

OPUSCOLO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE



Colestasi intraepatica della gravidanza (ICP)

L'obiettivo di questo opuscolo

Questo opuscolo è stato pensato per fornire maggiori informazioni sulla colestasi intraepatica della gravidanza (ICP). Esso spiega che cos'è, da che cosa è causata, quali misure si possono adottare e dove si possono reperire maggiori informazioni.

Che cos'è la colestasi intraepatica della gravidanza?

La colestasi intraepatica della gravidanza è un disturbo del fegato in cui il normale flusso della bile è compromesso, che provoca forte prurito alla madre, e il rischio che il feto nasca morto o prematuro (parto prima del termine). L'ICP di solito si sviluppa durante l'ultimo trimestre della gravidanza, quando i livelli ormonali sono più alti. L'ICP viene anche definito colestasi ostetrica, colestasi della gravidanza e prurito/prurigo della gravidanza.

Quali sono le cause della colestasi intraepatica della gravidanza?

Vi è un difetto nell'escrezione della bile dal fegato con conseguente aumento degli acidi biliari nel sangue. L'esatto meccanismo non è ancora del tutto chiaro, ma gli studi attuali suggeriscono fattori genetici, ormonali e ambientali. Recentemente, è stata rilevata una particolare mutazione genetica (un cambiamento in un gene specifico) in alcuni pazienti con ICP. L'ICP si sviluppa normalmente in presenza di elevati livelli ormonali verso la fine della gravidanza e nelle donne che aspettano due o tre gemelli. Si può verificare anche in donne che usano la pillola contraccettiva orale. In Europa colpisce circa lo 0,2-2,4% delle donne incinte, mentre in Scandinavia e in Sud America l'ICP è più comune.

La colestasi intraepatica della gravidanza è ereditaria?

Sì, madri e sorelle di pazienti con l'ICP corrono un rischio maggiore di sviluppare l'ICP, perché sembra esserci una mutazione di un gene che può essere quindi presente in altri membri della famiglia. L'ICP tende a ripresentarsi nelle successive gravidanze (60-90%).

Quali sono i sintomi della colestasi intraepatica della gravidanza e come si manifesta?

La caratteristica principale è l'insorgenza improvvisa di un forte prurito che in genere peggiora fino al parto o all'inizio del trattamento. Comincia spesso sul palmo delle mani e la pianta dei piedi, per poi coinvolgere rapidamente tutto il corpo. Più persiste il prurito, più si presentano cambiamenti della pelle dovuti a grattamento. Questi variano da graffi fini (escoriazioni) a protuberanze di 5-10 mm (cosiddetti prurigo nodularis) che normalmente coinvolgono coscine, braccia e glutei. A eccezione di questi cambiamenti, di solito l'ICP non si manifesta con un'eruzione cutanea. Perdita di sonno e appetito e incapacità di svolgere le normali attività quotidiane possono essere il risultato dell'intenso prurito.

Sintomi meno comuni (<10% dei pazienti) possono essere urine scure e/o feci chiare (di colore grigiastro), itterizia (la parte bianca degli occhi e a volte anche la pelle diventano giallastre), dolore al ventre e nausea.

Come si diagnostica la colestasi intraepatica della gravidanza?

Il miglior test disponibile per l'ICP è il "test degli acidi biliari nel siero". La diagnosi di ICP è certa quando i livelli di acidi biliari sono più alti della norma. Dal momento che il livello di acidi biliari non compare in un test di funzionalità epatica di routine (LFT), il test deve essere espressamente richiesto dal medico. Tuttavia, esistono solo pochi laboratori che hanno l'attrezzatura necessaria per eseguire questo test, quindi i tempi per ottenere una diagnosi possono essere lunghi.

Durante i controlli per l'ICP, si consiglia anche di eseguire un test di funzionalità epatica di routine (LFT) che misura gli enzimi epatici nel sangue. Tuttavia, questo test può risultare normale per l'ICP, il che significa che si può comunque avere l'ICP, perché normalmente "i livelli di acidi biliari nel siero" aumentano prima degli enzimi epatici. Se "i livelli di acidi biliari nel siero" sono normali, ma quelli dell'LFT sono aumentati, il medico cercherà altre malattie del fegato, come l'epatite, e saranno necessari altri test per ottenere la diagnosi finale.

Il bambino sarà colpito dall'ICP?

Sì, è possibile. L'ICP aumenta il rischio di mortalità neonatale (morte intrauterina del bambino), parto prematuro e sofferenza fetale (malessere). Se i test di funzionalità epatica sono anormali in pazienti con ICP, in particolare in presenza di un aumento della bilirubina (gli occhi e la pelle possono diventare giallastri), c'è un grave rischio di sanguinamento (emorragia), sia per la madre sia per il bambino, perché la vitamina K, essenziale per la coagulazione del sangue, non viene assorbita correttamente.

