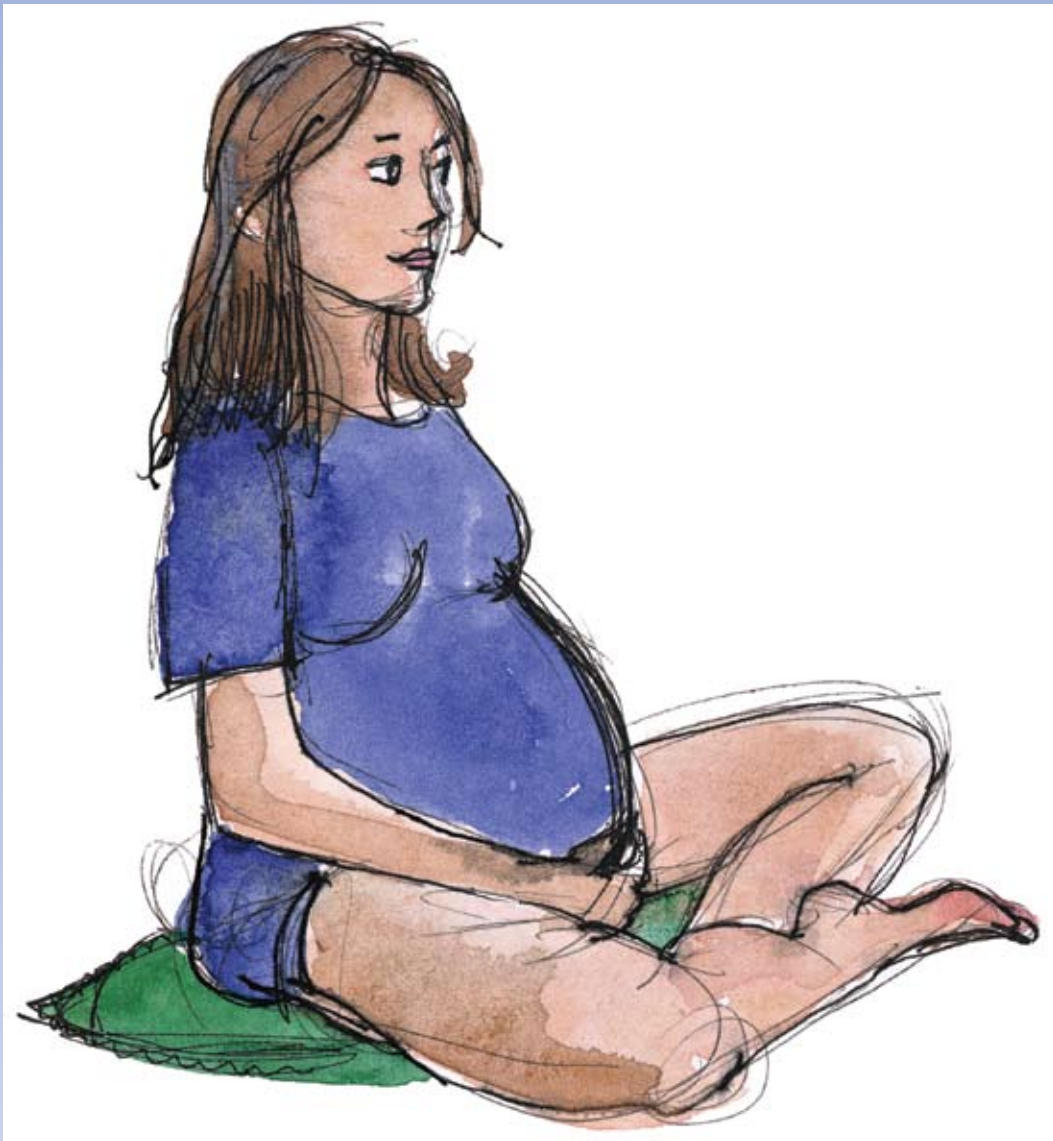


Grossesse et rôle parental après une transplantation:

Ce que vous devriez savoir



Transplantation et grossesse

La transplantation offre une seconde chance de vivre à bon nombre de personnes atteintes d'une maladie organique en phase terminale. Les taux de survie ont augmenté au cours des vingt dernières années et de nombreux receveurs sont en bonne santé, actifs et bénéficient d'une meilleure qualité de vie. Après avoir été malades, les receveurs de transplantation d'organes se réjouissent à l'idée de pouvoir enfin recommencer à faire certaines activités. Les femmes et les hommes qui ont songé à devenir parents pour la première fois ou qui souhaitent avoir d'autres enfants peuvent avoir des questions sur la conception ou sur leurs compétences parentales à la suite d'une transplantation. Avec des soins médicaux appropriés, une bonne planification et un suivi rigoureux, bien des femmes et des hommes ayant subi une transplantation d'organe peuvent assumer leur rôle de parent sans problème.

