

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE INTERNE.

Implantation et évaluation à 9 mois d'une consultation spécialisée de « Médecine interne de la femme enceinte »

DELATTRE Estelle

Née le 25 juin 1990 à EVREUX (27)

Sous la direction de Mme BIQUARD Florence et de
M LAVIGNE Christian

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROBLOT Pascal	Président
Madame le Docteur BIQUARD Florence	Directeur
Monsieur le Docteur LAVIGNE Christian	Codirecteur
Monsieur le Professeur AUGUSTO Jean François	Membre
Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume	Membre
Monsieur le Docteur URBANSKI Geoffrey	Membre

Soutenue publiquement le :
30 septembre 2020



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, DELATTRE Estelle
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **25/08/2020**

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and a horizontal stroke at the end.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive- Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

À mon Jury :

À Monsieur le Professeur Pascal Roblot,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et ce malgré la distance. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Augusto,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante pour tout ce que vous m'avez appris lors de mon semestre dans votre service. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Professeur Legendre,
Je te remercie d'avoir accepté de juger cette thèse, merci également pour ton soutien et ton accueil à bras ouverts dans le service de Gynécologie Obstétrique.

À Monsieur le Docteur Urbanski,
Je tiens à te remercier pour ton enseignement de la rigueur, ta disponibilité et ton écoute mais également ton accompagnement pour mon mémoire et surtout ta grande patience. Merci pour ta confiance si précieuse pour moi.

À Madame le Docteur Biquard,
Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger cette thèse, de m'avoir permis de réaliser ce projet qui me tenait à cœur. J'ai apprécié apprendre à vos côtés durant vos consultations.

À Monsieur le Docteur Lavigne,
Je tiens à vous remercier d'avoir accepté d'encadrer ma thèse et de m'avoir encouragée dans ce projet. Je vous suis reconnaissante pour vos conseils et votre confiance tout au long de mon internat et aussi de me permettre de continuer d'apprendre à vos côtés.

À mes anciens chefs :

Julie Morio pour ton écoute, ta confiance et ton soutien lors de ce premier semestre.
Maud Cousin pour ton enseignement rigoureux de la néphrologie, ton accompagnement et ton amitié.

Marie Pierre Moles et Jonathan Farhi pour votre gentillesse et votre amitié.

Achille Kouatchet pour ton écoute, ton soutien, ta confiance et surtout tes partages culinaires.

Léna Le verger et Gradziella Huguin pour vos encouragements et votre confiance.

Véronique Beaudoux de m'avoir accueilli dans ce monde inconnu et d'avoir participé à ma cohorte.

À la famille de Médecine Interne :

Geoffrey (encore) pour ton humour potache (si si).

Carole pour ton aide organisationnelle (clin d'œil à ton bureau) et surtout pour ta gentillesse et ton écoute.

Anne Bérangère pour ta bonne humeur.

Monsieur Ghali pour votre incroyable écoute.

Aline à qui j'ai piqué le bureau pour une grande partie de la rédaction de ma thèse.

À tous mes co-internes : Valentin, Sami, Jim, Camille, Chloé, Robin, Stacy et Maïa.

Mais également à nos dévouées secrétaires sans qui nous serions perdus : Pamela, Marie Christine et Emeline et aux infirmières qu'on ne peut pas oublier : Karine, Sonia, Clémence et Marie.

REMERCIEMENTS

À mes co-internes :

Jonathan (ma moitié professionnelle) sur qui je peux toujours compter moyennant quelques ronchonneries.

Nicolas pour ton écoute, ton humour et ton amitié indéfectible.

Delphine sans qui je ne serai probablement pas à Angers, merci pour ta douceur et ton soutien.

Elise Y. pour ta source de joie inépuisable.

Chloé M. pour ta gentillesse et ta fiabilité, c'est un plaisir de travailler avec toi.

Samuel et Benoit pour votre ingéniosité et pour m'avoir accueillie dans la famille des rognonlogues.

Clara pour ton humour et cette communion de pensée.

Claire, Sarah et Marine d'avoir fait de l'unité 1 the best.

Emeline pour ta sensibilité, ta rigueur et ton amitié.

Olivier, Jules, Antonin, Anne Laure, Elise A., Agathe, Hugo, Thomas, Timothée, Sylvain, Camille, Jim et Aurélien pour ce second semestre historique de réanimation sponsorisé par Pitch.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités.

Aux meilleurs copains :

Clara et Charlotte, sans vous ça ne serait pas pareil !

Poulet pour ton soutien tout au long de mon externat et internat et surtout pour tes carbo inoubliables qui aident à tenir le coup !

Polo, sans qui probablement tout ça n'aurait jamais été possible.

Alix et Inès pour les brunchs débriefing.

À la famille :

Ma grande sœur et à mon père pour votre soutien infaillible.

Aux grands-mères pour vos encouragements, vos attentions et pour les confitures aussi.

Tata Suzy pour la ~~track~~ traque des ~~fotes~~ fautes d'orthographe.

Mamita et Monsieur Jean pour votre accompagnement tout au long de mes études.

À mon chaton (et Nedou), pour ta présence, ta compréhension, ton soutien au fil de ces si longues études.

À toi ma Moumou, qui m'a donné la force d'y arriver, de m'avoir légué ton rire et l'amour de la vie. Je sais que tu es là, avec moi.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Description de l'étude
2. La population
3. Le déroulement de la consultation
4. La promotion de la consultation
5. Les données collectées
6. L'analyse
7. Critères diagnostics utilisés
8. Enquête de satisfaction

RÉSULTATS

1. Résultats généraux
2. Les motifs de consultation
3. Les prescriptions d'examens complémentaires
4. Les diagnostics retenus
5. Le suivi des patientes
6. Questionnaire de satisfaction

DISCUSSION

1. La situation
2. Les diagnostics
3. Le suivi des patientes lupiques
4. Le questionnaire de satisfaction
5. Le lieu des consultations
6. Les points positifs de la consultation
7. Les difficultés rencontrées
8. Les points d'amélioration/d'ouverture

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Implantation et évaluation à 9 mois d'une consultation spécialisée « Médecine interne de la femme enceinte ».

E. Delattre^a, F. Biquard^b, G. Legendre^b, P. Gillard^b, G. Urbanski^a, C. Lavigne^a

^aService de Médecine interne, CHU Angers, 4 rue Larrey, 49000 Angers

^bService de Gynécologie Obstétrique, CHU Angers, 4 rue Larrey, 49000 Angers

RESUME

Introduction : Depuis plus de vingt ans s'est développé un exercice particulier de la médecine interne nommé médecine interne de la femme enceinte (1). Il s'appuie sur la collaboration des médecins internistes (MI) avec les gynécologues obstétriciens (GO) dans le but d'assurer une prise en charge globale des pathologies associées à la grossesse (2). L'objectif de notre étude était d'implanter et d'évaluer à 9 mois, la mise en place d'une consultation « médecine interne de la femme enceinte » dans notre CHU.

Méthodes : Cette étude descriptive rétrospective monocentrique, s'est déroulée entre le 2 novembre 2019 et le 21 juillet 2020, ces consultations ont été réalisées dans le service de Gynécologie Obstétrique de novembre à juin, puis dans le service de Médecine Interne du CHU d'Angers de juin à fin juillet par la même consultante, auteure de ce travail.

