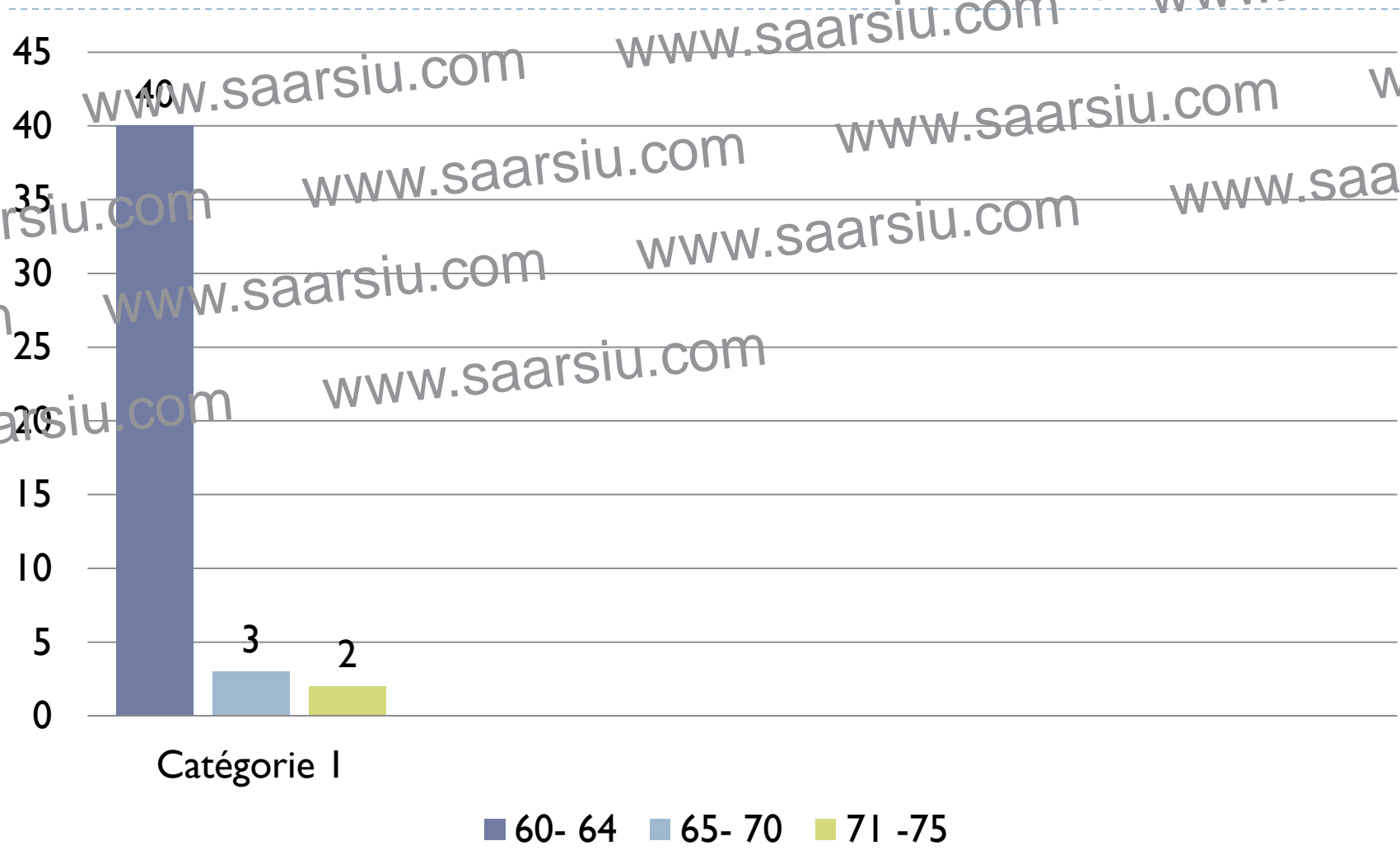
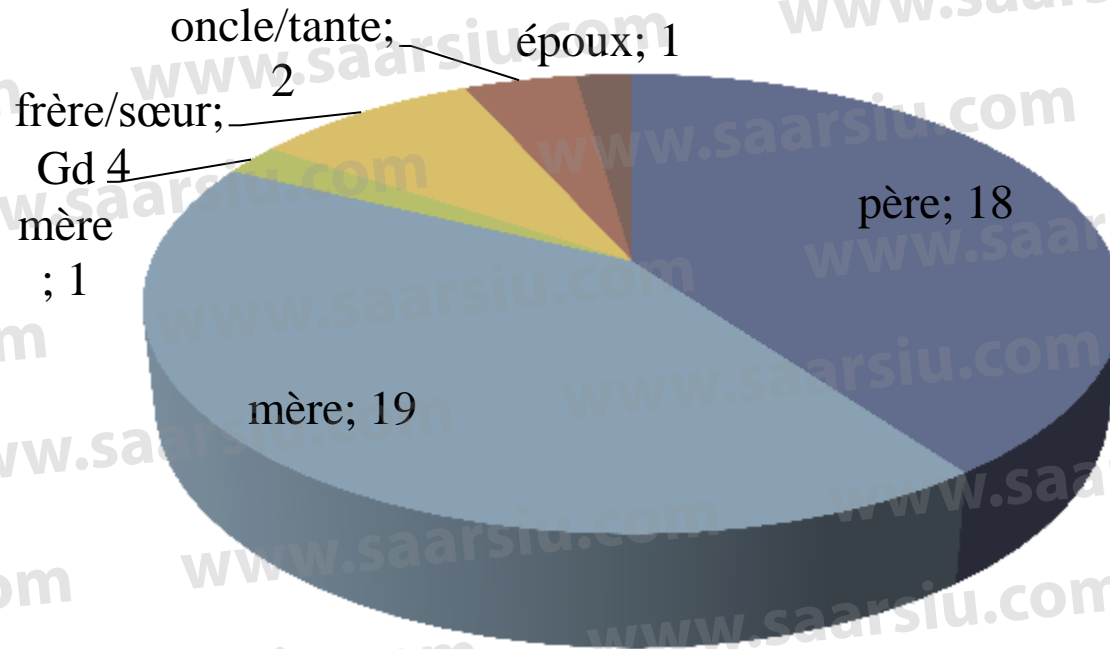


