

# Grossesse

e t i n s u f f i s a n c e r é n a l e

## GROSSESSE EN HÉMODIALYSE

Brigitte PUPAT / Béatrice LABORIER, IDE / et l'équipe d'Hémodialyse

Romans-sur-Isère.

L'équipe soignante du service d'hémodialyse de Romans va vous faire partager un événement « rare », à savoir :

### UNE GROSSESSE EN HÉMODIALYSE

« Plus de vingt ans se sont écoulés depuis la publication par l'équipe Confortini en 1971 du premier succès d'une grossesse chez une patiente en hémodialyse chronique avant la conception ».

### QUELQUES DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Il est rare qu'une femme dialysée soit enceinte.

2) Il est rare que la grossesse tienne jusqu'à la viabilité du fœtus.

3) Il est rare que l'enfant naisse vivant.  
– Les femmes qui ont une diurèse résiduelle ou qui commencent à dialyser après la conception ont de meilleurs résultats.

– L'avenir d'une grossesse est plus favorable la première année de dialyse, les résultats sont moins bons ensuite.

– Les grossesses chez la femme dialysée gardent une réputation de précarité.

– Les auteurs notent :

\* Fréquence de grossesse de 1 à 2 % chez les patientes en âge de procréation.

\* Un taux de succès de 21 % avant 1990.

\* Amélioration de l'avenir des grossesses : taux de succès de 50 % après 1990.

\* La prématurité de l'enfant est constante et son développement paraît normal.

\* Sur 214 centres interrogés aux USA, 1/3 seulement ont dialysé une femme enceinte (à Romans, en 20 ans : un cas, avec 100 % de réussite !...)

### I – Historique de la maladie

Madame X a présenté à l'âge de douze ans une glomérulonéphrite avec une insuffisance rénale avancée qui a nécessité sa prise en charge en hémodialyse.

Quatre mois plus tard, elle a bénéficié d'une transplantation rénale à partir d'un donneur vivant, son frère.

Un rejet chronique du greffon rénal est apparu six ans plus tard, aggravé par une grossesse en 1984 (garçon en bonne santé) ce qui a entraîné une reprise en hémodialyse en octobre 1995, d'abord au Centre, puis en unité d'autodialyse.

Après dix années d'hémodialyse, madame X, qui vient de se remarier, souhaite avoir un deuxième enfant.

### II – Réticences médicales

Ce désir de grossesse, qui n'est pas une grossesse précieuse en terme obstétrical car Mme X a déjà un premier enfant, reste tout de même une grossesse à très hauts risques pour le bébé et la maman, et de ce fait laisse les médecins perplexes.

La grossesse en dialyse est une situation médicale rare avec peu de données bibliographiques internationales. L'aboutissement d'une telle grossesse est souvent l'avortement spontané au cours du premier trimestre, ce qui entraîne une souffrance morale de la mère, associée à la perte du fœtus.

La première grossesse a été en grande partie la cause de la perte du premier greffon, donc du retour en dialyse.

Mme X dialyse sur GFS 11 (rein ster. chaleur, membrane hémophan 1 M2 10) 3 fois 4 heures sur bain bicarbonate traditionnel.

Madame X a une tension artérielle mal contrôlée (de 18-20 elle passe facilement à 12-13, avec un traitement difficile à gérer), ce qui aggrave les risques d'éclampsie.

Madame X a présenté à plusieurs reprises des épistaxis qui ont nécessité méchage et même cautérisation.

Cette patiente a fait, d'autre part, quelques crises comitiales peu après sa première grossesse. Ces crises ont été traitées par Dépakine, ont cédé rapidement même après l'arrêt du traitement, mais cette pathologie reste latente.

Madame X est de petite taille : 1 m 50 ; dialysée, donc plus fragile, elle risque d'avoir plus de problèmes qu'une autre parturiente (problèmes osseux dus à la déminéralisation, ou liés à la mauvaise posture et au poids du fœtus).

D'un tempérament plutôt inquiet et même déprimé, elle conforte son désir d'enfant par une appartenance à un groupe de type sectaire, qui lui insuffle une conviction spirituelle très profonde et bien déterminée.

### III – Neuf mois d'attente

Le diagnostic de grossesse est établi le 7 août 1995, soit à six semaines d'aménorrhée chez cette femme réglée, sans contraception (date des dernières règles : 2 juillet 1995).

Les complications surviennent rapidement et nécessitent une hospitalisation prolongée pour surveillance plus rigoureuse de la grossesse et de son évolution. Cette surveillance continue angoisse Mme X.

# Grossesse

## et insuffisance rénale

Après un début de grossesse sans trop de problèmes, cette patiente est hospitalisée en gynécologie à partir du 13/12/1995, soit 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, à la suite d'une sévère menace d'accouchement prématuré sur une poussée d'hydramnios.

