

# Receveur

## Module – 10

Version 1.1 – Février 2023

**Équipe rédactionnelle :**

Pr Christian Benden, PD Franz Immer

**Équipe d'experts :**

Dr. med. Isabelle Binet, Silvia Ciganek, Debora Jenni, Ramona Odermatt, Daniel Schärli, Marian Strucker

## Table des matières

<b>1.0 Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>2.0 Résumé</b>	<b>5</b>
<b>3.0 Receveur</b>	<b>6</b>
3.1 Résultats après une transplantation d'organes	6
3.2 Immunosuppresseurs après une transplantation	9
3.3 Prophylaxie des infections après une transplantation	10
3.4 Vaccinations et recommandations vaccinales	12
3.5 Complications après une transplantation	13
3.6 Vie quotidienne et professionnelle	15
3.7 Sport et sexualité	17
3.8 Voyager après une transplantation	18
3.9 Qualité de vie après une transplantation	21

Les termes « le patient » ou « le donneur » utilisés dans ce module englobent toujours les personnes des deux sexes. Le masculin est uniquement utilisé pour faciliter la lecture du texte. Il en est de même pour le terme de « don d'organes » qui inclut aussi le don de tissus, où cela s'avère utile.

# 1.0

## Avant-propos

Les directives et les recommandations du Swiss Donation Pathway ont été conçues comme un programme d'assurance qualité avec des normes de base nationales applicables au processus du don d'organes. Elles font partie d'un outil de formation destiné aux personnes impliquées dans le processus du don d'organes afin de respecter les exigences légales de la loi sur la transplantation, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2007.

Ce programme a été lancé par la Fondation Suisse pour le Don d'Organes (FSOD) et a été repris en 2009 par le Comité National du don d'organes (CNDO).

Le module « Détection du donneur d'organes, annonce et prise en charge d'un donneur DCD » fait partie du Swiss Donation Pathway. Le Swiss Donation Pathway repose sur le Critical Pathway, en vigueur pour le don d'organes en état de mort cérébrale.

Aperçu des modules :

1. Basis: Détection des donneurs: bases légales et pertinence pratique
1. Détection des donneurs – SOP
2. Prise en charge des proches et communication
3. Prise en charges des donneurs d'organes adultes : soins intensifs
4. Prise en charge du donneur pédiatrique
5. Coordination et communication du processus de don d'organes
6. Recommandations pour la protection anesthésiologique des organes au cours du prélèvement chez le donneur adulte en état de mort cérébrale (« Donation after Brain Death (DBD) »)
7. Prélèvement d'organes et de tissus chez les donneurs DBD
8. Organisation des transports
9. Détection, annonce et suivi d'un donneur DCD
10. Receveur
11. Don de tissus: Cornea

Le Swiss Donation Pathway est un projet commun de la Société Suisse de Médecine Intensive (SGI-SSMI) et du CNDO/Swisstransplant. Les recommandations ont été, entre autres, élaborées par des intensivistes du groupe d'experts du Comité National du don d'organes.

Les modules ont été recompilés et leur contenu revisité en 2020. Une seconde révision a eu lieu en 2023.

## 2.0

### Résumé

La transplantation d'organes solides est aujourd'hui une option thérapeutique bien établie pour les patients atteints, par exemple, d'une maladie avancée du cœur, du foie, des poumons ou des reins et pour laquelle il n'existe aucune autre option thérapeutique médicale ou chirurgicale à long terme.

La transplantation d'organes est soumise à de strictes conditions juridiques qui sont fixées au niveau national dans la loi sur la transplantation et dans les ordonnances correspondantes. La réussite à long terme d'une transplantation d'organes dépend de plusieurs facteurs. En plus de disposer de suffisamment d'organes de qualité adéquate, il convient de sélectionner minutieusement les candidats possibles pour une transplantation et de prendre en charge à long terme les patients transplantés en faisant appel à des équipes interdisciplinaires ayant de l'expérience dans la médecine de la transplantation d'organes spécifiques. Le terme de « médecine de la transplantation » a été introduit par Rudolf Pichlmayr (1932–1997), un célèbre médecin allemand de la transplantation.

La transplantation pour remplacer des fonctions et des parties du corps fascine les hommes depuis des siècles, et il est vrai qu'elle a une origine en partie mythique. Les progrès réalisés dans la transplantation sont très étroitement liés à l'évolution de la médecine. Au début du 20<sup>ième</sup> siècle, le chirurgien suisse Emil Theodor Kocher reçoit le prix Nobel de médecine. À la fin du 19<sup>ième</sup> siècle, il avait réussi à greffer du tissu de glande thyroïde à des patients après une opération de la glande thyroïde. La première transplantation des reins est réalisée en 1933. Le receveur fait cependant une réaction de rejet et ne survit que quelques jours. Le receveur de la première transplantation du cœur au monde, réalisée en 1967 dans la ville du Cap sous la direction du chirurgien cardiaque sud-africain Christiaan Barnard, survit lui aussi moins de trois semaines. Le rejet des organes semble alors être un obstacle insurmontable pour le succès de la médecine de la transplantation. Il en va de même pour le receveur de la première transplantation du cœur en Suisse, réalisée à Zurich en 1969 par le chirurgien suédois Åke Senning.

Les centres suisses réalisent avec succès aux environs de 1969 leurs premières transplantations des reins. Le chirurgien suisse Felix Largiadèr fait partie des pionniers dans le domaine de la médecine de la transplantation. Il est le premier en Europe à réussir en 1973 une transplantation combinée des reins et du pancréas. Il faut attendre 1992 pour assister en Suisse à la première transplantation réussie des poumons, réalisée par Walter Weder à l'hôpital universitaire de Zurich.

La description des antigènes des leucocytes humains (HLA) à partir des années 1950 par Jean Dausset et la découverte du système HLA et de l'histocompatibilité dans les années 1960 sont des étapes importantes pour la transplantation de tissus et d'organes. La découverte en 1970 de la substance active appelée cyclosporine constitue une avancée décisive pour la médecine de la transplantation. La cyclosporine, qui est extraite de champignons, est découverte à Bâle par deux chercheurs, Jean-François Borel et Hartmann Stähelin de l'entreprise pharmaceutique Sandoz.

Il avait été reconnu qu'empêcher une réaction de rejet de l'organisme vis-à-vis de l'organe greffé était la condition de base du succès d'une transplantation. C'est en 1978 que la cy-

closporine a été utilisée pour la première fois dans le cadre d'une transplantation d'organes effectuée par Roy Calne à l'université de Cambridge en Angleterre. Le premier médicament immunosuppresseur à base de cyclosporine a été autorisé dans les années 1980.

