



Transplantation et grossesse *Étude multicentrique*

Docteur Saïda OURAHMA, B. BARROU, M.O. BITKER, P. CORIAT

INTRODUCTION

L'amélioration de la survie des greffons et de la qualité de vie des transplantées, confronte les équipes médico-chirurgicales au souhait de procréation de femmes jeunes dont la fécondité a été restaurée par la transplantation. Le désir de maternité constitue même parfois la motivation principale pour la transplantation.

MALADES ET MÉTHODES

Une enquête a été menée en Ile-de-France afin de connaître le devenir des enfants nés après transplantation (rénale, pancréatique, hépatique, cardiaque). Sur 120 questionnaires envoyés, 76 mères issues de 7 centres de transplantation ont répondu (62,5%).

En même temps, une étude rétrospective est menée sur 1167 transplantés rénaux afin d'évaluer la survie du greffon des femmes transplantées dans notre centre et ayant mené une grossesse au-delà du premier trimestre.

RÉSULTATS

1- Enquête en Ile de France :

Quatre-vingt dix huit enfants ont été recensés avec un sex-ratio de cinquante trois garçons pour quarante cinq filles (84%). Leur âge moyen au moment de l'étude était de $14,5 \pm 8,8$ ans (2 mois à 29 ans).

La répartition selon l'organe transplanté était la suivante : 76 enfants chez 58 receveuses de rein, 2 chez deux receveuses de greffe combinée rein-pancréas, 15 chez 14 receveuses de foie et 5 chez 3 receveuses de cœur.

L'âge moyen des mères lors de l'accouchement était de $30,1 \pm 5,2$ ans (19 - 43 ans).

La durée moyenne de gestation a été de $36 \pm 3,1$ semaines d'aménorrhée (28-44 semaines). Le poids moyen à la naissance était de $2,4 \pm 0,6$ Kg (0,9 - 3,5 Kg). 20 enfants étaient hypotrophiques. Tous les enfants ont eu un développement staturo-pondéral normal.

Dans 15 cas (16,1%), un séjour en réanimation néo-natale a été nécessaire. Quatre décès précoces (4,3%) : 2 septicémies et 2 complications neurologiques. Aucune insuffisance surrénale n'a été notée. Deux hépatites (B et C) ont été transmises par la mère. Un enfant d'une receveuse de rein-pancréas a présenté un double canal artériel opéré deux mois après la naissance et un diabète insulino-dépendant découvert à 2,5 ans.

Il paraît maintenant bien clair qu'il n'est pas nécessaire de modifier le traitement immunosuppresseur en cours de la grossesse. Il semble bien que cela ne fasse l'unanimité, qu'au moment de l'accouchement ou à son décours immédiat, il puisse y avoir intérêt à augmenter légèrement le traitement immunosuppresseur.

2- Etude rétrospective :

Les critères cliniques et biologiques retenus pour accepter ou non une grossesse ont été les suivants :

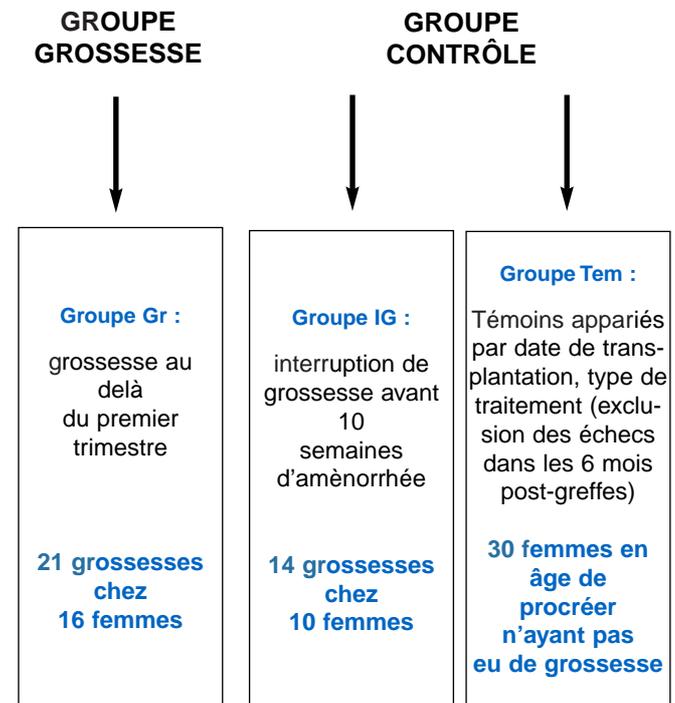
- La créatininémie normale (< 150 mmol / l) et stable trois ans après la greffe avec des doses minimales d'immunosuppresseurs.

