



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Spondylarthrite et grossesse



Aleth Perdriger*, Marine Faccin

Service de rhumatologie, hôpital sud, CHU de Rennes, 16, boulevard de Bulgarie, 35056 Rennes cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 3 février 2015

Disponible sur Internet le 26 mars 2015

Mots clés :

Spondylarthrite

Grossesse

RÉSUMÉ

La littérature concernant l'influence de la grossesse sur l'évolution des spondylarthrites (SpA) ou de la spondylarthrite ankylosante (SA) n'est pas très abondante, probablement en raison de la sous-estimation des formes féminines de la maladie. La maladie reste active pendant la grossesse chez environ 30 à 50 % des cas. Les manifestations les plus fréquentes sont rachidiennes, avec des douleurs chez 80 % des malades. En fait, les douleurs rachidiennes sont autant la conséquence de l'activité de la maladie que celle des contraintes mécaniques exercées sur le rachis par la grossesse elle-même. Les manifestations extrarachiennes, en particulier les arthrites et les uvéites, semblent s'améliorer au cours de la grossesse. La reprise d'une activité de la maladie après l'accouchement est observée chez une patiente sur deux. Les poussées de la maladie au cours du post-partum surviennent le plus souvent dans les 12 semaines suivant l'accouchement et concernent les manifestations axiales, mais également les arthrites périphériques et les manifestations extra-articulaires, en particulier les uvéites. Les poussées seront d'autant plus fréquentes que la maladie était active au moment de la conception. La présence d'une spondylarthrite chez la femme enceinte n'est pas associée à un risque particulier pour l'enfant.

© 2015 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Medical literature about the influence of pregnancy on the activity or the influence of spondylarthritis on the pregnancy is poor, probably because the incidence of the disease on female patients has been underestimated. During the pregnancy, the activity of the spondylarthritis is still observed in 30 to 50% of the patients, and flares of the disease in the post-partum are frequently observed. Back pain is frequent, and could be the consequence of the disease activity, or of the mechanistic consequence of pregnancy itself on the spine. Manifestations of the spondylarthritis during pregnancy also include arthritis and extra-articular manifestations, especially uveitis, but these manifestations improved more frequently than spine manifestations. The flare of the disease in the post-partum disease is more frequently observed if the disease was clinically active at the beginning of the pregnancy. Even if the women are affected by a spondylarthritis during the pregnancy, no risk was observed for the child.

© 2015 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Face aux interrogations d'un adulte souffrant d'une spondylarthrite (SpA) qui désire un enfant, la littérature médicale n'est pas très abondante. Une des raisons est probablement, une sous-estimation de la fréquence des formes féminines. La spondylarthrite ankylosante a très longtemps été associée au sexe masculin et les problèmes liés à une grossesse méconnus [1]. Mais nous savons maintenant que les formes féminines de SA ne sont

pas rares, avec un sex-ratio proche de 1 [2]. Une autre explication est l'absence de problème majeur posé par la grossesse dans cette pathologie. Néanmoins, il est important de pouvoir répondre aux questions des malades concernant, d'une part, l'influence de la grossesse sur l'activité de la SpA, et, d'autre part, l'influence de la maladie sur le déroulement de la grossesse.

2. Spondylarthrites (SpA) de la femme

Les formes féminines de spondylarthrite ankylosante (SA) sont actuellement mieux connues et elles ont une présentation qui les distingue des formes masculines. En effet, si la fréquence des douleurs axiales est probablement identique dans les deux sexes

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aleth.perdriger@chu-rennes.fr (A. Perdriger).

[1], l'activité clinique de la SA, définie par le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index (BASDAI) et la fréquence des arthrites périphériques seraient plus importantes chez la femme [2]. En revanche, les hommes ont plus souvent une maladie avec une expression radiologique ou magnétique et des atteintes rachidiennes plus enraidissantes. La fréquence des uvéites est identique dans les deux sexes, mais les séquelles d'uvéites seraient plus fréquentes chez la femme [1]. Les raisons de ces différences ne sont pas connues, mais l'hypothèse d'une influence hormonale sur l'expression clinique des SA a été évoquée [3]. Une influence des androgènes dans l'activité de la SA n'a pas été décrite, mais les œstrogènes ont peut être un rôle protecteur [3]. Cette influence doit probablement être modérée, car la présence d'une contraception œstroprogestative ne modifie pas l'activité de la SA [4]. Pendant la grossesse, la production des œstrogènes est augmentée et participe aux modifications de la réponse immunitaire qui permet à la femme de garder son enfant [5]. L'augmentation des œstrogènes va conduire, entre autre, à une diminution de la production des cytokines pro-inflammatoires, en particulier le TNF et l'interleukine 17 aux dépens de la production de cytokines de type Th2, en particulier l'interleukine 10. [5]. Ce mécanisme participe à l'amélioration clinique observée dans une majorité des grossesses au cours de la PR [6]. Les cytokines pro-inflammatoires participent à l'activité de la SA [7,8] et leur diminution pourrait, comme dans la polyarthrite rhumatoïde, limiter les poussées inflammatoires de la SA pendant la grossesse. Au cours des SA, il a également été mis en évidence un dysfonctionnement des lymphocytes T régulateurs, qui pourrait être amélioré par la grossesse [9]. Ces données pathogéniques, certes limitées, suggèrent que la grossesse pourrait diminuer l'activité clinique des SA. Qu'en est-il en clinique ?

