



Suivi et complications non immunologiques de la transplantation rénale

Follow-up and non immune complications of renal transplantation

G. Mourad (Professeur) ^{a,*}, V. Garrigue (Praticien hospitalier) ^a,
J. Bismuth (Chef de clinique) ^a, I. Szwarc (Interne des Hôpitaux) ^a,
S. Delmas (Praticien attaché) ^a, F. Iborra (Praticien hospitalier) ^b

^a Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, hôpital Lapeyronie, 371, avenue du Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 05, France

^b Service d'urologie, hôpital Lapeyronie, 371, avenue du Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 05, France

MOTS CLÉS

Transplantation rénale ;
Complications non
immunologiques ;
Classification de Banff ;
Immunosuppresseurs ;
Complications
métaboliques ;
Facteurs de risque
cardiovasculaire

KEYWORDS

Renal allograft;
Non immunologic
disorders;
Banff classification;
Immunosuppressive
drugs;
Metabolic disorders;
Cardiovascular risk
factors

Résumé En dehors des problèmes posés par le risque de rejet, les suites d'une transplantation rénale peuvent être émaillées de diverses complications non immunologiques qui peuvent entre autres mettre en jeu le pronostic fonctionnel du greffon. À la phase précoce, l'insuffisance rénale aiguë ou le retard de récupération fonctionnelle est le plus souvent en rapport avec une néphropathie ischémique liée aux conditions de la transplantation. Les complications tardives peuvent toucher de nombreux organes. La qualité de la surveillance à long terme est de ce fait un élément essentiel du pronostic après transplantation. La néphropathie chronique de l'allogreffe peut être aggravée par la toxicité rénale des immunosuppresseurs ou par des lésions de rejet chronique. La perte du contenu minéral osseux doit être prévenue ou enrayée. Les complications métaboliques et cardiovasculaires tardives sont aujourd'hui la première cause de mortalité après transplantation. Les facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, dyslipidémie et surtout hypertension artérielle) doivent être soigneusement contrôlés. Les complications pouvant toucher les autres organes ou systèmes sont également passées en revue.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract Apart from the graft rejection risk, renal transplantation may be complicated by various non immune complications that can affect the graft's vital prognosis. During the early phase, acute renal failure or delayed functional recovery is often linked to an ischemic nephropathy due to the transplantation conditions. Delayed complications may affect many organs. Therefore, the quality of long term follow up is critical for post-transplantation outcome. The nephrotoxicity of immunosuppressive drugs or renal lesions caused by chronic rejection may worsen the chronic allograft nephropathy. Bone loss must be prevented or compensated. Late metabolic and cardiovascular complications are today the first cause of post-transplantation mortality. Therefore, cardiovascular risk

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : g-mourad@chu-montpellier.fr (G. Mourad).

factors (diabetes, dyslipidaemia and high blood pressure) must be carefully monitored. In this article, we also review complications that may affect other organs or systems.
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Il est classique de séparer le suivi des transplantés rénaux en deux périodes.

La *période postopératoire précoce* couvre la première année qui suit la transplantation. Les complications y sont surtout immunologiques (dominées par le rejet aigu de l'allogreffe), infectieuses (liées à une immunosuppression maximale en début de transplantation) et parfois chirurgicales. Les résultats de la période précoce se sont très nettement améliorés durant la dernière décennie : grâce aux nouveaux traitements immunosuppresseurs, l'incidence du rejet aigu a diminué aux alentours de 10 %, les rejets récidivants ont quasiment disparu et la survie actuarielle des greffons est de 90 à 95 % à 1 an dans la majorité des centres.¹

La *période tardive* commence après la première année. Le risque de rejet aigu y est faible et l'immunosuppression allégée. Les complications sont surtout cardiovasculaires, néoplasiques, métaboliques, osseuses. Elles sont pour la plupart provoquées ou aggravées par le traitement immunosuppresseur au long cours. En dépit de l'amélioration du taux de survie des greffons à 1 an, la demi-vie des greffons de cadavre (délai au bout duquel la

moitié des greffons ayant survécu au-delà de la première année sont perdus) n'a augmenté que de 4 ans entre 1988 et 1996 (de 7,9 à 11,6 ans).² Les deux principales causes de perte de greffon à long terme sont le décès du patient avec un greffon fonctionnel et la dysfonction chronique de l'allogreffe (Fig. 1).

