

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Liste de contrôle relative aux MII avant et pendant la grossesse (y compris des renseignements sur l'utilisation de thérapies innovantes pendant la grossesse).

Objectif

Assurer une planification familiale éclairée.

Un suivi régulier pendant la période de préconception et la grossesse est recommandé pour informer et conseiller les patients et optimiser le traitement de la maladie afin d'améliorer la santé materno-fœtale.

Population de patients

Les personnes (hommes et femmes) ayant un diagnostic connu de MII qui sont en âge de procréer.

D^{re} Vivian Huang, M.D., M. Sc., FRCSC (Hôpital Mount Sinai et Université de Toronto)
D^{re} Cynthia Seow, MBBS (dist.), M. Sc., FRACP (Université de Calgary)
D^{re} Yvette Leung, M.D., FRCSC (Université de la Colombie-Britannique)

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), et sont basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de soins de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent toutefois refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables partout au Canada.

Abréviations

5-ASA	Acide 5-aminosalicylique
AIA	Anastomose iléo-anale
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DTaP	Diphtérie, tétanos et coqueluche
JAK	Janus kinase
MII	Maladie inflammatoire de l'intestin
S1P	Sphingosine-1-phosphate

À retenir

L'optimisation des résultats maternels et néonataux dans le contexte des MII commence avant la conception.

Les femmes doivent être informées qu'elles doivent se préoccuper davantage des effets de l'inflammation active plutôt que des effets des médicaments actifs. Un traitement médical continu pour garder le contrôle de la maladie est primordial. Presque tous les médicaments contre les MII (à l'exception du méthotrexate et des petites molécules à administration orale, c'est-à-dire les inhibiteurs de Janus kinase ou les modulateurs de la S1P) sont sans danger pendant la grossesse et l'allaitement. Il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement et celui-ci doit se faire pendant la grossesse et l'allaitement.

Introduction

Les patients atteints d'une MII et les prestataires de soins de santé se posent souvent des questions quant à l'interaction de la maladie avec la fertilité, la grossesse, l'allaitement et la santé du nourrisson. Bien que la prise en charge des MII continue d'évoluer à mesure que de nouveaux traitements deviennent accessibles, les principaux points de discussion concernant l'éducation/le counseling et la prise en charge des patientes atteintes d'une MII avant la conception ou enceintes restent les mêmes. Ce guide de pratique clinique fournit une orientation sur les principes clés à discuter et à mettre en œuvre auprès de vos patients vivant avec une MII avant la conception et pendant la grossesse.

Envisager de discuter des éléments suivants :

Préconception

Planification familiale — Est-ce que le·la patient·e souhaite avoir des enfants? Si la réponse est négative, il convient de lui demander quels sont les facteurs qui l'ont conduit·e à cette décision, car les patient·e·s pourraient être mal informé·e·s sur les risques génétiques, de maladie ou ceux associés aux médicaments.

Facteurs de risque

Facteurs de risque modifiables pour l'obtention de bons résultats maternels et infantiles pendant la grossesse : l'arrêt du tabagisme, une alimentation saine, la prise de multivitamines prénatales et le contrôle de la maladie. Il faut se préoccuper davantage de la maladie active que des médicaments actifs!

Facteurs de risque non modifiables pour le développement d'une MII chez le nourrisson : le risque génétique est considéré comme faible. Il faut se concentrer sur ce qui est modifiable!

Fertilité

Si un·e patient·e est en rémission clinique, la fertilité est similaire à celle de la population générale. Une MII active ou des antécédents de chirurgie pelvienne (y compris une proctocolectomie ou une anastomose iléo-anale) peuvent diminuer la fertilité.

