

→ NOUVEAUTÉS en transplantation

PR MATTHIAS BÜCHLER DU CHU DE TOURS

Les donneurs de rein

- **Les donneurs vivants** : Le donneur vivant idéal qui n'a aucun problème de santé, qui ne prend pas de médicaments, et pour lequel on ne découvre pas des variations anatomiques rénales est très rare. Ainsi, dans certaines situations, on va accepter certaines comorbidités chez le donneur si l'accès à la greffe pour le receveur est difficile.

Le plan Greffe prévoit que 20 % des transplantations rénales se feront à partir de donneurs vivants. Cet objectif est loin d'être atteint. Même si cette activité a augmenté il y a environ 4 à 5 ans, elle stagne actuellement et présente seulement 13 à 14 % de l'activité de transplantation.

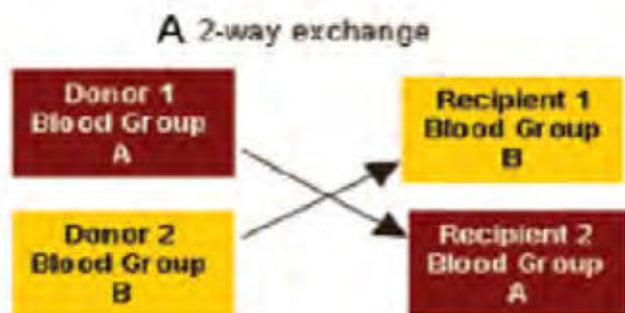
Les freins pour développer cette activité sont multiples mais on peut citer la nécessité de personnel de coordination suffisante, des disponibilités de blocs opératoires (avec chirurgiens et anesthésistes disponibles) et une excellente coopération entre les néphrologues.

Le suivi à long terme de la fonction rénale et de l'état de santé des donneurs de rein est indispensable. Depuis peu ce suivi est demandé par l'ABM ce qui permettra d'avoir une idée précise sur les conséquences du don de rein. Malheureusement ce suivi est parfois difficile à mettre en place car les donneurs ne viennent pas de la même région que les receveurs et dans certaines situations, les donneurs ne souhaitent plus de suivi par l'équipe de transplantation.

- Depuis quelques années les greffes **A.B.O. incompatibles entre donneur et receveur sont effectués à partir de donneurs vivants en France**. Comme le groupe sanguin est exprimé sur les vaisseaux sanguins, on considérait que ce type de greffe était impossible mais grâce à des protocoles de desimmunisation (et seulement sous certaines conditions) ce type de transplantation est maintenant possible. Ce type de greffe expose à un léger sur-risque infectieux puisqu'on utilise des traitements immunosuppresseurs plus puissants.

- **Le don croisé** a été mise en place pour permettre un meilleur accès à la greffe. Dans ce cas un donneur A qui n'est pas compatible avec son receveur (groupe sanguin ou groupe HLA) donne à une personne ailleurs (receveur B) qui est compatible alors que le receveur A recevra un rein d'un donneur B.

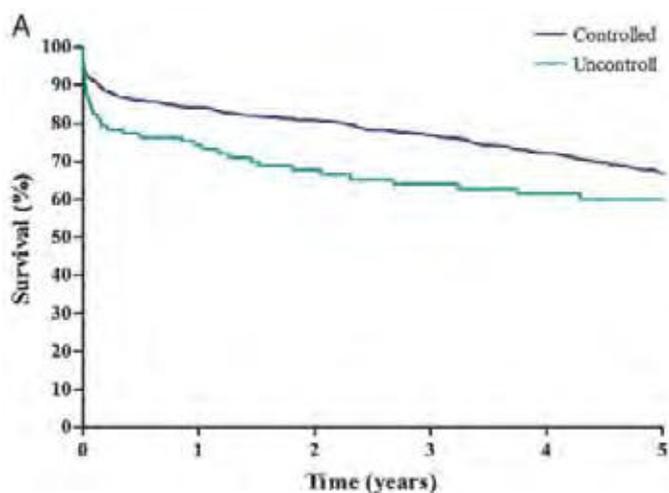
C'est un système qui est mis en place par l'Agence de biomédecine depuis maintenant plusieurs années mais qui se heurte à des problèmes organisationnels et, pour certains, à des réticences de patients ou de professionnels de santé.



- **Pour les donneurs décédés**. Jusqu'à il y a quelques années le prélèvement d'organe n'était effectué que sur des personnes en état de mort encéphalique ce qui correspond à environ 1% des décès en France. Depuis, le prélèvement d'organe chez des personnes décédées après un arrêt cardiaque a été développé. Il existe une classification qui décrit les différentes situations d'arrêt cardiaque, il s'agit de la classification dite de Maastricht.

En France, on ne prélève les organes que des personnes qui ont eu un arrêt cardiaque de type Maastricht 2 (uncontrolled cardiac death) ou Maastricht 3 (uncontrolled cardiac death).

Les arrêts cardiaques de type Maastricht 3 correspondent à des patients pour lesquels une limitation des traitements actifs (LAT) a été décidée au sein d'un établissement de santé. Dans ce cas il faut recueillir l'accord de la famille du patient, l'accord des médecins, et un accord d'un médecin extérieur.



La survie des greffons rénaux chez les receveurs est très satisfaisante, tout particulièrement celle de rein prélevé chez des donneurs de type Maastricht 3.

