

LUPUS et GROSSESSE

Dr Nadine Champel
CH THIERS nov 2012

Lupus et grossesse : pathogénie

- Facteurs immunogénétiques
- Facteurs environnementaux
- Facteurs immuno-hormonaux



Lupus et fertilité

- Ovulations fluctuent avec les poussées
- Aménorrhée, dysovulations, anovulation induite par plaquénil
- Risque ++ de FCS
- Risque ++ de thrombose x 10 si hyperstimulation (études en cours pour aspégic + HBPM)



Lupus et grossesse

- Incidence actuelle : 7,3 à 10 /100 000
- Incidence croissante
- Gravité se réduit
- Survie à 10 ans : 85 %
- Débute entre 20 et 40 ans
- Pronostic fœtal (RCIU important)et maternel (mortalité maternelle x 20)compromis

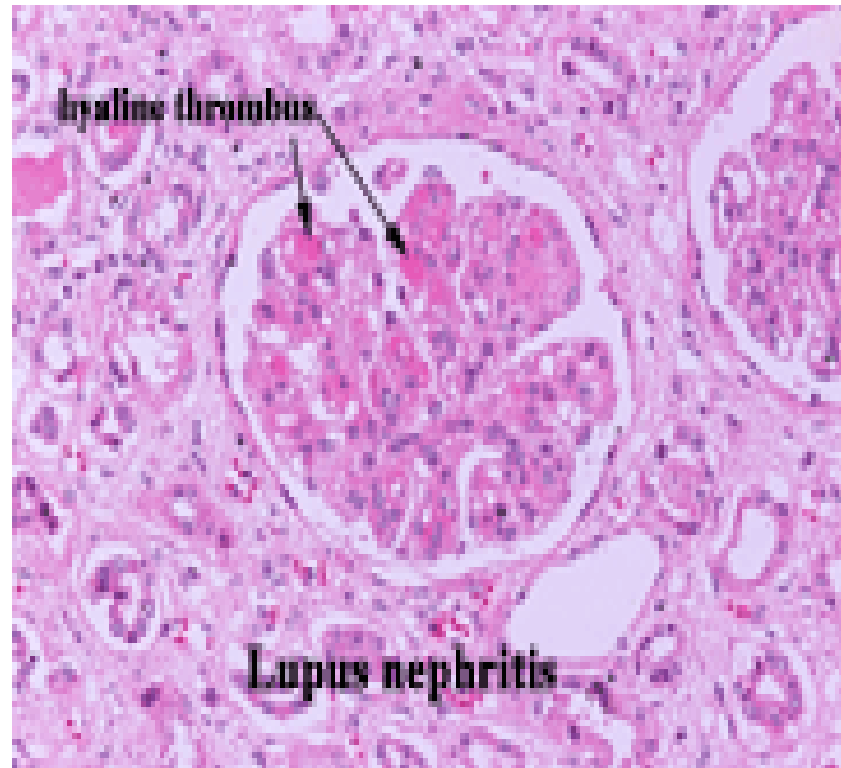


Lupus et grossesse : généralités

- Augmente la morbi-mortalité
- Actuellement, on obtient 90% de naissances vivantes
- 80% des grossesses chez les femmes lupiques se passent sans évènements majeurs
- Tolérer le fœtus induit des modifications immunologiques particulièrement importantes chez les femmes lupiques
- 15% des lupus sont découverts lors d'une grossesse

La grossesse est –elle possible ?

