

Grossesse et maladies rhumatismales

Grossesse et maladies rhumatismales

Les maladies rhumatismales touchent souvent les femmes au cours de leurs années de fécondité, lorsque la grossesse est un événement probable. Pendant des années, on a déconseillé la conception aux femmes présentant des risques élevés de maladies auto-immunitaires systémiques. Nous savons maintenant qu'un suivi médical et obstétrique attentif permet à la plupart de ces femmes d'avoir une grossesse réussie. Ce qui ne signifie pas cependant qu'elle se déroule sans incident. Les médecins et les patientes doivent être prêts à affronter d'éventuelles complications pour la mère et l'enfant. En outre, les femmes ne devraient pas envisager de grossesse avant que leur maladie rhumatismale ne soit sous contrôle.

Faits en bref

- Les maladies pouvant toucher les reins, notamment le lupus et le syndrome des antiphospholipides (APS), sont plus susceptibles que d'autres d'affecter les résultats de la grossesse.
 - La maladie rhumatismale de chaque femme doit être bien contrôlée pendant une période de 3 à 6 mois au moins avant la grossesse. Tant que vos médicaments ne sont pas dangereux pour le fœtus, il faut en poursuivre le traitement pour éviter un risque de poussée de la maladie. Il convient de discuter préalablement de toute modification avec votre rhumatologue.
 - Les femmes ayant un profil à risque faible peuvent être traitées en étant suivies régulièrement par leur rhumatologue. Celles ayant un profil à risque élevé doivent être suivies à la fois par un rhumatologue et un obstétricien ayant l'expérience des grossesses à haut risque.
-

Quels sont les effets de la grossesse sur les maladies rhumatismales ?

Les effets de la grossesse sur les maladies rhumatismales varient selon les cas. La **polyarthrite rhumatoïde (PR)**, le **lupus érythémateux disséminé (SLE)** et le **syndrome des antiphospholipides (SAPL)** sont habituellement modifiés par la grossesse. Par exemple, les symptômes de la PR s'améliorent souvent chez les patientes enceintes, aboutissant fréquemment à une réduction des besoins en médicaments, mais peuvent empirer après l'accouchement.

La relation entre l'activité du lupus et la grossesse fait davantage l'objet de débats. En général, il y a une tendance à des crises légères à modérées, notamment au cours de la deuxième moitié de la grossesse et de la période postpartum. Cependant, la plupart de ces crises ne compromettent pas la vie de la mère ou du bébé, ni ne modifient substantiellement le pronostic à long terme du lupus. Le fait d'être en rémission clinique 3 à 6 mois avant d'être enceinte diminue le risque que cette crise ait lieu pendant la grossesse.

Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) augmente le risque de formation de caillots dans les veines et les artères, ainsi que des complications telles que fausse couche, naissance prématurée ou hypertension (pression artérielle élevée) pendant la grossesse. Les patientes souffrant d'une maladie rénale courent également le risque de développer une pré-éclampsie. La pré-éclampsie et l'éclampsie sont des états susceptibles d'endommager les reins et le foie de la mère. Elles augmentent également le risque de naissance prématurée

ou de mort du fœtus. Ainsi, la grossesse – surtout dans la période proche de l'accouchement – est une période particulièrement dangereuse pour les femmes souffrant de SAPL et nécessite un traitement particulier.

L'hypertension pulmonaire est un type d'hypertension qui affecte les artères des poumons et du cœur. Elle provoque parfois des complications de certaines maladies rhumatismales - comme le lupus, le SAPL, le **syndrome de Sjögren** et la **sclérodermie**. Parce que cette hypertension artérielle s'aggrave souvent pendant la grossesse, surtout à la période post-partum, il n'est pas conseillé d'être enceinte aux femmes souffrant de cette pathologie.

