



Un comprimé d'AAS par jour quand la grossesse est en cours?

QUESTION CLINIQUE

L'acide acétylsalicylique (AAS) est-il efficace pour prévenir les complications chez les femmes enceintes présentant un risque de prééclampsie?

CONCLUSION

À environ 12 à 28 semaines de grossesse, chez les femmes à risque de prééclampsie, une faible dose d'AAS (de 50 à 150 mg) réduit le risque absolu de prééclampsie d'environ 2 %, de mort périnatale d'environ 0,5 % et d'accouchement prématuré d'environ 2 % par rapport au placebo. Le risque d'hémorragie postpartum augmente jusqu'à 1 % environ.

DONNÉES PROBANTES

- Sept revues systématiques (de 17 à 77 essais contrôlés randomisés [ECR]; de 26 952 à 46 568 patientes) réalisées au cours des 5 dernières années et comparant l'AAS avec un placebo chez des femmes enceintes présentant un risque de prééclampsie à divers degrés¹⁻⁷. La prise d'AAS a été habituellement amorcée à environ 12 à 28 semaines de grossesse et s'est poursuivie jusqu'à l'accouchement. Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
 - Issues maternelles :
 - Prééclampsie : 5 revues systématiques (de 16 à 60 ECR)¹⁻⁵ :

- De 4,5 à 9,6 % contre de 5,8 à 11,8 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST) : de 31 à 72.
- Décollement placentaire : 3 revues systématiques (de 9 à 29 ECR)^{1,3,4} :
 - De 0,9 à 1,3 % contre de 0,7 à 1,2 % (placebo) (aucune différence statistique).
- Hémorragie postpartum (perte sanguine > 500 à 1 000 mL) : 4 revues systématiques (de 9 à 19 ECR)^{1,3,4,6} :
 - De 3,7 à 15,2 % contre de 3,3 à 14,3 % (placebo), nombre nécessaire pour nuire (NNN) : de 97 à 239 (aucune différence statistique selon une des quatre revues systématiques)⁴.
- Issues fœtales :
 - Mort périnatale : 3 revues systématiques (de 11 à 52 ECR)^{1,3,4} :
 - De 2,1 à 3,1 % contre de 2,7 à 3,5 % (placebo), NST : de 179 à 239.
 - Prématurité : 2 revues systématiques présentant des données exhaustives (de 18 à 47 ECR)^{1,3} :
 - De 15,9 à 16,6 % contre de 17,5 à 18,5 % (placebo), NST : de 54 à 64.
 - Saignement intracrânien fœtal : 1 revue systématique (6 ECR)⁴ :
 - Aucune différence statistique.
- Limites : Les définitions des patientes à risque de prééclampsie sont incohérentes. Les issues maternelles graves (p. ex., l'éclampsie et le décès) sont rarement signalées. Certains ECR de grande envergure ne sont pas inclus dans toutes les revues systématiques.

CONTEXTE

- Il n'y a pas de différence selon la posologie quotidienne lorsqu'elle se situe entre 50 et 150 mg^{1,3-5,7}.
- Une amorce plus précoce (moins de 16 à 20 semaines) est susceptible d'améliorer les bienfaits liés à la prééclampsie selon des analyses de sous-groupes. Il n'y a pas de tendances constantes relativement à d'autres issues^{1-4,7}.
- La sensibilité des facteurs de risque clinique est inférieure à 40 % lorsqu'il s'agit de prédire la prééclampsie⁸.
- Les directives varient :
 - Liste partielle des recommandations communes des directives au sujet de l'AAS :
 - N'importe quel facteur de risque élevé (p. ex., des antécédents de prééclampsie, l'hypertension chronique, une néphropathie, une maladie auto-immune, le diabète) ou
 - Au moins 2 facteurs de risque modéré (p. ex., la nulliparité, un âge supérieur à 35 à 40 ans, des antécédents d'issues de grossesse indésirables).
 - Directive canadienne : de 81 à 162 mg d'AAS par jour, de préférence avant 16 semaines de grossesse et jusqu'à 36 semaines de grossesse⁸.
 - Directive américaine : prise de 81 mg d'AAS par jour amorcée entre 12 et 28 semaines de grossesse (idéalement avant 16 semaines) et poursuivie jusqu'à l'accouchement.

RÉFÉRENCES

AUTEURS

1. Duley L, Meher S, Hunter KE, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2019: CD004659.
2. Wang Y, Guo X, Obore N, et al. Front Cardiovasc Med. 2022;9:936560.
3. Choi YJ, Shin S. Am J Prev Med. 2021;61(1):e31-e45.
4. Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, et al. JAMA. 2021;326(12):1192-1206.
5. van Doorn R, Mukhtarova N, Flyke IP, et al. PLoS One. 2021;16(3):e0247782.
6. Jiang Y, Chen Z, Chen Y, et al. Am J Obstet Gynecol MFM 2023;5:100878.
7. Turner JM, Robertson NT, Hartel G, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020;55(2):157-169.
8. Magee LA, Smith GN, Bloch C, et al. J Obstet Gynaecol Can. 2022;44(5):572-597.e1.
9. ACOG Committee. Obstet Gynecol. 2018;132(1):254-256.

Brianne Desrochers,
candidate au Pharm.D.,
Sasha Katwaroo, candidate au
Pharm.D., **Karen Toews**, MD,
CCMF, **Jamie Falk**, Pharm.D.

*Les auteurs n'ont aucun conflit
d'intérêts à déclarer.*

OUTILS DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.