

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Association reconnue d'utilité publique - FMC n° 11752573775

Hôpital Hôtel Dieu - Service de Médecine Interne
1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 PARIS Cedex 4

74^e JOURNEE FRANÇAISE DE MEDECINE

Sous la présidence du Professeur Jean CABANE

GROSSESSE ET PATHOLOGIE MEDICALES

Organisateurs :

Nathalie COSTEDOAT-CHALUMEAU et Jacques LEPERCQ

Vendredi 4 Mai 2012

9 h 00 – 17 h 00

**Amphithéâtre Baudens
Ecole du Val de Grâce
1, Place Alphonse Laveran – 75005 Paris**

MATINEE

- 9 h 00** **Organisation médico-obstétricale**
Jacques Lepercq, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris
- 9 h 30** **Plaquettes et grossesse**
Mehdi Khellaf, Hôpital Henri Mondor, Créteil
- 10 h 00** **Lupus et SAPL et grossesse**
Nathalie Costedoat-Chalumeau, Hôpital Pitié- Salpêtrière, Paris
- 10 h 30** PAUSE-CAFÉ
- 11 h 00** **Syndrôme d'activation macrophagique**
Coralie Bloch-Queyrat, Hôpital Pitié- Salpêtrière, Paris
- 11 h 15** **VIH et grossesse**
Laurent Mandelbrot, Hôpital Louis Mourier, Colombes
- 11 h 45** **Diabète et grossesse**
José Timsit, Hôpital Hôtel Dieu, Paris

APRES-MIDI

- 14 h 00** **Médicaments chez la femme enceinte**
Elisabeth Elefant, Hôpital Trousseau, Paris
- 14 h 45** **Thyroïde et grossesse**
Dominique Luton, Hôpital Bichat, Paris
- 15 h 15** **Hépatites virales et autoimmunes chez la femme enceinte**
Tarik Asselah, Hôpital Beaujon, Paris
- 15 h 45** **Obésité et grossesse**
Zeina Farah et Jacky Nizard, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- 16 h 15** **Conclusion**

ORGANISATION MEDICO-OBSTETRICALE

Jacques Lepercq,

Hôpital Saint-Vincent de Paul, Maternité Port-Royal, Université Paris Descartes, Paris

L'existence d'une pathologie médicale peut comporter des risques pour la mère et/ou l'enfant. La grossesse peut également retentir sur la pathologie médicale. Dans cette situation, il est recommandé de conseiller à la femme une évaluation préconceptionnelle des risques qui permet d'anticiper son orientation vers un centre périnatal adapté, tout en essayant dans la mesure du possible de privilégier la proximité et les choix du couple.

La consultation préconceptionnelle, l'organisation du suivi multidisciplinaire adapté à chaque situation au sein des réseaux de périnatalité seront envisagés. Les cas difficiles seront discutés.

