



HAL
open science

Pronostic obstétrical des patientes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, suivies au CHU d'Amiens

Ambre Tondreau-Heimendinger

► **To cite this version:**

Ambre Tondreau-Heimendinger. Pronostic obstétrical des patientes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, suivies au CHU d'Amiens. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03482597

HAL Id: dumas-03482597

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03482597v1>

Submitted on 16 Dec 2021

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 PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE AMIENS

Année 2021

Thèse n° 2021 –160

**Pronostic obstétrical des patientes atteintes de maladies
inflammatoires chroniques de l'intestin, suivies au CHU d'Amiens**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
SPECIALITE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
(DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 05 octobre 2021

Par

Mme TONDREAU-HEIMENDINGER Ambre

Président du jury :

Monsieur le Professeur GONDRY Jean

Assesseurs :

Monsieur le Professeur FUMERY Mathurin

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur FOULON Arthur

Remerciements

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur GONDRY Jean

Professeur de Gynécologie et Obstétrique à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service de gynécologie – obstétrique - orthogénie du CHU d'Amiens Picardie

Cher Professeur,

Vous me faites le grand honneur de juger mon travail et de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité durant ces années d'internat et pour votre enseignement de la gynécologie et de l'obstétrique.

Recevez à travers ce travail le témoignage de ma profonde gratitude et l'assurance d'un grand respect.

Au membre du jury,

Monsieur le Professeur FUMERY Mathurin
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de gastro-entérologie

Cher Professeur,

Vous me faites le grand honneur de juger mon travail.

Je vous remercie des précieux conseils que vous avez pu me fournir au cours de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma sincère gratitude.

A mon directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur FOULON Arthur

Praticien Hospitalier en gynécologie obstétrique au CHU d'Amiens Picardie

Pôle Femme - Couple - Enfant

Cher Docteur, Arthur,

Je te remercie de m'avoir proposé ce travail.

Merci de m'avoir guidée jusqu'au bout de celui-ci.

Merci pour ton enseignement, ton accompagnement, ta disponibilité et ta gentillesse depuis le début de l'internat.

Merci d'avoir eu confiance en moi.

Je t'en suis très reconnaissante.

A ma sœur, Jade,

Ma petite sœur, ma confidente et ma meilleure amie. La personne qui compte le plus pour moi et qui me connaît mieux que moi même...

merci d'être toujours là pour moi et pour tous ces moments de complicité.

A mes parents,

Sans qui, je n'en serai pas là...

merci de m'avoir toujours soutenue, supportée et d'avoir cru en moi en toutes circonstances.

merci de m'avoir donné cette éducation, et de m'avoir transmis ces valeurs qui me sont chers

A mes amis, la team P7-Lyonnaise,

-Typhaine, mon binôme d'externat, merci pour tous ces moments partagés, de rires, de pleurs, de stress, de chamailleries et d'écoute (toutes mes histoires qui commencent par « ça me soule ») Vivement notre futur et notre retrouvaille !

-Emilie, ma copine de Nems ! Merci pour ton énergie débordante(qui ne s'arrête jamais), ton soutien, tes conseils, tes idées, tes vocaux... Merci de m'avoir targuétée en p1, sans toi je n'aurais jamais rencontré tout ce groupe !

-Louise, ma louloute... Merci pour ton soutien et toutes nos Ambrouille vécues, de notre rencontre à notre amitié pour toujours, en passant par notre coloc ... le plombier, les pompiers, les courses poursuites... tant de souvenirs rue des Championnes...

-Soso et wiwi, Hug'chassepèche, Polo et Roro , merci pour toutes ces années, toutes ces soirées partagées, ces déguisements et à toutes nos retrouvailles parisiennes et montagneuses...

A la team gynéco,

-Flavio, 1^{ère} rencontre amiénoise et binôme de l'enfer... Merci pour ta bonne humeur, ton sérieux et ton soutien dans cet internat ... J'ai eu le meilleur co-interne possible pour découvrir et m'épanouir dans cette spécialité !

-Lulu, merci pour ta spontanéité, ton calme, ton grain de folie et ta force... A toutes ses vacances et ces souvenirs passés...Vivement les futures sous les cocotiers !

-Sophie Rollmops, ma pookie... merci pour ta bonne humeur et ton soutien surtout sur ces derniers mois...

-Léa, lélé... fratéééé, t'es un peu mon modèle ! Merci de m'avoir formée au début de mon internat et de me guider encore maintenant... mais également de nous envoyer du rêve avec tes soirées... vivement ton mariage avec Geof, le meilleur!

-Julie J, Julie N, Lea... Merci pour votre joie de vivre et ces soirées... et à toutes celles encore à faire !

-Betty et Charles, à ces retrouvailles inopportuns à l'autre bout du monde

-Pierre et Julie, Clémence et Antoine, Léa, Inès-Pierre, Amaury, Lise, Alizée, Xavier, Christina, Célia ...

A mes amis :

-Emilie SouSou, merci pour ta joie de vivre, ton aide et tes histoires ... à type de murder... que de souvenirs !

-Marie, future coloc... merci pour ton soutien, ta présence et ta simplicité à vivre ! Que de souvenirs à créer encore !

-Alexys, tatasse... coach de thèse, j'aurais sûrement reporté la date sans toi...

-Roro...et la coloc, Riadh, Max, Guillaume... merci pour ta détente et ta réassurance... je sais pas si cette thèse aurait démarré sans toi...

-Baboune, Hortense, Ines, Jeanne, Hugo, thomas – Team Rouennaise – les débuts d'Amiens, merci pour ces bons moments passés, grâce à vous j'ai découvert Amiens !

-Sarah, voisine de chambre d'internat 1^{er} semestre et toujours copine ! Merci pour ton optimisme... t'es la plus forte...

-Youyou et Jules ... merci pour ce semestre de feu ! Pour ton enseignement de pose de PAC, pour ta relecture de CR...

-Caroline, Guillaume, Damien, Yann, Arvind, Mathilde, Fatim, Mathis, Lora, Octave, Alexandrine, Gabrielle...

-Arnaud, à ces années passées ensemble...

A Anne, merci pour la confiance que tu m'as accordée, ta formation, ta bienveillance, ton humour ... J'espère un jour être aussi forte que toi pour travailler à tes côtés...

A tous les médecins qui ont eu la patience de me former en gynéco et dans d'autres spécialités, Dr Assaf, Dr Mauvais...

A toute l'équipe du service de gynéco-obstétrique du CHU d'Amiens et du CH de Beauvais

Et à toutes les personnes que j'ai pu oublier...

Sommaire

| | |
|----------------------------|----|
| Remerciements | 3 |
| Introduction | 11 |
| Matériel et méthodes | 11 |
| Résultats | 16 |
| Discussion | 24 |
| Conclusion..... | 29 |
| Références | 30 |

Introduction

Généralités

Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), maladie de Crohn (MC) et de la rectolite hémorragique (RCH), sont des pathologies digestives inflammatoires chroniques. Ces maladies sont fréquemment diagnostiquées chez les jeunes adultes et notamment chez les jeunes femmes durant leur période d'activité génitale.

