
A propos des transplantations à partir de donneurs vivants

Y CHAPUIS

Correspondance :
Pr Yves Chapuis
47, avenue du Maréchal Lyautey
75016 Paris

La séance du 20 octobre 2004, consacrée au donneur vivant en transplantation d'organes, a montré combien la chirurgie abordait là un sujet difficile et plein d'écueils. Faute de temps dans la discussion et grâce au recul de quelques jours, j'ai souhaité y revenir, d'abord sur deux points de détail, ensuite et surtout pour m'interroger sur la place du donneur vivant en transplantation hépatique (TH), et par contre-coup sur la pertinence des indications dans ce type de greffe.

En premier lieu, deux remarques :

L'une est un rappel historique qui rend justice aux auteurs de la première greffe de rein à partir d'un donneur vivant : Nicolas Oeconomos et Jean Vaysse, assistés de Pierre Delinotte et de Philippe Blondeau, qui le 24 décembre 1952 transplantèrent chez Marius Renard le rein de sa mère. Cette greffe venait après celles tentées en France, en 1951, par René Küss, Oeconomos et Ch. Dubost, Servelle et Rougeulle, à partir de reins de cadavre. Elle allait conduire au recours à des donneurs vivants appariés homozygotes, en 1954 à Boston avec Murray, Merrill et Harrison, en 1955 René Küss, en 1959 Jean Vaysse, à Paris.

Seconde remarque : la nécessité de ne pas mettre sur la même ligne greffe de rein et greffe de foie, non seulement en raison de la nature et de la fréquence des indications, donc de l'acuité des besoins pour le rein, mais surtout en raison du risque encouru par le donneur, même si pour l'un et l'autre organe son avenir à long terme reste sujet à controverse. En effet pour le foie, le risque (mortalité de 0,3 à 0,6%, morbidité de 15 à 30 %) est bien supérieur. Ce risque varie d'ailleurs grandement avec l'ampleur de l'hépatectomie selon qu'il s'agit d'une lobectomie gauche ou d'une hépatectomie droite, beaucoup plus risquée.

Je voudrais surtout revenir sur la place du donneur vivant en TH et m'interroger, ce faisant, sur la politique globale en matière de TH.

1/ Philippe Wolf et René Adam ont bien fait ressortir que c'est la pénurie de greffons et non l'espoir d'améliorer les

résultats de la TH qui suscite le recours à un donneur vivant.

Arrêtons-nous sur cette pénurie. Elle est importante. C'est ainsi qu'en 2003, (tous les chiffres que je vais citer sont tirés du rapport d'activité de l'Établissement français des greffes pour cette année 2003), 833 TH ont été réalisées pour 1518 patients en liste d'attente, soit un déficit de 45%.

Or en dépit de cette insatisfaction datant de plusieurs années, l'inscription des patients sur les listes d'attente a cru en 2003 de près de 4% par rapport à 2002, et de 22% par rapport à 1998. Dans le même temps l'offre d'organes marquait le pas avec un taux de refus de prélèvement proche de 30%, plutôt en aggravation en 2003 par rapport à 2001, même si des donneurs plus âgés étaient retenus *. Ce taux de refus allait de pair avec une diminution du nombre théorique de donneurs en raison d'une réduction de 13% de morts sur les routes, progrès dont on ne peut que se réjouir !

* (Selon des informations non encore officielles relatives à 2004, le nombre de prélèvements hépatiques aurait augmenté d'environ 15%, celui des patients greffés porté à 924, le recours au donneur vivant passé à 48, sans toutefois que le nombre de patients en attente de greffe ait diminué, en raison du rythme des inscriptions).

2/ Face à cette pénurie et aussi à son origine, on a observé un élargissement des indications en faveur de deux maladies, la cirrhose alcoolique et l'hépatocarcinome sur cirrhose (CHC). A elles deux, ces deux hépatopathies représentaient en 2003, 43% des candidats à une TH, avec pour le CHC une croissance de 111% par rapport à 1998 !

