

À PROPOS DES AUTRICES



Vivian W. Huang, M.Sc., M.D., FRCPC

La Dr^e Vivian Huang est professeure agrégée et chercheuse clinicienne dans la division de gastro-entérologie de l'hôpital Mount Sinai et de l'Université de Toronto. La Dr^e Huang a accompli ses études de médecine et un programme de résidence en médecine interne à l'Université Queen's, puis a bénéficié d'une bourse de recherche en gastro-entérologie à l'Université de Toronto et d'une bourse de recherche spécialisée sur les MII à l'Université de l'Alberta. Elle pratique la médecine P4 (prédictive, préventive, personnalisée, participative) afin d'optimiser les résultats maternels, fœtaux et néonataux dans les MII par le biais d'innovations cliniques dans l'éducation des patients et la formation des médecins, et de stratégies de santé en ligne. Elle a élaboré le programme de recherche clinique sur la préconception et la grossesse dans les MII en Alberta du Nord, à Edmonton (Alberta), en 2014, puis le programme de recherche sur la préconception et la grossesse dans les MII de la clinique de l'hôpital Mount Sinai à Toronto (Ontario) en 2018. Elle a également créé le programme de FMC sur les soins multidisciplinaires dans les MII (MCIBD) en 2016 pour les cliniciens qui traitent les personnes atteintes de MII. Elle a reçu le prix de recherche innovante pour les femmes en MII décerné par Crohn et Colite Canada et Pfizer Canada en 2020, le prix *Young Scholar in Quality Innovation* de l'Association canadienne de gastroentérologie en 2023, et le prix Quality Innovation du Réseau universitaire de santé/Système de santé Sinaï en 2024 pour ses travaux sur la prise en charge et l'éducation dans le domaine de la grossesse et des MII. Elle est l'auteure principale ou co-auteure de plus de 70 articles de recherche et de deux chapitres de livres, et est l'un des deux membres canadiens du comité de la Conférence de consensus mondiale : grossesse et MII.

Affiliation de l'autrice : Division de gastro-entérologie, département de médecine, hôpital Mount Sinai, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada



Astrid-Jane Williams, B.Sc., MBBS, FRACP, MHSc

Récemment, Dr^e Astrid Williams est venue d'Australie pour rejoindre l'équipe du centre des MII de la Colombie-Britannique. De 2018 à 2023, elle était spécialiste en gastro-entérologie à l'hôpital Liverpool de Sydney. Elle a accompli ses études de médecine et sa formation à Sydney, en Australie, où elle a obtenu la qualification de gastro-entérologue du Royal Australasian College of Physicians en 2015. Elle a en outre bénéficié d'une bourse de recherche sur les MII et obtenu une maîtrise ès sciences de la santé par l'intermédiaire de l'Université de Colombie-Britannique à Vancouver entre 2015 et 2017. Elle continue à participer activement aux soins cliniques multidisciplinaires des MII et de gastro-entérologie générale, à la recherche et à l'enseignement. Dans le cadre de ses activités cliniques, elle prend en charge la transition des soins des MII lors du passage de l'âge enfant à l'âge adulte, ainsi que la grossesse dans les cliniques dont les MII sont une sous-spécialité. Mère de trois enfants, elle pratique la course à pied et se passionne pour l'environnement.

Affiliations de l'autrice : Division de gastro-entérologie, département de médecine, hôpital Saint-Paul, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada
Centre des MII de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada

Grossesse et maladies inflammatoires de l'intestin (MII)

Vivian W. Huang, M. Sc., M.D., FRCPC

Astrid-Jane Williams, B. Sc., MBBS, FRACP, MHSc

Principaux points à retenir

Une évaluation et des conseils préconceptionnels sont recommandés chez les femmes atteintes de MII qui envisagent une grossesse, idéalement au moins trois à six mois avant qu'elles ne tentent de concevoir.

Il est recommandé de poursuivre la plupart des traitements des MII pendant toute la grossesse et la période d'allaitement afin de minimiser les répercussions potentiellement négatives d'une maladie active sur les résultats pour l'enfant et la mère.