D'autres maladies telles que la polymyosite, la dermatomyosite et la **vasculite** ne semblent pas être influencées par la grossesse. Il en est de même de la sclérodermie à condition que la patiente ne souffre pas d'hypertension ou de fibrose pulmonaires. Cependant, il reste recommandé que les patientes n'envisagent une grossesse que si ces maladies sont suivies par leur rhumatologue.

Quels sont les effets des maladies rhumatismales sur la grossesse ?

Pendant la grossesse, les effets d'une inflammation lors de l'activité d'une maladie rhumatismale et les médicaments nécessaires pour la contrôler peuvent causer des problèmes. Les maladies pouvant toucher les reins (particulièrement le SAPL) sont plus susceptibles d'affecter l'issue de la grossesse que les autres.

En général, les patientes qui ont ou ont eu une maladie du rein, due à la vascularite, la sclérodermie ou le lupus, courent un risque accru de grave hypertension et de pré-éclampsie. Si les fonctions rénales et la tension artérielle étaient normales avant la grossesse et la maladie inactive pendant au moins six mois à la période de conception, l'issue sera probablement bonne. Il est déconseillé de tomber enceinte aux femmes ayant des fonctions rénales insuffisantes, une hypertension non contrôlée (pression sanguine élevée) et / ou des crises rhumatismales.

Le SAPL a probablement le plus d'effets négatifs sur la grossesse. Il est à l'origine de fausses couches précoces et tardives, de naissances prématurées et du faible poids des bébés, ainsi que de thrombose (lorsque des caillots de sang se forment dans les vaisseaux) et de pré-éclampsie. Ainsi, la grossesse chez les femmes souffrant du SAPL devrait toujours être considérée comme à risque élevé et nécessiter une surveillance médicale et obstétricale étroite. Le traitement est basé sur l'aspirine et l'héparine à faible dose.

Enfin, une maladie rare, nommée bloc congénital, peut se produire chez 2 % des enfants nés de mères ayant des anticorps anti-Ro (plus fréquemment observée chez les patients atteints de lupus et du syndrome de Sjögren). Ces anticorps peuvent accéder au système circulatoire du fœtus et perturber le cœur du bébé, se traduisant par un ralentissement du rythme cardiaque. Ces bébés peuvent avoir besoin d'un stimulateur cardiaque permanent. Ainsi, les femmes ayant des anticorps anti-Ro doivent également être étroitement suivies et le cœur du bébé surveillé par scanner pendant la grossesse.

Utilisation de médicaments rhumatismaux pendant la grossesse et l'allaitement

Durant la grossesse, les effets d'une inflammation lorsque la maladie rhumatismale s'active ainsi que les médicaments utilisés pour la traiter peuvent causer problème. Les informations concernant la sécurité de nombreux médicaments chez les femmes enceintes sont incomplètes et difficiles à obtenir. Selon les informations disponibles, la plupart des rhumatologues recommandent généralement les médicaments suivants :

Tableau 1 : médicaments acceptables pendant la grossesse et l'allaitement		
	Grossesse	Allaitement
NSAID	Oui (à éviter après 32 semaines)	Oui
Sulfasalazine	Oui	Oui
Antipaludiques	Oui	Oui
Corticostéroïdes	Oui	Oui
Cyclosporine	Oui	Probablement Oui
Azathioprine	Oui	Probablement Oui
Mycophénolate	Non	Non
Méthotrexate	Non	Non
Cyclophosphamide	Oui	Non
Facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Oui

Tableau 1 : médicaments acceptables pendant la grossesse et l'allaitement		
	Grossesse	Allaitement
Rituximab	Non	Non
Warfarine	Non (avec prudence, seulement après le premier semestre ^[A1])	Oui
Héparine	Oui	Oui

Cette liste ne doit pas être considérée comme un guide général et peut ne pas s'appliquer à toutes les situations. Les femmes enceintes ou qui envisagent une grossesse devraient discuter de leur médication avec leur rhumatologue et leur obstétricien. Nombre de femmes préfèrent ne prendre aucun médicament pendant la grossesse et l'allaitement. Cependant, les conséquences d'être sans médication et de risquer un accès de la maladie rhumatismale sont à prendre sérieusement en considération et doivent être discutées à la fois avec le rhumatologue et l'obstétricien.

