

Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation Synthèse des recommandations professionnelles

Novembre 2007



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

OBJECTIF

Assurer une qualité optimale du suivi et de la prise en charge de l'adulte transplanté rénal dans le cadre du suivi partagé entre l'équipe de transplantation et le médecin et les autres professionnels de la santé correspondants amenés à suivre le patient au-delà du troisième mois après la transplantation rénale.

Définir dans ce but :

- l'organisation du suivi partagé en termes de consultations, d'éléments et d'outils de suivi
- les modalités de suivi

I. - ORGANISATION DU SUIVI PARTAGÉ D'UN PATIENT TRANSPLANTÉ RÉNAL

Le projet thérapeutique individuel est à partager par l'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans le suivi du patient. Le centre de transplantation a la responsabilité de l'organisation du suivi partagé. Il identifie en son sein pour chaque patient le médecin référent auquel les professionnels en charge du suivi ambulatoire pourront s'adresser. Il assume l'évaluation des activités de transplantation, en relation avec l'Agence de la biomédecine.

Au début du suivi partagé, il est recommandé que le centre de transplantation transmette au médecin correspondant (néphrologue, médecin traitant, etc.) les éléments suivants :

- les antécédents du patient, en particulier néphrologiques

- les caractéristiques de la transplantation
- les données du suivi des trois premiers mois
- les éléments cliniques et biologiques post-transplantation du patient au moment du début du suivi partagé
- les modalités de suivi du patient, les traitements en cours et, avant tout, le type et les modalités d'immunosuppression
- les coordonnées des personnes à contacter dans le centre de transplantation

Ultérieurement, le suivi partagé nécessite un échange des informations (cahier de suivi ou tout autre support) entre les différents intervenants, dont les modalités sont définies par le centre de transplantation.

(*) Nous remercions la Haute Autorité de Santé de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Il est également consultable sur le site www.has-sante.fr rubrique *Outils, Guides & Méthodes*.

II. - CIRCONSTANCES JUSTIFIANT UN CONTACT AVEC LE CENTRE DE TRANSPLANTATION OU UN RECOURS À CELUI-CI

Il est recommandé au médecin correspondant de prendre contact avec le médecin référent du centre de transplantation, voire d'adresser le patient à ce centre, dans les circonstances ci-dessous.

Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre non expliquée par une pathologie infectieuse banale ou non rapidement résolutive (48-72 h) • Tension ou douleur du transplant • Hématurie macroscopique • Oligurie, anurie
Signes biologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Élévation de la créatininémie $\geq 20\%$ par rapport à sa valeur la plus basse après transplantation • Anémie, leucopénie ou thrombopénie significatives • Augmentation significative de la protéinurie
Changements thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> • Événement justifiant une modification majeure du traitement immuno- suppresseur (vomissements empêchant la prise, suspicion d'événement indésirable grave...) • Reprise d'un traitement par épuration extrarénale ou proposition de réinscription en liste d'attente • Inclusion du patient dans un essai thérapeutique
Autres circonstances	<ul style="list-style-type: none"> • Patient non observant (traitement, consultations) • Indication d'une ponction-biopsie rénale • Hospitalisation quelle qu'en soit la cause • Projet de grossesse ou grossesse • Diabète • Toute pathologie sévère, notamment cancéreuse • Décès du patient

II. - CALENDRIER DE SUIVI

La répartition de ces consultations est à définir entre le centre de transplantation et le(s) médecin(s) correspondant(s) qui assure(nt) le suivi partagé.

Une consultation annuelle au minimum doit avoir lieu systématiquement dans le centre de transplantation.

