

UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Étude du déroulement et du vécu des
grossesses des femmes atteintes de
Sclérose en plaques**

Mémoire présenté par :

Melle Camille CARRE

Née le 10 octobre 1993

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sages-Femmes

Année 2016

Directeur de Mémoire :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de mémoire Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU, pour l'aide précieuse et le soutien qu'il m'a apportée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Monsieur Fabrice PIERRE et toute l'équipe de Gynécologie-Obstétrique pour avoir été présents à mes côtés et m'avoir formée durant mes 4 années d'études à l'École de Sages-Femmes.

Je remercie également Mme la Directrice de l'École de Sages-Femmes, Sylvie GUINOT, ainsi que toute l'équipe enseignante pour m'avoir accompagnée, soutenue dans les moments de doute et pour m'avoir transmis leur savoir qui, je l'espère, fera de moi une sage-femme juste et compétente.

Je remercie aussi les infirmières du service de Neurologie pour m'avoir aidée dans mon étude.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis, pour avoir été à mes côtés durant ces 5 années, dans les moments de joie comme dans les moments de peine.

J'espère parvenir à vous rendre fiers.

SOMMAIRE

1. Glossaire et abréviations

2. Introduction

3. Méthodologie

3.1. Objectifs de l'étude

3.2. Population étudiée, critères d'inclusion et de non inclusion

a) Critères d'inclusion

b) Critères de non inclusion

3.3. Recueil de données

3.4. Méthodes statistiques

3.5. Considérations éthiques

4. Résultats

4.1. Caractéristiques générales des différents groupes

4.2. Groupe 1 : Les patientes n'ayant jamais eu d'enfant

4.3. Groupe 2 : Les patientes ayant eu au moins 1 grossesse

a) Le sous-groupe 2a : les grossesses ayant eu lieu avant le diagnostic de SEP

b) Le sous-groupe 2b : les grossesses ayant eu lieu après le diagnostic de SEP

5. Discussion

5.1. Critique de l'étude

a) Points forts

b) Points faibles

5.2. Résumé des principaux résultats

a) Généralités

b) Grossesse, accouchement et post-partum

c) Gestion des traitements

5.3. Confrontation avec la littérature

5.4. Conclusion

6. Annexes

7. Bibliographie

1. Glossaire et abréviations

SEP : Sclérose en plaques

PRIMS : Pregnancy for Multiple Sclerosis

FCS : Fausse couche spontanée

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

Échelle EDSS : Expanded Disability Status Scal. Principal outil permettant d'évaluer l'état d'un patient atteint de Sclérose en plaques, ainsi que le degré de handicap qui en résulte.

http://fr.medipedia.be/sclerose-en-plaques/news_mesure-evolution-sep_380

Forme RR : Forme rémittente

Forme PP : Forme progressive primaire

Forme RR-SP : Forme progressive secondaire

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMG : Interruption médicale de grossesse

2. Introduction

La sclérose en plaques (SEP) est une pathologie neurologique auto-immune touchant préférentiellement les jeunes femmes en âge de procréer. Il est donc légitime que les neurologues et les obstétriciens s'interrogent quant au projet de grossesse de leurs patientes, mais aussi que les patientes elles-mêmes soient désireuses d'une information et d'un soutien approprié.

Historiquement, il était déconseillé aux femmes atteintes de sclérose en plaques d'envisager une grossesse. Mais depuis, l'étude PRIMS (Pregnancy in Multiple Sclerosis) de Confavreux publiée en 1998 (1) et celle de Vukusic en 2004 (2) ont permis de renverser les mœurs en démontrant une réduction de la fréquence des poussées au cours de la grossesse, particulièrement au troisième trimestre. Néanmoins, ils retrouvaient une recrudescence des poussées dans le premier trimestre du post-partum, en particulier si la femme avait présenté une poussée en anté-conceptionnel. De plus, ni l'anesthésie péridurale ni l'allaitement n'étaient à risque de poussée après l'accouchement. D'après les auteurs Hellwig, Haghikia, Rockhoff et Gold, il serait même préférable d'encourager les patientes à choisir un allaitement maternel exclusif car celui-ci serait un traitement modestement efficace contre le risque de rechute après l'accouchement (3).

Concernant l'anesthésie péridurale, il a été établi que ce seraient les concentrations élevées d'anesthésiques locaux, et notamment de Bupivacaïne, qui seraient à l'origine de poussées chez les patientes atteintes de SEP (4). Cependant, l'étude PRIMS ne retrouvait pas de lien causal entre anesthésie péridurale et poussée après l'accouchement. De plus, il y aurait également un prolongement du bloc de conduction chez ces patientes (5). Aujourd'hui, les auteurs sont en accord pour utiliser des doses faibles d'anesthésiques locaux associées à des morphiniques (6).

Malgré ces résultats, il reste préférable de programmer la grossesse (7), notamment à cause de la gestion des traitements de fond, pour laquelle il n'y a pas toujours de protocole défini. Un article du Dr Laure Michel publié en 2014 dans la Revue Neurologique fait un état des lieux de l'essentiel des études existantes sur les traitements de fond de la SEP (8). Les principales conséquences de ces traitements sont les fausses couches spontanées (FCS) et les malformations fœtales et néonatales.

Ainsi :

- Les immunosuppresseurs (Mitoxantrone NOVANTRONE®, Cyclophosphamide ENDOXAN®, Méthotrexate, Mycophenolate Mofetil CELLCEPT®), Fingolimod GILENYA® et Tériflunomide AUBAGIO® doivent être arrêtés avant la conception avec maintien d'une contraception efficace pendant 2 à 6 mois
- Les interférons bêta (AVONEX®, BETAFERON®, REBIF®, EXTAVIA®) et l'Acétate de glatiramère COPAXONE® sont autorisés jusqu'à la grossesse avec discussion de l'arrêt ou de la poursuite au diagnostic de grossesse.
- Natalizumab TYSABRI®, Diméthyl fumarate TECFIDERA® : Les données sont insuffisantes chez l'Homme, il y aurait un possible effet rebond du Natalizumab. Ils sont donc à utiliser au cas par cas avec principe de précaution.
- Un nouveau traitement, BIOTINE®, concentré de vitamine B8, permettant à la fois de ralentir le taux de progression de la maladie et d'entraîner une amélioration de la SEP progressive (9): Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) le déconseille pour l'instant lors de la grossesse et de l'allaitement maternel du fait de l'insuffisance de données.

Il nous a semblé intéressant de faire un état des lieux de la situation de ces patientes et de voir comment se déroulaient les grossesses, comment elles étaient vécues par les patientes, quelles informations étaient données par les neurologues et autres professionnels de santé ; mais aussi comment étaient gérés les traitements de fond non seulement de la part du professionnel mais aussi du point de vue de la patiente.

3. Méthodologie

3.1. Objectifs de l'étude

- Étudier le déroulement et le vécu des grossesses des femmes atteintes de sclérose en plaques
- Observer la qualité de l'information apportée par les professionnels de santé
- Étudier la gestion des traitements de fond avant, pendant et après la grossesse

3.2. Population étudiée, critères d'inclusion et de non-inclusion

L'étude a eu lieu dans la ville de Poitiers au sein du centre de niveau 3 du 1er septembre 2015 au 15 mars 2016 dans le service de Neurologie.