570 transplantations d'organes solides sont réalisées entre-temps en Suisse tous les ans. La transplantation la plus fréquente est celle des reins (300), suivie de la transplantation du foie (142 en 2022), puis vient celle des poumons (51), celle du cœur (35) et celle du pancréas (13). Ces transplantations d'organes ont lieu dans les six centres de transplantation de Suisse, à savoir à Bâle, à Berne, à Genève, à Lausanne, à Saint-Gall et à Zurich. Il s'agit d'un mandat dans le cadre de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) en Suisse.

L'objectif de la transplantation d'organes n'est cependant pas seulement de prolonger la vie d'un patient, mais aussi d'améliorer à court, à moyen et dans l'idéal, à long terme, la qualité de vie du receveur. En plus d'une prise en charge au long cours par des équipes spécialisées dans la médecine de la transplantation, une transplantation d'organes dicte aussi à long terme la vie des patients jusque dans leur quotidien. Une rubrique particulière sera consacrée plus loin à ces aspects.

## 3.0

### Receveur

#### 3.1 Résultats après une transplantation d'organes solides

La transplantation d'organes solides est aujourd'hui une thérapie acceptée, réalisée à l'échelle mondiale sur plusieurs milliers de patients. Il est encourageant de constater que les résultats se sont nettement améliorés depuis les débuts de la transplantation au siècle dernier. Des patients minutieusement sélectionnés pour une transplantation d'organes peuvent ainsi, en général, bénéficier d'une amélioration de leur qualité de vie, en plus de la prolongation de cette vie. Depuis 2008, tous les patients ayant subi une transplantation, à condition qu'ils aient donné leur consentement écrit, font l'objet d'une saisie prospective dans le cadre de l'Étude suisse de cohorte de transplantation (« Swiss Transplant Cohort Study », STCS). Cette saisie de données dans un registre national sert de contrôle qualité et permet de vérifier les résultats afin de les comparer, entre autres, à des résultats internationaux après une transplantation. Dans l'ensemble, les résultats suisses après une transplantation d'organes solides sont au moins comparables aux résultats internationaux. Ils les dépassent même en règle générale. Les six centres de transplantation de Suisse ont autorisé la publication de leurs résultats après une transplantation d'organes.

Le rapport annuel de la STCS de 2020 englobe tous les patients transplantés entre le 1er mai 2008 et le 31 décembre 2019. La saisie porte aussi bien sur les transplantations d'organes individuels que sur la transplantation de plusieurs organes (p. ex. combinaison d'une transplantation de foie et de reins par exemple). Elle englobe aussi les re-transplantations éventuelles p. ex. seconde transplantation des reins après la dysfonction de l'organe d'une première transplantation) ou les transplantations secondaires d'organes (p. ex. transplantation des reins après une transplantation du cœur). Selon le rapport annuel de la STCS de

2020, 5018 patients ont été enregistrés après une transplantation d'organes, dont 95 % après une transplantation d'organe individuel. Pour 90 %, il s'agissait de la première transplantation. 9 % des patients enregistrés avaient fait l'objet d'une retransplantation. Sur les 3196 patients enregistrés et transplantés des reins, il s'agissait de la première transplantation pour 86 % et d'une re-transplantation pour 13 %. Les re-transplantations sont assez rares chez les receveurs de cœur, de foie ou de poumons. Sur les 238 receveurs enregistrés, transplantés de deux organes, la plupart avaient fait l'objet d'une transplantation combinée de reins et de pancréas (43 %). C'est l'hôpital universitaire de Zurich qui a transplanté le plus d'organes (2040 organes, 36,4 %), l'hôpital cantonal de Saint-Gall en ayant transplanté le moins (211 organes, 3,8 %, uniquement des reins).

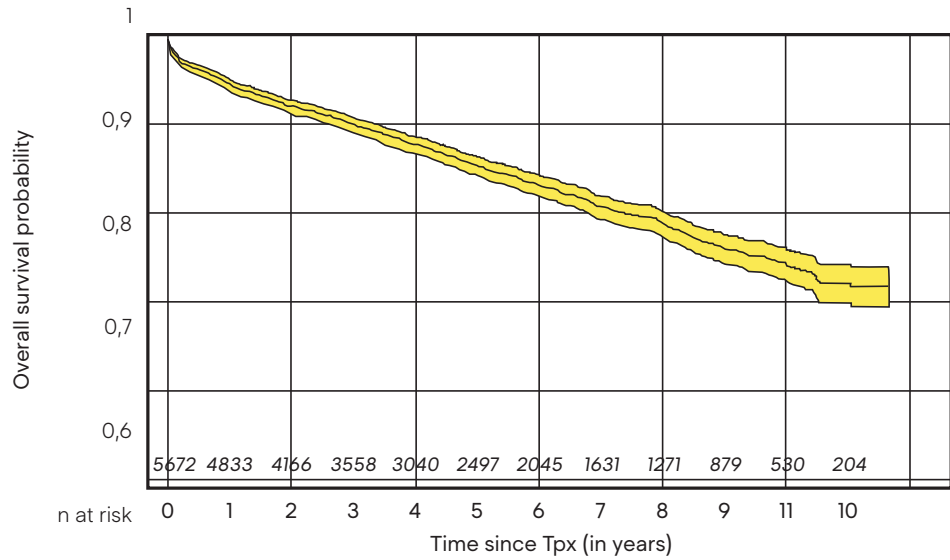
L'âge médian des patients est de 54 ans, près de 64 % étant des hommes et seulement 5,2 % des enfants. Environ 15 % des patients enregistrés sont décédés pendant la période d'observation. La mortalité générale de la cohorte de patients, qui inclut aussi bien les décès avec et sans dysfonction du greffon, est de 5,5 % au bout d'un an et de 25,5 % au bout de dix ans (voir III. 1). Plus de 85 % de la cohorte de patients survit en moyenne cinq ans, tous organes confondus, une nette différence existant cependant en fonction de l'organe greffé. 90 % des patients ayant subi une transplantation des reins ou une transplantation combinée des reins et du pancréas ont survécu en moyenne cinq ans. Après une transplantation des poumons, 65 % des patients ont survécu cinq ans. Dans ce dernier groupe, le diagnostic de base ainsi que l'âge des patients (plus de 60 ans ou moins de 60 ans au moment de la transplantation) jouent cependant un rôle important (voir III. 2).