Une tocolyse IV (inhibiteur des contractions utérines) permet de juguler les contractions utérines. Le relais est fait quelques jours plus tard par la Ventoline en comprimés.

Devant la mauvaise tolérance de la poussée d'hydramnios, une ponction de 600 cc de liquide amniotique est réalisée.

Les résultats montrent un fœtus de sexe masculin sans anomalie chromosomique. L'évolution est spectaculairement favorable. La TA reste stable sous 3 cp d'Al-domet par jour, l'hydramnios est stationnaire.

Elle présente cependant toujours des contractions utérines assez régulières, mais sans modification cervicale.

Le 12 janvier 1996 (24<sup>e</sup> semaine), elle présente une poussée d'hypertension artérielle à 20/11 ; le bilan biologique reste dans les normes, par contre l'enregistrement R.C.F. (rythme cardiaque fœtal) montre un tracé plat sur pratiquement 60 mn, la vascularisation ombilicale reste normale. Un traitement à base d'anti-hypertenseur IV : Catapressan et Népressol est mis en place. La tension artérielle est maintenue à 15/10.

Un transfert près d'un centre de néonatalogie est envisagé, mais la patiente le refuse, ce qui nous étonne de cette personne psychologiquement fragile (éloignement de sa famille).

À l'hospitalisation s'ajoute la prise en charge de ses dialyses par le Centre « Lourd ». Les séances en autodialyse deviennent impossibles. Ce changement est mal vécu car il entraîne une perte d'autonomie.

**En autodialyse**, madame X gère ses séances : se branche, surveille sa machine, règle les paramètres à sa convenance.

**Au centre**, elle est soumise à la diversité des infirmières ce qui génère chez elle une angoisse car elle manque de confiance dans le personnel. De ce fait, elle est très exigeante : ancienne dialysée autonome « elle a des petites manies » qu'elle entend conserver et faire respecter.

Elle connaît la machine et voudrait en assumer le maniement, or en centre elle doit se soumettre aux prescriptions médicales plus formelles, que les infirmières doivent appliquer.

Le nombre et la durée des séances sont augmentés (quatre séances par semaine), le même dialyseur est conservé.

Cette dialyse intensive sert à lutter contre le syndrome urémique et permet un contrôle de la volémie, donc équilibre de la tension artérielle. Les dialyses plus rapprochées, donc plus douces, évitent les variations métaboliques et hémodynamiques brutales, très préjudiciables au fœtus.

**Le poids de base** est difficile à apprécier car les radiographies pulmonaires sont contre-indiquées et sont remplacées par des contrôles échographiques cardiaques une fois par mois, ainsi que des contrôles échographiques de la veine sus-hépatique dans le but d'apprécier le degré de sous-traction hydrique à effectuer pour conserver une volémie correcte et efficace (les échographies resteront correctes tout le long de la grossesse). Les œdèmes physiologiques de la grossesse perturbent aussi l'estimation pondérale.

**La tension artérielle** varie malgré un traitement strict ; pendant les séances, elle est surveillée toutes les 1/2 h et le volume plasmatique contrôlé parfois par hémocan.

**Le traitement anticoagulant** doit être appliqué avec vigilance, les dialyses sont faites sous Lovenox (Héparine à bas poids moléculaire) à dose basse et le circuit est contrôlé toutes les 1/2 h (si besoin, des rinçages sont effectués).

**Le dextro** est surveillé chaque heure : il ne doit pas descendre en dessous de 0,70 g/l. Une perfusion de glucosé 30 % est mise en place et passée à un débit prescrit en fonction des résultats.

**La gestion de l'anémie** est difficile ; les doses de Recormon sont ajustées en fonction de la NF hebdomadaire et de l'HTA ; trois transfusions de 2 culots globulaires DDP (déleucocytés, déplasmatisés, phénotypés) cross matchés seront nécessaires. Un traitement par Fer Lucien a été prescrit en début et fin de grossesse. L'anémie peut être responsable de la prématurité, selon l'équipe de GUISEIX ; l'hémoglobinémie doit être stable entre 7,5 et 9 g/dl pour limiter l'hypoxie fœtale.

**L'urée** : le taux d'urée doit rester stable (17-22 mmol/l). Il faut savoir que le fœtus génère de l'urée qui diffuse par le placenta ; sa production peut être limitée par le régime alimentaire.

**La kaliémie** doit rester dans une zone stable ; elle sera contrôlée avant et après chaque dialyse ; si besoin madame X recevra du Kcl en cours de séance par pousse-seringue.

