



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Cholestases intrahepatiques gravidiques (CIG) précoces et tardives : étude des complications materno-fœtales

Early and later intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP): Study of adverse pregnancy outcomes

C. Labbe^{a,*}, C. Delesalle^a, C. Creveuil^{b,c}, M. Dreyfus^{a,c}

^a Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU, bâtiment FEH, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

^b Unité de biostatistique et de recherche clinique, CHU, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

^c Université de Caen-Normandie, UFR médecine, esplanade de la Paix, 14032 Caen cedex 5, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 septembre 2017

Mots clés :

Cholestase gravidique
Complications materno-fœtales
Prématurité

Keywords:

Intrahepatic cholestasis of pregnancy
Adverse pregnancy outcomes
Prematurity

RÉSUMÉ

Objectif. – L'objectif principal était de comparer la survenue de complications maternelles et/ou fœtales chez les patientes atteintes de cholestases intrahépatiques (CIG) précoces versus tardives. Secondairement, un lien entre précocité et sévérité de la CIG était recherché et l'efficacité du traitement était évaluée.

Méthodes. – Une étude monocentrique rétrospective en maternité de type III a inclus les patientes présentant un taux sanguin d'acides biliaires > 8 µmol/L de juin 2008 à janvier 2016. La population a été divisée en CIG précoces diagnostiquées avant 33 SA et tardives diagnostiquées à un terme ≥ 33 SA ; les CIG sévères étaient définies par un taux d'acides biliaires au diagnostic ≥ 40 µmol/L. Le critère de jugement principal était la survenue d'au moins une complication materno-fœtale.

Résultats. – Au total, 138 patientes ont été incluses, dont 40 étaient porteuses d'une CIG précoce et 98 d'une CIG tardive. Le taux de survenue d'au moins une complication maternelle et/ou fœtale était significativement plus élevé dans le groupe CIG précoce (45,0 % versus 17,3 %, $p < 0,05$). Les menaces d'accouchements prématurés (30,0 % versus 10,0 %, $p < 0,05$) étaient significativement plus fréquentes dans le groupe CIG précoces. Les naissances prématurées étaient plus nombreuses parmi les CIG précoces sans différence significative entre les groupes (40,0 % versus 28 % ; $p = 0,23$). Il n'existait pas de liaison statistiquement significative entre précocité et sévérité de la CIG ($p = 0,16$). Le traitement était efficace cliniquement et biologiquement pour 39 patientes parmi les 77 pour lesquelles les informations étaient disponibles, soit 50,6 % des cas.

Conclusion. – Les CIG diagnostiquées avant 33 SA semblent associées à un taux significativement plus important de complications maternelles et/ou fœtales, principalement la menace d'accouchement prématuré, sans pour autant être systématiquement plus sévères.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Objective. – To compare the risk for adverse pregnancy and fetal outcomes in early or late-onset intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP).

Methods. – In a retrospective and unicentric analysis, data were collected for all women with ICP (serum bile acid level over 8 mol/L) between June 1, 2008 and January 1, 2015. Patients were divided in early-onset ICP (pregnancy duration at diagnosis < 33 weeks) and late-onset ICP (pregnancy duration at diagnosis ≥ 33 weeks). The frequency of adverse pregnancy and fetal outcomes was assessed.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.labbe@chu-caen.fr (C. Labbe).

Results. – Among 138 eligible women, 40 were in the early-onset group and 98 in the late-onset group. Adverse pregnancy or fetal outcomes affected significantly more patients in early-onset ICP group (45% versus 17.3%, $P < 0.05$). Threatened preterm birth (30% versus 10.0%, $P < 0.05$) was significantly increased in early-onset ICP group. Prematurity was higher in early-onset group (40.0% versus 28.0%, $P = 0.23$). Early-onset and severe ICP were not significantly linked ($P = 0.16$).

Conclusion. – Early-onset ICP diagnosed before 33 Weeks is associated with adverse pregnancy outcomes, particularly threatened preterm birth.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

La cholestase intra-hépatique gravidique (CIG) est la plus fréquente des hépatopathies spécifiques de la grossesse. [1]. Sa prévalence en France est d'environ cinq cas pour 1000 naissances [2]. Le diagnostic est évoqué devant un prurit maternel [3] et est confirmé par l'augmentation des acides biliaires sériques maternels et/ou une cytolyse hépatique [4]. Le pronostic maternel est le plus souvent favorable, avec régression complète et rapide du prurit et normalisation des tests hépatiques après l'accouchement [5]. En revanche, les complications fœtales et néonatales sont au premier plan, la mort fœtale in utero étant la plus redoutée (MFIU) [6], dont le risque de survenue est estimé entre 1 et 2 % des CIG [7]. Plusieurs études ont rapporté un lien entre sévérité de la CIG (acides biliaires supérieurs à 40 mol/L) et survenue de complications maternelles et/ou fœtales [8–11]. L'administration d'un traitement par acide ursodesoxycholique (UDCA) permet la régression du prurit et améliore le bilan biologique maternel [12]. Une méta-analyse récente a même prouvé son efficacité sur la réduction des complications néonatales [13]. L'objectif de cette étude était d'étudier la survenue des complications maternelles et fœtales chez des patientes atteintes de CIG précoces ou tardives. Les objectifs secondaires étaient d'étudier la liaison entre précocité et sévérité de la cholestase et d'évaluer l'efficacité du traitement.

