



HAL
open science

Analgésie obstétricale chez les patientes atteintes de la sclérose en plaques

Samia Aggoune

► **To cite this version:**

Samia Aggoune. Analgésie obstétricale chez les patientes atteintes de la sclérose en plaques. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01885622

HAL Id: hal-01885622

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01885622>

Submitted on 2 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

ANALGESIE OBSTETRICALE CHEZ LES
PATIENTES ATTEINTES DE LA
SCLEROSE EN PLAQUES

Mémoire présenté et soutenu par

Samia AGGOUNE

Promotion 2006-2010

REMERCIEMENTS

A Madame CRESSON, sage femme,
Directrice de l'école de Sages-femmes

A Madame le Docteur LANOTTE,
Maître de mémoire

A Monsieur BOUIN, sage femme,
Enseignant référent du mémoire

Aux membres du jury qui ont accepté de lire ce mémoire

Aux mères, pour leur gentillesse et leur disponibilité

A ma maman, mes frères et sœurs, pour leur aide, leur patience, et leur soutien

A mon papa là-haut, grâce à qui j'ai pu mener mes études

A toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
Sommaire	3
GLOSSAIRE	6
Introduction	7
Données sur la Sclérose en Plaques	10
1. Généralités	10
2. Définition de la SEP	10
3. Epidémiologie (Annexe 1)	11
4. Hypothèses étiologiques	12
4.1. Facteur environnemental.....	12
4.2. Facteur génétique	13
4.3. Facteur immunologique (ANNEXE 2)	14
4.4. Facteur viral	14
5. Du symptôme au diagnostic : de la clinique à l'imagerie	15
5.1. Symptomatologies.....	16
[17] ; [18] ; [19] ; [20] ; [34].....	16
5.1.1. Les troubles moteurs	16
5.1.2. Les troubles sensitifs	17
5.1.3. Les signes cérébelleux	17
5.1.4. Les troubles visuels	18
5.1.5. Symptômes vestibulaires.....	18
5.1.6. Troubles génito-sphinctériens	19
5.1.7. Les troubles cognitifs	19
5.1.8. Les troubles psychiques	19
5.1.9. Les autres manifestations de la SEP	19
5.2. Diagnostic	20
6. Classification et Evolutions de la SEP	22
7. Pronostic de la SEP	24
8. Traitement de la SEP	25
8.1. Traitement des poussées.....	25
8.2. Traitement de fond	25
8.2.1. Les immunomodulateurs.....	26
8.2.2. Les immunosuppresseurs	26
8.3. Traitements symptomatiques	27
8.3.1. Traitement de la spasticité des membres.....	27

8.3.2.	Traitement de la fatigue	27
8.3.3.	Traitement de la dépression	28
8.3.4.	Traitement des troubles urinaires	28
8.3.5.	Rééducation fonctionnelle.....	28
9.	SEP et grossesse.....	28
	Etude rétrospective	31
1.	METHODOLOGIE	31
1.1.	Problématique	31
1.2.	Objectifs	32
1.3.	Formulation des hypothèses	32
1.4.	Stratégie de recherche	33
1.5.	Population concernée et lieux de l'étude	34
1.6.	Durée de l'étude	34
2.	PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
2.1.	Présentation de la population	35
2.1.1.	Age de la population étudiée.....	35
2.1.2.	Antécédents obstétricaux	35
2.2.	Histoire de la maladie	37
2.2.1.	Age du début de la SEP.....	37
2.2.2.	Moment de découverte de la maladie par rapport à la grossesse	37
2.2.3.	Etat neurologique des patientes avant la dernière grossesse.....	37
2.2.4.	Traitement de fond avant la grossesse	38
2.3.	Déroulement de la dernière grossesse et de l'accouchement.....	39
2.3.1.	Evolution sur le plan neurologique	39
2.3.2.	Déroulement sur le plan obstétrical.....	40
2.3.3.	Le nouveau-né à la naissance	43
2.4.	Post partum	44
2.5.	Vécu des patientes.....	45
2.5.1.	Présentation des patientes	45
2.5.2.	Informations reçues concernant la SEP et la grossesse.....	46
2.5.3.	Vécu de la grossesse.....	46
	DISCUSSION	50
1.	Retentissement de la SEP sur la grossesse	50
1.1.	Epidémiologie	50
1.2.	Déroulement de la grossesse	51
1.3.	Travail et accouchement	51
1.4.	Le nouveau-né.....	52
1.5.	L'allaitement	52
2.	influence de la grossesse sur la sep	53
2.1.	Evolution de la SEP pendant la grossesse.....	53
2.2.	Traitements pendant la grossesse	54
2.3.	Evolution de la SEP pendant le post-partum.....	55
2.4.	Pronostic de la maladie après l'accouchement.....	56
2.5.	Constats et perspectives concernant l'information	56
3.	INFLUENCE DE L'ANESTHESIE SUR LA SEP	57
3.1.	Ce que disent les études	57

3.2.	Mécanismes d'action.....	58
3.3.	Chez une femme enceinte, quel type d'anesthésie est à préconiser ?.....	60
3.3.1.	Anesthésie générale [3].....	60
3.3.2.	Anesthésie locorégionale (ALR).....	60
3.4.	Notre étude.....	62
	Rôle de la sage-femme.....	64
1.	Le suivi de la grossesse.....	64
2.	La preparation a la naissance	66
3.	Le travail et l'accouchement	66
3.1.	L'ACCOUCHEMENT.....	66
3.2.	L'ANALGESIE PERIDURALE.....	67
4.	POST-PARTUM	68
4.1.	Risques neurologiques et prévention de la fatigue.....	68
4.2.	L'allaitement	69
4.3.	Le retour à domicile	69
	ASPECT SOCIAL.....	71
	Points importants	73
	Conclusion.....	75
	Bibliographie	77
	TABLE DES MATIERES	80
	ANNEXE 1.....	83
	annexe 2.....	2
	annexe 3.....	3
	Annexe 4.....	4
	annexe 5 :	5
	ANNEXE 6 :	8
	items abordées pour mon étude	Erreur ! Signet non défini.
	ANNEXE 7.....	11
	Adresse et numéros utiles :.....	Erreur ! Signet non défini.
	RESUME.....	12

GLOSSAIRE

- **SEP** Sclérose En Plaques
- **APD** Analgésie péridurale
- **USA** United States of America
- **IRM** Imagerie par résonance magnétique
- **SNP** Système nerveux périphérique
- **SNC** Système nerveux central
- **PMI** Protection maternelle et infantile
- **LORSEP** Réseau Lorrain pour la prise en charge de la sclérose en plaques
- **EDSS** Echelle de cotations des handicaps dans la SEP
- **MAP** menace d'accouchement prématuré
- **RCIU** retard de croissance intra utérin
- **IV** Intraveineux
- **PRIMS** Pregnancy in Multiple Sclerosis

Introduction

La sclérose en plaques (SEP) touche plus de 60000 personnes en France. Elle est la plus commune des maladies neurologiques de l'adulte jeune. Elle existait déjà au XIXème siècle, mais il faudra attendre 1868 pour que le Docteur Jean Martin Charcot fasse une description claire et précise des lésions observées.

Il s'agit d'une maladie démyélinisante du système nerveux central. Elle touche deux fois plus de femmes que d'hommes, en général entre 20 et 40 ans, un âge où la vie permet de réaliser encore beaucoup de projets et en particulier celui d'avoir des enfants.

Depuis seulement quelques années la grossesse est « autorisée » chez ces femmes par leurs neurologues. Ensuite, on a contre-indiqué l'analgésie péridurale chez ces patientes, car elle avait la réputation d'aggraver la maladie.

En effet, lors d'un de mes stages, j'ai été amenée à prendre en charge une parturiente atteinte de SEP. Celle-ci souhaitait l'analgésie péridurale et la question était posée : l'APD est-elle possible malgré la SEP ?

Du fait de la très grande variabilité clinique et évolutive de la SEP, il semble important de discuter des effets de l'anesthésie sur la symptomatologie et l'évolution de la maladie. Existe-t-il un risque d'exacerbation de la maladie après une anesthésie ? Comment peut-on appréhender la grossesse chez une femme atteinte de SEP ? Quel risque cette pathologie fait-elle encourir à la femme ou à la grossesse ? Quelle est le rôle de la sage-femme ?

Afin de répondre à ces questions, il m'a paru important d'approfondir les interactions entre la SEP et la grossesse, et d'identifier les attentes des femmes concernées dans le but d'optimiser la prise en charge de la part du personnel soignant.

J'ai tenté de répondre à mes interrogations dans les trois parties qui constituent mon mémoire :

- Une première partie nous apportera de plus amples renseignements sur la SEP car c'est une maladie qui est finalement peu connue.
- Puis l'enquête réalisée permettant d'étudier les relations SEP, grossesse, anesthésie.
- Enfin, nous analyserons les résultats que nous comparerons avec la littérature. Nous ferons des propositions visant à améliorer la prise en charge des gestantes et des accouchés atteints de sclérose en plaques. Nous évoquerons le rôle de la sage-femme auprès de ces femmes.

GENERALITES SUR LA SCLEROSE EN PLAQUES

Données sur la Sclérose en Plaques

1. GENERALITES

La sclérose en plaques est une maladie fréquente du système nerveux central qui affecte les adultes jeunes. En Lorraine, la prévalence est de 120/100000. Elle est la première cause non traumatique de handicap sévère acquis du sujet jeune.

En effet, son évolution prolongée sur des dizaines d'années, peut entraîner au fil du temps des déficits de plus en plus invalidants.

Bien que décrite au siècle dernier, c'est une des plus mystérieuses des maladies du système nerveux.

L'âge moyen de début de la maladie est de 30 ans et 80% des cas débutent entre 20 et 40 ans. Ce sont des femmes jeunes en âge de procréer qui sont le plus touchées [4]. En effet, c'est une maladie de prédominance féminine : environ deux femmes pour un homme sont atteintes de la SEP.

La SEP évolue par poussées plus ou moins régressives. Autrefois, le diagnostic était long à établir car on attendait une deuxième poussée dans un territoire différent.

Aujourd'hui grâce à l'IRM, il n'est plus que de quelques mois.

2. DEFINITION DE LA SEP

La SEP est une maladie auto-immune chronique du système nerveux central (SNC) qui provoque l'inflammation responsable d'une atteinte de la myéline et la dégénérescence des cellules nerveuses, par le biais de la destruction de l'axone. Elle se caractérise par la destruction de la myéline : la démyélinisation. Cette gaine protectrice

qui enveloppe les nerfs est indispensable aux neurones pour la transmission des signaux électriques dans le cerveau

Ainsi, cette inflammation entraîne une difficulté de conduction de l'influx nerveux au sein des axones, ce qui explique les signes de la maladie.

Le terme de « plaques » représente les lésions de SEP observées au niveau du cerveau ou de la moelle, qui apparaissent comme des zones brunâtres résultant de l'inflammation et des mécanismes de réparation (remyélinisation). Ces lésions sont rarement isolées, le plus souvent multiples. Ceci explique la diversité des signes cliniques.

La SEP fait partie des maladies auto-immunes.

Elle est caractérisée par trois processus lésionnels : l'inflammation, la démyélinisation et la dégénérescence axonale et cellulaire.

En 1868, le docteur Charcot donne une définition anatomique de la SEP : « ce sont des plaques arrondies, disséminées dans la substance blanche du SNC et d'âges différents. Les plus anciennes sclérosent le tissu nerveux alors que les plus jeunes sont d'abord caractérisées par un infiltrat inflammatoire et un œdème accompagne la désintégration active des gaines de myéline. ; Rarement une remyélinisation est possible sur le site de dégénérescence ».

Ces plaques sont disséminées dans le système nerveux central, pouvant toucher n'importe quel secteur de la substance blanche, mais avec des sites de prédilection : tronc cérébral, zones péri ventriculaires.

3. EPIDEMIOLOGIE (ANNEXE 1)

La répartition géographique de la Sclérose en plaques est inégale, avec une différence entre le Nord et le Sud des hémisphères. La prévalence croît dans chaque hémisphère, lorsqu'on s'éloigne de l'équateur vers les pôles.

En effet, on distingue ;

- **une zone de forte prévalence** où les taux sont supérieurs à 30 pour 100.000 habitants : il s'agit des pays industrialisés du Nord de l'Europe (dont la France fait partie), de l'Amérique du nord et le Sud Est de l'Australie ;
- **une zone de moyenne prévalence**, entre 5 et 30 pour 100.000 habitants ; correspondant à l'Europe Centrale, de l'Ouest et le centre des Etats-Unis ;
- **une zone de basse prévalence**, inférieur à 5 pour 100.000 habitants où on répertorie les pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud.

Cependant, ces différences de prévalence doivent être nuancées : Le Japon, par exemple, dont l'extension Nord-Sud équivaut à celle des U.S.A, est uniformément en basse prévalence.

La SEP est presque inconnue chez certaines populations comme les Inuits, les Tsiganes roumains, les Lapons norvégiens ou les Aborigènes d'Australie.

En France, le nombre de malades est estimé à environ 60.000, soit 1/1000 habitants et la prévalence varie selon les régions entre 30 et 100 pour 100.000 habitants. La densité est un peu plus forte dans les régions du Nord et de l'Est, sans que cela ne soit expliqué. Chaque année, 3000 nouveaux cas se déclarent. [14]

4. HYPOTHESES ETIOLOGIQUES

La cause exacte de la sclérose en plaques reste encore inconnue. Toutefois, il est très probable que cette maladie soit d'origine multifactorielle dont voici les différents facteurs :

4.1. Facteur environnemental

Les données épidémiologiques et la répartition géographique de la maladie que nous avons détaillée précédemment, mettent en évidence un facteur climatique.

Cependant, il existe d'autres facteurs influençant comme l'ethnie et les phénomènes migratoires.

Certaines études de migration de populations ont montré que, lorsqu'un sujet émigrerait d'un pays d'origine vers un pays d'accueil avant l'âge adolescent, il avait le risque de déclarer une SEP du pays d'accueil. Par contre, lorsqu'il émigrerait après l'adolescence, il gardait le risque de faire une SEP de son pays d'origine.

4.2. Facteur génétique

Plusieurs éléments nous amènent à soutenir cet argument :

Il existe une faible prévalence de la SEP chez les Japonais ; elle est très rare chez les Noirs Américains au Nord comme au Sud des USA.

Le risque relatif d'un individu, ayant un parent au premier degré atteint de SEP, est 20 à 40 fois celui de la population générale, pour laquelle la prévalence est de 0.1 %.

Des études ont mis en évidence des régions chromosomiques contenant de multiples gènes favorisant la survenue de la maladie : gènes de susceptibilité. Mais leur identification reste difficile et leur seule présence ne peut être le facteur déclenchant de la maladie ainsi ils ne sont pas les seuls responsables.

En effet, selon une étude canadienne, chez les jumeaux dizygotes, lorsqu'un des jumeaux est atteint de SEP, la maladie est présente chez l'autre jumeau dans 2% des cas (comme tous les germains) et chez les monozygotes dans 40% des cas.

En outre, le risque pour une patiente atteinte de SEP de transmettre sa maladie à son enfant est très faible.

Ainsi, il est classique de dire que la SEP n'est pas une maladie familiale ou héréditaire même si dans 5% à 10 % des cas, plusieurs membres d'une même famille sont atteints [34].

4.3. Facteur immunologique (ANNEXE 2)

Le système immunitaire intervient certainement dans la SEP car de nombreuses anomalies dysimmunitaires ont été décrites chez les patients atteints de la SEP.

En effet, la maladie présente un infiltrat inflammatoire d'origine lymphocytaire au niveau des lésions précoces de la myéline. Ces foyers inflammatoires sont formés de différentes catégories de cellules immunitaires actives contre la myéline :

- les lymphocytes passent anormalement la barrière hématoencéphalique (normalement imperméable à ces cellules), et les lymphocytes T produisent des cytokines qui activent les macrophages ;
- les macrophages ainsi activés attaquent la myéline.

On note une synthèse locale dans le liquide céphalorachidien d'anticorps (immunoglobulines G) qui sont répartis en bandes oligoclonales à l'électrophorèse. Cette répartition traduit une hyperactivité des cellules productrices d'anticorps, les plasmocytes. En effet, les lymphocytes B activés deviennent des plasmocytes qui sécrètent des anticorps spécifiques attaquant la myéline.

Certains allèles présents sur les antigènes d'histocompatibilité HLAII activent excessivement ces cellules immunitaires et seraient ainsi responsables ou associés à une susceptibilité plus grande à la SEP.

Enfin, on note une efficacité des traitements immunosuppresseurs et immunomodulateurs.

4.4. Facteur viral

Les scientifiques ont longtemps cherché un agent infectieux qui pourrait provoquer la SEP. De nombreux virus ont été soupçonnés tels que le virus rubéolique, rougeole, herpès, rage, etc.

En effet, l'hypothèse d'un agent infectieux s'appuie sur l'existence de certains modèles animaux où des virus sont à l'origine de maladies similaires à la SEP, ainsi que sur des similitudes cliniques avec des maladies neurologiques humaines formellement

liées à un virus. Au fur et à mesure de la découverte de nouvelles familles de virus, le nombre de virus suspectés augmente, mais aucun n'a été identifié avec certitude. On suppose que certains éléments de l'enveloppe du virus partageraient des similarités avec la myéline et seraient reconnus à tort comme étrangers par le système immunitaire (théorie du mimétisme moléculaire). Mais, il ne s'agit que d'une possibilité. On pense d'ailleurs que ces différents virus pourraient, en réalité, déclencher cette réaction auto-immune dès lors qu'ils interviennent dans un organisme prédisposé.

Récemment, le vaccin de l'hépatite B a été soupçonné d'avoir contribué au développement de la SEP ou à l'aggravation de la maladie chez certaines personnes, mais aucun lien n'a été révélé à ce jour. En effet, aucune étude scientifique n'a démontré une augmentation du risque de SEP après vaccination contre l'hépatite B chez les apparentés des familles de malades atteints de SEP [34].

5. DU SYMPTOME AU DIAGNOSTIC : DE LA CLINIQUE A L'IMAGERIE

Les symptômes varient selon le nombre, la localisation et l'évolution des plaques.

En effet, dans un premier temps, l'atteinte de la gaine de myéline est généralement légère. Ainsi la conduction de l'influx nerveux est ralentie et perturbée.

Une remyélinisation plus ou moins complète est possible, s'accompagnant d'une cicatrisation. Elle explique la récupération clinique après une poussée (handicap réversible).