THROMBOPENIE ET GROSSESSE

*Mehdi Khellaf,
Hôpital Henri Mondor, Créteil*

La survenue d'une thrombopénie au cours de la grossesse est assez fréquente (~10%). Les causes de thrombopénie sont dominées par la thrombopénie gestationnelle (>75%), qui ne nécessite ni exploration ni traitement particulier; elle apparaît au cours du dernier trimestre de grossesse et se corrige spontanément après l'accouchement. Les autres étiologies à évoquer devant une thrombopénie au cours de la grossesse sont : le purpura thrombopénique immunologique (PTI) primaire ou associé à d'autres pathologies, les microangiopathies thrombotiques (Purpura Thrombopénique Thrombopathique et Syndrome Hémolytique et Urémique) et les syndromes obstétricaux thrombopéniants : éclampsie et HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count). Le PTI est la seule cause de thrombopénie présente dès le 1^{er} trimestre de grossesse contrairement aux autres étiologies qui n'apparaissent qu'à partir de la 20^e Semaine d'Aménorrhée. Le bilan étiologique à réaliser devant une thrombopénie au cours de la grossesse devra ainsi tenir compte du terme et des données de l'examen clinique à la recherche notamment d'une hypertension artérielle, de signes neurologiques et d'une protéinurie à la bandelette urinaire, il comprendra obligatoirement et au minimum : un frottis sanguin à la recherche de schizocytes, un bilan hépatique, rénal et une hémostase. Le traitement de la pré-éclampsie et du HELLP repose sur des mesures de réanimation symptomatiques et l'extraction fœtale qui sera discutée en fonction du terme et de la sévérité du tableau. Le traitement des microangiopathies fait appel aux mesures de réanimation et aux échanges plasmatiques. Au cours du PTI, aucun traitement spécifique n'est nécessaire pendant la grossesse, sauf en cas de saignement ou de chiffre de plaquettes inférieur à $30 \times 10^9/L$. Il importera surtout de bien préparer l'accouchement qui, sauf contre-indication obstétricale aura lieu par voie basse. Un chiffre de plaquettes de $50 \times 10^9/L$ est requis pour l'accouchement et de $75 \times 10^9/L$ pour une rachianesthésie. Le traitement de la thrombopénie du PTI en fin de grossesse fait appel à une cure courte de corticoïdes associée aux immunoglobulines dans les formes les plus sévères résistant à la corticothérapie. Il existe un risque de thrombopénie néonatale (~10-20 % des enfants à la naissance ont $< 100 \times 10^9/L$) nécessitant un contrôle de l'hémogramme chez le bébé à la naissance et dans les 5 jours suivants, un traitement du nouveau-né est nécessaire si les plaquettes sont $< 20 \times 10^9/L$, le risque d'hémorragie néonatale grave est néanmoins rare (< 1 %).

LUPUS ET SAPL ET GROSSESSE

*Nathalie Costedoat-Chalumeau,
Hôpital Pitié- Salpêtrière, Paris*

Le lupus systémique est une maladie auto-immune qui atteint principalement la femme jeune en âge de procréer (ratio femme/homme : 9/1). La grossesse, période d'hyperoestrogénie physiologique, peut influencer l'évolution et l'activité du lupus et expose à des complications maternelles et fœtales. Sa prise en charge optimale nécessite une collaboration étroite entre les différents intervenants (médecin interniste ou rhumatologue, obstétricien, anesthésiste et pédiatre).

La gestion d'une grossesse dans ce contexte nécessite la prise en charge de 4 aspects différents :

- Le lupus et son activité,
- La présence d'une biologie et/ou d'un syndrome des antiphospholipides (SAPL),
- La présence d'anticorps anti-SSA et/ou anti-SSB (qui entraîne un risque de bloc auriculo-ventriculaire (BAV) de l'ordre de 1 à 2 %).
- Les traitements (contre-indiqués ou au contraire indiqués).

Idéalement, elle est précédée d'une consultation pré-conceptionnelle au cours de laquelle ces différents aspects sont abordés. Un protocole de prise en charge et de surveillance est alors mis en place.

Concernant le lupus, le traitement comporte habituellement le maintien du traitement antérieur. Les patientes sont donc généralement traitées par hydroxychloroquine-Plaquénil®, voire par corticoïdes ne dépassant idéalement pas 10 mg/j. Lorsque l'utilisation d'un immunosuppresseur est nécessaire, l'azathioprine-Imurel® est la molécule de choix. De l'aspirine à dose antiagrégante est indiquée lorsque la biologie antiphospholipides est positive et lorsqu'il existe un antécédent de glomérulonéphrite lupique. Par extrapolation, l'aspirine est fréquemment prescrire de manière empirique chez toutes les femmes lupiques enceintes.

Si un SAPL est présent, le traitement comportera toujours de l'aspirine à dose antiagrégante, associée à une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose efficace si antécédent de thrombose ou passé obstétrical sévère et une HBPM à dose préventive dans les autres cas.

La surveillance doit être multidisciplinaire et comporte une évaluation clinique, biologique et échographique régulière. Cette surveillance est généralement mensuelle voire

plus rapprochée en fin de grossesse. On recherchera systématiquement des signes évocateurs de poussée lupique, de pré-éclampsie ou de HELLP : œdèmes des membres inférieurs, hypertension artérielle, protéinurie, hypocomplémentémie, taux élevé d'anticorps anti-ADN, thrombopénie, hémolyse, cytolysé hépatique. La surveillance échographique comprend les échographies trimestrielles. Un doppler mensuel sera associé à partir du 4^e mois devant la présence d'une biologie antiphospholipides. Des signes d'insuffisance placentaire seront également systématiquement recherchés : diminution du volume du liquide amniotique, RCIU.

