



HAL
open science

Évaluation prospective de la qualité d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux pathologies inflammatoires et thrombophiliques au cours de la grossesse : la RCP "PREGNANT" au CHU de Bordeaux

Julie Blondeel- Dubernet

► To cite this version:

Julie Blondeel- Dubernet. Évaluation prospective de la qualité d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux pathologies inflammatoires et thrombophiliques au cours de la grossesse : la RCP "PREGNANT" au CHU de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02497396

HAL Id: dumas-02497396

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497396v1>

Submitted on 3 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX – Victor Segalen

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse N°3188

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Gynécologie Médicale

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2019

Par **Julie BLONDEEL-DUBERNET**

Née le 7 mai 1990 à Saint-Cloud (92)

**Évaluation prospective de la qualité d'une Réunion de Concertation
Pluridisciplinaire dédiée aux pathologies inflammatoires et
thrombophiliques au cours de la grossesse :
la RCP « PREGNANT » au CHU de Bordeaux**

Directeur de thèse :

Madame le Professeur Estibaliz LAZARO

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur Pierre DUFFAU

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES	Président
Monsieur le Professeur Patrick BLANCO	Juge
Monsieur le Professeur Christophe RICHEZ	Juge
Monsieur le Docteur Pierre CHABANIER	Juge
Madame le Docteur Yahsou DELMAS	Juge
Madame le Docteur Sophie SKOPINSKI	Juge
Madame le Professeur Estibaliz LAZARO	Juge

UNIVERSITE DE BORDEAUX – Victor Segalen

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse N°3188

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Gynécologie Médicale

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2019

Par **Julie BLONDEEL-DUBERNET**

Née le 7 mai 1990 à Saint-Cloud (92)

**Évaluation prospective de la qualité d'une Réunion de Concertation
Pluridisciplinaire dédiée aux pathologies inflammatoires et
thrombophiliques au cours de la grossesse :
la RCP « PREGNANT » au CHU de Bordeaux**

Directeur de thèse :

Madame le Professeur Estibaliz LAZARO

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur Pierre DUFFAU

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES	Président
Monsieur le Professeur Patrick BLANCO	Juge
Monsieur le Professeur Christophe RICHEZ	Juge
Monsieur le Docteur Pierre CHABANIER	Juge
Madame le Docteur Yahsou DELMAS	Juge
Madame le Docteur Sophie SKOPINSKI	Juge
Madame le Professeur Estibaliz LAZARO	Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous en remercie sincèrement. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Patrick BLANCO,

Je vous remercie de faire partie de ce jury de thèse, j'en suis très honorée. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Christophe RICHEZ,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Pierre CHABANIER,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté d'être présent au sein de ce jury.

A Madame le Docteur Yahsou DELMAS,

Un immense merci également d'être présente dans ce jury multidisciplinaire. Avec mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Sophie SKOPINSKI,

Je suis très honorée de votre présence au sein de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes profonds remerciements.

A ma directrice de thèse, Madame le Professeur Estibaliz LAZARO,

Je vous remercie de tout cœur de m'avoir confié ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Merci pour votre immense aide, votre patience et votre gentillesse, votre soutien et votre incroyable disponibilité.

A Monsieur le Professeur Pierre DUFFAU,

Un grand merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse.

Aux médecins qui m'ont formé et accompagné tout au long de mon internat,

A Monsieur le Professeur Claude HOCHE,

Je vous remercie pour vos nombreux enseignements, que ce soit en consultations ou en staff.

Merci également d'avoir repris le rôle de coordonnateur de notre belle spécialité.

A Madame le Professeur Claudine MATHIEU,

Je vous remercie sincèrement pour votre accompagnement tout au long de notre internat de gynécologie médicale et d'avoir coordonné pendant de nombreuses années cette si riche spécialité. Je vous souhaite une belle retraite !

A Madame le Docteur Sandrine FRANTZ, de m'avoir formée en infertilité et en gynéco-endocrinologie, avec une grande rigueur.

A Madame le Docteur Marie LAMBERT, merci pour la formation que tu nous donnes, pour ta disponibilité et ta gentillesse.

A Madame le Docteur Jennifer CARRIERE, merci de m'avoir formée à la préservation de la fertilité.

A nos CCA et assistantes, Mesdames les Docteurs Marie DIAZ, Camille FORGET et Clotilde LACOUR.

A toutes ces rencontres professionnelles tout au long de mon internat,

Les Docteurs Éric ROUSSEAU, François DESFARGES, Géraldine PARACLET et l'équipe des sages-femmes du CH de DAX, qui m'ont formé toute jeune interne et avec qui j'ai l'immense plaisir

de revenir travailler très prochainement. Je suis très honorée de la confiance que vous m'accordez.

A l'équipe des sages-femmes d'AMP du CHU, pour votre bonne humeur permanente et votre patience.

A toute l'équipe de l'Institut Bergonié, les médecins, les infirmier(e)s de l'HDJ, mes cointernes, qui m'ont fait découvrir l'oncologie médicale. Je garderai un excellent souvenir de ce semestre.

Aux gynécologues libérales, Mesdames les Docteurs Anouch BONNEFOI, Sandrine BRUGERE, Pascale MAZIERE et Andrée MONCLA, qui ont confirmé mon intérêt pour la pratique de la médecine libérale. Merci de m'avoir si bien accueillie durant ces six mois.

A mes belles amies de promo, Tiphaine, Manoue, Manue et Nina, merci pour votre présence à mes côtés tout au long de ces années. A Louise, pour ces six derniers mois.

A mes amitiés rencontrées sur les bancs de la fac, notamment Valy.

A mes très chers parents, pour vos sacrifices et votre soutien sans faille durant ces nombreuses années de médecine, et ce malgré les épreuves difficiles de la vie. C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui ; je ne vous remercierai jamais assez. Un immense merci pour l'exemple que vous êtes à mes yeux. Je vous serai éternellement reconnaissante !

A mes frères, et à ma famille...

A Louis, mon mari, pour ton amour, ton soutien et surtout ta patience ! Tu m'es si précieux. Merci de partager chaque jour de ma vie en me rendant si heureuse.

A ma Béné chérie, toi qui m'as toujours montré qu'il y avait de la lumière au bout du tunnel, merci pour ton soutien inconditionnel et pour cette amitié sans faille.

RESUME

Introduction : La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) « PREGNANT – *PREGnancy and Auto-immunity, Nephropathy, Thrombophilic disorders* » au CHU de Bordeaux est dédiée aux pathologies inflammatoires et thrombophiliques au cours de la grossesse. L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de cette RCP en termes de : conformité avec les critères obligatoires, adéquation des prises en charge avec les référentiels, homogénéité des prises en charge non consensuelles, devenir des propositions émises par la RCP.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective incluant toutes les patientes dont les dossiers ont été présentés en RCP PREGNANT de janvier 2018 à juin 2019.

Résultats : 16 RCP se sont déroulées, 152 fiches présentées et un suivi médian de 9 mois. Nous avons inclus 62 dossiers de patientes en cours de grossesse et 90 dossiers en préconceptionnel. Les motifs les plus fréquents de présentation sont les pathologies vasculo-placentaires (22,3%), les lupus systémiques (16,4%), les maladies thromboemboliques veineuses (15,1%) et les intervillites chroniques histiocytaires (9,8%). Les autres motifs sont le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), le SAPL obstétrical et les fausses couches spontanées répétées. Les critères obligatoires d'une RCP sont respectés. Pour 58,5%, la problématique était dictée par des recommandations. Les décisions prises étaient conformes aux recommandations dans 89,8% des cas. Parmi les dossiers pour lesquels la prise en charge n'était pas consensuelle, il existait une certaine homogénéité des propositions. 92,8% des propositions émises par la RCP ont été appliquées.

Conclusion : La RCP « PREGNANT » coordonnée par l'équipe de médecine interne du Pr LAZARO et l'équipe obstétricale du Pr SENTILHES semble avoir une place prépondérante dans la prise en charge des patientes atteintes de pathologies auto-immunes, inflammatoires ou thrombophiliques dans un contexte de grossesse ou de projet conceptionnel.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
RESUME	5
TABLE DES MATIERES	6
FIGURES ET TABLEAUX	8
ABREVIATIONS	10
PREMIERE PARTIE : Introduction et définition d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	12
I. Définitions et objectifs d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	12
1. Définitions et description d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	12
2. Comment mettre en place une RCP ?	19
3. Objectifs, bénéfices et risques d'une RCP	20
4. Le fonctionnement d'une RCP	22
5. Historique des RCP	22
6. Vision de la RCP par le patient	23
7. Évaluation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	23
II. Historique de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire « PREGNANT – PREGnancy and Auto-immunity, Nephropathy, Thrombophilic disorders – CHU de BORDEAUX »	25
III. Pourquoi aborder ces problématiques en RCP PREGNANT ?	26
1. Situations cliniques dont la prise en charge est arrêtée par les sociétés savantes.....	26
2. Situations cliniques dont la prise en charge est mal codifiée.....	34
DEUXIEME PARTIE : Étude	40
I. Introduction	40
II. Matériel et méthodes	41
1. Matériel.....	41
2. Recueil de données	41
3. Analyses statistiques	42
III. Résultats	43

1. Données générales des fiches RCP (tableau 2).....	43
2. Description de la population de l'étude.....	45
3. Conformité avec les critères obligatoires de la RCP.....	49
4. Adéquation des décisions avec les référentiels (lorsqu'il existe des recommandations).....	50
5. Prises en charge non consensuelles : homogénéité des recommandations au sein de la RCP.....	57
6. Devenir des propositions émises par la RCP : concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.....	61
7. Évolution et issues des grossesses.....	65
TROISIEME PARTIE : Discussion.....	74
CONCLUSION.....	81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	82
ANNEXES.....	87
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	90

FIGURES ET TABLEAUX

Table des figures :

Figure 1: Nombre de fiches par RCP	43
Figure 2: Spécialistes présentant les dossiers.....	44
Figure 3 : Diagramme de flux des dossiers présentés lors de la RCP PREGNANT	45
Figure 4: Nombre de dossiers présentés en RCP selon le type de pathologies	46
Figure 5: Issues des grossesses des patientes atteintes de LS (%).....	67

Table des tableaux :

Tableau 1: Recommandations ASH 2018 concernant les thrombophilies	33
Tableau 2: Descriptif général des fiches RCP	44
Tableau 3: Nombre de cas	45
Tableau 4: Différents types de SAPL	47
Tableau 5: Caractéristiques des patientes selon le motif de présentation en RCP	48
Tableau 6: Motifs de présentation "autres"	49
Tableau 7: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour SAPL	51
Tableau 8: Propositions thérapeutiques concernant les patientes lupiques.....	52
Tableau 9: Propositions thérapeutiques concernant les patientes porteuses d'une mutation hétérozygote du facteur II	52
Tableau 10: Propositions thérapeutiques concernant les patientes porteuses d'une mutation hétérozygote du facteur V	53
Tableau 11: Propositions thérapeutiques concernant les patientes aux antécédents de MTEV	54
Tableau 12: Propositions thérapeutiques concernant les patientes porteuses d'une mutation de la MTHFR.....	54
Tableau 13: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour PVP....	56

Tableau 14: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour SAPL obstétrical	57
Tableau 15: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour dysimmunité	58
Tableau 16: Pathologies associées aux anticorps anti-SSA	59
Tableau 17: Propositions thérapeutiques émises concernant les patientes ayant des anticorps anti-SSA.....	59
Tableau 18: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour FCS à répétition	60
Tableau 19: Traitements proposés aux patientes présentées pour intervilites histiocytaires chroniques	61
Tableau 20: Issues des patientes présentées en RCP	62
Tableau 21: Issues des grossesses des patientes présentées pour SAPL.....	65
Tableau 22: Issues des grossesses des patientes lupiques	66
Tableau 23: Issues des grossesses des patientes présentées pour PVP	68
Tableau 24: Issues des grossesses des patientes présentées pour SAPL obstétrical	69
Tableau 25: Issues des grossesses de patientes présentées pour dysimmunité	70
Tableau 26: Issues des grossesses des patientes présentées pour FCS à répétition	70
Tableau 27: Issues des grossesses des patientes présentées pour intervilite histiocytaire chronique.....	71
Tableau 28: Résumé des issues de grossesse des patientes présentées pour avis préconceptionnel et suivies au CHU	72
Tableau 29: Résumé des issues de grossesse des patientes présentées en cours de grossesse et suivies au CHU	73

ABREVIATIONS

AAS : Acide acétyl-salicylique

ACRONIM : *Aquitaine's Care and Research Organisation for inflammatory and Immune-Mediated diseases*

ACAN : Anticorps anti-noyaux

AIT : Accident ischémique transitoire

AMP : Assistance médicale à la procréation

APD : Analgésie péridurale

aPL : Antiphospholipides

ARCF : Anomalies du rythme cardiaque fœtal

AT : Anti-thrombine

ATCD : Antécédent

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVK : Anti-vitamine K

BAVc : Bloc auriculo-ventriculaire congénital

CCP : Peptides cycliques citrullinés

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée

CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes

CSP : Code de santé publique

DPC : Développement professionnel continu

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

ESHRE : *European society of human reproduction and embryology*

EULAR : European league against rheumatism

FCS : Fausse couche spontanée

G-CSF : *Granulocyte-colony stimulating factor*

HAS : Haute autorité de santé

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

HCQ : Hydroxychloroquine

HNF : Héparine non fractionnée

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmière diplômée d'État
IEC : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
IgIV : Immunoglobulines intra-veineuses
IHC : Intervillite histiocytaire chronique
IMG : Interruption médicale de grossesse
INCA : Institut national du cancer
IRC : Insuffisance rénale chronique
IRMc : Imagerie par résonance magnétique cérébrale
LA : Lupus anticoagulant
LS : Lupus systémique
MAF : Mouvements actifs fœtaux
MFIU : Mort fœtale *in utero*
MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse
NA : Non adapté
NFS : Numération formule sanguine
PC : Protéine C
PE : Prééclampsie
PNDS : Protocoles nationaux de diagnostic et de soins
PPAG : Petit poids pour l'âge gestationnel
PPS : Programme personnalisé de soins
PR : Polyarthrite rhumatoïde
PS : Protéine S
PVP : Pathologie vasculo-placentaire
RCIU : Retard de croissance intra-utérin
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
SA : Semaines d'aménorrhée
SAPL : Syndrome des anticorps antiphospholipides
SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation
SHAG : Stéatose hépatique aigüe gravidique
SpA : Spondylarthrite ankylosante
TVP : Thrombose veineuse profonde
T3 : 3^e trimestre

PREMIERE PARTIE : Introduction et définition d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

I. Définitions et objectifs d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

1. Définitions et description d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

A. Définitions d'une RCP

a. Haute Autorité de Santé (HAS)

D'après le Développement Professionnel Continu (DPC) de novembre 2017 de la HAS (1) , « la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Lors des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient ». Les décisions peuvent concerner divers aspects d'un cas :

- Établissement d'une stratégie diagnostique,
- Validation du diagnostic,
- Établissement d'une stratégie de prise en charge initiale ou secondaire,
- Décision de stratégie palliative.

En oncologie, « la RCP s'impose pour la prise de décision concernant tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupe d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. Un des objectifs du plan cancer 2003 était de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une réunion de concertation autour de leur dossier.

Les modalités d'organisation de la RCP sont définies par l'article D. 6124-131 du Code de la santé publique. Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ».

Depuis 2009, le plan cancer met l'accent sur le partage des données médicales entre professionnels de santé (hospitaliers et libéraux). Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes intervenant auprès des patients atteints de cancer, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire. En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation. Le projet thérapeutique est alors enregistré et archivé.

Dans les autres disciplines, les RCP peuvent être utilisées, notamment pour des prises en charge complexes (par exemple : insuffisance respiratoire chronique grave, sclérose en plaques, chirurgie bariatrique). Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement ». Ainsi, en gynécologie, des RCP sur l'endométriose ont vues le jour. En effet, l'endométriose pelvienne profonde est une pathologie complexe touchant les appareils gynécologique, digestif et urologique qui peut être la cause d'un véritable handicap physique, psychologique et social. Il semblait donc indispensable de proposer une prise en charge multidisciplinaire pour ces patientes (2).

b. Institut National du Cancer

D'après l'Institut National du Cancer (3), la RCP est une « réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les réunions de concertation pluridisciplinaires rassemblent au minimum trois spécialistes

différents. Le médecin informe ensuite le patient et lui remet son programme personnalisé de soins (PPS) ».

c. Code de la Santé Publique

Selon l'article D6124-131 du Code de la santé publique (4), « le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaires. Lorsque ce titulaire n'exerce pas l'ensemble des pratiques thérapeutiques mentionnées à l'article R. 6123-87 (5), la réunion mentionnée au premier alinéa est tenue avec d'autres titulaires de l'autorisation exerçant ces pratiques, en utilisant éventuellement les réseaux mentionnés à l'article R. 6123-88 (6).

Une fiche retraçant l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire est insérée dans le dossier médical du malade ».

d. Circulaire DHOS/SDO : mesure 31 du Plan Cancer

Enfin, d'après la circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (mesure 31 du Plan Cancer) (7), « les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse du bénéfice risque et de la qualité de vie pour le patient, dont il sera informé lors de la remise de son programme personnalisé de soins (PPS).

Plusieurs termes différents sont actuellement utilisés pour désigner les modalités de cette concertation. Le terme de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) doit désormais être retenu pour faire référence à ce concept de pluridisciplinarité lié à la décision thérapeutique ».

Les principes de fonctionnement des RCP, selon cette mesure du plan cancer, sont les suivants :

- Tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP ;
- Quel que soit le traitement initial envisagé, chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie, les dossiers qui doivent être obligatoirement discutés en RCP avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés (standards) ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a un changement significatif d'orientation thérapeutique ;
- Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie ;
- En cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention ; le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte : il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP ;
- Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP.

Des procédures de contrôle, internes et externes, sont obligatoirement mises en place dans le cadre du 3C pour vérifier le respect de ce processus pour chaque patient ainsi que l'adéquation entre les dossiers discutés en RCP. Ce taux d'adéquation et son évolution constitueront un des indicateurs qualité du rapport d'activité demandé aux centres de coordination en cancérologie.

L'organisation des RCP d'oncologie doit prévoir :

- Des fiches pré-remplies pour gagner du temps ;
- Une fréquence de réunions préétablie ;
- Un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue.

Lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier. La portée des décisions individuelles des médecins dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire s'analyse au regard de l'article 64 du code de déontologie médicale (8).

e. Critères qualité des RCP

Les critères de qualité des RCP sont précisés dans le plan cancer et la circulaire du 22 février 2005 (d'après la HAS) (9) :

- « **La pluridisciplinarité** correspond à la présence d'au moins **trois spécialités différentes** qui doivent être adaptées au type de la RCP.
- Leur **fonctionnement** doit être **formalisé** : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP.
- **Tous les nouveaux cas** doivent être présentés avant mise en route du primo-traitement. Les dossiers des patients nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...) sont également présentés.
- Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge (ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire et traduite dans un référentiel de pratiques validé) et figurant dans une liste établie par le réseau régional il est possible de ne pas le discuter ; le dossier doit être présenté rapidement et la fiche RCP renseignée et archivée. Les autres dossiers sont obligatoirement discutés. Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des **référentiels de pratique** élaborés à un niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales. Ils doivent être régulièrement actualisés. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connus des participants.
- **L'avis de la RCP** comporte la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient (Dossier

communicant en cancérologie). Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin.

