

## *La contribution du réseau médical de premier recours dans le succès d'un projet de transplantation pulmonaire*

Dr Gregory Berra, Pneumologie

Bien que cette procédure soit très spécialisée, les soignant.es et médecins ont un rôle central à jouer dans le succès d'un tel projet, ainsi que dans son accessibilité.

### Concept général

La transplantation pulmonaire est l'ultime option thérapeutique pour les patients avec une maladie pulmonaire avancée, soit une insuffisance respiratoire, après que tous les autres traitements reconnus n'aient pas fonctionné.

En Suisse, la transplantation pulmonaire représente 71 des 675 transplantations en 2023. Par rapport aux milliers de patients BPCO et en insuffisance respiratoire, c'est un tout petit chiffre... 130 personnes sont en liste d'attente pour un poumon.

Les principaux diagnostics poussant à la transplantation pulmonaire en Suisse →

Sur les 20 dernières années, le BPCO mène le bal, suivie de la pneumopathie interstitielle diffuse, qui prend de plus en plus de place.

L'arrivée des modulateurs du canal CFTR ont permis une diminution drastique de la transplantation pulmonaire pour mucoviscidose.

Comparés aux autres transplantations, la survie d'un poumon greffé reste moins bonne, avec une survie médiane de 6 ans à l'international, et entre 8-10 ans en Suisse (patients très sélectionnés).

Ce qui rend complexe la survie de ces greffons, c'est son contact constant avec l'air extérieur. En une journée, un patient avec un volume pulmonaire de 5L va inhaler l'équivalent d'une piscine d'air, exposant le greffon à des pathogènes et agents irritants.

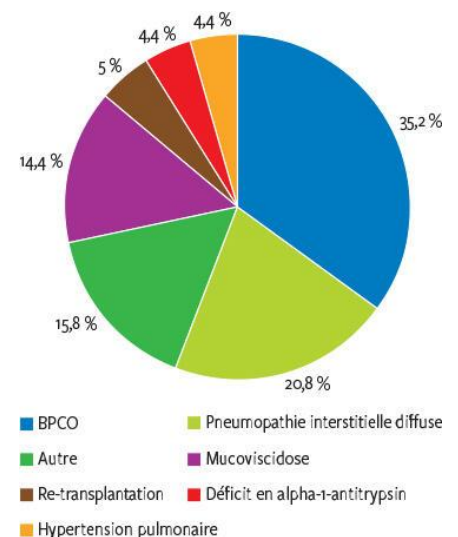
Pour contrer cela, le régime immunosuppresseur est un des plus chargés, aux prix de complications cardiovasculaire, métaboliques, rénales et de risque tumoral élevé.

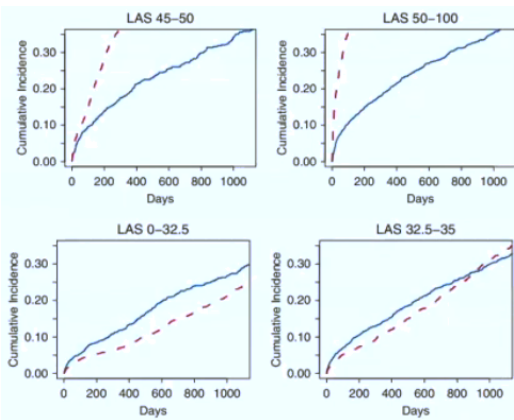
Objectifs de la transplantation pulmonaire

Si la transplantation pulmonaire améliore la qualité de vie, comme démontré dans [Singer et al](#), l'amélioration de la survie est dépendante de la sévérité de la maladie.

En effet, [Vock et al](#) montrent que, tant que le score de sévérité LAS est élevé (45-100), la greffe améliore la survie (Fig p.2).

Ce score sert à déterminer la sévérité pour l'allocation aux greffes.





Dans l'étude, chaque greffé (bleu) est matché à un patient avec un score de sévérité similaire, mais qui n'a pas reçu de transplantation (rouge).

En dessous de 45 points, même si la qualité de vie peut être améliorée par la transplantation, celle-ci représente des risques importants pouvant écourter la durée de vie.

