

Sous la coordination de la Mission Handicaps

VIE DE FEMME ET HANDICAP MOTEUR

*Guide gynécologique
et obstétrical*

À l'usage
des
professionnels



Sous la coordination de la Mission Handicaps

VIE DE FEMME ET HANDICAP MOTEUR

Guide gynécologique et obstétrical

à l'usage des professionnels

**Ouvrage édité à l'occasion de la 1^{ère} journée
«Vie de femme et handicap moteur»
du 7 mars 2003**

Ont participé à la réalisation de ce guide :

Dr Emmanuelle Antonetti-N'Diaye, hôpital Antoine-Béclère - AP-HP

Francine Dauphin, Institut Mutualiste Montsouris

Dr Sylvie Delahaye, CHI de Poissy - Saint-Germain-en-Laye

Dr Philippe Denormandie, Mission Handicaps - AP-HP

Pr Pierre Denys, hôpital Raymond-Poincaré - AP-HP

Pr Hervé Fernandez, hôpital Antoine-Béclère - AP-HP

Dr Noël François, Centre médical et pédagogique pour adolescents - Neufmoutiers-en-Brie

Dr Vincent Izard, hôpital Bicêtre - AP-HP et Institut Mutualiste Montsouris

Dr Virginie Luce, hôpital Antoine-Béclère - AP-HP

Dr Frédéric Mercier, hôpital Antoine-Béclère - AP-HP

Evelyne Mothé, hôpital Saint-Antoine - AP-HP

Nadège Renaux, Mission Handicaps, AP-HP

Dr Marie-Victoire Sénat, CHI Poissy - Saint-Germain-en-Laye

Delphine Siegrist, journaliste

ISBN : 2-912248-41-8

Réalisation : Secteur éditions, Direction de la communication, AP-HP

© 2003 Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Sommaire

Introduction	3
I Gynécologie et physiologie	5
II Niveaux lésionnels métamériques	9
III Hyperréflexie autonome	11
IV Vessie neurologique et infections urinaires	15
V Spasticité et troubles orthopédiques	19
VI Préparation à la naissance	21
VII Troisième trimestre et période du <i>prepartum</i>	23
VIII Prise en charge anesthésique	27
IX Accouchement par voie basse	31
X Période de suites de couches	35
XI Contraception	41
Contacts et mots-clés	46

« Mon envie d'enfant s'est inscrite comme quelque chose de naturel, d'aussi naturel que de respirer. Je suis une femme tout simplement »

Joëlle

hémiparalysée, un enfant

« Je n'osais pas penser que je pouvais être mère un jour. Mes enfants ont transformé ma vie »

Catherine

en fauteuil roulant, deux enfants

« En devenant mère, je suis devenue femme. Malgré le handicap, je pouvais mettre un enfant au monde. C'était un peu comme une revanche »

Maryvonne

paraplégique, trois enfants

« Mon corps blessé a donné la vie. C'est formidablement valorisant. Cela m'a épanoui, développé une autre perception de moi-même »

Laurence

paraplégique, trois enfants



Introduction

Le désir de donner la vie existe chez la femme présentant un handicap pour la motricité, comme chez toute autre femme.

Mais à la différence des hommes qui présentent un handicap pour la motricité, beaucoup moins d'informations sont disponibles sur la sexualité, la fertilité et les projets des femmes.

Or, il existe de nombreuses situations féminines spécifiques dont la physiologie et la pathologie sont encore trop peu familières.

L'objectif de ce fascicule est de rappeler les connaissances de certaines grandes fonctions, de guider le travail du médecin, de la sage-femme ou de l'équipe soignante, de faciliter compréhension et échanges, dans une confiance réciproque, pour répondre à une demande grandissante des femmes elles-mêmes.





Gynécologie et physiologie



Le suivi gynécologique ne présente aucune particularité spécifique en cas de handicap moteur, souvent post-traumatique.

Il s'agit toutefois de valoriser la place du dépistage et de la surveillance gynécologique et sénologique, dans un contexte où la pudeur de la femme en fauteuil et les difficultés d'accessibilité la dissuadent d'effectuer ce suivi légitime.

1 Menstruations

- Flux menstruel et durée des règles ne sont pas modifiés par le type de lésion.
- Les dysménorrhées sont moindres, moins ressenties, mais les femmes décrivent un syndrome prémenstruel plus marqué avec une mastodynie et une exacerbation des symptômes dysautonomiques associant des céphalées, une transpiration excessive, une sensation de flush, une augmentation de la spasticité.
- En cas de lésion médullaire traumatique, une aménorrhée post-traumatique immédiate est signalée chez 60 % des femmes, mais les règles réapparaissent dans la grande majorité des cas dans un délai de 3 à 6 mois après l'accident.

2 Pathologie infectieuse génitale

- L'augmentation de la pathologie infectieuse est controversée.



- La fréquence des infections génitales est augmentée par les traitements antibiotiques de longue durée, parfois rendus nécessaires en cas d'infections urinaires récidivantes.
- Les infections bactériennes sont souvent dépistées à un stade tardif, compte tenu de la faible intensité ressentie des signes algiques et la femme mentionne de façon non spécifique une augmentation physiologique des leucorrhées et une gêne incommode due à une transpiration vaginale excessive.

3 Pathologie utérine cervicale, pathologie mammaire

- Il n'y a pas de modification en termes de fréquence, de gravité et de mode de traitement en dehors de cas de découverte, parfois tardive, de lésions utérines cervicales, liée à un dépistage cytologique volontiers réalisé moins fréquemment.

