



Université de Paris



Grossesse et déficit immunitaire primitif

Claire FIESCHI

Immunologie Clinique
Hôpital Saint -Louis Paris
claire.fieschi@aphp.fr



Quel déficit immunitaire?

- Déficit de production d'immunoglobulines
IgA, IgA + sous classes IgG, DICV
- Déficit combiné (lymphoprolifération/AI)
- Déficiences de l'immunité innée
(complément/CGD, monomicrobien)
- SCID
- Syndromes autoinflammatoires

Quel traitement avant/pendant la grossesse?

- Antibiotiques
- Immunosuppresseurs
- Immunomodulateurs
- Immunoglobulines polyvalentes

Antibiotiques

Si possible aucun au 1^{er} trimestre

cyclines/sulfamides **contre-indiqués**

quinolones **déconseillées**

pristinamycine **tolérée**

macrolides / pénicillines/C3G **possibles**

Quel traitement avant/pendant la grossesse?

- Antibiotiques
- Immunosuppresseurs
- Immunomodulateurs
- Immunoglobulines polyvalentes

Immunosuppresseurs

- méthotrexate
- Mycophénolate **contre-indiqué**
- ImTOR **contre-indiqué**
- Ciclosporine **tolérée**
- Azathioprine **toléré**
- Corticoïdes **autorisés**

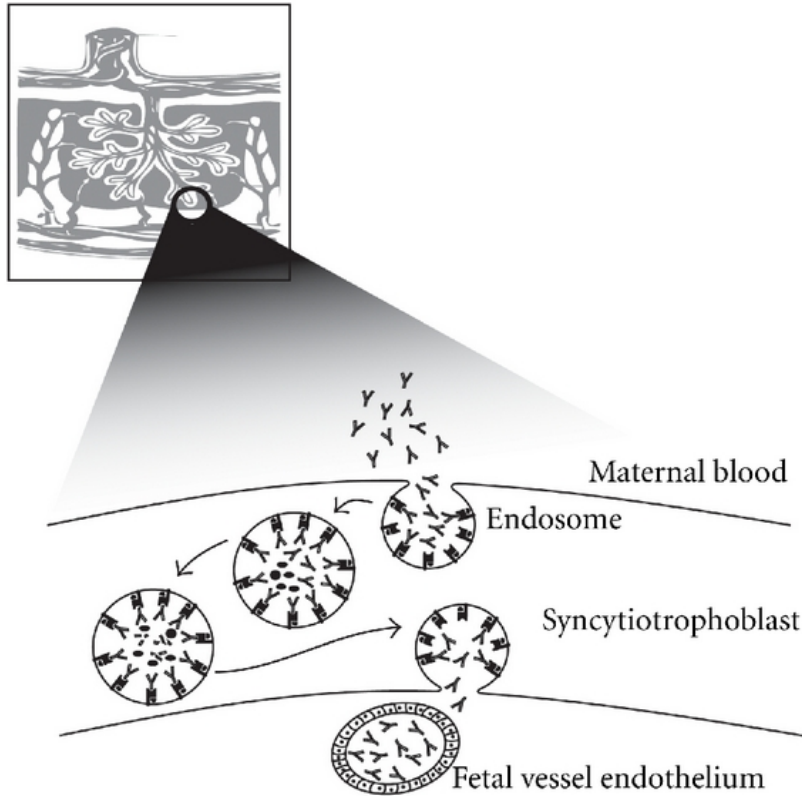
Quel traitement avant/pendant la grossesse?




- Antibiotiques
- Immunosuppresseurs
- **Immunomodulateurs**
- Immunoglobulines polyvalentes

Immunomodulateurs

- Rituximab non toxique (alymphocytose B NN)
- Abatacept non foetotoxique (peu de données)
- Plaquénil autorisé (Lupus)

