



SEXUALITÉ/GROSSESSE DANS LE CADRE DU HANDICAP NEUROLOGIQUE

Dr Alexia EVEN
Unité de neuro-urologie
Service MPR,
Hôpital Raymond Poincaré, Garches



TROUBLES SEXUELS FÉMININS ET HANDICAP NEUROLOGIQUE



Sexualité...généralités

- La sexualité est une composante importante d'une relation amoureuse.
- Il n'existe pas réellement de normalité en terme de sexualité, même en dehors du handicap.
- La représentation de la sexualité est centrée autour de la jeunesse, de la forme physique, de la beauté:

→ l'âge, le handicap, la maladie sont des motifs d'exclusion de la pratique sexuelle.

Un sujet difficile à aborder

- Honte, tabou, manque d'information et de formation, fausses idées sont les freins les plus fréquents à l'expression et à la prise en charge des troubles sexuels par les professionnels.
- Le malade hésite à s'exprimer par pudeur ou par peur.
- 63 % des patients SEP n'ont jamais parlé de leurs dysfonctions sexuelles à leur médecin
- 30% des neurologues ont posé la question : plus souvent à un homme et plus souvent s'il présentait des troubles de la marche

Alarcia Rev Neurol 2007

Alarcia Rev Neurol 2007

Retentissement fonctionnel dans la SEP

- Hommes rapportent une plus grande insatisfaction que les femmes
- Ordre d'importance des handicaps liés à la SEP:
4^{ème} rang pour les hommes vs 10^{ème} rang pour les femmes
- 45% des patients SEP réduisent ou interrompent toute activité sexuelle **dès le début** de la SEP.
- Source fréquente de conflits/mésentente/séparation/dépression

Tepavcevic 2008, Nortvedt 2007, Redelman 2009

Réponse sexuelle physiologique

Succession d'évènements:

- **Désir** psychogène ou réactionnel
- **Excitation**: phénomènes vasocongestifs et musculaires dans le tractus génital et le plancher pelvien → lubrification vaginale, érection clitoridienne et expansion vaginale
- **Orgasme**: contractions cloniques des muscles lisses et striés

Mise en jeu des systèmes sympathique thoraco lombaire (T10-L2) et parasympathique (S2-S4) et des centres supramédullaires et cérébraux.

Typologie des TGS

Classification proposée par Fowler des dysfonctions sexuelles:

- primaires: liées à la pathologie neurologique
- secondaires: liées à l'atteinte physique
- tertiaires: liées aux tb psycho-sociaux

=> Prise en charge multimodale

Typologie des TGS

Troubles génito-sexuels primaires liés à la pathologie neurologique	Atteinte du système nerveux central altérant la réponse sexuelle et/ou les sensations
Troubles génito-sexuels secondaires liés à l'atteinte physique (symptômes de la SEP, iatrogénie)	Fatigue Troubles de l'attention et de la concentration Troubles locomoteurs Spasticité Faiblesse musculaire Tremblements Troubles de la coordination Incontinence urinaire et/ou digestive Troubles sensitifs : dysesthésie-allodynie Troubles cognitifs Traitements : antidépresseurs, baclofène, gabapentine, sonde à demeure
Troubles génito-sexuels tertiaires liés aux troubles psychosociaux	Perte d'estime de soi, Altération image de soi Dépression, Anxiété Colère Perte du pouvoir de séduction Crainte du rejet Relations avec le partenaire Modification du rôle familial

Plaintes des patientes

Troubles	Symptômes
Désir – Intérêt - Motivation	Diminution / Absence (Hypersexualité)
Excitation	Diminution ou absence de sensation d'excitation et de plaisir (Défaut d'engorgement vulvaire et/ou de lubrification vaginale)
Orgasme	Réduction ou absence d'orgasme
Douleurs sexuelles	Dyspareunie

Apparition en général dans les 10 premières années d'évolution de la SEP

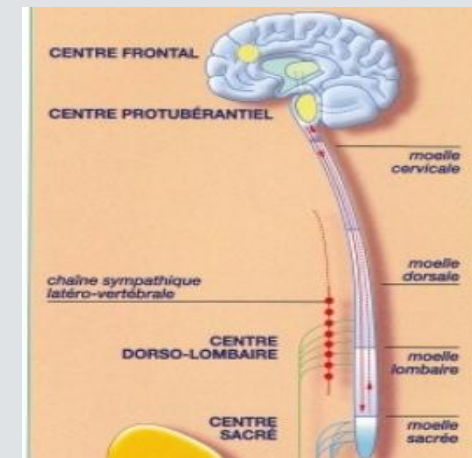
Facteur majeur de dégradation de la QdV: 42%

	Troubles de l'excitation	Troubles de la libido	Troubles de la sensibilité	Dysorgasmie	Dyspareunie
Zorzon, 1999	33 %	31 %	27 %	54 %	NC
McCabe, 2002	36 %	43 %	36 %	45 %	18 %
Demirkiran, 2006	51 %	64 %	58 %	67 %	NC
Borello-France, 2004	33 %	NC	NC	45 %	72 %
Nortvedt, 2007	50 %	62 %	NC	70 %	NC
Tepavcevic, 2008	38 %	74 %	27 %	60 %	NC
Fraser, 2008	29 %	7 %	2 %	1 %	NC
Dachille, 2008	33 %	29 %	38 %	NC	NC

Patientes SEP

Kessler-Fowler-Panicker 2009

Sexualité de la ♀ BM



■ Phase d'excitation:

- lubrification vaginale psychogène (film érotique) est liée à la préservation de la sensibilité en T11-L2
- lubrification vaginale réflexe à la stimulation manuelle nécessite un arc sacré intègre (S2-S4).

