

LABO NEWS

Cliniques de l'Europe – Europa Ziekenhuizen

Tel : 02/614.27.80 (site St(e)-Elisabeth) - 02/614.37.80 (site St-Mich(i)el)

N°

60

Diffusion

All Doctors

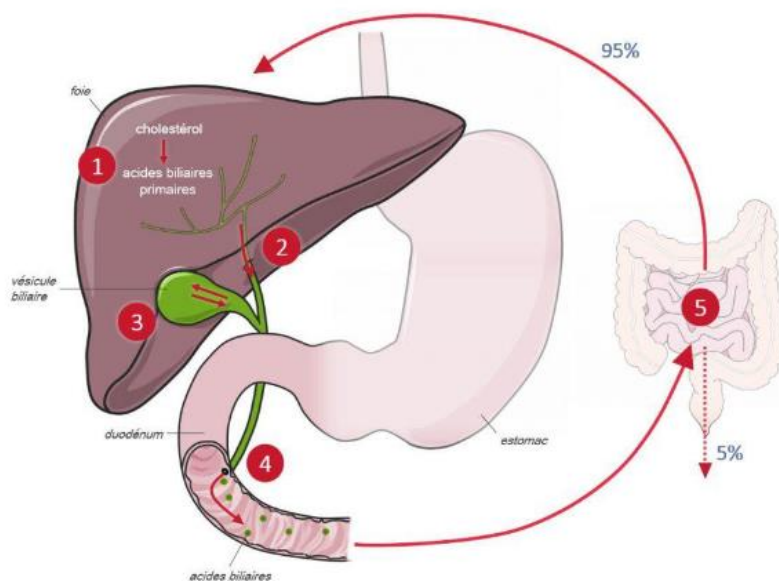
Date 21/05/2025

Nouveau dosage disponible dans notre laboratoire : ACIDES BILIAIRES

Les acides biliaires, également connus sous le nom de sels biliaires, sont synthétisés par le foie, sécrétés dans la bile, absorbés par l'intestin et transportés par la veine porte jusqu'au foie où ils sont activement réabsorbés.

Ils représentent les marqueurs biochimiques de choix pour le diagnostic et le suivi de la cholestase gravidique.

Chez la femme enceinte, les sels biliaires ayant une toxicité sur le système nerveux central du fœtus, leur dosage est un **dosage d'urgence → dosage des acides biliaires non à jeun**



1. Diagnostic de la cholestase gravidique

Définition

La cholestase gravidique est une pathologie hépatique spécifique de la grossesse, caractérisée par :

- Un prurit maternel sans lésion cutanée,
- Une élévation des acides biliaires sériques,
- L'absence d'autres causes hépatiques ou dermatologiques.

Caractéristiques cliniques

Prurit : modéré à sévère, souvent palmaire ou plantaire, parfois généralisé. Il impacte le sommeil et le bien-être mental. Son intensité n'est pas corrélée au taux d'acides biliaires.

Autres signes possibles : urines foncées, selles décolorées, inconfort de l'hypochondre droit, ictère.

Épidémiologie

Incidence : 0,1 à 2 % des grossesses en Europe.

Surveillance et prise en charge

Dosage hebdomadaire des acides biliaires, la conduite à tenir repose sur la valeur la plus élevée (**voir algorithme ci-dessous**)

CTG : non prédictif ni préventif de la mort in utero (MIU).

Traitement

L'acide ursodésoxycholique peut être prescrit pour soulager le prurit, sans bénéfice démontré sur le pronostic fœtal. Il peut être interrompu en l'absence d'efficacité.

Cholestase sévère

Suivi possible en ambulatoire (CTG fréquents) ou en hospitalisation.

Informar la patiente que le monitoring ne prévient pas la MIU.

Accouchement

Cholestase légère : pas d'augmentation du risque de MIU ; induction possible à 40 SA.

Cholestase modérée : risque stable jusqu'à 38–39 SA ; induction à discuter à ce terme.