4 Fertilité, sexualité, gestation

- Il n'y a pas de modification de la fertilité, passé le délai d'aménorrhée post-traumatique.
- La fonction endocrine n'est pas altérée.
- Le choix du mode de contraception efficace doit être envisagé en l'absence de projet conceptionnel (cf. contraception p.41).
- La lubrification vaginale est améliorée par l'imprégnation hormonale de la gestation.
- Les rapports sexuels requièrent une adaptation et des précautions pour adopter la bonne position.
- L'hyperréflexie autonome peut certes survenir lors des rapports sexuels, mais elle ne semble



pas être augmentée pendant la grossesse (cf. hyperréflexie autonome, p. 11).

- En dehors des cas d'infection intercurrente, en particulier urinaire, les contractures ne sont pas majorées.



5 Examen gynécologique

- On constate que l'examen gynécologique est peu fréquent, voire jamais pratiqué, en raison de difficultés d'accessibilité, d'infrastructures et de matériels mal adaptés.
- Il convient de proposer un suivi gynécologique une fois par an, et de veiller à tout mettre en œuvre (infrastructures, accessibilité en fauteuil, table gynécologique électrique adéquate descendant bas avec appuis poplités) de façon à pouvoir réaliser un frottis cytologique cervical une fois tous les deux ans.

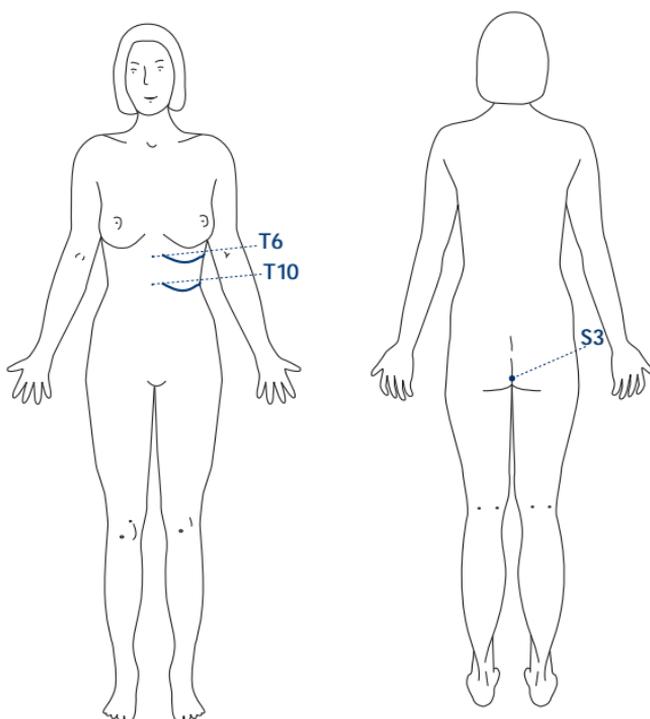


Niveaux lésionnels métamériques



En cas de grossesse chez une patiente paraplégique, l'analyse des niveaux de lésion apporte des renseignements importants pour le suivi obstétrical et les décisions thérapeutiques.

Les niveaux lésionnels métamériques
T6, T10 et S3 chez la femme



1 Niveau lésionnel T6 (voir schéma p. 9)

- C'est en cas de lésion supérieure à T6 que l'on pourra observer une hyperréflexie autonome (HRA) se manifestant par des troubles neurovégétatifs qui sont détaillés dans une fiche spécifique.
- Dans une lésion niveau T6 complète, on observe une paralysie complète des muscles abdominaux et une anesthésie en dessous de la xiphoïde.

2 Niveau lésionnel T10

- C'est le niveau de la sensibilité utérine.
- En cas de lésion supérieure, la patiente n'aura pas de sensibilité viscérale utérine.
- Dans une lésion T10 complète, on observe une paralysie complète des muscles abdominaux inférieurs et une anesthésie en dessous de l'ombilic.

3 Niveaux lésionnels sacrés

- La sensibilité périnéale, importante pour l'accouchement et le choix anesthésique, est intégrée dans la moelle sacrée.
- Une anesthésie de la zone fessière et de la région périnéale est observée à partir du niveau métamérique S3.



Hyperréflexie autonome



1 Définition

- Le syndrome dysautonomique d'hyperréflexie ou hyperréflexivité autonome (HRA) est présent chez les patientes blessées médullaires dont la lésion se situe au dessus de T6.
- Il s'agit d'une vasoconstriction réflexe dans le territoire splanchnique, entraînée par une stimulation nociceptive cutanée ou viscérale sous-lésionnelle et qui génère de manière réflexe une brady-cardie.

2 Tableau clinique

- Cliniquement, l'HRA se manifeste par des céphalées, une transpiration abondante, une pilo-érection, une vasoconstriction sous-lésionnelle.
- L'examen cardiovasculaire objective une hypertension artérielle et souvent une bradycardie.
- Elle peut menacer le pronostic vital.

3 Recherche de l'épine irritative

- Pendant la grossesse, l'HRA est causée par une stimulation nociceptive sous-lésionnelle, à point de départ viscéral pelvien (rétention urinaire avec globe vésical, infection urinaire, constipation, contraction utérine) ou cutané dans le cas



d'escarre sur un point d'appui, de blessure accidentelle d'un pied mal protégé sur sa palette, d'un ongle d'orteil incarné.

