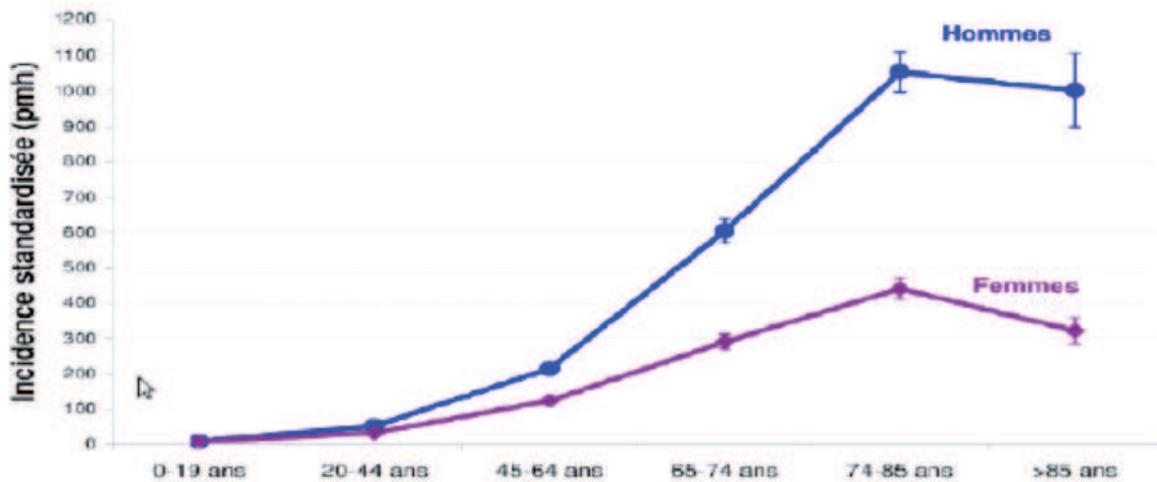


## TRANSPLANTATION DU SUJET ÂGÉ

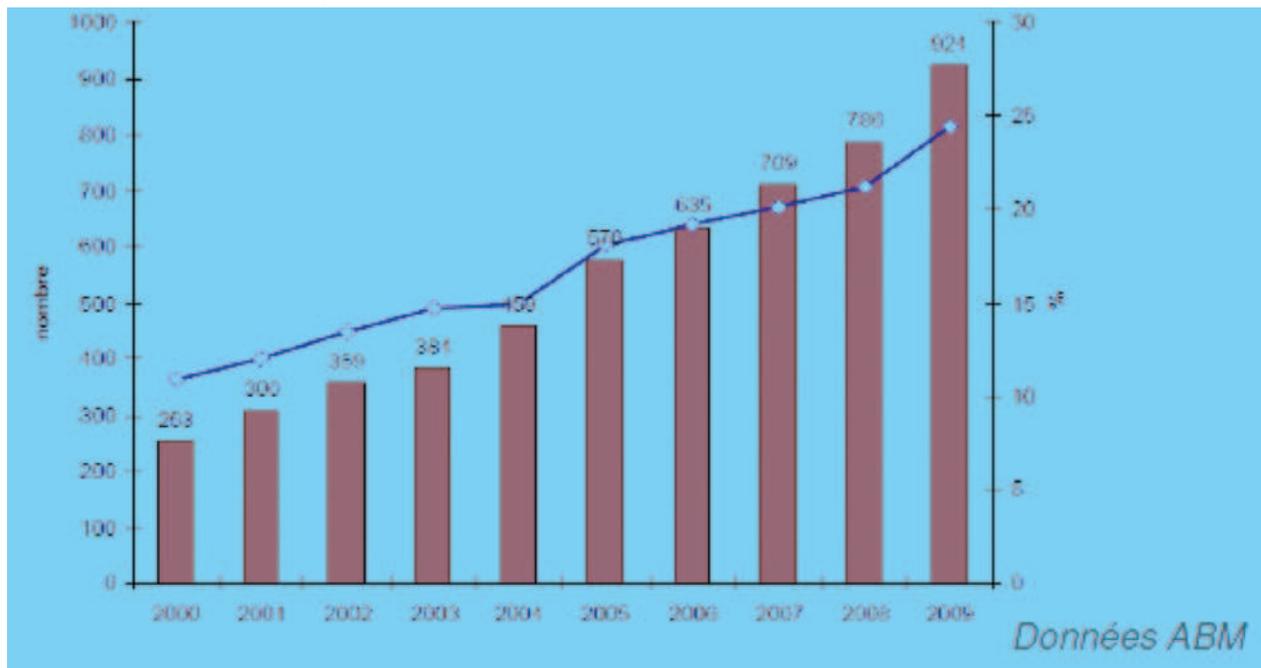
**Docteur Sophie  
CAILLARD OHLMANN,**  
Praticien Hospitalier - Service  
de Néphrologie/Transplantation  
- Hôpitaux Universitaires de  
Strasbourg