- **L'évaluation régulière** des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, in fine, du service rendu aux patients ».

B. Description d'une RCP

D'après le Développement Professionnel Continu (DPC) de novembre 2017 de la HAS (1), les RCP sont organisées selon les principes suivants :

a. Organisation de la RCP

L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi adapté à la spécialité et à l'activité (au moins deux fois par mois en oncologie). Elle repose sur :

- Un coordonnateur : son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées ;
- Un secrétaire ;
- La traçabilité systématique.

Chaque participant signe la feuille d'émargement en début de réunion. Une RCP n'a pas forcément lieu dans un lieu unique : il est possible de faire des « RCP connectées » en visioconférence. Cela nécessite un mécanisme sécurisé de partage du dossier médical afin que tous les participants aient accès aux mêmes informations en préservant la confidentialité des données.

b. Analyse des dossiers de patients

D'après le *Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)* de Guilhem Solé (10), « Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est discuté selon quatre étapes :

- Présentation du cas par son médecin référent,
- Discussion du cas entre professionnels,
- Décision collégiale définie sur la base des référentiels retenus,
- Rédaction du compte-rendu qui peut se faire en cours de séance ou rapidement après par le secrétaire de séance. »

c. Avis de la RCP

L'avis de la RCP doit systématiquement comporter :

- La date de la réunion,
- Le nom et la qualité des intervenants,
- La proposition de la RCP et éventuellement la/les alternatives possibles,
- Les références scientifiques utilisées si possible,
- Le nom du médecin référent qui sera chargé du suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge).

Le compte-rendu est intégré dans le dossier médical du patient et peut être communiqué aux autres professionnels comme le médecin traitant. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient.

Un recueil tenu à jour par le secrétaire doit permettre de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise. Grâce à ce recueil, le responsable de la RCP pourra fournir un rapport d'activité annuel comprenant :

- Le nombre de réunions annuelles,
- Le nombre de cas discutés,
- Les critères de sélection : cas complexes, cas fréquents et/ou pédagogiques,
- L'adéquation des décisions avec les recommandations, PNDS...,
- La concordance entre les propositions de la RCP et leur application,
- La liste des actions d'amélioration engagées ou finalisées suite à cette RCP.

C. Documentation

La HAS (1) précise que les documents requis pour une RCP sont :

- Le document support : il doit exister une charte ou procédure ou règlement intérieur de la RCP qui en précise l'organisation et le fonctionnement.
- Les documents de traçabilité comprenant :
 - Le compte-rendu de chaque réunion avec la liste de présence des participants.

- Le suivi d'indicateurs, les résultats d'évaluation de la RCP, la fiche de suivi d'actions d'amélioration, les nouvelles procédures de prise en charge, etc.

2. Comment mettre en place une RCP ? (10)

« Le cadre législatif est strict autour des RCP en oncologie et le mode d'organisation des RCP hors oncologie s'en inspire. Il est tout d'abord important de fixer des objectifs clairs à la RCP afin que les participants soient assidus et que la RCP se pérennise ». Les principaux éléments à préciser sont :

- Le titre de la RCP : c'est lui qui va définir le domaine de la RCP. Il peut être plus ou moins large selon les objectifs fixés,
- La définition du périmètre de la RCP : limitée à un service, un pôle, ou au contraire, ouverte à des professionnels extérieurs (libéraux...),
- La définition des intervenants :
 - Un coordonnateur qui organise et anime les réunions,
 - Les médecins représentant chaque spécialité nécessaire au caractère pluridisciplinaire de la RCP,
 - Les autres professionnels de santé participant à la prise en charge du patient : psychologues, assistantes sociales, IDE...
- La définition de la périodicité des RCP et leur durée maximale
- La définition des critères de sélection des dossiers étudiés : problématique diagnostique, thérapeutique...

Il est recommandé de s'appuyer sur un secrétariat efficace pour :

- Organiser et planifier les RCP sur 6 mois ou 1 an afin que les participants puissent se libérer,
- Communiquer le planning des RCP,
- S'assurer de la disponibilité des locaux, particulièrement important pour des RCP multisites en visioconférence,
- Établir la liste des dossiers à analyser en lien avec le coordonnateur,
- Assurer la traçabilité du compte-rendu de RCP dans le dossier patient.

3. Objectifs, bénéfices et risques d'une RCP (11)

A. Objectifs d'une RCP

L'objectif premier d'une RCP est d'améliorer la gestion des soins pour chaque patient. La discussion précoce d'un dossier en RCP pour un patient donné peut éviter une perte de temps avec des investigations diagnostiques non nécessaires. Une discussion pluridisciplinaire avec tous les spécialistes concernés est plus efficace, et une décision conjointe est plus précise et plus exacte que la somme d'opinions individuelles. Les concertations pluridisciplinaires favorisent la transparence de l'information entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient.

B. Bénéfices d'une RCP

L'instauration et la systématisation des RCP ont des conséquences positives pour le patient et pour l'équipe qui le prend en charge. Les patients sont traités selon les mêmes *guidelines* et les mêmes recommandations, quel que soit le médecin à qui le patient a été adressé initialement. De plus, les patients dont les dossiers ont été discutés en RCP ont plus de chances d'être inclus dans un essai clinique. Ces réunions pluridisciplinaires permettent également aux praticiens et aux chercheurs de confronter leurs idées pour faire émerger de nouvelles études. Les RCP créent aussi des opportunités idéales d'apprentissage pour les internes ou autres professionnels de santé. Pour obtenir un environnement d'apprentissage efficace, il est important d'avoir une pièce avec une bonne acoustique, une discussion ouverte et une grande clarté dans l'explication de l'aboutissement à la décision finale. Un autre bénéfice, important mais souvent négligé des RCP, est l'amélioration de la communication entre différents spécialistes. La coopération et la collaboration est meilleure quand chaque discipline comprend le rôle, les possibilités et les limites des autres disciplines, ceci permettant de développer une relation de confiance entre les différents spécialistes.

Une étude réalisée par Gorbenko et *al* en 2019 (12) affirme que les RCP participent également au bien-être des professionnels de santé en étant un bon support social et émotionnel, et en permettant un apprentissage continu.

C. Risques d'une RCP

Dans son article *Favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité par la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)* (13), Sophie Prosper identifie deux principaux risques à la généralisation des RCP.

La liberté de prescription est un principe du droit médical, permettant au médecin une vraie indépendance professionnelle. Pour que la RCP ne s'oppose pas à la liberté de prescription de chaque praticien, la décision finale doit être véritablement collégiale et argumentée. Si les membres de la RCP ne sont pas d'accord sur la prise en charge, cela doit apparaître dans le compte-rendu, ce qui permettra au praticien référent de choisir l'option lui semblant la meilleure.

On pourrait également craindre, par la généralisation des RCP, un affaiblissement du principe du secret médical. Il est vrai que la circulation des informations entre plusieurs professionnels de santé par ces RCP pourrait entraîner une violation du secret professionnel. Cependant, bien que l'article L.1110-4 du Code de la santé publique (14) protège la vie privée et les informations concernant le patient, il prévoit également que la transmission du dossier médical à l'équipe médicale en charge du patient n'est pas contraire au secret médical s'il permet « d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ». La loi du 4 mars 2002 a donc permis la diffusion des informations concernant le patient à tous les professionnels de santé qui le prennent en charge, dans son intérêt. Le secret partagé semble nécessaire dans le cas de la mise en place de RCP pour les maladies chroniques, puisque le dossier médical du patient doit pouvoir être analysé par tous les spécialistes du réseau.

D. Inconvénients d'une RCP

Les potentiels inconvénients inhérents aux RCP (15) semblent être la maîtrise du temps imparti, la planification des réunions entre les différents membres, le manque d'expérience en rapport avec la large variété de types tumoraux abordés, la nécessité de justifier son absence à une RCP, l'augmentation de volume du travail administratif en amont et en aval des

différentes réunions, la diminution des contacts directs avec les autres spécialistes et la nécessité d'attendre les RCP pour discuter d'un dossier.

4. Le fonctionnement d'une RCP

A. L'annonce d'une RCP

N'importe quel médecin spécialiste peut présenter un cas en RCP, y compris les médecins extérieurs au cadre normal de la réunion. Le coordonnateur doit récupérer chaque cas à présenter avant la réunion. La liste des patients devrait être distribuée avant la réunion pour que chaque participant connaisse à l'avance les dossiers qui seront discutés, ceci permettant une meilleure organisation pratique et la possibilité de se remémorer des situations complexes afin d'être pertinent lors de la réunion.

B. Comment les cas devraient-ils être présentés ?

Il s'agit certainement d'un point essentiel de chaque RCP. Chaque dossier devrait être présenté de la façon la plus efficace et concise possible. La présentation peut être verbale mais elle devrait être soutenue par une projection sur écran.

5. Historique des RCP

D'après le « *Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire* » de G. Solé (10), les RCP sont nées au début des années 2000 dans le sillage du premier Plan Cancer destiné à optimiser et à standardiser la prise en charge des patients atteints de cancer. Depuis, elles se sont généralisées dans beaucoup d'autres domaines de la médecine, en particulier chez les patients présentant une maladie chronique grave ou complexe.

L'objectif était alors de réunir les professionnels de santé concourant à la prise en charge d'un patient en vue d'optimiser la démarche diagnostique et thérapeutique, de diminuer les inégalités de prise en charge, et de permettre l'accès aux thérapeutiques innovantes. La rigueur de la mise en place et du suivi d'une RCP est la garantie de son succès et de sa pérennité.

Dans le cadre du Plan Cancer de 2003, les pouvoirs publics ont institutionnalisé la tenue de RCP pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et favoriser l'accès aux innovations thérapeutiques. Pour l'heure, ces RCP n'ont d'existence légale qu'en oncologie mais les autorités de santé souhaitent les développer dans les autres domaines. Les maladies rares chroniques sont de très bonnes candidates au développement des RCP car leur prise en charge n'est pas toujours bien codifiée. Cela permet au patient d'accéder à des techniques diagnostiques ou thérapeutiques coûteuses et complexes ne relevant pas des réseaux de soins courants et dont la prise en charge par les caisses de Sécurité sociale ne pourrait se faire sans cela.

Il existait depuis longtemps dans tous les services des réunions de type « staffs » qui permettaient de discuter de ce type de patients mais la traçabilité des décisions n'y était pas toujours assurée avec minutie.

6. Vision de la RCP par le patient

Une étude réalisée en 2012 par MB. Orgerie et *al.* (16) montre que la RCP ne modifie pas la relation de confiance entre le médecin et son patient : 80 % des patients se disent même rassurés par le fait que la décision soit collégiale. Néanmoins, 73 % des patients expriment que le plus important pour eux est leur relation avec le médecin référent et la majorité d'entre eux leur font une totale ou une grande confiance.

7. Évaluation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

La HAS (9) précise que la RCP est une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles. Elle revient à analyser une pratique clinique en référence à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique. Par la participation à ces RCP, les médecins s'engagent à l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques. La HAS considère qu'un médecin qui participe activement et régulièrement (8 à 10 fois par an) à des RCP répondant aux critères énoncés, remplit son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (décret n° 2005-346 du 14 avril 2005).

Cette méthode d'amélioration continue des pratiques s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards Deming dans les années soixante. Ce modèle comporte quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment. Ces quatre étapes sont :

- Planifier : le médecin organise son activité de façon à participer régulièrement aux RCP.
- Faire : le médecin participe effectivement aux RCP et, autant que possible, contribue aux adaptations continues des référentiels de pratique.
- Analyser : le médecin participe à l'évaluation périodique de la pertinence des classements entre simple présentation de dossier et demande de discussion, l'évaluation de l'adéquation des décisions avec les recommandations, l'évaluation de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.
- Améliorer : de cette analyse, il tire une amélioration continue de ses pratiques.

II. Historique de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire « PREGNANT – PREGnancy and Auto-immunity, Nephropathy, Thrombophilic disorders – CHU de BORDEAUX »

La RCP « PREGNANT » réunit tous les mois, depuis janvier 2018, des praticiens amenés à prendre en charge des pathologies auto-immunes, inflammatoires ou thrombophiliques dans un contexte de grossesse ou de projet conceptionnel. Cette RCP est coordonnée par l'équipe de médecine interne du Pr LAZARO (Hôpital Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux) et l'équipe obstétricale du Pr SENTILHES (Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux). Elle s'intègre dans le cadre de la fédération hospitalo-universitaire ACRONIM (*Aquitaine's Care and Research OrganisatioN for inflammatory and Immune-Mediated diseases*) et du centre de REférence des maladies auto-immunes systémiques rares de l'Est et du Sud-Ouest (RESO).

Selon le modèle des RCP d'oncologie, les réunions sont ouvertes aux différents spécialistes d'organes permettant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire.

Les équipes de médecine interne, rhumatologie, gynécologie-obstétrique, néphrologie, hématobiologie et fœtopathologie sont notamment représentées lors de ces réunions. Chaque intervenant du secteur public ou libéral peut ainsi présenter ses dossiers. Un calendrier prévisionnel est instauré chaque année.

Cette RCP « PREGNANT » permet de discuter de la période préconceptionnelle et de la prise en charge des grossesses de patientes porteuses de pathologies complexes : maladies auto-immunes ou inflammatoires, néphropathies, pathologies de l'hémostase, anomalies biologiques, mais aussi pertes fœtales ou évènements obstétricaux inexplicables. Cette organisation permet également d'optimiser les délais de prise en charge si nécessaire. Toutes les fiches RCP sont enregistrées sous forme informatisée dans le dossier médical DX-care des patientes lorsque les patientes sont suivies au CHU. Le cas échéant, le compte-rendu est adressé au médecin référent.

La proposition de soin soumise par la RCP est expliquée à la patiente par le médecin référent, en consultation dédiée.

III. Pourquoi aborder ces problématiques en RCP PREGNANT ?

Malgré la richesse des référentiels en obstétrique ainsi qu'en immunologie, une différence de prise en charge en fonction des spécialistes et des différents centres existe.

La HAS (1) précise bien que « dans les autres disciplines, les RCP peuvent être utilisées, notamment pour des prises en charge complexes. Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement ».

Certaines situations abordées au cours de la RCP sont assez bien codifiées dans la littérature, comme c'est le cas pour le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), le lupus systémique (LS) ou les anomalies de la thrombophilie, pour lesquels il existe des protocoles nationaux de diagnostics et de soins (PNDS) ou des recommandations d'experts. Mais dans un certain nombre de cas, la problématique n'est abordée dans aucun référentiel et relève d'une décision collégiale, soulignant l'intérêt d'une RCP, à l'image de celles faites en oncologie.

1. Situations cliniques dont la prise en charge est arrêtée par les sociétés savantes

A. Recommandations concernant les antiphospholipides

Le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) est une maladie vasculaire d'origine auto-immune, caractérisée par la survenue de thromboses et de complications obstétricales. En présence d'un SAPL, les stratégies thérapeutiques au cours de la grossesse sont assez bien standardisées. Nous nous sommes basées sur les recommandations du PNDS (17) ainsi que sur les recommandations EULAR (18).

La définition du SAPL (19) est la présence d'au moins un critère clinique et un critère biologique, à au moins 2 reprises, à 12 semaines d'intervalle, parmi :

- Critères cliniques :

- **Thrombose vasculaire** : au moins un épisode thrombotique artériel, veineux ou des petits vaisseaux, touchant tout tissu ou organe.
- **Morbidité obstétricale** :

- Au moins 3 fausses couches spontanées (FCS) consécutives et inexpliquées avant 10 SA, après exclusion d'une anomalie anatomique ou hormonale maternelle et d'une anomalie chromosomique maternelle ou paternelle ;
 - Ou au moins une mort fœtale inexpliquée après 10 SA avec morphologie fœtale normale ;
 - Ou au moins une naissance prématurée avant 34 SA d'un fœtus normal, en rapport avec la survenue d'une éclampsie ou d'une pré-éclampsie sévère ou avec insuffisance placentaire.
- Critères biologiques :
- **Lupus anticoagulant (LA)**
 - **Anticorps anti-cardiolipines** (IgG et/ou IgM) à un titre intermédiaire ou élevé (> 40 UGPL ou > 99e percentile)
 - **Anticorps anti-beta2GPI** (IgG ou IgM) présents à un titre > 99e percentile

En fonction du type d'évènement clinique, deux phénotypes de cette maladie ont été individualisés : le SAPL thrombotique (avec ou sans complication obstétricale) et le SAPL obstétrical pur (sans antécédent de thrombose). Le plus souvent, les rechutes de la maladie sont observées dans le même territoire que l'évènement initial.

Les risques obstétricaux sont fortement corrélés à la présence d'un Lupus Anticoagulant. Dans l'étude PROMISSE (20), l'hypertension artérielle nécessitant un traitement, un score PGA (Physician's Global Assessment) > 1 et une thrombopénie représentent également des facteurs de risques indépendants de complications obstétricales chez les patientes lupiques. Les recommandations EULAR pour la prise en charge du SAPL publiées en 2019 (21) classent les patientes en profils à haut risque et à bas risque. Les profils à haut risque sont définis par la présence, à au moins 2 reprises, à 12 semaines d'intervalle, d'un LA ou d'une double ou triple positivité (parmi LA, anticorps anti-cardiolipines ou anti-beta2GP1) ou par la persistance de titres élevés d'aPL. Les profils à bas risque sont définis par des anti-cardiolipines ou des anti-beta2GP1 isolés à faible ou moyen taux, surtout si la positivité est transitoire.

Ces complications obstétricales sont en partie évitables lorsqu'elles sont prises en charge et leurs conséquences peuvent être limitées par une surveillance adaptée.

En cours de grossesse, le traitement est clairement établi en cas de SAPL thrombotique et repose sur l'acide acétylsalicylique (AAS) à dose antiagrégante et sur les Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM) (17) (18).

En dehors de la grossesse, une anticoagulation efficace au long cours est actuellement recommandée en cas de SAPL thrombotique, du fait d'un risque important de récurrence thrombotique. D'après le PNDP lupus systémique (17), « ces patientes sont en principe au long cours sous AVK, traitement qui est contre-indiqué à partir de 6 SA. Le relais par HBPM à dose efficace et acide acétylsalicylique à dose antiagrégante sera donc fait dès le diagnostic de la grossesse (la patiente possédant idéalement une ordonnance remise lors de la consultation préconceptionnelle). L'AAS pourra être interrompu à 35-36 SA, les HBPM étant poursuivies et une fenêtre d'anticoagulation la plus courte possible sera réalisée lors de l'accouchement ». La prise en charge du SAPL obstétrical est moins bien standardisée.

