

GROUPE DE TRAVAIL OBSTÉTRIQUE : HAD LORRAINE



Cholestase gravidique en HAD obstétrique Protocole de surveillance clinique et para-clinique



ABREVIATIONS

- **BDC** : Bruits Du Cœur
- **FC** : Fréquence cardiaque
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **MAF** : Mouvements Actifs Fœtaux
- **RCF** : Rythme cardiaque fœtal
- **RCIU** : Restriction de Croissance Intra-Utérine
- **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- **SF d'HTA** : Signes Fonctionnels d'HTA
- **TA** : Tension Artérielle

DEFINITIONS

La cholestase gravidique se définit par :

- Un prurit survenant exclusivement pendant la grossesse (2^e et 3^e trimestre)
- Associé à une perturbation du bilan hépatique :
Acides biliaires à jeun > 10 µmol/l avec ou sans cytolysé hépatique
- En l'absence d'autre étiologie retrouvée
- Résolutif après l'accouchement

On distingue deux types de cholestase :

- Cholestase gravidique modérée : acides biliaires à jeun compris entre 10 et 39 µmol/l
- Cholestase gravidique sévère : acides biliaires à jeun supérieur ou égal à 40 µmol/l

CRITERES D'ADMISSION EN HAD OBSTETRIQUE

Deux critères sont nécessaires :

- Critère géographique : habitation dans un territoire pris en charge par l'HAD
- Critères médicaux :
 - Cholestase gravidique modérée : sortie possible en HAD dès le diagnostic posé
 - Cholestase gravidique sévère : instauration du traitement en hospitalisation conventionnelle.
Contrôle du taux d'acides biliaires à jeun 48 heures après le début du traitement : sortie en HAD possible en cas de diminution du taux.

SURVEILLANCE CLINIQUE MATERNELLE ET FŒTALE

- La fréquence de la surveillance clinique :
 - En cas de cholestase gravidique modérée : la fréquence de passage est d'au minimum 2 passages par semaine.
 - En cas de cholestase gravidique sévère : surveillance quotidienne

GROUPE DE TRAVAIL OBSTÉTRIQUE : HAD LORRAINE



Cholestase gravidique en HAD obstétrique Protocole de surveillance clinique et para-clinique



Une sage-femme réalise un examen général et obstétrical complet afin d'évaluer :

- Les constantes (TA et FC à chaque passage)
- Les symptômes anormaux maternels : prurit, ictère, douleurs abdominales, SF d'HTA (œdèmes, céphalées, douleurs épigastriques, phosphènes, acouphènes), vomissements, métrorragies, contractions utérines
- Le bien être fœtal (recherche d'une diminution des MAF)
 - Surveillance fœtale : enregistrement du RCF sur ½ heure à partir de 28 SA révolues. Avant 28 SA : RCF si précisé, sinon BDC uniquement.

⇒ **Délai** : le premier passage de la sage-femme doit s'effectuer le lendemain de la sortie de la maternité si cholestase sévère ou dans les 48 heures si cholestase modérée.

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

- Réalisation d'une bandelette urinaire une fois par semaine.
- Réalisation d'un bilan sanguin deux fois par semaine :
 - ASAT, ALAT : deux fois par semaine
 - Acides biliaires à jeun : une fois par semaine si stables.

⇒ **Délai** : dans les 72h suivant l'entrée en HAD.

SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE

La cholestase gravidique ne justifie pas à elle seule une échographie supplémentaire, sauf demande spécifiée du prescripteur.

FIN DE PRISE EN CHARGE

- Sortie d'HAD en cas d'hospitalisation.
- Hospitalisation :
 - **En urgence pour les motifs suivants** : Anomalies du RCF, diminution des MAF, métrorragies, apparition ou majoration d'une HTA, apparition ou aggravation d'œdèmes, apparition d'une prééclampsie, apparition de SF d'HTA, RCIU
 - **Programmée par le prescripteur** : Déclenchement programmé, hospitalisation pour surveillance.