

Transplantation rénale

Accès à la liste d'attente nationale

Du repérage à l'inscription : critères d'orientation et indications

Octobre 2015

OBJECTIFS

- Favoriser l'accès à la transplantation et réduire les disparités d'accès.
- Favoriser l'accès à la transplantation avec donneur vivant.
- Favoriser les inscriptions préemptives ou précoces.
- Réduire les délais d'inscription.

PARCOURS D'ACCÈS À LA LISTE D'ATTENTE DE GREFFE RÉNALE

Patients potentiellement concernés :

- avec une maladie rénale chronique (MRC) irréversible, évolutive de stade 4, pour lesquels les professionnels anticipent un besoin de suppléance ou un débit de filtration glomérulaire (DFG) $< 20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ dans les 12 à 18 prochains mois ;
- avec une MRC de stade 5, DFG $< 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, dialysés ou non.

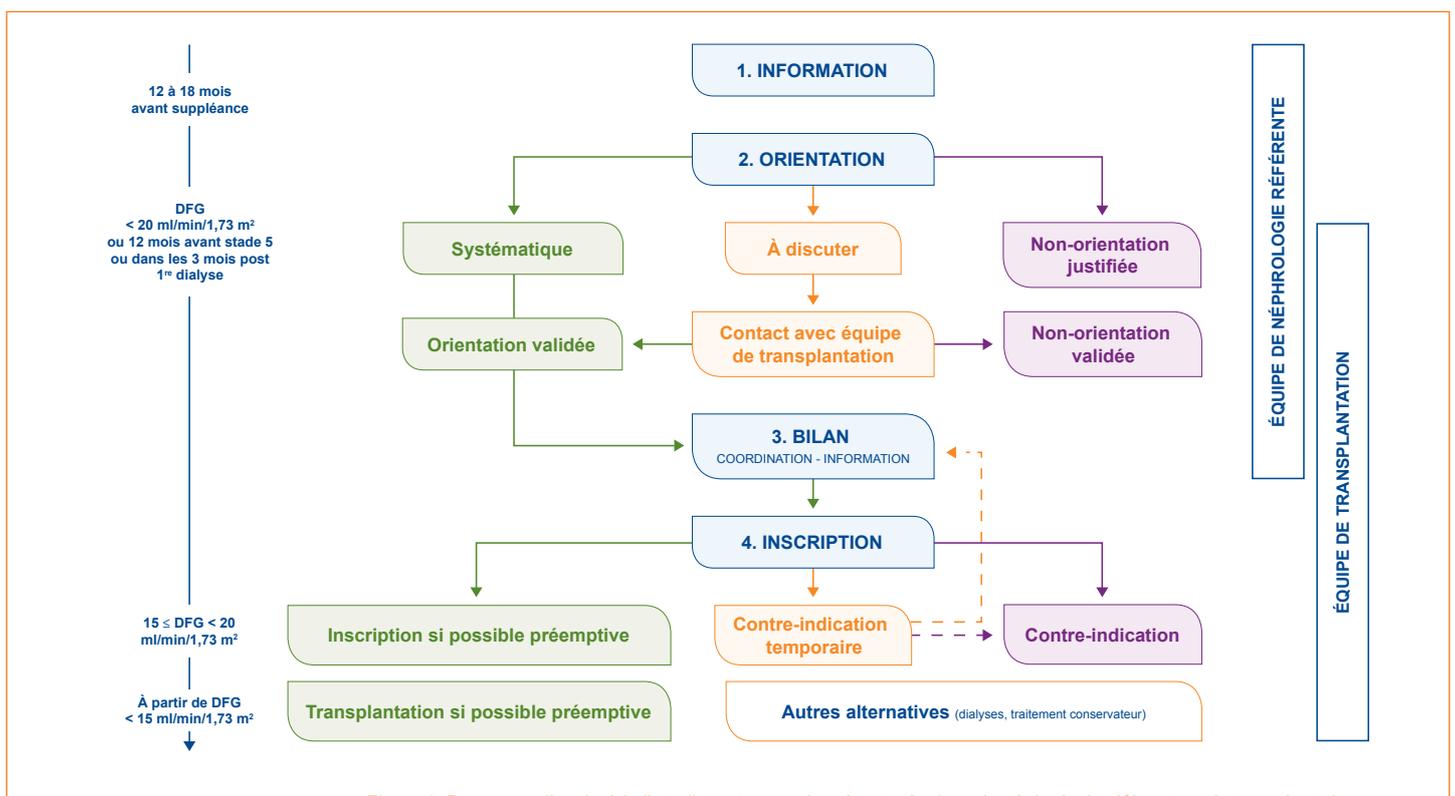


Figure 1. Processus d'accès à la liste d'attente, coordonné entre équipes de néphrologie référente et de transplantation

