



## POSTERS

# Une grossesse menée à terme chez une hémodialysée : un véritable réseau de soins

C. CORMIER\*, A. POIRAUD\*, M.P. BOUHOURS\*, S. LEBOSSE\*, C. GARCIA\* et F. GALLEN\*\*  
\*IDE, \*\*Néphrologue Service Hémodialyse - CH - 72 LE MANS

Le but de la dialyse n'est pas seulement de maintenir en vie mais de faire que celle-ci soit la plus normale possible. Classiquement, la grossesse est un signe de bien-être et doit être considérée comme un succès du traitement. Rarement décrite en hémodialyse, la naissance d'un enfant vivant reste un évènement exceptionnel qui nécessite la mise en place de moyens humains et techniques importants (1, 2, 3, 4, 5).

### OBSERVATION

Il s'agissait d'une jeune femme primipare de 29 ans présentant une insuffisance rénale secondaire à une double pathologie : polykystose hépato-rénale et maladie de Berger. La polykystose a été découverte à l'âge de 16 ans à la suite de cystites récidivantes. Début 1997 est apparue une insuffisance rénale rapidement évolutive associée à une hypertension artérielle et à une hématurie. Une ponction biopsie rénale a alors été réalisée et a mis en évidence une maladie de Berger. Dès lors, l'aggravation de la fonction rénale a été rapide conduisant à la prise en hémodialyse début septembre 1998.

Après 3 mois de traitement sont apparus des signes sympathiques évoquant une grossesse (tension mammaire, prise de poids, nausées,...) qui, associés à une aménorrhée nous ont fait doser les  $\beta$ HCG. Ceux-ci étaient à 17 000 U/litre. Le diagnostic de grossesse a donc été posé précocement à 7 semaines d'aménorrhée (SA).

Après avoir informé la patiente des risques encourus et du pronostic de la grossesse, la décision de poursuivre la grossesse a été prise. Guidés par la littérature (1, 6, 7, 8, 9), nous avons adapté la technique de dialyse.

À savoir (cf. Tableau n° 1) :

- Augmentation du temps de dialyse jusqu'à 18 heures par semaine soit 6 fois 3 heures afin de maintenir une urée inférieure à 17 mmol/l.
- Changement de dialyseur (membrane plus biocompatible) et de technique de

Tableau n° 1 - Suivi néphrologique

	Dialyse	Technique	Trt EPO (U/semaine)	Trt Vitamino-calcique
M1	12 heures	CA 130	4000*	Carb : 7,7 g
M2	15 heures	FB 170+HDF 1,1 l/h	2000*	Carb:12,5+gluc:5,9
M3	15 h 30	FLX 15+HDF 1,1 l/h	2000	Carb:12,5+gluc:5,9
M4	15 h 30	FLX 15+HDF 1,1 l/h	4000	Carb:8,3+gluc:5,9
M5	15 h 30	FLX 15+HDF 1,1 l/h	6000-8000	Carb:8,3+gluc:5,9
M6	16 h 30	FLX 15+HDF 1,1 l/h	8000*	Carb:8,3+gluc:5,9
M7	18 heures	FLX 15+HDF 1,1 l/h	12000*	Carb:8,9+gluc:11,7+ unalfa 0,25
M8	18 heures	FLX 15 + HDF 1,1 l/h	12000*-8000*	Carb:8,6+gluc:13,6+ unalfa 0,25
M9	18 heures	FLX 15+HDF 1,1 l/h	8000*-4000*	Carb:8,6+gluc:13,6+ unalfa 0,25

CA : acétate de cellulose/FB : Triacétate de cellulose/HDF : Hémodiafiltration/FLX : PEPA/

\* : supplémentation en fer/Carb : carbonate de calcium/Gluc : Gluconate de calcium

dialyse (hémodiafiltration à bas débit 1,1 litre par heure)

- Adaptation du traitement par érythropoïétine selon le taux d'hémoglobine avec, si besoin, adjonction de fer
- Adaptation vitamino-calcique en fonction de la calcémie
- Arrêt du furosémide car des malformations cardiaques fœtales ont été décrites (à noter, maintien de la diurèse de la patiente à 700 ml).

