

## Un demi-siècle de greffe rénale

LAURENCE DARDENNE Publié le samedi 23 novembre 2013 à 05h43 - Mis à jour le dimanche 24 novembre 2013 à 19h53



SCIENCES - SANTÉ **Rencontre avec les différents intervenants de cette grande aventure.**

Avant, au tout début de la grande aventure de la greffe rénale, il y a tout juste 50 ans, on n'acceptait pas - comme candidats à la transplantation - les patients de plus de 50 ans. Il a fallu attendre les années 80-90 pour que cela change. Avant, les donneurs restaient hospitalisés une dizaine de jours, c'était un minimum. Et les receveurs, au moins six semaines. Avant, il y avait presque systématiquement des complications, principalement infectieuses. Avant, 85 % des patients manifestaient un certain degré de rejet.

Toujours avant, on ne disposait pas de la compatibilité tissulaire; seule celle des groupes sanguins était accessible. Avant, les chances de survie à un an étaient de l'ordre de 50 %. Avant, il n'y avait que quelques patients sur les listes d'attente. Avant, c'était les hélicoptères de la gendarmerie qui transportaient les reins et même le sang. Puis aussi, avant, les interventions étaient plus délabrantes. Pour prélever un rein à quelqu'un, on faisait une incision de 40 à 50 cm à travers le thorax et on passait dans le diaphragme. Certains enlevaient même une côte. C'est que, à l'époque, se rappelle le Pr Guy Alexandre, pionnier de la transplantation rénale en Belgique, "*un de mes professeurs disait : 'Alexandre, sachez que les grandes incisions font les bons chirurgiens !'*"

C'était un autre temps. Pourtant, de ce 3 juin 1963 où, avec le Pr Jean Morelle, il réalisa la première transplantation rénale à partir d'un donneur en mort cérébrale à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, le Pr Alexandre semble se souvenir comme si c'était hier. Quelques semaines plus tard, une jeune fille de 12 ans, victime d'un accident de la route était admise dans un coma profond. "*Le groupe sanguin était compatible avec celui d'un patient urémique maintenu dans un état stable depuis un mois par la répétition des dialyses péritonéales. Il fut donc décidé de procéder immédiatement au prélèvement du rein gauche du cadavre pendant qu'avec une deuxième équipe, j'entreprenais la transplantation elle-même*", raconte le père de la transplantation rénale en Belgique. "*La Libre*" de l'époque titrait alors : "*Aux Cliniques universitaires de Louvain. Deux malades survivent depuis plusieurs semaines à la greffe d'un rein prélevé sur un cadavre.*"

*Contribution importante d'un jeune chercheur belge.* En août 1963, aura lieu une greffe de donneur vivant.

Aujourd'hui, lorsqu'il conte ce récit, le Pr Alexandre semble osciller entre nostalgie de cette époque et admiration face aux progrès accomplis depuis lors.

Un demi-siècle plus tard, les Cliniques Saint-Luc célèbrent leurs quelque 4000 greffes rénales. *"La chirurgie de la transplantation a connu des progrès considérables, nous dit le Pr Michel Mourad, responsable de l'unité de transplantation rénale et pancréatique. C'est surtout le prélèvement chez le donneur vivant qui a beaucoup évolué. On arrive maintenant à prélever ce greffon avec un minimum de délabrement par laparoscopie, voire même avec l'assistance de la robotique. Une autre grande avancée est le développement de l'immunologie de la transplantation. Une meilleure compréhension des mécanismes à ce niveau a permis la mise au point de traitements immunosuppresseurs afin de contrer les obstacles immunologiques. Pour que le choc entre les cellules du donneur et celles du receveur n'entraîne pas des réactions inflammatoires qui détruisent l'organe, on met des 'barrières'."*

### **Un long parcours pour le receveur ainsi que pour le généreux donneur**

Reste que le parcours du receveur mais aussi du donneur vivant n'est pas banal. A commencer par trouver un greffon compatible. Le don d'organe impose en effet qu'il y ait compatibilité entre l'organe donné, le greffon, et l'organisme du receveur. *"Parmi les sources de greffons, c'est très simple, dit le Pr Luc De Pauw, de l'unité de transplantation rénale, il y a les vivants - 10 à 15 % des donneurs actuellement en Belgique - et les décédés. Parmi les donneurs vivants, il y a ceux qui sont génétiquement apparentés et ceux qui le sont émotionnellement. Enfin, il y a les bons samaritains. Au niveau des donneurs décédés, il y a ceux en mort cérébrale (80 %) et les autres, décédés d'un arrêt cardio-circulatoire."* Les donneurs vivants sont essentiellement les frères et sœurs, les parents et les enfants mais toute personne apparentée directement ou émotionnellement au receveur peut se proposer pour autant que sa démarche soit *"spontanée et généreuse"*. Il faut qu'il n'y ait aucune pression d'ordre psychologique ou autre, comme financière, de la part de la famille, par exemple.