Résultats : Sur cette période de 9 mois, le nombre de prises de rendez-vous a été de 33 avec 32 consultations réalisées pour 27 patientes soit 5 patientes qui ont été vues à 2 reprises. Les patientes étaient adressées pour la grande majorité par les GO pour 82% dont principalement ceux du CHU d'Angers (71,4%). Il s'agissait d'autres spécialistes du CHU dans 18% des cas (néphrologues, dermatologues et internistes) et seulement un médecin généraliste. Les principaux motifs concernaient : des fausses couches précoces récurrentes (FCPR) pour 21,2%, un retard de croissance in utero (RCIU) pour 21,2%, des anomalies du bilan immunologique, découvertes le plus souvent dans l'exploration d'un RCIU, dans 18,2% des cas. Un diagnostic a pu être apporté dans 76% des cas avec une prise en charge thérapeutique adaptée. Les diagnostics retenus étaient variés : syndrome des antiphospholipides (SAPL) obstétrical, hypertension artérielle (HTA), carence en vitamine B12, carence martiale, carence en vitamine C et phénomène de Raynaud.

Conclusions : Cette consultation spécialisée nous a permis d'établir des diagnostics variés, notamment celui du SAPL obstétrical et d'entamer une prise en charge adaptée. Nous allons donc poursuivre cette collaboration avec le maintien de cette consultation au sein du service de médecine interne.

Mots clés : Médecine interne, Médecine obstétricale, Consultation, pratique et organisation des soins.

INTRODUCTION

Depuis plus de vingt ans s'est développé un exercice particulier de la médecine interne nommé « obstetric medicine » par les anglo saxons ou médecine de la femme enceinte (1).

Ce principe s'appuie sur la collaboration des médecins internistes (MI) avec les gynécologues obstétriciens (GO) dans le but d'assurer une prise en charge globale et complète des pathologies associées à la grossesse. Cette activité peut s'exercer sous la forme de consultation externe ou de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans les services de médecine interne et de gynécologie obstétrique (2).

La médecine interne obstétricale est un exercice de la médecine dédié à la santé maternelle et aux affections médicales de la grossesse. Elle prend en charge les femmes porteuses d'une pathologie chronique (thrombotique, auto immune...) et dont la grossesse peut affecter l'évolution. Mais également des pathologies obstétricales graves potentiellement liées à une pathologie vasculaire placentaire ainsi que les facteurs de risque cardiovasculaire, thromboembolique et métabolique souvent rencontrés dans les pathologies gravidiques, celles-ci pouvant récidiver et influencer le pronostic à moyen et long terme.

De plus, cette médecine répond à une demande croissante d'aide spécialisée dans la prise en charge des grossesses à haut risque, à une époque où l'âge de la grossesse est de plus en plus tardif. En effet l'âge moyen de la première grossesse en France est passée de 24 ans en 1974 à 28 ans en 2015 (source insee), 22% des naissances concernaient des mères de plus de 35 ans conduisant ainsi des patientes avec un passé pathologique plus ou moins chargé à envisager une grossesse d'autant plus désirée qu'elle est tardive. L'interniste peut jouer un rôle clé dans la coordination des soins autour de la femme enceinte.

L'intervention de l'interniste peut survenir dès qu'apparaît au cours de la grossesse une pathologie nécessitant un avis spécialisé pour préciser la surveillance et le traitement pendant la grossesse et en post partum (3,4), mais aussi en préconceptionnel pour les femmes atteintes d'une pathologie chronique comme un lupus érythémateux systémique (LES), un syndrome des antiphospholipides (SAPL) ou un antécédent d'événement thromboembolique qu'il soit veineux ou artériel, ou encore une hypertension artérielle (HTA) (5). L'interniste peut intervenir également en post partum pour évaluer les contre-indications à la prise d'une contraception oestroprogestative et la conduite à tenir en cas de future grossesse.

Cette consultation peut également être l'occasion de dépister les risques ultérieurs d'affection métabolique comme le diabète ou cardiovasculaire comme

l'HTA (6-9). L'intervention d'un interniste dans ces situations n'exclut pas secondairement le recours à un spécialiste du ou des organes concernés par l'affection en question pour compléter et préciser le diagnostic et le traitement (10).

Il n'existe pas actuellement au CHU d'Angers de RCP ou de consultation dédiée à la médecine interne de la femme enceinte. Nous avons supposé qu'il existait une demande de la part des GO et des sages-femmes, qu'ils soient en milieu hospitalier ou en libéral, ainsi que des médecins généralistes et internistes pour la mise en place d'une consultation spécialisée.

Dans un travail préliminaire (11) nous avons évalué les pratiques des MI et des GO ainsi que leurs besoins concernant la création d'une consultation « médecine interne de la femme enceinte » dans notre CHU. Cette étude descriptive basée sur un questionnaire suggérait un véritable intérêt d'ouvrir cette consultation spécialisée pour aider à la prise en charge de ces patientes.

Cette consultation a débuté en novembre 2019 dans le service de gynécologie obstétrique du CHU à raison d'une demi-journée tous les 15 jours. Il s'agissait avant tout de mettre en place une véritable coordination entre les deux services pour l'analyse des situations cliniques difficiles, l'interprétation des bilans immunologiques, la discussion de la prise en charge thérapeutique et la mise en place d'un suivi multidisciplinaire.

Ce travail dresse le bilan de cette consultation après 9 mois de mise en place.

MÉTHODES

1. Description de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique rétrospective, portant sur des patientes adressées en consultation de « Médecine interne de la femme enceinte » par les GO, médecins généralistes, sages-femmes ou tout autre spécialiste pour avis, adaptation ou décision thérapeutique, suivi de grossesse ou en préconceptionnel, de novembre 2019 à juillet 2020. Ces consultations ont été réalisées dans le service de Gynécologie Obstétrique de novembre à juin, puis dans le service de Médecine Interne du CHU d'Angers de juin à fin juillet.

2. La population :

Les critères d'inclusion étaient : patiente âgée de 18 ans ou plus, adressée à la consultation pour une pathologie en lien avec la grossesse.

Pour aider à la prise de rendez-vous, nous avons suggéré dans notre descriptif de la consultation les motifs suivants :

- En préconceptionnel pour les patientes suivies pour une maladie chronique afin d'évaluer les risques d'une grossesse, réévaluer la maladie et adapter les traitements.
- Au cours ou au décours de la grossesse, pour prendre en charge une maladie autoimmune découverte ou suspectée.
- Pour explorer une MFIU, des fausses couches précoces répétées (FCPR) ou un retard de croissance in utero (RCIU) avec ou sans anomalies immunologiques.
- Pour une question thérapeutique ou de l'éducation thérapeutique.

Nous avons précisé que la consultation ne remplaçait pas la consultation de néphrologie qui doit rester nécessaire en cas de pré éclampsie/éclampsie et HELLP syndrome, d'insuffisance rénale ou d'hypertension.

3. Le déroulement de la consultation :

Le temps dédié à la consultation était de 45 min, avec en premier lieu le relevé avec la patiente des antécédents personnels et familiaux, des traitements, du mode de vie, de l'anamnèse récente, puis un interrogatoire orienté et enfin un examen clinique. En fin de consultation étaient repris les éléments retenus pour

un éventuel diagnostic, la suite des investigations et les consignes concernant une prochaine grossesse. Ces consultations ont toutes été assurées par le même médecin (qui est l'auteur de ce travail).

4. La promotion de la consultation :

Pour faire la promotion de la consultation nous avons adressé un mail à l'ensemble des GO, des internes et des sages-femmes du CHU d'Angers, à tous les GO libéraux de la région via la participation du réseau « Sécurité Naissance – Naître Ensemble » de la Région Pays de la Loire, qui a relayé notre mail. La consultation a également été présentée le 30/10/2019 lors de la 22ème journée de Gynécologie Obstétrique organisée par le CHU d'Angers sous l'égide du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) destinée aux médecins généralistes.

5. Les données collectées :

Le recueil des informations nécessaires à la réalisation de l'étude a été fait en étudiant les courriers adressant les patientes, les courriers et observations des consultations, les comptes rendus opératoires et d'anatomopathologie après recueil de la non-opposition des patientes.

