

Les avantages de la transplantation rénale

D. S. DJABALLAH, M. KASTALI,
EHS de transplantation d'organes
et de tissus de Blida. Algérie



Résumé

Grâce aux progrès majeurs réalisés dans le domaine de la transplantation rénale, on considère désormais la greffe rénale comme la meilleure option de traitement pour les personnes atteintes d'une insuffisance rénale terminale. En effet, on sait maintenant que la qualité de vie et la longévité des patients porteurs de greffons fonctionnels sont supérieures à celles des patients en dialyse. Il est désormais reconnu que la transplantation rénale coûte beaucoup moins cher au système de soins de santé publique, que la dialyse ; elle entraîne aussi des retombées positives à long terme pour l'ensemble de la société en permettant le retour sur le marché du travail d'un nombre appréciable de greffés, qui est un autre facteur non négligeable considérant le contexte économique actuel.

>>> Mots-clés :

Transplantation rénale, qualité de vie, la survie, impact socio-économique, donneur vivant, greffe préemptive.

Introduction

Le démarrage d'un traitement de suppléance marque une étape importante et douloureuse dans la vie d'une personne atteinte d'une maladie rénale chronique. Le fardeau lié aux comorbidités ou handicaps éventuellement préexistants, aux mesures (notamment diététiques) visant à ralentir la progression de la maladie, et à ses conséquences physiques et psychiques va s'alourdir des contraintes liées aux traitements de suppléance, à la perte d'autonomie et à un recours très fréquent au système de soins.

Après le démarrage du traitement de suppléance, le plus souvent en hémodialyse, les contraintes, désagréments et effets secondaires seront très différents selon les modalités de traitement : greffe rénale, dialyse péritonéale,

Abstract

kidney transplantation is now considered as the best treatment option for people with terminal renal insufficiency. Indeed, we now know that quality of life and longevity of patients with functional grafts are better than those with dialysis. It is now recognized that kidney transplants are much less costly to the public health care system than dialysis, and have long-term benefits for society as a whole by allowing a significant number of transplants to return to the labour market, another significant factor in the current economic context.

>>> Key-words :

Renal transplantation, quality of life, survival, socio-economic impact, living donor, pre-emptive transplant.

hémodialyse autonome, en centre ou en unité médicalisée.

La supériorité de la transplantation rénale est confirmée depuis plus de 40 ans, elle réalise une suppléance continue et complète de la fonction rénale et présente des avantages majeurs, notamment une amélioration considérable de l'espérance et de la qualité de vie des patients greffés. Cela était à l'origine de sa popularité chez les patients dialysés dès leur début dans les années 1960, la possibilité de se libérer de l'astreinte liée aux séances de dialyse et des contraintes du régime, comme la restriction hydro-sodée, représente un tel bénéfice qu'elle justifiait pour beaucoup le risque encouru. La greffe rénale étant le traitement le plus efficace en termes de survie,

de qualité de vie et de coût pour les patients qui peuvent en bénéficier, elle est souvent vécue comme une seconde naissance. De nos jours bien qu'une personne soit greffée du rein, elle peut reprendre une vie presque normale, à savoir une activité sportive, une bonne insertion socioprofessionnelle et une meilleure fertilité, offrant de ce fait une nouvelle chance pour un nouvel avenir.

Cet article a pour objet de détailler les bénéfices de la transplantation rénale et son impact sur la vie des patients.

L'espérance de vie :

La transplantation rénale augmente l'espérance de vie des patients, qui avoisine celle de la population générale pendant les cinq premières années post-greffe ^[14].

Il a été établi aussi que la transplantation rénale réduit le risque de mortalité et de morbidité chez le patient de façon plus importante comparativement à la dialyse (figure 1) : entre 60 et 69 ans, pour 1.000 patients dialysés en 2013, 134 sont décédés dans l'année, contre 29 pour 1.000 patients du même âge, porteurs d'un greffon rénal fonctionnel ^[6-7], cela constitue un avantage majeur en faveur de la transplantation rénale.

Les progrès des vingt dernières années avec le développement de nouveaux traitements immunosuppresseurs ont permis d'améliorer les résultats des greffes rénales avec augmentation de la survie du greffé, tous patients confondus, elle est de 68 % à 10 ans, mais elle atteint 80 % chez les patients ayant reçu une greffe d'un donneur vivant (figure 2) ^[3]. Pour cette raison, la transplantation rénale est qualifiée comme étant un traitement de choix pour les insuffisants rénaux au stade terminal.