REPÉRER ET INFORMER

En vue d'une inscription préemptive : 12 à 18 mois avant suppléance

| | |
|-----------|---|
| AE | Repérer à l'aide des systèmes d'information à disposition des équipes médicales tous les patients : <ul style="list-style-type: none">avec une MRC évolutive de stade 4, pour lesquels les professionnels anticipent un besoin de suppléance ou un DFG < 20 ml/min/1,73 m² dans les 12 à 18 prochains mois ;avec une MRC de stade 5, DFG < 15 ml/min/1,73 m², non encore dialysés. |
| B | Informers tous ces patients sur l'ensemble des traitements de suppléance, dont les transplantations avec donneur vivant ou décédé, au moins un an avant le traitement de suppléance, si possible. |

En vue d'une inscription précoce après dialyse : dans les 3 mois après 1^{re} dialyse

| | |
|-----------|--|
| AE | Identifier tous les patients dialysés non inscrits en s'aidant des systèmes d'information existants. |
| B | Dans les 3 mois suivant la première dialyse, s'assurer que le patient est informé des possibilités de transplantation rénale, avec donneur vivant ou décédé, et qu'il a compris si celle-ci constitue pour lui une alternative à la dialyse. |
| AE | Informers sans délai sur l'existence de la transplantation rénale et le déroulement du parcours d'accès à la greffe tout patient non informé, dialysé depuis plus de 3 mois, en l'absence de contre-indication documentée. |

Réduire les disparités et les délais d'inscription

| | |
|-----------|--|
| B | Être vigilant aux déterminants sociaux indépendants des critères médicaux qui impactent l'accès à la liste d'attente (âge, genre, niveau d'éducation et précarité) et offrir un accès équitable à l'ensemble de la population. |
| C | S'assurer que tout programme d'éducation thérapeutique ou toutes séances d'information présentant les traitements de suppléance comporte un volet relatif à la transplantation rénale, avec donneur vivant ou décédé. |
| C | Mettre en place un système de suivi permettant de déterminer les délais d'inscription ; identifier les patients orientés vers un parcours de transplantation et noter les dates de réalisation des principales étapes en vue de suivre leur progression (information, orientation, recherche d'un donneur vivant, début et fin de bilan prétransplantation, inscription ou refus), en association aux programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre avant le traitement de suppléance ou au cours du bilan prétransplantation. |
| C | Organiser le bilan prétransplantation dans des délais courts. En dehors des situations complexes, il est souhaitable d'avoir le même jour les 3 consultations, néphrologique, chirurgicale et anesthésique, au niveau du centre hospitalier où sera réalisée la transplantation. |
| AE | Valider l'inscription administrative au plus tard dans le mois suivant l'inscription médicale. |

Échanges d'informations avec le patient

| | |
|-----------|---|
| AE | Informers le patient sur les bénéfices, risques et contre-indications des différentes options thérapeutiques (transplantation rénale avec donneur vivant ou décédé, dialyses et traitement conservateur) et recueillir ses choix de vie, ses priorités et ses préférences : elles peuvent différer de celles des professionnels de santé (voir fiche « Information à échanger avec le patient »). |
|-----------|---|

ORIENTER ET DÉBUTER LE BILAN

Orientation systématique

| | |
|----------|--|
| B | Après accord du patient, débiter le bilan prétransplantation et/ou orienter vers une équipe de transplantation tout patient de moins de 85 ans, avec une MRC irréversible, de stade 4 évolutive ou de stade 5, dialysé ou non, si sa situation ne figure pas dans les orientations non justifiées ou à discuter. |
|----------|--|

Orientation non justifiée

| | |
|-----------|--|
| AE | <p>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 anesthésique 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 :</p> <ul style="list-style-type: none">● 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 fraction d'éjection ventriculaire gauche (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 PaO₂ < 60 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 morbide définie par un indice de masse corporelle (IMC) > 50 kg/m² (au-delà d'un IMC à 40 kg/m², 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. |
| AE | Critères à réexaminer annuellement par le néphrologue référent en cas de situations pouvant évoluer favorablement, afin de vérifier s'ils sont toujours présents. |
| AE | En dehors de ces situations, il est recommandé qu'une non-orientation vers une équipe de transplantation soit décidée après échanges avec le patient et avis ou réunion avec un médecin de l'équipe de transplantation. |

