

Santé des femmes et sclérose en plaques



Société
canadienne
de la sclérose
en plaques



La présente publication a été adaptée et imprimée par la Société canadienne de la sclérose en plaques avec la permission de la Société de la SP de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord.

Conception :

Hume Media Inc.

L'information qui vous est présentée ici vous est offerte grâce à l'initiative « SHOPPERS. AIMEZ. VOUS. », soutenue par la chaîne de pharmacies Shoppers Drug Mart/Pharmaprix, leader quant à la promotion de la santé des Canadiennes atteintes de SP.



Société canadienne de la sclérose en plaques

Dépôt légal –

Bibliothèque nationale du Canada

Table des matières

Avant-propos	1
SP et hormones	2
Menstruations	3
Contraception	5
Sexualité, rapports intimes et relation de couple	9
Décision d’avoir ou non un enfant	9
Grossesse	10
Préparation de l’après-accouchement	16
Ménopause	18
SP, immunomodulateurs et cancer	21
Ressources	22
Références	23

AVANT-PROPOS

La sclérose en plaques (SP) touche plus de femmes que d'hommes et elle est le plus souvent diagnostiquée chez les femmes dont l'âge varie entre vingt et quarante ans. Ce fait demeure inexpliqué, mais on soupçonne que les causes en sont complexes. Plusieurs questions se posent en ce qui a trait aux femmes atteintes de SP. Pourquoi les femmes sont-elles plus souvent touchées par la SP que les hommes? Les hormones y seraient-elles pour quelque chose? Les symptômes s'aggravent-ils durant les menstruations? Quels traitements convient-il d'interrompre avant de concevoir un enfant et d'allaiter, et à quel moment faut-il cesser la prise des médicaments en question? La SP a-t-elle des effets sur la grossesse ou l'accouchement? La SP a-t-elle un impact sur l'hormonothérapie et les symptômes de la ménopause?

SP ET HORMONES

La SP est considérée comme une maladie auto-immune, et comme bien d'autres maladies du genre, elle touche plus de femmes que d'hommes¹. Au Canada, le rapport femmes-hommes est d'environ 3 pour 1, et la majorité des femmes reçoivent un diagnostic de SP avant la ménopause. Les hormones sexuelles, y compris la testostérone et les hormones « féminines » comme l'œstrogène et la progestérone, n'agissent pas uniquement sur l'appareil génital. En effet, des indices de plus en plus nombreux suggèrent qu'elles influeraient également sur le système immunitaire et le système nerveux et qu'elles joueraient ainsi un rôle dans le contexte de la SP^{1, 2, 3, 4}.

La seule étude à avoir été menée à grande échelle sur la question est un essai qui avait pour objet l'estriol (hormone de type œstrogène dont le taux augmente considérablement durant la grossesse) comme traitement d'appoint visant à améliorer l'efficacité du Copaxone chez les femmes atteintes de SP. Les résultats de cet essai ont indiqué un effet possible, mais faible, sur le taux de poussées⁵. D'autres études devront être réalisées à ce propos de sorte qu'on puisse déterminer si le système endocrinien – producteur d'hormones – est fragilisé chez les personnes atteintes de SP.

MENSTRUATIONS

Les femmes atteintes de SP déclarent souvent que leurs symptômes s'aggravent à certains stades de leur cycle menstruel, notamment à l'approche de leurs menstruations. Cela dit, peu de travaux de recherche ont été consacrés aux effets des menstruations sur la SP. Un sondage mené auprès de 149 femmes a révélé que 70 % d'entre elles avaient remarqué des changements dans leurs symptômes, toujours au même stade de leur cycle menstruel⁶. Elles ont précisé que ces changements, dont le plus fréquent était l'aggravation des symptômes, apparaissaient sept jours, au plus tôt, avant les menstruations et persistaient jusqu'à trois jours après le début des règles. Les symptômes aggravés le plus fréquemment rapportés étaient la faiblesse, les troubles de l'équilibre, la fatigue et l'état dépressif.

Parmi les mécanismes qui pourraient être à l'origine de cette aggravation de symptômes figurent des fluctuations déjà connues qui touchent le système immunitaire et le cerveau tout au long du cycle menstruel. L'aggravation des symptômes durant cette période pourrait aussi être attribuable à d'autres facteurs, telle la chaleur. En effet, à l'approche des menstruations et durant la deuxième moitié du cycle menstruel, la température corporelle augmente d'environ un degré Celsius. Cette augmentation peut faire s'intensifier les symptômes de la SP, comme le feraient la fièvre ou une température ambiante élevée.