Suivi	4 à 6 mois	7 à 12 mois	Au-delà de 1 an
Examen clinique / Anamnèse	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
Ionogramme sanguin : Na, K, Cl, HCO ₃ ⁻ , protides	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
Bilan hépatique : ALAT, ASAT, gamma-GT	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
Surveillance de la fonction rénale et du transplant			
- Créatinémie et estimation du débit de filtration glomérulaire	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
- Protéinurie des 24 heures ou rapport protéinurie/créatininurie	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
- Bandelette urinaire, et ECBU si bandelette positive	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
- Ponction-biopsie rénale	En cas d'altération inexpliquée de la fonction rénale, ou d'apparition ou d'aggravation d'une protéinurie		
Suivi immunologique	1 x / an et en cas de rejet, de diminution de l'immunosuppression ou d'événement immunisant		
- Recherche d'anticorps anti-HLA (classes I et II)			
Surveillance des immunosuppresseurs			
- Effets indésirables des immunosuppresseurs	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
- Suivi pharmacologique :			
- Immunosuppresseurs à index thérapeutique étroit (ciclosporine, tacrolimus, sirolimus, évérolimus) : concentration sanguine	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
- Pour tout immunosuppresseur : concentration sanguine ou plasmatique	En cas d'adaptation posologique ou de risque d'interaction médicamenteuse		
- Observance thérapeutique	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois

Suivi	4 à 6 mois	7 à 12 mois	Au-delà de 1 an
Prévention du risque cardio-vasculaire			
– Pression artérielle	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
– Anomalies glucidiques : glycémie (à jeun)	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
– Anomalies lipidiques : bilan lipidique		Tous les 6 mois	
– Obésité : indice de masse corporelle (IMC)	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
– Suivi cardiologique (ECG, échocardiographie)		1 x / an	
– <i>Homocystéinémie</i>		<i>Dosage non recommandé</i>	
– Fistule artério-veineuse : surveillance de la fonction ventriculaire par échocardiographie	1 x / an en cas de fistule artério-veineuse à débit élevé		
Suivi de la polyglobulie ou de l'anémie			
– Hémogramme	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
Autres suivis biologiques			
– Uricémie		1 x / an	
– Magnésémie	En cas de symptômes cliniques ou biologiques évocateurs		
Suivi carcinologique			
– Lymphomes :			
• Chez les patients à risque : signes cliniques	Au moins 1 x / 3 mois		1 x / an
• Chez les patients EBV séronégatifs receveurs d'un transplant EBV séropositif : réplication virale par PCR	Au moins 1 x / 3 mois ou en cas de signes cliniques		En cas de signes cliniques
– Cancers cutanés : examen cutanéomuqueux complet :			
- Chez tous les patients	Avant la transplantation, sinon dans les 6 mois après		1 x / an
• En cas d'antécédent de carcinome spinocellulaire ou de kératoacanthome		1 x / 3 mois	
• En présence d'autres lésions pré-malignes ou malignes		1 x / 3 à 6 mois	
• Biopsie de lésion verruqueuse cutanée ou muqueuse	En cas de lésion à caractère inflammatoire		
– Cancers urologiques :			
• Tumeur rénale ou urothéliale : échographie du haut et bas appareil urinaire, tomodensitométrie, cystoscopie si examens précédents négatifs	En cas d'hématurie macroscopique isolée		
• Tumeur rénale : échographie des reins natifs		1 x / an	
– Cancers des autres organes solides (prostate, côlon, seins, col de l'utérus)	Mêmes règles que pour la population générale		
Suivi osseux			
– Ostéopénie et ostéoporose :			
• Mesure de la taille		1 x / an	
• Interrogatoire : recherche des facteurs de risque de fracture		1 x / an	
• Calcémie et phosphatémie	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
• Dosage sérique de vitamine 25(OH)D3 et parathormone	À 3 mois	À 12 mois	1 x / an
• Examen densitométrique osseux	Avant la transplantation et 6 mois après ; si ce dernier est normal, l'examen densitométrique est répété tous les 2 ans, sinon, ou en cas de corticothérapie à fortes doses, il est répété tous les ans		
– Ostéonécrose : IRM du bassin	Au moindre doute clinique		

