



## Cholestase gravidique

### A) Définition- Diagnostic

- 2<sup>o</sup> et troisième trimestre de grossesse
- Caractérisée par un prurit et une augmentation des acides biliaires et souvent des transaminases. Des acides biliaires normaux excluent une cholestase gravidique.

L'incidence varie selon les régions du monde (de 0,1 à 15%).

### B) Pathogénèse

Multifactorielle : génétique, environnementale et hormonale

### C) Symptômes

Prurit parfois insoutenable, prédominant au niveau des mains et de la plante des pieds, ictère dans moins de 10% des cas , rarement urines foncées, stéatorrhée.

### D) Examens complémentaires- diagnostic différentiel

- Diagnostic différentiel :

Dermatose prurigineuse de la grossesse

Allergies

Pré-éclampsie-HELLP syndrome

Obstruction des voies biliaires

Hépatite virale à CMV, HSV ou EBV

Hépatopathie médicamenteuse (progestérone)

- Examens complémentaires :

Biologie :

- GOT/GPT, gamma-GT
- Acides biliaires (résultat nécessitant souvent plusieurs jours)
- Bilirubine
- PTT (risque d'hypoprothrombinémie < déficit en vit K majoré par traitement à la choléstyramine )

Echo FVP si nécessaire

Avis dermato

## **E) Traitement**

L'acide Ursodeoxycholique (ursochol ou ursofalk 15 mg/kg/j en 2 ou 3 prises)  
La cholestyramine n'est plus d'actualité au vu des effets fœtaux.

Vitamine K par voie parentérale en cas de diminution du taux de PT(10 mg 1/semaine)

Eventuel traitement symptomatique :

- Cetirizine (Zyrtec® ou Xyzall®)
- Talc mentholé, bain d'amidon, jus de pamplemousse rose fraîchement pressé.

## **F) Impact fœtal**

Risque augmenté d'accouchement prématuré, de LAM épais, de MFIU (1 à 3% plus souvent à partir de 37-38 semaines), de détresse respiratoire néonatale

## **G) Valeur prédictive des acides biliaires**

Le risque de complications fœtales (MFIU et souffrance fœtale) augmente de 2% par  $\mu\text{mol/l}$  additionnel d'acides biliaires et devient significatif pour une concentration supérieure ou égale à 40  $\mu\text{mol/l}$  (d'après l'étude de Glantz en 2004).

## **H) Suivi et prise en charge**

- RDV CPN haut risque
- Start Ursochol ou Ursosofalk
- Biologie une fois par semaine (avec suivi des transaminases, acides biliaires, bilirubine et PTT)
- CTG (1-2x/sem), écho-doppler, profil biophysique 1x /sem.

La fréquence des examens doit être adaptée à la réponse clinique et biologique.

## **I) Moment de l'accouchement**

La majorité des décès surviennent après 36 SA.

Il n'existe pas de consensus, l'attitude doit être guidée au cas par cas selon les symptômes des patientes et le risque de prématurité.

### **1. Proposition A**

A partir de 36 SA, le déclenchement ou l'extraction fœtale est envisagé en cas de cholestase sévère :

- acides biliaires  $\geq 40 \mu\text{mol/l}$
- ictère avec bilirubinémie  $> 18 \text{ mg/l}$  ou  $30 \mu\text{mol/l}$
- antécédent de MFIU lié à une cholestase
- score de Manning diminué
- péjoration des tests hépatiques sous traitement

En dehors des critères de sévérité, si le col est favorable ☐ essai déclenchement à 37 SA.  
Si les conditions sont défavorables ☐ attitude expectative sans dépasser toutefois 39 SA.

## **2. Proposition B**

- Si acides biliaires > 12 µmol/L et > 37 sem. -> déclenchement de l'accouchement quelque soit le statut cervical.
- Si > 32 semaines + anomalie CTG et/ou doppler et/ou profil biophysique -> déclenchement après maturation pulmonaire (avant 34 sem.) si possible.

## **J) Pronostic maternel**

Résolution du prurit après l'accouchement.

Contrôle tests hépatiques en post partum immédiat (pour éliminer une possible pathologie hépatique sous-jacente).

Risque de récurrence pour les grossesses ultérieures très élevé.

Pas de contre-indication stricte à une pilule à base d'EP (faible dose d'E2 et contrôle fonction hépatique 3 à 6 mois après le début de la contraception).

## **Références :**

- up to date 2016
- Hepatology. 2004 Aug; 40(2):467-74. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Relationships between bile acid levels and fetal complication rates. Glantz and al
- Protocoles cliniques en obstétrique. D. Cabrol et F. Goffinet 2013