Effets des médicaments sur le cycle menstruel

Certains médicaments employés dans le traitement de la SP – y compris des médicaments modificateurs de l'évolution de la SP (également appelés « immunomodulateurs ») et des médicaments destinés à traiter les symptômes de cette maladie – peuvent dérégler le cycle menstruel ou causer un flux menstruel inhabituellement léger ou abondant. Consultez votre équipe soignante pour en savoir plus sur les effets possibles des médicaments sur votre cycle menstruel. Si un effet secondaire survient, parlez-en à votre équipe soignante. Il faut cependant savoir que de tels effets disparaissent souvent d'eux-mêmes après quelques mois de traitement.

Difficultés de prise en charge des problèmes liés aux menstruations

Pour certaines femmes atteintes de SP, la prise en charge des problèmes liés aux menstruations peut devenir problématique ou difficile. Par exemple, l'utilisation des produits d'hygiène féminine s'avère parfois ardue en présence de symptômes comme le tremblement ou une diminution de la mobilité des bras; néanmoins, les femmes préfèrent se débrouiller seules en ce qui concerne les menstruations. Lorsque la prise en charge des problèmes liés aux menstruations est difficile, on peut réduire la durée des règles ou les faire cesser complètement. Il faudra alors recourir par exemple à certains types de contraceptifs oraux – de type « pilule en continu » – ou à un dispositif intra-utérin hormonal. Si vous envisagez l'une de ces solutions, parlez-en à votre fournisseur de soins de santé pour connaître toutes les options qui sont offertes.

CONTRACEPTION

Étant donné que la SP n'altère pas la fertilité, une méthode de contraception doit être utilisée si on veut prévenir une grossesse. Il importe pour toutes les femmes de faire le bon choix, et celles qui ont la SP peuvent généralement employer n'importe quelle méthode contraceptive offerte sur le marché. Certains facteurs doivent être pris en considération dans le choix d'une méthode de contraception. Ce sont le degré de dextérité manuelle et de coordination, les médicaments que vous prenez, le risque d'infection possible et vos préférences personnelles. Il importe aussi de parler de ces méthodes à un fournisseur de soins de santé, étant donné que certaines d'entre elles peuvent ne pas vous convenir ou peuvent nécessiter des précautions particulières.

Le diaphragme, par exemple, peut accroître le risque d'infection urinaire et être contre-indiqué en présence de troubles de la vessie. De plus, ce dispositif peut être difficile à introduire pour une femme dont la dextérité est réduite. Si votre mobilité est restreinte et que vous choisissez un contraceptif oral, votre médecin pourrait décider de vous suivre d'un peu plus près, étant donné que les contraceptifs oraux augmentent le risque de formation de caillots sanguins dans les veines des jambes. Il vérifiera également certains facteurs importants (poids, tabagisme, etc.), comme il le ferait pour n'importe quelle autre femme qui envisage de recourir à la contraception orale.

Dispositifs intra-utérins (DIU)

Un dispositif intra-utérin (DIU) est un petit appareil en forme de T qui est placé dans l'utérus pour prévenir la grossesse. Les DIU sont des méthodes contraceptives à long terme et réversibles. Ils sont fiables, car leurs utilisatrices ne sont pas exposées au risque d'oubli ou de mauvaise utilisation (comme cela peut être le cas chez les femmes qui ont recours à la pilule contraceptive ou au diaphragme). Il en existe deux types : les DIU en cuivre, et ceux qui libèrent une hormone, soit le lévonorgestrel (un progestatif). Les DIU en cuivre peuvent demeurer dans l'utérus pendant environ douze ans, alors que les DIU à base d'hormone doivent être remplacés tous les trois à cinq ans, selon le produit utilisé. Ces deux types de dispositifs doivent être installés par un médecin ou une infirmière.

Contraceptifs oraux

Le risque de devenir enceinte est très faible chez les femmes qui prennent un contraceptif oral approprié conformément à la prescription de leur médecin. L'association œstrogène-progestérone et la progestérone seule conviennent parfaitement à un grand nombre d'entre elles. Cela dit, certains médicaments employés dans le traitement des symptômes de la SP peuvent diminuer l'efficacité des contraceptifs oraux. Il en va de même pour certains produits de la médecine complémentaire, tel l'extrait de millepertuis (*Hypericum perforatum*), employé pour traiter la dépression. Les antibiotiques peuvent aussi influencer sur le mode d'action des contraceptifs oraux. Il est donc primordial que votre fournisseur de soins de santé connaisse tous

les médicaments que vous prenez de sorte qu'il puisse déterminer les interactions possibles entre ces derniers et envisager, au besoin, un autre moyen de contraception (comme le condom ou une autre méthode barrière).