La première grossesse signalée chez une greffée est survenue en 1958. Une femme ayant subi une transplantation rénale de son jumeau identique a donné naissance à un garçon en pleine santé. Depuis ce temps, partout dans le monde, des milliers de femmes ayant subi une transplantation hépatique, rénale, cardiaque ou pulmonaire ont eu des enfants. La plupart de ces grossesses ont été signalées chez des femmes ayant subi une transplantation rénale.

Si vous songez à devenir enceinte après votre greffe, il est important que vous sachiez que chaque grossesse peut comporter des complications et des risques. Votre grossesse doit être bien planifiée. Avant de devenir enceinte, il serait préférable que les greffées discutent des risques de la procréation avec leur spécialiste de la transplantation, leur obstétricien-gynécologue et leur coordonnateur de transplantation. De nombreuses questions sont à prendre en considération: votre état de santé actuel, le bon fonctionnement de votre organe greffé et votre médication. Passez en revue l'information offerte à propos de la grossesse à la suite d'une transplantation, vous serez au fait de l'expérience d'autres patientes et des risques potentiels. Le fait de songer à devenir maman en connaissant bien les problèmes qui y sont liés et en étant suivie de près par un médecin avant, pendant et après la grossesse peut s'avérer bénéfique pour vous et votre enfant.



Quand la fertilité revient-elle à la normale après une transplantation?

La fertilité, tant chez l'homme que chez la femme, peut revenir à la normale peu de temps après une transplantation. Les études révèlent que la régularité des cycles menstruels reprend quelques mois à un an après une greffe chez la plupart des femmes. De nombreux hommes qui éprouvaient des difficultés à avoir des rapports sexuels avant la transplantation signalent une amélioration des érections. Avant une transplantation, il arrive souvent que les hommes et les femmes aient des rapports sexuels moins fréquents en raison de leur maladie et d'une perte de désir (libido). Bien que quelques différences soient signalées quant au type de transplantation d'organe, la plupart des hommes et des femmes notent une amélioration de leur libido après avoir récupéré de leur greffe.

Il existe de nombreuses raisons qui expliquent pourquoi les patients peuvent avoir des troubles d'ordre sexuel. Ces problèmes peuvent découler de complications liées à leur maladie principale, de leur médication ou de problèmes dans leur relation avec leur partenaire. Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant le retour à la normale de vos rapports sexuels, discutez-en avec votre médecin.

À quel moment est-il préférable de devenir enceinte?

Il est possible de devenir enceinte quelques mois après avoir subi une transplantation. Bien qu'une grossesse précoce puisse être menée à terme sans problème, il est préférable d'attendre au moins un an après une transplantation avant de devenir enceinte. Certains centres incitent les patientes à attendre deux ans. Cela laisse suffisamment de temps pour s'assurer que l'organe transplanté est sain et qu'il fonctionne normalement. Des niveaux d'immunosuppression seront maintenus à un niveau d'entretien, le plus bas niveau dont vous avez besoin pour ne pas avoir de rejet.

S'il s'est écoulé un à deux ans depuis votre transplantation et que vous pensez à devenir enceinte, vous devriez vous assurer:

- d'avoir un niveau d'immunosuppression stable
- que l'organe transplanté fonctionne normalement
- d'avoir une bonne fonction rénale si vous n'avez pas subi de greffe de rein
- d'avoir une tension artérielle normale ou bien maîtrisée
- d'avoir une glycémie normale ou un diabète bien maîtrisé
- d'être en bonne santé générale