Cholestase sévère (acides biliaires $\geq 100 \mu\text{mol/L}$) : risque accru de MIU ; induction recommandée à 35–36 SA.

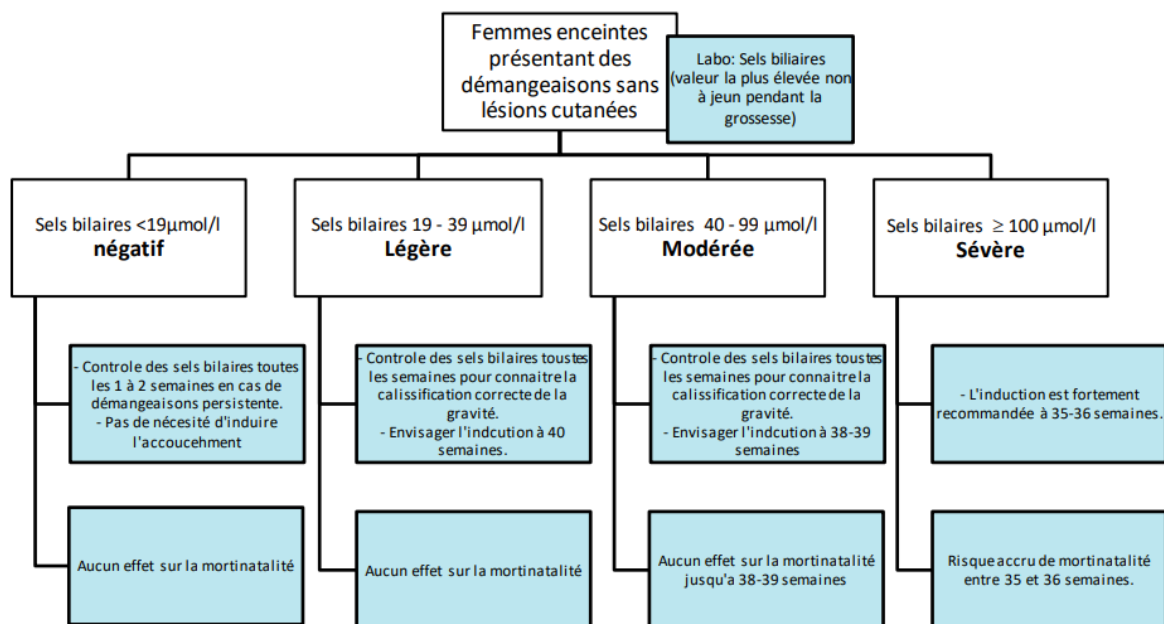
Comorbidités augmentant le risque de MIU : diabète, prééclampsie, grossesse multiple.

Le mode d'accouchement n'est pas influencé par la cholestase, mais un monitoring continu est recommandé.

Post-partum

La cholestase gravidique est confirmée par la normalisation des tests hépatiques et la disparition du prurit dans les 4 semaines suivant l'accouchement.

Une contraception œstro-progestative peut être envisagée après normalisation de la fonction hépatique.



2. Suspicion de cholestase hépatique (hors grossesse)

En cas de symptômes évocateurs : prurit, ictère, selles décolorées, urines foncées.

En complément d'un bilan hépatique (ALAT, ASAT, γGT, PAL, bilirubine) pour affiner le diagnostic d'une atteinte hépatobiliaire.

Dans cette indication, **le dosage est à réaliser à jeun.**

3. Suivi de pathologies hépatiques chroniques

Cirrhose biliaire primitive, cholangite sclérosante, ou hépatopathies d'origine médicamenteuse.

Surveillance de l'efficacité d'un traitement par acide ursodésoxycholique (le prélèvement doit être fait avant la prise du médicament).

