

## ITEM N° 127 : TRANSPLANTATION D'ORGANES

### OBJECTIFS TERMINAUX

**Complications infectieuses des transplantations d'organes, de moelle osseuse et de cellules souche périphériques : aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance**

### INTRODUCTION

- Fréquence des greffes : accrue de façon considérable, du fait des progrès en immunologie (HLA, mécanisme de rejet, ...), aux progrès thérapeutiques (conditionnement et immunosuppression), et à un plus grand nombre de greffon disponibles (politique volontariste).
- Types de greffes : Moelle et cellules souches (traitement de certaines leucémies et lymphomes) ; Organes : rein, foie cœur, poumons, pancréas, grêle...
- Complications infectieuses : conséquence des traitements immunosuppresseurs et du terrain fragilisé (patients plus âgés, porteurs d'infections virales persistantes (VIH, VHC, VHB), re-transplantations (rein, cœur) avec poly-immunisations, protocoles de traitement anti-rejet plus performants mais également plus toxiques.
- Vigilance chez les patients originaires de zones d'endémies particulières (BK, *Histoplasma*...).

### ALLOGREFFE DE MOELLE OU DE CELLULES SOUCHES

#### ▪ FREQUENCE DES INFECTIONS DEPEND DE :

- pathologie sous-jacente (type et contrôle) ;
- conditionnement, de la qualité du greffon et de sa prise ;
- survenue et de l'intensité d'une réaction du greffon contre l'hôte (GVH).

#### ▪ CARACTERISTIQUES DES INFECTIONS :

- fréquentes, à tous types de pathogènes, potentiellement très graves et représentent une cause majeure de mortalité ;
- séquence temporelle des différents types de déficit immunitaire rend compte de la chronologie particulière de ces infections (Cf. F128-1, Chap. 128, E. PILLY 2008).

**1. Premiers jours** : aplasie post-greffe, toxicité muqueuse des chimiothérapies et présence d'un cathéter central constituent les facteurs de risque majeurs d'infection, essentiellement bactériennes ou fongiques. Un traitement prophylactique antifongique par dérivé azolé (Fluconazole, voire Posaconazole en cas de risque élevé d'infection fongique invasive) est systématique.

**2. Premier mois**, du fait de la persistance de la neutropénie, les infections bactériennes et fongiques restent prédominantes.

**3. Ensuite**, l'infection à CMV est une préoccupation majeure : elle favorise la GVH et entrave la reconstitution hématologique (myélotoxicité combinée du CMV et des antiviraux), elle justifie un traitement préemptif des virémies. La fréquence des infections au virus HSV (*Herpes simplex*) et à *Pneumocystis* est diminuée par la prescription d'une prophylaxie primaire systématique.

**4. Même à distance de la greffe**, en situation de contrôle de la pathologie sous-jacente et en absence de GVH, il peut persister un déficit immunitaire «fonctionnel» très prolongé justifiant la prise en charge urgente et spécialisée de toute hyperthermie. Une supplémentation par IgIV en cas d'hypogammaglobulinémie profonde peut être proposée.

---

---

**TRANSPLANTATIONS D'ORGANES**

Du fait de l'absence de conditionnement myéloablatif, leurs complications infectieuses, au moins à la phase initiale, sont comparativement moins sévères, mais restent une cause majeure de morbidité et de mortalité. Elles comprennent également les complications tumorales viro-induites associées aux traitements immunosuppresseurs au long cours (lymphoproliférations associées à EBV et HHV8, carcinomes et HPV, ...)

**DIAGNOSTIC**

Utiliser d'emblée des outils diagnostics microbiologiques (hémocultures, PCR, antigénémies) et radiologiques (Tomodensitométrie, IRM) les plus rapides, sensibles et spécifiques.

**POUR EN SAVOIR PLUS**

**E. PILLY 2008**

**Chapitre 128**