

## Un nouveau cas de sclérose en plaque chez une femme enceinte

### [ A new case of multiple sclerosis in a pregnant woman ]

*K. Benabdallah, I. Zoubairi, M. Jou, N. Zraïdi, and A. Baydada*

Service d'endoscopie gynécologique M1,  
Maternité Souissi,  
Rabat, Maroc

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** Multiple sclerosis is a demyelinating disease of the central nervous system, it begins in half of the cases in women of childbearing age. The influence of pregnancy on MS is difficult to assess because of the unpredictable evolution of the medium and long term illness. We offer an observation MS and pregnancy collated serving MII Maternity Souissi - Rabat and try to study in the light of the literature the course of pregnancy, childbirth and the evolution of the disease in the postpartum period.

**KEYWORDS:** multiple sclerosis; pregnancy.

**RESUME:** La sclérose en plaques est une affection démyélinisante du système nerveux central, elle débute dans la moitié des cas chez la femme en âge d'activité génitale. L'influence de la grossesse sur la SEP est difficile à apprécier du fait de l'évolution imprévisible de cette maladie à moyen et à long terme. Nous proposons une observation de SEP et grossesse colligée au service de Maternité MII Souissi - Rabat et essayons d'étudier à la lumière de la littérature le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'évolution de la maladie dans le post-partum.

**MOTS-CLEFS:** sclérose en plaque ; grossesse.

## 1 INTRODUCTION

La Sclérose en Plaques (SEP) est la maladie neurologique la plus fréquente chez l'adulte jeune dans les pays développés. Elle touche environ une personne sur mille avec une prédilection pour le sexe féminin. C'est donc typiquement une maladie de la femme jeune en âge de procréer. Le début de la Sclérose en Plaques étant habituellement en pleine période de projet de vie (20 à 35 ans) où la question de la grossesse survient rapidement.

Avant les années 50, la grossesse était considérée délétère pour les malades atteintes de SEP. Puis dans les dix années suivantes, elle ne semblait plus influencer l'évolution de la maladie. Les études plus récentes semblent dans l'ensemble plutôt rassurantes sur les relations grossesse et Sclérose en Plaques. [1]

## 2 OBSERVATION

- Mme AB âgée de 31ans est suivie pour SEP depuis décembre 1998. Troisième geste, deuxième pare, les deux grossesses se sont déroulées sans problème .L'épisode initial de la maladie neurologique est marquée par une baisse brutal de l'acuité visuelle à droite accompagnée de monoparesie et de fourmillements du membre inférieure droit. L'examen

ophtalmologique objective une cécité monoculaire droite par névrite optique retrobulbaire avec présence de dyschromatopsie, les potentiels évoqués visuels sont abolis des deux côtés.

