

La grossesse

"Pouvons-nous envisager de donner naissance à un enfant ?" Telle est la première question que se pose un couple lorsque l'un des parents est atteint d'une maladie rénale héréditaire et risque de la transmettre à ses enfants.

Si ce couple, bien informé sur les risques de transmission, prend la décision d'avoir un enfant, la seconde question qu'il se pose est la suivante : "Pouvons-nous envisager une grossesse avec une maladie rénale éventuellement grave, qui peut aboutir à l'insuffisance rénale, et nécessiter un traitement par la dialyse ou une transplantation rénale ?" Ces problèmes doivent être discutés longuement avec l'équipe médicale. C'est au couple seul qu'appartient finalement la décision d'avoir ou non un enfant.

Nous allons discuter de la faisabilité d'une grossesse lorsque la décision d'avoir un enfant a été prise. La maladie rénale, quelle qu'elle soit, entraîne des désordres au niveau de l'organisme, désordres qui évoluent progressivement. Nous envisagerons successivement les différents problèmes posés par la grossesse d'une femme ayant une maladie rénale. Puis, nous envisagerons le cas de l'homme ayant une maladie rénale.

La femme a une fonction rénale normale ou une insuffisance rénale minime

A ce stade, la grossesse a des chances de bien se passer. Mais elle nécessite cependant un suivi attentif, conjointement par le gynécologue et le néphrologue.

Au cours de la grossesse peuvent apparaître des manifestations rénales qui n'étaient pas présentes au début et qui nécessiteront une surveillance et un traitement appropriés. On peut voir apparaître :

Une hypertension artérielle nécessitant une surveillance de la pression artérielle et un traitement anti-hypertenseur.

Une infection, infection urinaire ou infection du rein (pyélonéphrite), apparaissant, par exemple, chez une femme présentant une POLYKYSTOSE RENALE DOMINANTE AUTOSOMIQUE. Cette infection nécessite un traitement approprié anti-infectieux.

Une protéinurie apparaissant, par exemple, chez une femme atteinte de SYNDROME D'ALPORT. Cette protéinurie, parfois importante, peut retentir sur le volume sanguin. L'utérus et le fœtus peuvent être moins bien irrigués et, par conséquent, le fœtus risque de ne pas grossir correctement.

La femme a une insuffisance rénale évoluée ou est en dialyse

Dans cette situation, la grossesse n'est pas simple. Les problèmes sont d'autant plus importants que l'insuffisance rénale est plus évoluée. Lorsque l'insuffisance rénale est sévère, on peut être conduit à débiter la dialyse en cours de grossesse.

La grossesse est-elle possible ?

Oui, mais elle n'est pas toujours facile à obtenir. En effet, un certain nombre de femmes en insuffisance rénale sévère, ou en dialyse, ont des anomalies du cycle menstruel ; certaines n'ont plus d'ovulation (ce qui empêche le développement d'une grossesse). Un certain nombre ont une baisse de la libido.

La fréquence de ces troubles a nettement diminué depuis le traitement de l'anémie par l'érythropoïétine, hormone fabriquée par les reins et stimulant la fabrication des globules rouges et. Ce traitement permet, non seulement de corriger l'anémie, conséquence directe de l'insuffisance rénale, mais aussi d'améliorer certaines anomalies, notamment les anomalies du cycle.

Avec l'érythropoïétine, la fertilité des femmes en dialyse a nettement augmenté. Alors qu'autrefois, on ne se méfiait pas de la survenue éventuelle d'une grossesse, celle-ci est maintenant devenue possible, parfois même en l'absence de règles régulières.

Pourquoi la grossesse est-elle peu fréquente en dialyse ?

Un ensemble de raisons se conjuguent pour que la grossesse soit rare :

1. Il y a une diminution de la fertilité.
2. Beaucoup de néphrologues déconseillent une grossesse en dialyse, compte tenu des risques.
3. Les femmes ne veulent pas courir les risques d'une grossesse qui entraîne des contraintes énormes.
4. Les couples ont des inquiétudes face à l'avenir et ne souhaitent pas de grossesse.

De ce fait, il n'y a pas de grandes séries rapportées dans la littérature médicale. Et par conséquent, il persiste un certain nombre d'inconnues sur les complications et les traitements de ces complications. Chaque néphrologue a tendance à faire ce qu'il juge le mieux.

