

Que faire pour préserver l'avenir de sa transplantation rénale ?

Professeur Maryvonne Hourmant

Service de Néphrologie et d'Immunologie Clinique. CHU Nantes

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une maladie lourde, au traitement contraignant. La transplantation permet, à toutes les personnes qui en bénéficient, de vivre plus librement et plus confortablement que la dialyse et limite les complications directes et indirectes de l'IRC. Les performances des médicaments ont presque fait disparaître rejet aigu et infections graves, rendant l'évolution de la transplantation plus simple. L'amélioration de la survie du greffon et l'extension des indications ont banalisé la transplantation rénale mais les patients ne doivent pas oublier que la greffe n'a pas une durée illimitée et que le traitement immunosuppresseur au long cours a lui aussi ses complications. Une surveillance médicale régulière est donc indispensable mais au delà de l'intervention des médecins, chaque transplanté peut aussi préserver l'avenir de son greffon par des règles de conduite simples.

Hygiène de vie et diététique

Le transplanté doit préserver son état de santé général.

L'IRC est associée à un processus d'athérosclérose accélérée, responsable de mortalité et de maladies cardio-vasculaires comme l'artérite des membres inférieurs, l'insuffisance coronarienne et l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral. La protection cardio-vasculaire des patients insuffisants rénaux est donc un élément essentiel de la prise en charge de l'IRC, à tous les stades de la maladie. Le transplanté n'échappe pas à la règle.

Il existe une liste de facteurs de risque cardio-vasculaire, prédictifs de complications cardio-vasculaires, mise à jour par la Haute Autorité de Santé en 2005 :

- L'âge, supérieur à 50 ans pour les hommes, 60 ans pour les femmes
- Le tabagisme, en cours ou interrompu depuis moins de 3 ans
- Le diabète de type 2, même traité
- Les antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire, survenue chez le père ou la mère ou les parents du premier degré à un âge relativement jeune

- Les troubles du cholestérol : LDL (dit mauvais) cholestérol supérieur à 1,6 gr/l, HDL (dit bon) cholestérol inférieur à 0,4 gr/l
- On en rapprochera l'obésité, l'alcoolisme, la sédentarité.

Chacun des facteurs de risque s'associe à l'hypertension artérielle, à la présence de la maladie rénale pour augmenter le risque de mortalité et de complications d'origine cardio-vasculaire, surtout chez une personne ayant déjà une maladie cardio-vasculaire.

Certains de ces facteurs sont accessibles à des mesures de correction, qui comportent toujours une bonne diététique et une bonne hygiène de vie

Quels conseils peut-on donc donner aux transplantés ?

- L'arrêt du tabac
- La restriction de la consommation d'alcool à l'équivalent d'un verre de vin par repas au maximum
- Une activité physique minimale, de 30 minutes de marche par jour
- Une grande vigilance sur la prise de poids, quasi-inévitable après la greffe. Les médecins se basent sur l'index de masse corporelle (taille x taille divisé par le poids) pour évaluer la surcharge pondérale. Au delà d'une valeur de 30 de ce rapport, on parle d'obésité. L'index de masse corporelle ne devrait pas dépasser 25.
- La prévention de l'apparition d'un diabète, favorisée par les antécédents familiaux, la prise de poids et certains médicaments comme les corticoïdes. Sur ces terrains prédisposés, un régime riche en sucres est à éviter.
- La normalisation du cholestérol. La première étape dans la lutte contre l'hypercholestérolémie, avant la prescription de médicaments, est la correction d'un régime trop riche en graisses mais l'activité physique et le sport y contribuent aussi.
- La normalisation de la tension artérielle. Ceci est obtenu par des médicaments mais il faut rappeler l'importance d'un régime appauvri en sel.

Le transplanté peut aussi avoir une certaine influence sur l'évolution de la fonction de son greffon. Des études cliniques et des études expérimentales ont montré que certains paramètres seraient susceptibles d'accélérer l'IRC de reins non greffés. Ce sont l'hypertension artérielle, la présence d'une protéinurie et un régime riche en protéides. La prise en charge de ces facteurs fait l'objet de recommandations en néphrologie, qui sont applicables aux transplantés car les transplantés, porteurs d'un rein unique, présentent pour la plupart d'entre eux une IRC de degré variable :

- Un bon équilibre tensionnel, les objectifs à atteindre étant des chiffres inférieurs ou égaux à 130/80 mm Hg.
- Un régime alimentaire qui ne soit pas trop riche en protides. L'apport de protides augmente le flux de sang et la filtration des reins. Un excès de protides alimentaires force donc inutilement le travail du greffon .
- La réduction d'une éventuelle protéinurie, grâce à la prescription d'une certaine famille de médicaments agissant aussi sur l'hypertension artérielle, avec pour objectif une protéinurie inférieure à 0,5-1 gramme par jour.
- Le bon équilibre d'un éventuel diabète présent avant la transplantation ou apparu après la transplantation.

Compliance au traitement et au suivi

La compliance des transplantés est aussi une condition de réussite de la greffe. La compliance est la prise du traitement conformément à ce qui a été prescrit par le médecin ainsi que le respect des règles de suivi fixées par ce médecin. Le manque de compliance est un problème qui se rencontre dans toutes les maladies chroniques. Les transplantés craignent tous l'échec de leur greffe et le retour en dialyse. Certains voudraient cependant profiter de l'allégement des contraintes que procure la greffe voire se sentent guéris et cherchent à composer avec les exigences de l'équipe de transplantation. La non compliance n'est donc pas rare chez les transplantés et prend même des dimensions préoccupantes chez les adolescents où elle serait responsable d'environ 30% des pertes de greffon.