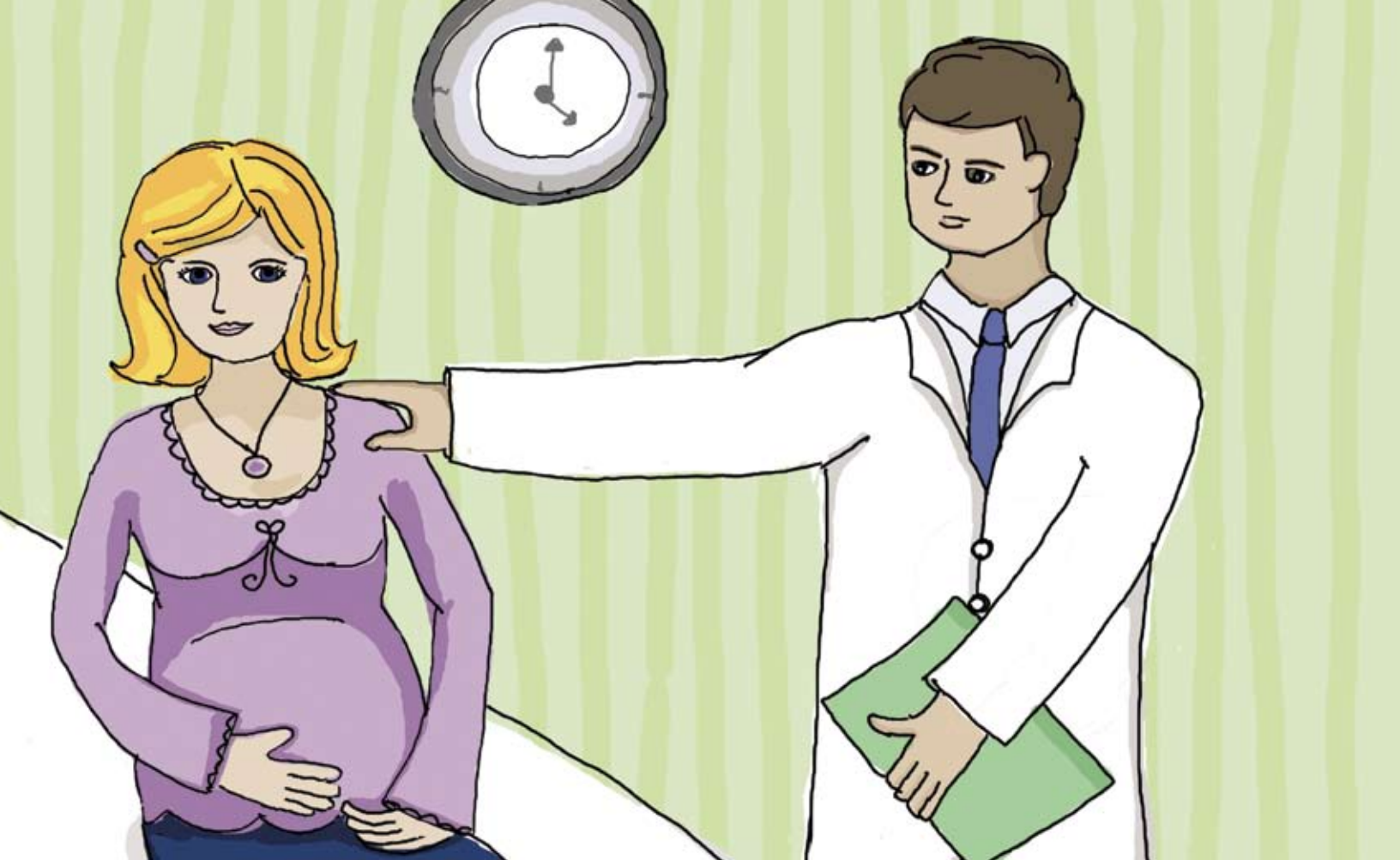
Discutez de ces problèmes de santé avec vos spécialistes de la transplantation et votre obstétricien-gynécologue afin de déterminer quel serait pour vous le moment opportun pour devenir enceinte.

Qu'en est-il des méthodes contraceptives?

Il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif approprié lorsque vous reprenez une vie sexuelle active. Le recours aux méthodes obstructives (condom, diaphragme et spermicide) est souvent conseillé. Si vous utilisez le condom, vous pouvez prévenir les risques de grossesse et de maladies transmises sexuellement (MTS).

Certains centres de transplantation ont approuvé l'utilisation de faibles doses de contraceptifs oraux ("la pilule"). Toutefois, les greffées qui utilisent la pilule comme moyen contraceptif présentent des risques plus élevés de caillots de sang, d'hypertension, de troubles gastro-intestinaux, de coronaropathie et de dépression. La contraception orale peut également augmenter les taux de certains médicaments immunosuppresseurs.