L'inflammation peut toucher l'ensemble du tube digestif de la bouche à l'anus au cours de la MC avec une prédilection sur l'iléon terminal, le colon et le périnée. Au cours de la RCH, l'atteinte concerne le rectum et peut s'étendre sur le colon de manière rétrograde sans jamais intéresser l'iléon ou l'anus.

Diagnostic

Le diagnostic des MICI repose essentiellement sur des arguments cliniques et endoscopiques, mais également biologiques et histologiques. Il est évoqué devant des symptômes à type de douleurs abdominales et de diarrhées volontiers muco-hémorragiques dans la RCH. Dans la MC, on peut retrouver aussi des lésions ano-périnéales (fissure, fistule ou abcès). Il est estimé qu'environ deux tiers des patients présentent une atteinte périnéale [1].

Les symptômes digestifs sont fonction de la localisation anatomique de la maladie mais s'expriment le plus souvent par des douleurs abdominales et/ou une diarrhée glairo-sanglantes. Etant une maladie systémique, il peut exister également des manifestations extra-digestives. Des manifestations cutanées, articulaires ou oculaires extra-intestinales peuvent précéder le diagnostic, jusqu'à dans 40% des cas [2]. Certaines de ces manifestations, comme l'érythème noueux et l'arthrite pauciarticulaire des grosses articulations, sont associées à une maladie intestinale active.

Une fois le diagnostic établi, l'activité de la maladie, sa gravité, son étendue et son évolution doivent être évalués à l'aide d'une imagerie transversale, et le phénotype de la maladie est établi selon la classification de Montréal. Cette classification prend en compte

l'âge du diagnostic, la localisation de la maladie et le comportement de la maladie (sténosante, fistulisante, inflammatoire ou périnéale).

Par ailleurs, la maladie est chronique et latente, évoluant par poussées. On estime que les poussées sévères surviennent chez au moins 20 % des patients [3], elles peuvent alors être responsables de complications plus ou moins graves.

Physiopathologie

La physiopathologie de ces maladies est incomplètement connue et plurifactorielle. Il existe une part génétique, environ 12% des patients ont une histoire familiale de MC [4]. Il a été identifié plus de 200 allèles associés dans les MICI, avec notamment le gène NOD2. En plus des facteurs génétiques, il y a une part environnementale (tabac, alimentation, traitements antibiotiques dans l'enfance) avec une influence du microbiote intestinal [5].

Epidémiologie

Les MICI sont des pathologies qui peuvent survenir à tout âge, mais avec un pic de fréquence observé chez les adultes jeunes entre 20 et 30 ans. Les femmes ont un risque 20 à 30% plus élevé de développer une MC, tandis que la RCH prédomine au contraire chez les hommes. La prévalence des MICI en France et en Europe est estimée à 1/1000 habitants. [6]. Il y a respectivement 100.000 patients atteints de MC et 86.000 atteints de RCH, qui étaient en ALD pour ces pathologies en 2019 en France, soit une progression de 75% en 10 ans. L'incidence de la MC est plus élevée que celle de la RCH, évaluée à 7.6/10⁵ habitants et 4.4/10⁵ habitants respectivement. Par ailleurs, il existe un gradient Nord-Sud, avec une incidence supérieure dans les pays du Nord comparativement à ceux du Sud en France, prédominance au Nord [7].

En 2018, il a été dénombré 233.600 personnes atteintes de MICI en France, dont 55% sont des femmes [8]. La région des Hauts-de-France est la première région concernée par les MICI. En 2018, 15.400 femmes, soit 5,44% de la population féminine de la région ont bénéficié d'une prise en charge pour une MICI [9].

Le registre EPIMAD, plus grand registre épidémiologique mondial concernant les MICI, recueille de façon prospective tous les cas incidents de MICI dans quatre départements qui sont : le Nord, le Pas-de-Calais, la Somme et la Seine-Maritime. Il couvre près de 6

Millions d'habitants soit 9,3% de la population française en 2014 (INSEE). Au sein de ce registre sept clusters ont été identifiés, la région de la Somme est un des clusters de sur-incidence de MICI dans le Nord-Ouest de la France, avec une sur-incidence de 1,64 fois plus pour la MC.

Conséquences sur la grossesse

Par ailleurs, ces maladies chroniques requièrent un suivi régulier multidisciplinaire. Les grossesses de ces patientes doivent être un événement encadré par les différentes spécialités. Bien que 80% des grossesses des patientes atteintes de MICI se déroulent dans des conditions similaires aux patientes de la population générale [10], environ 30% des grossesses obtenues en période de rémission vont présenter une poussée pendant la grossesse. Ce risque est de 60% lorsque la grossesse a été obtenue en période d'activité de la MICI. [11]. Ainsi, un traitement de la MICI doit souvent être poursuivi pendant la grossesse. En cas de maladie active, il est conseillé d'adapter le traitement afin d'obtenir une rémission, avant un projet de grossesse. De plus, obtenir une observance thérapeutique, passant par la compréhension et l'éducation des patientes est essentielle. En cas de complications, une prise en charge adéquate et précoce est nécessaire afin de limiter les conséquences sur l'enfant à venir. L'accompagnement d'un projet obstétrical dans la globalité est donc un enjeu majeur chez ces patientes.

Les conséquences des MICI, sur la grossesse et le fœtus sont encore imprécises. Toutefois, nous avons connaissance que les complications obstétricales sont souvent en rapport avec l'activité de la maladie. En effet, différentes études rapportent qu'en cas de maladie active à la conception, il existe un sur-risque de Fausse Couche Spontanée (FCS), naissances prématurées, de fœtus de Petit poids pour l'Age Gestationnel (PAG), de césariennes mais également de naissances prématurées.

De nos jours, le peu de données disponibles reposent sur des études anciennes, de centres experts et de faibles effectifs. Elles sont également pour la majorité réalisées avant l'ère des biothérapies.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le pronostic obstétrical des patientes atteintes d'une MICI active et en rémission au cours de la grossesse ayant accouché au CHU d'Amiens entre 2007 et 2021.

Matériel et méthodes

Population

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, monocentrique, concernant 100 patientes âgées de 18 à 42 ans, atteintes d'une MICI, qui ont eu au moins une grossesse suivie au CHU d'Amiens entre 2007 et 2021. Le suivi gastro-entérologique des patientes se faisait au CHU ou par leur gastro-entérologue libéral.

Le suivi obstétrical au CHU d'Amiens consistait en un examen clinique mensuel et échographique trimestriel. Il était réalisé soit par un gynécologue, soit par un interne de la spécialité ou par une sage femme. Les patientes incluses ont été extraites du registre en population EPIMAD-Somme. Ce registre comporte les patientes dont le diagnostic de MICI a été établi entre 1988 et 2020 et qui résidaient dans la Somme au moment du diagnostic. Toutes avaient un diagnostic établi de MC ou de RCH.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers médicaux informatiques (DxCare) et papiers des patientes, complétés de façon prospective au cours des consultations obstétricales de suivi et gastroentérologies au CHU d'Amiens.

