

A. Fosse^{1,*}, G. Muller¹, G. Karam¹, F. Madec¹, Q. Le-clerc¹, E. Robine¹, J. Branchereau¹, M. Giral², P. Glémain¹

¹ CHU de Nantes, urologie, Nantes, France

² CHU de Nantes, néphrologie, Nantes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arthur.fosse@hotmail.fr (A. Fosse)

Objectifs L'actuelle pénurie de greffons pousse la population médicale à proposer des donneurs limites. Ces transplants ont une survie inférieure à celle des transplants issus d'une population dite « normale », mais supérieure à celle des patients dialysés. Le but de cette étude était d'évaluer la survie des greffons issus de donneurs en mort encéphalique ayant une fonction rénale très altérée avec ou sans anurie pré prélèvement.

Méthodes Tous les dossiers des patients transplantés rénaux de janvier 2010 à septembre 2015 ont été revus de façon rétrospective et monocentrique. Nous avons sélectionnés les patients ayant reçu un transplant rénal, en mono-transplantation exclusivement, issu d'un donneur en état de mort encéphalique présentant un DFG inférieur à 45 mL/min/m². Nous avons analysé la survie des transplants à 12 mois, la reprise de la fonction des transplants et le DFG à 12 mois. Les résultats sont exprimés en moyenne, avec écart-type. Le DFG est calculé selon l'équation « Modification of diet in renal disease » (MDRD) et exprimé en mL/min/m².

Résultats Soixante-dix-neuf patients (7,9 %) répondant aux critères ont été transplantés durant cette période. L'âge moyen des donneurs était de 53,6 ± 7,23 ans, le DFG au prélèvement était de 34,1 ± 7,71 mL/min, 38 des donneurs, soit 48 % étaient anuriques. L'ischémie froide était de 17,5 ± 5,39 heures. L'âge moyen des receveurs était de 53,1 ± 3,86 ans. Il s'agissait d'une première greffe dans 73,7 % des cas. La reprise de fonction a eu lieu dans les 6,9 ± 7,46 jours après transplantation. Il y a eu 2 non-fonction primaire soit 2,5 % des cas. Soixante-quatre patients (81 %) avaient un greffon fonctionnel à 12 mois. Le DFG moyen à 12 mois était de 45 ± 18,6 mL/min et 52 patients (65,8 %) avaient un DFG supérieur à 30 mL/min.

Conclusion La survie des transplants issus d'un donneur présentant un DFG altéré était de 81 % après 12 mois de suivi, et ce en dépit de 48 % des donneurs en anurie. D'après ces résultats nous maintiendront donc l'utilisation de transplants avec altération sévère de la clairance, pour la réalisation de monogreffes rénales.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.085>

CO 78

Transplantation rénale issue de donneurs décédés d'arrêt cardiaque de la catégorie III de Maastricht. Résultats après un an d'expérience

S. Drouin*, M. Raux, J. Turret, G. Lebreton, G. Coffin, J. Cohen, N. Arzouk, S. Ourahma, J. Parra, B. Riou, P. Leprince, B. Barrou

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drouin.sarah@gmail.com (S. Drouin)

Objectifs L'extension du programme de don d'organes après arrêt circulatoire aux donneurs de la catégorie III de Maastricht (décédés dans le cadre d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques [LATA]) a débuté en France en 2015. Sept prélèvements chez des donneurs Maastricht III ont été réalisés dans notre centre aboutissant à sept transplantations rénales.

Méthodes Nous avons collecté prospectivement les données des patients transplantés avec des greffons issus de donneurs de la catégorie III de Maastricht. La LATA a été réalisée en réanimation, la circulation régionale normothermique (CRN) mise en place par une

équipe spécialisée sans désilet préalable et le patient transféré par ambulance secondairement au bloc opératoire. L'âge moyen des donneurs était de 45 ± 11 ans, 5 étaient des hommes (71 %) et la créatininémie moyenne avant la LATA était de 52 ± 23 μmol/L.