La démyélinisation peut s'aggraver entraînant un fort ralentissement de la conduction de l'influx nerveux. Au fil du temps, il peut se produire une atteinte et une destruction de l'axone lui-même, expliquant les séquelles après les poussées (handicap irréversibles).

5.1. Symptomatologies

[17] ; [18] ; [19] ; [20] ; [34]

Les symptômes et les signes de début sont différents d'un sujet à un autre et sont variables dans le temps chez une même personne. Les plus fréquents sont les troubles moteurs après 40 ans et les troubles sensitifs avant 40 ans, suivis des troubles visuels. Plus rarement la maladie commence par des troubles de l'équilibre et de la coordination des mouvements, des troubles génitosphinctériens, une constipation.

Parallèlement à ces troubles neurologiques, des signes généraux (fatigue extrême et inhabituelle, troubles de la mémoire ou de la concentration, épisodes dépressifs) sont souvent présents dès le début de la maladie

Ces symptômes peuvent être soit isolés soit associés entre eux. Ils surviennent en quelques heures ou quelques jours sans facteur favorisant évident pour disparaître totalement ou partiellement en quelques semaines. C'est ce que l'on appelle une poussée.

En effet, une poussée se définit comme un événement neurologique correspondant à l'apparition de nouveaux signes ou l'aggravation de signes et symptômes préexistants durant au moins 24h et à distance d'un épisode fébrile ou d'un effort physique [34].

Il existe des « pseudos poussés » qui se manifestent comme des poussées authentiques mais correspondent à une réapparition de signes neurologiques anciens favorisés par de la fièvre, une température corporelle excessive, une infection urinaire, une plaie, une mycose, etc.

5.1.1. Les troubles moteurs

Ils sont les plus fréquents (40%) et marquent souvent le début de la maladie.

Ils se traduisent par une fatigabilité et une faiblesse musculaire qui peut s'accompagner d'un phénomène de spasticité ou raideur des membres, surtout les membres inférieurs.

Parfois ces troubles évoluent vers la perte de la motilité d'un ou plusieurs membres allant rarement jusqu'à la paraplégie brutale sensitivomotrice.

L'atteinte pyramidale peut se traduire par une simple exagération des réflexes ostéo-tendineux, un signe de Babinski ou de Hoffman positif et une abolition des réflexes cutanés abdominaux. Ces symptômes persistent souvent en dehors des poussées.

5.1.2. Les troubles sensitifs

Ils inaugurent la maladie dans 25 à 30% des cas. Il s'agit de paresthésies au niveau d'un membre, de la face ou du tronc. Elles se manifestent par des sensations de picotements, d'engourdissements, de fourmillements ou de brûlures...Les sensations thermiques, douloureuses ou tactiles sont modifiées.

On note une ataxie proprioceptive : la sensibilité profonde, qui permet de connaître la position de nos membres quand nous fermons les yeux par exemple, est modifiée.

Le signe de Lhermitte est évocateur mais est rarement le premier signe de la maladie. Il s'agit de sensations de décharges électriques le long de la colonne vertébrale, déclenchées par la flexion de la nuque en avant. Il est dû à une atteinte des cordons postérieurs de la moelle où se situent les fibres sensitives.

5.1.3. Les signes cérébelleux

Ils correspondent à des troubles de la coordination des mouvements : maladresse, manque d'équilibre, démarche instable, vertiges.

On retrouve également des tremblements qui peuvent devenir très invalidants puisqu'ils peuvent rendre l'usage des mains impossible. Les troubles de la voix et de l'écriture caractérisent les SEP évoluées.

Ces signes sont rarement révélateurs s'ils sont isolés. Ils régressent rarement et s'accroissent au cours des années.

5.1.4. Les troubles visuels

a) Neuropathie optique : névrite optique rétro-bulbaire

Cette neuropathie révèle la maladie dans 20 à 25% des cas. Le nerf optique est atteint ce qui provoque une baisse de la vision uni ou bilatérale (en quelques heures ou quelques jours). Celle-ci se manifeste par un flou visuel, un trouble de la vision des couleurs et des contrastes. Elle évolue exceptionnellement vers la cécité.

De plus, on note une douleur lors de la mobilisation oculaire. Cela est inconstant, mais est typique de la SEP.

A l'examen ophtalmologique, au début, le fond d'œil est la plus souvent normal.

On note une séquelle fréquente, dans 50% des cas, lors du phénomène d'Uhthoff (aggravation des symptômes de la SEP, notamment ici baisse de l'acuité visuelle transitoire, lors d'une augmentation de la température corporelle après un effort physique ou lors d'un bain chaud par exemple).

b) Anomalies oculomotrices :

On trouve une diplopie, souvent liée à la paralysie du nerf VI (oculo-moteur).

De nombreux types de nystagmus s'observent au cours de la SEP, le plus fréquent est un nystagmus horizontal dans le regard latéral.

5.1.5. Symptômes vestibulaires

Il s'agit surtout de sensations de vertiges, de nausées, de vomissements et d'un nystagmus.

5.1.6. Troubles génito-sphinctériens

Les *troubles urinaires* constituent une des principales composantes de la maladie : impériosités mictionnelles, incontinence urinaire, rétention chronique d'urine (source d'infections).

La moitié des patients souffre de *troubles digestifs*. Il s'agit le plus souvent de constipation. L'incontinence fécale reste exceptionnelle.

Enfin, il existe également des *troubles sexuels* : douleurs et altérations sensitives de la région périnéale chez la femme ; difficulté d'érection chez l'homme. Certains patients peuvent également ressentir une baisse de la libido.

5.1.7. Les troubles cognitifs

On décrit des troubles de la mémoire, un manque de concentration, un défaut de d'attention, de synthèse et de flexibilité. Ces troubles sont présents chez 40% des patients et peuvent entraver la vie quotidienne et professionnelle des patients.

5.1.8. Les troubles psychiques

La dépression s'observe très souvent au moment de l'annonce du diagnostic et lors des périodes d'aggravation de la maladie. En effet, dans les SEP évoluées, il peut exister une certaine labilité émotionnelle, des phases d'euphories alternant avec des phases dépressives. A ceux-ci s'ajoutent les troubles du sommeil (insomnie ou excès de sommeil).[9]

5.1.9. Les autres manifestations de la SEP

a) La fatigue

Dans la moitié des cas, c'est le premier signe de la maladie ; 80% des patients en souffrent quotidiennement. Cette fatigue est due à la maladie elle-même, mais également elle est la conséquence de la dépression et du handicap [8] ; [9].

b) La douleur

Le plus souvent il s'agit de douleurs dites « neurogènes » qui surviennent au cours ou en dehors des poussées. Elles sont de tous types : dysesthésies, hyper esthésies. Elles se traduisent en effet par des fourmillements, des brûlures ou des décharges électriques pendant les poussées. Ces douleurs peuvent être chroniques et d'intensité variable. Les douleurs dites « secondaires » sont plus rares et sont une conséquence indirecte de la maladie. Il s'agit alors de douleurs mécaniques qui se traduisent par des contractures musculaires, crampes. A très long terme, dans les SEP très évoluées, on retrouve des déformations articulaires.

Les céphalées sont très fréquentes.

c) Manifestations paroxystiques

Elles correspondent à des crises toniques des membres : spasmes douloureux et brefs, raideur musculaire, liée au syndrome pyramidal. On note également des démangeaisons localisées et intenses, des douleurs en éclair, notamment au niveau du visage, (névralgie faciale) et une dysarthrie.

d) Manifestations épileptiques

Les crises sont rares et sont le plus souvent généralisées que partielles. Elles sont la conséquence de la présence de plaques situées près du cortex cérébral ; ces plaques seraient responsables d'une excitation des neurones du cortex qui se propagerait à l'ensemble du cerveau.

5.2. Diagnostic

Les critères diagnostiques utilisés aujourd'hui ont été proposés, puis validés par un groupe de neurologues experts internationaux en 2005. Ces critères reposent sur des éléments cliniques, sur des éléments fournis par l'IRM, et, parfois, sur des éléments biologiques (analyses du liquide céphalorachidien) ou sur des éléments d'étude de la conduction nerveuse (les potentiels évoqués visuels).

Le diagnostic de SEP repose sur :

- la preuve de la « dissémination des lésions dans le temps » : l'histoire clinique de la maladie se caractérise par au moins deux épisodes distincts.
- la preuve de la « dissémination des lésions dans l'espace » : les manifestations de la maladie doivent pouvoir être rapportées à au moins deux lésions distinctes du système nerveux.
- l'exclusion d'un autre diagnostic.

Ainsi, pour mettre en évidence cette dissémination temporo-spatiale, les **données de l'interrogatoire et de l'examen clinique** sont essentielles.

L'Imagerie par Résonance Magnétique (ANNEXE 3) permet de visualiser les plaques de démyélinisation et d'accélérer ainsi cette quête de la dissémination. Ces plaques d'inflammation autrement dit, ces lésions apparaissent comme des tâches blanches (hypersignaux) ou noires (hyposignaux) selon les paramètres utilisés lors de l'IRM. Elles peuvent être nombreuses, même si le malade a peu de signes cliniques.

L'analyse du liquide céphalorachidien recueilli par ponction lombaire met en évidence une synthèse locale d'IgG. En effet, dans la SEP, il existe une inflammation locale comme en atteste la présence de bandes oligoclonales des gammaglobulines ou de synthèse d'immunoglobulines. En effet, l'index d'igG qui compare le taux du LCR avec le taux sanguin est supérieur à 0.70.

Enfin, la mesure **des potentiels évoqués**, visuels (PEV), auditifs, somesthésiques, moteurs, permet d'étudier la qualité de la conduction de l'influx électrique le long des voies nerveuses. Dans le cas d'une SEP, on observe surtout un ralentissement de la transmission de cet influx dans les nerfs optiques. Ainsi, le PEV est le seul potentiel évoqué qui puisse contribuer au diagnostic de la SEP d'après les critères de Mc Donald et ce, dans le cas où l'IRM et l'analyse du LCR n'apportent pas suffisamment d'arguments diagnostics.

Pendant une dizaine d'années, ce sont les critères de Paty (Paty et al. ,1988) et à un moindre degré, de Fazekas (Fazekas et al., 1988) qui ont été utilisés. Actuellement,

suivant les recommandations d'un comité d'experts datant de 2001 (McDonalds et al., 2001), ce sont les critères de Barkhof (Barkhof et al., 1997) qui doivent être utilisés. Depuis 2001, les critères de McDonald font référence dans le diagnostic de la SEP. En 2005, ces critères ont été révisés par Polman (Polman et al., 2005), surtout dans un but de simplification et de facilitation de la démarche diagnostique, tout en maintenant la sensibilité et la spécificité de critères développés par McDonald. Les résultats de l'IRM médullaire sont intégrés à la démarche diagnostique depuis 2001.

L'objectif de ces critères est de valider la dissémination temporelle et spatiale. Ils combinent à la fois des événements clinique (les poussées) et l'examen clinique, mais également l'IRM et, à un moindre degré, la ponction lombaire ainsi que les potentiels évoqués visuels. L'existence de ces critères permet d'affirmer avec certitude le diagnostic de sclérose en plaques et guide le neurologue dans son choix thérapeutiques.

6. CLASSIFICATION ET EVOLUTIONS DE LA SEP

Habituellement, la SEP évolue par poussées.

Une poussée est définie par l'apparition d'un symptôme nouveau ou par l'exacerbation d'un signe préexistant durant plus de 24 heures et à plus d'un mois de la dernière poussée. La récupération est plus ou moins rapide : de 15 jours à 3 semaines en moyenne.

Une période de rémission est une période de stabilisation des symptômes pendant au moins un mois.

On décrit quatre formes évolutives (ANNEXE 4) :

- **Les formes rémittentes récurrentes** : il s'agit de poussées très individualisables suivies de rémissions plus ou moins complètes et laissant ou non des séquelles. On les retrouve dans 85% des cas de SEP ;

- **Les formes secondairement progressives** : elles débutent par une forme rémittente et se poursuivent par une progression avec ou sans poussées ;
- **Les formes progressives primaires** : la maladie évolue sans poussées individualisables. On observe parfois des phases en plateau. Ces formes sont retrouvées dans 15% des cas.
- **Les formes progressives rémittentes** : elles évoluent par poussées avec une progression des symptômes entre chaque.

Facteurs d'évolutions :

Certains facteurs sont susceptibles d'influencer l'histoire de la maladie :

- **Les infections** : plusieurs études ont montré leur augmentation dans les semaines ou les jours précédant une poussée.
- **Le stress** : 75% des patients ont été confronté à un stress important dans l'année écoulée avant les premiers symptômes.
- **Les exercices physiques, la fatigue, une augmentation de la température** semblent influencer l'apparition d'une poussée. Cependant ces facteurs qui favoriseraient l'apparition d'une poussée sont encore très débattus et les experts ne sont pas d'accord, y compris pour le stress, car les études donnent des résultats contradictoires.

-

Concernant les vaccinations, de nouvelles études prouvent qu'il n'y a pas de cause à effet avec le déclenchement d'une SEP. Le vaccin contre l'hépatite B n'est pas contre-indiqué, mais la prudence s'impose en raison de la susceptibilité génétique : il faut que le patient sache que s'il développe la SEP, ce n'est pas à cause du vaccin, mais parce qu'il est d'une famille de SEP.

7. PRONOSTIC DE LA SEP

L'évolution dans le temps et l'expression de la maladie sont très variables d'un patient à l'autre, ainsi que chez un même patient. C'est pourquoi il est difficile de porter un pronostic sur cette évolution.

On parle de SEP bénigne lorsque les patients ne présentent pas d'handicap dans leur vie quotidienne, après 15 ou 20 ans d'évolution de la maladie : 15% à 15 ans à 20% à 20 ans selon les études

Les critères de mauvais pronostic sont les suivants :

- intervalle court entre deux poussées ;
- âge du début de la maladie supérieure à 40 ans,
- forme progressive d'emblée ;
- prédominance des signes moteurs (cérébelleuse ou sphinctérienne).
- charge lésionnelle importante à l'IRM.

Il existe une échelle de cotation du handicap selon les signes fonctionnels. Il s'agit de l'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale) d'après Kurtzke. (Annexe 5)

Elle est le principal outil de cotation clinique commun aux neurologues pour juger de l'évolution de la maladie en termes de temps et de handicap.

Elle est cotée de 0 (normal) à 10 (décès) :

- de 0 à 3.5 la déambulation est normale ;
- à partir de 4, la fonction ambulatoire est altérée ;
- à partir de 7, la patiente est confinée au fauteuil ;

L'évolution est très variable de EDSS 0 à 4. En revanche, après EDSS 4, on a l'impression que la maladie évolue pour son propre compte, et le délai d'EDSS 4 à 6 varie très peu d'une personne à l'autre.

8. TRAITEMENT DE LA SEP

Aujourd'hui, aucun traitement n'est capable d'entraîner une guérison totale et définitive de la SEP. Toutefois, le développement de nouvelles molécules a permis de modifier l'évolution de la maladie, au moins à court terme [14].

8.1. Traitement des poussées

Le traitement des poussées associe le repos aux anti-inflammatoires stéroïdiens. Ces corticoïdes sont administrés à forte dose par voie intraveineuse en 3 à 6 jours, habituellement en milieu hospitalier.

En Lorraine, un des objectifs du réseau LORSEP est de permettre la réalisation de ces bolus à domicile, ce qui a pour avantages d'être plus confortable pour le patient et de coûter moins cher à la sécurité sociale.

Un relais per os n'est pas systématique. Cette corticothérapie permet de réduire la durée et l'intensité de la poussée, mais le pronostic à long et à moyen terme ne s'en trouve pas modifié. Le corticoïde le plus utilisé est le méthylprednisolone : 3 bolus de SOLUMEDROL® de 1 g espacés de 48h.

8.2. Traitement de fond

Ce traitement a pour but de ralentir l'évolution naturelle de la maladie, c'est-à-dire réduire la fréquence des poussées, et freiner la progression du handicap. Il n'est prescrit que dans le cas de SEP diagnostiquées, évolutives et handicapantes.

Deux classes thérapeutiques contribuent à limiter la composante inflammatoire auto-immune de la maladie : les **immunomodulateurs et les immunosuppresseurs**.

8.2.1. Les immunomodulateurs

Il existe deux types d'immunomodulateurs : Les interférons et les copolymère.

Ils ont pour but de contrôler et de diminuer la réaction inflammatoire, en agissant pour les interférons sur les fonctions lymphocytaires en diminuant la réponse active, et pour les copolymère sur les mécanismes de la reconnaissance de l'antigène par les lymphocytes.

Les interférons (BETAFERON®, AVONEX®, REBIF®, EXTAVIA®) s'administrent par voie intramusculaire ou sous cutanée.

Le copolymère (COPAXONE®) : ce médicament contient l'acétate de glatiramère qui induit une tolérance vis-à-vis d'une protéine de la myéline. Il leurre le système immunitaire déviant l'attaque de la myéline du système nerveux central.

Ces médicaments permettent de réduire, en deux ans, d'environ 30% la fréquence des poussées.

Depuis 2007, le Tysabri®, anticorps monoclonal bloquant le passage des lymphocytes agressifs à travers la barrière hémato-encéphalique, est mis sur le marché. Les essais cliniques ont montré une réelle efficacité sur la réduction du taux annuel de poussée, sur l'évolution du handicap, un impact bénéfique sur la qualité de vie des patients traités et une réduction significative du nombre de lésions visibles à l'IRM. Toutefois, en raison de certains effets secondaires graves, le Tysabri® n'est pas prescrit en médicament de première intention mais plutôt proposé pour des formes très inflammatoires (agressives) de SEP ou pour les personnes chez lesquelles les interférons se sont avérés sans efficacité [34].

8.2.2. Les immunosuppresseurs

Ils sont réservés aux formes très agressives de SEP. En effet, ils agissent directement sur les cellules immunocompétentes. Du fait de leur éventuelle toxicité, au niveau rénale, hépatique et cardiaque, il est nécessaire d'avoir une surveillance très rapprochée.

Les produits ainsi utilisés sont :

- L'Azathioprine (IMUREL®) moins prescrit qu'il ya 15 ans.

- CELLCEPT : Mycophénolate Mofétil
- Le cyclophosphamide (ENDOXAN®) est réservé aux formes les plus graves, et peut provoquer une azoospermie ou une aménorrhée plus ou moins définitive comme la mitoxantrone. Mais il provoque surtout des cystites hémorragiques qui nécessitent une hyper hydratation durant la perfusion
- Le Methotrexate (très peu utilisé) et le Mitoxantrone (ELSEP®) ont un puissant effet immunosuppresseur avec un risque de leucémie, de toxicité cardiaque ainsi que pour la moelle osseuse (aplasie médullaire).