Physiologie des Immunoglobulines au cours de la grossesse

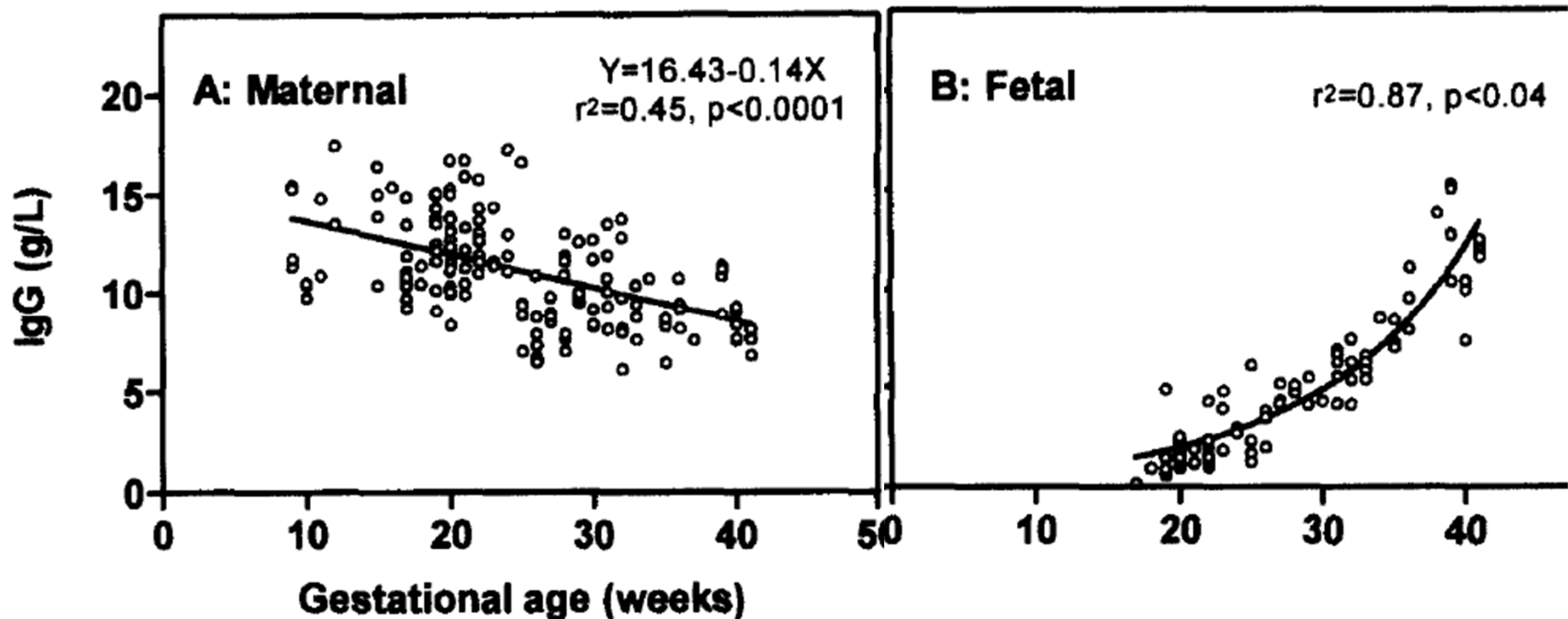


-  FcRn
-  IgG
-  Lysosomal enzymes

Transfert actif des IgG via FcRN
Pas de transfert des IgA et M
Durant toute la grossesse
Plus important au 3^e trimestre