Résultats La durée entre début de la LATA et arrêt circulatoire était de 17 ± 5 min, celle d'ischémie chaude fonctionnelle (PAM 45 mmHg) de 19 ± 2 min, celle entre pose de CRN et clampage de 135 ± 20 min. L'âge des receveurs était de 45 ± 8 ans, la durée d'hémodialyse de 36 ± 24 mois et la durée d'attente sur liste de 32 ± 22 mois. Le taux de greffons incompatibles était de 23 % ± 22. L'ischémie froide a été de 9,6 ± 3 h. Après transplantation, aucun patient n'a présenté de reprise retardée de fonction. Un patient a nécessité une séance d'hémodialyse en postopératoire immédiat pour hyperkaliémie. Les créatininémies moyennes étaient de 126, 124, 137 et 133 mol/L à j8, M1, M3 et M6 respectivement.

Conclusion Le prélèvement de reins chez des donneurs Maastricht III apparaît être une procédure sûre et réalisable par des équipes entraînées, plus facile à mettre en œuvre que la procédure en cas de Maastricht II. La transplantation rénale donne à court terme des résultats très satisfaisants comme retrouvé dans la littérature. Une cohorte et un recul plus importants sont toutefois nécessaires.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.086>

CO 79

La bi-transplantation rénale (BTR) pourrait être une technique compétitive de la mono-transplantation rénale (MTR) pour les receveurs de plus de 65 ans de greffons issus de donneurs à critères élargis (DCE)

L. Mendel¹, T. Yandza¹, L. Albano², J. Jourdan¹, X. Carpentier¹, H. Quintens¹, B. Tibi¹, M. Durand^{1,*}, J. Amiel¹, D. Chevallier¹

¹ Service d'urologie, d'andrologie et de transplantation, hôpital Pasteur 2, CHU de Nice, université Nice-Sophia-Antipolis, Nice, France

² Service de néphrologie, hôpital Pasteur 2, CHU de Nice, université Nice-Sophia-Antipolis, Nice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : durand.m@chu-nice.fr (M. Durand)

Objectifs La BTR est une technique permettant de greffer des reins limites chez des patients âgés avec des délais d'attente inférieurs à la MTR. La complexité de sa réalisation et ses résultats discordants font controverse. Nous avons voulu évaluer sa sécurité et son efficacité en la comparant au standard de la MTR.

Méthodes L'ensemble des transplantations rénales consécutives de greffons de DCE réalisées dans un seul centre de référence, entre février 2006 et juin 2014, a été analysé rétrospectivement. Les BTR répondant aux critères BIGRE et les MTR des receveurs ≥ 65 ans étaient incluses et comparées. Les données démographiques, per- et périopératoires, les délais d'attente des receveurs sur liste et les résultats fonctionnels étaient recueillis pour analyse. Le critère d'étude principal était le taux de reprises chirurgicales précoces (≤ 1 mois). Pour la comparaison des variables quantitatives et qualitatives, les tests-t de Student, Mann-Whitney et Chi² ont été utilisés (risque alpha à 5 %)

Résultats Trente-neuf BTR et 155 MTR ont été incluses avec un suivi médian de 36 et 26,5 mois, respectivement (p=0,12). L'âge moyen des receveurs était comparable (70,8 ± 4,4 ans et 70,4 ± 3,9 ; p=0,27). Le délai d'attente médian avant BTR était plus court (2,79 mois vs 5,95 ; p=0,01) (Tableau 1). Les reprises chirurgicales précoces n'étaient pas significativement plus fréquentes après BTR (23,1 % vs 15,5 % ; p=0,26) mais plus de



thromboses veineuses et culots globulaires transfusés (12,8 % vs 3,2 % ; $p=0,02$ et $0,77 \pm 0,99$ vs $0,40 \pm 0,88$; $p=0,01$) étaient rapportés (Tableau 1). Le débit de filtration glomérulaire (DFG) à 24 mois était significativement plus élevé après BTR ($45,0 \pm 16,3$ vs $39,8 \pm 13,8$ mL/min/1,73 m² ; $p=0,04$) (Tableau 2) avec des survies de greffons comparables jusqu'à 48 mois (Fig. 1).