■ Orgasme:

- 44 à 50% des femmes BM atteignent l'orgasme, par stimulation génitale, quelque soit le niveau neurologique et le caractère complet ou incomplet de la lésion. **Mais durée de stimulation nécessaire plus long.**
- Si lésion arc réflexe sacré, diminution des chances d'atteindre l'orgasme.



61% n'ont reçu aucune information sur la sexualité après la lésion!!

Baisse du désir sexuel

38% ont un désir sexuel vs 75% avant la lésion

D'après elles la diminution du désir est liée à:

- perte de sensibilité
- mauvais contrôle des TVS et TAR
- perte de mobilité
- difficultés à avoir un orgasme
- douleurs
- honte de son corps, manque d'estime de soi
- sentiment de ne pas être attirante
- fatigue, dépression
- préliminaires trop longs
- médicaments (18% sous antidépresseurs)



TGS tertiaires des ♀ blessées médullaires

■ Perte de confiance en soi:

- 41% des femmes se sentent plutôt attirantes vs 74% avant la lésion
- 37 % (lésion complète) ne se trouvent plus attirantes du tout, 21% si lésion incomplète
- 66% pensent être capables de plaire à leur partenaire vs 93% avant la lésion

545 femmes BM interrogées

Table III. Reasons listed for being single (more than one reason could be given)

Reason	SCI n = 102 n (%)	Controls n = 82 n (%)
Have not met the "right" partner yet	55 (54)	70 (85)
Low self-esteem	36 (35)	16 (20)
Feelings of being unattractive	39 (38)	9 (11)
Fewer opportunities to make new contacts	49 (48)	28 (34)
Doubts about sexual ability	34 (33)	4 (5)
Decreased sexual interest	14 (14)	6 (7)
Fear of bladder and/or bowel leakage	32 (31)	0
Feelings of being inadequate when confined to a wheelchair or having a visible disability	54 (53)	–
Feelings of inadequacy	–	11 (13)
Lack of time	6 (6)	15 (18)

Diagnostic des TGS

- Clinique reposant sur un interrogatoire dirigé et détaillé et un examen clinique neuro périnéal (cartographie)
- Objectifs: définir la typologie des TGS
- Cerner la problématique et les attentes de la patiente
- Evaluer la qualité relationnelle envers le partenaire et sa demande éventuelle
- Nécessité d'une réévaluation régulière en fonction de l'évolution de la maladie (SEP, syringomyélie...).

Outils

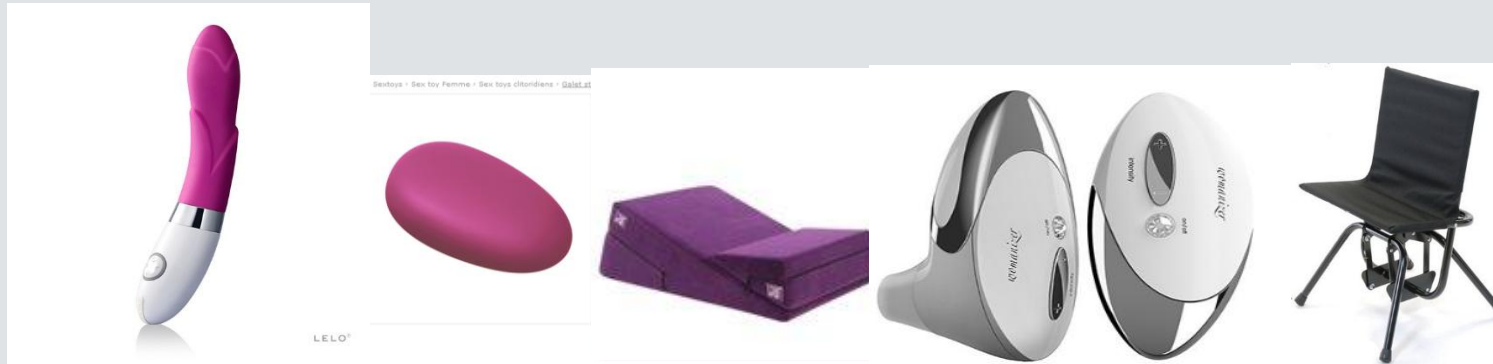
- Auto questionnaires validés :
 - **FSFI** (explore le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur)
 - **MS Intimacy and sexuality Questionnaire 19**, spécifique à la SEP
- Toujours rechercher une dépression sous jacente et la traiter si nécessaire.