Pour chaque patiente, nous avons collecté la nature de la MICI (MC ou RCH), la gestité, la parité, la nécessité d'un recours à la procréation médicalement assistée (PMA), le devenir de la grossesse, la présence d'un tabagisme actif, la présence d'un diabète gestationnel, un diagnostic échographique anormal (RCIU – retard de croissance in utéro, PAG, anomalie morphologique), son âge à l'accouchement, le terme, la voie d'accouchement, la nécessité d'un déclenchement, la nécessité d'une extraction instrumentale, l'indication de la césarienne, en cas d'accouchement par voie basse les déchirures périnéales, et leur grade, la réalisation ou non d'une épisiotomie, le poids de l'enfant à la naissance, l'Apgar, les pH et lactates à la naissance, l'allaitement et les hospitalisations en cours de grossesse. En gastroentérologie, nous avons recueilli les antécédents chirurgicaux en rapport avec la MICI, la présence de lésions ano-périnéales (LAP) actives ou cicatrisées, la présence d'un traitement avant et pendant la grossesse, l'activité de la maladie à la conception et la présence d'une

réactivation sous forme de poussées. Chaque grossesse a été analysée indépendamment les unes des autres.

La maladie a été considérée comme active au cours de la grossesse si la patiente rapportait des selles glairosanglantes, des douleurs abdominales associées à des diarrhées quotidiennes avec plus de deux selles par jour et des douleurs abdominales nécessitant une hospitalisation.

Analyse statistique

Les paramètres descriptifs des populations ont été utilisés pour cette étude : moyenne et écart-type pour les variables quantitatives ; fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives. Pour comparer les variables quantitatives gaussiennes, nous avons utilisé le test-t de Student ; et pour les variables qualitatives le test du Chi² ou le test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient faibles. Les différences étaient considérées comme significatives lorsque la valeur-p était inférieure à 0,05 signifiant que le risque d'erreur était de 5% sur le résultat statistique obtenu. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel BiostaTGV et du logiciel Prism (Graphpad®). Cette étude s'intègre dans un protocole de recherche intitulé MICI-Birth. Le protocole d'étude a été validé par le Comité de Protection des Personnes du Nord Ouest II (n°ID-RCB : 2020-A01947-32) le 18/09/2020.

Résultats

Population

Au total, 100 patientes ont été incluses dans notre étude. Sur la période d'inclusion, nous avons dénombré 235 grossesses. La totalité des patientes avait eu un diagnostic de MICI avant leurs grossesses, 81 avaient une MC et 19 une RCH. Nous avons comptabilisé 6 grossesses gémellaires au sein de notre population (5 grossesses bichoriales biamniotiques et 1 monochoriale biamniotique). Les caractéristiques générales de notre population sont répertoriées dans le **Tableau 1**.

Caractéristiques de la cohorte

Dans notre cohorte, 3,8% des patientes avaient un traitement pour leur MICI avant la conception. Pour la plupart, elles étaient traitées soit par Corticoïde, Imurel[®], Remicade[®], Pentasa[®], Humira[®] ou Fivasa[®]. Pour 2,9% des patientes, le traitement de la MICI a été poursuivi pendant la grossesse en accord avec leur médecin gastro-entérologue. Les patientes ayant eu une poussée pendant leur grossesse ont bénéficié dans 93% d'une introduction de traitement par Corticoïdes. Sur l'ensemble des grossesses, seules 2,1% (5/235) ont été obtenues par PMA (par stimulation, FIV ou ICSI). La gestité moyenne était de $3,3 \pm 1,9$ et la parité moyenne de $1,4 \pm 1,1$. Vingt-six patientes avaient un antécédent de LAP (Lésion Ano-Périnéale), considérée comme cicatrisée (11,1%) et 4 ont eu une LAP active (1,7%) durant la grossesse. Nous avons 9 patientes, soit 3,8%, qui présentaient une MICI active à la conception et qui avaient donc un traitement avant la grossesse. Les caractéristiques générales de notre population sont détaillées dans le **Tableau 1**.

Complications obstétricales de la cohorte

Sur les 235 grossesses (Tableau 1 et 2) : 181 ont abouti à une naissance d'enfants vivants (77, 3%), 33 à une FCS (14,1%), 14 à une IVG (6%), 4 à une IMG (1,8%), 1 à une MFIU (0,4%) et 1 à une GEU (0,4%).

| | N= 100 patientes 235 grossesses n, (%) |
|---|---|
| Age moyen (années) | 29 ± 6,8 |
| BMI (Kg/m²) | 24,09 ± 5,1 |
| Grossesses en moyenne par patiente | 3,3 ± 1,9 |
| Enfant en moyenne par patiente | 1,4 ± 1,1 |
| Tabagisme actif rapporté | 45 (19,1) |
| MC | 81 |
| RCH | 19 |
| Antécédent chirurgical lié à la MICI | 31 (13,2) |
| <i>iléon</i> | 4 (1,7) |
| <i>colon</i> | 7 (3) |
| <i>iléocolique</i> | 13 (5,5) |
| <i>iléocolique et anale</i> | 7 (3) |
| Présence de LAP | |
| <i>cicatrisée</i> | 27 (11,5) |
| <i>active</i> | 4 (1,7) |
| Grossesses gémeillaires | 5 (2,1) |
| FCS | 33 (14,1) |
| IVG | 14 (6) |
| IMG | 4 (1,7) |
| MFIU | 1 (0,4) |
| GEU | 1 (0,4) |
| Nombres d'enfants vivants | 181 (77,4) |
| Grossesse spontanée | 230 (97,9) |
| PMA | 5 (2,1) |
| MICI active à la conception | 9 (3,8) |
| Traitement de la MICI pris | |
| <i>avant la grossesse</i> | 9 (3,8) |
| <i>pendant la grossesse</i> | 26 (11) |
| Traitement de MICI arrêté pendant la grossesse | 4 (1,7) |

Tableau 1 : Caractéristiques de la cohorte.

Concernant la MFIU, elle a été découverte à 37SA et a été considérée comme une naissance, mais aucune cause n'a été retrouvée à cet incident. Pour cette patiente, la maladie était en rémission sans traitement, la cause n'a pas été imputée à la MICI.

Parmi les 4 IMG réalisées, une a été faite dans un contexte de grossesse molaire au 1^{er} trimestre, deux pour un risque de malformation dans le cadre d'un traitement non adapté à la grossesse réalisée au 1^{er} trimestre et une pour une malformation de type Spina bifida avec Arnold Chiari au 2^{ème} trimestre (aucun traitement n'avait été pris par la patiente autour de la conception ni pendant la grossesse).

Nous avons identifié 48 grossesses marquées par une complication obstétricale, soit près de 20% des grossesses. Les complications les plus fréquentes étaient le Diabète Gestationnel (DG) ayant compliqué 6,9% des grossesses (16/235) et le RCIU pour 5,9% (14/235). Parmi les complications obstétricales graves, 2,5% (6/235) des grossesses se sont compliquées d'une PE et 3,4% (8/235) d'une rupture prématurée des membranes (RPM). De plus, 10,2% (24/235) des patientes ont été hospitalisées durant leur grossesse, 9,8% (23/235) des grossesses ont été marquées par une poussée de MICI et 1,2% (3/235) des grossesses ont présenté des abcès digestifs graves.

