

**RENCONTRES DERMATO-GYNECOLOGIQUES**  
**Faculté de Médecine de Tours**  
**Samedi 9 septembre 2006**

**Grossesse, lupus et syndrome des antiphospholipides**  
**Professeur Olivier POURRAT (Poitiers)**

La grossesse au cours du lupus est actuellement souvent possible mais elle doit être planifiée. **Les facteurs de risque pour la mère** sont représentés par une poussée de la maladie lupique, d'autant plus que celle-ci était marquée par des critères d'activité dans les mois précédant la grossesse, une aggravation vasculo-rénale sous la forme d'un syndrome néphrotique, une poussée d'insuffisance rénale ou l'aggravation d'une hypertension artérielle, enfin une pré-éclampsie surajoutée à la maladie lupique. **Les risques de la grossesse pour l'enfant** sont représentés par les fausses couches précoces, les morts fœtales in utero, le retard de croissance intra-utérin et la prématurité ; ces risques sont d'autant plus importants que la maladie lupique était active au moment du début de la grossesse. Un dernier risque pour l'enfant est représenté par le lupus néonatal, avant tout lié aux risques cardiaques dus anticorps anti-SSa (anti-Ro). Au total, les contre-indications (temporaires ou définitives selon les cas) sont représentées par une poussée lupique en cours ou récente (depuis moins d'un an), une créatininémie à plus de 110  $\mu\text{mol/l}$ , une hypertension sévère dont le contrôle nécessite le recours à plusieurs anti-hypertenseurs ; une hypertension artérielle pulmonaire, des antécédents thrombotiques graves, enfin une cortico-dépendance à un niveau supérieur à 0.5 mg/kg/j de prednisone.

**Les schémas pratiques de traitement préventif** que l'on peut proposer sont les suivants :

- **dans le lupus** sans anticorps antiphospholipidiques : dès le début de la grossesse, poursuite de la dose antérieure de prednisone ou bien mise systématique sous 10 mg/j en l'absence de corticothérapie antérieure, régime riche en calcium, aspirine à faible dose. Les anti-paludéens de synthèse peuvent être continués s'ils sont indispensables, à une dose modérée (jusqu'à 2 comprimés par jour de Plaquénil).
- **dans le SAPL avec antécédents thromboemboliques** justifiant un traitement au long cours par AVK, aspirine à faible dose dès le diagnostic hormonal de grossesse, arrêt des AVK dès la preuve échographique de la grossesse et relais immédiat par Héparine à doses curatives (2 injections par jour), sous la forme d'Héparinate de Calcium de préférence, les bas antithrombo-emboliques de contention 2 ou 3 selon les cas doivent être portés du matin au soir du début de la grossesse et jusqu'à six semaines après l'accouchement.
- **dans le SAPL s'étant manifesté par des fausses couches précoces itératives**, l'aspirine à faible dose est donnée dès le diagnostic de grossesse et l'héparine est en général associée à dose préventive dès la preuve échographique de la grossesse, les bas antithrombo-emboliques sont portés tout au long de la grossesse.
- **dans le SAPL s'étant déjà manifesté par des complications obstétricales graves** (pré-éclampsie précoce, mort fœtale in utero...), le traitement doit associer de l'aspirine dès le diagnostic de grossesse et de l'héparine dès la preuve échographique de la grossesse.
- **dans le SAPL secondaire à un lupus**, le traitement préventif est mixte : il associe le traitement préventif du lupus sous la forme de la cortisone et de l'aspirine dès le diagnostic de grossesse et le traitement préventif des complications du SAPL, avec l'héparinothérapie préventive et les bas antithrombo-emboliques.
- **en cas d'anti-SSa**, il n'est pas justifié de donner systématiquement une corticothérapie s'il n'existe pas de lupus défini. La surveillance fœtale par échocardiographie spécialisée doit

être effectuée toutes les deux semaines entre 16 et 26 semaines d'aménorrhée ; s'il apparaît un bloc cardiaque fœtal, de la dexaméthasone est administrée.

Dans tous les cas, la fenêtre sans antithrombotique nécessaire à la réalisation de l'anesthésie loco-régionale de **l'accouchement** doit être la plus réduite possible et la prophylaxie antithrombotique doit être reprise dans les heures faisant suite à l'accouchement, avec l'héparine et le port des bas ATE mais également de l'aspirine en cas de SAPL. Dans le cas du lupus, la corticothérapie est poursuivie à dose inchangée pendant six semaines après l'accouchement puis, en l'absence de corticothérapie antérieure à la grossesse, diminuée progressivement pour être arrêtée en 4 semaines. Dans tous les cas une consultation spécialisée doit avoir lieu six semaines après l'accouchement puis une fois par trimestre dans l'année suivante.