

brochure destinée au patient atteint de sclérose en plaques ou à son entourage

Sandra Vukusic,
Christian Confavreux, membre du CMS ARSEP
Service de Neurologie et
Centre de Coordination EDMUS pour la SEP
Lyon, France

Sexualité, fertilité, grossesse et SEP



SEXUALITE, FERTILITE GROSSESSE ET SEP

La sclérose en plaques (SEP) est la maladie neurologique chronique, évolutive et handicapante la plus fréquente chez l'adulte jeune en France. Comme dans beaucoup de maladies auto-immunes, les femmes sont deux fois plus fréquemment touchées que les hommes.

Parce qu'elle touche des adultes jeunes, à un âge où se construisent la vie et l'avenir personnels, la maladie peut affecter la vie du couple, sa sexualité et son désir d'enfants.

Parce qu'elle touche principalement les femmes, la question de la grossesse va se poser très tôt après le diagnostic de la maladie.

Sexualité et sclérose en plaques

Si la plainte est exprimée plus fréquemment par les hommes que par les femmes, celles-ci sont tout autant touchées (40 à 75%) et le sujet doit être abordé en consultation comme pour tous les autres symptômes de la maladie.

Les plaintes chez les femmes comprennent une diminution de la libido, des difficultés à atteindre l'orgasme, des troubles de la sensibilité génitale ou une sécheresse vaginale qui peut entraîner des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie).

Chez les hommes, on peut voir survenir une diminution de la libido, des troubles de l'érection, de l'éjaculation, des troubles de la sensibilité génitale ou des difficultés à atteindre l'orgasme.

Ces dysfonctionnements sexuels sont plurifactoriels, liés d'abord à des troubles neurologiques (perturbation de la sensibilité, de la motricité, troubles sphinctériens, fatigue), mais aussi à des facteurs psychologiques, dépression, ou aux effets indésirables des traitements de fond mais surtout des traitements symptomatiques.

Ils affectent le fonctionnement du couple et de la famille. Dépistés précocement, ils peuvent être pris en charge sur le plan médical et psychologique, par une information et le cas échéant une orientation du patient vers des spécialistes.

Fertilité et sclérose en plaques

Cette question a mal été étudiée jusqu'à présent, et il y a peu d'informations dans la littérature médicale. Dans une étude suédoise, la proportion de femmes sans enfant est plus importante chez les patientes SEP que dans la population générale, mais cela semble refléter un choix lié à la maladie, aux traitements, au handicap, à la peur de ne pas pouvoir s'occuper de son enfant, plus qu'à une réelle diminution de la fertilité.

Si la SEP en elle-même ne paraît pas diminuer la fertilité du couple, il n'en est pas de même pour les traitements de fond. Se pose également la question du risque pour le fœtus de poursuivre un traitement pendant la grossesse. En pratique, la grossesse devrait le plus souvent être « programmée » chez les patientes atteintes de SEP. Cela permet d'anticiper la discussion sur les risques éventuels liés aux traitements, en particulier le risque tératogène, et d'arrêter si nécessaire les traitements en cause. Comme toujours, le principe de précaution doit prévaloir, et il est d'usage d'arrêter les traitements de fond et de réduire l'ensemble des traitements symptomatiques au minimum indispensable.

- Les interférons : ils peuvent augmenter le risque de fausses couches spontanées chez la femme, mais ne diminueraient pas la fertilité masculine.
- L'acétate de glatiramère (Copaxone®) : peu d'informations sont disponibles, mais aucun effet sur la fertilité n'a été suspecté.
- Le natalizumab : il n'existe pas de données sur le sujet.
- La mitoxantrone (Elsep®, Novantrone®) : la grossesse est contre-indiquée lors d'un traitement par mitoxantrone chez la femme comme chez l'homme, en raison du risque de malformations du fœtus. Elle ne pourra être envisagée qu'à distance de la fin du traitement, après 3 à 6 mois. Cependant, la mitoxantrone a aussi un impact négatif sur la fertilité, puisqu'elle entraîne des aménorrhées (disparition des cycles menstruels), souvent passagères, mais parfois définitives surtout au-delà de 35 ans. Chez les hommes, une diminution de la production de spermatozoïdes est possible.
- Le cyclophosphamide (Endoxan®) : il a globalement les mêmes effets indésirables que la mitoxantrone.
- Les autres immunosuppresseurs, en particulier le méthotrexate et le mycophénolate mofétil (Cellcept®), ils sont tératogènes, c'est-à-dire qu'ils peuvent entraîner des malformations fœtales. Seule l'azathioprine (Imurel®) pourrait être utilisée au cours de la grossesse sans augmentation du risque de malformation.

