

## La transplantation de pancréas en baisse aux États-Unis

*Aux États-Unis, depuis 10 ans, transplantations pancréas et rein-pancréas pour DT1 et DT2 sont de moins en moins pratiquées malgré de meilleures survies du greffon et du receveur*

---

### CONTEXTE

De décembre 1966 à décembre 2016, plus de 50 000 greffes de pancréas ont été réalisées dans le monde dont plus de 30 000 aux États-Unis. Depuis la première greffe, des progrès considérables ont été réalisés afin d'améliorer la survie du patient et du greffon. La transplantation de pancréas est toujours la seule méthode pour atteindre l'insulino-indépendance absolue à long terme et l'euglycémie. Aux États-Unis, après une augmentation du nombre de greffes de pancréas jusqu'en 2004 (près de 1500/an (pic 2001-2005)), leur nombre a chuté ensuite jusqu'à à peine plus de 800 en 2016.

### MÉTHODES

Au total, sur cette période, 16 419 diabétiques (DT1 92 % et DT2 8 %) ont bénéficié d'une transplantation simultanée pancréas-rein (P+R) ou pancréas seul (Ps) ou pancréas après rein (PAR). Le succès est ici défini comme l'insulino-indépendance totale, un échec comme la dépendance partielle de l'insuline ou le décès du receveur avec un greffon fonctionnel. De même pour le rein, échec signifie retour à la dialyse ou décès avec un rein fonctionnel. Plusieurs sortes de traitement immunologiques ont été utilisés au cours des années pour simplification ont été séparés les traitements inducteurs AC « dépléteurs » ou « non-dépléteurs ». Pour la phase de maintien de très nombreux protocoles

ont été utilisés mais seuls les plus utilisés ont été retenus dans l'analyse tacrolimus (Tac) + mycophenolate mofetil (MMF) ± corticoïdes ou sirolimus (Srl) + autres drogues. Toutes les autres combinaisons ont été classées dans une troisième catégorie.

### RÉSULTATS

De 2011 à 2016, dans les six dernières années, 84 % des transplantations ont été P+R simultanément majoritairement pour des DT1 88 %, les DT2 sont passés de 8 à 12 % des indications P+R. Les greffes PAR (rein d'abord) et Ps (P seul) ont représenté 8 % des gestes chacune. La survie du greffon s'est montrée globalement excellente et stable. Le principal problème étant la thrombose du greffon pancréatique quelle que soit la greffe (P+R ou PAR et Ps). Pour les greffes simultanées P+R, les facteurs de risque d'échec ont été l'âge du donneur > 30 ans, une conservation des organes > 12 h avant greffe et un receveur ayant été en dialyse avant le geste ou obèse. D'une manière générale l'étude constate un fort rajeunissement des donneurs plus souvent ≤ 22 ans (décès post-trauma majoritairement). L'influence de la taille du centre a été étudiée : petit ≤ 14 transplantations et gros > 40. Les centres réalisant un grand nombre de greffes ont eu les meilleurs résultats en relation avec moins d'échecs techniques. L'étude rapporte, en 15 années, une constante amélioration de la survie des patients après transplantation de 91 % à 97,6 % à 1 an (3 ans) et, à 10 ans, de 71,6 % pour les doubles greffes simultanées P+R. La survie du patient à 3 ans est inférieure pour les greffes de pancréas seul mais > 70 %. Autre constat : de plus en plus de sujet obèses et d'origine non-caucasienne en lien avec plus de greffe pour DT2. À noter, l'évolution dans la dernière décennie : 50 % de l'ensemble des transplantés était en surpoids ou

obèses. L'âge des receveurs s'accroît progressivement comme le nombre de DT2 et de sujets afro-américains, la durée de conservation des organes a été fortement réduite. Le drainage est très majoritairement entérique aujourd'hui plutôt que vésical. Le traitement d'induction a été majoritairement réalisé par des AC dépléteurs puis un maintien par tacrolimus + MMF, le recours aux corticoïdes a de nouveau été fréquent après une phase de moindre usage. La plus petite taille du centre affecte la survie du greffon mais pas celle du receveur. Les gros centres transplantateurs sont moins nombreux, cela pose un problème pour les jeunes chirurgiens à former, beaucoup de centres ne réalisant qu'un ou deux geste(s)/an.

#### *COMMENTAIRES DES AUTEURS DE L'ARTICLE DE RÉFÉRENCE*

La greffe de rein (donneur vivant ou non) puis plus tard d'un pancréas offre une opportunité chez des insuffisants rénaux diabétiques dialysés, celle de raccourcir le temps passé en dialyse (on sait son caractère délétère surtout chez les DT2) et de rétablir un état de santé plus approprié à recevoir un pancréas ensuite. Cela concerne des sujets souvent plus âgés et DT2, son pronostic est moins favorable quoiqu'en amélioration constante. Mais cette procédure est de moins en moins choisie. La greffe de pancréas seul avec de bons pronostics, surtout proposée pour un diabète « très instable », corrige souvent très bien ce trouble mais reste peu proposée.

#### *COMMENTAIRES DE SERGE HALIMI*

Ces très bons résultats et les progrès accomplis contrastent avec la baisse du nombre des gestes, baisse semble-t-il due à une mauvaise connaissance ou des idées préconçues des médecins suivants les diabétiques au sujet des

transplantations : lourdeur du geste, vu comme trop singulier pour oser le proposer, idées fausses sur la lourdeur du traitement antirejet.

Ignorance ou sous-estimation des bénéfices : insulino-indépendance durable, possible régression de complications, arrêt des dialyses en cas de double greffe, de leurs excellents résultats actuels, allègement des traitements immunitaires post-greffe aujourd'hui, indications élargies y compris au DT2. Mais en France qu'en est-il aujourd'hui ? Peu d'actes et peu de centres et encore moins d'indications envisagées ? À étudier.

---

**Auteur :**

Serge Halimi

**Références**

*Gruessner AC, Gruessner RWG. Pancreas Transplantation for Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus in the United States: A Registry Report Gastroenterol. Clin N Am 2018 ; 47 : 417–41.*

**Lien vers l'article**

[doi.org/10.1016/j.gtc.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.gtc.2018.01.009)