B. Recommandations EULAR concernant les maladies auto-immunes et grossesse (22)

La grossesse chez les patientes présentant une maladie auto-immune est un sujet important puisque d'une part, la grossesse peut influencer l'activité de certaines maladies, et d'autre part la maladie elle-même peut retentir sur le devenir de la grossesse. La grossesse est un facteur de risque de complications chez les femmes porteuses de maladies auto-immunes au travers de modifications hormonales. Pour certaines maladies, les complications sont plutôt observées lors de la grossesse, pour d'autres, plutôt en post-partum.

Pendant de nombreuses années, la grossesse a été contre-indiquée chez les femmes présentant des maladies auto-immunes. Aujourd'hui, il existe peu de contre-indications formelles à la grossesse mais, la période préconceptionnelle est importante pour ces patientes car elle permet de programmer la grossesse. Les conditions pour la réalisation d'une grossesse sont :

- L'absence de poussée depuis six mois
- L'adaptation du traitement (évitement des médicaments tératogènes)
- Le maintien d'un suivi médical mensuel, assuré conjointement par les médecins spécialistes et obstétriciens

Il semble donc nécessaire de réaliser une consultation préconceptionnelle chez ces patientes, « la situation idéale étant celle où la grossesse est programmée au cours d'une maladie en rémission » (23). La consultation préconceptionnelle va permettre :

- D'évaluer les éventuelles contre-indications à une grossesse
- D'évaluer l'influence potentielle de la pathologie sur l'évolution de la grossesse et l'influence de la grossesse sur l'activité de la maladie
- D'optimiser les traitements et de revoir le calendrier vaccinal
- Enfin, de planifier la prise en charge de la future grossesse en définissant les modalités de surveillance.

« La généralisation de ce type de consultation devrait à terme permettre de réduire les risques fœto-maternels chez ces femmes et d'améliorer encore le pronostic de ces grossesses ».

a. Risques maternels

L'influence de la grossesse sur l'activité de la maladie est variable selon la pathologie en cause. Les risques maternels sont principalement le risque de prééclampsie et le risque de poussées de la maladie au cours de la grossesse. La plupart des maladies auto-immunes augmentent ces risques.

❖ Le lupus systémique (LS) :

Le risque de poussée de la maladie est augmenté durant toute la période de la grossesse et du post-partum. On estime actuellement à 27% ce risque de poussée (24). Les risques de poussées lupiques sont principalement déterminés par l'activité de la maladie dans les six mois précédant la grossesse. La néphropathie lupique est également un facteur de risque de poussées, d'HTA et d'aggravation de la maladie rénale. Elle augmente aussi les risques de prééclampsie/éclampsie et HELLP syndrome. Enfin, l'arrêt de l'hydroxychloroquine lors de la grossesse est un facteur de risque de poussée.

❖ La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite (SpA) :

Ce sont les rhumatismes inflammatoires chroniques les plus fréquents, et ils atteignent souvent les femmes en âge de procréer (25). Ces maladies évoluent par poussées inflammatoires, et entraînent des douleurs, raideurs, et un handicap.

Concernant les patientes atteintes de PR, si classiquement la grossesse a été considérée comme une période de « lune de miel » pour ces jeunes femmes, il semble que la maladie ne soit pas si souvent améliorée par la grossesse : des études rapportent des taux de rémission faible, touchant principalement le sous-type particulier de PR négatives pour les anti-CCP et le facteur rhumatoïde (26).

Les données les plus récentes sur le devenir de la SpA pendant la grossesse montrent que la maladie reste active chez environ 45 % des patientes avec une activité la plus forte retrouvée au second trimestre de la grossesse (27) (28).

❖ La sclérodémie systémique :

Il s'agit d'une maladie auto-immune caractérisée par des anomalies de la microcirculation et des lésions de fibrose cutanée et/ou viscérale. La sclérodémie touche avec prédilection les femmes entre 45 et 64 ans, ce qui explique que la survenue d'une grossesse au cours de cette maladie soit plus rare.

La grossesse ne semble pas influencer l'évolution de la sclérodémie (29). Cependant, la présence d'une atteinte rénale, d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), d'une insuffisance cardiaque ou d'une fibrose pulmonaire semble aggraver fortement le pronostic maternel et fœtal (30). La survenue d'une crise rénale est la principale crainte lors d'une grossesse, mimant une prééclampsie ou un syndrome catastrophique des antiphospholipides.

b. Risques fœtaux

Les risques fœtaux sont les FCS précoces ou tardives et le risque de mort fœtale *in utero*, la prématurité, le retard de croissance intra-utérin et le lupus néonatal en présence d'anticorps anti-SSA ou SSB.

❖ Le LS :

Le LS est associé à plus de FCS, de perte fœtale, de prématurité et de RCIU.

❖ La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite (SpA) :

Ces rhumatismes inflammatoires chroniques semblent impacter de manière négative le recours à la césarienne, avec plus de prématurité et de RCIU.

L'activité de la maladie est associée à un faible poids à la naissance, de manière indépendante de tout traitement, suggérant une action directe de l'inflammation sur le devenir de la grossesse (31).

❖ La sclérodermie systémique :

Elle ne semble pas impacter le taux de FCS ; cependant on retrouve plus de petits poids pour l'âge gestationnel (PPAG), de RCIU et de prématurité.

c. Traitements autorisés pendant la grossesse

D'après le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) (32), les traitements suivants peuvent être utilisés pendant la grossesse :

- L'hydroxychloroquine :

Elle passe le placenta mais les données sont très nombreuses et rassurantes. Elle n'est pas contre-indiquée, et ce quel que soit le terme de la grossesse. Elle ne doit pas être interrompue en début de grossesse car diminue le risque de poussée et améliore le pronostic rénal au cours du LS.

- Les corticoïdes :

Ils peuvent être utilisés à dose efficace quel que soit le terme de la grossesse et la durée du traitement. Des RCIU et des PPAG ont été signalés chez des enfants de mères traitées au long cours. Néanmoins, le groupe d'experts de l'EULAR nuance l'utilisation des corticoïdes fluorés (triamcinolone, dexaméthasone et bétaméthasone), car ils traversent la barrière hémato-placentaire et devraient être réservés au traitement de pathologies fœtales (33).

- La Salazopyrine :

Elle est le seul traitement de fond à visée rhumatologique compatible avec la grossesse. La recommandation actuelle est de compléter les patientes traitées par Salazopyrine par 5mg d'acide folique par jour pendant toute la durée du traitement (33).

- Les immunosuppresseurs :

Seuls l'azathioprine, la ciclosporine et apparentés sont envisageables quel que soit le terme de la grossesse s'ils sont nécessaires à l'équilibre maternel.

- Les anti-TNF alpha :

Les recommandations actuelles autorisent la conception sous ces traitements, mais préconisent l'arrêt (si possible) de l'Infliximab et de l'Adalimumab à la 20^e semaine de grossesse, de l'Etanercept à la 30^e semaine, et autorisent de continuer le Certolizumab tout au long de la grossesse.

En théorie, les autres immunosuppresseurs et les biothérapies ne sont pas recommandés pendant la grossesse. En cas de grossesse planifiée, il est recommandé d'arrêter le traitement entre 3 et 6 mois avant d'autoriser les rapports fécondants.

Les Anti-vitamine K sont contre-indiqués après 6 SA car entraînent un risque malformatif (embryopathie aux AVK), ils doivent donc être remplacés par une HBPM dès le diagnostic de grossesse.

C. Recommandations concernant les thrombophilies

Les thrombophilies peuvent-être classées en thrombophilies :

- Acquisées : le SAPL principalement,
- Constitutionnelles : les déficits en Antithrombine (AT), en protéine C (PC), en protéine S (PS), les mutations du facteur V Leiden, du facteur II (gène de la prothrombine) et de la MTHFR (hyperhomocystéinémie).

Il existe des recommandations selon les anomalies en cause, portant sur la prévention des thromboses veineuses profondes (TVP) au cours de la grossesse et en post-partum chez les patientes présentant des anomalies de la thrombophilie. Nous nous sommes basées sur les recommandations de l'American Society of Hematology (ASH) de 2018 (34) (tableau 1).

Pour les patientes présentant un antécédent personnel de TVP spontanée ou associée à un facteur de risque hormonal, l'ASH recommande une anticoagulation prophylactique au cours de la grossesse. Pour les patientes présentant un antécédent personnel de TVP associée à un facteur de risque non hormonal temporaire, il n'est pas recommandé de mettre en place une

anticoagulation prophylactique. Pour toutes les patientes ayant un antécédent personnel de TVP, il est recommandé une anticoagulation prophylactique post-partum.

	ATCD familiaux	En cours de grossesse	Post-partum
Mutation hétérozygote du facteur V Leiden ou du gène de la prothrombine	Pas d'impact	Pas d'anticoagulation prophylactique	Pas d'anticoagulation prophylactique
Déficit en protéine C ou protéine S	oui	Pas d'anticoagulation prophylactique	Anticoagulation prophylactique préventive
	non	Pas d'anticoagulation prophylactique	Pas d'anticoagulation prophylactique
Mutations hétérozygotes combinées	Pas d'impact	Anticoagulation prophylactique préventive	Anticoagulation prophylactique préventive
Mutation homozygote du facteur V Leiden	Pas d'impact	Anticoagulation prophylactique préventive	Anticoagulation prophylactique préventive
Mutation homozygote du gène de la prothrombine	oui	Pas de recommandation : en général favorable à une anticoagulation	Anticoagulation prophylactique préventive
	non	Pas d'anticoagulation prophylactique	Anticoagulation prophylactique préventive
Déficit en antithrombine	oui	Anticoagulation prophylactique préventive	Anticoagulation prophylactique préventive
	non	Pas d'anticoagulation prophylactique	Pas d'anticoagulation prophylactique
≤ 1 facteur de risque clinique* (excluant thrombophilie ou ATCD de MTEV)		Pas d'anticoagulation prophylactique	Pas d'anticoagulation prophylactique

Tableau 1: Recommandations ASH 2018 concernant les thrombophilies

**Facteurs de risque cliniques : immobilisation per-partum, hémorragie du post-partum, infection du post-partum, IMC > 25 kg/m² avant la grossesse, césarienne en urgence, tabac > 5 cigarettes/jour avant la grossesse, prééclampsie, poids de naissance < 3^e percentile*

2. Situations cliniques dont la prise en charge est mal codifiée

A. Patientes ayant un SAPL obstétrical

La prise en charge du SAPL obstétrical ne semble pas consensuelle jusqu'à l'heure actuelle. Cependant, plusieurs revues de la littérature publiées en 2018 (35) et 2019 (36) ont permis d'émettre des recommandations.

Il n'est pas recommandé de prescrire de traitement anticoagulant en dehors de la grossesse en cas de forme obstétricale pure, le risque thrombotique étant moindre dans cette situation.

Dans la revue de la littérature publiée en 2018 (35), M. Limper et *al.* différencient les profils de SAPL obstétricaux à bas risque (positivité d'un seul aPL ou de deux aPL à des faibles taux ou en IgM) des profils de SAPL obstétricaux à haut risque de thrombose (SAPL triple positifs ou LA positif ou anticardiolipines et anti-B2GP1 à des taux élevés). Pour les profils à bas risque, un traitement par aspirine faible dose associé à des HBPM prophylactiques est indiqué. Pour les profils à haut risque, les auteurs préconisent l'association d'aspirine faible dose aux HBPM prophylactiques (dose ajustée sur le poids) ainsi que de discuter l'introduction d'hydroxychloroquine.

Ceci est également retrouvé dans la revue de la littérature de M. Tektonidou et *al.* (36) publiée en 2019 dans laquelle les auteurs insistent sur la nécessité de classer les patientes en profils à bas risque vs haut risque pour éviter de sur-traiter en risquant des hémorragies chez certaines patientes, ou de sous-traiter en risquant des récurrences thrombotiques chez d'autres.

D'après le Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) (17) mis à jour en janvier 2019, au cours de la grossesse, « l'acide acétylsalicylique est proposé par la plupart des auteurs. Les HBPM peuvent être associées et poursuivies au moins 6 semaines en post-partum, sachant qu'il n'y a alors aucun consensus sur les posologies à utiliser (préventif ou curatif) ».

D'après les recommandations EULAR de 2019 sur la prise en charge du SAPL (21), différentes situations ont été décrites :

- Chez les femmes présentant un profil à haut risque d'aPL mais sans antécédent de thrombose ou de complication obstétricale : le traitement par aspirine faible dose lors de la grossesse doit être discuté ;

- Chez les femmes présentant une histoire de SAPL obstétrical pur (sans antécédent thrombotique), avec un antécédent de FCS à répétition < 12 SA ou de MFIU > 12 SA : l'association d'aspirine faible dose et d'HBPM prophylactique est recommandé ;
- Chez les femmes présentant une histoire de SAPL obstétrical pur (sans antécédent thrombotique), avec un antécédent d'accouchement prématuré < 36 SA dû à une éclampsie ou une prééclampsie sévère ou à une insuffisance placentaire : un traitement par aspirine seul ou l'association d'aspirine et HBPM prophylactique sont recommandés selon le profil de risque individuel.
- Chez les femmes présentant les « non-critères » cliniques du SAPL obstétrical (2 FCS < 12 SA, accouchement prématuré \geq 36 SA dû à une prééclampsie sévère ou une éclampsie) : un traitement par aspirine faible dose seul ou en association avec des HBPM peut être discuté selon le profil de risque individuel.
- Chez les femmes présentant un SAPL obstétrical traité par HBPM prophylactique au cours d'une grossesse : poursuivre l'HBPM prophylactique 6 semaines post-partum pour réduire le risque thrombotique maternel.
- Chez les femmes présentant les critères de SAPL obstétrical avec des complications obstétricales récidivantes malgré l'association aspirine et HBPM prophylactique : augmenter les HBPM à dose curative ou associer de l'hydroxychloroquine ou des faibles doses de prednisone au 1^e trimestre. L'utilisation d'immunoglobulines IV peut être considéré dans certains cas.
- Chez les femmes présentant une histoire de SAPL thrombotique : l'association d'aspirine faible dose aux HBPM curatives est recommandée au cours de la grossesse.

Dans les formes réfractaires de SAPL obstétrical, les options thérapeutiques sont d'associer de faibles doses de corticoïdes chez les patientes présentant des FCS à répétition malgré le traitement conventionnel du SAPL obstétrical.

B. Formes frontières de SAPL

Hormis les patientes entrant dans la définition exacte du SAPL, il existe des formes frontières de ce syndrome. Dans ces formes frontières, nous retrouvons les patientes ne présentant pas l'ensemble des critères d'un SAPL. Nous avons constaté que de nombreuses patientes

présentent au moins un critère biologique sans être forcément associé à un critère clinique, et inversement.

Il n'existe pas de recommandation pour la prise en charge thérapeutique de ces patientes en cours de grossesse.

Par exemple, il s'agit du cas d'une patiente ayant comme antécédent une prééclampsie tardive à 38 SA avec un retard de croissance modéré. Le bilan de cet évènement retrouve un LA positif à deux reprises, le reste du bilan étant normal. Cette patiente ne présente pas les critères du SAPL obstétrical car il s'agit d'une prééclampsie tardive après 34 SA. Cette patiente se verrait donc proposer un simple traitement par aspirine dans le cadre du RCIU et s'abstenir des HBPM.

C'est notamment dans ce contexte que la RCP « PREGNANT » est intéressante et prend tout son sens.

C. Ambiance d'auto-immunité sans maladie définie

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation. La découverte fortuite, ou dans les suites d'un évènement obstétrical, d'anomalies auto-immunes sans aucun critère pour une maladie auto-immune pourrait faire discuter la mise en place d'un traitement. L'auto-immunité étant une situation particulièrement vaste, il est important d'adapter sa prise en charge à chaque cas. Il est important de bien évaluer la balance bénéfices-risques avant de mettre en place un traitement, notamment dans le cas de la prévention des complications obstétricales en situation « d'ambiance dysimmunitaire ». En effet, la plupart du temps, ces traitements n'ont fait la preuve ni de leur efficacité, ni de leur sûreté d'utilisation, ni de leur innocuité sur l'enfant à long terme (37).

Par exemple, il s'agit d'une patiente dont le bilan de fausses couches spontanées à répétition a mis en évidence des anticorps anti-noyaux (ACAN) positifs isolés. Nous savons qu'aucune étude n'a démontré un quelconque intérêt à l'introduction d'aspirine ou de corticoïdes dans ce cas.

Autre exemple, celui d'une patiente dont le bilan de FCS à répétition découvre des ACAN positifs et des anti-SSA sans SAPL. La capillaroscopie réalisée pour syndrome de Raynaud met en évidence un paysage sclérodermique. Il existe également un syndrome sec. Le complément n'est pas consommé. Il s'agit donc d'un syndrome dysimmunitaire révélé par des FCS à répétition pouvant faire discuter une sclérodermie avec syndrome de Gougerot-Sjögren. La problématique de la prise en charge reste entière chez cette patiente peu symptomatique.

D. Prise en charge du risque lié à la présence d'un anticorps anti-SSA ou SSB

Dans de rares cas, les fœtus ou enfants de femmes porteuses d'un anticorps anti-SSA, ou anti-SSB, peuvent présenter un lupus néonatal. Ce syndrome peut se manifester par une atteinte cutanée, hématologique, hépatique et/ou un bloc auriculo-ventriculaire congénital (BAVc) survenant sur un cœur indemne de cardiopathie malformative sévère. Les atteintes cutanées et systémiques sont transitoires, contrairement au BAVc qui est définitif et est associé à une morbidité et une mortalité qui font toute la gravité de ce syndrome. Ce BAVc survient dans environ 1% des cas, généralement entre 16 et 26 SA. Lorsqu'une femme a eu un enfant avec BAVc, le risque de récurrence du BAVc est de 10 à 17% lors d'une grossesse ultérieure.

Le traitement curatif du BAVc par bétaméthasone ne semble associé à aucun bénéfice. La seule prise en charge actuelle repose donc sur un suivi et une naissance en milieu cardiologique pédiatrique hautement spécialisé.

Concernant le traitement préventif des BAVc, il est possible que l'hydroxychloroquine ait un effet bénéfique. Lorsqu'une mère a un anticorps anti-SSA, il est actuellement recommandé de surveiller le rythme cardiaque fœtal tous les 15 jours entre 16 et 26 SA (38). Cette surveillance étant *de facto* inutile dans 99% des cas et en l'absence de traitement curatif efficace à proposer, il est possible que ces recommandations s'allègent dans les années à venir.

E. Ambiance de thrombophilie sans maladie définie

Il s'agit, par exemple, du suivi de grossesse d'une patiente ayant un antécédent de MTEV à type d'embolie pulmonaire dans un contexte de contraception œstroprogestative dont le bilan de thrombophilie est négatif.

A contrario, la discussion peut porter sur la prise en charge à adopter en cas de FCS répétées chez une patiente porteuse d'une mutation hétérozygote du facteur V.

F. Divers

a. Fausses couches spontanées à répétition

Les FCS à répétition sont définies par un nombre de FCS consécutives supérieur ou égal à trois avant 12 SA. Elles concernent 1 à 2% des couples désirant une grossesse (39).