Caractéristiques des accouchements et état néonatal

Concernant la voie d'accouchement, 73,3% (133/181) des accouchements (73,3%) ont eu lieu par voie basse et 26,7% (48/181) ont eu une césarienne. Seuls 18,8% (9/48) des césariennes avaient une indication liée à la MICI. Le taux d'extraction instrumentale par ventouse ou forceps était de 34,3%. Le taux de déchirure périnéale global était de 40,8% (54/181) (une patiente a eu un périnée complet non compliqué) et le taux d'épisiotomie était de 22% (29/181). Le terme moyen d'accouchement était de 38 semaines aménorrhées (SA) et 3 jours \pm 3,6 jours. Nous avons répertorié 39 naissances prématurées (16,6%) dont 6 inférieures à 32 SA (2,5%). Le poids moyen des enfants à la naissance était de 3074 \pm 750 grammes, avec près de 25% des enfants pesant moins de 2700g. Parmi les naissances vivantes, 6,5% des enfants ont eu un Apgar insatisfaisants et 26% ont présenté des pH et/ou lactates pathologiques. En post-partum, sur 153 patientes, un allaitement maternel a été favorisé dans 50,3%. L'ensemble des caractéristiques concernant l'accouchement et l'état néonatal est répertorié dans le **Tableau 2**.

| | N=235 grossesses 181 enfants n,(%) |
|--|--|
| Enfants nés | 182 |
| <i>Primipare</i> | 92 (50,5) |
| <i>Multipare</i> | 90 (49,5) |
| DG | 16 (6,9) |
| PAG | 2 (0,8) |
| RCIU | 14 (5,9) |
| macrosomie | 3 (2,3) |
| diagnostic d'anomalie morphologique à l'échographie | 2 (0,8) |
| PE | 6 (2,5) |
| RPM | 8 (3,4) |
| Hospitalisation | 24 (10,2) |
| <i>motif gastroentérologique</i> | 12 (5,1) |
| <i>motif obstétrical</i> | 12 (5,1) |
| Abcès digestifs | 3 (1,2) |
| Terme moyen d'accouchement en SA | 38,4 ± 3,6 |
| Naissance prématurée | 39 (16,6) |
| Naissance avant 32 SA | 6 (2,5) |
| Déclenchement | 45 (24,7) |
| AVB | 133 (73,3) |
| Césarienne | 48 (26,7) |
| Indication de césarienne | |
| <i>obstétricale</i> | 39 (81,2) |
| <i>Gastro-entérologique</i> | 9 (18,8) |
| Déchirure périnéale à l'accouchement par voie basse | |
| <i>Grade 1</i> | 33 (25) |
| <i>Grade 2</i> | 20 (15) |
| <i>Périnée compliqué</i> | 1 (0,8) |
| Episiotomie | 29 (22) |
| Poids moyen de l'enfant (grammes) | 3074 ± 750 |
| Apgar <7 | 12 (6,5) |
| pH <7,20 et/ou lactate >6 | 47 (26) |
| NC | 55 |
| Allaitement | 77 (50,3) |
| Pas d'allaitement | 76 (49,7) |
| NC | 28 |

Tableau 2. Complications obstétricales, voies d'accouchements et état néonatal

Analyse des sous groupes de la cohorte

Dans notre analyse principale, 24 grossesses (10,2%) issues de 21 patientes se sont déroulées alors que la MICI était active et 211 grossesses issues de 79 patientes se sont déroulées dans un contexte de maladie inactive. Dans le groupe des maladies actives, nous avons constaté qu'il y avait uniquement des patientes atteintes d'une MC. Aucune patiente atteinte de RCH n'a présenté de maladie active. Dans le groupe des MICI actives, 33,3% (8/24) des grossesses débutait en phase de maladie active (à la conception), contre 0,5% (1/24) dans le groupe des MICI inactives. Plus de 80% des poussées ont été mises en évidence lors du 3^{ème} trimestre devant des douleurs abdominales (**Tableau 3**).

Les grossesses des patientes du groupe MICI active avaient statistiquement plus de risque de se compliquer de RPM que les patientes du groupe non actives (16,7% (4/24) vs. 1,9% (4/159) ; $p = 0,01$). Nous n'avons pas retrouvé d'autres différences significatives concernant le type de complications pendant la grossesse (Tableau 4). Le nombre d'hospitalisations était significativement plus important dans le groupe des MICI actifs : 66,7% contre 5,2% ($p < 0,001$).