Ce que vous pouvez faire

1. Instaurez la prise de multivitamines prénatales (contenant du fer et du folate – à raison d'au moins 0,5 mg/jour, mais de 2 mg/jour si la patiente prend de la sulfasalazine). Vérifiez les taux de ferritine, de vitamine B12 et de vitamine D et prescrivez les suppléments adéquats.
2. Établissez l'activité de la maladie à l'aide d'une évaluation clinique, d'un test de calprotectine fécale avec ou sans endoscopie/examen d'imagerie pour assurer la rémission de la maladie avant que la patiente tente de concevoir. Cette évaluation est pertinente même chez les personnes asymptomatiques, car les symptômes pourraient ne pas être corrélés à l'activité de la maladie.
3. Si la MII est contrôlée, mais que la patiente ne parvient toujours pas à concevoir après 12 mois d'essais actifs, envisagez de l'adresser à un spécialiste de la fertilité pour exclure d'autres causes d'infertilité. Chez les femmes ayant des antécédents de chirurgie pelvienne extensive, p. ex., une anastomose iléo-anale (AIA) ou une proctocolectomie, envisagez de les adresser à un spécialiste de la fertilité après 6 mois de tentatives infructueuses.

Principes en matière de grossesse

1. Effets des MII sur la grossesse

Il est important de contrôler l'activité de la maladie jusqu'à sa quiescence pendant la grossesse. L'approche du traitement en fonction de la cible (guérison de la muqueuse) – pour parvenir à une guérison clinique, biochimique, échographique et endoscopique – est aussi importante chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas.

Des analyses de laboratoire courantes doivent être effectuées chaque trimestre; envisagez le test de calprotectine fécale aux 1^{er} et 3^e trimestres, étant donné que ce test peut prédire une poussée de la maladie de 3 à 6 mois à l'avance (3 mois = 1 trimestre). L'échographie intestinale est aussi un excellent outil non invasif

permettant d'évaluer la maladie. Elle peut être réalisée avant 24 semaines de gestation (passé ce délai, le bébé « volera la vedette » et l'intestin ne pourra pas être adéquatement visualisé). Une évaluation endoscopique peut être envisagée si elle modifie la prise en charge du patient, par exemple en cas de poussée aiguë lorsqu'une évaluation est nécessaire avant de commencer ou de changer de traitement, et/ou si des biopsies sont nécessaires pour exclure une surinfection virale.

L'importance du contrôle de la maladie est attestée par le fait que les patientes présentant une maladie active au moment de la conception sont 7 à 8 fois plus susceptibles d'avoir une poussée pendant la grossesse et 2 à 3 fois plus susceptibles d'avoir une naissance prématurée. Une naissance prématurée, caractérisée par un accouchement avant 37 semaines de gestation, augmente le risque de problèmes de développement neurologique et augmente également le risque d'infection chez le nourrisson (en raison de l'immaturation du système immunitaire). Il est important de noter que c'est la maladie active et non le traitement actif qui augmente le risque de ces conséquences materno-fœtales indésirables.

2. Effet de la grossesse sur les MII

Les femmes atteintes de la maladie de Crohn se portent généralement bien pendant la grossesse et la maladie entre dans une phase de relative quiescence. Cependant, la stratégie du traitement en fonction de la cible s'applique toujours et il convient de poursuivre le traitement adéquat. Les femmes atteintes de colite ulcéreuse présentent un risque accru de poussée au cours des deuxième et troisième trimestres jusqu'au début de la phase post-partum, même si leur grossesse a commencé en phase de rémission. Les personnes atteintes de colite ulcéreuse ont souvent besoin d'un traitement rectal supplémentaire en plus des médicaments d'entretien existants. Comme il est indiqué dans la section « Effet des MII sur la grossesse », tous les efforts doivent être entrepris pour maintenir le contrôle de la maladie tout au long de la grossesse à l'aide d'un traitement médical.

3. Innocuité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement

- Acide 5-aminosalicylique (5-ASA)
Ces agents sont considérés sans danger pendant la grossesse et l'allaitement en raison de leur absorption limitée dans la circulation générale. Ce sont des médicaments topiques efficaces qui agissent sur la muqueuse. En tant que tels, ils n'ont pas de biodisponibilité systémique et n'ont aucune répercussion sur le nourrisson, ce qui en fait des médicaments sûrs d'emploi pendant la grossesse et l'allaitement.