**Message 1 : Le nombre de patients âgés en IRCT est important**



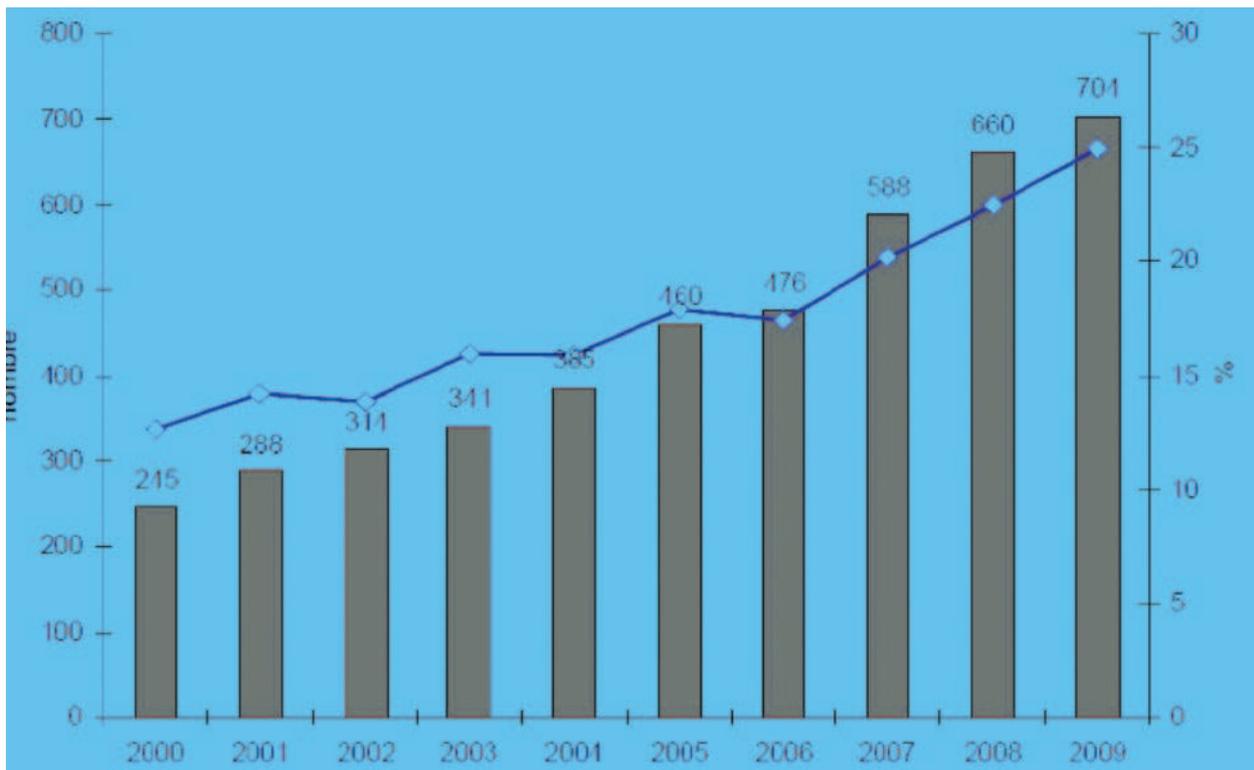
Rapport Rein 2008 (Données ABM).

**Message 2 : Le nombre de patients âgés en attente de greffe augmente**



En 2007, les patients de plus 60 ans représentaient près de 20 % de l'ensemble des inscrits

### Message 3 : Le nombre de patients transplantés augmente

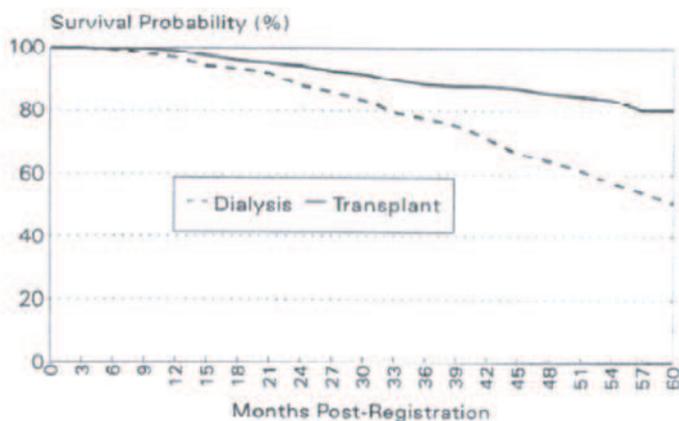


### Message 4 : Vieillesse des donneurs



Les donneurs de plus de 65 ans représentent 26% des donneurs

### Message 5 : Meilleure survie du patient âgé après greffe qu'en dialyse



Tranche d'âge 60-74 ans:  
gain de vie estimé après  
transplantation rénale = 4 ans