Conclusion La BTR apporte des résultats comparables à la MTR pour les receveurs ≥ 65 ans, et permet de réduire le délai d'attente sans plus de risque de reprise chirurgicale précoce dans notre cohorte, excepté pour les thromboses veineuses, plus fréquentes après BTR. Les survies de greffons étaient équivalentes et les DFG supérieurs. Nos résultats doivent être confirmés par une étude prospective.

Tableau 1 Délais d'attente, durée d'intervention, données périopératoires et complications chirurgicales d'intérêts.

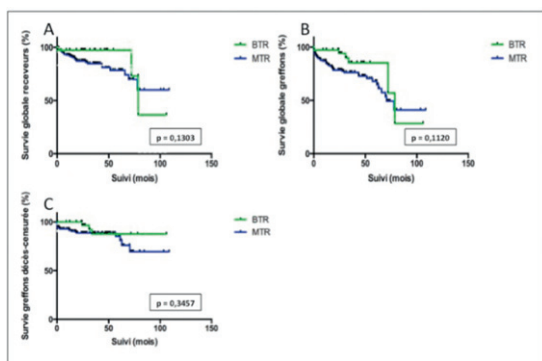
		BTR (n=88)	MTR (n=88)	p
Délai d'attente médian (mois)	0-1	2,79	5,39	0,0022
	1-2	108 (122)	109 (122)	
	2-3	108 (122)	109 (122)	
Temps d'ischémie (min)	Isolée	81	81	0,8171
	Receveur	82	82	0,8053
Totaux	81	82	0,8163	
Score d'urgence (score de 0 à 5)	0-1	40 (45)	40 (45)	0,9209
	2-5	48 (55)	48 (55)	0,8085
Rejets hyperaigus (n=1)	0	10	10	0,7162
	1	0	0	
Complications chirurgicales	Uréterotomie	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
	Plaques ou restes de sutures	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
	Mécanisme cardiaque	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
	Hémorragies	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
	Thromboses veineuses	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,0258
	Hématomes	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
	CRP post op (mg/dL)	0,77 ± 0,89	0,46 ± 0,68	0,0023
	CRP post op (mg/dL)	2,01 ± 2,50	1,35 ± 1,34	0,004
	Reprises pour hémorragie	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
	Lymphoedème drainé	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154
Abcs drainés	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154	
Exérèses	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154	
Transplantation postop (1 mois)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154	
Reprises (1 mois)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,9154	
Totaux	10 (11,4%)	10 (11,4%)	0,9154	
Taux moyen de culots globulaires transfusés en pré-opératoire et post-opératoire et un taux de thromboses veineuses de greffon plus élevé par rapport au BTR, de façon statistiquement significative.				

Tableau 2 Fonction rénale post-transplantation.
 R1: 1^{er} rein greffé, R2: 2^{ème} rein greffé, DS: Déviation standard. Le taux de reprises chirurgicales précoces après BTR n'est pas significativement différent de celui après MTR. Les BTR présentent des délais d'attente plus longs plus courts, des temps d'ischémie froide plus longs pour le 2^{ème} rein greffé, des durées d'intervention plus longues, un plus grand nombre de culots globulaires transfusés en pré-opératoire et post-opératoire et un taux de thromboses veineuses de greffon plus élevé par rapport au BTR, de façon statistiquement significative.

Tableau 2 Fonction rénale post-transplantation.

		BTR (n=88)	MTR (n=88)	p
Reprise retardée de fonction rénale (%)	0-1	32,8%	4,3%	0,0143
	1-2	147,2 ± 64,1	202,1 ± 105,9	0,0001
	M3	152,7 ± 97,5	178,2 ± 73,7	0,0001
	M6	139,2 ± 64,8	176,9 ± 79,52	0,0004
DFG moyen (mL/min/1,73m ²)	M12	149,9 ± 102,7	170,4 ± 109,8	0,0022
	M24	156,5 ± 124,7	157,9 ± 65,42	0,0006
	M3	44,0 ± 16,7	33,3 ± 16,2	0,0002
	M6	46,9 ± 19,4	36,9 ± 13,4	0,0012
Créatininémie (mg/dL)	M6	46,9 ± 17,6	38,1 ± 15,1	0,0059
	M12	46,7 ± 19,2	40,0 ± 15,6	0,0413
	M24	45,0 ± 16,3	39,8 ± 13,8	0,0387
	M3	46,9 ± 17,6	38,1 ± 15,1	0,0059

