né en bonne santé apparente. Un bilan biologique et radiologique fut demandé. Pour le nouveau -né le bilan était sans particularité. La NFS de la mère objectivait un taux de globules blancs à 9900 /UL, le taux hémoglobine à 5,1g/dl, l'hématocrite à 17,0%, et les plaquettes à 218.000 /l. L'analyse des transaminases donnait une cytolysé hépatique avec les ASAT à 128UI /L et les ALAT à 78UI/L. L'échographie abdominopelvienne montrait un foie d'aspect homogène, hypotrophique avec le lobe droit qui était mesuré à 103mm, une splénomégalie d'aspect homogène mesurant 131mm et une ascite de grande abondance, objectivée par l'épanchement dans le Morrison, le Douglas et dans les gouttières pariéto- coliques. Une radiographie du thorax fut faite et objectivait une cardiomégalie dont le rapport cardiothoracique était de 0,57. Le tracé de l'ECG et de la fonction rénale étaient normaux. La conduite tenue en urgence était celle d'administrer du furosémide injectable 20 mg en raison de 2 ampoules x 2/jour. Une ponction du liquide d'ascite de 1500cc par jour et aussi une transfusion sanguine de 450 cc de sang furent réalisées. L'amélioration clinique fut au bout de cinq jours de traitement par la normalisation de la tension artérielle, le rehaussement du taux hémoglobine à 8g/dl. Au bout de 10jours d'hospitalisation la sortie fut autorisée avec la consigne du même traitement antihypertenseur, de l'antibiothérapie à large spectre, une supplémentation en fer ainsi qu'une visite retour dans les trois semaines suivantes. Nous obtenons une normalisation des transaminases un mois après l'accouchement. Notons que l'évolution clinique du nouveau-né

était caractérisée par une bonne croissance staturopondérale. Au bout de 3 mois de traitement, une disparition de l'ascite fut confirmée par échographie abdominale.



**Photo 3.** Photo de la deuxième patiente à son admission(cytolyse hépatique)

### **Discussion et commentaires**

Les causes d'ascite chez la femme enceinte trouvées dans cette étude étaient la tuberculose péritonéale et la cytolysé hépatique. La tuberculose est fréquente dans notre sous-région à cause de nos conditions de vie favorables à son expansion. Ces conditions sont pour les plus évidentes la pauvreté, la malnutrition, la baisse de l'immunité par l'avenue du VIH mais surtout par la dégradation et l'insuffisance de nos systèmes sanitaires. Ce cas de tuberculose péritonéale, trouvée est comparable à celui de Alaoui et al. (2012). La tuberculose péritonéale est aussi une des causes de l'ascite dans l'étude menée à l'hôpital national de Niamey par Abdou I. (1983). La tuberculose péritonéale reste fréquente dans les pays en voie de développement et survient surtout sur des terrains d'immunodépression comme le rapporte Elkard I. et al.(2015).

La deuxième étiologie de l'ascite gravidique est la cytolysé hépatique, une des complications de la prééclampsie. Parmi les maladies hépatiques liées à l'hypertension durant la grossesse nous trouvons la prééclampsie, l'éclampsie, le HELLP syndrome et la nécrose hépatique. La cytolysé hépatique, complication de l'hypertension gravidique était trouvée chez notre deuxième patiente. La prééclampsie est une affection multi systémique affectant 5 à 10% de toutes les grossesses pouvant impliquer les reins, le système nerveux central, le système hématologique et le foie rapportant Restellini et al.(2013). Elle survient après la vingtième semaine de la gestation ou dans les 48 heures après l'accouchement. Elle se caractérise par une hypertension artérielle et une protéinurie supérieure à 300 mg par 24 heures. Le meilleur traitement de la prééclampsie est toujours la séparation de la mère de l'enfant. Ce cas d'ascite gravidique est une complication de la prééclampsie non suivie au village. Cette patiente présentait évidemment les circonstances typiques des femmes venant des villages lointains, ayant développées après la vingtième semaine d'aménorrhée une prééclampsie et l'évolution de celle-ci sans traitement avait conduit à des complications hépatiques. Notre patiente était effectivement venue d'un village lointain, sa grossesse n'était pas suivie et même l'accouchement s'était déroulé à domicile sans aucune assistance médicale. C'était devant l'aggravation de son état clinique que son évacuation vers le CHR de Niamey fut faite. L'anémie sévère ainsi que la distension abdominale engendrant la dyspnée sont les signes cliniques les plus dangereux nécessitant une prise en charge urgente. Ainsi les ponctions évacuatrices réalisées associées à l'utilisation des diurétiques avaient permis l'amélioration de l'état général de nos patientes par la diminution de la distension abdominale. Nous avons corrigé l'anémie par l'apport en fer et aussi par la transfusion sanguine. Disons que dans nos pays en développement les femmes enceintes sont souvent confrontées à une baisse du taux d'hémoglobine due à l'hémodilution physiologique engendrée par la grossesse d'une part et par la présence d'autres pathologies comme le paludisme et la malnutrition d'autre part. Ainsi la correction de l'anémie par le traitement martial et la chimioprophylaxie anti palustre chez toutes les femmes enceintes s'avèrent primordiaux pour éviter la survenue des complications. La sensibilisation de la femme enceinte sur la nutrition (aliment riche en fer) serait un pas en avant pour la réduction de l'anémie dans nos régions en développement.

