Les MICI, la fertilité et la grossesse

La maladie de Crohn et la colite ulcéreuse (MICI, maladies inflammatoires chroniques de l’intestin) apparaissent souvent à un jeune âge. La grossesse et la sexualité sont donc des sujets importants.

**LA FERTILITÉ**

Les MICI en soi ne sont pas associées à une fertilité réduite, mais un certain nombre de facteurs peuvent affecter la reproduction ou la fertilité : l'activité de la maladie, l'utilisation de certains médicaments et les interventions chirurgicales.

**Activité de la maladie**

Lorsque la maladie intestinale est active, elle peut s'accompagner d'une baisse de la fertilité, tant chez les hommes que chez les femmes. L’amaigrissement, la perte ou la réduction de l'absorption de vitamines et de nutriments, et l'absence de menstruation peuvent réduire les chances de grossesse. La fatigue, la dépression ou la baisse de la libido peuvent également avoir une incidence. La maladie de Crohn peut également entraîner la formation de fistules dans la région périnéale, ce qui peut provoquer des douleurs lors des rapports sexuels.

**Médicaments**

La plupart des traitements n'affectent pas la fertilité. Seule la sulfasalazine (Salazopyrine®) peut réduire la fertilité chez l'homme car elle provoque des anomalies des spermatozoïdes. Heureusement, cet effet secondaire est réversible. Les corticostéroïdes (par exemple Medrol®, Entocort®, Budenofalk®, Clipper®) peuvent affecter la quantité et la motilité (le mouvement) des spermatozoïdes, mais n'entraînent pas souvent une baisse de la fertilité. Le ledertrexate (Methotrexate®) doit absolument être évité, tant chez les hommes que chez les femmes. Il n’a pas d’impact sur la fertilité, mais peut provoquer de graves malformations chez le fœtus ou entraîner des fausses couches. Les femmes doivent arrêter ce médicament au moins 6 mois avant la conception et les hommes 3 mois avant la conception. Les thiopurines telles que l'azathioprine (Imuran®) et la 6-mercaptopurine (Puri-Nethol®) ne semblent pas affecter la fertilité. Bien qu'aucune étude spécifique sur la fertilité n'ait été réalisée avec les traitements biologiques (par exemple infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab), il est peu probable qu'ils affectent la fertilité. Cependant, la nouvelle classe d'inhibiteurs de JAK peut réduire la fertilité chez les hommes.

**Opérations**

La plupart des opérations de l'intestin n'affectent pas la fertilité. Avec la chirurgie reconstruisant une poche en J (lorsque, dans le cas de la colite ulcéreuse, le gros intestin est enlevé et que le dernier morceau d'intestin grêle est transformé en un nouveau rectum), du tissu cicatriciel peut apparaître autour des ovaires, ce qui réduit la fertilité. C'est toutefois moins le cas lorsque l'intervention est réalisée par une chirurgie laparoscopique.

**LA GROSSESSE**

**Comment la grossesse affecte-t-elle les MICI ?**

Si la maladie est en rémission au moment de la conception, les chances de réussite de la grossesse sont aussi bonnes que pour une personne qui ne souffre pas de MICI. Cependant, si la maladie est active pendant la conception, cela augmente le risque de faible poids à la naissance, de naissances prématurées, de fausses couches ou d'anomalies congénitales. Il est donc important de contrôler la maladie avant vous ne tombiez enceinte. Nous vous conseillons donc de discuter à temps de la possibilité d'une grossesse avec votre gastro-entérologue. Pendant la grossesse, le gastro-entérologue doit être consulté à tout moment, car il y a toujours un risque que la maladie se déclare à nouveau (surtout dans le cas de la colite ulcéreuse).

**Quels médicaments puis-je prendre pendant la grossesse ?**

Pour que la maladie soit en rémission au moment de la conception et pendant la grossesse, la prise de médicaments est souvent indispensable. Heureusement, la plupart des traitements peuvent être pris pendant la grossesse, sauf le ledertrexate (Methotrexate®). Le ledertrexate est associé à des fausses couches et à des anomalies congénitales, et doit donc être arrêté au moins 6 mois avant la conception. La mésalazine (par exemple Pentasa®, Colitofalk®, Claversal®) et la sulfasalazine (Salazopyrine®) sont sans danger pendant la grossesse. La sulfasalazine nécessite un supplément d'acide folique. L'utilisation de corticostéroïdes est également possible et peut parfois être nécessaire pour contrôler toute poussée pendant la grossesse. Les traitements biologiques (par exemple infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab) peuvent également être administrés pendant la grossesse. Cependant, ils sont parfois arrêtés au cours du troisième trimestre, car le médicament peut alors passer la barrière placentaire et atteindre l'enfant. Cependant, l'administration continue de ce médicament est parfois nécessaire chez les patients à haut risque pour maintenir la maladie sous contrôle. Cela ne semble pas avoir d'effets néfastes sur l'enfant. Toutefois, il est alors recommandé de ne pas administrer de vaccins vivants à l'enfant pendant les 6 premiers mois suivant la naissance. A l'heure actuelle, les données et l'innocuité des inhibiteurs de JAK pendant la grossesse sont insuffisantes. Par conséquent, ce médicament n'est pas recommandé aux hommes et aux femmes qui souhaitent avoir un enfant

**L’ACCOUCHEMENT**

La plupart des femmes atteintes d'une MICI peuvent accoucher par voie basse, sauf en cas de fistule anale active ou si la patiente a une poche en J (néo-rectum). Une césarienne est alors recommandée.

**L’ALLAITEMENT MATERNEL**

Les MICI ne doivent pas être une raison d'abandonner l'allaitement. L'allaitement maternel présente des avantages certains. Par exemple, chez la mère, elle pourrait éventuellement entraîner moins de poussées inflammatoires de la maladie et chez l'enfant, elle est souvent associée à une diminution des allergies. La plupart des traitements prescrits pour les MICI ne passent pas dans le lait maternel, ou seulement en quantités minimes, et peuvent donc être utilisés. Dans le cas des thiopurines et des corticostéroïdes systémiques, il est recommandé de laisser au moins quatre heures entre la prise du médicament et l'allaitement, car des quantités minimes de ces médicaments peuvent encore passer dans le lait maternel. On a peu de données sur l'influence des traitements biologiques et de l'allaitement, mais on suppose qu'ils sont sans danger. Si vous souhaitez allaiter, nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médicaments | Pendant la grossesse | Pendant l’allaitement |
| Mésalazine | Risque faible | Risque faible |
| Sulfasalazine | Risque faible | Risque faible |
| Corticostéroïdes | Risque faible, mais éviter l’utilisation prolongée | Risque faible, intervalle de 4 heures entre la prise et l’allaitement |
| Thiopurines | Risque faible en monothérapie | Risque faible, intervalle de 4 heures entre la prise et l’allaitement |
| Methotrexate | Risque élevé (à éviter) | Risque élevé (à éviter) |
| Metronidazole | Éviter au 1er trimestre | Risque élevé (à éviter) |
| Ciprofloxacine | Éviter au 1er trimestre | Risque faible, intervalle de 4 heurs entre la prise et l’allaitement |
| Infliximab, adalimumab | Risque faible en monothérapie | Risque faible |
| Vedolizumab | Risque faible en monothérapie, données limiteés | Risque faible |
| Ustekinumab | Risque faible en monothérapie ,données limiteés | Risque faible |
| Tofacitinib | Données limitées (grossesse non recommandée) | Données limitées |