

L'insuffisance rénale aiguë obstétricale: un problème de santé publique dans les pays en voie de développement

M.-A. Costa De Beauregard

Service de néphrologie A, Hôpital Tenon, Paris

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) qui survient au cours de la grossesse fait partie des complications graves mettant en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant.¹ Elle présente des spécificités physiopathologiques, du fait des modifications physiologiques et hormonales qui apparaissent au cours de la grossesse.

On distingue habituellement les IRA du premier et du deuxième trimestre qui sont avant tout d'origine septique, en particulier secondaires à des avortements non médicalisés; et les IRA du troisième trimestre qui soit s'accompagnent d'une hypertension artérielle sévère, prééclampsie-éclampsie, et qui peuvent être associées à un HELLP syndrome ou à une stéatose aiguë hépatique, soit sont secondaires à une « catastrophe » obstétricale (hématome rétro-placentaire, mort fœtale in utero, embolies amniotiques, etc.). Enfin, dans le post-partum, peuvent apparaître des microangiopathies thrombotiques provoquées par les modifications hormonales qui suivent l'accouchement.

Dans les pays occidentaux, les IRA des deux premiers trimestres de la grossesse ont presque totalement disparu; ce phénomène a été constaté en particulier dans tous les pays où le taux d'avortements clandestins a diminué.^{2,3,4} D'une façon générale, la qualité de l'accès aux soins et du suivi pendant la grossesse s'accompagne d'une diminution du nombre d'IRA compliquant la grossesse. Alors que la fréquence de la prééclampsie reste élevée, de l'ordre de 5 à 10%, le nombre de complications graves, dont l'IRA, a fortement diminué. C'est donc bien que le dépistage précoce et le traitement systématique de l'hypertension artérielle ont permis de diminuer le nombre de ces complications. Dans les pays développés, et en France en particulier, on a observé depuis 50 ans, une diminution importante du taux d'IRA survenant au cours de la grossesse.^{5,6} Avant les années 70 il était de 1 pour 3000 grossesses; actuellement il n'est plus que de 1 pour 20 000, ce qui ne représente plus que 2 à 3% de l'ensemble des IRA, contre 20 à 40% dans les années 50-60.

Dans les pays en voie de développement, les IRA compliquant la grossesse restent un problème de santé publique, entraînant une importante morbidité et mortalité maternelle⁴ et fœtale.⁷ En effet, comme le signalent les auteurs de l'article de ce numéro de Néphrologie, le nombre important d'accouchements à domicile par des personnes non entraînées aggrave le risque maternel. De même, l'absence de suivi et de dépistage systématique d'une HTA, d'une protéinurie, d'une infection urinaire ou d'une insuffisance rénale, font qu'il persiste une forte incidence de complications infectieuses (pyélonéphrite aiguë) et rénale.

Hachim et coll. rapportent dans ce numéro de la revue leur expérience au CHU Ibn Rochd de Casablanca concernant les patientes hospitalisées pour IRA compliquant une grossesse. La grande majorité des causes d'IRA (3 sur 4) dans cette étude sont

dues à une prééclampsie ou éclampsie, alors que seulement 7% (4 patientes) ont une IRA dans les suites d'un avortement septique. Dans le cas présent, il apparaît donc plutôt que c'est le déficit de dépistage et de suivi pendant la grossesse qui sont à l'origine de ces complications. Les auteurs précisent d'ailleurs que 96% des patientes hospitalisées pour IRA n'ont pas été suivies pendant leur grossesse, ce qui signifie que très peu de femmes ont bénéficié d'un dépistage systématique. Et les auteurs concluent à juste titre, en insistant sur l'importance de la prévention primaire des complications obstétricales et de la nécessité d'améliorer les infrastructures sanitaires. En effet, des mesures aussi simples que la surveillance du poids, de la TA, de l'apparition d'œdèmes ou d'une protéinurie à la bandelette peuvent suffire au dépistage d'une complication rénale de la grossesse. Le problème est donc bien celui de l'accès aux soins, c'est-à-dire de la carte sanitaire.

Depuis l'avènement de l'hémodialyse, la mortalité maternelle a fortement diminué (la mortalité pouvait aller jusqu'à 50% dans les années 50), de même que la mortalité fœtale. Dans l'expérience de Hachim et coll., la mortalité fœtale est élevée, autour de 64%. Contrairement aux mesures de prévention, la réanimation néonatale fait appel à des structures lourdes. Les auteurs ne précisent pas quel type de prise en charge est disponible pour les nouveau-nés à l'hôpital Ibn Rochd. Cependant en l'absence d'une réanimation équipée sur place, les chances de survie du fœtus sont faibles. Ceci souligne encore l'importance de la prévention maternelle pour éviter l'apparition de complications graves pour le fœtus.

