



INFORMATIONS pour le patient

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN ET LA GROSSESSE

Équipe IBD de l'UZ Brussel

Dr L. Vandermeulen

Mme M. Barbaraci et Mme M. De Wolf, infirmières



Universitair
Ziekenhuis
Brussel



Vous souffrez d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) et vous avez un désir d'enfant ?

Dans ce cas, vous vous posez certainement des questions sur la fertilité, la grossesse, l'allaitement et l'hérédité.

Il est préférable de vous entretenir de ces sujets avec votre médecin avant le début de la grossesse.

Une règle d'or est qu'une mère en bonne santé, sans signe de maladie active, donne généralement naissance à un bébé en bonne santé. Une fois que vous êtes enceinte, un suivi optimal et une bonne collaboration entre le gastro-entérologue et le gynécologue sont très importants.

Cette brochure vous donne un aperçu des points les plus importants.

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE DE L'INTESTIN (MICI) ?

La maladie de Crohn et la recto-colite hémorragique sont des inflammations chroniques du tractus gastro-intestinal. Le corps possède un système de défense contre les intrus venus de l'extérieur (bactéries, virus, etc.) ou de l'intérieur : le système immunitaire.

Si vous êtes atteinte d'une de ces maladies, le système immunitaire réagit différemment : il se bat littéralement contre lui-même, provoquant ainsi une inflammation chronique de l'intestin.

FERTILITÉ ET MICI

La fertilité est la capacité à être enceinte et à accoucher. Les femmes atteintes de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique qui n'ont encore jamais été opérées et dont la maladie est peu active ont les mêmes chances d'être enceintes que les autres femmes.

Les femmes atteintes de rectocolite hémorragique qui ont subi une colectomie (ablation du côlon) sont exposées à un plus grand risque d'infertilité à la suite de cette opération, sauf si la dernière partie du côlon (rectum) est encore présente. D'autres opérations au niveau du bas ventre peuvent également contribuer à réduire la fertilité, probablement à cause des adhérences (cicatrices) à la suite de l'intervention. La FIV (fécondation *in vitro*) est une solution possible.

La plupart des médicaments utilisés dans le traitement d'une MICI n'ont aucune influence sur la fertilité. Seule Salazopyrine® possède des conséquences réversibles sur la qualité du sperme. L'effet négatif du méthotrexate sur la fertilité de l'homme est moins clair.

HÉRÉDITÉ

Des facteurs génétiques (héréditaires) jouent un rôle dans l'apparition d'une maladie inflammatoire de l'intestin. Si un des parents est atteint d'une maladie inflammatoire de l'intestin, les enfants sont exposés à un risque de deux à treize fois plus élevé de développer eux aussi une MICI. En Belgique, cela représente environ 5 %.

Le risque est plus élevé en cas de maladie de Crohn que de rectocolite hémorragique et est davantage transmis par la mère que par le père. Si les deux parents sont atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, le risque que leur enfant développe une MICI est estimé à 36 %.

GROSSESSE

Une maladie inflammatoire chronique de l'intestin active n'est bonne ni pour la mère, ni pour l'enfant. Si la mère est malade, le risque de naissance prématurée et de faible poids à la naissance augmente. Il est donc important que la patiente soit en rémission stable au début de la grossesse. Une rémission signifie que tous les signes de la maladie ont disparu. Cela ne veut pas dire que la maladie est complètement éliminée.

MÉDICAMENTS AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

La plupart des médicaments contre les MICI sont heureusement sûrs, tant avant que pendant la grossesse, à la fois pour la mère et pour l'enfant.

Certains peuvent être arrêtés dès le moment où la patiente tente d'être enceinte. Il est important que la patiente n'arrête jamais les médicaments de sa propre initiative, mais toujours en concertation avec le médecin. Le risque de poussée doit être évalué par rapport au risque que représentent les médicaments. En cas de poussée de la maladie, les chances de grossesse diminuent et le risque de complications pendant la grossesse augmente.

MÉDICAMENTS CONTRE LES MICI

Mésalazine (Colitofalk®, Pentasa®, Claversal®), sulfasalazine (Salazopyrine®) et antibiotiques :

- La mésalazine est considérée comme sûre.
- En cas d'utilisation de sulfasalazine (Salazopyrine®) par l'homme, on observe une diminution du nombre de spermatozoïdes, qui disparaît environ deux mois après l'arrêt du médicament.
- Les antibiotiques les plus utilisés en cas de MICI sont le métronidazole (Flagyl®) et la ciprofloxacine (Ciproxine®). Tous deux sont considérés comme sûrs mais ne sont utilisés qu'en cas de nécessité.
L'allaitement est déconseillé en cas de prise de métronidazole et est probablement sûr avec la ciprofloxacine, bien que les informations à ce sujet soient peu nombreuses.

Azathioprine et 6-mercaptopurine

Pendant la grossesse, vous pouvez continuer à prendre des thiopurines (Imuran® et Puri-Nethol®).

Corticoïdes

Les corticoïdes (Medrol®, Budenofalk®, Entocort® et Clipper®) sont généralement considérés comme sûrs.

En cas de doses élevées de corticoïdes, des problèmes au niveau de la fonction surrénalienne et des défenses immunitaires du bébé sont possibles. Les avantages et les inconvénients de ce traitement doivent donc être évalués et abordés avec votre médecin.

Anti-TNF-alpha

Les anti-TNF (infliximab, adalimumab et golimumab) sont également considérés comme sûrs.