La conservation d'organes :

Il y a très peu d'études qui ont été effectuées de façon prospective pour comparer les liquides de conservation. En effet il existe plusieurs liquides de conservation (qui sont parfois différents d'un organe à l'autre). Par contre l'arrivée des machines de perfusion a permis d'améliorer la conservation d'organes ex-vivo. Auparavant, les greffons étaient plongés dans un liquide de conservation de façon statique pendant la période de transport. Ces machines de perfusion ont nettement amélioré les conditions de transport, en particulier dans certaines situations (en particulier don après un arrêt cardiaque ou des reins prélevés sur des donneurs à critères étendus : au-delà de 60 ans, diabétique)



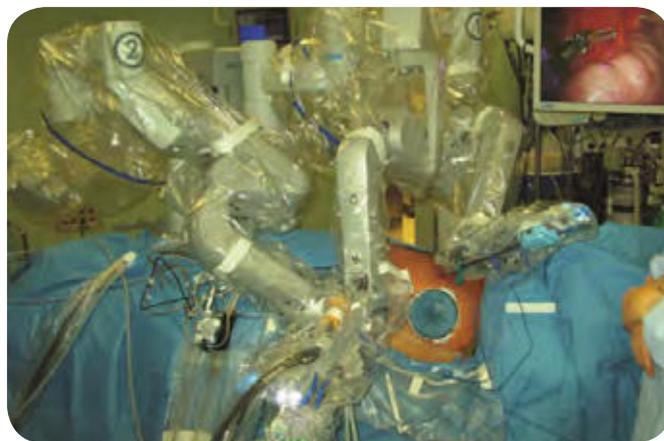
Certains travaux ont été effectués sur la conservation des organes. Une étude toute récente a été menée sur l'hémoglobine du ver marin.

Il s'agit d'une protéine extra-cellulaire capable de fixer des molécules d'oxygène avec une forte affinité. Les premiers résultats sont prometteurs mais une confirmation de ces travaux sont actuellement en cours.



La chirurgie :

La chirurgie robotique est employée depuis plusieurs années pour le don d'organes à partir de donneurs vivants et, plus rarement, chez le receveur pour la transplantation. Ce n'est pas si simple car il faut des chirurgiens expérimentés.

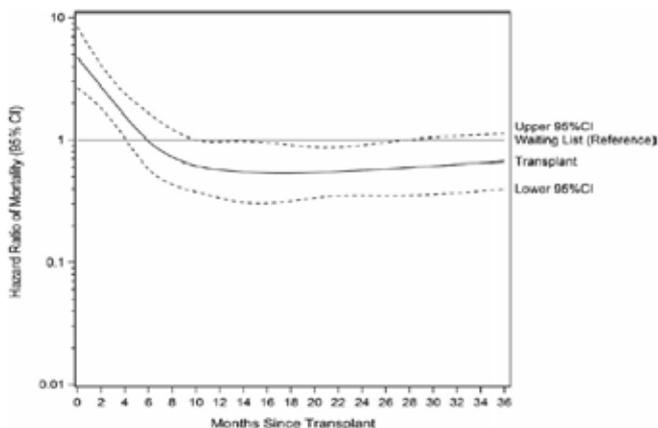


Le receveur :

La H.A.S. (Haute Autorité de Santé) a fait des recommandations, qu'il faut essayer de donner la possibilité à toute personne, jusqu'à 80 ans, d'avoir accès à une greffe à condition qu'il n'y ait pas de comorbidité qui l'interdisent. Cette notion de comorbidité est importante car elle tient compte du risque opératoire pour le receveur. Ainsi, seulement après un bilan approfondi on pourra se prononcer sur la « faisabilité » d'une greffe chez un patient. Il faut noter aussi que de plus en plus de centres de transplantation effectuent un bilan neuro-gériatrique chez les candidats avant une inscription sur la liste d'attente de greffe

JOURNÉE ANNUELLE

Le terme de « frailty » (fragilité) qui tient compte des aspects somatiques et psychologiques est très utilisé pour évaluer « si une greffe pourra apporter un bénéfice au patient ».



En effet il faut déterminer si un candidat à la greffe à un « sur-risque » de mortalité ou de complications graves comparé à la dialyse. Une étude récente française a montré qu'après 70 ans il existe un risque de complications graves dans la période post transplantation (environ au cours des premiers 6 mois post opératoire) mais si on a dépassé cette période il existe un bénéfice.

Le traitement immunosuppresseur :

Même si le traitement de référence reste toujours l'association d'un inhibiteur de la calcineurine (tacrolimus ou cyclosporine) associé à un traitement anti-prolifératif (acide mycophénolique ou azathioprine) avec parfois des stéroïdes, il existe aujourd'hui quelques alternatifs à ce traitement. Ainsi il existe les traitements par des inhibiteurs de mTOR (rapamycine).

Une large étude a été effectuée avec cette molécule avec des résultats encourageants mais il faut noter qu'il y a 30 % des patients qui ont dû arrêter parce que cette molécule était mal tolérée.

Un autre traitement qui est de plus en plus utilisé est le Belatacept. Il s'agit d'un traitement qui est injecté par voie intra veineuse à interval régulier. Les résultats sont prometteurs et les indications sont de plus en plus larges après transplantation.

Greffé et Virus :

L'infection virale est une complication fréquente après la transplantation d'organe. Les infections à BK virus et au cytomégalovirus comptent parmi les plus fréquentes des infections virales. Ces virus peuvent avoir des conséquences graves sur la survie des patients ou la survie des greffons.

Le monitoring de ces infections est devenu indispensable après la greffe rénale et des prises en charge thérapeutique multiples sont actuellement évaluées pour permettre aux patients de guérir de ces infections.

Merci de votre attention. ■