- oui, si la maladie est quiescente depuis 6 mois
- Score SLEDAI ou LAI-P < 4
- pathologies associées : SAPL, anti Ro-Ssa ou La-SSb, thyroïdite autoimmune
- Grossesse CI si poussée rénale +++(néphropathie lupique), HTAP ++, HTA +++
- Grossesse déconseillée si IRC, cardiopathie, ATCD helpp Σ



complications

influence de la grossesse sur le lupus

- Dans 13 à 65% des cas, apparition de poussées, d'arthralgies, d'oedèmes, d'anémie, poussées cutanées à T1,T2,T3 et PP
- Poussées + faibles si lupus bien contrôlé avant la G
- Poussées +++ si arrêt du traitement ou si maladie très active
- Comorbidité : HTA, IRC, diabète

Influence du lupus sur la grossesse

- MAP (50% des G lupiques se terminent avant 37 SA)
- RCIU
- HTA, pré E (22% versus 8%)
- infections
- MFIU
- Lupus néonatal

L'idéal est de préparer la grossesse si le lupus est connu

- Anticiper les complications :
interniste, néphrologue, dermatologue, rhumatologue, ophtalmologiste
- Connaître l'histoire du lupus de la patiente, le phénotype, les séquelles, les pathologies associées, l'activité de la maladie, les ATCD de MTEV



Comment préparer la grossesse?

- Maintenir ou initier le plaquénil
- Prednisone : dose minimum efficace
- Immunosuppresseur : /
/ MTX 3 mois avant G,
imurel possible
- // IEC si HTA et relai
par autres
traitements, // statine
- Vaccin rubéole,
varicelle



1^{er} trimestre

- 1^{ère} CS avant 12SA : // des traitements CI
- Adaptation du traitement : corticoïdes non fluorés, hydroxychloroquine, azathioprine, aspirine, HBPM
- IMG conseillée si poussée lupique sévère ou néphropathie lupique dans les 6 mois
- si AVC dans les 6 mois
- Si HTAP sévère (PAP > 50mmHg)
- Si pneumopathie sévère (CV < 1l)
- Si insuffisance rénale sévère

Surveillance clinique à T2 et T3

- CS 1 fois/ mois jusqu'à 20 SA
- CS tous les 15j jusqu'à 28 SA
- CS toutes les semaines jusqu'à accouchement
- RCF à partir de 26 ou 28 SA
- Décision accouchement en fonction de l'état maternel et foetal

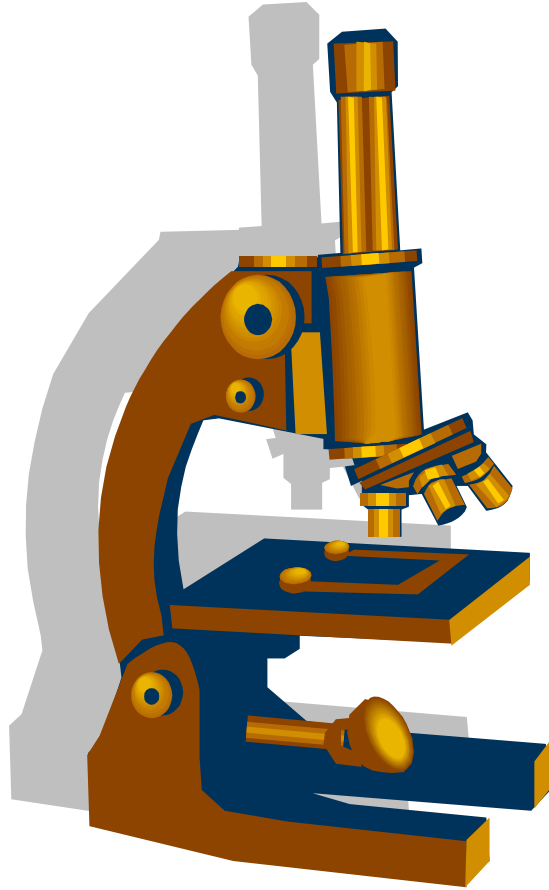


Surveillance échographique

- Tous les mois avec dopplers fœtaux et utérins, tous les 15 j si hypotrophie ou RCIU
- Si patientes avec Ac anti SSa, faire échographie avec mesure de l'espace PR, recherche de BAV fœtal



Surveillance biologique : 1 fois/mois



- NFS plaq
- Ionogramme
- Urée, créatininémie
- ASAT,ALAT,LDH, bilirubinémie
- C3, C4, CH 50
- Ac anti DNA
- protéinurie