8.3. Traitements symptomatiques

Ils permettent d'améliorer la vie quotidienne des patients.

8.3.1. Traitement de la spasticité des membres

Le traitement est médical. On utilise surtout des anti-spastiques (LIORESAL®) pouvant être également prescrit en intrathécal. On utilise également des benzodiazépines à action myorelaxante (RIVOTRIL®).

8.3.2. Traitement de la fatigue

La fatigue est un symptôme très fréquent et difficile à explorer. Sa prise en charge est multiple et nécessaire tant le ralentissement sur la qualité de vie et sur le handicap est important.

L'Amandantine peut être utilisé comme traitement d'appoint.

Le Modafinil est utilisé lorsque la fatigue s'associe à une hypersomnie.

Le Lévocarnil.

Le réentraînement à l'effort.

8.3.3. Traitement de la dépression

Par des anti-dépresseurs et/ou une prise en charge psychothérapeutique.

8.3.4. Traitement des troubles urinaires

Il est nécessaire de recourir au bilan urodynamique qui identifie le type de dysfonctionnement sphinctérien. Ainsi des traitements anticholinergiques ou alphabloquants peuvent être prescrits selon le trouble.

On peut également recourir à la rééducation, notamment lorsqu'il s'agit de rétention nécessitant des auto-sondages urinaires afin d'éviter les cystites.

8.3.5. Rééducation fonctionnelle

Son but est de maintenir les capacités motrices des patients présentant des troubles gênants. La kinésithérapie est capitale surtout pour les patients pour qui il n'y a pas de traitement de fond ainsi que pour les formes évoluées.

L'ergothérapie occupe une place importante.

Tous ces médicaments sont pris en charge à 100% dans la mesure où la SEP est déclarée comme « AFFECTION DE LONGUE DUREE » (ALD)

9. SEP ET GROSSESSE

C'est parce-que cette maladie atteint les femmes jeunes en pleine période de fécondité et de désir de grossesse que l'association « SEP et grossesse » m'est apparue intéressante à étudier.

La perception par les médecins de la relation Sclérose en Plaques et grossesse a beaucoup évolué au fil du temps. Avant les années 50, la grossesse était considérée délétère pour les malades atteintes de SEP.

Puis dans les dix années suivantes, elle ne semblait plus influencer l'évolution de la maladie.

Les études plus récentes semblent dans l'ensemble plutôt rassurantes sur les relations grossesse et Sclérose en Plaques Grâce à la récente étude PRIMS (Pregnancy relapse in multiple Sclerosis) réalisée à l'échelon européen, les conséquences de la grossesse sur la maladie sont aujourd'hui bien connues. 254 patientes issues de 12 pays différents ont été étudiées pendant leur grossesse puis dans les deux ans après l'accouchement pour apprécier l'influence de la grossesse sur les poussées et le handicap.

De même, PRIMS constitue une étude précise concernant les conséquences de l'analgésie péridurale sur la SEP. Il semble que ce procédé anesthésique, confortable pour l'accouchement, n'apparaît pas présenter de risque pour la malade aussi bien en terme de poussée que d'aggravation du handicap. De façon confirmative, lorsque des patientes porteuses de SEP devaient avoir une césarienne, il n'a pas été constaté plus de complications avec une anesthésie péridurale qu'avec une anesthésie générale classique [35].

Nous allons ainsi approfondir au moyen de notre étude et de la littérature ces affirmations. Ma deuxième partie présentera les résultats de mon étude, que nous analyserons en troisième partie.

ETUDE RETROSPECTIVE

Etude rétrospective

1. METHODOLOGIE

1.1. Problématique

La sclérose en plaques a longtemps été considérée comme une contre indication à l'analgésie péridurale. De nombreuses études ont prouvé l'innocuité de celle-ci sur la maladie et son évolution.

Plusieurs interrogations émergent quant à la prise en charge des patientes atteintes de la SEP en salle d'accouchement :

Les femmes atteintes de SEP nécessitent-elles une prise en charge particulière en salle de naissance ?

Sont-elles réticentes à l'APD ? Autrement dit, ont-elles bien compris son innocuité par rapport à la maladie ? Quelles sont leurs craintes ?

Quels arguments leur donne-t-on afin de les rassurer ? Quelle serait la place de la sage femme auprès de ces femmes ?

Je tenterai de répondre à ces questions au moyen de mon étude, d'où cette problématique :

« L'analgésie péridurale est-elle pratiquée par les anesthésistes chez toutes les femmes atteintes de la SEP ? »

Ce travail aurait donc pour but de faire partager le résultat de mon étude et de sensibiliser les personnels de santé et plus particulièrement les sages femmes, afin que

les patientes porteuses de SEP bénéficient d'un accompagnement adapté, donc de qualité.

1.2. Objectifs

Les objectifs de ma recherche sont:

- de montrer les répercussions de la SEP sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement,
- de montrer les répercussions de l'APD sur la SEP,
- d'apprécier la prise en charge globale de la grossesse, l'accouchement et le post-partum, et
- d'identifier la place de la sage-femme auprès des patientes porteuses de SEP.

1.3. Formulation des hypothèses

Mes hypothèses sont :

- Le retentissement de la SEP sur la grossesse et l'accouchement sont moindre, par rapport au post-partum.
- L'APD n'aggrave pas la maladie.
- Afin de mieux vivre leur grossesse, le suivi médical est assuré par une équipe pluridisciplinaire.
- Les sages-femmes occupent une place privilégiée auprès de ces patientes étant donné leur statut médical avec un rôle essentielle en prévention, d'écoute et de dialogue.

1.4. Stratégie de recherche

J'ai mené deux études sans liens entre elles.

En effet, j'ai d'abord réalisé une étude rétrospective mono centrique et observationnelle.

J'ai réalisé un recueil des données me permettant de rechercher dans les dossiers les informations concernant le déroulement globale de la grossesse, et de l'accouchement de ces patientes atteintes de SEP ; l'histoire de leur maladie, la prise en charge de leur douleur au moment de l'accouchement, avec ou non pose de l'analgésie péridurale.

J'ai ensuite choisi de réaliser une étude qualitative, avec des entretiens téléphoniques, afin d'entrer directement en contact avec des jeunes mères atteintes de cette pathologie. Le but était de discuter de leur vécu personnel, d'apprécier la prise en charge générale de leur douleur pendant toute la durée du travail et de leur accouchement.

Cela m'a permis de relever des remarques qui permettront peut être d'améliorer la prise en charge de ces femmes en salle d'accouchement.

Pour la réalisation de ces entretiens une grille d'entretien a été utilisée abordant plusieurs items : (ANNEXE 6)

- la grossesse
- l'accouchement
- le post-partum
- leurs satisfactions
- leurs mécontentements

1.5. Population concernée et lieux de l'étude

Mes critères d'inclusions étaient des femmes ayant accouché à la maternité régionale de Nancy entre 1997 et 2008, dont la SEP fut clairement diagnostiquée avant la grossesse étudiée. J'ai pu réaliser mon étude sur 43 dossiers.

Ensuite, j'ai réalisé un stage de trois semaines auprès du réseau LORSEP (Réseau Lorrain pour la prise en charge des patients atteints de la sclérose en plaques) ; j'ai pu rencontrer des neurologues, psychologues, infirmières, assistantes sociales, secrétaires, et j'ai même participé à des consultations avec Monsieur le docteur Debouverie, neurologue et président de ce réseau. Cela m'a permis de rencontrer différents cas et de me rendre compte de la diversité des symptômes de cette pathologie et de voir également ses différents stades d'évolution.

Ainsi j'ai pu obtenir l'autorisation de contacter par téléphone 8 patientes inscrites dans ce réseau.

1.6. Durée de l'étude

L'étude a été effectuée durant les mois de septembre et octobre 2009.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

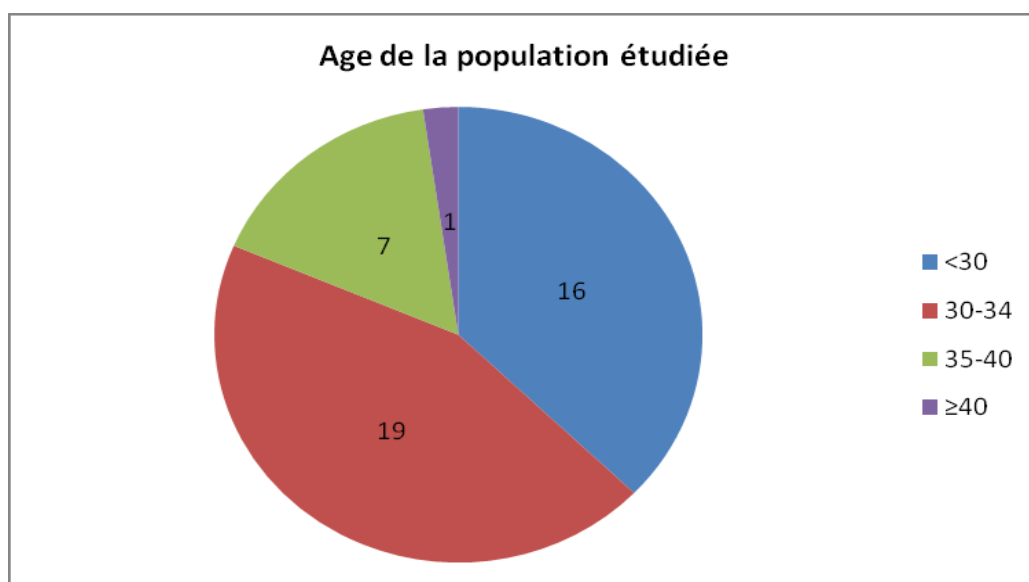
2.1. Présentation de la population

2.1.1. Age de la population étudiée

La majorité des femmes faisant partie de mon étude avaient entre 30 et 40 ans, une était âgée de 41 ans.

L'âge moyen étant de 31,1 ans.

n= 43 (n représente le nombre de cas étudiés)

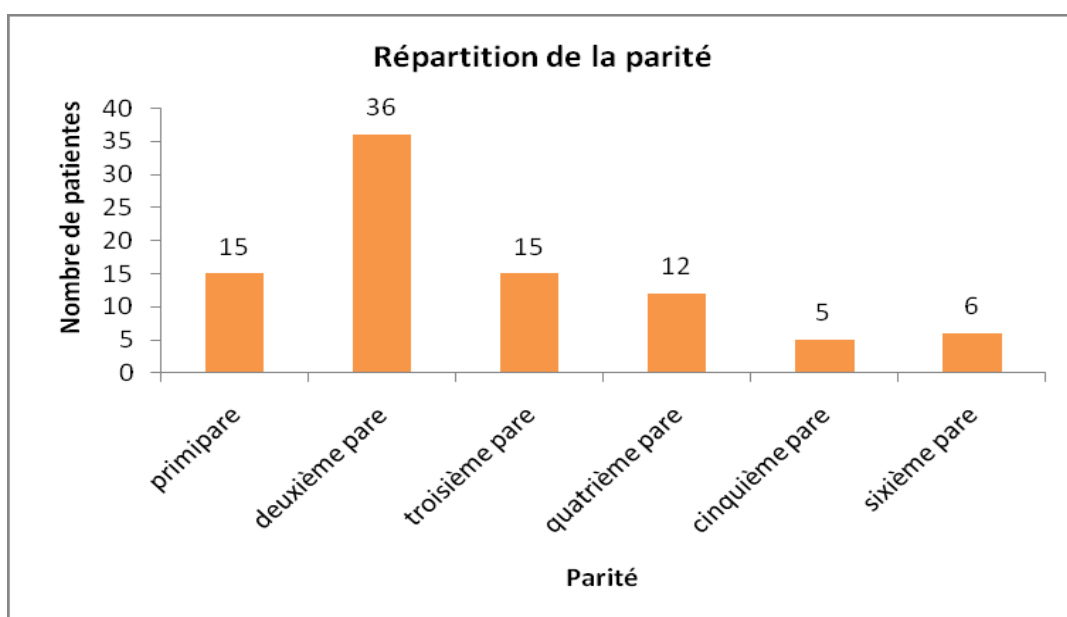
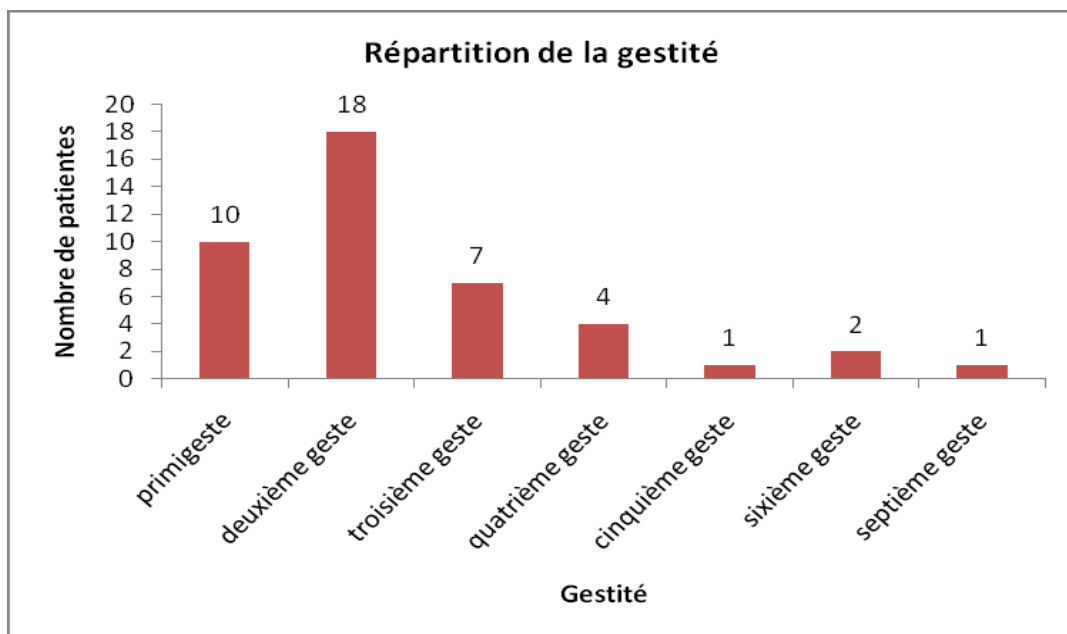


2.1.2. Antécédents obstétricaux

42% des patientes était deuxième geste et deuxième pare. Souvent le diagnostic de SEP fut porté entre deux grossesses.

Dans leurs antécédents, certaines d'entre elles ont présenté des fausses couches spontanées, 3 patientes ont eu une interruption volontaire de grossesse avant le diagnostic de SEP.

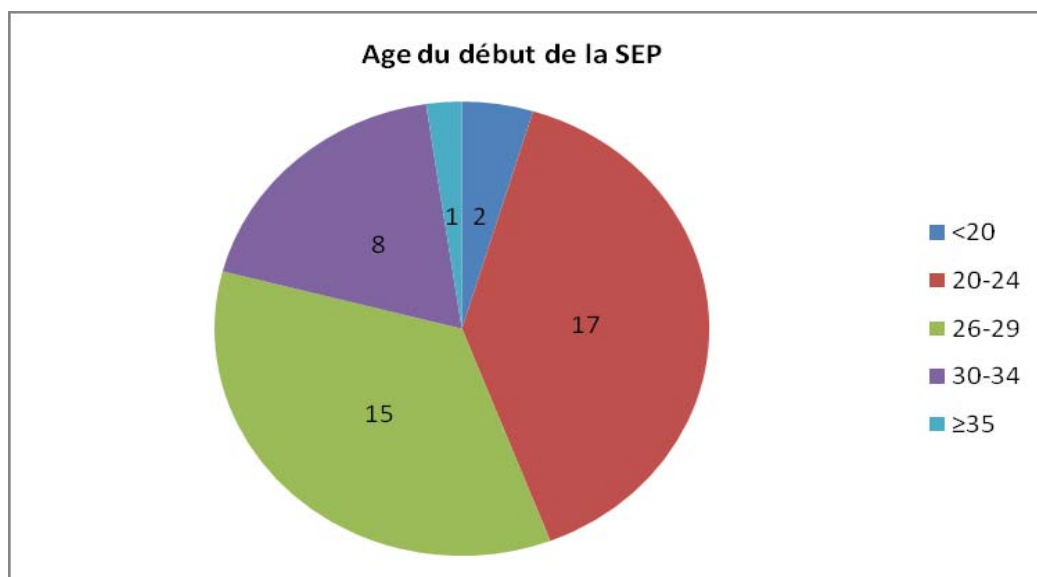
Deux patientes ont nécessité une aide médicale à la procréation pour démarrer une grossesse, le diagnostic de SEP était déjà posé.



2.2. Histoire de la maladie

2.2.1. Age du début de la SEP

L'âge des patientes variait entre 15 et 36 ans pour le début d'apparition de la SEP. L'âge moyen était de 25,5 ans.



2.2.2. Moment de découverte de la maladie par rapport à la grossesse

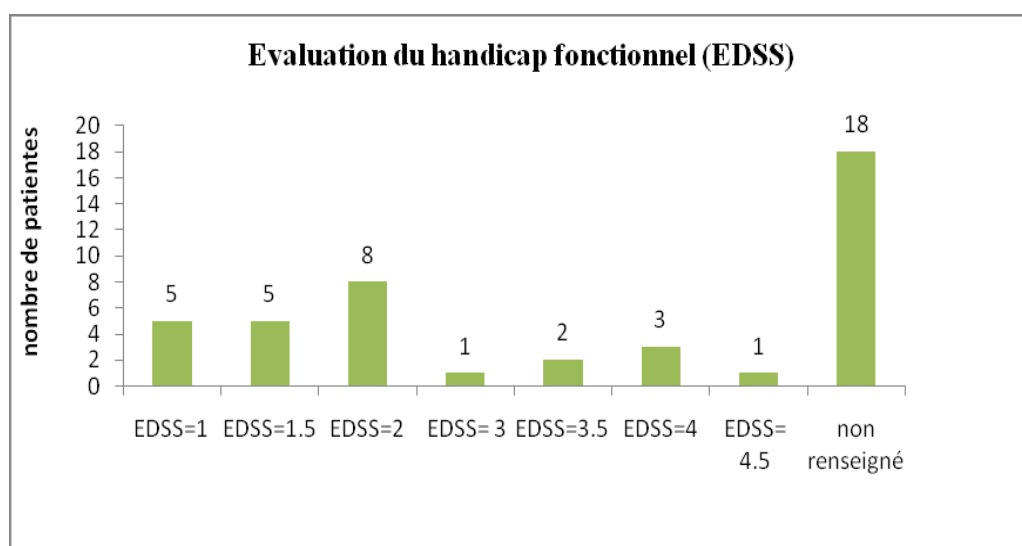
Toutes les femmes de notre étude ont débuté la grossesse étudiée (la dernière) après le début de la maladie, qu'il y est déjà ou non des enfants.