Orientation à discuter

| | |
|-----------|---|
| C | <p>Discuter entre néphrologue référent et équipe de transplantation la pertinence de l'orientation du patient vers un parcours de greffe rénale, avant d'engager un bilan prétransplantation, lorsque le patient présente une situation complexe :</p> <ul style="list-style-type: none">● 2 ou plus de 2 comorbidités ou facteurs de risque suivants : diabète, infarctus du myocarde, maladie vasculaire périphérique, accident vasculaire cérébral, tabagisme, car ces facteurs diminuent significativement la probabilité d'être inscrit ;● un ou plusieurs facteurs de risque de complications post-transplantation connus avant le bilan prétransplantation :<ul style="list-style-type: none">▸ obésité avec IMC compris entre 35 et 50 kg/m²,▸ antécédent de cancer,▸ amylose systémique,▸ perte d'autonomie ou diminution des fonctions cognitives, documentée à l'aide de tests validés,▸ troubles ou maladies psychiatriques stabilisés ou suivis, après avis d'un psychiatre,▸ insuffisance cardiaque,▸ insuffisance respiratoire modérée,▸ insuffisance hépatique,▸ facteurs de risques thromboemboliques,▸ calcifications vasculaires étendues ;● un ou plusieurs facteurs de risque concernant la technique chirurgicale, notamment malformation du tractus génito-urinaire ;● un risque de récurrence de la maladie rénale initiale ;● un antécédent de transplantation rénale ou de toute autre transplantation d'organes ;● une infection chronique (VIH, VHC, VHB). |
| AE | <p>Différentes formes d'échanges formalisés entre le néphrologue référent et l'équipe de transplantation sont possibles : échange par courrier, téléphone, discussion sur dossiers, réunion de concertation pluridisciplinaire, télé-médecine, consultation du patient auprès de l'équipe de transplantation.</p> <p>Ce contact devrait permettre d'éviter toute perte de chance au patient, c'est-à-dire d'éviter une non-orientation inappropriée, mais aussi de valider la pertinence d'engager le bilan ou encore de hiérarchiser les examens du bilan prétransplantation dans un souci de pertinence des soins.</p> |
| AE | <p>Pour les patients de plus de 70 ans, une évaluation de l'espérance de vie par un score validé peut être utile à la décision d'engager le bilan prétransplantation en accord avec l'équipe de transplantation.</p> |
| AE | <p>En cas de doute du patient sur le bénéfice potentiel de la transplantation, lui proposer de rencontrer un membre de l'équipe de transplantation.</p> |

BILAN PRÉTRANSPLANTATION

Le bilan commun à tout candidat à la transplantation est partiellement fondé sur des examens réalisés dans le cadre du suivi habituel de la maladie rénale chronique. Il sera complété en fonction des données cliniques, de l'âge et des antécédents ou comorbidités du patient (pour précisions sur les bilans complémentaires fréquents, voir texte et annexes de la recommandation).

Coordination du bilan prétransplantation

AE

Bilan prétransplantation commun à coordonner en tout ou partie par l'équipe de néphrologie référente, selon l'organisation établie localement avec l'équipe de transplantation.

Bilan commun à tout candidat

AE

En cas de situations complexes ou de situations où l'inscription est incertaine, les typages HLA et les sérologies spécifiées seront réalisés après décision d'inscription. Disposer des résultats suivants :