- Elle impose en premier la recherche d'une « épine irritative » pour corriger ce facteur déclenchant avec un examen clinique soigneux des points d'appui (ischions, talons...), les touchers pelviens, le sondage vésical évacuateur en cas de rétention.
- En salle de naissance, la plupart des cas d'hyper-réflexie autonome (85 % des cas d'HRA) sont consécutifs aux gestes effectués au niveau pelvien par l'équipe soignante : touchers vaginaux, sondage urinaires itératifs. Il est fortement conseillé de mettre en place une sonde vésicale à ballonnet et de limiter le nombre des touchers vaginaux pendant le travail, de ne pas pratiquer de massage périnéal et d'éviter de distendre manuellement le périnée lors de l'expulsion.

4 Traitement d'urgence

- En salle de naissance, l'HRA doit bénéficier d'un monitoring pour éviter son installation, la détecter et la corriger à temps.
- En cas de poussée d'HRA, il faut supprimer l'épine irritative (massage périnéal inopportun...).
- Il faut placer les membres inférieurs en position déclive quand la crise survient en position couchée et verticaliser la patiente vers la position orthostatique quand la crise survient en position assise.



5 Bénéfice de l'anesthésie péri-médullaire sur le système nerveux autonome

Chez les femmes tétraplégiques, chez lesquelles le caractère haut et complet de la lésion médullaire ne justifie pas de thérapeutique à visée analgésique proprement dite du fait de l'étendue de l'insensibilité sous-lésionnelle, l'analgésie péridurale permet néanmoins souvent une bonne prévention de l'HRA en salle de naissance.



Vessie neurologique et infections urinaires



1 Troubles mictionnels

Les troubles mictionnels sont extrêmement fréquents après une lésion neurologique. On peut les séparer en trois types : les lésions cérébrales, les lésions médullaires, les lésions de la queue de cheval.

► *La lésion cérébrale*

En cas de lésion cérébrale, on observe une hyperactivité vésicale sans dyssynergie vésico-sphinctérienne.

► *La lésion médullaire*

La lésion de la moelle épinière (sclérose en plaques ou lésion traumatique) se manifeste par une impériosité et une pollakiurie sans rétention d'urine.

- Au décours de la phase aiguë, on observe une hyperactivité de la vessie associée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne : ce défaut ou retard de relâchement de l'appareil sphinctérien contemporain de la contraction du muscle détrusor entraîne pollakiurie, rétention d'urine et incontinence urinaire.
- Le dysfonctionnement comporte un risque de dégradation du haut appareil urinaire du fait des hautes pressions intra-vésicales et des infections urinaires fréquentes.



- Le choix thérapeutique habituel consiste alors à proposer à la patiente d'effectuer des auto-sondages pour vider régulièrement la vessie d'une part, et à traiter l'hyperactivité par des traitements parasymphaticolytiques d'autre part.

► *Le syndrome de la queue de cheval*

Dans le syndrome de la queue de cheval, la vessie est acontractile et requiert des auto-sondages ou des mictions par poussée pour vider la vessie.

Les fuites urinaires majorent les lésions du revêtement cutané (macération, escarres). La maîtrise de la continence vésicale minimise les lésions cutanées dues à la macération, les risques d'escarres, les infections périnéales.

2 Infections urinaires et auto-sondages

Il faut assurer une bonne hydratation par augmentation des apports hydriques, préconiser les boissons prises en dehors des repas, faire pratiquer un examen cytotbactériologique urinaire de dépistage microbiologique chaque mois, et instaurer un traitement adapté au contexte.

► *Auto-sondages*

- La vidange vésicale par auto-sondage peut s'avérer difficile du fait du volume de l'utérus gravide.
- Avec la pratique des auto-sondages, le pourcentage de bactériuries et de leucocyturies se chiffre aux alentours de 80 %.





- Afin de maîtriser les risques infectieux, il faut vérifier le respect des règles de l'auto-sondage, préconiser au moins 5 sondages répartis sur 24 heures, assurer une diurèse quotidienne de 1,5 litre avec des volumes de vidange vésicale ne dépassant 400 millilitres.
- La survenue d'infections urinaires symptomatiques trop fréquentes peut inciter à augmenter la cadence nyctémérale des auto-sondages.

► **Manœuvres de vidange vésicale**

- Chez la patiente urinant de manière réflexe par percussion ou par poussée abdominale, la baisse d'efficacité des manœuvres au 3^{ème} trimestre peut ménager un résidu post-mictionnel inopportun, facteur de risque majeur d'infection urinaire.
- La prise en charge d'une menace sérieuse d'accouchement prématuré peut inciter à limiter les manœuvres de vidange.
- Un monitoring échographique régulier méthodique du bas appareil urinaire chiffre le résidu pour évaluer l'efficacité de la manœuvre mictionnelle, quitte à instaurer la pratique de l'auto-sondage en fin de grossesse.

3 Sonde à demeure : le mauvais choix

- C'est le plus mauvais mode de drainage du bas appareil urinaire, tant pour le risque infectieux que pour le risque rénal.
- La sonde vésicale laissée en place constitue un corps étranger qui génère des contractions vésicales intempestives, une hypertrophie du muscle détrusor vésical.



- Elle peut engendrer dès lors un reflux vésico-rénal ou une dilatation pérenne du haut appareil urinaire, du fait de la compression de la portion basse des deux uretères dans leur trajet intramural.

4 Bilan prévisionnel en préalable à la conception

- En prolongement de son désir d'enfant, la patiente consulte son praticien référent spécialisé dans la prise en charge des troubles urinaires, afin de réaliser un bilan qui comportera une échographie du haut et du bas appareil urinaire, une cystographie rétrograde, une exploration urodynamique et une clairance de la créatinine pour avoir un état des lieux exhaustif préalable à la survenue de la grossesse.
- Le bilan permettra d'adapter au mieux les choix thérapeutiques en coordination avec l'équipe obstétricale qui sera amenée à entourer la femme et son compagnon dans leur projet.



