

Colestasi gravidica

È una colestasi intraepatica associata a prurito e all'aumento degli acidi biliari nel sangue che si verifica durante la gravidanza. Essa non è rara e può avere un decorso variabile. La diagnosi ha importanti implicazioni per la salute fetale e deve essere riconosciuta prontamente.

Questa condizione si verifica generalmente nel terzo trimestre, ma può insorgere anche più precocemente. **Il sintomo iniziale è il prurito** che è severo durante la notte e più intenso a livello di palmi delle mani e piante dei piedi. L'ittero si sviluppa solo in una minoranza di pazienti durante il corso della malattia. I test di laboratorio confermano la presenza di colestasi, con un aumento dei livelli sierici di acidi biliari e, in alcune pazienti, con bilirubinuria o anche con un aumento dei livelli sierici di bilirubina. Il livello di fosfatasi alcalina è moderatamente aumentato, ma il livello di GGT è normale o solo minimamente elevato. Anche i livelli delle transaminasi sono aumentati, talora fino a valori di 1000 U/l; pertanto la distinzione della colestasi dall'epatite può risultare difficile. La colestasi intensa è associata a steatorrea. Il miglioramento dei sintomi e dei risultati degli esami inizia con il parto e in genere, anche se non sempre, è rapido e completo.

Le donne con colestasi gravidica non vanno incontro a sequele epatiche, ma presentano un rischio aumentato di colelitiasi. Il disturbo può recidivare nelle gravidanze seguenti, e il 70% delle pazienti colpite nella loro gravidanza iniziale hanno una recidiva, sebbene non sempre grave come il primo episodio. Le pazienti che hanno avuto un precedente episodio e sono state colecistectomizzate sono a maggior rischio di colestasi gravidica nelle gravidanze seguenti rispetto a quelle non colecistectomizzate. Il feto se la cava meno bene della madre e vi sono molte segnalazioni di un'aumentata frequenza di sofferenza fetale, oltre che di necessità di parto prematuro e di assistenza neonatale. Questi rischi possono essere minimizzati con una più attenta sorveglianza, tramite uno stretto monitoraggio della madre affette.

In alcune pazienti vi è una chiara storia familiare, ed è stata dimostrata un'aumentata sensibilità agli effetti colestatici degli estrogeni. La somministrazione di estrogeni alle donne suscettibili può precipitare la colestasi e, in un contesto sperimentale, gli estrogeni causano chiaramente la colestasi. L'uso di progesterone durante la gravidanza è associato alla colestasi gravidica. È possibile che le persone colpite abbiano un'aumentata sensibilità ereditaria agli estrogeni o un'alterazione del metabolismo del progesterone, e che la colestasi clinica si sviluppi in risposta a una varietà di stimoli, compresi farmaci e fattori dietetici.

La diagnosi differenziale deve essere posta con la cirrosi biliare primitiva, la colangite sclerosante primitiva, la colestasi intraepatica ricorrente benigna, l'epatite virale e l'ostruzione biliare. La biopsia epatica nelle pazienti con colestasi gravidica rivela una blanda colestasi e in genere non è da richiedere.

Il trattamento è difficile ed è principalmente sintomatico. **L'acido ursodesossicolico** si è dimostrato utile ed è ben tollerato sia dalle pazienti che dal feto. La maggior parte dei ricercatori ha usato una dose convenzionale 15 mg/kg/die. La combinazione di acido ursodesossicolico e SAM può essere di aiuto. Un breve corso di terapia con desametasone orale è risultato efficace nel ridurre il prurito e i livelli sierici di acidi biliari. Come con altre sindromi colestatiche, nessun trattamento è sempre completamente efficace e la sola terapia sicura è il parto, che le pazienti in genere sollecitano.