3/ Comment réduire un tel fossé entre besoin et satisfaction de ce dernier ?

Les prélèvements sur sujets décérébrés marquent le pas, quelles que soient les campagnes ou les dispositions réglementaires entreprises pour y pallier. Les réserves

de la population, la prudence des responsables politiques sont des réalités, espérons-le, susceptibles d'évoluer.

Le partage du foie à l'origine de deux greffons est une voie très intéressante, malheureusement insuffisamment exploitée. Théoriquement réalisable sur 15 à 20 % des foies prélevés, elle a concerné en 2003, 4,3 % seulement des greffons. Or le recours à cette technique n'est pas sans incidence sur le recours au donneur vivant. A l'occasion de la Journée consacrée aux "Enjeux éthiques des transplantations hépatiques avec donneur vivant", le 8 octobre 2004, à l'Hôpital Cochin, Frédéric Gauthier, chirurgien pédiatre à Bicêtre, estimait que les besoins en TH pédiatrique auraient été totalement couverts sans recours à donneurs vivants, si la bipartition avait été pratiquée méthodiquement. Cet écart entre le possible et la réalisation a de nombreuses causes, en particulier le poids de l'expérience et des ressources humaines et techniques qu'il met en jeu.

Le prélèvement sur donneur à coeur non battant, que l'on présente comme une solution dans la pénurie, ne concerne actuellement que les greffes de rein, car la préservation de la vitalité du foie dans de telles situations est problématique. Elle soulève dans notre pays, de toute façon, deux questions. D'une part, la modification de la législation en vigueur, qui pour l'instant ne prévoit pas la possibilité de prélèvement si le coeur est arrêté. D'autre part celle de l'organisation pratique du maintien, en urgence, sur le terrain, de la viabilité des organes d'un sujet décédé, en arrêt cardiaque irréversible (formation des secouristes, matériel adapté, transport, prélèvement). Reste de toute façon la question du don implicite dans la pratique actuelle puisqu'il ferait intervenir, d'autorité, une procédure technique complexe dont le bénéficiaire n'est plus la victime mais un concept organisationnel. (Qui dira si une famille, à l'occasion d'un arrêt cardiaque per-opératoire irréversible, ne soulèvera par la question de la mise en route d'une pompe cardiaque d'assistance de préférence à un circuit de refroidissement à des fins de greffes d'organes, même si on fait valoir que dès lors que le coeur était définitivement mort, le cerveau l'a été aussi dans un bref délai ?)

C'est dans un tel contexte que s'inscrit le donneur vivant. En France sa place reste limitée : comme le rappelaient Philippe Wolf et René Adam, il y a eu, en 2003, 42 dons en majorité de foie droit, et ce nombre, depuis 4 ans, tend à diminuer. Curieusement, dans certains centres, les bénéficiaires électifs sont les patients porteurs d'une cirrhose alcoolique ou d'un CHC, ou même de certains types de CHC, considérés trop avancés pour bénéficier d'un foie de cadavre, et apte préférentiellement à recevoir un foie partiel obtenu d'un donneur vivant, ce qui, compte tenu de la mortalité, de la morbidité, et de la question non résolue de l'avenir de la fonction hépatique du donneur, pose un sérieux problème.

Dans l'ensemble, le développement de cette technique trouve des équipes réservées. A Cochin, dans le Centre que j'ai créé en 1982, dirigé ensuite par Didier Houssin

et aujourd'hui Oliver Soubrane, parmi plus de 800 TH réalisées à ce jour, à huit reprises seulement, pour un receveur adulte, un proche a donné une partie de son foie. La situation a été différente lorsque le bénéficiaire était un enfant, puisque 25 des hépatectomies gauches sur 29 TH effectuées par F. Gauthier à Bicêtre grâce à un donneur vivant l'ont été à Cochin, dont 12 par voie vidéoscopique avec la collaboration de Daniel Cherqui.

