



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## MISE AU POINT

# Contre-indications médicales de la transplantation pulmonaire : les limites évoluent-elles ?

Contra-indications of lung transplantation: Evolving limits?

**C. Picard\* , A. Roux , Groupe de transplantation pulmonaire Foch**

*Service de pneumologie et de transplantation pulmonaire, groupe de transplantation pulmonaire, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France*

### MOTS CLÉS

Transplantation pulmonaire ;  
Contre-indications ;  
Âge ;  
Troubles nutritionnels ;  
Hépatite virale

### KEYWORDS

Lung transplantation;  
Contraindications;  
Age;  
Nutritional disorders;  
Viral hepatitis

**Résumé** L'augmentation en France du taux de prélèvements pulmonaires et les évolutions techniques chirurgicales et d'anesthésie-réanimation, ont augmenté le nombre de transplantations pulmonaires (TP) et amélioré le pronostic au moins à court terme. La liste des contre-indications classiques de la transplantation pulmonaire peut donc être reconsidérée à la lumière de cette évolution. Cet article remet en perspective certaines des contre-indications médicales de la TP au regard notamment de l'expérience acquise dans d'autres transplantations d'organe ou par certains centres de TP. Les problèmes posés par des antécédents de cancer, l'infection VIH, les hépatites virales, les troubles nutritionnels, les complications aiguës et l'âge sont notamment détaillés. Les contre-indications chirurgicales ne sont pas abordées.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** In France, the higher frequency of pulmonary sample in organ donors and the enhancement of surgical and perioperative life support techniques, have increased the number procedures and the short term prognosis of lung transplantation (LT). In this setting, the classical contraindications of LT need to be reconsidered. In this article, some of the classical contraindication of LT are confronted to the experience acquired in other solid organ transplantations or from some LT centers. Specific situations such as LT in patients with previous cancer, HIV infection, viral hepatitis, nutritional disorders, acutely ill LT candidates and aging candidates are addressed. Surgical contraindications are not reviewed.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [c.picard@hopital-foch.org](mailto:c.picard@hopital-foch.org), [clempicard@wanadoo.fr](mailto:clempicard@wanadoo.fr) (C. Picard).

## Introduction

Depuis les premières interventions à la fin des années 1980, le pronostic de la transplantation pulmonaire (TP) s'est significativement amélioré, grâce notamment à un perfectionnement des techniques chirurgicales et d'anesthésie-réanimation, faisant diminuer la mortalité à un an de 25% dans les années 90 à 10–15% actuellement [1]. Parallèlement, l'augmentation du nombre de greffons pulmonaires, l'amélioration des connaissances et de la prise en charge médicale font que la TP est passée progressivement du statut de traitement d'exception à celui d'option thérapeutique de routine dans un nombre croissant de situations d'insuffisance respiratoire chronique évoluée. Ainsi, le nombre annuel de TP en France a augmenté de 50% en 5 ans. Cette évolution est parallèle à celle de l'activité mondiale dans ce domaine, plusieurs pays auparavant dépourvus de la technique ouvrant des programmes de TP et l'activité s'intensifiant chaque année dans les pays précurseurs tels que les États-Unis. Ce contexte d'expansion de la technique a amené de nombreuses équipes à reconsidérer les limites des critères de sélection des candidats à la TP proposés dans les recommandations de l'International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) en 2006 [2]. Ces recommandations attirent l'attention sur certaines situations médicosociales jugées non compatibles avec la vie après TP. En effet, après TP, le pronostic vital à long terme est conditionné avant tout par la survenue d'une dysfonction chronique du greffon, elle-même essentiellement liée au rejet et très peu aux comorbidités, dans l'état actuel de nos pratiques, portant sur des patients très sélectionnés. En revanche, le pronostic fonctionnel est directement conditionné par les comorbidités préexistantes ou acquises après la TP, compte tenu de la polyopathie fréquente dans ce contexte [3,4]. La TP suppose une prise en charge lourde et n'est pas susceptible d'être profitable à quiconque. Les soins engagés ont un coût financier et humain élevé, dont il est de la responsabilité des médecins de veiller à une utilisation adaptée. Des limites doivent être fixées.

Après avoir situé le cadre de ces contre-indications, à l'échelon individuel mais aussi à l'échelon collectif, nous développerons certaines des contre-indications classiques à la lumière de l'expérience acquise depuis en TP, mais aussi dans d'autres transplantations d'organes.