De nombreuses étiologies ont été retrouvées aux FCS à répétition (40) :

- Anomalies chromosomiques ;
- Anomalies anatomiques utérines, congénitales ou acquises ;
- Thrombophilies ;
- Immunologiques : Lupus érythémateux systémique notamment ;
- Pathologies endocriniennes : dysthyroïdies ou diabète mal équilibré ;
- Insuffisance ovarienne ;
- Terrain masculin ;
- Carences vitaminiques ;
- Facteurs environnementaux : âge maternel > 35 ans, consommation d'alcool.

L'ESHRE a émis des recommandations sur les FCS à répétition en novembre 2017 (41). Selon la cause retrouvée à ces FCS, des traitements peuvent être mis en place.

En cas de fausses couches à répétition inexplicables, il n'existe pas de recommandation (42). Certains traitements ont été proposés comme l'administration de progestérone sans conclusion probante (43). De même, les traitements antiagrégants ou anticoagulants n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans ce contexte (44). Enfin, plusieurs traitements immunomodulateurs ont fait l'objet d'études parmi lesquels les corticoïdes, le G-CSF, les

immunoglobulines, les intralipides et les antagonistes du TNF- α . Les données ne permettent pas actuellement de proposer des recommandations pour ces traitements (45).

b. Intervillites histiocytaires chroniques

L'intervillite histiocytaire chronique (IHC) est une lésion inflammatoire placentaire rare, caractérisée par un infiltrat lympho-histiocytaire de l'espace intervillieux avec dépôts de substance fibrinoïde (47). Elle présente un pronostic obstétrical sévère dont les principales complications sont le retard de croissance intra-utérin, des FCS précoces à répétition, des morts fœtales *in utero* et une prématurité par insuffisance placentaire.

Le taux de récurrence serait important mais aucun marqueur prédictif n'a été identifié à ce jour.

Il n'existe aucun consensus sur la prise en charge thérapeutique de cette pathologie lors de la grossesse (47). De façon empirique, une attitude thérapeutique préventive peut être proposée pour une grossesse ultérieure selon le type de complications et l'importance des lésions histologiques : chez une femme présentant des complications sévères avec des lésions histologiques étendues, un traitement par aspirine 100 mg/jour, HBPM prophylactique, prednisone 10 mg/jour et hydroxychloroquine peut être proposé mais aucune étude n'a démontré de bénéfice à cette stratégie.

DEUXIEME PARTIE : Étude

I. Introduction

Les pathologies auto-immunes et inflammatoires touchent fréquemment les adultes jeunes et notamment les femmes. La prise en charge d'une grossesse chez ces patientes n'est donc pas rare et peut engendrer plusieurs problématiques. Les maladies auto-immunes les plus fréquentes chez les femmes en âge de procréer sont la polyarthrite rhumatoïde (PR) et le lupus systémique (LS). La PR touche environ 1% de la population, dont 85% de femmes. Le LS est moins fréquent, mais là aussi 80 à 85% des personnes touchées sont des femmes. Les situations complexes ne sont pas rares et les recommandations, lorsqu'elles existent, ne peuvent pas répondre à toutes les questions.

La RCP « PREGNANT » réunit tous les mois, depuis le mois de janvier 2018, les équipes de médecine interne et d'obstétrique du CHU de Bordeaux. Elle a été créée dans le but de discuter de manière collégiale de la prise en charge de grossesses complexes chez des patientes porteuses de maladies auto-immunes ou inflammatoires, de néphropathies ou encore de pertes fœtales inexplicables. Cette façon formelle de discussion de dossiers n'a pas été évaluée à ce jour.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la RCP « PREGNANT – *PREGnancy and Auto-immunity, Nephropathy, Thrombophilic disorders* – CHU de Bordeaux » en termes de :

- Conformité avec les critères obligatoires d'une RCP tels que définis par les autorités de santé
- Adéquation des prises en charge proposées avec les référentiels nationaux et internationaux (pour les prises en charge consensuelles)
- Adéquation des prises en charge non consensuelles proposées par la RCP au cours du temps avec la RCP elle-même
- Devenir des propositions des décisions émises par la RCP

II. Matériel et méthodes

1. Matériel

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective unicentrique, de janvier 2018 à juin 2019 au CHU de Bordeaux.

Nous avons inclus toutes les patientes dont le dossier a été présenté lors de la RCP « PREGNANT » au CHU de Bordeaux entre janvier 2018 et juin 2019, soit une période de 18 mois. Ces dossiers étaient présentés soit pour avis préconceptionnel, soit pour avis diagnostique ou thérapeutique en cours de grossesse.

2. Recueil de données

Pour chaque patiente, nous avons recueilli, grâce aux fiches RCP préétablies ainsi que dans les dossiers médicaux informatisés du CHU de Bordeaux, les données concernant les antécédents personnels et familiaux (principalement hypertension artérielle, diabète et thrombose veineuse ou artérielle), les antécédents obstétricaux, l'histoire de la maladie et la problématique actuelle, l'existence de bilans paracliniques, les prises en charge déjà réalisées ainsi que les traitements actuels. Nous avons également recueilli les décisions proposées au cours de la RCP. Celles-ci étaient séparées en :

- Consignes pré-partum
- Consignes au cours de la grossesse
- Consignes anesthésiques
- Consignes concernant le terme proposé de l'accouchement
- Consignes concernant la prise en charge de l'enfant à la naissance
- Consignes pour le post-partum

Ce recueil est toujours resté dans le respect du secret médical et de l'anonymisation des données.

Suite à la RCP, nous avons également recueilli, lorsqu'elles étaient disponibles dans les dossiers, les données suivantes :

- La mise en application ou non de la décision de la RCP,

- Si cette décision a été modifiée suite à la RCP, et les raisons
- Les complications éventuelles survenues au cours de la grossesse,
- L'accouchement :
 - Le mode de mise en travail,
 - Le mode d'accouchement,
 - Le terme de l'accouchement,
 - Le sexe de l'enfant, son poids de naissance, son Apgar,
- La réalisation ou non d'une analyse anatomopathologique du placenta.

Toutes ces données ont été recueillies de façon anonyme et colligées dans un tableur Excel anonymisé après chaque RCP.

3. Analyses statistiques

Les données qualitatives ont été décrites à l'aide d'effectifs, de pourcentages, de moyennes (+/- écarts types) et ou de médianes (avec leur écart interquartile).

III. Résultats

1. Données générales des fiches RCP (tableau 2)

Sur la période étudiée, de janvier 2018 à juin 2019, 16 RCP se sont déroulées. Lors de ces RCP, 152 fiches ont été présentées. Une même patiente n'a qu'une seule fiche par RCP, mais le dossier d'une patiente a pu être discuté lors de différentes réunions.

En moyenne, 9,5 fiches ont été présentées par RCP, avec un minimum de 4 fiches et un maximum de 19 fiches (figure 1).

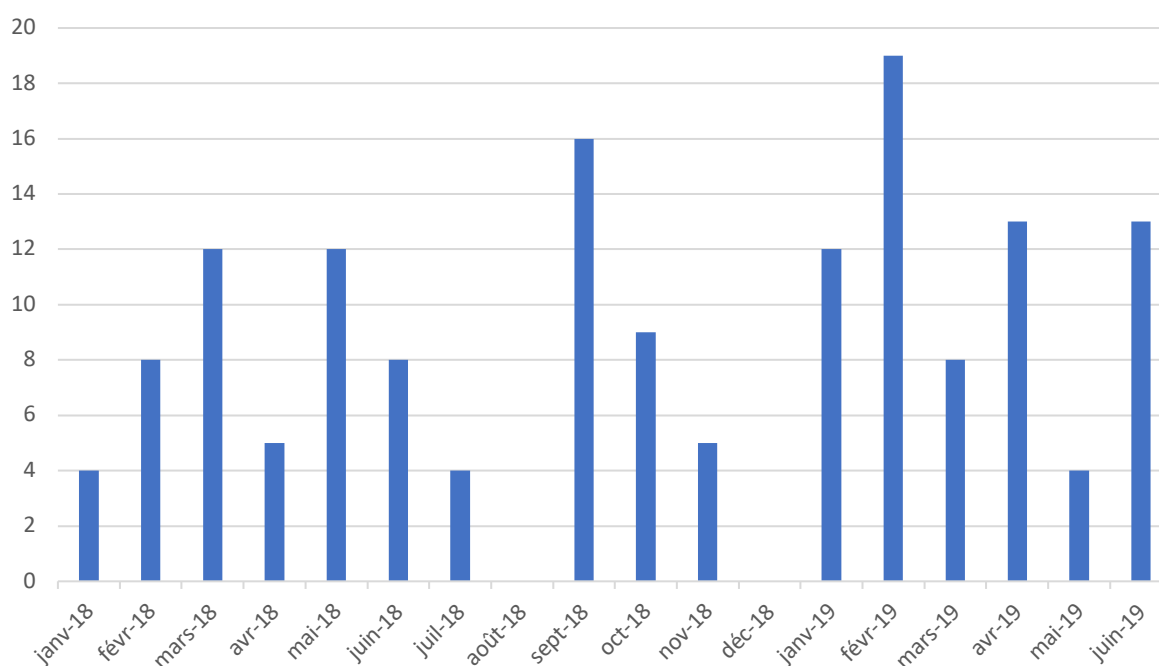


Figure 1: Nombre de fiches par RCP

Au total, 141 patientes ont été présentées lors de ces RCP « PREGNANT ». La plupart des dossiers n'ont été présentés qu'une seule fois (92,7 % des cas). Dans 5,9 % des cas, les dossiers ont été discutés deux fois et dans 0,6 % des cas (soit 1 dossier) 3 fois.

L'avis demandé était « diagnostique » dans 0,6 % des cas, « thérapeutique » dans 92,7 % des cas, « diagnostique et thérapeutique » dans 5,9% des cas et « autre » dans 0,6 % des cas.

Le suivi médian des patientes était de 9 mois.

Le médecin spécialiste présentant le dossier en RCP était le plus souvent un interniste (37,5 %), un gynécologue-obstétricien (34,2 %), un rhumatologue (17,7 %) ou un néphrologue (6,5 %) (figure 2).

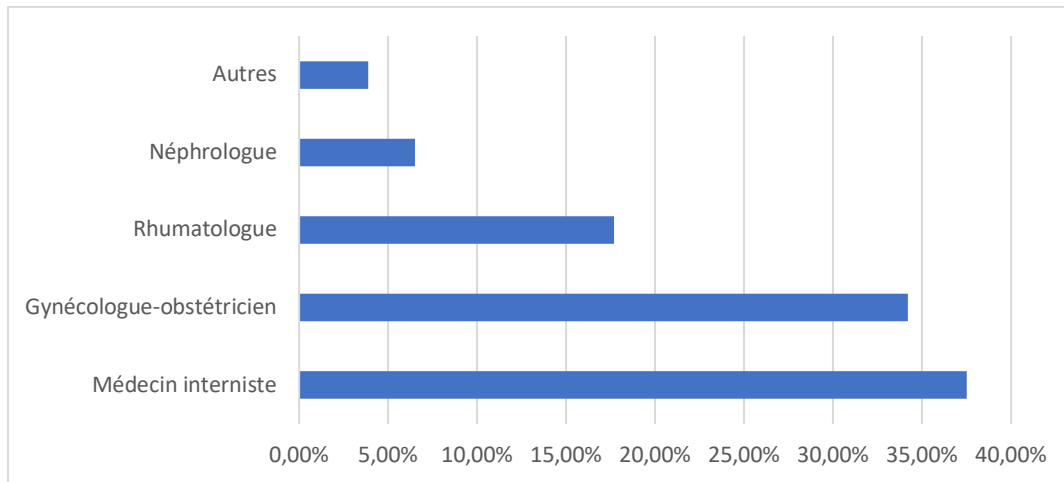


Figure 2: Spécialistes présentant les dossiers

Période étudiée :	18 mois
Suivi médian : (écart interquartile)	9 mois (10 mois)
Nombre de RCP :	16
Nombre total de fiches RCP présentées :	152
Nombre total de patientes présentées :	141
Nombre de fiches par RCP :	
A. Médiane	11,5 (4-19)
B. Moyenne	9,5
Spécialité du médecin soumettant la fiche :	N (%)
A. Médecin interniste	57 (37,5)
B. Rhumatologue	27 (17,7)
C. Gynécologue-obstétricien	52 (34,2)
D. Néphrologue	10 (6,5)
E. Autres	6 (3,9)
Nombre de fiches par patiente :	N (%)
A. 1	141 (92,7)
B. 2	9 (5,9)
C. 3	1 (0,6)
Nature des décisions émises :	N (%)
A. Diagnostique	1 (0,6)
B. Thérapeutique	141 (92,7)
C. Diagnostique et thérapeutique	9 (5,9)
D. Autres	1 (0,6)

Tableau 2: Descriptif général des fiches RCP

2. Description de la population de l'étude

a. Nombre de cas

Parmi les 152 dossiers présentés, 62 patientes (40,8%) étaient en cours de grossesse avec un terme moyen au jour de la RCP de 21+4 SA. Parmi elles, 51 patientes (82,2%) étaient suivies au CHU. 90 patientes (59,2%) étaient présentées en préconceptionnel dont 78 d'entre elles (86,6%) étaient suivies au CHU. L'âge moyen était de 33 ans dans les deux groupes (tableau 3).

	Patientes en cours de grossesse :	Patientes en préconceptionnel :
Nombre de cas (%)	62 (40,8%)	90 (59,2%)
Age moyen (années)	33 ans (21 – 43)	33 ans (24 – 46)
Terme moyen (SA)	21+4 SA (5+4 – 36)	NA
Suivies au CHU (%)	51 (82,2%)	78 (86,6%)

Tableau 3: Nombre de cas

NA : non adapté

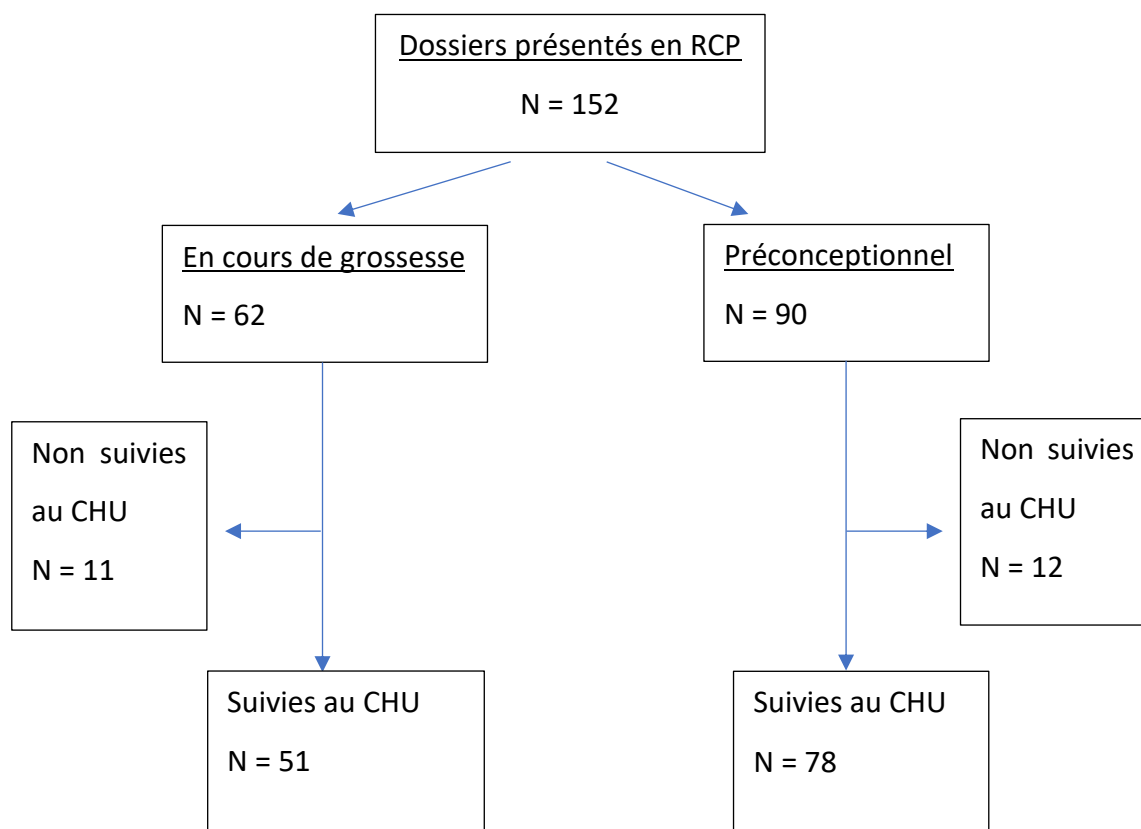


Figure 3 : Diagramme de flux des dossiers présentés lors de la RCP PREGNANT

b. Problématiques abordées

Les motifs de présentation des dossiers en RCP sont détaillés dans la figure 3 et le tableau 4.

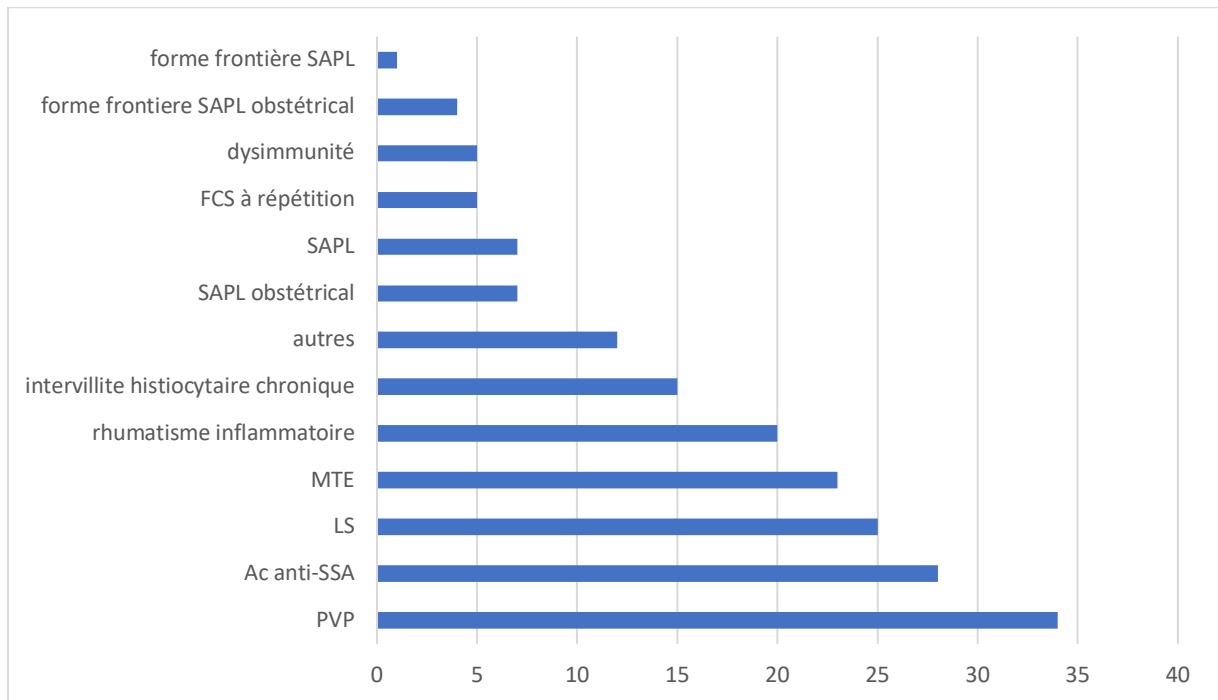


Figure 3: Nombre de dossiers présentés en RCP selon le type de pathologies

- Pathologies vasculo-placentaires :

Les pathologies vasculo-placentaires (PVP) (regroupant la prééclampsie, l'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, une part importante des morts fœtales *in utero* et des retards de croissance intra-utérins) sont les motifs les plus fréquents de présentation en RCP avec 34 présentations (soit 22,3 % des cas). L'âge moyen de ces patientes était de 32 ans (21 - 43). 13 d'entre elles (soit 38,2%) étaient en cours de grossesse, avec un terme moyen de 14 SA (6 – 21) le jour de la RCP. 21 patientes étaient présentées pour avis préconceptionnel.