Il est recommandé d'envisager la prise d'aspirine pour prévenir une prééclampsie prénatale avant 16 semaines de gestation chez les femmes atteintes de MII, surtout s'il existe des risques supplémentaires de prééclampsie.

Les nouveau-nés exposés à des agents biologiques in utero peuvent recevoir des vaccins inactivés et le vaccin vivant contre le rotavirus conformément au calendrier.

Introduction

Les maladies inflammatoires de l'intestin (MII), dont la maladie de Crohn (MC) et la colite ulcéreuse (CU), touchent actuellement près de 1 % de la population canadienne. L'incidence augmente le plus rapidement chez les enfants, tandis que la prévalence est la plus élevée chez les jeunes adultes.¹ De nombreux patients prennent en charge leur MII pendant les années où ils forment leur personnalité, notamment lorsqu'ils commencent à avoir des relations, envisagent de fonder une famille ou entament une grossesse. Nous résumons les recommandations les plus récentes de la déclaration de consensus mondial sur la prise en charge des maladies inflammatoires de l'intestin pendant la grossesse de 2024,² en soulignant les principales mises à jour depuis la déclaration de consensus canadien de Toronto en 2016.³ Les lignes directrices telles que celles de la déclaration de consensus mondial donnent des conseils pratiques que tous les cliniciens peuvent intégrer dans leur pratique clinique pour les aider dans la prise en charge des MII pendant la grossesse.

Déclaration de consensus mondial sur la prise en charge des mii pendant la grossesse

Qu'est-ce que le consensus mondial?

Étant donné le paysage toujours changeant de la prise en charge des MII, y compris des traitements, plusieurs lignes directrices spécifiques aux systèmes de soins de santé régionaux ont été élaborées pour gérer les MII durant la grossesse. Le Consensus mondial d'experts PIANO (*Pregnancy Inflammatory bowel disease And Neonatal Outcomes*) d'Helmsley fournit des recommandations factuelles aux professionnels de la santé concernant la prise en charge des femmes atteintes de MII pendant la grossesse, depuis la fécondation jusqu'à l'accouchement, ainsi que des considérations relatives à leurs enfants. Lorsque les données disponibles étaient suffisantes, le consensus les a évaluées à l'aide de la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) dans le cadre d'un examen systématique de la documentation. Pour les domaines ne disposant pas de données suffisantes pour l'évaluation selon GRADE, un vote des experts de RAND (Research And Development) a permis d'obtenir un consensus en mai 2024.

A) Hérédité et considérations préconceptionnelles

Le consensus a souligné que les conseils préconceptionnels réduisent le risque de rechute de la maladie pendant la grossesse et la probabilité d'avoir un enfant de faible poids à la naissance, le plus probablement en raison de l'amélioration des connaissances des patientes et de l'optimisation de la maîtrise de la maladie. Chez les femmes qui ont besoin d'une contraception, y compris pour leur donner le temps d'optimiser la maîtrise de la maladie, le consensus conseille l'utilisation d'une contraception réversible à action prolongée plutôt que des contraceptifs contenant des œstrogènes.

B) Fertilité et traitements de procréation médicalement assistée

La fertilité des femmes atteintes de MII peut diminuer par rapport aux femmes non atteintes, surtout si leur MII est active ou si elles ont des antécédents d'anastomose iléo-anale (AIA). Les mesures des taux de naissances vivantes ont mené le consensus à suggérer que les techniques de procréation médicalement assistée (PMA) pourraient avoir une efficacité similaire chez les femmes atteintes de MII par rapport aux femmes sans MII. De plus, selon le consensus, l'efficacité de la fécondation *in vitro* (FIV) chez les femmes atteintes de MII ayant subi une intervention chirurgicale pelvienne pour une MII est comparable à celle des femmes atteintes de MII n'ayant pas de tels antécédents chirurgicaux. Par conséquent, si les difficultés de fécondation persistent malgré une maîtrise adéquate de leur MII, il convient d'orienter les patientes vers un spécialiste de la fertilité connaissant bien les MII et leurs traitements. Il est également important de comprendre que les données probantes actuelles ne montrent pas un risque accru d'exacerbation de la maladie associé aux procédures de prélèvement d'ovocytes.