Tableau 2. Fonction rénale post-transplantation.
 DFG: débit de filtration glomérulaire. La créatininémie et le DFG sont significativement meilleurs dans le groupe BTR comparé au groupe MTR à 1, 3, 6, 12 et 24 mois.



Survies des receveurs et des greffons.
 Courbes de Kaplan-Meier représentant dans les groupes B: Transplantation Rénale (BTR) et Mono-Transplantation Rénale (MTR) la survie globale des receveurs (A), la survie globale des greffons (B) et la survie des greffons décés-censurés (C)

Fig. 1

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.087>

CO 80 L'emploi de la solution de préservation SCOT 15® pourrait réduire l'incidence des rejets aigus en transplantation rénale



S. Drouin*, J. Tourret, N. Arzouk, J. Cohen, G. Coffin, J. Parra, B. Barrou

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drouin.sarah@gmail.com (S. Drouin)

Objectifs La solution de préservation SCOT 15® a été développée sur le concept d'immunomasquage. Il a été montré qu'elle pouvait prolonger la survie d'une allogreffe dans des modèles animaux. Le but de l'étude est le calcul de la survie sans rejet des greffons rénaux à 6 mois après préservation avec SCOT 15®.

Méthodes Nous avons réalisé une analyse rétrospective monocentrique de 445 greffes rénales entre 2009 et 2014 (12 % de donneurs vivants, 71 % DDME, 17 % de DDAC). Les reins ont été préservés de manière statique (59 %) ou sur Lifeport® (41 %). Nous avons analysé les différentes solutions de préservation et de rinçage utilisées pour chaque greffon. Les rejets (humoraux ou cellulaires) ont tous été prouvés par biopsies et les biopsies réalisées pour cause.

Résultats Cinq groupes ont été constitués : non S : greffons jamais perfusés avec SCOT 15® (n=36) ; S : greffons perfusés d'emblée avec SCOT 15® + préservation statique (n=155) ; SKS : greffons perfusés d'emblée avec SCOT 15® + préservation sur machine puis rinçage avec SCOT 15® (n=133) ; AS : greffons perfusés d'emblée avec une autre solution que SCOT 15® + préservation statique (n=73) ; AKS : greffons perfusés d'emblée avec une autre solution que SCOT 15® + préservés sur machine, puis rincés avec SCOT 15® (n=50) ; Les 4 derniers groupes sont réunis en groupe S (greffons rincés avec SCOT 15® avant implantation, quelles que soient les solutions antérieures utilisées.). La survie des greffons sans rejet à 6 mois a été significativement meilleure dans le groupe S que dans le groupe Non S (p=0,03) (Fig. 1).

Conclusion Cette étude suggère que les propriétés d'immunomasquage de la solution SCOT 15® pourraient jouer un rôle protecteur après allogreffe rénale chez l'homme. Ces résultats doivent être confirmés sur des séries plus grandes et multicentriques.

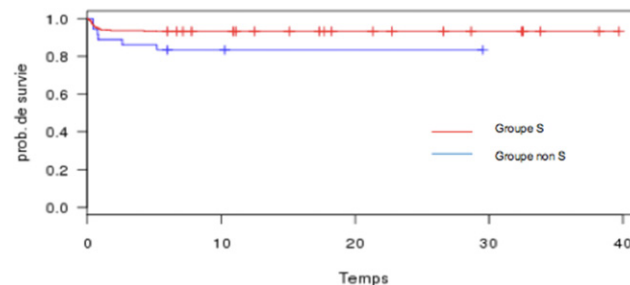


Fig. 1

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.088>