L'inclusion des patientes s'est déroulée en deux temps, en parallèle du recueil de données :

- Une première partie de la population a été recensée lors de leur consultation annuelle de SEP dans le cadre de leur suivi, par le médecin et l'infirmière référente de SEP, de septembre à décembre 2015.
- La deuxième partie de la population a été incluse dans l'étude par contact téléphonique de décembre 2015 à mars 2016, car leur consultation annuelle n'avait pas lieu durant la période d'étude.

a) Critères d'inclusion

Les patientes incluses dans l'étude devaient avoir entre 18 et 45 ans.

b) Critères de non inclusion

- Les patientes ayant refusé de participer à l'étude
- Les patientes n'ayant pas pu être contactées par téléphone (changement ou mauvais numéro, ne répondant pas aux appels)
- Les patientes ayant un niveau de handicap trop important
- Les patientes pour lesquelles le diagnostic de SEP n'a finalement pas été confirmé

3.3. Recueil de données

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire que nous avons préalablement établi portant sur : [annexe 1]

Partie 1

Cette première partie concerne toutes les patientes.

- *L'échelle EDSS (10)* : Outil de cotation clinique permettant d'évaluer le niveau de handicap des patients. Elle est cotée sur une échelle de 20 niveaux allant de 0 à 10 (0 = examen clinique normal, 10 = décès lié à la SEP).
- *Le type de SEP (11)*:
 - Les formes rémittentes (RR) : poussées individualisées laissant des séquelles ou non, sans progression du handicap entre les poussées.
 - Les formes progressives primaires (PP): handicap évoluant sans poussées individualisables.
 - Les formes rémittentes secondairement progressives (RR-SP) : progression avec ou sans poussées, suivies de rémissions minimales et de plateaux.
- La date du diagnostic de SEP
- Le traitement de fond actuel
- Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), d'interruptions médicales de grossesse (IMG) et de FCS.
- Deux échelles cotées de 0 à 10 :
 - La première porte sur le désir de grossesse des patientes après le diagnostic de SEP (0= pas du tout, 10=énormément)
 - La seconde porte sur la satisfaction de l'information donnée par le neurologue sur une éventuelle grossesse après le diagnostic de SEP (0=pas du tout, 10=parfaitement)

Partie 2

Cette seconde partie concerne uniquement les patientes ayant déjà eu des enfants.

Elle peut être divisée en 2 sous-parties :

- Une première concerne toutes les patientes ayant déjà eu des enfants
- La suivante concerne uniquement les patientes ayant eu des enfants après le diagnostic de SEP

Partie 2a

Nous avons demandé aux patientes le sexe, poids et terme de naissance de leurs enfants ainsi que les modalités d'accouchements (voie basse ou césarienne), si elles ont bénéficié d'une anesthésie péridurale ou non et le mode d'allaitement choisi. Pour les patientes ayant eu une césarienne nous n'avons pas comptabilisé les rachianesthésies.

Nous leur avons également demandé si elles avaient fait une ou plusieurs poussée(s) durant la grossesse et/ou le post-partum (que nous avons défini comme la période de 6 mois après l'accouchement) et si oui, si elle(s) a (ont) été traitée(s) par corticoïdes.

Enfin, une échelle cotée de 0 à 10 (0=aucune crainte, 10=une crainte maximale) demandait aux patientes si elles étaient plus craintives ou non pour la santé de leur(s) enfant(s) du fait de la présence de la maladie.

Partie 2b

Les premières questions portaient sur la gestion des traitements avant, pendant et après la grossesse :

- La personne ayant arrêté le traitement et le moment auquel il a été arrêté, si c'est le cas
- En cas de reprise d'un traitement après l'accouchement, le nom de celui-ci et le délai dans lequel il a été repris
- Une échelle cotée de 0 à 10 (0=très difficile, 10=sans problème) portait sur la difficulté ou non à la reprise du traitement par les patientes.

Il y avait ensuite plusieurs échelles cotées de 0 à 10 :

- 3 échelles d'anxiété (0=pas du tout, 10=énormément) permettaient de demander aux patientes si, du fait de la maladie, elles ont été plus anxieuses ou non par rapport à la grossesse (première échelle), à l'accouchement (seconde échelle) et à la pose de péridurale (troisième échelle)
- Une échelle de satisfaction demandait l'attitude qu'a eu l'anesthésiste lors de la consultation d'anesthésie par rapport à la présence de la SEP (0=défavorable, 10=favorable)
- Une échelle portait sur l'allaitement, afin de savoir si la SEP avait modifié ou non leur choix de mode d'allaitement (0=pas du tout, 10=énormément)

- Enfin, 2 échelles de satisfaction (0=pas du tout, 10=complètement) portaient sur l'information donnée par tous les professionnels de santé confondus avant (première échelle) et pendant la grossesse (deuxième échelle).

Pour toutes les patientes, les données ont été complétées à l'aide du logiciel TELEMAQUE pour : la date du diagnostic de SEP, le type de SEP et l'EDSS de la patiente.

3.4. Méthodes statistiques

Les données ont ensuite été collectées dans une base de données à l'aide du logiciel LibreOffice Calc.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi Info 7 et de LibreOffice Calc. Pour la comparaison de données, nous avons utilisé des tests de Chi 2 ainsi qu'un test de Kruskal-Wallis.

On considère la valeur de p comme non significative si celle-ci est supérieure à 0,05. Pour les calculs statistiques nécessitant la comparaison de moyennes, nous avons exclu les patientes ayant eu à la fois des enfants avant le diagnostic de SEP et à la fois après, afin de réduire au maximum les éventuels biais.

3.5. Considérations éthiques

Seules les patientes acceptant de participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- l'identité du responsable du traitement des données,
- l'objectif de la collecte d'informations,
- le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- les destinataires des informations,
- la possibilité d'avoir accès au questionnaire et de modifier leurs données.

La confidentialité des participantes a été protégée par l'utilisation d'un numéro (numéro d'identification unique) en lieu et place de leurs noms et prénoms. Aucune donnée permettant d'identifier le patient autre que le numéro d'identification ne figurerait sur le questionnaire. La réponse positive des participantes faisait office de consentement pour participer à l'étude.

4. Résultats

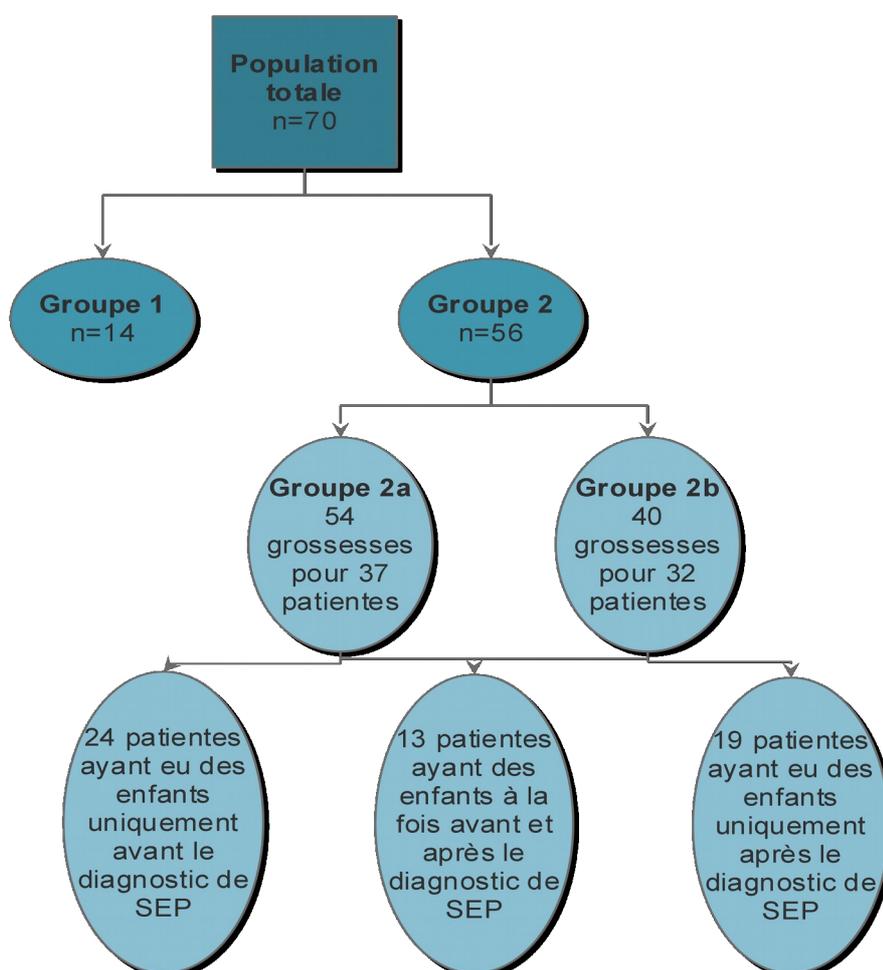
Après exclusion de 26 patientes (4 ayant refusé de participer, 4 ayant changé de numéro, 12 ne répondant pas aux appels, 5 n'étant finalement pas atteintes de SEP et 5 ayant un niveau de handicap trop élevé) ; la population finale est de 70 patientes.