- **L'examen neurologique** était sans particularités mises à part une vivacité des réflexes rotuliennes (pas de troubles moteurs, ni sensitifs ni de coordination, ni sphinctériens, les paires crâniennes sont indemnes).
- **Un bilan biologique** initial montre à la ponction lombaire un liquide clair eau de roche : hypoalbuminorrhachie à 0,1 Ig/l, glucorrhachie à 0,85g/l, chlorures à 122 meq/l, 2globules blancs /mm<sup>3</sup>. L'examen direct du LCR est négatif avec absence de tréponèmes même après culture. La sérologie syphilitique est négative, le latex waler Rose à 6ui/l, la Vitesse de sédimentation à 2 mm la première heure. L'IRM initiale du crâne et du rachis cervical est normale. La patiente est stabilisée sous corticothérapie et a pu récupérer la vision de l'oeil droit.
- La patiente nous est confiée pour un suivi de sa grossesse à 11-12 semaines d'aménorrhée. L'examen à l'admission retrouve une patiente en bon état général, ne présentant aucun trouble neurologique, ni visuel, le bilan biologique prénatal (NFS, Ionogramme sanguin, VDRL, TPHA sérologie de la toxoplasmose, sérologie de la rubéole, ECBU) est sans particularités.
- La patiente est revue au deuxième trimestre de sa grossesse. L'examen clinique est normal. Le bilan biologique est sans particularités. Une échographie obstétricale morphologique montre une GMFE de 22-23 SA. La patiente est revue à 38 SA : l'examen clinique est normal une échographie obstétricale objective une macrosomie foetale avec présentation de siège. L'indication de la césarienne s'impose ; Ce qui a permis l'extraction, d'un nouveau-né de sexe masculin, d'apgar 10/10 et de poids 4 kg 800. La césarienne est faite sous anesthésie générale vu la contre-indication de la rachianesthésie chez cette patiente.
- **Dans le post-partum**, la patiente a présenté à **j1** des lombalgies avec douleurs irradiant au membre inférieur droit à type de sciatgies. L'examen neurologique révèle une parésie à réflexes ostéotendineux (ROT) vifs aux membres inférieurs. Un traitement à base d'hémisuccinate d'hydrocortisone est prescrit.
- À partir de **j3**, on note une récupération progressive de la motricité. Mais à **j17**, la patiente accuse une lourdeur du membre inférieur droit, l'examen neurologique met en évidence une diminution de la force musculaire segmentaire au niveau de l'hémicorps droit avec conservation de la force musculaire globale, la malade ne tient pas le Barré-Mangazzini du côté droit avec un tremblement d'attitude des deux côtés et présence de troubles de la coordination à la manoeuvre doigt-nez surtout à droite. L'examen ophtalmologique révèle une dégradation de l'acuité visuelle avec présence d'un nystagmus horizontal à segment antérieur normal au niveau des deux yeux
- A **j26** la patiente accuse une lourdeur aux deux membres supérieurs avec difficulté à la marche l'examen neurologique révèle l'installation d'une tétra parésie à ROT) vifs aux quatre membres, hypertonie musculaire généralisée. Une PL faite montre une hyperalbuminorrhachie à 2,1g/l, glucorrhachie à 0,8 g/l, chlorure à 139 meq/l, moins de 1 GB/mm<sup>3</sup>, tréponèmes négatifs dans le LCR, TPHA et VDRL négatifs. L'électrophorèse des protides montre une hypergammaglobulinémie dans le LCR avec hypoalbuminémie dans le sang. Une IRM cérébrale et médullaire faite à la sixième semaines du post-partum (voir figure ci-jointe) met en évidence des hyper signaux T2 longitudinaux, de C2 à C7 désorganisant la structure cordonale, ils n'ont pas d'équivalents en T1 et ne se rehaussent pas après injection, de Gadolinium en IV. Ces hyper signaux T2 médullaires évoquant un processus démyélinisant de SEP compte tenu des données signalées.
- La patiente est mise sous bolus de solumedrol pendant 6 jours à raison de 1g dans 500cc de sérum glucosé isotonique / jours puis relai par Prédnisone à raison de 3 comprimés/j en une seule prise.
- La patiente évolue bien sous ce traitement. Avec régression de la tétra parésie à partir de la 8ème semaine du post partum. Cependant on note des troubles de la vision et de la marche.

### 3 DISCUSSION

La sclérose en plaque se définit par l'existence de zones de démyélinisation multiples disséminées dans la substance blanche du système nerveux central.

Se révèlent le plus souvent entre l'âge de 20 et 35 ans, la SEP semble plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Cliniquement la maladie se caractérise par des poussées et des rémissions parfois prolongées. Son tableau clinique est polymorphe. Il associe des troubles de la vision à un nystagmus une dysarthrie, des troubles de la statique et de la sensibilité vibratoire, des troubles vésicaux, une paraplégie, des troubles de l'humeur.

Souvent la SEP évolue par poussées entrecoupées de rémissions mais environ un cas sur deux l'affection se présente comme une maladie ayant une évolution déficitaire permanente ou partiellement régressive.

• **Influence de la grossesse sur la SEP :**

Les auteurs contre-indiquaient la grossesse en cas de SEP jusqu'où d'autres définissent "l'année-grossesse" comme la durée de la gestation et les trois mois du post-partum [2]. Le risque et la fréquence des poussées dans l'année grossesse et dans la période qui entoure l'accouchement ont été particulièrement étudiées. La majorité des poussées observées surviennent au cours des six premiers mois du post-partum ; et la grossesse elle-même est une période de relative stabilité pour la SEP [2].

Dans notre cas, la maladie neurologique est stable au cours des trois trimestres de la grossesse avec l'apparition d'une poussée dans le post-partum immédiat et une aggravation progressive des signes neurologiques pendant les deux premiers mois du post-partum

La fréquence des poussées tend habituellement à diminuer avec la durée de la maladie. Ces résultats ont été retrouvés dans l'étude plus récente de Confavreux et indiquent que la survenue de grossesses ne joue pas de rôle aggravant dans l'évolutivité générale de la SEP [3].

Pour Taylor la grossesse aurait un rôle "anticipateur" en avançant la date d'une poussée. Elle pourrait à l'opposé repousser la survenue d'une poussée "prévisible". Le mécanisme de survenue des poussées du post-partum est mal connu. Les rôles de la fatigue physique, du stress émotionnel occasionnés par l'accouchement, de la chute de la progestérone, de l'alpha foetoprotéine ont été avancés mais ne sont pas fondés sur des arguments épidémiologiques [4].

