



Grossesse après transplantation hépatique

Pregnancy after liver transplantation

V. Houfflin Debarge ^{a,*}, S. Dharancy ^b, A. Bourgain ^a, A.-F. Dalmas ^c,
J.-P. Dubos ^e, F.-R. Pruvot ^d

^a Service de gynécologie-obstétrique

^b Service des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, CHRU, 2, rue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^c Département d'anesthésie, CHRU, 2, rue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^d Service de pédiatrie en maternité, CHRU, 2, rue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^e Unité de transplantation, CHRU, 2, rue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

MOTS CLÉS

Transplantation
hépatique ;
Grossesse ;
Traitement
immunosuppresseur

Résumé La grossesse après transplantation hépatique est possible. Il est cependant souhaitable d'attendre un délai minimum de 1 an après la greffe et de s'assurer de la stabilité de la fonction hépatique mais aussi de la fonction rénale avant de l'envisager. Le projet de grossesse doit être discuté en concertation avec l'ensemble de l'équipe (équipe de transplantation, obstétricien, anesthésiste etc.). Elle doit être considérée comme une grossesse à risque. La fréquence de l'hypertension artérielle, de la prééclampsie et du retard de croissance intra-utérin est en effet plus élevée que dans la population générale. Le risque de rejet aigu n'est pas augmenté par la grossesse. Le traitement immunosuppresseur doit être maintenu. La surveillance de la grossesse doit être multidisciplinaire, permettant dans la plupart des cas une issue favorable pour la mère et l'enfant.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Liver transplantation;
Pregnancy;
Immunosuppressive
drugs

Abstract Pregnancy is possible for women after liver transplantation. However, these women have a higher risk of pre eclampsia, hypertension, small for gestational age and preterm delivery than the normal obstetric population. Pregnancy can be safely considered one year after the transplantation provided hepatic and renal functions are stable. Renal dysfunction is associated with a higher risk of foetal and maternal complication. Immunosuppressive medication should be continued. Pregnancy does not appear to alter hepatic graft function. Careful monitoring of these pregnancies is essential for favourable outcome.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La première greffe de foie a été réalisée en 1963.¹ Depuis, les indications de la transplantation hépa-

tique n'ont cessé de s'élargir et le nombre de malades transplantés augmente régulièrement. Fin 2004, plus de 12 000 transplantations hépatiques avaient été réalisées en France. Il s'agit de la plus fréquente des greffes après la transplantation rénale (environ 900 greffes hépatiques par an). En 2003, 28,6 % des patients transplantés étaient des femmes. Parmi elles, 24 % étaient âgées de 16 à

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : v-houfflin-debarge@chru-lille.fr
(V. Houfflin Debarge).

45 ans. Les nombreux progrès dans la prise en charge chirurgicale et les traitements immunosuppresseurs ont permis une nette diminution de la morbidité et la mortalité. La qualité de vie des patients s'améliore dans la majorité des cas après la greffe et les patientes jeunes, en âge de procréer, envisagent de plus en plus souvent une grossesse. La première grossesse chez une transplantée hépatique a été décrite en 1978.² Depuis, plus de 200 grossesses ont été rapportées dans la littérature. Cependant, ces grossesses comportent des risques à la fois maternels et fœtaux.³ Leur prise en charge doit être multidisciplinaire.