Pour l'analyse des données, la population a été divisée en deux groupes indépendants :

- **Groupe 1** : Les patientes n'ayant jamais eu d'enfant.
- **Groupe 2** : Les patientes ayant eu un ou plusieurs enfants. Ce groupe a lui-même été divisé en deux sous-groupes :
 - **Groupe 2a** : Les grossesses survenues avant le diagnostic de SEP
 - **Groupe 2b** : Les grossesses survenues après le diagnostic de SEP

Les sous-groupes 2a et 2b sont appariés car quelques unes des patientes ont eu plusieurs grossesses dont certaines avant et d'autres après le diagnostic de SEP.

Figure 1 : Répartition de la population dans les différents groupes



4.1. Caractéristiques générales des différents groupes

Tableau I : Caractéristiques générales des différents groupes

	Groupe 1 n=14	Groupe 2 n=56	Groupe 2a	Groupe 2b
Age actuel (années)	33 ± 5,8	39 ± 5,6	41 ± 4,6	38 ± 5,8
Parité moyenne		1,7	1,9	1,7
<u>EDSS</u>				
• Moyenne	1,39	1,96	1,96	2,05
• Médiane	1,0	1,25	1,0	1,75
<u>Type de SEP</u>				
• RR (*)	13 (92,86%)	52 (92,86%)		
• PP (**)	1 (7,14%)	4 (7,14%)		
• RR-SP (***)	0	0		
IVG	0	6 (10,71%)		
IMG	0	0		
FCS	3 (25%)	15 (2,26 FCS par patiente)		
<u>Désir d'enfant</u>				
• Moyenne	3,23	2,95	3,16	2,90
• Écart-type	3,59	3,77	3,95	3,45
• Minimum	0	0	0	0
• Maximum	10	10	10	10
<u>Information donnée par le neurologue</u>				
• Moyenne	8,5	8,78	8,77	9,0
• Écart-type	2,92	2,61	2,77	2,0
• Minimum	1	0	0	0
• Maximum	10	10	10	10
<u>Crainte sur la santé des enfants</u>				
• Moyenne		4,30	4,38	3,92
• Écart-type		3,57	3,62	3,56
• Minimum		0	0	0
• Maximum		10	10	10

(*) RR : Forme rémittente

(**) PP : Forme progressive primaire

(***) RR-SP : Forme progressive secondaire

Concernant la crainte sur la santé des enfants, 13 patientes m'ont fait part de deux sujets ayant un impact sur leur crainte : l'hérédité potentielle et le cas de la vaccination contre l'hépatite B.

4.2. Groupe 1 : les patientes n'ayant jamais eu de grossesse

Tableau II : Traitement des patientes au moment de l'étude dans le groupe 1

Traitement	Nombre de patientes	Fréquence
TYSABRI®	2	14,29 %
REBIF®	2	14,29 %
TECFIDERA®	2	14,29 %
AUBAGIO®	0	
AVONEX®	3	21,43 %
GILENYA®	0	
COPAXONE®	1	7,14 %
CELLCEPT®	0	
BIOTINE®	0	
BETAFERON®	1	7,14 %
AUCUN	3	21,43 %

4.3. Groupe 2 : les patientes ayant eu au moins 1 grossesse

Tableau III : Traitement des patientes au moment de l'étude dans le groupe 2

Traitement	Nombre de patientes	Fréquence
TYSABRI®	6	10,71 %
REBIF®	4	7,14 %
TECFIDERA®	10	17,86 %
AUBAGIO®	2	3,57 %
AVONEX®	9	16,07 %
GYLENIA®	5	8,93 %
COPAXONE®	1	1,79 %
CELLCEPT®	1	1,79 %
BIOTINE®	1	1,79 %
BETAFERON®	1	1,79 %
AUCUN	16	28,57 %

Information donnée par les professionnels de santé avant et pendant la grossesse :

- Avant la grossesse, la moyenne est à $8,30 \pm 2,55$. Le minimum est 2,5 et le maximum est 10.
- Pendant la grossesse, nous avons une moyenne de $8,74 \pm 2,50$. Le minimum est 0 et le maximum est 10.

Enfants :

Nous avons comptabilisé 94 enfants au total dont 44 filles et 51 garçons (une patiente ayant eu des jumeaux).

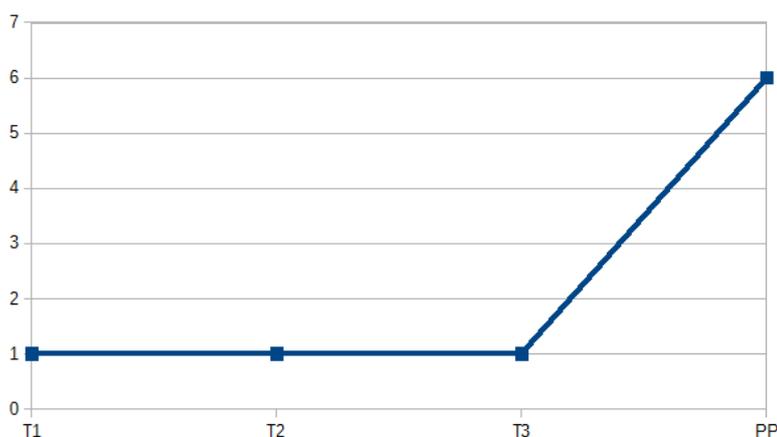
En moyenne il y a 1,7 enfant par patiente dont 54 (56,38%) sont nés avant le diagnostic de SEP et 41 (43,62%) sont nés après.

a) Groupe 2a : les grossesses ayant eu lieu avant le diagnostic de SEPPoussées :

6 patientes ont fait une poussée lors d'une de leur grossesse ou dans la période du post-partum ayant, à distance, permis de poser le diagnostic de SEP.

Toutes les poussées ont eu lieu en post-partum, 1 patiente a fait une poussée à chaque trimestre de grossesse et une en post-partum. Parmi elles, 4 ont reçu des corticoïdes.

Figure II : Evolution des poussées en fonction du terme dans le groupe 2a

Accouchement et enfants :

Il y a eu une anesthésie péridurale dans 81,82 % des cas.

Concernant la finalité du travail, nous avons dénombré 42 accouchements par voie basse (77,78%) et 12 césariennes (22,22%).

Parmi les 54 enfants nés avant le diagnostic de SEP, 50 (92,59%) sont nés à terme et 4 (7,41%) sont nés prématurément.