Dans cette indication, **le dosage est à réaliser à jeun.**

Limitation

Tube sérum (ROUGE) ou-tube hépariné (VERT)

Valeurs de référence

Valeurs de référence A jeun : <10 µmol/L

Post-prandial : <20 µmol/L

Dr Antoine Mairesse, pour l'équipe du laboratoire des Cliniques de l'Europe

Nieuw beschikbaar in ons laboratorium: GALZUREN

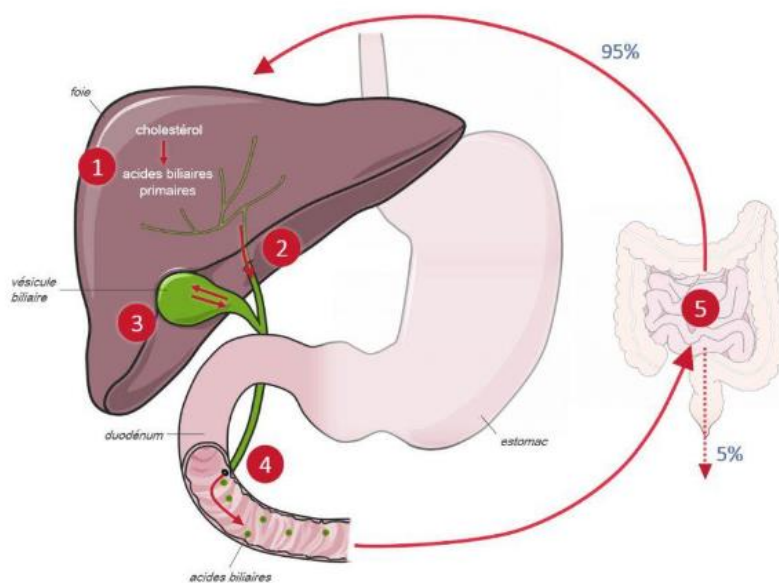
Galzuren: indicaties en klinisch belang

Galzuren, ook wel galzouten genoemd, worden in de lever gesynthetiseerd, uitgescheiden in de gal, opgenomen in de darm en via de poortader teruggevoerd naar de lever, waar ze actief worden gereabsorbeerd.

Ze vormen de biochemische merkers bij uitstek voor de diagnose en opvolging van intrahepatische zwangerschapscholestase.

Bij zwangere vrouwen zijn galzuren neurotoxisch voor de foetus.

Daarom wordt hun bepaling beschouwd als een dringende analyse, die niet nuchter wordt uitgevoerd.



1. Diagnose van intrahepatische zwangerschapscholestase

Definitie

Intrahepatische zwangerschapscholestase is een leveraandoening die specifiek is voor de zwangerschap, gekenmerkt door:

- Jeuk zonder huidletsels,
- Verhoogde serumgalzuren,
- Afwezigheid van andere hepatische of dermatologische oorzaken.

Klinische kenmerken

Jeuk: matig tot ernstig, vaak palmar of plantair, soms gegeneraliseerd. Beïnvloedt slaap en mentaal welzijn. De intensiteit correleert niet met het galzuurgehalte.

Andere symptomen: donkere urine, ontkleurde stoelgang, ongemak in de rechter bovenbuik, icterus.

Epidemiologie

Incidentie: 0,1–2 % van de zwangerschappen in Europa.

Opvolging en behandeling

Wekelijkse bepaling van galzuren, beleid gebaseerd op de hoogste gemeten waarde.

CTG (cardiotocografie): niet voorspellend of preventief voor intra-uteriene vruchtdood (IUVD).

Behandeling

Ursodeoxycholzuur kan worden voorgeschreven om jeuk te verlichten, maar verbetert de foetale prognose niet. Stoppen indien geen effect.

Ernstige cholestase

Opvolging mogelijk ambulant (frequente CTG) of via hospitalisatie.

Patiënte informeren dat monitoring IUVD niet voorkomt.

Bevalling

Lichte cholestase: geen verhoogd risico op IUVD; inductie mogelijk op 40 weken.

Matige cholestase: risico stabiel tot 38–39 weken; inductie te overwegen.