Pour améliorer les résultats à long terme, il est donc nécessaire :

- de diminuer les décès avec greffon fonctionnel ; le risque relatif de mortalité chez un transplanté de 50 ans est dix fois supérieur à un individu du même âge non transplanté ;³
- de prévenir la dysfonction chronique d'allogreffe qui se traduit par une altération progressive et irréversible de la fonction rénale, ramenant le patient à la dialyse après plusieurs années de transplantation.⁴

Complications précoces

Les complications immunologiques, infectieuses et néoplasiques sont abordées dans d'autres articles. Les complications non immunologiques de la période précoce sont dominées par le problème de

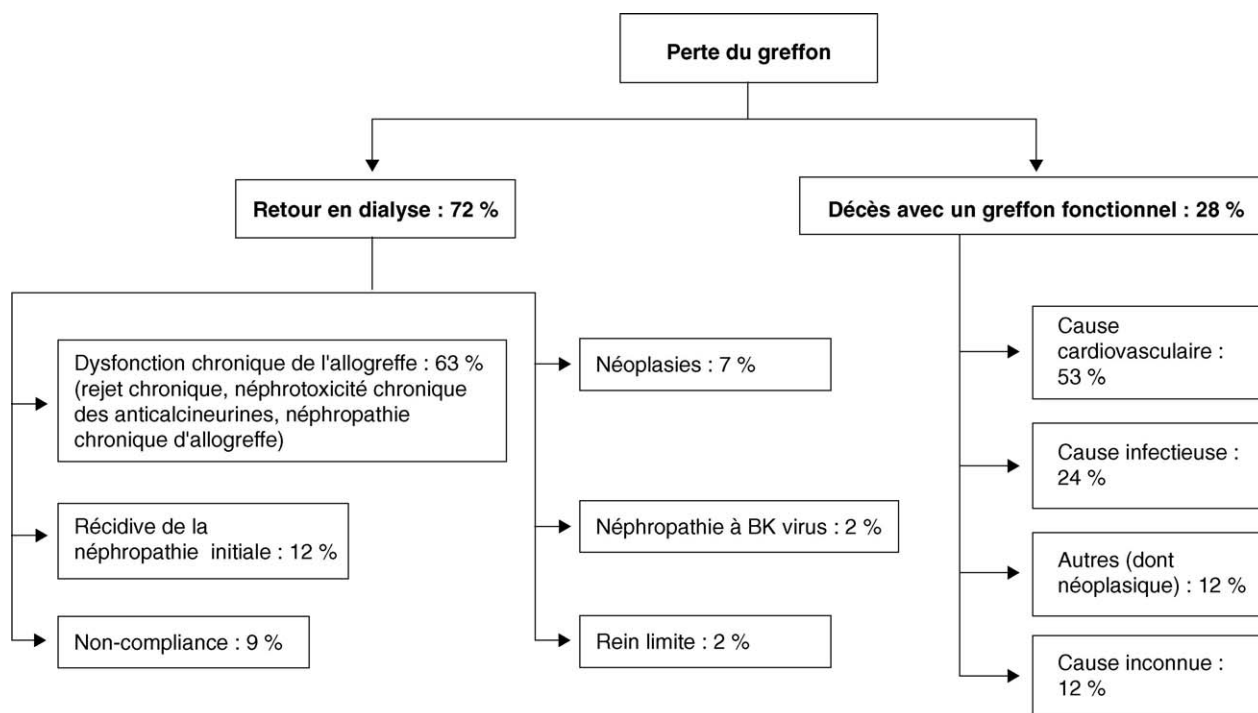


Figure 1 Causes de perte de greffon après 6 mois de transplantation chez 408 patients transplantés entre le 01/01/1994 et le 31/12/2000 au CHU Lapeyronie, Montpellier.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9307892>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9307892>

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