- Lupus systémique (LS) :

Le LS représente la pathologie préexistante à la grossesse justifiant le plus souvent un passage en RCP avec 25 dossiers (soit 16,4 % des cas). L'âge moyen de ces patientes était de 30 ans (28 - 42).

Seulement 4 patientes (16%) étaient en cours de grossesse le jour du passage en RCP, avec un terme moyen de 15 SA (13+4 – 20). 15 patientes de ce groupe présentaient des anti-SSA positifs associés.

- Maladie thromboembolique :

23 dossiers (15,1%) ont été présentés pour maladie thromboembolique dont :

- 8 pour antécédent personnel de TVP et/ou EP
- 6 pour mutation hétérozygote du facteur II
- 4 pour mutation hétérozygote du facteur V
- 3 pour mutation de la MTHFR : 2 hétérozygotes, 1 homozygote
- 1 pour déficit en protéine S
- 1 pour antécédent familial de thrombose artérielle

- Intervillite histiocytaire chronique :

15 dossiers d'intervillites histiocytaires chroniques (IHC) ont été présentés, soit 9,8 % des dossiers dont :

- 7 IHC de haut grade
- 4 IHC de grade 2
- 3 IHC de grade 1
- 1 IHC non gradable

- SAPL :

7 cas de SAPL ont été présentés pendant ces RCP et 1 cas de forme frontière de SAPL pour lequel le diagnostic n'a finalement pas été retenu. Cette forme frontière de SAPL correspondait à la découverte d'aPL transitoires dans un bilan de thrombose veineuse de la veine splénomésentérique en cours de grossesse, négativés par la suite.

Types de SAPL	N = 8	ATCD de thromboses
SAPL primaire	3	3
SAPL secondaire à un LS	4	4
Forme frontière de SAPL	1	1

Tableau 4: Différents types de SAPL

- SAPL obstétrical :

11 cas de SAPL obstétricaux ont été présentés, dont 4 étaient des formes frontières qui n'entraient pas dans la définition exacte du SAPL obstétrical.

Ces 4 formes frontières de SAPL obstétricaux étaient :

- Une patiente aux antécédents de RCIU tardif > 34 SA avec Lupus Anticoagulant positif à 2 reprises mais négativé par la suite
- Une patiente aux antécédents de 2 FCS avec biologie compatible
- Découverte fortuite d'aPL dans un bilan d'infertilité chez une patiente sans antécédent thrombotique ou obstétrical
- SAPL obstétrical-like : patientes aux antécédents de complications obstétricales sévères avec anticorps anti-annexine positifs, le reste du bilan était négatif

- Fausses couches spontanées à répétition :

5 cas de FCS à répétition ont été discutés (3,2%). L'âge moyen de ces patientes était de 34 ans.

Le tableau suivant résume les caractéristiques des patientes selon les motifs de présentation en RCP.

<u>Pathologies</u>	<u>N (%)</u>	<u>Age moyen (années)</u>	<u>Préconceptionnel N (%)</u>	<u>Grossesse en cours N (%)</u>	<u>Terme moyen (SA)</u>
PVP	34 (22,3)	32	21 (61,8)	13 (38,2)	14
LS	25 (16,4)	30	21 (84)	4 (16)	15
MTE	23 (15,1)	33	12 (52,2)	11 (47,8)	18
IHC	15 (9,8)	34	14	1	22
SAPL	8 (5,2) dont 1 forme frontière	32	5	3	25
SAPL obstétrical	11 (7,2) dont 4 formes frontières	32	6	5	14
FCS à répétition	5 (3,2)	34	3	2	

Tableau 5: Caractéristiques des patientes selon le motif de présentation en RCP

- Autres :

Les patientes classées dans « autres » sont rapportées dans le tableau suivant.

Raisons de passage en RCP	N = 12
Accident de la voie publique	1
Thrombopénie constitutionnelle	1
Nœud au cordon	1
Insuffisance rénale chronique	1
Échecs de FIV	2
Maladie de Crohn	1
Allo-immunisation plaquettaire	1
SHAG	1
Vascularite : Takayasu	1
Cardiopathie	1
Cholestase gravidique	1

Tableau 6: Motifs de présentation "autres"

3. Conformité avec les critères obligatoires de la RCP

a. Quorum

La pluridisciplinarité recommandée par la HAS et l'INCA est validée dans 100% des réunions avec au moins trois spécialités représentées à chaque réunion, dont la médecine interne, la gynécologie-obstétrique et au moins une autre spécialité (foetopathologie dans la très grande majorité des réunions).

b. Organisation et fonctionnement des RCP

Le fonctionnement est formalisé avec un planning des réunions préétabli un an à l'avance. Les différents membres permanents de la RCP sont informés des dates chaque année et un rappel leur est envoyé la semaine avant la réunion.

Les RCP ont lieu une fois par mois, en salle de réunion à la maternité de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux et en visioconférence avec les autres hôpitaux du CHU ainsi que certains hôpitaux périphériques.

La coordination et le secrétariat sont assurés par le Professeur Lazaro. Elle établit la liste des patientes dont le dossier sera présenté à la prochaine réunion.

La feuille d'émargement n'est jamais signée lors de la RCP PREGNANT (0% des réunions).

c. Traçabilité

La fiche standardisée est présentée en annexe 1. En pratique, il semble indispensable d'utiliser cette fiche standardisée pour présenter le dossier, cela permettant de résumer de manière synthétique le dossier de la patiente. Elle est envoyée au coordinateur avant la réunion. Cette fiche sert également de compte-rendu diffusé aux correspondants et elle est archivée dans le dossier médical de la patiente après chaque RCP.

Dans 100% des cas, la fiche RCP comporte le nom du médecin référent soumettant la fiche, le nom et prénom de la patiente ainsi que sa date de naissance, la date de la demande, les antécédents personnels et familiaux de la patiente ainsi que l'histoire de la maladie et la question posée.

L'avis de la RCP comporte systématiquement la date de la réunion, la proposition de la RCP et éventuellement les alternatives possibles (100% des cas). Le nom et la qualification des intervenants ne sont cependant quasiment jamais remplis sur les fiches (2,6% des fiches). Les référentiels scientifiques utilisés ne sont pas toujours précisés. Cette fiche a été retrouvée dans tous les dossiers informatisés sauf lorsque le dossier n'existait pas car la patiente n'était pas connue du CHU.

Au total, la RCP « PREGNANT » ne présente pas tous les critères obligatoires d'une Réunion de concertation pluridisciplinaire définis par les autorités de santé.

4. Adéquation des décisions avec les référentiels (lorsqu'il existe des recommandations)

a. SAPL

7 patientes ont été présentées pour SAPL. Pour 100% d'entre elles, la RCP a proposé un traitement par aspirine 100 mg dès le test de grossesse positif (jusqu'à 34 SA pour 3 patientes et jusqu'à l'accouchement pour 4 patientes) associée aux HBPM curatifs avec une fenêtre la plus courte possible lors de l'accouchement (24h maximum).

La RCP a également proposé la poursuite ou l'introduction d'un traitement par hydroxychloroquine (HCQ) tout au long de la grossesse chez 100% de ces patientes devant

l'échec de l'association aspirine + HBPM curative. 4 ont bénéficié en plus de corticoïdes et 2 d'immunoglobulines intra-veineuses (IgIV) devant la gravité du tableau.

SAPL :	N = 7	Propositions thérapeutiques :
SAPL triple + avec ATCD thrombose	3	1 : Aspirine jusqu'à l'accouchement + HBPM curatif + HCQ 1 : Aspirine jusqu'à l'accouchement + HBPM curatif + HCQ + corticoïdes 1 : Aspirine jusqu'à l'accouchement + HBPM curatif + HCQ + corticoïdes+ IgIV
LS + SAPL IIr + ATCD thrombose	3	2 : Aspirine jusqu'à 34SA + HBPM curatif + HCQ 1 : Aspirine jusqu'à 34SA + HBPM curatif + HCQ + corticoïdes
LS + SAPL IIr + ATCD complications viscérales graves	1	1 : Aspirine 100 mg jusqu'à l'accouchement + HBPM curatif + HCQ + corticoïdes + azathioprine+ Discuter IgIV

Tableau 7: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour SAPL

Au total, concernant les patientes présentées en RCP pour SAPL, 100% des propositions étaient conformes aux recommandations thérapeutiques en ce qui concerne l'anticoagulation et le traitement antiagrégant plaquettaire.

L'utilisation d'hydroxychloroquine dans le SAPL primaire ne rentre pas dans les stratégies clairement admises.

b. Maladies autoimmunes

Parmi les patientes présentées ayant une maladie autoimmune, dans 100% des cas la RCP soulevait la nécessité d'une absence de poussée de la maladie depuis 6 mois pour débiter la grossesse ainsi que l'adaptation des traitements lorsque possible.

Les propositions thérapeutiques émises sont rapportées dans le tableau 8.

Au total, 25 patientes ont été présentées pour LS. La RCP a proposé pour 100% de ces patientes de poursuivre ou d'augmenter le traitement par hydroxychloroquine à 200 mg x2/jour. Pour 22 patientes, la RCP a proposé d'associer de l'aspirine 100 mg dès le début de la grossesse et jusqu'à 34 SA en plus de l'hydroxychloroquine. Il n'a pas été proposé d'aspirine faible dose pour 3 patientes dont la maladie était parfaitement contrôlée et en l'absence d'aPL.

La proposition comportait le maintien ou l'introduction des corticoïdes pour 13 d'entre elles, et de l'azathioprine pour 6 patientes. La posologie maximale de corticoïdes était de 10 mg par jour d'équivalent prednisone.

Propositions thérapeutiques :	N = 25
HCQ seule	3/25
HCQ + aspirine	9/25
HCQ + aspirine + corticoïdes	7/25
HCQ + aspirine + corticoïdes+ azathioprine	6/25

Tableau 8: Propositions thérapeutiques concernant les patientes lupiques

Dans certains cas de patientes présentant des traitements spécifiques à risque, le risque infectieux était rappelé ainsi que la contre-indication aux vaccins vivants chez le nouveau-né. Pour la plupart des patientes, il n'y avait aucune consigne post-partum. Pour les patientes les plus à risque, la possibilité d'une poussée lupique en post-partum était précisée.

Au total, concernant les patientes présentées en RCP pour lupus systémique, 100% des propositions étaient conformes aux recommandations thérapeutiques du protocole national de diagnostic et de soins (PNDS).

c. Thrombophilies

- Pour les 6 patientes présentées pour mutation hétérozygote du facteur II :

Propositions thérapeutiques :	N = 6	Motifs :
Néant	1	Non recommandé
Aspirine 100 mg	5	1 : ATCD RCIU 3 : ATCD MFIU 1 : ATCD PE

Tableau 9: Propositions thérapeutiques concernant les patientes porteuses d'une mutation hétérozygote du facteur II

Pour le post-partum, la stratégie thérapeutique proposée était HBPM préventive 6 à 8 semaines et port de bas de contention pour toutes ces patientes devant un risque modéré de MTEV.

Au total, concernant les patientes présentées pour mutation hétérozygote du facteur II, les propositions émises par la RCP étaient conformes aux recommandations, à savoir : aucune thérapeutique spécifique au cours de la grossesse. Cependant, des HBPM préventives étaient proposées pour le post-partum, ce que nous ne retrouvons pas dans les recommandations de l'ASH. L'aspirine était proposée à 5 de ces patientes devant l'antécédent personnel de pathologie vasculo-placentaire associé, indépendamment de la mutation du facteur II.

- Pour les 4 patientes présentées pour mutation hétérozygote du facteur V :

Propositions thérapeutiques :	N = 4	Motifs :
Néant / HBPM si vol long courrier	1	Doute sur ATCD d'EP (non confirmé à l'imagerie)
Aspirine 100 mg	3	3 : ATCD PE

Tableau 10: Propositions thérapeutiques concernant les patientes porteuses d'une mutation hétérozygote du facteur V

La stratégie thérapeutique proposée en post-partum était HBPM préventive 6 à 8 semaines et port de bas de contention pour toutes ces patientes devant un risque modéré de MTEV.

Au total, concernant les patientes présentées pour mutation hétérozygote du facteur V, 3 propositions/4 émises par la RCP étaient conformes aux recommandations, à savoir : aucune thérapeutique spécifique au cours de la grossesse. Cependant, les HBPM préventives proposées en post-partum ne sont pas conformes aux recommandations ASH. De plus, la proposition d'HBPM préventives en cas de vol long courrier ne semble pas entrer dans le cadre des recommandations.

- Pour les 8 patientes présentées pour antécédents personnels de TVP et/ou EP :

Propositions thérapeutiques :	N = 8	Motifs :
HBPM préventives au T3	4	1 : FdR persistant : ATCD TVP avec thrombus résiduel 3 : FdR hormonal : ATCD EP contexte de COP + immobilisation ou COP + tabac
HBPM préventives jusqu'à 34 SA	1	1 : FdR persistant : Thrombocytémie essentielle avec ATCD TVS
HBPM curative toute la grossesse	2	1 : ATCD TVP iliaque bilatérale récidivante 1 : FdR persistant : agénésie complète VCI traitée au long cours par anticoagulants, ATCD 2 TVP
Aspirine + HBPM préventive toute la grossesse	1	1 : FdR persistant : Thrombocytémie essentielle, ATCD EP massive avec HTAP

Tableau 11: Propositions thérapeutiques concernant les patientes aux antécédents de MTEV

FdR : Facteur de risque

La stratégie thérapeutique proposée en post-partum était HBPM préventive 6 à 8 semaines et port de bas de contention pour toutes ces patientes, et reprise des anticoagulants oraux chez la patiente traitée préalablement à la grossesse.

Au total, concernant les patientes présentées pour antécédents de TVP et/ou EP, les propositions émises par la RCP sont hétérogènes mais semblent proches des recommandations de l'ASH qui préconise une anticoagulation prophylactique au cours de la grossesse et en post-partum chez les patientes présentant un antécédent de TVP spontanée ou associée à un facteur de risque hormonal ou non temporaire.

- Pour les 3 patientes présentées pour mutation de la MTHFR :

Propositions thérapeutiques :	N = 3	Motifs :
Néant	1	Mutation hétérozygote : traitement non recommandé
HBPM curative 3 mois	1	TVP per-partum
Doser homocystéine, acide folique et vitamine B12. Si hyperhomocystéinémie avec carence associée, substitution efficace pendant toute la grossesse	1	Mutation homozygote

Tableau 12: Propositions thérapeutiques concernant les patientes porteuses d'une mutation de la MTHFR

Les recommandations de l'ASH ne traitant pas des mutations de la MTHFR, nous nous sommes basées sur celles de la conférence de consensus de 2003.

Au total, concernant les patientes présentées pour mutation de la MTHFR, les propositions émises par la RCP étaient conformes aux recommandations, à savoir : l'abstention thérapeutique en cas de mutation hétérozygote et les dosages d'homocystéine, acide folique et vitamine B12 en cas de mutation homozygote.

- Pour la patiente présentée pour déficit en protéine S :

La RCP a proposé un traitement par aspirine 100 mg dès le début de la grossesse et jusqu'à 34 SA devant l'antécédent de prééclampsie chez une patiente n'ayant jamais thrombosé. La stratégie proposée pour le post-partum était HBPM préventive pendant 6 semaines post-partum et port de bas de contention.

Au total, la stratégie thérapeutique proposée est conforme aux recommandations. En effet, le déficit en protéine S ne justifie pas d'une anticoagulation préventive en cours de grossesse, mais seulement en post-partum en cas d'antécédents familiaux de TVP.

d. Pathologies vasculo-placentaires

Parmi les 34 patientes présentées pour PVP, la RCP a proposé pour 33 patientes (soit 97%) un traitement par aspirine 100 mg dès le début de la grossesse et jusqu'à 34 SA lors de la prochaine grossesse ou celle en cours. Une seule patiente n'a pas eu cette proposition car, *a posteriori*, l'antécédent de RCIU n'avait finalement pas été confirmé à la naissance de l'enfant. Pour 5 patientes, un traitement empirique par HBPM préventif a été associé à l'aspirine devant la gravité du tableau (antécédents de PE très sévères et très précoces). Pour 1 patiente, les HBPM ont été associées en relais d'un traitement par Xarelto au long cours pour fibrillation auriculaire (FA).

Un traitement par hydroxychloroquine a été associé chez 2 patientes : 1 pour anti-SSA positifs et 1 devant l'échec de l'association aspirine/HBPM.

Propositions thérapeutiques :	N = 34	Motifs :
Aspirine 100 mg seul	25/34	25 : Recommandations
HCQ seule	1/34	1 : RCIU non confirmé et anti-SSA +
Aspirine + HCQ	1/34	1 : Anti-SSA positifs
Aspirine + HBPM préventive empirique	5/34	5 : Empirique devant gravité du tableau
Aspirine + HBPM curative	1/34	1 : En relais du Xarelto
Aspirine + HBPM + HCQ	1/34	1 : Empirique devant échec aspirine/HBPM

Tableau 13: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour PVP

Au total, concernant les patientes présentées en RCP pour pathologies vasculo-placentaires, 82,3% des propositions étaient strictement conformes aux recommandations :

- Pour 25/34, la proposition était un traitement par aspirine 100 mg jusqu'à 34 SA seul
- Pour 1/34, la proposition était d'associer à l'aspirine un traitement par HBPM en relais du Xarelto prescrit au long cours pour fibrillation auriculaire
- Pour 1/34, la proposition était d'associer à l'aspirine un traitement par hydroxychloroquine devant les anti-SSA positifs.

Pour 6 patientes (17,7%), la proposition était empirique devant la sévérité des antécédents.

Au total, pour 89 dossiers parmi les 152 présentés en RCP « PREGNANT » (soit 58,5%), la problématique était classique et dictée par des recommandations. Parmi ces 89 dossiers, les décisions prises en RCP étaient conformes à ces recommandations dans 89,8 % des cas.

5. Prises en charge non consensuelles : homogénéité des recommandations au sein de la RCP

a. SAPL obstétrical

Parmi les 7 patientes présentant un SAPL obstétrical, la RCP a proposé pour 100% de ces patientes un traitement par aspirine 100 mg jusqu'à 34 SA et HBPM préventive dès le test de grossesse positif et jusqu'à l'accouchement.