Les éléments collectés étaient :

- L'âge ;
- La parité ;
- La taille et le poids ;
- La spécialité du praticien adressant ;
- La motif de la consultation ;
- Le diagnostic retenu ;
- Le bilan biologique comportait :

Immunologie	Anticorps anti nucléaires (AAA) Anticorps anti ADN Étude du complément (C3, C4, CH50) Facteur rhumatoïde Recherche de cryoglobuline Électrophorèse des protéines sériques
SAPL conventionnel	Anticoagulant circulant lupique (LA) Anticorps anti cardiolipine (aCL) isotypes IgG et IgM Anticorps anti Béta2-glycoprotéine 1 (anti B2GP1) isotype IgG et IgM
SAPL non conventionnel	Anticorps antiphospholipides (aPL) selon méthode Elisa THERADIAG (CHU Rouen) isotypes IgG (normale < 13.6 UGPL/ml) et IgM (normale < 12 UGPL/ml) Anticorps anti phosphatidyléthanolamine (aPE) isotypes IgG et IgM (normal < 12 – Equivoque 12-18 – Positif > 18 U/ml) Anticorps anti phosphatidylsérine prothrombine (aPS/PT) isotype IgG et IgM (Positif si > 30 U/ml) Anticorps anti annexine V (aA5) isotype IgG et IgM (normal < 12 – Equivoque 12-18 – Positif > 18 U/ml) (APHP - St Antoine)
Biochimie	Créatinémie, protéinurie, Ferritine, coefficient de saturation de la transferrine Vitamines : B1, B6, B9, B12 et C Homocystéine
Hémogramme	Hémoglobine, VGM et plaquettes
Hormonologie	TSH

6. L'analyse :

Les données ont été traitées uniquement dans l'enceinte du CHU, sur une base de données anonymisée et sécurisée. La base de données a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (N°ar20-0015v0).

Les données étaient recueillies via Excel®, puis analysées avec ce logiciel.

7. Critères diagnostiques utilisés :

Le diagnostic d'une maladie auto-immune était posé selon les critères établis par les sociétés savantes concernées.

En ce qui concerne le SAPL, le diagnostic était retenu selon les critères diagnostics dits de Sydney de 2006 (12) mais également en cas de présence des aPL non conventionnels (aPL selon méthode Elisa THERADIAG, aPE, aPS/PT ou aA5) associés à un événement thrombotique ou obstétrical comme décrit dans les critères diagnostiques de Sydney.

8. Enquête de satisfaction :

Nous avons proposé aux patientes vues en consultation de répondre à un questionnaire de satisfaction. Pour cela, nous avons envoyé via courrier, après la consultation, un QR code (ainsi que l'adresse URL) permettant d'accéder à un court questionnaire en ligne.

Ce questionnaire a été créé à l'aide du logiciel : Drag'n Survey®, les réponses étaient anonymes. La réponse à l'ensemble des questions étaient obligatoire pour finaliser le questionnaire. Ce questionnaire comportait 6 questions (Annexe 1).

RÉSULTATS

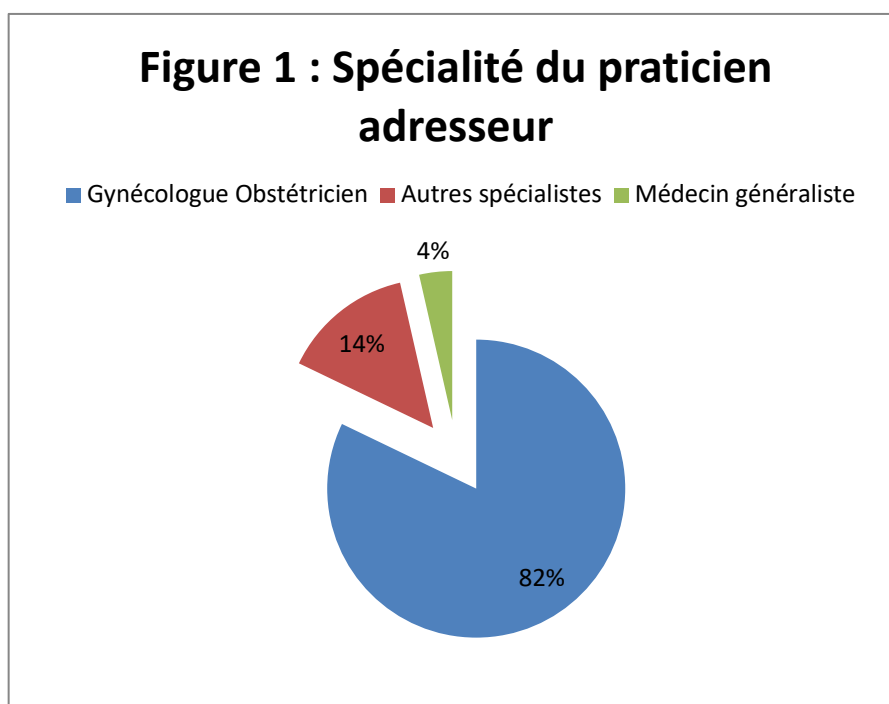
1. Résultats généraux :

Sur cette période de 9 mois, les prises de rendez-vous ont été au nombre de 33 dont 1 seul n'a pas été honoré. Ces 32 consultations de « médecine interne de la femme enceinte » ont concerné 27 patientes, dont 5 qui ont été vues à 2 reprises.

Concernant le lieu de consultation, 20 patientes ont été reçues dans le service de consultation de Gynécologie Obstétrique et 12 dans le service de consultation de Médecine Interne.

Les 27 patientes ayant consulté avaient une médiane d'âge de 32 ans (+/- 5,2 ans, âges extrêmes : 20 - 40 ans). Une grossesse était en cours pour 7 patientes soit 26%. Le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous était de 26 jours.

Les patientes étaient adressées pour la grande majorité par les GO (82,1%), principalement des praticiens du CHU d'Angers (71,4%), par 2 praticiens libéraux soit 7,1% et par un praticien du CH de Saumur. Il s'agissait d'autres spécialistes du CHU pour 14,3% (néphrologues, dermatologues et internistes) et seulement d'un médecin généraliste (Figure 1).



2. Les motifs de consultation :

Les motifs des 33 consultations sont répertoriés dans le tableau 1. Les FCPR et le RCIU ont été les deux motifs les plus fréquents, pour 21,2% chacun.

Pour 18,2%, ce sont les découvertes d'anomalies immunologiques qui ont conduit à la demande d'une consultation. Les explorations étaient principalement réalisées pour le bilan de RCIU. Dans ces anomalies, il y avait la découverte d'un anticorps anti ADN dans le contexte d'un RCIU, un anti B2GP1 dans le contexte d'un RCIU, un titre élevé d'AAN dans le cadre de FCPR, un anticorps anti RNP dans le contexte d'une MFIU, un anticorps anti SSA dans le contexte d'une protéinurie isolée et une hypercomplémentémie dans le contexte d'un RCIU.

Venaient ensuite les bilans d'infertilité secondaire (n = 2), le suivi des grossesses de patientes atteintes de LES (n = 2), le bilan de MFIU (n = 1), d'un hématome rétroplacentaire (HRP) (n = 1), d'une pré-éclampsie (PE) (n = 1), d'anomalies capillaroscopiques découvertes au cours d'un bilan de PE (n = 1) ; enfin 5 consultations ont concerné le suivi de 2 de patientes lupiques et enceintes et 3 pour des examens complémentaires.

