

Grossesse et MICI

• • • • • • • • • •
Michel Bougnol

Cette fiche vous aidera à répondre simplement à la plupart des questions que se posent les patients qui envisagent une grossesse.

Quelques précautions sont de mise, mais il est possible d'envisager et de mener à bien une grossesse sans véritable difficulté.

➔ La fertilité du couple est-elle modifiée par la MICI ?

- La fertilité des femmes atteintes de MICI n'est pas modifiée, sauf durant les périodes d'activité de la maladie
- En période de poussée de la maladie, souvent à l'occasion d'un amaigrissement important avec aménorrhée, la fertilité peut être réduite
- Les interventions chirurgicales antérieures ou les récurrences répétées sont susceptibles d'entraîner des adhérences (phénomènes cicatriciels à l'intérieur de l'abdomen) et de rendre plus aléatoire la fécondation
- La sulfasalazine (salazopyrine®), médicament parfois utilisé dans la RCH, peut être, chez l'homme, source d'oligospermie susceptible de réduire les chances de fécondation, mais cet effet est réversible en deux mois à l'arrêt du traitement
- Chez un homme ayant subi une amputation du rectum, il arrive exceptionnellement qu'une impuissance s'installe
- Il est déconseillé d'envisager une conception pendant une période d'activité importante de la maladie

➔ Les MICI influencent-elles la grossesse ?

- La contraception est nécessaire quand le traitement en cours comporte un médicament non autorisé pendant la grossesse (voir encadré)
- Lorsque la maladie est active au moment de la conception, les fausses couches sont fréquentes. Il est donc nécessaire de ne pas envisager de grossesse tant que la maladie n'est pas parfaitement stabilisée. C'est pourquoi il est important de bien suivre le traitement de la MICI
- Lorsque la conception survient en période de quiescence de la maladie et qu'une poussée ne survient pas au cours de la grossesse, la patiente doit être certes suivie de façon attentive et plus étroite que de coutume (en particulier pendant le dernier trimestre) mais, dans la majorité des cas, grossesse et accouchement se déroulent normalement
- Un risque possible de prématurité et d'hypotrophie a été rapporté au cours de la MC et de la RCH
- Il convient de signaler qu'aucune étude n'a montré un risque majoré de malformation (liée à la MICI) chez l'enfant



➔ **La grossesse influence-t-elle la MICI ?**

Lorsque la maladie est active au moment de la conception : la MICI peut s'aggraver (1/3 des cas), rester stable (1/3 des cas) ou s'améliorer jusqu'à l'accouchement (1/3 des cas). Il est donc logique de ne pas envisager de conception tant que la MICI reste évolutive.

- Si la maladie est inactive au moment de la conception, le risque de rechute pendant la grossesse est de l'ordre de 20 à 25 %. Lorsqu'une rechute survient, c'est le plus souvent au cours du premier trimestre de la grossesse
- Le problème est celui du traitement médicamenteux, il se résout cas par cas et doit faire l'objet de discussions entre la patiente (son partenaire), le gastroentérologue et le gynécologue, au mieux cette discussion doit être abordée avant la conception afin de prendre la bonne décision avant la grossesse. En règle générale :
 - s'il existe un traitement d'entretien de la MICI lorsque la grossesse est déclarée, il est préférable de le maintenir (sauf si ce traitement est contre-indiqué pendant la grossesse)
 - si une poussée survient au cours de la grossesse, la plupart des études ont montré que la mésalazine (à des doses inférieures à 3 g/j) et les corticoïdes pouvaient être utilisés ; la sulfasalazine est également bien tolérée à condition de l'associer à de l'acide folique

➔ **L'accouchement par voie naturelle est-il possible ?**

- Il est préférable d'éviter l'épisiotomie en cas de maladie de Crohn en raison de la possibilité de fistule
- La présence de fistule ou d'abcès dans la région périnéale doit conduire à envisager une césarienne compte tenu des risques infectieux
- En cas d'anastomose iléo-anale, il n'y a pas de contre-indication formelle à un accouchement par voie naturelle ; les modalités de l'accouchement ne doivent être décidées qu'à partir de considérations obstétricales

