

## RÉSUMÉS

### **Des interventions effectuées au cours du**

#### **Colloque médical des 14 et 15 Avril 2007 à Porto-Vecchio « Insuffisance Rénale Chronique (I.R.C.) et Terminale(I.R.T.) Dons et Greffes d'Organes »**

**Président des Journées, Pr Michel OLMER, Président de la l'ATUP-C**

**Modérateurs : Pr Michel GODIN, Président de la Société de Néphrologie  
Docteur Joseph POLLINI  
Docteur Claudine LLORET**

### **QUAND LE MÉDECIN TRAITANT DOIT-IL PENSER À UNE INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC) ? QUE DOIT-IL FAIRE ?**

**Professeur Michel OLMER – Marseille**

#### ***Association LIEN***

**L'Insuffisance Rénale Chronique** est la perte irréversible des fonctions du rein consécutive à une destruction progressive des unités fonctionnelles du rein appelées néphrons.

C'est une maladie touchant environ trois millions de personnes en France. On dénombre de 100 à 150 nouveaux cas par an et par million d'habitants. La progression de son incidence est d'environ 5 % par an dont 2,5 % concernent la population de plus de 65 ans.

Rappelons que les fonctions du rein sont l'élimination des déchets organiques provenant de la digestion ou de la destruction normale des cellules de l'organisme, l'élimination de l'eau et d'électrolytes (comme le sodium, le potassium) mais aussi la production d'hormones telles que l'érythropoïétine, la rénine et la forme active de la vitamine D.

Ainsi, toute cause entraînant la destruction des reins va entraver les fonctions d'élimination et de sécrétion et être ainsi à l'origine de troubles divers observés au cours de l'évolution d'une insuffisance rénale chronique.

La réalité de cette progressive destruction rénale ne sera pas, au début et parfois pendant quelques années, évidente pour le malade. Cette absence de manifestations cliniques est responsable d'un diagnostic de la maladie porté souvent avec retard. De plus, elle entraîne un manque de motivation des patients pour se soigner. « Soigner quoi ? Je ne souffre pas, je vais bien ». Progressivement apparaîtront des complications diverses au premier rang desquelles figurent l'hypertension artérielle, l'anémie et des troubles digestifs, symptômes qui, par eux-mêmes, si on n'y pense pas, n'orientent pas spécialement vers une maladie rénale.

**Les causes** les plus fréquentes, à l'origine de l'insuffisance rénale, sont l'hypertension artérielle, le diabète, l'allongement de la vie. A cela s'ajoutent certaines maladies génétiques, des causes infectieuses et des intoxications quelquefois d'origine médicamenteuse.

Entre le début de la maladie et le stade qui justifiera éventuellement la dialyse, si elle s'avère nécessaire, s'écoule en moyenne une dizaine d'années. Ce délai peut être plus court, mais souvent aussi plus long, si le diagnostic a été porté tôt, s'il ne s'agit pas d'une maladie rénale trop rapidement évolutive, si le suivi médical est bon, si les conseils alimentaires et thérapeutiques sont bien suivis, si le patient a une bonne motivation pour se prendre en charge.

**Comment améliorer le confort physique et psychologique des patients ?** En informant dès la connaissance du diagnostic. Cette information est nécessaire et sera poursuivie tout au long de l'évolution de la maladie. Elle impliquera un échange entre deux personnes, l'une qui attend un soin et l'autre qui le donne. En fait, la

personne qui donne le soin englobe à la fois le médecin généraliste et le médecin néphrologue. Ce dernier doit être impliqué assez tôt pour un meilleur suivi de la maladie.

Un chiffre mérite réflexion : près d'un tiers des insuffisants rénaux ne sont connus du néphrologue qu'au moment où ils atteignent le stade terminal de leur maladie. A ce stade, la dialyse seule peut être proposée comme traitement. C'est un choc psychologique grave pour le malade, c'est une atteinte physique qui n'est pas sans conséquence y compris vitale, c'est un surcoût financier.