Spasticité et troubles orthopédiques



1 Spasticité

- La spasticité est un trouble du tonus musculaire, partie intégrante du syndrome pyramidal.
- Elle se manifeste par une exagération du tonus musculaire augmentant avec la vitesse d'étirement du muscle et par des spasmes en flexion ou en extension des muscles sous-lésionnels.
- La spasticité est un symptôme sentinelle qui ne nécessite pas de traitement, sauf si elle est fonctionnellement gênante. Elle fournit souvent une information utile et la femme la considère comme un signe d'alerte de n'importe quel stimulus nociceptif sous-lésionnel (escarre débutant, infection urinaire, trouble du transit intestinal). La spasticité peut aussi refléter un stimulus sous-lésionnel viscéral notamment pelvien, comme les contractions utérines et être dès lors utilisée comme feed-back des contractions.
- Des traitements myorelaxants par benzodiazépines ont pu être incriminés dans des cas de détresse respiratoire du nouveau-né nécessitant une intubation à l'accouchement : ces données de la littérature incitent à proscrire l'administration de tels produits au troisième trimestre de la grossesse.



2 Troubles orthopédiques

- La lésion neurologique peut entraîner des troubles neuro-orthopédiques sous-lésionnels tels que des rétractions musculotendineuses ou des para-ostéo-arthropathies.
- Survenant principalement dans les suites de lésions neurologiques centrales (traumatismes crâniens et lésions médullaires traumatiques), les constructions osseuses péri-articulaires interfèrent avec le bon déroulement de la grossesse.
- On peut observer des instabilités ou des luxations postérieures de hanche. Le déséquilibre de la statique du bassin peut s'avérer suffisamment conséquent pour majorer le risque d'escarre, entraîner une limitation d'amplitude articulaire gênante et engendrer une situation dystocique lors de l'accouchement.
- Un bilan neuro-orthopédique doit être réalisé avant la grossesse. Il évalue le génie évolutif des lésions et permet de choisir une chirurgie orthopédique appropriée pour minimiser le risque dans la perspective de survenue ultérieure de la grossesse (ténotomie, neurotomie ou chirurgie osseuse d'ablation d'ostéome).



Préparation à la naissance



La « préparation à la naissance » a pour objectif explicite de rassurer la femme et pour objectif implicite de rassurer le personnel qui va l'accueillir.

La préparation s'effectue en séance de groupe et/ou en séance individuelle.

1 Préparation en groupe

La séance de groupe fournit informations et matière à échanges sur les désirs et craintes partagés avec les femmes valides qui fréquentent l'établissement.

2 Préparation individuelle

La séance individuelle détermine pendant la grossesse les spécificités liées au handicap pour prévoir le séjour d'hospitalisation.

- La préparation physique aborde un travail de perception corporelle propre à chacune, permet une appropriation de la nouvelle morphologie qui vient modifier un schéma corporel qui peut ne pas avoir été totalement intégré.
- Elle détecte les syndromes douloureux tels que pyrosis, lombalgie ou dorsalgie.
- Elle vise à développer l'amplitude thoracique, les étirements lombaires et du rachis.
- Elle favorise le positionnement du bassin avec l'accompagnement du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, ou celui d'une aide simple dans



la mobilisation active ou passive, et permet d'assouplir le périnée pour l'expulsion.

- La relaxation est choisie en fonction des capacités et des perceptions sensibles, proprioceptives, nociceptives. La situation permet une adaptation des postures et des positions.
- Une visite individualisée de l'établissement permet de connaître la maternité, la salle de naissance, la chambre de suites de couches, et de prévoir les aménagements et le matériel à acheminer pour optimiser le confort du séjour.
- Idéalement, une séance de simulation en salle de naissance permettra d'appivoiser le matériel et de prévoir des accessoires adaptés avec aides techniques mineures ou plus lourdes (potence avec perroquet etc...).

Bien informé dans la gestion du quotidien de la femme présentant un handicap pour la motricité en dehors de la grossesse, le compagnon et futur père peut prendre une part décisive dans cette préparation.



Troisième trimestre et période du *prepartum*



Le suivi des deux premiers trimestres de la grossesse, au niveau strictement obstétrical, ne pose pas de problème particulier.

En cas de lésion post-traumatique, l'équipe aura fait diligence pour récupérer, dès le début de la grossesse, les différents comptes rendus d'hospitalisation et comptes rendus opératoires, les clichés radiologiques du rachis (matériel d'ostéosynthèse, tige de Harrington...) et du bassin.

1 Menace d'accouchement prématuré

- Au 3^{ème} trimestre, le risque d'accouchement prématuré apparaît plus élevé que dans la population générale.
- En cas de niveau lésionnel supérieur à T10 (voir schéma p. 9), le début du travail peut passer inaperçu.
- L'échographie appréciant la longueur du col utérin au cours du 3^{ème} trimestre peut permettre de cibler les femmes à risque d'accouchement prématuré.

2 Diagnostic du travail

La perception de la mise en route du travail par la femme diffère selon le niveau lésionnel.



► **La patiente avec une lésion médullaire haute,** de niveau supérieur à T10, présente une anesthésie de l'utérus et des organes génitaux externes ne permettant pas la perception directe des contractions utérines et de la dilatation du col.