## Cadre des contre-indications : individuelles, collectives

Retenir ou non l'indication de réalisation d'un traitement s'envisage avant tout à l'échelon individuel. Il s'agit alors de proposer une procédure dont le rapport bénéfice/risque pour le patient lui est favorable. La TP associe plusieurs particularités. Tout d'abord, en tant que traitement chirurgical, elle n'est pas réversible. De plus, le traitement immunosuppresseur à vie étant indispensable, la TP engage le patient et l'équipe de greffe dans un suivi pérenne et volontiers invasif. S'ajoutant à ces contraintes, la TP reste une pathologie de pronostic réservé du fait de suites opératoires, d'une incidence élevée du rejet et des toxicités du traitement immunosuppresseur. Ces résultats en amélioration mais encore aléatoires étant connus, la TP ne s'adresse

qu'à des malades atteints d'insuffisance respiratoire évoluée avec risque vital à court terme. Dans ce contexte, il apparaît volontiers de prime abord que la TP doit être proposée, car « de toute façon le malade va mourir précocement ». Certaines comorbidités ou situations individuelles sont néanmoins associées à un risque démesuré d'« échec » de la TP, se traduisant en pratique par une situation de handicap grave et/ou un décès au cours de la première année de greffe, dans des conditions souvent physiquement et psychologiquement très difficiles pour le patient et son entourage. Ainsi, une évaluation trop passionnelle de la situation d'un insuffisant respiratoire grave, au mépris de comorbidités jugées alors futiles, fait courir au patient le risque d'un décès dans des conditions difficiles. Il est donc parfois préférable pour le patient de ne pas greffer, comme on sait parfois ne pas traiter par chimiothérapie cytotoxique en oncologie.

Particulièrement en transplantation, les modifications de pratiques peuvent avoir des conséquences bien au-delà de l'individu et nécessitent une mise en perspective à l'échelle de la société. Le coût financier de la TP est difficile à apprécier. Il peut être estimé entre 150 et 200 000 euros la première année et reste globalement élevé à terme. Le choix pour une société d'engager ces frais peut être discuté, ce d'autant que les analyses coût-efficacité de la TP dans la prise en charge de l'insuffisance respiratoire sont limitées [5,6] et ne suggèrent pas de résultats aussi favorables que, par exemple, la transplantation rénale par rapport à l'épuration extra-rénale. Il faut néanmoins noter que le pronostic de la TP s'améliorant son analyse coût-efficacité pourrait devenir plus favorable à l'avenir. Le coût humain est aussi important mobilisant de nombreux acteurs médicaux et paramédicaux autour d'un nombre restreint de patients. Là aussi, il faut noter que ces patients étant auparavant des insuffisants respiratoires graves, ils monopolisaient déjà de multiples autres acteurs du système de santé. L'analyse médico-socioéconomique de la TP et de sa place sur ce plan dans la prise en charge de l'insuffisance respiratoire reste à réaliser, car le choix du développement ou non de cette technique est aussi un choix de politique de la santé. En 2013, aucune restriction basée sur des critères individuels (âge notamment), à l'inscription sur liste d'attente n'a été émise par l'Agence de la biomédecine.

Enfin, le choix d'élargir le spectre des candidats possibles à la TP modifie l'adéquation du nombre de greffons disponibles aux besoins, donc la durée d'attente, le risque de décès sur liste et finalement, en répercussion, les critères individuels d'inscription. En 2013, la durée d'attente médiane nationale de 3 mois et le nombre très faible de décès sur liste témoignent de l'absence de pénurie de greffon [7], mais cela n'est pas le cas dans d'autres transplantations d'organe solide en France, ni en TP dans d'autres pays, où un système d'attribution des greffons selon un score a finalement été adopté (« Lung Attribution Scale » aux États-Unis). Si le score offre l'illusion d'une équité, il est par définition réducteur et ne peut pas tenir compte avec la même finesse que le clinicien de l'évolution de l'état respiratoire du patient. Il existe donc aussi un danger à ne pas laisser, du fait du score, les équipes de transplantation gérer la répartition des greffons proposés au sein de leur liste d'attente. Ainsi, une ouverture trop large des listes d'attente de TP à des malades auparavant contre-indiqués risque de modifier l'accès à la TP des autres, ainsi que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419497>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)