Recherche sur les contraceptifs oraux et la SP

Un volume considérable de données probantes indique que les contraceptifs oraux n'augmentent pas le risque de SP ni la probabilité de poussées de SP. Toutes les méthodes de contraception à base d'hormones peuvent avoir des effets secondaires. Par conséquent, il importe de choisir la vôtre en consultation avec votre fournisseur de soins de santé⁷.

Injections contraceptives

Les injections contraceptives sont administrées tous les trois mois et se révèlent très efficaces, mais elles ne conviennent pas à toutes les femmes. Les injections de progestérone peuvent entraîner une diminution de la densité minérale osseuse. Par conséquent, les femmes qui présentent une mobilité réduite ou qui ont déjà eu recours à des corticostéroïdes devraient faire l'objet d'un suivi particulier axé sur la santé des os⁸.

Implant contraceptif (non offert au Canada)

Un implant contraceptif est un bâtonnet en plastique souple (environ de la taille d'une allumette) qui est inséré sous la peau du haut du bras. Ce dispositif libère une petite dose constante d'une hormone progestative pendant une période pouvant atteindre trois ans. Son action provoque l'épaississement de la glaire cervicale et l'amincissement de l'endomètre, ce qui empêche les spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus.

Contraceptifs hormonaux combinés (CHC)

Les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) comprennent les contraceptifs oraux combinés à faible dose, le timbre hormonal et l'anneau vaginal. Comme ces contraceptifs entraînent un risque accru de thromboembolie veineuse (caillot sanguin), les femmes qui présentent des troubles de la mobilité de longue date seraient mieux servies par un autre moyen contraceptif.

Timbre contraceptif hormonal

Le timbre hormonal s'applique sur la peau d'une des régions suivantes : fesse, bas du ventre, haut du bras ou haut du torse (à l'exclusion des seins). Un nouveau timbre est mis en place chaque semaine pendant trois semaines. Celui-ci libère des hormones, soit de l'œstrogène et un progestatif, dans la circulation sanguine pour prévenir la grossesse.

Anneau contraceptif hormonal (anneau vaginal)

L'anneau hormonal est un petit anneau en plastique souple qu'on insère soi-même dans le vagin pour fermer le col de l'utérus. Il contient de l'œstrogène et un progestatif ou l'une de ces deux hormones, selon le produit prescrit. L'anneau demeure en place pendant trois semaines consécutives. Les femmes qui présentent une spasticité des membres supérieurs ou une dextérité moindre pourraient trouver que cette méthode contraceptive n'est pas un choix optimal.

SEXUALITÉ, RAPPORTS INTIMES ET RELATION DE COUPLE

Les lésions nerveuses provoquées par la SP peuvent avoir un impact sur la fonction sexuelle, et les symptômes de cette maladie peuvent avoir des effets sur l'humeur, l'intérêt porté à la sexualité et les rapports intimes. Pour en apprendre davantage sur les troubles sexuels d'origine physique entraînés par la SP et sur les répercussions de cette maladie sur les sentiments à l'égard de la sexualité et des relations sexuelles, consultez la publication de la Société canadienne de la SP intitulée *Intimité et sexualité chez les personnes atteintes de SP*.

DÉCISION D'AVOIR OU NON UN ENFANT

Chez bon nombre de femmes atteintes de SP, le diagnostic est posé alors qu'elles sont dans la vingtaine ou la trentaine, soit à l'âge où elles peuvent songer à fonder une famille ou à avoir un autre enfant. Les principaux facteurs à prendre en considération pour celles qui souhaitent avoir un enfant sont probablement les mêmes que pour les femmes en général : « Quels effets l'arrivée d'un enfant aura-t-elle sur ma vie? Le moment est-il bien choisi? » La décision d'avoir ou non un enfant est tout à fait personnelle et doit être basée sur les facteurs affectifs, financiers et médicaux existants et potentiels.

La SP n'est pas une raison pour renoncer à avoir des enfants, mais elle peut nécessiter une bonne préparation impliquant la famille, les amis et le médecin. À ce propos, il serait utile de consulter un fournisseur de soins de santé qui pourra discuter positivement avec vous des problèmes ou des inquiétudes que vous pourriez avoir.

GROSSESSE

La SP peut-elle m'empêcher de devenir enceinte?