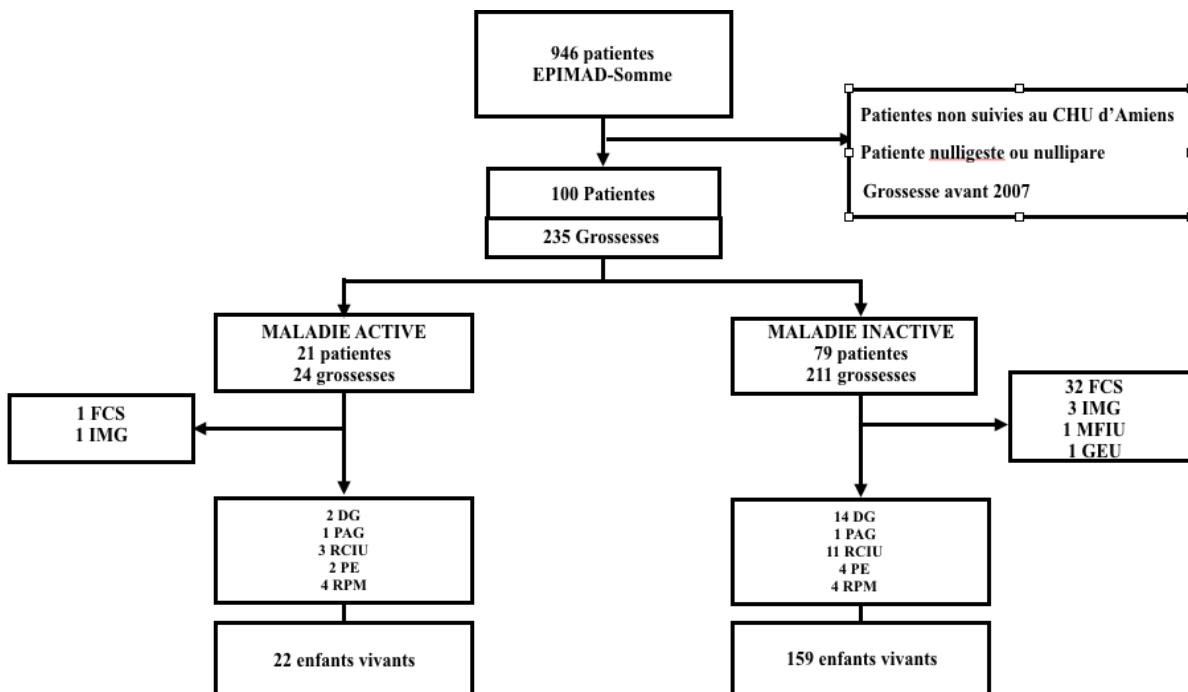


Diagramme de flux de la population de l'étude

| | MALADIE ACTIVE | MALADIE INACTIVE | |
|---|-------------------|---------------------|----------|
| | 24 grossesses | 211 grossesses | <i>P</i> |
| | n, (%) | n, (%) | |
| Patientes | 21 | 79 | |
| MC | 24 (100) | 181(86,7) | 0,7 |
| RCH | 0 | 30 (13,3) | |
| BMI (kg /m²) | 24,4 ± 4,47 | 24 ± 5,22 | 0,7 |
| Grossesse spontanée | 23 (95,8) | 207 (98,1) | 0,9 |
| PMA | 1 (4,2) | 4 (1,9) | |
| Antécédent chirurgical lié à la MICI | 7 (29,1) | 24 (11,4) | 0,8 |
| <i>iléon</i> | 0 | 4 (1,9) | |
| <i>colon</i> | 2 (8,3) | 4 (1,9) | |
| <i>iléocolique</i> | 3 (12,5) | 15 (7,1) | |
| <i>anale</i> | 2 (8,3) | 1 (0,5) | |
| FCS | 1 (4,2) | 33 (15,6) | 0,4 |
| IVG | 0 | 14 (6,6) | |
| IMG | 1 (4,2) | 3 (1,4) | |
| MFIU | 0 | 1 (0,5) | |
| GEU | 0 | 1 (0,5) | |
| Enfants vivants | 22 (91,6) | 159 (75,4) | |
| <i>Primipare</i> | 9 (37,5) | 82 (52,2) | |
| <i>Multipare</i> | 13 (54,2) | 77 (48,4) | |
| MICI active à la conception | 8 (33,3) | 1 (0,5) | < 0,0001 |
| Traitement avant la grossesse | 6 (25) | 3 (1,4) | |
| Traitement arrêté pendant la grossesse | 1 (4,2) | 3 (1,4) | 0,8 |
| Traitement pendant la grossesse | 13 (54,2) | 13 (6,2) | |

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques de la cohorte entre le groupe MICI active et MICI inactive

Il y avait également significativement plus de naissances prématurées (< 37 SA) et prématurées sévères (< 32 SA) dans le groupe des maladies actives ; respectivement 21% contre 10%; et 12,5 contre 0,5% (p=0,04).

Dans le groupe des MICI actives, le terme de l'accouchement était significativement inférieur au terme d'accouchement des patientes avec maladie inactive (36 SA et 5 jours \pm 4,6 contre 38 SA et 5 jours \pm 3,4, p=0,02). Le poids de naissance de l'enfant significativement plus faible dans le groupe actif (p=0,01) (**Tableau 4**)

Concernant la voie d'accouchement, le taux de césariennes était significativement plus élevé dans le groupe des maladies actives par rapport au groupe des maladies non actives 54,2% (13/24) contre 16,9% (35/211) avec p=0,03. Les accouchements par voie basse ont montré une proportion de déchirures périnéales et d'épisiotomie plus élevées que dans le groupes des MICI inactives (p=0,03) (**Tableau 4**).

| | MALADIE ACTIVE | MALADIE INACTIVE | <i>P</i> |
|---|--------------------------------------|--|----------|
| | 24 grossesses 22 enfants n (%) | 211 grossesses 159 enfants n (%) | |
| | DG | 2 (8,3) | |
| PAG | 1 (4) | 1 (0,5) | 0,2 |
| RCIU | 3 (12,5) | 11 (5,2) | 0,4 |
| Anomalie morphologique échographique | 0 | 2 (0,9) | 1 |
| PE | 2 (8,3) | 4 (1,9) | 0,2 |
| RPM | 4 (16,7) | 4 (1,9) | 0,01 |
| Hospitalisation | 16 (66,7) | 11 (5,2) | <0,01 |
| Abcès digestif | 3 (12,5) | 0 | 0,0009 |
| Naissance prématuré 32- 37SA | 5 (20) | 34 (16) | 0,09 |
| Naissance avant 32 SA | 3 (12,5) | 3 (1,4) | 0,02 |
| Présence de LAP | | | |
| <i>cicatrisée</i> | 5 (21) | 21 (10) | 0,04 |
| <i>active</i> | 3 (12,5) | 1 (0,5) | |
| Terme à l'accouchement (SA) | 36,77 ± 4,6 | 38,7 ± 3,4 | 0,02 |
| Poids de naissance (grammes) | 2707 ± 1075 | 3129 ± 677 | 0,01 |
| AVB | 10 (41,7) | 123 (58,3) | 0,03 |
| Césarienne | 13 (54,2) | 35 (16,6) | |
| Indication de césarienne | | | |
| <i>obstétricale</i> | 10 (41,7) | 29 (13,7) | 0,7 |
| <i>gastro entérologique</i> | 3 (12) | 6 (2,8) | |
| Déchirure périnéale à l'AVB | | | |
| <i>grade 1</i> | 1 (4,3) | 32 (15,2) | 0,03 |
| <i>grade 2</i> | 2 (8,3) | 18 (8,5) | |
| <i>Périnée compliqué</i> | 1 (4,3) | 0 | |
| Episiotomie | 2 (8,3) | 27 (12,8) | |
| Apgar <7 | 2 (8,3) | 10 (4,7) | 0,4 |
| pH <7,20 et/ou lactate >6 | 9 (37,5) | 38 (18) | |
| Allaitement | 13 (54,2) | 64 (30,3) | 0,6 |
| Pas d'allaitement | 10 (41,7) | 66 (31,3) | |

Tableau 4. Comparaison de complications obstétricales entre le groupe MICI active et inactive

Discussion

Dans notre cohorte, nous avons étudié l'impact obstétrical de la MICI et de son activité sur la grossesse des patientes suivies au CHU d'Amiens de 2007 à 2021. Nous constatons qu'une MICI active a un impact négatif sur la grossesse avec un sur-risque de complications obstétricales. A contrario, lorsque la maladie est contrôlée, le risque de complications obstétricales est comparable à la population générale.

Concernant l'issue des grossesses, le taux de FCS était de 14,1%. Ce taux est légèrement plus faible par rapport aux autres études sur le sujet. Dans une étude récente et comparable de 2016 sur 298 grossesses [12], le taux de FCS était de 19,1%. Dans cette même étude, le taux de fausse-couche était significativement plus important dans le groupe maladie active qui comportait 92 patientes (23,1% contre 12,5% ; OR = 1,63 (0,81-3,27) ; p=0,03). Dans notre étude, les patientes ayant une maladie active, avaient significativement moins de FCS. Cette différence peut être expliquée par l'effectif restreint de notre étude. Dans d'autres études, il est également rapporté que le taux de FCS chez les patientes atteintes de MICI est identique à la population générale, soit environ 12% [13]. Cependant, lorsque la MICI est active au moment de la conception, le taux de FCS peut atteindre 20 à 40% [14-16].