La prudence s'impose pendant le troisième trimestre de la grossesse (douze dernières semaines). Ces médicaments peuvent en effet traverser la barrière placentaire (le placenta filtre les substances nocives éventuelles). Nous conseillons donc, dans la mesure du possible, d'arrêter la prise d'infliximab à la semaine 32 et d'adalimumab à la semaine 36 au plus tard.

Une rechute de votre maladie menace ? La prise des médicaments est poursuivie ou reprise.

Vous continuez à prendre le traitement pendant le dernier trimestre de votre grossesse ? Il convient d'en tenir compte pour les vaccinations du bébé. Les vaccins contre la tuberculose, le rotavirus, les oreillons, la rougeole et la rubéole doivent être reportés jusqu'à au moins trois mois après la naissance.

Les anti-TNF-alpha ne possèdent pas d'effet négatif sur la qualité du sperme.

Il est admis que les nouveaux médicaments biologiques (Stelara et Entyvio) sont sûrs pendant la grossesse. Les inhibiteurs de JAK (tels que Xeljanz) sont toutefois interdits pendant la grossesse.

Méthotrexate

Le méthotrexate (Ledertrexate®) doit absolument être évité pendant la grossesse et dès que vous avez un désir de grossesse. Ce médicament comporte un risque très élevé de fausse couche et de malformations du bébé.

Le médicament doit être arrêté trois à six mois avant la grossesse.

Médicaments généraux

Les traitements contre les vomissements, le reflux gastro-œsophagien et les analgésiques courants sont également sûrs. Seuls l'aspirine et les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) doivent être évités.

Les compléments quotidiens d'acide folique, à une dose de 0,4 mg, sont indiqués comme lors de toute grossesse.

Pendant la grossesse, des prises de sang sont réalisées régulièrement afin d'exclure les carences

Médicament	Grossesse	Allaitement	Remarques
Mésalazine	sûr	sûr	
Budésonide	sûr	probablement sûr	
Prednisone	sûr	sûr	risque légèrement accru d'anomalies du fœtus*
Azathioprine/6-MP	probablement sûr	probablement sûr	attendre 4 h entre la prise et l'allaitement
Méthotrexate	très dangereux	dangereux	
Métronidazole	sûr	dangereux	à éviter pendant le 1 ^{er} trimestre
Ciprofloxacine	probablement sûr	probablement sûr	
Infliximab	sûr	probablement sûr	
Adalimumab	sûr	probablement sûr	

en fer, en vitamine B12 et en vitamine D. La prise quotidienne d'une préparation à base de fer réduit le risque de carence en fer, d'anémie et de poids faible à la naissance.

Ce tableau donne un aperçu clair.

ACCOUCHEMENT

Il existe un risque accru de césarienne chez les patientes atteintes d'une MICI. Dans la plupart des cas, un accouchement normal par voie basse est préféré, y compris chez les femmes porteuses d'une stomie.

Une césarienne n'est recommandée que chez les patientes présentant une maladie péri-anales active, une atteinte rectale ou un réservoir iléo-anal.

Discutez au préalable avec votre gynécologue de la meilleure façon d'accoucher.

ALLAITEMENT

Les avantages de l'allaitement pour le bébé sont bien connus. La règle de base reste que pendant l'allaitement, seuls les médicaments réellement nécessaires peuvent être pris.

La mésalazine, les corticoïdes, les thiopurines et les anti-TNF sont considérés comme sûrs et peuvent donc continuer d'être pris pendant l'allaitement. Seules des quantités minimales de ces médicaments passent dans le lait maternel.

Comme pendant la grossesse, le méthotrexate est strictement interdit.

Les antibiotiques doivent de préférence être évités pendant l'allaitement.

En cas de poussée après l'accouchement, les avantages et les inconvénients des différents médicaments doivent bien entendu être évalués.

VACCINATION DU BÉBÉ

Si vous avez été traitée par anti-TNF-alpha (tuberculose, rotavirus, oreillons-rougeole-rubéoles et varicelle) au cours des trois derniers mois, les vaccinations au moyen de virus ou bactéries vivants atténués doivent être reportées à au moins trois mois après la naissance.

INFORMATIONS PRATIQUES

ÉQUIPE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Prof. Dr Hendrik Reynaert	Chef de service
Dr Liv Vandermeulen Dr Maridi Aerts	Chef de clinique
Prof. Dr Sebastien Kindt Dr Wendy Van Laer Dr Sandra Sermeus	Membre de l'équipe clinique
Dr Silke François Dr Magali Surmont	Médecin résident



Consultations UZ Brussel Route 804	02 477 60 11
Infirmière MICI	02 474 95 99
Annulation d'un rendez-vous	02 477 60 11
Informations sur les frais médicaux	02 477 55 40
Service des urgences	02 477 51 00

Cette brochure fournit uniquement des informations de nature générale. Elle ne reprend pas de manière exhaustive les techniques, applications et risques. Des informations complètes, adaptées à la situation spécifique du patient, seront fournies par le médecin/le membre du personnel concerné.

Toute reproduction de texte et d'illustrations est soumise à l'autorisation préalable de l'éditeur responsable.

Pour tout commentaire relatif à cette brochure : patientinformatie@uzbrussel.be

UZ Brussel

Brussels Health Campus

Avenue du Laerbeek 101

1090 Jette

Tél. : 02 477 41 11 www.uzbrussel.be info@uzbrussel.be

Édition : 2022

Éditeur responsable : Prof. Dr M. Noppen