Il est important de garder à l'esprit que, bien que la pilule permette de prévenir les grossesses lorsqu'elle est prise correctement, elle ne confère aucune protection contre les MTS. Le condom permet de réduire le risque de MTS.



Est-il sécuritaire pour une greffée de devenir enceinte?

“Sécuritaire” concerne à la fois la mère, le bébé et l’organe transplanté. La plupart des femmes n’ont aucune complication due à l’organe transplanté durant leur grossesse si la fonction de l’organe était stable et saine avant qu’elles ne deviennent enceintes. Bien qu’en général une grossesse s’avère sans risque, le cas de chaque patiente recevant une greffe d’organe est différent. Votre équipe médicale doit examiner tout problème spécifique pouvant nuire à votre grossesse.

Il existe quelques risques liés à la transplantation de chaque organe. Transplantées rénales: les patientes qui ont eu des taux de créatinine élevés avant de devenir enceintes ou qui ont présenté une hypertension non maîtrisée peuvent présenter un risque plus élevé de complications avec leur rein transplanté.

Transplantées hépatiques: on a signalé des cas d’hypertension, d’augmentation des taux de bilirubine, de diabète gestationnel, de prééclampsie et de rejet durant la grossesse chez des transplantées du foie. Les femmes souffrant d’hépatite C ou de rejet chronique et qui ont subi une greffe hépatique présentent un plus grand risque de complications durant leur grossesse.

Transplantées cardiaques: ces patientes doivent avoir une fonction cardiaque normale avant de devenir enceintes étant donné que le cœur transplanté doit être suffisamment fort pour effectuer le surplus de travail qui survient au cours du dernier trimestre de la grossesse. Si la fonction cardiaque est normale avant la grossesse, le cœur transplanté est habituellement en mesure de fournir à cette demande additionnelle.

Transplantées pulmonaires: les patientes qui ont subi une greffe pulmonaire semblent présenter le risque le plus élevé de complications durant leur grossesse, bien que la situation chez ce groupe de femmes se soit améliorée.

Des complications peuvent-elles survenir durant la grossesse?

Des complications peuvent survenir durant toute grossesse. Étant donné que vous avez subi une transplantation d'organe, vous et votre bébé serez surveillés de près afin de déceler et de traiter le plus tôt possible toute complication. Les prélèvements sanguins pour les besoins des tests de laboratoire habituels seront effectués plus souvent. Ces prélèvements serviront, entre autres, à diagnostiquer l'anémie. Votre tension artérielle sera évaluée régulièrement lors de vos visites au cabinet du médecin. Il se peut que vous ayez à prendre votre tension artérielle à la maison et à noter les valeurs obtenues. Des analyses d'urine seront effectuées pour mesurer les taux de protéines et de glucose. Votre poids sera mesuré à chaque visite et vous serez examinée pour déceler tout signe de rétention liquidienne ou d'œdème (visage, mains ou pieds enflés). Comme dans toute grossesse, la croissance et le développement de votre bébé seront surveillés lors de votre examen physique et de vos échographies.

Les complications qui surviennent le plus fréquemment durant la grossesse incluent:

- Hypertension
- Présence de protéines dans l'urine (protéinurie). Généralement, il n'y a pas de protéines dans les urines, mais ce n'est pas toujours le cas. Chez certaines patientes, une protéinurie peut survenir durant la grossesse ou accompagner certaines maladies, notamment une maladie rénale. La protéinurie peut également survenir chez les patientes qui font de la fièvre et un exercice physique intense.
- Infections urinaires. Infection causée par la présence de nombreuses bactéries dans l'urine. Habituellement, les antibiotiques oraux sont indiqués dans la prise en charge des infections urinaires.
- Diabète gestationnel. Un taux de glycémie élevé peut être un signe de diabète. Certaines femmes affichent un taux de glycémie élevé durant leur grossesse, on parle alors de diabète gestationnel. Cela s'explique par le fait que le bébé en développement nécessite un apport accru en nutriments et, en même temps, la mère éprouve des changements hormonaux qui modifient son besoin en insuline. Bien que les taux de glycémie reviennent généralement à la normale après l'accouchement, les patientes souffrant de

diabète gestationnel sont suivies de très près afin que les complications qui pourraient survenir, tant pour la mère que pour le bébé, puissent être prises en charge.