Le dépistage du BAV a pour objectif la mise en route précoce d'un traitement si un BAV est diagnostiqué. Une surveillance par échographie est donc proposée tous les 15 jours entre 16 et 24 SA, à toute femme porteuse d'anticorps anti-SSA et/ou anti-SSB. Cette surveillance devient hebdomadaire lorsqu'il existe un antécédent de BAV ou de lupus néonatal cutané dans la fratrie.

En conclusion, la grossesse au cours du lupus systémique était déconseillée il y a une vingtaine d'années compte tenu du risque majeur de complications. Une meilleure connaissance des facteurs de risque de complications obstétricales et fœtales, un arsenal thérapeutique permettant une meilleure prise en charge des poussées lupiques notamment rénales, la poursuite systématique de l'hydroxychloroquine au cours de la grossesse et une surveillance multidisciplinaire optimisée ont permis d'améliorer nettement le pronostic de la mère et de l'enfant.

VIH ET GROSSESSE

*Laurent Mandelbrot,
Hôpital Louis Mourier, Colombes*

DIABETE ET GROSSESSE

*José Timsit,
Hôpital Hôtel Dieu, Paris*

MEDICAMENTS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

*Elisabeth Elefant,
Hôpital Trousseau, Paris*

THYROÏDE ET GROSSESSE

*Dominique Luton,
Hôpital Bichat, Paris*

L'association d'une pathologie thyroïdienne et grossesse est relativement fréquente. En cas d'hyperthyroïdie maternelle, des protocoles stricts de suivi reposant principalement sur l'évaluation de la thyroïde fœtale par échographie permettent actuellement dans la majorité des cas la naissance d'enfants euthyroïdiens.

L'hypothyroïdie n'a le plus souvent aucune influence sur la grossesse et le fœtus pourvu qu'elle soit bien substituée, le monitoring biologique est alors essentiel. La carence en iode est un problème potentiel de santé publique en France non encore résolu.

Dans tous les cas une prise en charge multidisciplinaire est indispensable exigeant l'association obstétricien, endocrinologue et parfois échographiste, endocrinopédiatre, pédiatre, généticien et anesthésiste réanimateur.

HEPATITES VIRALES ET AUTOIMUNES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

*Tarik Asselah,
Hôpital Beaujon, Paris*

Grossesse et Hépatite chronique B

L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB), est principalement liée à une transmission materno-fœtale (verticale). En France, le dépistage de l'antigène HBs est obligatoire au sixième mois de grossesse. Afin de prévenir la transmission périnatale, il faut effectuer une séro-vaccination dès la naissance, à tous les nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs.

La sérovaccination, débutée dès la naissance, comporte une injection intramusculaire de gammaglobulines spécifiques anti-HBs, associée à la première injection vaccinale en intramusculaire dans un site différent. Les injections ultérieures de vaccin sont faites selon le schéma vaccinal recommandé, au premier et au sixième mois (0-1-6 mois). Un contrôle de la sérologie virale B peut être effectué chez l'enfant après l'âge d'un an.

Le risque de transmission materno-foetale n'est pas modifié par le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne). L'allaitement n'est pas contre-indiqué.

Pour les mères ayant une multiplication virale élevée (> 6 log), se pose la question d'une prophylaxie de la transmission par l'utilisation de traitement par analogues nucléos(t)idiques (lamivudine, telbivudine, ou ténofovir) au troisième trimestre de la grossesse. Ce traitement prophylactique ne dispense pas d'effectuer la sérovaccination des nouveaux nés.

L'hépatite B n'entraîne habituellement pas de morbidité pour la femme enceinte et le nouveau né.

Grossesse et hépatite chronique C

La prévalence du VHC chez la femme enceinte est identique à celle de la population générale adulte, de l'ordre de 0.6%. Le risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant est d'environ 5 %. Les mères co-infectées par le VHC et le VIH ont un risque accru de transmission du VHC au nouveau-né. La transmission a lieu très probablement lors de l'accouchement. Le risque de transmission materno-foetale n'est pas modifié par le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne).