- **Corticostéroïdes**
Les corticostéroïdes sont utilisés pour induire, mais pas pour maintenir la rémission. Ils peuvent être utilisés pendant une durée limitée pour traiter efficacement une poussée active pendant la grossesse ou l'allaitement. À titre de rappel, ces médicaments sont utilisés comme agents de transition et le médecin doit envisager un traitement d'entretien approprié. Les données à long terme n'ont pas démontré d'augmentation du risque de fente labio-palatine; cependant, l'utilisation de corticostéroïdes peut être associée à des effets métaboliques, notamment un risque accru de diabète gestationnel. Les effets indésirables, notamment l'insuffisance pondérale à la naissance et la naissance prématurée, reflètent l'état pathologique actif, soulignant la nécessité d'un contrôle strict de la maladie pour le reste de la grossesse. Si une femme allaite pendant une corticothérapie, il n'est pas nécessaire de pomper et de jeter son lait.
- **Azathioprine**
L'azathioprine est considérée comme sûre d'emploi pendant la grossesse et l'allaitement en tant qu'agent unique. Le risque d'infection augmente légèrement lorsqu'elle est utilisée en traitement d'association. Les femmes prenant de l'azathioprine n'ont pas besoin de pomper et de jeter leur lait pendant l'allaitement.
- **Médicaments biologiques**
Les médicaments biologiques sont des anticorps monoclonaux extrêmement efficaces et sans danger pour le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin. Comme il s'agit de molécules de grande taille, ils ne traversent pas la barrière placentaire au premier trimestre, et ne sont donc pas responsables d'anomalies congénitales. Cependant, un transfert sanguin plus marqué au cours des deuxième et troisième trimestres entraîne des taux de médicament détectables chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois.

Heureusement, cela n'entraîne pas d'augmentation du risque d'infections néonatales, comme le démontrent un certain nombre d'études de recherche. Les femmes qui ont été exposées à des thérapies biologiques pendant la grossesse, entraînant une exposition de leur nourrisson aux médicaments biologiques, peuvent s'auto-orienter ou demander à être orientées vers leur clinique spécialisée en immunisation locale, gérée par le service des maladies infectieuses pédiatriques, bien que ces cliniques soient uniquement disponibles dans certains lieux désignés. Les nourrissons exposés aux médicaments biologiques subiront une évaluation clinique, des tests de dosage des médicaments et un immunophénotypage; les parents des nourrissons sont en outre rassurés quant à l'administration de vaccins non vivants, qui sont systématiques pour tous les nourrissons. Bien que les vaccins vivants aient généralement été refusés aux nourrissons exposés aux médicaments biologiques pendant les 6 premiers mois de vie, si les nourrissons sont examinés à la clinique spéciale d'immunisation au cours des 2 à 3 premiers mois de vie et que leurs tests immunitaires sont jugés normaux, ils pourront recevoir le vaccin vivant oral contre

le rotavirus, ce qui permet de compléter tous les vaccins recommandés pour les nourrissons*.

* Les cliniques spéciales d'immunisation sont en liaison avec la Santé publique. Par conséquent, ce processus peut faire l'objet de changements.

L'allaitement pendant une thérapie biologique est sans danger, car seules de très petites quantités du médicament passent dans le lait maternel et seront digérées par le système gastro-intestinal du bébé, et il n'y aura plus de transfert sanguin.

- Méthotrexate, inhibiteurs de Janus kinase (JAK) et modulateurs du récepteur de la sphingosine-1-phosphate (S1P)
Les petites molécules à administration orale, qui comprennent le méthotrexate, les inhibiteurs de Janus kinase (JAK) et les modulateurs du récepteur de la sphingosine-1-phosphate (S1P), doivent généralement être évitées dans les 6 mois précédant la grossesse. Il faut prévoir de faire passer les patientes à un traitement plus approprié vu les risques tératogéniques potentiels. La fenêtre de 6 mois permet aux femmes de stabiliser leur état sous le nouveau traitement adéquat. Compte tenu du principe qu'il est plus important de contrôler la maladie active, il existe quelques exceptions où les femmes enceintes peuvent poursuivre un traitement à base de petites molécules si aucun autre n'est disponible et si elles ont épuisé toutes les autres options de traitement pour les MII. Il s'agit cependant de circonstances exceptionnelles et les femmes doivent être suivies par une clinique spécialisée dans les MII et la grossesse. Ces médicaments doivent être évités pendant l'allaitement.

