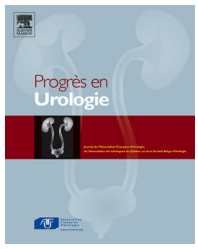
Progrès en urologie (2014) 24, 13—21

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Prélèvement rénal sur donneur décédé par arrêt cardiaque (DDAC) : organisation dans un centre hospitalier non universitaire☆

Non-heart-beating renal donors: Organization in a non-university hospital

V. Arnoux[a,*], D. Dorez[a], M. Muller[a], A. Gignoux[a], C. Valignat[a], A. Faucher[a], E. Dechamboux[a], A.-S. Gour[a], D. Jakkel[a], L. Saint Marcel[a], N. Terrier[b], O. Skowron[a]

[a] *Service d'urologie, centre hospitalier de la région d'Annecy, 1, avenue de l'Hôpital, Metz-Tessy, BP 90074, 74374 Pringy cedex, France*
[b] *Service d'urologie et transplantation rénale, CHU de Grenoble, CS 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France*

Reçu le 25 février 2013 ; accepté le 17 juin 2013

MOTS CLÉS
Donneurs décédés par arrêt cardiaque ;
DDAC ;
Organisation ;
Prélèvement d'organes ;
Préservation rénale ;
Transplantation rénale

Résumé
Introduction. — En 2011 en France, l'ensemble des reins prélevés chez les patients en mort encéphalique et chez les donneurs vivants ne permet pas de répondre à la demande de transplants rénaux. Depuis 2006, les protocoles de prélèvements rénaux sur donneurs décédés par arrêt cardiaque (DDAC) se développent pour augmenter le nombre de transplants rénaux. L'objectif a été de décrire l'organisation d'un protocole DDAC dans un centre hospitalier non universitaire.
Patients et méthodes. — Les patients ayant les critères d'inclusion stricts du protocole DDAC de l'Agence de biomédecine ont été inclus de manière prospective entre le 1er juillet 2011 et le 31 décembre 2012. Les données du protocole étaient comparables aux données nationales. La canulation vasculaire pour mise en place de la circulation régionale normothermique (CRN) a été effectuée par les urologues d'astreinte. Les données épidémiologiques, cliniques et biologiques des patients inclus, les différentes heures et délais du protocole, et les données de la transplantation rénale ont été recueillies et analysées.
Résultats. — Sur la période de 18 mois, 16 patients ont été inclus dans le protocole DDAC, d'un âge médian de 42 ans, et de sexe masculin dans 87,5 % des cas ; 93,8 % des patients inclus ont

☆ Niveau de preuve : 3.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : varnoux@ch-annecy.fr (V. Arnoux).

1166-7087/$ — see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.06.007

fait un ACR en dehors de l'hôpital préleveur. La durée médiane de *no-flow* a été de 4,3 minutes (0 ; 23), la durée médiane entre l'ACR et l'admission au déchocage a été de 90 minutes (0 ; 116), la durée médiane entre l'ACR et la mise en route de la CRN a été de 139 minutes (40 ; 150), et la durée médiane de CRN a été de 212 minutes (186 ; 240). La durée médiane de mobilisation de l'urologue a été de 178 minutes dont 97 minutes après 20 heures. Vingt-quatre reins ont été prélevés (75 %) et 22 reins ont été transplantés (91,7 %). La durée médiane d'ischémie froide a été de neuf heures et 12 minutes (5 h 25 ; 18 h 02). Aucune non-fonction primaire du transplant n'a été notée. Cinquante pour cent des reins transplantés ont eu une reprise retardée de fonction avec un nombre médian de deux jours de dialyse (0 ; 19) et la créatininémie médiane à un mois était de 150 (72 ; 237). Après 12 mois d'inclusion, notre centre représentait 8 % des recensements nationaux et 16 % des reins DDAC transplantés.
Conclusion. — L'implication des équipes de secours extra-hospitalier, de coordination des prélèvements d'organes, d'anesthésie-réanimation et d'urologie ainsi que la concentration des tâches dans notre centre ont permis de réduire au minimum les délais d'intervention dans le protocole DDAC pour obtenir une qualité maximale des reins prélevés, avec des taux de transplantations et des résultats très encourageants.
© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Non-heart-beating donors;
NHBD;
Organization;
Renal preservation;
Organs procurement;
Renal transplantation

Summary
Introduction. — In 2011 in France, all kidneys from patients with brain death and from living donors cannot meet the demand for renal transplants. Since 2006, sampling protocols kidneys from non-heart-beating donors (NHBD) are developed to increase the number of renal transplants. The objective was to describe the organization of a protocol NHBD in a non-university hospital.
Materials and methods. — Patients with inclusion criteria of protocol NHBD of the Agency of Biomedicine were prospectively included between 1st July 2011 and 31 December 2012. The protocol data were comparable to national data. Vascular canulation was performed by urologists. The epidemiological, clinical and biological characteristics of patients included, the different times and deadlines of the protocol, and data of renal transplantation were collected and analyzed.
Results. — Over the period of 18 months, 16 patients were included in the protocol NHBD, with a median age of 42 years, and 87.5% of males; 93.8% of patients made a cardiac arrest outside the hospital. The median duration of no-flow was 4.3 minutes (0; 23), the median time between the cardiac arrest and admission to hospital was 90 minutes (0; 116), the median time between the cardiac arrest and the start of the normothermic recirculation was 139 minutes (40; 150), and the median duration of normothermic recirculation was 212 minutes (186; 240). For urologists, the median duration of mobilization was 178 minutes and 97 minutes after 20 h. Twenty-four kidneys were collected (75%) and 22 kidneys were transplanted (91.7%). The median duration of cold ischemia was 9 h 12 (5 h 25; 18 h 02). No primary non-function of graft was observed. Delayed graft function was observed in 50% of cases and the median duration of dialysis was 2 days (0; 19). After 12 months of inclusion, our center accounted for 8% of the national census and 16% of transplanted kidneys NHBD.
Conclusion. — The involvement of rescue, coordination, anesthesiologists and urologists, and the concentration of jobs in our center have helped to minimize response times NHBD in the protocol for maximum quality of kidneys taken with transplant rates and results are very encouraging.
© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Selon les données de l'Agence de biomédecine en 2011, 48,7 donneurs en état de mort encéphalique (DDME) par million d'habitants ont été recensés. Parmi ces donneurs effectifs, 94,3 % ont eu un prélèvement rénal (1572 en 2011) [1,2].

Le taux national de nouvelles inscriptions sur la liste des patients en attente de greffe rénale a été de 59 malades par million d'habitants (en légère diminution pour la première fois depuis 2006). En parallèle, en 2011, le taux de transplantation rénale à partir des DDME augmente et a été de 45,1 malades par million d'habitants. De la même manière, le taux de transplantation rénale à partir d'un donneur vivant augmente constamment mais la durée médiane d'attente avant greffe rénale en France était en 2011 de 20,7 mois et en 2011, l'offre de greffe ne permettait pas de satisfaire la demande en tranplants rénaux [1,2].

Pour augmenter l'offre de transplants rénaux, les différentes possibilités évoquées sont l'augmentation des prélèvements à partir de DDME, augmenter le nombre de donneurs vivants, limiter les lésion infligées au transplant

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3824335

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3824335

Daneshyari.com