La grossesse n'est pas contre-indiquée chez la femme atteinte d'hépatite chronique virale C. L'allaitement n'est pas contre-indiqué.

L'hépatite C n'entraîne habituellement pas de morbidité pour la femme enceinte et le nouveau né. Le traitement de l'hépatite C est contre-indiqué pendant la grossesse.

Grossesse et Hépatite E

La transmission se fait par voie entérale (aliments ou boissons contaminées). L'hépatite E survient souvent sous forme de grandes épidémies en Asie du Sud-Est,

Afrique et Amérique latine. Des cas autochtones sont décrits en Europe. L'hépatite E est habituellement bénigne mais peut être exceptionnellement grave, en particulier chez la femme enceinte au cours du 3^e trimestre de la grossesse. Le diagnostic repose sur le dosage des anticorps anti-VHE par un test ELISA. Les IgM anti-VHE sont présentes au cours de la phase aiguë chez 90 à 100 % des patients et disparaissent au bout de 8 à 12 mois. Les IgG anti-VHE persistent par contre plus longtemps. La gravité de cette hépatite tient au risque d'hépatite fulminante, surtout chez les femmes enceintes au cours du 3^e trimestre de la grossesse où la mortalité peut atteindre 20 % des patientes. Les mesures d'hygiène universelle décrites pour l'hépatite A s'appliquent pour l'hépatite E. Actuellement, il n'existe pas de vaccin.

Grossesse et Hépatite Auto-immune

La grossesse est souvent associée à une rémission spontanée de l'hépatite auto-immune (HAI). Si un traitement corticoïde et/ou immunosuppresseur avait permis la rémission de la maladie avant la grossesse, il est prudent de le poursuivre pendant la grossesse. Le traitement par azathioprine peut être poursuivi pendant la grossesse. Certains proposent de n'utiliser que des corticoïdes pendant la grossesse (en arrêtant l'azathioprine). Une surveillance des transaminases doit être effectuée pendant et après la grossesse.

References

- 1 - Bacq Y. Hépatite B et grossesse. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008; 32(1 Pt 2):S12-9.
- 2 - Alric L, Costedoat N, Piette JC, Duffaut M, Cacoub P. Hépatite C et grossesse. *Rev Med Interne.* 2002; 23(3):283-91.
- 3 - Corpechot C, Chazouillères O. Hépatite auto-immune : diagnostic et traitement. *Rev Med Interne.* 2010; 31(9):606-14.
- 4 - Bonnet D, Kamar N, Izopet J, Alric L. Hépatite E : une maladie émergente. *Rev Med Interne.* 2012 à paraître.
- 5 - Aggarwal R, Jameel S. Hepatitis E. *Hepatology.* 2011; 54 (6): 2218-26.
- 6 - Czaja AJ. Putting flesh and polish on autoimmune hepatitis and moving the disease of exclusion to inclusion. *Hepatology.* 2010; 52(4): 1177-84.
- 7 - Czaja AJ. Special clinical challenges in autoimmune hepatitis: the elderly, males, pregnancy, mild disease, fulminant onset, and nonwhite patients. *Semin Liver Dis.* 2009; 29(3): 315-30.
- 8 - Pan CQ, et al. Telbivudine Prevents Vertical Transmission From HBeAg-Positive Women With Chronic Hepatitis B. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012; 10(5): 520-6.
- 9 - Petersen J. HBV treatment and pregnancy. *J Hepatol.* 2011; 55(6): 1171-3.
- 10 - England K, et al. Vertically acquired paediatric coinfection with HIV and hepatitis C virus. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6(2):83-90.

OBESITE ET GROSSESSE

*Zeina Farah et Jacky Nizard,
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

Introduction

Alors que la mortalité néonatale diminue progressivement, l'âge et le poids des mères ne cesse d'augmenter. Il semble donc nécessaire de prendre en compte cette évolution et de mettre en place des circuits multidisciplinaires adaptés à cette nouvelle population.