La moyenne des poids de naissance est de 3306 g (médiane = 3250g).

Concernant l'allaitement, nous avons 47,92 % d'allaitement maternel, pendant une durée moyenne de 3,55 mois et 52,08 % d'allaitement artificiel. Aucune patiente n'a eu recours à un allaitement mixte à la sortie de la maternité.

b) Groupe 2b : Les grossesses après diagnostic de SEPEDSS :

La moyenne est de 1,97 pour les patientes ayant eu uniquement une grossesse après diagnostic et de 2,05 pour les patientes ayant à la fois une grossesse avant et une grossesse après diagnostic.

Anxiété par rapport à la grossesse :

La moyenne est de $2,28 \pm 3,24$. Le minimum est 0 (pas du tout) et le maximum est 10 (énormément).

Anxiété par rapport à l'accouchement :

Nous avons une moyenne de $1,90 \pm 3,10$; avec un minimum à 0 et un maximum à 10.

Anxiété par rapport à la péridurale :

La moyenne est de $1,75 \pm 3,23$. Le minimum est 0 et le maximum est 10.

Réaction de l'anesthésiste lors de la consultation :

La moyenne est de $7,75 \pm 3,51$; avec un minimum à 0 (défavorable) et un maximum à 10 (favorable).

Choix de l'allaitement :

Nous avons une moyenne de $3 \pm 4,25$; avec un minimum à 0 et un maximum à 10.

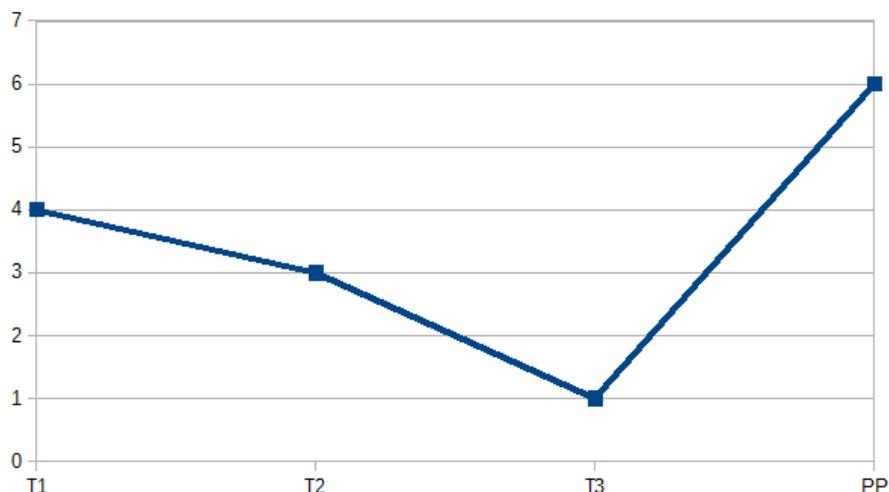
Les patientes ayant répondu « énormément » sont des patientes qui ont choisi un allaitement artificiel car leur traitement n'était pas compatible avec un allaitement maternel.

Poussées :

Il y a eu 12 poussées sur 40 grossesses, dont :

- 4 fois au 1^{er} trimestre
- 3 fois au 2^e trimestre
- 1 fois au 3^e trimestre
- 6 fois en post-partum

Parmi ces poussées, 7 ont été traitées par des corticoïdes.

Figure III : Evolution des poussées en fonction du terme dans le groupe 2bTraitements :

Parmi les grossesses ayant eu lieu après le diagnostic de SEP, dans 50 % des cas il n'y avait pas de traitement mis en place avant cette grossesse.

- Dans les cas où il n'y avait pas de traitement, celui-ci a été instauré après l'accouchement dans 40 % des cas
- Dans les cas où il y avait un traitement, celui-ci a été modifié en post-partum dans 42,11 % des cas

Une seule patiente a gardé un traitement tout au long de sa grossesse après accord de son médecin ; le traitement était le Tysabri® qui est un inhibiteur sélectif de la molécule d'adhésion. Elle n'a pas fait de poussée et il n'y a pas eu de souci particulier pendant la grossesse et pour le fœtus (hormis une thrombopénie transitoire).

Parmi les patientes qui avaient un traitement avant la grossesse :

- 22,50 % ont arrêté leur traitement avant la grossesse, dans une moyenne de 6,3 mois
- 28,21 % ont arrêté leur traitement à la découverte de la grossesse, dans une moyenne de 2,8 semaines

Le traitement n'a jamais été arrêté ni par le médecin généraliste, ni par le gynécologue-obstétricien. 65 % des arrêts ont été effectués par le neurologue et 35 % par la patiente, soit seule soit après accord avec le neurologue. et dans 35 % des cas c'était par la patiente.

Pour les patientes concernées, le traitement a été repris en moyenne 5 mois après l'accouchement.

Concernant la facilité ou non à la reprise du traitement, la moyenne des réponses est à 5,27.

Tableau IV : Tableau récapitulatif de la gestion des traitements avant, pendant et après la grossesse dans le groupe 2b

	Grossesses après diagnostic n=40
<u>Traitement avant grossesse</u>	
- Tecfidera®	2 (5%)
- Avonex®	9 (22,5%)
- Tysabri®	2 (5%)
- Rebif®	4 (10%)
- Aubagio®	0
- Copaxone®	1 (2,5%)
- Gylénia®	0
- Bétaféron®	2 (5%)
- Cellcept®	0
- Biotine®	0
- Pas de traitement	20 (50%)
<u>Personne ayant arrêté le traitement</u>	
- Médecin généraliste	0
- Neurologue	13 (65%)
- Gynécologue obstétricien	0
- Patiente	7 (35%)
Traitement pendant la grossesse	1
Arrêt du traitement avant la grossesse	9 (22,5%)
Délai d'arrêt avant grossesse (moyenne en mois)	6,3
Arrêt du traitement à la découverte de la grossesse	11 (28,21%)
Délai d'arrêt après découverte (moyenne en semaines)	2,8
<u>Traitement après grossesse</u>	
- Tecfidera®	3 (7,5%)
- Avonex®	7 (17,5%)
- Tysabri®	2 (5%)
- Rebif®	4 (10%)
- Aubagio®	1 (2,5%)
- Copaxone®	3 (7,5%)
- Gylénia®	0
- Bétaféron®	3 (7,5%)
- Cellcept®	0
- Biotine®	0
- Pas de traitement	17 (42,5%)
Délai de reprise (moyenne en mois)	5
Difficulté de reprise (échelle de 0 à 10)	5,27

Accouchement et enfants :

23 patientes (67,65%) ont bénéficié d'une anesthésie péridurale pendant le travail. Concernant la finalité du travail, nous avons dénombré 30 accouchements par voie basse (75,00%) et 10 césariennes (25,00%).

