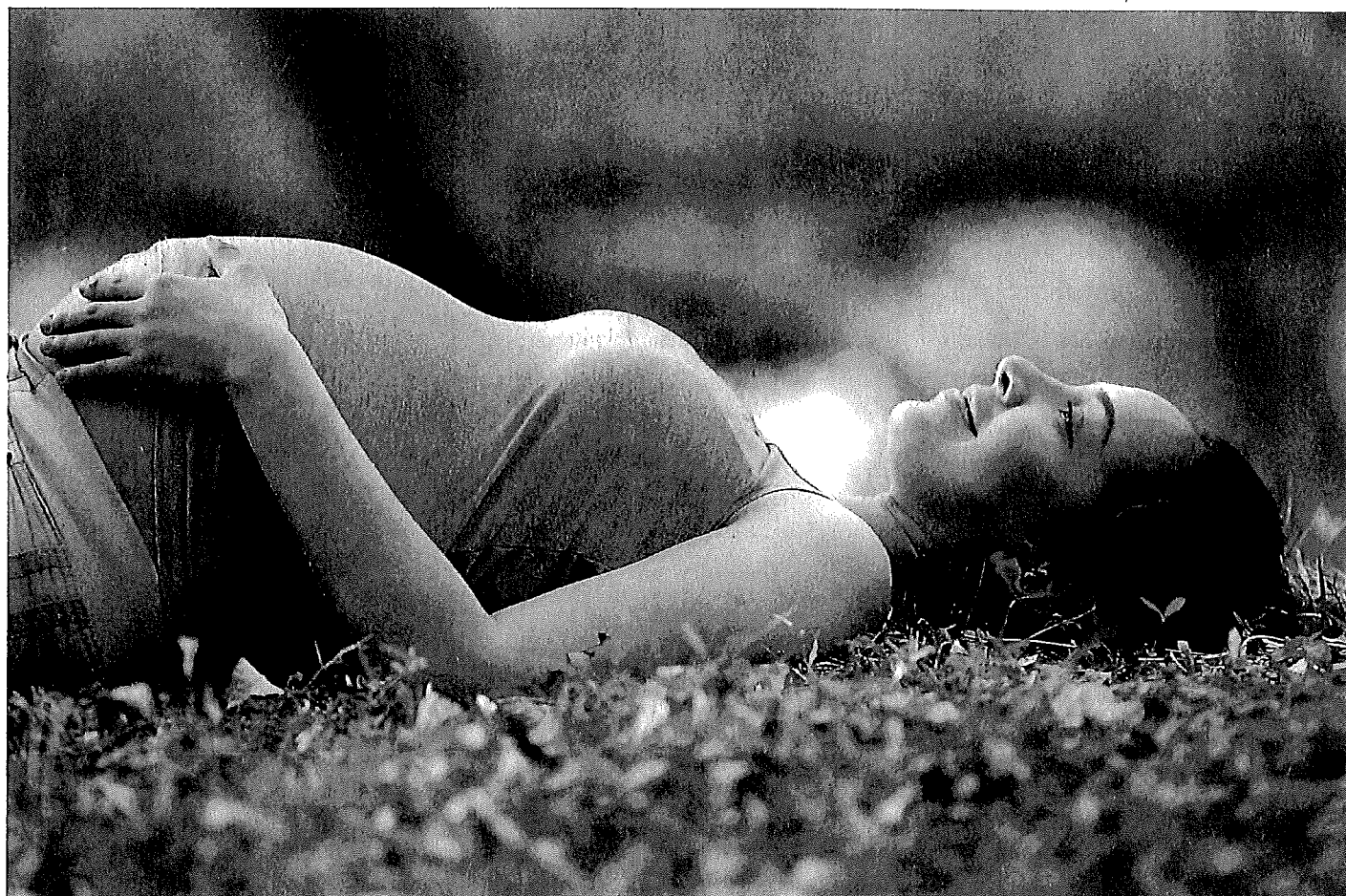


Vivre avec la SEP



Grossesse et sclérose en plaques (SEP)

Joie et fébrile attente, mais également incertitude et questions sans réponse quant au présent et à l'avenir: le début d'une grossesse est presque toujours marqué par un véritable tourbillon de sentiments. Et la situation se complique lorsque l'un des deux futurs parents souffre de sclérose en plaques.