L'intervention de modifications immunitaires induites par la grossesse est plus séduisante.

• **Influence de la SEP sur la grossesse :**

La maladie neurologique est sans effet notable sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Le taux d'avortements spontanés chez les patientes est analogue à celui de la population générale. Les complications gravidiques (vomissements, mort foetale in utero, accouchement prématuré syndrome toxémique) ne sont pas plus fréquents. Le travail se déroule normalement la fréquence des dystocies (forceps, césarienne) n'est pas accrue [5].

La fréquence et le type de malformations congénitales sont inchangés après le début de la maladie les nouveaux-nés sont de poids et de périmètres crâniens normaux.

Cependant la fréquence des aggravations (poussée ou aggravation progressive) n'est pas plus grande en cas d'allaitement [5].

Dans notre expérience la patiente n'a pas de complications gravidiques et le suivi est sans particularités au cours des trois trimestres de la grossesse à l'exception de la naissance d'un nouveau-né macrosome.

• **Pronostic fonctionnel :**

Le pronostic à long terme ne paraît pas être modifié par la survenue de grossesse. Une indication indirecte est fournie par l'absence de différence de pronostic entre les deux sexes, à l'âge de début et ancienneté de la maladie comparable.

Roulet évalue l'handicap fonctionnel chez 1252 patientes classées en trois groupes d'invalidité croissante : un nombre plus faible de célibataires et un nombre accru de patientes mariées avec enfants est observé dans le groupe d'invalidité faible, des pourcentages inverses sont notés dans le groupe des patientes décédées de l'évolution de leur maladie neurologique. Cependant ceci ne peut être interprété comme l'indice d'un meilleur pronostic lié aux grossesses car l'âge de début et l'ancienneté de l'évolution de la SEP ne sont analogues dans les trois groupes [6].

Rummarker constate que les femmes dont la maladie a débuté après une première grossesse (idem notre cas) ont un handicap fonctionnel accru par rapport à celles qui n'ont jamais eu de grossesse, mais la différence entre les deux groupes n'est pas significative. Des chiffres analogues sont retrouvés par Confavreux chez 181 patientes [6].

Dans l'étude de Ghezzi, la pente annuelle moyenne d'aggravation de l'handicap fonctionnel est identique que la patiente ait eu ou non des grossesses, que celles-ci soient survenues avant et / ou après le début de la SEP [7]

Le type, la sévérité et les séquelles éventuelles des poussées liées aux grossesses n'ont jamais été précisés et rien ne permet de les évaluer.

#### 4 CONCLUSION

En définitive, la grossesse chez une patiente atteinte de SEP est considérée par la plupart des auteurs comme une période de relative stabilité pour la maladie. Alors que le post-partum voit le nombre de poussée s'accroître.

Le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, l'évolutivité générale de la maladie neurologique à long-terme ne semblent pas modifiés par l'association grossesse SEP.

#### REFERENCES

- [1] Sandra Vukusic, Christian Confavreux Natural history of multiple sclerosis *La Presse Médicale, Volume 39, Issue 3, March 2010, Pages 359-362*
- [2] Christian Confavreux Sandra Vukusic New frontiers in multiple sclerosis *La Presse Médicale, Volume 37, Issue 1, Part 2, January 2008, Pages 77-79*
- [3] Christian Confavreux, Sandra Vukusic The Clinical Epidemiology of Multiple Sclerosis *Neuroimaging Clinics of North America, Volume 18, Issue 4, November 2008, Pages 589-622*
- [4] Nicola M. Kayes, Philip J. Schluter, Kathryn M. McPherson, Marta Leete, Grant Mawston, Denise Taylor Exploring Actical Accelerometers as an Objective Measure of Physical Activity in People With Multiple sclerosis, *Volume 90, Issue 4, April 2009, Pages 594-601*
- [5] Maija Saraste, Saara Väisänen, Anna Alanen, Laura Airas, Clinical and immunologic evaluation of women with multiple sclerosis during and after pregnancy *Gender Medicine, Volume 4, Issue 1, March 2007, Pages 45-55*
- [6] E Rouillet, M-H Verdier-Taillefer, S Caillat-Zucman, The French MS Collaborative Study Group Multiple sclerosis with early onset (EOMS) : A case-control study *Journal of Neuroimmunology, Volumes 56-63, Supplement 1, 1995, Page 72*
- [7] Luigi Raio, Fabio Ghezzi, Edoardo Di Naro, Massimo Franchi, Daniele Bolla, Henning Schneider: functional outcome of multiple sclerosis *Obstetrics & Gynecology, Volume 100, Issue 2, August 2002, Pages 311-316.*