**Inform**er est donc le maître mot mais en se souvenant que l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique est toujours responsable d'une angoisse. Il est cependant nécessaire d'informer le malade qu'il prend de gros risques s'il ne se fait pas correctement suivre, s'il n'adhère pas au traitement, mais il faut avant tout éviter de l'affoler pour ne pas majorer son inquiétude légitime.

C'est pourquoi le médecin devra faire comprendre à son patient le pourquoi d'une modification des habitudes alimentaires, si elle est souhaitable. Il devra tout faire, pour retarder l'éventuelle prise en charge par un traitement substitutif. Mais cela sous-entend que le patient est capable de se projeter dans l'avenir.

**La prévention passe donc par-là : informer, pour mieux prévenir, sans angoisser, mais en sachant toutefois que dans l'insuffisance rénale, prévenir n'est pas guérir mais retarder, ce qui n'est pas rien.**

**Motiver** : il faut savoir que pour se motiver, on doit être en situation d'éprouver du plaisir ou encore, en position, d'éviter au mieux du déplaisir. Il est vrai qu'habituellement, dans ces conditions, le plaisir est rare : il peut toucher quelques privilégiés qui éprouvent un réel plaisir à être raisonnables ou à bien gérer leur santé, serait-ce que pour satisfaire leur médecin ! Mais il faut bien reconnaître que la tendance naturelle est, dans cette situation, d'éprouver du déplaisir dû aux contraintes alimentaires, aux traitements, aux consultations médicales, aux examens para cliniques.

Cela veut dire que pour accepter ces changements de vie le malade doit comprendre l'intérêt de ce qui lui est proposé, le bénéfice qu'il peut en tirer et qu'il est souhaitable d'adoucir, autant que possible, les contraintes médicales. Si à court terme c'est probablement un déplaisir, à long terme il pourra retirer, sinon du plaisir, mais au moins la satisfaction de s'être donné tous les moyens, non pour vaincre la maladie, mais pour la combattre au mieux.

Au total, bien informés, et passé le choc de la première connaissance de leur maladie, les malades dans leur majorité accepteront de modifier leur comportement.

Entre le médecin et le malade doivent s'établir des liens solides car l'un et l'autre sont appelés à faire ensemble un long parcours parsemé de motifs d'angoisse, par exemple lors de la survenue de complications, lorsqu'on modifie le traitement ou les habitudes alimentaires, ou encore à l'occasion de changements dans leur vie affective, familiale, professionnelle, notamment.

Mais ces moments d'angoisse le médecin doit les utiliser pour rassurer son patient. Cela doit lui permettre de l'aider à faire son travail de deuil d'une vie qui va être différente de ce qu'elle était auparavant. Et de là découlera une meilleure adaptation d'un nouveau mode de vie.

Ces constatations nous ont motivés pour élaborer un livret d'information sur l'insuffisance rénale chronique.

### **Le livret « Vivre avec une maladie des reins » 2<sup>ème</sup> édition\***

La sous-information des patients insuffisants rénaux quant à ce qui les attend, une connaissance pas toujours « à jour » par le médecin généraliste des possibilités de prise en charge tant diététique que thérapeutique sont des facteurs à prendre en compte.

Essayer de dédramatiser la situation dès la connaissance par le patient du diagnostic d'insuffisance rénale chronique, a été l'objectif, qu'en écrivant ce livret, nous nous sommes fixé.

Ainsi a été publié un livret de 74 pages, élaboré par un groupe multidisciplinaire comprenant néphrologues, diététicienne, psychologue, et patients insuffisants rénaux responsables d'associations de malades.

Cinq parties sont individualisées :

**1 – Que font les reins ?**

**2 – Qu'est-ce que l'Insuffisance Rénale Chronique ?**

**3 – Votre vie au quotidien** en neuf sous-chapitres :

- Alimentation : quelques conseils  
(le terme « régime » n'est jamais utilisé).
- Questions que vous vous posez – Témoignages
- Ne vous laissez pas influencer par des contrevérités
- Médicaments : leur utilité
- Risques médicamenteux
- Psychologie
- Sexualité
- Activité et droits
- Activités physiques et sportives chez l'insuffisant rénal

**4 – Que faire lorsque vos reins sont détruits ?**

**5 – Enfin, un glossaire** explicite près 120 termes du livret.

Ce livret est parrainé par la Société de Néphrologie, la Société Francophone de Dialyse, la Fondation du Rein et la Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux.