Nombre de donneurs par tranches d'âge



Lien de parenté avec le receveur



HLA Semi-identique	42
HLA Identique	3
HLA Différent	1

Facteurs de risques du donneur

- ▶ HTA 2 cas
- ▶ Valvulopathie: 2 cas IAo 1
RAo 1

Etape peropératoire

- ▶ **PRINCIPE: START SLOW AND GO SLOW-----**

- ▶ **Anesthésie:**

Générale : narco-analgésie (AIVOC) + curare

± TAP bloc (Transverse Abdominal Plane Block), bloc analgésique de la paroi abdominale ou infiltration sous cutanée par la ropivacaine ou bupivacaine (Anesth local)

- ▶ Agents anesthésiques IV: doses et vitesse d'administration doivent être réduites.

- ▶ Drogues moins néphrotoxiques, moins hyperK, moins inotropes -

- ▶ • **Geste chirurgical**

- Donneur: néphrectomie

- Receveur: greffe hétérotopique: Fosse iliaque/Intra abdominale ; les anastomoses vx se font sur les vx iliaques externes avec une anastomose urétérovésicale et mise en place d'une sonde JJ pendant 6 semaines;

Etape peropératoire

- ▶ La prise en charge hémodynamique per et post opératoire est capitale pour permettre une bonne **perfusion du greffon**.
- ▶ **Volémie augmentée**: remplissage vasculaire SSI 9°/°° + RL
- ▶ Objectifs: PAS > 100mmhg et PVC > 12mmhg avant déclampage anastomoses vx.
Respect des chiffres tensionnels de base.
- ▶ Éviter l'hypothermie, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie, acidose (surtout trop âgé). intérêt monitoring++ (PAS patients à haut risque cvx)
- ▶ Gestion des immunosuppresseurs: mêmes que chez l'adulte: risque infectieux et néoplasique
 - induction: AC monoclonal anti récepteur de l'IL2 Basiliximab (simulect) ou sérum antilymphocytaire (ATG)
 - corticoïdes à fortes doses
 - anticalcineurine: mycophénolate mofénil MMF (cellcept) ou tacrolimus (prograf) démarrés la veille.
- ▶ Antibiotrophylaxie à visée antistaphylococcique.

Etape post opératoire

- ▶ Séjour en réanimation de 1jour pour le donneur et le receveur sauf complication.
- ▶ Réveil et extubation environ 2H après la sortie du bloc et plutôt pour le donneur.
- ▶ Remplissage vasculaire maintenu et optimisé volume/volume pendant 12 premières heures (prévient thrombose et NTA).
- ▶ Immunosuppression conduite avec les néphrologues(dégression des corticoïdes).
- ▶ Antibioprophylaxie.
- ▶ Thromboprophylaxie: HBPM.
- ▶ Analgésie++ multimodale et réhabilitation précoce.
- ▶ Surveillance: - Cardiovasculaire++ par monitoring des troponines et ECG: à l'arrivée en USI, H6, H12, H24, H48.
- Détérioration cognitive Prévention des troubles cognitifs (réchauffement, oxygénothérapie, normotension, reprise du contact...)
- Déshydratation sur diarrhée(effets secondaires immunosuppresseurs)
- ▶ Ultérieurement suivi du donneur et receveur par l'équipe de néphrologie.

Résultats Receveur âgé

- ▶ Succès immédiat de 100%.
- ▶ Gestion de 2 pic hypertensif, 1 hyperglycémie.
- ▶ 1 retour à l'hémodialyse pour reprise retardée de la fct rénale: oligurie, ↑créatinine ; c'est un greffé de 65 ans à partir du don de son épouse 52 ans(HLA différent), tabagique, HTA sous BB, Diurétique, statine, Aspégic; NTA? ou Rejet?

