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 2019 concerne les résultats :

- à 3 ans sur la cohorte des **malades greffés entre 2010 et 2013 de poumon.**
- à 5 ans sur la cohorte des **malades greffés entre 2010 et 2013 de cœur et de rein (donneur vivant, donneur décédé en mort encéphalique).**

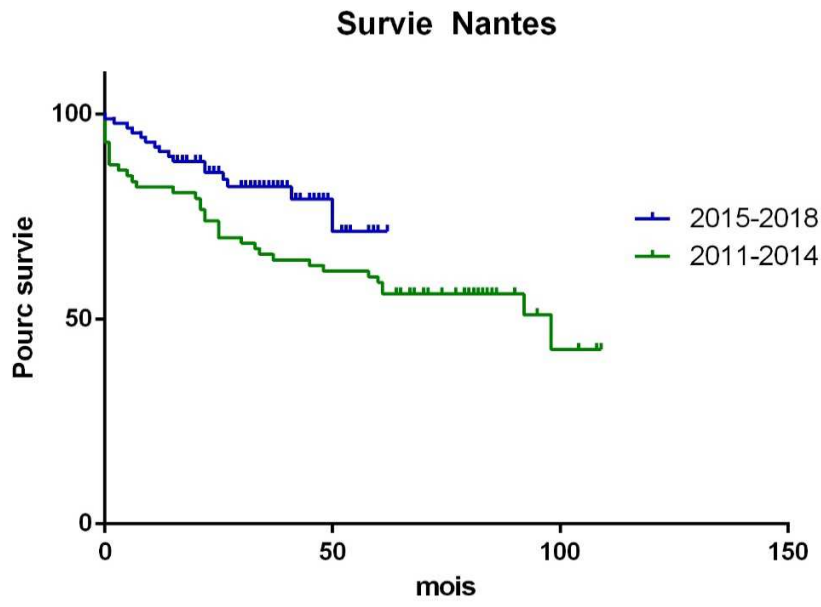
Les commentaires des équipes transmis à l'Agence font partie de la publication. Ainsi, pour chaque activité de greffe, les réactions personnelles et écrites, qu'ont pu avoir certaines équipes, sont publiées ci-dessous.

Commentaire des équipes de greffe pulmonaire

L'équipe de Nantes de transplantation pulmonaire NN6XA a bien pris connaissance des résultats de l'évaluation de l'Agence de Biomédecine de la survie à 3 ans de la cohorte de patients greffés entre 2011 et 2014. Ceux-ci montrent un taux d'échec brut de 37% (contre 34% au national) et ajusté de 49,8% (pour 33,9% au national). L'analyse multivarié des facteurs d'échecs de nos patients montrent que l'étiologie (fibrose et BPCO) joue un rôle déterminant. Les greffes pédiatriques, l'IMC > 25 et l'utilisation de CEC per greffe sont aussi des facteurs péjoratifs. La période de greffe après 2012 est par contre un facteur protecteur fort. L'évaluation de l'Agence montre également une médiane d'attente sur liste très supérieure à la moyenne nationale puisque 75,3 % de nos patients avaient une médiane supérieure à 2,3 mois contre 49,6% sur le plan national.
Nous souhaitons porter à l'attention de l'Agence les modifications importantes de prise en charge qui sont survenues dans notre équipe à partir de 2012 et jusqu'en 2015 pour remédier à cette situation car nous avions bien conscience de ces difficultés et n'avons pas attendu 2020 pour améliorer très nettement nos procédures.
Ainsi, du fait de la survie plus faible de la transplantation mono-pulmonaire rapportée au niveau international et national mais aussi et surtout constatée au sein de notre équipe, nous avons pris la décision de ne plus réaliser de transplantation mono-pulmonaire. La dernière greffe mono-pulmonaire de notre équipe a eu lieu en juin 2013. Il est d'ailleurs probable qu'au sein de notre équipe, la sélection des candidats à cette technique chirurgicale n'ait pas été adéquate et que certains patients trop sévères auraient dû être récusés de tout projet de transplantation pulmonaire au lieu d'être récusés en greffe bi-pulmonaire mais acceptés en greffe mono-pulmonaire. Nous notons ainsi que 4 des 5 patients ayant bénéficié d'une transplantation mono-pulmonaire sur la période d'analyse sont décédés avant 3 ans de greffe. Ces mauvais résultats en greffe mono-pulmonaire pénalisent l'ensemble des statistiques de notre cohorte.
L'état pré greffe conditionne aussi la survie à moyen terme avec, pour notre centre, une proportion plus importante de receveurs précaires en Super Urgence (26% en USI et 12% sous ventilation invasive). Sur

