

GROSSESSE APRÈS TRANSPLANTATION RÉNALE : À PROPOS DE 7 CAS



Rached SFAIHI, IM. BOUJELBENE, D HASSAIRI, S. YAÏCH,
K. CHARFEDDINE, J. HACHICHA, Service de Néphrologie, Unité de
greffe rénale, I. ELLOUZE, Service Maternité, CHU Hédi Chaker, SFAX

Si la période de dialyse rend incertain tout projet de grossesse, la transplantation redonne la possibilité à de nombreuses femmes de devenir mères. Toutefois, la grossesse après greffe rénale est associée à une morbidité materno-foetale élevée.

En effet, les femmes en insuffisance rénale retrouvent un cycle ovarien presque normal après une transplantation rénale et ont un taux de fertilité équivalent à celui de la population générale.

La première grossesse chez une patiente transplantée rénale a été rapportée en 1958 alors qu'aucun traitement immunosuppresseur n'avait été utilisé.

Pour mener à terme une grossesse chez une patiente transplantée rénale sous traitement immunosuppresseur, une collaboration multidisciplinaire étroite est indispensable.

Le suivi doit comprendre une surveillance conjointe de médecins, l'obstétricien, du néphrologue et pédiatre, sage-femme, et personnels infirmiers afin d'assurer l'éducation.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de 7 grossesses survenues chez 6 patientes transplantées rénales entre janvier 1992 et décembre 2007, suivies par l'équipe de gynécologie en collaboration avec l'équipe de néphrologie du CHU Hédi Chaker.

Nous avons étudié les différentes caractéristiques cliniques et biologiques des patientes transplantées rénales avant leurs grossesses, le déroulement de celles-ci, les issues néonatales, le retentissement de la grossesse sur le greffon rénal à moyen terme (par le contrôle de la créatinine sanguine), nous avons détaillé le rôle infirmier devant une grossesse après transplantation rénale. Ces données ont été confrontées à celles de la littérature.

RÉSULTATS

La moyenne d'âge des patientes au moment de la grossesse était de 30 ans (de 23 à 38 ans), greffées rénales à partir d'un donneur vivant dans 66,6%. Le délai moyen entre la greffe et le début de la grossesse était de 41,14 mois (entre 12 et 84 mois).

Toutes les grossesses étaient spontanées.

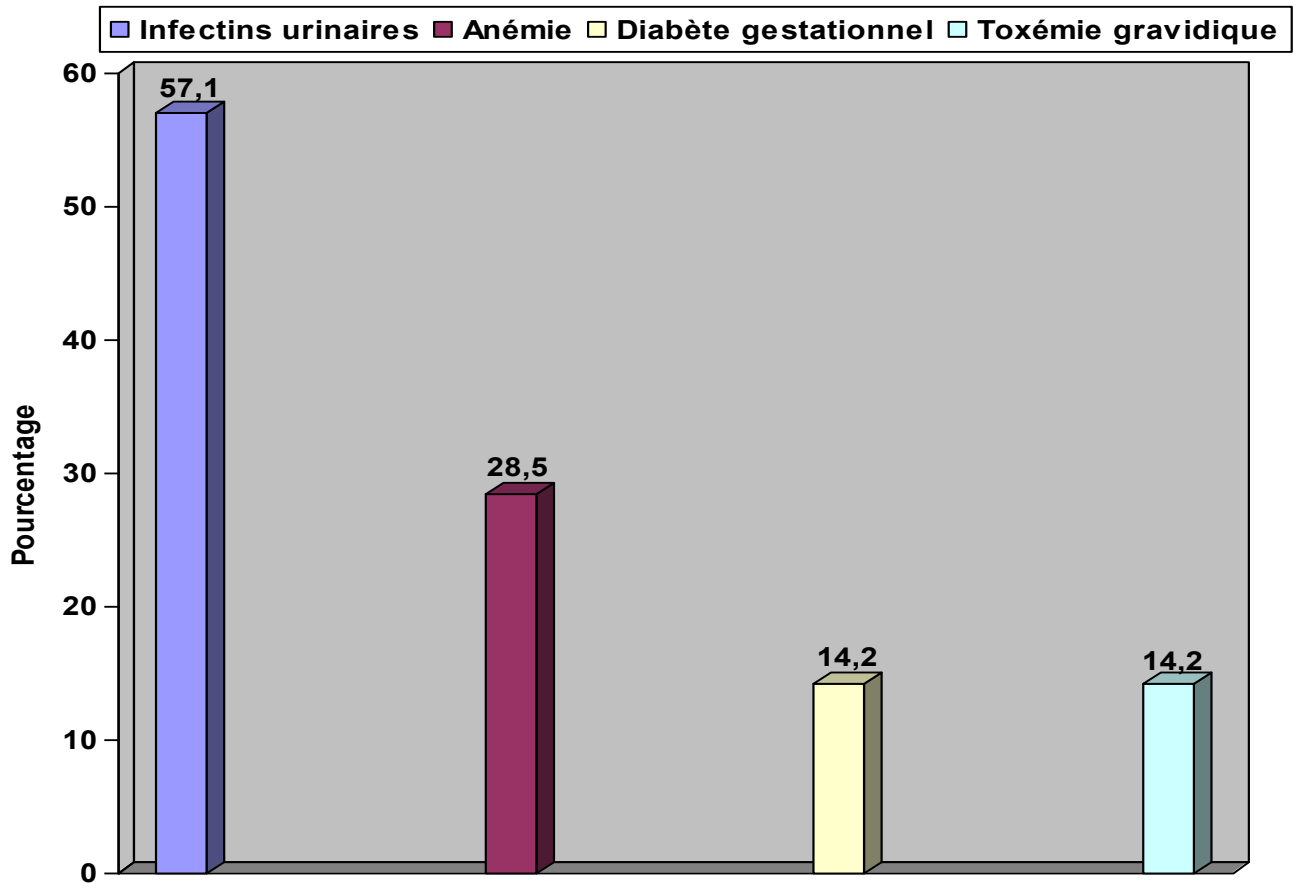
Avant la grossesse, 3 patientes (50 %) avaient une créatinine élevée (> 150 $\mu\text{mol/l}$) et 3 patientes avaient une hypertension artérielle.