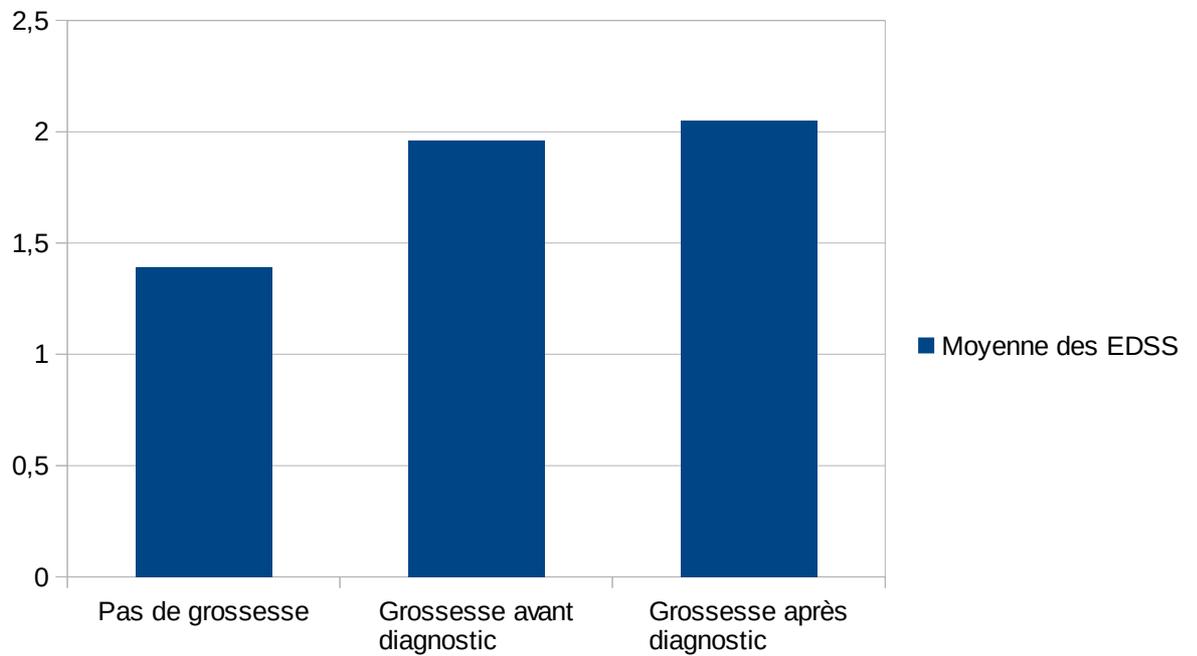
Parmi les 41 enfants nés après le diagnostic de SEP (une patiente ayant eu des jumeaux), 38 (92,68%) sont nés à terme et 3 (7,32%) sont nés prématurément.

Le poids de naissance moyen est de 3221g (la médiane est à 3180g) ;

Concernant l'allaitement, nous avons dénombré 53,66 % d'allaitement maternel, avec une durée moyenne de 4mois et 46,34 % d'allaitement artificiel. Aucune patiente n'a eu recours à un allaitement mixte à la sortie de la maternité.

Tableau V : Tableau récapitulatif des données concernant l'accouchement, les nouveau-nés et l'allaitement dans les groupes 2a et 2b

	Enfants nés avant le diagnostic de SEP n=54	Enfants nés après le diagnostic de SEP n=41
Enfants nés à terme	50 (92,59%)	38 (92,68%)
Enfants prématurés	4 (7,41%)	3 (7,32%)
Poids de naissance (moyenne en grammes)	3306	3221
Patientes ayant bénéficié d'une anesthésie péridurale	36 (81,82 %)	23 (65,71%)
Voie d'accouchement		
- Voie basse	42 (77,78%)	30 (73,17%)
- Césarienne	12 (22,22%)	11 (26,83%)
Type d'allaitement		
- Maternel	23 (47,92%)	22 (53,66%)
- Artificiel	25 (52,08%)	19 (46,34%)
- Mixte	0	0
Durée allaitement maternel (moyenne en mois)	3,55	4

Comparaison des échelles EDSS entre les différents groupes*Figure IV : Moyenne des EDSS en fonction du moment de la grossesse*

Il n'y a pas d'augmentation significative du taux de handicap entre les patientes n'ayant jamais eu de grossesse, les patientes ayant eu leurs enfants avant la découverte de la maladie et les patientes ayant eu des enfants après l'annonce du diagnostic ($p = 0,65$).

5. Discussion

5.1. Critique de l'étude

a) Points Forts

Le point fort de cette étude est la cohorte, qui est assez dense et assez bien répartie entre les différents groupes, avec des patientes comparables sur le plan de l'âge, de la parité et du niveau de handicap de la maladie.

b) Points faibles

Il existe un biais d'informations. En effet, certaines données qui ont été recueillies ont eu lieu il y a plusieurs années ce qui a potentiellement engendré un biais de mémorisation.

Il serait également intéressant de questionner ces patientes sur leur vision de leur vie intime qui, comme certaines femmes de l'étude me l'ont confié, peut être perturbée ; surtout lorsque la maladie se déclare à la période de la puberté.

Aussi, comme cité précédemment, les échelles mériteraient d'être approfondies.

5.1. Résumé des principaux résultats

a) Généralités

Échelle EDSS

Il n'y a pas d'augmentation significative du taux de handicap entre les patientes n'ayant jamais eu de grossesse, les patientes ayant eu leurs enfants avant la découverte de la maladie et les patientes ayant eu des enfants après l'annonce du diagnostic ($p = 0,65$).

Désir d'enfant

Là encore, la valeur de p n'est pas significative ($p=0,58$) et la moyenne des 3 groupes se trouve aux alentours de 3/10.

Informations reçues par le neurologue vis-à-vis d'une éventuelle grossesse

Les patientes estiment avoir reçu une information suffisante voire complète de la part de leur neurologue par rapport à une éventuelle grossesse, lors de l'annonce du diagnostic de SEP. Parmi les 55 patientes interrogées, seulement 4 n'ont pas reçu d'informations du tout ou très peu (dont 1 patiente ne souhaitant pas d'enfant et n'ayant donc pas sollicité son neurologue sur ce point), et une seule estime avoir été moyennement informée.

b) Grossesse, accouchement et post-partum

Échelles d'anxiété

Le but était de voir si le fait d'être atteinte de SEP rendait les patientes plus anxieuses vis-à-vis de la grossesse, de l'accouchement et de la pose de péridurale ou non. Dans l'ensemble, nous pouvons observer à partir des résultats que la maladie n'a pas particulièrement d'influence sur ces situations, puisque les moyennes sont respectivement de 2,28, 1,90 et 1,75.

Attitude de l'anesthésiste

Dans un tiers des cas, l'anesthésiste avait une attitude peu favorable voire défavorable à la pose de péridurale.

De plus, nous pouvons noter que lors des interrogatoires, certaines patientes ont signalé que même si l'anesthésiste ayant réalisé la consultation s'était déclaré favorable à la pose de péridurale, parfois celui présent à l'accouchement s'était révélé contre, et inversement.

Choix de l'allaitement

La majorité des patientes estiment que la SEP n'a pas particulièrement influencé leur choix par rapport à l'allaitement.

Les 6 patientes ayant répondu que la maladie avait énormément influencé leur choix sont des patientes ayant repris rapidement un traitement après l'accouchement, non compatible avec un allaitement maternel. En effet, seul l'Interféron Béta est compatible avec un allaitement maternel (13).

Étant donné qu'il n'y avait aucun allaitement mixte dans la cohorte, nous ne l'avons pas inclus dans les calculs. Ainsi, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le groupe 2a et le groupe 2b ($p=0,52$), la répartition entre les allaitements maternels et artificiels semble similaire entre les deux groupes. La durée d'allaitement maternel est elle aussi semblable entre les 2 groupes (3,48 mois dans le groupe 2a et 4 mois en moyenne dans le groupe 2b) et rejoint les résultats de l'étude Elfe publiée en 2011 qui retrouvait une médiane à 17 semaines (15).

Poussées

Parmi les 37 patientes ayant accouché avant le diagnostic de SEP, 5 d'entre elles (13,5%) ont fait une poussée en post-partum lors de leur première grossesse (dont 1 patiente ayant fait une poussée à chaque trimestre) et 1 patiente (2,7%) a fait une poussée en post-partum lors de sa deuxième grossesse.