- recueil détaillé des antécédents personnels et familiaux, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, allergiques, transfusionnels, thromboemboliques et hémorragiques ; historique des accès vasculaires ; portage de bactéries multirésistantes si connues ; recueil précis de la néphropathie initiale (analyse de la biopsie rénale si disponible), de son évolution, et évaluation du risque de récurrence ;
- examen physique détaillé et notamment : pouls périphériques, pression artérielle, phénotype et examen cutané, poids, taille, IMC ;
- bilan biologique :
 - groupe sanguin ABO, rhésus, agglutinines irrégulières,
 - NFS plaquettes, TP-INR, TCA, fibrinogène,
 - typage HLA et anticorps anti-HLA (après décision d'inscrire en cas de situations complexes),
 - sérologies : VIH, VHB, VHC, et après décision d'inscription : CMV, EBV, toxoplasmose, VZV, ainsi que syphilis, HTLV1 et autres éventuelles sérologies demandées par l'ABM pour l'inscription,
 - calcium, phosphates, parathormone,
 - ASAT, ALAT, bilirubine totale, PAL, gamma GT,
 - glycémie à jeûn ;
- situation vaccinale et mise à jour des vaccinations selon les recommandations en vigueur avant transplantation rénale (cf. annexe 2 de la recommandation) ;
- imagerie et autres examens complémentaires :
 - radiographie thoracique,
 - ECG 12 dérivations, échographie cardiaque,
 - échographie ou autre examen d'imagerie rénale ;
- consultations au sein de l'équipe de transplantation :
 - consultation néphrologique,
 - consultation chirurgicale,
 - consultation anesthésique,
 - consultation psychologique ou psychiatrique, si disponible ;
- évaluation de la situation sociale du patient.

Recherche d'une coronaropathie chez les candidats à une transplantation rénale

AE

- **Candidats asymptomatiques à faible risque coronarien** : données cliniques de base, examen physique, ECG de repos et radiographie du thorax constituent une évaluation suffisante.
- **Candidats âgés de 50 ans et plus, ou en cas de diabète, ou d'antécédent de maladie cardio-vasculaire personnel ou familial** : recherche d'une coronaropathie recommandée selon arbre décisionnel (annexe 4 de la recommandation). Réaliser d'emblée une échographie de stress dobutamine ou une scintigraphie de stress, dans le cas où la capacité physique du patient ne lui permettra manifestement pas de réaliser un test d'effort maximal rendant impossible son interprétation.
- **Candidats de moins de 50 ans** avec au moins 2 facteurs de risque cardio-vasculaire significatifs, en sus de l'IRC (ancienneté de la dialyse, tabagisme, hypertension artérielle et dyslipidémie) : il est raisonnable de rechercher une coronaropathie.

INSCRIPTION SUR LISTE NATIONALE D'ATTENTE DE GREFFE RÉNALE

Le processus d'inscription sur la liste nationale de greffe rénale comporte 3 étapes :

- inscription sur la liste unique nationale de greffe rénale par une équipe médico-chirurgicale de transplantation autorisée, par voie électronique ;
- confirmation administrative par la direction de l'établissement de santé après avoir vérifié l'identité du patient et les conditions de prise en charge financière de l'opération ;
- confirmation au patient de son inscription sur la liste par le pôle national de répartition des greffons de l'Agence de la biomédecine, après examen du dossier administratif. Cette confirmation place le patient en position d'attente de greffon, sauf si l'inscription a été faite d'emblée en contre-indication temporaire. L'Agence de la biomédecine informe directement le patient de son inscription effective sur la liste nationale d'attente.

Il n'est pas possible de faire une liste exhaustive des situations où le patient peut être inscrit sur liste d'attente de greffe rénale. Seules les situations d'inscriptions spécifiques ou d'inscriptions non justifiées sont ici rapportées.

Inscriptions spécifiques

| | |
|-----------|--|
| AE | Inscription préemptive Tenir compte de la pente de dégradation du DFG pour adapter le seuil de DFG à l'inscription. Seuil de DFG recommandé pour une inscription préemptive : $15 \leq \text{DFG} \leq 20$ ml/min/1,73 m ² , afin d'espérer dans le meilleur des cas possibles une greffe préemptive à partir d'un DFG < 15 ml/min/1,73 m ² , notamment en cas de possibilité de donneur vivant. |
| AE | Inscription avec donneur vivant Respecter les mêmes critères d'inscription sur la liste d'attente de greffe rénale, que la transplantation soit envisagée à partir d'un greffon de donneur vivant ou décédé. |
| AE | Inscription après mise en place d'un accompagnement spécifique S'assurer qu'un accompagnement médical et social spécifique et un traitement le cas échéant sont mis en place et permettront de faciliter l'observance du traitement et du suivi post-greffe avant d'inscrire les patients dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none">● patient présentant une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites pouvant entraîner un défaut d'observance thérapeutique, avec projet de sevrage ;● patient présentant un trouble psychiatrique ;● patient non autonome, isolé socialement. |
| AE | Inscription d'emblée en contre-indication temporaire La durée anticipée de la contre-indication temporaire ne devrait pas excéder 1 an, afin de limiter la répétition des bilans prétransplantation. Il est possible d'inscrire le patient sur liste d'attente de greffe rénale en le plaçant d'emblée en contre-indication temporaire dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none">● insuffisance coronarienne non contrôlée ou artériopathie oblitérante en attente de revascularisation ; accident ischémique transitoire (AIT), accident vasculaire cérébral (AVC), syndrome coronarien aigu, de moins de 6 mois ;● cancer ou hémopathie maligne en rémission, dont la durée de contre-indication est à évaluer au cas par cas avec l'oncologue, l'hématologue ou le spécialiste d'organes ;● troubles psychiatriques ou troubles cognitifs sévères nécessitant au préalable une adaptation thérapeutique et/ou des mesures spécifiques d'accompagnement en cours de mise en place ;● dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites en cours de sevrage ;● maladies infectieuses nécessitant un traitement de plusieurs mois avant que la transplantation soit possible ;● polykystose rénale en attente de néphrectomie ou embolisation de l'artère rénale. |