3. Quelle est l'influence de la grossesse sur l'activité de la spondylarthrite ankylosante (SA) ?

3.1. Grossesse et atteintes axiales des SA

Les premiers travaux qui se sont intéressés aux grossesses des femmes souffrant de SpA n'ont pas mis en évidence une modification de l'activité de la maladie, ni dans le sens d'une amélioration, ni dans celui d'une aggravation [1]. Les données ont évolué en 1998, avec la réalisation d'une grande enquête rétrospective européenne [10]. Un questionnaire sur le déroulement de la grossesse au cours de la SA, traduit en différentes langues, a été envoyé dans 13 pays européens aux adhérents des associations de malades. Des réponses ont été obtenues chez 939 femmes, en majorité caucasiennes, de 43 ans en moyenne, avec un âge de survenue de la maladie d'environ 23 ans. La maladie s'était révélée pendant la grossesse chez 21 % des patientes. Une analyse des manifestations cliniques de la SA au cours de la grossesse a été réalisée, de façon plus ciblée chez les 649 femmes de plus de 40 ans qui avaient eu des enfants, soit 1586 grossesses (2,4 grossesses par femme). Parmi ces 1586 grossesses, 616 grossesses étaient survenues alors que la maladie était déjà déclarée. Chez ces femmes, la grossesse était associée à une activité de la maladie inchangée chez 35,3 % des femmes, une amélioration chez 24,8 %, et une aggravation chez 39,9 % d'entre elles [10]. Des résultats un peu moins rassurants ont été observés dans une étude prospective réalisée chez respectivement 9 femmes souffrant de SA (10 grossesses) et 10 femmes souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) [11]. L'activité de la maladie était élevée pour la SA au cours du premier et du deuxième trimestre, nécessitant la prise d'antalgiques, et l'activité de la PR avait tendance à diminuer dans cette même période. Dans les deux maladies, la douleur s'est améliorée au cours du troisième trimestre. Une autre étude prospective a analysé l'évolution de

la douleur rachidienne au cours de 35 grossesses survenues chez 19 femmes souffrants d'une SA selon les critères de New York, comparée à celle de 77 grossesses survenues chez 33 femmes sans SA [12]. Dans la SA, la douleur axiale s'est améliorée chez 51 % des femmes enceintes, aggravées chez 26 % et elle est restée stable chez 23 % d'entre elles. De façon intéressante, des douleurs axiales étaient présentes pendant les grossesses 82,9 % des femmes souffrant de SA, mais également 61 % de la population témoin. Ce résultat suggère que les douleurs rachidiennes rapportées au cours des grossesses chez les patientes souffrant de SA peuvent être liées à l'activité de la maladie, mais également aux contraintes mécaniques exercées sur le rachis par la grossesse, indépendamment de la présence ou non d'une SA. Une autre difficulté dont il faut tenir compte pour interpréter les douleurs axiales au cours de la grossesse est liée aux modifications thérapeutiques [13]. L'arrêt des AINS au cours du premier trimestre, souvent poursuivi par la suite, peut conduire à une exacerbation des douleurs, sans pour autant retenir, là-encore, une responsabilité directe de la grossesse sur l'activité de la SA [13]. L'interprétation rétrospective des douleurs rachidiennes des SA au cours de la grossesse n'est pas facile.

3.2. Post-partum et douleurs axiales des SA

L'augmentation du risque d'une poussée de la maladie au cours du post-partum est beaucoup plus consensuelle. Plus de la moitié des femmes [10,14] vont se plaindre d'une poussée axiale de SA dans les 6 mois qui suivent l'accouchement, le plus souvent après 4 à 12 semaines. L'activité rachidienne de la SA dans le post-partum serait indépendante de l'allaitement ou du retour de couche [14]. La fréquence des poussées après l'accouchement est significativement corrélée à l'activité de la maladie à la date de la conception [10]. Après la naissance, une majorité des patientes (65 %) se plaignent de difficultés pour s'occuper de leur enfant et, en particulier, pour leur donner le bain ou les porter [10].

Le sexe de l'enfant pourrait jouer un rôle sur l'activité de la maladie de la mère : si l'enfant est une fille, la SA pourrait être moins active [10]. Mais ce résultat doit être confirmé par d'autres études.

3.3. Manifestation extra-rachidiennes des SpA et grossesse

L'expression des manifestations extra-rachidiennes des SpA est également susceptible d'être influencée par la grossesse. Les arthrites périphériques, fréquemment observées dans les formes féminines de SA, ont une évolution plutôt favorable au cours de la grossesse. Globalement, pour les arthrites périphériques, on observe un tiers d'amélioration, un tiers d'aggravation et un tiers de stabilisation [10]. Mais elles peuvent réapparaître au cours du post-partum. La fréquence des poussées d'arthrites périphériques après l'accouchement est également significativement corrélée à leurs présences à la conception. Parmi les articulations pouvant être touchées, la coxofémorale est particulièrement exposée. Une arthrite de hanche au cours de la grossesse n'est pas rare, et, dans ce contexte, la réalisation d'une échographie et d'une ponction sous échographie est d'une grande utilité pour le diagnostic [15].

Lorsque les arthrites périphériques sont associées à un rhumatisme psoriasique, l'évolution des poussées articulaires au cours de la grossesse serait moins favorable que lors d'une SA, avec 42,4 % d'aggravation et seulement 18 % d'amélioration [10]. Néanmoins, le psoriasis cutané semble évoluer de façon favorable au cours de la grossesse [16–18]. L'analyse de 91 grossesses survenues chez des femmes souffrant de psoriasis cutané montre une amélioration chez 56 % des femmes, une aggravation chez 26,4 % et un état stable chez 17,6 % des malades [19].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389760>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389760>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)