

Rôle du médecin généraliste dans le suivi du patient greffé rénal

Dr.Luc Radermacher
Service de néphrologie
CHR Citadelle – Liège

Le suivi du patient greffé est particulier suite à son traitement immunosuppresseur indispensable à la prévention du rejet d'organe. En effet, ce traitement conduit à un risque infectieux et néoplasique accru qui doit être pris en compte. Ce risque est d'autant plus élevé que le traitement est puissant, ce qui est le cas durant les trois premiers mois qui suivent la transplantation. Des infections par germes opportunistes (pneumocystis, aspergillus, cryptococcus, ...) et réémergence d'infections à virus latents (CMV, EBV, herpès, hépatite,...) peuvent alors survenir, nécessitant le plus souvent un traitement lourd en milieu hospitalier. D'une manière générale, le recours à des agents anti-infectieux (antibiotiques, antiviraux, antimycotiques) est systématique devant tout état septique ; parfois même en prévention. Les vaccinations sont la règle (sauf vaccins « atténués »).

Les médicaments utilisés impliquent également des précautions particulières du fait de certains effets secondaires (néphrotoxicité, HTA, diabète des inhibiteurs de la calcineurine ; troubles digestifs des antagonistes des purines ; œdèmes et dyslipémie des inhibiteurs de la mTOR) et d'un risque d'interactions médicamenteuses (statines, macrolides, imidazoles, ...) lié à leur métabolisation par le CYP3A4 (inhibiteurs de la calcineurine et de la mTOR).

Durant la première période de 3 mois, le patient sera exclusivement suivi par l'équipe de néphrologues attachés au centre de transplantation, à raison de 2 visites par semaines (en dehors de la phase initiale d'hospitalisation). Les trois mois suivants, le traitement anti-rejet étant alors allégé, le suivi se fait 1 x par semaine conjointement entre le néphrologue de transplantation et le néphrologue habituel du patient. Ce n'est qu'après 6 mois que le traitement est suffisamment allégé pour que le risque infectieux se minimise ; alors que le risque néoplasique reste entier (surtout dermato). Les visites en néphrologie s'espacent tous les mois, toujours en alternance avec le centre de transplantation. Après 1 an, la situation est considérée comme stabilisée et le patient ne sera vu par son néphrologue habituel qu'une fois tous les trois mois et par l'équipe de transplantation 1-2x/an. A chaque visite, un rapport détaillé est envoyé au médecin traitant.

Durant toute cette période et par la suite, la fonction rénale du patient greffé sera également suivie de près, une insuffisance rénale (IR) séquellaire d'une nécrose tubulaire initiale et une IR progressive étant fréquente. Les facteurs de risque classiques (HTA, diabète, dyslipémie, tabagisme, anémie, hyperPTH, ...) et spécifiques (néphrotoxicité des inhibiteurs de la calcineurine, rejet chronique) de progression de cette IR seront corrigés au mieux et toute prescription de médicament en tiendra compte (voir logiciel d'adaptation des médicaments à l'IR : Rénadaptor).

Dès la sortie d'hospitalisation, le médecin généraliste traitant sera amené à reprendre son patient en charge et il coordonnera en première ligne tous les problèmes médicaux non néphrologiques en tenant compte des spécificités énoncées ci-dessus.

Une bonne communication entre néphrologue et médecin traitant, ainsi qu'une bonne compliance thérapeutique du patient sont gages de réussite à long terme.