■ Les bouleversements émotionnels en début de grossesse sont inévitables, que la grossesse soit souhaitée ou non. Les priorités au sein du couple et dans son environnement sont réévaluées et d'innombrables attentes sont associées à cette nouvelle vie à trois. Mais d'autres circonstances peuvent parfois compli-

quer la situation. Tel est notamment le cas lorsque l'un des deux partenaires souffre d'une maladie chronique et potentiellement handicapante telle que la sclérose en plaques (SEP). La décision de concevoir un enfant peut alors s'avérer particulièrement difficile à prendre et générer des peurs extrêmement fortes.

Grossesse et fréquence des poussées inflammatoires

Depuis de nombreuses années, les répercussions de la grossesse sur l'évolution de la SEP font l'objet de maintes discussions. Depuis le début du XX^e siècle, les chercheurs étaient d'avis que la grossesse

avait des répercussions négatives sur l'état de santé des patientes atteintes de SEP. De nombreuses études ultérieures sont pourtant venues réfuter cette opinion et ont examiné de nombreux aspects de la maladie dans le contexte de la grossesse, permettant ainsi aux patientes atteintes de SEP d'appréhender plus positivement cette étape importante de leur vie. De nouvelles études ont en particulier pu démontrer que la grossesse avait tendance à réduire la fréquence des poussées inflammatoires, qui se multipliaient en revanche après la naissance. Cette tendance a également été mise en évidence dans le cas d'autres maladies auto-immunes, telles que la polyarthrite chronique ou la myasthénie grave (grave faiblesse musculaire). On suppose aujourd'hui que ceci est dû aux modifications immunologiques survenant au sein de l'organisme de la femme enceinte. Le fœtus libère en effet des antigènes d'histocompatibilité, étrangers aux tissus maternels d'un point de vue immunologique. Certains mécanismes du système immunitaire s'avèrent alors indispensables pour empêcher une réaction de rejet du fœtus par l'organisme de la femme.

Modifications immunitaires

Les modifications du système immunitaire maternel lors de la grossesse se manifestent sous la forme d'immunosuppressions locales et d'une amélioration globale de l'immunocompétence de la mère. Ce sont précisément ces modifications immunitaires pendant et après la grossesse qui semblent être responsables, du moins partiellement, des répercussions de la grossesse sur l'évolution clinique de la SEP.

En l'état actuel des connaissances, la sclérose en plaques est considérée comme une maladie auto-immune provoquée en premier lieu par l'«activation» des lymphocytes T (cellules de défense). A cet égard, on estime aujourd'hui que nombre de processus immunitaires se déroulant pendant la grossesse sont en mesure de modifier les sous-populations de cellules T, opérant ainsi un transfert d'une immunité cellulaire à une immunité humorale, ce qui expliquerait les conséquences cliniques notoires sur l'évolution de la SEP.

suite en page 9

Grossesse et sclérose en plaques (SEP)

Répercussions de la grossesse

Ces quarante dernières années, de nombreuses études menées sur des patientes atteintes de SEP ont permis de conclure que la grossesse était généralement sans risque et pouvait même (au contraire) avoir un effet bénéfique sur les femmes souffrant de SEP. La prise de médicaments immunosuppresseurs ou immunomodulateurs doit toutefois être interrompue pendant la grossesse. Les résultats de différentes analyses ont montré que l'activité de la maladie régressait nettement pendant les neuf mois de la grossesse (en particulier au cours du dernier trimestre). Une nouvelle augmentation de la fréquence moyenne des poussées a en revanche été observée pendant la période postnatale (en particulier pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement). Si l'on considère toutefois la période comprise entre le début du second trimestre de la grossesse et les deux années suivant l'accouchement, on ne constate aucune différence notable de la fréquence annuelle des poussées par rapport aux années précédant la grossesse. La grossesse ne semble pas non plus avoir d'effets négatifs sur la progression des handicaps induits par la maladie. Ces études ont toutefois identifié certains facteurs qui permettent de prévoir la recrudescence de l'activité inflammatoire après l'accouchement. Parmi ces facteurs figurent l'existence d'une forte activité inflammatoire au cours de l'année précédant la grossesse. Ainsi, une patiente atteinte de SEP souhaitant avoir un enfant doit de préférence envisager de débuter sa grossesse après avoir connu au moins une année de phase stable de la maladie. L'apparition de poussées pendant la grossesse constitue un autre facteur permettant d'augurer une recrudescence des poussées inflammatoires après l'accouchement. Pour certains groupes de patientes, l'administration d'immunoglobuline par voie intraveineuse doit par conséquent être pratiquée par un neurologue juste après l'accouchement. Enfin, une intensification de l'activité de la maladie au moment de la fécondation



accroît la probabilité d'observer une évolution défavorable de la maladie après l'accouchement. Toute femme atteinte de SEP et désirant concevoir un enfant doit donc préalablement consulter son neurologue traitant.