Le taux d'anticorps du NN dépend
du taux d'anticorps de la mère

Physiologie des Immunoglobulines au cours de la grossesse



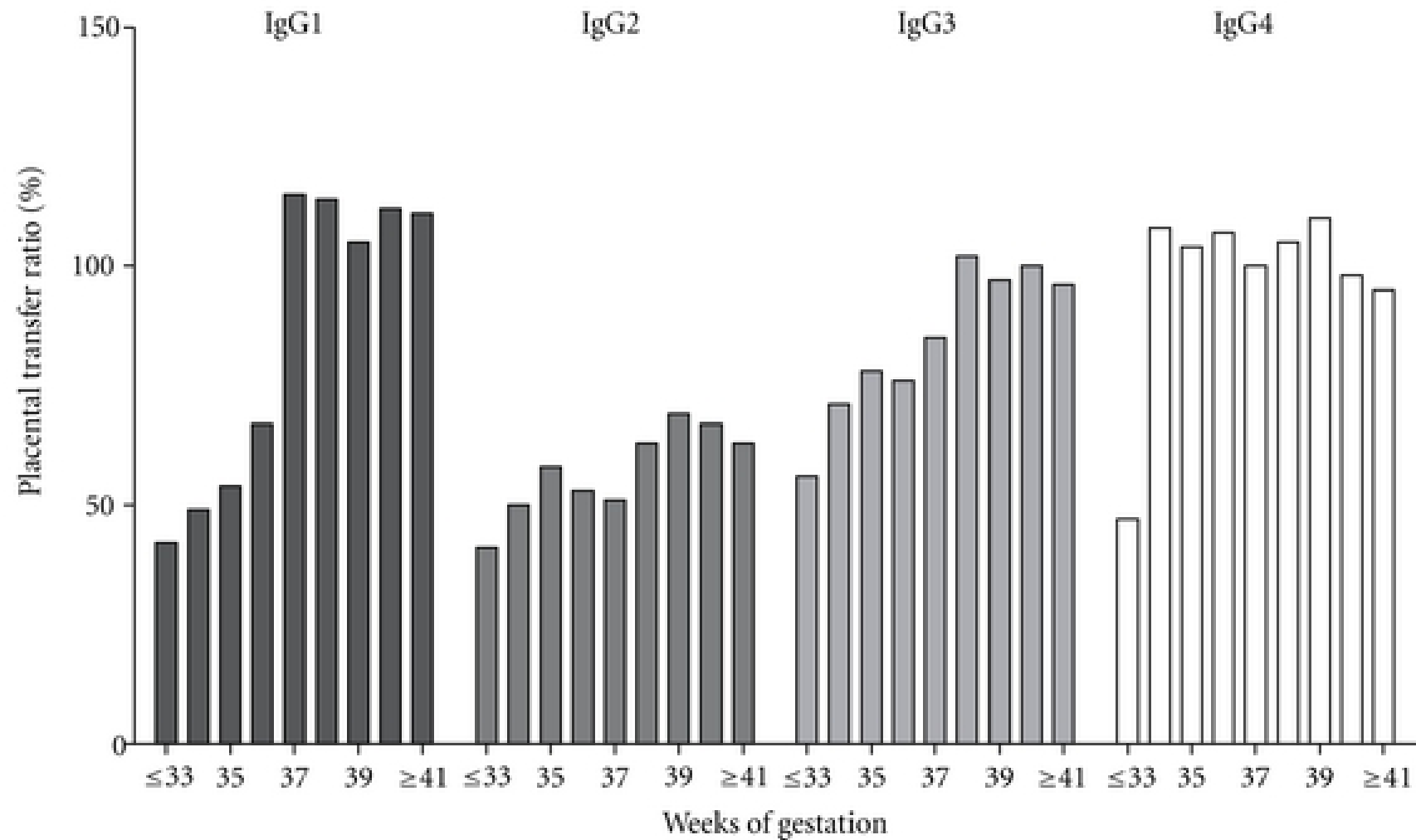
107 paires foetus/mère 17 à 40 semaines de grossesse