2.2.3. Etat neurologique des patientes avant la dernière grossesse

37 patientes sur 43 n'ont présenté aucune poussée dans l'année précédant la grossesse ; parmi elles, une patiente n'a pas eu de poussées depuis 10ans, avant la mise en route de cette dernière grossesse.

Les symptômes évoquant la SEP chez toutes ces patientes avaient été variés : certaines avaient des troubles sensitifs, des paresthésies au niveau des membres supérieurs et/ou inférieurs, des fourmillements, d'autres des céphalées, névrites optiques, nystagmus, baisse de l'acuité visuelle, perte de l'équilibre, des troubles urinaires, une fatigue importante, dépression, déficit attentionnel, paralysie faciale, difficulté à la marche.

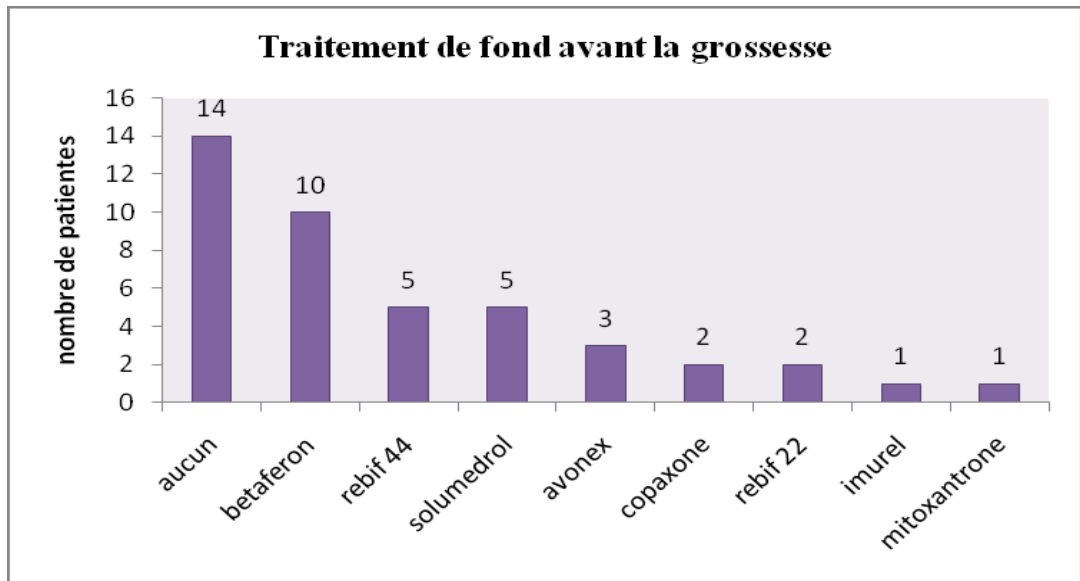
Les autres patientes avaient présenté une ou plusieurs poussées avant cette grossesse traitées par des corticoïdes : 5 patientes ont présenté une poussée dans l'année qui précède la grossesse, 2 patientes ont présenté 2 poussées dans l'année qui précède la grossesse.



Se reporter à l'annexe 5 pour les explications de cette échelle évaluant l'handicap (échelle de Kurtzke, 1983)

2.2.4. Traitement de fond avant la grossesse

On constate que 14 patientes n'avaient aucun traitement avant la grossesse. En effet, certaines d'entre elles avaient commencé un traitement de fond, qu'elles ont arrêté par auto-décision, largement avant cette grossesse ; d'autres n'ont jamais souhaité de traitements, et enfin, d'autres ne pouvaient bénéficier de traitement de fond étant donné le désir de grossesse. Ces dernières ont été revues par leur neurologue après l'accouchement pour la mise en route du traitement.



2.3. Déroulement de la dernière grossesse et de l'accouchement

2.3.1. Evolution sur le plan neurologique

6 patientes sur 43 ont connu des manifestations neurologiques pendant la grossesse.

- Une patiente a présenté au 4^{ème} mois de grossesse des épisodes de paresthésies des membres inférieurs et supérieurs et au 8^{ème} mois de grossesse une asthénie importante. Le traitement était le repos.
- Pour une autre patiente, le troisième trimestre a été marqué d'une poussée mais qui n'a pas nécessité de traitement.
- Au 4^{ème} mois de grossesse, une patiente a vu une réapparition des symptômes sensitifs.
- Une patiente a présenté 2 poussées au 2^{ème} trimestre, avec une paralysie faciale droite, qui a nécessité un traitement par solumedrol® en IV.

- 2 patientes ont présenté des troubles de l'acuité visuelle au premier trimestre. Elles ont également nécessité un traitement par solumedrol® en IV.

2.3.2. Déroulement sur le plan obstétrical

a) Complications gravidés

La majorité des patientes ont vu leur grossesse évoluer normalement, sans complications gravidés. En effet, seules 10 patientes sur les 43 ont connu les évènements suivants :

- Irritabilité utérine au 7^{ème} mois de grossesse
- Menace d'accouchement prématuré à 26 SA traitée par adalate
- Une rupture prématuré des membranes à 36 SA
- Une MAP à 31 SA traitée par adalate ; la patiente a également bénéficié d'une corticothérapie pour la maturation pulmonaire du fœtus
- 2 patientes ont présenté une MAP traitée par adalate, une à 27 et l'autre à 29 SA
- RCIU à 29 SA
- 2 patientes ont eu une prééclampsie sévère : une à 27 et l'autre 36 SA
- 1 patiente a eu une HTA et une RCIU à 30 SA

Parmi les 43 patientes, une seule avait une grossesse gémellaire de bonne évolution.

b) Terme de la grossesse

- 36 patientes ont accouché à terme.
- 7 patientes ont accouché prématurément ; parmi elles, une a accouché à 27SA et une autre à 28SA. Ces dernières ont présenté une prééclampsie sévère.

c) Survenue du travail

Pratiquement pour la moitié des patientes, 21 sur 43, le travail a été spontané.

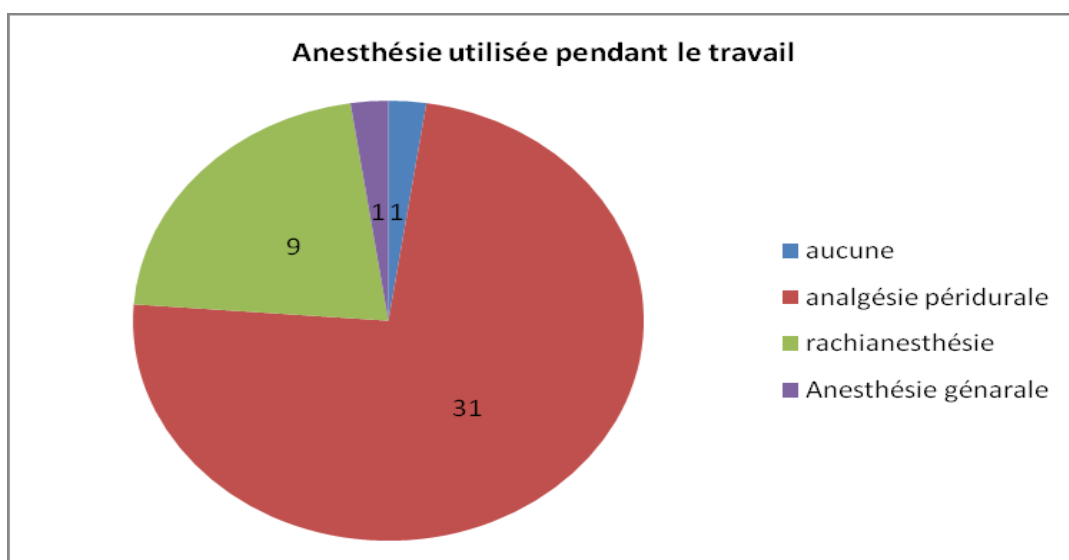
Une seule a été déclenchée en raison de sa SEP, car a présenté une poussée au 8ème mois de grossesse avec une asthénie importante.

On note 5 déclenchements de convenance. Deux patientes ont été déclenchées pour terme dépassé et sept pour des raisons obstétricales ou fœtales.

Sept patientes ont été césarisées pour des raisons obstétricales ou fœtales.

Survenue du travail	Nombre de patientes
césarienne en urgence pour altération du rythme cardiaque fœtal	1
césarienne grossesse gémellaire	1
Césarienne pour syndrome transfuseur/transfusé	1
césarienne programmée pour bassin limite	1
césarienne programmée pour siège	1
césarienne programmée utérus bicatriciel	2
déclenchement artificiel pour fenêtre thérapeutique (lovenox)	1
déclenchement de convenance	5
déclenchement pour RPM	3
déclenchement pour RPM et SEP	1
déclenchement pour SEP	1
déclenchement pour terme dépassé	2
déclenchement pour thrombopénie	1
déclenchement pour tracé microscillant	1
spontané	21
Total général	43

d) Anesthésie utilisée pendant le travail :



31 patientes ont bénéficié de l'analgésie péridurale. Seulement deux patientes ont été partiellement soulagées du fait de la latéralisation de l'APD. Sinon, toutes les autres, ont pu être soulagées durant tout le travail et durant l'accouchement, sans aucun effet indésirable de l'APD.

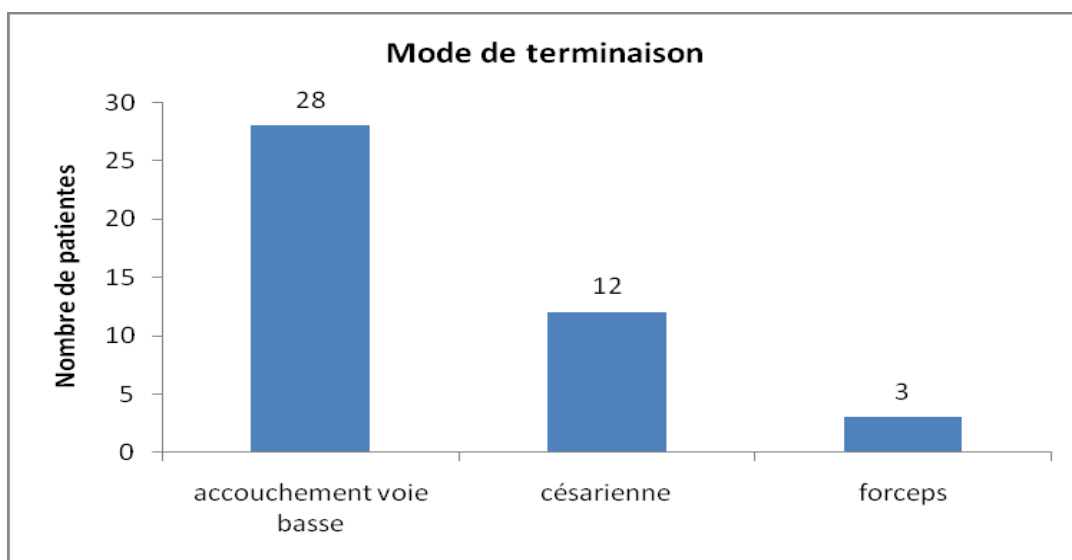
9 patientes ont eu une rachianesthésie pour une césarienne.

1 femme a eu une anesthésie générale pour échec de l'épreuve du travail et a eu ainsi une césarienne. Cette patiente avait pu bénéficier de l'APD, mais n'était pas efficace, d'où l'anesthésie générale.

1 femme a bénéficié d'aucune analgésie du fait d'un travail rapide.

D'après les informations recueillies dans les dossiers d'anesthésistes, parmi les patientes qui ont eu l'APD, 5 femmes ne la désiraient pas en première intention, du fait de leur anxiété vis-à-vis de leur maladie. En effet, elles avaient peur des effets néfastes de l'APD, mais après explication par l'anesthésiste lors de la consultation du 8ème mois ainsi que par leur neurologue, elles ont finalement pu bénéficier de l'analgésie.

e) Issue de l'accouchement



28 patientes ont accouché par voie basse de façon eutocique.

3 ont accouché à l'aide d'une extraction instrumentale en raison des efforts expulsifs insuffisants.

12 ont accouché par césarienne pour des raisons obstétricales ou fœtales, tels que bassin limite, présentation par siège, ou échec de déclenchement, ou encore altération du rythme cardiaque fœtal.

2.3.3. Le nouveau-né à la naissance

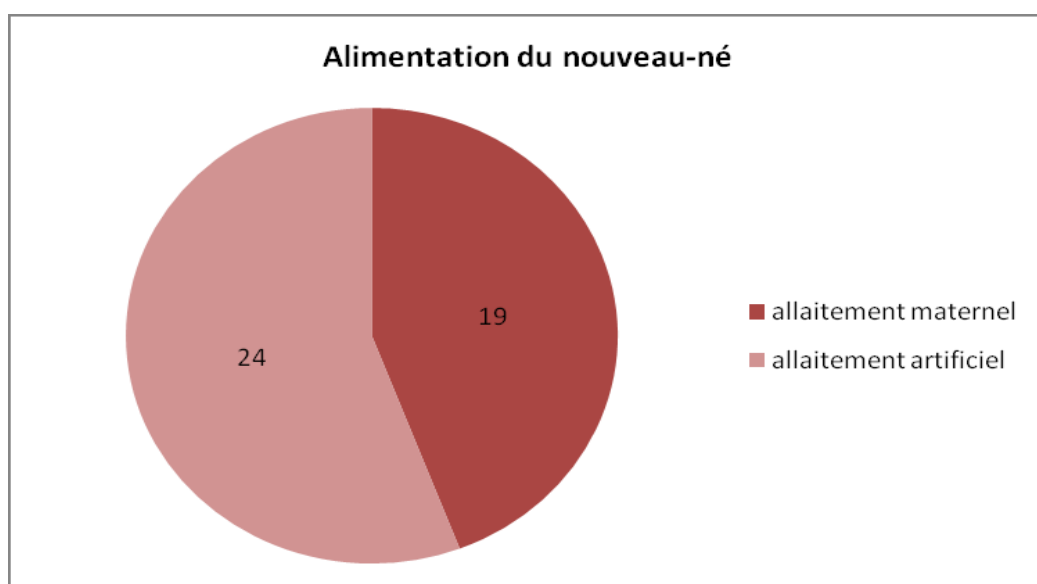
6 nouveau-nés ont été transférés en néonatalogie pour prématurité.

1 nouveau-né a présenté une détresse respiratoire à la naissance et a été hospitalisé en service de néonatalogie pour surveillance.

1 nouveau-né a eu une infection materno-fœtale traité sans complications par la suite.

Tous les autres ont présenté une bonne adaptation cardio-respiratoire à la naissance.

Le poids de naissance étant compris entre 800 et 4220 grammes.



L'alimentation artificiel prédomine de peu par rapport à l'allaitement maternel. Pas de précisions dans les dossiers quant à la motivation pour tel ou tel choix.

2.4. Post partum

Parmi les 43 patientes, seules 8 patientes ont présenté des manifestations neurologiques en rapport avec la maladie :

- une a présenté une décompensation mineure de la SEP avec des paresthésies, mais n'a pas nécessité de traitement ;
- deux patientes ont signalé une asthénie importante. En plus de la fatigue, l'une d'elle a signalé une dysurie et des paresthésies au niveau des membres inférieurs ;

- trois femmes ont bénéficié d'un traitement en IV de solumedrol® à J2 : deux pour des céphalées, et une pour une diminution importante de l'acuité auditive gauche ;
- une femme a présenté des troubles sphinctériens et a nécessité des sondages urinaires pendant le séjour à la maternité ;
- une patiente a présenté des tremblements ainsi qu'une dépression. Celle-ci ne désirait pas en première intention l'APD de peur de voir sa maladie s'aggraver. Ainsi, en présentant ces signes, elle a demandé à revoir l'anesthésiste et son neurologue pendant le séjour, qui clairement lui ont expliqué que ses symptômes étaient uniquement liés à sa maladie, et que l'APD n'est pas la cause de ces symptômes.

Parmi ces 8 patientes, 6 ont bénéficié de l'APD, une d'une rachianesthésie, et une d'une anesthésie générale.

2.5. Vécu des patientes

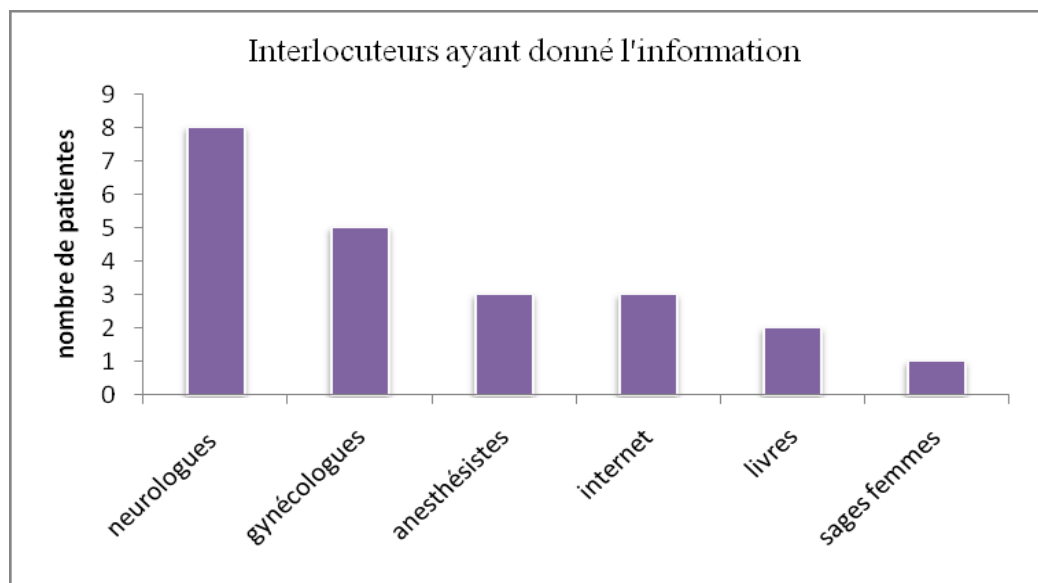
2.5.1. Présentation des patientes

Les 8 patientes contactées avaient entre 25 et 32 ans. 5 étaient 2^{ème} pare, 1 troisième pare et 2 primipares. Elles ont accouché entre 2006 et 2008. Elles avaient toutes programmé leur grossesse en accord avec leur neurologue. Les symptômes de leur maladie se limitaient à des fourmillements, paresthésies des membres inférieurs et/ou supérieurs, asthénie importante, vertiges. Une seule présentait des infections urinaires à répétition, et une paralysie faciale gauche.