Fertilité

En cas d'hépatopathie chronique, quelle que soit son étiologie, des irrégularités menstruelles sont fréquemment observées (environ 30 % des patientes).³⁻⁵ Une aménorrhée est notée chez 30 à 50 % des patientes dans l'année qui précède la greffe.⁴⁻⁶ La physiopathologie est mal connue mais pourrait faire intervenir un dysfonctionnement de l'axe hypothalamohypophysaire et un défaut de métabolisme de la testostérone par le foie.⁵ Ces troubles menstruels entraînent une infertilité. Après la greffe, les patientes retrouvent le plus souvent des cycles menstruels (CM) normaux, avec un délai parfois très court de 1 à 2 mois.^{4,5,7} Pour Cundy, 42 % des patientes sont réglées régulièrement 2 mois après la transplantation.⁵ La greffe restaure des CM normaux chez 86 % à 100 % des patientes à 1 an.^{4,5,7} L'intervalle entre la greffe et le retour de CM normaux n'est corrélé ni à l'âge de la patiente, ni à la durée de l'aménorrhée ou à l'étiologie de l'hépatopathie.⁵ Il ne semble pas exister de corrélation entre l'activité sérique des transaminases et la régularité des CM après la greffe.^{4,8} Quelques mois après la greffe, la majorité des patientes retrouvent une vie sexuelle normale.^{3,7} Dans les cas de transplantation en période prépubertaire, la greffe et le traitement immunosuppresseur n'ont le plus souvent aucun retentissement sur la puberté et la survenue des premières règles.⁹

Grossesse

Planification de la grossesse

La première année postgreffe est caractérisée par la survenue de complications précoces et par des adaptations thérapeutiques fréquentes des immunosuppresseurs. Le taux de mortalité à 1 an est de

l'ordre de 10 à 15 %.¹⁰ La plupart des auteurs recommandent donc d'attendre un minimum de 1 année avant d'envisager une grossesse.^{6,10} Quelques grossesses d'évolution normale sont cependant survenues avant ce délai et 6 mois de recul postgreffe peuvent paraître suffisants pour certains auteurs.¹¹ La grossesse n'est envisagée qu'en cas de parfaite stabilité de la fonction hépatique mais aussi de la fonction rénale et après avoir éliminé une infection virale active.^{3,6,12,13} L'altération de la fonction rénale avant la greffe est un des principaux facteurs de mauvais pronostic maternel et fœtal.¹³ Une interruption volontaire de grossesse d'indication médicale peut être proposée en cas d'altération majeure du bilan hépatique attestant un épisode de rejet ou d'insuffisance rénale.¹⁴ Le projet de grossesse sera de préférence accompagné et celle-ci planifiée afin d'instaurer de façon précoce une surveillance spécifique et d'adapter le traitement si besoin. Cependant, comme dans la plupart des maladies chroniques, seules 40 à 50 % des grossesses sont programmées.^{12,15}

Suivi

Le suivi d'une patiente enceinte transplantée hépatique doit être multidisciplinaire associant l'équipe de transplantation, le gynécologue-obstétricien et les anesthésistes. Cette grossesse, considérée comme à haut risque, doit être suivie dans une maternité de niveau III. Une prise en charge précoce est souhaitable. La datation de la grossesse doit être aussi précise que possible. Les sérologies seront vérifiées en début de grossesse (en fonction du contexte : toxoplasmose, rubéole, syphilis, virus de l'immunodéficience humaine [VIH], hépatite B et C, cytomégalovirus [CMV]). Le suivi est bimensuel au cours des 6 premiers mois puis hebdomadaire en l'absence de complication.¹² L'examen clinique recherche des signes d'appel de complications hépatiques (récidive de l'hépatopathie initiale, rejet de greffe, prurit, ictère), d'intolérance au traitement, d'infection et de complications obstétricales (hypertension artérielle [HTA], œdème des membres inférieurs etc.). Un bilan biologique est systématiquement réalisé. Il comprend : un bilan hépatique (dosage des transaminases, phosphatases alcalines, bilirubine, γ GT, albumine) et rénal, une numération formule sanguine, un bilan de coagulation (temps de prothrombine et facteur V), la glycémie et la recherche d'une protéinurie.^{3,16} Un test de dépistage du diabète gestationnel est demandé systématiquement (O'Sullivan, éventuellement hyperglycémie provoquée orale). Les taux résiduels maternels des traitements immunosuppresseurs sont contrôlés régulièrement (au

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319163>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319163>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)