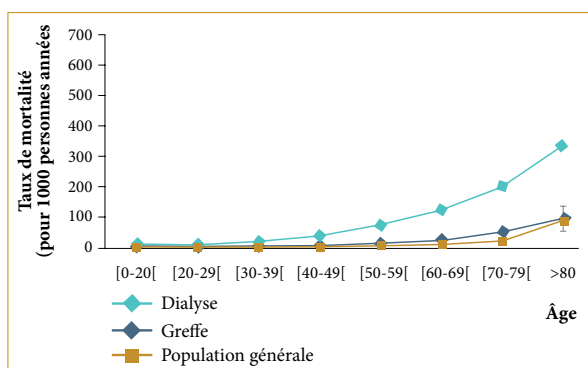


Figure 1 : Risque de mortalité des patients en dialyse et des patients greffés du rein ^[9].

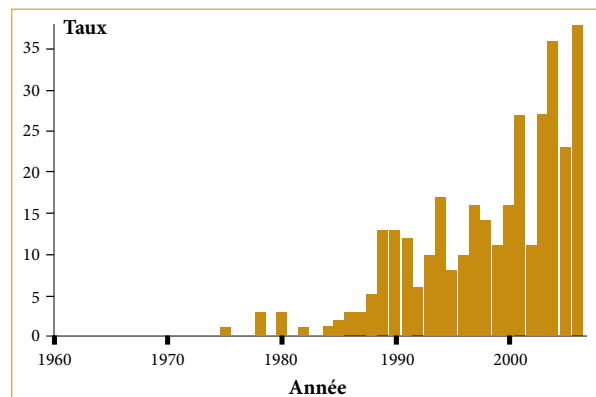


Figure 2 : Intérêt accru pour l'évaluation de la qualité de vie dans la littérature sur la transplantation rénale ^[3]

Par ailleurs, moins la période d'attente pour un rein est longue, meilleur est le pronostic pour les personnes ayant une insuffisance rénale terminale et que, dans tous les cas, la situation optimale pour les insuffisants rénaux est d'éviter complètement la dialyse en ayant, pour premier traitement, une greffe de rein, c'est ce qu'on appelle la greffe préemptive.

La qualité de vie :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité de vie ne se résume pas seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité mais également par la présence d'un bien-être physique, mental et social.

La qualité de vie est donc une évaluation subjective de la satisfaction de vie. Il s'agit d'un concept d'une dimension multifactorielle, comprenant à la fois les composantes liées aux ressources psychologiques propres du sujet et à la dimension environnementale. Dans la littérature actuelle, plus d'une centaine de composantes ont été étudiées pour définir la qualité de vie.

Les critères suivants sont habituellement analysés : le bien-être physique, la réintégration sociale, familiale et professionnelle, la santé mentale, l'adaptation à l'invalidité et aux problèmes financiers.

L'évaluation de la qualité de vie est réalisable au moyen d'indicateurs agrégés, construits à partir des réponses des malades à des auto-questionnaires standardisés et préalablement validés. Ces indicateurs permettent d'évaluer le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne, au-delà du seul point de vue des professionnels. Des questionnaires spécifiques destinés aux sujets bénéficiant d'une transplantation rénale ont été développés

pour mieux connaître et analyser le niveau de qualité de vie ainsi que la perception qu'ils ont de leur état de santé. Parmi ces questionnaires fréquemment utilisés on peut citer : HRQOL, KTQ, ESRD-SCL, ReTransQOL (Tableau 1) [1].

Du point de vue du patient, la greffe, comparée à la dialyse, présente d'énormes avantages ; 80 % des patients greffés se déclarent satisfaits de leur vie quotidienne : « Etre en vie ! Et oui, je suis toujours là avec ma famille et ça c'est un sacré cadeau » (tableau 2) [10]. D'abord, parce qu'elle prolonge l'espérance de vie et améliore la qualité de vie. De plus, contrairement au greffé, l'hémodialysé doit consacrer au moins 600 heures par année, et parfois plus, à ses séances de traitements.