Prise en charge thérapeutique



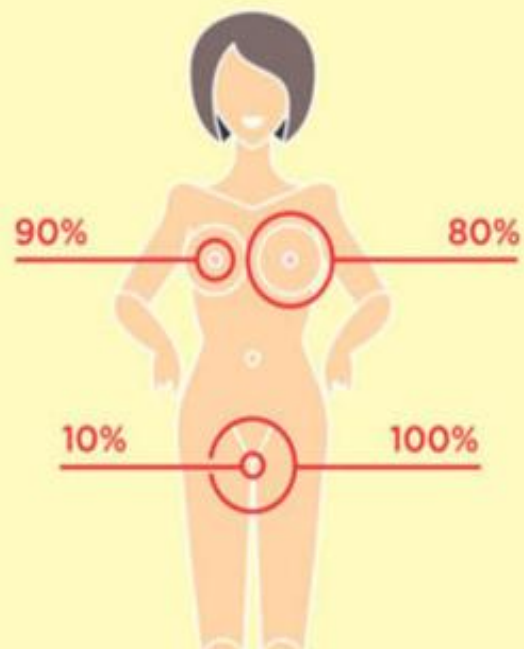
- Au mieux multidisciplinaire (MPR, neuro, IDE, psychologue, sexologue...)
- A proposer systématiquement ++
- Concernant les troubles sexuels I, II et III
- Arsenal thérapeutique médicamenteux pauvre chez la femme:
 - oestrogènes locaux
 - gels anesthésiques
 - lubrifiants à longue durée d'action (Replens®, Mucogyne®)

Prise en charge thérapeutique

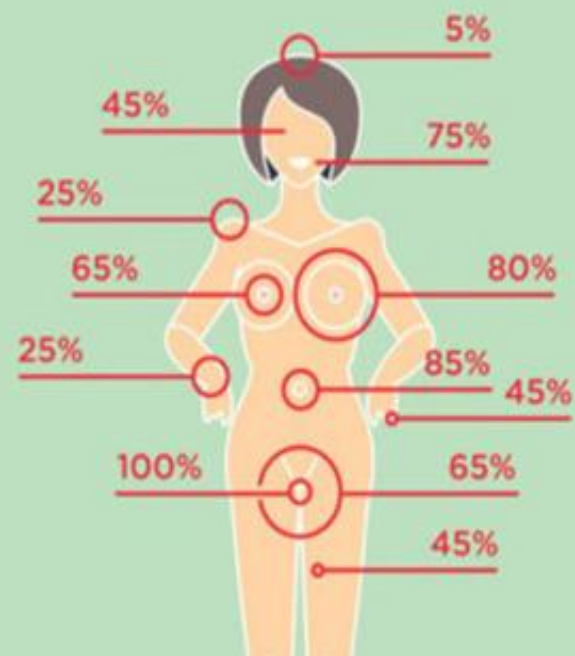


- Utilisations de sex toys, seule ou à 2, afin d'améliorer la connaissance de son corps et faciliter l'obtention de l'orgasme.
- Conseils et informations sur les positions à favoriser, les zones érogènes sus lésionnelles à explorer.
- Gestion de la spasticité, de la douleur, des TVS et TAR.
- Modification des traitements de fond afin d'éviter les ttt ayant des effets II sur la libido.
- Prise en charge psychologique: sexologue, psychologue, thérapeute de couple...

SES ZONES ÉROGÈNES



ce qu'il pense...



la réalité...

Place du sildenafil

- 2 études dans la SEP:

Dasgupta, 2004 et Dachille 2008

- 2 études chez les patientes BM:

Alexander 2011 et Sipski 2000

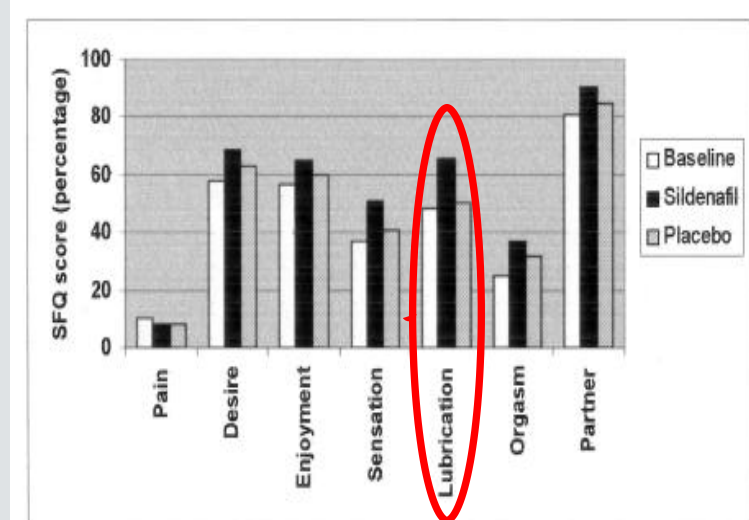


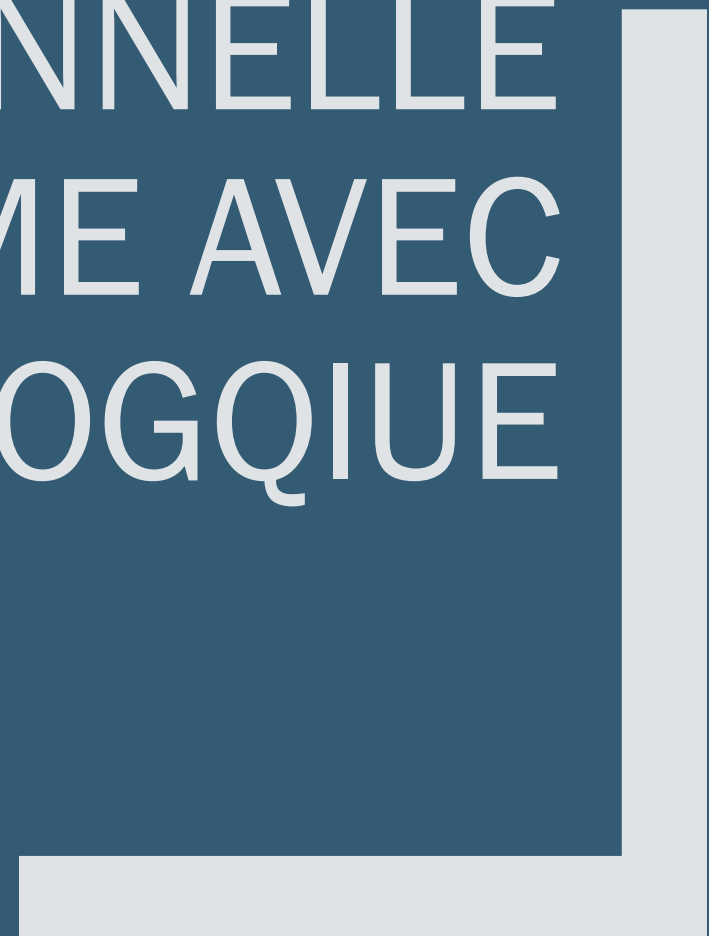
FIG. 3. Effect of sildenafil or placebo on sexual function in 19 patients with respect to each SFQ domain.

Résultats peu concluants, amélioration uniquement de la lubrification dans certaines études, en association à la stimulation locale.

Conclusion TGS ♀

- Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes dans les pathologies neurologiques et corrélées aux lésions organiques, mais aussi à l'histoire personnelle du patient, son partenaire et aux conditions sociales liées au handicap
- Dépistage indispensable des dysfonctions sexuelles car il existe des moyens de prise en charge, tenant compte des aspects sociaux, conjugaux et psychoaffectifs des patients
- Intérêt ++ d'améliorer l'écoute sexologique des soignants et de renforcer le travail en réseau
- Prise en charge des TVS et TAR indispensable
- Réévaluer régulièrement la demande en fonction des changements de mode de vie ou de l'évolution du handicap.

PRISE EN CHARGE
PRÉCONCEPTIONNELLE
CHEZ LA FEMME AVEC
HANDICAP NEUROLOGIQUE



Bilan pré conceptionnel

- Lorsque c'est possible, bilan avant la grossesse afin de définir les FDR de complications pendant la grossesse et l'accouchement
- Niveau neurologique/caractère complet ou incomplet/autonomie AVQ
- Equilibre vésico-sphinctérien et ano-rectal
- FDR d'escarres et/ou de thrombose veineuse
- Recherche de syringomyélie
- Traitements médicamenteux en cours

Contrôle de l'équilibre vésico-sphinctérien

International Urogynecology Journal
<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3620-8>

ORIGINAL ARTICLE



Bladder management during pregnancy in women with spinal-cord injury: an observational, multicenter study

Elena Andretta¹ • Lorenza Maria Landi² • Mirella Cianfrocca³ • Alberto Manassero⁴ • Oreste Risi⁵ • Giorgio Artuso¹

Received: 25 October 2017 / Accepted: 1 March 2018
© The International Urogynecological Association 2018

- S'assurer d'un équilibre vésico sphinctérien optimal afin
 - d'améliorer le confort urinaire durant la grossesse (↓ fuites, PLK...)
 - et limiter le risque de complications pendant la grossesse (infections, lithiases)
- Va orienter la prise en charge VS durant la grossesse
- Peut impacter le choix du mode d'accouchement

Bilan vésico-sphinctérien

- Catalogue mictionnel sur 48/72h avec volume mictionnels/par sondage et fuites (IUI, IUE?)
- Cystomanométrie à la recherche d'une hyperactivité détrusorienne mal contrôlée, évaluation du régime de pression et de la capacité vésicale fonctionnelle. Mesure des pressions de clôture. Pas de BUD pendant la grossesse!
- Clairance de la créatinine sur les urines des 24h
- Echographie de l'appareil urinaire, recherche de lithiases, de dilatation des CPC.