La plupart des femmes peuvent cependant apprendre à évoquer les contractions utérines par des manifestations indirectes : perception de « gaz » et ballonnements, sensation de tension ou augmentation de la spasticité abdominale et/ou pelvienne, augmentation de la spasticité des membres, voire difficultés respiratoires ou apparition de signes d'hyperréflexie autonome (cf. Hyperréflexie autonome p. 11).

► **La patiente présentant une lésion basse,** de niveau inférieur à T10, peut conserver la perception des contractions.

Il est donc important pour ces patientes de suivre une préparation à la naissance qui va leur donner des informations pour s'alerter devant « tout changement qui se manifeste de manière rythmée dans le temps ».

3 Mode d'accouchement

- Il n'existe aucune indication neurologique à effectuer une césarienne de façon systématique : les indications de césariennes doivent être uniquement obstétricales.
- Une radiopelvimétrie doit être demandée si un traumatisme du bassin était associé à l'accident ou lors de paraplégies congénitales ou acquises dans l'enfance en raison de dysmorphismes pelviens possibles.



- Une extraction instrumentale peut s'avérer nécessaire si des difficultés d'expulsion existent.
- Le cas particulier d'une instabilité sphinctérienne anale et/ou vésicale préexistant à l'accouchement mérite de rediscuter la voie d'accouchement.
- La patiente a pu recourir au bénéfice d'une chirurgie vésicale préalable à la grossesse (entérocystoplastie, implantation d'un sphincter artificiel...) et dès lors motiver un geste chirurgical en double équipe quand la césarienne est nécessaire.



Prise en charge anesthésique



La prise en charge anesthésique au cours du travail posera deux problèmes majeurs : la gestion d'une éventuelle insuffisance respiratoire et la prévention du syndrome dysautonomique dans le cadre d'une tétraplégie.

1 Cas de la patiente tétraplégique

Deux complications sont susceptibles de survenir : l'insuffisance respiratoire et le syndrome dysautonomique.

► *L'insuffisance respiratoire*

- L'insuffisance respiratoire est surtout liée à la paralysie des muscles intercostaux pendant l'inspiration et peut être majorée par d'éventuels troubles de la statique rachidienne diminuant les volumes pulmonaires.
- Elle est variable suivant les patientes (généralement plus importante quand le niveau de la lésion est haut situé). Or pendant la grossesse, la croissance de l'utérus diminue encore les volumes pulmonaires et la présence du fœtus augmente la consommation en oxygène de l'organisme, ce qui peut conduire à une insuffisance respiratoire sévère. C'est pourquoi la fonction respiratoire de ces patientes doit être soigneusement évaluée en fin de grossesse par des épreuves fonctionnelles respiratoires et la mesure des gaz du sang.



- L'oxygénothérapie peut s'avérer nécessaire et une ventilation mécanique peut même devenir indispensable.

► **Le syndrome dysautonomique**

- Le syndrome dysautonomique est la complication la plus grave pouvant survenir lors du travail et de l'accouchement d'une patiente tétraplégique. Lié à un défaut de régulation du système nerveux sympathique, il associe une hypertension artérielle sévère (la pression artérielle systolique peut atteindre 300 mmHg) à une bradycardie profonde (fréquence cardiaque inférieure à 30 par minute). Il peut conduire à un accident vasculaire cérébral avec séquelles, voire au décès maternel.
- Sa prévention repose sur la suppression des stimuli nociceptifs. L'anesthésie péridurale est le moyen le plus efficace pour supprimer ces stimuli lors du travail et lors de l'accouchement. Elle doit donc être mise en place dès le début du travail, avant la mise en jeu des circuits nerveux de la douleur. Cette technique nécessite cependant une grande prudence, car l'évaluation du niveau anesthésique est difficile et ces patientes ont un risque majoré d'hypotension artérielle.
- Les antihypertenseurs sont beaucoup moins efficaces que l'anesthésie péridurale sur ces poussées hypertensives labiles et ne doivent constituer qu'une solution provisoire.
- Lors d'une anesthésie générale, de fortes doses d'agents anesthésiques sont requises pour contrôler le syndrome dysautonomique, ce qui expose à un risque d'hypotension profonde. De plus, la succinylcholine, curare de choix pour l'intubation trachéale des femmes enceintes, est



contre-indiquée en raison du risque d'hyperkaliémie. Les risques d'inhalation de liquide gastrique à l'induction anesthésique et de difficulté d'intubation sont donc majorés.



- Pour ces raisons, l'anesthésie péridurale doit être privilégiée à chaque fois qu'elle est réalisable.

2 Cas de la patiente paraplégique (niveau lésionnel sous-jacent à T6)

- La sensibilité utérine peut être abolie (lésions situées entre T6 et T10) ou préservée (lésions sous-jacentes à T10).
- Une analyse neurologique précise du niveau lésionnel permet de décider du choix de la technique anesthésique.
- Le risque dysautonomique est faible.

3 Autres handicaps moteurs

- L'éventuelle indication d'une analgésie péridurale et la prise en charge anesthésique seront déterminées au cas par cas.
- Aucun handicap ne constitue *a priori* une contre-indication à l'anesthésie péri-médullaire.