Quavi-REIN 2011 (enquête transversale de qualité de vie) a porté sur 1.251 patients dialysés et 1.658 patients transplantés. Elle confirme que les scores de qualité de vie sont plus élevés chez les greffés que chez les dialysés et qu'ils se rapprochent de ceux de la population

générale. Elle montre de plus, après ajustement sur l'âge, le sexe et le nombre de comorbidités, que les dialysés inscrits sur liste d'attente ont une meilleure qualité de vie que les dialysés non-inscrits ; que les greffés pré-emptifs ont une meilleure qualité de vie que les malades greffés après avoir été dialysés [15] ; donc, lorsqu'elle est réalisable, la greffe rénale offre une meilleure qualité de vie, à âges et comorbidités associées comparables, du fait d'une augmentation des capacités physiques, de moindres limitations des activités et d'une amélioration des relations sociales, ceci se traduit par un retour à une activité professionnelle normale, à une scolarité normale pour les enfants et les jeunes, à une vie familiale normale, la possibilité d'avoir des enfants, celle d'avoir à nouveau une activité physique et sportive. Par ailleurs, des analyses ont démontré que la qualité de vie des patients transplantés rénaux jouait un rôle essentiel dans la réussite de la greffe.

Pour beaucoup de patients, la greffe, en comparaison avec la vie en dialyse, est vécue comme une « nouvelle naissance ».

Tableau 1 : Caractéristiques des questionnaires de qualité de vie spécifique aux patients transplantés rénaux [1]

	HRQOL	KTQ	ESRD-SCL	ReTransQol
Population ciblée	Dialysés et greffés	Greffés	Greffés	Greffés
Nombre de questions	40+EVA	25	43	45
Nombre de dimensions	8	5	6	5
Temps de passation (min)	15-20	NP	NP	NP
Dimensions				
<i>Physique</i>	• Index de Kamofsky	• Santé Physique	• Limitations des capacités	• Santé Physique
<i>Psychique</i>	• Campbell indexes of general affect	• Etat psychologique	• Limitations des capacités cognitives • Détresse psychologique liée à la transplantation	• Santé mentale
<i>Immunosuppression</i>		• Apparence	• Troubles des fonctions cardiaques et rénales • Effets secondaires des corticoïdes • Hyperplasie gingivale et hirsutisme	• Traitements
<i>Peurs</i>		• Peurs		• Peur de la perte du greffon
<i>Divers</i>	• Index of overall life satisfaction • Index du well-being • Spitzer subjective index • Spitzer objective QL-index	• Fatigue		• Qualité des soins
Calcul d'un score global	Non	Non	Non	Non
Nécessité d'un enquêteur	Oui	Oui	Oui	Non
Validé en français	Non	Non	Non	Oui

NP : Non Précise

Tableau 2 : Qualité de vie avant et après la transplantation rénale ^[10].

General Questions and Domains	WHOQOL-BREF** Median Score (SD)		
	Before Transplant	After Transplant	P-value t-Test
General QoL	8,57(2,01)	17,65(1,78)	< 0,001*
Physical domain	9,94(2,10)	17,41(1,78)	< 0,001*
Psychological domain	12,71(1,90)	17,70(1,66)	< 0,001*
Social Relation domain	12,70(2,95)	17,27(1,83)	< 0,001*
Environmental domain	11,98(2,14)	14,39(2,24)	< 0,001*

* p<0.05%; **WHOQOL- BREF =World Health Organization Quality of Life Bref

Plus de liberté alimentaire : manger sain et équilibré :

Les personnes transplantées n'ont pas de régime particulier à suivre, ce qui est généralement perçu comme très positif en termes de qualité de vie. En dehors des premières semaines qui suivent la greffe, où un régime (provisoire) pauvre, voire sans sel, est préconisé à cause des corticoïdes à fortes doses, le régime alimentaire après la greffe rénale est beaucoup moins strict par rapport à ce qu'ont vécu les patients en insuffisance rénale ou en dialyse.

Néanmoins, le principe universel selon lequel il convient de manger de façon saine et équilibrée pour préserver sa santé et éviter de prendre du poids vaut pour elles plus que pour quiconque. Il est important aussi de consommer davantage de fruits, de légumes et de poisson et de réduire sa consommation de viande et de sucre.

