

Commentaires des équipes de greffe d'organes sur l'indicateur de résultat post greffe des équipes de greffe d'organes

Contexte

L'évaluation d'un indicateur de résultats post greffe des équipes de greffes d'organe est une des missions de l'Agence de la biomédecine. Dès sa création en 1994, l'Etablissement français des Greffes avait développé un système d'information capable de gérer le recueil et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation. Cette base de données Cristal a été conçue dans la continuité du système d'information de l'association France-Transplant. Elle a été complétée dans un premier temps par des informations médicales sur l'état des malades à l'inscription et en 1998 par des informations de la période pré et post-greffe.

Depuis 2006, l'Agence produit annuellement une évaluation d'indicateur résultats. L'étude réalisée en 2015 concerne les résultats à 1 an sur la cohorte des **malades greffés entre 2010 et 2013 de cœur, de poumon, de foie et de rein**. Le choix des cohortes et des taux d'échec se fait en respectant une continuité dans l'analyse.

Les commentaires des équipes transmis à l'Agence font partie de la publication. Ainsi, pour chaque activité de greffe, les réactions personnelles et écrites, qu'ont pu avoir certaines équipes, sont publiées ci-dessous.

I. Commentaire des équipes de greffe cardiaque

Centre hospitalier et Universitaire de Caen – Dr Gérard Babatasi

Nous avons bien pris note de l'évaluation 2010-2013. Ce rapport est parfaitement bien documenté sur des critères précis d'inclusion et d'exclusion de notre cohorte.

Les durées d'ischémie sont dans les normes nationales. Les résultats de 2010 ont certainement pesé dans l'évaluation globale des résultats 2010-2013.

Pour notre équipe, nous avons bien noté que le taux d'échec à 1 an ajusté n'est pas différent du taux d'échec national à 1 an en utilisant la méthode du « Funnel Plot » (Fig.1 page 6)

L'étude reçue en septembre 2015 et réalisée par Mr Al Hawajri Nasser de l'Agence de Biomédecine avec la méthode CUSUM (en P.J) de 2007-2015 montrait l'absence d'excès de Mortalité à 3 mois au CHU de Caen à partir de 2013.

Nous espérons donc que lors de la prochaine évaluation quadriennale (2013-2017), nous aurons encore amélioré nos résultats

Croyez bien, Madame la Directrice, que nous restons très vigilant sur les indications et les résultats de la greffe cardiaque dans notre région et nous vous remercions de nous faire part de vos conclusions

Bien Cordialement

G. BABATASI M.D., PhD

Chef de Service

Chirurgie cardiaque et greffe cardiaque

CHU CAEN Côte de Nacre

14033 CAEN

II. Commentaire des équipes de greffe pulmonaire

Les équipes cardiaques n'ont émis aucun commentaire.

III. Commentaire des équipes de greffe hépatique

Lyon (HCL) (P) (LY3FD)

Les 2 remarques que je peux faire sont les suivantes :

Il s'agit de chiffres globaux et dans le service nous avons une activité uniquement pédiatrique

L'équipe chirurgicale en place à cette période a été profondément renouvelée

Cordialement Pr Lachaux

Alain Lachaux MD, PhD

Head of the Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Unit University and Pediatric Hospital of Lyon
Reference Center for Wilson Disease Competence Center for Biliary Atresia Competence Center for Rare
Digestive Diseases

59 bd Pinel - 69677 - BRON

Tel: 33 472 129 432 - Fax: 33 427 856 766

Le Kremlin Bicêtre (AP-HP) (P)

Après lecture du rapport je trouve qu'il manque la comparaison avec les autres équipes pédiatriques de transplantation hépatique (Necker, Lyon et Marseille).

Merci

Pr Emmanuel Jacquemin

Responsable médical PK7FA

Villejuif Paul Brousse (AP-HP) (A)

L'analyse des résultats de l'Agence de la Biomédecine du Centre Villejuif Paul Brousse nous paraît correcte. Nous n'avons pas de remarques particulières.

Bien cordialement.