---

**Swiss Transplant Cohort Study – Rapports annuels**  
<https://www.stcs.ch/publications>

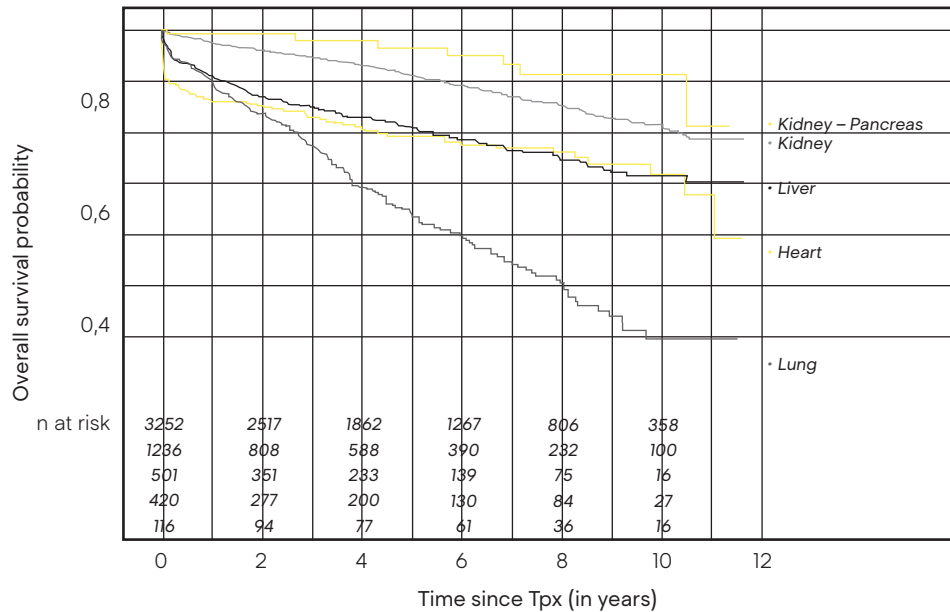


### Illustration 1



The Swiss Donation Pathway

### Illustration 2





## 3.2 Immunosuppresseurs après une transplantation

Afin de garantir une fonction adéquate de l'organe après la transplantation, le patient doit en général prendre des immunosuppresseurs à vie pour éviter une réaction de rejet du corps contre le greffon. Il est important, dans ce contexte, de prendre régulièrement ces immunosuppresseurs aux heures prescrites de la journée afin d'assurer leur efficacité et éviter ou minimiser les effets secondaires éventuels.

En principe, l'objectif est de réduire autant que possible le nombre de médicaments après une transplantation. Il est vivement conseillé de ne pas sauter la prise d'une dose des médicaments, l'apparition d'éventuels effets secondaires devant être immédiatement signalée à l'équipe de transplantation. Tous ces médicaments doivent être conservés au sec, à l'abri de la chaleur et du rayonnement direct du soleil et hors de portée des enfants. Leur date d'expiration doit être respectée. Tous les immunosuppresseurs doivent rester dans le blister avant d'être pris et être disponibles en quantité suffisante. Pour pouvoir prendre les médicaments à des horaires réguliers, il est conseillé d'avoir sur soi la prochaine dose de médicaments au moment de quitter le domicile. La prise de médicaments anti-inflammatoires (Brufen, Voltaren, Algifor, etc.) n'est pas recommandée et doit être discutée impérativement avec le médecin chargé de la transplantation. En raison de l'interaction possible entre médicaments, qui concerne également des médicaments à base de plantes appelés phytothérapeutiques (p. ex. le millepertuis), toute modification médicamenteuse doit absolument être discutée en détail avec un médecin expert en médecine de la transplantation ou avec l'équipe de transplantation responsable.

Les médicaments immunosuppresseurs interagissent de différentes façons avec le système immunitaire du corps humain dans le but d'éviter un rejet de l'organe greffé. En raison de ce mécanisme, une augmentation de la vulnérabilité aux infections est l'effet secondaire le plus fréquent des immunosuppresseurs. En d'autres termes, le patient est plus à risque d'attraper d'éventuelles infections dues à des bactéries, mais aussi à des virus et à des champignons. L'immunosuppression est composée en général de différents médicaments qui sont utilisés ensemble pour augmenter leur efficacité et réduire les effets secondaires. Ils sont adaptés à chaque patient et dépendent, entre autres, de l'organe transplanté mais aussi de l'intervalle de temps suivant la transplantation.

Les inhibiteurs de calcineurine (CNI) sont utilisés régulièrement après une transplantation. Citons ici la cyclosporine A (p. ex. Sandimmun Neoral®) et le tacrolimus (p. ex. : Prograf®, Advagraf®, Envarsus®), la liste des médicaments enregistrés en Suisse étant cependant beaucoup plus exhaustive. Leur concentration dans le sang est un facteur décisif pour l'efficacité des CNI. Les concentrations sanguines correspondantes sont déterminées individuellement et ajustées si nécessaire. En fonction des résultats des mesures des concentrations sanguines, la dose de CNI peut éventuellement être modifiée par l'équipe de transplantation. Effets secondaires les plus fréquents des CNI : augmentation de la pression artérielle et réduction de la fonction rénale, mais aussi tremblements des mains, brûlures aux mains et aux pieds, augmentation de la pilosité corporelle (accentuée avec la cyclosporine A) et chute des cheveux (avec la prise de Tacrolimus). Aujourd'hui, le tacrolimus est le médicament utilisé le plus souvent comme CNI après une transplantation d'organes solides.

Le mycophénolate (Cellcept® ou Myfortic®), qui doit être pris en général deux fois par jour à un intervalle de 12 heures, est un autre immunosuppresseur. Nausées, diarrhée et troubles intestinaux, modification de la peau (il est fortement recommandé d'utiliser suffisamment de protection solaire), réduction de la production de globules blancs entraînant une plus grande

vulnérabilité aux infections, font partie des effets secondaires les plus fréquents. L'azathioprine (Imurek®) était prescrite autrefois à la place du mycophénolate, mais a été remplacée au fur et à mesure par ce dernier.

La cortisone est également utilisée fréquemment après une transplantation d'organe, du moins de manière temporaire. Il s'agit d'une hormone produite par le corps humain, capable d'influencer le système immunitaire de différentes façons. La cortisone est, entre autres, aussi prescrite à court terme à fortes doses en cas de réaction de rejet aiguë après une transplantation d'organe. Effets secondaires éventuels de la cortisone : œdème dans les tissus, augmentation de l'appétit, prise de poids, visage « lunaire », les troubles du sommeil, l'irritabilité et/ou la nervosité, augmentation de la glycémie, troubles de la cicatrisation et ostéoporose en cas d'utilisation durable à hautes doses.

D'autres immunosuppresseurs tels que des inhibiteurs de mTOR (Rapamune® ou Certican®) ou du bélatcept (Nulojix®) sont également à disposition et peuvent être prescrits en combinaison ou à la place des médicaments mentionnés ci-dessus dans des cas spécifiques.

Il convient de noter, d'une manière générale, que les immunosuppresseurs réduisent la réaction inflammatoire et que des symptômes typiques de maladie (rougeurs, douleurs, fièvre) sont éventuellement moins marqués.

---

Pour garantir la fonction adéquate d'un organe transplanté, il est en général nécessaire de prendre des immunosuppresseurs à vie en respectant les consignes du médecin. Il est **impérativement** recommandé de parler de toute modification médicamenteuse avec le médecin de transplantation pour éviter des effets secondaires indésirables ou un rejet.

---

Pour une adhésion optimale, il est important d'établir, dès le début, une bonne relation thérapeutique avec les patients transplantés. Concernant l'adhésion, il est conseillé de prêter une attention particulière aux groupes de patients suivants : adolescents et jeunes adultes, patients étrangers, personnes sous pression au travail et greffés préemptifs des reins.

