

La greffe pulmonaire et la mucoviscidose

La consultation

Dr Alain Haloun – Institut du thorax – CHU de Nantes



l'institut du thorax



Causes de décès (janv 92 - juin 2012)

Cause de décès	1 à 3 ans N=4315	3 à 5 ans N=2449	Plus 10 ans N=899
Bronchiolite	25,9% 28,6% 92-2003	29% 32,3%	20,9%
défaillance du greffon	18,7% 16%	18% 17,3%	17,4%
Infections	23,5% 27,5% en 2004	19,5% 20,5%	17,2%
Cancer	9,4% 6,7% en 2004	12,4% 9,1%	16%



Vigilance sur 4 organes

- Le poumon :
 - Fonction respiratoire (**VEMS**)
 - Auscultation pulmonaire (crépitants signes en foyer)
 - Radiographie de thorax (à comparer)
- Le rein : (diabète, HTA, traitement)
 - **Créatininémie, protéinurie**
- Le digestif : (traitement, la chirurgie)
 - Transit intestinal, **retard à la vidange gastrique**
- La peau : épithélioma cutané (attention au soleil)

l'institut du thorax



Altération de la fonction respiratoire (VEMS)

- Altération de la fonction respiratoire pouvant être due à :
 - Séquelles de rejet aigu +++
 - Séquelles d'infections +++
 - Rejet chronique +++
 - Toxicité médicamenteuse
 - Seuil d'inquiétude :
 - Baisse de plus de 5% une fois ou de plus de **3% plusieurs fois**
 - Si pas de point d'appel infectieux discuter fibro
- l'institut du thorax** avec transbronchiques et microbiologie



Atteinte digestive

- Si pesanteur gastrique post prandiale : probable retard à la vidange gastrique
 - Plus fréquent en post greffe précoce
 - Voir si estomac plein sur rx. Thorax
 - Examen de référence : vidange gastrique isotopique
 - Traitement : alimentation liquide - Motilium érythromycine mais iv
- Troubles du transit
 - Aggravés par traitement anticalcineurine
 - Améliorés par l'activité physique (marche+++)
 - Utilisation large des laxatifs osmotiques
 - Indications larges de l'écho abdo voir TDM abdo
 - Rares mais graves : invagination intestinale (lymphome)



Toxicité des traitements

- **Rein** Toxicité associée souvent au diabète
 - Si **protéinurie** sans poussée d'insuffisance rénale : inhibiteur de l'angiotensine type triatec initialement faible posologie
- **HTA**
 - Recommandations HAS : L'HTA est définie de façon consensuelle par une PAS ≥ 140 mmHg et/ou une PAD ≥ 90 mmHg, confirmées au minimum par 2 mesures
 - Ce qui « marche le mieux chez transplanté » :
 - Béta bloquants, inhibiteurs calciques, diurétiques, inhibiteurs de l'angiotensine
 - Ce qui marche rarement : alpha bloquant périphérique type eupressyl
 - Nécessité fréquente d'associations
 - **Intérêt du holter tensionnel**
- **Ostéoporose (corticoides)**
 - Intérêt de l'ostéodensitométrie pré transplantation car perte de masse osseuse maximale les premiers mois post transplantation
 - Si ostéopénie (Tscore < -1) ou ostéoporose ($< -2,5$) : **bisphosphonates** après contrôle taux 25 OH vitamine D sauf si clairance créat < 30 ml/mn (Aclasta une perfusion par an pouvant être faite à domicile)

Une préoccupation

- Les interférences médicamenteuses avec ciclosporine, prograf, certican
- Médicaments comme :
 - Macrolides en dehors rovamycine
 - Antifongiques azolés (Triflucan, sporanox, Vfend, Noxafil)
 - Pyostacine, Rifampicine ...
 - Tous les médicaments qui interfèrent avec AVK



Bilan de base

- NFS
- Iono sang créatininémie
- BH Amylasémie, TP
- **CRP** albuminémie
- CMV pcr sang si donneur et/ou receveur séro +
- Radiographie de thorax face (à comparer)