Les réserves exprimées ne tiennent pas seulement au risque opératoire pour le donneur. Il convient en effet de s'interroger sur les éléments qui vont peser sur la décision du don, le contexte familial (parlant de la famille, Sheug-Tan FAN, de Hong-Kong, dit qu'elle est soumise à une pression telle qu'elle n'est plus entièrement libre de toute contrainte), des pressions médicales, la maturité du donneur, fonction de son état culturel et psychique, de son âge, de ses motivations profondes (don gratuit, don empoisonné ou de chantage dit la philosophe Michela Marzano). Il convient aussi de mesurer, en tenant compte des aléas de la greffe et du prélèvement, les répercussions affectives, physiques, sociales voire financières, auxquelles le donneur peut par la suite se trouver confronté. On sait aujourd'hui que le don peut être une source d'épanouissement et de bonheur, au contraire, à l'extrême, une altération vécue comme un drame. Ce sont ces questions que le colloque auquel je faisais plus haut allusion s'est posé sans détour.

Cela n'a d'ailleurs pas échappé au législateur qui, dans la nouvelle loi, instituée, parallèlement à l'élargissement du champ familial et pour une faible part, non familial, l'intervention d'un comité d'experts dont la décision ne sera pas motivée.

On ne saurait non plus éluder ce que le don impose au chirurgien. A cet égard, J.M. Dubernard l'a bien fait ressortir, puisque ce geste de prélèvement viole un des plus vieux principes éthiques de la médecine " Ne pas nuire". Certes, selon Mark Siegler, de Chicago, cette injonction peut être tempérée par l'évaluation du bénéfice-risque, risque de préjudice pour le donneur, possibilité de bénéfice pour le receveur, apprécié par un troisième acteur, le chirurgien. Mais ce dernier, dit Olivier Soubrane, ne doit pas s'abriter de façon narcissique derrière sa technique.

Ainsi s'impose la recherche en TH de normes cliniques et éthiques sévères, selon les termes mêmes de Siegler. A cet égard la question des indications, dont nous seuls médecins avons la maîtrise, est à l'évidence au premier plan de ce débat.

Or, sans en mesurer la portée, économique, sociale, culturelle, les indications, cédant tout à la fois à des motivations de progrès, de passion thérapeutique légitime, d'activité, et disons aussi le mot de prestige, se sont élargies à des maladies hépatiques, au début écartées des priorités. De la même manière a été reculé l'âge et le degré de détérioration hépatique ou organique du receveur et parallèlement l'acceptation de greffons dits marginaux (donneur âgé, foie stéatosique, ou porteur d'une maladie métabolique), ce qui soulève, d'un point de vue éthique, de graves questions.

C'est pourquoi, dépassant le thème du donneur vivant, j'ai souhaité montrer, quoiqu'il en coûte, qu'il était peut-être temps d'aborder la TH avec un nouvel éclairage. On peut déplorer la pénurie d'organes, accuser la société d'égoïsme, le monde politique de passivité. On peut se demander aussi, si l'élan n'a pas dépassé ses ressources et vécu de ses propres certitudes. En somme, ce qui nous concerne aujourd'hui, c'est la question de la maîtrise, à tout prix, de la mort de l'homme, au moyen de ressources ou de procédures qui ne mettent plus en relation directe le malade et le médecin, mais font intervenir un haut degré de solidarité étrangère à cette confrontation directe, qu'elle soit économique et, plus encore, physique et affective.

Références

1. Enjeux éthiques des transplantations hépatiques avec donneur vivant. Hôpital Cochin, 8 octobre 2004.
2. Résumé. Intervenants : D. Cronin (Boston), M. Siegler (Chicago), M. Crowley-Matoka (Pittsburgh), Sheung-Tan Fan (Hong-Kong), P.W.H. Lee (Hong-Kong), X. Rogiers (Hambourg), F. Gauthier (Paris, Bicêtre), O. Soubrane (Paris, Cochin), V. Fournier (Paris, Cochin), F.Plainguet (Paris, Bicêtre), M. Marzano (CNRS, Paris).