Crainte sur la santé des enfants

Que ce soit dans le groupe 2a ou dans le groupe 2b, on remarque que les réponses sont assez réparties sur l'échelle. Nous avons d'ailleurs une moyenne à 4,38 dans le groupe 2a et à 3,92 dans le groupe 2b.

Information reçue de la part des professionnels de santé

- En amont de la grossesse :
 - La moyenne est de 8,30/10. Parmi 31 patientes, 3 ont été peu informées et 5 moyennement. Les autres patientes ont reçu une information satisfaisante voire complète de la part des professionnels de santé, tous confondus.
- Pendant la grossesse :
 - La moyenne est de 8,74. Parmi les 31 patientes, 1 patiente n'a pas du tout été informée, 1 autre a été peu informée et 4 ont reçu une information moyenne. Les autres ont également estimé avoir reçu une information satisfaisante voire complète.

c) Gestion des traitements

Nous nous sommes préoccupés exclusivement des traitements de fond. Nous avons ainsi trois catégories :

- Les immunosuppresseur (Tysabri®, Gilenya®, Aubagio® et Cellcept®)
- Les immunomodulateurs (Rebif®, Tecfidera®, Copaxone®, Avonex®, Bétaféron®)
- Biotine®, qui est de la vitamine B8.

Traitement actuel

- 21,43 % des patientes du groupe 1 et 31,25 % des patientes du groupe 2 n'ont pas de traitement

Traitement et grossesse

Nous avons 50 % de patientes n'ayant pas de traitement avant la grossesse, pour lesquels il a été instauré en post-partum dans 40 % des cas. Parmi elles, 20 % ont fait une poussée.

Concernant l'échelle de difficulté à la reprise, nous pouvons néanmoins observer une moyenne à 5,27 soit une difficulté moyenne à la reprise du traitement.

5.3. Confrontation avec la littérature

a) Généralités

Échelle EDSS

D'après l'étude de M.B D'hooghe réalisée pendant 2 ans sur 330 patientes, les patientes ayant eu au moins un enfant après le diagnostic de SEP auraient même une évolution plus lente de la maladie que celles n'ayant jamais eu d'enfant ou ayant eu uniquement des enfants avant le diagnostic (12).

Désir d'enfant

Ainsi, nous pouvons donc estimer que le diagnostic de SEP modifie peu le désir d'enfant des patientes, et qu'il n'y a pas de différence significative entre les patientes n'ayant jamais eu d'enfant, celles ayant accouché avant le diagnostic et celles ayant eu des enfants après.

b) Grossesse, accouchement et post-partum

Attitude de l'anesthésiste

Bien que nous n'ayons pas le nombre exact des patientes ayant signalé un changement d'attitude entre l'anesthésiste présent à la consultation et celui présent à l'accouchement, nous pouvons supposer, en corrélation avec les résultats, que les conduites à tenir dans cette situation ne sont pas encore totalement accordées entre les anesthésistes, bien que la littérature confirme l'absence d'innocuité en cas d'utilisation de dose faibles d'anesthésiques (13).

Néanmoins, parmi les patientes ayant accouché par voie basse, on ne retrouve pas d'augmentation significative du nombre de péridurale entre le groupe 2a et le groupe 2b ($p=0,11$), et les taux sont en accords avec ceux de la population générale décrits par l'Enquête Nationale Périnatale publiée en 2010 (14).

Poussées

Les patientes étaient âgées en moyenne de 29,5 ans lors de leur première poussée et donc de la grossesse. Or l'étude PRIMS a démontré un âge moyen de début de la maladie à 30 ans, avec 80 % des diagnostics entre 20 et 40 ans. Cela correspond à notre étude mais également à l'âge moyen de la maternité en France qui était également de 30 ans en 2010 (16).

Dans le groupe 2b nous avons :

- 7 patientes ayant fait une poussée lors de leur première grossesse
- 4 patientes ayant fait une poussée lors de leur deuxième grossesse
- 1 patiente ayant fait une poussée lors de sa troisième grossesse.

Au total, parmi les 40 grossesses il y a eu 34,37 % de poussées dont 21,87 % lors de la première grossesse.

La différence avec le groupe 2a est le terme des poussées, avec un minimum au 3ème trimestre, ce qui correspond cependant avec l'étude PRIMS. Néanmoins, pour les patientes ayant fait des poussées au premier trimestre de la grossesse, nous ne savons pas si il y en avait eu en anté-conceptionnel.

Toutes les poussées n'ont pas été traitées par corticoïdes. En effet, ces derniers ne sont pas utilisés en systématique mais selon le degré des symptômes et l'évolutivité.

Crainte sur la santé des enfants

Deux sujets ont été abordés plusieurs fois lors de leurs réponses à cette question :

- *L'hérédité* : le risque est accru si il y a un sujet atteint dans la famille (surtout chez les filles), des facteurs génétiques ont été mis en évidence (17).
- *La vaccination contre l'hépatite B* : Depuis la mise en place du vaccin contre l'hépatite B à la fin des années 90, il a été observé une augmentation de l'incidence et des rechutes de la SEP. Les études n'ont pas montré d'augmentation statistiquement significative du risque de survenue de SEP ou de poussées ou d'aggravation du handicap chez les patientes porteuses de SEP. Cependant certaines patientes restent septiques et ont décidé de ne pas faire vacciner leur(s) enfant(s) contre l'hépatite B (18).

Information reçue de la part des professionnels de santé

Dans l'ensemble, les patientes s'estiment donc suffisamment informées de la part des professionnels de santé, aussi bien le neurologue que le gynécologue-obstétricien, le médecin traitant ou la sage-femme.

c) Gestion des traitements

Traitement actuel

- Concernant le type de traitement, la répartition est à peu près similaire entre les deux groupes, en tenant compte de la taille différente des échantillons. De plus, le traitement est choisi en accord entre le patient et le neurologue, au cas par cas.

Traitement et grossesse

Pour la seconde moitié de l'échantillon, le traitement a été modifié en post-partum dans 42,11 % des cas. Parmi elles, 22,50 % ont arrêté leur traitement avant la grossesse dans un délai de 6,3 mois, et 28,21 % l'ont arrêté à la découverte de la grossesse dans un délai moyen de 2,8 semaines.

- Dans le premier quart, nous avons 5 patientes sous Inhibiteurs Béta, 1 patiente sous Acétate de Glatiramer, 1 autre sous Tecfidera® et seulement 1 patiente sous Tysabri® qui est un immunosuppresseur. Selon les recommandations, seule la dernière patiente devait effectivement arrêter son traitement dans les 2 à 6 mois précédents la grossesse. Le Tecfidera® nécessite encore discussion et cas par cas.
- Dans le second quart cependant, 9 patientes étaient sous Inhibiteurs Béta, 1 patiente n'avait pas de traitement et 1 autre était sous Tecfidera®. Dans cet échantillon, les recommandations ont été respectées.

Concernant la difficulté moyenne à la reprise d'un traitement, certaines patientes justifiaient cela par la reprise d'un traitement devant être administré tous les jours par voie sous-cutanée, ce qui peut être contraignant. Nous avons vu aussi que la nécessité d'avoir recours à un allaitement artificiel pouvait être un inconvénient à la reprise du traitement. Les changements de traitement en post partum étaient souvent motivés par le fait que les patientes souhaitaient, après une interruption de traitement contraignant administré par voie sous cutanée ou intra-musculaire, bénéficier des nouveaux traitements par voie orale.

Il serait intéressant d'approfondir les données et informations notamment vis-à-vis des différentes échelles, cela nous permettrait d'améliorer encore plus le confort de ces patientes. Par exemple concernant la modification du désir de grossesse : est-ce-qu'elles ressentent une exacerbation de l'envie ou au contraire une diminution ? Ou encore au niveau des échelles de satisfaction : quand elles ne sont pas satisfaites, quelle est la raison ?