La colestasi intraepatica della gravidanza può essere curata?

No. Non può essere curata, perché è, almeno in parte, geneticamente determinata. Tuttavia, il trattamento per ICP allevierà i sintomi della madre e del bambino. Senza trattamento, di solito il prurito scompare nel giro di giorni o settimane dopo il parto, quando i livelli ormonali tornano alla normalità. Tuttavia, l'ICP si può ripresentare nelle successive gravidanze o quando viene somministrata la pillola contraccettiva (vedere sopra).

Come può essere trattata la colestasi intraepatica della gravidanza?

Si possono seguire questi due consigli essenziali:

1) Ridurre gli acidi biliari nel sangue: l'*Acido Ursodesossicolico (UDCA - un acido biliare naturale)* è attualmente il miglior trattamento per ICP. L'UDCA migliora la funzione del fegato, riduce la concentrazione degli acidi biliari nel sangue e migliora il trasporto degli acidi biliari attraverso la placenta (allontanandoli dal bambino). Tuttavia, l'UDCA non è autorizzato per l'uso in gravidanza. Può essere prescritto su base individuale, con un cosiddetto "consenso informato". Si consiglia di consultare il proprio medico.

Questo è l'unico trattamento che ha dimostrato di ridurre i rischi fetali in presenza di ICP. L'UDCA in compresse, 15 mg/kg/giorno o semplicemente 1 g al giorno, viene prescritto sia come dose singola o diviso in 2-3 dosi da assumere fino al parto. Dopodiché, si può interrompere il trattamento.

Altri trattamenti non sembrano essere efficaci. Si consiglia di evitare la Colestiramina e altri farmaci simili che abbassano il colesterolo, perché possono aumentare il rischio di sanguinamento.

2) Accelerare il parto il più possibile. Tuttavia, lo sviluppo dei polmoni del neonato è importante e di solito il parto può avvenire solo passate le 36 o 37 settimane di gravidanza.

Il trattamento è sicuro per il bambino e per la madre? È necessario un monitoraggio speciale?

L'UDCA è sicuro per la madre e per il bambino ed è l'unico trattamento in grado di ridurre il rischio per il bambino. L'unico effetto collaterale per la madre è una potenziale lieve diarrea.

È importante monitorare attentamente il bambino; il medico può decidere di far nascere il bambino prematuramente (tra la 37^a e 38^a settimana di gravidanza), al fine di ridurre al minimo i rischi per il nascituro.

Si consigliano visite settimanali dopo la diagnosi; queste includono il "profilo biofisico" (un test che utilizza il non-stress test e gli ultrasuoni per esaminare i movimenti fetali, la frequenza cardiaca e la quantità di liquido amniotico), la cardiotocografia (che misura la frequenza cardiaca fetale) e lo studio Doppler (un tipo di ultrasuoni che utilizza onde sonore per misurare il flusso sanguigno). Per questi test è necessario consultare uno specialista.

È possibile avere un parto naturale?

Sì.

Le donne con colestasi intraepatica della gravidanza possono comunque allattare?

Sì. Né l'ICP né il trattamento con l'UDCA causano problemi all'allattamento.

Dove si possono trovare maggiori informazioni sull'eruzione atopica della gravidanza?

Link utili a opuscoli informativi dettagliati:

www.itchymoms.com

www.ocsupport.org.uk

Libri:

Black, Edwards, Lynch, Ambros-Rudolph. *Obstetric and Gynecologic Dermatology*. 3^a edizione, 2008 (Regno Unito)

Schaefer, Spielmann, Vetter. *Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit*. 8^a edizione, 2012 (Germania)

Schaefer, Peters, Miller. **Drugs during pregnancy and lactation**. 2^a edizione, 2007 (inglese)

Briggs, Freeman, Yaffe. **Drugs in pregnancy and lactation**. 7^a edizione, 2005 (USA)

Nonostante gli sforzi fatti per garantire che le informazioni contenute in questo opuscolo siano accurate, non ogni trattamento è adatto o efficace per ogni persona. Il vostro medico sarà in grado di consigliarvi in modo più dettagliato. Lo stile e le informazioni generali contenuti in questo opuscolo sono stati adattati dall'opuscolo informativo fornito dall'Associazione Britannica dei Dermatologi. Febbraio 2008

Questo opuscolo è stato preparato dalla task force "malattia della pelle in gravidanza" della EADV (*Accademia Europea di Dermatologia e Venereologia*) e non riflette necessariamente il parere ufficiale della EADV.

Aggiornato 15.06.2013