



## Fonction rénale – la transplantation

Introduction		
Physiologie	Voir 2.2 – S1 et cours précédents de la fonction rénale.	
Épidémiologie	En moyenne 5300 transplantations par an dont 3200 rénales On note une pénurie de greffons. En 2013 : 14k demandes pour 3k disponibles	
Le rejet d'allogreffe	C'est la réponse du système immunitaire du receveur contre les alloantigènes du donneur Dans ces rejets : les groupes sanguins (présence +/- anti-A et +/- anti-B) et les molécules HLA (pas d'anticorps naturels mais acquis après transfusion / grossesse et transplantation)  Deux rejets possibles : cellulaire (LT) ou humoral (anticorps) suivant la réponse immunitaire mise en place → mise en place de traitement immunosuppresseur	
Choix donneur/receveur	<b>Le receveur</b> est défini par IRC terminale avec DFG < 15 dans le cas de la transplantation rénale <u>Contre-indications</u> : infections non contrôlées, cancer, maladies cardiovasculaires sévères, mauvaise observance des traitements, âge physiologique	
	<b>Bilan pré transplantation</b>	
	Bilan immunologique et virologique	Groupe ABO, HLA et anticorps anti-HLA Sérologie VIH, VHC, HTLV...
	Bilan morphologique	Echographie abdominale TDM abdo-pelvien sans injection (logique s'il a des prblm de rein...)
	Bilan cardiovasculaire	Echo-cardiaque Echo-doppler troncs supra-aortique + membres inf Scintigraphie myocardique
	Consultation anesthésiste	
	Consultation chirurgien urologue	
	Réunion d'inscription sur liste d'attente	
	<b>Le donneur</b> est soit <b>décédé</b> (mort encéphalique) soit <b>vivant</b> (excellente santé avec explorations poussées) parmi le cercle de donneurs possibles (proches familiaux ou liens affectifs et stables depuis 2 ans et les dons croisés [entre deux couples donneur/receveur])	
De l'appel au départ au bloc		
Appel du patient	Proposition d'un rein par l'agence de la biomédecine Vérification du greffon et de la compatibilité immunologique Téléphoner au patient (viens au plus vite frère on va te mettre bien)	
Arrivée du patient	Bilan préopératoire (voir au-dessus) Test de crossmatch (étude pour prévenir le risque de rejet) Préparation (VVP, mise à jeun...) → voir 2.4.S1 - <a href="#">Prise en charge pré, per et post-opératoire</a> Début du traitement immunosuppresseur	
Les immunosuppresseurs	Prévention du rejet	Par définition ces ttt permettent de prévenir le rejet par diminution de la charge immunologique du patient receveur. → Les anticorps polyclonaux antilymphocytaires (via VVC) dont deux familles ATG (anti-thymocytes globulines) et SAL (sérum anti-lymphocytaire)
	Traitement d'induction	Mise en place au moment de la transplantation et dans les jours qui suivent. C'est à ce moment-là que le risque de rejet est le plus élevé. → Les anticorps anti-IL2R alpha (de J0 à J4 en IV) : alternative au SAL
	Traitement d'entretien	Le ttt se prolonge durant toute la vie du patient greffé Aucune interruption n'est possible → peut entraîner un rejet



		→Corticoïdes + inhibiteurs de la calcineurine + antiprolifératifs + inhibiteurs de mTOR	
	Traitement du rejet	Dans le cas du rejet du greffon les immunosuppresseurs sont utilisés	
<b>Risques et complications liés à la chirurgie</b>			
Les complications	Rejet aigu / chronique	Utilisation d'immunosuppresseurs = EI, possible infection, cancer, complications métaboliques et complications cardiovasculaires On note des interactions médicamenteuses avec le cytochrome P450 3A4 (permet le métabolisme des médicaments, synthèse cholestérol + stéroïdes + lipides) → d'où la nécessité de doser les immunosuppresseurs pour limiter cela	
		Cellulaire	Conséquence d'une inobservance Bon pronostic Traitement par corticoïdes (première intention) et SAL (2 <sup>ème</sup> intention)
		Humoral	Conséquence d'une inobservance Mauvais pronostic et première cause de rejet des greffons Entraîne la destruction du greffon Traitement par corticoïdes, échanges plasmatiques, immunoglobulines IV et anticorps monoclonaux pour LB
	Anurie / oligurie	Risque de surcharge (OAP), d'hyperkaliémie...	
	Polyurie	Risque de choc hypovolémique, hypokaliémie, hypocalcémie, hypomagnésémie...	
	Hémorragie		
	Thrombose	Veineuse profonde ou d'une veine / artère du greffon	
	Fistule urinaire		
	Infections	Communautaires ou opportunistes	
	Cancer		
	Pathologies cardiovasculaire	Première cause de décès chez les patients transplantés Syndrome coronarien, AVC, ischémie des membres inf...	
	Déséquilibre glycémique	Consécutif aux immunosuppresseurs	
	Lymphocèle / lymphœdème		
Syndrome occlusif			
Déficit sensitif			
Insuffisance rénale			
Préventions de celles-ci	ETP sur prise des ttt et règles hygiéno-diététiques (hydratation abondante, éviter les excès [sels, sucre rapide, graisses], sevrage tabagique, activité physique non traumatique) Lutte contre les infections Contraception pendant 1 an minimum si nécessaire (on évite chez l'homme hein...)		