Pour 3 patientes, un traitement par hydroxychloroquine était proposé en plus de la bithérapie habituelle chez des patientes présentant un lupus ou des anti-SSA, et 1 d'entre elles avait également un traitement au long cours par corticoïdes et azathioprine qui a été poursuivi.

Propositions thérapeutiques :	N = 7	Motifs :
Aspirine + HBPM	4/7	Recommandations
Aspirine + HBPM + HCQ	2/7	1 : LES ; 1 : anti-SSA
Aspirine + HBPM + HCQ + corticoïdes + azathioprine	1/7	1 : LES, anti-SSA

Tableau 14: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour SAPL obstétrical

Enfin, en post-partum, la RCP proposait pour les 7 patientes de poursuivre les HBPM préventives pendant 6 ou 8 semaines selon les cas.

Au total, concernant les patientes présentées en RCP pour SAPL obstétrical, malgré l'absence de consensus, 100% des propositions étaient conformes au sein de la RCP elle-même, à savoir : aspirine 100 mg dès le début de la grossesse et jusqu'à 34 SA associée aux HBPM dès le test de grossesse positif et sans interruption jusqu'à l'accouchement. Les HBPM étaient poursuivies 6 à 8 semaines post-partum.

b. Formes frontières de SAPL / SAPL obstétrical

- 1 patiente présentait une forme frontière de SAPL :

Pour cette patiente, la stratégie proposée était HBPM préventives au 1^e trimestre dans le contexte d'AMP avec stimulation ovarienne en présence d'aPL isolés, risque à pondérer en fonction des autres facteurs de risque. Pas d'indication à la mise en place d'aspirine.

- 4 patientes présentaient des formes frontières de SAPL obstétrical dont le diagnostic n'a finalement pas été retenu en RCP :

Pour l'une d'elles, la RCP a proposé de suspendre à 34 SA la bithérapie aspirine + HBPM introduite dès le début de la grossesse, mais non recommandée. Pour la patiente présentant le SAPL obstétrical-like, la RCP a proposé un traitement par aspirine 100 mg jusqu'à 34 SA et HBPM préventive dès le test de grossesse positif et jusqu'à l'accouchement.

Pour une patiente, la proposition était un traitement par aspirine seul devant l'antécédent de RCIU. Enfin concernant la dernière patiente, la RCP a proposé des HBPM préventives au cours de la grossesse devant l'antécédent de TVP en cours de grossesse.

Aucun traitement n'a été proposé pour le post-partum.

Au total, ces prises en charge ne sont pas standardisées. Il semble difficile de dire si elles sont en adéquation au sein de la RCP elle-même devant le faible nombre de patientes et la diversité des histoires clinico-biologiques.

c. Ambiance d'auto-immunité

Concernant les patientes présentées pour ambiance d'auto-immunité sans maladie définie, la RCP a proposé à 4 patientes sur 5 un traitement par aspirine 100 mg dès le début de la grossesse.

Propositions thérapeutiques :	N = 5	Motifs :
Néant : suspendre aspirine et corticoïdes	1/5	Dysimmunité minime
Aspirine + HCQ	3/5	2 : dysimmunité avec ATCD de FCS 1 : dysimmunité en contexte d'AMP
Aspirine + HCQ + corticoïdes + azathioprine	1/5	Syndrome dysimmunitaire complexe

Tableau 15: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour dysimmunité

Au total, ces prises en charges n'étant pas standardisées, les propositions thérapeutiques sont émises au cas par cas.

d. Anti-SSA

Dans notre cohorte, 28 patientes avaient des anticorps anti-SSA positifs. Elles présentaient les pathologies suivantes :

Pathologies associées aux anti-SSA :	N = 28
LS	17
Syndrome de Gougerot-Sjögren	5
Polyarthrite rhumatoïde	2
Sclérodermie	1
Bilan de PVP	2
Bilan de FCS à répétition	1

Tableau 16: Pathologies associées aux anticorps anti-SSA

L'introduction d'un traitement par hydroxychloroquine 200 mg 2 fois/jour tout au long de la grossesse a été proposé pour 27 patientes/28, soit 96,5%. La seule patiente pour qui le traitement n'a pas été proposé était une patiente aux antécédents de prééclampsie très précoce compliquée d'un HRP avec mort fœtale *in utero* dont le bilan étiologique est resté négatif. A cette occasion, des anticorps anti-SSA à faible taux avaient été découverts, n'expliquant pas le tableau obstétrical et ne justifiant pas d'une prise en charge spécifique.

Un dépistage échographique du bloc auriculo-ventriculaire congénital (BAVc) tous les 15 jours entre 16 et 24 SA a été proposé à 26 patientes (soit 92,8%). Pour 2 patientes, il n'a pas été jugé nécessaire devant des taux très faible d'anti-SSA. Concernant la prise en charge de l'enfant à la naissance, la RCP précisait la nécessité de dépister le LS néonatal en cas d'anti-SSA associés.

Propositions thérapeutiques :	N = 28
Néant	1/28
Hydroxychloroquine	27/28 (96,5%)
Dépistage échographique du BAVc	26/28 (92,8%)

Tableau 17: Propositions thérapeutiques émises concernant les patientes ayant des anticorps anti-SSA

Au total, malgré l'absence de consensus concernant les patientes présentant des anticorps anti-SSA, la proposition de prise en charge au sein de la RCP a été homogène pour la majorité d'entre elles (92,8%), à savoir : hydroxychloroquine tout au long de la grossesse et dépistage échographique du BAV congénital.

e. FCS à répétition

5 patientes ont été présentées pour FCS à répétition inexplicées. Les propositions de la RCP étaient :

Propositions thérapeutiques :	N =5
Aspirine 100 mg empirique	2/5
Abstention thérapeutique	2/5
Aspirine + HBPM au 3^e trimestre	1/5

Tableau 18: Propositions thérapeutiques concernant les patientes présentées pour FCS à répétition

Au total, en l'absence de consensus sur la prise en charge des FCS à répétition inexplicées, les propositions émises par la RCP semblent hétérogènes, mais le faible nombre de patientes ne permettait pas de conclure.

f. Intervillites histiocytaires chroniques

15 dossiers de patientes aux antécédents d'intervillite histiocytaire chronique ont été discutés. Les propositions de RCP sont colligées dans le tableau suivant.

Propositions de la RCP :	N = 15
Aspirine 100 mg jusqu'à 34 SA seul	8/15
Abstention thérapeutique	4/15
Aspirine + HBPM toute la grossesse (SAPL obstétrical associé)	1/15
Corticoïdes et azathioprine dès le 1^e trimestre (ATCD de MFIU malgré association thérapeutique)	1/15
Échographie mensuelle de surveillance de la croissance fœtale + phosphatases alcalines mensuelles	1/15

Tableau 19: Traitements proposés aux patientes présentées pour intervillites histiocytaires chroniques

Au total, en l'absence de recommandation concernant les patientes aux antécédents d'intervillite histiocytair chronique, les propositions émises par la RCP semblent hétérogènes. Néanmoins, il ressort que 8/15 patientes se sont vu proposer un traitement par aspirine seul, et 4/15 une abstention thérapeutique.

Au total, parmi les dossiers pour lesquels la prise en charge n'était pas consensuelle, on retrouvait une forte homogénéité des propositions thérapeutiques avec un taux d'adéquation des décisions avec la RCP elle-même de 71,4%.

6. Devenir des propositions émises par la RCP : concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré

Dans ce paragraphe, nous limitons notre analyse aux patientes pour lesquelles nous avons un suivi, en excluant les patientes perdues de vue car non suivies au CHU. 11 patientes du groupe « en cours de grossesse » et 12 patientes du groupe « préconceptionnel » ont donc été exclues car non suivies au CHU. Au total, nous avons un suivi pour 129 (84,8%) patientes.

Parmi les 62 dossiers de patientes présentées en cours de grossesse, 51 ont été suivies au CHU. 3 d'entre elles ont fait des FCS, 1 a subi une césarienne vaginale pour sauvetage maternel à 22 SA (devant hémorragie génitale importante avec coagulation intravasculaire disséminée

CIVD), 36 ont accouché et 11 étaient encore en cours de grossesse au moment de réaliser ces analyses.

Parmi les 90 dossiers présentés en préconceptionnel, 60 n'ont pas obtenu de grossesse avant la date du recueil de ces données et 18 ont obtenu une grossesse. Parmi ces 18 grossesses, une patiente a fait une grossesse extra-utérine et 6 ont fait des FCS.

Au total, nous avons suivi 69 grossesses ; 41 patientes dont le dossier a été présenté en RCP ont accouché au CHU.

	<u>Grossesse en cours</u> N = 62	<u>Préconceptionnel</u> N = 90	<u>Totaux</u> N = 152
Perdus de vue	11	12	23
Grossesses suivies au CHU :	51	18	69
- FCS	3	6	
- GEU	0	1	
- Grossesse en cours	11	6	
- Césarienne vaginale pour sauvetage maternel	1	0	
- Accouchement au CHU	36	5	
Absence de grossesse	0	60	60

Tableau 20: Issues des patientes présentées en RCP

Pour 5 patientes sur les 69 grossesses suivies au CHU (soit 7,2 %), la proposition de la RCP n'a pas été appliquée par le médecin correspondant.

A. Situations dans lesquelles la proposition de la RCP n'a pas été appliquée

- Patiente N°1 :

Une patiente de 32 ans présentée en RCP pour FCS à répétition inexplicables. En l'absence de preuve d'efficacité démontrée de l'association aspirine 100 mg et corticoïdes, la RCP avait émis la consigne de proposer à cette patiente de façon empirique un traitement par aspirine 100 mg seul dès le début de la grossesse et jusqu'à 34 SA. La patiente a finalement bénéficié d'un traitement par aspirine 100 mg et corticoïdes 5 mg. Malheureusement cette patiente n'étant suivie au CHU que sur le plan immunologique et non sur le plan obstétrical, nous n'avons pas retrouvé d'informations sur le déroulement ultérieur de la grossesse ni sur son issue.

La raison de cette discordance est que la bithérapie avait déjà été instaurée en début de grossesse par son gynécologue. Le médecin correspondant n'a donc probablement pas

souhaité modifier la thérapeutique déjà instaurée en cours de grossesse, malgré l'avis de la RCP.

- Patiente N°2 :

Patiente de 30 ans présentée en RCP dans un contexte d'allo-immunisation fœto-maternelle anti-RH4, ayant comme antécédent deux pertes fœtales (une prééclampsie à 28 SA compliquée d'une CIVD avec insuffisance rénale ainsi que d'une hémorragie du post-partum, et une MFIU avec HELLP syndrome, avec de nouveau une hémorragie du post-partum). Devant les complications hémorragiques de la patiente et l'absence d'intérêt démontré des HBPM dans ce contexte, la RCP avait préconisé un traitement par aspirine seul.

Finalement, cette patiente a bénéficié d'une bithérapie par aspirine et HBPM à sa demande, traitement dont elle avait déjà bénéficié lors de sa deuxième grossesse.

Cette patiente a bénéficié d'une césarienne programmée à 37+4 SA, avec de nouveau une hémorragie du post-partum sévère compliquée d'un choc hémorragique.

- Patiente N°3 :

Patiente de 36 ans présentant un syndrome dysimmunitaire découvert sur un bilan de FCS à répétition avec aCL intermittents et des AAN faiblement positifs. La patiente avait également un antécédent d'AIT inexpliqué. Devant l'absence de SAPL obstétrical vrai, la RCP avait statué sur le maintien de l'aspirine au long cours seul et n'avait pas retenu l'indication d'un traitement par HBPM.

Finalement, la patiente a bénéficié d'un traitement par aspirine 100 mg et hydroxychloroquine 200 mg x 2. Le déroulement de la grossesse était normal et elle a accouché par césarienne programmée à 39+1 SA sans complication.

- Patiente N°4 :

Patiente de 30 ans présentant un LS et un syndrome de Gougerot-Sjögren non suivie et non traitée. La RCP avait statué pour l'instauration d'un traitement par hydroxychloroquine 200 mg x 2 et aspirine 100 mg. La patiente a refusé tout traitement. La grossesse s'est déroulée sans particularité, et la patiente a accouché spontanément par voie basse à 39+3 SA.

- Patiente N°5 :

Patiente de 36 ans aux antécédents de RCIU sévère avec MFIU. La RCP avait proposé un traitement par aspirine 100 mg seul jusqu'à 34 SA, avec une surveillance de la tension artérielle. La patiente a finalement bénéficié d'un traitement par aspirine 100 mg associé à des HBPM préventifs pendant toute la durée de la grossesse, à sa demande.

B. Raisons de discordance

Les raisons de discordance entre la proposition thérapeutique élaborée par la RCP et le traitement effectivement délivré étaient expliquées dans le dossier médical pour 4 patientes sur 5. Les raisons retrouvées étaient les suivantes :

- Traitement déjà instauré en début de grossesse par son gynécologue et non arrêté malgré la proposition de la RCP
- Choix de la patiente : demande par la patiente d'un traitement par HBPM préventive au vu des traitements instaurés lors de la grossesse précédente
- Raison inconnue
- Pathologie équilibrée sans traitement, refus de la patiente de tous traitement
- Choix de la patiente

Au total, 92,8% des propositions émises par la RCP ont été appliquées par le médecin référent. Les raisons de discordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré étaient retrouvées dans le dossier médical pour 4 patientes sur 5.

7. Évolution et issues des grossesses

a. SAPL

- Évolution des grossesses :

La patiente présentant un SAPL triple positif pour laquelle la RCP avait proposé aspirine + HBPM + hydroxychloroquine a fait un AVC à 24 SA puis un AIT à 28+5 SA. Les deux autres grossesses se sont déroulées sans évènement particulier.

- Issues des grossesses :

Les issues des grossesses des patientes présentées pour SAPL en fonction des traitements qui leur ont été proposés sont rapportées dans le tableau suivant.

<u>SAPL :</u>	<u>N = 7</u>	<u>Propositions thérapeutiques :</u>	<u>Issues des grossesses :</u>
SAPL triple + et ATCD de thrombose	3	1 : Aspirine + HBPM + HCQ 1 : Aspirine + HBPM + HCQ + corticoïdes 1 : Aspirine + HBPM + HCQ + corticoïdes+ IgIV	3 : accouchement à terme (AVC et AIT chez 1 patiente)
LS + SAPL + ATCD de thrombose	3	2 : Aspirine + HBPM + HCQ 1 : Aspirine + HBPM + HCQ + corticoïdes	3 : pas de grossesse
LS + SAPL + ATCD de complications viscérales graves	1	1 : Aspirine 100 mg + HBPM + HCQ + corticoïdes + azathioprine+ Discuter IgIV	1 : pas de grossesse

Tableau 21: Issues des grossesses des patientes présentées pour SAPL

Au total, les 3 patientes présentées en cours de grossesse ont accouché à terme ; une d'elles a fait des complications thrombotiques graves en cours de grossesse malgré un traitement conforme aux recommandations. Les 4 patientes présentées en préconceptionnel n'ont pas obtenu de grossesse.

b. LS

Les issues des grossesses des patientes lupiques en fonction des traitements qui leur ont été proposés sont rapportées dans le tableau suivant.

Propositions thérapeutiques :	N = 25	Issues des grossesses :
<u>Patientes présentées en préconceptionnel</u> N = 21		
HCQ seule	2/21	1 : grossesse en cours 1 : pas de grossesse
HCQ + aspirine	9/21	2 : accouchement à terme 1 : FCS 5 : pas de grossesse 1 : non suivie au CHU
HCQ + aspirine + corticoïdes	6/21	1 : accouchement à terme 4 : pas de grossesse 1 : non suivie au CHU
HCQ + aspirine + corticoïdes+ azathioprine	4/21	1 : accouchement à terme 3 : pas de grossesse
<u>Patientes présentées en cours de grossesse</u> N = 4		
HCQ + aspirine	1/4	1 : accouchement à terme
HCQ + aspirine + corticoïdes	1/4	1 : non suivie au CHU
HCQ + aspirine + corticoïdes + azathioprine	2/4	2 : accouchement à terme

Tableau 22: Issues des grossesses des patientes lupiques

Au total, parmi les 25 patientes présentées pour LS :

- 13 patientes n'ont pas obtenu de grossesse
- 3 dossiers n'ont pas été retrouvés
- 1 patiente a fait deux FCS malgré un traitement conforme aux recommandations
- 7 patientes ont accouché à terme dont 3 par voie basse spontanée et 4 ont subi une césarienne en urgence. Les césariennes en urgence ont été réalisées pour les motifs suivants :
 - Échec de déclenchement pour protéinurie isolée à 37 SA
 - Échec de déclenchement pour rupture prématurée des membranes à 39+4 SA
 - Échec de déclenchement programmé à 38+1 SA
 - Anomalies du rythme cardiaque fœtal à 41 SA après mise en travail spontanée
- 1 patiente était en cours de grossesse

Ces issues de grossesses sont rapportées dans la figure 4.

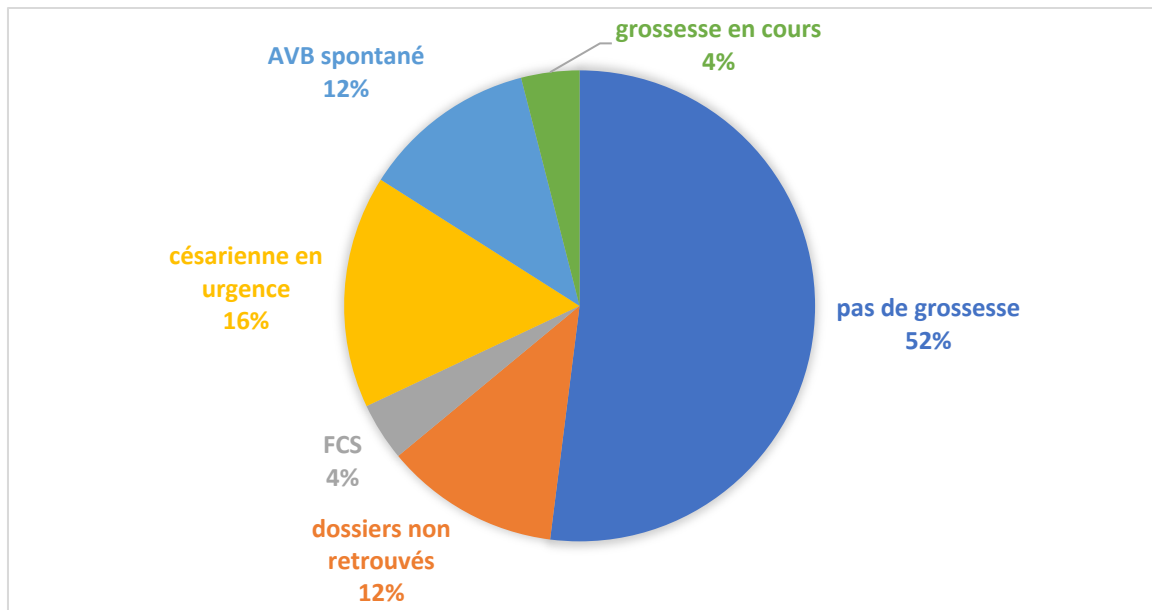


Figure 4: Issues des grossesses des patientes atteintes de LS (%)

La seule complication rapportée en post-partum était la survenue d'une poussée lupique mal contrôlée chez une patiente.

