

Les enjeux pour le transplanteur rénal

GRCI 2021

Nadia ARZOUK

Service de transplantation rénale

GHPS

2021 © GRCl, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © GRCl, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease

Pathophysiological Insights and Therapeutic Options

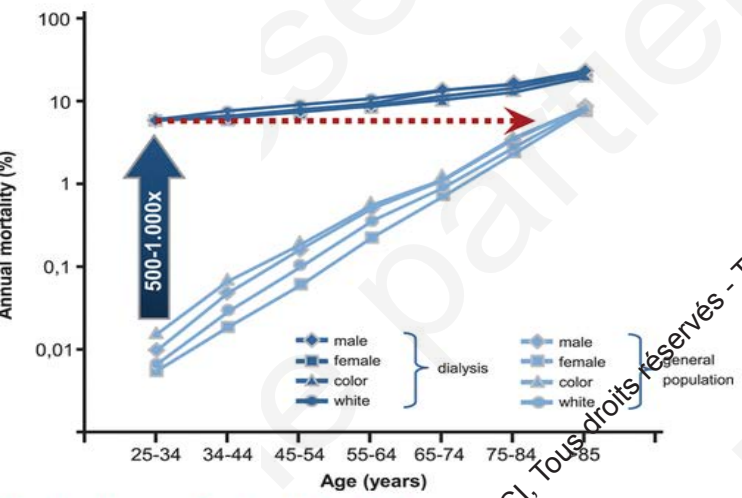
Joachim Jankowski, Jürgen Floege, Danilo Fliser, Michael Böhm, Nikolaus Marx et al.

Originally published 15 Mar 2021 | <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050686> | Circulation. 2021;143:1111-1121

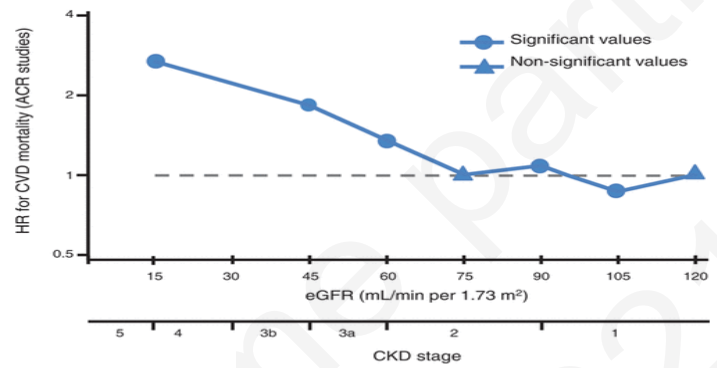
KDIGO EXECUTIVE CONCLUSIONS | VOLUME 96, ISSUE 4, P836-849, OCTOBER 01, 2019

Chronic kidney disease and valvular heart disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference

Thomas H. Marwick ¹⁸ • Kerstin Amann • Sripal Bangalore • ... Wolfgang C. Winkelmayer •



Download figure | Download PowerPoint
Figure 1. Cardiovascular mortality in the general population and in patients with end-stage kidney disease.



Download figure | Download PowerPoint
Figure 5. Independent association of kidney function with cardiovascular mortality. ACR indicates albumin-to-creatinine ratio; CKD, chronic kidney disease; CVD, cardiovascular disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; and HR, hazard ratio. Adapted and modified from Gansevoort et al.³⁰

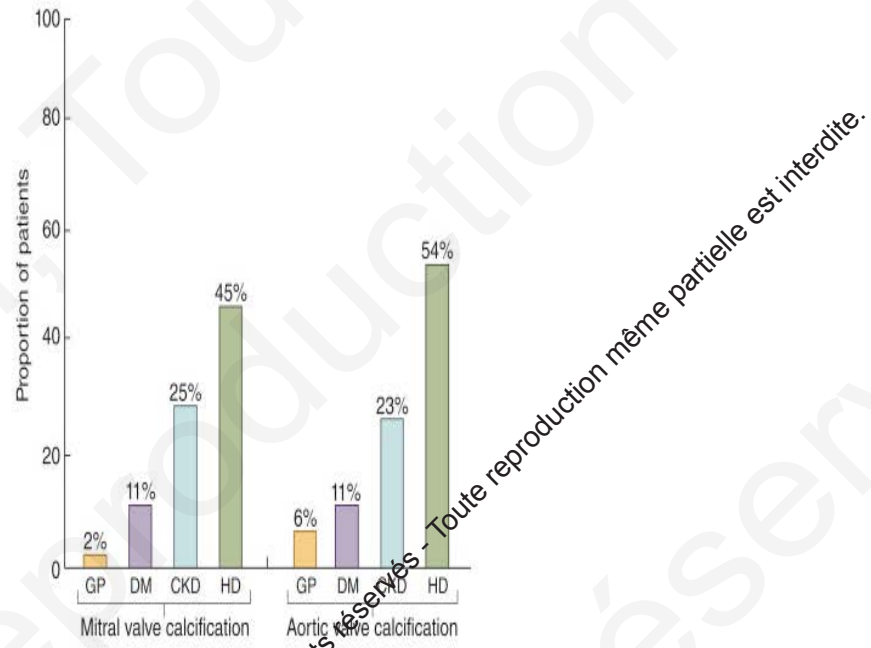


Figure 3 Prevalence of valvular calcification in the general population and in patients with kidney disease.^{8, 9} CKD, chronic kidney disease; DM, diabetes mellitus; GP, general population; HD, hemodialysis.

