

TRANSPLANTATION RÉNALE (SECONDAIRE À UNE INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE)

1. Pathologie

L'étiologie d'une insuffisance rénale terminale nécessitant une transplantation devra être bien documentée et confirmée par le chirurgien-urologue et le néphrologue. Bien que rares chez les athlètes de haut niveau, des cas de transplantation rénale ont été signalés dans cette population.

2. Diagnostic

- Le diagnostic d'une insuffisance rénale terminale devra être accompagné d'une anamnèse appropriée et documentée du déclin de la fonction rénale confirmé par un néphrologue.
- Un rapport opératoire détaillé par le chirurgien-urologue devra également être présenté.
- Le document devra contenir la description du déclin de la fonction rénale ainsi que les preuves que les critères justifiant la transplantation rénale sont satisfaits. L'information peut être fournie par le médecin traitant et validée par un néphrologue.

3. Bonnes pratiques médicales

Dans le cadre de la prise en charge postopératoire des patients greffés, il est possible qu'un traitement combiné faisant appel aux substances interdites suivantes soit nécessaire :

1. Glucocorticoïdes (GC)
2. Bêtabloquants
3. Diurétiques
4. Érythropoïétine (EPO) ou agents stimulant l'érythropoïèse (ESA sous différentes formes, comme la CERA et les dérivés pégylés)

4. Voie d'administration

Tous les médicaments doivent être administrés par voie orale à l'exception de l'érythropoïétine, laquelle est administrée par injections intraveineuse ou sous-cutanée.

5. Fréquence d'administration

Doses quotidiennes de GC (de 5 à 10 mg/jour en traitement d'entretien), bêtabloquants, diurétiques et EPO conformément aux recommandations en vigueur (voir références). En ce qui concerne l'EPO, les recommandations actuelles visent un taux d'hémoglobine de 120 g/L. Il importe de ne pas prescrire ou poursuivre un traitement par l'EPO lorsque le taux d'hémoglobine dépasse 120 g/L. À l'heure actuelle, l'emploi des inhibiteurs de la prolyl

Lignes directrices sur les *AUT* à l'intention des médecins Transplantation rénale

hydroxylase du facteur inductible par l'hypoxie (HIF) n'est pas recommandé à des fins cliniques; par conséquent, ces agents ne doivent pas être administrés.

6. Durée recommandée du traitement

Le traitement durera pour la vie du patient. Une révision annuelle par le néphrologue est recommandée.

7. Autres traitements alternatifs non interdits

Après une transplantation rénale, il n'existe pas de traitement adéquat faisant appel à des substances non interdites.

8. Conséquences pour la santé en cas de suspension du traitement

Dès le moment où les critères justifiant une transplantation sont satisfaits, l'omission d'administrer le traitement prescrit, qu'il s'agisse d'agents immunosuppresseurs (GC) ou cardiovasculaires (dont les bêtabloquants), aurait des conséquences très défavorables pour la fonction du rein greffé de même que pour la santé générale du patient.

La plupart des patients greffés du rein développeront une hypertension artérielle secondaire à la néphropathie chronique. Non traitée, cette hypertension semble avoir des effets délétères sur la survie du greffon à long terme et du patient lui-même. Par conséquent, le recours à un traitement antihypertenseur, y compris par des diurétiques, est essentiel lorsque l'état du patient le justifie.

Dans les cas confirmés de rejet modéré, il pourrait être nécessaire d'augmenter la dose d'EPO en raison d'une baisse de la production de l'hormone. Le traitement par EPO est indiqué conformément aux lignes directrices en vigueur pour la prise en charge de l'anémie associée à la néphropathie chronique.

9. Surveillance du traitement

Des évaluations régulières de la fonction rénale et de la tension artérielle sont réalisées à la discrétion du néphrologue. Les paramètres hématologiques et biochimiques du patient sont également évalués périodiquement, et les valeurs consignées sont rapidement accessibles pour permettre de déceler tout changement imprévu. Comme mentionné précédemment, il importe de ne pas prescrire ou poursuivre un traitement par l'EPO lorsque le taux d'hémoglobine dépasse 120 g/L.

10. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé

Le traitement durera toute la vie, en fonction de l'état clinique; un bilan annuel est raisonnable. Tout changement apporté au schéma thérapeutique faisant appel à des substances interdites

Lignes directrices sur les *AUT* à l'intention des médecins Transplantation rénale

devra être soigneusement documenté et approuvé par le néphrologue; ce changement constituera la base d'une révision de l'*AUT*.

Lors de la révision annuelle, les sportifs qui reçoivent un traitement par l'EPO devraient se soumettre à des analyses sanguines rendant compte des taux d'hémoglobine et d'hématocrite ainsi que de la numération des globules rouges et des réticulocytes. Les valeurs associées à ces paramètres devront être fournies pour les 12 mois précédents afin de pouvoir déceler tout changement imprévu.

La validité recommandée d'une *AUT* pour un sportif ayant subi une transplantation rénale est de dix (10) ans, avec évaluation annuelle afin de reconfirmer le bien-fondé du traitement, comme décrit précédemment.

11. Précautions adéquates

La transplantation rénale chez un sportif de haut niveau n'est pas chose courante. Néanmoins, quelques cas récents ont été largement décrits; il est donc essentiel que les bonnes pratiques cliniques soient observées rigoureusement.

12. Références

1. 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology New Guidelines for treatment of Hypertension *J Hypertens* 2003 Jun; 21(6):1011-53.
2. KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. *Am J Kidney Dis* 2002;39:S1-S266 (suppl 2).
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
4. Drueke TB, Parfrey PS. Summary of the KDIGO guideline on anemia and comment: reading between the (guide) line (s). *Kidney International* 2012;82:952-960.
5. Gupta N, Wish JB. Hypoxia-Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inhibitors: A Potential New Treatment for Anemia in Patients With CKD. *Am J Kidney Dis* 2017 Jun;69(6):815-26.
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements* 2012;2:279-335.