

Maladies allergiques pendant la grossesse et l'allaitement (1^{ère} partie)

Barbara Lardi

Les maladies allergiques sont en augmentation. Leur prévention et leur gestion durant la grossesse et l'allaitement revêtent donc une grande importance. Les toutes dernières connaissances et lignes directrices en la matière ont été présentées lors de la journée annuelle de l'Association Suisse de Pharmacologie Périnatale (ASPP) qui a eu lieu le 17 novembre 2016.

La première partie de ce compte rendu sera consacrée avant tout aux maladies allergiques des voies respiratoires alors que la deuxième partie abordera les réactions allergiques cutanées et alimentaires.

Rhinite allergique

Pendant la grossesse, le diagnostic se fait sur la base de l'anamnèse et par la mise en évidence d'anticorps IgE spécifiques aux allergènes. Au point de vue diagnostique différentiel, il faut en particulier faire la distinction entre la rhinite allergique et la rhinite de grossesse.

Rhinite de grossesse

- Cause: inconnue, éventuellement hormonale, non allergique;
- Prévalence: 9 à 42% des femmes enceintes;
- Durée: plus de six semaines; commence généralement durant le 2^e-3^e trimestre et se termine deux semaines après l'accouchement.
- Facteur de risque: tabagisme;
- Traitement: stéroïdes topiques.

En cas d'augmentation saisonnière et/ou d'antécédents atopiques (familiaux), il s'agit très probablement d'une rhinite allergique. Les prick-tests cutanés ou les tests de provocation, comme par exemple les tests de provocation nasale, sont à proscrire pendant la grossesse, sauf en cas d'absolue nécessité. Toutefois, comme chez les femmes non enceintes, la recherche d'anticorps IgE spécifiques aux allergènes dans le sérum est une possibilité diagnostique ne posant aucun problème, de même que l'utilisation d'antihistaminiques et de corticoïdes (voir tableau 1). Une immunothérapie spécifique ne doit pas être initiée durant la grossesse mais peut être poursuivie en cas d'évolution favorable.

Exposé du Dr méd. Martin Glatz.

Fréquence, évolution et gestion de l'asthme pendant la grossesse

Durant la grossesse, l'asthme s'améliore pour un tiers des femmes, reste identique pour le deuxième tiers et s'aggrave pour le dernier tiers d'entre elles.

Attention au tabac

Étonnamment, plus de 20% des personnes asthmatiques fument, y compris en Suisse. Des études internationales révèlent également que le taux de fumeuses est élevé parmi les femmes enceintes asthmatiques!

Un asthme non contrôlé, c'est-à-dire mal pris en charge, est un facteur de risque aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Mais le taux de complication des femmes enceintes dont la maladie est sous contrôle est à peine plus élevé.

Conséquences d'un asthme non contrôlé pendant la grossesse

- Hyperémèse (forme sévère de nausées);
- Hypertension;
- Prééclampsie;
- Saignements;
- Retard de croissance intra-utérin;
- Naissance prématurée;
- Augmentation du risque d'hypoxémie périnatale;
- Mortalité augmentée.

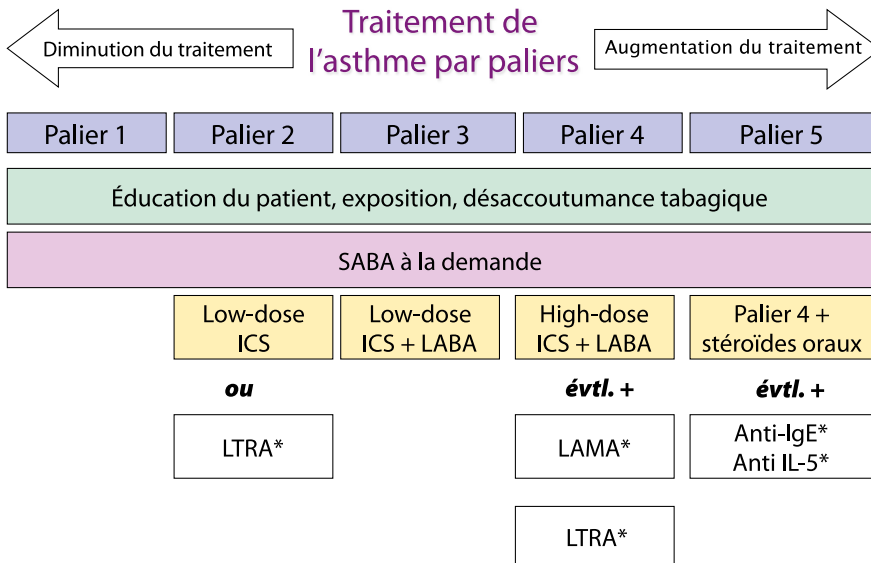
Partant du principe qu'un asthme mal contrôlé (qui augmente la prise de stéroïdes oraux et les hospitalisations) est nettement plus dangereux que les effets indésirables potentiels de la médication, l'étude GINA prône de recourir sans restriction aux corticostéroïdes inhalés et aux β 2-sympathomimétiques (cf. Fig. 1).

Outre les tests de la fonction pulmonaire, la mesure du monoxyde d'azote (NO) dans l'air expiré sert de marqueur de la gestion des asthmes modérés à sévères. Une étude menée sur 220 femmes enceintes non fumeuses a pu démontrer qu'il y a eu moitié moins d'exacerbations dans le groupe soumis à des mesures du NO. Les corticostéroïdes inhalés ont été toutefois utilisés plus souvent, alors que les stéroïdes oraux et les SABA («Short Acting Beta Agonists») ont diminué. Il est donc recommandé d'ajuster le traitement des femmes enceintes atteintes d'asthme sévère en fonction des mesures de NO.