la période étudiée, nous relevons deux décès per opératoire. Un est dû à un accident de CEC après 12 jours d'ECMO VV en pont vers la greffe. L'autre est lié à une hémorragie massive avec défaut de la chaine d'approvisionnement en produits sanguins. Cet évènement a fait l'objet d'une déclaration externe à l'ARS et une analyse de cause a été réalisée qui a conduit à des modifications d'organisation et des actions de formation spécifiques.
Par ailleurs, conscient des délais d'attente plus longs que la moyenne nationale sur notre liste, un travail considérable a été réalisé au sein de notre équipe, à la fois dans le service de chirurgie, d'anesthésie-réanimation, de pneumologie ainsi qu'au niveau de la direction du CHU de Nantes afin d'améliorer les résultats et d'augmenter le nombre de procédures annuelles. Ceci s'est fait en partie dans le cadre du programme hospitalier d'amélioration des résultats et de l'expertise en mucoviscidose (PHARE-M). Nous avons ainsi pu clarifier la filière et baliser le parcours patient avant la greffe. Depuis 2012, les greffons provenant de donneurs à critères élargis ont été plus généralement acceptés avec aussi la réalisation plus fréquente de réduction de volume et l'abandon progressif du « tout CEC » au profit de la transplantation bi-pulmonaire séquentielle sans CEC. Nous avons également mis en place l'utilisation du reconditionnement ex-vivo ainsi que l'utilisation de greffons provenant de donneur à cœur arrêté. En ce qui concerne le suivi pré et post-greffe, nous avons renforcé l'équipe médicale et para-médicale, avec notamment le recrutement d'infirmières coordinatrices supplémentaires.
Ces actions ont permis l'augmentation de notre activité de greffe pulmonaire avec l'objectif de 30 greffes pulmonaires annuelles atteint, la diminution drastique des délais d'attente et l'amélioration de la survie à court et moyen terme. Ainsi, la médiane d'attente est passée de 206 jours sur la période 2011-2014 à 58 jours sur la période 2015-2018. En suivant la même méthodologie, nous retrouvons un taux d'échec de greffe brut de 16% à 3 ans (13 décès, 1 retransplantation sur 87 transplantations réalisées). La survie des patients greffés à Nantes sur la période 2015-2018 est de 90% à 1 an et de 82% à 3 ans (cf figure 1).

Figure 1 : Courbes de survie Kaplan-Meier pour le centre de Nantes en fonction de la période de transplantation.



.

Commentaire des équipes de greffe rénale

Commentaire concernant les activités de Necker et Bicêtre du Pr Ch Legendre

En ce qui concerne Necker, les résultats obtenus sont dans la moyenne nationale et ce malgré plusieurs facteurs de risque chez le receveur (plus âgé, plus diabétique, plus souvent greffé pour la seconde fois, avec un temps de dialyse plus long), chez le donneur (plus âgé, plus ECD) et en ce qui concerne la transplantation (ischémie froide plus longue). L'équipe médico-chirurgicale et anesthésiste a donc développé au fil des années une prise en charge de qualité qui permet d'obtenir un résultat conforme au résultat attendu et ce, malgré plusieurs facteurs de risque significatifs. Les résultats à Bicêtre ne sont pas statistiquement différents même si numériquement ils sont légèrement en deçà.

Ces 2 équipes ont su s'adapter et développer une transplantation rénale de qualité dans un contexte plus difficile.