

La greffe rénale.

Mde Yvette VARGAS - Surveillante Néphrologie - C.H.U.R. Pellegrin - BORDEAUX.

INTRODUCTION

En 1959, MERILL à Boston et J. HAMBURGER à Paris tentent avec succès les premières greffes rénales entre non-jumeaux.

Depuis cette date, grâce aux progrès de l'immuno-suppression chimique (en particulier la découverte de la Ciclosporine) mais aussi des techniques de sélection immunologique 55 000 transplantations ont été effectuées dans le monde.

La transplantation rénale est pratiquée à BORDEAUX depuis 1970 dans le service du Pr. APARICIO et du Pr. POTAUX. Actuellement, c'est le Pr. POTAUX qui est responsable de la greffe rénale.

A ce jour, à peu près 1 000 greffes ont été réalisées.

70 à 80 transplantations ont lieu chaque année dans le service ce qui place l'équipe de BORDEAUX au niveau de la 3^{ème} ou 4^{ème} équipe de transplantation sur le plan national.

INDICATIONS

Nous accueillons environ 80 patients par an pour bilan pré-greffe. Ce sont :

- des dialysés en hémodialyse ou en dialyse péritonéale suivis par les différents centres de dialyse de la région.
- des patients en insuffisance rénale terminale, non encore dialysés.

L'âge est un critère dont il faut tenir compte :

- limite supérieure : 60 ans (mais la greffe peut être possible jusqu'à 65-70 ans en fonction de l'état général).
- limite inférieure : plus floue. A BORDEAUX, nous ne pratiquons pas de transplantations pédiatriques qui ont lieu à TOULOUSE. L'équipe de BORDEAUX ne greffe les sujets jeunes qu'à partir d'un poids supérieur à 20 kilos.

L'état général de la personne est pris en considération et il est important de dépister les contre-indications.

- les contre-indications liées à l'anesthésie dépendent de l'état cardiaque et respiratoire du sujet.
- les contre-indications à la greffe elle-même peuvent être :
 - locales : problèmes artériels, anomalies urologiques (qui peuvent éventuellement être corrigées).
 - générales : temporaires (infection, hépatite...) définitives (néoplasie, Sida).

TECHNIQUE DE TRANSPLANTATION RENALE

A BORDEAUX, la transplantation se fait exclusivement à partir de donneurs cadavériques. Seule exception possible, le cas de jumeaux vrais, mais la décision n'est prise qu'après une étude minutieuse des motivations des deux jumeaux.

Le greffon est toujours et partout implanté dans la fosse iliaque du receveur. La veine rénale du greffon est anastomosée latéralement à la veine iliaque du receveur puis l'artère rénale du greffon est anastomosée à l'artère iliaque du receveur par une suture termino-latérale. L'uretère du greffon est abouché directement dans la vessie.

En principe, les reins propres du receveur sont laissés en place sauf s'ils sont trop volumineux, dans le cas de certaines polykystoses par exemple.

De façon générale, les candidats à la greffe sont vus en consultation une première fois par le Professeur POTAUX ou l'un de ses assistants et l'hospitalisation pour le bilan pré-greffe est programmée.

LE BILAN PRE-GREFFE

Il est réalisé lors d'une hospitalisation de 3 à 5 jours.

Bilan pré-opératoire standard

- Ionogramme sanguin - profil hépatique,
- NF,
- Bilan de coagulation,
- ECG,
- Radio pulmonaire.

Sérologies

virales : HIV, Hépatite A, B, C, CMV, EBV
toxoplasmose,
aspergillose,
candidose.

Uroculture - Numération de germes pour dépister toute infection.

Bilan immunologique

- groupage sanguin A-B-O Rhésus,
- groupage tissulaire HLA :

Le système HLA (Human Leucocyte Système A) est un système génétique qui est constitué de gènes localisés sur la 6^{ème} paire de chromosomes. Les gènes déterminent les antigènes sanguins et tissulaires qui sont des glycoprotéines membranaires et constituent l'identité cellulaire d'un individu.

Dans le système HLA, on distingue deux classes d'antigènes.

- La classe I qui comprend les gènes HLA A - B - C,
- La classe II qui comprend les gènes D et DR.

Il existe plusieurs millions de combinaisons possibles.

La détermination des antigènes du système HLA est réalisée à partir des lymphocytes du sang circulant (éléments du sang les plus riches en déterminant HLA).

Le système HLA permet une reconnaissance de ce qui est soi (histocompatibilité) et un rejet de ce qui est "soi altéré" ou étranger (histo-incompatibilité).