Quand les médicaments sont potentiellement dangereux pour le fœtus, leur utilisation doit être accompagnée d'une contraception efficace, que le patient soit une femme ou un homme. Il ne faut alors pas négliger les interactions possibles entre certains traitements symptomatiques et la pilule, surtout quand elle est micro-dosée, dont l'efficacité peut être diminuée. Il faut en particulier prendre garde aux antiépileptiques, mais aussi à d'autres moins connus, comme le modafinil utilisé dans le traitement de la fatigue.

En cas d'utilisation d'un traitement ayant des conséquences potentielles sur la fertilité, il peut être proposé chez les hommes un prélèvement de sperme avec conservation par le CECOS (Centre d'Etudes et de Conser-

vation des Œufs humains et du Sperm) et de manière plus rare chez les femmes une cryopréservation d'ovocytes ou d'un fragment ovarien.

Devant une stérilité du couple, après un large bilan chez les deux partenaires, des techniques de procréation médicalement assistée peuvent être proposées. Elles ne sont pas contre-indiquées en cas de SEP. Quelques cas de poussées après stimulation hormonale en vue d'une fécondation in-vitro ont été décrits, mais le risque doit être mieux évalué par des études en cours.

Grossesse et sclérose en plaques

La grossesse a été longtemps déconseillée aux femmes atteintes de SEP. Depuis 1998, les données de l'étude PRIMS (Pregnancy in Multiple Sclerosis) ont permis d'apporter une réponse épidémiologique solide à la question de l'influence de la grossesse sur l'évolution de la SEP.

En suivant plus de 250 femmes atteintes de SEP au cours de leur grossesse et dans les deux années suivant leur accouchement, il a ainsi été observé que la fréquence des poussées diminuait de manière importante au cours de la grossesse, en particulier dans le troisième trimestre. A l'inverse, il existait une augmentation des poussées dans le premier trimestre suivant l'accouchement, même si un tiers des femmes seulement ont présenté une poussée pendant cette période. La grossesse n'avait en revanche pas d'effet sur le handicap neurologique permanent. Les données de cette étude ont permis également d'avoir des informations sur l'effet de l'analgésie péridurale et de l'allaitement : ni l'un, ni l'autre n'augmentaient le risque de voir survenir une poussée après l'accouchement. Enfin, il a été observé que si la femme avait présenté une ou plusieurs poussées dans l'année avant la grossesse et au cours de la grossesse, elle avait plus de risque de présenter une poussée dans les trois mois suivant son accouchement.

En revanche, la SEP ne semble pas avoir eu d'influence sur le terme de la grossesse ni sur l'enfant. Le pourcentage de prématurés était similaire à celui observé habituellement dans la population générale, les poids de naissance des enfants étaient normaux. Le choix d'accouchement par voie basse ou par césarienne s'est fait pour des raisons obstétricales et non pas neurologique.

Si le risque d'avoir une poussée dans les trois mois suivant l'accouchement est plus important, comment essayer d'y remédier ?

Il n'est pas possible de maintenir un traitement de fond (comme les interférons ou l'acétate de glatiramère) pendant la grossesse en raison du risque potentiel de fausse couche ou de malformation. Ces traitements de fond pourraient être repris immédiatement après l'accouchement, mais ils ne sont habituellement efficaces qu'en quelques semaines.

Il est possible qu'il y ait moins de poussées pendant la grossesse parce que les hormones sexuelles (progestérone et œstrogènes) ont un effet protecteur. La chute brutale du taux de ces hormones au moment de l'accouchement pourrait être la cause de l'augmentation des poussées.

L'étude POPART'MUS, qui a débuté en France en juin 2005, avec le soutien financier de l'ARSEP, se propose d'évaluer l'efficacité d'un traitement hormonal associant Progestérone (Lutényl® comprimés) et Estradiol (Dermestril septem® patch transdermique) pour prévenir les poussées survenant durant le premier trimestre après l'accouchement. Ces deux produits sont déjà commercialisés et leurs effets bien connus des gynécologues. Leur association pourrait permettre de reproduire l'environnement hormonal de la grossesse qui semble avoir un effet protecteur sur les poussées.



Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques

14 rue Jules Vanzuppe
94200 Ivry sur Seine
01 43 90 39 39 - www.arsep.org