



Épilepsie
et
Femme

Cycle menstruel, sexualité et fertilité

L'épilepsie ou les médicaments que je prends contre l'épilepsie peuvent-ils causer des irrégularités du cycle menstruel?

Les femmes atteintes d'épilepsie signalent des irrégularités menstruelles plus fréquentes. Ceci peut être dû à la fois à l'épilepsie elle-même ou aux médicaments, et en particulier au valproate qui a été impliqué. En partie, les irrégularités menstruelles sont associées à une plus grande fréquence du syndrome des ovaires polykystiques chez les femmes prenant un traitement antiépileptique, ce qui a été décrit mais non confirmé par toutes les études.

Pourquoi certaines femmes ont des crises seulement ou principalement pendant la période menstruelle?

Les hormones sexuelles féminines, les œstrogènes et la progestérone, agissent sur le cerveau et affectent sa susceptibilité à générer des crises d'épilepsie. Les concentrations sanguines de ces hormones et leurs relations varient au cours du cycle ; et pour cette raison, certaines femmes ont des crises principalement ou exclusivement pendant la période du cycle menstruel ou les jours précédents. Moins fréquemment, les crises peuvent s'intensifier ou se présenter exclusivement pendant la période d'ovulation.

Y a-t-il des médicaments que je pourrais prendre uniquement pendant la période menstruelle?

Pour certaines femmes qui ont des crises bien contrôlées dans d'autres périodes et qui malgré la thérapie les crises continuent à apparaître pendant la période menstruelle ou les jours proches, il est possible d'ajouter des médicaments qui ne seront utilisés que pendant les jours les plus critiques. Pour que cette stratégie fonctionne, il faut que le cycle soit très régulier et que la tendance des crises soit suffisamment prévisible. Pour cela, les médicaments les plus couramment utilisés sont, les benzodiazépines tels que le clobazam, et le acétazolamide qui est un diurétique.

Est-ce que l'épilepsie et les antiépileptiques affectent la vie sexuelle?

Les personnes atteintes d'épilepsie signalent des troubles sexuels plus. En soi, il n'est pas facile de séparer le rôle de l'épilepsie de celui des médicaments ou des facteurs psychologiques. Cependant, certains médicaments qui interfèrent avec les hormones sexuelles dans le foie ont été impliqués dans la détermination d'une vie sexuelle moins satisfaisante chez les hommes et les femmes. Il est également possible que des médicaments ayant un effet plus «sédatif» sur le système nerveux central réduisent le désir. Si vous éprouvez une réduction du désir ou de la satisfaction sexuelle, parlez-en à votre neurologue.

L'épilepsie affecte-t-elle la fertilité?

Certaines études ont montré que les femmes et les hommes atteints d'épilepsie deviennent parents moins fréquemment. Une légère réduction de la fertilité peut être due à un effet direct des crises épileptiques ou des médicaments antiépileptiques sur les hormones de la reproduction, ainsi qu'à des facteurs psychologiques ou sociaux. En outre, il existe des différences importantes liées au type d'épilepsie et à tous les troubles associés, qui peuvent affecter l'intention de devenir parents.

Puis-je utiliser un contraceptif hormonal?

Les contraceptifs combinés (estroprogestiniques) interagissent au niveau du foie avec certains médicaments, à savoir, le phénobarbital, la phénytoïne, la carbamazépine et l'oxcarbazépine, à n'importe quelle dose, topiramate au-dessus de 200 mg par jour, pérampanel à partir de 10 mg par jour. Ceux-ci déterminent une réduction de l'efficacité contraceptive. Le même mécanisme s'applique non seulement à la "pilule", mais également aux formulations du plâtre et de l'anneau vaginal. Il n'y a pas de contre-indications à l'utilisation de ces composés dans un but autre que contraceptif (par exemple : endométriose, irrégularités menstruelles). Des considérations similaires devraient également être prises pour les contraceptifs oraux progestatifs. Ces derniers ne sont que légèrement réduits par la lamotrigine, via une interaction qui est pas suffisamment pertinente.

Il n'y a pas d'interaction des médicaments antiépileptiques avec le dispositif intra-utérin («stérilet») avec progestatif.

