

Aspects pratiques et utiles de la prise en charge des patients transplantés

Maryvonne Hourmant
CHU de Nantes

Expérience d'un centre en attente

- Ouest de la France encore peu touché par le covid-19
- Bénéfice du confinement et de l'expérience des centres déjà touchés par le covid
- Préparation: Ecriture précoce des procédures
- Respect des recommandations de nos infectiologues soit une prise en charge des greffés suspects ou confirmés hors néphrologie
- Réunions bi-hebdomadaires de tous les médecins du service + cadres

Arrêt de l'activité de transplantation

- De donneur vivant le 5 mars
- De donneur décédé le 19/03
- Courrier aux patients de LA et aux néphrologues correspondants

HC: $\frac{3}{4}$ pleine
USI: peu de patients mais lourds
Accord avec MIR pour accueil de patients en post-réa



COvid-19 :
**Suspension provisoire de l'activité de transplantation rénale
et rein/ pancréas en France**

Parcours patients infectés ou suspects

Patients symptomatiques
nécessitant une
hospitalisation

secteur gris/secteur noir
du CHU

Après diagnostic, transfert
en néphrologie si diagnostic
différentiel

Appel systématique aux
néphrologues

Consultation dédiée aux
immunodéprimés

Patients peu
symptomatiques et
ambulatoires

Dépistage

Imagerie (RP)

Procédure écrite avec les
infectiologues

Appel systématique aux
néphrologues

Suivi à domicile par IDE de
néphrologie

Activité: hôpital de jour

- Déprogrammation des biopsies systématiques
- Perfusions de traitements
 - Eculizumab: conservées
 - Rituximab si nécessaires = selon le patient
 - Nulojix
 - Selon les patients: retour à un traitement par CNI: 11/55 patients
 - Possibilité de faire les perfusions à domicile (cf JO du 03/04)

Organisation du suivi des greffes

- Transformation des consultations en présentiel en consultations téléphoniques ou téléconsultations sauf pour les greffes < 1 mois
- Téléconsultation: plateforme covalia de l'ARS des PDL

Préparation de la téléconsultation

Alerte des patients

Envoi de prescriptions de bilan

Récupération des coordonnées des pharmacies et labos de ville

Vérification de la qualité du matériel informatique de chaque patient

Consultations: 8813/an

Qui ?

Secrétaires

IDE ETP

IDE expérimentation IRC

IDE consultation

Assistants et IDE de recherche clinique

Psychologue

La plateforme *e-patient.fr*

Dossier informatisé DIVAT
Plateforme *e-patient*



Pour les autres
mail
courrier

CR consultations/hospit
Bilans biologiques
Ordonnance actualisée
Courriers intra et extra-
hospitaliers



La transmission de documents et d'informations

Ordonnance

Adressée par e-mail

Au patient

À sa pharmacie

Prescription de bilan

Adressée par e-mail

Au patient

A son laboratoire

Tous les patients sont
accessibles



itun
institut
transplantation
urologie
néphrologie
INSERM - UMR 1064

Des mesures de la vie quotidienne

'Charte' Écouteur Numéro Vert FRANCE REIN

à destination des Insuffisants rénaux, dialysés et greffés

0 805 03 44 03

Allégement de l'immunosuppression

- **Forme asymptomatique ou symptomatique sans gravité, hospitalisée ou pas**
 - Baisse de l'ac mycophénolique de 50% ou arrêt suivant le profil du patient. Reprise dès guérison. Remplacé par corticoïdes
 - Stop M-TOR inhibiteurs
 - Tacrolimus: dosage sanguin 4-6 ng/ml
 - CsA: dosage sanguin 50-100 ng/ml
- **Forme symptomatique grave**
 - Stop tout sauf corticoïdes

Allégement préventif dans des catégories ciblées de patients

- Patients considérés à fort risque de forme grave

- ≥ 70 ans (N = 426)
- Lymphopénie $< 800/\text{mm}^3$ (209 ≥ 1 an PG, 110 < 1 an PG)
- CD4 $\leq 200/\text{mm}^3$ (N = 190, 143 > 1 an PG)

- Allégement de l'immunosuppression

Risque immunologique

Délai vs greffe

DSA/rejet

Retransplantation/HI

Marqueurs d'immunodépression

Inf virales: CMV, BKV

Cancers

Traitement de base

- **Modalités:** Selon les patients:

- baisse de la poso du tacrolimus à monothérapie tacrolimus,
- Ac mycophénolique remplacé par des corticoïdes
- M-TOR poursuivi

Les premières infections

- 4 patients hospitalisés
 - dont 1 patiente en réa pour SDRA. Traitée par Remdisivir
 - Tous fièvre + trs respiratoires. Trs digestifs 1/4
 - Tous HTA + D2
- 8 patients non hospitalisés
 - Toux 8/8, fièvre 6/8.
 - Pas de PCR, pas de scanner

Au total

- Sécurisation du parcours du transplanté
- Prise en charge des patients infectés déléguée: nécessité de les « pister » et d'avoir un regard
 - Diagnostic différentiel
 - Allègement de l'immunosuppression
 - Surveillance de l'IRC
 - Gestion des anti-viraux
- Ménager la sortie de crise