Le principal risque est l'échec de la grossesse :

1. Un certain nombre de médecins pensent que laisser évoluer une grossesse chez une femme dialysée n'est pas souhaitable et ils proposent une interruption médicale de grossesse. Cette interruption est légitime si la grossesse n'était pas désirée ; elle est discutable si la grossesse était désirée, et si les risques et les contraintes avaient été mesurés auparavant avec l'équipe médicale.

2. L'évolution spontanée de la grossesse elle-même fait que, malheureusement, elle s'arrête avant le terme où l'on pourrait espérer la naissance d'un enfant vivant.

Dans 30 % des cas, la grossesse est interrompue par une fausse-couche précoce, au cours du premier trimestre.

Dans 30 % des cas, la grossesse est interrompue par une fausse-couche plus tardive, au cours du second trimestre, évidemment plus traumatisante.

Dans 30 % des cas, la grossesse évolue jusqu'à un terme où l'on peut espérer un enfant vivant. Mais ces enfants naissent prématurément et ont un petit poids de naissance. Leur poids de naissance est plus petit que celui qui devrait normalement correspondre à la durée de la grossesse. Ce très petit poids peut entraîner des risques pour l'évolution future de l'enfant.

Heureusement depuis quelques années, il y a des améliorations dues :

A une meilleure connaissance des mécanismes des complications, et permettant donc une meilleure prévention de ces complications.

Aux progrès de la dialyse, mieux tolérée, plus efficace.

A la correction de l'anémie par l'érythropoïétine.

Aux progrès de la néonatalogie pour les enfants de tout petit poids (de 1000 grammes ou inférieur à 1000 grammes) dont l'espérance de vie était nulle il y a 20 ans.

Ces améliorations font qu'actuellement :

Il y a plus de grossesses menées jusqu'au troisième trimestre.

Le poids de naissance est plus important.

Le pronostic de l'enfant s'est amélioré.

Malgré tout, le risque de ne pas aboutir à la naissance d'un enfant vivant est grand.

Quelles sont les complications maternelles ?

1. C'est avant tout l'hypertension artérielle. Si l'hypertension existait avant le début de la grossesse, elle risque de poser des problèmes importants, car elle a tendance à s'accroître et à devenir plus difficile à contrôler par le traitement anti-hypertenseur.

2. Le poids sec* est instable, ayant tendance à augmenter au cours de la grossesse. Il faut en permanence, à chaque séance, le réévaluer. Il ne faut pas le surestimer, car on risque de voir apparaître une hypertension artérielle. Il ne faut pas le sous-estimer car on risque un accident d'hypotension, ce qui est mauvais pour l'irrigation de l'utérus et l'irrigation du fœtus.

3. L'anémie a tendance à s'accroître. Au cours d'une grossesse normale, le taux d'hémoglobine et le nombre de globules rouges diminuent, sans qu'il y ait obligatoirement une anémie. S'il y a anémie, il faut la corriger par la prise de fer, d'acide folique. Mais il faut aussi donner l'érythropoïétine, en sachant que ce traitement peut accentuer une hypertension artérielle. Ceci amènera le néphrologue à "jongler" entre les deux complications.

Quelles sont les complications de la grossesse elle-même ?

1. La menace d'accouchement prématuré dans 75 % des cas. Cette menace débute souvent tôt, le plus souvent avant 6 mois. Elle aboutit à une fausse-couche tardive ou à un accouchement prématuré.

2. L'excès de liquide amniotique dans 50 % des cas. Le liquide amniotique, qui baigne le fœtus, est produit en partie par les urines du fœtus. Lorsque les reins de la mère ne fonctionnent pas normalement, le sang du fœtus contient un certain nombre de substances en quantité importante. Les reins du fœtus, eux, fonctionnent bien. Ils vont devoir éliminer ces substances en excès et produire une quantité d'urine plus importante que normalement, d'où l'excès de liquide amniotique. Cet excès de liquide aboutit à une distension de l'utérus qui est, en partie, responsable d'un accouchement prématuré. Un moyen efficace est de le limiter, en dialysant le mieux possible la mère. Cela conduit à intensifier la dialyse.

3. La rupture prématurée des membranes dans 20 % des cas. Elle peut aboutir à un accouchement prématuré.

Comment se passe l'accouchement ?