Tableau 1 : Motifs de consultation

Motifs	Nombre de patientes (n = 33)
Fausses couches précoces récurrentes	7
Retard de croissance intra utérin	7
Anomalies biologie auto immune	6
Anticorps anti ADN / RCIU	1
Anticorps anti B2GP1 / RCIU	1
Anticorps anti nucléaires / FCPR	1
Anticorps anti RNP / MFIU	1
Anticorps anti SSA / Protéinurie isolée	1
Hypercomplémentémie / RCIU	1
Infertilité secondaire	2
Lupus et grossesse	2
Mort fœtale in utero	1
Hématome rétro placentaire	1
Pré éclampsie	1
Anomalies capillaroscopie	1
Suivi	5
Suivi LES et grossesse	2
Examens complémentaires	3

3. Les prescriptions d'examens complémentaires :

Nous avons prescrit 17 bilans biologiques à l'issu de la consultation, dont 3 ont été réalisés en laboratoire extérieur, 11 au CHU et 3 qui n'ont pas été réalisés.

Nous avons organisé deux hospitalisations de jour pour des explorations complémentaires, notamment la recherche de syndrome sec. Au 5 septembre 2020, 3 autres hospitalisations de jour sont en attente de programmation.

4. Les diagnostics retenus :

Nous avons pu établir un diagnostic dans 76% des cas, ceux que nous avons retenus après la consultation sont colligés dans le tableau 2. Concernant les FCPR le bilan était négatif pour seulement 1 patiente sur 7, pour les autres il était retenu un SAPL obstétrical. Nous avons également identifié une anémie par carence martiale ainsi qu'une carence profonde en vitamine C.

Concernant les patientes adressées pour une PE, un RCIU, une MFIU ou un HRP, il s'agissait pour 3 d'entre elles d'une probable HTA secondaire, pour laquelle celles-ci ont été convoquées en Néphrologie pour exploration, pour 3 autres d'un SAPL obstétrical, 1 patiente présentait un syndrome sec sans autre anomalie et pour lequel nous attendons des examens complémentaires, 1 seul bilan est resté négatif. Les 2 derniers bilans n'ont pas été réalisés par les patientes, empêchant de porter un diagnostic.

Pour les patientes adressées pour anomalies du bilan immunologique, il s'agissait, dans 2 cas, d'anomalies isolées sans argument clinique pour une maladie de système, un diagnostic de SAPL obstétrical a été posé chez 3 d'entre elles, une autre patiente doit être explorée pour un syndrome sec.

Une carence en vitamine B12 a été mise en évidence chez 2 patientes avec infertilité secondaire, dont une secondaire à une maladie de Biermer.

Une patiente nous a été adressée pour des anomalies capillaroscopiques retrouvées au décours d'un bilan de PE, il s'agissait d'un phénomène de Raynaud sans argument clinico-biologique pour une connectivite associée.

Tableau 2 : Diagnostics retenus après la consultation

Diagnostics	Nombre de patientes
	(n=25)
Fausse couches précoces récurrentes	7
SAPL obstétrical	4
Anémie par carence martiale	1
Carence vitamine C	1
Bilan négatif	1
Pré éclampsie, RCIU, MFIU, HRP	9
HTA secondaire	3
SAPL obstétrical	2
Syndrome sec à explorer/Sjögren ?	1
Bilan non réalisé par la patiente	2
Bilan négatif	1
Anomalies biologie auto immune	6
Anomalie isolée	3
SAPL obstétrical	2
Syndrome sec à explorer/Sjögren ?	1
Infertilité	2
Carence en B12 dont 1 Biermer	2
Anomalies capillaroscopique	1
Phénomène de Raynaud	1

5. Le suivi des patientes :

Nous avons également suivi 2 patientes enceintes atteintes de lupus pour lesquelles nous avons organisé une surveillance mensuelle. L'une des patientes a présenté une poussée durant son suivi.

Nous avons revu en consultation 3 patientes pour des examens complémentaires, principalement des recherches d'aPL non conventionnels dans des contextes très évocateurs de pathologie vasculaire placentaire et pour lesquelles la recherche de SAPL « classique » était négative.

6. Questionnaire de satisfaction :

Nous avons obtenu 9 réponses au questionnaire, soit un tiers de l'effectif.

Les réponses au questionnaire ont été les suivantes (figure 2) :

Q1 : La consultation vous a-t-elle semblé utile ?

Matrice de notation par étoile : 1 étoile = inutile (n = 1 soit 11,1%), 2 étoiles = peu utile (n = 0), 3 étoiles = utile (n = 3 soit 33,3%) et 4 étoiles = très utile (n = 5 soit 55,6%).

Le score moyen de cette réponse était de 3,33 étoiles sur 4.

Q2 : Le temps dédié à cette consultation vous a-t-il semblé adapté ?

Matrice de notation par étoile : 1 étoile = inadapté (n = 1 soit 11,1%), 2 étoiles = peu adapté (n = 0), 3 étoiles = adapté (n = 1 soit 11,1%) et 4 étoiles = très adapté (n = 7 soit 77,8%).

Le score moyen était de 3,56 étoiles sur 4.

Q3 : Cette consultation vous a-t-elle permis de mieux comprendre votre pathologie ?

Matrice de notation par étoile : 1 étoile = absolument pas (n = 1 soit 11,1%), 2 étoiles = un peu (n = 2 soit 22,2%), 3 étoiles = suffisamment (n = 4 soit 44,4%) et 4 étoiles = absolument tout (n = 2 soit 22,2%).

Un score moyen de 2,78 étoiles sur 4.

Q4 : Le délai d'obtention de ce rendez-vous a été de ?

4 réponses possibles : moins de 15 jours (n = 3 soit 33,3%), entre 15 jours et 1 mois (n = 4 soit 44,4%), entre 1 mois et 3 mois (n = 2 soit 22,2%) et plus de 3 mois (n = 0).

Q5 : De cette consultation, vous êtes globalement ?

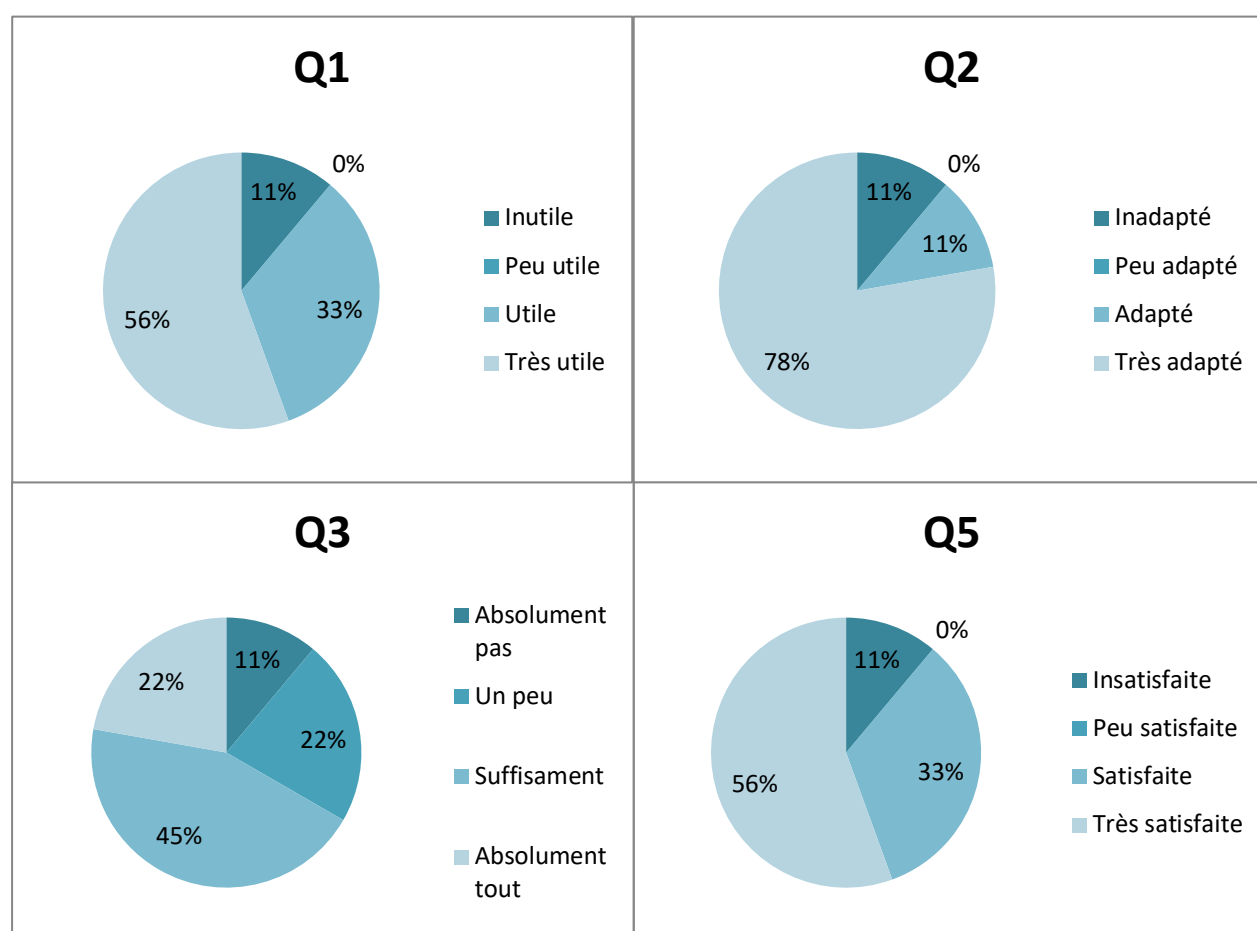
Matrice de notation par étoile : 1 étoile = insatisfait (n = 1 soit 11,1%), 2 étoiles = peu satisfait (n = 0), 3 étoiles satisfait (n = 3 soit 33,3%) et 4 étoiles = très satisfait (n = 5 soit 55,6%).