La SP n'altère pas la fertilité. Cela dit, certains médicaments employés contre cette maladie peuvent avoir des effets sur le cycle menstruel, et certains sont contre-indiqués pendant la grossesse. Lorsqu'une femme envisage de tomber enceinte et d'arrêter son traitement afin d'éviter tout risque d'exposition aux effets du médicament pour le futur bébé, il lui sera généralement conseillé d'attendre durant une période équivalant à *cinq fois* la demi-vie du médicament en question⁹. On entend par « demi-vie » la période au bout de laquelle la concentration d'un médicament aura diminué de moitié par rapport à sa valeur initiale. Comme chaque médicament a sa propre composition, la demi-vie varie considérablement parmi les immunomodulateurs utilisés dans le traitement de la SP. Une femme traitée par l'un de ces médicaments peut devoir attendre quelques jours ou semaines, voire de trois à quatre mois, avant de concevoir un enfant. Le tériflunomide (Aubagio^{MD}) constitue un cas à part puisque, pour assurer l'élimination de ce médicament de la circulation sanguine chez la femme, il est recommandé de suivre des procédures particulières avant la conception. Des traces de tériflunomide ont aussi été détectées dans le sperme. Par conséquent, les hommes à qui ce médicament a été prescrit devraient cesser leur traitement et s'assurer que ce médicament a été totalement éliminé de leur organisme avant toute tentative de conception.

Il importe de ne rien changer à sa médication sans en parler à son fournisseur de soins de santé, car l'arrêt brusque de certains traitements peut être dangereux. Il est vivement recommandé aux femmes de passer en revue avec leur fournisseur de soins de santé l'information sur l'innocuité ainsi que les mises en garde fournies relativement aux risques que présentent les médicaments qu'elles prennent (ou qu'elles s'appêtent à prendre) chez les femmes enceintes ou allaitantes. Nous vous invitons à consulter la section du présent document intitulée « Médicaments et grossesse » pour en savoir davantage à ce sujet.

Procréation médicalement assistée (PMA)

S'il est vrai que la SP n'altère pas la fertilité, d'autres facteurs peuvent être en cause en cas de problème touchant la fécondité et amener certaines femmes à recourir à la procréation médicalement assistée (ou PMA). Des études déjà menées sur le sujet ont donné des résultats qui suggèrent que les femmes atteintes de SP qui font appel à la PMA (y compris la fertilisation *in vitro*) présentent un risque accru de poussée après l'intervention, en particulier en cas d'échec de celle-ci (soit lorsque le recours à cette méthode n'aboutit pas à la conception)^{10, 11}. Ce risque d'augmentation de l'activité de la SP pourrait être attribuable à l'interruption d'un immunomodulateur, à un niveau de stress accru dû à l'infertilité ou encore aux effets d'un traitement hormonal contre l'infertilité sur le système immunitaire.

Quel est le risque de mon enfant d'avoir la SP?

La SP n'est pas directement héréditaire. L'incidence de la SP chez les Nord-Américains en général est de 0,1 % à 0,3 %. Le risque de SP pour les enfants d'une personne atteinte de cette maladie est faible puisqu'il varie de 1 % à 3 %¹². En d'autres termes, de 97 % à 99 % des enfants des personnes atteintes de SP n'auront pas cette maladie.

Quels effets a la sclérose en plaques sur la grossesse et l'accouchement?

La SP n'a pas d'effet direct sur la grossesse, le travail et l'accouchement². Plusieurs études ont montré que les femmes atteintes de SP ont autant de chances de vivre une belle grossesse et d'avoir un enfant en santé que les autres femmes. En outre, il n'a jamais été démontré que la SP pouvait augmenter les risques de grossesse extra-utérine (développement du fœtus dans une trompe de Fallope), de fausse couche, de naissance prématurée, de naissance d'un enfant mort-né ou d'anomalies de naissance^{2, 13}.

L'accouchement naturel est habituellement recommandé aux femmes atteintes de SP, comme à toutes les femmes, d'ailleurs. La SP n'exige pas nécessairement le recours à la césarienne¹³. Durant l'accouchement, des symptômes comme la faiblesse, les spasmes et la raideur musculaire des jambes peuvent être pris en charge avec l'aide d'une infirmière ou d'une sage-femme. De nombreuses parturientes optent pour l'analgésie épidurale. Cette méthode de soulagement de la douleur et les types d'anesthésie employés pour les césariennes ne sont pas plus risqués pour les femmes atteintes de SP que pour les autres^{14, 15}.