En conclusion, il convient de retenir que la grossesse n'est aucunement contre-indiquée pour les patientes atteintes d'une sclérose en plaques récurrente/rémitte (SEP-RR) et affichant un faible degré de handicap.

La décision de poursuivre ou non la grossesse doit toutefois être prise au cas par cas et en tenant compte des différents aspects de la maladie.

La probabilité de développer une sclérose en plaques pendant la grossesse est relativement faible. Dans les rares cas où le diagnostic d'une SEP est néanmoins posé pendant la grossesse, il ne peut être basé que sur des données cliniques, puisque le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec agents de contraste doit être évité, notamment au cours du premier trimestre de la grossesse.

Origines de la SEP: génétique et environnement

Pour les frères et sœurs d'une personne atteinte de SEP, le risque de contracter la maladie est environ 15 à 20 fois plus élevé que pour toute autre personne du même groupe de population n'ayant pas de frère ou sœur malade. Les enfants dont l'un des parents est atteint de SEP ont moins de risque de contracter la maladie que les frères et sœurs (environ moitié moins). La probabilité de

développer la maladie est ici de l'ordre de 3 à 5%. Ce risque est encore moins élevé pour les fils d'un père atteint de SEP. Pour les cousins du premier degré, le risque est encore plus faible et pour les cousins au second degré, il atteint pratiquement le risque moyen normal de l'ensemble de la population. Par ailleurs, on sait aujourd'hui que de nombreux gènes contribuent à accroître le risque de développer une sclérose en plaques.

Déroulement de la grossesse, accouchement et allaitement

Certaines études ont montré que les femmes atteintes de SEP n'étaient pas plus exposées que les autres aux complications pendant la grossesse. D'autres études récentes révèlent toutefois que les enfants nés de patientes atteintes de SEP ont un risque légèrement plus élevé de naître prématurément ou d'afficher un poids plus faible à la naissance. Ils ne sont en revanche aucunement exposés à un risque accru de malformations congénitales.

La décision quant au choix du mode d'accouchement doit être prise en concertation avec le gynécologue et en tenant compte des éventuels problèmes rencontrés au cours des dernières semaines de grossesse. En cas de césarienne, les jeunes mamans atteintes de SEP doivent notamment faire l'objet d'une surveillance renforcée au cours de la phase post-opératoire: il convient par exemple d'éviter, et éventuellement de traiter, toute hausse de la température corporelle.

En ce qui concerne les différentes formes

Grossesse et sclérose en plaques (SEP)

d'anesthésie, rien ne semble indiquer que les femmes atteintes de SEP sont exposées à un risque accru de poussées lors du post-partum après avoir subi une anesthésie péridurale (forme d'anesthésie locale), par rapport à d'autres formes d'anesthésies. Dans la pratique, cette technique d'anesthésie a été mise en œuvre sans complication et sans risque accru de poussée inflammatoire sur les patientes atteintes de SEP.

En ce qui concerne les contractions, aucune différence n'a non plus été constatée entre les patientes atteintes de SEP et les autres parturientes. La décision d'opter pour un accouchement par voie naturelle ou par césarienne doit être prise en concertation avec le gynécologue et en fonction des éventuels problèmes rencontrés par la mère ou le fœtus dans les dernières semaines de la grossesse. L'approche en matière d'accouchement est donc la même pour une femme en bonne santé que pour une femme atteinte de SEP.

Toute jeune mère atteinte de SEP doit être encouragée à allaiter. De récentes études indiquent en effet que l'allaitement a un effet protecteur et des répercussions positives sur la fréquence des poussées inflammatoires, ce qui est également le cas chez les patientes présentant des tableaux cliniques plus sévères encore. Il convient de préciser ici que cet effet protecteur n'est observé qu'en cas d'allaitement exclusif (lait maternel) et non en cas d'allaitement partiel, ce qui est probablement dû aux effets hormonaux de l'allaitement.