Il y a lieu également d'éviter les pamplemousse, dont l'acidité diminue l'action de la ciclosporine (immunosuppresseur), et boire beaucoup d'eau est également important. Par ailleurs, les personnes au système immunitaire affaibli, dont le greffé rénal, doivent de manière générale, veiller attentivement au respect des règles d'hygiène alimentaire.

La réhabilitation socioprofessionnelle :

La transplantation rénale permet aux patients une réintégration sociale et professionnelle ce qui contribue positivement à leur identité et à leur qualité de vie.

La reprise de scolarité pour les enfants qui ont bénéficié d'une transplantation rénale est un des plus beaux avantages, après tout ce temps passé à l'hôpital ou avec de longues périodes d'hospitalisation durant l'année scolaire, les enfants qui ont perdu le fil de leur scolarité peuvent, une fois greffés, retourner à l'école comme les

autres enfants de leur âge, se faire des amis et suivre des cours normalement.

De même pour les adultes, ils peuvent reprendre leur activité professionnelle suivant leur état de santé et la nature de leur métier. La majorité des transplantés décide de reprendre leur travail, souvent par désir d'être « comme les autres ».

Les résultats de l'enquête QuaviRein (2015) montrent un impact très important de la maladie rénale sur l'insertion sociale et professionnelle, très différent selon le traitement, greffe ou dialyse : si plus de 80% de la population générale entre 25 et 65 ans possède un emploi, le taux d'activité s'écroule pour les patients au stade de suppléance. Seuls 17,4% des patients dialysés qui n'ont pas, ou pas encore eu accès à la greffe ont un emploi ; 51% des patients qui ont été greffés après une période de dialyse sont en activité ; 58% des rares patients qui ont pu être greffés sans passer par la dialyse ont un travail ^[13].

La fréquence du retour au travail après la greffe rénale est très variable dans les études et selon les pays (20 à 80%) ^[13].

Ainsi, les facteurs prédictifs d'une réinsertion professionnelle après greffe sont : l'existence d'un emploi avant la greffe, un niveau d'éducation élevé et la nature du travail, par exemple, une secrétaire pourra certainement réintégrer son environnement professionnel plus facilement qu'un ouvrier de chantier devant effectuer des travaux lourds, pour cela une greffe rénale peut aussi être l'occasion d'envisager une reconversion professionnelle. Cependant, il est conseillé d'attendre six mois avant la reprise d'une activité professionnelle, le temps que le processus de cicatrisation soit achevé.

Pour le gouvernement, cela se traduit non seulement par des recettes fiscales supplémentaires, mais aussi par des prestations en moins à verser à des gens qui étaient jusque-là inaptes au travail, en raison de leur maladie.

Repartir en voyage :

Un des principaux bénéfices de la greffe est de rendre la liberté de se déplacer et de voyager. Lorsque les consultations post-greffe sont assez espacées, les greffés peuvent s'accorder du temps pour se déplacer et voyager, mais il est conseillé d'attendre 6 mois à 1 an après l'opération. Cependant, les vacances doivent être minutieusement planifiées et préparées, les transplantés rénaux doivent éviter de séjourner dans des pays qui ne peuvent pas garantir des soins de qualité en cas d'urgence. Il est en outre vivement déconseillé de se rendre dans des pays où les risques de contracter des infections sont élevés, ou dans des contrées très chaudes et ensoleillées.

L'idéal est d'opter pour une région au climat doux et tempéré. Par ailleurs, un programme de vaccination adéquat avant chaque voyage est à prévoir.

Activité sportive :

La reprise de l'activité physique et sportive est aussi un avantage de la transplantation rénale, cette activité est souvent encouragée par les médecins à cause de ses avantages dont le premier est thérapeutique : réhabituer le corps à l'effort, le second est psychologique « réconcilier la personne greffée avec son corps », en plus du bien-être que la pratique du sport offre au patient.

Cependant, cette reprise de l'activité physique doit se faire progressivement pour que la personne greffée apprenne à suivre son propre rythme et qu'elle comprenne les « signes » de son corps.

Les sports bénéfiques sont plutôt : la natation, le cyclisme, la marche, le golf, la course. Cependant, du fait de la localisation du rein, les sports pouvant entraîner des chocs et des traumatismes sur le greffon restent fortement déconseillés, c'est le cas des sports d'équipe, tels que le rugby ou le football et les sports de contact tels que le karaté et le judo.

