

Ma grossesse et ma SEP : les points à aborder en consultation

Par le Dr Nicolas Collongues, CHU de Strasbourg

La grossesse est toujours une étape importante dans la vie d'une femme. Celle-ci peut être à l'origine de nombreuses interrogations, surtout en cas de maladie chronique. Si la patiente est atteinte de SEP, de nombreuses questions se posent naturellement qu'il est très important d'aborder en consultation le plus tôt possible, voire parfois dès l'annonce diagnostique. Les questions les plus importantes et les plus fréquentes sont détaillées ci-dessous.

Ma grossesse aura-t-elle une influence sur ma SEP ?

Tout d'abord il faut savoir que la grossesse n'est pas en soi une période pendant laquelle la SEP s'aggrave. De nombreuses données épidémiologiques ont bien montré que le risque de faire une poussée pendant la grossesse était même globalement diminué pendant les 9 mois.

Ce risque est même particulièrement bas au dernier trimestre de grossesse comme illustré sur la figure. De façon plus générale, si la grossesse améliore transitoirement l'évolution de la SEP, celle-ci n'a pour autant aucune influence sur le devenir à moyen et long terme de la maladie. Par conséquent, il est indispensable que votre neurologue précise au cours de la consultation que la SEP ne représente pas une contre-indication à la grossesse. En revanche, celle-ci nécessite néanmoins d'être encadrée comme nous le verrons plus loin.

Ma grossesse comporte-t-elle un risque pour mon enfant ?

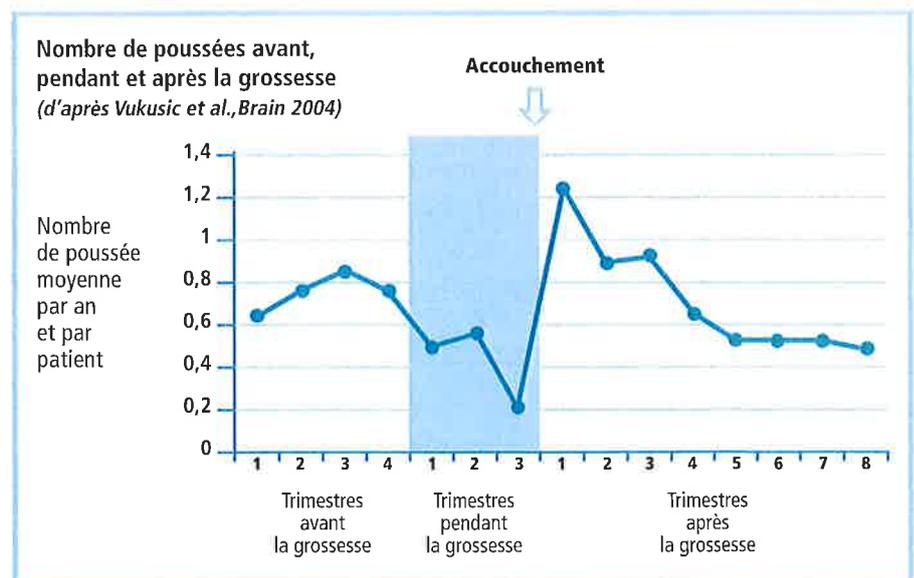
De façon tout à fait claire, il n'existe aucun risque particulier pour le fœtus. Celui-ci se déve-

loppe dans un environnement normal, permettant d'assurer un accouchement à terme dans de bonnes conditions.

Que faire avec mon traitement de fond ? Dois-je le continuer ?

