

UCBCares®

Au service des patients

UCBCares® Services

Notre équipe UCBCares® accompagne les patients en leur proposant un service personnalisé.

Nous mettons à leur disposition des documents et des outils pratiques adaptés à leurs parcours de soin.



Site Internet

www.ucbcares.fr



Email

UCBCares.FR@ucbcares.com



0 805 222 949

Service & appel
gratuits

*

OU

+33 (0) 1 47 29 45 55 **

*Appel gratuit depuis un poste fixe en France métropolitaine

** Prix d'un appel national



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

*Inspirés par les **patients.** Guidés par la **science.***

Conseils pratiques pour les femmes épileptiques post accouchement

Document rédigé par le Dr Arnaud Biraben
(Épileptologue, CHU de Rennes)



On consacre beaucoup de travaux à la prise en charge des femmes épileptiques en âge de procréer pour le choix d'une contraception, pour éviter les malformations, pour suivre la grossesse Mais très peu de travaux concernent la période qui suit l'accouchement !

Ce document a été élaboré pour répondre à vos questions concernant les bonnes pratiques après l'arrivée du bébé.

D-21/0223 - Juillet 2021

1

Reprise du traitement

Avant de reprendre votre traitement, il faut en parler à votre médecin ou à votre spécialiste :

- Parfois un des médicaments a été arrêté pour que la grossesse se déroule au mieux, il faut souvent le reprendre juste après l'accouchement pour éviter les crises
- Parfois la dose du traitement anti épileptique a dû être augmentée au cours de la grossesse pour compenser des modifications du métabolisme qui font éliminer plus vite le traitement. Après l'accouchement le métabolisme revient rapidement à la normale.

Dans tous les cas, il est important de ne pas arrêter, modifier ou commencer un traitement sans l'avis d'un professionnel de santé, médecin, pharmacien ou sage-femme. Consultez l'adresse suivante pour plus d'informations <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse>

En pratique

Selon les recommandations de votre médecin :

Si le traitement a été arrêté au cours la grossesse et s'il existe un risque de crise → reprendre le traitement le plus rapidement possible après l'accouchement. Le ou les médicaments doivent être augmentés sur quelques jours à la dose efficace prise avant la grossesse.

Si la dose a été augmentée au cours la grossesse → revenir à la dose initiale avant la grossesse en 1 à 2 semaines après l'accouchement.

Managing antiepileptic drugs during pregnancy and lactation. Anne Sabers, et al. Curr Opin Neurol. 2009 Apr;22(2):157-61.
Pharmacokinetics of antiepileptic drugs during pregnancy. Leppik IE, et al. Semin Neurol. 1988 Sep;8(3):240-6.

2

Allaitement

Globalement les études montrent que les bénéfices de l'allaitement maternel sont les mêmes chez les femmes qui prennent ou ne prennent pas de traitement. Cependant les enfants allaités auraient des capacités cognitives et motrices acquises un peu plus vite que ceux qui ne sont pas allaités. Cela reste à prouver car les différences sont très légères. Plusieurs études semblent montrer des bénéfices pour les enfants allaités par des femmes qui ont pris le médicament pendant la grossesse et le continuent pendant l'allaitement. En dehors de quelques cas cliniques exceptionnels de possible toxicité, tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de conséquences graves négatives à allaiter ou à ne pas allaiter. Pour l'enfant qui a reçu le médicament pendant la grossesse, l'allaitement permet un sevrage du nourrisson plus doux et progressif.

Les médicaments anti épileptiques passent dans des proportions variables dans le lait maternel. La concentration du médicament dans le lait est en règle générale inférieure à la concentration dans le sang maternel. La quantité de médicament dans le lait est maximale dans les deux heures qui suivent la prise du traitement par la mère, et minimale juste avant la prise du traitement.

En pratique

Allaiter ou ne pas allaiter est un choix strictement personnel. Ce doit être le choix de la femme (ou du couple).

→ Si le choix est d'allaiter l'enfant, nourrir au sein juste avant de prendre son traitement ou utiliser un tire lait à ce moment-là.

