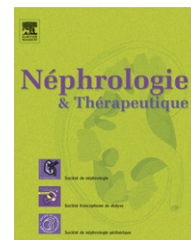


Disponible en ligne sur www.sciencedirect.comjournal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/nephro>

ÉDITORIAL

La mise sur liste de transplantation rénale : une raison supplémentaire pour une prise en charge précoce des patients insuffisants rénaux chroniques

Inscription on waiting list for renal transplantation: Another reason for early nephrological care of chronic-kidney disease patients

L'excellent article de mise au point écrit par Michèle Kessler et les membres de la commission de transplantation de la Société de néphrologie pose la question du moment opportun de l'inscription sur liste d'attente pour une transplantation rénale. Cette question est particulièrement importante pour tous les néphrologues, puisqu'elle concerne la prise en charge d'un patient en insuffisance rénale chronique évoluant vers la phase terminale.

Il y a 15 ans, la séquence de prise en charge de l'insuffisance rénale terminale était dans la majorité des cas une mise en dialyse, suivie d'une évaluation pour une transplantation rénale. De ce fait, la grande majorité des patients éligibles était mise sur liste après avoir été en dialyse et dans beaucoup de centres, l'inscription ne s'envisageait pas auparavant. On parlait même des vertus « bénéfiques » de la dialyse pour améliorer l'adhésion au traitement des futurs patients greffés. À cette époque, la greffe rénale était surtout reconnue pour améliorer la qualité de vie des patients, mais son effet sur la survie des patients n'avait pas encore été objectivé par des études. Depuis, plusieurs études ont démontré que la greffe rénale améliorait non seulement la qualité de vie mais aussi la survie des patients en insuffisance rénale terminale [1,2]. Parmi les facteurs qui influencent négativement la survie des patients après une greffe rénale, on retrouve la durée d'attente en dialyse [3,4]. Ce sont donc les patients qui reçoivent une greffe de manière préemptive qui évoluent le mieux. Ces données sont en parfaite concordance avec les données montrant qu'une prise en charge précoce de l'insuffisance rénale terminale par un néphrologue est associée à un meilleur

pronostic en comparaison avec une prise en charge tardive. Parmi les différences que l'on peut relever entre les deux types de prises en charge, l'accès à la transplantation est significativement plus important dans le groupe des patients pris en charge précocement. Par ailleurs, seul ce groupe pourrait bénéficier d'une transplantation rénale préemptive [5].

Malgré ces nombreuses évidences, et comme le souligne bien l'article, il existe encore une grande variabilité dans la date d'inscription des patients insuffisants rénaux chroniques sur la liste d'attente pour une transplantation rénale. Le problème principal reste la prise en charge trop tardive de l'insuffisance rénale chronique par le néphrologue. Parmi les obstacles à la prise en charge précoce, persiste dans l'esprit de beaucoup de médecins non néphrologues, la notion que la transplantation rénale est un traitement réservé uniquement aux patients en dialyse. Le principe de la transplantation rénale préemptive est très peu connu parmi eux.

Notre rôle est de changer les mentalités et d'encourager une approche beaucoup plus proactive des médecins vis-à-vis de la transplantation rénale. Compte tenu de la moyenne d'âge élevée et des nombreuses comorbidités des patients présentant une insuffisance rénale terminale, seuls 30 à 40 % des patients peuvent bénéficier d'une transplantation. Cependant, il est important que tout patient avec une IRC de stade IV puisse recevoir une information complète sur les méthodes de substitution rénale, information qui devrait porter sur la transplantation rénale au même titre que sur l'hémodialyse et sur la dialyse péritonéale. Cette information devrait être faite par le néphrologue dans un premier

temps tout en ayant recours à des moyens complémentaires, tels que brochures, films, consultations d'infirmières spécialisées. Ces moyens ont le grand avantage de permettre au patient et à sa famille de revenir à plusieurs reprises sur la question et de l'aborder différemment. Nous sous-estimons souvent le temps nécessaire aux patients et à leur famille pour intégrer toutes les informations que nous leur donnons et pour en évaluer les conséquences pour leur vie future. Ce processus d'intégration se compte souvent en mois et se fait souvent par étapes, tel un processus de deuil.