- Anémie. L'anémie est diagnostiquée en présence d'une diminution de la concentration en hémoglobine, cette substance qui est le véhicule de l'oxygène et que l'on trouve dans les globules rouges. Si vous souffrez d'anémie, il se peut que vous vous sentiez très fatiguée et faible, et que vous ayez le teint pâle. Parfois, l'anémie est traitée à l'aide de suppléments de fer.
- Prééclampsie. La prééclampsie est une autre complication pouvant survenir durant la grossesse. Cette maladie se manifeste par une hypertension, une protéinurie et une enflure (œdème) au niveau des pieds. Ces symptômes surviennent habituellement après 20 semaines de gestation.

La grossesse influence-t-elle le mode d'action de mes médicaments anti-rejet? La posologie de mes médicaments anti-rejet devra-t-elle être changée?

La grossesse peut modifier le taux d'immunosuppression étant donné que vous prenez du poids et que votre volume de sang s'accroît afin de répondre aux besoins du fœtus. Les variations quant à votre volume sanguin et votre poids peuvent nécessiter une augmentation de la dose de votre médicament anti-rejet afin de maintenir les concentrations que vous aviez avant de devenir enceinte. Vos concentrations en cyclosporine ou en tacrolimus seront fréquemment surveillées afin que votre organisme puisse maintenir la concentration appropriée à vos besoins et pour éviter tout risque de rejet de votre nouvel organe. Il peut s'avérer nécessaire d'ajuster la posologie de certains médicaments avant, durant et même tout de suite après la grossesse.

Mes médicaments anti-rejet peuvent-ils nuire au fœtus?

Certains immunosuppresseurs peuvent nuire au développement du fœtus. Après avoir discuté de cela avec l'équipe qui a pratiqué la transplantation, vous devez songer aux risques et aux avantages qui peuvent potentiellement être liés à la prise de quelques-unes de ces substances durant votre grossesse. Votre médecin pourrait vouloir modifier votre traitement immunosuppresseur afin que votre grossesse se déroule sans complications et pour diminuer le risque de rejet.

Durant les premiers jours de vie, de faibles taux d'immunosuppresseurs ont été mesurés chez les nourrissons. Ces concentrations disparaissent en l'espace d'une semaine.

Qu'en est-il des autres médicaments qui m'ont été prescrits?

La plupart des receveurs d'organe prennent plusieurs médicaments. Avant votre grossesse, votre médecin devra revoir la liste de médicaments que vous prenez afin de s'assurer que ces derniers ne sont pas nocifs pour votre bébé. Il se peut que l'on interrompe la prise de ces médicaments ou qu'on les change afin d'éviter de nuire au développement du fœtus. La prise de certains médicaments peut être interrompue durant votre grossesse et poursuivie après l'accouchement. Si vous prenez un médicament qui est potentiellement nocif pour votre bébé, votre médecin peut interrompre le traitement et vous recommander de ne pas devenir enceinte avant un certain temps, afin de s'assurer que la substance est complètement éliminée de votre organisme. Votre médecin veut avant tout que vous demeuriez en santé et que votre nouvel organe soit sain durant votre grossesse, tout en veillant à ce que votre bébé se développe normalement.



Que se passera-t-il si je subis un rejet durant ma grossesse?

Si l'organe transplanté fonctionne normalement avant que vous ne deveniez enceinte, le risque de rejet durant la grossesse est mince. Si un rejet survient, il peut être traité en augmentant la dose d'immunosuppresseurs que vous devez prendre, habituellement des stéroïdes (prednisone). Toutefois, l'administration de doses plus élevées d'immunosuppresseurs peut accroître les risques d'infection.

Bien que le rejet soit une préoccupation durant une grossesse, la mère et le bébé se portent très bien après avoir reçu un traitement anti-rejet. Certains cas de faible poids à la naissance et de bébés prématurés ont néanmoins été signalés chez des mères ayant subi un rejet durant leur grossesse.



Y a-t-il d'autres risques pour le bébé?

Lorsque l'organe transplanté fonctionne normalement, le risque de fausse couche est semblable à celui noté dans la population générale. Les patientes chez qui on observe une détérioration de l'organe transplanté présentent un risque plus élevé de fausse couche que celui noté dans la population générale.