La vie sexuelle et le désir d'enfants :

La transplantation rénale permet généralement une amélioration de la sexualité chez l'homme comme chez la femme.

Chez l'homme : La greffe rénale semble améliorer les paramètres spermatiques, les paramètres hormonaux et la vie sexuelle de ces patients. Les taux de FSH, LH et prolactine s'améliorent après la transplantation, les taux de testostérone s'élèvent mais restent cependant diminués par rapport à la population témoin [16].

Les paramètres spermatiques s'améliorent et une normalisation peut être observée à partir de 2 ans après la greffe.

Chez les femmes ayant bénéficié d'une greffe rénale, la restauration d'un cycle ovulatoire peut être observée dès 2 mois post greffe [18], mais un délai moyen de 7 mois est plutôt constaté [17,19]. Cependant, elles doivent éviter d'utiliser un stérilet ou des diaphragmes en raison des risques d'infections liés à ce type de contraception. Il arrive aussi fréquemment que la pilule soit à l'origine d'interactions avec les immunosuppresseurs, ce moyen de contraception devrait dès lors être évité lui aussi.

L'un des plus beaux avantages est celui de pouvoir avoir des enfants. Cela n'est pas sans risques, certes, mais c'est à nouveau possible. Une grossesse chez une femme transplantée rénale peut être menée à bien sous réserve d'une transplantation datant d'au moins un an, moment à partir duquel les doses d'immunosuppresseurs peuvent généralement être réduites et sous réserve aussi

d'absence de facteurs de risque (hypertension artérielle mal contrôlée, altération de la fonction rénale du greffon).

À ce jour, des milliers de grossesses ont été enregistrées chez des femmes ayant bénéficié d'une transplantation rénale ; ainsi de nombreux enfants en bonne santé sont nés d'un père ou d'une mère greffée rénale. Un certain nombre de précautions, telle l'adaptation de l'immunosuppression pour éviter tout risque de tératogénicité chez le fœtus, sont cependant nécessaires dans ce cas et tout désir de paternité ou de maternité doit être discuté avec l'équipe de transplantation.

Aspects socio-économiques :

Les études économiques ont démontré que le système de santé publique épargnerait des coûts annuels de 53.000 \$ par patient, et ce, pour la durée de vie du greffon.

En effet, la dialyse coûte au réseau de la santé environ 60.000 \$ par année par patient. Ce montant excède largement le coût de la transplantation rénale, qui est d'environ 23.000 \$. Après la greffe, la seule dépense pour le réseau de la santé se résume aux 6.000 \$ requis chaque année pour les médicaments antirejet.

Ainsi, pour chaque personne souffrant d'IRT qui reçoit un rein, le système de santé ferait des économies de 250.000 \$ sur une période de 5 ans.

En France par exemple, le coût moyen mensuel par modalité de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale a ainsi été évalué (figure 3) [4].

Le coût moyen variait de 1.128 € par mois pour un receveur de greffon à 7.253 € par mois pour un patient hémodialysé en centre [4].

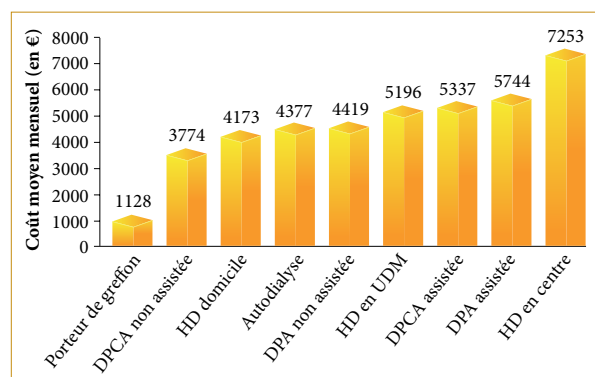


Figure 3 : Coût moyen mensuel par modalité de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale en France (haute autorité de santé 2014) [4]

De plus, le coût moyen d'une ITR est naturellement maximal le premier mois avant de diminuer significativement les mois suivants (figure 4) [4].

Une bonne politique de prise en charge des insuffisants rénaux ferait des économies substantielles à l'État.