6 femmes avaient un traitement de fond qu'elles ont arrêté avant cette dernière grossesse. Les deux autres ont commencé leur traitement de fond après l'accouchement.

Leur état neurologique était stable avant le début de grossesse qu'elles ont vu évoluer normalement, sans complication et ont toutes accouché par voie basse d'enfants en bonne santé.

2.5.2. Informations reçues concernant la SEP et la grossesse



Toutes les patientes ont été bien suivies par leurs neurologues et ont bien reçu l'information concernant la SEP et la grossesse.

- Les gynécologues sont cités par 5 femmes.
- 3 patientes ont évoqué l'anesthésiste
- 1 seule patiente a abordé le sujet avec une sage femme en plus de son neurologue
- Internet et les livres sont évoqués en complément des informations données par leurs neurologues.

2.5.3. Vécu de la grossesse

Une patiente a qualifié sa grossesse de « nid d'ange ». En effet, celle-ci a vécu sereinement sa grossesse et a été très satisfaite de la prise en charge dont elle a pu bénéficier.

Les 7 autres patientes ont été assez satisfaites de la prise en charge de leur grossesse.

a) Séances de préparation à la naissance

3 patientes sur 8 ont pu participer aux cours de préparation à la naissance. 2 ont opté pour la piscine et une pour la sophrologie. Ces séances de relaxation ont été très bénéfiques pour ces 3 femmes.

L'une d'elles a tenu ces propos : « la sophrologie m'a beaucoup aidé à gérer mon stress, car je suis quelqu'un de très angoissé » ou encore « la piscine m'a permis de retrouver confiance en mon corps, confiance que j'avais perdu de puis l'annonce de ma maladie »

Les 5 restantes n'en ont pas bénéficié pour différentes raisons :

- 3 femmes auraient préféré des séances individuelles.
- 2 femmes par manque d'information concernant ces séances.

b) Informations concernant l'APD

Une femme pensait que l'APD était proscrite du fait de sa maladie. Celle-ci avait accouché prématurément, à 32 SA, et n'avait encore pas bénéficié de la consultation anesthésiste du 8^{ème} mois. Arrivée en salle de naissances, celle-ci fut informée de la possibilité d'en bénéficier. L'anesthésiste a pu lui expliquer clairement que l'APD n'était pas contre-indiquée pour les patientes ayant la SEP.

Une autre femme ayant été suivie par la sage femme ne s'était pas posée de question quant à l'APD. En effet, cette fois, c'est la sage femme qui avait des doutes de la possibilité de l'APD. La sage femme a posé la question à un gynécologue qui s'est adressé au neurologue de la patiente. Le neurologue a adressé par la suite un courrier expliquant clairement que l'accouchement par voie basse, l'APD et l'allaitement maternel sont tout à fait possibles.

Les autres patientes n'ont exprimé aucune crainte quant à l'APD.

Les 8 patientes ont désiré ainsi l'analgésie péridurale pour leur accouchement. Elles ont pu en bénéficier, et ont pu être soulagées sans complications, ni manifestations des effets indésirables de l'APD.

c) Insatisfactions concernant la prise en charge

Une patiente a exprimé ces propos : « En salle de naissance, le personnel avait peur de ma maladie, j'ai senti beaucoup de préjugés. J'avais l'impression qu'ils associaient ma maladie au fauteuil roulant. J'aurais aimé qu'on en parle en salle d'accouchement, car le personnel a évité d'en parler, et je trouve cela dommage ». Cette patiente a eu une poussée 4 mois après son accouchement, avec une asthénie importante, une paralysie faciale qui l'a beaucoup inquiété. Elle ne savait pas qu'en post partum, elle risquait d'avoir plus de poussées que pendant la grossesse, et aurait donc préféré qu'on l'informe.

Une femme aurait aimé qu'on lui pose l'APD plus rapidement : « j'ai trop attendu, et je ne l'ai eu qu'en fin de travail, et j'aurais aussi aimé accoucher sur le côté ».

Une femme ne s'est pas sentie assez entourée et encouragée pour l'allaitement : « j'aurais aimé que la sage femme soit plus présente, je suis sentie seule par moments ».

Les autres femmes n'ont pas exprimé d'insatisfactions..

d) Satisfactions des patientes

4 patientes se sont senties vraiment entourées par le personnel, que ce soit en salle de naissances ou en secteur mère-enfant.

L'une d'elle a même trouvé qu'elle avait été trop protégée par la sage-femme. Elle aurait aimé qu'on lui laisse un peu plus d'autonomie en secteur mère-enfant. Ses propos : « le personnel était trop présent à mon goût, en rentrant à la maison, je me suis sentie vraiment trop seule, j'aurais aimé être plus autonome à la maternité, pour mieux préparer mon retour à la maison, car chez moi je suis toute seule »

Une femme a été globalement satisfaite, sans commentaire particulier.

Les trois restantes, ont exprimé des déceptions, citées ci-dessus, mais en général, la prise en charge a plutôt été satisfaisante.

PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE ATTEINTE DE SCLEROSE EN PLAQUES

DISCUSSION

1. RETENTISSEMENT DE LA SEP SUR LA GROSSESSE

1.1. Epidémiologie

L'âge moyen est de 31,1 ce qui correspond à la moyenne d'âge des femmes de la population générale lors de leur première grossesse.

L'âge de survenue de la SEP est en moyenne de 25,5 dans notre étude. La maladie s'est donc déclarée très tôt chez ces patientes. Dans la population générale, l'âge moyen de début de la maladie est de 30 ans.

La majorité des patiente étudiée sont multipares (essentiellement deuxième pare), le diagnostic de SEP fut souvent porté entre deux grossesse. Seulement 2 patientes sur 43 ont nécessité une aide médicale à la procréation pour induire cette grossesse. On peut donc dire, que la SEP n'est en aucun cas un frein à la fécondité.

Parmi cette patiente certaine avaient des antécédents de fausses couches, et d'interruption volontaire de grossesse.

De nombreuses données sont disponibles dans la littérature sur l'influence de la SEP sur la grossesse et l'accouchement. En effet, *depuis 1998*, les données de l'étude PRIMS (Pregnancy in Multiple Sclerosis) ont permis d'apporter une réponse épidémiologique solide, puisqu'il s'agissait de la première grande étude prospective dont l'objectif principal était de décrire l'évolution de la SEP au cours de la *grossesse* et dans les deux premières années suivant l'accouchement.

Il ne semble pas exister d'effets néfastes de la SEP sur le degré de **fertilité** [21] ; [23] ; [34].

1.2. Déroulement de la grossesse

La maladie est sans effet sur le déroulement de la grossesse [4]. En effet, le taux d'avortements spontanés est analogue à celui de la population générale et les complications gravidiques (vomissements, prééclampsie, accouchement prématuré etc....) n'y sont pas plus fréquentes.

Dans notre étude, 10 cas sur 43 ont vu leur grossesse incidentée soit par des MAP (4 femmes), soit des prééclampsies (2 femmes) ou encore des retards de croissances intra utérin. Pour les patientes ayant présenté des MAP, elles ont été hospitalisée et traitées par adalate® ou par du repos. Celles ayant eu des prééclampsie sévère ont été césarisées en urgence pour une extraction rapide du fœtus. Ainsi, ces conduites thérapeutiques ne sont pas contre-indiquées lors d'une SEP, la surveillance et la prise en charge sont les mêmes que pour toutes les autres femmes présentant ces types de complications pendant la grossesse.

1.3. Travail et accouchement

Le suivi du travail est semblable à celui d'une femme non atteinte, et l'on ne trouve pas plus d'expulsions assistées, de césariennes que dans la population générale. Dans notre étude 21 femmes sur 43 ont eu un travail spontané, les autres ont été soit déclenchées soit césarisées pour des raisons obstétricale. Une seule seulement a été déclenchée pour SEP du fait d'une asthénie importante en fin de grossesse. 28 patientes ont accouché par voie basses, 12 par césarienne pour des raisons obstétricales (bassin limite, altération du rythme cardiaque pendant le travail...), et 3 femmes avec une aide instrumentale à l'expulsion. Ainsi nos résultats sont en accord avec les études qui ne

préconisent pas de césarienne systématique pour cause de SEP. En effet, la SEP n'a pas de retentissement sur le mode d'accouchement. Les problèmes rencontrés sont ceux pouvant intervenir pour tout accouchement.

Cependant les femmes présentant un tableau d'hémiplégie, de paraplégie et une spasticité importante demandent une attention particulière. Il faut notamment veiller à leur confort et trouver les positions les plus adéquates pendant le travail et l'accouchement. L'extraction instrumentale peut être nécessaire dans certains cas. [24]

1.4. Le nouveau-né

D'après les études, l'état de santé de l'enfant est tout à fait comparable aux enfants nés de mères en bonne santé. De même pour les poids de naissance et le terme de naissance qui se trouvent inchangés [25].

C'est ce qu'on retrouve dans notre étude où la majorité des patientes ont donné naissance à des nouveau-nés en bonne santé et présentant une bonne adaptation cardio-respiratoire. Seulement pour 6 nouveau-nés ont nécessité une hospitalisation néonatale pour prématurité, un a présenté une détresse respiratoire, et un autre une infection materno-fœtale.

Aucun enfant n'a présenté de pathologie spécifique ou de malformation, ce qui confirme que la SEP n'a aucune incidence sur le fœtus et le nouveau-né.

1.5. L'allaitement

Dans notre étude, 24 patientes ont choisi un allaitement artificiel pour leur enfant et 19 l'allaitement maternel.

L'**allaitement maternel** n'a aucune influence négative sur la SEP. En effet, selon l'étude PRIMIS, on ne trouve pas de différence significative dans la survenue des poussées dans le post-partum, entre les femmes ayant choisi d'allaiter et celles ayant refusé l'allaitement.

Au contraire, une étude toute récente réalisée en Californie en 2009 a montré le rôle bénéfique de l'allaitement maternel exclusif. [29]. En effet, il y aurait moins de risques de poussées dans le post-partum que chez les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel.

Cependant, certains médicaments sont contre indiqués pendant l'allaitement maternel du fait de l'éventuel risque chez le nouveau-né :

- Les immunosuppresseurs (Imurel®)
- L'interféron B 1a (Avonex®, Rebif®)
- L'interféron B 1b (Betaferon®)

Les corticoïdes peuvent être utilisés en cas de poussée dans le post-partum. Durant ce traitement, la femme est amenée à tirer son lait pour maintenir sa production jusqu'à la fin de la perfusion, qui ne dure pas plus de trois jours,

2. INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA SEP

2.1. Evolution de la SEP pendant la grossesse

Dans notre étude, seulement 6 patientes sur 43 ont connu une ou plusieurs poussées pendant la grossesse. 3 seulement ont nécessité un traitement par corticoïdes

pendant ces poussées, les autres ont vu leurs poussées régresser spontanément avec le repos.

Ces poussées se sont surtout manifestées au premier et deuxième trimestre. Le risque de poussées semble donc moins important en fin de grossesse. Ceci est confirmé par l'étude sur l'évolution de la SEP à l'IRM de van Walderveen et Coll qui montre que l'activité de la maladie diminue en deuxième partie de la grossesse.

De façon générale, il semble que la gestation ait un effet protecteur par rapport aux poussées de SEP. Le professeur CONFRAVEUX de Lyon précise même que « la grossesse s'avère être le meilleur traitement de la SEP » [4]

En effet, au cours de la *grossesse* l'immunosuppression qui a lieu est diminuée afin d'empêcher la femme de rejeter son bébé. On suppose alors que cette immunosuppression supprime également l'inflammation qui cause les dommages aux nerfs et au cerveau. Les hormones joueraient également un rôle dans cet effet protecteur de la grossesse.

D'ailleurs, l'une des 8 patientes contactées par téléphone a qualifié sa grossesse de « nid d'ange » car n'a eu aucune poussée durant sa grossesse.

2.2. Traitements pendant la grossesse

Si les symptômes sont très invalidants et persistants malgré le repos, on peut être amené à administrer des bolus de corticoïdes Ce traitement ne présente aucun risque ni pour la mère ni pour l'enfant.

En ce qui concerne le traitement de fond, il devait être interrompue au moins trois mois avant la conception du fait du risque tératogène sur le fœtus, d'où l'intérêt de la consultation pré-conceptionnelle avec le neurologue lors d'un désir de grossesse.

Aujourd'hui, le traitement par immunomodulateurs peut être poursuivi durant toute la grossesse : les résumés caractéristiques produits ont été modifiés dans ce sens

cette année. Mais en pratique, le traitement est interrompu dès que la patiente démarre une grossesse d'autant plus que celle-ci joue un rôle protecteur vis-à-vis de la maladie.

Dans notre étude, 3 patientes sur 43 avaient nécessité des bolus de solumedrol® lors des poussées durant la grossesse : perfusion de 1g de solumedrol® par jour pendant 3 jours.

En dehors des 14 patientes qui n'avaient aucun traitement avant le début de leur grossesse, toutes celles qui suivaient un traitement de fond ont été amenées à l'arrêter avant la conception. Toutes les grossesses ont été désirées et programmées. Cela montre la bonne prise en charge des patientes par leur neurologue.

2.3. Evolution de la SEP pendant le post-partum

Dans notre étude, seulement 8 patientes sur 43 ont présenté des poussées en post-partum immédiat. 3 femmes seulement ont nécessité un traitement par corticoïdes, les autres ont été traitées par du repos.

Cependant, c'est surtout au premier trimestre qui suit l'accouchement que la fréquence des poussées est augmentée. [4]-[5]

A l'échelle « l'année grossesse », c'est-à-dire les neuf mois de gestation plus les trois mois de post-partum, la fréquence des poussées reste similaire à ce qu'elle était avant la grossesse. En somme, grossesse et accouchement réunis n'influencent pas la fréquence globale des poussées ; mais en modifiant seulement la chronologie, la survenue des poussées étant repoussée à la période du post-partum. [4]

2.4. Pronostic de la maladie après l'accouchement

Selon les études, on ne trouve pas d'argument solide pour considérer que la grossesse a une influence bénéfique ou délétère, sur le handicap à court et à long terme dans la SEP.

De plus, il n'y a pas de différence dans l'évolution du handicap chez les femmes multipares comparativement à un groupe témoin de femmes nullipares. [4]

2.5. Constats et perspectives concernant l'information

D'après notre étude, on constate que les patientes ont été essentiellement éclairées par le neurologue, puis le gynécologue. Une personne seulement a évoqué la SEP et ses conséquences avec une sage-femme.

Ici, la sage-femme ne semble pas être la première interlocutrice en ce qui concerne la SEP et la grossesse et encore moins l'association APD/SEP. Ceci peut éventuellement s'expliquer par un manque de connaissances des sages-femmes quant à cette pathologie. Une des patientes s'est même sentie jugée vis-à-vis de sa maladie, le personnel n'ayant pas voulu parler de la SEP en salle d'accouchement durant le travail. Ceci pourrait s'expliquer soit par un manque de temps, une surcharge de travail, ou alors, un manque de connaissances.

Or, c'est l'équipe obstétricale qui est en première ligne durant cette période de grossesse, et non le neurologue.

C'est pourquoi, j'ai souhaité réaliser une plaquette informative avec le réseau LORSEP afin de diffuser l'information sur la SEP chez la femme enceinte ainsi que sur la possibilité de bénéficier de l'APD. Ces informations seront diffusées non seulement à la

maternité, mais bien plus dans les salles d'attentes des cabinets de gynécologie, anesthésistes, et de sages-femmes.

3. INFLUENCE DE L'ANESTHESIE SUR LA SEP

3.1. Ce que disent les études

Tout comme la grossesse, l'analgésie péridurale a longtemps eu la réputation d'aggraver la maladie, et en particulier de provoquer des poussées. Ces conclusions reposaient sur des études de petites tailles, sans valeur épidémiologiques et comportant de nombreux biais (ex : McArthur et Young, 1986).

En effet, l'utilisation des anesthésiques locaux a longtemps fait l'objet de controverse entre neurologues et anesthésistes. Certains patients ayant reçu une anesthésie péridurale ont développé une poussée de SEP après l'intervention.

Des études évaluant l'incidence des rechutes de la maladie après une anesthésie périmédullaire ont été menées en milieu obstétrical [2] [10] [12].

En effet, en 1988, Bader et al ont entrepris une étude qui démontre que la concentration en anesthésiques locaux, ayant été utilisée pour la péridurale, peut influencer le taux de poussées du post-partum, notamment quand celle-ci est supérieure à 0.25% [10].

Dans l'étude PRIMS, une analgésie péridurale a été réalisée chez 42 des 219 femmes après information claire et loyale. Les résultats retrouvent que le risque n'est pas significativement augmenté entre les femmes ayant choisi la péridurale et celles l'ayant refusé. De même, il n'y avait pas non plus d'effet de l'analgésie péridurale sur l'évolution du handicap. Cependant, il faut rappeler que l'étude PRIMS n'avait pas pour but d'évaluer l'effet de la péridurale sur les poussées du post-partum et donc le nombre

de sujets nécessaires n'est pas suffisant pour mettre en évidence une éventuelle différence cliniquement significative.

Une autre étude réalisée en 2003 confirme l'innocuité de l'analgésie péridurale dans ce contexte. L'accent était mis sur la nécessité de l'évaluation précise des troubles sensitivomoteurs et de l'épargne des anesthésiques locaux par adjonction de morphine. [3] En effet, cette étude a permis de suivre 19 patientes atteintes de SEP pendant 4 ans. Dix patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale pour accouchement par voie basse et une césarienne a été réalisée sous anesthésie générale. Aucune rachianesthésie n'a été réalisée du fait d'une recommandation de contre-indication dans le service. Sur cinq patientes ayant présenté une poussée de la maladie dans le post-partum immédiat, une seule avait bénéficié d'une analgésie péridurale.

En outre, les femmes ayant fait une récurrence de la maladie sont celles qui avaient reçu les solutions d'anesthésiques locaux les plus concentrées [10].

En effet, Les anesthésiques locaux, qui sont neurotoxiques dans certaines conditions d'utilisation, induisent avec une très grande fréquence et de façon concentration-dépendante des lésions histologiques sur les nerfs en cours de régénération. [28]

Leur responsabilité dans le déclenchement des poussées de SEP ne peut donc pas être formellement exclue.