Bonne évolution ultérieure: quelques semaines.

- ▶ 1 reprise : sténose urétérale à 2Mois.(70 ans).
- ▶ Mortalité à court terme: 0
- ▶ A long terme: 1 décès (rejet et sepsis).

Résultats donneur âgé

- ▶ Pic hypertensif peropératoire 8 contrôlé
- ▶ Plaque d'athérome artère rénale 1
- ▶ Bonne évolution pour tous les donneurs

Résultats receveurs à partir du donneur âgé

- ▶ 2 retard de reprise de la diurèse
- ▶ 1 retour à l'HD (anurie) (mère 64ans)
- ▶ 2 Décès: sepsis et rejet
 - 29 ans I.urinaire, candidose œsophagienne et pneumopathie CMV à 2mois SDRA (mère 63ans)
 - 64ans infections urinaires ++ à3ans (sœur 63ans)

Commentaires

- ▶ Le diagnostic de l'IRCT est souvent tardif; cause méconnue (80%)
- ▶ HTA présente chez 7 / 8 patients (90%) donc Néphroangiosclérose probable.
- ▶ Les délais entre la dialyse et l'intervention sont relativement longs (4 à 8 ans) dans notre série (conséquences délétères de la dialyse). Notons que le nombre de greffes préemptives est de 2 et un seul patient est sous DP; la DP permet un traitement à domicile, bien adapté aux personnes âgées.

▶ Les résultats postopératoires ont été satisfaisants.

▶ Ces résultats probants sont dus sans doute aux greffons de DVA jeunes pour la plupart:

▶ La reprise précoce de la diurèse améliore le pc :en général, la diurèse horaire ne dépasse pas 400 ml/h et se stabilise aux environs de 1 00 à 200 ml/h en 12 à 18 heures.

▶ Le temps d'ischémie froide (15' à 40' dans notre série), une qualité moindre du greffon et/ou l'état cardiovasculaire médiocre du receveur peuvent être responsables d'un retard de reprise de la fonction rénale, qui peut durer quelques semaines.

▶ Amélioration des progrès dans la prise en charge de la greffe rénale : l'expérience de l'équipe de transplantation a un grand rôle (néphrologues, chirurgiens , A/réanimateurs et biologistes).

Conclusions

- Les patients âgés ne doivent pas être écartés de la transplantation rénale du seul fait de leur âge même après 75 ans et il n'y a pas d'âge limite pour donner un rein (âge physiologique et non civil et niveau de la fonction rénale).
- Fragilité du sujet âgé polypathologique (infraclinique) nécessitant une évaluation précise cardiovx et du risque néoplasique.
- Optimisation des conditions anesthésiologiques et chirurgicales du patient.
- Suivi post opératoire rigoureux hémodynamique et immunologique.
= diminution du risque de la prise en charge du transplanté âgé.
- Le pronostic est lié à la prise en charge des **comorbidités**, de **l'âge du donneur** et de **l'expertise de toute l'équipe** (du chirurgien, A/Réanimateurs et néphrologues c'est-à-dire des protocoles immunosuppresseurs et suivi).
- La stratégie immunosuppressive doit prendre en compte les risques d'infection et de cancer de cette population et n'est pas à ce jour clairement définie.(pas de consensus)
- Dans tous les cas il y a toujours une amélioration de la survie et de la qualité de vie par rapport à la dialyse.
- Le développement des greffes avec **donneurs cadavérique** permettrait d'augmenter ces greffes : programme old to old = le recours aux donneurs à critères élargis, en particulier âgés, est justifié afin de diminuer le temps d'attente dialyse - GR

Références bibliographiques

- ▶ 1. M. Kessler. Transplantation rénale chez le sujet âgé : expérience française Ethics, Medicine and Public Health - Ethique, Médecine et Politiques Publiques; Volume 1, n° 2, pages 163-172 (avril 2015).
- ▶ 2. Rao PS, Merion RM, Ashby VB, Port FK, Wolfe RA, Kayler LK. Renal transplantation in elderly patients older than 70 years of age: results from the Scientific Registry of Transplant Recipients. Transplantation 2007;83(8):1069-74.
- ▶ 3. L. Yannick Le Meur*. Résultats de la transplantation rénale chez le sujet âgé. Le Courrier de la Transplantation - Vol. XIII - n° 3 - juillet-août-septembre 2013
- ▶ 4. Pr Philippe SEGUIN. Conférence d'actualisation SFAR 2019. Le sujet âgé en réanimation

Merci

**NE TE LASSE JAMAIS
DE RENDRE SERVICE ET DE FAIRE
DU BIEN AUX AUTRES...
LES PLUS PETITES CHOSES
PRODUISENT PARFOIS
LES PLUS GRANDS
EFFETS.**

atmosphere-citation.com