Recherche d'Anticorps cytotoxiques circulants qui sont des anticorps dirigés contre des molécules HLA étrangères et qui ont pu apparaître à la suite de transfusion, grossesse, greffe précédente.

Bilan radiologique

ASP : qui pourra mettre en évidence d'éventuelles calcifications artérielles.

Uréthrocystographie qui permet de déterminer la capacité de la vessie et de mettre en évidence toute anomalie des voies excrétrices (reflux vésico-urétéral).

Artériographie iliaque qui permet d'évaluer l'état vasculaire.

Autres examens non spécifiques qui ne sont pas pratiqués systématiquement :

- Bilan cardiaque : Echographie, épreuve d'effort, consultation de cardiologie.
- Bilan respiratoire : EFR, consultation de pneumologie.
- Scanner abdominal dans les cas de polykystose rénale pour évaluer la taille des reins et savoir si le chirurgien disposera de suffisamment de place pour implanter le greffon et éventuellement prévoir une néphrectomie de préparation.

Consultation d'urologie + anesthésie

Lorsque le bilan est terminé et qu'il n'est apparu aucune contre-indication définitive ou provisoire, le candidat à la greffe est vu en entretien par le Pr. POTAUD ou l'un de ses assistants.

Lors de cet entretien, le candidat à la greffe reçoit des explications sur la technique de transplantation, sur les résultats envisageables (à 1 an 85 à 90% des greffons sont fonctionnels...), sur les modifications que la greffe va pouvoir apporter à sa vie (liberté par rapport à la dialyse, au régime...) mais aussi sur les problèmes éventuels qui pourraient survenir.

Un dialogue s'instaure entre médecin et patient qui peut poser des questions, exprimer ses angoisses.

D'un point de vue pratique, tous les numéros de téléphone qui nous permettront de contacter le patient lors de l'"appel greffe" (numéros personnels, du centre de dialyse, des ambulanciers, de la famille, d'amis) sont recueillis sur le "cahier de greffe" qui est constitué à ce moment. Il concentre toutes les données relatives à la greffe et sera complété lors de la greffe et pendant toute la période post-opératoire.

A l'issue de cet entretien, le candidat peut être inscrit sur la liste d'attente de greffe. Le patient va alors rentrer chez lui. Il sera vu en consultation tous les 3 mois. Les sérologies et la recherche d'anticorps cytotoxiques seront de nouveau pratiquées.

ROLE DE L'EQUIPE SOIGNANTE

L'insuffisant rénal hospitalisé pour un bilan pré-greffe est caractérisé essentiellement par son anxiété :

Anxiété par rapport au déroulement de l'hospitalisation et des différents examens qu'il devra subir : l'équipe soignante doit absolument l'informer de la programmation et du déroulement des différents examens qu'il devra subir.

Anxiété liée aux séances de dialyse qui se dérouleront en dehors de leur centre habituel et seront pratiquées par des infirmières inconnues, différentes de celles qui le dialysent habituellement et avec lesquelles il a noué une relation privilégiée.

Il s'agit de le rassurer, de le sécuriser. Notre travail est facilité lorsque le patient arrive avec une fiche de liaison de son centre habituel dans lequel sont notifiés les paramètres de la dialyse.

Anxiété due à l'incertitude

Liée à la décision finale à l'issue du bilan : sera-t-il inscrit sur la liste de greffe? mais bien d'autres questions se posent à lui, par rapport à la greffe elle-même.

- Comment va se dérouler la période d'attente de la greffe?
- Comment va se dérouler la greffe elle-même?
- Quelles transformations la greffe va-t-elle apporter dans sa vie?

Lorsqu'il arrive, il n'a pas toujours une idée très nette de ce qu'est la greffe. Il en a déjà entendu parler par le néphrologue qui le suit habituellement, il a pu côtoyer des dialysés qui ont été greffés ou des greffés remis en dialyse.

Les informations qu'il possède sont souvent parcellaires, parfois déformées, voire fausses. Il est important de répondre à ses questions, d'être à son écoute, de l'aider à exprimer ses inquiétudes, ses angoisses.

Il faut s'attacher d'établir une relation de confiance avec le patient.

Il est important d'avoir une connaissance de la personne elle-même, de son contexte familial et professionnel, de son vécu par rapport à la maladie, de ses motivations par rapport à la greffe, de ses réactions vis-à-vis de l'hospitalisation.

Cette connaissance qui est le fruit d'un travail d'équipe facilitera la prise en charge du patient au moment de la greffe.