**L'équilibre phosphocalcique** est bon.

**Le suivi sérologique viral** est strict.

**Le régime alimentaire** doit être suivi scrupuleusement : limité en potassium, sans sel, avec restriction hydrique stricte, mais hyperprotéiné ; il peut cependant être élargi car il est compensé par l'intensification de l'épuration. Madame X ne consomme pas assez de protéines, une poudre hyperprotéinée sera adjointe à ses repas, car le régime alimentaire restrictif en protides limite la production d'urée maternelle, mais est néfaste au développement du fœtus.

# Grossesse

## et insuffisance rénale

L'ambiance des séances est tendue, madame X épie la surveillance infirmière. Tout l'angoisse : le dextro, les perfusions et elle communique à tous son sentiment d'insécurité et de malaise. La gestion du stress est difficile pour tous (patiente et équipe médicale).

L'hospitalisation prolongée, loin de son lieu de résidence entraîne une séparation avec son fils aîné confié à sa grand-mère, mais pour qui elle reste en souci d'autant que la relation mère-fille s'est altérée, la grossesse de madame X étant mal vécue par sa famille. Cette dernière accepte mal cette nouvelle grossesse car elle redoute les complications et parce que chacun a déjà bien contribué à l'éducation du premier enfant, vu l'état de santé précaire de madame X et de sa première vie de couple instable et mal gérée.

Cette situation perturbe sa vie de couple ; son mari travaille et n'a pas de moyen de locomotion personnel ; il est dépendant des transports en commun ou de la bonne volonté de ses amis.

Les problèmes financiers liés à l'éloignement du mari, qui doit se loger sur place (à l'hôpital) lorsqu'il vient en visite les week-end, s'accumulent...

Madame X se retrouve donc dans un contexte de solitude difficile à assumer, d'autant qu'elle aime le contact avec les autres, qu'elle a sans cesse besoin d'être rassurée, de se sentir entourée et approuvée dans ses décisions ; or, là, elle fait face à des gens réticents vis-à-vis de son désir de grossesse (par manque d'information).

### IV – La naissance

La césarienne prophylactique, bien planifiée, est réalisée le **21 février 1996**, soit 33 semaines d'aménorrhée, sous anesthésie générale. La patiente a été ensuite placée en réanimation.

La surveillance a surtout porté sur la tension artérielle. Les suites ont été simples et les dialyses ont été reprises dès le lendemain de l'intervention chirurgicale.

A l'extraction, le bébé pèse 1 kg 740 et présente un APGAR bas à 4.

Le bébé hypotonique fait des pauses respiratoires nécessitant une intubation avec ventilation manuelle. Bébé est cependant normalement constitué et bien mignon. Il sera alimenté par cathéter artériel ombilical sur 7 jours et l'alimentation entérale introduite à J +2.

L'urémie post-natale est surveillée car un taux élevé chez l'enfant comporte le risque d'une diurèse osmotique pouvant entraîner une déshydratation extra-cellulaire (la créatinine est à 425  $\mu\text{mol/l}$ , l'urée à 7  $\text{mmol/l}$ , il n'y a pas de perturbation du sodium, pas d'acidose métabolique, pas d'anémie. La normalisation de l'urée et de la créatinine se fait en 48 h).

Le soir même il sera extubé et profitera tout le long de son séjour en couveuse de nombreuses visites de sa famille et du personnel soignant.

Il quitte le service de pédiatrie le 14 mars 1996, à J23, il pèse 2 kg 370, mesure 43 cm. Alimentation : lait maternisé Préaptamil.

### V – Le devenir

A ce jour, le bébé est âgé de 15 mois, va bien, se déplace seul mais a encore besoin d'une main rassurante, commence à dire ses premiers mots : un bébé qui a un développement staturo-pondéral équivalent à n'importe quel autre bébé du même âge.

Sa maman va bien, dialyse à nouveau en auto-dialyse ; son plus cher désir est de donner une sœur à ses deux fils !... puisque la survenue d'une grossesse en hémodialyse est rare, mais néanmoins possible.

## CONCLUSION

D'après notre expérience, n'est-il pas envisageable d'infléchir une attitude encore souvent radicale et pessimiste, pour ces femmes encore jeunes avec une qualité de vie suffisamment bonne, après les avoir prévenues des risques et complications ? Ne doit-on pas les laisser vivre pleinement la joie de la maternité ?

### *Une pensée philosophique*

La dialyse permet la vie, et la donner, c'est revivre.

Nous tenons à remercier tous les membres de l'équipe qui nous ont permis de réaliser ce travail, plus particulièrement les médecins, la surveillante et la secrétaire du service d'hémodialyse, sans oublier les services de maternité-gynécologie, la pédiatrie, la cardiologie et le laboratoire.