L'interaction entre les contraceptifs et les médicaments antiépileptiques peut également être pertinente dans l'autre sens. En effet, la thérapie estroprogestinique peut modifier le métabolisme de la lamotrigine, en réduisant son taux sanguin et son efficacité. D'autre part, puisque ce mécanisme commence et se termine très rapidement, si la dose de lamotrigine est augmentée pour compenser la réduction, il est possible d'avoir des effets de surdosage au cours de la semaine où le contraceptif est périodiquement suspendu. Pour cette raison, l'administration concomitante de lamotrigine et contraceptifs n'est généralement pas recommandée ou doit être surveillée avec grand soin.

Maternité

Je veux un bébé, aurai-je une grossesse difficile?

Dans certains, mais pas toutes les études, chez les femmes atteintes d'épilepsie, il existe une légère augmentation du risque d'apparition de certaines complications pendant la grossesse, comme l'hypertension, les saignements et les naissances prématurées. Dans la plupart des cas la grossesse se déroule normalement.

Faut-il suspendre le traitement antiépileptique lors de la planification la grossesse?

Seulement dans des cas rares il est possible d'arrêter l'utilisation de médicaments antiépileptiques lors de la planification de la grossesse, car le risque d'apparition des crises est généralement plus élevé que le risque associé aux médicaments. Dans tous les cas, la suspension de médicament lorsque la grossesse a déjà commencé généralement ne présentent aucun avantage et l'interruption brutale doit absolument être évitée en raison de sa dangerosité.

Est-ce que les médicaments que je prends vont nuire à mon enfant?

Une légère augmentation du risque de malformations congénitales a été observée chez des enfants exposés à certains médicaments antiépileptiques, au cours du premier trimestre de la grossesse, et plus particulièrement si le traitement était pris à forte dose. De plus, pour le valproate, un risque accru de troubles du comportement et de légère réduction des performances cognitives ont été observés.

Pour ces raisons, des restrictions sur l'utilisation du valproate chez les femmes ont été publiées par les autorités des médicaments européennes et nationales. Cependant, d'autres médicaments, tels que la lamotrigine et le lévétiracétam, présentent un risque très faible, voire aucuns risques, et cela surtout à faible dose. Des faibles doses de médicaments sont généralement associées à un risque plus faible de complications pour l'enfant.

Devrai-je changer le traitement antiépileptique avant, pendant ou après ma grossesse?

Certaines stratégies thérapeutiques peuvent minimiser le risque de malformations fœtales tout en assurant un bon contrôle des crises épileptiques chez la mère.

Comme pour toutes les femmes, la supplémentation avec l'acide folique est fortement suggérée au moins 2-3 mois avant la conception et pendant le premier trimestre de la grossesse.

Lorsque cela est possible et sur la base d'un jugement médical, il est bon de n'utiliser qu'un seul médicament antiépileptique, celui-ci choisi parmi ceux présentant un risque faible et avec une dose d'efficacité minimale. La grossesse doit donc être planifiée à l'avance avec le neurologue, car tout changement de médicaments doit être fait avant la conception. Par contre, si la grossesse a déjà débuté, la solution la plus sûre s'avère de continuer la thérapie déjà mise en place. Dans tous les cas, le neurologue traitant évaluera et discutera des risques et des avantages de toutes décisions.

Une surveillance régulière des concentrations plasmatiques médicamenteuses ainsi que des crises doit être effectuée pendant la grossesse.

En fait, certains médicaments antiépileptiques (en particulier, la lamotrigine, l'oxcarbazépine, la topiramate et le lévétiracétam) subissent une modification de leur

métabolisme pendant la grossesse. Il s'avère qu'à la même dose, ils peuvent présenter des concentrations sanguines plus faibles, avec une diminution de la protection antiépileptique. Le neurologue peut alors augmenter la dose, cela en fonction des résultats des dosages. Cette augmentation de la posologie ne correspond pas à une augmentation réelle de la dose qui atteint le cerveau ou le fœtus, mais elle est faite pour contre-balancer la grande « perte » qui a lieu pendant la grossesse.