- Une pression artérielle normale sans traitement.

- Une protéinurie nulle.

Dans ces conditions, la biopsie du greffon n'est pas indispensable.

ETUDE RÉTROSPECTIVE SUR 1167 TRANSPLANTÉS RÉNAUX ENTRE NOVEMBRE 1972 ET JUILLET 1995



Dans tous les cas, la surveillance de la fonction du greffon doit être étroite pendant toute la grossesse, mais surtout durant les trois mois qui suivent l'accouchement compte tenu du risque majoré de rejet aigu pendant cette période.

GROUPE Gr

* **Age moyen** : 30,6+/- 3 ans (25-37 ans)

* **Néphropathie initiale** :

Glomérulopathie diabétique 1 cas
Gloméruloméphrite chronique 8 cas
Hyalinose segmentaire et focale 1 cas
Hypoplasie rénale 2 cas
Néphronophyose 1 cas
Néphropathie interstitielle chronique 1 cas
Néphropathie indéterminée 2 cas

* **Transplantation rein** 15 cas

Transplantation rein-pancréas : 1 cas

* **Traitement immunosuppresseur**

Aza + Pred : 13 patientes

Aza + Pred + CsA3 patientes

* **Traitement antihypertenseur** : 11

patientes
(monothérapie : 2 cas, bithérapie : 4 cas,
trithérapie : 4 cas, quadrithérapie : 1 cas)

* **Délai moyen transplantation-grossesse** :

5,7 ± 3 ans (1,4 - 13,4 ans)

* **Créatininémie avant grossesse** :

101 ± 35,6 Umol /l (61-170Umol/l)

* **Recul après grossesse** : 3,3 ± 3,2 ans

(1 mois-11,5 ans)

* **Accouchement** :

19 césariennes

2 voies basses

* **Terme** : 19 grossesses < 37 semaines
d'aménorrhée (33,6 ± 2,2 SA)

Les résultats sont les suivants :

- La survie des greffons rénaux n'a pas été modifiée par la survenue d'une grossesse dans un groupe de 16 receveuses ayant eu 21 grossesses (recul moyen de 3.1 ± 3.3 ans après l'accouchement).
- Quatre greffons ont été perdus dans un délai de deux ans après l'accouchement. Dans trois cas, il existait un ou plusieurs facteurs de risque avant la conception et ces grossesses ont été menées à terme.
- Dans les autres cas, la grossesse est autorisée sans faire de biopsie du greffon.

Les résultats de cette étude sont les suivants :

GROUPE Gr

Pertes de greffons : 4 cas

- * **3 cas : facteurs de risque avant grossesse** :
 - HTA mal contrôlée (quadrithérapie) + créatininémie à 170 Umoles/l : 1 cas
 - Créatininémie > 150 Umoles/l : 1 cas
 - Protéinurie à 3,5 gr / 24H : 1 cas (récidive documentée d'une néphropathie à IgA)
- Délai accouchement perte du greffon : 8 -19 -28 mois
Toutes grossesses conservées contre avis médical

* **1 cas** : Perte du greffon 9 mois après l'accouchement par oubli du traitement immunosuppresseur

Greffons conservés : 17 cas

* aucun facteur de risque avant grossesse

CONCLUSION

Notre étude confirme qu'avec une surveillance adaptée, la transplantation a peu d'effets délétères sur la grossesse. L'incidence des risques fœtaux est identique à celle de la population générale (5% par an). A l'inverse, s'il existe une hypertension artérielle, une protéinurie ou une dysfonction rénale, les risques alors sont considérables non seulement de perte de greffon mais également d'accidents plus sévères.

**Docteur Saïda OURAHMA, B. BARROU,
M.O. BITKER, P. CORIAT**
Département d'Anesthésie-Réanimation
Unité de Transplantation Rénale et Pancréatique
Hôpital Pitié Salpêtrière
83, boulevard de l'Hôpital
75015 PARIS
Téléphone : 01 42 17 71 15
Fax : 01 42 17 71 93