

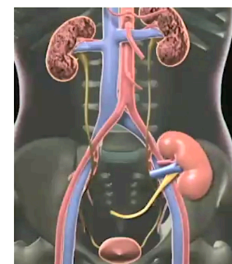
flagrant et c'est le gain sur la qualité de vie qui a plus d'importance, permettant aux patients transplantés d'aller travailler, d'avoir une vie sociale...

La survie du greffon varie en fonction du type de donneur, avec 61% de survie à 10 ans lors d'un donneur décédé contre 76% lors de donneur vivant, car la qualité du rein est généralement meilleure.

Des données récentes montrent qu'un lien familial entre le donneur et le receveur n'a peu voire pas d'impact sur la survie du greffon. C'est vraiment la qualité de la correspondance immunologique qui impacte la survie du greffon.

Le rein greffé se place en fosse iliaque, droite ou gauche. La partie technique sont les placements vasculaires et urologiques. La grande quantité de greffes permet de former les équipes rapidement.

Il faut un peu plus d'expertise lors d'un donneur vivant, pour lui assurer une bonne reprise, avec un minimum de traitements.



En Suisse, les greffes de rein se font à 60% à partir de donneurs décédés et à 40% venant de donneurs vivants.

Parmi les donneurs décédés, il y a ceux à cœur battant (mort encéphalique) et ceux à cœur arrêté. Cette dernière catégorie de greffons était moins utilisée, mais elle semble être plus probante sur le long terme, et de plus, dû à la pénurie, elle représente presque 46% des donneurs décédés en 2024, contre 25% en 2022.

La demande de dons est 3-4x plus élevée que l'offre. Cela signifie beaucoup d'attente pour les patients, qui sont alors sensibilisés à en parler à leur entourage.

Il y a deux types de barrières immunologiques: L'incompatibilité ABO, à cause des IgM naturelles, et l'incompatibilité HLA, souvent due à une grossesse ou une transfusion antérieure... Cette dernière est plus difficile à contourner que la première, qui est acceptée aux HUG en seconde intention, mais pas au CHUV.

L'incompatibilité concerne 20-30% des donneurs en Suisse, raison pour laquelle le don croisé, ou l'échange de paires, devient une pratique de plus en plus courante.

Notre patient partenaire reprend la parole pour nous parler des avantages et inconvénients de sa greffe, ce qui est un exercice difficile...

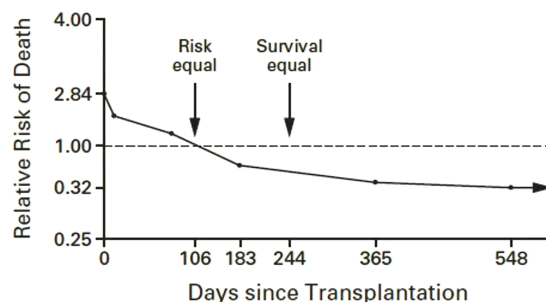
Désavantages: Le suivi régulier chez le MT, le traitement immunosuppresseur, adapter sa vie pour protéger son greffon → je veux aller skier, mais je ferais peut-être mieux de rester sur mon canapé... C'est une pondération quotidienne. Accepter l'angoisse lorsqu'on tombe malade... est-ce un rhume ou un rejet? Dois-je aller aux urgences ou attendre que ça passe?

Heureusement, il y a beaucoup de bénéfices: Libéré de la dialyse quotidienne, joie d'avoir des résultats dans la norme aux contrôles réguliers, reprise de la vie pro, normalisation des rapports avec l'entourage, reprise de confiance dans la vie quotidienne...

Complications

[Cet article](#) fait partie de ceux qui rassemble le plus de cas sur le risque relatif de décès après une greffe de rein (N= 23 275).

Ce risque relatif est plus élevé initialement mais s'égalise à 100 jours de la transplantation.



Il y a de nombreuses complications possibles, urologiques, immunologiques, infectieuses, cardiovasculaires... Il faut pondérer avec les complications sans la greffe.

Avancées significatives

- 2008: Sevrage des corticoïdes
- 2011: Belatacept peut remplacer ciclosporine et tacrolimus, qui sont néphrotoxiques
- 2018: Transcriptomique sur biopsies du greffon
- 2020: immunomodulation cellulaire → éduquer les cellules du receveur à tolérer le donneur
- 2022: En cours...la xénotransplantation

Un protocole suisse teste la greffe sans immunosuppresseurs, à travers l'immunomodulation, et comprend déjà sept patients. Les paires sont issues des mêmes fratries, HLA-identiques. Les zones lymphatiques sont irradiées puis infusées avec des cellules CD3+ et CD34+, afin d'empêcher le rejet. Cela permet à un an de retirer l'immunosuppression de façon progressive.

D'autres groupes ont essayé avec des paires non HLA-identiques, et montrent une excellente survie à 5ans, avec une immunosuppression réduite, une absence d'anticorps anti-greffons et d'infections opportunistes.

Conclusions

- La greffe de rein mérite d'être abordée très tôt dans le parcours patient → c'est le meilleur traitement de la maladie rénale terminale
- L'inscription prend 6 mois à un an, et l'attente pour un donneur décédé 3 à 5 ans .
- Le donneur vivant est préféré car les bénéfices sont bien supérieurs aux risques, et ce même si le donneur n'est pas apparenté au patient.
- La survie et la qualité de vie est meilleure après une greffe que sous dialyse
- Perspectives: Individualisation et minimisation de l'immunosuppression