### 3.3 Prophylaxie des infections après une transplantation

Comme nous l'avons déjà évoqué, les immunosuppresseurs sont d'un côté obligatoires après une transplantation d'organes pour éviter une réaction de rejet. De l'autre côté, ces médicaments augmentent la vulnérabilité aux infections du patient transplanté. Par conséquent, la prévention (prophylaxie) des infections par des bactéries, des virus ou des mycoses constitue un élément essentiel de la gestion des patients après une transplantation d'organes solides. Cette prévention englobe aussi bien des médicaments, prescrits comme prophylaxie des infections, que des recommandations vaccinales générales et particulières pour les patients transplantés, tout comme des règles de comportement et des mesures de prudence au quotidien.

En fonction de l'ordonnance du médecin, les antibiotiques sont utilisés par exemple comme prophylaxie dans le cadre d'interventions dentaires sous immunosuppresseurs. Les antibio-

tiques peuvent aussi être prescrits très tôt pour des infections des voies respiratoires ou urinaires par exemple, en fonction de la transplantation et de l'intensité de l'immunosuppression. Le choix des antibiotiques et la durée du traitement sont du ressort du médecin de transplantation. Le choix du traitement antibiotique peut être différent du choix et de la modalité du traitement de patients non transplantés.

L'antibiotique combiné triméthoprime et sulfaméthoxazole (Bactrim®, Nopil®) est souvent prescrit aux patients après une transplantation, parfois à vie, pour éviter la pneumonie à *Pneumocystis*, une infection opportuniste déclenchée par l'agent pathogène *Pneumocystis jirovecii*.

Le virostatique valganciclovir (Valcyte®) est prescrit comme prophylaxie contre le cytomégalo-virus (CMV) selon si le patient a déjà une protection contre le CMV en raison d'une infection à CMV dans le passé et en fonction du statut CMV du donneur d'organes. Chez des personnes en bonne santé, une infection à CMV se traduit dans la plupart des cas par peu ou pas de symptômes de la maladie. Cependant après une transplantation sous immunosuppression, une infection primaire au CMV ou une réactivation du CMV peuvent entraîner de graves complications, par exemple une colite (inflammation du gros intestin) ou une pneumonie. Des médicaments antiviraux sont également prescrits à des patients après une transplantation d'organes pour des maladies des voies respiratoires virales attrapées dans l'environnement familial (community acquired respiratory viral infections, CARVs). Citons par exemple l'oseltamivir (Tamiflu®) prescrit pour le traitement mais aussi comme prophylaxie après une exposition au virus saisonnier de la grippe, même si les patients transplantés ont été vaccinés auparavant contre la grippe saisonnière.

Les infections fongiques sont une complication chez les patients transplantés sous immunosuppresseurs. En fonction du type de transplantation, les médecins prescrivent par exemple de l'amphotéricine B (Ampho-Moronal®) comme prophylaxie ou comme traitement des maladies fongiques (levures et moisissures) des muqueuses (buccales), de l'œsophage et de l'intestin. Les autres antifongiques (médicaments contre les mycoses) font partie du groupe des azolés, prescrits comme prophylaxie et traitement des mycoses systémiques. Exemples : itraconazole (Sporanox®), posaconazole (Noxafil®) ou voriconazole (Vfend®). La prise parallèle d'azolés et de CNI entraîne des interactions connues qui influencent les concentrations sanguines CNI. Les azolés ne doivent donc être pris que sur ordonnance du médecin de transplantation. Des contrôles minutieux des concentrations sanguines CNI sont indiqués pour éviter des effets secondaires indésirables.

Une bonne hygiène corporelle permet également d'éviter les infections. Il convient donc de se laver régulièrement les mains, mais aussi de prendre soin de son hygiène buccale et dentaire, contrôles annuels chez le dentiste inclus. En hiver, pendant l'épidémie de grippe, on recommande d'éviter les grands rassemblements de personnes et les proches malades. Se laver soigneusement les mains après chaque contact avec un animal domestique. Porter des gants et un masque pour nettoyer le bac à litière pour chat ou la cage à oiseaux. Désinfecter et panser impérativement en cas de blessures dues à une morsure ou à des griffures. Observer régulièrement la plaie à la recherche de symptômes d'infection.

Les tatouages et les piercings ne sont pas recommandés à cause du risque d'infection.

Le sujet des vaccinations et des recommandations vaccinales comme « prophylaxie des infections » sera abordé en détail dans le prochain chapitre.

### 3.4 Vaccinations et recommandations vaccinales

Comme les immunosuppresseurs doivent en général être pris à vie, les personnes transplantées risquent davantage d'attraper des maladies infectieuses. Dans ce contexte, il est important de déterminer soigneusement le statut vaccinal des patients **avant** de les placer sur une liste d'attente en vue d'une transplantation pour éviter les maladies infectieuses que peut prévenir la vaccination, par exemple la varicelle et la rougeole. En règle générale, il est recommandé que les patients soient vaccinés **avant** d'être placés sur une liste d'attente en vue d'une transplantation, conformément à la version actuelle du plan de vaccination suisse figurant sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

---

#### Office fédéral de la santé publique – plan de vaccination suisse

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html>




---

Les vaccins manquants (vaccins de base, rappels, vaccins complémentaires pour les groupes à risque y compris hépatite B) doivent être administrés rapidement et documentés dans le carnet de vaccination ou en ligne.

Il est toutefois totalement déconseillé de repousser une transplantation indispensable d'organes vitaux en raison d'un statut vaccinal incomplet. Un schéma de vaccination accéléré chez les personnes avant une transplantation d'un organe solide est disponible sur le site Internet de l'OFSP. Vous y trouverez, entre autres, les délais minimaux (en mois) à respecter.

**Après** une transplantation réussie, il convient également de connaître la vaccination déjà existante et de rattraper, de façon sélective, les vaccinations recommandées. Les recommandations vaccinales élaborées par l'OFSP et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) tiennent lieu de référence.

Il convient de savoir que les immunosuppresseurs obligatoires après une transplantation entraîneront une réponse immunitaire restreinte du patient transplanté. Dans ce contexte, la documentation vaccinale créée avant la transplantation joue un rôle important. Le cas échéant, il est indispensable de vérifier l'existence d'une vaccination suffisante par la détection d'anticorps. Dans les six premiers mois suivant la transplantation, les vaccinations de base et complémentaires ne sont en général pas recommandées en raison d'une compétence et une réponse immunitaire amoindries.

La vaccination contre la grippe saisonnière est fortement indiquée une fois par an chez ces patients à risque.

