

GREFFE RENALE A PARTIR DE DONNEUR VIVANT

Recommandations cliniques et bonnes pratiques

Etablissement français des Greffes - PARIS

PRINCIPES GENERAUX

1. La greffe de rein prélevé chez un donneur vivant est une méthode recommandée lorsqu'elle est possible, notamment en raison de ses bons résultats pour le receveur.
2. Une information complète, impartiale et intelligible doit être offerte aux patients à un stade précoce de leur maladie lorsque les différentes modalités thérapeutiques sont envisagées. Cette information peut s'appuyer sur des documents, dont celui élaboré par l'Etablissement français des Greffes.
3. Conformément à l'article L 1231-1 du Code de Santé Publique, le prélèvement de rein sur personne vivante, qui en fait le don, ne peut être effectué que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le receveur doit avoir la qualité de père ou mère, de fils ou de fille, de frère ou de sœur du donneur. En cas d'urgence, le donneur peut être le conjoint.
4. Quel que soit le lien entre donneur et receveur, toute forme de contrat lié à la greffe est inacceptable, et en contradiction avec la législation.
5. Avant d'être sélectionné, le donneur vivant potentiel doit recevoir, lors d'entretiens laissant une large part à son écoute, une information objective et complète portant sur les conséquences physiques et psychiques du don, et ses répercussions sur la vie personnelle et professionnelle. Il est informé en outre des résultats attendus de la greffe chez le receveur.
6. Conformément à l'article L 1231-1 du Code de Santé Publique, le donneur, préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles de prélèvement, doit exprimer son consentement devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui. En cas d'urgence, le consentement est recueilli, par tout moyen, par le procureur de la République. Ce consentement est révocable à tout moment.

7. Avant d'être sélectionné, le donneur vivant potentiel doit subir une évaluation médicale, chirurgicale et anesthésiologique. Cette évaluation comporte une appréciation de la santé mentale.

8. Le donneur vivant potentiel doit subir, avant le prélèvement, les prélèvements sanguins permettant d'effectuer les tests de dépistage des maladies transmissibles en application de la réglementation en vigueur.

9. Une attention particulièrement rigoureuse doit être portée pour s'assurer qu'un donneur vivant potentiel ne présente aucun critère d'exclusion du don.

10. Lorsque l'évaluation du donneur met en évidence une différence de fonctionnement et/ou d'anatomie entre les deux reins, le meilleur organe n'est pas prélevé en vue de greffe.

11. Il est nécessaire que le donneur bénéficie d'un suivi médical et psychologique à long terme, notamment afin de dépister l'apparition des rares complications tardives. Les études cliniques consacrées à l'étude des conséquences du don, notamment à long terme, doivent être encouragées.

12. La législation prévoit la prise en charge intégrale des frais afférents au prélèvement par l'établissement de santé chargé du prélèvement et de la greffe.

EVALUATION DU DONNEUR POTENTIEL

L'évaluation médicale, chirurgicale et anesthésiologique que doit subir le donneur potentiel comprend un interrogatoire, un examen clinique et des examens complémentaires qui sont énumérés ci-dessous. Cette liste n'est pas limitative.

Typage érythrocytaire ABO Rh Kell.

Typage HLA A, B, DR selon les normes recommandées par l'EFI.

Test de cross-match entre les lymphocytes du donneur et le(s) sérum(s) du receveur selon les normes recommandées par l'EFI.

EVALUATION GENERALE

Evaluation clinique

Recueil des antécédents personnels et familiaux.

Evaluation psychique.

Examen physique.

Mesure de la pression artérielle selon les recommandations de l'ANAES, complétée selon le cas par une mesure ambulatoire de la pression artérielle.

Examens biologiques

Numération globulaire et plaquettaire.

Mesure du taux de prothrombine et du TCA, temps de saignement.

Dosage de l'urée et de la créatinine sanguines, des taux sanguins de potassium, de sodium, de bicarbonate, de calcium, de phosphore, de protides totaux, de glucose à jeun, d'acide urique.

Dosage sanguin des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, phosphatases alcalines, gamma-GT), de la bilirubinémie.

Dosage de la cholestérolémie, de la triglycéridémie et du LDL cholestérol à jeun.

Electrophorèse des protides.

Dosage de la C-Réactive protéine (CRP).

Autres examens

Electrocardiogramme.

Radiographie de thorax de face.

Echographie cardiaque (optionnel).

Echographie rénale bilatérale et abdomino-pelvienne.

Evaluation cardiovasculaire pour les donneurs potentiels de plus de 50 ans et/ou ayant des antécédents de tabagisme et/ou avec une légère hypertension comportant un test de dépistage de la maladie coronarienne (épreuve d'effort, échographie et/ou scintigraphie).

Recherche de diabète

Le diabète est défini par une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l (6,1 mmol/l) à deux reprises. Si la glycémie à jeun est au-delà de cette norme, si le patient présente un index de masse corporelle élevé (> 25), s'il existe des antécédents familiaux de diabète, une hyperglycémie provoquée

par voie orale doit être réalisée. Le diabète est défini par une glycémie supérieure à 2 g/l à 2 heures après ingestion.

EVALUATION RENALE

Examen cytologique et bactériologique des urines avec culture.