Bilan vésico-sphinctérien

- Si nécessaire et si possible, repousser la grossesse afin d'obtenir un équilibre vésico-sphinctérien optimal
- Envisager avant la grossesse le traitement de lithiases, la gestion de la capacité de réalisation des AS (DCC), le traitement de l'hyperactivité détrusorienne: traitement anticholinergique, toxine botulique intra détrusorienne, ECP....

Dépistage syringomyélie

- La présence d'une syringomyélie va influencer le choix du mode d'accouchement
- Dépistage par IRM systématique avant la grossesse, chez tous les patients blessés médullaires et porteur de spina ouverts
- Si grossesse en cours, possibilité de réaliser une IRM (1,5 ou 3T) au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre

Spécificité des patientes spina bifida ou SEP

■ SEP:

implication des neurologues dans le suivi des traitements médicamenteux de fond de la SEP, arrêt planifié des traitement interdits pendant la grossesse

■ Spina bifida:

Supplémentation en acide folique 3 mois avant la grossesse, suivi échographique du fœtus

Discuter mode d'accouchement (VB ou césarienne) en fonction du risque d'IUE et/ou de syringomyélie

Discuter possibilités de péridurale en fonction des résultats de l'IRM



SUIVI DE LA GROSSESSE



Tableau 1 Types de difficultés rencontrées par les professionnels.

Types of difficulties encountered by professionals.

Types de difficultés	Pourcentage de professionnels (%)
Matériel ou locaux non adaptés	66,7
Mobilisation difficile de la patiente	61,5
Manque d'expérience	61,5
Déficit de connaissances ou d'informations	59
Manque de temps	48,7
Problèmes d'ordre médical liés au handicap	15,4
Autre raison	2,6
Problèmes d'ordre relationnel avec la patiente	0



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Grossesse chez les femmes blessées médullaires : état des connaissances

*Pregnancy in women with spinal cord injuries:
 State of knowledge*

B. Boisseau^a, B. Perrouin-Verbe^b, N. Le Guillanton^a,
 I. Derrendinger^a, A.-S. Riteau^d, B. Idiard-Chamois^c, N. Winer^{d,*}

Complications durant la grossesse

- Infections urinaires
- Escarres
- Contractions utérines non ressenties, augmentant le risque d'accouchements prématurés
- Thromboses veineuses profondes
- Hyperréflexie autonome (HRA): 50-60% de grossesses si lésion au dessus de T6, surtout au 3^{ème} trimestre, accouchement et post partum



Table 2

Relative risk of selected pregnancy outcomes and complications among women with SCI/Paralysis/SB in Washington State, 1987-2012

Outcome	SCI/Paralysis/SB ^a (n = 529) RR ^b (95% CI)	SCI ^c (n = 161) RR ^b (95% CI)	Paralysis ^d (n = 219) RR ^b (95% CI)	SB ^e (n = 179) RR ^b (95% CI)
Prenatal care/pregnancy conditions				
Adequacy of prenatal care ^f				
Inadequate	1.09 (0.86-1.39)	1.33 (0.89-1.98)	1.07 (0.74-1.57)	0.94 (0.61-1.46)
Intermediate	0.90 (0.71-1.12)	0.68 (0.42-1.09)	1.13 (0.81-1.59)	0.81 (0.56-1.19)
Adequate	1.00 (reference)	1.00 (reference)	1.00 (reference)	1.00 (reference)
Intensive	1.30 (1.12-1.52)	1.21 (0.89-1.62)	1.44 (1.15-1.80)	1.32 (1.02-1.73)
Pregnancy Weight Gain ^g				
Appropriate	1.00 (reference)	1.00 (reference)	1.00 (reference)	1.00 (reference)
Less than appropriate	1.20 (0.92-1.58)	0.96 (0.58-1.60)	1.51 (0.98-2.30)	1.33 (0.88-2.02)
Excessive	0.99 (0.85-1.15)	0.93 (0.72-1.21)	0.84 (0.61-1.15)	0.98 (0.79-1.22)
Gestational diabetes ^h	0.91 (0.60-1.39)	0.92 (0.43-1.97)	0.97 (0.49-1.93)	0.92 (0.46-1.84)
Preeclampsia/eclampsia	1.34 (1.00-1.79)	1.29 (0.74-2.24)	1.43 (0.94-2.16)	1.20 (0.71-2.03)
Urinary tract infection/pyelonephritis	26.43 (13.97-49.99)	14.90 (5.36-41.46)	33.06 (14.27-76.58)	58.46 (15.00-227.85)
Venous thrombosis/pulmonary embolism	9.16 (2.17-38.60)	--	5.94 (0.27-129.13)	--
Preterm labor	1.75 (1.30-2.37)	0.83 (0.36-1.87)	1.97 (1.26-3.07)	2.25 (1.47-3.45)
Preterm rupture of membranes	2.15 (1.18-3.90)	4.24 (1.82-9.91)	2.34 (0.94-5.85)	0.90 (0.22-3.71)