### RÉSULTATS

Les résultats clinico-biologiques sont colligés dans le tableau N° 2. Nous voyons que la prise de poids a été régulière, la tension maintenue et les paramètres biologiques contrôlés.

À noter que l'uricémie a été mesurée de façon régulière chez notre patiente. Elle est le reflet de la fonction tubulaire et le

marqueur de la toxémie gravidique chez une femme dont la fonction rénale est normale (2, 10). Son taux n'est donc pas interprétable chez notre patiente mais sa variation rapide doit être prise en compte. Dans notre observation, l'augmentation rapide au 7<sup>e</sup> mois nous a amené à augmenter la quantité de dialyse.

Au plan obstétrical, jusqu'à la 26<sup>e</sup> SA (6 mois et demi), une consultation gynécologique mensuelle couplée à une échographie ont été réalisées.

L'enfant étant viable à partir de la 26<sup>e</sup> SA, l'hospitalisation de la patiente a été décidée. Durant celle-ci, 2 à 3 monitoring fœtaux par jour ont été réalisés ainsi qu'une échographie fœtale par semaine avec Doppler du cordon ombilical. À la 28<sup>e</sup> SA et à la 32<sup>e</sup> SA, des corticoïdes ont été administrés pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale.

Tableau n° 2 - Suivi clinico-biologique

	Poids (kg)	TAS (mmHG)	Urée (mmol/l)	Hb (g/dl)	Ca (mmol/l)	Uricémie (µmol/l)
M1	49,5	120	35	11,7	2,2	
M2	51	130	26	11,3	2,5	480
M3	51,5	130	15	12	2,2	331
M4	52	140	18	10	2,1	333
M5	54	135	15	9,5	2,1	313
M6	56	125	16	9,4	2,2	411
M7	57,7	130	18	10	2,3	479
M8	59	135	15	11	2	408
M9	59,5	140	19	12,8	2,1	363

La croissance fœtale a été régulière permettant la naissance à 36 SA par césarienne d'une petite fille de 2 kg 310 et 44,5 cm.

La décision de césarienne par consentement des différentes disciplines médicales a été prise en tenant compte du terme, des séances de dialyse et des anticoagulants.

L'apgar était à 10 à la 1<sup>re</sup>, 5<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> minutes. Le liquide amniotique était d'abondance normale et de couleur claire. Au plan biologique, il existait une hypocalcémie à 1,96 mmol/l, une déshydratation intracellulaire (NA = 162 mmol/l) et une insuffisance rénale avec une créatinine à 154 µmol/l, reflet du passage placentaire de la créatinine maternelle.

L'évolution a été favorable avec une réanimation hydro-électrolytique. La maman et le bébé sont sortis 10 jours après la naissance.

Le placenta était macroscopiquement normal et l'examen histologique a montré quelques villosités discrètement congestives.

Après un recul de 10 mois, l'éveil et la croissance de l'enfant sont normaux.

## DISCUSSION

La grossesse décrite s'est déroulée de façon optimale mais il ne faut pas minimiser les risques des grossesses en hémodialyse. Seules 2,2 % des femmes en âge de procréer vont débiter une grossesse qui va aboutir dans 50 % des cas à un avortement spontané. Dans les grossesses poursuivies, 40 % des enfants naîtront vivants tout en sachant que 1 sur 5 ne survivra pas (6, 11, 12, 13).

Il n'existe pas de consensus dans la prise en charge des grossesses survenant chez une hémodialysée mais certaines recommandations semblent importantes à prendre en compte (1, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 17) :

- Urée < 17 mmol/l
- 5 à 7 jours dialyse/semaine et UF douce
- Membrane biocompatible/HBPM
- Correction de l'anémie et de la carence en fer (objectifs : Hb > 10 g/dl et Sat > 30 %)
- Prévention de l'acidose métabolique
- Prévention de l'hypocalcémie, de l'hypomagnésémie
- Apport vitaminique.

Les complications maternelles et fœtales décrites sont nombreuses (1, 5, 6). Au

plan maternel, l'hypertension artérielle reste au premier plan (80 % des cas) avec un risque de toxémie voire d'éclampsie important. La survenue d'une hyperimmunisation est également à prendre en compte car elle peut retarder une transplantation rénale future chez ces patientes jeunes. Chez notre patiente, les anticorps anti-HLA sont négatifs au 8<sup>e</sup> et 21<sup>e</sup> jour après l'accouchement.