Grossesse et poussées

L'impact de la grossesse sur la SP a fait l'objet d'un grand nombre d'études, qui montrent toutes que la grossesse semble avoir un effet protecteur sur cette maladie : elle contribuerait à réduire la fréquence des poussées, particulièrement durant le troisième trimestre de la grossesse, soit à partir du sixième mois^{1, 2}. Ce phénomène n'est pas encore complètement élucidé, mais on croit que les taux d'hormones y sont pour quelque chose : leur action ferait en sorte que le système immunitaire soit moins actif qu'à la normale durant la grossesse pour éviter le rejet du fœtus^{3, 4, 16, 17}. Par conséquent, le système immunitaire serait moins susceptible de s'en prendre aux cellules du cerveau. Le même effet a été constaté chez les femmes enceintes dans le contexte d'autres maladies auto-immunes¹³. Il convient de noter que les femmes qui cessent de prendre certains médicaments – tels le fingolimod et le natalizumab – avant d'être enceintes peuvent néanmoins subir durant leur grossesse des poussées qu'on qualifie de « rebonds »¹⁸. Dans leur cas, il est possible de recourir à des stratégies particulières en vue d'entraver le risque de tels rebonds¹⁹.

Le risque de poussée s'élève dans les trois premiers mois suivant la naissance^{1, 17}. On croit que ce fait est attribuable au retour des taux d'hormones au niveau qui était le leur avant la grossesse. Si on tient compte à la fois du risque réduit de poussées durant la grossesse et du risque accru de poussées après l'accouchement, on constate que, globalement, les femmes présentent un risque similaire de poussées pour une période donnée, qu'elles aient eu une grossesse ou non durant cette période.

Symptômes et grossesse

Bien que la fréquence des poussées diminue chez les femmes atteintes de SP durant une grossesse, certains de leurs symptômes peuvent s'aggraver. En effet, nombre d'entre elles déclarent qu'elles se sentent plus fatiguées lorsqu'elles sont enceintes. Ce problème peut toutefois être résolu par une bonne gestion de son temps. Les troubles de l'équilibre et les maux de dos peuvent également s'intensifier durant la grossesse, étant donné que le poids du bébé entraîne le déplacement du centre de gravité vers l'avant. Les aides à la locomotion peuvent être utiles à ce moment-là pour prévenir les chutes. D'autres symptômes comme les troubles vésicaux ou intestinaux peuvent également s'aggraver durant la grossesse. Une infirmière ou un conseiller spécialisé en incontinence peut vous proposer des moyens de prendre en charge ce type de difficultés.

Médicaments et grossesse

Avant toute tentative de conception, informez votre fournisseur de soins de santé de vos symptômes et des médicaments que vous prenez. Étant donné que certains médicaments ne sont pas indiqués pour les femmes enceintes, ce dernier voudra probablement passer les vôtres en revue. Si vous devenez enceinte de façon inattendue, prenez rendez-vous avec votre fournisseur de soins de santé le plus tôt possible afin de permettre à celui-ci de vérifier la liste de vos médicaments.

Si vous devez cesser de prendre l'un de vos médicaments durant la grossesse, votre équipe soignante vous expliquera

les risques auxquels vous et votre bébé serez alors exposés. Cela dit, l'impact de nombreux médicaments sur la grossesse demeure inconnu, car leurs effets négatifs sur l'embryon humain ont été mis au jour uniquement à l'occasion de petites études durant lesquelles des femmes étaient devenues enceintes de façon inattendue alors qu'elles prenaient ces médicaments. Globalement, l'information figurant dans les registres de femmes exposées à l'acétate de glatiramère, aux interférons ou au natalizumab est rassurante²⁰.

Si vous devenez enceinte alors que vous prenez l'un des immunomodulateurs indiqués pour le traitement de la SP, vous devriez consulter votre fournisseur de soins de santé sans tarder, dans la mesure où certains de ces médicaments peuvent nuire gravement au fœtus. Avant l'amorce d'un traitement, votre fournisseur de soins de santé vous informera des effets des médicaments chez les femmes enceintes. Les stéroïdes sont considérés comme relativement sans danger durant la grossesse¹⁵. Pourtant, ils sont généralement évités au cours des trois premiers mois, c'est-à-dire au stade de développement des organes du fœtus, durant lequel la plus grande prudence s'impose. Dans le cas des médicaments employés dans le traitement d'autres maladies ou de tout symptôme, là encore il convient de se montrer prudent.

Toutefois, si l'arrêt d'un traitement (même s'il s'agit d'un traitement par un antidépresseur) comporte un risque important pour la mère ou l'enfant, le médecin conseillera de le poursuivre ou de changer de médicament. Votre

fournisseur de soins de santé pourra peut-être alors vous suggérer des moyens non pharmacologiques de prendre vos symptômes en charge. Tous les traitements peuvent être repris immédiatement après l'accouchement. Certains d'entre eux pourraient cependant être contre-indiqués si vous optez pour l'allaitement maternel.