Dosage de microalbuminurie.

Dosage de la protéinurie des 24 heures.

Evaluation de la fonction rénale

Calcul de la clearance de la créatinine (Cockcroft et Gault).

Mesure de la clearance de la créatinine sur une période de 24 h.

Mesure du débit de filtration glomérulaire par une méthode de référence : cléarence de l'insuline, ou cléarence d'un isotope. Evaluation isotopique (scintigraphie) fonctionnelle des deux reins isolés séparés (optionnel).

Urographie intraveineuse (optionnelle).

Imagerie vasculaire rénale.

Tests de dépistage des maladies transmissibles

Recueil des antécédents par l'interrogatoire. Examen clinique.

Tests biologiques selon la législation en vigueur².

Antigène HBs, Ac anti-HBc.

Anticorps anti-HCV.

Anticorps anti HIV 1 et 2, antigénémie p24.

Anticorps anti-HTLV 1 et 2.

Sérologie toxoplasmose.

Anticorps anti-CMV.

Sérologie syphilis.

Anticorps anti-EBV.

CONSULTATION D'ANESTHESIOLOGIE

Autres examens spécifiques

Femmes : test de grossesse en période d'activité génitale, examen gynécologique avec frottis et mammographie au-delà de 40 ans.

Hommes : dosage de PSA au-delà de 50 ans.

CRITERES D'EXCLUSION D'UN DONNEUR VIVANT POTENTIEL

Toute anomalie clinique et/ou biologique traduisant un dysfonctionnement rénal ou général avéré, une pathologie évolutive grave ou évolutive conduisent à une contre-indication au prélèvement sur donneur vivant. La liste des critères

d'exclusion ci-dessous n'est pas limitative. Inversement, il peut exister des situations dans lesquelles des anomalies limites, ou des antécédents lointains peuvent rendre la décision difficile.

Maladies rénales, notamment :

- Débit de filtration glomérulaire significativement réduit par rapport aux normes ajustées à l'âge.
- Débit de protéinurie > 300 mg/24h, vérifié sur plusieurs prélèvements.
- Hématurie microscopique.
- Lithiases rénales.
- Kystes rénaux multiples.
- Rein vascularisé par 3 artères ou plus.
- Antécédents familiaux de polykystose autosomique dominante, sauf chez le donneur potentiel de plus de 30 ans ayant une échographie ou un examen tomodensitométrique normaux.
- Dysplasie fibromusculaire bilatérale des artères rénales.

Risque de transmission d'une maladie virale :

Ag HBs positif, sérologie HCV positive, teste HIV positif, sérologie HTVL positive.

Autres critères d'exclusion, notamment :

- Hypertension mal contrôlée
- Diabète
- Antécédent d'intervention chirurgicale abdominale grave
- Contre-indication à l'anesthésie selon les normes ASA.

SUIVI DU DONNEUR APRES L'INTERVENTION

Il est conseillé d'établir un suivi médical régulier :

- Consulter un médecin une fois par an pour un examen comportant notamment la prise de la pression artérielle.
- Une fois par an, il est recommandé d'effectuer des examens biologiques prescrits par le médecin, comportant notamment la mesure de la fonction du rein restant par le dosage de la créatinine dans le sang, et une recherche d'albumine dans les urines.

Un suivi psychologique peut être proposé.

La moindre anomalie dépistée impose une consultation spécialisée dans l'établissement de soins où a été réalisé le prélèvement.

ASPECTS FINANCIERS DE LA GREFFE DE DONNEUR VIVANT

La législation¹ prévoit la prise en charge intégrale des frais afférents au prélèvement par l'établissement de santé chargé du prélèvement et de la greffe. Ces frais comportent :

- Les frais de transport, sur la base du tarif le moins onéreux du moyen de transport le mieux adapté au déplacement. C'est la prescription médicale qui indique le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du donneur.
- Les frais d'hébergement hors hospitalisation, sur la base des dépenses réellement engagées et dans la limite d'un montant journalier égal à 10 fois le forfait hospitalier.
- Le cas échéant, l'indemnisation de la perte de rémunération subie par le donneur. Une indemnité est versée sur présentation des justificatifs nécessaires et ne peut être supérieure au double de l'indemnité journalière maximale de l'assurance maladie.

Ces dispositions s'appliquent aux déplacements afférents aux examens et soins qui précèdent ou suivent le prélèvement ainsi qu'aux déplacements effectués pour l'expression du consentement du donneur. Elles s'appliquent à la personne accompagnant un donneur dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers.

- La totalité des frais d'examens et de traitement prescrits en vue du prélèvement et des frais d'hospitalisation, y compris le forfait hospitalier. Pour préserver l'anonymat du donneur, son hospitalisation ne doit donner lieu à aucune prise en charge, ni à aucune transmission de séjour aux caisses d'assurance maladie, quelle que soit la nationalité du donneur. Les frais de suivi et de soins qui doivent être assurés au donneur en raison du prélèvement dont il a fait l'objet sont également pris en charge.

1. Décret N°2000-409 du 11 mai 2000

2. En application de l'arrêté du 24 juillet 1998 et du décret N°97-928 du 9 octobre 1997.