



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## ÉTAT DES CONNAISSANCES

# Cirrhose biliaire primitive et grossesse

## *Primary biliary cirrhosis and pregnancy*

G. Ducarme<sup>a,\*</sup>, J. Bernuau<sup>b</sup>, D. Luton<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier départemental, 85000 La Roche-sur-Yon, France

<sup>b</sup> Fédération d'hépatogastroentérologie, hôpital Beaujon, université Paris VII, Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP), 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

<sup>c</sup> Service de gynécologie obstétrique, hôpital Beaujon, université Paris VII, Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP), 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

Reçu le 11 décembre 2012 ; avis du comité de lecture le 21 mars 2013 ; définitivement accepté le 23 mars 2013

Disponible sur Internet le 28 avril 2013

### MOTS CLÉS

Cirrhose biliaire primitive ;  
Grossesse ;  
Prise en charge

### KEYWORDS

Primary biliary cirrhosis;  
Pregnancy;  
Management

**Résumé** La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une maladie chronique cholestatique, longtemps asymptomatique, qui atteint les petits canaux biliaires interlobulaires et septaux. L'étiologie de la CBP est inconnue mais est probablement influencée par une association de prédispositions génétiques et de facteurs environnementaux. Une infertilité est souvent associée lorsque la CBP est au stade cirrhotique, mais une grossesse est possible en l'absence de cirrhose ou en cas de cirrhose compensée. Une telle grossesse doit faire l'objet d'un suivi rapproché, avec surveillance régulière maternelle et fœtale, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire associant l'obstétricien et l'hépatologue. Le traitement médical de la CBP repose sur l'utilisation de l'acide ursodésoxycholique (AUDC). En l'absence de cirrhose, chez une patiente traitée par l'AUDC, la grossesse se déroule habituellement de manière normale avec un accouchement possible par voie basse, sans modifier le cours de la maladie. En cas de cirrhose, le traitement par l'AUDC doit être maintenu, l'existence de varices œsogastriques doit être évaluée avant la grossesse ou à son tout début, et les grosses varices doivent être proposées à la ligature endoscopique. De plus, un traitement bêtabloquant peut aussi être envisagé. La césarienne prophylactique peut être nécessaire s'il existe des varices œsogastriques importantes, non traitées et/ou ayant déjà saigné, afin d'éviter tout effort expulsif pouvant entraîner une (nouvelle) hémorragie variqueuse.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Primary biliary cirrhosis (PBC) is a chronic cholestatic liver disease, asymptomatic during a protracted time, characterized by changes in the small-sized bile ducts near portal spaces. The etiology of PBC is undefined, but immunologic and environmental disturbances may contribute to the disease. Infertility is often associated with PBC and cirrhosis, but pregnancy may well occur in women with PBC and without cirrhosis or in some others with compensated cirrhosis. A pluridisciplinary approach including gastroenterologists and obstetricians is

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [g.ducarme@gmail.com](mailto:g.ducarme@gmail.com) (G. Ducarme).

recommended. The patient must be closely monitored throughout her pregnancy with maternal and routine antenatal care. Medical treatment requires ursodeoxycholic acid (UDCA). In non-cirrhotic UDCA-treated women with PBC, pregnancy often follows a normal course with vaginal delivery. In cirrhotic patients, UDCA must be continued during pregnancy, esophageal and gastric varices must be evaluated before pregnancy, and endoscopic ligation is recommended for treating large varices. Additionally, beta-blocker therapy may be associated, especially when variceal rupture occurred previously. Elective cesarean section is recommended in patients with large esophageal or gastric varices because of the potentially increased risk of variceal bleeding during maternal expulsive efforts in case of vaginal delivery.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une cholangite chronique, dysimmunitaire à médiation cellulaire T, destructrice, non suppurative et atteignant les petits canaux biliaires interlobulaires et septaux [1]. L'étiologie de la CBP est inconnue mais serait une association de prédispositions génétiques et de facteurs environnementaux [1–8]. Son évolution demeure longtemps asymptomatique bien que la vitesse de progression de la maladie varie beaucoup d'un individu à l'autre. De plus, le profil évolutif de la maladie a été considérablement amélioré par l'utilisation précoce de l'acide ursodésoxycholique (AUDC) [1].