Dans les mois suivant la transplantation, la compétence et la réponse immunitaires sont en général amoindries. En d'autres termes, les patients doivent faire leurs vaccins de rattrapage et leurs rappels en plus de la vaccination de grippe saisonnière annuelle et de la vaccination contre les pneumocoques (avec le vaccin pneumococcique conjugué 13 valent, Prevenar13®). La vaccination de base et les rappels annuels contre SARS-CoV-2 sont également expressément indiqués. Malgré l'immunosuppression et donc une réponse vaccinale réduite, les patients transplantés développent une réponse immunitaire. En règle générale, les vaccinations n'augmentent pas, le risque de réaction de rejet.

De manière fondamentale, l'utilisation de vaccins vivants après une transplantation **n'est pas** autorisée car elle peut entraîner une multiplication virale (p. ex. vaccins vivants contre la varicelle, la rougeole ou la fièvre jaune).

Il est en général recommandé, de vérifier le statut vaccinal de tous les contacts du foyer, en se basant sur le plan de vaccination suisse et de combler d'éventuelles lacunes. La vaccination annuelle contre la grippe saisonnière fait partie de ces vaccinations.

Connaître les vaccins obligatoires pour certaines destinations de voyage est indispensable au vu de l'envie de voyager que connaissent aujourd'hui les patients transplantés. Dans ce contexte les centres de médecine du voyage font référence, ils offrent leurs conseils en fonction des projets de voyage individuels des patients. Il est absolument indispensable que les patients communiquent clairement au conseiller en vaccination du centre de médecine de voyage le statut de leur transplantation et leur traitement immunosuppresseur actuel. Ils doivent ensuite discuter des recommandations vaccinales avec le médecin de transplantation. Une vaccination contre la fièvre jaune est contre-indiquée après une transplantation d'organes. Une vaccination contre la méningo-encéphalite à tiques (FSME) est recommandée en Suisse. En ce qui concerne le papillomavirus humain (VPH), une vaccination est conseillée avant, mais dans certains cas aussi après le début de l'activité sexuelle.

---

Les vaccinations sont un point important dans le cadre d'une transplantation d'organes et il est conseillé de les vérifier, voire de les rattraper, avant une transplantation. Les vaccins vivants **ne sont pas** autorisés sous immunosuppresseurs. La vaccination contre la grippe saisonnière est essentielle pour les patients transplantés et leur entourage.

---

### 3.5 Complications après une transplantation

La vie après une transplantation d'organes solides est, en règle générale, uniquement possible en prenant à vie des immunosuppresseurs. Le corps humain reconnaît en effet le greffon comme un corps étranger et la réaction immunitaire déclenchée par le corps entraînerait le rejet de l'organe. Les immunosuppresseurs empêchent ce processus et permettent à l'organe transplanté de conserver ses fonctions.

Les cellules T, qui font partie du groupe des globules blancs (leucocytes), jouent un rôle important dans la défense immunitaire. Les antigènes se fixent sur la cellule T via des récepteurs qui reconnaissent les corps étrangers (antigènes), p. ex. par des caractéristiques tissulaires de cellules étrangères. De plus, d'autres récepteurs envoient à la cellule T d'autres signaux du tissu étranger. Il s'agit des signaux secondaires qui provoquent l'activation de la cellule T. La cellule T libère alors des substances de signalisation et ordonne ainsi à d'autres cellules immunitaires d'attaquer les cellules étrangères.

Le rejet cellulaire des organes transplantés est connu depuis longtemps. Une réaction immunitaire basée sur les anticorps joue également un rôle à ce niveau, mais on ne s'est intéressé à ce phénomène que depuis quelques années. On sait cependant aujourd'hui que la réaction immunitaire humorale est tout aussi importante dans la médecine de la transplantation.

Les immunosuppresseurs luttent en effet via plusieurs mécanismes contre ces activations cellulaires et humorales.

La réaction de rejet peut être aiguë ou chronique. Cette dysfonction de l'organe transplanté peut se produire à tout moment après une transplantation.

C'est au cours de la première année suivant la transplantation que le risque d'une réaction de rejet aiguë est le plus grand. Grâce à la prescription d'immunosuppresseurs efficaces, la réaction de rejet aiguë est plutôt rare aujourd'hui si le patient prend consciencieusement et régulièrement ses médicaments en respectant son ordonnance médicale. L'objectif est d'éviter des réactions de rejet aiguës par des contrôles et des suivis étroits du patient, ou du moins de les détecter à temps pour les traiter immédiatement en augmentant passagèrement les immunosuppresseurs.

Le contrôle de la fonction du greffon dépend, entre autres, de l'organe concerné. En règle générale, des contrôles en laboratoire, l'imagerie médicale, voire un diagnostic invasif avec prélèvement de tissu font partie de ces contrôles, auxquels peuvent s'ajouter des examens spécifiques à un organe donné. Une mesure de la fonction pulmonaire sera effectuée, par exemple, chez des transplantés des poumons, ces mesures devant aussi être réalisées à la maison par le patient dans le cadre du suivi quotidien.

Le rejet chronique se développe le plus souvent seulement après la première année suivant la transplantation. Il entraîne une dysfonction chronique du greffon (DCG) avec perte durable de sa fonction. Le rejet chronique est aujourd'hui encore le talon d'Achille de la transplantation de tous les organes solides et n'est malheureusement pas encore suffisamment compris. Si l'on considère les rejets chroniques, il existe beaucoup de ressemblances entre les organes solides, mais aussi plusieurs différences, les détails ne faisant cependant pas partie de l'aperçu présenté dans ce chapitre.

La vasculopathie est une maladie exprimant un rejet chronique chez les patients ayant subi une transplantation du cœur. 10 ans après une transplantation de cœur, 50% des patients développent, une vasculopathie du greffon cardiaque. Le rejet chronique suivant une transplantation des poumons est décrit aujourd'hui sous le terme générique de dysfonction chronique du greffon (chronic lung allograft dysfunction, CLAD), la forme la plus fréquente étant le syndrome clinique de bronchiolite oblitérante (BOS). Une transformation du tissu obture alors les petites voies respiratoires via des processus complexes, ce qui est diagnostiqué cliniquement par la perte continue de la fonction pulmonaire. 5 ans après transplantation des poumons, près de 50% des patients encore en vie développent une CLAD. Les options thérapeutiques sont restreintes et englobent, entre autres, l'antibiotique macrolide azithromycine (Zithromax<sup>®</sup>) ainsi que des traitements tels que la photophérese extracorporelle (PEC) ou l'irradiation lymphatique totale (ILT). Grâce aux immunosuppresseurs à base de CNI, le rejet chronique après une transplantation du foie est aujourd'hui heureusement devenu plus rare qu'avec une prévalence de 5-15%. Moins de 5% de toutes les pertes d'organes après une transplantation du foie sont dues à un rejet chronique. Comme une forme tardive de DCG après transplantation du foie ne peut le plus souvent plus être contrecarrée, par l'immunosuppression, la détection précoce joue ici un rôle majeur. Le rejet chronique après une transplantation de rein est causé par des facteurs immunologiques et non immunologiques, des processus de transformation irréversibles ayant lieu dans le greffon et dans les vaisseaux du greffon. On parle de néphropathie chronique d'allogreffe (NCA). Ici aussi une détection précoce est essentielle afin de pouvoir offrir aux patients un concept de traitement individuel et éviter une progression du rejet chronique.