Nous n'avons pas retrouvé d'effet de l'activité de la maladie sur les taux de MFIU et de malformations fœtales. En effet, nous avons répertorié un seul cas de MFIU (0,04%). Cette complication est survenue chez une patiente ayant une maladie active. En 2012-2013, le taux de MFIU en population générale était de 8,9 pour 1000 naissances en France [17]. Parmi les patientes atteintes de MICI, la littérature est divergente sur ce point. Une méta-analyse portant sur plus de 15 000 patientes évoque un sur-risque de MFIU pour les patientes atteintes de MICI (OR = 2,13; 1,32–3,44) [18]. A l'inverse, dans leur étude de 2007 portant sur 461 patientes, Mahadevan et al. retrouve un taux de MFIU identique à celui de la population générale [19]. Nous avons également retrouvé deux cas de malformations fœtales (0,08%) issues du groupe des MICI inactives. Deux grandes études Scandinaves portant sur 2637 et 2377 grossesses de patientes atteintes de MICI ne rapportaient pas de risque plus élevé de malformations fœtales en cas de MICI [20-22].

Nous avons pu constater que les grossesses issues des patientes ayant une maladie active avait significativement plus de risques de se compliquer d'une RPM. En effet, il y avait huit fois plus de RPM (16,7 vs 1,9%) dans le groupe des MICI actives que dans le groupe des MICI inactives. Dans les groupes des MICI actives, il y avait deux fois plus de RCIU (12,5 vs 5,2%) et quatre fois plus de PE (8,3 vs 1,9%), mais ces résultats n'étaient pas significatifs. Pour Boyd et al., le risque de PE sévère est plus élevé (HR=2,24; 1,05–4,80) chez les patientes atteintes de MICI et surtout en cas de traitement par corticothérapie (HR=17,4; 3,72–81,4)[23]. Cependant, il ne retrouvait pas de sur-risque de pré éclampsie non sévère. Dans une étude de 2015 portant sur 101.033 grossesses, le risque de RPM était deux fois plus élevé chez les patientes avec une MICI par rapport aux patientes sans MICI (HR=2,28; 1,18–4,39) et 24 fois plus élevé en cas de traitement par corticothérapie (HR=24,0; 6,28–91,5) [24]. Cela reflète l'impact de l'activité de la maladie sur la survenue de ce type de complications.

Les patientes ayant une maladie active accouchaient significativement plus prématurément. Les nouveaux-nés de ces mêmes patientes avaient des poids de naissance significativement inférieurs, 2707g contre 3129g (p=0,01). Une méta-analyse de 12 études parue en 2007 décrivait également davantage d'accouchements prématurés avant 37 SA avec un risque relatif de 1,87 et un poids à la naissance inférieur à 2500g avec un risque relatif de 2,1(p<0,001) [25]. En 2012, l'étude d'Hutfless et al. montrait également que l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et des naissances prématurées, était significativement augmentée [26].

Dans notre étude, nous ne constatons pas de différence significative sur l'état de l'enfant à la naissance. Dans la littérature, peu d'études se penchent sur le sujet. Stephansson et al. [22] ont comparé le taux d'enfants nés avec un Apgar <7 pour des patientes atteintes d'une MICI et la population générale, il n'a pas été retrouvé de sur-risque significatif d'état néonatal insatisfaisant OR = 0,99 (0,69-1,43).

Concernant la voie d'accouchement, nous retrouvons un taux de césariennes à 26,7%, ce qui est relativement proche de la moyenne nationale à 20% en France en 2020 selon la HAS. Dans une revue systématique de la littérature parue en 2017, sur 640 patientes, le taux de césarienne était de 28,9% avec une indication obstétricale dans deux tiers des cas [27].

Dans l'étude de Burke et al. [28], sur un échantillon de 59 patientes atteintes de MC, le taux de césarienne était de 36,1% avec un taux de maladie active avant la grossesse de 15,3%

et 23,7 % pendant la grossesse parmi les MC. Les malades étaient donc plus graves que dans notre cohorte.

De plus, nous avons constaté un taux significativement plus important de césariennes dans le groupe MICI active 54,2% contre 16,6% ($p=0,03$). Ce taux est expliqué par la nécessité d'une extraction souvent en urgence, pour l'enfant ou pour sauvetage maternel, dans le cadre d'une pathologie obstétricale (PE, RCIU, RPM), elle même engendrée indirectement par l'activité de la MICI. Dans notre étude, il y avait en effet davantage de complications obstétricales dans le groupe MICI active. Nos résultats sont en accord avec une étude comparant également les complications de la grossesse entre les MICI active et inactive, qui a montré qu'il y avait plus d'accouchements prématurés (OR=2,14 contre OR= 1,28), plus d'enfants naissant avec un poids < 2700g (OR=1,27 contre 1,10) et d'accouchements prématurés (OR=1,82 contre 1,22) lorsque la maladie est active [24]. Dans notre cohorte, 7 césariennes ont été réalisées sur les 23 grossesses issues de patientes ayant une LAP cicatrisée. Ce nombre élevé est en rapport avec une précision apportée sur la prise en charge des patientes dans les recommandations de l'ECCO de 2010 [29]. En effet, dans le passé, par manque de données il persistait l'idée d'un risque de réactivation d'une LAP cicatrisée en post partum en cas d'accouchement par voie basse. Hors, les dernières recommandations [30] ne contre indiquent pas d'accoucher par voie basse en cas de LAP cicatrisée. Mais cette décision doit être prise de façon concertée avec le gastroentérologue, le chirurgien colorectal et l'obstétricien afin de fournir à la patiente une information précise des risques de complications encourus au niveau du plancher pelvien et de l'appareil sphinctérien. D'autre part, parmi les césariennes indiquées pour une raison gastro-entérologique, 2 patientes présentaient une AIA (anastomose iléo-anale) et 4 patientes présentaient une LAP active, qui sont les 2 indications à la réalisation d'une césarienne selon l'ECCO [31].

Par ailleurs, dans notre étude, nous avons autant de nullipares que de multipares dans les deux groupes, ce qui permet de les rendre comparables sur cette donnée. En effet, dans l'étude de Senatore, et al. [32], la parité est un facteur intervenant sur le pronostic obstétrical lorsque la MICI est active : il a été constaté un sur risque chez les nullipares d'avoir une maladie active pendant la grossesse par rapport aux patientes multipares (aOR=10,98, 4,22-28,57).

Concernant les limites de notre étude, il n'existe aucune patiente atteinte de RCH dans le groupe des actifs. Certaines études montrent que patientes ayant une RCH ont plus de rémissions pendant leur grossesse que celle atteintes d'une MC [12], ce qui pourrait expliquer cette absence dans notre étude d'effectifs minimes. Nous avons également peu de patientes dans le groupe des MICI actives (10,2% de la cohorte). En effet, les patientes atteintes de la MC et de la RCH quiescentes ont respectivement 14 à 22 % et 26 à 35 % de risques de connaître une poussée pendant la grossesse, ce qui est comparable au risque de poussée chez les femmes non enceintes [20]. Ces limites pourraient être palliées en augmentant le nombres de patientes dans l'étude.