Transplantation rénale

European best Practice Guidelines for Renal Transplantation^{IX} :

« All patients with end-stage renal disease (ESRD) should be considered for renal transplantation unless they have absolute contra-indications, because renal transplantation offers a better life expectancy and quality of life than dialysis (Evidence level A).

Due to possible rapid change in the waiting recipient's medical condition, an update at regular intervals is recommended to avoid unexpected risks at the time of an offer of transplantation (Evidence level C).

Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) ».

Guideline 1.7 - Access to renal transplantation^X :

« All CKD 5 patients and CKD 4 patients with progressive disease should have their suitability for transplantation assessed annually and appropriate patients should be referred to a transplant centre. When transplantation is considered inappropriate the reason(s) should be documented. Patients should be placed on, or removed from the waiting list only after discussion and agreement with the nephrologist, transplant surgeon and the patient themselves according to local practice. »

Analyse des recommandations :

La transplantation rénale est considérée, pour les patients pour lesquels la greffe est indiquée, comme le traitement de suppléance le plus efficace, plus efficace et moins coûteux que les autres stratégies de dialyse évaluées, quel que soit l'âge, tout patient dialysé doit être évalué pour la transplantation rénale au moins annuellement à l'exception des patients présentant une contre-indication définitive.

Contre indications à la greffe (HAS)

R20. Il est justifié de ne pas débiter un bilan prétransplantation et de ne pas orienter les patients vers une équipe de transplantation dans les cas où l'espérance de vie est limitée et/ou les comorbidités entraînent un risque péri-opératoire trop élevé et/ou le bénéfice de la transplantation en termes d'espérance et de qualité de vie n'est pas attendu. Cette non-orientation est recommandée dans les situations suivantes :

- refus du patient, après avoir vérifié que ce refus ne repose pas sur une information inadéquate ou sur une compréhension incomplète ou erronée de l'information ;
- cancer ou hémopathie maligne requérant un traitement et/ou évolutifs, non en rémission ;
- comorbidités cardio-vasculaires rendant incompatible l'anesthésie générale nécessitée par l'acte chirurgical de transplantation ou FEVG < 35 % ;
- comorbidités respiratoires sévères rendant incompatible l'anesthésie générale nécessitée par l'acte chirurgical de transplantation ; parmi les comorbidités respiratoires sévères peuvent être cités :
 - insuffisance respiratoire chronique sévère avec $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mm Hg}$ à l'état basal et/ou oxygénothérapie au long cours,
 - fibrose pulmonaire sévère,
 - syndrome obésité-ventilation avec ventilation mécanique au long cours,
 - hypertension artérielle pulmonaire idiopathique sévère ;
- troubles psychiatriques aigus non stabilisés ou troubles psychiatriques chroniques non suivis, nécessitant des soins psychiatriques avant toute inscription sur la liste d'attente (avis d'un psychiatre) ;
- dépendance à l'alcool ou addiction aux drogues dures sans projet de sevrage ;
- démence avérée évoluée après avis spécialisé ;
- obésité définie par un $\text{IMC} > 50 \text{ kg/m}^2$ (au-delà d'un IMC à 40 kg/m^2 , le recours à la transplantation reste possible dans certaines situations particulières) ;
- âge supérieur à 85 ans (au-delà de 85 ans, l'orientation doit rester exceptionnelle) ;
- patients pour lesquels le choix du traitement conservateur a été fait.

Enjeux pour le transplantateur pour la prise en charge d'un RAC

- Le RAC peut devenir une contre indication temporaire à la greffe (remplissage périopératoire de 104 à 110 % du poids sec et objectif de PAS>140 chez des patients à risque de RRF/greffe ECD et DDAC)
- Pas de recommandations spécifiques pour les patients en attente de greffe rénale
- Age (rapport de l'agence de Biomédecine)
 - Âge à l'inscription médiane 52,9 ans (>70 ans : 15%),
- Délai d'attente sur la liste
 - groupe sanguin
 - O médiane d'attente 34,5 mois | 56% des patients en attente
 - B : 35 mois
 - A: 14 mois
 - AB: 11,7 mois
 - Alloimmunisation (Taux de greffon incompatible %)
- Durabilité de la prothèse
 - Faut-il établir un score spécifique pour le dialysé en attente sur la liste de transplantation rénale (Facteurs de risque de dégénérescence)

Enjeux pour le transplantateur pour la prise en charge d'un RAC

- Sans anticoagulation!

- 4,9 à 25,4 % de complications hémorragiques en post greffe précoce (et à fortiori si antiagrégation)

Laureen D Hachem Transplant Int 2017, Bugges J Am surg 2020, Pawlicki 2011

- Faible risque hémorragique et pas de transfusion (car risque d'immunisation anti HLA et donc délai d'attente supplémentaire)

- Faible risque infectieux (< en hémodialyse qu'en post transplantation rénale)