En Algérie (année 2016) : Près de 23.900 patients en insuffisance rénale terminale sont traités par épuration rénale et greffe rénale, dont 91 % par hémodialyse, 3 % par dialyse péritonéale et seulement 6 % par greffe rénale.

Le coût annuel par patient en hémodialyse est évalué autour de 980.000 DA ; un million d'euros (110 millions de dinars algériens) ; permet de prendre en charge pour toute une année, 40 patients en hémodialyse, 120 patients en dialyse péritonéale (DP) et 240 patients en transplantation rénale. Le traitement par hémodialyse coûte ainsi 3 fois plus cher que la dialyse péritonéale et il est 5 fois plus cher que la greffe rénale.

Dans un contexte où les ressources financières du système de santé suffisent à peine à rendre l'ensemble des services requis par la population, la transplantation rénale offre une réduction appréciable des dépenses dont on ne saurait se passer.

De ce fait, le gouvernement aurait tout à gagner en favorisant, par tous les moyens à sa disposition, la greffe rénale, cette orientation ne saurait se concrétiser en l'absence d'un cadre réglementaire très strict et sans une attention constante et soutenue ; relativement aux questions éthiques que soulève la pratique de la transplantation d'organes.

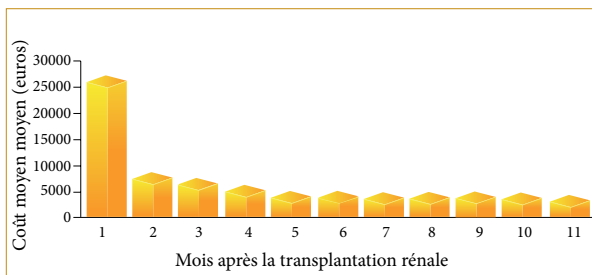


Figure 4 : Evolution du coût moyen de la première année de transplantation rénale en France (Haute Autorité de Santé, 2014) [4].

Transplantation rénale à partir d'un donneur vivant :

La transplantation rénale peut se faire avec un donneur cadavérique ou un donneur vivant, cette dernière offre plusieurs avantages comparée à la greffe avec un donneur cadavérique. Il s'agit de la seule façon d'accéder plus rapidement à la transplantation tout en étant sécuritaire pour la personne qui donne ainsi que pour

celle qui reçoit la transplantation. Lorsqu'une transplantation rénale est effectuée à partir d'un donneur vivant, les conditions optimales sont réunies, ainsi les taux de succès sont supérieurs à ceux obtenus avec un rein provenant d'un donneur décédé : meilleure fonction du rein greffé, moins de complications après la transplantation, moins d'épisodes de rejet, durée moyenne de fonctionnement du rein transplanté nettement supérieure (18 à 20 ans en moyenne alors qu'elle est d'environ 12 ans lors que le rein provient d'un donneur décédé).

L'accès plus rapide à la greffe, lorsqu'un donneur vivant est disponible, est avantageux non seulement parce qu'on peut ainsi réduire la période de temps en dialyse, mais surtout parce que la durée totale de dialyse a une influence marquée pour la personne qui reçoit

la greffe: lorsque la durée totale de temps en dialyse est réduite à moins de six mois, on observe des taux de rejet qui sont moindres, une « durée de vie » du rein transplanté plus longue, moins de complications cardio-vasculaires dans les années qui suivent la transplantation et ainsi une espérance de vie plus longue pour la personne qui reçoit la transplantation (figure 5) [9].

La greffe à partir de donneur vivant est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale « terminale », lorsqu'elle est possible. Elle ne présente que des avantages pour le receveur, elle permet de maîtriser le délai d'accès à la transplantation, elle peut être organisée et réalisée avant que le receveur ait dû débiter la dialyse si le donneur s'est manifesté tôt (transplantation dite « préemptive »). Dans tous les cas, l'intervention d'un donneur vivant permet de programmer la greffe en tenant compte des contraintes et disponibilités de toutes les personnes concernées (donneur, receveur, équipe de greffe), contrairement aux transplantations à partir de donneurs décédés qui ne peuvent être réalisées qu'en urgence.