5.4. Conclusion

Dans l'ensemble, les grossesses sont plutôt bien vécues par les patientes qui ne semblent pas particulièrement plus anxieuses du fait de la présence de la maladie, ni particulièrement influencées quant à leur désir de concevoir un enfant.

Elles sont néanmoins plus inquiètes pour leur(s) enfant(s), et profitent souvent moins de la période du retour à la maison du fait de la reprise du traitement parfois plus ou moins rapide, les obligeant souvent à avoir recours à un allaitement artificiel ; ainsi que de la recrudescence des poussées pendant la période du post-partum.

Cependant, les données concernant le déroulement et le suivi de la grossesse ainsi que l'accouchement sont comparables avec celles des patientes présentant une grossesse physiologique.

L'information reçue de la part des professionnels de santé, non seulement le neurologue mais également ceux que les patientes peuvent être amenées à rencontrer au cours de la grossesse ; semble claire, complète et appropriée.

Les anesthésistes paraissent rester encore prudents face à cette situation, bien que dans la plupart des cas la maladie n'ait pas posé de problème particulier lors de l'accouchement.

La gestion des traitements est quant à elle plus discutée. En effet, les recommandations en vigueur n'ont pas toujours été respectées dans cette étude. Mais de nouveaux traitements ont été mis sur le marché au fil des années et certaines recommandations ont pu aussi changer, comme par exemple pour les Inhibiteurs Béta et l'Acétate de Glatiramer qui étaient déconseillés avant la conception et au cours de la grossesse puis désormais autorisés jusqu'au début de la grossesse, grâce aux études réalisées entre temps ne montrant pas de danger de ces deux traitements lors de la conception.

Il reste encore bien sûr des incertitudes vis-à-vis des nouveaux traitements.

Les femmes atteintes de sclérose de plaques ont les mêmes désirs et les mêmes attentes que les autres patientes. La grossesse peut même être pour elles une manière de faire une pause dans la maladie, et de profiter de ce moment intime de femme et de future mère avant que le handicap ne les rattrape éventuellement.

6. AnnexesAnnexe 1

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

1. Prenez vous actuellement un traitement de fond pour votre maladie ?

- Oui
 Non

Si oui, lequel ?

2. Combien avez-vous d'enfants ?

- a. Au total :
b. Avant le diagnostic de la maladie :
c. Après le diagnostic de la maladie :
d. Date de naissance, sexe et prénom des enfants.

-
-
-
-
-
-

- e. Avez-vous des enfants adoptés ? Si oui, combien ?

3. Avez-vous déjà fait une fausse couche ?

- Oui
 Non

Si oui, à quelle date ? Et à quel terme ?

- Date :
- Terme

4. Avez-vous déjà subi une IVG (interruption volontaire de grossesse) et/ou une IMG (interruption médicale de grossesse) ?**5. Votre sclérose en plaque a-t-il modifié votre désir d'enfant ?**


Pas du tout = 0 *Énormément = 10*

6. Votre neurologue vous a-t-il suffisamment renseigné sur le projet d'une éventuelle grossesse


Pas du tout = 0 *Parfaitement = 10*

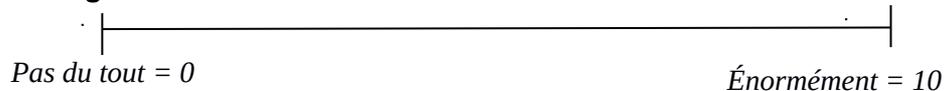
7. Si vous bénéficiez d'un traitement immunomodulateur (Copaxone®, Bétaféron®, Avonex® ou Rebif®), quand celui-ci a-t-il été arrêté ?

- Avant la grossesse souhaitée
Combien de mois avant ?
- A la découverte de la grossesse
Combien de semaines après ?
- A l'annonce de la grossesse, par découverte inopinée de celle-ci
- Autres :

8. Le praticien qui a décidé l'arrêt votre traitement était :

- Votre médecin traitant
- Votre neurologue
- Votre gynécologue-obstétricien
- Vous même
 - Car tout avait été anticipé
 - De votre propre initiative
 - Autres.....

9. Pensez-vous que l'anxiété liée à votre maladie a modifié votre attitude vis-à-vis du déroulement de la grossesse ?



10. Pensez-vous que l'anxiété liée à votre maladie a modifié votre attitude vis-à-vis du déroulement de l'accouchement ?



11. Pensez-vous que l'anxiété liée à votre maladie a modifié votre attitude vis-à-vis du déroulement d'une péridurale lors de l'accouchement ?



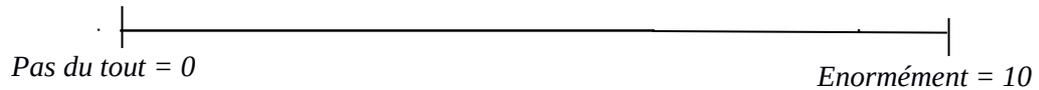
12. Quelle attitude a eu l'anesthésiste lorsque vous lui avez parlé de péridurale et de votre maladie ?



13. Avez-vous bénéficié d'une anesthésie péridurale ?

- Oui
- Non

14. Pensez-vous que la maladie ait influencé votre choix vis-à-vis de l'allaitement ?



15. Quel mode d'allaitement avez-vous choisi ?

- Allaitement maternel
 - Durée de l'allaitement maternel :
- Allaitement artificiel
- Allaitement mixte

16. Déroulement de la grossesse et/ou dans les 3 mois suivant l'accouchement

- 1- Avez-vous présenté une poussée pendant la grossesse ?*
- 2- Si oui, à quel trimestre de grossesse ?
- 3- Si oui, a-t-elle été traitée par des corticoïdes ?

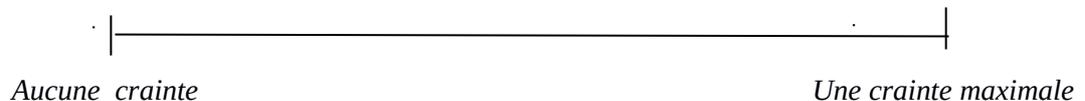
17. Votre enfant est-il né à terme ?

- Si non, combien de semaines avant le terme est-il né ?
- Quel était le poids de naissance de votre enfant ?

18. L'accouchement :

- Combien de temps a duré le travail ?
- Avez-vous accouché par voie basse ou césarienne ?

19. Votre crainte sur la santé de votre enfant en fonction de votre maladie ?

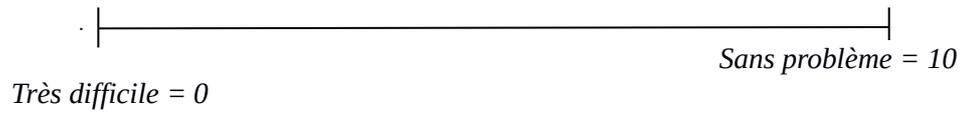
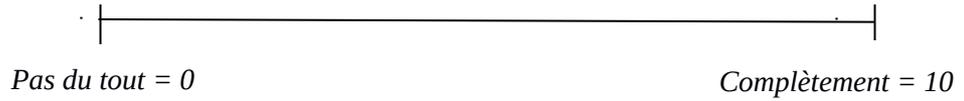


20. Si vous bénéficiez d'un traitement immunomodulateur (Copaxone®, Bétaféron®, Extavia®, Avonex® ou Rebif®), dans quel délai l'avez-vous repris après l'accouchement ?

..... mois

21. Avez-vous changé de traitement après l'accouchement ?

- Si oui, lequel prenez-vous actuellement ?