S'il y a eu une augmentation de la dose médicamenteuse en cours de grossesse, éventuellement après celle-ci, le neurologue établira sur la base de dosages plasmatiques, mais aussi selon la situation clinique et générale, un retour vers le traitement d'origine avec les doses médicamenteuses prises en amont de la période de gestation.

Devrai-je effectuer des tests spéciaux pendant ma grossesse?

Étant donné que certains médicaments antiépileptiques subissent une modification de leur métabolisme pendant la grossesse, il peut être recommandé de mesurer plus fréquemment les concentrations plasmatiques, ce qui permettrait d'ajuster les doses médicamenteuses par la suite. De plus, compte tenu de la légère augmentation du risque de malformations congénitales chez les enfants exposés aux antiépileptiques in utero, il est recommandé d'effectuer une échographie obstétricale «morphologique» de deuxième niveau entre la 19^{ème} et la 21^{ème} semaine de gestation. Cet examen nécessitant d'être détaillé et donc réalisé dans des centres spécialisés à cet effet.

Le risque de crises augmente-t-il pendant la grossesse?

Dans la plupart des cas, la fréquence de crises ne change pas pendant la grossesse, de même que dans environ 20% des cas elle peut diminuer.

Cependant, entre 15% et 20% des cas, la fréquence de crises peut augmenter. Parfois, l'aggravation clinique peut être due à une réduction du taux de médicaments antiépileptique dans le sang. Ainsi, c'est pour cela que le neurologue peut demander des contrôles fréquents et augmenter la dose même s'il n'y a pas de crises, principalement à des fins préventives.

Y a-t-il un risque accru de crises lors de l'accouchement?

Le travail n'est pas lié à un risque accru de crises. Cependant, la planification d'une césarienne peut être recommandée chez les femmes qui ont fréquemment perdu conscience au cours du dernier mois de grossesse. En effet, dans de rares cas, si une crise survient pendant le travail cela peut compromettre la capacité de collaborer et nécessiter une césarienne en urgence. Afin d'éviter l'apparition de crises, il est toutefois essentiel que le traitement soit pris de manière régulière le jour de l'accouchement, même si ce dernier se fait avec césarienne.

Devrai-je subir une césarienne ou serai-je capable d'accoucher naturellement?

Dans la plupart des cas, l'accouchement naturel est recommandé, et de préférence avec une analgésie épidurale permettant de réduire le stress du travail. Cela si la procédure est appréciée par la femme enceinte. L'accouchement par césarienne n'est indiqué que dans la situation où, il y a eu une fréquence de crises importante au cours du dernier mois de grossesse, et cela pouvant mettre en danger la collaboration du patient si elles surviennent pendant le travail.

En cas de césarienne, serai-je capable de faire une anesthésie épidurale?

Il n'y a pas d'indications spécifiques pour le type d'anesthésie en cas de césarienne, ni de contre-indications à l'anesthésie épidurale, ce qui est préférable à l'anesthésie générale.

Est-ce que je serai capable d'allaiter mon bébé même si je prends des médicaments antiépileptiques?

L'allaitement garde ses avantages importants même chez les enfants de femmes qui prennent des médicaments antiépileptiques. Il y a de rares cas d'effets secondaires aigus dus à l'exposition à des médicaments dans le lait maternel, tels que la somnolence et la difficulté à se fixer sur le sein. Seulement dans ces cas, il est recommandé de passer à l'alimentation mixte et si le problème persiste, à l'alimentation artificielle.

Le manque de sommeil dans les premiers mois du bébé peut-il faciliter la survenue d'une crise?

Oui. Pour cette raison, pendant la période puerpérale, il est très important d'avoir de l'aide de la famille pour la lactation nocturne du bébé, afin de se reposer. L'utilisation d'un tire-lait pour stocker votre lait dans le réfrigérateur pour l'alimentation de nuit, qui peut ensuite être géré par votre partenaire, peut être une bonne stratégie. Il est également utile d'avoir de l'aide pendant la journée pour pouvoir se permettre un minimum de repos.

Serai-je capable de prendre soin du bébé de manière autonome pendant la journée?