Par ailleurs, les conditions du prélèvement sont très bonnes et le délai entre le prélèvement et la greffe est réduit au maximum, ce qui favorise la récupération rapide d'une fonction rénale de bonne qualité. Enfin, si le donneur est un frère ou une sœur totalement compatible, ce qui arrive une fois sur quatre au sein d'une fratrie, le besoin en traitement immunosuppresseur est plus faible et les résultats à long terme meilleurs. Aujourd'hui, environ 3/4 des greffons prélevés chez des donneurs vivants sont encore fonctionnels au bout de 10 ans.

Points forts :
 Du point de vue financier, tous les arguments sont en faveur du développement de l'activité de la transplantation rénale, l'hémodialyse en centre coûte, en Algérie, 3 fois plus cher que la dialyse péritonéale et 5 fois plus cher que la transplantation rénale. 300 millions d'Euros ont été affectés pour la seule hémodialyse en 2013.

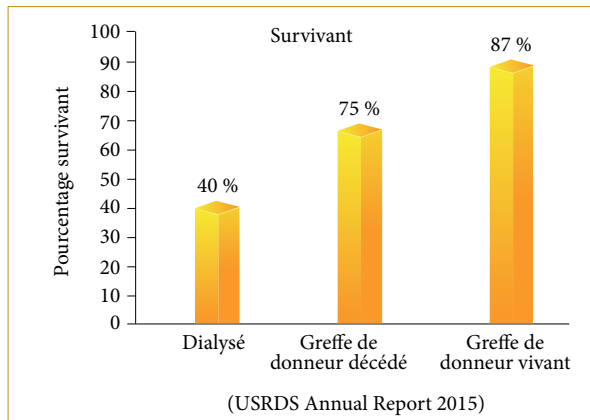


Figure 5 : L'espérance de vie dans la transplantation à partir d'un donneur vivant et d'un donneur cadavérique [9]

Le bénéfice d'une greffe préemptive

Il faut faire la distinction entre la transplantation après dialyse et la transplantation préemptive, cette dernière étant le mode de traitement initial de l'IRT, c'est-à-dire avant même que le patient n'entreprenne des séances d'hémodialyse. La transplantation préemptive est encore plus avantageuse pour le patient parce qu'en lui évitant la dialyse, elle lui permet de conserver une meilleure santé, et ce, pour plus longtemps.

Les greffes rénales préemptives sont souvent faites à partir de donneur vivant. La survie du greffon de patients ayant pu bénéficier d'une greffe préemptive est significativement meilleure que celle des greffes réalisées après une période de dialyse [8].

Dix ans après la greffe, la survie des greffons prélevés sur donneurs vivants est de 77,8 % contre 61,9 % pour les greffons à partir de donneurs décédés [7]. En plus, la durée de la dialyse impacte négativement la survie du greffon (figure 6) [12], le paramètre absence ou durée de la dialyse avant la greffe est souvent cité parmi les facteurs déterminant la survie du greffon [2], ce paramètre a été spécifiquement étudié chez des receveurs d'une transplantation à partir d'un donneur vivant (Mange et coll., 2001) pour lesquels le risque de perte du greffon, dans le cas de la transplantation préemptive à partir d'un donneur vivant, est réduit de 52 % dans la première année post greffe, puis de 82 à 86 % dans les années suivantes. De plus, les études ont montré que le risque de rejet aigu augmenterait de façon linéaire avec la durée de la dialyse.

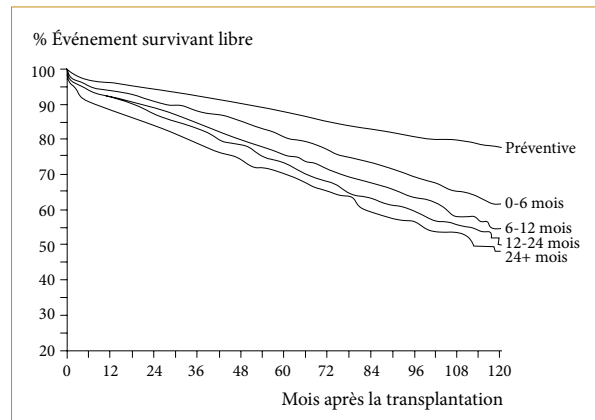


Figure 6 : La survie du greffon en fonction de la durée de dialyse [12].