C) Grossesse

Le consensus a classé les grossesses des femmes atteintes de MII dans la catégorie « grossesse à risque élevé de complications » en raison du risque accru d'issue défavorable de la grossesse et de la nécessité d'une surveillance plus intense de la mère et du fœtus. Les femmes enceintes atteintes de MII présentent un risque accru de problèmes liés à la maternité, et le consensus suggère de prescrire de l'aspirine à faible dose (162 mg) à partir de 12 à 16 semaines de

gestation comme stratégie préventive afin d'éviter une prééclampsie prématurée. Bien qu'auparavant, le risque d'exacerbations de la MII lié à l'utilisation d'AINS ait soulevé des préoccupations, les études ont montré que l'aspirine à faible dose pendant la grossesse n'augmente pas ce risque.

En ce qui concerne les traitements des MII pendant la grossesse, le consensus recommande la poursuite du traitement d'entretien par 5-AAS, sulfasalazine et thiopurines, et l'utilisation de corticostéroïdes lorsque cela s'avère cliniquement nécessaire. Il a recommandé d'arrêter le méthotrexate au moins trois mois avant la conception. Contrairement aux déclarations du consensus de Toronto qui envisageaient des modifications de la posologie au cours du troisième trimestre, le consensus préconise de poursuivre le traitement d'entretien par un agent anti-facteur de nécrose tumorale (TNF) tout au long de la grossesse, sans modification de la dose ou du schéma posologique, afin de réduire l'activité de la maladie chez la mère et le risque d'accouchement prématuré. Il appuie également la poursuite d'un traitement d'entretien par un agent anti-TNF en association avec des thiopurines tout au long de la grossesse. Les préoccupations soulevées précédemment quant à l'augmentation des risques de malformations congénitales ou d'infections néonatales associés à ces traitements ont été contestées. En ce qui concerne les traitements avancés, le consensus suggère de poursuivre le traitement d'entretien par védolizumab et ustekinumab durant toute la grossesse. Les données sur les traitements anti-interleukine (IL)-23 étaient insuffisantes pour émettre une recommandation GRADE; toutefois, selon le consensus, ces traitements pourraient être poursuivis chez les femmes atteintes de MII qui sont enceintes ou tentent de concevoir. Enfin, sur le plan des petites molécules, le consensus d'experts recommande l'arrêt des inhibiteurs de Janus kinase (JAK) et des modulateurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P) avant la grossesse. Il fournit également des conseils sur les intervalles de sevrage avant la conception. Il y a également lieu de tenir compte du calendrier de passage à un autre traitement des MII approprié en vue de maintenir la rémission de la maladie. Toutefois, il a été reconnu que certaines patientes peuvent présenter une MII réfractaire et nécessiter la poursuite du traitement « lorsqu'il n'y a pas d'autre traitement efficace pour préserver la santé de la mère ».

D) Planification de l'accouchement

Les méthodes d'accouchement varient généralement selon le fournisseur de soins obstétricaux, mais la plupart des femmes atteintes de MII sont candidates à un accouchement par voie vaginale. La césarienne est recommandée chez les femmes présentant une MC périanale active afin d'éviter l'aggravation de l'atteinte périanale. Il est conseillé (recommandation conditionnelle) aux femmes atteintes de MII et ayant déjà subi une AIA d'accoucher par césarienne afin de réduire le risque de dysfonctionnement de la poche découlant d'un accouchement compliqué par voie vaginale.

