



Poster N°: 1089

La myasthénie chez la femme enceinte à terme :à propos d'un cas

DHIFAOU I,
A. MNEJJA, O. BEN
REJEB, S. MASTOURI,
C. MRAZGUIA

Maternité de l'hôpital
Mouhamed Tietli Nabeul



Global Events
& Training Solutions
www.ipgets.tn

Introduction :

La myasthénie est une maladie neurologique auto-immune affectant la jonction neuromusculaire qui se caractérise par la présence d'anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine (RACh) sur la plaque motrice.

Les signes cliniques principaux sont caractérisés par une fatigabilité musculaire fluctuante aggravée par l'effort et diminuant au repos.

Cette pathologie influe peu sur le déroulement et l'issue de la grossesse (incidence de la prématurité, des fausses couches spontanées et des césariennes).

Le traitement médical dominé par les anticholinestérasiques permettant de réduire les poussées, doit être optimisé pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Cette pathologie neurologique a des implications anesthésiques surtout dans le cadre de l'anesthésie générale.

La place de l'analgésie locorégionale en obstétrique a été discutée dans de rares cas isolés surtout le rôle du bloc moteur induit par les anesthésiques locaux péri médullaires

Cas clinique :

Patiente AB âgée de 27 ans, Gs Rh O positif, aux antécédents de myasthénie depuis 10 ans bien suivie sous traitement médical .Primi geste primi pare.

Admise à un terme de 37 semaines et 2 jours pour surveillance materno-fœtale et programmation d'accouchement.

Cette grossesse évolutive avec une double dysgravidie : (diabète gestationnel sous régime avec un retentissement fœtal hydramnios et macrosomie ,une hypertension artérielle gravidique stabilisée sous alpha méthyl dopa).

L'examen :

Patiente conscient coopérante, conjonctives normo colorées, eupnéique, apyrétique, normo tendue, utérus relâché, protéinurie négative.

Biologie : pas d'anémie, pas de thrombopénie, pas de trouble d'hémostase, pas de cytolysse, pas d'insuffisance rénale.

Échographie obstétricale : grossesse mono fœtale évolutive activité cardiaque positive, hydramnios, macrosomie, doppler ombilicale correct, placenta postéro fundique loin du col.

L'évaluation neurologique faite avec son neurologue a montré que la patiente est myasthénique asymptomatique donc aucune particularité au cours de son accouchement.

Une césarienne a été programmée à 38 semaines pour diabète gestationnel avec un retentissement fœtale.

La césarienne a été faite sous rachis anesthésie en présence de l'équipe de l'anesthésie réanimation avec une surveillance stricte de l'état hémodynamique et de la fonction respiratoire vue le risque de détresse respiratoire aiguë en rapport avec sa propre pathologie.

La césarienne s'est déroulée sans aucun incident.

Extraction d'un bébé en bon état de santé avec une bonne adaptation à la vie extra utérine.

Les suites opératoires ont été simples.

Aucune crise myasthénique n'est survenue.

Discussion :

Le traitement de fond de la myasthénie doit être maintenu et optimisé.

Les anticholinestérasiques sont ocytotiques mais passent peu la barrière placentaire. Aux doses utilisées, les traitements anti cholinestérasiques n'ont pas d'effet sur le fœtus. Plusieurs médicaments peuvent déclencher une crise myasthénique et il est obligatoire de respecter ces contre-indications.

Le maintien d'une corticothérapie pendant la grossesse est discuté.

Les immunosuppresseurs sont tératogènes et sont contre indiqués pendant la grossesse.

Dans la grande majorité des cas, la myasthénie n'a pas d'effets sur le déroulement de la grossesse, La voie basse est la méthode de référence.

La césarienne n'est pratiquée qu'en cas d'indication obstétricale

L'analgésie est une indication médicale dans la myasthénie car elle permet de diminuer le risque de crise myasthénique pendant le travail.

Quatre facteurs de décompensation (le stress, la douleur, la fatigue et l'infection)

L'analgésie péridurale a un rôle fondamental dans la prise en charge.

L'utilisation de l'anesthésie locorégionale permet cependant d'éviter les complications ventilatoires

La surveillance pendant le post-partum doit être maintenue.

La myasthénie néonatale débute dans la majorité des cas dans les 24 heures du post-partum dans un tableau de faiblesse musculaire généralisée (diminution du cri, faiblesse de la succion), d'inexpressivité de la face, voire de détresse respiratoire.

Cette symptomatologie est vraisemblablement en rapport avec un transfert d'anticorps maternels. Cette pathologie cède généralement après trois semaines de traitement anticholinestérasique.

Conclusion :

La myasthénie a peu d'effets sur le déroulement de la grossesse.

La grossesse peut modifier la stabilité de cette pathologie.

Un suivi neurologique régulier pendant la grossesse et le post-partum doit être institué afin de dépister précocement les poussées et d'instaurer des traitements spécifiques pour les éviter.

La consultation d'anesthésie doit être réalisée de manière précoce.

Une programmation de l'accouchement en accord avec l'équipe obstétricale permet de limiter les risques.

La voie basse est privilégiée.

L'analgésie est très bénéfique et l'analgésie locorégionale est recommandée.

Une surveillance rapprochée du post-partum permet de dépister les décompensations.