Les échographies abdominales réalisées à nos patientes ne révèlent pas de tumeurs intra abdominales associées ou primitives. L'hypotrophie hépatique associée à la splénomégalie sont les modifications organiques abdominales identifiées chez une des patientes. Aucune de nos patientes ne porte l'AgHbS . Un portage chronique de l'AgHbS a été retrouvé chez plus



de la moitié des patients dans la série de Abdou I. (1983) à Niamey. Nous pouvons expliquer cela par la taille de notre échantillon qui n'est que de deux patientes comparativement aux 113 cas étudiés en 1983.

Toutes nos deux patientes étaient des paucipares, sans antécédents chirurgicales de césarienne et avaient accouché par voie naturelle sans complications obstétricales et leurs nouveaux nés étaient en bonne santé sans aucun signe de prématurité. Cette étude est comparable à celle de Kassem H. et al (2008) qui avaient observé une évolution favorable des parturientes sous traitement antituberculeux.

Cependant notre étude est différente de celle de Restaino et al. (1996) chez qui l'accouchement s'est déroulé par césarienne compte tenu de l'état clinique de la mère et le nouveau-né prématuré n'a pas pu s'adapter à la vie extra-utérine.

## **Conclusion**

Nous avons étudié deux cas cliniques d'ascite et grossesse survenus chez des jeunes patientes sans antécédent pathologique notable. Nous avons trouvé deux causes d'ascite associée à la grossesse à savoir la tuberculose et la cytolysé hépatique. Des traitements symptomatiques et étiologiques furent initiés et aboutirent à la correction de l'anémie, la stabilisation de l'hypertension artérielle ainsi que la diminution progressive puis la disparition de l'ascite abdominale. Le mode d'accouchement fut la voie basse et les nouveau-nés étaient en bonne santé sans aucun signe de prématurité. Les suites de couches immédiates furent simples et l'évolution clinique après six mois fut favorable pour les mères et leurs bébés. Ainsi la tuberculose et la prééclampsie demeurent des pathologies fréquentes, occasionnant des complications dangereuses pouvant affecter le pronostic vital.

## **References:**

1. Abdou, I., (1983). Contribution à l'étude des ascites au Niger : Enquête étiologique prospective : à propos de 113 cas observés à l'hôpital national de Niamey. Thèse Méd. FSS-Niamey-Niger, 1983, 82p.
2. Alaoui, F.Z.F., Rachad, M., Chacara, H., Bouguern, H., & Melhouf, M.A., (2012). Peritoneal tuberculosis in pregnancy: A case report. Pan Afr Med J. 2012 ;(12) :65.
3. Berthé, A., Diop, M.M., Bentefouet, L., Ba, P.A., Faye, F.A., Touré, P.S., Thiam M., Gueye, L., Diop B.M. & Ka, M.M., (2015). Ascite fébrile chez la femme, ne pas méconnaître une tumeur de Krukenberg. Pan Afr Med J. 2015 ;21 :269.

4. Bloom, S.L., Uppot ,R., & Roberts, D.J., (2010). Case32-2010 : A pregnant woman with abdominal pain and fluid in the peritoneal cavity. *N Engl J Med.* 2010 ; 363(17) :1657-65.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp1003884>
5. Elkard, I., Benjelloun, H., Zaghba, N., & Yassine, N., (2016). La tuberculose péritonéale. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2016 ;33 : A168p.  
<https://doi.org/10.1016/rmr.2015.10.338>
6. Morgan, C., Nicholls, K., Gangat, N., & Sansome, S., (2016). Pregnancy complicated by haemorrhagic ascites in a woman with newly diagnosed HIV. *BMJ Case Rep.* 2016.  
Doi :10.1136/bcr-2016-2016-216346
7. Kassem, H., Turner, L., El Gharbi, T., Dresco, E., Leroux, I., Hervouet, A., & Turner L., (2010). Ascite riche en protides survenant deux mois après un accouchement par césarienne : diagnostic par association du dosage de l'adénosine-désaminase et de l'imagerie. *Méd Mal Infect,* July 2010 ;40(7),418-420.  
Consulté le 6/05/2022. Google Scholar
8. Retaino, A., Campobasso, C., D'Aloya A., Abbruzzese A.D., Valerio A., & Pansiri, F., (1996). Cirrhosis and pregnancy. A case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1996 ;23(4) :240-7.
9. Sakamoto, A., Kamada, Y., Kotani, S., Yamada, K., Kimata, Y., & Hiramatusu, Y .. (2017). In vitro fertilization and pregnancy management in woman with acquired idiopathic chylous ascites. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017NOV ;43(11) :1773-1777.
10. Restellini, S., Martinez de Tejada, B., Spahr., & Giostra, E., (2013). Maladies hépatiques liées à la grossesse. *Rev Med Suisse* 2013; 9: 1577-83.
11. Zhao, X.Y., Huang, H.F., Lian, L.J., & Lang, J.H., (2006). Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* Jan-Feb 2006;16(1):8-15.  
doi: 10.1111/j.1525-1438.2006.00422. x.
12. Devarbhavi, H., Rao, P., Patil, M., & Adarsh, C.K., (2006). Characteristics of ascites in patients with pregnancy-specific liver diseases. *Clin Gastroenterol hepatol.* 2012 May;10(5):559-62.  
doi: 10.1016/j.cgh.2011.11.029. Epub 2011 Dec 15.