Une note moyenne de 3,33 étoiles sur 4.

Q6 : Texte libre pour d'éventuels commentaires (question facultative) :

5 patientes ont répondu, 1 patiente était insatisfaite de n'avoir pas eu de réponse concernant les examens complémentaires anatomopathologiques, dans le contexte d'une MFIU, ces résultats n'étant pas disponibles le jour de la consultation ; les 4 autres patientes se plaignant du long délai de rendu des résultats.

Figure 2 : Réponses au questionnaire de satisfaction.



DISCUSSION

Cette étude descriptive rétrospective concerne les premiers mois de mise en place d'une consultation spécialisée de « Médecine interne de la femme enceinte », qui a eu lieu initialement dans le service de Gynécologie obstétrique d'une maternité de niveau 3 de CHU, puis a été poursuivie dans le service de Médecine interne du même CHU.

1. La situation :

Le CHU d'Angers couvre un bassin de 800 000 habitants et compte environ 1750 lits de médecine-chirurgie-obstétrique. Le CHU accueille environ 500 000 patients en consultation dont 234 558 en consultation de médecine et 56 346 en consultation de gynécologie obstétrique. Le service de Gynécologie obstétrique comprend 102 lits et a réalisé 3811 naissances en 2019.

Les délais moyens de consultation au sein du service de Médecine interne du CHU sont de 4 et 6 mois.

En accord avec le chef de l'Unité des grossesses pathologiques (Dr GILLARD), du chef de pôle Femme Mère Enfant (Pr DESCAMPS) et du chef de service de Médecine interne (Dr LAVIGNE), un créneau de consultation a été ouvert, dans le service de Gynécologie obstétrique, un après-midi tous les 15 jours. Douze plages de consultations contenant chacune 3 créneaux de consultation ont été ouvertes puis l'activité a été poursuivie dans le service de médecine interne avec un total de 33 consultations programmées. Le nombre attendu de consultations, si tous les créneaux avaient été pris, aurait été de 36 pour la période de novembre 2019 à fin mai 2020. Le nombre effectif de rendez-vous pris témoigne d'un intérêt certain pour cette consultation.

2. Les diagnostics :

Le diagnostic le plus fréquent était le SAPL obstétrical (8 patientes), soit 32% des diagnostics retenus. Trois diagnostics ont été portés sur la présence d'aPL conventionnels : anti B2GP1 (n = 1), aCL (n = 1), LA (n = 1). Nous avons également identifié 5 SAPL obstétricaux présentant des aPL non conventionnels : aPL selon la méthode THERADIAG (n = 4), aPE isotype IgM (n = 1).

Le diagnostic de SAPL repose sur la combinaison d'au moins un critère clinique et la détection d'aPL circulants (anti B2GP1, aCL ou LA) mais certains patients présentent un tableau clinique très évocateur de SAPL sans les critères

biologiques conventionnels internationaux, conduisant au concept de SAPL « séronégatif » apparu depuis plusieurs années (13). De nouvelles méthodes de détection des aPL, différentes des techniques Elisa standard, ont fait récemment leur apparition (14, 15, 16, 17).

Une étude multicentrique publiée en 2019 (18) a réuni 187 patientes présentant au moins un critère clinique de SAPL obstétrical (critères de Sydney) avec absence d'aPL conventionnels mais avec la présence d'au moins un aPL non conventionnel. Le pronostic obstétrical de ces patientes étaient impacté par des complications maternofoétales pour plus d'un tiers des grossesses, un traitement a été prescrit dans 86 % des cas (aspirine seule dans 29 %, association d'aspirine et d'HBPM dans 65 %, corticothérapie à faible dose dans 13 % et/ou hydroxychloroquine dans 13 % également) et une grossesse vivante a été obtenue dans 57 % des cas, avec un terme médian de 38 SA. Cette étude plaide pour la recherche systématique des anticorps antiphospholipides non conventionnels en cas de SAPL clinique séronégatif.

Nous avons donc fait cette recherche chez les patientes présentant une forte probabilité de pathologie vasculaire placentaire (PVP), permettant de faire 5 nouveaux diagnostics de SAPL obstétrical et de proposer une prise en charge adaptée. Sur le plan thérapeutique, nous avons suivi les recommandations de la HAS (concernant les PVP) associant de l'aspirine à dose antiagrégante et une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventive (19). Nous avons également associé un traitement par hydroxychloroquine, nous basant sur les travaux de Ruffati et al., qui ont décrit le bénéfice de l'introduction d'hydroxychloroquine en cas d'antécédents de complications obstétricales sévères malgré un traitement conventionnel bien conduit (20). Dans cette étude, le taux de naissances vivantes était significativement plus élevé lors des grossesses suivantes lorsque de l'hydroxychloroquine était ajoutée. Une étude de phase 2, multicentrique, randomisée en double aveugle est en cours, HYDROSAPL (21).

A ce traitement est associée une surveillance clinique et biologique mensuelle, l'échographie-doppler obstétricale doit également être réalisée régulièrement à la recherche d'une complication vasculaire placentaire. L'association d'un traitement adapté et d'une surveillance multidisciplinaire rapprochée améliore le pronostic et permet le plus souvent d'obtenir une issue favorable à la grossesse. Sur nos 5 patientes nouvellement diagnostiquées pour SAPL obstétrical, une patiente est actuellement enceinte mais nous manquons de recul pour les 4 autres.

Un antécédent de thrombose ou la présence d'un anticoagulant circulant sont des facteurs prédictifs de complications au cours de la grossesse. La prise en charge de ces grossesses à risque est multidisciplinaire (interniste, anesthésiste, obstétricien) et nécessite une consultation préconceptionnelle afin de rechercher

les rares contre-indications et d'optimiser le traitement (5, 22, 23). Nous n'avons pas réalisé au cours de ces 9 premiers mois, de consultation préconceptionnelle. Nous n'avons pas réalisé non plus de consultation dont le motif était l'apparition ou la prise en charge d'un évènement thromboembolique. Il existe actuellement des recommandations précises (19) concernant la prise en charge des thrombophilies lors de la grossesse qui explique probablement l'absence de demande.