La naissance de bébés prématurés et de faible poids est plus fréquente dans le cas de femmes dont l'organe transplanté fonctionne plus ou moins bien, chez qui les reins ne fonctionnent pas bien, qui souffrent d'une tension artérielle non maîtrisée ou de diabète ou qui prennent des médicaments anti-rejet durant leur grossesse.

Les enfants nés de femmes transplantées sont-ils en bonne santé?

En général, les enfants de femmes transplantées sont en bonne santé et se développent normalement. Toutefois, des problèmes de santé et de développement ont été signalés à l'occasion. Ces enfants font l'objet d'un suivi pour vérifier leur croissance et leur développement au fil du temps.

S'il y a des antécédents familiaux de troubles génétiques ou de maladie héréditaire, le bébé peut être à risque d'en être atteint ou d'être porteur. S'il y a des antécédents familiaux de troubles génétiques, vous pouvez discuter de vos inquiétudes avec votre obstétricien et le médecin qui a effectué votre greffe. Vous pourriez être dirigée vers un médecin qui se spécialise dans les troubles génétiques pour obtenir plus de conseils.



Quelles complications surviennent le plus souvent chez les nouveau-nés issus de mères transplantées?

Si vous avez subi une greffe, vous présentez un risque trois fois plus élevé de donner naissance à un bébé prématuré (moins de 37 semaines de gestation) ou de faible poids (moins de 5 lb), comparativement à la population générale. Les transplantées devraient être suivies par un obstétricien qui se spécialise dans les cas à risque élevé et faire l'objet d'une étroite surveillance durant leur grossesse.

L'incidence d'anomalies congénitales chez les enfants de mères ayant subi une transplantation est similaire à celle observée au sein de la population générale.

Puis-je accoucher normalement?

Vous devriez pouvoir accoucher normalement, par voie vaginale. Votre obstétricien continuera de vous suivre durant votre grossesse afin de s'assurer que vous serez en mesure d'accoucher normalement. Les césariennes sont plus fréquentes chez les femmes ayant subi une transplantation que chez la population générale, malgré que la plupart des médecins s'entendent pour affirmer qu'on doit recourir à la césarienne seulement si des complications risquent de survenir. Parfois, le travail peut être provoqué afin de s'assurer que toute l'équipe médicale et les ressources sont disponibles, au besoin. L'épidurale est utilisée tant pour les accouchements vaginaux que pour les césariennes.

Puis-je allaiter mon bébé?

Bien que l'allaitement soit considéré comme étant ce qu'il y a de mieux pour un bébé, il s'agit d'un sujet controversé dans le cas des mères ayant subi une transplantation. Il y a des inquiétudes concernant le passage des immunosuppresseurs dans le lait maternel et des effets néfastes que cela pourrait avoir pour le bébé. De faibles taux d'immunosuppresseurs (azathioprine, prednisone, cyclosporine et tacrolimus) ont été décelés dans le lait maternel; les effets de ces faibles concentrations sur le bébé ne sont pas encore connus. Toutefois, certaines femmes transplantées qui optent pour l'allaitement n'ont aucun problème. Si vous désirez allaiter, vous devriez en discuter avec votre obstétricien, l'équipe qui a pratiqué la transplantation et le pédiatre de l'enfant. Si vous choisissez d'allaiter, votre médecin surveillera votre concentration d'immunosuppresseurs dans votre sang. Le sang de votre enfant ainsi que votre lait peuvent également être vérifiés. Votre bébé fera l'objet d'une surveillance visant à déceler d'éventuels effets indésirables liés à la prise d'immunosuppresseurs.

Est-il prudent de devenir enceinte plus d'une fois après une transplantation?

Certaines femmes ont eu plus d'une grossesse après avoir subi leur transplantation. Les femmes transplantées doivent avoir un organe transplanté qui fonctionne normalement, une bonne fonction rénale et des taux d'immunosuppression stables avant de devenir enceinte de nouveau.



Certaines transplantées sont-elles plus à risque d'avoir des complications que d'autres durant leur grossesse?

Certaines femmes transplantées présentent un risque accru de complications si elles deviennent enceintes. Les patientes dont la fonction de l'organe transplanté se détériore sont plus à risque. Les transplantées du rein qui présentent un taux de créatinine élevé, les transplantées du foie qui souffrent d'hépatite chronique ou les transplantées du cœur qui souffrent d'une coronaropathie post-transplantation doivent s'assurer que les risques de devenir enceinte ne sont pas trop élevés. Si vous avez subi une transplantation, que vous voulez devenir enceinte, mais que votre nouvel organe ne fonctionne pas normalement, il serait préférable que vous obteniez des conseils avant de devenir enceinte.

