



**BIRD**

BELGIAN INFLAMMATORY  
BOWEL DISEASE RESEARCH  
AND DEVELOPMENT

**bo** | **BIN**Astoria

Belgian IBD nurses and study coordinators association

# MICI : La Fertilité et la Grossesse



Cette brochure a été réalisée grâce à :  
Educational Committee (EduCom) de BIRD vzw  
Version 1 - janvier 2025

Veillez consulter le site [www.birdgroup.be/fr/disclaimer](http://www.birdgroup.be/fr/disclaimer) pour l'utilisation du matériel pédagogique BIRD



La maladie de Crohn et la colite ulcéreuse (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) surviennent souvent à un jeune âge. La fertilité et la grossesse sont donc des questions importantes pour cette population de patients.

## La Fertilité

Les MICI en tant que telles ne sont pas associées à une baisse de la fertilité, mais un certain nombre de facteurs peuvent affecter la reproduction ou la fertilité tels que l'activité de la maladie, l'utilisation de certains médicaments et les antécédents chirurgicaux. Les femmes atteintes de MICI choisissent parfois volontairement de ne pas avoir d'enfant, mais cela est souvent lié à des informations erronées. Il est donc important de discuter d'un désir de grossesse avec l'équipe des MICI ou le gastro-entérologue en temps utile, afin que l'ensemble du processus puisse être correctement suivi et soutenu.



## Activité de la maladie

Lorsque la maladie intestinale est active, elle peut être associée à une réduction de la fertilité, tant chez les hommes que chez les femmes. L'émaciation, la malnutrition, la perte ou la diminution de l'absorption des vitamines et des nutriments et l'absence de menstruations peuvent réduire les chances de grossesse. La fatigue, la dépression et/ou une baisse de la libido peuvent également avoir une incidence. Dans le cas de la maladie de Crohn, des fistules peuvent également se développer autour de l'anus ou du vagin, ce qui peut provoquer des douleurs lors des rapports sexuels.

## Opérations

La plupart des interventions chirurgicales sur l'intestin n'ont pas d'incidence sur la fertilité. Mais après une chirurgie de la poche chez des patients souffrant de colite ulcéreuse, il y a un impact possible sur la fertilité. Cette intervention consiste à retirer le côlon et à créer un nouveau réservoir intestinal (poche) à travers la dernière partie de l'intestin grêle. Un impact sur la fertilité est observé parce qu'un tissu cicatriciel peut se former autour des ovaires après cette intervention. Lorsque l'intervention est réalisée par trou de serrure, l'impact sur la fertilité est plus limité.



# Médicaments

La plupart des traitements n'affectent pas la fertilité. Néanmoins, il existe quelques sujets de préoccupation :

La sulfasalazine peut réduire la fertilité chez l'homme en provoquant des anomalies spermatiques. Heureusement, cet effet secondaire est réversible.

Les corticostéroïdes peuvent affecter la quantité et la mobilité (motilité) des spermatozoïdes dans le sperme, mais entraînent rarement une réduction de la fertilité.

Les thiopurines telles que l'azathioprine et la 6-mercaptopurine ne semblent pas affecter la fertilité.

Bien qu'aucune étude spécifique sur la fertilité n'ait été réalisée avec les traitements biologiques (infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab), il est peu probable qu'ils affectent la fertilité. Les données sur le risankizumab, le guselkumab et le mirikizumab (anti-IL23) sont encore limitées, mais on estime qu'ils sont sans danger avant et pendant la grossesse.



## Les médicaments suivants doivent être évités :



Le méthotrexate doit absolument être évité tant chez les hommes que chez les femmes. Non pas parce qu'il réduit la fertilité, mais parce que ce médicament peut provoquer de graves anomalies génétiques 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 inhibiteurs de JAK (tofacitinib, filgotinib et upadacitinib) ont démontré leur tératogénicité chez l'animal, ce qui signifie que cette classe ne peut pas être utilisée pendant la grossesse et la période précédant la conception (4 semaines avant la conception pour le tofacitinib et l'upadacitinib et 1 semaine pour le filgotinib selon la notice).

On ne dispose pas encore de suffisamment de données sur la nouvelle classe de modulateurs des récepteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P) (ozanimod et Etrasimod). L'ozanimod s'est également révélé tératogène dans des études animales. Par conséquent, la grossesse est fortement déconseillée chez les femmes traitées par ce médicament.

# La Grossesse

## Comment les MICI affectent-elles la grossesse ?

Lorsque la maladie inflammatoire de l'intestin est bien contrôlée au moment de la conception, les chances d'une grossesse sans problème sont les mêmes que chez une personne ne souffrant pas de MICI. Cependant, lorsque la maladie est active pendant la conception, elle augmente les risques d'insuffisance pondérale à la naissance, de naissance prématurée, de fausses couches et de malformations congénitales. Il est



donc important de contrôler la maladie au moment de la grossesse. Il est vivement recommandé de discuter à temps de tout souhait de grossesse avec le gastro-entérologue ou l'équipe spécialisée dans les MICI. Une surveillance étroite des MICI pendant la grossesse est recommandée, car il existe toujours un risque de réapparition de la maladie (en particulier dans le cas de la colite ulcéreuse).

## Quels sont les médicaments que je peux prendre pendant la grossesse ?

Pour que la maladie se calme au moment de la conception et pendant la grossesse, un traitement médicamenteux est indispensable. Heureusement, la plupart des traitements peuvent continuer à être pris pendant la grossesse.