PM R 11 (2019) 795-806

Original Research—CME

Pregnancy Outcomes in Women with Spinal Cord Injuries: A Population-Based Study

Deborah A. Crane, MD, MPH, David R. Doody, MS, Melissa A. Schiff, MD, MPH,
Beth A. Mueller, DrPH



www.pmrjournal.org

	Fréquence de survenue
Pyélonéphrite aiguë per grossesse	32%
Difficultés lors des ASI	10%
Incontinence urinaire de novo per grossesse	14%
Sondage vésical à demeure en fin de 3e trimestre	5%
Colique néphrétique	14%
Dérivation chirurgicale lors d la grossesse	15%

Bey et al., 2020

Education à l'HRA

- Education de l'équipe obstétricale
 - à connaître les FDR d'HRA et éviter les touchers vaginaux → favoriser l'échographie vaginale
 - à différencier HRA et pré éclampsie

Table 2 Differential diagnoses of autonomous dysreflexia vs preeclampsia.

	Autonomous dysreflexia	Preeclampsia
Lesion level	Often above lesion level T6	Independent of lesion level
Blood pressure	Attacking and extremely intensive	Slowly increasing
Heart rate	Mostly bradycardic, early phase of tachycardia	Mostly normofrequent
Proteinuria	No	Yes (>300 mg/24 h)
Clinical observation	"Flushing," sweating, goose pimples, pounding headache, and increased reflexes	Edema, continuous headache, flickering vision, pain in upper abdomen, and increased reflexes
Serological peculiarities	Atypical	Possible, for example, with concurrent HELLP syndrome (uric acid↑, transaminase↑, thrombocyte↓, and haptoglobin↓)

Spinal Cord
<https://doi.org/10.1038/s41393-019-0389-7>

ISCoS
The International
Spinal Cord Society

ARTICLE

Guideline for the management of pre-, intra-, and postpartum care of women with a spinal cord injury

Sue Bertschy¹ · Markus Schmidt² · Kai Fiebag³ · Ute Lange⁴ · Simone Kues⁵ · Ines Kurze⁶

Received: 4 September 2019 / Revised: 20 November 2019 / Accepted: 21 November 2019
© The Author(s), under exclusive licence to International Spinal Cord Society 2019

Traitements vésico-sphinctériens pendant la grossesse

- Anticholinergiques, non tératogènes chez l'animal
 - oxybutinine (Ditropan®): Ok pdt grossesse, vigilance lors de l'accouchement aux effets atropiniques sur le nourisson (retard émission 1ères urines, tachycardie, constipation...). utiliser la dose minimale efficace.
 - chlorure de trospium (Céris®), fésotérodine (Toviaz®), solifénacine (Vésicare®): peu d'étude. → switch oxybutinine
- Toxine botulique : « ne doit pas être utilisée pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer sans moyen de contraception, sauf nécessité majeure »
- Alpha bloquants:
 - tamsulosine et alfuzosine non tératogènes chez l'animal. OK courte durée, après 10 SA. → si prolongé, contacter le CRAT

RCP Botox 2022

Traitements à visée urinaire: en pratique

- Evaluer la balance bénéfices/risques, selon équilibre vésico sphinctérien antérieur
- Privilégier l'oxybutinine
- Pas de recommandations unanimes sur l'utilisation de la toxine botulique pendant la grossesse, utilisation en fonction de la balance bénéfices/risques et des équipes de neuro-urologie. Pas d'argument pour passage placentaire. Possibilité d'injecter avant une grossesse programmée, pour un effet durant au moins une partie de la grossesse

Suivi VS durant la grossesse

- Suivi indispensable pour
 - s'assurer de la faisabilité des autosondages pendant la grossesse +/- adaptation du modèle de sondes (+ longues si nécessaire), voire pose de SAD en fin de grossesse
 - adapter les thérapeutiques si PLK, majoration des fuites urinaires et/ou infections urinaires
- Si patiente en mictions spontanées, contrôles réguliers de la bonne vidange vésicale par débitmétrie et sondage post mictionnel.

! Bladderscan non fiable pendant la grossesse !

Troubles ano-rectaux

- Majoration de la constipation et de la dyschésie pendant la grossesse
- Augmentation de l'apport en fibres/bonne hydratation
- Introduire ou renforcer le traitement par laxatifs osmotiques: Macrogol (Forlax®, Movicol®, Transipeg®) et/ou laxatifs de lest: Ispaghul (Spagulax®, Transilane®)
- Associer des suppositoires d'Eductyl® pour favoriser la vidange quotidienne de l'ampoule rectale
- Quid du Peristeen®? Contre-indication relative → évaluation bénéfices/risques

Escarres

- Risque majoré pendant la grossesse (6-15%)
- FDR:
 - prise de poids,
 - modification des points d'appui,
 - difficultés aux transferts
 - fuites urinaires ou fécales
 - majoration de la spasticité
- Education de la patiente et suivi indispensables.
- Adaptation du matériel (fauteuil, coussin) et augmentation des aides humaines si besoin.