Un homme qui a subi une transplantation peut-il procréer sans craindre de complications?

Dans le cas de grossesses dont le père a subi une transplantation, tout se déroule généralement bien. L'âge du bébé à la naissance (âge gestationnel), le poids à la naissance, la fréquence des naissances prématurées et la fréquence des anomalies congénitales sont similaires à ceux observés dans la population générale. Par ailleurs, aucune complication n'a été signalée dans le cas de bébés dont le père a subi une transplantation et qui reçoit du mycophénolate mofétil (MMF) ou du sirolimus.



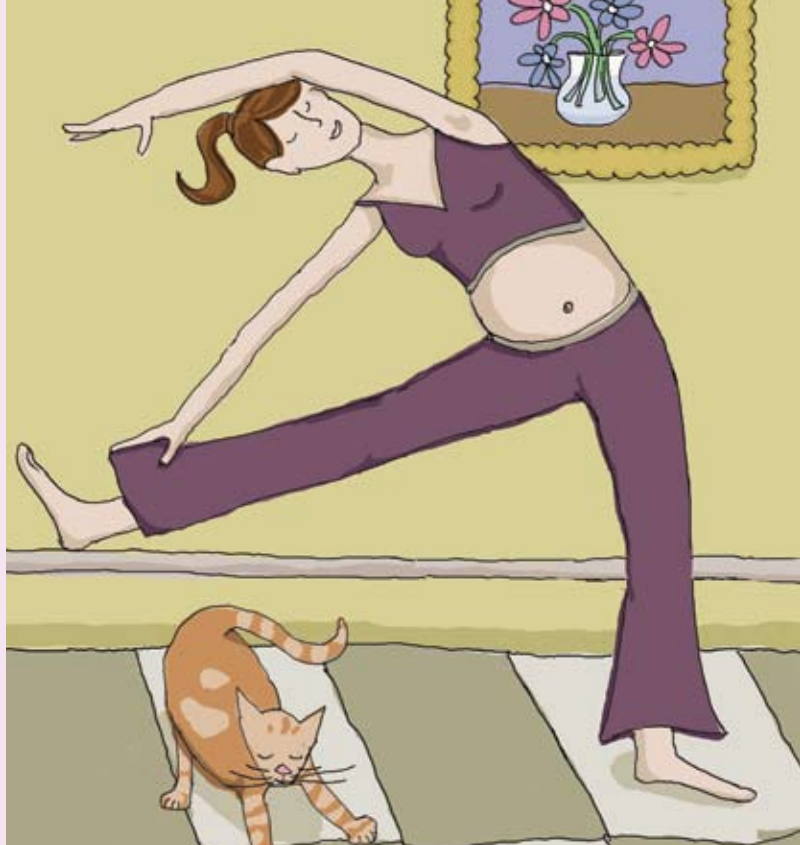
Que dois-je faire pour obtenir plus de renseignements au sujet des grossesses post-transplantation?

L'information est recueillie auprès d'autres parents qui ont subi une transplantation par divers centres afin d'aider les transplantés qui veulent devenir ou redevenir parents à faire un choix éclairé. Renseignez-vous auprès de votre médecin, du coordonnateur de la transplantation ou de l'infirmière pour obtenir plus de détails et consultez les lignes directrices fournies par votre centre de transplantation. Vous pouvez également visiter des sites Web pour savoir quels sont les centres les plus réputés et communiquer avec eux pour en savoir davantage au sujet de la grossesse post-transplantation.

Vous pouvez aussi vous adresser à des organismes reconnus ou à certains registres pour accéder à des données concernant des patients traités dans de nombreux centres de transplantation. Cette information est transmise à d'autres transplantés qui envisagent de devenir parents et à des médecins qui les traitent.