Pré-conceptionnel

C'est un des moments les plus importants car les complications de la grossesse sont directement liées à l'IMC et aux co-morbidités de l'obésité. L'objectif de ces consultations est de programmer la grossesse afin de limiter les risques de ces co-morbidités. Il y a souvent un conflit entre le temps nécessaire pour perdre du poids et l'âge de la patiente.

Pendant la grossesse

La fréquence du diabète gestationnel est augmentée dans cette population et il doit donc être dépisté et pris en charge précocement. Les autres co-morbidités doivent être ré-évaluées et prises en charge précocement de façon multidisciplinaire. Ceci passe par un suivi nutritionnel renforcé, qui vise aussi à limiter la prise de poids. Le suivi de grossesse doit permettre d'anticiper sur les complications de l'accouchement et on recommande une consultation précoce avec l'anesthésiste.

A l'accouchement et dans le postpartum

Les points clés sont un personnel entraîné et du matériel adapté à l'importance de l'obésité, car toutes les complications obstétricales sont plus fréquentes dans cette population. Le risque de césarienne augmente avec l'IMC pour des raisons multifactorielles comme la difficulté d'enregistrer les bruits du cœur fœtal, la fragilité fœtale associée au diabète et les difficultés techniques de l'analgésie.

Le postpartum expose ces femmes à des risques élevés de complications thrombo-emboliques, nécessitant une prévention adaptée à l'IMC et au mode d'accouchement. Les complications de paroi sont les complications les plus fréquentes.

Grossesse après chirurgie bariatrique

La perte de poids induite diminue fortement le risque de complications maternelles, fœtales et obstétricales. La grossesse doit être programmée, au plus tôt 12 mois après la chirurgie en raison de la perte de poids majeure survenant pendant cette période, et des conséquences potentielles sur le développement de l'enfant. Auparavant, une contraception adaptée est indispensable.

En cas de chirurgie malabsorptive, une supplémentation vitaminique est nécessaire. La supplémentation en folates doit être initiée dès la période préconceptionnelle. Le montage chirurgical peut se compliquer au cours de la grossesse : en cas de douleurs abdominales avec un examen gynécologique normal, la patiente doit être adressée au chirurgien. Un suivi multidisciplinaire entre gynécologue, chirurgien et nutritionniste est recommandé.

Nous vous informons que notre 75^e SÉANCE

VASCULARITES DES GROS VAISSEAUX

Organisateur

Loïc GUILLEVIN

aura lieu le

Vendredi 5 Octobre 2012 à 9 h 00

Amphithéâtre Baudens - Ecole du Val de Grâce - 1, Place Laveran 75005 Paris

MATIN

Modérateur : Jean-Marc Ziza

- 9 h Introduction
Loïc Guillevin, Paris
- 9 h 15 Epidémiologie et diagnostic des artérites à cellules géantes
Alfred Mahr, Paris
- 9 h 45 Pathogénie des artérites à cellules géantes
Maxime Samson, Bernard Bonnotte (Dijon)
- 10 h 15 PAUSE CAFE
- 11 h 15 Diagnostic et extension des artérites à cellules géantes. Apport de l'imagerie
Daniel Blockmans, Leuven, Belgique
- 11 h 30 Pronostic à long terme de l'artérite à cellules géantes
Christian Agard, Nantes
- 11 h 45 Quel(s) traitement(s) proposer ?
Alfred Mahr, Paris
- 12 h 15 Maladie de Takayasu. Comment la prendre en charge ?
Joseph Emmerich, Paris
- 12 h 45 Pause déjeuner

APRÈS-MIDI

Modérateur : Martine Gayraud

- 14 h Classification des vascularites
Loïc Guillevin, Paris
- 14 h 30 Pathogénie des vascularites associées aux ANCA
Luc Mouthon, Paris
- 15 h Le syndrome de Churg-Strauss. Les propositions de la « task force de l'European Respiratory Society et de l'European Federation of Internal Medicine »
Jean-François Cordier, Lyon
- 15 h 30 Granulomatose avec polyangéite (Wegener)
Alexandre Karras, Paris
- 16 h Actualités thérapeutiques
Loïc Guillevin, Paris
- 16 h 30 Conclusion