Nous avons mis en évidence une carence en vitamine B12 chez 2 patientes adressées pour infertilité secondaire, dont une fortement suspectée d'être en lien avec une maladie de Biermer. Il existe à ce jour peu de littérature scientifique sur ce sujet. Dans une étude rétrospective de 2001 portant sur les antécédents obstétricaux de 14 patientes ayant présenté une carence en vitamine B12, une infertilité était observée chez 4 patientes et des FCPR chez 11 d'entre elles (24). Une période d'infertilité de plus d'un an avait suivi les FCPR chez 6 patientes. Les auteurs suggéraient que l'hypercoagulabilité due au taux d'homocystéine élevé (secondaire à la carence en B12) pouvait expliquer des pertes fœtales et que l'infertilité pouvait être justifiée par des modifications de l'ovulation ou du développement de l'ovule ou des modifications conduisant à une implantation défectueuse. Notre espérons qu'avec l'aide d'une supplémentation efficace, ces patientes pourront êtres à nouveau fertiles.

Une carence sévère en vitamine C a également été identifiée chez une patiente, sans autre carence associée. Là encore la littérature scientifique est très pauvre, quelques études animales relatent une dysfonction des échanges placentaires avec un retard de croissance in utero en cas de déficit en vitamine C (25). Chez cette patiente des explorations complémentaires à visée étiologique dans notre service sont en cours.

Cinq patientes présentant un syndrome sec ont été explorées ou sont sur le point de l'être. A ce jour nous n'avons pas diagnostiqué de syndrome de Sjögren selon les critères de classification ACR/EULAR 2016, mais une patiente présente des anticorps anti SSA pour lequel nous attendons les explorations. La présence des anti SSA et/ou anti SSB peut être responsable d'un « lupus néonatal » lors du passage transplacentaire des anticorps maternels au 2^e trimestre. Un bloc atrioventriculaire congénital (BAVc) sur cœur sain doit être recherché in utero ou au cours des 28 premiers jours de vie. Le risque de survenue d'un BAVc est de 1% chez les femmes avec anticorps anti SSA et/ou SSB mais de 17% en cas d'antécédent de BAV lors d'une précédente grossesse (26,27,28). La mortalité est évaluée à 17%, dont un tiers in utero, elle est favorisée par la présence d'une anasarque, d'une fibroélastose ou d'une prématurité (29). Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas totalement élucidés (30), impliquant des facteurs maternels associés à des anomalies immunologiques chez le fœtus dans un contexte d'augmentation de l'apoptose physiologique

foétale, notamment au niveau cardiaque. Le lupus néonatal peut également comporter une atteinte cutanée qui touche généralement les zones photoexposées, les lésions guérissent spontanément le plus souvent. Ce « lupus néonatal » peut être révélateur d'une auto immunité maternelle (évocatrice de LES, de syndrome de Sjögren ou de connectivite indifférenciée) qui était le plus souvent asymptomatique (dans 54 % des cas selon une étude européenne comportant 172 femmes (31)). Au cours du suivi, 44 à 56 % des mères asymptomatiques d'enfants ayant un BAVc restent asymptomatiques.

3. Le suivi des patientes lupiques :

Dans notre cohorte, nous avons suivi deux patientes lupiques.

Les 2 facteurs de risque majeurs de complications durant la grossesse sont l'activité du lupus et l'atteinte rénale à la conception ou au cours de la grossesse. En effet, un lupus actif en début de grossesse augmente très nettement le risque de poussée ainsi que la mortalité foétale et périnatale, ainsi que un risque de prématurité et de retard de croissance (32). D'autre part les corticoïdes introduits dans le traitement de la poussée lupique induisent également un risque de complication, notamment de rupture prématurée des membranes. Une protéinurie supérieure à 1g/24h associée ou non à une insuffisance rénale augmente le risque de retard de croissance ainsi que celui d'HTA et de PE, justifiant une surveillance rapprochée (33). Une des deux patientes est actuellement en poussée, nous avons dû majorer les corticoïdes, nous surveillons sa protéinurie jusqu'alors normale ainsi que sa dernière échographie. Chez cette patiente, la grossesse avait été déconseillée du fait d'une maladie incomplètement maitrisée (arthralgies inflammatoires persistantes).

4. Le questionnaire de satisfaction :

Les résultats du questionnaire indiquent une bonne satisfaction des patientes, avec une consultation jugée le plus souvent très utile, un temps de consultation adapté, permettant une compréhension satisfaisante de la pathologie et une très bonne satisfaction globale.

5. Le lieu des consultations :

Les deux tiers des consultations ont été effectuées dans la maternité, lieu de consultation connu par les patientes leur permettant un certain confort n'ayant pas à chercher un nouveau bâtiment. En revanche, La prescription des examens

biologiques s'est révélée complexe puisqu'il n'y avait pas de possibilité de prélever directement les patientes à l'issue de la consultation.

La relocalisation des consultations en Médecine interne a permis de faciliter la réalisation des examens biologiques grâce à la présence d'une infirmière dédiée à la consultation. En revanche, elle a limité l'accès au dossier de Gynécologie, qui n'est pas numérisé (suivi des grossesses, examens biologiques réalisés à l'extérieur, résultats génétiques sous forme papier uniquement...).

6. Les points positifs de la consultation :

Le statut d'interne de la consultante a constitué un réel avantage du fait de la flexibilité de son agenda, permettant de voir rapidement les patientes. Le délai moyen d'obtention d'une consultation en Médecine Interne est estimé à 4 à 6 mois au prix de rajouts dans les agendas des praticiens pour répondre au caractère urgent de certaines consultations. En effet, le délai moyen entre la demande et la consultation était de moins d'un mois.

Une seule consultation n'a pas été honorée (raison inconnue), suggérant un fort besoin des patientes en explorations ou en temps d'explication sur leur pathologie. Ce point se retrouve dans les réponses très positives du questionnaire de satisfaction.

7. Les difficultés rencontrées :

Lors de ce projet nous avons rencontré quelques difficultés principalement liées à la prescription des examens biologiques comme cité précédemment. En effet, lorsqu'ils étaient effectués en dehors du CHU, il fut complexe de récupérer les résultats, ce qui s'explique en partie par la mauvaise orientation des courriers du fait du statut d'interne de la consultante. Pour cette raison, nous avons secondairement demandé aux patientes de réaliser leurs prélèvements biologiques sur rendez-vous au laboratoire du CHU. Malheureusement, 2 patientes n'ont pas pris rendez-vous.

Plusieurs créneaux n'ont pu être assurés ou ont dû être reportés du fait des obligations de service liées au statut de la consultante, interne en stage en dehors des services de Gynécologie-obstétrique ou de Médecine interne (stage en Réanimation médicale de novembre 2019 à juin 2020). Certaines consultations ont dû être réalisées lors de périodes de repos de garde.

Les courriers ont été dactylographiés par la consultante, la dictée n'étant pas disponible par manque de temps de secrétariat dédié.

De plus, nous avons dû suspendre les consultations d'avril jusqu'à mi-mai durant la période sanitaire liée au SARS-CoV-2.

8. Les points d'amélioration/d'ouverture :

Nous avons décidé de poursuivre cette consultation spécialisée au sein du service de Médecine interne, elle sera assurée par la même consultante, en stage comme interne en Médecine interne jusqu'à fin octobre 2020 puis recrutée comme assistante à temps partagé les 2 années suivantes. Nous avons également le projet de l'étendre au Centre hospitalier de Saumur, car la consultante occupera un poste partagé avec ce centre.