Conclusion :

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique reste malgré les efforts entrepris pour la prévenir en constante augmentation, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'incidence du diabète et du contrôle des facteurs de risque de mortalité cardiovasculaire. Le traitement de choix, recommandé, est la transplantation rénale dont les résultats sont toujours plus satisfaisants et qui, comparée à la dialyse, augmente l'espérance de vie, améliore la qualité de vie et à un coût moindre pour l'économie de la santé. La pénurie d'organe représente actuellement le principal problème, en effet, la disponibilité d'organe ne couvre même pas le tiers de la demande globale. Il est nécessaire de trouver une solution à cette pénurie, cela peut passer par le développement de la transplantation rénale à partir du donneur cadavérique (des prélèvements à cœur arrêté et après mort encéphalique) mais surtout par la promotion des transplantations à donneur vivant qui donnent à ce jour les meilleurs résultats.

Date de soumission :

19 Février 2019.

Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références :

1. EPIGREN : une cohorte pharmaco-clinique en transplantation rénale – Objectifs, méthodes, caractéristiques des patients greffés rénaux et de leur qualité de vie Dorothee Fruit 2014

2. La transplantation rénale préemptive est associée à une meilleure survie des greffons et des patients : données du registre CRISTAL.M. *Reydit* : 2015
3. Quality of life assessment in renal transplant: Review and future directions. Butt Z, *Clin Transplant* 2008; 22: 292-303.
4. Insuffisance rénale chronique et transplantation rénale : R. Thuret. 2016
5. Lessan-Pezeshki M, Ghazizadeh S. Sexual and reproductive function in end stage renal disease and effect of kidney transplantation. *Asian J Androl* 2008;10(3):441-6.
6. M Tonelli, N Wiebe, G Knoll, A Bello, S Browne, D Jadhav, S Klarrenbach, and J Gill. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *American Journal of Transplantation*, 11(10) :2093-2109, 2011.
7. Réseau épidémiologie et information en Néphrologie. Rapport annuel Rein 2014. Agence de biomédecine du ministère de la santé de France
8. Mange KC, Joffe MM, Feldmen HI. Effects of the use or nonuse of long-term dialysis on the subsequent survival of renal transplants from living donors. *N Engl J Med* 2001;344:726-31
9. Adjusting life after kidney transplant. Rupj Sodhi. *American kidney Fund* 2016
10. Changes in quality of life after kidney transplantation and related factors: *Act a paul Enferm* 2014 ;27(3) :287-92
11. Xu L-G, Xu H-M, Zhu X-F, Jin L-M, Xu B, Wu Y, et al. Examination of the semen quality of patients with uremia and renal transplant recipients in comparison with a control group. *Andrologia* 2009;41(4):235-40
12. Sinha R, Marks SD, Comparison of parameters of chronic kidney disease following pediatric preemptive versus non-preemptive renal transplantation. *Pediatric transplant* 2010;14:585-588
13. Les états généraux du rein : 2 ans après. Société francophone de Néphrologie : 2015
14. Bouaoun L, Villar E, Ecochard R, Couchoud C. Excess risk of death increases with time from first dialysis for patients on the waiting list: implications for renal allograft allocation policy. *Néphron Clin Pract.* 2013;124(1-2):99-105.
15. Vivre avec la dialyse ou la greffe rénale - Enquête Quavi-REIN, 2011. *BEH* 37-38 :2014
16. Tauchmanova L, Carrano R, Sabbatini M, De Rosa M, Orio F, Palomba S, et al. Hypothalamic-pituitary-gonadal axis function after successful kidney transplantation in men and women. *Hum Reprod Oxf Engl* 2004;19(4):867-73.
17. Douglas NC, Shah M, Shah M, Sauer MV. Fertility and reproductive disorders in female solid organ transplant recipients. *Semin Perinatol* 2007;31(6):332-8
18. Pietrzak B, Wielgos M, Kaminski P, Jabiry-Zieniewicz Z, Bobrowska K. Menstrual cycle and sex hormone profile in kidney-transplanted women. *Neuro Endocrinol Lett* 2006;27(1-2):198-202.
19. Kim J-H, Chun C-J, Kang C-M, Kwak J-Y. Kidney transplantation and menstrual changes. *Transplant Proc* 1998;30(7):3057-9.

Prochain dossier

Santé Mentale

Avril 2019