3.2. Mécanismes d'action

La cytotoxicité et la neurotoxicité des anesthésiques locaux notamment à forte concentration sur des fibres nerveuses saines sont connues ; le mécanisme évoqué est une dégénérescence axonale avec une infiltration macrophagique. Les lésions seraient limitées à la partie postérieure des racines nerveuses .

Des études in vitro sur des fibres nerveuses démyélinisées démontrent l'action neurotoxique plus importante de la lidocaïne par rapport à celle observée sur les fibres saines [27]. Cette action toxique révélerait des atteintes nerveuses jusqu'alors

silencieuses, mais ces lésions nerveuses seraient réversibles. Elles seraient dose dépendantes et pourraient servir de test diagnostique pour révéler les lésions nerveuses démyélinisées chez les patients suspects de SEP. Une étude expérimentale a montré que l'exposition aux anesthésiques locaux (procaïne, lidocaïne et étidocaïne) à forte concentration ou intermédiaire était neurotoxique sur les nerfs sciatiques de rat ; en effet elle provoque une démyélinisation importante par accumulation dose dépendante de gouttelettes lipidiques dans les cellules de Schwann productrices de myéline. Cependant, ces lésions sont temporaires car ces cellules peuvent se répliquer rapidement [3]. Il existe peu de données de la littérature sur la neurotoxicité des anesthésiques locaux plus récents comme la ropivacaïne [28].

Les données publiées conduisent à éviter l'utilisation de concentration importante d'anesthésiques locaux chez les patientes atteintes de SEP. L'addition d'un morphinique à faible dose par voie péridurale a l'intérêt de diminuer les besoins en anesthésiques locaux sans effet notable sur la SEP à court terme et sans entraîner de lésions histopathologiques en expérimentation animale [3].

Ainsi, on ne peut pas écarter la responsabilité des anesthésiques locaux dans l'apparition d'une poussée de SEP. Une perfusion intraveineuse de lidocaïne ne provoque des modifications transitoires du champ visuel que chez les patients souffrant de SEP [2] [26] [27]

Cependant, il n'y a pas d'argument formel pour indiquer ou contre-indiquer une anesthésie périmédullaire chez les patients atteints de sclérose en plaques. Dans le cadre de la consultation d'anesthésie, l'avis du neurologue sera recommandé. Aucun examen complémentaire spécialisé n'a de valeur indiscutable pour pratiquer ou récuser une anesthésie périmédullaire, néanmoins lorsque l'atteinte lésionnelle ne concerne pas le territoire à anesthésier et que l'IRM n'a pas montré de zones lésionnelles médullaires, l'anesthésie périmédullaire n'est pas contre-indiquée.

Ainsi, chez les femmes enceintes, on préférera l'analgésie péridurale (diminution du stress et de la fatigue, travail moins pénible) dont les avantages outrepassent largement les inconvénients, comme l'a montré l'étude PRIMIS.

De plus, en période de poussée de la maladie, avec des lésions objectivées à l'IRM, il est recommandé d'éviter la rachianesthésie et les fortes concentrations

d'anesthésiques locaux par voie péridurale. Les anesthésiques locaux peuvent accroître leur neurotoxicité sur des neurones fragilisés par l'infiltrat inflammatoire et l'œdème des tissus de soutien par contact et par résorption vasculaire. La réversibilité du bloc, complète ou partielle, doit être rapportée dans l'observation anesthésique, à l'aide d'un schéma. Un avis neurologique spécialisé doit être sollicité en cas de déficit neurologique après un geste d'anesthésie locorégionale notamment afin de réaliser des explorations électrophysiologiques. [22]

3.3. Chez une femme enceinte, quel type d'anesthésie est à préconiser ?

3.3.1. Anesthésie générale [3]

Tous les agents anesthésiques sont utilisables chez les patients souffrant de SEP mais il faut faire preuve de prudence avec la succinylcholine qui peut induire une libération de potassium à partir des masses musculaires atrophiques [2]. En cas de déficit de type paraplégique, la succinylcholine est contre-indiquée pour cette raison. Pendant l'anesthésie et la période de réveil, il faut veiller à contrôler la température corporelle pour éviter l'hypothermie et l'hyperthermie. Pour le confort des patients grabataires, souffrant de dystrophies musculaires, tout doit être mis en oeuvre pour éviter le frisson postopératoire.

L'installation des patients sur la table opératoire doit être particulièrement attentive, afin d'éviter des compressions musculaires ou nerveuses.

3.3.2. Anesthésie locorégionale (ALR)

On entend souvent dire que la SEP récidive plus facilement après une anesthésie périmédullaire que sous anesthésie générale. **Cette notion n'est étayée par aucune**

donnée de la littérature. La ponction rachidienne seule ne majore pas le risque de poussée.

Comme nous l'avons vu ci dessus, l'étude PRIMIS a démontré que l'évolution de la maladie après accouchement était identique, qu'il y ait eu ou non anesthésie péridurale [12].

On peut effectuer une anesthésie périmédullaire, mais la lidocaïne est contre-indiquée en rachianesthésie compte tenu du risque d'irritation radiculaire. Les solutions d'anesthésiques locaux très concentrées sont également à éviter en péridural [2]-[10]. Les patients souffrant de SEP ressentent une chaleur paradoxale au niveau des extrémités au passage d'un badigeon froid. Cette atteinte sensitive peut gêner l'appréciation de l'installation d'une anesthésie rachidienne. De plus, on a rapporté chez ces patients des hypotensions sévères et difficiles à corriger du fait de la dysautonomie.

Les avantages de l'analgésie péridurale obstétricale l'emportent sur l'anesthésie générale.

L'analgésie obtenue avec l'anesthésie péridurale est de meilleure qualité qu'une analgésie morphinique systémique, non dénuée de risque respiratoire chez ces patients et d'effets secondaires sur le transit et la miction. Ainsi, aux stades avancés de la maladie, les techniques d'anesthésie locorégionale sont préférables aux anesthésies et analgésies systémiques [2].

Au total, l'anesthésie des patients atteints de SEP pose finalement peu de problèmes. Si le diagnostic de la maladie est connu, il faut bien informer le patient du risque de rechute quel que soit le type d'anesthésie et indépendamment de celui-ci. Il faut utiliser tous les moyens disponibles pour maintenir la stabilité de la température corporelle stable et traiter activement toutes les infections (première cause de rechute en postopératoire).

Pour l'accouchement (voie basse ou césarienne), une anesthésie locorégionale semble préférable à une anesthésie générale. Pour les patients arrivant aux stades ultimes de la maladie, une analgésie péridurale (anesthésiques locaux et morphiniques) est toujours de meilleure qualité qu'une analgésie par voie intraveineuse. Si une anesthésie locorégionale est choisie, il faut préférer la péridurale car la toxicité des

anesthésiques locaux sur les fibres nerveuses est moindre qu'après une rachianesthésie [2].

Une attention particulière doit être portée sur la prise en charge du contrôle périopératoire de la température : l'hyperthermie est un facteur aggravant connu et il faut veiller à éviter toute élévation thermique en donnant des antipyrétiques précocement si nécessaire. Un monitoring per- et postopératoire de la température est particulièrement indiqué chez ces patients et il semble même efficace de les prémédiquer avec du paracétamol avant une césarienne (1 g de paracétamol une heure avant la chirurgie) [30]

3.4. Notre étude

Notre étude va dans le sens de la littérature. En effet, 31 patientes sur 43 ont bénéficié de l'APD.

Pour les patientes ayant accouché par césarienne, 9 d'entre elles ont bénéficié d'une rachianesthésie et une d'une anesthésie générale.

On voit bien, que les professionnels de santé ne voient aucune contre-indication à la pratique de l'APD pour les parturientes. De même, lors d'une césarienne, la rachianesthésie est préférée à la maternité de Nancy que l'anesthésie générale, comme c'est préconisé dans les grandes études.

Il existe cependant quelques réticences de la part de certaines femmes à l'APD. En effet, 5 femmes n'ont pas souhaité l'APD en première intention, de peur de voir leur maladie s'aggraver. Elles l'ont finalement accepté après explications par les professionnels de santé. On voit bien que l'association APD/SEP peut encore faire peur. Il faut ainsi continuer à bien informer les patientes depuis le début de leur grossesse voire un peu avant, et non en fin de grossesse afin de les convaincre de l'innocuité de l'APD.

D'ailleurs l'une d'elles a présenté des signes neurologiques (tremblements des mains) en suites de couches. Elle a même regretté d'avoir accepté cette APD pensant qu'elle était la cause. Elle a demandé à revoir son neurologue ainsi que l'anesthésiste,

qui ont réexpliqué que l'APD n'était en aucun cas la cause de ses symptômes, mais que c'étaient les symptômes de sa maladie de part sa fatigue à ce moment là.

Cela montre une fois de plus le manque d'informations pendant la grossesse chez certaines patientes.

De plus, Parmi les 8 patientes contactées, une patiente pensait que l'APD était contre-indiquée du fait de la SEP. Elle a pu recevoir l'information par son neurologue et l'anesthésiste de sa possibilité.

Une deuxième patiente ne s'était pas posée de question vis-à-vis de l'APD ; en effet, cette fois-ci c'est la sage-femme et l'obstétricien qui ont soulevé la question. Ainsi, le neurologue a été contacté par l'obstétricien demandant son avis, qui a clairement écrit un courrier soulignant l'absence de contre-indication de l'APD ainsi que de l'accouchement voie basse et de l'allaitement maternel. On se rend bien compte dans notre étude qu'il existe parfois un manque d'informations chez les professionnels de la naissance, et qu'il est important que les sage-femmes et les obstétriciens, soient informés et convaincus qu'un accouchement normal sous analgésie péridurale est sans risque pour la mère.

Ainsi, Aujourd'hui les anesthésistes s'accordent à dire que les patientes atteintes de SEP, sauf contre indication neurologique, peuvent bénéficier, si elles le souhaitent d'une analgésie péridurale, à condition que :

Les mêmes contre indications que pour les patientes non atteintes soient respectées.

Les concentrations d'anesthésiques locaux les plus basses soient utilisées en associant des morphiniques.

La rachianesthésie sera préférée à l'anesthésie générale en cas de césarienne.

La décision est alors prise en concertation avec l'équipe médicale, à savoir anesthésiste, neurologue, obstétricien, sage femme et la patiente.

Rôle de la sage-femme

Une patiente atteinte de SEP ne nécessite pas un suivi spécifique de sa grossesse mais une surveillance un plus rapprochée.

La sage femme est tout à fait capable de suivre cette grossesse dans la limite de ses compétences. En effet, actrice de prévention, elle un personnel médical en première place auprès des femmes. Dès le début de la grossesse elle se doit d'informer et de guider les gestantes. Elle se doit de connaître les facteurs de risque d'une exacerbation de la SEP, d'une poussée et la prise en charge globale de cette pathologie afin d'expliquer et de diffuser les messages de prévention auprès des gestantes SEP. Elle n'hésite pas à faire appel au médecin si elle dépiste une quelconque anomalie. La surveillance est pluridisciplinaire : obstétricien, sage-femme et neurologue, psychologue si besoin à la demande de la patiente. Cependant, dans notre étude, la sage-femme n'est pas citée comme interlocutrice de choix pendant la grossesse.

La sage-femme accompagne toutes les étapes de la grossesse aussi bien dans le suivi de la grossesse que pendant le travail et dans les suites de couche.

Comme toutes les futures mères, les gestantes portantes de SEP ont besoin d'être rassurées, mais compte tenu du contexte de la pathologie, elles peuvent se montrer encore plus demandeuses avec un besoin d'avoir une totale confiance en la sage-femme. Nous allons voir toutes ces étapes pour identifier précisément le rôle de la sage femme.

1. LE SUIVI DE LA GROSSESSE

Les consultations ont lieu en alternance avec l'obstétricien et en parallèle avec le neurologue. Elles n'ont rien de spécifiques, mais il existe certains points sur lesquels la sage-femme se doit d'être plus vigilante : le stress, la fatigue, l'hyperthermie, autant de facteurs favorisant la survenue de poussée. Le neurologue doit surtout être consulté dans les deux premiers trimestres de la grossesse, périodes à laquelle surviennent le plus

volontiers les poussées pendant la grossesse d'après notre étude et celles de la littérature. Le neurologue donnera éventuellement une conduite à tenir pour le post partum immédiat à savoir la nécessité ou non de la corticothérapie prophylactique.

En outre, dès le début de la grossesse, il faudra s'assurer de l'absence de traitement immunosuppresseur ou de toute autre thérapeutique contre-indiqué.

A chaque consultation sont contrôlées différents paramètres :

- La tension artérielle qui doit rester stable durant toute la grossesse,
- Les pulsations cardiaques, qui, tout autant que la tension artérielle peuvent mettre en évidence un stress, une angoisse si elles sont élevées,
- La prise de poids : la sage-femme a un rôle éducatif sur l'hygiène de vie et donne également des conseils diététiques (alimentation équilibrée et variée),
- L'albuminurie et la glycosurie afin de dépister une toxémie ou un diabète gestationnel,
- Les signes fonctionnels urinaires surtout en cas de « vessie neurologique » car les infections urinaires sont plus fréquentes. Un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est alors prescrit chaque mois et au moindre signe d'infection (brûlures mictionnelles, pollakiurie, présence de leucocytes et de nitrites sur les bandelettes urinaires),
- Les signes fonctionnels digestifs : un trouble de la déglutition peut être un signe clinique d'une poussée de SEP,
- Les signes fonctionnels de toxémie ; ils sont sans spécificité particulière par rapport à la SEP et seront contrôlés comme pour les autres patientes,
- L'état physique et psychologique de la patiente : asthénie, stress préoccupation, angoisse, etc.

Devant une asthénie importante, la sage-femme doit prescrire une analyse de sang concernant la numération de la formule sanguine. Il est important de différencier une asthénie causée par une simple anémie, d'une asthénie conséquente d'un début de poussée de SEP,

Le rendez-vous avec l'anesthésiste est généralement pris lors du troisième trimestre de la grossesse. Ce dernier pose les indications et les contre-indications concernant certaines médications et notamment l'anesthésie péridurale.

2. LA PREPARATION A LA NAISSANCE

La sage femme a également son rôle à jouer auprès de ces femmes lors de la préparation à la naissance. La SEP ne fait pas d'elles des femmes différentes des autres dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement, la sage-femme est ainsi là pour leur en faire prendre conscience. Dans notre étude, seulement trois patientes sur 8 ont suivi ces cours, deux ont choisi la piscine et une la sophrologie. Ainsi, on peut dire que les méthodes à visée plus relaxante que les cours classiques sont privilégiés et apparemment très utiles. La piscine peut en effet permettre de préserver un capital musculaire, et parfois de reprendre conscience de son corps qui peut être négligé et qu'il est nécessaire de réinvestir pour l'accouchement.

Il est donc important de proposer, d'informer et d'orienter plus spécifiquement ces patientes selon leurs besoins.

Les séances de préparation à la naissance sont le moment de parler de l'analgésie péridurale, de rappeler à ces patientes, qu'elle n'est pas contre-indiquée du fait de la SEP, et qu'elles peuvent en bénéficier au même titre que les femmes en bonne santé. Il en est de même pour l'allaitement maternel.

3. LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

3.1. L'ACCOUCHEMENT

Pendant le travail et l'accouchement, la pathologie obstétricale passe au premier plan devant la pathologie neurologique.

La sage-femme a surtout un rôle d'accompagnant, elle aide les patientes à mieux gérer leur douleur grâce aux techniques de respiration et veille à leur confort, notamment pour les femmes présentant des troubles sensitifs ou moteurs en assurant des postures adaptées. La sage-femme se comporte de la même façon qu'avec des femmes non atteintes de cette maladie.

En général, le travail se déroule normalement, la sage-femme n'a pas de conduite à tenir particulière. Comme pour les consultations, certains éléments sont à surveiller de plus près :

- L'infection est prévenue surtout si la poche des eaux est rompue lors de l'admission ; la sage-femme effectue un bilan infectieux qui comporte un bilan sanguin avec notamment l'analyse de la CRP (protéine C réactive), un prélèvement vaginal et un ECBU. Une antibioprophylaxie est souvent instaurée pendant le travail.
- La température est prise chaque heure pendant le travail afin de détecter une hyperthermie.

La SEP n'a aucun retentissement sur le mode d'accouchement. Mais il faut cependant adapter les positions d'accouchement au handicap de la patiente notamment pour celles présentant un tableau d'hémiplégie, paraplégie ou spasticité importante (contractures musculaires). Les extractions instrumentales sont plus fréquentes dans les cas où cette spasticité atteint les muscles abdominaux, les efforts expulsifs sont insuffisants. La césarienne n'est indiquée que lorsque l'atteinte motrice est sévère.

3.2. L'ANALGESIE PERIDURALE

Il n'y a aucune contre-indication à leur poser l'APD si elles le désirent. Il est très important que la sage-femme les rassure sur l'absence d'aggravation sur la maladie.

Certains diront qu'il est intéressant de poser précocement cette analgésie car la douleur des contractions utérines peut engendrer le stress et aggraver la fatigue ultérieure.

Cependant l'existence de troubles sensitifs impose une installation progressive afin d'être toujours en mesure d'apprécier le niveau sensitif de l'analgésie.

Quel que soit le choix de la patiente, la sage-femme devra l'accompagner pendant tout le travail pour atténuer leurs angoisses, notamment celles concernant la maladie.

4. POST-PARTUM

4.1. Risques neurologiques et prévention de la fatigue

Si la grossesse, le travail et l'accouchement sont sans influence par rapport à la SEP, le post-partum en revanche est une période à surveiller de près tant au niveau médical que sur le plan psychologique.

La fréquence des poussées augmente surtout lors du post-partum immédiat mais persiste néanmoins jusqu'à six mois. C'est pourquoi il est important que les suites de couches soient suivies conjointement avec le neurologue pour assurer une prise en charge optimale à ces femmes.

Là aussi des éléments sont à surveiller et à dépister :

- L'hyperthermie, pour les mêmes raisons que lors du suivi de la grossesse et de l'accouchement ;
- L'infection ;
- L'asthénie qui peut majorer le choc psychologique lié à l'accouchement ; le baby-blues peut être accentué chez ces patientes, et la sage-femme peut à tout moment demander l'intervention d'un psychologue.

La sage-femme doit savoir reconnaître les signes cliniques annonciateurs d'une poussée afin d'en faire part à l'obstétricien et au neurologue. Celui-ci pourra prescrire si besoin (évolution rapide de la SEP) une corticothérapie en intra veineux, qui pourra être débutée en suite de couches.