Perte progressive des IgG mat à partir de la 20^e semaine de grossesse

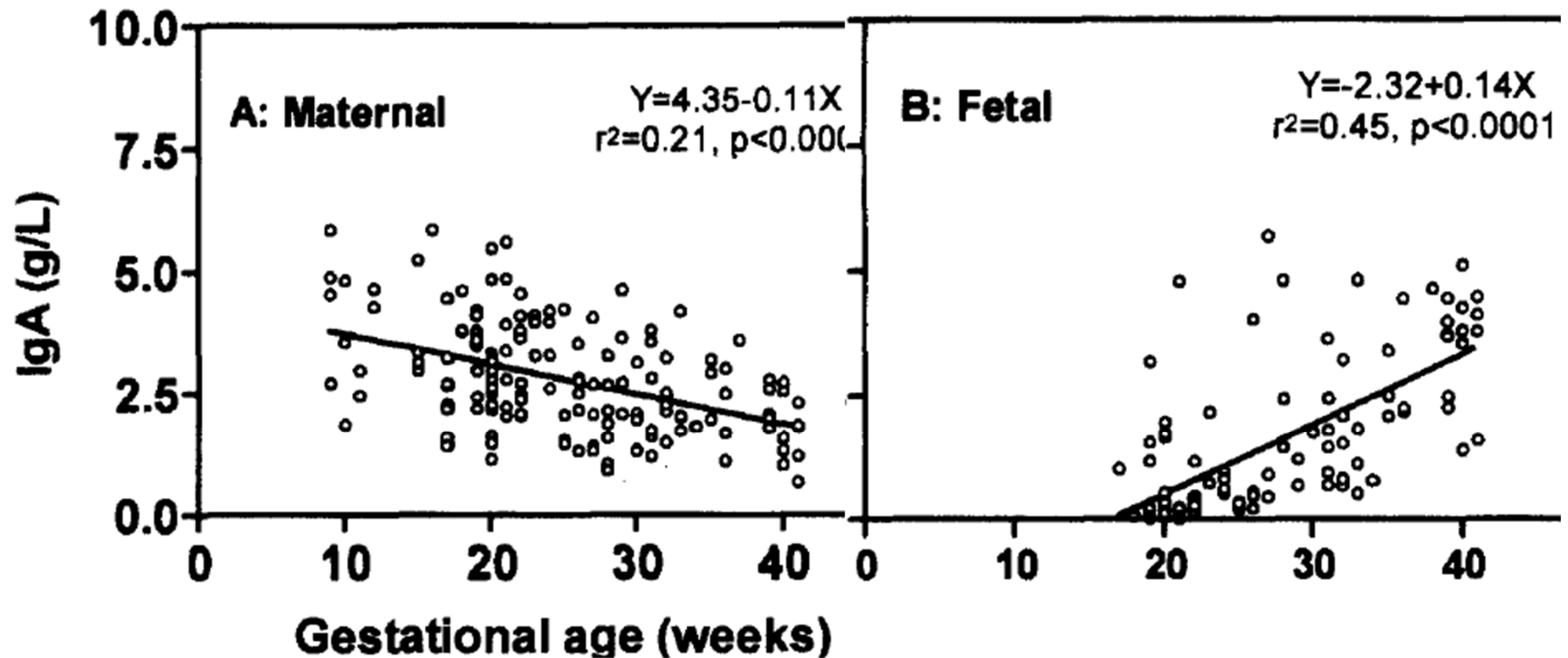
Augmentation exponentielle de la concentration chez le foetus

Wood, Clin exp immunol 1980, Malek, Am J reproductive immunology, 1996

Physiologie des Immunoglobulines au cours de la grossesse



Physiologie des Immunoglobulines au cours de la grossesse



Diminution des IgA mat à partir de la 20^e semaine de grossesse
Augmentation de la concentration chez le fœtus

Les expériences rapportées

- 50/54 femmes (DICV>grossesse)
- 88 naissances/115 grossesses
- 27 arrêts de grossesse: 12 FCS, 9 IVG, 3 mort-né, malformation foétale(groupe non Dc)
- 10 patientes substituées: 9 IV, 1 SC, traitement inchangé pendant la grossesse $\frac{1}{2}$, majoré (1,5x)

Prise en charge périnatale

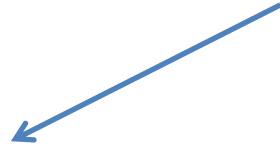
MERE

- Pas de CI péridurale
- Pas de césarienne
- Ig IV/SC
- Antibioprophylaxie
- Suivi habituel
- Allaitement non ≠

ENFANT

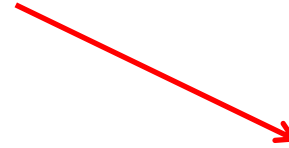
- Les Ig NN
- Pas d'indication au dépistage
- Suivi f° pathologie maternelle (PTAI/AHAI)

Organigramme décisionnel



Hypogamma
non substituée

Substitution 3^e
trimestre, et
une fois post
acct



Hypogamma
substituée

Poursuite de la
substitution
IV ou SC
SC puis IV

Pas d'expérience pour les Ig avec injection préalable de hyaluronidase

En conclusion

- Attention aux antibiotiques
- Vaccination antigrippale
- Ne pas arrêter (majorer) les Ig polyvalentes
- Débuter une supplémentation pendant la γ
- Modifier le type d'administration
- Positivité passive des sérologies (toxoplasmose)
- Pas de DAN/ peu de diagnostic néonatal