Lorsque le patient est intéressé par la transplantation rénale et qu'il n'a pas de contre-indications à débiter un bilan, la préparation pourra se faire dans de bonnes conditions dès que la fonction rénale approche 20 ml/min. En effet, comme le souligne l'article, bien qu'il n'y ait pas de recommandations européennes, un débit de filtration glomérulaire (DFG) de 20 ml/min associé à une perte de la fonction rénale prédisant un DFG inférieur à 15 ml/min dans les 12 à 18 mois est un critère tout à fait adéquat et une mise sur liste à ce moment là est donc opportune. Ce sont d'ailleurs les critères retenus par UNOS [6] et par un pays francophone limitrophe, la Suisse. Ainsi un patient, préparé suffisamment tôt, peut être mis sur liste une année, voire deux ans avant l'instauration de la dialyse. Cette préparation, en vue de la transplantation, doit toutefois se faire en parallèle à la préparation vers une méthode de dialyse [7]. En effet, compte tenu de l'allongement des temps d'attente moyens pour un rein en provenance d'un donneur décédé, l'inscription précoce sur liste d'attente n'évitera pas à une grande partie des patients d'être quand même dialysés. Les patients habitant dans certaines régions, comme l'Espagne où le temps d'attente est de moins d'une année, pourront être greffés avant d'être en dialyse [8]. Durant la période d'attente sur liste, la possibilité d'une transplantation rénale à partir d'un donneur vivant peut être explorée et il n'est pas rare que cette éventualité se présente après la mise sur liste de transplantation. Il est alors temps de faire le bilan du donneur et d'organiser une transplantation de manière pré-emptive [7].

Pour conclure, il nous paraît important de souligner qu'à fin de ne pas prêter les bénéfices de la transplantation,

les néphrologues doivent veiller à ce que leurs patients éligibles soient mis au moment opportun sur liste d'attente.

Références

- [1] Edwards EB, Bennett LE, Cecka JM. Effect of HLA matching on the relative risk of mortality for kidney recipients: a comparison of the mortality risk after transplant to the mortality risk of remaining on the waiting list. *Transplantation* 1997;64:1274–7.
- [2] Schnuelle P, Lorenz D, Trede M, van Der Woude FJ. Impact of renal cadaveric transplantation on survival in end-stage renal failure: evidence for reduced mortality risk compared with hemodialysis during long-term follow-up. *J Am Soc Nephrol* 1998;9:2135–41.
- [3] Mange KC, Joffe MM, Feldman HI. Effect of the use or nonuse of long-term dialysis on the subsequent survival of renal transplants from living donors. *N Engl J Med* 2001;344:726–31.
- [4] Meier-Kriesche HU, Kaplan B. Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: a paired donor kidney analysis. *Transplantation* 2002;74:1377–81.
- [5] Cass A, Cunningham J, Snelling P, Ayanian JZ. Late referral to a nephrologist reduces access to renal transplantation. *Am J Kidney Dis* 2003;42:1043–9.
- [6] Kasiske BL, Cangro CB, Hariharan S, et al. The evaluation of renal transplantation candidates: clinical practice guidelines. *Am J Transplant* 2001;1:3–95.
- [7] Bunnapradist S, Danovitch GM. Evaluation of adult kidney transplant candidates. *Am J Kidney Dis* 2007;50:890–8.
- [8] Perez-Flores I, Sanchez-Fructuoso A, Calvo N, et al. Preemptive kidney transplant from deceased donors: an advantage in relation to reduced waiting list. *Transplant Proc* 2007;39:2123–4.

Karine Hadaya

Pierre-Yves Martin*

Département de médecine interne,
service de néphrologie, hôpitaux universitaires de Genève,
1211 Genève, Suisse

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre-yves.martin@hcuge.ch
(P.-Y. Martin)

17 décembre 2007