En transplantation rénale, elle est suspectée sur des dosages très variables de médicaments dans le sang, d'une consultation à l'autre, ou chez des personnes connaissant mal leur traitement ou ne prenant jamais le dosage indiqué dans leur dossier. La prise des médicaments peut être omise de façon régulière mais il arrive que des patients arrêtent complètement leur traitement sur une durée prolongée. Ce comportement s'apparente, pour les psychologues, à un acte suicidaire et est souvent la manifestation d'un état dépressif. La conséquence attendue est la survenue d'un rejet aigu qui va nécessiter une augmentation du traitement immunosuppresseur avec tous les risques, en particulier infectieux, que cela comporte. Ce rejet tardif dans le cours de la greffe est considéré de mauvais pronostic car il est rarement totalement réversible et marque généralement le point de départ d'un rejet chronique, conduisant après un délai plus ou moins long à la perte du greffon. Le risque d'un traitement mal suivi est donc grand.

Des consultations régulièrement manquées, très espacées sont aussi un marqueur de non-compliance. La fréquence habituelle des consultations de suivi de transplantation est au minimum d'une consultation tous les 3 mois auprès d'un néphrologue, incluant une consultation annuelle dans le centre de transplantation. Il est très rare qu'un transplanté rénal abandonne tout suivi. On constate toutefois que certaines personnes coupent les ponts avec le centre de transplantation et le néphrologue qui les suivait en dialyse et trouvent suffisant de consulter leur médecin traitant. La transplantation est cependant une activité très spécialisée, ne serait-ce que par l'utilisation du traitement anti-rejet qui comporte un certain nombre de risques et parce qu'elle concerne un rein, le greffon, particulièrement fragile. L'avis expérimenté du néphrologue et celui du transplantateur sont donc nécessaires. Le médecin traitant a pour autant sa place dans le suivi du transplanté et doit être le premier consulté en cas de problèmes que l'on pourrait qualifier de courants, une infection saisonnière banale, une poussée hypertensive, une infection urinaire simple sans fièvre par exemple.

La prise en charge du néphrologue a plusieurs objectifs :

- Equilibrer le traitement immunosuppresseur, surtout pour les médicaments qui se dosent dans le sang, Neoral Prograf, Rapamune ou Certican, afin de trouver le juste milieu entre un traitement insuffisant qui expose au rejet aigu ou chronique et une dépression excessive des défenses immunitaires qui expose aux infections et aux cancers.
- Trouver la cause d'une éventuelle dégradation de la fonction du greffon et la traiter le plus efficacement et le plus rapidement possible.
- Faire profiter le patient de toutes les innovations thérapeutiques en cours. La recherche en transplantation est très active. De nouveaux médicaments immunosuppresseurs font régulièrement l'objet d'études d'évaluation et deviennent disponibles, avant même d'être commercialisés. Ils ne sont alors accessibles qu'aux seuls centres de transplantation, qui peuvent en faire bénéficier très tôt leurs patients.
- Lorsque la fonction rénale évolue vers l'IRC terminale et le retour en dialyse, inscrire le plus tôt possible le patient pour une nouvelle transplantation, si il n'existe pas de contre-indication à celle-ci.
- Être vigilant vis-à-vis de la survenue de cancers et de lymphomes, qui sont un risque du traitement immunosuppresseur au long cours. La recherche de cette complication grave de la transplantation et de ces facteurs favorisants est un des objectifs du bilan

annuel institué par la plupart des centres de transplantation, et réalisé à la date anniversaire de la greffe.

La transplantation a donc ses spécificités et une prise en charge de qualité nécessite une expertise.

Conclusion

Finalement, les conseils que l'on peut donner aux transplantés pour préserver l'avenir de leur greffe rénale sont très communs : une bonne hygiène de vie, une activité physique minimale, une alimentation saine, le maintien d'un poids correct. Ce sont les mêmes mesures qui sont prodigués aux personnes en bonne santé et les transplantés peuvent être guidés par des diététiciennes, de plus en plus présentes dans les services de néphrologie. Quoique fasse l'équipe de transplantation cependant, elle n'arrivera à rien si le patient ne l'aide pas par sa compliance au traitement et tout autant au suivi de la greffe.

Le Professeur Maryvonne Hourmant exerce au CHU de Nantes dans le service de Néphrologie et d'Immunologie Clinique, qui est le premier centre français de transplantation rénale.

Elle est à la fois Docteur en Médecine et Docteur es Sciences

Elle est diplômée de la Faculté de Médecine de Brest, a été Interne des Hôpitaux de Nantes puis Chef de Clinique dans le service de Néphrologie du CHU de Nantes. Après avoir été Praticien Hospitalier avec la transplantation rénale et réno-pancréatique pour activité principale, elle a été nommée Professeur de Néphrologie en 1999.

Le Professeur Hourmant est actuellement Présidente de la Commission de Transplantation de la Société de Néphrologie et membre du Conseil d'Administration de cette société.

Ses principaux thèmes d'intérêt et de recherche en transplantation sont :

- l'immunisation anti-HLA avant et après greffe rénale
- la transplantation rénale à partir d'un donneur vivant