1. Par césarienne dans 50 % des cas, pour des raisons diverses :

Causes obstétricales, identiques à celles rencontrées dans la population normale, et sans rapport avec l'insuffisance rénale.

Complications maternelles, comme une poussée d'hypertension artérielle, obligeant à faire naître l'enfant rapidement.

Complications fœtales pouvant entraîner une souffrance aiguë du fœtus si on laisse durer le travail.

2. Si la césarienne n'est pas indiquée, l'accouchement est toujours prématuré, vers 7 mois. Aucune grossesse aboutissant à un enfant né à terme n'a été rapportée dans les journaux médicaux. Les enfants ont un très petit poids de naissance. La moyenne se situe entre 1200 et 1900 grammes avec des extrêmes qui vont de 600 à 2500 grammes.

Quelle stratégie de dialyse faut-il décider pour que la grossesse se déroule le mieux possible ?

1. La patiente présente une insuffisance rénale sévère : on peut être conduit à débiter la dialyse.

2. La patiente est hémodialysée :

On intensifie la dialyse : les séances sont quotidiennes et leur durée totale augmentée pour éviter l'accumulation des substances et pour permettre une dialyse plus douce, ce qui risque moins d'entraîner de déséquilibres, mauvais pour le fœtus.

Le poids sec est réévalué à chaque séance.

Il faut limiter les variations brutales du volume sanguin, variations qui pourraient donner une souffrance du fœtus.

Il faut modifier les prescriptions afin que la dialyse soit le plus douce possible.

3. La patiente est en dialyse péritonéale :

La dialyse péritonéale a comme avantage d'être continue et de ne pas entraîner de déséquilibre à la fin. Elle peut, sans problème, être reprise juste après la césarienne.

On intensifie la dialyse en augmentant la durée des séances ou le volume des échanges.

Elle a des risques :

mauvais fonctionnement du cathéter, plongé dans la cavité abdominale en fin de grossesse ;
gêne en raison du volume de l'utérus et du volume de liquide introduit ;

infection (péritonite).

4. Des auteurs ont proposé d'associer la dialyse péritonéale chez des patientes hémodialysées, et l'hémodialyse chez des patientes en dialyse péritonéale, pour pouvoir bénéficier des avantages de l'une ou l'autre de ces techniques. Ceci aboutit à un traitement très contraignant et lourd pour la mère.

Que conclure ?

Chez la femme en insuffisance rénale sévère ou en dialyse :

1. La grossesse est rare.

2. Il n'y a pas de risque vital si la patiente est bien surveillée.

3. Le pronostic de la grossesse elle-même n'est pas bon en raison de la grande fréquence de fausses couches ou de prématurité importante.

4. Les contraintes imposées à la femme sont monstrueuses :

Hémodialyse tous les jours, pendant plusieurs mois ou dialyse péritonéale intensive.

Hospitalisation prolongée pour avoir un repos maximum et une surveillance constante.

En raison de ces contraintes, il faut que la grossesse soit voulue et que les contraintes soient bien connues avant la conception. Si la grossesse n'est pas voulue, il faut l'éviter. Nous ne devrions pas voir d'interruption médicale de grossesse puisqu'il existe maintenant des moyens de réaliser une contraception efficace (même si tous les modes de contraception ne peuvent pas être utilisés) en dialyse.

Les meilleures chances de succès passent par :

1. Le diagnostic précoce de la grossesse, ce qui est loin d'être le cas. En effet, le diagnostic de grossesse n'est pas toujours facile. De plus, un certain nombre de patientes n'osent pas dire à leur néphrologue qu'elles pensent être enceintes, car elles ont peur qu'il ne conseille une interruption.

2. L'excellente coordination entre tous les médecins qui doivent intervenir, c'est-à-dire les gynécologues, les néphrologues, et les pédiatres.

La femme est transplantée

1. Les grossesses sont plus fréquentes, car la fertilité est à peu près normale.

2. Il est conseillé d'attendre un délai de 2 ans après la transplantation pour pouvoir envisager une grossesse dans les meilleures conditions. Quarante pour cent des grossesses surviennent la troisième ou la quatrième année après la greffe.

3. Les fausses couches précoces sont cependant fréquentes.

4. 90 % des enfants sont vivants avec cependant une forte probabilité d'être prématurés. Mais cette prématurité est moins importante que précédemment.

