

Dans le cadre du cycle de conférences organisées par l'AGRUS

Avancées et perspectives d'avenir en matière de greffes rénales.

Jeudi 12 octobre 2023 – 19h

Accueil à partir de 18h30

Amphithéâtre Central Roger SARRAZIN

Campus Santé – La Tronche

En présentiel

Cette conférence est donnée par

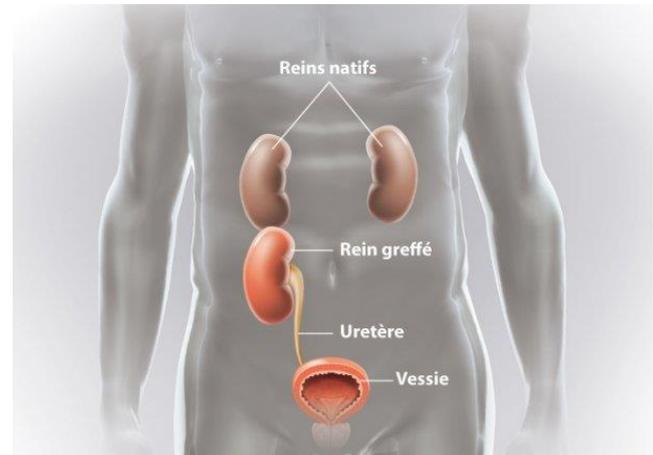
Lionel ROSTAING

Chef de la clinique de néphrologie, hémodialyse,
aphérèse, transplantation rénale au CHUGA
UGA CHUGA

Avec la participation de **Raymond MERLE**

Directeur du Département Universitaire des
Patients Grenoble Alpes (DUPGA)

Modérateur **Pierre Simon JOUK**



Les greffes rénales: Avancées et perspectives d'avenir. Insuffisance terminale d'organe : allogreffe même chez des patients ingreffables ? Pour quand la xénotransplantation ?

L'insuffisance terminale d'organe conduit au décès du patient en l'absence de traitement de suppléance. Ce dernier repose souvent sur l'allogreffe des organes devenus non fonctionnels. Néanmoins une pénurie d'organes du fait de la diminution du nombre de patients décédés et pouvant donner existe. Une solution à moyen terme sera peut-être la xénotransplantation.

La 1^{ère} greffe rénale à partir de donneur décédé a eu lieu en 1933 (Dr Voronoï à Moscou). La 2^{cde} a été réalisée en 1951 à Chicago par l'équipe de Lawler. Toutes 2 ont eu une durée courte. En décembre 1952 Kuss et son équipe réalisent à Paris la 1^{ère} greffe rénale avec donneur vivant (mère à fils) : le rein dura 3 semaines. En 1954 à Boston Merrill et son équipe réalisent avec succès la 1^{ère} greffe rénale entre jumeaux monozygotes. Les années 60 verront les 1^{ères} greffes hépatiques, cardiaques, pulmonaires et pancréatiques Il faudra attendre le début des années 80 pour voir croître le nombre de ces greffes grâce à l'arrivée d'un puissant immunosuppresseur la ciclosporine puis, début des années 90, du tacrolimus, 10 fois plus puissant. Néanmoins il n'y a pas de tolérance immunologique, rendant nécessaire un traitement immunosuppresseur à vie. Ce dernier peut avoir à long terme des conséquences néfastes telles que l'émergence de cancers viro-induits.

En 2023 nous ne disposons toujours pas de biomarqueurs qui permettraient d'adapter de façon individuelle le traitement immunosuppresseur. Ainsi, pour toutes les greffes d'organe solide la première cause de perte du greffon est le rejet humoral chronique médié par des anticorps. Malgré tout, les résultats à long terme des greffes d'organes sont bons.

L'accès à la greffe peut être compliqué par l'existence pré-greffe d'anticorps dirigés contre le système HLA. Cela est particulièrement fréquent chez les candidats à une greffe rénale soit parce qu'ils ont été exposés à des transfusions de sang? soit du fait d'une greffe antérieure. Certains sont *ingreffables* car immunisés contre (presque) tous les antigènes HLA qui ne sont pas du soi.

En France près de 21000 personnes sont en attente d'une greffe rénale ; parmi ceux-ci environ 3500 seront greffés sur une année, dans la majorité des cas avec un donneur décédé. Il est donc essentiel de promouvoir la greffe avec donneur vivant et de réduire le taux d'opposition des familles dans le cadre du donneur décédé.

Pour les patients *ingreffables* nous avons mis en place au CHUGA un programme de désimmunisation pré-greffe qui permet à certains de ces patients d'être greffés.

Finalement, devant l'inadéquation offre/demande en greffe d'organes la xénotransplantation sera peut-être une solution à moyen terme.

Lionel ROSTAING