



LA TRANSPLANTATION RENALE CHEZ LE DIABÉTIQUE

Chez le patient diabétique de type 1 et de type 2

Pr PIRSON - Néphrologie - Clinique Universitaire Saint-Luc - BRUXELLES - BELGIQUE

La transplantation rénale est le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale du patient diabétique : comparée aux différentes techniques de dialyse, la transplantation rénale confère non seulement une qualité de vie supérieure mais aussi une espérance de vie plus longue : la survie des patients diabétiques (tant de type 1 que de type 2) greffés d'un rein est en effet supérieure à celle de diabétiques demeurés en dialyse, appariés pour le sexe, l'âge, la durée du diabète et la durée du traitement par hémodialyse jusqu'à la greffe.

Il paraît licite de proposer la greffe rénale aux patients diabétiques (1) qui ont une espérance de vie estimée à au moins 5 ans (2) qui n'ont pas de contre-indication formelle au traitement immunosuppresseur (3) qui ont un risque opératoire faible : en particulier, le status coronarien doit être évalué avec précision et, le cas échéant, une revascularisation myocardique doit être effectuée avant la greffe.

Chez le diabétique de type 1, la greffe simultanée d'un rein et d'un pancréas est la meilleure option thérapeutique chez le patient âgé de moins de 55 ans qui n'a pas de complication générale ou cardiovasculaire sévère. Certes, la greffe de pancréas accroît quelque peu la mortalité et la

morbidity de la transplantation au cours des premiers mois suivant l'intervention, mais, à long terme, la survie est supérieure à celle des receveurs d'une greffe rénale isolée de donneur décédé. Le bénéfice évident de la greffe combinée est la disparition des contraintes liées au traitement et à la surveillance du diabète. A long terme, le rétablissement de la glycémie permet en outre d'observer un ralentissement de l'évolution de certaines des complications viscérales du diabète. Chez le diabétique de type 1, la greffe rénale isolée de donneur décédé ne s'adresse qu'aux patients chez lesquels la greffe combinée rein-pancréas est contre-indiquée. Ces patients pourraient dans un futur proche bénéficier d'une greffe d'îlots pancréatiques si le succès de la technique récemment utilisée par l'équipe d'Edmonton (voir exposé du Dr. Pattou) se confirme.

Chez le diabétique de type 2, la greffe rénale isolée doit être envisagée chez tout patient qui n'a pas de contre-indication formelle à ce traitement. Il faut néanmoins s'attendre à un taux élevé de complications vasculaires périphériques.

L'élargissement des indications de la transplantation chez le patient diabétique (particulièrement de type 2) et

l'amélioration du pronostic à long terme de ces transplantations sont clairement conditionnés par une prise en charge plus précoce et un traitement plus agressif des complications extra-rénales du diabète, au premier chef la macroangiopathie (maladie coronarienne et artérite des membres inférieurs).

REFERENCES

1. Pirson Yves, Vandeleene Bernard, Squifflet Jean-Paul, Kidney and kidney-pancreas transplantation in diabetic recipients, *Diab Metab*, 26, 2000, 86-89
2. Fonck Catherine, Van Mieghem Anne, Coosemans W, Vandeleene Bernard, Vanrenterghem Yves, Squifflet Jean-Paul, Pirson Yves, Résultats à moyen terme de la transplantation rénale chez les patients atteints d'un diabète de type II, *Sémin Uro-Néphro Pitié-Salpêtrière*, F. Richard & G. Deray (Eds), Les Editions de l'Aulne, Paris, 2000, 101-112
3. Van Mieghem Ann, Fonck Catherine, Coosemans Willy, Vandeleene Bernard, Vanrenterghem Yves, Squifflet Jean-Paul, Pirson Yves, Outcome of cadaver kidney transplantation in 23 patients with type 2 diabetes mellitus, *Nephrol Dial Transplant*, 16, 2001, 1686-1691