Accouchement par voie basse



1 Surveillance du travail et prévention de l'hyperréflexie en salle de naissance

- La physiologie du travail ne semble pas être altérée par la lésion médullaire.
- Il s'agit habituellement d'une surveillance obstétricale classique.
- Il faut individualiser le cas de la patiente tétraplégique, présentant une lésion de niveau supérieur à T6, du fait du risque du syndrome d'hyperréflexie autonome (HRA).
- Le risque d'HRA est évoqué en fait dès le début des contractions utérines et sa prévention repose sur l'anesthésie péri-médullaire : c'est une indication médicale d'analgésie péridurale précoce.
- Il faut surveiller le pouls sous scope ou mieux par pulseoxymétrie et la pression artérielle au brassard automatique.
- En l'absence d'analgésie péridurale, il est possible de tirer bénéfice d'une infiltration anesthésique locale des nerfs honteux qui minimise la stimulation lors de l'expulsion.

2 Positions et attitudes d'accouchement

- En raison de la vasoplégie majorée sous analgésie péridurale chez la femme paralysée et des risques d'hypotension en décubitus dorsal (syndrome cave), il convient de préconiser des



positions de décubitus latéral et d'œuvrer doucement lors des changements de position.

- Il faut alors prévoir du matériel pour le couchage pendant le travail, une potence avec un perroquet pour que la femme se mobilise ou puisse aider dans ses changements de positions si elle à l'usage de ses membres supérieurs.
- La mise en position gynécologique est normalement possible pour favoriser la nutation, quand il n'existe pas de problème orthopédique qui ferait préférer d'autres positions.
- Il faut bien veiller à protéger la peau, installer si possible la patiente au dernier moment et prévoir du personnel disponible en salle de naissance pour aider à la mise en position.
- Il convient d'inspecter épisodiquement les points d'appui en quête d'apparition inopportune d'une zone de rougeur cutanée ischiatique, lorsque les membres inférieurs sont placés durablement sur les appuis et les étriers ou quand un forceps s'avère nécessaire.
- La femme en fauteuil a appris à éviter d'effectuer les efforts «à glotte fermée» dans ses gestes de la vie quotidienne, pour ne pas engendrer d'hyperpression intra rachidienne susceptible de dégrader son statut neurologique.
- Pendant l'expulsion, il suffit d'une respiration soufflée, sollicitant les muscles abdominaux transverses lorsqu'ils sont présents, pour accompagner la poussée de la contraction utérine. Le périnée n'oppose que peu de résistance, en dehors des cas de contracture, et l'analgésie péridurale éventuelle favorise le relâchement.



3 Inspection au terme de la période de surveillance avant le passage en chambre



- Il faut faire l'inspection éclairée des zones d'appui du revêtement cutané et apporter un soin diligent particulier à la toilette pour restaurer l'intégrité tégumentaire, effacer toute trace de produit désinfectant.
- La survenue d'une lésion caustique chimique par imprégnation antiseptique résiduelle décline s'avérerait particulièrement inopportune dans cette situation.



Période des suites de couches



1 Allaitement et gestion de l'ordonnancier maternel

Rien ne s'oppose au choix d'un allaitement maternel ; il doit être préparé et accompagné selon les capacités physiques de la femme.

- Il faut s'enquérir de la composition de l'ordonnancier de la patiente et des contre-indications et adaptations médicamenteuses possibles conjointement avec le spécialiste du handicap, l'équipe pédiatrique, les données de la pharmacovigilance, pour proposer un allaitement sans risque pour l'enfant.
- En salle de naissance (ou en salle de réveil après la césarienne), on aura déjà favorisé la mise au sein pour éviter les retards à la mise en route de la lactation ; on aura profité des réflexes de foussement du nouveau-né, et aidé dans l'installation de la mère et du nouveau-né si la mère n'avait pas la capacité physique de le faire seule.
- Il faut former l'entourage familial, former les aides à domicile ou les tierces personnes au positionnement du nouveau-né (être attentif à ne pas faire à la place de...).

L'objectif est d'obtenir le plus rapidement possible l'autonomie de la femme ou de son groupe d'accompagnement au domicile.



2 Adaptation du domicile et retour à la maison

L'association des facteurs fréquemment retrouvés en *post-partum*, à savoir l'anémie, la fatigue, les troubles du sommeil, le spleen du *post-partum*, les centres d'intérêt tournés vers l'enfant..., retentit sur l'état de paraplégie de la mère dont il faut réévaluer la situation au niveau cutané, urinaire, intestinal, et au niveau spasticité.

D'où la nécessité de prévoir :

- l'aide efficace d'une tierce personne à domicile pour qu'elle soit présente dès le premier jour du retour mère-enfant,
- des précautions matérielles pour éviter les atteintes cutanées pour la mère,
- tandis que le lit bébé (à barreaux coulissants) ou la baignoire plastique bébé ne présentent pas de spécificités particulières.

C'est un travail d'anticipation pour prévoir les aides techniques, les aides en personnel, faire appel au service des ergothérapeutes. Il faut faire un recueil des besoins, recenser les droits, mettre en œuvre un réseau de soins.

3 Spleen du *post-partum*

Le « baby blues » est la période de dépression mineure perceptible dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Cet épisode n'a pas de raison d'être majoré chez une femme présentant un handicap moteur à condition :

- que la préparation à la naissance ait abordé le sujet,
- que la femme soit entourée pendant son séjour,
- que son effort d'autonomie soit néanmoins respecté,



- que le retour au domicile soit préparé de façon anticipée.