Notre souhait est qu'il puisse être une aide à tout patient atteint d'insuffisance rénale pour mieux franchir les obstacles qu'il pourra rencontrer sur sa route.

\* Association LIEN

XXXXX

## **QUEL RÉGIME POUR L'INSUFFISANT RÉNAL CHRONIQUE : MODIFICATION DES APPORTS OU RESTRICTION ALIMENTAIRE ?**

**Madame Marine GUIBERT - Marseille**

Le patient insuffisant rénal chronique a des besoins nutritionnels spécifiques qui évoluent tout au long de la maladie.

Un apport calorique suffisant est impératif afin d'éviter une augmentation du catabolisme protéique. L'apport idéal est de 30 à 35 kcal/kg /jour. Cet apport recommandé est souvent difficile à atteindre car lors des stades avancés de l'IRC une anorexie apparaît chez le patient.

La quantité de protéines ingérées devra être adaptée à chaque stade de la maladie, de 1g/kg/jour jusqu'à 0,60g/kg/jour de protéines au stade le plus avancé.

Le patient ne devra pas prendre plus de 6 g de sel par jour, ration qui doit être diminué de moitié voire plus si une hypertension artérielle apparaît.

L'alimentation devra être contrôlée pour les apports en potassium et en phosphore.

Tant que le patient n'est pas dialysé on peut boire normalement mais sans dépasser un apport liquidien de 1,5 litre/jour.

Au total il n'y a pas d'interdits alimentaires dans le régime de l'insuffisant rénal chronique mais une modification des apports alimentaires qui évoluent en fonction du stade de l'insuffisance rénale. Les besoins seront encore différents si le patient est dialysé ou greffé.

XXXXX

## **COMMENT CHOISIR ENTRE DIALYSE PÉRITONÉALE ET HÉMODIALYSE**

**Professeur Françoise MIGNON  
CHU Bichat – Paris**

L'insuffisance rénale chronique se définit comme la perte progressive, plus ou moins rapide, mais irréversible, des fonctions excrétrices et hormonales des deux reins. Il y a 50 ans, cette affection était

inexorablement mortelle. Le pronostic a été transformé par les traitements par dialyse et, si possible, transplantation rénale qui permettent aux malades de vivre, pour beaucoup pendant plusieurs décennies.

La dialyse a pour objet de remplacer les fonctions excrétrices des reins :

- épuration des déchets provenant du catabolisme protidique : urée, créatinine,
- correction des troubles de l'équilibre hydro-électrolytique.

Pour ce faire, il faut assurer des échanges entre le sang du patient et un liquide, le dialysat, dont la composition est préalablement soigneusement déterminée. Ces échanges se font à travers une membrane :

- artificielle, c'est l'hémodialyse
- naturelle, c'est la dialyse péritonéale.

L'hémodialyse requiert :

- un circuit sanguin extra-corporel et donc la création d'un abord vasculaire (fistule artério-veineuse ou cathéter veineux à demeure),
- un appareillage sophistiqué,
- des sessions de traitement : 4 à 6 heures en moyenne, en principe 3 fois par semaine, dans des structures plus ou moins médicalisées ou, éventuellement, à domicile.

Les performances de la méthode sont excellentes et stables sur des durées, même extrêmement longues.

La dialyse péritonéale requiert :

- le port permanent d'un cathéter intra-abdominal,
- un traitement quotidien à domicile, mais de réalisation simple, soit par le malade lui-même, soit avec l'aide d'un accompagnant qui peut être une infirmière diplômée d'état.

Le pouvoir d'épuration est moindre que celui de l'hémodialyse et, surtout, devient souvent insuffisant après quelques années.

Il n'y a pratiquement plus de contre-indications au traitement par l'épuration extra-rénale itérative. Les quelques malades pour lesquels le choix se porte sur un traitement symptomatique, sans dialyse, de l'insuffisance rénale chronique terminale sont :

- les sujets très âgés,
- ceux atteints de pathologies mettant en jeu, à très court terme, le pronostic vital, tel que cancer métastatique et/ou très algique,
- les malades ayant une démence évoluée, formellement diagnostiquée.