E) Vaccination des nouveau-nés

Un changement notable dans les recommandations du consensus par rapport aux lignes directrices du consensus de Toronto de 2017 est la possibilité d'administrer le vaccin vivant contre le rotavirus aux nouveau-nés exposés à des produits biologiques in utero, en plus des vaccins inactivés selon le calendrier standard. Cette recommandation conditionnelle repose sur des études rétrospectives et prospectives, dont la plus importante et la seule étude prospective sur la vaccination contre le rotavirus chez les nouveau-nés exposés à des agents biologiques in utero, qui a été menée par les cliniques d'immunisation spéciales du Canada et démontre le faible risque de cette stratégie.⁴

F) Allaitement

L'allaitement est encouragé autant que possible chez les femmes atteintes de MII, car il peut apporter un effet protecteur contre le développement d'une MII chez le nouveau-né, en plus d'autres bienfaits généraux pour la santé. L'allaitement est considéré comme compatible avec la plupart des traitements contre les MII, à l'exception du méthotrexate. Les données sur l'innocuité des inhibiteurs de JAK et des modulateurs de S1P sont limitées, et par conséquent l'allaitement doit être évité pendant la prise de ces traitements.

Conclusions

Les recommandations relatives à la prise en charge des MII pendant les périodes de la vie reproductive restent une composante intégrante de la prestation de soins longitudinaux et multidisciplinaires dans les MII. À mesure de l'évolution des données probantes, il est nécessaire

de procéder à des mises à jour régulières de ces recommandations. Par conséquent, la publication de la déclaration de consensus mondial sur la prise en charge des maladies inflammatoires de l'intestin pendant la grossesse est enthousiasmante, car elle offre des conseils très pertinents en temps utile.

Coordonnées

Vivian W. Huang, M. Sc., M.D., FRCPC

Courriel : Vivian.Huang@sinahealth.ca

Divulgation de renseignements financiers

V.W.H : Honorairement (conférencière) : Abbvie, Amgen, Celltrion, Eli Lilly, Ferring, Fresenius Kabi, Janssen, Lupin, Organon, Pfizer, Takeda; **honorairement (consultation/conseils consultatifs) :** Abbvie, BioJAMP, Celltrion, Eli Lilly, Ferring, Fresenius Kabi, Janssen, Organon, Pfizer, Sandoz, Takeda; **subvention pour l'éducation (pour l'établissement) :** Abbvie, Celltrion, Janssen, Organon, Pfizer, Takeda, Viatris/Biocon
A-J.W. : Honorairement : Takeda, Janssen, Pfizer, Celltrion, Eli Lilly, CSL Vifor et Abbvie;
honorairement et subventions : Ferring et CSL Vifor;
consultation pour : Abbvie, Takeda, Celltrion, CSL Vifor, Ferring, Johnson and Johnson et D' Falk Pharma

Références

1. Coward S, Benchimol EI, Kuenzig ME, Windsor JW, Bernstein CN, Bitton A, et al. The 2023 impact of inflammatory bowel disease in Canada: Epidemiology of IBD. *J Can Assoc Gastroenterol.* 2023;6(Suppl 2):S9-S15. Published 2023 Sep 5. doi:10.1093/jcag/gwad004
2. Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, Chaparro M, Flanagan E, Friedman S, et al. Global consensus statement on the management of pregnancy in inflammatory bowel disease. *Clin Gastro Hepatol.* Published online August 6, 2025. doi:10.1016/j.cgh.2025.04.005
3. Nguyen GC, Seow CH, Maxwell C, Huang V, Leung Y, Jones J, et al. The Toronto Consensus Statements for the management of inflammatory bowel disease in pregnancy. *Gastroenterology.* 2016;150(3):734-757.e1. doi:10.1053/j.gastro.2015.12.003
4. Fitzpatrick T, Alsager K, Sadarangani M, Pham-Huy A, Murguia-Favela L, Morris SK, et al. Immunological effects and safety of live rotavirus vaccination after antenatal exposure to immunomodulatory biologic agents: a prospective cohort study from the Canadian Immunization Research Network. *Lancet Child Adolesc Health.* 2023;7(9):648-656. doi:10.1016/S2352-4642(23)00136-0