4 Lutte contre la constipation

- Chez la femme présentant une lésion médullaire, la constipation est accrue par l'absence de mobilité générale, la compression des viscères par le volume utérin, le défaut de perception de la plénitude rectale, le déficit des muscles abdominaux, l'imprégnation hormonale.
- Majorée encore par la grossesse, la constipation avait déjà fait l'objet d'un interrogatoire spécifique à chaque consultation : les règles diététiques ont été rappelées, l'adjonction de produit laxatif per-os a pu être suggérée en sus des habitudes d'exonération, pour limiter la constipation et agir précocement.
- La mobilisation générale et la mobilisation de l'enceinte abdominale, le maintien ou l'instauration des exercices aériens ou aquatiques ont permis de mobiliser la sangle abdominale, (torsion du tronc, étirements, exercices respiratoires avec utilisation des potentiels thoraciques, diaphragmatique et musculaires abdominaux existants).
- En suites de couches, un laxatif per-os est proposé dès J.1., sans hésiter à utiliser des réponses réflexes pour solliciter les muscles abdominaux.

5 Hygiène intime et soins du périnée

- Les sensations algiques ont des expressions variées qui diffèrent de celles d'une personne sans atteinte motrice et renforcent la place de l'inspection avertie.



- Les soins du périnée, pratiqués 3 fois par jour, en pensant à proposer un changement de garniture toutes les 3 heures, visent notamment à limiter les risques infectieux urinaires.
- Les soins d'épisiotomie sont effectués de façon classique avec un examen visuel et tactile soigneux de la suture et de son voisinage.

6 Prévention des escarres

- Risque majeur dans les paraplégies flasques, le risque d'érosion du revêtement cutané par frottement ou pression ne doit pas être sous-estimé dans les paraplégies et tétraplégies spastiques.
- Il convient de revoir les méthodes d'installation en décubitus dorsal et latéral et la manière de limiter les points d'appui et de frottement.
- L'emploi d'un matelas anti-escarre requiert une bonne connaissance des consignes d'installation et d'entretien de la literie (matelas et son alèse spécifique). Il faut savoir où l'emprunter et s'assurer qu'il sera disponible immédiatement à l'arrivée en maternité pour une hospitalisation en pré, en per et en *post-partum* (matelas à mousse de densité variable, matelas à eau ou bien matelas à air) et le coussin du fauteuil roulant (coussin mousse avec housse double face dont une en tissu, coussin à air de 8 à 10 centimètres d'épaisseur, coussin en gel avec « mémoire de forme »).
- Il faut préconiser des changements de position réguliers, toutes les trois heures la nuit en particulier en cas de lésion médullaire haute (tétraplégie) ou de chirurgie césarienne, respecter les positions habituelles de la patiente et penser à



se procurer les coussins, arceaux, potence et perroquet adéquats.

- Il faut effectuer des massages et soins de prévention lors de chaque toilette périnéale et à chaque changement de position nocturne.
- En cas d'escarre constitué, un régime hyperprotidique est instauré et les soins locaux et mesures posturales sont adaptés selon un adage classique « on peut tout mettre sur l'escarre... (sauf le patient...) ».
- La prophylaxie de la pathologie thromboembolique est assurée, particulièrement en cas d'antécédents de phlébite des membres inférieurs, en surveillant la pose adéquate de bas de contention adaptés et enfilés si besoin dès l'entrée en salle de naissance.



7 Sommeil

- Les rythmes de sommeil sont ceux de toute femme accouchée et mère à l'affût des demandes de son enfant.
- Les perturbations du sommeil sont majorées par les efforts d'autonomisation dans la prise en charge de l'enfant, et du combat vigilant vis-à-vis de la position trop interventionniste de personnels bienveillants à l'excès.
- Il faut organiser la chambre pour que la mère soit autonome, pour qu'elle puisse prendre elle-même son enfant si elle en a la capacité physique, qu'elle bénéficie d'une sonnette accessible à tout moment pour pouvoir assurer la surveillance et appeler le personnel, au moment où elle le juge nécessaire, lorsqu'elle n'a pas ou n'a plus la capacité physique suffisante pour prendre l'enfant.



- La nuit, il faut éviter de séparer mère et enfant et épauler pour l'allaitement pendant les tétées nocturnes, effectuer la toilette et les soins de prévention des escarres, aider à effectuer les changements de position à périodicité régulière en respectant un environnement sonore et lumineux minimum.



Tant qu'elle n'est pas ménopausée, la femme reste féconde, passées les premières semaines d'aménorrhée consécutives à l'accident, en cas de traumatisme médullaire.

Le partenaire peut ne pas contrôler le retrait et un seul rapport sexuel peut suffire pour être fécondant.

1 Embarras du choix, à adapter à la situation de handicap et à la vie de couple

► *Le préservatif masculin*

- Il faut bien en expliquer l'emploi : il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Après l'éjaculation, le compagnon se retire de sa partenaire en tenant le préservatif par sa base pour éviter de le laisser dans le vagin.
- Efficace à 95 %, cet étui protège contre les infections sexuellement transmises (IST).
- On le trouve sans ordonnance en pharmacies, supermarchés, distributeurs automatiques. Généralement en latex, il est dès lors formellement contre-indiqué chez la patiente allergique, sachant que l'incidence de cette allergie au latex peut atteindre 30 % dans certaines populations de patientes adultes (spina bifida).



► *La pilule contraceptive*

- Une contraception progestative pure est volontiers préconisée en post-partum avant la visite post-natale avec une ordonnance de trois plaquettes de 28 comprimés quotidiens pris en continu quel que soit le mode d'allaitement. Son indication est évoquée cas par cas.
- Après le retour de couches, on envisagera la prise relais d'une pilule œstroprogestative, efficace à 99,5 % si elle est prise régulièrement pour bloquer l'ovulation, ou un autre mode de contraception.
- La pilule s'achète en pharmacie sur ordonnance (toutes ne sont pas remboursées).