Dans les autres cas, tout en préparant les pré-requis pour la transplantation lorsqu'elle est possible, les malades doivent débiter, au bon moment, le traitement dialytique. Il est évident que si l'une des deux méthodes de dialyse chronique était prouvée supérieure à l'autre, la moins performante ne serait plus proposée. En fait, à moyen terme, les résultats ne sont pas différents si les indications ont été bien posées. Loin de s'opposer, ces deux méthodes se complètent. Le choix est fonction de chaque cas particulier. Ce qui compte, c'est que le malade et, éventuellement, ses proches :

- participent à ce choix,
- qu'il soit fait après une information distribuée précocement pour éviter les débuts de traitements en urgence,
- que cette information, aussi objective que possible, soit fournie par divers intervenants ayant une bonne connaissance des deux techniques,
- que le suivi soit assuré par des équipes ayant en charge une « masse critique » de malades suffisante pour posséder l'expertise et la disponibilité nécessaire pour de bons résultats dans la technique.

Par contre, il y a des contre-indications plus ou moins formelles à la dialyse péritonéale :

- malades dénutris ou, au contraire, ayant une masse musculaire importante,
- patients oligo-anuriques, notamment ceux déjà traités depuis plusieurs années par hémodialyses,
- existence de pathologies abdomino-pelviennes graves, en particulier porteurs de stomies digestives,

- réticences du patient à la dialyse autonome.

Hémodialyse et dialyse péritonéale doivent être considérées comme des méthodes complémentaires, les indications préférentielles de la dialyse péritonéale étant :

- les sujets jeunes qui apprécient la mise en place rapide du traitement qu'ils peuvent réaliser eux-mêmes, en tenant compte de leur rythme de vie, et ce en l'attente d'une transplantation,
- les sujets âgés car l'épuration continue fournie par la dialyse péritonéale permet une meilleure tolérance hémodynamique et un régime moins restrictif. Ces patients sont souvent demandeurs d'un traitement à domicile avec l'aide d'infirmières. Mais il ne faut pas méconnaître les éventuelles répercussions de ce traitement sur l'équilibre familial.

Dans l'un et l'autre cas, restent les difficultés liées au port du cathéter, fonction de chaque patient.

Actuellement, la place occupée par la dialyse péritonéale dans le traitement substitutif de l'insuffisance rénale chronique terminale est très différente selon les pays et même souvent selon les régions. En France, 7 à 8 % des malades ont recours à cette technique : de 3 % en Aquitaine à 26 % en Franche-Comté. Il est probable que la dialyse péritonéale n'a pas encore sa juste place et c'est la raison pour laquelle il est clairement écrit, dans les décrets de 2002, que des efforts doivent être faits pour corriger les inégalités régionales d'accès à ce type de traitement.

Les raisons de ces différences sont :

- médicales :
  - o déficit en formation des professionnels,
  - o pénurie en personnel, la dialyse péritonéale nécessitant des équipes « on call », tous les jours (et nuits...),
  - o appréciation encore discutée sur la place de la dialyse péritonéale pour le traitement des patients âgés, voire très âgés, qui actuellement sont majoritaires parmi les malades débutant l'épuration extra-rénale itérative.
- extra-médicales :
  - o exigences de la société qui, de plus en plus, accepte difficilement les soins à domicile,
  - o taux de remboursement pour la dialyse péritonéale qui sont trop faibles par rapport à ceux accordés pour l'hémodialyse et, en particulier, qui n'incluent pas des honoraires médicaux pour les néphrologues exerçant la dialyse péritonéale en secteur libéral,
  - o impossibilité d'obtenir des forfaits pour traitement par dialyse péritonéale dans les établissements de soins de suite et difficulté de traiter ces malades dans les maisons de retraite.

Les objectifs fixés par les SROS régionaux, récemment publiés, permettront vraisemblablement que la dialyse péritonéale trouve sa juste place dans ce qu'il est convenu d'appeler le traitement intégré de l'insuffisance rénale chronique terminale par dialyse et transplantation.