Une autre question intéressante abordée dans cette étude est le problème de l'indication de la ponction biopsie rénale (PBR). Ici la question de la PBR en cours de grossesse ne se pose pas, puisque toutes les femmes ont été vues au moment de la délivrance. Cette constatation rejoint d'ailleurs le problème du dépistage systématique d'une néphropathie ou d'une insuffisance rénale en cours de grossesse.

Il serait trop long de débattre ici des indications de la PBR chez la femme parturiente. Par contre, la question se pose différemment dans le post-partum. Comme toujours, les indications peuvent être d'ordre diagnostique ou pronostique. Le plus souvent, lorsque l'IRA complique une prééclampsie ou éclampsie, elle est secondaire à une nécrose tubulaire aiguë. Cependant, dans les tableaux les plus sévères, il peut s'agir d'une nécrose corticale. Cette complication devenue rare dans les pays développés fait partie des causes d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique dans les pays en voie de développement.⁸ Il en est à peu près de même pour les IRA compliquant une « catastrophe » obstétricale. Dans ces situations, l'imagerie rénale peut être utile,

en particulier la scintigraphie rénale ou l'angiographie par résonance magnétique (ARM) peuvent apporter des arguments pour une nécrose corticale et donner une évaluation de l'étendue des lésions. La biopsie rénale dans ce cas aura certes un intérêt diagnostique, mais aussi pronostique. Cependant, surtout en cas d'anomalie du sédiment urinaire (protéinurie, hématurie) ou d'anomalies associées du bilan sanguin, qu'il faut d'ailleurs systématiquement penser à rechercher (thrombopénie, présence de schizocytes), la PBR pourra être faite pour rechercher une microangiopathie thrombotique, ou parfois comme Hachim et coll. le signalent pour une de leurs patientes, une néphropathie gravidique avec lésions de hyalinose segmentaire et focale. Le caractère aigu de cette dernière entité est cependant contesté, et il pourrait s'agir en fait de lésions préexistantes à la grossesse et passées jusque-là inaperçues,⁹ alors que les lésions rénales secondaires à la prééclampsie au cours de la grossesse ou dans le post-partum ont été clairement décrites.¹⁰

Il paraît donc raisonnable voire nécessaire de pratiquer une PBR en cas de non reprise de la fonction rénale, ou en cas de doute pour une néphropathie autre qu'une NTA. Il est à ce sujet regrettable que Hachim et coll. ne donnent pas plus d'indications sur les résultats biologiques et histologiques concernant les patientes, ni sur les délais de la PBR après l'accouchement.

En conclusion, l'insuffisance rénale apparue en cours de grossesse reste un problème d'actualité, y compris dans les pays développés où se pose en particulier la question de la démarche diagnostique et des conséquences éventuelles sur le développement du fœtus.

Adresse de correspondance:

Dr Marie-Alyette Costa De Beauregard
Service de néphrologie A
Hôpital Tenon
4, rue de la Chine
F-75970 Paris Cedex 20



Références

1. Sibai BM, Villar MA, Mabie BC. Acute renal failure in hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy outcome and remote prognosis in thirty-one consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 777-83.
2. Randeree IG, Czarnocki A, Moodley J, Seedat YK, Naiker IP. Acute renal failure in pregnancy in South Africa. *Renal Fail* 1995; 17: 147-53.
3. Pertuiset N, Grunfeld JP. Acute renal failure in pregnancy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1994; 8: 333-51.
4. Utas C, Yalcindag C, Taskapan H, Guven M, Oymak O, Yucesoy M. Acute renal failure in Central Anatolia. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 152-5.
5. Grunfeld JP, Pertuiset N. Acute renal failure in pregnancy: 1987. *Am J Kidney Dis* 1987; 9: 359-62.
6. Stratta P, Besso L, Canavese C, Grill A, Todros T, Benedetto C, Hollo S, Segoloni GP. Is pregnancy-related acute renal failure a disappearing clinical entity? *Renal Fail* 1996; 18: 575-84.
7. Ventura JE, Villa M, Mizraji R, Ferreiros R. Acute renal failure in pregnancy. *Renal Fail* 1997; 19: 217-20.
8. Prakash J, Tripathi K, Pandey LK, Gadela SR, USHA. Renal cortical necrosis in pregnancy-related acute renal failure. *J Indian Med Assoc* 1996; 94: 227-9.
9. Gaber LW, Spargo BH. Pregnancy-induced nephropathy: The significance of focal segmental glomerulosclerosis. *Am J Kidney Dis* 1987; 9: 317-23.
10. Packham DK, Mathews DC, Fairley KF, Whitworth JA, Kincaid-Smith PS. Morphometric analysis of pre-eclampsia in women biopsied in pregnancy and post-partum. *Kidney Int* 1988; 34: 704-11.