

Maladies systémiques pendant la grossesse

Systemic diseases during pregnancy

Du Le Thi Huong *, Bertrand Wechsler

Service de médecine interne (Pr Piette), groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Reçu le 1 février 2005 ; accepté le 21 mars 2005

Disponible sur internet le 27 juin 2005

Mots clés : Grossesse ; Lupus systémique ; Syndrome des antiphospholipides ; Vascularite ; Dermatomyosite ; Polymyosite ; Sclérodémie ; Polychondrite atrophiante ; Maladie de Still

Keywords: Pregnancy; Systemic lupus erythematosus; Antiphospholipid syndrome; Vasculitis; Dermatomyositis; Polymyositis; Systemic sclerosis; Relapsing polychondritis; Still's disease

Les maladies systémiques constituent un vaste ensemble de pathologies polymorphes dont la physiopathologie relève de mécanismes variables. L'influence de la maladie systémique sur la grossesse et vice-versa dépend de la pathologie sous-jacente et elles ont peu de traits communs hormis les conséquences de l'insuffisance rénale. Il est difficile en quelques pages de traiter l'ensemble des maladies systémiques et ne seront traitées ici que les principales.

1. Le lupus systémique

L'influence des hormones au cours du lupus érythémateux systémique (LES) est clairement établie. L'amélioration des traitements et du pronostic a conduit à autoriser plus largement la grossesse, voire à proposer des techniques de procréation médicalement assistée.

1.1. Fertilité

La fertilité des femmes lupiques est comparable à celle de la population générale [1] en dehors de l'insuffisance ovarienne secondaire au traitement par cyclophosphamide. Chez des femmes traitées pour stérilité, des poussées ont été signalées après induction d'ovulation alors que le LES était stabilisé ou chez des femmes ayant un terrain prédisposant. Tou-

tefois, le risque de poussée et de complications thrombotiques paraît moindre avec le clomiphène qu'avec les gonadotrophines et des grossesses après fécondation in vitro planifiées ont pu être menées avec succès sous réserve d'une planification de l'induction d'ovulation [2].

1.2. Morbidité maternelle

La morbidité maternelle est liée à l'intrication de plusieurs facteurs : activité de la maladie lupique, prééclampsie, anticorps antiphospholipides (aPL) et effets secondaires des thérapeutiques.

La fréquence des poussées durant la grossesse et le post-partum est de l'ordre de 60 % des cas, dont 10 % de poussées sévères. Lorsque la grossesse est planifiée, une poussée s'observe encore dans un quart des cas mais elles sont généralement modestes et, lorsqu'elles sont traitées, ne semblent pas avoir d'influence défavorable sur l'issue de la grossesse [3]. Il peut être difficile de différencier prééclampsie et poussée rénale, ces situations pouvant d'ailleurs coexister. L'HELLP (*Hemolysis Elevated Liver enzymes, Low Platelets*) syndrome, version hépatique de la prééclampsie, peut être amélioré par la corticothérapie [4]. En pratique, l'association à des manifestations lupiques extrarénales, les modifications du taux des anticorps anti-ADN et du complément sont de bons éléments distinctifs, le complément augmentant physiologiquement au cours de la grossesse. Lorsque le LES est en rémission, la grossesse n'altère pas la fonction rénale. En revanche, en cas d'antécédent de néphropathie lupique, le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : du.boutin@psl.ap-hop-paris.fr (D. Le Thi Huong).

risque d'hypertension est majoré. Des grossesses ont été menées à terme en hémodialyse et après transplantation rénale. La nécessité d'un traitement antihypertenseur et l'élévation de la diastolique au cours du deuxième trimestre sont prédictives d'accouchement prématuré.

Les antimalariques de synthèse ont la fausse réputation d'être abortifs. Bien que leur passage placentaire soit établi, le risque infime de malformation neurosensorielle est contrebalancé par celui, bien établi, de poussée à l'arrêt des antimalariques, ce qui a conduit la majorité des équipes à maintenir le traitement durant la grossesse. Plusieurs équipes dont la nôtre viennent de démontrer l'innocuité de la prise maternelle d'hydroxychloroquine pendant la grossesse [5,6]. La prednisone et la prednisolone ne traversent pas la barrière placentaire. L'utilisation de fortes doses de corticoïdes majore le risque infectieux et une fièvre chez une femme lupique enceinte mérite d'être prise en charge à l'égal d'une fièvre survenant chez un immunodéprimé.