XXXXX

## **MALADIES GÉNÉTIQUES RÉNALES :** **QUEL DÉPISTAGE, QUELS TRAITEMENTS Y COMPRIS DE SUPPLÉANCE RÉNALE ?**

**Professeur Yves PIRSON, Service de Néphrologie,  
Cliniques Universitaires St. Luc, Bruxelles, Université Catholique de Louvain**

**Le dépistage** des néphropathies héréditaires comporte deux volets : le dépistage d'une maladie familiale connue chez des sujets à risque et la mise en évidence de la nature héréditaire d'une néphropathie dont le diagnostic n'est pas connu.

Les principes généraux du dépistage effectué dans le premier cas de figure sont rappelés pour la plus fréquente des néphropathies héréditaires, la polykystose rénale autosomique dominante. Tant qu'un traitement spécifique de cette maladie n'aura pas fait la preuve de son efficacité, il est inutile de procéder à un dépistage systématique précoce. En pratique, ce dépistage ne sera réalisé qu'à la demande de l'intéressé(e) à risque. Il est facilement effectué par l'échographie. Dans le cas où l'échographie est douteuse, une imagerie par

tomodensitométrie ou résonance magnétique sera effectuée. Dans les cas demeurant encore douteux, un diagnostic génétique par analyse de liaison est possible pour autant que l'on puisse compter sur la collaboration d'autres membres de la famille. L'analyse génétique directe reste lourde vu la longueur et la complexité des gènes responsables.

Il faut penser à une néphropathie héréditaire :

- quand l'anamnèse familiale révèle l'existence d'un apparenté atteint de néphropathie
- lorsque des anomalies urinaires/rénales sont déjà mises en évidence dans l'enfance
- lorsque la néphropathie s'accompagne d'anomalies extra-rénales inattendues (par exemple auditive, oculaire, cutanée ...)

**Les implications pour la transplantation d'un diagnostic de néphropathie héréditaire** sont de divers ordres. Le diagnostic moléculaire de l'anomalie génétique peut s'avérer d'une importance cruciale pour le pronostic de la transplantation ; un exemple est le syndrome hémolytique et urémique atypique : récurrence quasi systématique en cas de mutation du facteur *H*, récurrence quasi inexistante en cas de mutation du facteur *MCP*. Le diagnostic génétique peut également être décisif pour la stratégie de transplantation : ainsi le diagnostic d'oxalurie primaire est devenue une indication de transplantation combinée foie-rein, la transplantation rénale isolée exposant au risque systématique de récurrence de la maladie dans le greffon rénal.

**En conclusion**, le démantèlement progressif des néphropathies héréditaires et l'identification des défauts génétiques responsables ont des implications importantes dans notre pratique quotidienne, tant en ce qui concerne le conseil génétique que la stratégie thérapeutique, y compris celle de la transplantation.

XXXXX

## **LES TROUBLES PHOSPHOCALCIQUES CHEZ L'I.R.C..** **LES CONNAÎTRE ET LES TRAITER.**

**Dr Christophe BAUDEAU – Porto-Vecchio**

Les anomalies du métabolisme phosphocalcique sont constantes chez l'insuffisant rénal chronique dès que la clairance devient inférieure à 30 ml/mn, et bien sûr, chez les dialysés.

Ces anomalies sont associées à une morbi-mortalité élevée, d'où l'importance d'une prise en charge précoce.

La baisse de l'hydroxylation en 1 du 25 OH cholécalférol, aboutit à une hypocalcémie, qui va stimuler la synthèse de parathormone, tandis que le phosphore va s'accumuler dans l'organisme.

Les lésions osseuses qui vont apparaître associent celles de l'ostéomalacie et celle de l'hyperparathyroïdie. Elles sont regroupées avec les calcifications tissulaires sous le terme d'ostéodystrophie rénale.