De nombreuses mises au point récentes et guidelines existent dans la littérature anglo-saxonne [1,5–7,9–11], mais aussi française [12,13]. Malgré tout, il nous est apparu intéressant de réaliser une mise au point focalisée sur la CBP chez la femme enceinte car l'ensemble des mises au point récentes sus-citées le sont sur la CBP en général, avec éventuellement un paragraphe concernant la femme enceinte.

## Histologie [1]

À sa phase initiale, la CBP est caractérisée histologiquement par une inflammation portale avec ou sans lésions biliaires florides (stade I). La progression histologique est marquée par le développement de lésions périportales réalisant une hépatite d'interface, avec des lésions destructrices des hépatocytes ou des cellules des canaux biliaires (stade II). Ce n'est qu'à une phase avancée, puis terminale, de la maladie, que des lésions de fibrose hépatique (stade III), puis de cirrhose (stade IV), conséquence essentielle de la cholestase chronique, sont présentes. En l'absence de traitement par l'AUDC, la progression d'un stade histologique à l'autre survient environ tous les 18 mois. Ainsi, pendant une grande partie de l'évolution de la maladie, la dénomination de « cirrhose » n'a pas de réalité anatomopathologique et est excessive.

## Épidémiologie

La prédominance féminine est élevée avec un sex-ratio de dix femmes pour un homme [6]. L'âge médian de survenue des symptômes cliniques varie entre 30 et 65 ans [1,8]. Une patiente porteuse de CBP peut donc être amenée à être suivie dans le cadre d'une grossesse en association avec un référent en hépatologie. La prévalence de la maladie est estimée à 65/100 000 femmes et à 12/100 000 hommes, avec

une incidence annuelle de un à cinq pour 100 000 selon le sexe. Il existe des variations géographiques avec une tendance récente à l'augmentation de l'incidence du fait de la recherche plus standardisée des anticorps antimitochondries [9]. La prévalence de la maladie dans les familles de patients ayant une CBP, et particulièrement chez les parents au premier degré, filles et sœurs, est de l'ordre de 4%, c'est-à-dire considérablement plus élevée que celle de la population générale [14]. Une étude récente incluant 222 patients porteurs d'une CBP et 509 sujets témoins a montré qu'il existait différents facteurs de risque de développer une CBP : antécédent familial de CBP, antécédent personnel d'infections urinaires à répétition, antécédent personnel de pathologies auto-immunes, et tabagisme actif ou passif. En revanche, l'utilisation de la pilule contraceptive semblait être un facteur protecteur pour le développement d'une CBP chez la femme [15].

## Cirrhose biliaire primitive et fertilité

Les patientes présentant une insuffisance hépatique sévère ont le plus souvent des troubles du cycle menstruel, voire une aménorrhée d'origine hypothalamique en rapport avec la malnutrition classiquement retrouvée chez ces patientes, ou liés à d'autres anomalies hormonales comme des taux élevés d'estradiol en particulier chez les patientes cirrhotiques [16]. Dans une série très ancienne de 12 patientes, 11 patientes présentaient des spanioménorrhées et sept évoluaient vers une aménorrhée secondaire [17]. Cela explique la rareté des grossesses chez les patientes atteintes de CBP d'évolution cirrhogène ou ayant déjà atteint le stade de cirrhose. Aucune conclusion concernant la contre-indication de la grossesse dans ces cas-là n'est donc envisageable au regard de la littérature. Malgré tout, elles demeurent des grossesses à très haut risque du fait des anomalies cliniques et biologiques liées à la cirrhose, et potentiellement aggravées en cas de grossesse.

D'autres auteurs ont observé que les patientes atteintes de CBP étaient plus susceptibles d'avoir une hystérectomie ou un curetage hémostatique pour hyperménorrhée en les comparant à un groupe de patientes de même tranche d'âge, sans problème de santé et avec une fonction hépatique normale [18]. Enfin, le taux de fausses couches spontanées du premier trimestre est plus élevé chez les patientes atteintes de cirrhose [19]. En cas de cirrhose décompensée, la grossesse sera déconseillée.

Chez les femmes atteintes de CBP connue, mais en l'absence de cirrhose, et avec préservation d'une bonne

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272420>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272420>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)