PRÉPARATION DE L'APRÈS- ACCOUCHEMENT

Qu'elles aient la SP ou non, bien des femmes se sentiront très fatiguées durant une certaine période après l'accouchement, et il leur faudra peut-être du temps pour qu'elles s'adaptent à la vie avec un bébé. Par conséquent, les femmes atteintes de SP, en particulier, doivent prévoir de l'aide pour cette période. Dressez la liste des parents et des amis qui pourraient s'acquitter de certaines tâches et demandez-leur s'ils accepteraient de vous prêter main-forte. Renseignez-vous sur les services de santé et autres qui pourraient vous être utiles, et voyez s'il y a des groupes d'entraide pour les nouvelles mères dans votre région. Savoir qu'elles peuvent compter sur des sources de soutien locales rassure bon nombre de femmes, et une bonne préparation facilite beaucoup les choses après la naissance du bébé.

Selon vos capacités fonctionnelles, vous pourriez opter pour un programme de physiothérapie – y compris des exercices de rééducation périnéale – pour optimiser votre récupération après la grossesse.

Une femme atteinte de SP peut-elle nourrir son bébé au sein?

La SP ne devrait pas empêcher une femme d'allaiter son bébé. Le lait maternel est l'aliment qui convient le mieux aux nourrissons, et on recommande en général d'allaiter l'enfant durant les six premiers mois (26 semaines) de sa vie. L'allaitement maternel procure de nombreux bienfaits au bébé (par exemple, il renforce son système immunitaire) et à la mère²¹. En outre, les femmes atteintes de SP seront sans doute rassurées d'apprendre que l'allaitement maternel n'accroît pas le risque de poussée de SP. En fait, il pourrait même avoir un effet légèrement protecteur contre les poussées²², sans être toutefois aussi efficace qu'un traitement administré par voie orale ou intraveineuse. On recommande de suspendre la prise d'un immunomodulateur durant la période d'allaitement, étant donné qu'un tel médicament peut être excrété dans le lait maternel et qu'on ne dispose pas de suffisamment de données de recherche à ce sujet. Les femmes traitées par ce type de médicament peuvent retarder le moment de le reprendre et allaiter leur bébé durant quelques semaines; les bienfaits se feront tout de même sentir. Certaines mères atteintes de SP peuvent décider de raccourcir la période d'allaitement à trois ou quatre mois si ce mode d'alimentation les fatigue trop¹.

Une femme atteinte de SP qui choisit d'allaiter son bébé aura intérêt à se faire conseiller sur certains aspects de l'allaitement, comme la position à adopter, étant donné que certains symptômes de la SP peuvent rendre inconfortables les positions traditionnelles²³. Elle devra également passer ses médicaments en revue avec son fournisseur de soins

de santé pour s'assurer que le bébé n'en absorbera aucune trace par le lait maternel¹⁵.

De son côté, l'allaitement au biberon procure tous les nutriments essentiels au nourrisson tout en permettant à la mère de se faire aider plus facilement.

Prévention des poussées après l'accouchement

Certaines femmes décident de reprendre leur traitement immunomodulateur peu de temps après l'accouchement afin de réduire le risque de poussée. Toutefois, selon le traitement en question, celles qui allaitent leur bébé ne devraient pas faire ce choix. Les femmes atteintes de SP qui optent pour l'allaitement maternel, mais qui s'inquiètent de la survenue éventuelle de poussées, doivent savoir qu'un traitement par certains types de stéroïdes comme la prednisone, à dose modérée, est jugé sans danger²³.

Autres aspects des soins prodigués après l'accouchement

Étant donné que le risque de poussées s'accroît durant les deux premiers mois après l'accouchement, soit au moment où la plupart des mères se sentent très fatiguées, il importe d'obtenir plus d'aide et de soutien durant cette période-là. Une jeune mère devrait voir comment ses parents, ses amis et les services sociaux pourraient l'aider. Les services de soutien à domicile, les centres communautaires axés sur les services aux tout-petits et les organismes locaux de personnes handicapées peuvent également s'avérer utiles.

MÉNOPAUSE

Durant la ménopause, l'organisme ne produit plus d'œstrogène en quantité suffisante. Les résultats de certaines études suggèrent que le cours de la SP s'aggrave quelque peu au cours de la ménopause^{24, 25}. Certains symptômes, comme la fatigue et les troubles vésicaux, peuvent devenir plus marqués durant cette période de la vie, et les bouffées de chaleur liées à la ménopause peuvent aggraver temporairement les symptômes de SP. Dans ce cas, une femme ménopausée aurait avantage à consulter son médecin pour envisager une démarche intensive en matière de prise en charge des symptômes, de soins de réadaptation et de planification pour l'avenir.

