Cholestase intra hépatique gravidique

Critères diagnostiques

Prurit apparaissant durant la grossesse sans dermatose évidente
Acides biliaires totaux à jeun ≥ 10 µmol/l et ALAT généralement élevés
Absence d'autres causes de prurit, cytolyse ou cholestase
Normalisation à distance de l'accouchement

1) Clinique

- Prurit le plus souvent au 3ème trimestre; généralisé mais prédominant aux paumes des mains et plantes des pieds; précédé d'aucune lésion cutanée
- Peut précéder les anomalies biologiques ou apparaitre après
- Ictère rare 10 à 20%
- Si douleurs ou fièvre rechercher une autre cause de cholestase

2) Diagnostic différentiel

Eliminer les autres causes de prurit / ou anomalies du bilan hépatique

- Dermatose prurigineuse
- Hépatite médicamenteuse
- Hépatite virale
- Infection bactérienne urinaire
- Cholestase par obstruction biliaire

3) Explorations complémentaires

Bilan réalisable en externe

- NFS plaquettes, créatininémie, uricémie : normaux dans la cholestase intrahépatique gravidique
- Bilan hépatique
  - → Acides biliaires totaux à jeun ≥ 10 µmol/l (à noter test hors nomenclature non remboursé)
  - → transaminases (ALAT) généralement élevées
  - → Bilirubinémie : normale ou augmentée
- Temps de prothrombine TP (le plus souvent normal diminué lorsque la cholestase est prolongée par déficit en vitamine K par malabsorption (facteur V normal)
- Sérologies :
  - → obligatoires : hépatite B, C et CMV
  - → en fonction clinique : hépatite A, HSV, EBV
- ECBU
- Echographie hépatobiliaire à discuter selon la clinique et résultats biologiques

4) Risques

- **Maternels**

→ Pas de risque maternel pendant la grossesse si TP normal
→ Prurit invalidant

- **Fœtaux**

→ Prématurité (spontanée ou induite)
→ Mort fœtale in utero
Risque environ 1à 2% - imprévisible -corrélé à la sévérité de la cholestase plus important après 37 SA

5) Traitement médical

- acide ursodésoxycholique

→ après confirmation du diagnostic
→ 10 à 20 mg /kg/jour au moment des repas jusqu'à l'accouchement en 2 prises matin et soir sans dépasser 1000 mg/jour

- hydroxyzine (Atarax®) 25-50 mg en particulier le soir si prurit invalidant
- Vitamine K uniquement si TP diminué (10 mg en IV lente renouvelable si besoin)

6) Surveillance en externe

- Biologique 1x/ semaine : acides biliaires à jeun avant la prise de l'acide ursodésoxycholique, transaminases, bilirubine, TP
- Fœtale : ERCF 1 à 2 fois par semaine
  Il n'y a pas de preuve que l'échographie fœtale supplémentaire apporte un bénéfice

7) Critères de gravité

Nécessitant une intensification de la surveillance en hospitalisation ou en externe

- Taux d'acides biliaires > 40 µmol/l → hospitalisation initiale possible pour bilan / surveillance intensifiée
- Ictère maternel avec bilirubinémie > 30 µmol/l
- Troubles de la coagulation (diminution du TP)

8) CAT obstétricale

Selon la sévérité de la cholestase (acides biliaires,bilirubine, ictère) discuter accouchement entre 36 et 38 SA + 6j

- si acides biliaires normalisés sous traitement ou < 40µmol/l : pas de naissance systématique avant 37 SA, déclenchement à proposer et favoriser avant 39 SA
- si acides biliaires > 40 µmol/l sous traitement réévaluation du dossier pour discuter terme de naissance. ; proposer et favoriser déclenchement vers 37 SA er dans tous les cas avant 39 SA

9) CAT en post partum

- Disparition du prurit en quelques jours après l'accouchement
- Arrêt de l'acide ursodésoxycholique après accouchement
- Contrôle des tests hépatiques à distance de l'accouchement (~ 15 jours à 1 mois)
  → si persistance des anomalies prévoir consultation avec hépatologue
- Contraception
  → Attendre la normalisation des tests hépatiques pour débuter une contraception hormonale
  → privilégier progestatifs purs mais OP non CI après normalisation du bilan hépatique
  → Contrôle des tests hépatiques 3 mois après reprise contraception hormonale car risque de récidive surtout avec les œstrogènes ~ 10%)
- Conseil de surveillance lors d'une prochaine grossesse (récidive ~ 50%)

Référentiel RSN issu du travail de la commission des obstétriciens