5. Les mères prenant des médicaments qu'il est impossible d'arrêter, on s'est évidemment demandé si les enfants présentaient des malformations. Plusieurs études ont comparé la fréquence des malformations chez les enfants nés de mères transplantées et chez les enfants nés de mères non transplantées. Elles n'ont pas montré d'augmentation de la fréquence dans le premier groupe d'enfants.

Quelles sont les complications maternelles ?

L'hypertension artérielle, présente dans 25 à 30 % des cas.

La survenue d'une protéinurie, ou son accentuation si elle existait avant le début de la

grossesse.

Les infections urinaires, d'autant plus fréquentes qu'il y a un obstacle sur les voies urinaires.

L'anémie qui peut nécessiter un traitement par l'érythropoïétine pour la durée de la grossesse.

La grossesse peut-elle entraîner une altération de la fonction rénale et augmenter le risque de retourner en dialyse ?

Effectivement, des aggravations de l'insuffisance rénale, ou un rejet du greffon ont été rapportés.

Mais une étude récente comparant la fonction rénale de femmes transplantées ayant une grossesse à celle de femmes transplantées mais n'ayant pas de grossesse a montré qu'il n'y avait que peu de différences entre les deux groupes. Elle permettait de conclure que le risque d'aggraver l'insuffisance rénale par une grossesse était minime.

Quels traitements peut-on utiliser pendant la grossesse ?

1. Les traitements immunosuppresseurs, indispensables pour éviter le rejet, seront poursuivis. Et en général, ils sont poursuivis sans modification.
2. Les médicaments anti-hypertenseurs peuvent être modifiés en vue d'une grossesse. Certaines familles de médicaments étant contre-indiqués pendant la grossesse, il est important que la pression artérielle soit bien équilibrée avant le début de la grossesse, avec des médicaments permis pendant la grossesse (afin de ne pas avoir à changer de traitement). Pour cette raison, la femme doit communiquer son désir de grossesse au néphrologue afin qu'il puisse adapter le traitement, si nécessaire. Si une hypertension artérielle apparaît ou s'accroît, le traitement sera intensifié.

Que conclure ?

1. Chez la femme transplantée, la grossesse est relativement fréquente, mais ne doit pas devenir banale.
 2. C'est une grossesse à haut risque, qui nécessite une surveillance soignée de la grossesse elle-même ainsi que de la fonction rénale et la tension artérielle de la mère.
 3. Comme précédemment, une collaboration est nécessaire entre néphrologues, obstétriciens et pédiatres.
 4. Après l'accouchement, il faut être vigilant car une élévation de la pression artérielle et une élévation du taux de créatinine peuvent survenir.
- Quelles sont les conditions idéales ?
Un délai de 2 ans après la transplantation.
Une fonction rénale stable.
Un traitement immunosuppresseur d'entretien (à 2 ans de la greffe et à distance d'un épisode de rejet).
Une pression artérielle contrôlée avec des médicaments permis pendant la grossesse.
Pas de protéinurie.
Plus on s'éloigne de ces conditions idéales, plus il y a de risques, mais ces risques n'empêchent pas d'envisager une grossesse.

Que conseiller ?

1. A une femme qui sait qu'elle a une maladie rénale, mais n'a pas d'insuffisance rénale ou a une insuffisance rénale peu sévère :
Avoir des enfants tôt.
Plus elle attend, plus l'insuffisance rénale sera sévère et plus il y aura de risques au cours de la grossesse.
2. A la femme en insuffisance rénale sévère ou en dialyse :

Attendre d'être transplantée, en phase stable, avec une fonction rénale correcte.

L'homme qui envisage d'avoir un enfant.

Evidemment, il n'y a aucun risque lié à la grossesse.

Le seul risque est de transmettre la maladie à l'enfant.

1. L'homme en insuffisance rénale sévère :

Il peut avoir des troubles de la libido ou de l'érection. Ces troubles peuvent être dus à l'insuffisance rénale, à certains médicaments (comme des anti-hypertenseurs) ou à des perturbations hormonales secondaires à l'insuffisance rénale. La conception n'est pas toujours possible.

2. L'homme transplanté :

Il a une fertilité normale. Des troubles de l'érection peuvent persister, notamment liés aux médicaments anti-hypertenseurs. Une stérilité peut être liée aux traitements immunosuppresseurs. Mais avec les traitements actuels, ces risques sont minimes.

