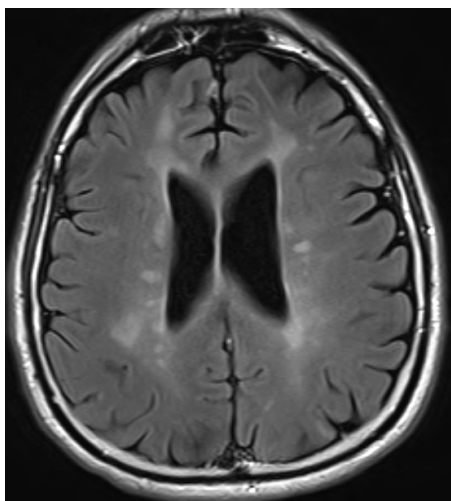




# Sclérose en plaques et grossesse



**Clarisse Carra**

*Gazette Café*  
**12 mars 2022**



# Une maladie de la femme jeune

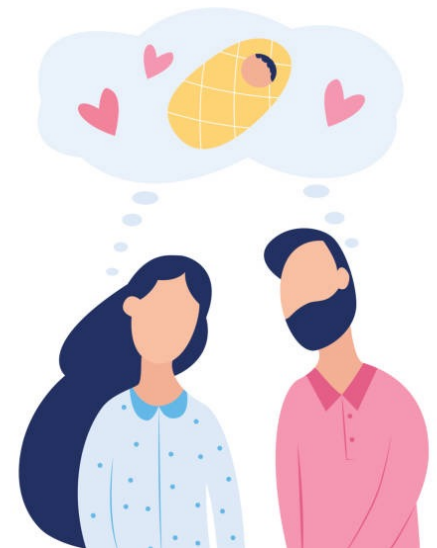
- Débute préférentiellement chez l'adulte jeune (20-35 ans)
- Touche 2.6 femmes pour 1 homme
- La question de la grossesse est donc très souvent abordée rapidement

# Quelles questions ?

- Est-ce plus difficile de tomber enceinte quand on a une SEP ?
- Influence de la grossesse sur la SEP ?
- Recommandations pour l'accouchement, l'allaitement ?
- Dois-je arrêter mon/mes traitement(s) ?
- IRM possible pendant la grossesse ?
- Conséquences de la SEP sur mon enfant ?



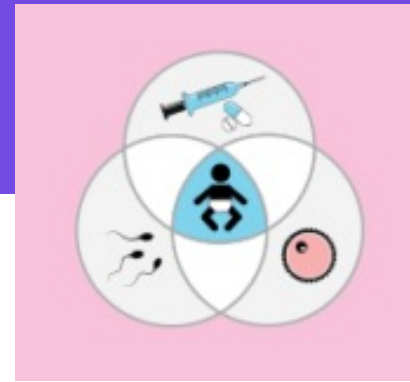
# Influence de la SEP sur la fertilité



# Influence de la SEP sur la fertilité

- **La SEP ne diminue pas la fertilité** des hommes ni des femmes
- Le couple peut être infertile, comme n'importe quel couple
- Le nombre moyen d'enfants des personnes qui souffrent de SEP est plutôt moins important que dans la population générale : choix > hypofertilité
- Certains traitements de fond peuvent avoir un impact sur la fertilité (traitements anciens, peu usités en 2019)

# Procréation médicalement assistée (PMA)



- Augmentation taux de poussée dans les 3 mois suivant une fécondation in vitro (FIV)
- Liée au traitement hormonal de stimulation ovarienne

# Influence de la grossesse sur la SEP



## D'où vient-on ?

Avant les années 1990: la grossesse était souvent « déconseillée » aux patientes en raison d'un effet potentiellement délétère sur l'évolution de la maladie....