2. Méthode

Une étude rétrospective monocentrique dans une maternité de type 3 a permis de sélectionner les dossiers de patientes accouchées entre juin 2008 et janvier 2015. Les données étaient colligées via le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à partir de la classification CIM-10. Tous les dossiers des patientes portant le code O26.6 (Affections hépatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité) en diagnostic ont été étudiés. Les critères d'inclusion étaient :

- un terme supérieur à 25 semaines d'aménorrhées (SA) ;
- un taux d'acides biliaires $>$ à 8 mol/L ;
- un prurit caractéristique, en l'absence d'anomalie de l'examen clinique et de l'échographie hépatobiliaire.

Étaient exclues de l'étude les grossesses multiples, les patientes présentant un prurit isolé, les patientes porteuses d'une pathologie hépatobiliaire autre.

L'âge de la patiente, sa parité, son indice de masse corporelle (IMC), ainsi que la présence d'un utérus cicatriciel étaient relevés à l'inclusion. Il était noté comme comorbidités l'existence d'un diabète gestationnel ou d'une pré-éclampsie. Le terme au diagnostic était relevé. Les cholestases précoces étaient celles diagnostiquées jusqu'au terme de 32 SA + 6 jours, en opposition aux cholestases tardives diagnostiquées à partir 33 SA révolues. Cette limite de terme a été choisie car elle correspond à la définition de la grande prématurité. L'intensité du prurit au

diagnostic était classée par les données de l'interrogatoire en nul, modéré ou sévère insomniant. Le taux d'acides biliaires était relevé au diagnostic en mol/L, ainsi que les taux des enzymes hépatiques alanine-aminotransférase (ALAT) et aspartate-aminotransférase (ASAT) en unités internationales par litre (UI/L). Après une évaluation clinico-biologique et échographique initiale, la CIG était considérée sévère si la patiente présentait un taux sérique d'acides biliaires supérieur ou égal à 40 mol/L.

Les patientes étaient prises en charge de manière standardisée selon un protocole de soins de service. Après exclusion des autres diagnostics (sérologies des virus hépatotropes et échographie hépatobiliaire normales), le diagnostic de CIG était posé. Toutes les données biologiques étaient récupérées grâce à l'informatisation des bilans biologiques, systématiquement réalisés dans notre service au diagnostic. En cas de CIG sévère, une surveillance hospitalière initiale était alors recommandée. Une prise en charge ambulatoire hebdomadaire en hôpital de jour était proposée en cas de cholestase modérée. L'administration d'un traitement par UDCA était proposée aux patientes à la dose de 1 gramme par jour, en association à des antihistaminiques H1 non cholinergiques et cholinergiques (desloratadine et hydroxyzine). Un contrôle hebdomadaire de l'efficacité clinico-biologique du traitement était réalisé. En cas de non-réponse au traitement, la dose d'UDCA était augmentée jusqu'à la posologie de 2 grammes par jour. Aucune patiente n'avait reçu de traitement par vitamine K. Sur le plan obstétrical, une naissance était indiquée dès 36 SA en cas de forme sévère persistante malgré le traitement et entre 38 et 39 SA en cas de forme modérée. Le mode d'accouchement était décrit, les naissances spontanées étaient différenciées des naissances provoquées.

Le critère de jugement principal était la survenue d'une complication maternelle et/ou fœtale, en comparant d'abord les CIG précoces aux CIG tardives puis les CIG précoces et sévères au reste de la population. Les complications relevées étaient :

- une mort fœtale in utero (MFIU) ;
- une menace d'accouchement prématuré (MAP) ;
- un terme de naissance $<$ à 37 SA ;
- une hémorragie du post-partum (définie comme un saignement supérieur à 500 mL dans les 24 premières heures du post-partum) ;
- un liquide teinté ou méconial pendant le travail ;
- un score d'Apgar à 5 minutes de vie inférieur à 7 ;
- un pH artériel au cordon inférieur à 7 ;
- une hospitalisation de l'enfant en néonatalogie ;
- une détresse respiratoire aiguë ;
- un décès néonatal.

Pour l'analyse des données concernant la prématurité, les patientes diagnostiquées au-delà de 37 SA étaient exclues. Concernant les critères de jugement secondaires, la réponse au traitement était définie par une amélioration significative du prurit ressentie par la patiente à l'interrogatoire et une décroissance de plus de 50 % (ou une normalisation) du taux d'acides biliaires.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926231>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926231>

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