De plus, bien que les patientes étaient suivies dans un centre de niveau III (CHU), nous constatons que comparativement aux autres études, la proportion de patientes traitées pour leur MICI n'est pas aussi importante. Certaines études n'avaient que 15,2% de leur cohorte sans traitement de fond durant leur conception et leur grossesse [12]. Alors que dans notre étude, seul 15% des patientes avaient un traitement de fond. Cette différence pourrait sous estimer la proportion des effets négatifs de la MICI sur la grossesse.

Par ailleurs, dans notre cohorte sur 9 patientes ayant une MICI active à la conception, 8 patientes ont présenté une MICI active pendant la grossesse, soit 89%. En effet, plusieurs études [33-34] montrent que 25 à 65 % des patientes atteintes de la MC présentant une maladie active à la conception continueront à présenter une maladie active pendant leur grossesse. Une méta-analyse plus récente a mis en évidence que les femmes atteintes d'une MICI active au moment de la conception présentaient un risque deux fois plus élevé de maladie active pendant la grossesse que les femmes en rémission au moment de la conception (OR= 2; 1,2-3,4) [35].

Concernant les biais de notre étude, le premier concerne la nature rétrospective de l'étude, menant inévitablement à un biais de déclaration de la part des patientes sur les grossesses précédentes non suivies ou non accouchées au CHU.

Nous sommes également confronté à un biais de recrutement; les patientes sont issues d'une région avec un taux d'incidence plus important que dans d'autres régions en terme de MICI et dans un CHU de niveau 3. Elles sont donc théoriquement plus graves aussi bien sur le plan gastro-entérologique qu'obstétrical. Il est évident qu'inclure davantage de patientes de

la région de la Somme dans l'étude permettrait d'avoir un échantillon de plus grande taille avec des patientes non prises en charge dans un centre de niveau 3.

Par ailleurs, nous avons classé les MICI comme actives sur des données cliniques (selles glairosanglantes, des douleurs abdominales associées à des diarrhées quotidiennes avec plus de deux selles par jour et des douleurs abdominales nécessitant une hospitalisation). Mais il aurait été intéressant d'intégrer des données biologiques et endoscopiques à l'activité de la MICI, comme dans certaine étude [12]. Il serait intéressant ainsi d'établir un score clinique pour l'activité des MICI pendant la grossesse afin de rendre les études plus comparables entre elles.

Dans une étude complémentaire, l'intérêt serait d'étendre l'étude à l'ensemble du département de la Somme afin d'avoir des effectifs plus importants et d'étudier l'activité de la MICI et les conséquences éventuelles en post-partum.

Conclusion

Les grossesses des patientes atteintes d'une MICI requièrent une prise en charge multidisciplinaire entre gastro-entérologues et obstétriciens afin que la maladie soit contrôlée. En cas de maladie quiescente ou contrôlée, le pronostic de la grossesse est comparable à la population normale. Lorsque la maladie est active, il existe un sur-risque de complications obstétricales, de césarienne, de prématurité et de conséquences sur l'enfant à naître. Bien qu'il n'a pas été mis en avant de différence sur le risque de FCS, de MFIU et d'anomalie morphologique sur l'enfant à naître dans notre étude, la MICI peut donc avoir de lourdes conséquences sur la grossesse en cas de maladie non contrôlée.

Par ailleurs, un accouchement par voie basse est à favoriser autant que possible, sauf en cas de LAP active, d'atteinte rectale active et d'antécédent chirurgical d'AIA.

Il est donc primordiale de sensibiliser les patientes à n'envisager une grossesse qu'en période de rémission, et de mettre tous les moyens en œuvre pour maintenir une rémission pendant la période gestationnelle.

Références

- [1] Eglinton TW, Barclay ML, Geary RB, Frizelle FA. The spectrum of perianal Crohn's disease in a population-based cohort. *Dis Colon Rectum* 2012; 55: 773–77.
- [2] Torres, J., Mehandru, S., Colombel, J.-F., & Peyrin-Biroulet, L. 2017. Crohn's disease. *The Lancet*, 389(10080), 1741–1755.
- [3] Cortot, A., Pineton de Chambrun, G., Vernier-Massouille, G., Vigneron, B., & Gower Rousseau, C. (2009). Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : maladies génétiques ou de l'environnement ? *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 33(8-9), 681–691.
- [4] Moller FT, Andersen V, Wohlfahrt J, Jess T. Familial risk of inflammatory bowel disease: a population-based cohort study 1977–2011. *Am J Gastroenterol* 2015; 110: 564–71.
- [5] Lindhagen, T., Bohe, M., Ekelund, G., & Valentin, L. 1986. Fertility and outcome of pregnancy in patients operated on for Crohn's disease. *International Journal of Colorectal Disease*, 1(1), 25–27.
- [6] M.Seirafi, Y.Bouhnik -Grossesse et MICI, 2012-Post'U, 1-8
- [7] Cosnes, J., Gower-Rousseau, C., Seksik, P., & Cortot, A. 2011. Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 140(6), 1785–1794.
- [8] Personnes prises en charge pour maladies inflammatoires chroniques intestinales en 2018 CNAM/DSES/DEPP - 12/05/2020
- [9] Epidémiologie descriptive et évolution dans le temps et l'espace de l'incidence des maladies inflammatoires chroniques intestinales dans le Nord-Ouest (1988-2014)
- [10] Carvalho, R., & Hyams, J. S. (2007). Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children. *Seminars in Pediatric Surgery*, 16(3), 164–171.
- [11] Bengtson, M.-B., Solberg, I. C., Aamodt, G., Jahnsen, J., Moum, B., & Vatn, M. H. 2010. Relationships between inflammatory bowel disease and perinatal factors: Both maternal and paternal disease are related to preterm birth of offspring. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(5), 847–855.
- [12] De Lima-Karagiannis, A., Zelinkova-Detkova, Z., & van der Woude, C. J. 2016. The Effects of Active IBD During Pregnancy in the Era of Novel IBD Therapies. *The American Journal of Gastroenterology*, 111(9), 1305–1312.
- [13] Hudson, M., Flett, G., Sinclair, T. S., Brunt, P. W., Templeton, A., & Mowat, N. A. G. 1997. Fertility and pregnancy in inflammatory bowel disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 58(2), 229–237.