22. La reprise du traitement après votre accouchement a-t-elle été**23. Pensez-vous avoir été suffisamment informée par les professionnels de santé en amont de la grossesse ?****24. Et pendant la grossesse ?**

7. Bibliographie

1. Confavreux C, Hutchinson M, Hours MM, Cortinovis-Tourniaire P, Moreau T, Group the P in MS. Rate of Pregnancy-Related Relapse in Multiple Sclerosis. *N Engl J Med*. 1998 Jul 30;339(5):285–91.
2. Vukusic S, Hutchinson M, Hours M, Moreau T, Cortinovis-Tourniaire P, Adeleine P, et al. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study) : clinical predictors of post-partum relapse. *Brain* 2004 Jun 1 ; 127(6):1353-60
3. Hellwig K, Rockhoff M, Herbstritt S, Borisow N, Haghikia A, Elias-Hamp B, et al. Exclusive Breastfeeding and the Effect on Postpartum Multiple Sclerosis Relapses. *JAMA Neurol*. 2015 Oct 1;72(10):1132–8.
4. Bader AM, Hunt CO, Datta S, Naulty JS, Ostheimer GW. Anesthesia for the obstetric patient with multiple sclerosis. *J Clin Anesth*. 1988 Jan 1;1(1):21–4.
5. Finucane BT, Terblanche OC. Prolonged duration of anesthesia in a patient with multiple sclerosis following paravertebral block. *Can J Anesth*. 52(5):493–7.
6. Malinovsky J-M, Hamidi A, Lelarge C, Boulay-Malinovsky C. Spécificités de la prise en charge anesthésique chez les patients souffrant de maladie neurologique : éclairage sur l'anesthésie locorégionale. *Presse Médicale*. 2014 juillet;43(7–8):756–64.
7. Alwan S, Chambers CD, Armenti VT, Sadovnick AD. The need for a disease-specific prospective pregnancy registry for multiple sclerosis (MS). *Mult Scler Relat Disord*. 2015 Jan;4(1):6–17.
8. Michel L. Conduite des traitements de fond au cours de la grossesse. *Rev Neurol (Paris)*. 2014 avril;170, Supplement 1:A194.
9. ARSEP Aide à la Recherche sur la Sclérose en Plaques. [cited 2016 Jun 27]. MD 1003 (biotine à forte dose) chez des patients atteints de sclérose en plaques. [Internet] <https://www.arsep.org/library/media/other/Publications/Brochures/Biotine-ARSEP-avril-2015.pdf>
10. Kurtzke Expanded Disability Status Scale: Kurtzke Expanded Disability Status Scale. 2016 Apr 14 [cited 2016 Aug 15]; Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/2172461-overview>
11. Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, Cutter GR, Sørensen PS, Thompson AJ, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis. *Neurology*. 2014 Jul 15;83(3):278–86.
12. D'hooghe et al. Long-term effects of childbirth in MS . *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [Internet]. January 2010, Vol.81, N°1 [cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://jnnp.bmj.com/content/81/1/38.long>
13. Bodiguel E, Bensa C, Brassat D, Laplaud D, Le Page E, Ouallet J-C, et al. Multiple sclerosis and pregnancy. *Rev Neurol (Paris)*. 2014 avril;170(4):247–65.
14. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2012 Apr;41(2):151–66.

15. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, *et al.* Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2015; (29):522-32.
16. Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans [Internet]. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419
17. Perkin GD. Neurologie: Manuel et atlas. De Boeck Supérieur; 2002. 322 p.
18. Le Houézec D. Evolution of multiple sclerosis in France since the beginning of hepatitis B vaccination. Immunol Res. 2014;60(2-3):219–25.

Introduction

La sclérose en plaques est une pathologie qui est plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. Pendant longtemps, il leur était fortement déconseillé de concevoir un enfant ; mais depuis bientôt 10 ans de nouvelles études sont de plus en plus rassurantes sur la situation de ces patientes. Cependant, cela nous a amenés à nous demander comment étaient vécues les grossesses de ces patientes, et comment elles étaient gérées par les professionnels de santé ; du point de vue de l'information mais aussi de la gestion des traitements.

Méthodologie

C'est une étude observationnelle descriptive unicentrique, qui a eu lieu au centre de niveau 3 de Poitiers de septembre 2015 à mars 2016, sur une cohorte de 70 patientes. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire dont une partie a été remplie lors de la consultation annuelle en neurologie des patientes, et la seconde partie par contact téléphonique. Les patientes ont été classifiées en plusieurs groupes :

- Groupe 1 : les patientes n'ayant jamais eu d'enfants
- Groupe 2 : les patientes ayant eu au moins un enfant
 - Groupe 2a : les patientes ayant eu un ou plusieurs enfants avant le diagnostic de sclérose en plaques
 - Groupe 2b : les patientes ayant eu un ou plusieurs enfants après le diagnostic de sclérose en plaques

Résultats

Nous n'avons pas retrouvé de différence de désir de grossesse ($p=0,58$) entre les différents groupes. L'information reçue des professionnels de santé avant et pendant la grossesse est satisfaisante. Les moyennes d'anxiété vis-à-vis de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont respectivement de 2,28, 1,90 et 1,75.

Dans le groupe 2b, il y a eu 34,37 % de poussées dont 21,87 % lors de la première grossesse. Elles ont majoritairement eu lieu en post-partum.

Dans un tiers des cas, l'anesthésiste a eu une attitude peu favorable voire défavorable à la pose de péridurale. La moyenne de difficulté à la reprise d'un traitement en post-partum est 5,27/10.

Conclusion

En dehors des poussées qui peuvent survenir, les grossesses de ces patientes sont comparables à celles des patientes présentant des grossesses physiologiques. Malgré certaines contraintes, qui reposent principalement sur la reprise d'un traitement après l'accouchement, les patientes ont un vécu plutôt positif de leurs grossesses et reçoivent une information satisfaisante de la part des professionnels de santé.

De la part des soignants, la gestion des traitements et le rapport à l'anesthésie péridurale restent sujets à discussion.

Introduction

Multiple sclerosis is a disease which is more frequent in women of childbearing age. For a long time, they were strongly discouraged to have a child but for almost 10 years now, new research is more reassuring about their situation. However, questions arose about how these women felt about pregnancy and how they were managed by health professionals; from the point of view not only of information but also of treatment management.

Method

This is a descriptive observational single centre study of a cohort of 70 patients which took place in Poitiers University Hospital between September 2015 and March 2016. The data was collected from a survey which was initially completed during the patients' annual neurology consultation, and secondly by telephone contact. Patients were classified into different groups:

- Group 1 : patients who had never had children
- Group 2 : patients who had had at least one child
 - Group 2a : patients who gave birth before the diagnosis of multiple sclerosis
 - Group 2b : patients who gave birth after the diagnosis of multiple sclerosis.

Results

There was no difference in the desire of pregnancy between groups ($p=0,58$). The information received from health professionals before and during pregnancy was satisfactory. The anxiety means towards pregnancy, childbirth and postpartum were respectively 2.28, 1.90 and 1.75. In group 2b, there were 34.37% of relapses in comparison to 21.87% during the first pregnancy. They were more frequent in the postpartum period. In one-third of the cases, the anaesthetist had an unfavourable attitude towards epidural. The means of difficulty to resume treatment in postpartum was 5.27/10.

Conclusion

Other than the relapses that may occur, the patients' pregnancies were comparable to those of patients with natural pregnancies. Despite constraints based mainly on the resumption of treatment after childbirth, the patients experience of pregnancy was essentially positive and they received satisfactory information from health professionals.

As far as the health professionals were concerned, treatment management and the attitude to epidurals remain debatable.