En général, oui. Cependant, dans les premiers mois, surtout si vous dormez peu et s'il y a des crises, il est bon d'éviter les situations dans lesquelles une perte de conscience pourrait mettre l'enfant en danger. Il est donc conseillé de prendre un bain avec le bébé en compagnie d'un autre adulte, de faire le change sur des étagères basses, et de préférer le landau au porte-bébé ou à l'écharpe de portage. Il est également préférable de ne pas partager le lit avec l'enfant.

Est-ce que je dois faire des contrôles neurologiques fréquents même après l'accouchement?

Normalement, ce n'est pas nécessaire. Cependant, il est possible que si la dose avait été modifiée au cours de la grossesse, le neurologue exige des vérifications concernant les concentrations sanguines du médicament antiépileptique, et cela afin de permettre un retour vers le traitement d'origine.

Vais-je transmettre l'épilepsie à mon enfant?

La probabilité que l'épilepsie soit transmise aux enfants issus de parents atteints de ce trouble est très variable, étant donné que les causes de cette maladie sont diverses. Pour cette raison, il n'est pas toujours possible de faire une estimation, cette dernière devant être considérée au cas par cas. En général, les enfants de parents atteints d'épilepsie présentent un risque légèrement accru d'épilepsie au cours de leur vie (4 à 6% de plus que la population générale).

Ménopause

Pendant la ménopause, la tendance des crises va-t-elle changer?

Les effets de la ménopause sur les crises ne sont pas toujours prévisibles, la fréquence de crises peut augmenter, diminuer ou rester inchangée. Les femmes ayant toujours eu des crises pendant la période menstruelle peuvent avoir une augmentation des crises dans la phase pré-ménopausique. Et généralement, elles subissent ensuite une réduction de la fréquence de crises lorsque la ménopause est finalement établie.

Je voudrais prendre un traitement hormonal substitutif, y a-t-il des contre-indications?

Il n'y a pas de contre-indications absolues au traitement hormonal substitutif, mais il a été rapporté qu'il peut être associé à une aggravation des crises dans certaines circonstances et, en particulier, avec certaines formulations à forte dose. En outre, les niveaux de lamotrigine dans le sang pourraient être réduits par l'utilisation du traitement hormonal, avec un risque potentiel d'aggravation des crises chez les personnes prenant ce médicament. D'un autre côté, des médicaments tels que la carbamazépine, l'oxcarbazépine, le phénobarbital et la phénytoïne peuvent réduire la concentration des hormones utilisées, réduisant ainsi leur efficacité. Dans tous les cas, l'indication sera soigneusement examinée et toute indication spécifique devra être donnée par le gynécologue et le neurologue, en collaboration.

Y a-t-il un risque plus élevé d'ostéoporose à cause de la maladie ou des médicaments que je prends?

Le risque d'ostéoporose est augmenté de 2 à 3 fois chez les personnes atteintes d'épilepsie, peut-être aussi en relation avec l'utilisation de certains médicaments.

Y a-t-il des recommandations spéciales pour la santé des os chez les personnes atteintes d'épilepsie?

En général, les recommandations sont les mêmes que celles qui s'appliquent à l'ensemble de la population, c'est-à-dire : une alimentation équilibrée riche en calcium et en vitamine D, le maintien du poids, une activité physique régulière, éventuellement à l'extérieur, en évitant l'alcool et le tabagisme. Si vous prenez certains médicaments, comme la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la phénytoïne, le phénobarbital, qui peuvent interagir avec la vitamine D, votre neurologue peut vous recommander, après la ménopause, des contrôles périodiques de calcium, vitamine D, phosphatase alcaline, ostéocalcine et densitométrie osseuse.

Épilepsie *et* Femme

Par la Commission

Epilepsie et genre LICE
(Ligue italienne contre l'épilepsie)

Responsable

Barbara Mostacci

Membres

Umberto Aguglia
Leonilda Bilo
Caterina Ermio
Carlo Andrea Galimberti
Loretta Giuliano
Angela La Neve
Giulia Monti
Elena Zambrelli

Référent pour le comité de direction

Monica Anna Maria Lodi

