

LA TRANSPLANTATION FAMILIALE ACCESSIBLE À TOUS



Chloé COUAT, Infirmière, Anne MARCEILLAC, Infirmière coordinatrice de transplantation, Soins continus de transplantation et néphrologie, Hôpital Rangueil, CHU, TOULOUSE

La révision de la loi de bioéthique en 2011 a élargi le champ de donneurs vivants potentiels aux personnes pouvant justifier d'une antériorité de deux ans de liens étroits. Cette ouverture permet ainsi le don entre amis. On parle alors de greffe par Donneur Vivant Non Apparenté (DVNA). Cependant, cette dernière est souvent peu envisagée de par les incompatibilités immunologiques entre donneur et receveur. C'est pour pallier la pénurie persistante de donneurs que le contournement de ces incompatibilités HLA ou ABO est devenu une priorité dans la greffe par don du vivant. C'est plus spécifiquement le parcours de ces amis donneur/receveur ABO incompatibles que nous avons choisi de vous présenter, afin de vous présenter les résultats obtenus dans ce type de greffe par le Département de Néphrologie et Transplantation d'Organes (DNTO) de Toulouse.

PRÉ-GREFFE

► *Elaboration du dossier du DVNA*

Dans un premier temps, le potentiel donneur doit, lors d'une consultation avec un néphrologue d'un hôpital périphérique ou de Rangueil, effectuer un bilan biologique « de base » complet ainsi qu'une échographie rénale. Par la suite il devra passer un scanner avec injection de produit de contraste au sein de l'hôpital transplantateur, dans notre cas l'hôpital Rangueil. L'interprétation de ce scanner ainsi que les conclusions du 1er néphrologue pourront permettre au chirurgien de décider de l'éligibilité et de la validation du dossier.

Si ce dernier donne son accord, le donneur potentiel devra compléter son dossier médical par une Évaluation de la Fonction Rénale (EFR), par une Échographie Trans-Thoracique (ETT) et, dans le cas d'une donneuse, par une mammographie et un frottis vaginal.

Il devra également consulter succinctement un anesthésiste et le chirurgien transplantateur qui valideront la faisabilité ou non de la chirurgie au regard du dossier médical complété.

Une consultation avec un psychologue ou un psychiatre, bien que non obligatoire, est fortement conseillée afin d'éliminer une pathologie psychiatrique sous-jacente.

A la suite de ces examens et consultations complémen-

taires, il y aura, ou non, une validation médico-chirurgicale. Dans le cas d'une réponse affirmative, le dossier validé sera alors transmis à l'Agence de Biomédecine (ABM).

Le dossier sera soumis à un comité, composé d'experts, puis sera transmis à un magistrat, référent dans le don du vivant, au tribunal de grande instance. Le dossier devra alors être complété au minimum par 3 attestations rédigées par des tiers, affirmant le lien affectif d'antériorité supérieure à 2 ans.

Une fois le dossier étudié, le tribunal de grande instance dresse un procès-verbal à retourner à l'Agence de Biomédecine. C'est à ce stade que l'ABM délivre ou non l'autorisation de prélèvement. Une date de chirurgie pourra enfin être envisagée et fixée et les protocoles de dés-immunisation pourront être mis en place au regard de celle-ci.

► *Élaboration du dossier du receveur par DVNA*

La composition de dossier médical proprement dit est finalement sensiblement la même que celui constitué pour une inscription sur liste pour greffe par donneur décédé. A savoir, un bilan biologique pré-transplantation comprenant les groupages HLA et ABO, les sérologies virales pré-greffe et le dosage des PSA dans le cas d'un receveur masculin. La spécificité majeure et non des moindre est le dosage des iso-agglutinines Anti-A

et Anti-B qui attesteront du degré d'incompatibilité entre donneur et receveur.

En termes d'examens, le futur receveur devra effectuer :

- Une évaluation cardiaque à l'aide d'une ETT et plus ou moins d'une scintigraphie myocardique.
- Une évaluation vasculaire avec un Echo-Doppler des Membres Inférieurs (EDMI) et des Troncs Supérieurs Aortiques (TSA), ainsi qu'un scanner SPC du carrefour aorto-iliaque, afin d'évaluer la faisabilité chirurgicale.
- Une évaluation dermatologique.
- Une évaluation stomatologique.
- Un frottis et une mammographie dans le cas d'une receveuse.
- Une consultation d'anesthésie.
- Une consultation avec un urologue.