L'élévation du produit phosphocalcique au-delà de  $4,44 \text{ mmol}^2/\text{l}^2$  va se manifester par un prurit, et des yeux rouges, mais les calcifications les plus préoccupantes sont celles des valves cardiaques, en particulier aortique, et des coronaires. La parathormone a en outre des effets délétères sur le myocarde et les vaisseaux.

L'apparition de lésion nécrotique impose le transfert d'urgence dans un milieu spécialisé.

La stratégie thérapeutique repose sur des mesures diététiques, médicamenteuses, et la composition du bain de dialyse.

Actuellement on utilise les sels de calcium (acétate et carbonate), les chélateurs du phosphore (sevelamer et lanthanum), la vitamine D orale ou injectable, et les calcimimétiques.

Les recommandations thérapeutiques sont détaillées sur le site de la National Kidney Foundation ([http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines\\_bone/index.htm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_bone/index.htm))

# LA TRANSPLANTATION RÉNALE LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS

**Docteur Élisabeth CASSUTO - NICE**

- La transplantation rénale est la meilleure méthode de suppléance rénale en terme de quantité et de qualité de vie. Bien que de nouvelles stratégies de dialyse fassent espérer une amélioration de l'espérance de vie du dialysé, les variables majeures qui influent sur le devenir du patient insuffisant rénal sont :
  - La possibilité d'obtenir un rein
  - Le plus rapidement possible
  - Et de la meilleure qualité possible

A - L'élargissement des indications et la rareté des contre-indications formelles sont à l'origine d'une augmentation importante de la liste d'attente nécessitant de trouver de nouvelles sources de greffons :

1- La nouvelle loi de bioéthique a élargi le cercle des donneurs vivants.

**Les reins de donneurs vivants fonctionnent mieux et plus longtemps.** La transplantation peut être programmée, permettant éventuellement de sauter la « case dialyse ».

Le risque encouru par le donneur est très faible. Par ailleurs, la greffe à partir d'un donneur vivant contribue à diminuer la pénurie de greffons et offre indirectement un bénéfice à tous les patients en attente de greffe.

2- Les reins de donneurs « limites », c'est-à-dire de donneurs âgés avec des co-morbidités, constituent une source potentielle précieuse de greffons rénaux (33% en 2006). L'utilisation de ces reins impose de raccourcir l'ischémie froide et doit faire réfléchir sur **les limites à ne pas dépasser, tant chez le donneur (score) que chez le receveur (critères d'inscription et de maintien sur liste des receveurs âgés)**. La marginalité du don doit être transparente.

3- Les prélèvements de reins sur donneur à cœur arrêté pose le problème de la viabilité de l'organe à greffer évaluée par des techniques de perfusion. Ces prélèvements sont en cours de développement en France.

B- Bien que la transplantation augmente l'espérance de vie de la plupart des patients, tous les insuffisants rénaux ne doivent pas être inscrits sur la liste d'attente : en dehors des contre-indications classiques (cardiopathie dilatée hypokinétique sévère, cancer évolutif, maladie infectieuse évolutive) les patients âgés, à tabagisme actif, ont un risque de mortalité trop importante dès la première année de greffe. De nouveaux programmes de dialyse (dialyse quotidienne, dialyse nocturne) donnent aussi de très bons résultats et doivent pouvoir être proposés. Les stratégies de dialyses conventionnelles peuvent être améliorées.

C- Mais qui dit transplantation ne dit pas pour autant guérison :

1- Sur le plan individuel et sociétal un patient dialysé est « coucouné » surtout en centre. Il perd son autonomie, du fait de la maladie, mais aussi et surtout du fait qu'il s'abandonne au "Sachant-soignant" (peu de soignants font l'effort pour qu'il en soit autrement) ; le moindre petit bobo et immédiatement on a sous la main quelqu'un à qui le raconter.

Lorsque le patient est greffé, **il doit acquérir son autonomie, ce qui n'est pas facile**, surtout quand l'attente a été longue, d'où les syndromes dépressifs que l'on constate. Face à cette situation, le patient, mal préparé et insuffisamment ou mal accompagné après la greffe, en arrive à regretter le temps de la dialyse.