Il faut bien peser la balance risque/bénéfices, en fonction des comorbidités.

La fenêtre de transplantation est complexe à apprivoiser... Elle commence lorsque le patient atteint d'insuffisance respiratoire, moment où il est inscrit sur la liste d'attente.

Passé un certain point, il devient trop tard, le patient ne peut plus être transplanté.

Il n'y a pas de solution de substitution à long terme, comme la dialyse est disponible pour le rein... l'ECMO peut être utilisée pour un mois maximum.

La difficulté est également liée au fait que la progression est imprévisible, et qu'il n'y a pas de bons biomarqueurs pour la déterminer. Elle peut être très rapide, rapide ou lente mais ponctuée d'exacerbations aiguës...

Le chemin de la transplantation est aussi semé d'embûches... après que le pneumologue ait référé le patient au centre de transplantation pour évaluation, et s'il n'a pas de contre-indications comme une néoplasie ou un tabagisme actif, il doit passer un bilan extensif et une discussion multidisciplinaire avant d'être éventuellement placé sur la liste d'attente.

Il n'est pas rare de passer 1 à 1,5 ans entre la première évaluation et la transplantation.

Le temps d'attente médian en liste s'est amélioré l'année passée à 0.8 ans. C'est un peu biaisé par le fait que les cas sévères et urgents sont pris en priorité.

45% des patients vont passer une année en liste et 17%, 3 ans.

L'anticipation est donc essentielle, surtout avec ces pathologies pulmonaires qui sont liées à des histoires médicales complexes, qui s'étendent sur des dizaines d'années.

Divo et al soulignent cet état de fait dans le BPCO et résume le concept de "comorbides".

Ces patients subissent une constellation de comorbidités: hyperlipidémie, hypertension, troubles psychiatriques, risques de cancer....

En sachant le long processus de mise en liste et l'évolution imprévisible de la maladie, la gestion des comorbidités est essentielle pour ne pas risquer une inscription différée.

L'obésité (BMI>30) par exemple, est un facteur de mortalité post-transplantation, et est donc considéré comme une contre-indication. La découverte, pendant le bilan, d'une tumeur digestive chez un patient en âge d'être dépisté régulièrement peut retarder la transplantation

d'une année... L'optimisation cardiovasculaire doit être faite, comme la consolidation de l'arrêt du tabac...

La balance risque-bénéfice de la transplantation peut devenir défavorable de par l'existence de ces multiples comorbidités, ce qui peut être évité avec une gestion précoce et intensive.

Si la transplantation pulmonaire ne concerne qu'un nombre infime de patients atteints de maladies chroniques respiratoires, la considérer comme une possibilité à l'horizon de leur prise en charge est une perspective bénéfique pour tous ces patients:

- Suivi et gestion des troubles psychologiques
- Education thérapeutique: patient devient acteur de son suivi
- Gestion des difficultés sociales: isolement social = facteur d'échec de prise en charge
- Prise en charge des comorbidité métaboliques et des FRCV, de l'ostéoporose
- Vaccinations, préservation des veines et des reins...
- Dépistages de cancers selon l'âge, dépister la fragilité et réadapter.

La fragilité est un facteur de risque dans toutes les maladies respiratoires, et est associée à une surmortalité en liste et après transplantation. Elle peut être dépistée par l'échelle de Fried, ou pour les physiothérapeutes, par la short physical performance battery (SPPB).

La réadaptation respiratoire est essentielle: ↑ performance, ↑ capacité d'effort, ↓ durée de séjour post-op.

### Conclusions

- Un patient ne devient pas candidat à la transplantation du jour au lendemain
- Celle-ci doit être reconnue tôt comme une étape possible si < 65 ans
- L'accès à la transplantation dépend également du réseau de premier recours
- Chaque soignant en charge peut intervenir de façon déterminante pour garantir l'accès à la procédure et contribuer à son succès.

Contact service de pneumologie: [consultations.pneumologie@hcuge.ch](mailto:consultations.pneumologie@hcuge.ch), 372 99 02

### Question:

- Maladie coronarienne: Tout patient doit-il être formellement revascularisé pour entrer en liste? Non, seulement si bénéfico-risque en vaut la peine.



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)