→ espérance de vie passe  
de 6 ans en hémodialyse  
à 10 ans après transplantior

Schaubel D. *Transplantation* 1995  
Wolfe NEJM 1999

## Problématique

- Quels patients âgés peut-on transplanter ?
- Comment les sélectionner ?
- Quels sont les risques et les résultats de la greffe ?
- Quel greffon ? Quelle immunosuppression ?
- Quel suivi ? Quelles particularités après greffe ?

## Quels patients âgés peut-on transplanter ?

### Sélection des patients candidats à la greffe

- Essayer de limiter le temps en dialyse
- Adresser tôt en consultation pré-greffe® évaluer la faisabilité
- Si feu vert® bilan pré-greffe très complet
- 2<sup>ème</sup> consultation pré greffe avant inscription

### Bilan pré-greffe particularités

- Explorations coronariennes et vasculaires ++
  - Scanner aorto iliaque® calcifications ?
  - Doppler membres inférieurs® AOMI ?
  - Si coronaropathie® pas de stent actif, privilégier pontage
- Dépistage d'un cancer sous jacent
  - Coloscopie
  - Gastroskopie
  - PSA, écho prostatique, cs uro
  - Mammographie
  - Scanner ou IRM rein propre
  - Au moindre doute: imagerie TDM ou PET scanner