- [14] Foulon, A., Chevreau, J., Yzet, C., Gondry, J., & Fumery, M. 2020. MICI et grossesse: de la conception à la naissance. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* .
- [15] Sergent, F., Verspyck, E., & Marpeau, L. 2003. Maladie de Crohn et grossesse. À propos de 34 cas. *Revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(1), 20–28
- [16] Woolfson, K., Cohen, Z., & McLeod, R. S. 1990. Crohn's disease and pregnancy. *Diseases of the Colon & Rectum*, 33(10), 869–873.
- [17] Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France - Février 2015
- [18] O'Toole, A., Nwanne, O., & Tomlinson, T. (2015). Inflammatory Bowel Disease Increases Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A Meta-Analysis. *Digestive Diseases and Sciences*, 60(9), 2750–2761.
- [19] Mahadevan, U., Sandborn, W. J., Li, D., Hakimian, S., Kane, S., & Corley, D. A. (2007). Pregnancy Outcomes in Women With Inflammatory Bowel Disease: A Large Community-Based Study From Northern California. *Gastroenterology*, 133(4), 1106–1112.
- [20] Laube, R., Paramsothy, S., & Leong, R. W. (2021). Review of pregnancy in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*,
- [21] Stephansson O, Larsson H, Pedersen L, et al.. Congenital abnormalities and other birth outcomes in children born to women with ulcerative colitis in Denmark and Sweden. *Inflamm Bowel Dis* 2011 17: 795–801.
- [22] Stephansson O, Larsson H, Pedersen L, et al. Crohn's disease is a risk factor for preterm birth. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8: 509–515
- [23] Boyd, H. A., Basit, S., Harpsøe, M. C., Wohlfahrt, J., & Jess, T. (2015). Inflammatory Bowel Disease and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Plos one*, 10(6).
- [24] AntoineMeyer and al.Pregnancy in women with inflammatory bowel disease: a French nationwide study 2010-2018. 2020 - *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*
- [25] Cornish, J., Tan, E., Teare, J., Teoh, T. G., Rai, R., Clark, S. K., & Tekkis, P. P. 2007. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut*, 56(6), 830–837.
- [26] Hutfless, S., Li, D.-K., Heyman, M. B., Bayless, T. M., Abramson, O., & Herrinton, L. J. 2012. Prenatal and Perinatal Characteristics Associated with Pediatric-Onset Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 57(8), 2149–2156.
- [27] Foulon, A., Dupas, J.-L., Sabbagh, C., Chevreau, J., Rebibo, L., Fumery, M. 2017. Defining the Most Appropriate Delivery Mode in Women with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 23(5), 712–720.
- [28] Burke, K. E., Haviland, M. J., Hacker, M. R., Shinker, S. A., & Cheifetz, A. S. 2017. Indications for Mode of Delivery in Pregnant Women with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 23(5), 721–726.

- [29] Van Assche, G., Dignass, A., Reinisch, W., van der Woude, C. J., Sturm, A., De Vos, . 2010. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(1), 63–101.
- [30] Nguyen, G. C., Seow, C. H., Maxwell, C., Huang, V., Leung, Y., Jones, J. Paterson, W. 2016. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology*, 150(3), 734–757
- [31] Van der Woude, C. J., Ardizzone, S., Bengtson, M. B., Fiorino, G., Katsanos, K. 2014. The Second European Evidenced-Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 9(2), 107–124.
- [32] Senatore, F. J., & McDonald, K. 2016. Pitfalls of Treating Alcoholic Hepatitis: Recognizing Hemolytic Anemia in Zieve's Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 111(4), 577–579.
- [33] Khosla, R., Willoughby, C. P., & Jewell, D. P. 1984. Crohn's disease and pregnancy. *Gut*, 25(1), 52–56.
- [34] Bortoli, A., Pedersen, N., Duricova, D., D'Inca, R., Gionchetti, M. R. 2011. Pregnancy outcome in inflammatory bowel disease: prospective European case-control ECCO-EpiCom study, 2003-2006. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 34(7)
- [35] Abhyankar, A., Ham, M., & Moss, A. C. 2013. Meta-analysis: the impact of disease activity at conception on disease activity during pregnancy in patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 38(5), 460–466.

RESUME

Introduction: Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) sont des pathologies fréquemment diagnostiquées entre 20 et 40 ans, période optimale de fertilité des femmes. L'impact de la maladie sur la grossesse est donc une problématique fréquente.

Objectif de l'étude : Déterminer l'impact des MICI sur le pronostic obstétrical en comparant les patientes atteintes d'une MICI active et en rémission au cours de la grossesse.

Méthodes : Les données gastro-entérologiques et obstétricales ont été recueillies sur des patientes suivies au CHU d'Amiens entre 2007 et 2021. Nous avons étudié les résultats sur l'ensemble de ses patientes puis dans un deuxième temps nous avons comparé les patientes présentant une MICI active et une MICI en rémission pendant la grossesse.

Résultats : Les patientes atteintes de MICI active au moment de la grossesse ont présenté davantage de complications que celles présentant une MICI en rémission. Les patientes dans le groupe MICI active étaient davantage hospitalisées (66,6% contre 5,2%, $p < 0,001$). Elles accouchaient plus prématurément (36,77 contre 38,7 SA, $p = 0,02$) et il y avait plus d'accouchements prématurés sévères inférieurs à 32SA (12,5 contre 1,4%, $p = 0,02$). Le terme de ces patientes était également plus court (38.4 contre 39.8 SA, $p < 0.0001$). Le poids de naissance des enfants étaient plus faibles dans le groupe des maladies actives (2707g contre 3129g, $p = 0,01$). Elles présentaient également plus de LAP actives (12,5 contre 0,5%, $p = 0,04$) et le taux de césariennes était plus important (54,2 contre 16,9%, $p = 0,03$).

Conclusion : Les MICI sont à risque de complications durant la grossesse, en particulier lorsque la MICI est active. Il est donc important que la maladie soit contrôlée dès la conception et que la grossesse soit suivie de près, afin d'optimiser la prise en charge globale autant sur le plan gastro-entérologique qu'obstétrical.

Mots-clés : Grossesse –obstétrique-complication-MICI–maladie de Crohn–rectocolite hémorragique

SUMMARY

Introduction: Chronic inflammatory bowel disease (IBD) is frequently diagnosed between the ages of 20 and 40, the optimal fertility period for women. The impact of the disease on pregnancy is therefore a frequent problem.

Objective of the study: In order to determine the impact of IBD on obstetrical prognosis we have to compare patients with active IBD and in remission during pregnancy.

Methods: Gastroenterological and obstetrical data were collected on patients followed at the Amiens University Hospital between 2007 and 2021. We studied the results of all these patients and then we compared patients with active IBD and IBD in remission during pregnancy.

Results: Patients with active IBD at the time of pregnancy had more complications than those with IBD in remission. Patients were more often hospitalised (66.6% vs. 5.2%, $p < 0.001$) and more delivered prematurely (36.77 vs. 38.7 GW, $p = 0.02$), particularly in cases of severe prematurity less than 32 SA (12.5 vs. 1.4%, $p = 0.02$). They also had more active LAP (12.5 vs 0.5%, $p = 0.04$). The birth weight of the children was lower in the active disease group (2707g vs 3129g, $p = 0.01$). The number of caesarean sections was higher (54.2 vs. 16.9%, $p = 0.03$). The number of caesarean sections was shorter in patients with IBD (38.4 vs. 39.8 SA, $p < 0.0001$).

Conclusion: IBD is a factor of a pregnancy complications, especially when the IBD is active. It is therefore important that the disease is controlled from conception and that the pregnancy and that the pregnancy is closely monitored in order to optimize the overall management of the disease, both gastroenterologically and obstetrically.

Key Words : Pregnancy –obstetrical –complication –IBD –Crohn's disease –ulcerative colitis