Plusieurs médicaments (en particulier le méthotrexate et le cyclophosphamide) ont des effets sur les spermatozoïdes. Il est recommandé que ces médicaments soient arrêtés 3 mois avant qu'un homme n'engendre.

Gestion de la grossesse chez les femmes souffrant de maladies rhumatismales

Toutes les femmes atteintes de maladies rhumatismales doivent consulter leur médecin concernant leurs risques spécifiques si elles prévoient d'avoir un bébé. Lors de cette discussion avec votre médecin, vous pouvez vous renseigner sur les problèmes spécifiques à la grossesse et savoir quelles sont ses complications possibles.

Voici quelques facteurs de grossesse «à haut risque»

- Une précédente grossesse avec des complications
- Une maladie rénale sous-jacente
- Une maladie cardiaque sous-jacente
- Une maladie pulmonaire sous-jacente (y compris hypertension artérielle pulmonaire)
- Crise de maladie rhumatismale
- Un antécédent de caillots sanguins
- Présence d'anticorps SSA et SSB
- FIV (fécondation in vitro)
- Grossesse avec des jumeaux, triplés, etc.
- La mère a plus de 40 ans

La maladie rhumatismale de chaque femme devrait être surveillée pendant au moins 3 à 6 mois avant d'envisager une grossesse. Tant que vos médicaments ne sont pas nocifs pour le fœtus, vous devez continuer à les prendre pour prévenir le risque d'une poussée de la maladie. La prednisone ne devrait être utilisée qu'à des doses inférieures à 10 mg / jour si possible en raison du risque de complications associées telles que hypertension artérielle, diabète, prise de poids excessive, risques d'infections et rupture prématurée des membranes. L'**hydroxychloroquine** est un médicament extrêmement sûr pour la mère et le fœtus, et ne doit pas être arrêté avant, pendant ou après la grossesse. L'hypertension artérielle devrait être contrôlée à l'aide de médicaments sûrs durant une grossesse. Le captopril et l'énalapril sont des médicaments sans danger lors de l'allaitement.

Les femmes atteintes du syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) doivent recevoir de l'aspirine à faible dose, avec ou sans héparine, selon leur dossier médical. Chez certaines femmes souffrant du SAPL ou avec des antécédents de thrombose, l'héparine est recommandée pendant 4 à 6 semaines après l'accouchement pour éviter les caillots sanguins. Celles ayant des antécédents de thrombose devraient reprendre la warfarine dès que possible après l'accouchement, puisque ce médicament est sans danger pendant la lactation (tableau 1).

Les femmes ayant un profil à faible risque devraient inclure dans leur plan de traitement habituel des visites trimestrielles régulières chez le rhumatologue, à titre préventif. Cependant, celles qui ont un profil de risque élevé devraient être suivies par une équipe médicale et obstétrique ayant l'expérience des grossesses à haut risque. Les visites devraient être plus fréquentes à mesure de l'avancement de la grossesse (hebdomadaire à la fin du troisième trimestre), et inclure la surveillance du bien-être fœtal et maternel. Des mesures de la pression sanguine et des tests urinaires doivent également être fréquemment effectués pour assurer la détection et le traitement précoce de la pré-éclampsie.

Révisé en mars 2014. Rédigé par Guillermo Ruiz-Irastorza, MD, PhD, et Munther A. Khamashta, MD, FRCP, PhD, et examiné par le Comité des communications et du marketing de l'American College of Rheumatology. Cette information est prévue pour l'enseignement général. Les individus devraient consulter un prestataire de soins de santé qualifié pour un avis médical professionnel, un diagnostic et le traitement d'une condition médicale ou de santé.

© 2014 American College of Rheumatology

www.thelupusinitiative.org