*"Tout n'est pas si simple dans le don d'organe, explique David Borceux, psychologue. Cela implique parfois une reconnaissance de la dette. 'Comment vais-je pouvoir rendre à l'autre ce qu'il me fait comme cadeau de la vie ? Vais-je lui être redevable à vie de ce don ?'"*

*"La personne qui voudrait donner un rein doit être évaluée sur le plan à la fois physique et psychique afin d'être sûr, d'une part, qu'elle est 'parfaite' sur le plan médical, qu'il n'y a aucune contre-indication à la chirurgie et qu'elle ne devrait pas avoir de complications par la suite du fait d'avoir donné un rein, mais aussi qu'elle soit prête au niveau mental et psychologique, poursuit le Pr Eric Goffin, du service de néphrologie. Une personne de notre équipe évaluera le receveur et une autre le donneur vivant.*

Quels sont les risques pour les donneurs, peut-on légitimement se demander ? *"Pour autant que la sélection du donneur ait été stricte et que l'on ait exclu toute contre-indication au don de rein, il n'y a aucune conséquence néfaste à long terme, assure le Dr Nada Kanaan, du service de néphrologie. Des études ont en effet montré que l'espérance de vie du donneur de même que leur fonction rénale était similaire à celle de la population générale."* Et même parfois supérieure du fait de la sélection du candidat au départ, et du suivi dont il va bénéficier par la suite.

Quant aux risques pour le receveur, *"la transplantation rénale, comme toute autre intervention chirurgicale majeure peut exposer à des complications, admet le Pr Michel Mourad. Hémorragies, fuites urinaires, infections de la plaie, hématomes sont les complications les plus fréquentes. Les complications survenant plus tardivement peuvent être le développement d'une hernie ou d'une éventration, concerner l'artère ou l'uretère du greffon."*

### **Le risque de rejet du greffon est réduit à 15 %**

Puis, il y a aussi le risque de rejet du greffon. Il peut survenir dans les jours qui suivent la greffe. *"Il s'agit d'une réaction assez violente de l'organisme et en particulier du système immunitaire, qui rejette les cellules du greffon comme il rejetterait un microbe, explique le Pr Yves Pirson, du service de néphrologie. Mais avec les traitements immunosuppresseurs actuellement utilisés, cela ne se produit plus que chez 15 % des patients. Et, chez la majorité d'entre eux, on peut vaincre ce rejet en augmentant le traitement immunosuppresseur. A plus long terme, le patient*

*greffé va aussi moins bien se défendre vis-à-vis du développement de cellules cancéreuses. Une raison de plus de rester sous surveillance médicale tout au long de sa vie. Dans l'état actuel des connaissances, l'arrêt du traitement immunosuppresseur entraîne inmanquablement le rejet du greffon même après plusieurs années de bonne tolérance."*

Quant au rejet chronique, il surviendra au-delà de six mois, voire au-delà d'un an ou même plus tard. *"Si l'on fait une biopsie du greffon, on voit se développer des signes de ce que l'on appelle un rejet chronique, c'est-à-dire une intolérance qui apparaît insidieusement, lentement mais sûrement et qui fait en sorte que le receveur peut perdre son greffon 10, 15 ou 20 ans plus tard, de détérioration progressive due à ce rejet chronique, poursuit le spécialiste. On peut alors envisager une seconde, voire une troisième transplantation."*

Les étapes successives de cette grande "aventure" nécessitent une excellente coordination. Pour cela, il y a des coordinateurs de transplantation. Ils sont une vingtaine en Belgique à exercer cette fonction; 8 à Saint-Luc. *"La coordination clinique va s'occuper du suivi pré, per et post-transplantation du patient transplanté, nous explique l'un d'eux, Dominique Van Deynse. C'est le contact direct entre le patient en liste d'attente, l'hôpital et tous les services avec lesquels il va devoir être en contact. La deuxième activité est l'activité de prélèvement des organes chez un donneur référé par un centre donneur. C'est toute la logistique du prélèvement d'organe. Il s'agit d'organiser le prélèvement dans le quartier opératoire avec les contacts avec Eurotransplant et les hôpitaux qui auront reçu l'organe à transplanter dans leur centre."*

Aujourd'hui, le temps d'intervention pour une transplantation de greffe rénale varie de 2 à 3 heures pour le donneur vivant et entre 3 et 5 heures pour le donneur cadavérique. La durée de la greffe varie de 1h30 à 3 heures. S'il s'agit d'une greffe combinée, foie-rein, rein-cœur ou rein-pancréas, les temps d'interventions s'avéreront plus longs. Le taux de survie du greffon rénal est de 92 % à un an, 78 % à 5 ans, 65 % à 10 ans et 44 % à 20 ans. Que de progrès accomplis en 50 ans !