Suivi gynéco-obstétrical



- Préférer échographies vaginales au TV
- Monitoring hebdomadaire par sage femme a domicile a partir 6ème mois
- Examen cervical hebdomadaire a partir de 28 SA
- Hospitalisation vers 36 SA si pas de ressenti des contractions utérines

Infections urinaires

- Les infections urinaires fébriles sont la principale complication rapportée lors de la grossesse (30%)
- Infections urinaires symptomatiques basses très fréquentes (50 à 100%)
- Proposition de mise en place d'une antibioprophylaxie hebdomadaire cyclique (WOCA) dès le début de la grossesse
- Efficacité : ↓ pyélonéphrites, ↓ prématurité et ↑ poids de naissance
- Mais pas de « recommandations » officielles des sociétés savantes

WOCA

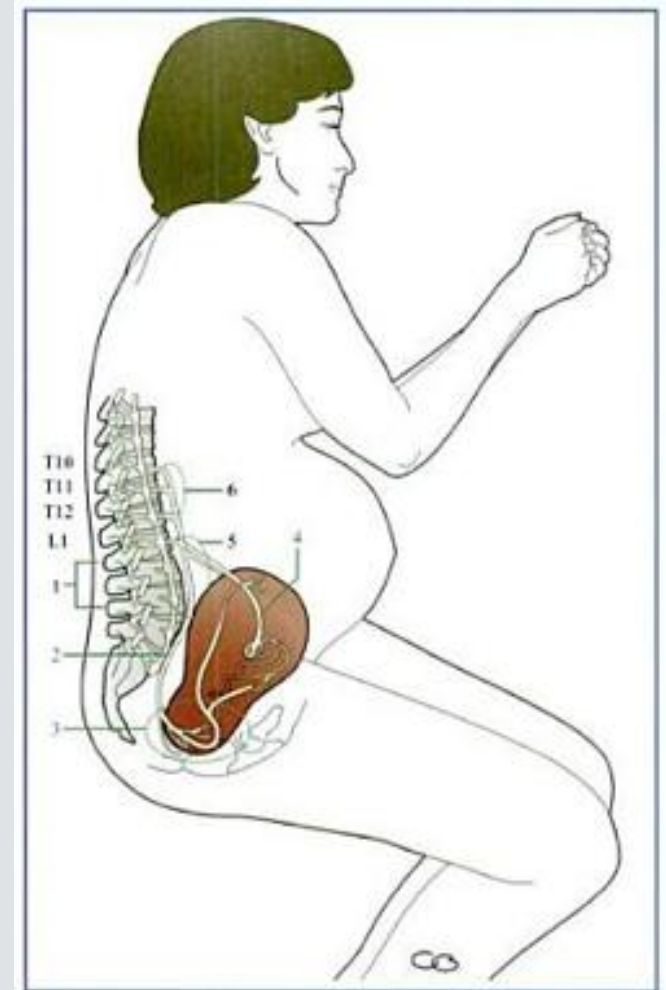
- 1 antibiotique par voie orale 1 fois par semaine, en alternance une semaine/2 avec une autre classe thérapeutique afin de limiter l'émergence de résistances
- Attention aux ATB proscrits lors de la grossesse (fluoroquinolones notamment)

ACCOUCHEMENT



Spécificités des blessées médullaires

- Lésion > T6: risque d'HRA
- Lésion > T10 : anesthésie organes génitaux internes
- Lésion T10-T12 : perceptions des mouvements du bébé et des contractions utérines inconstantes
- Lésion < T12 : perceptions des mouvements du bébé et des contractions utérines contractions utérines
- Lésion complète S2 : anesthésie organes génitaux externes, expulsion non ressentie





Guideline for the management of pre-, intra-, and postpartum care of women with a spinal cord injury

Sue Bertschy¹ · Markus Schmidt² · Kai Fiebag³ · Ute Lange⁴ · Simone Kues⁵ · Ines Kurze⁶

Received: 4 September 2019 / Revised: 20 November 2019 / Accepted: 21 November 2019
© The Author(s), under exclusive licence to International Spinal Cord Society 2019

- L'absence de ressenti des contractions chez les patientes avec une lésion > T10 augmente le risque d'accouchement à domicile.
- Eduquer les patientes aux techniques de palpation utérine pour détecter les contractions à domicile et aux autres signes de travail: spasticité accrue, essoufflement à partir de 28 semaines de grossesse.
- Si risque d'HRA, mise en place précoce d'une analgésie péridurale le plus précocement possible, pendant et jusqu'à 48 heures après l'accouchement.
- Renforcer le contrôle du pouls et de la tension artérielle pendant et après l'accouchement.
- Pdt accouchement, attention au risque d'escarres (matelas, mobilisations)
- Vider régulièrement la vessie par hétérosondage