2- Et puis il y a ceux pour qui l'impression de liberté initiale vis à vis de la dialyse est bien vite grevée de la contrainte d'un traitement et d'un suivi médical indéfini. Et c'est dans cette notion même de durée qu'apparaît le spectre de la mauvaise observance et des complications médicales, en premier lieu le rejet, bien sûr, mais aussi les complications infectieuses, **en particulier virales, les cancers et ... les retours en dialyse.**

3- Les « soucis » financiers peuvent assombrir encore le paysage : un patient dialysé est reconnu par la COTOREP, devenue la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), comme handicapé avec un taux d'invalidité de 80%.

En cas de perte d'emploi, il est possible d'obtenir l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) voire la GRPH (Garantie de Ressources aux Personnes Handicapées) équivalente à 80% du SMIC net. Lorsqu'il est greffé, il perd cette reconnaissance à 80% et donc le droit à l'AAH et à la GRPH. S'il n'a pas de travail, ce sera la spirale de l'endettement. Sans parler du problème des mutuelles, souvent abandonnées à tort pendant la dialyse.

La question de la greffe doit être abordée le plus tôt possible, c'est-à-dire bien avant la dialyse, en faisant le tour de tous les problèmes que l'on peut rencontrer tant médicaux que sociaux. Les associations, par le partage du vécu et la solidarité dans l'épreuve peuvent être une aide précieuse aux équipes. Reste à faire évoluer la société pour que le statut du patient greffé soit défini et reconnu : le greffé est un malade insuffisant rénal, ayant changé de mode de traitement, abandonnant par la même certaines contraintes, mais en subissant d'autres.

XXXXX

## **BILAN GREFFES ANNEE 2006**

### **Docteur Jacques BORSARELLI – Marseille Agence de la biomédecine**

Poursuite de la hausse des activités de prélèvement et de greffe d'organes en France en 2006.

Les résultats préliminaires de l'activité de prélèvement et de greffe en France en 2006 s'inscrivent dans le prolongement des années précédentes, une augmentation continue depuis 2003 : le taux de prélèvement n'a jamais été aussi élevé en France : il atteint pour la première fois 23 prélèvements par million d'habitants. 4426 greffes ont été réalisées en 2006. L'activité de greffe a augmenté de 38 % depuis l'année 2000.

Malgré cette progression, la situation de pénurie persiste: en 2006, en France, près de 12 400 personnes ont eu besoin d'une greffe d'organes et 229 patients sont décédés faute de greffon. Chaque année, le nombre de personnes inscrites en liste d'attente est plus élevé (+ 4 % en 2006) et le décalage entre le nombre de nouveaux inscrits (5 433 en 2006) et le nombre de greffes réalisées (4 426 en 2006) reste important. Or, la greffe est une thérapeutique de mieux en mieux maîtrisée, dont les résultats en termes de survie et de qualité de vie sont en constante progression.

Bien qu'encourageants pour les patients en attente de greffe, les résultats d'activité de l'année 2006 montrent combien le besoin en greffons reste important. Dans ce contexte de pénurie, il est donc essentiel de rappeler l'importance, pour chacun, de réfléchir à la question du don d'organes. L'équipe médicale qui rencontre ou prend contact avec la famille du défunt pose la question de savoir si ce dernier, de son vivant, ne s'était pas opposé au don de ses organes. Lorsque les proches ne connaissent pas la position du défunt, ils doivent porter la lourde responsabilité de prendre une décision en son nom, et parfois, refusent le prélèvement.

Pour éviter à nos proches d'avoir à vivre une situation difficile, il est important de leur dire si l'on souhaite ou non faire don de nos organes en vue de greffe. Ce message est rappelé chaque année par l'Agence de la biomédecine lors de la Journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe qui se tient le 22 juin.

XXXXX

## **LES GREFFES AUSSI ONT UNE HISTOIRE**

**Professeur Josette DALL'AVA-SANTUCCI, Paris**

Depuis que les civilisations existent et dans toutes les cultures, l'inconscient collectif, exprimé par les artistes a toujours évoqué les **chimères**, « personnages » où se mêlent animaux et hommes, tantôt bienveillants tantôt effrayants. Des greffes miraculeuses dans l'espèce humaine auraient également été réalisées par des saints dans diverses religions, mais là aussi le diable n'est pas loin alimentant les peurs.