En outre, il est important de différencier les effets secondaires de l'analgésie péridurale et les symptômes de la SEP ; l'engourdissement des membres inférieurs après l'accouchement, la rétention urinaire, ou encore les céphalées importantes. Au moindre doute, la sage-femme ou l'obstétricien demande l'avis du neurologue.

La sage-femme peut rappeler aux femmes le risque accru de poussée existant dans les suites de couches et insistera alors sur le repos que devra s'accorder la mère chez elle. De nombreux moyens peuvent être instaurés afin de favoriser ce repos, tel qu'une aide à domicile offerte par les services de PMI, une aide ménagère ou une travailleuse familiale.

4.2. L'allaitement

La sage-femme devra accompagner la mise en place de l'allaitement. La relation mère-enfant n'en sera que favorisée. Elle doit également expliquer que l'allaitement maternel n'augmente pas le risque de poussée et serait peut-être même protecteur vis-à-vis des poussées [29]. Les conseils sont les mêmes que pour les femmes en bonne santé. Cependant, seules les contre-indications médicamenteuses n'autorisent pas l'allaitement maternel.

4.3. Le retour à domicile

- ❖ Hospitalisation à domicile (HAD) : L'HAD peut être proposée afin de faciliter le retour à domicile et prolonger l'accompagnement.
- ❖ La PMI : la patiente doit être informée de l'existence de cet organisme qui permet un suivi à plus long terme tout en s'assurant que la maladie n'entrave pas la relation mère-enfant.

❖ L'aide à domicile est à proposer systématiquement chez ces jeunes mères, afin de les soulager des tâches de la vie quotidienne, surtout si elle a déjà des enfants à charge.

❖ Aspect gynécologique : Il est important d'inciter ces femmes à effectuer des séances de rééducation périnéale, afin de préserver un capital déjà fragile, en particulier pour prévenir ces problèmes neurologiques très fréquents dans la SEP ultérieurement.

La sage-femme abordera également la contraception si la patiente le désire.

❖ Un soutien psychologique pourra être proposé par la sage-femme dans les situations d'angoisses majorées. Elle orientera ainsi la patiente vers un psychologue afin de permettre d'atténuer ces angoisses et de rassurer la patiente.

ASPECT SOCIAL

❖ **Aides financières :**

La SEP fait partie des ALD (Affections de Longue Durée) bénéficiant d'une prise en charge à 100% des frais médicaux, pharmaceutiques, des soins et des hospitalisations.

Les personnes pour qui la SEP engendre des répercussions financières, peuvent prétendre à certaines prestations à condition que les patientes en fassent la demande. On peut citer en guise d'exemple l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou encore L'allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).

Ainsi, le séjour en maternité ou les consultations anténatales sont l'occasion d'aborder ce sujet et de faire intervenir une assistante sociale qui facilitera les démarches administratives.

La sage-femme pourra également informer la patiente de l'existence du réseau LORSEP en Lorraine (Réseau Lorrain pour la prise en charge des patients atteints de la SEP) qui a pour vocation d'améliorer la prise en charge globale du patient.

❖ **Associations** (ANNEXE 7)

Il existe plusieurs associations qui ont pour but d'informer les patientes atteintes de SEP et leur famille sur des sujets, telles que les aides financières, les dernières avancées thérapeutiques, mais surtout il s'agit de lieu d'échanges et d'écoute.

Les principales associations sont :

- La Ligue Française contre la SEP (LFDEP), qui possède des antennes départementales.
- La Nouvelle Association Française des SEP (NAFSEP).
- L'Association des paralysés de France (AFP).

- A l'échelle régionale : Le Réseau Lorrain pour la prise en charge des patients atteints de la SEP (LORSEP).

Points importants

1. Le retentissement de la SEP sur la grossesse et l'accouchement sont moindres par rapport au post-partum à condition que la prise en charge reste adaptée :
 - Eviter les facteurs déclenchant les poussées tels que le stress, la fatigue, la chaleur etc.
 - L'accouchement est sans particularité
 - L'allaitement maternel doit être encouragé du fait de son rôle probablement protecteur selon une récente étude.
 - Le retour à domicile doit être organisé.
2. L'anesthésie obstétricale est tout à fait possible chez les patientes atteintes de SEP à condition que :
 - Les mêmes contre indications que pour les patientes non atteintes soient respectées.
 - Les concentrations d'anesthésiques locaux les plus basses soient utilisées en associant des morphiniques.
 - La rachianesthésie sera préférée à l'anesthésie générale en cas de césarienne.
3. Le suivi médical par une équipe pluridisciplinaire permet une prise en charge optimale :
 - Collaboration étroite entre neurologues, anesthésistes, gynécologues, infirmières, sages femmes et les femmes enceintes.
 - Consultation neurologique à reprogrammer dans les semaines qui suivent l'accouchement.
 - Corticothérapie possible pendant la grossesse en cas de poussée.
4. La sage-femme joue un rôle essentiel auprès de ces femmes, et est capable de suivre leur grossesse, l'accouchement, et le post-partum immédiat :

- Elle encourage à la participation aux séances de préparation à la naissance.
- Elle a un rôle d'écoute, de soutien, et surtout de prévention.
- Elle incite et propose la rééducation périnéale, essentielle dans la prévention des problèmes ultérieurs, en particulier dans cette pathologie.

Conclusion

La SEP est une affection neurologique pour laquelle aucun traitement curatif n'existe pas aujourd'hui. Elle évolue le plus souvent par poussée, et conduit parfois à plus ou moins long terme la patiente à l'invalidité. Elle a une prédominance féminine certaine et pose alors le problème des interactions possibles avec la grossesse, et l'analgésie obstétricale pour les patientes qui la désirent.

Le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'état de santé du nouveau-né sont tout à fait comparables à une population de femmes sans maladie neurologique. En effet, les différentes études scientifiques montrent que la SEP n'a pas de retentissement sur la grossesse, et la grossesse ne modifie pas l'évolution de la maladie.

La grossesse reste finalement une période d'accalmie dont il faut que ces femmes profitent pleinement afin de vivre ce moment le plus sereinement possible. Cette diminution de la fréquence des poussées lors des 9 mois de gestation constituent des nouvelles voies de recherche importantes. Ainsi, il est tentant d'étudier le rôle des hormones sexuelles qui sont très augmentées pendant la grossesse, comme traitement de fond de la SEP.

Ensuite, l'anesthésie des patientes atteintes de SEP pose finalement peu de problèmes. Si le diagnostic de la maladie est connu, il faut bien informer la patiente du risque de rechute quel que soit le type d'anesthésie et indépendamment de celui-ci. Il faut utiliser tous les moyens disponibles pour maintenir la stabilité de la température corporelle stable et traiter activement toutes les infections.

Que ce soit un accouchement par voie basse ou césarienne, une anesthésie locorégionale semble préférable à une anesthésie générale. Pour les patientes arrivant aux stades ultimes de la maladie, une analgésie péridurale (anesthésiques locaux et morphiniques) est toujours de meilleure qualité qu'une analgésie par voie intraveineuse. Si une anesthésie locorégionale est choisie, il faut préférer la péridurale car la toxicité des anesthésiques locaux sur les fibres nerveuses est moindre qu'après une rachianesthésie.

Quelle que soit la stratégie anesthésique adoptée, un examen neurologique minutieux est indispensable avant toute anesthésie (examen de référence noté dans le dossier), ainsi qu'une information claire des patientes.

Tout acte chirurgical ou anesthésique peut déséquilibrer un état neurologique souvent précaire et être une source d'anxiété importante pour la patiente. C'est pourquoi, la connaissance de la maladie sous-jacente et une prise en charge anesthésique adéquate permettent de minimiser les conséquences de ces actes. Quelle que soit la prise en charge anesthésique, il faut tenir compte de l'état psychologique de la patiente et la qualité de la relation patiente-personnel médical est fondamentale pour améliorer le ressenti de patiente.

Ainsi, la sage-femme possède une réelle fonction de coordination au sein d'une équipe pluridisciplinaire et elle représente un lien essentiel entre les différents intervenants et les patientes. Elle est en effet tout à fait capable de suivre cette grossesse en collaboration avec le neurologue, l'obstétricien et l'anesthésiste. Son écoute, sa disponibilité, ses conseils sont utiles car ces femmes sont souvent beaucoup plus fragiles sur le plan psychologique. Le rôle de la sage-femme est également de prévenir le stress, la fatigue et l'hyperthermie qui accroissent le risque de poussée. Cette prévention médicale est d'autant plus renforcée dans le post-partum avec des mesures sociales comme les aides pour le retour au domicile.

Mon travail axé sur la prise en charge et le vécu de ces femmes durant la grossesse, l'accouchement et en suite de couches, ainsi que la prise en charge de leur douleur, m'a permis de mettre en évidence des points essentielles ; l'histoire de la maladie de ces patientes ne doivent en aucun cas être occultés afin d'être vigilant quant à notre approche et notre prise en charge, néanmoins il ne faut pas oublier que ces femmes sont avant tout femmes, futures mères et mères...

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CHERASSE A., MOREAU T., Grossesse et sclérose en plaques. Dijon : La revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique, 2002, n°63, p 23-24.
- [2] RIVAULT O., WIERTLEWSKI S., PEREON Y., MALINOVSKY J-M, La sclérose en plaques: implications anesthésiques. Nantes : Le praticien en anesthésie-réanimation, 2003,7, 2, p 87-91.
- [3] DALMAS A-F., TEXIER C. DUCLOY-BOUTHORS A-S., KRIVOSIC-HORBER R., Analgésie et anesthésie obstétricale chez les patients atteintes de sclérose en plaques. Lille : Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation 22, 2003, p 861-864.
- [4] VUKUSIC S., CONFAVREUX C., Sclérose en plaques et grossesse. Paris : Edition Masson : Rev Neurol, 2006 ; 162 : 3, p 299-309.
- [5] DEBOUVERIE M., SEP et grossesse. Nancy : LORSEP, 2008.
- [6] Dr. BAYOUMEU F., Grossesse et sclérose en plaques : le point de vue de l'anesthésiste. Nancy : Service d'Anesthésie Réanimation Maternité Régionale 2008.
- [7] LORSEP., Sclérose en plaques. Nancy : Editeur exécutif ACALIS 2008.
- [8] MURRAY T.J., Amandine Therapy for fatigue in multiple sclerosis. Can j. Neurol Sci, 1985,12, p 251-254.
- [9] BEATTY W.W., Cognitive and emotionnal disturbans in SEP. Neurologic clinics, 1993, 11, p 189-201.
- [10] BADER, HUNT, DATTA, NAULTY, OSTHEIMER, Anesthésia for the obstetric patient with multiple sclerosis. Journal Clinical Anesthesia, 1988, 11, p 21-24.
- [11] POSER S, POSER W. (1983).multiple sclerosis and gestation, Neurology, 33 : 1422-1427.
- [12] CONFRAVEUX C, HUTCHINSON M, HOURS M, CORTINOVIS-TOURNIAIRE P, GRIMAUD J, MOREAU T. (1999). Pregnancy and multiple sclerosis: clinical issues. Rev Neurol (Paris), 155:3, 186-191.

- [13] LYON-CAEN O., CALMET M. La sclérose en plaques. Paris: Edition John Libbey, 1997, -144 p.
- [14] TOURBAH A., La sclérose en plaques, Aujourd'hui et demain. Dialogue Médecin-malade, Edition John Libbey eurotext, 2003, -56p.
- [15] PELISSIER J., LABAUGE P., JOSEPH P.A., La sclérose en plaques. Paris : Edition Masson, 2003, -176p.
- [16] MOREAU T., La sclérose en plaques. Paris: Edition VIDAL, 2008, -223p.
- [17] GRAHAM J., Sclérose en plaques et maternité. Paris : Edition Jacques Ligier, 1997, -137p.
- [18] VERMESCH P., Sclérose en plaques : Epidémiologie, physiologie, diagnostic, évolution. La revue du praticien, 2000, 50, 117-232.
- [19] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), La sclérose en plaques. La revue du praticien, 2001, 15, p 1439-1447.
- [20] BAUT A-S., Sage femme et Sclérose en plaques : vers une maternité plus sereine. Nancy : Mémoire de sage-femme, 2001.
- [21] DAGUINDAU M., Sclérose en plaques et Maternité. Ecole de sage-femme de Metz : Mémoire de fin d'étude, 2005.
- [22] MARTINONI J., Sclérose en plaques et grossesse, une analyse de littérature. Nancy : Mémoire pour le diplôme inter universitaire de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. Octobre 2008.
- [23] POSER, RAUN, WISKSTROM, Pregnancy oral contraceptives and multiples sclerosis, *acta neurologica Scandinavica*, 1979, 59, p 108-118.
- [24] COSTA P., LOPEZ S., PELISSIER J., Problème en médecine de rééducation, Sexualité, fertilité et handicap. Masson, Paris 1996, p 54-60.
- [25] WHORTHINGTON J., JONES R., CRAWFORD M., FORTI A., Pregnancy and multiple sclerosis- 3 years prospective study. *J. Neurol*, 1994, 241, p 228-33.
- [26] BAMFORD C, SIBLEY W, LAGUNA J. Anesthesia in multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci* 1978; 5: 41-4.

- [27] SAKURAI M, MANNEN T, KANAZAWA I, TANABE H. Lidocaine unmasks silent demyelinating lesions in multiple sclerosis. *Neurology* 1992;42:2088-93.
- [28] RADWAN IAM, SAITO S, GOTO F. The neurotoxicity of local anesthetics on growing neurons: a comparative study of lidocaine, bupivacaine, mepivacaine and ropivacaine. *Anesth Analg* 2002;94:319-24.
- [29] LANGER-GOULD A., ALBERS, VAN DEN EEDEN, NELSON. Exclusive Breastfeeding and the Risk of Postpartum Relapses in Women With Multiple Sclerosis. *Archives of neurology*. 2009; 66 (8): 958-963
- [30] MORRIS E, SOAR J. Anaesthesia for a patient with severe multiple sclerosis. *Hosp Med* 1998 ; 59 : 744.
- [31] <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/neuro/SEP.htm>. SABOURAUD O., EDAN G., Sclérose en plaques. Rennes, 1998.
- [32] <http://has.fr>. Sclérose en plaques –Guide ALD n°25 (2007) HAS
- [33] Réseau Lorrain pour la prise en charge des patients atteints de la sclérose en plaques. www.lorsep.org
- [34] Association pour la recherche sur la sclérose en plaques (ARSEP) www.arsep.org

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
Sommaire	3
GLOSSAIRE	6
Introduction	7
Données sur la Sclérose en Plaques	10
1. Généralités	10
2. Définition de la SEP	10
3. Epidémiologie (Annexe 1)	11
4. Hypothèses étiologiques	12
4.1. Facteur environnemental	12
4.2. Facteur génétique	13
4.3. Facteur immunologique (ANNEXE 2)	14
4.4. Facteur viral	14
5. Du symptôme au diagnostic : de la clinique à l'imagerie	15
5.1. Symptomatologies.....	16
[17] ; [18] ; [19] ; [20] ; [34].....	16
5.1.1. Les troubles moteurs	16
5.1.2. Les troubles sensitifs	17
5.1.3. Les signes cérébelleux	17
5.1.4. Les troubles visuels	18
5.1.5. Symptômes vestibulaires.....	18
5.1.6. Troubles génito-sphinctériens	19
5.1.7. Les troubles cognitifs	19
5.1.8. Les troubles psychiques	19
5.1.9. Les autres manifestations de la SEP	19
5.2. Diagnostic	20
6. Classification et Evolutions de la SEP	22
7. Pronostic de la SEP	24
8. Traitement de la SEP	25
8.1. Traitement des poussées.....	25
8.2. Traitement de fond	25
8.2.1. Les immunomodulateurs.....	26
8.2.2. Les immunosuppresseurs	26
8.3. Traitements symptomatiques	27
8.3.1. Traitement de la spasticité des membres.....	27
8.3.2. Traitement de la fatigue	27
8.3.3. Traitement de la dépression	28

8.3.4.	Traitement des troubles urinaires	28
8.3.5.	Rééducation fonctionnelle.....	28
9.	SEP et grossesse.....	28
	Etude rétrospective	31
1.	METHODOLOGIE	31
1.1.	Problématique	31
1.2.	Objectifs	32
1.3.	Formulation des hypothèses.....	32
1.4.	Stratégie de recherche	33
1.5.	Population concernée et lieux de l'étude	34
1.6.	Durée de l'étude	34
2.	PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
2.1.	Présentation de la population	35
2.1.1.	Age de la population étudiée.....	35
2.1.2.	Antécédents obstétricaux	35
2.2.	Histoire de la maladie	37
2.2.1.	Age du début de la SEP.....	37
2.2.2.	Moment de découverte de la maladie par rapport à la grossesse	37
2.2.3.	Etat neurologique des patientes avant la dernière grossesse.....	37
2.2.4.	Traitement de fond avant la grossesse	38
2.3.	Déroulement de la dernière grossesse et de l'accouchement.....	39
2.3.1.	Evolution sur le plan neurologique	39
2.3.2.	Déroulement sur le plan obstétrical.....	40
2.3.3.	Le nouveau-né à la naissance.....	43
2.4.	Post partum	44
2.5.	Vécu des patientes.....	45
2.5.1.	Présentation des patientes	45
2.5.2.	Informations reçues concernant la SEP et la grossesse.....	46
2.5.3.	Vécu de la grossesse.....	46
	DISCUSSION	50
1.	Retentissement de la SEP sur la grossesse	50
1.1.	Epidémiologie	50
1.2.	Déroulement de la grossesse	51
1.3.	Travail et accouchement	51
1.4.	Le nouveau-né.....	52
1.5.	L'allaitement	52
2.	influence de la grossesse sur la sep	53
2.1.	Evolution de la SEP pendant la grossesse.....	53
2.2.	Traitements pendant la grossesse.....	54
2.3.	Evolution de la SEP pendant le post-partum.....	55
2.4.	Pronostic de la maladie après l'accouchement.....	56
2.5.	Constats et perspectives concernant l'information	56
3.	INFLUENCE DE L'ANESTHESIE SUR LA SEP	57
3.1.	Ce que disent les études	57
3.2.	Mécanismes d'action.....	58
3.3.	Chez une femme enceinte, quel type d'anesthésie est à préconiser ?.....	60