Hormonothérapie

Certaines femmes se demandent si l'hormonothérapie qui vise à remplacer l'œstrogène peut soulager les symptômes de la SP. Or, l'hormonothérapie ne convient pas à toutes les femmes. Elle est en effet déconseillée aux femmes dont les dernières menstruations remontent à plus de dix ans ainsi qu'à celles qui ont beaucoup fumé, qui ont déjà subi une thrombose veineuse ou qui ont eu un cancer particulier ou une maladie grave du cœur, du foie ou des reins. L'hormonothérapie est également associée à un accroissement du risque de cancer du sein⁴.

En conséquence, l'hormonothérapie est habituellement réservée aux femmes dont les symptômes de ménopause sont prononcés et difficiles à maîtriser. Les médecins doivent suivre ces femmes de près et leur faire passer des

mammographies régulièrement. Les femmes qui envisagent de recourir à l'hormonothérapie devraient consulter leur fournisseur de soins de santé au sujet des bienfaits et des risques possibles de cette option thérapeutique. Toutes les formes d'hormonothérapie (comprimés, timbres, gels) peuvent être employées par les femmes atteintes de SP.

Par ailleurs, le risque d'ostéoporose est accru par des périodes d'immobilité, l'absence d'exercice et l'utilisation prolongée de stéroïdes. Or, l'hormonothérapie peut freiner la dégénérescence osseuse. Toutefois, cette approche pourrait ne pas convenir aux femmes qui présentent d'importantes incapacités, qui demeurent en fauteuil roulant en permanence ou la plupart du temps, ou qui sont alitées durant de longues périodes. En effet, ces femmes sont exposées à un risque accru de thrombose ou de caillots sanguins.

Ostéoporose

L'ostéoporose peut être une source de difficultés pour certaines femmes atteintes de SP, en particulier pour celles dont la mobilité est réduite ou qui ont reçu des doses de stéroïdes à de nombreuses reprises. Il existe de nombreux moyens de prévenir l'ostéoporose, qui comprennent l'adoption d'un bon régime alimentaire et d'un programme d'exercice régulier, de même que la prise de médicaments ou de suppléments favorisant la densité osseuse ou des deux. Il est possible d'obtenir de plus amples renseignements à ce sujet en communiquant avec Ostéoporose Canada, au 1 800 463-6842, ou en consultant le site Web de cet organisme, à **osteoporose.ca**.

SP, IMMUNOMODULATEURS ET CANCER

Certaines femmes se demandent s'il existe un lien entre la SP, les immunomodulateurs et le cancer. Cette question a fait l'objet d'études, et les résultats de recherche ne montrent pas d'accroissement du risque de cancer en lien avec la plupart de ces médicaments. Toutefois, ce risque ne peut être exclu en ce qui concerne certains des nouveaux immunomodulateurs. Pour en savoir plus sur les effets indésirables graves des immunomodulateurs, veuillez vous informer auprès de votre neurologue ou de votre pharmacien.

RESSOURCES

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les thèmes abordés dans le présent document, veuillez communiquer avec un agent info-SP par téléphone, au 1 844 859-6789, ou par courriel, à l'adresse **agentinfosp@scleroseenplaques.ca**. Vous pouvez aussi vous rendre à scleroseenplaques.ca pour consulter la liste des publications de la Société canadienne de la SP.

Association canadienne pour la santé mentale

Site Web : cmha.ca/fr

Ostéoporose Canada

Site Web : osteoporosecanada.ca

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Site Web : phac-aspc.gc.ca

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

Site Web : sogc.org/fr

Association canadienne des programmes de ressources pour la famille (FRP Canada)

Site Web : frp.ca (en anglais seulement)

RÉFÉRENCES

- 1 DUQUETTE, P. « Hormonal factors in multiple sclerosis », *International MS Journal*, 2001; 9 (1), 17-25.
- 2 COYLE, P. « Women's Issues », *Multiple Sclerosis: Diagnosis, Medical Management, and Rehabilitation*, J.S. Burks, K.P. Johnson (eds), New York, Demos Medical Publishing, 2000.
- 3 EL-ETR., M. et coll. « Steroid hormones in multiple sclerosis », *Journal of the Neurological Sciences*, 2005; 233, 49-54.
- 4 DEVONSHIRE, V. et coll. « The immune system and hormones: review and relevance to pregnancy and contraception in women with MS », *The International MS Journal*, 2003; 10, 44-50.
- 5 VOSKUHL, R. R., H. WANG, T. C. WU et coll. « Estriol combined with glatiramer acetate for women with relapsing-remitting multiple sclerosis: a randomised, placebo-controlled, phase 2 trial », *Lancet Neurol*, 2016 Jan;15(1):35-46.
- 6 GIESSER, B. S. et coll. « Multiple Sclerosis symptoms fluctuate during menstrual cycle », *MS Exchange*, 1991; 3 (5).
- 7 YONG, H. Y., K. A. MCKAY, C. G. J. DALEY et H. TREMLETT. « Drug exposure and the risk of multiple sclerosis: A systematic review », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2018;27(2):133-139. doi:10.1002/pds.4357.