Les premières **greffes** médicales concernèrent les tissus (en 1869 à Genève, Jacques-Louis Reverdin inventa la greffe épidermique, en 1914 à Prague, Elschwig greffa la première cornée). Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les travaux de chirurgie vasculaire, sous l'impulsion de l'École lyonnaise conduite par Mathieu Jaboulay et Alexis Carrel, puis au Canada et aux États-unis, firent prendre tout leur essor à la **transplantation** d'organes. Au sortir de la deuxième guerre mondiale, deux positions s'affrontèrent, celle des biologistes, pour lesquels la transplantation de rein, choisie comme banc d'essai des transplantations d'organes, ne pouvait être envisagée qu'une fois résolu le problème fondamental de la

tolérance des greffes, celle des médecins, pour lesquels on pouvait raisonnablement parier que des essais cliniques scientifiquement contrôlés pouvaient être aussi riches en informations que des études de biologie fondamentale.

En 1952, la survie à 21 jours d'une **allogreffe** de rein d'un donneur vivant, mère du receveur, obtenue par l'équipe de **Jean Hamburger** à l'**hôpital Necker** à Paris, laissa supposer le rôle de certains facteurs génétiques, ainsi que le bénéfice d'une sélection du donneur selon certains critères de compatibilité tissulaire. C'est pourquoi, à partir de 1958, Jean Hamburger suggéra de recourir pour effectuer cette sélection, à la comparaison des groupes de **leucocytes** (globules blancs) du donneur et du receveur, les groupes d'**antigènes** HLA (Human leucocyte antigens) qui avaient été découverts par Jean Dausset. Cependant, jusqu'en 1959, la **transplantation** entre jumeaux vrais paraissait, chez l'homme, la seule possible (le première fut réalisée en 1954 par l'équipe de **J. Merrill**, à Boston, avec un rein).

Parallèlement, la prévention du rejet était améliorée par la découverte des corticoïdes (1950), l'irradiation du receveur par les rayons X (1955), l'introduction des traitements **immunosuppresseurs** (1960).

C'est finalement en 1959 que furent obtenus les premiers succès d'**allogreffe** rénale chez l'homme, entre jumeaux **hétérozygotes**, l'une à Boston, sous la direction de J. Merrill, l'autre à Paris sous la direction de Jean Hamburger. Par la suite, la transplantation rénale fut étendue aux greffes entre non jumeaux. La première greffe du cœur, réalisée au Cap en 1967 par **Christian Barnard** – survie à 17 jours – eut un retentissement mondial. Par la suite, la maîtrise des diverses techniques chirurgicales progressa plus vite que les procédures de réanimation, la lutte contre l'infection et les traitements immunologiques. Ce n'est qu'en 1972 que la découverte des propriétés immunosuppressives de la ciclosporine par **Jean-François Borel** (Sandoz, Bâle) modifia de façon spectaculaire la présentation clinique du rejet. Au début des années 1980, la ciclosporine fut complétée par d'autres modalités médicamenteuses et de surveillance qui réduisirent considérablement la fréquence et l'intensité des crises de rejet et suscitèrent une explosion de programmes internationaux dans le domaine du foie, du **pancréas**, du cœur-poumon et du poumon.

#### **Les grandes dates de la transplantation**

1959 : Première transplantation réussie du rein

1967 : Première transplantation réussie du cœur

1972 : Première transplantation du foie

1976 : Première transplantation du pancréas

1981 : Première transplantation du bloc cœur-poumon

1987 : Première transplantation du poumon.

Cependant, l'histoire de la **greffe** ne peut se réduire à celle de ses techniques et de leur performances successives, car la question de la transplantation doit aussi être pensée à partir de ce qui conditionne sa pratique : la disponibilité des organes. Enfin, dans un domaine, qui à la fois touche à l'identité la plus profonde de l'individu et en appelle à la solidarité collective, l'évocation de la dimension **éthique** liée à la culture doit être toujours présente à l'esprit, dans ce domaine sensible pour **l'inconscient collectif**.