Tableau 1. Traitement de la rhinite allergique pendant la grossesse et l'allaitement.

| Antihistaminiques | DCI | Remarques |
|---|--------------|--|
| Par voie systémique | Loratadine | |
| | Cétirizine | |
| Par voie topique | Azélastine | |
| Corticoïdes | | |
| Par voie topique | Budésonide, | Éventuellement en association avec un antihistaminique topique |
| | futicasone | |
| Par voie systémique | Prednisolone | Pendant quelques jours uniquement |
| Immunothérapie spécifique | | |
| Initier une immunothérapie sous-cutanée | | Contre-indiqué |
| Phase d'instauration | | Arrêter le traitement |
| Phase de maintenance | | Poursuivre le traitement |

Figure 1. Traitement de l'asthme par paliers (durant la grossesse) basé sur les guidelines GINA.



Si nécessaire, en fonction des symptômes, il est possible de revoir le traitement de l'asthme en passant vers un palier supérieur ou inférieur (www.ginasthma.org; adapté par M. Tamm).

SABA: Short Acting Beta Agonist, LABA: Long Acting Beta Agonist, ICS: corticostéroïdes inhalés, ALT: antileucotriènes, LAMA: Long Acting Muscarinic Antagonists (= anticholinergiques à longue durée d'action).

* données faibles; à n'utiliser que dans des cas dûment motivés et des situations exceptionnelles.

Il existe encore trop peu de données sur les agents biologiques (omaluzimab, mepoluzimab); ceux-ci sont réservés aux femmes enceintes souffrant d'asthme très sévère qui reste non contrôlé malgré le traitement inhalé.

Exposé du Prof. Dr méd. Michael Tamm.

Influence des médicaments pris durant la grossesse sur l'asthme et les maladies allergiques chez l'enfant

Une recrudescence des cas d'asthme a été observée depuis le remplacement dans les années 90 de l'acide acétylsalicylique par le paracétamol chez les enfants, et ce à cause du syndrome de Reye. La prise de paracétamol pendant la grossesse pourrait également être responsable de l'augmentation du risque de développer un asthme chez les enfants. Le mécanisme biologique serait dû à une baisse du glutathion dans les voies respiratoires et au stress oxydant qui y est lié.

Depuis, de nombreuses études d'observation ont été menées sur l'exposition prénatale et l'utilisation de paracétamol chez les nourrissons et les enfants. Il est cependant extrêmement difficile de séparer les autres influences possibles telles que l'état de santé général, les infections respiratoires ou la fumée (passive) des

effets du paracétamol. Il n'y a toujours pas de lien de causalité clair entre la médication prénatale et l'asthme chez l'enfant mais une utilisation à long terme durant la grossesse doit être considérée comme à risque, et donc évitée.

Quant aux antibiotiques, ils peuvent aussi influencer le système immunitaire de l'enfant de manière durable. Très tôt, celui-ci interagit de façon déterminante avec le microbiome (ensemble des génomes des bactéries colonisant l'organisme). On peut donc aisément imaginer que des expositions prénatales et postnatales aux antibiotiques peuvent avoir une influence sur le développement de tolérances et d'intolérances.

De nombreuses études ont été réalisées sur ce sujet. Si un rapport épidémiolo-

gique a bien été établi, l'impact reste relativement faible. Là encore, il est très difficile de séparer les effets des antibiotiques de ceux des infections respiratoires. Toute prise d'antibiotiques et de paracétamol durant la grossesse demande une évaluation correcte des indications pour que la balance risque-bénéfice reste acceptable. Exposé du Prof. Dr méd. Sven Schulzke.

Approches de la médecine complémentaire

La médecine complémentaire offre aussi dans ce domaine d'intéressantes options visant par exemple à influencer le microbiome de l'enfant. Un lien a été établi entre la pauvreté de la diversité microbienne intestinale durant le premier mois de vie et le développement des atopies.

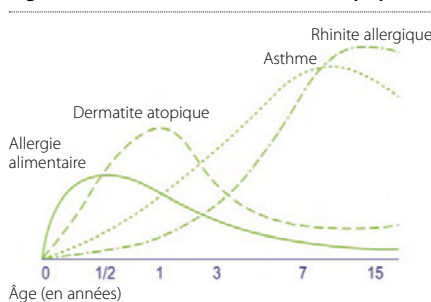
Les probiotiques peuvent agir positivement sur trois plans: ils influencent la composition microbienne de la flore intestinale, favorisent la barrière intestinale naturelle et exercent une action immunomodulatrice. Pour obtenir un effet thérapeutique, les préparations doivent cependant être hautement dosées (p.ex. Symbioflor®). Pour la première fois, une étude a pu démontrer l'effet préventif des probiotiques chez les enfants exposés à un risque accru d'allergies cutanées. Ceci est d'autant plus important compte tenu du fait que les enfants souffrant d'eczéma associé aux IgE sont susceptibles de développer ensuite une rhinite allergique ou de l'asthme (cf. Fig. 2).

Exposé du Dr méd. Simon Feldhaus.

Adresse de correspondance

Dr sc. nat. Barbara Lardi-Studler
Seeblickstrasse 11
8610 Uster
E-mail: barbara.lardi@gmail.com

Figure 2. Évolution des maladies atopiques.



Source: Hôpital universitaire de la Charité, Berlin.

Prochaine manifestation de l'ASPP

Un workshop consacré aux «Voyages pendant la grossesse et l'allaitement» sera organisé le 16 mars 2017, à l'hôpital universitaire de Zurich. Programme et inscriptions sur www.sappinfo.ch.