Ernstige cholestase (galzuren $\geq 100 \mu\text{mol/L}$): verhoogd risico op IUVD; inductie aanbevolen op 35–36 weken.

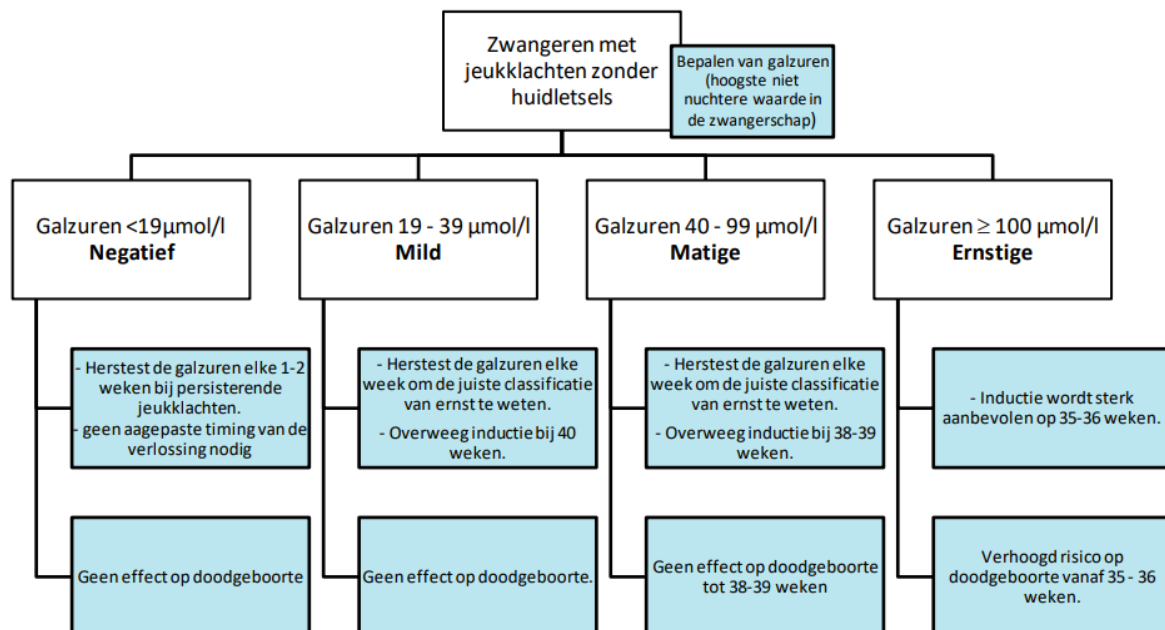
Comorbiditeiten die het risico verhogen: diabetes, pre-eclampsie, meerlingzwangerschap.

De bevallingswijze wordt niet beïnvloed door cholestase, maar continue monitoring wordt aanbevolen.

Postpartum

Diagnose wordt bevestigd door normalisatie van leverfunctietests en verdwijnen van jeuk binnen 4 weken na de bevalling.

Oestroprogestatieve anticonceptie is mogelijk na normalisatie van de leverfunctie.



2. Vermoeden van hepatische cholestase (buiten zwangerschap)

Bij suggestieve symptomen: jeuk, icterus, ontkleurde stoelgang, donkere urine.

Aanvullend op leverfunctietests (ALAT, ASAT, γ GT, AF, bilirubine) om hepatische pathologie te preciseren.

Bepaling dient nuchter te gebeuren.

3. Opvolging van chronische leveraandoeningen

Primaire biliaire cirrose, scleroserende cholangitis, medicatie-geïnduceerde hepatopathieën.

Monitoring van de effectiviteit van ursodeoxycholzuur (bepaling vóór inname).

Bepaling dient nuchter te gebeuren.

Afname-instructies

Rood buisje (serum) of groen buisje (heparine-plasma).

Referentiewaarden

Nuchter: < 10 μ mol/L

Postprandiaal: < 20 μ mol/L

Dr Antoine Mairesse, namens het team van het laboratorium van de Europaziekenhuizen