Le National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR) a vu le jour en 1991, aux États-Unis, avec comme mandat l'étude des grossesses de femmes transplantées et des grossesses dont le père avait subi une transplantation. Le NTPR a reçu des données de plus de 2400 grossesses dont le père et/ou la mère avaient subi une transplantation d'un organe plein. Le registre recueille des données sur les femmes qui sont devenues enceintes après leur greffe, sur les hommes qui ont procréé après une transplantation et sur les nourrissons. Le NTPR donne également aux transplantés qui désirent devenir ou redevenir parents la chance de discuter avec d'autres transplantées qui sont devenues enceintes ou d'autres pères qui ont procréé. Si vous êtes devenue enceinte ou avez procréé, vous pouvez demander un formulaire d'inscription et de l'aide auprès du NTPR ou de votre coordonnateur de transplantation.

Au Royaume-Uni, le United Kingdom Transplant Authority a vu le jour en 1997 dans le but de créer une base de données sur les grossesses et leurs issues.



Les coordonnateurs de transplantation signalent des grossesses à leur registre et le suivi est assuré par un examen du dossier médical. Bien que vous ne puissiez avoir accès à cette information directement du UK Registry, votre coordonnateur de transplantation peut l'obtenir pour vous.

Ce registre est conçu pour examiner l'effet des facteurs liés à la transplantation sur le poids à la naissance, le taux de survie et le développement; les effets des immunosuppresseurs sur la mère et le fœtus et les facteurs contribuant à une issue défavorable de la grossesse. Les données de ce registre servent à orienter les médecins qui traitent des patients transplantés en matière de complications durant la grossesse.

Conclusion

Dans l'ensemble, les femmes et les hommes qui ont subi une transplantation d'un organe plein peuvent devenir parents en toute sécurité. Des problèmes peuvent survenir et ont été signalés dans peu de cas. Il est important que les futurs parents puissent se renseigner afin de maximiser les chances d'une grossesse favorable et que tout se déroule bien pour vous et votre bébé.

Liens utiles pour obtenir de plus amples renseignements

L'ITNS n'est pas responsable des renseignements reçus de ces sites Web. Ces sites sont fournis à titre de ressource de réseau. L'information provenant de l'internet relativement à votre transplantation doit toujours être discutée avec votre équipe soignante.

Pour obtenir de plus amples renseignements:

<http://www.transplantliving.org/afterthetransplant/pregnancy.aspx>

National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR)

3401 N. Broad St.
Parkinson Pavilion, Suite #100
Philadelphia, PA 19140
Numéro sans frais: 1-877-955-NTPR (6877)
Télécopieur: 215-707-8894
NTPR.Registry@temple.edu

<http://www.temple.edu/NTPR>

<http://www.uktransplant.org.uk>

Tél: 020 7975 7575
Télécopieur: 020 7975 7577
Courriel: webmaster@uktransplant.org.uk

http://www.alpha1advocacy.org/transplant_pregnancy_web.html

Références:

Armenti VT, Moritz MJ, Radomski JS, *et al.*
Report from the National Transplantation Pregnancy Registry: Outcomes of Pregnancy after Transplantation. Dans *Clinical Transplants* 2004. Cecka JM et Terasaki P (éd.), UCLA Immunogenetics Center, Los Angeles, CA 2005.

Blazek J. Pregnancy after Transplantation. Dans *Transplantation Nursing Secrets*. Cupples S et Ohler L (éd.). Philadelphia: Hanley and Belfus; 2003.

Coscia LA, Moritz MJ et Armenti VT. The National Transplantation Pregnancy Registry Continues to Follow Post-Transplant Pregnancy Outcomes. *Transplant Chronicles*, hiver 2005;12:16-7.

Ce projet est financé grâce à une subvention à l'éducation de Novartis Pharmaceuticals Corporation. L'ITNS est très reconnaissante de l'appui manifesté à l'égard de ce projet éducatif visant à améliorer les soins prodigués aux patients et les résultats.



INTERNATIONAL
TRANSPLANT
NURSES
SOCIETY

1739 E. Carson Street
Box #351
Pittsburgh, PA 15203-1700, É.-U.

+1 412-343-ITNS (4867)
itns@msn.com

Collaborateurs :

Lisa Coscia, inf. aut., B.Sc.Inf.
Beverly Kosmach-Park, CRNP, M.Sc.Inf.
Kathy Lawrence, inf. aut., M.So.Inf.
Vincent T. Armenti, M.D., Ph.D.
Clare Whittaker, inf. aut., B.Sc.
Barbara Schroeder, M.Sc., ICS
Imprimé aux É.-U. 7.5K 2005-12

Imprimé aux É.-U.
7.5K 6/07