Professeur Didier SAMUEL

IV. Commentaire des équipes de greffe rénale

FT7R6 - Paris Tenon (AP-HP) (A) - Pr E. Rondeau

Les résultats de la période 2010-2013 pour la greffe rénale à l'hôpital Tenon montrent un taux d'échec brut 2 fois supérieur à la moyenne nationale (8,7%). Le taux ajusté sur les comorbidités se rapproche de la moyenne mais reste supérieur statistiquement. Ces résultats sont provisoires. Un re-calcul après remplissage des comorbidités manquantes (67 dossiers sur 229), qui doit être encore consolidé, montre un taux d'échec ajusté de 13,9%. Ce taux reste élevé mais statistiquement non différent des autres équipes françaises.

Les résultats sur 2010-2013 nécessitent d'être analysés cependant.

- Il y a eu 11 décès la 1^{ère} année, par hémorragie, infection, ou défaillance cardiaque. Cela peut être expliqué par le fait que nous inscrivons presque tous les patients, sauf cancer non guéri, infection évolutive et insuffisance cardiaque sévère. Certains patients ont un risque lié à la greffe, qui leur est expliqué avant, à eux et leur famille. Tous sont extrêmement demandeurs de la greffe.
- Il y a eu 29 arrêts de fonction dans la 1^{ère} année sur 229 greffes (dont 2 perdus de vue)
 - o Dans 10 cas il s'agit de perte précoce, avant J10, sur des thromboses vasculaires, et dans 4 cas sur des non fonction primaires. La technique chirurgicale peut être mise en

cause ; il peut s'agir aussi d'une mauvaise qualité des greffons. Là encore, nous avons une politique assez large d'acceptation des greffons, sachant la difficulté de prévoir la non reprise de fonction.

- Dans 15 cas, la perte du greffon est survenue du fait de rejet aigu ou chronique accéléré (n= 6), ou d'infection (n= 8) ou de complications urologiques. Ces chiffres sont comparables aux autres centres de greffe en France.

Pour l'année 2014, le taux brut d'échec à 1 an est de 7,25% (3 ARF et 2 DC) sur 69 greffes avec 2 perdus de vue. La tendance est donc nettement à l'amélioration des résultats sur Tenon. La séniorisation de l'acte urologique, l'établissement de protocoles écrits, la réorganisation du suivi ont permis cette amélioration, qui devra être vérifiée sur les résultats 2015 (en cours). A noter que les modifications de répartition des greffons au niveau national mises en place au début de l'année 2015 ont permis une nette augmentation (+ 57%) des greffes avec donneurs en mort encéphalique à l'hôpital Tenon. Pour autant, nous sommes favorables à une révision de la politique d'attribution des greffons, au moins en Ile de France, tels que la mutualisation du prélèvement, la suppression du rein local et l'attribution des greffons au « meilleur » receveur selon le score établi par l'Agence de Biomédecine.

Paris le 26 septembre 2016

Professeur Eric Rondeau

Chef du service des Urgences Néphrologiques et Transplantation rénale, Hôpital Tenon, Paris

TO5RA - Toulouse Rangueil (A) –Pr N. Kamar

L'évaluation des résultats à un an de l'activité de transplantation rénale au CHU de Toulouse entre 2010 et 2013 nécessite quelques explications. Le taux d'échec à 1 an a été analysé de façon très détaillée. La majorité des échecs est due à des pertes de greffons dans les 3 premiers mois. Les causes de perte précoce des greffons sont plurifactorielles : receveur plus âgés que la moyenne française, une proportion de donneurs marginaux plus importante, l'utilisation de greffons non acceptée par d'autres équipes, et certains reins sur lesquels des problèmes étaient survenus lors des prélèvements. A ceux-ci se rajoutent des thromboses vasculaires. Une réunion avec tous les acteurs médico-chirurgicaux impliqués dans le programme de greffe rénale a validé un plan d'action pour réduire ce taux d'échec : une sélection plus strict des donneurs et receveurs, la mise en place de l'utilisation des machines de perfusion, une stratégie plus agressive pour le dépistage et la prise en charge des thromboses et des complications urologiques.

Pr N.Kamar

Responsable médical du programme de greffe rénale depuis 2016 Dr F.Sallusto Responsable chirurgical du programme de greffe rénale