La re-transplantation est la dernière option thérapeutique dans le cas d'un rejet chronique avancé avec perte accrue de la fonction de l'organe transplanté.

---

Comme l'évolution du rejet chronique avec dysfonction chronique du greffon (DCG) après une transplantation d'organe est encore le facteur limitant la survie à long terme, et comme les options thérapeutiques sont limitées, la détection précoce et le traitement des facteurs de risque éventuellement modifiables sont particulièrement importants.

---

Les immunosuppression optimale après une transplantation d'organe est souvent un équilibre difficile pour un patient individuel. Disons en résumé « autant que nécessaire, aussi peu que possible ». Les immunosuppresseurs doivent être en mesure d'éviter le rejet de l'organe greffé, mais ne doivent pas être pris en trop grande quantité pour ne pas augmenter la vulnérabilité aux infections. Aujourd'hui le plus souvent on essaie de prescrire individuellement les immunosuppresseurs en fonction du type de transplantation, de l'évolution clinique après la transplantation, de la fréquence et du degré de sévérité des réactions de rejet aiguës, de l'âge du patient etc. Une approche thérapeutique de l'immunosuppression « one fits all » est déconseillée.

Comme les immunosuppresseurs sont le plus souvent prescrits à vie, des effets secondaires plus ou moins graves peuvent se développer au fil du temps. Une conséquence particulièrement sévère des immunosuppresseurs est le risque accru de développer certains types de **cancers**, tels que **cancer de la peau**, **cancer du col de l'utérus** et **cancer des glandes lymphatiques**. Les mécanismes exacts entre les immunosuppresseurs et l'apparition d'une tumeur ne seront pas expliqués ici en détail. On sait cependant que le système immunitaire humain est en principe en mesure de reconnaître des cellules dégénérées et de les combattre. Ce mécanisme semble limité sous immunosuppresseurs si bien que les cellules dégénérées peuvent en fait plutôt se développer et évoluer vers un cancer.

Sur les 5'672 patients dont les données ont été analysées dans le rapport annuel de la STCS de 2020, 8,7% ont développé un type de cancer (hors cancer de la peau) et près de 13% un cancer de la peau (en médiane, environ trois ans après la transplantation). Le type de cancer généralement le plus fréquent après une transplantation d'organes est le cancer blanc de la peau, dont le risque peut être nettement réduit par l'application adéquate de protection solaire (chapeau, vêtements, crème solaire avec indice de protection 50) et en évitant les expositions au soleil. Les patients sont tenus de contrôler eux-mêmes régulièrement leur peau et de se faire examiner tout le corps au moins une fois par an chez un dermatologue.

Parmi les autres effets secondaires les plus fréquents des immunosuppresseurs, citons le développement d'une **pression artérielle élevée**, qui doit être contrôlée régulièrement et s'améliore en mangeant moins d'aliments salés. Des **troubles du métabolisme des graisses** font également partie des effets secondaires connus (taux de cholestérol trop élevé).

### 3.6 Vie quotidienne et professionnelle

En fonction du type de transplantation, les patients peuvent sortir de l'hôpital quelques jours ou quelques semaines après leur transplantation et rentrer à la maison. Commence alors une phase de réorientation au cours de laquelle ils doivent s'habituer à de nouvelles règles comportementales, qui s'appliquent aussi à leur famille et à leurs contacts. Des infirmiers, des médecins et autres professionnels de la santé préparent minutieusement les patients à cette période, entre autres, via des directives spécifiques, des brochures d'information et des formations dédiées aux patients.

Les patients transplantés continuent de faire l'objet d'un contrôle médical étroit, soit directement au centre de transplantation, soit auprès d'un spécialiste de la médecine de la transplantation qui collabore d'une façon ou d'une autre avec le centre de transplantation. L'organe transplanté et sa fonction ont besoin d'un contrôle minutieux, de même quelles possibles effets secondaire de l'immunosuppression prescrite à vie.

Les contrôles médicaux sont plus fréquents dans les premières semaines jusqu'à la fin de la

première année suivant la transplantation. Plus un patient a été transplanté depuis longtemps, moins les contrôles au centre de transplantation seront fréquents, sauf si le patient développe une réaction de rejet chronique avec DCG ou connaît d'autres problèmes médicaux. Des spécialistes expérimentés et des infirmiers spécialisés font partie de l'équipe de transplantation compétente du centre. Les examens de contrôle (surveillance) sont effectués à des degrés divers en fonction de l'organe greffé. Un examen invasif peut aussi s'avérer nécessaire et entraînera le prélèvement d'un échantillon de tissu, p. ex. du cœur transplanté (biopsie endomyocardique) ou du poumon transplanté (biopsie trans-thoracique) ou des reins transplantés (biopsie du greffon rénal) pour permettre aux pathologues d'exclure une réaction de rejet du greffon. Ces examens de surveillance servent à régler l'immunosuppression du patient de manière individuelle.

En fonction de l'organe transplanté, les patients sont également incités à contrôler leur état de santé à domicile (autogestion du patient) et à communiquer des modifications éventuelles au médecin traitant ou à l'équipe de transplantation. Dans le cadre de l'autogestion à domicile, le patient peut aussi devoir réaliser lui-même des examens à l'aide d'appareils. Cela peut aller de la mesure de la pression artérielle à la mesure journalière de la fonction pulmonaire avec un micro-spiromètre manuel. Les valeurs mesurées doivent être documentées par le patient lui-même et seront analysées lors du contrôle médical. Ces valeurs peuvent être documentées dans un journal de bord mais beaucoup, surtout les jeunes patients, utilisent aujourd'hui des applications spécifiques sur leur smartphone. Si le patient constate des écarts au niveau des valeurs qu'il a mesurées, il est tenu de les communiquer immédiatement à l'équipe de transplantation. Le dossier électronique du patient peut faciliter l'échange d'informations entre les différents spécialistes. Les patients sont en outre informés de l'importance de la prise régulière de leurs médicaments ainsi que de leurs effets secondaires éventuels et des symptômes possibles d'une maladie, auxquels ils doivent faire particulièrement attention (nausée, vomissements, diarrhée ou constipation ; maux de tête, maux de gorge et douleurs articulaires ; rougeurs, enflures ou douleurs sur des parties du corps ; modifications de la peau ; fièvre). En cas de survenue de ces symptômes, le patient ne doit pas attendre le prochain contrôle mais se manifester sans attendre auprès du centre de transplantation ou du médecin spécialisé. De nombreux centres de transplantation permettent aux patients de s'exercer à la prise de médicaments avant de sortir de l'hôpital.