- 8 HOUTCHENS, M. K., L. B. ZAPATA, K. M. CURTIS et M. K. WHITEMEN. « Contraception for women with multiple sclerosis: Guidance for healthcare providers », *Mult Scler*, 2017;23(6):757-764. doi:10.1177/1352458517701314.
- 9 BOVE, R., S. ALWAN, J. M. FRIEDMAN et coll. « Management of Multiple Sclerosis During Pregnancy and the Reproductive Years », *Obstet Gynecol*, 2014;124(6):1157-1168. doi:10.1097/AOG.0000000000000541.
- 10 MICHEL, L., Y. FOUCHER, S. VUKUSIC et coll. « Increased risk of multiple sclerosis relapse after in vitro fertilisation », *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2012;83(8):796-802. doi:10.1136/jnnp-2012-302235.
- 11 HELLWIG, K. et J. CORREALE. « Artificial reproductive techniques in multiple sclerosis », *Clin Immunol*, 2013;149(2):219-224. doi:10.1016/j.clim.2013.02.001.
- 12 WESTERLIND, H., R. RAMANUJAM, D., UVEHAG et coll. « Modest familial risks for multiple sclerosis: a registry-based study of the population of Sweden », *Brain*, 2014;137(Pt 3):770-778. doi:10.1093/brain/awt356.
- 13 POSER, S. et W. POSER. « Multiple Sclerosis and gestation », *Neurology*, 1983; 119, 449-455.
- 14 BIRK, K. et R. KALB. *Fertility, pregnancy and childbirth, in Multiple Sclerosis: A Guide for Families*, R. Kalb (ed), New York, Demos Medical Publishing, 1998.

- 15 FERRERO, S. et coll. « Multiple Sclerosis: management issues during pregnancy », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2004; 115 (1), 3-9.
- 16 DARLINGTON, C. « Overview – Multiple Sclerosis and gender », *Current Opinion in Investigational Drugs*, 2002; 3 (6), 911-914.
- 17 HUGHES, M. « Multiple Sclerosis and pregnancy », *Neurologic Clinics*; 2004; 22, 757-769.
- 18 ALROUGHANI, R., A. ALTINTAS, M. AL JUMAH et coll. « Pregnancy and the Use of Disease-Modifying Therapies in Patients with Multiple Sclerosis: Benefits versus Risks », *Mult Scler Int*, 2016;2016:1034912. doi:10.1155/2016/1034912.
- 19 DAS, G., V. DAMOTTE, J. M. GELFAND et coll. « Rituximab before and during pregnancy », *Neurol - Neuroimmunol Neuroinflammation*, 2018;5(3):e453. doi:10.1212/NXI.0000000000000453.
- 20 HELLWIG K, « Pregnancy in Multiple Sclerosis », *Eur Neurol*, 2014;72(s1):39-42. doi:10.1159/000367640.
- 21 NHS Direct, [En ligne], 2005. [nhsdirect.nhs.uk].
- 22 LANGER-GOULD, A., S. M. HUANG, R. GUPTA et coll. « Exclusive breastfeeding and the risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis », *Arch Neurol*, 2009.

- 23 JACOBSON, P. « Multiple sclerosis: a supportive approach for breastfeeding », *Mother Baby Journal*, 1998; 3 (6), 13-17.
- 24 BOVE, R., B. C. HEALY, A. MUSALLAM et coll. « Exploration of changes in disability after menopause in a longitudinal multiple sclerosis cohort », *Mult Scler*, 2016;22(7):935-943. doi:10.1177/1352458515606211.
- 25 GRAVES, J. S., R. G. HENRY, B. CREE et coll. « Ovarian aging is associated with gray matter volume and disability in women with MS », *Neurology*, 90(3):e254-e260. doi:10.1212/WNL.0000000000004843.



Société canadienne de la sclérose en plaques

Numéro sans frais au Canada : 1 800 268-7582

Courriel : info@scleroseenplaques.ca

Site Web : scleroseenplaques.ca

Notre mission

Être un chef de file dans la recherche sur le remède de la sclérose en plaques et permettre aux personnes aux prises avec cette maladie d'améliorer leur qualité de vie.

Société
canadienne
de la sclérose
en plaques