Remarque : dans le cas de pathologies associées telles que le diabète, l'hypertension ou une cardiopathie, l'évaluation et les examens devront être évidemment plus approfondis pour anticiper d'éventuelles complications ou même invalider le dossier.

Une fois ce dossier complet, le patient sera inscrit sur liste « donneur vivant » mais pourra toujours être joint pour une transplantation avec donneur décédé, et ce, surtout en cas de « full match ».

► Préparation du receveur : dés-immunisation

Afin de contourner l'incompatibilité ABO, des techniques de dés-immunisation sont mise en place en amont de la greffe.

Parmi elles :

- L'introduction précoce à J-13 des traitements immunosupresseurs.
- Les apherèses qui consistent à épurer le sang du receveur des iso-agglutinines et dont le nombre de séances nécessaires varie en fonction des dosages de ces dernières.

Dans le cas des greffes ABO incompatibles où les taux d'iso-agglutinines anti-A et anti-B étaient initialement bas, les techniques d'Echanges Plasmatiques (EP) et/ou d'Immuno-Adsorption Spécifique (IAS) seront utilisées, à contrario si les taux restent très hauts c'est l'immuno-adsorption semi-spécifique (IASS) qui sera utilisée. En moyenne et sur notre panel d'étude, les patients ont dû effectuer 7 séances de traitement toutes techniques confondues.

- L'administration de Rituximab® qui complète chimiquement l'épuration.

LA GREFFE

La date est fixée au préalable en fonction de la faisabilité d'un point de vue immunologique avec les dosages des iso-agglutinines Anti-A, Anti-B. Le seuil minimum est défini en fonction du degré d'immunisation initial. Si ce taux est considéré comme trop élevé à l'approche de la date fixée, la chirurgie pourra être reportée.

Dans le cas favorable à la transplantation, le donneur et le receveur entrent à l'hôpital la veille de la chirurgie, le donneur en urologie et le receveur en unité de transplantation d'organes afin de les préparer et d'effectuer les dernières vérifications.

Le jour J, le donneur part bien évidemment en chirurgie avant le receveur.

LE TEMPS POST OPÉATOIRE IMMÉDIAT

Que cela soit pour le donneur et le receveur le post opératoire immédiat ne diffère en rien d'un point de vue surveillance d'une chirurgie « classique » que cela soit d'un point de vue clinique, biologique ou concernant les appareillages en place (redons, pansement, voies centrales, sondes vésicales).

La seule spécificité, pour le receveur, c'est la surveillance quotidienne des iso-agglutinines et ce, jusqu'à sa sortie de l'UTO, afin d'anticiper un éventuel rejet et réitérant si nécessaire l'utilisation d'aphérèses ou du Rituximab®.

SUITES POST-HOSPITALISATION À MOYEN ET LONG TERME

Pour le donneur

- Hospitalisation de 5 jours.
- À 1 mois et 6 mois de la chirurgie : une consultation par le médecin traitant.
- À 3 mois et 1 an : une consultation urologique et néphrologique.
- Puis par la suite, une consultation annuelle avec un néphrologue à vie.

Pour le receveur

Suivi classique du transplanté à l'exception du dosage des iso-agglutinines : Ce taux est surveillé :

- 1 fois par semaine le premier mois.
- 2 fois par mois pendant 3 mois.
- 1 fois par mois pendant 6 mois.
- 1 fois tous les deux mois pendant 1 an.
- 1 fois par trimestre à vie.

RÉSULTATS

Depuis 2011, grâce l'élargissement de la loi de bioéthique, l'Unité de Transplantation d'Organes (UTO) du CHU de Toulouse a pu effectuer 197 greffes rénales à partir de donneurs vivants dont 33 avec ABO incompatibilité, 20 avec HLA incompatibilité, 8 avec les 2 incompatibilités cumulées. Depuis 3 ans maintenant, nous avons pu effectuer 4 greffes à partir de don entre amis dont 2 avec ABO incompatibilité.

CONCLUSION

Aujourd'hui, la possibilité de contourner l'incompatibilité ABO et l'élargissement du champ de donneurs aux amis permet d'entrevoir une possible solution dans un contexte de pénurie d'organes persistante. C'est parce que cette piste est prometteuse que le Département de Transplantation d'Organes du CHU Toulousain a décidé de la mettre en avant et de faire de celle-ci un de ces axes d'amélioration principal.