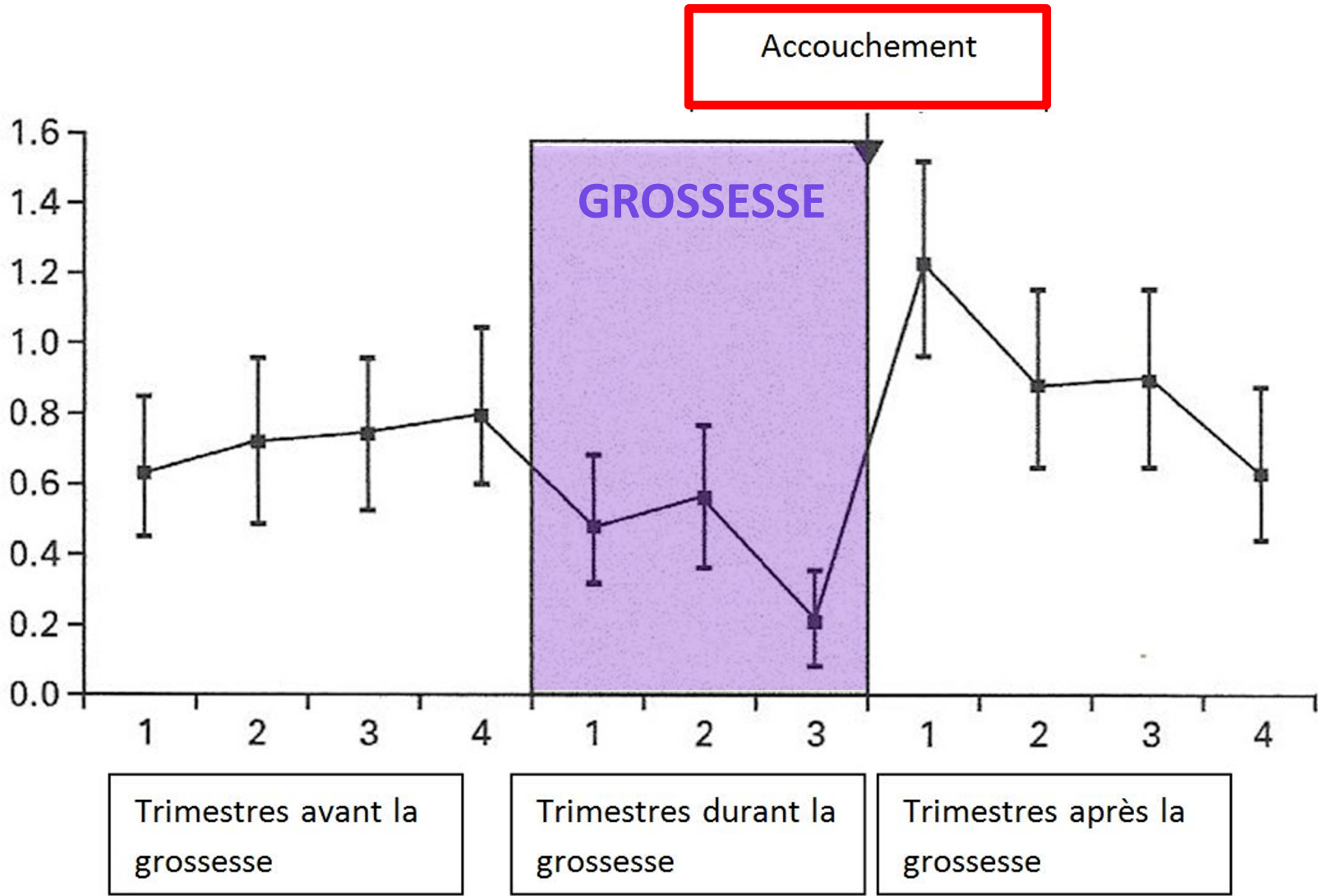
## **Etude PRISM** ***(Pregnancy in Multiple Sclerosis)***

- Etude européenne observationnelle
- 254 patientes enceintes, suivies jusqu'à 2 ans après l'accouchement

## Etude PRISM *(Pregnancy in Multiple Sclerosis)*

- Etude européenne observationnelle
- 254 patientes enceintes, suivies jusqu'à 2 ans après l'accouchement
- Résultats:
  - diminution du taux annuel de poussée (TAP) pendant la grossesse
  - augmentation TAP durant le 1<sup>er</sup> trimestre du post-partum
  - **pas de handicap lié à la grossesse, au post-partum, à l'accouchement**

Nombre de  
poussées/femme/an



Pendant le **1<sup>er</sup> trimestre du post-partum:**

- ✓ **augmentation de 70% du taux de poussées** en comparaison avec l'année précédant la grossesse
- ✓ = environ 1/3 des femmes auront une poussée dans cette période
- ✓ groupe « à risque de poussée » = patientes avec une activité de la maladie importante dans l'année avant la grossesse et pendant la grossesse

Puis, retour à taux annualisé de poussées identique

Poussées du post-partum =  
liées à la **chute des hormones sexuelles ?**

→ **Essai thérapeutique (*POPARTMUS*):**  
traitement hormonal (progestérone à forte dose +  
estradiol) après l'accouchement, poursuivi 3 mois  
= pas de diminution du risque de poussée

# Accouchement et allaitement



# Accouchement

Pas de recommandation systématique sur le type d'accouchement (voie basse, césarienne)  
à évaluer au cas par cas si déficit des membres inférieurs