Les patients bénéficient le plus souvent de conseils diététiques portant aussi sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée, variant tous les jours et modérée. Ils sont aussi informés de l'influence de certains aliments sur les médicaments. Exemple typique : la consommation de jus de pamplemousse est interdite avec les immunosuppresseurs. En principe, les patients transplantés doivent respecter une bonne hygiène alimentaire lorsqu'ils choisissent leurs aliments et préparent leurs plats. Ils doivent éviter une consommation excessive d'alcool.

En effet l'objectif d'une transplantation est non seulement de prolonger la vie d'un patient, mais aussi d'améliorer sa qualité de vie au quotidien. Se lancer dans une activité professionnelle ou la reprendre font ainsi partie de ce concept. (Ré)intégrer le monde du travail est en général recommandé. Une activité bien réglée, même partielle, permet de structurer la vie quotidienne et favorise les contacts sociaux en dehors du foyer, de la famille et des amis. Cette reprise du travail doit être discutée avec le médecin traitant. Les équipes de transplantation sont là pour soutenir le patient si besoin et peuvent aussi faire appel à des travailleurs sociaux, si nécessaire. Une aide supplémentaire est proposée pour régler les questions de l'assurance-invalidité. Dans certains cas, par exemple après une transplantation des poumons, il est également recommandé de parler du choix du poste de travail avec le médecin traitant.



Les patients peuvent s'interroger et s'inquiéter sur le temps sur la liste d'attente, le séjour à l'hôpital et le retour à la vie quotidienne. Une aide psychologique peut être nécessaire pour certains patients.

## 3.7 Sport et sexualité

### Sport

Après avoir subi une transplantation réussie d'organes solides, il est bénéfique d'avoir une activité physique et de pratiquer des activités sportives, ces dernières devant cependant être adaptées à l'état de santé et à la forme physique du patient. Il est important que le patient renforce sa musculature et améliore son niveau d'endurance. Il est également vital que le patient n'attende pas longtemps après sa transplantation pour commencer la mobilisation et se remettre rapidement à faire des activités physiques quotidiennes. Après concertation avec l'équipe de transplantation, un séjour dans une clinique de rééducation est conseillé aux patients qui sont encore physiquement très limités après leur transplantation.

En fonction du type de transplantation, certains types de sport doivent être évités dans les trois premiers mois suivant la transplantation, par exemple les sports de contact et de combat. Il est également recommandé de ne pas porter de charges de plus de 2,5 kg dans les six semaines et pas de charges de plus de 5 kg pendant les 3 premiers mois suivant une transplantation, une concertation avec l'équipe de transplantation étant indiquée à ce niveau. Les sports d'endurance tels que le jogging ou le cyclisme sont conseillés à de nombreux patients. Au cours des trois premiers mois suivant la transplantation, seul le vélo d'appartement avec une faible résistance est recommandé. Certains centres recommandent par exemple aux transplantés des poumons de renoncer à la natation dans les premiers mois suivant la transplantation et de nager ensuite de préférence dans des eaux naturelles. Là aussi, il est judicieux de demander l'avis de l'équipe de transplantation.

Le sport, souvent très apprécié des patients transplantés, n'a pas seulement des conséquences positives sur le corps, mais aussi sur l'esprit. La plupart des personnes pratiquant régulièrement un sport se sentent plus équilibrées et plus fortes au niveau émotionnel, l'activité physique aidant à mieux gérer le stress de la vie quotidienne.

En fonction du type de transplantation, une thérapie d'entraînement médical (MTT) sous la direction professionnelle de physiothérapeutes commence souvent dans les centres de transplantation. Elle vise à améliorer l'appareil moteur et le système cardiovasculaire du patient par des exercices de musculature, d'endurance, de souplesse et de coordination. L'aspect médical est au premier plan de la MTT, qui n'est donc à prendre comme une séance d'entraînement au sens habituel. La MTT a pour but de combiner les connaissances issues de la théorie du mouvement et de l'entraînement à celles de la pathologie. Une MTT régulière soutient donc le processus de rééducation après une transplantation d'organes réussie. Une stimulation ciblée portant sur l'endurance, la souplesse, la coordination et la musculature doit permettre d'augmenter la résistance de l'appareil moteur et du système cardiovasculaire afin de permettre aux patients d'être plus performants dans leur vie professionnelle et dans leurs loisirs. La MTT est prescrite par le médecin. Les patients concernés doivent donc en parler à leur médecin de transplantation.

### Sexualité

Rien n'empêche les transplantés de reprendre une vie sexuelle, une vie amoureuse bien remplie étant en effet indispensable pour être heureux dans la vie. Les patients en attente de transplantation sont souvent confrontés à des problèmes sexuels dus à leur mauvais état de santé. Pour de nombreux patients transplantés, une vie sexuelle normale est cependant à nouveau possible. Il est possible que certains médicaments (p. ex. médicaments hypotenseurs) aient une influence sur la vie sexuelle (troubles de l'érection, baisse de libido). Les patients changeant fréquemment de partenaire doivent veiller à se prémunir des maladies sexuellement transmissibles, en utilisant des moyens de protection tels que des préservatifs. La question de l'utilisation d'un contraceptif fiable après une transplantation doit être abordée avec un gynécologue expérimenté. En règle générale, les personnes transplantées ne sont pas obligées de renoncer à avoir des enfants. Il est recommandé aux femmes transplantées de parler cependant à **temps** et **obligatoirement** de leur désir de grossesse avec l'équipe de transplantation et avec un gynécologue expérimenté. En raison du degré d'immunosuppression il est important d'éviter une grossesse au cours de la première année suivant la transplantation. Les risques éventuels d'une grossesse (risque d'infection accru, ajustement des immunosuppresseurs, risque accru de malformation du fœtus, risque de rejet, prématurité) doivent être discutés en détail, dans l'idéal avant la conception. Il est également recommandé aux hommes transplantés de demander conseil à l'équipe de transplantation avant de concevoir des enfants.

## 3.8 Voyager après une transplantation

Si le voyage est bien préparé, les personnes transplantées peuvent se remettre à voyager en respectant certaines contraintes. La condition sine qua non est avant tout l'état de santé du patient transplanté et la stabilité de l'organe greffé, des conditions remplies normalement un an après la transplantation. Il est recommandé de parler à temps de ses projets de voyage avec le médecin traitant ou avec l'équipe de transplantation, dans l'idéal trois mois avant de partir.

### Avant le voyage

Les personnes transplantées doivent veiller à bien choisir leur destination (climat, niveau d'hygiène). S'il s'agit d'un voyage en avion, il serait recommandé que le médecin examine si le patient est en mesure de prendre l'avion. Bien vérifier l'intégralité des documents de voyage et l'assurance annulation voyage fait partie des choses à ne pas oublier, tout comme s'assurer du rapatriement possible en cas d'urgence. Il est conseillé de délivrer les documents de voyage du centre de transplantation en anglais. Le sujet du décalage horaire pour la prise de médicaments (immunosuppresseurs) et la médication de réserve sont des aspects à discuter à temps avec l'équipe de transplantation, qui est là pour conseiller les patients. Le thème des vaccins a déjà été abordé auparavant. Il est conseillé de remplir une liste de contrôle « Avant le voyage » (voir III. 3).

