



Grossesse et greffe rénale

Si l'envie d'enfant est la motivation essentielle des femmes pour se faire transplanter, la grossesse d'une femme greffée présente des risques qu'il est important de connaître. Le rôle du néphrologue est de bien expliquer tous les risques et complications encourus. En cas de grossesse confirmée, l'équipe de transplantation devra se rapprocher du gynécologue/obstétricien afin qu'ils assurent un suivi médical conjoint.

Quels sont les risques et complications ?

Ils sont de quatre ordres :

- risque vital pour la mère,
- risque d'abîmer le greffon de manière irréparable et de retourner en dialyse,
- risque que la grossesse soit interrompue, surtout lors du premier trimestre (période critique avec risque d'avortement spontané ou thérapeutique),
- risque de naissance très prématurée avec handicap chez l'enfant. Le rein est censé travailler deux fois plus pendant une grossesse. Lorsqu'il fonctionne plus correctement, cela retentit sur la croissance de l'enfant.

Recommandations importantes

Ne pas se lancer dans une grossesse sans prévenir son néphrologue. Il faut lui en parler le plus tôt possible pour effectuer les examens permettant d'évaluer si le risque est majeur ou acceptable pour la mère, pour son enfant et pour son greffon. La fonction rénale doit être stable avec une créatininémie $< 177 \mu\text{mol/l}$ (20



mg/l). La pression artérielle est à surveiller de près (normale ou HTA minime). On s'assurera que l'échographie du greffon est normale.



Grossesse et greffe rénale

Le traitement médicamenteux devra être adapté **avant la grossesse**. En effet, certains médicaments immunosuppresseurs, et certains antihypertenseurs, contiennent des produits tératogènes (risques de développement anormal de l'embryon et de malformations). Il faut savoir que lors du changement de traitement, il existe un risque de rejet du greffon.

La transplantation rénale améliore la fertilité mais il n'est pas recommandé de tomber enceinte quelques mois après la greffe. Il est préférable d'attendre 1 à 2 ans. Avant cela, même si la grossesse est possible, le risque d'avortement spontané et les risques maternels et fœtaux sont plus élevés. Le délai constaté entre la transplantation rénale et la découverte de la grossesse est en moyenne de 6 ans.

L'accouchement doit être planifié dans une **maternité de niveau 3** intégrant un service de réanimation néo-natale. Idéalement, dans l'hôpital où la mère est suivie pour la greffe.

Après l'accouchement, la mère devra être suivie pour, entre autres, le risque de **diabète** à surveiller.

L'allaitement est déconseillé car les traitements immunosuppresseurs passent dans le lait. Mais ce risque lié à la toxicité du médicament par le



lait doit être mis en balance avec le bénéfice de l'allaitement maternel chez un enfant prématuré et de petit poids. Il faut en parler au néphrologue.

Conclusion: même si les progrès de l'obstétrique ont amélioré les résultats de grossesses chez les femmes transplantées, elles restent des grossesses à risque. La prise en charge doit être multidisciplinaire et très rapprochée, dans le suivi de la patiente mais aussi lors de la prise de la décision de la grossesse. Le devenir de l'enfant, de sa fonction rénale, et des complications à long terme (incluant cancers et lymphome) est mal connu et justifierait que ces enfants soient particulièrement suivis.

Remerciements : Pr Denis Glotz