

# crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Liste de contrôle relative aux MII pendant la préconception ou la grossesse (y compris 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 pour sensibiliser, conseiller et optimiser le traitement de la maladie pour améliorer les résultats materno-fœtaux est recommandé.

Population de patients

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

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

## 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 orales, c'est-à-dire les inhibiteurs de Janus Kinase ou les modulateurs 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

La patientèle atteinte 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 de la plus grande accessibilité des nouveaux traitements, les principaux points de discussion concernant l'éducation/le counseling et la prise en charge des patient·e·s atteint·e·s d'une MII avant la conception ou enceintes restent cohérents. Cette voie de soins cliniques fournit des orientations portant sur les principes clés à discuter et à mettre en œuvre avec votre patientèle 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 non, on encourage de lui demander en plus 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

Les facteurs de risque modifiables pour de bons résultats maternels et infantiles pendant la grossesse — Encouragez la désaccoutumance au tabac, une alimentation saine, l'apport de multivitamines prénatales et le contrôle des maladies. Préoccupez-vous plus des maladies actives que des médicaments actifs!

Les facteurs de risque non modifiables pour le développement d'une MII chez le nourrisson — le risque génétique est considéré comme mineur. Concentrez-vous 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 proctectomie ou une anastomose iléo-anale) peuvent diminuer la fertilité.

## Ce que vous pouvez faire

1. Commencez la prise de multivitamines prénatales (contenant du fer et du folate – minimum 0,5 mg/jour, mais 2 mg/jour si vous prenez de la sulfasalazine). Vérifiez les taux de ferritine, de vitamine B12 et de vitamine D et prenez les suppléments adéquats.
2. Évaluez l'activité de la maladie à l'aide d'une évaluation clinique, d'un test de calprotectine fécale et/ou endoscopie/imagerie pour assurer la rémission de la maladie avant d'essayer 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 vous ne parvenez toujours pas à concevoir après 12 mois d'essais actifs, envisagez de vous adresser à un spécialiste de la fertilité pour exclure d'autres causes d'hypofertilité. Chez les femmes ayant des antécédents de chirurgie pelvienne extensive, p. ex., une anastomose iléo-anale (AIA) ou une proctocolectomie, envisagez de vous 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 à 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 examens de routine en laboratoire doivent être effectués chaque trimestre; envisagez le test de calprotectine fécale aux 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres, étant donné que ce test peut prédire une poussée de la maladie 3 à 6 mois à l'avance (et 3 mois = 1 trimestre); l'échographie abdominale est un excellent outil non invasif permettant de faire cette évaluation. 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'immaturité 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. Effets 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 à la cible (T2T) 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 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 systémique limitée. 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 aucun impact sur le nourrisson, ce qui en fait des médicaments sans danger 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 pendant la phase de lactation. À titre de rappel, ces médicaments sont utilisés comme agents de transition et le médecin doit envisager un traitement d'entretien approprié. Les données sur le 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 un traitement aux corticostéroïdes, il n'est pas nécessaire de pomper et de jeter son lait.
- **Azathioprine**  
L'azathioprine est considérée comme sans danger pendant la grossesse et l'allaitement en tant qu'agent unique. Le risque d'infection augmente légèrement lorsqu'elle est utilisée en guise de traitement d'association. Les femmes prenant de l'azathioprine n'ont pas besoin de pomper et de jeter le 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. Compte tenu de leur grande taille, ils ne traversent pas la barrière placentaire au premier trimestre, et ne sont donc pas responsables de déficits congénitaux. Cependant, un transfert régulier au

cours des deuxième et troisième trimestres entraîne des niveaux de médicament détectables chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois.

Heureusement, cela n'a pas entraîné 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 biothérapies pendant la grossesse, entraînant une exposition de leur nourrisson aux médicaments biologiques, peuvent s'auto-aiguiller ou demander à être aiguillées 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 chez les nourrissons exposés aux médicaments biologiques pendant les 6 premiers mois de vie, s'ils sont examinés à la clinique spéciale d'immunisation et que les tests immunitaires sont jugés normaux, on conseillera aux parents de procéder au 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. C'est pourquoi ce processus peut faire l'objet de changements.

L'allaitement pendant une biothérapie 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)  
Petites molécules orales qui comprennent le méthotrexate, les inhibiteurs de Janus Kinase (JAK) et les modulateurs du récepteur de la sphingosine-1-phosphate. Elles doivent généralement être évitées dans les 6 mois précédant la grossesse. Prévoir de faire passer les patients à une thérapie plus adéquate, vu les risques tératogéniques potentiels, et la fenêtre de 6 mois permet aux femmes de se stabiliser sur une thérapie adéquate. Fondées sur le principe qu'il est plus important de contrôler la maladie active, il existe quelques exceptions où les femmes enceintes peuvent poursuivre une thérapie à petites molécules si aucune autre n'est disponible. 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 haut risque 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 périnéale 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 du siège, etc.

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

## 5. Soins préventifs durant la grossesse

Les sous-sections suivantes sont ici incluses : 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 biothérapie présentent un risque plus élevé de pneumonie et devraient donc recevoir les vaccins Prevnar et Pneumovax pour adultes si le produit n'a pas été administré auparavant.
- **Nutrition**  
Un dépistage des carences en vitamine D, en ferritine et en vitamine B12 doit être effectué et des suppléments adéquats doivent être apportés au besoin.
- **Dépistage du cancer**  
Le 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'aiguillage vers une clinique spécialisée en préconception, grossesse et MII s'il en existe une dans votre région sanitaire, ou vers un spécialiste des MII qui s'intéresse à la santé des femmes.

Autres ressources

IBD Parenthood Project [The Parenthood Project - My IBD Life \(gastro.org\)](https://gastro.org)

Excellents documents téléchargeables pour les patient·e·s.

Crohn et Colite Canada <https://crohnetcolite.ca/A-propos-de-ces-maladies/Parcours-de-la-MII/Fecondite-et-grossesse>

Références

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>

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>