### Quels sont les risques et les résultats de la greffe ?

#### Survie du patient

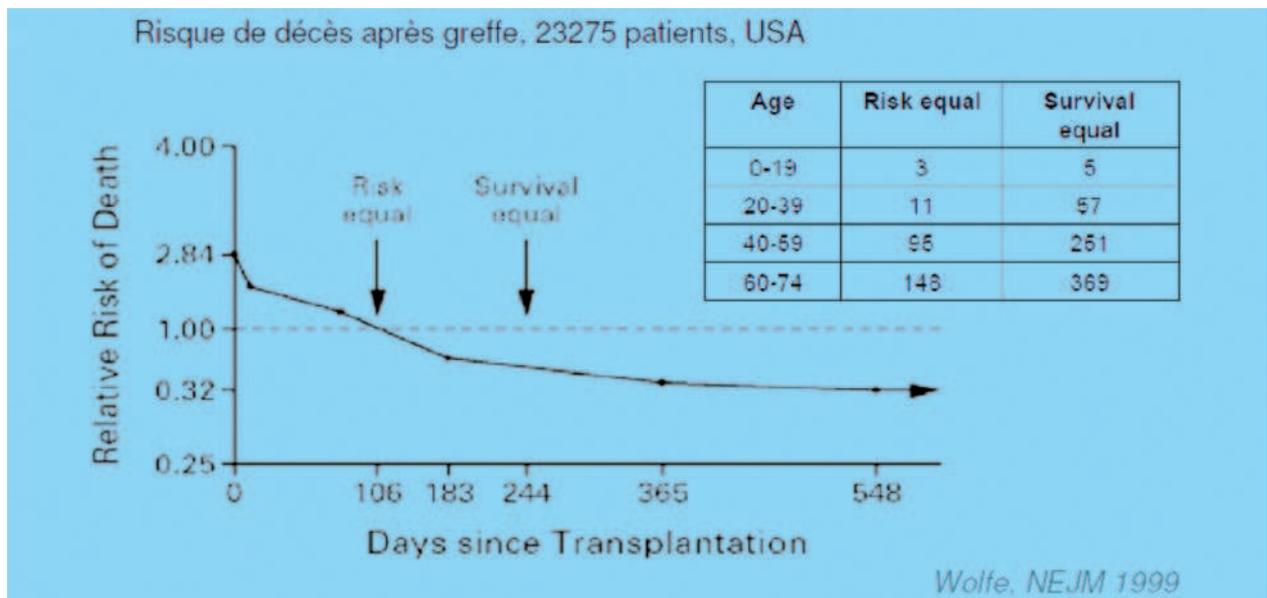
Kauffman, Transplantation 2007

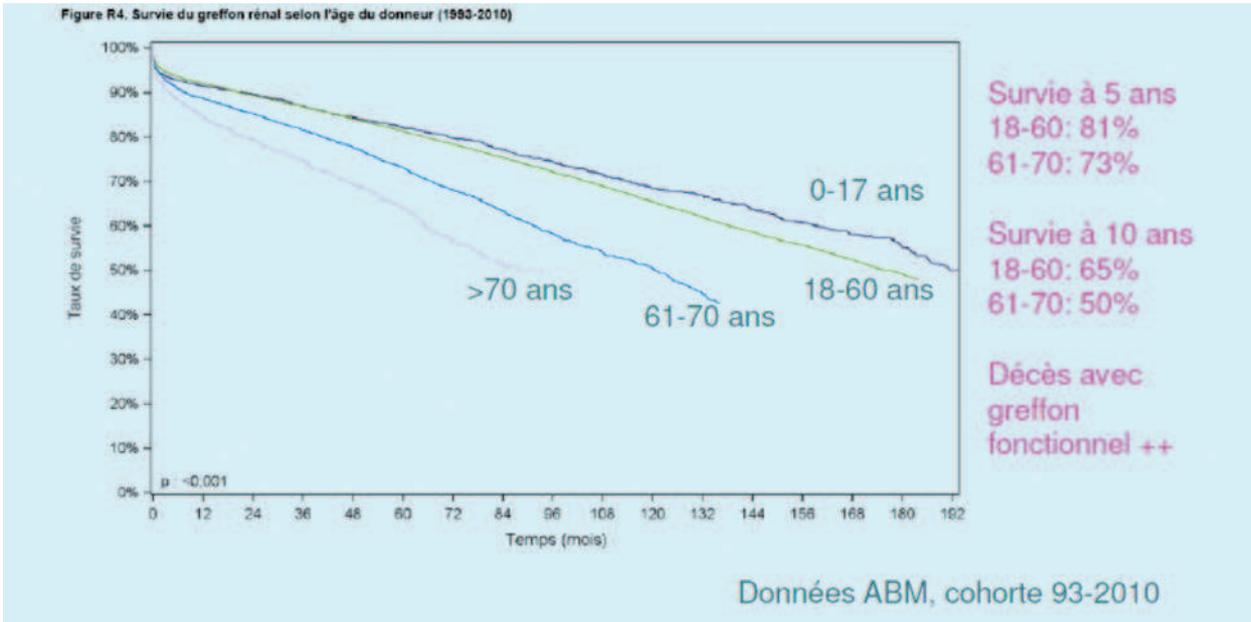
Données UNOS, patients de plus de 60 ans, n=8895

TABLE 1. Recipient 90- and 365-day mortality rates

	Age 18-59 years			Age ≥60 years		
	N (%)	90-day mortality	365-day mortality	N (%)	90-day mortality	365-day mortality
Overall	30,262	2.0%	4.4%	8,895	4.6%	10.5%
No comorbidity	21,506 (71.1%)	1.6%	3.5%	4,608 (51.8%)	3.9%	9.2%
With comorbidity						
Angina/coronary artery disease	2,483 (8.2%)	3.8%	8.1%	1,699 (19.1%)	6.0%	13.4%
Peripheral vascular disease	926 (3.1%)	3.7%	7.6%	480 (5.3%)	7.3%	14.2%
Cerebrovascular disease	616 (2.0%)	2.4%	7.8%	288 (3.2%)	4.5%	12.5%
History of malignancy	557 (1.8%)	2.9%	6.6%	483 (5.4%)	5.0%	10.6%
Chronic obstructive pulmonary disease	235 (0.7%)	3.0%	6.0%	117 (1.3%)	13.9%	21.4%
Diabetes	6,583 (21.8%)	3.0%	7.1%	2,875 (32.3%)	4.9%	11.4%

