

Résumé de la journée du CRMR Aplasie 2020

Partie 3

Aplasie et Grossesse (Dr de Fontbrune)

Le lien entre grossesse et aplasie médullaire idiopathique pose question depuis de nombreuses années (le premier cas d'aplasie médullaire a été décrit chez une femme enceinte) : le lien exact n'est pas encore établi à ce jour. Plusieurs hypothèses existent : 1) la grossesse est un facteur déclenchant de l'aplasie, 2) la grossesse est un facteur aggravant de l'aplasie, 3) la grossesse est un moment propice aux hémogrammes qui favorise le diagnostic d'aplasie médullaire.

Il est probable que certaines formes d'aplasies soient réellement déclenchées par la grossesse mais cette situation est exceptionnelle.

Par contre il a été montré que **la grossesse est responsable d'une aggravation de l'aplasie dans une proportion importante des cas** en particulier baisse presque systématique du taux d'hémoglobine et des plaquettes (favorisant parfois son diagnostic).

Une étude rétrospective européenne réalisée chez des patientes ayant reçu un traitement immunosuppresseur au préalable a pu montrer que 30% d'entre elles ont présenté une rechute à l'occasion d'une grossesse. Le fait d'avoir une réponse partielle avant la grossesse est un facteur de risque de rechute mais des rechutes ont également été observées chez des femmes en réponse complète. Un délai important entre le traitement et la grossesse ne modifiait pas le risque de rechute. Dans 50% des cas l'évolution a été favorable sans traitement après l'accouchement mais dans 50% des cas un traitement a été nécessaire. Cela expose donc ces patientes aux complications parfois sévères inhérentes à l'aplasie médullaire sévère. La ciclosporine en monothérapie peut être utilisée au cours de la grossesse, mais le taux de réponse n'est que de 30% et le délai de réponse de 1 à 3 mois.

Les complications observées au cours de ces grossesses sont corrélées à l'importance de l'anémie et de la thrombopénie :

- Pour la mère : saignement parfois sévère (notamment au moment de l'accouchement), infections et thromboses en présence d'un clone HPN.
- Pour l'enfant : retard de croissance intra-utérin, prématurité importante, voir des pertes fœtales précoces ou tardives.

Les grossesses ne sont donc pas formellement contre indiquées en cas d'aplasie médullaire acquise mais les risques doivent être discutés au cas par cas avec le médecin référent hématologue.

Des **seuils transfusionnels plus élevés doivent être respectés** chez les femmes enceintes pour limiter les risques de complications maternelles et fœtales (hémoglobine supérieure à 10 g/dl et plaquettes supérieures à 20 G/L). La prise en charge obstétricale doit se faire une maternité de niveau 3.

En cas **d'HPN hémolytique** et pour toutes les patients qui ont un clone HPN > 10-15%, le risque de complications maternelles et fœtales est connu depuis de nombreuses années. Ces complications s'ajoutent à celles inhérentes à l'aplasie médullaire (présente chez tous les patients HPN même si pas « déclarée »). Ces complications sont principalement des thromboses sévères et peuvent engager le pronostic vital maternel. Une étude internationale a montré que le taux de complications étaient drastiquement réduit si la mère recevait de l'eculizumab pendant la grossesse et si un traitement anticoagulant préventif par héparine de bas poids moléculaire était réalisé pendant toute la durée du 3eme trimestre de grossesse et au moins pendant les six premières semaines du post partum.

Une grossesse doit donc être discutée en fonction de l'état de santé de la maman et préparée avec le médecin référent pour qu'elle se passe dans les meilleures conditions possibles.

Il n'y a aucune donnée concernant les nouvelles molécules et la grossesse.