Au total, parmi les 9 patientes lupiques ayant obtenu une grossesse et suivies au CHU, la seule complication obstétricale retrouvée a été une FCS malgré un traitement conforme aux recommandations.

c. Thrombophilies

Parmi les 23 patientes présentées pour thrombophilie, seulement 5 ont obtenu des grossesses. Les issues étaient les suivantes :

- 8 pour antécédent personnel de TVP et/ou EP : 2 non suivies au CHU, 2 accouchements à terme, 2 pas de grossesse, 2 en cours de grossesse
- 6 pour mutation hétérozygote du facteur II : 2 non suivies au CHU, 4 pas de grossesse
- 4 pour mutation hétérozygote du facteur V : 2 non suivies au CHU, 2 pas de grossesse
- 3 pour mutation de la MTHFR : 2 pas de grossesse, 1 accouchement à terme
- 1 pour déficit en protéine S : pas de grossesse
- 1 pour antécédent familial de thrombose artérielle : non suivie au CHU

Au total, trop peu de grossesses ont été obtenues pour réaliser des conclusions quant aux issues des grossesses des patientes présentées pour thrombophilie.

d. Pathologies vasculo-placentaires

Les issues des grossesses des patientes présentées pour PVP en fonction des traitements qui leur ont été proposés sont présentées dans le tableau suivant.

<u>Propositions thérapeutiques :</u>	<u>N = 34</u>	<u>Issues des grossesses :</u>
<u>Patientes présentées en préconceptionnel</u> <u>N = 21</u>		
Aspirine seul	16/21	10 : pas de grossesse 1 : GEU 1 : FCS 2 : grossesse en cours 1 : accouchement à terme 1 : pas de dossier
Aspirine + HBPM préventive empirique	2/21	2 : pas de grossesse
Aspirine + HBPM curative en relais de Xarelto	1/21	1 : pas de grossesse
Aspirine + HBPM + HCQ	2/21	1 : césarienne en urgence à 33+4 SA pour RCIU et PE 1 : pas de grossesse
<u>Patientes présentées en cours de grossesse</u> <u>N = 13</u>		
Aspirine seul	10/13	5 : accouchement à terme 3 : en cours de grossesse 1 : césarienne vaginale pour sauvetage maternel 1 : FCS
HCQ seule	1/13	1 : accouchement à terme
Aspirine + HBPM préventive empirique	2/13	2 : accouchement à terme

Tableau 23: Issues des grossesses des patientes présentées pour PVP

Les complications retrouvées étaient :

- Un RCIU associée à une PE nécessitant une césarienne en urgence à 33+4 SA
- Une hémorragie du post-partum
- Une GEU
- Deux FCS
- Une césarienne vaginale pour sauvetage maternel dans un contexte d'hématome sous chorial compliqué d'une CIVD. Cette patiente avait un antécédent de prééclampsie

avec HRP et MFIU à 32 SA lors de sa première grossesse. Elle avait été présentée en RCP PREGNANT au 1^e trimestre d'une nouvelle grossesse débutée sous aspirine 100 mg et HBPM préventive. Les anticorps anti-annexine V et phosphatidyléthanolamine avaient été réalisés et étaient négatifs. La RCP avait émis la proposition de poursuivre l'aspirine devant l'antécédent de la patiente et de suspendre les HBPM qui n'ont pas d'indication dans la prévention du RCIU. Une semaine après l'arrêt des HBPM, la grossesse s'est compliquée d'un hématome sous chorial avec CIVD ayant justifié une césarienne vaginale pour sauvetage maternel. Une nouvelle discussion a eu lieu en RCP ne retrouvant pas de lien entre ces deux épisodes obstétricaux et maintenant la proposition d'un traitement par aspirine seul pour une future grossesse.

Au total, 10/34 patientes présentées pour PVP ont accouché au CHU dont :

- 2 par césarienne programmée à terme
- 1 par césarienne en urgence à terme
- 1 par césarienne en urgence à 33+4 SA pour RCIU et PE
- 6 AVB à terme

Au total, parmi les 34 patientes présentées en RCP pour PVP, 13 étaient en cours de grossesse et 6 ont obtenu une grossesse. 2 patientes ont présenté une FCS (sous aspirine 100 mg seul), 1 patiente a présenté une complication hémorragique grave (sous aspirine 100 mg seul), 1 patiente a récidivé un tableau de PVP (malgré un traitement empirique par aspirine, HBPM et hydroxychloroquine).

e. SAPL obstétrical

Les issues des grossesses de ces patientes sont rapportées dans le tableau suivant.

Propositions thérapeutiques :	N = 7	Issues des grossesses :
Aspirine + HBPM	4/7	1 : accouchement à terme 2 : pas de grossesse 1 : pas de dossier
Aspirine + HBPM + HCQ	2/7	1 : pas de dossier 1 : accouchement à terme
Aspirine + HBPM + HCQ + corticoïdes + azathioprine	1/7	1 : accouchement à terme

Tableau 24: Issues des grossesses des patientes présentées pour SAPL obstétrical

Aucune complication n'a été retrouvée.

Au total, parmi les 7 patientes présentées en RCP pour SAPL obstétrical, 3 étaient en cours de grossesse et ont accouché à terme. 2 n'ont pas obtenu de grossesse et 2 n'étaient pas suivies au CHU.

f. Dysimmunité

Propositions thérapeutiques :	N = 5	Issues des grossesses :
Néant : suspendre aspirine et corticoïdes	1/5	1 : non suivie au CHU
Aspirine + HCQ	3/5	2 : pas de grossesse 1 : accouchement à terme
Aspirine + HCQ + corticoïdes + azathioprine	1/5	1 : accouchement à terme

Tableau 25: Issues des grossesses de patientes présentées pour dysimmunité

Parmi ces patientes, les seules complications retrouvées ont été un RCIU et une crise d'asthme en cours de grossesse.

g. FCS à répétition

Propositions thérapeutiques :	N =5	Traitement reçu :	Issues des grossesses :
Aspirine empirique	2/5	1 : aspirine seul 1 : aspirine + corticoïdes	1 : pas de dossier 1 : Grossesse en cours
Abstention thérapeutique	2/5	0	1 : pas de dossier 1 : Grossesse en cours
Aspirine + HBPM au T3	1/5	1 : Aspirine + HBPM au T3	1 :accouchement à terme

Tableau 26: Issues des grossesses des patientes présentées pour FCS à répétition

Aucune complication n'a été rapporté chez ces patientes.

Au total, il semble difficile de conclure sur l'évolution des grossesses de ces patientes présentées pour FCS à répétition devant le faible nombre de patientes.

h. Intervillite histiocytaire chronique

Proposition de RCP :	N = 15	Issues des grossesses :
Aspirine seul jusqu'à 34 SA	8/15	3 : FCS 5 : pas de grossesse
Abstention thérapeutique	4/15	3 : pas de grossesse 1 : accouchement à terme
Aspirine + HBPM toute la grossesse (SAPL obstétrical associé)	1/15	1 : pas de grossesse
Corticoïdes et azathioprine dès le 1^e trimestre (ATCD de MFIU malgré association thérapeutique)	1/15	1 : FCS puis MFIU à 25 SA
Échographie mensuelle de surveillance de la croissance fœtale + phosphatases alcalines mensuelles	1/15	1 : accouchement à terme

Tableau 27: Issues des grossesses des patientes présentées pour intervillite histiocytaire chronique

Au total, parmi ces 15 patientes, seulement 2 ont accouché sans complication, 4 ont fait des FCS dont 1 suivie d'une MFIU.

Au total, devant l'absence de consensus concernant les patientes aux antécédents d'intervillite histiocytaire chronique et donc des propositions thérapeutiques hétérogènes, il est difficile d'émettre des conclusions quant à l'évolution et l'issue de ces grossesses. Néanmoins, on constate que parmi les 6 patientes ayant obtenu une grossesse, 4 ont fait une FCS.

i. Anti-SSA

Aucun BAV néonatal n'a été diagnostiqué chez les fœtus de mères possédant des anticorps anti-SSA.

Au total, pour les dossiers dont la prise en charge n'était pas consensuelle, avec des situations n'entrant pas dans le cadre des référentiels, le taux d'adéquation des décisions avec la RCP elle-même est de 71,4%.

Avis	Type de pathologie	Conformité aux recommandations	Suivi de la proposition émise	Issues des grossesses	Complications
Préconceptionnel N = 90			N = 18 grossesses suivies au CHU		
	PVP : 21	17/21	6/6	14 : pas de grossesse 1 : GEU 1 : FCS 2 : grossesse en cours 1 : accouchement à terme 1 : césarienne en urgence	1 : RCIU et PE
	LS : 21	21/21	6/6	1 : en cours de grossesse 4 : accouchement à terme 1 : FCS 13 : pas de grossesse	0
	MTE : 12	11/12	Aucune grossesse	NA	NA
	IHC : 14	Pas de recommandation	5/5	4 : FCS 9 : pas de grossesse 1 : accouchement à terme	0
	SAPL : 4	4/4	Aucune grossesse	NA	NA
	SAPL obstétrical : 4	Pas de recommandation	Aucune grossesse	NA	NA
	FCS : 3	Pas de recommandation	1/1	1 : grossesse en cours	0
	Non suivies au CHU : 12	NA	NA	NA	NA

Tableau 28: Résumé des issues de grossesse des patientes présentées pour avis préconceptionnel et suivies au CHU

Avis	Type de pathologie	Conformité aux recommandations	Suivi de la proposition émise	Issues des grossesses	Complications
En cours de grossesse N = 62			N = 51 grossesses suivies au CHU		
	PVP : 13	10/13	11/13 (2 propositions non suivies)	8 : accouchement à terme 3 : en cours de grossesse 1 : césarienne vaginale pour sauvetage maternel 1 : FCS	0
	LS : 4	4/4	3/4 (1 proposition non suivie)	3 : accouchement à terme	1 : poussée lupique mal contrôlée en post-partum
	MTE : 11	10/11	5/5	3 : accouchement à terme 2 : en cours de grossesse	0
	IHC : 1	Pas de recommandation	1/1	1 : accouchement à terme	0
	SAPL : 3	3/3	3/3	3 : accouchement à terme	1 : AVC et AIT
	SAPL obstétrical : 3	Pas de recommandation	3/3	3 : accouchement à terme	0
	FCS : 2	Pas de recommandation	1/2 (1 non suivie)	1 : accouchement à terme 1 : grossesse en cours	0
	Non suivies au CHU : 11	NA	NA	NA	NA

Tableau 29: Résumé des issues de grossesse des patientes présentées en cours de grossesse et suivies au CHU

TROISIEME PARTIE : Discussion

Au travers de ce travail, nous avons souhaité faire un état des lieux de la RCP « PREGNANT » depuis sa mise en place dans l'objectif de :

- vérifier sa conformité avec les critères obligatoires requis pour une RCP
- évaluer l'adéquation des décisions proposées lors de cette RCP avec les recommandations d'experts et au sein des RCP elles-mêmes.

La RCP est une révolution dans la pratique médicale. La stratégie thérapeutique ne dépend alors plus d'un seul médecin mais d'une décision collégiale.

Ce processus décisionnel a pour objectif une homogénéisation des pratiques et une amélioration des soins grâce à une rationalité et une multidisciplinarité inhérente au processus. De plus, les RCP permettent de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

À l'heure de *l'evidence-based medicine*, il existe toujours de nombreuses situations cliniques ne répondant pas à ces normes comme en témoigne notre travail. Prescrire en dehors des référentiels devient de plus en plus incertain et difficile à justifier pour les médecins. La RCP permet de guider et de légitimer ces décisions hors référentiels.

Cette RCP PREGNANT prend tout son sens dans le cadre de la prise en charge de patientes présentant des pathologies immunologiques en préconceptionnel ou en cours de grossesse, tant les situations sont fréquemment hors référentiels, qu'il s'agisse de pathologies dont la prise en charge est mal codifiée (comme les intervilites histiocytaires chroniques) ou de patientes présentant des situations ne permettant pas d'identifier une maladie particulière (par exemple les formes frontières de SAPL ou encore les ambiances d'auto-immunité ou de thrombophilie sans maladie identifiée).

Notre étude montre que la RCP « PREGNANT » répond à la plupart des critères obligatoires définis par les autorités de santé concernant une réunion pluridisciplinaire, notamment le respect du quorum, la rythmicité des réunions, l'anticipation du planning et la présence systématique d'un coordonnateur et d'un secrétaire qui établit le compte-rendu.

Toutefois, certains critères obligatoires d'une RCP tels que définis par les autorités de santé manquent à la RCP « PREGNANT », notamment :

- la signature de la feuille d'émergence
- le nom et la qualification des intervenants sur l'avis de la RCP
- les référentiels scientifiques utilisés

Ces points organisationnels pourraient être améliorés. Il faudrait notamment faire signer aux participants une feuille d'émergence au début de chaque réunion. Grâce à cela, les fiches standardisées pourraient comporter le nom et la qualification des participants, ce qui peut avoir des répercussions légales en termes de responsabilité.

Dans l'étude de Huo Yung Kai et *al.* sur l'exhaustivité et la qualité des RCP (48), le quorum était validé dans 87,27% des réunions et le nom des intervenants était précisé dans 98,64% des cas. Nous n'avons pas retrouvé de données sur la signature de la feuille d'émergence au cours d'autres RCP.

La RCP « PREGNANT » s'est basée, dès que possible, sur les recommandations d'experts afin d'émettre ses conclusions.

Pour 58,5% des dossiers présentés (soit 89 dossiers), il s'agissait de problématiques pour lesquelles il existe des recommandations d'experts (SAPL, LS, thrombophilie et pathologies vasculo-placentaires). Parmi ces 89 dossiers, les décisions prises en RCP étaient conformes à ces recommandations dans 89,8 % des cas. Cela correspond à ce qui est habituellement attendu d'une RCP. L'étude de Guillem et *al.* (49) qui porte sur l'évaluation des RCP en cancérologie retrouve une concordance des avis pris en RCP avec les recommandations de 74,3 %. Les motifs d'avis émis hors référentiels étaient dans sept cas sur dix une situation clinique complexe non décrite par les référentiels, dans deux cas sur dix une comorbidité associée contre-indiquant le traitement de référence et une fois une inclusion dans un essai thérapeutique.

Huo Yung Kai et *al.* (48) retrouvent dans leur étude sur les RCP des cancers prostatiques, une conformité de la proposition thérapeutique aux référentiels de 97,3 %. Tous les traitements non conformes aux référentiels étaient justifiés.

La qualité d'une décision prise en RCP ne tient pas au fait qu'elle applique un référentiel. L'application des référentiels évite une variabilité des décisions et éventuellement une incohérence de prise en charge. Elle répond à des données scientifiques reconnues mais elle

ne constitue pas à elle seule, un critère de qualité de la décision pour le patient dans une situation donnée. Imaginer que 100 % des décisions prises en RCP seraient conformes aux référentiels prouverait une absence de prise en compte de la spécificité des situations cliniques présentées ou une approximation de l'application des référentiels (50). Néanmoins, le bénéfice d'une RCP a été souligné par Birchall et al (51) qui ont étudié en 2004 l'efficacité de l'utilisation des référentiels en RCP et ont montré une meilleure survie chez les patients traités pour un cancer ORL.

Il semble également important de préciser les difficultés rencontrées dans certaines situations malgré l'existence de recommandations d'experts. C'est le cas notamment concernant les thrombophilies pour lesquelles, certes des recommandations existent (notamment celles de l'ASH de 2018), mais souvent les situations cliniques n'entrent pas dans les cadres définis par ces recommandations d'experts. De plus, du fait de l'hétérogénéité des recommandations entre les différentes sociétés savantes (ASH 2018, conférence de consensus de 2003, recommandations publiées dans CHEST en 2012), il est parfois difficile de donner une conduite à tenir.

Dans la situation où il n'existe pas de référentiel opposable (formes frontières de SAPL, ambiance d'autoimmunité, anticorps anti-SSA, FCS à répétition, intervillites histiocytaires chroniques...), la RCP « PREGNANT » propose dans son champ de compétence une stratégie collégiale. Si les décisions sont systématiquement prises au cas par cas, nous avons retrouvé une certaine homogénéité des propositions thérapeutiques au sein de la RCP elle-même au cours du temps avec un taux d'adéquation des décisions avec la RCP elle-même de 71,4%.

Nous avons constaté, au cours de la RCP « PREGNANT », une volonté forte des cliniciens de limiter les prescriptions thérapeutiques lorsque leur intérêt n'est pas clairement validé, dans l'objectif de moins traiter pour moins de iatrogénicité. Cette problématique se pose systématiquement lorsque les traitements par aspirine, HBPM, corticoïdes, immunosuppresseurs sont proposés pour la grossesse.

Si l'aspirine et/ou les HBPM n'exposent pas à un risque malformatif, le risque est d'ordre hémorragique maternel, surtout à dose curative et/ou en cas de césarienne. Il n'existe pas de données à l'heure actuelle sur l'innocuité de l'association aspirine et HBPM en cours de grossesse, en particulier sur le risque de survenue d'hémorragie génitale. De surcroît, les

HBPM peuvent également gêner l'utilisation de l'analgésie péridurale (APD), surtout dans le contexte non programmé. La société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) (52) autorise la pose d'une analgésie péridurale en cas d'antiagrégants plaquettaires et exige pour les HBPM un délai de 12h depuis la dernière injection (en cas de dose unique quotidienne), ou de 24h (en cas de deux doses quotidiennes). Ces traitements ne sont donc pas sans conséquences et de nombreuses patientes se voient contre-indiquer la pose d'APD en raison de ces thérapeutiques reçues.

Pour toutes ces raisons, lors de la RCP « PREGNANT », la balance bénéfices/risques d'un traitement par aspirine et/ou HBPM est toujours discutée et finalement les HBPM sont rarement prescrites de façon empirique, notamment à dose curative.

Concernant la corticothérapie, les données du CRAT concernant le risque malformatif sont rassurantes quelles que soient la molécule et la voie d'administration. On peut considérer à ce jour que la survenue de fentes faciales évoquée avec les corticoïdes n'est pas retenue. Cependant, « des retards de croissance intra utérins et des petits poids de naissance ont été signalés chez des enfants de mères traitées au long cours par des corticoïdes, en particulier par voie générale dans le cadre de pathologies chroniques ». L'attitude de la RCP « PREGNANT » est donc à la diminution des prescriptions des corticoïdes en cours de grossesse ainsi qu'une diminution des posologies aux alentours de 5 ou 7,5 mg d'équivalent prednisone par jour (avec un maximum de 10 mg par jour).