Kauffman, Transplantation 2007





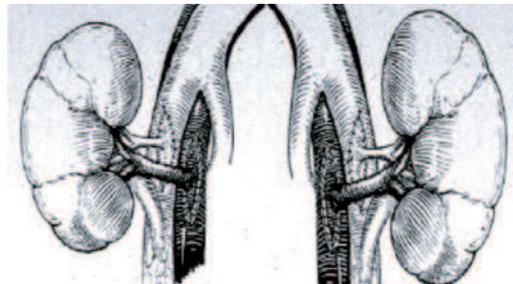
**Quel greffon ?**

**Donneurs « limites »**

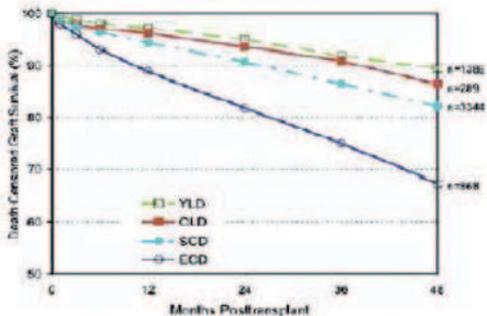
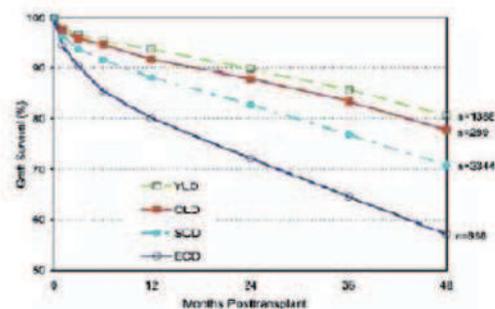
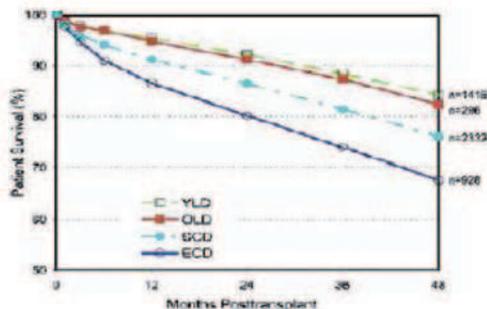
- Eurotransplant : Programme « old for old » (R>65 ans, D>65 ans)
- Survie greffon de 67% à 5 ans (DC censurés) USA: ECD (expanded criteria donors)
- En France: pas de programme spécifique mais appariement en fonction de l'âge ++
- Mise en route d'un programme de perfusion sur machine des reins limites

**Bigreffe**

- Donneur >65 ans
- Clairance > 30 et <60 ml/min
- Cause du décès vasculaire ou ATCD CV
- Transplantation des 2 reins chez le même receveur
- Quelques équipes
- Risque + important de complications chirurgicales vasculaires ou urologiques (30% de reprises chirurgicales)
- Résultats satisfaisants



**Donneur vivant ?**



**Chez les receveurs de plus de 60 ans, les résultats de la greffe avec DV de plus de 55 ans sont excellents.**

## Quelle immunosuppression ?

### En théorie

Immunité

- Altération de la réponse immunitaire du receveur âgé
  - Moins de rejet aigu
  - Plus d'infection
- MAIS
  - Immunogénicité augmentée du greffon de donneur âgé
- Plus ou moins d'IS ??
- Néphrotoxicité
- Reins limites plus exposés
- Utilisation d'IS moins néphrotoxiques ?
- Risque cardio-vasculaire
- Epargne en stéroïdes

### En pratique

- Induction non déplétante (Simulect)
- Epargne en anti calcineurines
  - Introduction différée (J4-J6)
  - Doses moindres
  - Switch inhibiteurs mtor ?
- Epargne en stéroïdes
  - Protocoles sans stéroïdes (risque diabète ou osseux ++)
  - Arrêt entre M3 et M6
- Protocole EVEROLD: étude multicentrique Française (CHU Brest)

## Quelles particularités ? Quel suivi ?

### Risque de surimmunosuppression

- Infections opportunistes ++
  - Pneumocystoses
- Suivi attentif ++

### Risque néoplasique

- Reins natifs
- Peau
- Prostate
- Dépistage ++

### Risque cardio vasculaire

- Insuffisance cardiaque
- Troubles du rythme
- Coronaropathie
- Surveillance ++

### Evaluation des capacités de compréhension ++

### Evaluation d'éventuels troubles amnésiques, d'une anxiété

### Evaluation situation sociale et familiale

### Envisager des solutions

- Aide de la famille
- Infirmière à domicile
- Rôle des infirmières de consultation ++
- Communication entre les acteurs ++

## Conclusion

La greffe rénale du sujet âgé est de + en + fréquente, l'âge en soi n'est pas un critère de contre-indication. Un bilan cardio-vasculaire exhaustif est indispensable, ainsi que le dépistage des cancers dont l'incidence augmente avec l'âge.

Les patients âgés doivent être référés rapidement au centre de transplantation afin d'être inscrits tôt et transplantés vite.

La mortalité du patient âgé est inférieure en transplantation versus en dialyse. La transplantation, même avec un rein limite, est préférable à la dialyse.

