

PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME CHEZ LA FEMME ENCEINTE



QUELQUES CHIFFRES¹⁻⁴

3 à 14 % des femmes enceintes présentent de l'asthme

20 % des femmes enceintes : réduction du traitement au 1^{er} trimestre de la grossesse

Environ **50 %** des femmes enceintes : perception de tératogénicité des corticoïdes

Asthme et grossesse

1/3
des cas

- ▶ amélioration
- ▶ stabilisation
- ▶ aggravation

Exacerbations



20 % des femmes enceintes
consultent un médecin



Période à risque
Fin du 2^e trimestre



6 % des femmes enceintes
sont hospitalisées

60 % des cas : évolution de l'asthme au cours d'une grossesse se reproduira à l'identique lors des grossesses suivantes



FACTEURS DE RISQUE D'EXACERBATION⁴⁻⁸



EFFETS DE L'ASTHME SUR LA GROSSESSE^{3,4,9,10}

| Risque maternel | Risque foetal |
|------------------------------------|---|
| • Diabète gestationnel | • Prématurité |
| • (Pré)-éclampsie | • Petit poids de naissance |
| • Césarienne | • Retard de croissance intra-utérin |
| • Hémorragie pré- ou post-partum | • Malformations congénitales (<i>risque faible</i>) |
| • Placenta prævia | • Fente labiale |
| • Décollement placentaire | |
| • Rupture prématurée des membranes | |



PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE DE LA FEMME ENCEINTE ASTHMATIQUE^{11,12}

CONTRÔLE DE L'ASTHME TOUS LES MOIS

Évaluation de la fonction respiratoire par spirométrie au moins 1 fois par mois

Prise en charge agressive des exacerbations

Monitoring foetal à partir de la 32^e semaine

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Éducation chez toutes les femmes asthmatiques en âge de procréer

Sevrage tabagique

Technique d'inhalation

Plan d'action écrit

Informations sur les préoccupations tératogènes et les risques d'arrêt du traitement

TRAITEMENT DES COMORBIDITÉS

Principales comorbidités : reflux gastro-œsophagien, rhinite, allergie...

Éviction allergénique : tabac, acariens, moisissures, pollens...



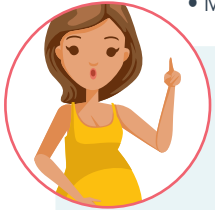
PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'ASTHME AU COURS DE LA GROSSESSE ^{1, 3-5, 10, 12-13}

Objectifs

- Éviter l'hypoxie fœtale
- Prévenir les épisodes aigus et les symptômes
- Maintenir une fonction respiratoire normale pour la mère

Suivi

- Surveillance mensuelle
- Équipe multidisciplinaire : pneumologue, médecin généraliste, obstétricien



Pendant la grossesse

Évaluation Bénéfices / Risques à réaliser dans chaque cas au regard de la patiente, de la prescription envisagée et de la toxicité

Traitement de secours

Pour toutes les patientes

- SABA : 2 à 4 inhalations à la demande, selon les symptômes
- L'intensité du traitement dépend de la gravité de l'exacerbation ; une corticothérapie systémique peut être nécessaire
- Utilisation de SABA > 2x/semaine : nécessité d'initier (augmenter) un traitement de fond à long terme

Traitement de fond

- Les traitements inhalés ne sont pas contre-indiqués au cours de la grossesse
- Adaptation du traitement selon : fréquence et gravité des symptômes diurnes et nocturnes, recours au traitement de secours, limitations des activités de la vie quotidienne, fréquence de hospitalisations en urgence.

Stratégie thérapeutique

| | |
|------------------------------|---|
| Asthme léger et intermittent | <ul style="list-style-type: none"> • Aucun traitement quotidien nécessaire • Des exacerbations sévères peuvent survenir entre de longues périodes de fonction pulmonaire normale et sans symptôme ▶ utilisation de corticoides systémiques recommandée |
| Asthme léger et persistant | <ul style="list-style-type: none"> • Faible dose de CSI |
| Asthme modéré et persistant | <ul style="list-style-type: none"> • Faible dose de CSI et LABA • Ou dose moyenne de CSI • <u>Si besoin</u> : dose moyenne de CSI et LABA (en cas d'exacerbations sévères et persistantes) |
| Asthme sévère et persistant | <ul style="list-style-type: none"> • Forte dose de CSI et LABA • <u>Si besoin</u> : CSO |



Pendant l'accouchement

- Exacerbation pendant l'accouchement : 10 à 20 % des patientes

Conduite à tenir :

- Maintenir une bonne hydratation (perfusion intraveineuse)
- Évaluer la fonction pulmonaire et la saturation en oxygène à l'admission, et après si besoin
- Favoriser une anesthésie péridurale (soulagement de la douleur, réduction de la consommation d'oxygène)

- Éviter les agents broncho-constricteurs pour la gestion de l'avortement, du travail ou des hémorragies post-partum
- En cas d'aggravation pendant la grossesse : la sévérité de l'asthme revient au niveau pré-grossesse dans les 3 mois suivant l'accouchement

Pendant l'allaitement

- Maintenir le traitement pendant l'allaitement

Pour tout renseignement complémentaire :

site du centre de référence des agents tératogènes de l'hôpital Armand-Trousseau <http://www.lecrat.org>

SABA : bronchodilatateur de courte durée d'action ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; LABA : bronchodilatateur de longue durée d'action ; CSO : corticostéroïdes oraux.
 1. Charlton RA, et al. *Asthma Management in Pregnancy*. PLoS One 2013 Vol 8, Issue 4, e60247 2. Powell H, et al. *Psychosocial Outcomes Are Related to Asthma Control and Quality of Life in Pregnant Women with Asthma*. Journal of Asthma 2011, 48, 1032 - 1040 3. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Global Initiative for Asthma, 2018. Disponible sur www.ginasthma.org 4. Nocent-Ejnaini *Asthme et grossesse*. Revue Française d'allergologie, 2016 56, 194 - 195 5. Prudhomme A, et al. *Exacerbation de l'asthme chez la femme enceinte*. Revue des Maladies Respiratoires 2011 28, 834 - 838 6. Murphy VE, et al. *A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma*. BJOG 2011 7. Sorensen TK, et al. *Maternal Asthma and Risk of Preterm Delivery*. Ann Epidemiol 2003 13, 267 - 272 8. Murphy VE, et al. *The risk of congenital malformations, perinatal mortality and neonatal hospitalization among pregnant women with asthma: a systematic review and meta-analysis*. BJOG 2013 9. Wang G, et al. *The risk of maternal and placental complications in pregnant women with asthma: a systematic review and meta-analysis*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2014 27-9, 934-942 10. Working group report on *Managing asthma during pregnancy: recommendations for pharmacologic treatment*. National asthma education and prevention program. 2004 11. Bonham CA, et al. *Asthma Outcomes and Management During Pregnancy*. CHEST 2017 12. Rey E, et al. *Asthma in pregnancy*. BMJ 2007 Vol 334 13. Labor S, et al. *Asthma Research and Practice*. BMC 2018