Discussion

Les traitements que reçoit une femme transplantée peuvent-ils nuire au fœtus ?

Dr Catherine Gaudry.

La plupart des médicaments ont des inconvénients potentiels. Bien évidemment, on sera amené à interrompre les médicaments non indispensables chez une femme transplantée et enceinte. Mais les manifestations cliniques que l'on doit traiter sont plus dangereuses que les médicaments eux-mêmes. Il n'y a pas d'hésitations à avoir : il ne faut pas interrompre les traitements indispensables.

Prenons le problème de l'hypertension artérielle. Il est certainement plus dangereux pour une femme transplantée d'avoir une hypertension artérielle mal équilibrée que de prendre des médicaments contre l'hypertension. Il faut choisir les médicaments anti-hypertenseurs qui sont sans inconvénient au cours de la grossesse.

Parlons des médicaments immunosuppresseurs qui sont potentiellement à risque pour le fœtus. Nous ne pouvons affirmer à l'heure actuelle que le risque pour le fœtus est nul.

Mais d'après le très grand nombre de grossesses chez des femmes ayant reçu des traitements immunosuppresseurs dans le monde, nous pouvons dire que ce risque est minime et qu'il est bien inférieur au risque de rejet si le traitement était arrêté.

Les effets des traitements immunosuppresseurs ne peuvent-ils être transmis à l'embryon ? Par exemple, l'enfant ne naît-il pas avec des anticorps si la mère reçoit du sérum anti-lymphocytes ? Ou bien certains médicaments ne peuvent-ils donner une immunosuppression au moment de la naissance ?

Dr Catherine Gaudry.

1. La première éventualité est rare. Le sérum anti-lymphocytes est donné en phase aiguë ou juste après une transplantation. Ce sont les périodes durant lesquelles les grossesses sont évitées. Supposons cependant qu'il y ait un rejet en cours de grossesse. Je ne pense pas que le sérum anti-lymphocytes soit utilisé. De toute façon, il s'agirait d'immunité passive, les anticorps transmis au fœtus étant éliminés.

2. Le risque d'anomalies de l'immunité de l'enfant liées au traitement immunosuppresseur pris par la mère se pose si les médicaments passent la barrière placentaire. Mais rappelons-nous que, si ces traitements doivent être poursuivis pendant toute la vie du sujet transplanté, c'est parce qu'ils ont un effet au moment où on les donne et que lorsqu'on les arrête, l'immunité redémarre. Par conséquent, il n'y a pas de risque majeur pour l'enfant.

3. On a pu craindre que les enfants présentent des anomalies des lymphocytes liées aux traitements immunosuppresseurs. On a montré qu'il existait des anomalies des lymphocytes à la naissance, mais que ces anomalies ne persistaient pas. Enfin des études suivant des enfants, nés de parents transplantés, (que ce soit le père ou la mère) pendant les 5 premières

années de leur vie, n'ont rien montré d'anormal.

Quel est le nombre de naissances chez des femmes en dialyse ?

Dr. Catherine Gaudry. C'est difficile à dire car les grossesses des femmes en dialyse ne sont pas recensées. Ces grossesses sont rares, sans doute de l'ordre de quelques centaines. Une enquête sur l'ensemble des centres de dialyse en France avait recensé 51 grossesses pendant 12 ans (entre 1981 et 1993).

Pourquoi décide-t-on de déclencher l'accouchement plus tôt ?

Dr. Catherine Gaudry. Les médecins préfèrent faire naître l'enfant prématurément si la femme présente une hypertension artérielle, une augmentation de la protéinurie, ou une augmentation du taux de la créatinine.

La décision de faire naître l'enfant prématurément peut être prise si sa croissance dans l'utérus s'est arrêtée car l'irrigation du placenta se fait mal.

Les médecins doivent peser en permanence deux risques : le risque pour la mère si on laisse évoluer la grossesse, et le risque de prématurité si on fait naître l'enfant avant la date normale. Dès que le risque de prématurité devient raisonnable et que le risque pour la mère a tendance à augmenter, l'obstétricien peut déclencher l'accouchement ou à réaliser une césarienne.

Note

Le poids sec est le poids auquel on essaie d'aboutir en fin de dialyse, et qui correspond à un état d'hydratation normal de l'organisme.

Texte : Dr Catherine Gaudry. Service de Néphrologie. Hôpital Louise Michel. Evry