Concernant les immunosuppresseurs et notamment l'azathioprine, d'après le CRAT, si le traitement est nécessaire à l'équilibre maternel, son utilisation est possible quel que soit le terme de la grossesse. Il existe cependant un risque accru d'infection materno-fœtale (en particulier à CMV) ainsi que des effets néonataux potentiels comme une atteinte réversible des lignées hématologiques ou un risque de prématurité et de RCIU. Les vaccins vivants sont actuellement contre-indiqués chez les nouveau-nés de mères traitées. Ainsi, l'introduction ou le maintien du traitement par azathioprine en cours de grossesse s'est systématiquement accompagné, lors de la RCP « PREGNANT », de ces précautions d'usage et en aucun cas ce traitement n'est prescrit de façon empirique.

Concernant les biothérapies, la RCP « PREGNANT » s'est calquée sur les recommandations de l'EULAR (33). Seul le certolizumab a fait l'objet d'études chez la femme enceinte et au cours de l'allaitement. Un faible passage placentaire a également été rapporté avec l'etanercept. Ainsi, la RCP « PREGNANT » a, lorsque cela été possible selon le contexte clinique, privilégié

l'utilisation du certolizumab chez les patientes relevant d'un traitement par anti-TNF au cours de la grossesse. Les autres biothérapies (rituximab, anakinra, tocilizumab, abatacept, belimumab et ustekinumab) ont été systématiquement proscrites sauf cas particulier (une maladie de Still sous anakinra).

La prescription de l'hydroxychloroquine fait l'objet de controverses.

L'hydroxychloroquine traverse la barrière placentaire et les concentrations sanguines chez le fœtus sont similaires aux concentrations sanguines maternelles. En janvier 2018, le laboratoire commercialisant ce traitement a revu sa monographie en précisant que « l'on devrait éviter d'utiliser l'hydroxychloroquine durant la grossesse. Les amino-4 quinoléines à doses thérapeutiques ont été associées à des lésions du système nerveux central, en particulier d'ototoxicité, d'hémorragies rétiniennes et d'anomalie de la pigmentation rétinienne chez le fœtus. On a constaté des décès embryonnaires et des malformations oculaires chez la progéniture suivant l'administration de fortes doses de chloroquine à des rates gravides ». Elle précise également que « l'utilisation du poids corporel absolu pour déterminer la posologie pourrait entraîner un surdosage ; la dose quotidienne ne devant pas dépasser 6,5 mg/kg de poids corporel idéal (maigre). Les doses supérieures à la dose quotidienne recommandée augmentent fortement le risque de toxicité rétinienne ». Ces données sur la posologie recommandée ont été reprises par l'EULAR en 2019 dans le cadre des recommandations sur la prise en charge du lupus systémique (53).

D'après la monographie du Vidal, « compte tenu du risque génotoxique potentiel de l'hydroxychloroquine, elle ne doit pas être utilisée au cours de la grossesse à moins que la situation clinique justifie la poursuite du traitement au regard des risques potentiels encourus pour la mère et le fœtus. En cas de traitement prolongé pendant la grossesse, tenir compte, pour le suivi de l'enfant, du profil d'effets indésirables de l'hydroxychloroquine, notamment ophtalmologiques ». De surcroît, le Vidal recommande une contraception efficace chez les hommes et les femmes en âge de procréer pendant le traitement et jusqu'à 8 mois après l'arrêt du traitement.

En revanche, le CRAT se positionne contre ces recommandations et admet que l'initiation ou la poursuite de l'hydroxychloroquine que ce soit en préconceptionnel ou en cours de grossesse, est possible quel que soit le terme de la grossesse si son interruption risque de

compromettre l'équilibre maternel. Aucune répercussion ophtalmologique n'est retenue à ce jour lors du suivi d'enfants exposés *in utero*.

La RCP « PREGNANT » a systématiquement proposé le maintien de la prescription de l'hydroxychloroquine en cours de grossesse lorsque nécessaire, notamment chez les patientes lupiques et/ou présentant des anticorps anti-SSA. La dose prescrite était maintenue à 200 mg x 2/jour chez toutes les patientes et n'a jamais été adaptée au poids corporel de la patiente.

L'analyse des issues des grossesses nous a montré que, dans la majorité des cas, l'issue était favorable et que la stratégie proposée en RCP était adoptée.

L'importance de la RCP et son poids dans la prise en charge de la patiente tient à son caractère collégial qui donne une légitimité à la stratégie choisie, et « protège » en quelque sorte le corps médical dans des situations complexes et mal standardisées (54).

Pourtant, dans 5 cas parmi les 69 grossesses suivies au CHU (soit 7,2 % des cas), la proposition de la RCP n'a pas été appliquée par le médecin correspondant par choix du médecin ou du patient. Doit-on voir cela comme un échec de la procédure ou comme l'espace nécessaire dû à l'incertitude ?

Plusieurs auteurs ont étudié le devenir des propositions émises par les RCP. Wood et al (55) ont étudié en 2008, la concordance entre la proposition d'une RCP d'oncologie digestive et le traitement effectivement délivré : il évalue à 10 % le taux de non concordance dont 40 % pour comorbidités rendant inappropriée la décision de la RCP, 35 % pour choix du patient et 20 % pour autre raison ou sans raison. Lorsque les décisions variaient par rapport à la décision de la RCP, le traitement final était toujours plus conservateur que le traitement proposé initialement. Sa conclusion est de bien prendre en compte le souhait du patient ainsi que ses comorbidités dans la décision thérapeutique émise lors de la RCP. D'autres études similaires retrouvent des taux de concordance de 86,3 % et 91 % (49) (16).

La non-application de la décision émise par une RCP ne doit donc pas être considérée comme un échec de celle-ci. En effet, il est difficile de connaître l'intégralité des paramètres qui entrent en compte dans l'avis final. Plus le cas de la patiente est compliqué, plus le risque de ne pas appliquer la décision de la RCP semble important.

Notre étude a le mérite d'évaluer la qualité de la RCP « PREGNANT », novatrice en matière d'immunologie, de thrombophilie et grossesse, qui a vu le jour au CHU de Bordeaux en janvier 2018. Elle confirme l'intérêt et le besoin d'une prise en charge multidisciplinaire dans ce domaine tel que requis par les autorités de santé. Elle s'intègre dans le cadre des besoins et des moyens proposés par les centres de référence des maladies rares et regroupe des médecins du CHU de BORDEAUX inclus dans la fédération hospitalo-universitaire ACRONIM (*Aquitaine's Care and Research OrganisatiON for inflammatory and Immune-Mediated diseases*).

Dix-huit mois après sa mise en place, l'existence de cette RCP « PREGNANT » se fait savoir au niveau régional et des avis sont demandés par d'autres services et d'autres praticiens que ceux participants régulièrement à la réunion. Peut-être qu'il serait intéressant d'étendre encore son champ d'action en incluant d'autres spécialités comme les gynécologues spécialisés en Assistance Médicale à la Procréation (AMP). En effet, les spécialistes en AMP sont souvent confrontés aux problématiques dont les prises en charge ne sont pas consensuelles comme les fausses couches à répétition ou encore les intervillites histiocytaires chroniques, avec la question de la mise en place des traitements comme l'aspirine, les anticoagulants et les corticoïdes. Ils réalisent également en pratique courante des bilans de non-implantation comprenant la recherche d'antiphospholipides dont découle parfois une consultation en médecine interne. Il semble donc indispensable d'intégrer ce type de spécialité à cette RCP « PREGNANT » pour des prises en charge mieux standardisées.

Ces prises en charge pourraient également faire l'objet de recommandations locales élaborées dans le cadre de la RCP « PREGNANT » et du centre de référence des maladies rares. Ceci permettrait, notamment pour les prises en charges non consensuelles, de formaliser les décisions et de donner plus de poids aux propositions émises (Exemple : conduite à tenir et surveillance obstétricale d'une patiente porteuse d'anticorps anti SSA/SSB au CHU de Bordeaux).

CONCLUSION

La RCP « PREGNANT » mise en place en janvier 2018 et coordonnée par l'équipe de médecine interne du Pr LAZARO (Hôpital Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux) et l'équipe obstétricale du Pr SENTILHES (Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux) semble avoir désormais une place prépondérante dans la prise en charge des patientes atteintes de pathologies auto-immunes, inflammatoires ou thrombophiliques dans un contexte de grossesse ou de projet conceptionnel.

Notre étude a montré que cette RCP répond :

- aux critères requis par les autorités de santé
- à un besoin médical puisque bon nombre des situations présentées au cours de ces réunions n'entrent pas dans le cadre de référentiels. Elles justifient donc d'une décision collégiale, qui dans la majorité des cas est très largement appliquée.

A notre connaissance, cette réunion novatrice par son caractère multidisciplinaire est une pratique spécifique au CHU de Bordeaux. Son développement à l'échelle nationale, à l'image des RCP d'oncologie ou d'endométriose, doit être envisagé pour les dossiers les plus complexes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. Développement Professionnel Continu (DPC) : Réunion De Concertation Pluridisciplinaire. 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
2. Dell'oro M, Collinet P, Robin G et al. Réunion de concertation pluridisciplinaire de l'endométriose pelvienne profonde : intérêts et modalités de fonctionnement. *Gynécol Obst & Fertil* 41. 2013; 58–64.
3. Institut National du Cancer : Définition réunion de concertation pluridisciplinaire. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire>
4. Code de la santé publique. Article D6124-131. Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007.
5. Code de la santé publique. Article R6123-87. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007.
6. Code de la santé publique. Article R6123-88. Décret n° 2018-811 du 25 septembre 2008.
7. Circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°34. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
8. Code de déontologie médicale. Article 64. Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5.
9. Haute Autorité de Santé. Évaluation et amélioration des pratiques Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. 2006.
10. Solé G. Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : Objectifs et principe de fonctionnement. *Médecine/sciences*. 2018; 34 (hors série n° 2):23-5.
11. Ruhstaller T, Roe H, Thürlimann B et al. The multidisciplinary meeting : An indispensable aid to communication between different specialities. *European Journal of Cancer*. 2006; 42:2459–2462.
12. Gorbenko K, Mendeleev E, Keefer L et al. Can multidisciplinary team meetings reduce burnout ? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2019; 1–3.
13. Prosper S. Favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité par la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). *Cahiers Droit, Sciences et Technologies*. 2015;(5):139-48.
14. Code de la santé publique. Article L1110-4. Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art.2.

15. Lamb B, Jalil R, Sevdalis N et al. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *BMC Health Services Research*. 2014; 14:377.
16. Orgerie M-B, Duchange N, Pélicier N et al. La réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie ne modifie pas la relation entre le médecin et son patient. *La Presse Médicale*. 2012;41(3, Part 1):e87-94.
17. HAS. Protocole National De Diagnostic Et De Soins (pnDs) Lupus Systémique. 2017 (mise à jour 2019).
18. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(3):476-85.
19. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2006;4(2):295-306.
20. Buyon JP, Kim MY, Guerra MM et al. Predictors of Pregnancy Outcomes in Patients With Lupus: A Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163(3):153.
21. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(10):1296-304.
22. Masseau DA. La grossesse au cours des maladies autoimmunes.
23. Guettrot-Imbert G, Le Guel V, Molto A et al. La consultation préconceptionnelle: une étape cruciale. *La lettre du rhumatologue*. 2019; (452).
24. Clowse M, Magder L, Witter F. The Impact of Increased Lupus Activity on Obstetric Outcomes. *Arthritis and Rheumatism*. 2005;52(2):514-521.
25. Stolwijk C, Boonen A, van Tubergen A et al. Epidemiology of Spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38(3):441-76.
26. Man YA de, Bakker-Jonges LE, Goorbergh CMD den et al. Women with rheumatoid arthritis negative for anti-cyclic citrullinated peptide and rheumatoid factor are more likely to improve during pregnancy, whereas in autoantibody-positive women autoantibody levels are not influenced by pregnancy. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(2):420-3.
27. Molto A. Quels sont les risques encourus lors d'une grossesse chez une patiente souffrant de RIC et comment les prévenir ? *La lettre du rhumatologue*. 2019; (452).

28. Ursin K, Lydersen S, Skomsvoll JF et al. Disease activity during and after pregnancy in women with axial spondyloarthritis: a prospective multicentre study. *Rheumatology*. 2018;57(6):1064-71.
29. Protocole National de Diagnostic et de soins: Lupus. HAS. 2019.
30. Lazaro E. Quels sont les risques encourus lors d'une grossesse chez une patiente souffrant de connectivite et comment les prévenir ? *La lettre du rhumatologue*. 2019; (452).
31. Man YA de, Hazes JMW, Heide H van der et al. Association of higher rheumatoid arthritis disease activity during pregnancy with lower birth weight: Results of a national prospective study. *Arthritis Rheum*. 2009;60(11):3196-206.
32. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte. <https://www.lecrat.fr>
33. Götestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(5):795-810.
34. Bates S, Rajasekhar A, Middeldorp S et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. *Blood advances*. 2018.
35. Limper M, Scirè CA, Talarico R et al. Antiphospholipid syndrome: state of the art on clinical practice guidelines. *RMD Open*. 2018;4(Suppl 1):e000785.
36. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M et al. Management of thrombotic and obstetric antiphospholipid syndrome: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *RMD Open*. 2019;5(1):e000924.
37. Mattuizzi A, Madar H, Froeliger A. Grossesse et maladies auto-immunes : le point de vue du gynécologue-obstétricien. *La lettre du rhumatologue*. 2019; (452).
38. Costedoat-Chalumeau N, Amoura Z, Villain E et al. Prise en charge obstétricale des patientes à risque de « lupus néonatal ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006; 35(2): 146-156.
39. Jauniaux E, Farquharson, Christiansen O, et al. Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage. *Human Reproduction*. 2006; 21(9):2216–2222.
40. Roséfort A. *Fausses Couches Précoces À Répétition*. 2017.

41. ESHRE. Recurrent Pregnancy Loss. 2017;
42. Lejeune V. Fausses-couches spontanées répétées : bilan étiologique et prise en charge des grossesses ultérieures. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010; 39(3S):F11-F16.
43. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progesterone for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. *Cochrane Database*. 2018.
44. de Jong PG, Kaandorp S, Di Nisio M et al. L'aspirine et/ou l'héparine pour les femmes présentant des fausses couches inexplicables à répétition avec ou sans thrombophilie héréditaire. *Cochrane Database*. 2014.
45. Mekinian A. Fausses Couches Précoces Récurrentes Inexpliquées: Quelle Est La Place De L'immunomodulation ? 2016.
46. Mekinian A, Costedoat-Chalumeau N, Carbillon L et al. Chronic histiocytic intervillitis: Diagnosis and management. *Rev Med Interne*. 2018;39(2):117-21.
47. Rota C, Carles D, Schaeffer V et al. Pronostic périnatal des grossesses compliquées d'intervillites chroniques placentaires. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006; 35(7):711-719.
48. Huo Yung Kai S, Delpierre S, Gaudin C et al. Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers prostatiques en Midi-Pyrénées. *Progress en urologie*. 2011; 21:879—886.
49. Guillem P, Bolla M, Courby S et al. Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations ? *Bulletin du cancer*. 2011;98(9).
50. Orgerie MB. La décision médicale en cancérologie Rôle de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire: Éthique Médicale: UNIVERSITE Paris Descartes Faculté de médecine Paris 5:2007.
51. Birchall M, Bailey D, King P et al. Effect of process standards on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. *Br J Cancer*. 2004;91(8):1477-81.
52. SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. <https://sfar.org>
53. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):736-45.

54. Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, et al. La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? Bulletin du cancer. 2010;97(2).
55. Wood JJ, Metcalfe C, Paes A et al. An evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multi-disciplinary team. Colorectal Disease. 2008;10.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche type de la RCP « PREGNANT »



RCP PREGNANT

« PREGnancy and Auto-immunity, Nephropathy,
Thrombophilic disorders »



Médecin responsable du suivi du patient <i>(Nom, coordonnées)</i>	CHU de BORDEAUX	Date de la demande	
---------------------------------------------------------------------------------	------------------------	---------------------------	--

Patient

Nom		Date de naissance	
Prénom			
Antécédents familiaux	HTA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Thrombose veineuse ou artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antécédents personnels	HTA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Thrombose veineuse ou artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antécédents obstétricaux	<i>Préciser par ordre chronologique</i> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de grossesses - AG lors de l'accouchement - Si complications au cours de la grossesse 		

<ul style="list-style-type: none"> - Si déclenchement - Mode d'accouchement - Si césarienne, motif - Poids de naissance et sexe de l'enfant - Si conjoint différent 	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Problématique

Avis preconceptionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Grossesse actuelle	Date de la grossesse			
	Age gestationnel (SA + x jours)			
	Tabac actuel		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	HT21 = 1/	PAPPA =	MoM	βHCG = MoM
Histoire de la maladie				
<i>Incluant l'activité de la maladie :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pre-conceptionnel - grossesse en cours 				

Bilan paraclinique

Bilan Biologique	
Autres Examens complémentaires dont échographies foetales	
Anatomopathologie placentaire antérieure si disponible	

Prise en charge

Prise en charge déjà réalisée	
--------------------------------------	--

Traitements actuels	
----------------------------	--

Avis de la RCP

Avis demandé	<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre		
Question à poser			
Avis de la RCP	GROSSESSE : Consignes pré partum : Consignes au cours de la grossesse : Consignes anesthésiques : Terme de l'accouchement : Prise en charge de l'enfant à la naissance :		
	CONSIGNES POST-PARTUM :		
Membres présents lors de la RCP	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de la RCP	Cliquez ici pour taper du texte.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) « PREGNANT – *PREGnancy and Auto-immunity, Nephropathy, Thrombophilic disorders* » au CHU de Bordeaux est dédiée aux pathologies inflammatoires et thrombophiliques au cours de la grossesse. L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de cette RCP en termes de : conformité avec les critères obligatoires, adéquation des prises en charge avec les référentiels, homogénéité des prises en charge non consensuelles, devenir des propositions émises par la RCP.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective incluant toutes les patientes dont les dossiers ont été présentés en RCP PREGNANT de janvier 2018 à juin 2019.

Résultats : 16 RCP se sont déroulées, 152 fiches présentées et un suivi médian de 9 mois. Nous avons inclus 62 dossiers de patientes en cours de grossesse et 90 dossiers en préconceptionnel. Les motifs les plus fréquents de présentation sont les pathologies vasculo-placentaires (22,3%), les lupus systémiques (16,4%), les maladies thromboemboliques veineuses (15,1%) et les intervillites chroniques histiocytaires (9,8%). Les autres motifs sont le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), le SAPL obstétrical et les fausses couches spontanées répétées. Les critères obligatoires d'une RCP sont respectés. Pour 58,5%, la problématique était dictée par des recommandations. Les décisions prises étaient conformes aux recommandations dans 89,8% des cas. Parmi les dossiers pour lesquels la prise en charge n'était pas consensuelle, il existait une certaine homogénéité des propositions. 92,8% des propositions émises par la RCP ont été appliquées.

Conclusion : La RCP « PREGNANT » coordonnée par l'équipe de médecine interne du Pr LAZARO et l'équipe obstétricale du Pr SENTILHES semble avoir une place prépondérante dans la prise en charge des patientes atteintes de pathologies auto-immunes, inflammatoires ou thrombophiliques dans un contexte de grossesse ou de projet conceptionnel.

Discipline : Gynécologie médicale

Mots clefs : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, RCP, Pathologies inflammatoires, Thrombophilies, Grossesse

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.