- La mésalazine et la sulfasalazine sont sans danger pendant la grossesse. Avec la sulfasalazine, cependant, il faut prendre de l'acide folique en plus.
- L'utilisation de corticostéroïdes est également possible et peut parfois être nécessaire pour contrôler toute poussée pendant la grossesse.
- Les traitements biologiques (infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab) peuvent également être administrés pendant la grossesse. Selon les dernières directives européennes, il est généralement recommandé de continuer à administrer les traitements biologiques même chez les patientes en rémission, compte tenu du risque de rechute pendant la grossesse. Chez les patientes qui sont en rémission depuis longtemps avant la conception et qui souhaitent arrêter le traitement, il est possible d'arrêter le traitement au cours du troisième trimestre. En cas d'arrêt, le traitement doit être repris peu après la naissance.



- Le méthotrexate est associé à des fausses couches et à des malformations congénitales et doit donc être arrêté au moins 6 mois avant la conception.
- Les inhibiteurs de JAK (upadacitinib, filgotinib, tofacitinib) et les modulateurs du récepteur S1P par voie orale (ozanimod, etrasimod) ne sont pas recommandés en cas de désir de grossesse.

# L'Accouchement

La plupart des femmes atteintes de MICI peuvent accoucher par voie vaginale, sauf en cas de fistules anales actives, d'antécédents de fistules rectovaginales ou de poche iléo-anale. Dans ces cas, une césarienne est conseillée.

# L'Allaitement

Les MICI ne doivent pas être une raison pour renoncer à l'allaitement. L'allaitement présente certainement des avantages. Par exemple, chez la mère, il peut potentiellement conduire à moins de poussées de la maladie. Chez l'enfant, l'allaitement est souvent associé à moins d'allergies. La plupart des traitements des MICI ne passent pas dans le lait maternel, ou seulement en quantités minimales, et peuvent donc être poursuivis.



Peu de données sont connues sur l'influence des traitements biologiques et de l'allaitement, mais on estime qu'ils sont sans danger.

En cas d'utilisation de thiopurines et de corticostéroïdes systémiques, il est recommandé de respecter un délai d'au moins quatre heures entre la prise du médicament et l'allaitement, étant donné que des quantités minimales de ces médicaments peuvent de toute façon se retrouver dans le lait maternel.

On ne dispose pas encore de données sur les nouveaux inhibiteurs de JAK et les modulateurs du récepteur S1P et l'allaitement, il est donc préférable de les éviter.

Si vous souhaitez allaiter, nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin traitant.

# Vaccinations chez les nouveau-nés



Si la mère du nouveau-né prend des médicaments biologiques, demandez au médecin traitant des informations sur l'utilisation de vaccins vivants chez votre nouveau-né.

## Vue d'ensemble : Médicaments contre les MICI pendant la grossesse et l'allaitement

	Médicaments	Pendant la grossesse	Pendant l'allaitement
<b>Thérapies conventionnelles</b>			
Aminosalicylates (5-ASA)	Mesalazine	Risque faible	Risque faible
	Sulfasalazine	Risque faible	Risque faible
Antibiotics	Metronidazole	Risque faible	Éviter
	Ciprofloxacine	À éviter au cours du 1er trimestre	Risque faible
Corticostéroïde		Risque faible	Risque faible
Immunosuppresseurs	Thiopurines	Risque faible	Risque faible
	Methotrexat	Risque élevé, à éviter	Risque élevé, à éviter
<b>Thérapies avancées</b>			
anti-TNF	Adalimumab	Risque faible	Risque faible
	Infliximab	Risque faible	Risque faible
	Golimumab	Risque faible	Risque faible
anti-intégrines	Vedolizumab	Risque faible, données limitées	Risque faible, données limitées
anti-IL12/23 & anti-IL23	Risankizumab	Risque faible, données limitées	Risque faible, données limitées
	Ustekinumab	Risque faible, données limitées	Risque faible, données limitées
	Mirikizumab	Risque faible, données limitées	Risque faible, données limitées
Inhibiteurs de JAK	Filgotinib	Risque élevé, à éviter	Pas de données, à éviter
	Tofacitinib	Risque élevé, à éviter	Pas de données, à éviter
	Upadacitinib	Risque élevé, à éviter	Pas de données, à éviter
Modulateurs du récepteur S1P	Etrasimod	Risque élevé, à éviter	Pas de données, à éviter
	Ozanimod	Risque élevé, à éviter	Pas de données, à éviter

Torres J. et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. J Crohns Colitis. 2023 Jan 27;17(1):1-27. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjac115. PMID: 36005814.



## **Site web dédié aux patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)**

Le BIRD est une organisation scientifique belge sans but lucratif rassemblant des médecins, des infirmières ainsi que des chercheurs spécialisés dans les MICI, issus de toute la Belgique. Nous collaborons étroitement avec les associations belges de patients. Le groupe se concentre sur l'éducation des patients, la recherche et l'amélioration de la qualité des soins dans le domaine des MICI. Le BIRD s'efforce également d'être la voix des patients dans les échanges avec le gouvernement concernant l'optimisation et le remboursement des soins des MICI.

Un objectif important du BIRD est de fournir aux patients des informations précises sur les MICI telles que la maladie de Crohn et la rectocolite ulcéro-hémorragique.

Vous trouverez, sur la page web du BIRD destinée aux patients, des informations mises à jour sur ces maladies, sur les traitements disponibles, les sujets d'actualité et des conseils sur comment vivre avec une MICI au quotidien. Vous trouverez également des informations sur les hôpitaux membres du BIRD.

**Scannez-moi pour visiter  
le site web du BIRD  
destinée aux patients**  
<https://www.birdgroup.be/fr/patients>