→ Attention en cas de prématurité surtout le foie de l'enfant peut ne pas être mature, il faudra le vérifier avant d'allaiter (il risque d'éliminer trop lentement le médicament...)



Antiepileptic Drug Exposure in Infants of Breastfeeding Mothers With Epilepsy. Birnbaum AK, et al. MONEAD Investigator Group. JAMA Neurol. 2020 Apr 1;77(4):441-450
Early child development and exposure to antiepileptic drugs prenatally and through breastfeeding: a prospective cohort study on children of women with epilepsy. Veiby G, et al. JAMA Neurol. 2013 Nov;70(11):1367-74.
Epilepsy and recommendations for breastfeeding. Veiby G, et al. Seizure. 2015 May;28:57-65.

3

Reprise d'une contraception



Attention allaiter n'est pas une contraception, on peut débuter une grossesse avant même le retour de couche ! Le choix de contraception peut se faire avec toutes les méthodes existantes (orale hormonale, implants, stérilet,...) à choisir en fonction du traitement, des antécédents.



En pratique

→ Discuter rapidement de la meilleure méthode de contraception avec le gynécologue.

→ Programmer et réussir la prochaine grossesse, si souhaité, reste la règle.

4

Précautions pour s'occuper du bébé

Après l'accouchement, le risque de faire une crise est augmenté. Il y a la fatigue, les nouvelles responsabilités, le manque fréquent de sommeil, l'éventuelle réadaptation du traitement en cours... Pour toutes ces raisons il peut exister un risque de « lâcher son bébé ».

En pratique

→ Nourrir (au sein ou au biberon) sur un grand lit, sur un canapé, ou au sol plutôt que sur une chaise ; de même pour le changer, éviter les tables à langer étroites, rapidement le bébé pourra se déplacer seul... et échapper à la surveillance en cas de malaise.

→ Éviter d'être seule au moment du bain et/ou utiliser un hamac dans l'eau pour éviter le risque de noyade en cas d'altération de conscience.

→ Choisir une poussette avec des freins automatiques (il existe des freins sur toutes les poussettes, mais ils ne sont pas tous automatiques !) qui bloquent la poussette en cas de malaise.



How much risk does a woman with active epilepsy pose to her newborn child in the puerperium? A pilot study. C Fox, et al. Seizure. 1999 Sep;8(6):367-9.

5

Dépression et anxiété après l'accouchement

La grossesse et l'accouchement ont été des périodes d'attention, de soins, de précautions,... La période qui suit l'accouchement est souvent ressentie comme une période d'abandon. On vient voir le bébé... moins la maman.

Le baby blues est classique et passager. La dépression post-partum (après l'accouchement), quant à elle, est plus grave, plus prolongée et plus fréquente chez les femmes épileptiques. La guérison d'une dépression post-partum sera d'autant plus rapide qu'elle est détectée précocement et qu'une prise en charge appropriée a été mise en place.

En pratique

→ En cas de sentiment d'abandon, de tristesse, d'isolement il ne faut pas hésiter à en parler rapidement à son médecin.



Depression and anxiety in women with epilepsy during pregnancy and after delivery: a prospective cohort study on frequency, risk factors, medications and prognosis. Bjork MH, et al. Epilepsia. 2015 Jan;56(1): 28-39.
Epilepsy and postpartum depression. Katherine Turner, et al. Epilepsia. 2009 Jan;50 Suppl 1:24-7.
Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta-analysis. Levis B, et al. Int J Methods Psychiatr Res. 2019 Dec;28(4):e1803

6

Sommeil

Le manque de sommeil peut aggraver l'épilepsie. La période qui suit l'accouchement est une période à risque aussi du fait du manque de sommeil lié aux nouvelles responsabilités, au bébé qui pleure, qu'il faut nourrir et changer régulièrement.

En pratique

→ Ne pas hésiter à solliciter son entourage pour pouvoir s'accorder des pauses pour un sommeil réparateur



Sleep and Epilepsy. Kataria L, et al. Sleep Med Clin. 2016 Mar;11(1):25-38.