Certaines patientes vues en consultation de « Médecine interne de la femme enceinte » ont également été reçues en consultation de Néphrologie. Nous avons bien mentionné qu'en cas de PE, d'HTA gravidique, de HELLP syndrome ou d'insuffisance rénale les patientes devaient être adressées prioritairement en Néphrologie puisqu'il existe une filière dédiée dans notre CHU. Les rendez-vous étaient régulièrement pris en double dans les cas de RCIU. Nous pourrions réfléchir à la mise en place d'une consultation conjointe Néphrologie - Médecine interne pour les patientes ayant présenté une pathologie vasculo-rénale de la grossesse et/ou ayant des facteurs d'auto-immunité identifiés.

Nous devons améliorer la communication autour de l'existence de cette consultation pour augmenter le nombre de consultations préconceptionnelles mais aussi pour offrir une aide diagnostique et thérapeutique suite à un évènement thromboembolique veineux.

Cette consultation pourrait permettre d'inclure davantage de patientes dans des protocoles de recherche comme l'étude du Groupe de Recherche sur la Grossesse et les maladies Rares (GR2), nécessitant un temps de saisie parfois long. Les deux patientes lupiques y seront incluses très prochainement. De plus, nous avons réalisé 1 inclusion dans un protocole de recherche s'intéressant à la carence en vitamine B12.

CONCLUSION

La consultation spécialisée « médecine interne de la femme enceinte » a permis d'établir des diagnostics variés, notamment de SAPL obstétrical conventionnel ou non, et à optimiser la prise en charge des patientes, avec une grande satisfaction de la plupart d'entre elles. Nous allons donc maintenir et développer cette activité correspondant à un besoin évident, en l'étendant à un centre hospitalier de notre GHT et en étudiant l'intérêt d'une coordination avec la consultation de « Néphrologie de la femme enceinte », qui a été parallèlement mise en place.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wechsler B. [Pregnancy and internal medicine: a new rubric]. Rev Med Interne. 2002 Feb;23(2):121.
2. Pourrat O. La médecine interne de la femme enceinte : son rôle dans le système de santé publique français. La Revue de Médecine Interne. 2015 Mar;36(3):147-50.
3. Pourrat O. La médecine obstétricale : une mission de choix pour l'interniste. Rev Med Interne 2004;25:419-20.
4. Pourrat O. Quelles questions-réponses dans le dialogue internistes- obstétriciens? In:Rousset H, Vital-Durand D, Dupond JL, Pavic M, editors. Diagnostics difficiles en médecine interne. 3e ed Paris: Maloine; 2008. p. 735-51.
5. Le Guern V, Guettrot-Imbert G, Costedoat-Chalumeau N. La consultation préconceptionnelle. La Revue de Médecine Interne. 2015 Mar;36(3):151-3.
6. Nelson-Piercy C. Handbook of obstetric medicine. 3rd ed London : Informa Healthcare; 2006.
7. Walters BNJ. Obstetric medicine, its premise and promise. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004 Aug;44(4):295-7.
8. Firoz T, Ateka-Barrutia O, Rojas-Suarez JA, Wijeyaratne C, Castillo E, Lombaard H, et al. Global obstetric medicine: Collaborating towards global progress in maternal health. Obstet Med. 2015;8:138-45.
9. Marder W, Littlejohn EA, Somers EC. Pregnancy and autoimmune connective tissue diseases. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30(1):63-80.
10. Pourrat O. Réponse à la lettre de N. Nocart et J. Nizard. La Revue de Médecine Interne. 2015 Apr;36(4):299.

11. Delattre E, Urbanski G, Gillard P, Legendre G, Lavigne C. Consultation spécialisée de « médecine interne de la femme enceinte » : évaluation des besoins. *La Revue de Médecine Interne*. 2019 Dec;40:A129.
12. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost*. 2006;4(2):295-306.
13. Salle V. Syndrome des antiphospholipides « séronégatif » : mythe ou réalité ? *La Revue de Médecine Interne*. 2020 Apr;41(4):265–74.
14. Misasi R, Capozzi A, Longo A, Recalchi S, Lococo E, Alessandri C, et al. "New" antigenic targets and methodological approaches for refining laboratory diagnosis of antiphospholipid syndrome. *J Immunol Res* 2015;2015:858542.
15. Sciascia, S., Amigo, M., Roccatello, D. et al. Diagnosing antiphospholipid syndrome: 'extra-criteria' manifestations and technical advances. *Nat Rev Rheumatol* 13, 548–560 (2017).
16. Liu T, Gu J, Wan L, et al. "Non-criteria" antiphospholipid antibodies add value to antiphospholipid syndrome diagnoses in a large Chinese cohort. *Arthritis Res Ther*. 2020;22(1):33. Published 2020 Feb 21.
17. Pignatelli P, Ettorre E, Menichelli D, Pani A, Violi F, Pastori D. Seronegative antiphospholipid syndrome: refining the value of "non-criteria" antibodies for diagnosis and clinical management. *Haematologica*. 2020;105(3):562-572.
18. Abisror N, Mariozo L, Esteve Valderde E, De Moreuil C, Billoir P, Pleguezuelo Garrote DE, et al. SAPL séronégatif obstétrical : caractéristiques et prise en charge à partir d'une étude européenne. *La Revue de Médecine Interne*. 2019 Dec;40:A84–5.

19. Haute autorité de santé - Conférence de consensus, thrombophilie et grossesse, prévention des risques thrombotiques maternels et placentaire, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Thrombophilie_grossesse_%20long.pdf
20. Ruffatti A, Tonello M, Hoxha A, Sciascia S, Cuadrado MJ, Latino JO, et al. Effect of Additional Treatments Combined with Conventional Therapies in Pregnant Patients with High-Risk Antiphospholipid Syndrome: A Multicentre Study. *Thromb Haemost.* 2018;118(4):639–46.
21. Mekinian A, Vicaut E, Cohen J, Bornes M, Kayem G, Fain O. Évaluation du bénéfice de l'utilisation d'hydroxychloroquine pour l'obtention d'une grossesse à terme non compliquée en cas de syndrome des antiphospholipides primaire : étude de phase II multicentrique randomisée en double insu versus placebo, HYDROSAPL [Hydroxychloroquine to obtain pregnancy without adverse obstetrical events in primary antiphospholipid syndrome: French phase II multicenter randomized trial, HYDROSAPL]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(7-8):598-604.
22. Costedoat-Chalumeau N, Guettrot-Imbert G, Leguern V, Leroux G, Le Thi Huong D, Wechsler B, et al. Grossesse et syndrome des antiphospholipides. *La Revue de Médecine Interne.* 2012 Apr;33(4):209–16.
23. Guettrot-Imbert G, Le Guern V, Morel N, Vauthier D, Tsatsaris V, Pannier E, et al. Lupus systémique et syndrome des antiphospholipides: comment prendre en charge la grossesse? *La Revue de Médecine Interne.* 2015 Mar;36(3):173–81.
24. Bennett M. Vitamin B12 deficiency, infertility and recurrent fetal loss. *J Reprod Med.* 2001 Mar;46(3):209–12.
25. Schjoldager JG, Paidi MD, Lindblad MM, et al. Maternal vitamin C deficiency during pregnancy results in transient fetal and placental growth retardation in guinea pigs [published correction appears in *Eur J Nutr.* 2015 Jun;54(4):677-8]. *Eur J Nutr.* 2015;54(4):667-676.

