

	Centre de référence des angioœdèmes non histaminiques « CREAK »	AO_Clin_1-6
	<b>PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'ANGIOEDEME BRADYKINIQUE PENDANT LA GROSSESSE</b>	
Date de diffusion : 29/07/10 Version : 2 Nombre de pages : 3	Rédigé par : Dr L. Bouillet, Dr I. Boccon-Gibod Approuvé par : Pr A. Gompel, Pr C. Massot	

## I. OBJET- DEFINITIONS

Décrire les spécificités de la prise en charge thérapeutique de l'angioedème bradykinique chez la femme au cours de la grossesse, elle peut présenter un :

- **AO héréditaire (AOH) de type I et II** avec fonction de C1 Inhibiteur (C1 Inh) très abaissée (OMIM 106100, anomalie sur le gène *SERPING1*) :
  - Type I : déficit quantitatif de l'expression de C1 Inh.
  - Type II : déficit qualitatif de C1 Inh avec expression de l'allèle pathologique.
- **AOH de type III**, sans anomalie de C1 Inh, associé dans 15% des cas à une mutation gain de fonction sur le gène F12 (du facteur Hageman)

## II. CHAMP D'APPLICATION

Concerne les professionnels prenant en charge des patientes enceintes atteintes d'AO.

## III. CARACTERISTIQUES DE L'AO AU COURS DE LA GROSSESSE

- La grossesse améliore la pathologie d'angioedème dans 30-50% des cas et peut l'aggraver dans 30-50% des cas.
- Des cas de mort nés ou in utero ont été rapportés dans les AEH de type III

Préférer l'accouchement par les voies naturelles. La péridurale est vivement conseillée surtout en cas de césarienne.

- Une surveillance étroite des patientes dans la semaine qui suit l'accouchement est nécessaire.

## IV. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

### 1. Traitement de fond :

- Eviter les traitements de fond mais l'acide tranexamique peut être utilisé à la dose de 2 à 3 g/j pour contrôler la symptomatologie.
- Le Danazol est contre-indiqué.

## **2. Traitement de crise :**

- **Crise sévère** (œdème ORL, face, laryngé ou crise abdominale sévère):

### **Concentré de C1Inh (Béринert®)**

Ampoule de 500 unités (coût : environ 560 euros par ampoule).

Posologie : 20 U/kg en IVL (injecter la totalité de toute ampoule entamée).

Effets cliniques dès la 30<sup>è</sup> minute.

NB : l'icatibant (Firazyр®) est contre-indiqué pendant la grossesse

- **Crise peu sévère ou modérée :**

### **Acide tranexamique (Exacyl®, Spotof®)**

Comprimé de 500 mg

Posologie : 1 à 2 g toutes les 4 à 6h (maximum 8g/24h) pendant 12h à 24 h suivant la durée de la crise.

## **3. Traitement au moment de l'accouchement :**

- Prévention par **Concentré de C1Inh (Béринert®)**  
20 U/kg en IVL **au début du travail** :
  - AOH type I ou II : uniquement si la patiente a présenté des crises répétées pendant la grossesse.
  - AO type III : préconiser un traitement préventif quelque soit l'expression clinique de l'angioedème pendant la grossesse.
- Conseiller la péridurale.
- Le plasma frais congelé et le danazol sont contre-indiqués.
- En cas de césarienne : **concentré de C1 Inh (Béринert)** 20U/kg en IVL 1h avant le geste.

## **4. Traitement en post-partum :**

- a. La surveillance doit être étroite pendant les 4 jours qui suivent l'accouchement car il y a un risque d'œdème retardé par rapport à l'évènement.
- b. En l'absence d'allaitement, si crise sévère : Icatibant, une ampoule en injection sous cutanée lente dans la région abdominale ou Béринert 20U/kg en IVL.
- c. L'acide tranexamique doit être évité dans le post-partum immédiat (7j) du fait des risques de thrombose.

<b>IV.</b> EN CAS D'ALLAITEMENT, LA PATIENTE NE PEUT PAS PRENDRE DE DANAZOL, NI D'ACIDE TRANEXAMIQUE NI D'ICATIBANT.. <b>DOCUMENTS ASSOCIES</b>
--

## VI. REFERENCES

- Successful management with C1 Inhibitor concentrate of hereditary angioedema attacks during two successive pregnancies: a case report. Hermans C. *Arch Gynecol Obstet.* 2007; 276(3) : 271-6
- Hereditary angioedema : a decade of human C1 Inhibitor concentrate therapy. Farkas H. et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2007; 120(4) : 941-7.
- The use of plasma derived C1 Inhibitor in the treatment of hereditary angioedema. Cicardi et al. *Expert Opin Pharmacother.* 2007; 8(18) : 3173-81.
- Disease expression in women with hereditary angioedema. Bouillet et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2008, 199: 484.e1-484.e4.