2. Syndrome des antiphospholipides

Les complications obstétricales définissent en partie le syndrome des antiphospholipides (SAPL) en sachant que les critères actuellement exigés sont :

- une mort fœtale ;
- ou une naissance prématurée (à ou avant la 34^e semaine) en raison d'une prééclampsie sévère ou d'une éclampsie, ou d'une insuffisance placentaire sévère d'un nouveau-né morphologiquement normal ;
- ou au moins trois avortements spontanés consécutifs inexplicables avant dix semaines.

En l'absence de traitement, le taux de grossesses menées à terme se situe aux environs de 10 %. Traitée, la grossesse aboutit dans 63 à 100 % à la naissance d'un enfant vivant [7,8]. Cependant, le traitement n'est pas codifié. Divers protocoles ont été proposés, utilisant à des degrés variables l'aspirine à dose antiagrégante, l'héparine généralement prescrite sous la forme d'une héparine de bas poids moléculaire en une ou deux injections journalières, la corticothérapie, les immunoglobulines intraveineuses et les échanges plasmatiques. Deux études contrôlées ont montré que la corticothérapie, en association à l'aspirine, bien qu'ayant une efficacité similaire à l'héparine ou l'aspirine seule, exposait à un risque plus élevé de rupture prématurée des membranes et de prééclampsie [9,10]. Elle n'a donc pas d'indication en première intention dans le SAPL primaire. Des phlébites étant survenues au cours de grossesses traitées par aspirine, voire sous héparine à dose prophylactique, l'héparinothérapie à dose thérapeutique doit être préférée en première intention en cas d'antécédents thrombotiques [8]. Deux essais ont montré la supériorité de l'association héparine plus aspirine sur l'aspirine seule. Nous pensons que l'héparine doit être uniquement suspendue pour permettre l'anesthésie péridurale de l'accouchement et réinstituée aussitôt après en raison de risque thrombotique de la grossesse et du post-partum. Les héparines de

bas poids moléculaire offrent l'avantage par rapport à l'héparine non fractionnée d'une meilleure biodisponibilité, d'une demi-vie plus longue autorisant une seule injection quotidienne, d'un risque moins élevé de thrombopénie et peut-être d'ostéoporose.

En résumé, l'aspirine seule peut être proposée en première intention en l'absence d'antécédents thrombotiques et obstétricaux. L'héparine associée à l'aspirine est proposée en première intention en cas d'antécédents thrombotiques et/ou obstétricaux sous aspirine. L'échec amène à discuter l'adjonction d'immunoglobulines intraveineuses dont l'indication est affaire de services spécialisés. La corticothérapie n'est prescrite qu'en cas de SAPL secondaire au LES ou de thrombopénie auto-immune associée.

3. Sclérodémie systémique

La sclérodémie systémique (SS) survient en règle entre 30 et 50 ans et n'a pas de traitement d'efficacité prouvée. Plusieurs séries récentes ont précisé l'influence de la grossesse sur la SS et vice-versa [11–14], venant contredire les données tirées de la compilation des publications anecdotiques antérieures telles que l'hypofertilité, la fréquence des avortements spontanés, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle. Au contraire, une étude cas-témoin italienne [15] et une étude épidémiologique suédoise [16] viennent de mettre en évidence une diminution du risque de SS chez les femmes ayant eu des enfants par rapport aux nullipares (odds ratio = 0,3, avec un intervalle de confiance : 0,1 – 0,8 dans l'étude italienne). Le risque diminuait avec le nombre de naissances. Chez les femmes ayant eu au moins un enfant, l'âge plus jeune lors de la première naissance était associé à un risque plus élevé de SS. L'association entre parité plus basse et augmentation du risque de SS peut être interprétée comme le résultat d'une fertilité diminuée par la SS avant que la maladie devienne cliniquement évidente, la présence plus fréquente de causes d'infertilité au cours de la SS ou un effet protecteur de la grossesse vis-à-vis de l'émergence d'une SS.

Certaines études avaient suggéré que des modifications immunologiques lors de la grossesse et la présence de cellules fœtales chimériques dans les tissus maternels pouvaient prédisposer à une SS ultérieure par le biais d'une réaction proche de la maladie du greffon contre l'hôte. Il a été démontré depuis que ce microchimérisme s'observait également chez les sujets sains [17].

La fertilité des femmes sclérodermiques est apparue similaire aux témoins dans des séries cliniques, 4 % des femmes étant infertiles. La fertilité paraît plus élevée chez les femmes ayant une forme limitée par rapport à celles atteintes de forme diffuse [11].

La grossesse ne semble pas influencer l'évolution de la SS. Généralement, le syndrome de Raynaud s'améliore mais le reflux gastro-œsophagien s'aggrave. Sur 91 grossesses chez 59 femmes porteuses d'une SS, Steen a observé trois cas de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9272537>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9272537>

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