Après l'accouchement

Les premières semaines qui suivent l'accouchement sont souvent synonymes de bouleversement émotionnel chez la jeune mère. Les moments de joie laissent rapidement place à des phases de profonde fatigue et de frustration, et inversement. Durant cette période, il est donc important de toujours garder en tête que cet abattement est dû à des motifs physiologiques tout à fait indépendants de la SEP. Après l'accouchement, l'organisme

maternel est en effet soumis à de nouvelles modifications hormonales, occasionnant un retour progressif à l'état antérieur à la grossesse. Ce processus peut s'accompagner de fortes variations d'humeur. Dans certains cas, un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire, car les jours suivant l'accouchement constituent une phase très délicate dans la vie de toute femme, contrainte de prendre conscience de son nouveau rôle de mère. A cet égard, il convient de préciser que dès les premiers jours du post-partum et jusqu'à douze mois après l'accouchement, des dépressions caractérisées par une gravité et des symptômes variables peuvent survenir. Celles-ci ne sont aucunement liées à la SEP, et peuvent aller d'un simple «baby-blues» à une dépression postnatale nettement plus marquée, nécessitant d'être traitée en conséquence.

Règles d'or à suivre avant et pendant la grossesse

Si vous envisagez de concevoir un enfant ou vous trouvez déjà au premier stade de la grossesse, nous vous invitons à suivre les recommandations suivantes:

- alimentation saine, activité physique régulière, arrêt de la consommation d'alcool et de tabac;
- prise d'acide folique, aussi bien avant la conception qu'au cours des trois premiers mois de la grossesse. Des études ont montré que cette mesure permettait de réduire le risque de malformations du tube neural, telles qu'un dos ouvert (spina bifida);
- consultation du médecin pour aborder la question de la prise de médicaments et de préparations vitaminées et autres compléments alimentaires;
- organisation de l'exécution des travaux ménagers et de la garde du bébé, en concertation avec le père et les proches parents, aussi bien en temps normal qu'en cas d'éventuelle poussée inflammatoire pendant les premiers mois suivant l'accouchement;
- constitution d'un réseau de personnes (dès les semaines précédant la naissance de l'enfant), susceptibles d'apporter leur aide en cas de besoin, qu'il s'agisse de membres de la famille, d'amis, ou encore d'éventuels services d'aide, etc.;
- consultation en temps voulu du neurologue traitant au sujet de l'allaitement; selon l'évolution clinique de la maladie avant la grossesse, le neurologue se prononcera en faveur de l'allaitement

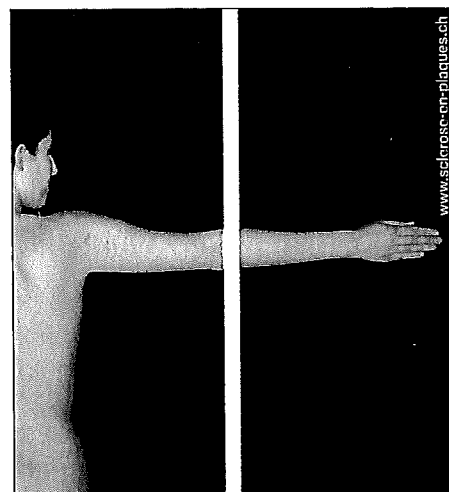
ou de la reprise du traitement pharmacologique;

- consultation d'un ergothérapeute ou physiothérapeute, justifiant d'une bonne expérience de la SEP et se trouvant notamment en mesure de proposer des techniques visant à maintenir l'énergie corporelle avant et après la grossesse, et permettant ainsi de gérer au mieux le problème de l'épuisement physique;
- mise en contact du neurologue traitant avec le gynécologue.

Dr. Chiara Zecca, Dr. Claudio Gobbi, Centre neurologique, hôpital civil de Lugano

Bibliographie

1. Confavreux C, Hutchinson M, Hours MM. Pregnancy in multiple sclerosis group. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *NEJM* 1998; 339:285-291
2. Vukusic S, Hutchinson M, Hours M et al. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain* 2004; 127:1353-1360.
3. Langer-Gould J, Huang SM, Gupta R et al. Exclusive breastfeeding and the risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2009;66(8):958-963.
4. Haas J, Hommes OR. A dose comparison study of IVIG in postpartum relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2007;13:900-908
5. Chen Y, Lin HN, Lin HC. Does multiple sclerosis increase the risk of adverse pregnancy outcomes? A population based study. *Multiple sclerosis* 2009; 15:606-612.



La sclérose en plaques interrompt l'influx nerveux.

CCP 10-10946-8

SEP

Société suisse de la sclérose en plaques