4. Soins obstétricaux pendant la grossesse

Nous recommandons aux femmes atteintes d'une MII d'être suivies par un obstétricien spécialisé dans les grossesses à risque élevé ou par un spécialiste en médecine materno-fœtale.

L'accouchement vaginal est généralement recommandé chez les femmes atteintes d'une MII. Les contre-indications sont limitées, notamment en cas de maladie périanaire active, de chirurgie pelvienne étendue, ou d'anastomose iléo-anale. La décision concernant le mode d'accouchement se base généralement sur des considérations obstétricales, notamment une disproportion céphalo-pelvienne, une présentation par le siège, etc.

Les femmes enceintes hospitalisées pour une poussée de la maladie ou pour un accouchement par césarienne doivent recevoir une prophylaxie thromboembolique par l'héparine.

5. Soins préventifs durant la grossesse

Les soins préventifs sont présentés dans les sous-sections suivantes : santé mentale, vaccinations, nutrition, dépistage du cancer.

- Santé mentale
Les femmes enceintes et en phase post-partum présentent un risque accru d'anxiété et de dépression post-partum. Un dépistage doit être effectué.
- Vaccinations
Toutes les femmes enceintes devraient se voir proposer un vaccin DTaP [diphtérie, tétanos et coqueluche] à chaque grossesse pour conférer une immunité passive au bébé. La Société d'obstétrique et gynécologie du Canada [SOGC] recommande qu'un vaccin contre la COVID-19 soit administré à chaque grossesse en plus du vaccin contre la grippe saisonnière. Toutes les femmes suivant une thérapie biologique présentent un risque plus élevé de pneumonie et devraient donc recevoir les vaccins Pevnar et Pneumovax pour adultes si le produit n'a pas été administré auparavant.
- Nutrition
Un dépistage des carences en vitamine D, en fer et en vitamine B12 doit être effectué et des suppléments adéquats doivent être apportés au besoin.
- Dépistage du cancer
Un dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer de la peau et du cancer du côlon doit être effectué et les dispositions adéquates doivent être prises pour effectuer un dépistage invasif entre les grossesses. Envisager l'orientation vers une clinique spécialisée en préconception, grossesse et MII s'il en existe une dans votre région, ou vers un spécialiste des MII qui s'intéresse à la santé des femmes.

Autres ressources

Crohn et Colite Canada-[Liste de vérification pour la MII pendant la préconception ou la grossesse \(décembre 2024\)](#)

PIANO Global Consensus: <https://pianostudy.org/>

Vidéos destinées aux patients: https://pianostudy.org/GCC_video/MainMenu/story.html
(Disponible en anglais)

My IBD Life Parenthood Project (AGA) <https://myibdlife.gastro.org/parenthood-project/>
(Disponible en anglais)

Pregnancy and IBD Decision Aid (myPIDA) <https://www.ibdpregnancyaid.com/>
(Disponible en anglais)

Références

Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy Clinical Care Pathway: A Report from the American Gastroenterological Association IBD Parenthood Project Working Group.

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.022>

Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, Chaparro M, Flanagan E, Friedman S, Julsgaard M, Kane S, Ng S, Torres J, Watermeyer G, Yamamoto-Furusho J, Robinson C, Fisher S, Anderson P, Geary R, Duricova D, Dubinsky M, Long M; Global Consensus Group for Pregnancy in IBD.

Global consensus statement on the management of pregnancy in inflammatory bowel disease. *Gut*. 2025 Aug 28;gutjnl-2025-336402. Epub ahead of print. PMID: 40876906. [doi: 10.1136/gutjnl-2025-336402](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2025-336402)

Nguyen GC and Seow CH, *et al.* The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology* 2016; 150:734-757

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.12.003>