Non-inscription justifiée

Sont listées ci-dessous les situations particulières le plus fréquemment à l'origine d'une décision médicale de ne pas inscrire le patient sur liste nationale d'attente de greffe rénale isolée, en complément des situations pour lesquelles il a été décidé de ne pas orienter le patient vers un parcours de transplantation. Cette liste n'est pas exhaustive. Certaines de ces situations peuvent faire discuter l'opportunité d'une double greffe simultanée de deux organes différents dont un rein.

| | |
|-----------|---|
| AE | <p>Ne pas inscrire les patients sur liste d'attente de greffe rénale isolée après bilan prétransplantation dans les situations cliniques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● insuffisance rénale qui n'est pas progressive et irréversible ; DFG \geq 20 ml/min/1,73 m² ; ● insuffisance coronarienne sévère non revascularisable ; ● insuffisance cardiaque sévère (NYHA IV et/ou fraction d'éjection ventriculaire gauche < 35 %) ; ● séquelles sévères d'accident vasculaire cérébral ; ● maladie vasculaire périphérique sévère non revascularisable ; ● bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec index de BODE \geq 5 ; ● insuffisance respiratoire chronique sévère avec PaO₂ < 60 mmHg et/ou oxygénothérapie au long cours ; ● cancer ou hémopathie maligne requérant un traitement et/ou évolutifs ; ● antécédent de cancer traité, en rémission n'ayant pas atteint le délai de sécurité préconisé en concertation avec l'oncologue, l'hématologue ou le spécialiste d'organes. Ce délai peut être inférieur à 5 ans (inscrire en CIT si le délai préconisé est < 1 an) ; ● VHC ou VHB en cas de contre-indication posée en concertation avec l'infectiologue ou l'hépatologue ; ● VIH si au moins un des critères suivants est présent : <ul style="list-style-type: none"> ▸ non-compliance au traitement, en particulier aux thérapies antirétrovirales hautement actives, ▸ taux de CD4 \leq 200^{mm}3 dans les 3 derniers mois, ▸ taux d'ARN du VIH détectable dans les 3 derniers mois, ▸ infections opportunistes dans les 6 derniers mois, ▸ signes compatibles avec une leuco-encéphalite multifocale progressive, une cryptosporidie intestinale chronique ou un lymphome ; ● maladies systémiques évolutives ; ● accès vasculaires ne permettant pas la transplantation et non accessibles à une chirurgie de remplacement ; ● troubles psychiatriques en phase aiguë ou troubles cognitifs sévères non contrôlés par le traitement et/ou pouvant être aggravés par la transplantation ; ● cirrhose non virale compliquée ne relevant pas d'une greffe combinée foie-rein. |
| AE | <p>Discuter et décider en réunion pluridisciplinaire au sein de l'équipe de transplantation tout refus d'inscription fondé sur d'autres critères que ceux cités isolément ci-dessus, notamment du fait de l'association de plusieurs comorbidités ou facteurs de risque, dont les facteurs immunologiques.</p> |
| AE | <p>Ne pas inscrire sur liste d'attente les patients qui exigeraient d'être transplantés selon des modalités incompatibles avec les règles nationales d'attribution des greffons, après s'être assuré qu'ils les ont bien comprises.</p> |

Grade des recommandations

| A | B | C | AE |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Preuve scientifique établie | Présomption scientifique | Présomption scientifique | Accord d'experts |



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique

« Transplantation rénale : accès à la liste d'attente nationale » – Recommandation pour la pratique clinique.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Octobre 2015