« Pour les médicaments contraceptifs, la délivrance peut être effectuée pour une durée de trois mois. Les renouvellements sont autorisés à condition qu'il en soit fait mention sur l'ordonnance et dans la limite d'un an de traitement »

(Art. R.5148 bis du Code de la santé publique).

- En cas d'oubli inférieur à 12 heures, la patiente prend immédiatement la pilule oubliée et continue les prises normalement ; en cas d'oubli supérieur à 12 heures, il faut consulter un médecin.
- L'association néfaste du tabagisme à la prise d'œstroprogestatifs augmente les risques cardiovasculaires, qui seront évalués chez la patiente en fauteuil, plus volontiers pourvue d'antécédents veineux des membres inférieurs et exposée au risque thrombo-phlébitique.





➤ **L'implant contraceptif**

- Le dispositif sous-cutané est mis en place (et retiré) par un médecin, sur la face interne du bras, sous anesthésie locale.
- Efficace à 99 %, il libère régulièrement une hormone qui bloque l'ovulation pendant trois ans.
- Dès son retrait, il n'a plus d'effet.

➤ **Le stérilet ou dispositif intra utérin (DIU)**

- Inséré dans la cavité utérine sous contrôle du spéculum, il peut se garder entre 3 et 5 ans et doit être contrôlé une fois par an.
- Plutôt recommandé aux femmes ayant déjà eu un enfant, il est efficace à 97-99 % et s'achète en pharmacie sur ordonnance (tous ne sont pas remboursés).
- Les effets indésirables peuvent être différemment perçus chez la femme en fauteuil mais l'intérêt du DIU doit être réévalué ici, notamment en cas de contre-indication aux œstroprogestatifs oraux (antécédents thromboemboliques).

➤ **Le dispositif intra utérin hormonal**

- Ce dispositif, inséré dans la cavité utérine tout comme un stérilet, libère un progestatif dans l'utérus.
- Efficace à 99 % pendant une période de cinq ans et remboursé, il présente l'avantage supplémentaire de diminuer la perception algique et l'abondance des règles.

➤ **Les spermicides**

- En crèmes, ovules ou éponges, ils se placent dans le vagin pour détruire les spermatozoïdes.
- Les crèmes et ovules doivent être mis quelques minutes avant chaque relation sexuelle.



- Les éponges peuvent être placées bien avant le rapport sexuel puisque leur efficacité dure 24 heures.
- Efficaces à 75 %, ils sont en vente en pharmacie, sans ordonnance et ne sont pas remboursés.

► *Le préservatif féminin*

- Gaine en polyuréthane qui se place dans le vagin avant le rapport sexuel, il peut être mis plusieurs heures avant et retiré plusieurs heures après le rapport.
- Il protège contre les infections sexuellement transmises (IST) et peut présenter une alternative en cas d'allergie au latex.
- Efficace à 95 % s'il est bien utilisé, il s'achète en pharmacie sans ordonnance et n'est pas remboursé.

2 Embarras, quand la grossesse non attendue devient un handicap de plus

Plus encore dans le cas d'un handicap moteur, l'imprévu peut décider à la place de la patiente. Il peut s'agir de la première fois, d'un amour qui dure avec des rapports devenus non protégés après des tests séronégatifs, d'un simple oubli de pilule, d'une histoire amoureuse qui tourne mal et engendre un arrêt intempestif de la contraception orale, d'une rupture du préservatif, voire d'un des premiers rapports sexuels après la naissance du bébé, situation à prévoir quel que soit le mode d'allaitement.

► *La contraception d'urgence*

- Méthode de rattrapage, son efficacité est d'environ 80 %.
- Deux types de pilules sont disponibles pour cette situation d'exception.



- Elles sont délivrées toutes deux en pharmacie sur ordonnance, l'une combinant lévonorgestrel et éthinyloestradiol en boîte de quatre comprimés, l'autre progestative au lévonorgestrel en boîte de deux comprimés (délivrable gratuitement sans ordonnance aux mineures).
- La première prise est avalée le plus tôt possible après le rapport non ou mal protégé, si possible dans les 12 heures et impérativement dans les 72 heures ; la seconde prise s'effectue entre 12 et 24 heures plus tard.



Le rôle du prescripteur est déterminant dans la qualité de l'information et l'observation du suivi qui vient étayer les éléments du choix contraceptif.

Une réponse à chaque situation...



un mémo réalisé en 2002
à l'intention des femmes et des hommes
par le ministère de l'emploi et de la solidarité :
www.sante.gouv.fr



Contacts et mots-clés

Site de l'année européenne des personnes handicapées : www.eypd2003.org
the european year of people with disabilities

► Informations scientifiques

Centre de renseignements sur les agents tératogènes

☎ 01 43 41 26 22

Centres régionaux de pharmacovigilance

• Paris Broussais-HEGP

☎ 01 56 09 39 88

• Paris Henri-Mondor (Créteil)

☎ 01 49 81 47 00

• Paris Fernand-Widal

☎ 01 40 05 43 34

• Paris Pitié-Salpêtrière

☎ 01 42 16 16 79

• Paris Saint-Antoine

☎ 01 43 47 54 69

• Paris Saint-Vincent-de-Paul

☎ 01 40 48 82 13

Sites internet :

www.ap-hp.fr

www.espace-ethique.org

www.sante.gouv.fr

Mots-clés :

multiple sclerosis, paraplegia, poliomyelitis, spinal cord injuries, spinal dysraphism
contraception, fertilization reproduction, pregnancy, obstetrics