Au plan obstétrical, la menace d'accouchement prématuré est décrite dans 75 % des cas, pouvant être en rapport avec un hydramnios (56 %) ou à une rupture prématurée des membranes (20 %). Il existe également un risque d'hémorragies de la délivrance. 55 % des femmes accouchent par césarienne. Aucun décès maternel n'a été rapporté. Mais les risques majeurs demeurent fœtaux puisque 67 % des enfants sont prématurés et 56 % hypotrophiques d'où le pourcentage élevé de mort périnatale (20 %) (1, 5, 6).

## CONCLUSION

**Le respect des recommandations a permis le bon déroulement de la grossesse de notre patiente et la naissance d'un enfant à terme en bonne santé. La collaboration de différentes équipes médicales et paramédicales a été majeure (hémodialyse, gynécologie, maternité, diététiciennes...).**

**Mais il reste évident qu'il faut préférer et encourager la survenue de grossesse en transplantation où les risques fœtaux maternels sont moindres.**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Registry of pregnancy in dialysis patients. Okundaye I, Abrinko P and Hou S. Am J Kidney Dis 1998 ; 31 (5) : 766-73
- 2 - Successful pregnancies in women on renal replacement therapy : report from the EDTA registry. Rizzoni G, Ehrich JH, Broyer M. and al. Nephrol Dial Transplant 1992 ; 7 : 279-87
- 3 - Frequency and outcome of pregnancy in women on dialysis. Hou S. Am J Kidney Dis 1994 ; 23 (1) : 60-3
- 4 - More dialysis appears beneficial for pregnant ESRD patients (at least in Belgium). Hull A. Am J Kidney Dis 1998 ; 31 (5) : 863-7
- 5 - Pregnancies in women on renal replacement therapy. Wing A and Ehrich J. Replacement of renal function by dialysis. Jacobs C, Kjellstrand CM, Koch KM and al. Kulwer Academic Publishers (ed).

6 - Grossesse chez les dialysées. Gaudry C. XIXe symposium GAMBRO p : 110-6 (GAMBRO Editeur)

7 - Pregnancy in women on chronic dialysis. À single-center experience with 17 cases. Romao JE, Luders C, Kahhale S and al. Nephron 1998 ; 78 (4) 416-22

8 - Pregnancy and dialysis. Bagon J, Verneave H, De Muylder X and al. Am J Kidney Dis 1998 ; 31 (5) : 756-65

9 - Pregnancy and end-stage renal disease - past experience and new insights. Levy D, Giatras I and Jungers P. Nephrol Dial Transplant 1998 ; 13 : 3005-7

10 - Grossesse et hémodialyse périodique : à propos de 16 cas dont un seul accouchement avec enfant vivant. Pelissier C, Caby J, Grilard A et col. Gynecologie 1987 ; 38 (5) : 315-23

11 - Pregnancy in patients on chronic ambulatory peritoneal dialysis. Gadallah M, Ahmad B Karubian F and al. Am J Kidney Dis 1992 ; 20 (4) : 407-10

12 - Pregnancy during dialysis : case report and management guidelines. Giatras I, Levy D, Malone F and al. Nephrol. Dial Transplant 1998 ; 13 : 3266-72

13 - Three successive pregnancies in a patient on haemodialysis. Malik G, Al-Wakeel J Shaikh J and al. Nephrol Dial Transplant 1997 ; 12 ; 1991-3

14 - Interaction of renal disease and pregnancy. Hayslett J. Kidney int 1984 ; 25 : 579-87

15 - Gynecologic and reproductive issues in women on dialysis. Holley JL, Schmidt RJ and Bender FH and all. Am J Kidney Dis 1997 ; 29 (5) : 685-90

16 - Prénatalité in women with end-stage renal disease : treatment of anemia and premature labor. Hou S. and al. Am J Kidney Dis 1993 ; 21 (1) : 16-22

17 - Successful pregnancy in hemodialysis patient with erythropoietin. Amoedo ML, Fernandez E, Borrás M. and al. Nephron 1995 ; 70 (2) : 262-3