**Anesthésie péridurale** : pas de risque  
(en termes de poussée ou d'aggravation du handicap)





- La décision d'allaiter est un choix personnel
- Probable effet protecteur de l'allaitement exclusif sur le risque de poussées dans le post-partum
- Allaitement possible dans la plupart des cas... sauf si reprise d'un traitement de fond contre indiqué



# Traitements et grossesse



## Si poussée **pendant la grossesse**:

- abstention thérapeutique si « petite » poussée
- bolus de corticoïdes possibles

## Si poussée **chez femme allaitante**:

- bolus de corticoïdes possibles
- essayer d'observer un délai de 24h entre le traitement et la têtée

**Doit-on arrêter le traitement de fond pendant la grossesse ?**

Ça dépend !

**Doit-on arrêter le traitement de fond pendant la grossesse ?**

Ça dépend !

**Chaque situation doit être évaluée au cas par cas et anticipée**

## Chaque situation doit être évaluée au cas par cas, en fonction:

- **de l'activité de la SEP** au préalable et du risque de poussée à l'arrêt du traitement
- **du médicament**: son ancienneté, le recul que nous avons sur les grossesses survenues sous ce traitement...

certains traitements doivent être arrêtés en amont de la conception, certains sont plutôt arrêtés dès le début de la grossesse, parfois le traitement est poursuivi pendant la grossesse

## **Chaque situation doit être anticipée**

Dès l'annonce diagnostique et à chaque prescription de traitement de fond, il faut s'intéresser au projet potentiel de grossesse, au délai de désir d'enfant, au nombre d'enfants...

**Pour choisir le traitement le plus adapté  
et dire que la grossesse c'est possible !**

## Doit-on arrêter les traitements symptomatiques pendant la grossesse ?

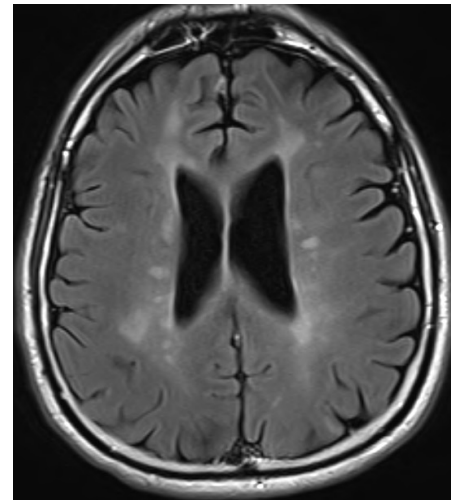
**Oui, le plus souvent... à réévaluer au cas par cas +++**

- **Traitements des douleurs**
  - ✓ paracétamol, codéine, LAROXYL: possibles
  - ✓ AINS, anti-épileptiques: souvent contre indiqués
- **Traitement de la spasticité**

contre indiqués
- **Traitement des troubles de la marche**

contre indiqué

# IRM et grossesse







## Principe de précaution

- Pas de suivi systématique en IRM pendant la grossesse
- Si besoin, une IRM peut être réalisée
- On évite l'injection de gadolinium pendant la grossesse. Mais son utilisation est possible si indispensable (en évitant sels de gado linéaires)

# Influence de la sclérose en plaques sur la santé du nouveau-né



## **Pas d'effet néfaste de la maladie sur**

- la fertilité
- les fausses couches spontanées
- le risque de prématurité
- le risque de toxémie gravidique (pré-eclampsie)
- l'état de santé de l'enfant à la naissance (poids de naissance, risque de malformation, risque de mort subite du nourrisson)



# Risque de « transmission » de la maladie

- La SEP n'est ni une maladie contagieuse ni une maladie héréditaire...
- C'est une maladie **multifactorielle**
  - ✓ prédisposition génétique
  - ✓ facteurs environnementaux

# Risque de « transmission » de la maladie

- **Le risque de « transmission » est minime**
- Si un des parents a la SEP, le risque pour l'enfant d'en être atteint est de 2-3% environ
  - risque un peu plus élevé que dans la population générale (1/1000)
  - mais 97-98% de chances de ne pas avoir la maladie !
  - risque < à celui de malformation à la naissance dans la population générale

# Risque de « transmission » de la maladie

**Donc la décision de débuter une grossesse quand un des deux parents a une SEP ne doit pas être influencée par ce risque minime de « transmission »**

# Conclusion

- **La grossesse n'aggrave pas la SEP**
- Le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et l'état de santé du nouveau-né sont comparables à la population générale
- Importance de « **planifier** » la grossesse, si possible dans une période peu active
  - arrêt traitement de fond
- Recommandations identiques à celles de la population générale...



**Merci de votre attention**