Toutes les grossesses (80 %) ont débuté avec une protéinurie néante.

Les différents immunosuppresseurs au moment de la grossesse étaient les suivants : Ciclosporine, Azathioprine et Prednisone dans cinq cas, Tacrolimus, Azathioprine et Prednisone dans deux cas.

Trois grossesses ont été interrompues, par interruption volontaire de la grossesse dans 2 cas et une interruption thérapeutique de la grossesse suite à une mort foetale in utero de cause indéterminée dans un cas et donc seulement 4 grossesses ont été menées à terme.

Les complications matérielles au cours la grossesse



Le terme moyen d'accouchement était de 33,2 semaines d'aménorrhée (SA). Deux patientes ont accouché prématurément (< 37 SA), l'une suite à une pré éclampsie et l'autre suite à une rupture prématurée des membranes.

Les 4 accouchements étaient par césariennes. Le poids de naissance moyen était de 2080g avec 2 enfants présentant une hypotrophie (<2500g).

Nous n'avons observé aucun rejet aigu du greffon au cours de la grossesse.

Le suivi à 1 année en post partum a permis de diagnostiquer 3 cas de néphropathie chronique d'allogreffe dont 2 cas chez les patientes ayant une créatinémie avant la grossesse >150umol/l.

RÔLE DE L'INFIRMIER

Pour mener une grossesse à terme il faut assurer un suivi rigoureux, consulter à chaque trimestre.

Le rôle de l'infirmier à la moindre symptomatologie consiste à réaliser les bilans biologiques nécessaires à savoir :

- La créatinémie,

- La glycémie à jeun,
- HGPO (Hyperglycémie provoquée par voie orale),
- NFS (Numération de Formule Sanguine),
- ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines),
- Les transaminases,
- L'uricémie,
- La recherche de la protéinurie à la bandelette urinaire,
- La sérologie toxoplasmose et rubéole, et si elle est négative à contrôler tous les mois,
- Un dosage des anticalcineurines,
- Un contrôle régulier de la fonction rénale (créatinémie-protéinurie) HLM (Hématies-Leucocytes par Minute) tous les mois.
- Assurer une surveillance stricte de la tension artérielle pour dépister une toxémie gravidique.

L'infirmier joue un rôle important dans la sensibilisation des femmes greffées rénales par l'éducation sur les mesures hygiéno-diététiques, l'importance du bon déroulement de la grossesse suite au respect strict des conseils donnés par l'infirmier, la sage-femme et le médecin.

DISCUSSION

Plus de 14 000 grossesses chez les femmes transplantées rénales ont été rapportées dans la littérature depuis 1958.

Avant de débiter une grossesse chez une patiente transplantée rénale, un certain nombre de critères de bon pronostic devraient être présents :

- Un délai entre la greffe et le début de la grossesse d'au moins 24 mois,
- L'absence de contre-indications obstétricales, de protéinurie, d'hypertension artérielle,
- Pas de signe de rejet aigu ou chronique,
- Pas de dilatation des cavités pyélocalicielles,
- Une fonction rénale stable avec une créatinine inférieure à 125 µmol/l et des doses d'immunosuppresseurs faibles.

Dans notre étude, une seule grossesse (14,2%) respectait la totalité de ces critères. Pour les complications materno-foetales, certains auteurs ont montré qu'il y avait significativement plus d'infections (surtout urinaires), d'anémies, de césariennes, de Retards de Croissance Intra-Utérin (RCIU), de prématurité et de petits poids de naissance chez les femmes transplantées rénales par rapport à des cas témoins, ce qui est concordant avec nos résultats.

La majorité des études s'accordent sur le fait que la transplantation rénale offre une meilleure chance aux receveuses de mener avec succès une grossesse à terme.

CONCLUSION

Les progrès de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la prise en charge néphrologique au cours des dernières années se sont traduits

par une amélioration sensible du pronostic foetal et maternel de la grossesse chez les femmes transplantées rénales.

L'absence d'effets délétères de la grossesse sur la fonction rénale maternelle, lorsque celle-ci est normale ou encore proche de la normale, est bien établie.

Une prise en charge coordonnée entre néphrologues, obstétriciens et personnel paramédical, qui joue un rôle éducatif majeur dans la sensibilisation des patientes, assure un bon suivi de leur grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. EBPB Expert Group on Renal Transplantation. European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV : Pregnancy in renal transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2002 (17, Suppl 4) : 50-5.
2. Stratta P, Canavese C, Giacchino F, Mesiano P, Quaglia M, Rossetti M. Pregnancy in kidney transplantation: satisfactory outcomes and harsh realities. *J Nephrol* 2003 ; 16 : 792-806.
3. Y. Deroover, K.M. Wissing et C. Kirkpatrick *Rev Med Brux* 2007 ; 28 : 83-90.