3.3.1. Anesthésie générale [3].....	60
3.3.2. Anesthésie locorégionale (ALR).....	60
3.4. Notre étude.....	62
Rôle de la sage-femme.....	64
1. Le suivi de la grossesse.....	64
2. La préparation a la naissance	66
3. Le travail et l'accouchement	66
3.1. L'ACCOUCHEMENT.....	66
3.2. L'ANALGESIE PERIDURALE.....	67
4. POST-PARTUM	68
4.1. Risques neurologiques et prévention de la fatigue.....	68
4.2. L'allaitement	69
4.3. Le retour à domicile	69
ASPECT SOCIAL.....	71
Points importants	73
Conclusion.....	75
Bibliographie	77
TABLE DES MATIERES	80
ANNEXE 1.....	83
anNexe 2	2
annexe 3.....	3
Annexe 4.....	4
annexe 5.....	5
ANNEXE 6.....	8
ANNEXE 7.....	11
RESUME.....	12

ANNEXE 1

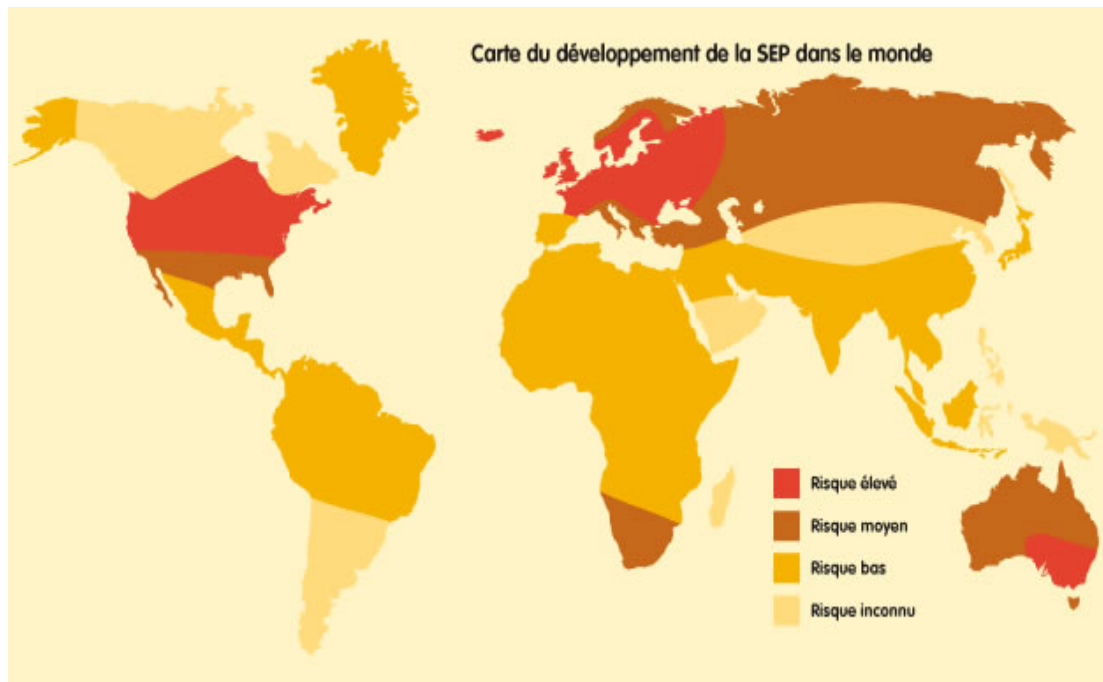


Figure 1 : Prévalence de la SEP dans le monde. [14]

ANNEXE 2

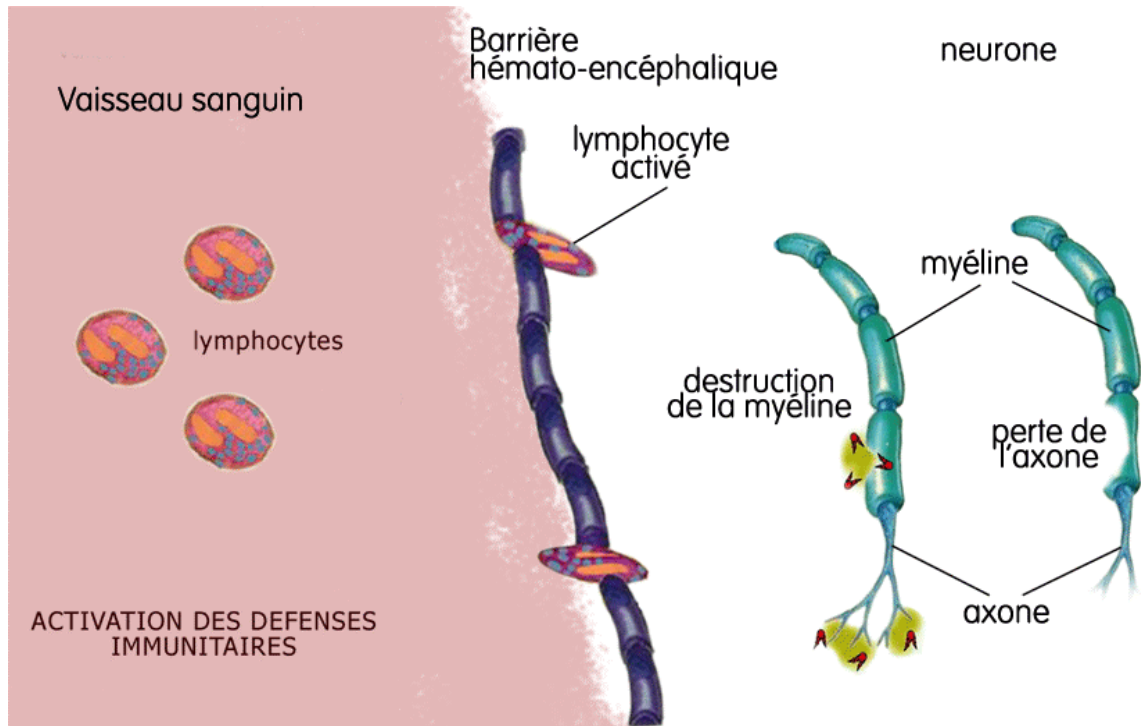
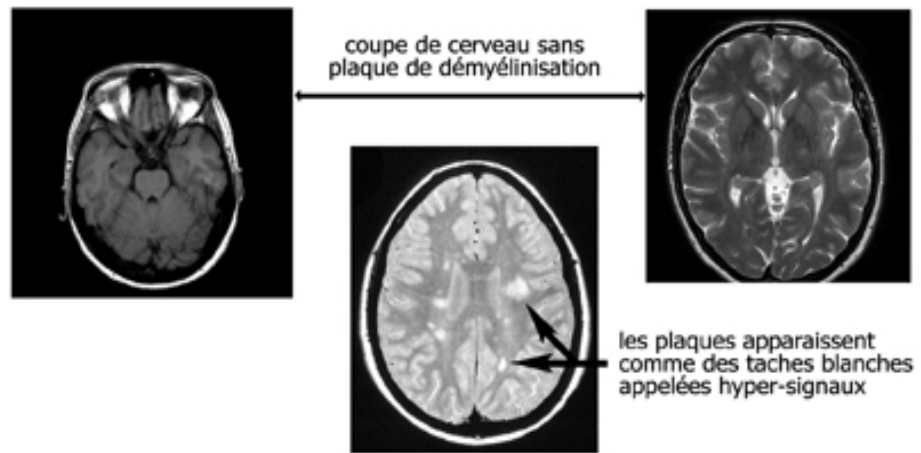


Figure 2 : Mécanismes biologiques impliqués dans la SEP. [35]

ANNEXE 3



plaques : régions dans lesquelles la myéline est détériorée

Illustration des plaques en IRM.

Figure 3 : Visualisations des plaques sur une IRM encéphalique d'un patient sain et d'un patient atteint de SEP.

ANNEXE 4

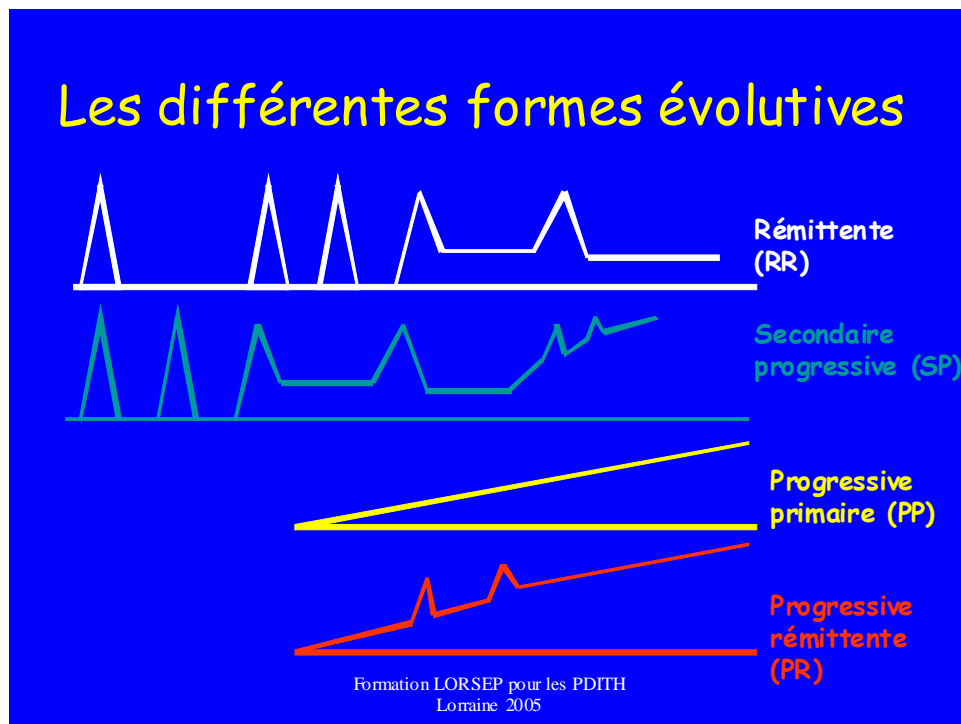


Figure 4 : Les différentes formes évolutives de la SEP [5]

ANNEXE 5

Echelle de cotation des handicaps (EDSS)

0.0. Examen neurologique normal (tous scores à 0).

1.0. Absence de handicap fonctionnel, signes minimes (score1) d'atteinte d'une des fonctions (cf supra la définition des fonctions)

1.5. Absence de handicap fonctionnel, signes minimes (score1) d'atteinte d'au moins 2 fonctions.

2.0. Handicap fonctionnel minime dans une des fonctions (1 fonction, score 2 ; les autres 0 ou 1).

2.5. Handicap fonctionnel minime dans 2 fonctions (2 fonctions score 2 ; les autres 0 ou 1).

3.0. Handicap fonctionnel modéré dans une fonction ou atteinte minime de 3 ou 4 fonctions, mais malade totalement ambulateur (1 fonction score 3, les autres 0 ou 1 ; ou 3 ou 4 fonctions score 2; les autres à 0 ou 1).

3.5. Totalement ambulateur ; comme 3.0, mais atteintes combinées différentes (1 fonction score 3 et 1 ou 2 score 2, ou 2 fonctions score 3 ; ou 5 fonctions score 2 ; les autres 0 ou 1).

4.0. Malade totalement autonome pour la marche, vaquant à ses occupations 12h par jour malgré une gêne fonctionnelle relativement importante : 1 fonction a 4, les autres 0 ou 1, ou atteinte combinée de plusieurs fonctions a des scores inférieurs a 4, mais supérieurs a ceux notes en 3.5. Le patient peut marcher 500m environ sans aide ni repos.

4.5. Malade autonome pour la marche, vaquant à ses occupations la majeure partie de la journée, capable de travailler une journée entière, mais pouvant parfois être limité dans ses activités ou avoir besoin d'une aide minime, handicap relativement sévère : une fonction a 4, les autres a 0 ou 1, ou atteinte combinée de plusieurs fonctions a des scores inférieurs a 4, mais supérieurs a ceux notes en 4.0. Le patient peut marcher sans aide ni repos 300m environ.

5.0. Peut marcher seul 200m sans aide ni repos, handicap fonctionnel suffisamment sévère pour entraver l'activité d'une journée normale ; en général une fonction a 5, les autres 0 ou 1, ou combinaisons diverses supérieures a 4.5.

5.5. Peut marcher 100m seul, sans aide ni repos ; handicap fonctionnel suffisamment sévère pour empêcher l'activité d'une journée normale.

6.0. Aide unilatérale (cane, canne anglaise, béquille), constante ou intermittente nécessaire pour parcourir environ 100m avec ou sans repos intermédiaire.

6.5. Aide permanente et bilatérale (cannes, cannes anglaises, béquilles) pour marcher 20m sans s'arrêter.

7.0. Ne peut marcher plus de 5m avec aide ; essentiellement confine au fauteuil roulant ; fait avancer lui-même son fauteuil et effectue seul le transfert, est au fauteuil roulant au moins 12h par jour.

7.5. Incapable de faire plus de quelques pas ; strictement confine au fauteuil roulant ; a parfois besoin d'une aide pour le transfert ; peut faire avancer lui-même son fauteuil ; ne peut y rester toute la journée ; peut avoir besoin d'un fauteuil électrique.

8.0. Essentiellement confiné au lit ou au fauteuil, ou promené en fauteuil par une autre personne ; peut rester hors du lit la majeure partie de la journée ; conserve la plupart des fonctions élémentaires ; conserve en général l'usage effectif des bras.

8.5. Confiné au lit la majeure partie de la journée ; garde un usage partiel des bras ; conserve quelques fonctions élémentaires.

9.0. Patient grabataire ; peut communiquer et manger.

9.5. Patient totalement impotent, ne peut plus manger ou avaler, ni communiquer.

10. Décès lié à la SEP.

.....
.....
Pathologie(s) associée(s) ? : Aucune
Pré éclampsie
Diabète gestationnel
Hypertension artérielle gravidique
Retard de croissance intra utérin
Menace d'accouchement prématurée
Autre,.....

Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ? Oui Non

Si oui, quels bénéfices en avez-vous retiré ?

Avez-vous participé à la séance d'information sur l'APD organisée une fois dans le mois par un anesthésiste ? Oui Non

Si oui, en étiez-vous satisfaite ?.....

Durant votre grossesse, avez-vous souhaité bénéficier de l'analgésie péridurale ? Oui
Non

Si non,

pourquoi ?.....
.....
.....

Aviez-vous des craintes vis-à-vis de l'APD par rapport à votre maladie ? Oui Non

Si oui,

Lesquelles ?.....
.....
.....

Lors de la consultation anesthésiste au 8^{ème} mois de grossesse, avez-vous été satisfaite des informations données concernant l'APD ? Oui Non

Si non,

Pourquoi ?.....
.....
.....

L'ACCOUCHEMENT

Terme de la grossesse :SA

Avez-vous bénéficié d'une anesthésie ? Oui

Non

Si oui, -Péridurale

Si non,

-Rachianesthésie

pour quelles

raisons ?.....

-Anesthésie

générale

.....
Si vous avez bénéficié de l'APD, a-t-elle été efficace ? Oui Non

Date de l'accouchement :.....

Mode de terminaison : Voie basse

césarienne

Auriez-vous des remarques à formuler concernant votre prise en charge en salle d'accouchement ? - par la sage femme
-par le gynécologue obstétricien
-par l'anesthésiste
- autre personnel soignant

POST-PARTUM IMMEDIAT

Avez-vous fait une poussée lors de votre séjour en maternité ? Oui Non

Si oui,

Par quel(s) symptôme(s) s'est-t-elle manifestée ?.....
.....

A-t-il été nécessaire d'instaurer un traitement pendant votre séjour à la maternité ? Oui

Non

Lequel ?.....
.....

Combien de jours après l'accouchement êtes-vous sortie de la maternité ?.....

Comment s'est déroulé votre séjour à la maternité ?.....
.....
.....
.....

Estimez-vous avoir été assez informée sur le déroulement de votre grossesse ?

Oui Non

Par ; -une sage femme
-un neurologue
-un gynécologue obstétricien
-un anesthésiste
-média, lecture
-autres.....

Pendant le séjour à la maternité, avez-vous eu des effets indésirables liés à l'APD ?

Si oui, -céphalées
-bloc moteur
-problèmes sensitifs
-autres.....

Quelles informations complémentaires auriez-vous aimé avoir ?.....
.....

Aimeriez-vous évoquer d'autres éléments marquants ?.....
.....

ANNEXE 7

ADRESSES ET NUMEROS UTILES

○ **Association pour la Recherche sur la Sclérose en Plaques (ARSEP)**

14 rue Jules Vanzuppe
94200 IVRY SUR SEINE
téléphone : 01.43.90.39.39

○ **Nouvelle Association Française des Sclérose en Plaques (NAFSEP)**

7 avenue Albert Durand
31700 BLAGNAC
téléphone : 05.34.55.77.00

○ **Ligue Française contre la Sclérose en Plaques (LFSEP)**

40, rue Duranton
75015 Paris
Téléphone : 01.53.98.98.80
Adresse internet : info@lfsep.asso.fr

○ **Réseau Lorrain pour la prise en charge des patients atteints de la Sclérose en Plaques (LORSEP)**

19, Rue de la République
54510 TOMBLAINE
Téléphone : 03.83.30.27.78
Adresse internet : Lorsep@wanadoo.fr

○ **Ecoute SEP** : Téléphone : 0 810.80.89.53

RESUME

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie fréquente du système nerveux central qui affecte l'adulte jeune donc en pleine période de projet d'existence. On sait qu'aujourd'hui la grossesse n'est plus contre indiquée par les neurologues. De même l'accouchement peut tout à fait se dérouler sous anesthésie péridurale, rachianesthésie ou encore anesthésie générale, à condition que les mêmes contre indications que pour les patientes non atteintes soient respectées et que les concentrations d'anesthésiques locaux les plus basses soient utilisées en associant des morphiniques. Il n'a pas été démontré que les patientes avaient plus de poussées ni d'aggravation du handicap. Pour un déroulement optimal de la grossesse et de l'accouchement le suivi médical doit être régulier, et la prise en charge pluridisciplinaire à savoir anesthésiste, neurologue, obstétricien, sage-femme et la patiente.

The multiple sclerosis (MS) is a frequent disease of the central nervous system which affects the young adult thus in full period of project of existence. We know that nowadays the pregnancy is not anymore cons-indicated by neurologists. Also the childbirth may well be performed under epidural anesthesia, spinal anesthesia or general anesthesia, providing that same cons indications for not reached patients are respected and the lowest concentrations of local anesthetics are used by associating morphines. It has not been demonstrated that patients had more relapses or worsening of disability. For an optimal unfolding of the pregnancy and the childbirth, the medical follow up must be regular, and we need a multidisciplinary care with anesthesiologist, neurologist, obstetrician, midwife and the patient.