Suivi	4 à 6 mois	7 à 12 mois	Au-delà de 1 an
Suivi infectieux			
– Infection et maladie à cytomégalovirus (CMV) : • Réplication virale	En cas de signes cliniques et biologiques (fièvre, atteinte d'organe, leucopénie, cytolyse hépatique, hypoxie, zona ou herpès extensif)		
• Statut sérologique du patient et réplication virale	En fonction des habitudes et selon les modalités définies par le centre de transplantation		
– Infection à parvovirus B19	<i>Pas de sérodiagnostic systématique</i>		
– Infection à papillomavirus : examen cutanéomuqueux	1 x / an		
– Infection à herpes virus humain 8 (HHV8) : examen cutanéomuqueux à la recherche d'une maladie de Kaposi chez les patients transplantés HHV8 séropositif	1 x / an		
– Infections à virus <i>Herpes simplex</i> (HSV) et virus varicelle zona (VZV) : traitement et prophylaxie idem population générale, sauf : • En cas de lésion extensive ou de localisation méningée d'une infection à HSV ou VZV • Pour les patients transplantés séronégatifs pour le VZV et potentiellement à risque d'un contage	Traitement parentéral par aciclovir en urgence Prophylaxie par valaciclovir <i>per os</i> (hors AMM)		
– Pneumocystose : prophylaxie	Prophylaxie par cotrimoxazole, ou en cas d'intolérance, par aérosols de pentamidine, pendant au moins 6 mois		
– Toxoplasmose	Diagnostic à évoquer devant une fièvre inexplicquée ou des symptômes neurologiques centraux chez les patients séronégatifs pour le toxoplasme		
– Infection à BK virus (BKV) : recherche dans le sang ; si test positif : à confirmer dans les 4 semaines et/ou suivi d'un test quantitatif dans le sang	– Dépistage systématique pendant les deux premières années post-transplantation (modalités précises non définies) – En cas de lésions évocatrices sur biopsie rénale		
– Hépatite B (VHB) : • Dosage plasmatique des anticorps anti-HBs • Recherche des marqueurs de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire	1 x / 12 mois (rappel ou revaccination si Ac-anti-HBs < 10 mUI/ml) En cas d'hépatite chronique liée au VHB		
– Hépatite C (VHC) : recherche d'une évolution vers une cirrhose ou un cancer, ainsi que les signes d'atteinte rénale et systémique liée au VHC	1 x / 12 mois		
– Infection par le VIH : • Recherche d'infection ano-génitale à papillomavirus	1 x / 6 mois		
– Tuberculose : • Radiographie du thorax • Test tuberculinique cutané, ou intradermoréaction à la tuberculine (IDR) • Bilan hépatique	Post-transplantation si non fait avant la transplantation : – Test positif si lésion > 5 mm à la 48-72 ^e heure – Si test négatif, refaire 2 semaines après En cas de prophylaxie par isoniazide (traitement de 6 ou 9 mois) : au moins 1 x / 2 semaines pendant les 2 premiers mois, puis 1 x / mois		
– Infections à pneumocoque	Vaccination antipneumococcique tous les 3 ans		
– Vaccinations	– Vaccins vivants atténués (polio oral, BCG, varicelle) contre-indiqués – Vaccins inactivés autorisés		

Suivi	4 à 6 mois	7 à 12 mois	Au-delà de 1 an
Suivi urologique et chirurgical			
- Bandelette urinaire, et ECBU si bandelette positive	1 x / 2 semaines	1 x / mois	1 x / 1 à 4 mois
- Recherche d'un obstacle de la voie urinaire ou d'une tumeur du transplant : échographie du transplant		1 x / an	
- Recherche d'une sténose de l'artère rénale ou d'une obstruction de la voie urinaire : échographie Doppler du transplant		En cas de dégradation de la fonction rénale ou d'apparition d'une hypertension artérielle	
- Recherche d'un reflux vésico-urétéral		En présence de pyélonéphrites aiguës récidivantes	
Suivi de la fonction sexuelle			
- Évaluation et prise en charge adaptées		À la demande du patient	
Contraception et grossesse			
- Contraception :		La plus souvent proposée	
• Contraception progestative		Peut être utilisée (mais rechercher systématiquement les facteurs de risque thromboembolique artériel et veineux)	
• Contraception œstroprogestative		Généralement contre-indiqués	
• Dispositifs intra-utérins			
- Grossesse : information et prise en charge adaptée		Suivi obstétrical effectué en collaboration avec le médecin en charge du suivi de la transplantation	
Suivi de la qualité de vie		Éducation thérapeutique avec suivi multidisciplinaire	

(Les examens surlignés sont pratiqués lors de chaque consultation du suivi systématique)