Travail

- Péridurale dès le début du travail jusqu'à 48h post accouchement si risque d'HRA, même si pas de sensibilité sous lésionnelle
- Signes indirects de début de travail (si lésion > T10): spasticité, HRA, perception de gaz/ballonnements
- Force contractions utérines idem, durée travail idem/non neuro
- Limiter les TV

Mode d'accouchement

- Pas d'indication formelle a la césarienne du fait de la maladie neurologique ou du handicap
- Discussion au cas par cas selon:
 - éventuelles indications obstétricales (placenta praevia, malposition foetale, disproportion foeto-pelvienne, utérus multi-cicatriciel...)
 - présence d'une syringomyélie qui contre indique les efforts expulsifs
 - abduction de hanche impossible ou spasticité
 - possibilité ou non de réaliser une péridurale
 - risque de générer ou majorer une IUE chez une patiente avec insuffisance sphinctérienne préexistante (spina, queue de cheval...)
 - HRA non maitrisable
- Beaucoup de césariennes systématiques réalisées par méconnaissance du handicap

Importance de la formation du personnel médical/paramédical

- Enquête auprès d'obstétriciens et sages-femmes
- 24% des SF/75% GO connaissent l'HRA
- 34% SF/88% GO connaissent l'hyperactivité détrusorienne
- 39% SF/0% GO pensent qu'une césarienne doit être systématique chez les blessées médullaires



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Grossesse chez les femmes blessées médullaires : état des connaissances

*Pregnancy in women with spinal cord injuries:
State of knowledge*

B. Boisseau^a, B. Perrouin-Verbe^b, N. Le Guillanton^a,
I. Derrendinger^a, A.-S. Riteau^d, B. Idiard-Chamois^c, N. Winer^{d,*}

Nouveau-né

- Pas d'augmentation de la mortalité néonatale, mais taux de prématurité variable selon les études, peut être un peu majoré/pop générale
- Poids de naissance plus faible



PM R 11 (2019) 795-806
Original Research—CME
**Pregnancy Outcomes in Women with Spinal Cord Injuries:
A Population-Based Study**
Deborah A. Crane, MD, MPH, David R. Doody, MS, Melissa A. Schiff, MD, MPH,
Beth A. Mueller, DrPH

www.pmrjournal.org

POST PARTUM



Allaitement

- Aucun problème d'allaitement n'est attendu chez les femmes présentant des lésions au niveau ou en dessous de T6.
- En cas de lésion complète au-dessus de T5, avec anesthésie des mamelons (T4), production de lait parfois insuffisante et durée d'allaitement plus courte par rapport aux femmes présentant des lésions de niveau plus bas.

Spinal Cord
<https://doi.org/10.1038/s41393-019-0389-7>

ISCoS
The International
Spinal Cord Society

ARTICLE

Guideline for the management of pre-, intra-, and postpartum care of women with a spinal cord injury

Sue Bertschy¹ · Markus Schmidt² · Kai Fiebag³ · Ute Lange⁴ · Simone Kues⁵ · Ines Kurze⁶

Received: 4 September 2019 / Revised: 20 November 2019 / Accepted: 21 November 2019
© The Author(s), under exclusive licence to International Spinal Cord Society 2019

Traitements médicamenteux et allaitement

- Anticholinergiques:
 - Oxybutinine (Ditropan®): Ok pdt allaitement, mais vigilance sur effets atropiniques potentiels chez nourisson (constipation, tachycardie...). Utiliser la dose minimale efficace.
 - chlorure de trospium (Céris®), fésotérodine (Toviaz®), solifénacine (Vésicare®): peu d'étude, switch oxybutinine
- Toxine botulique: non recommandé
- Alpha bloquants:
 - orivilégier alfuzosine, de courte durée. Surveiller la TA du nourisson
- Aucun problème avec les laxatifs osmotiques ou de lest,
- Peristeen®: contre indication relative

Prévoir bilan VS complet a distance:

- Echographie VS: recherche de lithiase, dilatation CPC
- Clairance de la créatinine
- Bilan urodynamique. Si fuites de novo: HDN ou insuffisance sphinctérienne?

CONCLUSION



Conclusion

Prise en charge multidisciplinaire indispensable en pré conceptionnel, pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum

Bon pronostic si équipes :

- formées
- dans des structures adaptées
- ayant levé ses préjugés et croyances négatives



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Grossesse chez les femmes blessées médullaires : état des connaissances

*Pregnancy in women with spinal cord injuries:
State of knowledge*

B. Boisseau^a, B. Perrouin-Verbe^b, N. Le Guillanton^a,
I. Derrendinger^a, A.-S. Riteau^d, B. Idiard-Chamois^c, N. Winer^{d,*}

Annexe A. Protocole de prise en charge des femmes blessées médullaires en pré, per et post-partum

Grossesse, accouchement et post-partum chez les femmes blessées médullaires