➔ **Existe-t-il un risque de transmission de la maladie à l'enfant ?**

- Ce risque existe mais il est faible, de l'ordre de 1 % si l'un des parents est atteint mais il s'élève à 30 % si les 2 parents sont atteints
- Les tests génétiques, utilisés pour la recherche, n'ont aucune utilité en pratique quotidienne. En effet qu'ils soient positifs ou négatifs, ils ne permettent pas de prévoir si la maladie va ou non se développer chez l'enfant. De plus, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement préventif

➔ **Une patiente porteuse de MICI peut-elle allaiter ?**

- L'allaitement ne modifie pas l'évolution de la MICI
- Les enfants qui avaient reçu un allaitement maternel auraient un moindre risque de MICI. Certains médicaments pris par la mère passent dans le lait maternel (voir encadré)

Être porteuse de MICI n'empêche pas de devenir maman mais il est préférable d'évoquer la grossesse avec son gastroentérologue

➔ **Médicaments autorisés (grossesse et allaitement)**

BUDESONIDE : pas d'information sur ce produit

CORTICOÏDES : La prednisonne et la prednisolone peuvent être utilisées sans restriction pendant la grossesse. À des doses > 50 mg/j (méthylprednisolone), l'allaitement est envisageable en laissant passer, si possible, au moins 4 heures entre la prise et la tétée

ANTI-TNF : Les enfants de mère traitée jusqu'à l'accouchement par anti TNF doivent être considérés comme immunodéprimés jusqu'à l'âge de six mois (vaccins vivants contre-indiqués)

Les recommandations actuelles (avis d'expert) autorisent l'utilisation des anti-TNF jusqu'à la fin du 2^e trimestre (18 SA pour certains). Il convient de limiter leur utilisation durant le 3^e trimestre sauf pour le certolizumab qui ne présente pas de passage placentaire

AZATHIOPRINE : Risque accru d'infections materno-fœtales (à CMV surtout). Les données de la littérature ne contre-indiquent pas son utilisation durant la grossesse même si dans le *Vidal* il existe des restrictions chez l'animal

➔ **Médicaments avec précautions**

5-ASA et SULFASALAZINE : La sulfasalazine et le 5-ASA administrés à des doses inférieures à 3 g/j n'ont aucun effet indésirable spécifique au cours de la grossesse

Sous sulfasalazine pendant la grossesse, un traitement complémentaire par acide folique est nécessaire. Durant l'allaitement, il convient de ne pas dépasser les 2 g/j car il existe des risques de diarrhée chez le nourrisson

➔ **Médicaments contre-indiqués pendant la grossesse**

MÉTHOTREXATE : effet tératogène, anomalie chromosomique et avortement

QUINOLONES, THALIDOMIDE : www.lecrat.org

➔ **Références**

1. Marteau Ph, Beaugerie L, Schénowitz G, Tucacat G. MICI et grossesse : Prise en charge des MICI. John Libbey Eurotext Ed. Paris 2003;82-90.
2. Couve S, Seksik Ph, Elefant E, Jian R, Marteau Ph. Maladies inflammatoires de l'intestin et procréation. Gastroenterol Clin Biol 2003;27:618-26.
3. Cornish JA, Tan E, Teare J, et al. Pregnancy a meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. Gut 2007;56:830-7.
4. Mahadevan U, Cucchiara S, Hyams JS, et al. The London position statement of the World Congress of Gastroenterology on Biological Therapy for IBD with the European Crohn's and Colitis Organisation : Pregnancy and Pediatrics. Am J Gastroenterol 2011;106:214-23.



Réalisée avec le soutien financier de



ISBN : 978-2-35833-068-8
EAN : 9782358330688
ISSN : 2116-3103

bialec / 12/2011