De façon générale, le principe de précaution s'est appliqué pendant longtemps chez les patientes traitées par immunomodulateurs (interférons bêta et acétate de glatiramère), ceci afin d'éviter toute conséquence néfaste imprévisible sur le fœtus. Ainsi, il était recommandé chez toute femme ayant un

projet de grossesse, d'arrêter son traitement au moins 3 mois avant la conception. Désormais, les études de pharmacovigilance destinées à dépister les éventuels effets secondaires des traitements après leur commercialisation, ont montré que l'interféron bêta ou l'acétate de glatiramère pris au 1^{er} trimestre de grossesse n'entraînait pas d'effet délétère sur l'embryon ou le fœtus, ni sur le déroulement de la grossesse. Ces données ont permis de recommander désormais la poursuite d'un immunomodulateur jusqu'à la preuve de la grossesse. Celui-ci



sera ensuite arrêté, sauf en cas de maladie très active, où l'immunomodulateur pourra éventuellement être continué pendant toute la durée de la grossesse. En revanche, compte tenu du risque tératogène et de l'absence de données suffisantes chez l'humain, les immunosuppresseurs tels le Natalizumab (Tysabri), la Mitoxantrone (Novantrone) et le Cyclophosphamide (Endoxan) devront être arrêtés au moins 3 mois avant le début de la conception. Pour le Fingolimod (Gilenya) l'arrêt peut se faire jusqu'à 2 mois avant. En cas de grossesse sous un de ces traitements, un suivi spécialisé dans un centre de référence des grossesses à risque devra être effectué.

Que faire en cas de poussée pendant ma grossesse ?

Le traitement habituel des poussées reposant sur la méthylprednisolone (Solumédrol) à la dose de 1g/j pendant 3 jours pourra être effectué. Il n'a pas de retentissement sur le fœtus.

Y a-t-il des mesures particulières à prendre pour l'accouchement ?

Cette question est très importante et a fait l'objet d'une polémique dans le passé. La première chose à savoir, comme l'illustre la figure, est que la probabilité de faire une poussée dans les 3 mois qui suivent l'accouchement est plus importante que pendant la grossesse. Tout se passe comme si la grossesse créait une parenthèse dans l'évolution de la maladie et "décalait" la poussée qui aurait dû survenir pendant la grossesse. Cette constatation a

fait discuter le rôle neuroprotecteur des hormones (œstrogène et progestérone) sur la SEP et a conduit à la réalisation d'un essai clinique appelé POPARTMUS proposant une substitution oestro-progestative dans les 3 mois suivant l'accouchement. Malheureusement les résultats ont montré que cette stratégie thérapeutique ne permettait pas de diminuer le risque de poussée après l'accouchement. Une autre approche consiste à traiter préventivement les patientes à risque (celles ayant une maladie active avant la grossesse) avec des bolus de méthylprednisolone (Solumédrol), comme pour une poussée. Cette stratégie est empirique mais pourrait faire

l'objet d'un essai clinique dans les années à venir.

Enfin, il n'existe aucune contre-indication à la péridurale. Cette notion n'est pas toujours très claire pour les anesthésistes et les obstétriciens et peut nécessiter d'être explicitement notée dans le courrier de consultation de votre neurologue afin de faciliter la prise en charge.

La reprise des traitements de fond est conditionnée par la volonté ou non d'allaiter. En l'absence d'allaitement, la reprise du traitement de fond pourra se faire le plus tôt possible. En cas d'allaitement, certaines notions spécifiques sont précisées dans la fiche ci-après.

Allaitement et SEP, ce qu'il faut retenir

- L'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas de SEP
- Le choix de l'allaitement se fera en concertation avec le neurologue qui évaluera la nécessité de reprendre précocement le traitement de fond de la SEP sur les critères suivants :
 1. A l'exception de l'interféron bêta (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia), le passage des autres traitements de fond de la SEP dans le lait maternel contre-indique leur utilisation en cas d'allaitement.
 2. En cas de maladie très active, la nécessité de reprendre précocement un traitement de fond de type Natalizumab (Tysabri), Fingolimod (Gilenya) ou Mitoxantrone (Novantrone) contre-indique l'allaitement.
- Le traitement des poussées se base sur les principes suivants :
 1. En cas de poussée traitée par bolus de méthylprednisolone (Solumédrol), il est recommandé de ne pas allaiter durant la perfusion. Un délai minimal de 4 heures doit être respecté entre la fin du traitement et la reprise de la tétée.
 2. En cas de risque élevé de poussée après l'accouchement (maladie très active avant la grossesse), des bolus de méthylprednisolone (Solumédrol) pourront être proposés à visée préventive.