Post Partum

- Poursuivre cortisone 4 à 6 semaines
- HBPM 6 semaines
- Allaitement possible
- Bromocriptine CI si HTA
- Contraception par microprogestatifs possible, OP CI
- Faire NFS au cordon si thrombopénie maternelle
- ECG au NNé si Ac anti Ssa, BAV congénital, risque de lupus néonatal



Spectre des Ac anti Ro SSa et La SSb

Ac anti Ro SSa

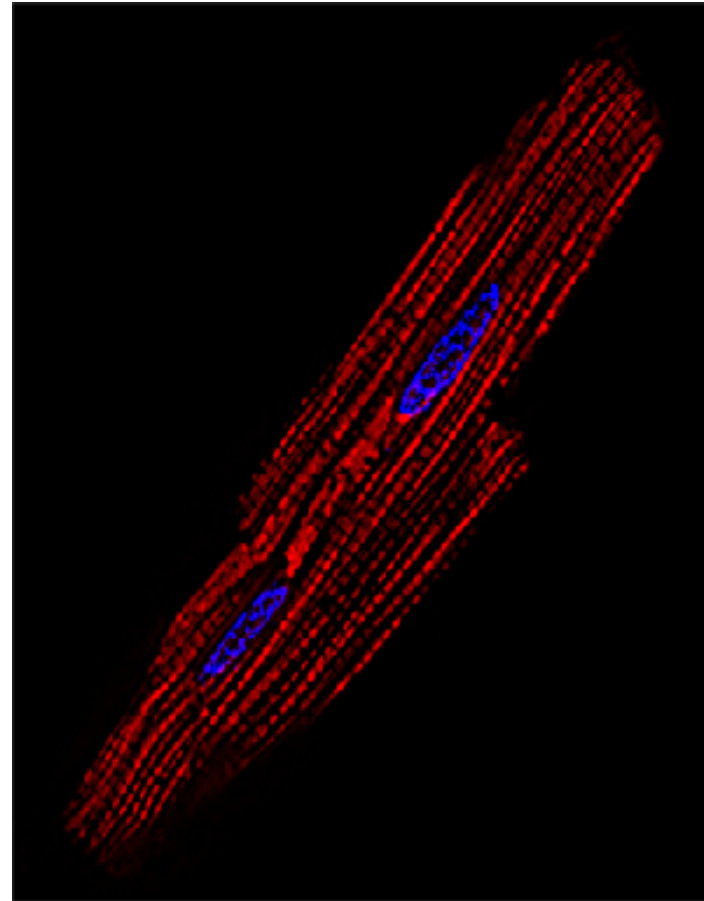
- Ce sont des AC anti nucléaires assez spécifiques du LEAD (présents dans 93% des lupus), mais aussi du Σ de Gougerot Sjögren, des connectivites, de la cirrhose biliaire 1^{re}
- Modification de prise en charge du fœtus et Nné si présents car recherche de BAV 5%, bradycardie, Lupus
- Existe chez 2 à 3% de sujets sains

Ac anti La SSb

- Ac anti nucléaires souvent associés aux Ac anti Ssa
- BAV du fœtus moins fréquent

Dépistage échographique des troubles de conduction cardiaque du fœtus

- La présence d'AC anti SSa a un rôle pathogène sur les cardiomyocytes fœtaux
- 1 à 2 % de cardiomyopathies chez mère porteuse d'Ac Ssa ou SSb
- Risque de BAV (si complet, risque de MFIU 16 à 19%)



Lupus néonatal

- Maladie acquise par transfert passif d'Ac maternel par le placenta
- Atteinte bénigne cutanée, hématologique, hépatique ou sévère si atteinte rénale, neurologique ou cardiaque



conclusion

- La prise en charge thérapeutique actuelle du lupus a permis à la femme d'envisager une grossesse avec un pronostic maternel et fœtal satisfaisant puisque 80% de ces grossesses se passent sans événements majeurs et 90% aboutissent à des naissances vivantes.
- Le traitement par plaquénil doit être maintenu ou initié.
- La prise en charge multidisciplinaire est indispensable.

Merci de votre attention