26. Costedoat-Chalumeau N, Amoura Z, Villain E, Cohen L, Piette J-C. Anti-SSA/Ro antibodies and the heart: more than complete congenital heart block? A review of electrocardiographic and myocardial abnormalities and of treatment options. *Arthritis Res Ther*. 2005;7(2):69–73.
27. A Brucato, M. Frassi, F. Franceschini, R. Cimaz, D. Faden, M.P. Pisoni, et al. Risk of congenital complete heart block in newborns of mothers with anti-Ro/SSA antibodies detected by counterimmunoelectrophoresis: a prospective study of 100 women. *Arthritis Rheum*, 44 (2001), pp. 1832-1835
28. P.M. Izmirly, N. Costedoat-Chalumeau, C.N. Pisoni, M.A. Khamashta, M.Y. Kim, A. Saxena, et al. Maternal use of hydroxychloroquine is associated with a reduced risk of recurrent anti-SSA/Ro-antibody-associated cardiac manifestations of neonatal lupus. *Circulation*, 126 (2012), pp. 76-82
29. P.M. Izmirly, A. Saxena, M.Y. Kim, D. Wang, S.K. Sahl, C. Llanos, et al. Maternal and fetal factors associated with mortality and morbidity in a multi-racial/ethnic registry of anti-SSA/Ro-associated cardiac neonatal lupus. *Circulation*, 124 (2011), pp. 1927-1935
30. Vanoni, F., Lava, S.A.G., Fossali, E.F. et al. Neonatal Systemic Lupus Erythematosus Syndrome: a Comprehensive Review. *Clinic Rev Allerg Immunol* 53, 469–476 (2017).
31. H. Eliasson, S.E. Sonesson, G. Sharland, F. Granath, J.M. Simpson, J.S. Carvalho, et al. Isolated atrioventricular block in the fetus: a retrospective, multinational, multicenter study of 175 patients. *Circulation*, 124 (2011), pp. 1919-1926
32. Pastore DEA, Costa ML, Surita FG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: the challenge of improving antenatal care and outcomes. *Lupus*. 2019;28(12):1417-1426.
33. Lateef A, Petri M. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43(2):215–26.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Spécialité du praticien adresseur.....	9
Figure 2 : Réponses au questionnaire de satisfaction.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Motifs de consultation	11
Tableau II : Diagnostics retenus après la consultation	13

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VIII
RESUME.....	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	5
1. Description de l'étude.....	5
2. La population.....	5
3. Le déroulement de la consultation	6
4. La promotion de la consultation	Erreur ! Signet non défini.
5. Les données collectées	Erreur ! Signet non défini.
6. L'analyse	7
7. Les diagnostics retenus	8
8. Enquête de satisfaction	8
RÉSULTATS	9
1. Résultats généraux.....	9
2. Les motifs de consultation	10
3. Les prescription d'examens complémentaires	12
4. Les diagnostics retenus	12
5. Le suivi des patientes	14
6. Questionnaire de satisfaction	14
DISCUSSION	166
1. La situation	16
2. Les diagnostics	16
3. Le suivi des patientes lupiques	19
4. Le questionnaire de satisfaction	19
5. Le lieu de consultation.....	19
6. Les points positifs de la consultation	20
7. Les difficultés rencontrées.....	20
8. Les points d'amélioration/d'ouverture	21
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE.....	23
LISTE DES FIGURES	27
LISTE DES TABLEAUX	288
TABLE DES MATIERES	299
ANNEXES.....	I

ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction patientes

Questionnaire de satisfaction concernant la consultation
"Médecine interne de la femme enceinte"

➤ 1 . Cette consultation vous a t elle semblé utile ?



➤ 2 . Le temps dédié à cette consultation vous a t il semblé adapté ?



➤ 3 . Cette consultation vous a t elle permis de mieux comprendre votre pathologie ?



➤ 4 . Le délai pour l'obtention de ce rendez-vous a été de

☐ Moins de 15 jours

☐ Entre 15 jours et 1 mois

☐ Entre 1 mois et 3 mois

☐ Plus de 3 mois

➤ 5 . De cette consultation, vous êtes globalement



➤ 6 . Si vous souhaitez apporter des commentaires pour améliorer cette consultation :

Nombre de caractères maximum autorisés par question : 500

Implantation et évaluation à 9 mois d'une consultation spécialisée « Médecine interne de la femme enceinte ».

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis plus de vingt ans s'est développé un exercice particulier de la médecine interne nommé médecine interne de la femme enceinte (1). Il s'appuie sur la collaboration des médecins internistes (MI) avec les gynécologues obstétriciens (GO) dans le but d'assurer une prise en charge globale des pathologies associées à la grossesse (2). L'objectif de notre étude était d'implanter et d'évaluer à 9 mois, la mise en place d'une consultation « médecine interne de la femme enceinte » dans notre CHU.

Méthodes : Cette étude descriptive rétrospective monocentrique, s'est déroulée entre le 2 novembre 2019 et le 21 juillet 2020, ces consultations ont été réalisées dans le service de Gynécologie Obstétrique de novembre à juin, puis dans le service de Médecine Interne du CHU d'Angers de juin à fin juillet par la même consultante, auteure de ce travail.

Résultats : Sur cette période de 9 mois, le nombre de prises de rendez-vous a été de 33 avec 32 consultations réalisées pour 27 patientes, soit 5 patientes qui ont été vues à 2 reprises. Les patientes étaient adressées pour la grande majorité par les GO pour 82% dont principalement ceux du CHU d'Angers (71,4%). Il s'agissait d'autres spécialistes du CHU dans 18% des cas (néphrologues, dermatologues et internistes) et seulement un médecin généraliste. Les principaux motifs concernaient : des fausses couches précoces récurrentes (FCPR) pour 21,2%, un retard de croissance in utero (RCIU) pour 21,2%, des anomalies du bilan immunologique, découvertes le plus souvent dans l'exploration d'un RCIU, dans 18,2% des cas. Un diagnostic a pu être apporté dans 76% des cas avec une prise en charge thérapeutique adaptée. Les diagnostics retenus étaient variés : syndrome des antiphospholipides (SAPL) obstétrical, hypertension artérielle (HTA), carence en vitamine B12, carence martiale, carence en vitamine C et phénomène de Raynaud.

Conclusions : Cette consultation spécialisée nous a permis d'établir des diagnostics variés, notamment celui du SAPL obstétrical et d'entamer une prise en charge adaptée. Nous allons donc poursuivre cette collaboration avec le maintien de cette consultation au sein du service de médecine interne.

Mots-clés : Médecine interne, Médecine obstétricale, Consultation, pratique et organisation des soins.

Implantation and evaluation at 9 months of a specialized consultation "Internal medicine for pregnant women".

ABSTRACT

Introduction: For more than twenty years, a particular practice of internal medicine has developed, called internal medicine of pregnant women (1). It relies on the cooperation of internist medicine specialist (IM) with obstetricians gynecologists (OG) in order to provide comprehensive management of diseases associated with pregnancy (2). The objective of our study was to implement and evaluate at 9 months, the setting up of an "internal medicine of pregnant women" consultation in our university hospital.

Methods: This single-center retrospective descriptive study, took place between November 2, 2019 and July 21, 2020, these consultations were carried out in the Obstetrics Gynecology department from November to June, then in the Internal Medicine department of the University Hospital of Angers from June to the end of July by the same consultant, author of this work.

Results: Over this 9-month period, the number of appointments made was 33 with 32 consultations carried out for 27 patients, including 5 patients who were seen twice. The vast majority of patients were referred by OGs for 82%, mainly those of Angers University Hospital (71.4%). These were other specialists from the CHU in 18% of cases (nephrologists, dermatologists and internists) and only a general practitioner. The main reasons concerned: recurrent early miscarriages for 21.2%, intra-uterine growth retardation (IUGR) for 21.2%, abnormalities in the immunological workup, most often discovered in the exploration of an IUGR, in 18.2% of cases. A diagnosis was made in 76% of cases with appropriate therapeutic management. The diagnoses retained were varied: obstetric antiphospholipid syndrome (APS), arterial hypertension, vitamin B12 deficiency, iron deficiency, vitamin C deficiency and Raynaud's phenomenon.

Conclusions: This specialized consultation allowed us to establish various diagnoses, in particular that of obstetrical SAPL and to start appropriate care. We will therefore continue this collaboration with the maintenance of this consultation within the internal medicine department.

Keywords: Internal medicine, Obstetric medicine, Consultation, Practice and organization of care.