---

Une planification détaillée et une bonne préparation sont indispensables pour voyager après une transplantation, le tout devant être fixé en général trois mois avant le début du voyage, surtout s'il s'agit d'une destination lointaine. Le médecin traitant doit être consulté à temps et l'équipe de transplantation être tenue informée. Les centres de la médecine du voyage offrent des conseils supplémentaires pour des questions spécifiques à la destination de voyage.

---

### Illustration 3 : Liste de contrôle « Avant de partir en voyage »

#### Destination

- Consultez à temps votre spécialiste de la transplantation (3 mois avant le départ prévu)
- Tenez compte des dates des contrôles de routine
- Demandez conseil au centre de la médecine du voyage (facultatif, en fonction de la destination de voyage)
- Prenez rendez-vous chez votre médecin pour une visite de contrôle au retour du voyage

#### Assurances

- Couverture suffisante pour les voyages à l'étranger (caisse maladie, assurance annulation.
- Assurance rapatriement en cas d'urgence

#### Documents de voyage et documents médicaux

- Passeport valable, visa (si nécessaire)
- Document douanier : autorisation de transport pour tous les médicaments
- Passeport du patient avec le nom des principaux contacts à mettre dans son portefeuille
- Liste des diagnostics (en anglais)/valeurs actuelles de laboratoire
- Plan de médication
- La prescription
- Carnet vaccinal international actuel
- Carte d'allergie
- Interlocuteur médical dans le pays de destination (service 24h/24)
- Copie de tous les documents personnels (billets de voyage, passeport, assurance maladie, dossiers d'assurance, cartes de crédit etc.) et des documents médicaux actuels

#### Médication à long terme

- Tenez compte du décalage horaire. Demandez conseil à votre spécialiste de la transplantation pour savoir si le décalage horaire doit être pris en compte pour la prise de vos médicaments
- Transport des médicaments à long terme : quantité nécessaire pour au moins 7 jours dans le bagage à main, le reste dans la valise (Si la durée du vol excède quatre heures, les médicaments doivent être transportés dans le bagage à main, car la soute à bagages est trop froide. Éventuellement répartir les médicaments entre différents bagages (accompagnant))

### Pharmacie de voyage et pharmacie d'urgence

- Médicaments supplémentaires, médicaments d'urgence et pharmacie de voyage (après avoir consulté votre médecin)
- Prophylaxie de la thrombose (après avoir consulté votre médecin).
- Thermomètre médical
- Préservatifs

### Vaccinations

- Contrôle du statut vaccinal, rappels et prophylaxie des infections (après avoir consulté votre médecin), au moins 3 mois avant le début du voyage

### Protection solaire

- Protection solaire avec un indice de protection élevé (LSF 50)
- Chapeau et vêtements longs (longues manches et pantalons longs), éventuellement aussi avec protection contre les rayons UV
- Lunettes de soleil

### Contre les piqûres d'insectes

- Produits de protection contre les insectes pour la peau et les textiles
- Vêtements à manches longues, pantalons longs
- Moustiquaire

### Hygiène

- Désinfectant pour les mains (pas plus de 100 ml dans le bagage à main)
- Eventuellement masque (après avoir consulté votre médecin)

### Pendant le voyage

Afin d'être préparés à des situations à risque et à d'éventuelles complications pendant le voyage, les patients transplantés doivent discuter, **avant** le début du voyage, avec l'équipe de transplantation des règles comportementales à adopter en cas de maladie/d'urgence, p. ex. en cas de diarrhée. De nombreuses complications peuvent être évitées en respectant strictement les règles liées à l'hygiène, aux aliments et à l'eau potable. Une règle simple (mais sûre) est la suivante : « **Boil it, cook it, peel it or forget it** » (fais bouillir, fais cuire, pèle ou laisse tomber). Il est également impératif de respecter les maximes de baignade. En raison des immunosuppresseurs, les patients transplantés sont en effet davantage vulnérables aux infections. Se baigner et plonger dans les eaux chaudes des tropiques est déconseillé, la baignade dans des eaux classées sans danger par les autorités étant, elle, recommandée. Porter des sandales, des chaussures de plage ou des tongs est souhaitable pour se protéger les pieds de blessures (bris de coquillage) ou d'infections (mycose des pieds, verrues plantaires). Un contact rapproché avec des animaux doit être évité. En cas de morsure par un animal, contacter impérativement un médecin local en raison du risque d'infection. Ne pas oublier d'utiliser insecticides et moustiquaires.

### Après le voyage

De retour de voyage, il est conseillé de se rendre au centre de transplantation pour un contrôle, le rendez-vous devant avoir été pris **avant** le départ. En cas d'apparition de nouveaux symptômes, même plusieurs semaines après le retour, ne pas hésiter à aller voir immédiatement son médecin.

---

### Guide de voyage – planification de voyages et de vacances après une transplantation d'organes

[https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user\\_upload/Swisstransplant/Publikationen/Reisehandbuch.pdf](https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Swisstransplant/Publikationen/Reisehandbuch.pdf)




---

## 3.9 Qualité de vie après une transplantation

Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, l'objectif d'une transplantation d'organes n'est pas seulement de prolonger la vie, mais aussi d'améliorer sa qualité, qui a été nettement limitée chez la plupart des patients en attente, plus ou moins longue, d'un organe compatible. Après la transplantation, les personnes ont envie de « revivre normalement », chacun ayant une interprétation différente de cette notion. Les transplantés, comme les non-transplantés, veulent se consacrer à des choses qui sont vraiment importantes à leurs yeux, sans être limités physiquement, profiter de leur partenaire, de leur famille, de leurs amis, collègues, contacts sociaux et mener une **vie en toute autodétermination**. Les personnes transplantées parlent souvent d'une seconde vie, rendue possible par la transplantation. Elles ont envie de vivre en savourant davantage cette vie et en ayant plus conscience de soi qu'avant leur transplantation.

Il va sans dire que les personnes transplantées ne peuvent pas vivre entièrement sans restrictions après leur transplantation. Elles doivent subir régulièrement des contrôles médicaux, prendre consciencieusement tous les jours leurs médicaments (immunosuppresseurs), développent parfois des complications médicales dues à ces immunosuppresseurs et vivent avec la crainte d'un rejet de leur « nouvel » organe greffé. En dépit de ces contraintes, voire de ces peurs, la plupart des personnes se sentent mieux après leur transplantation qu'avant. Beaucoup seraient prêtes à recommencer, elles ne regrettent pas leur décision d'avoir consenti à une transplantation. Des études scientifiques sont là pour étayer cette attitude.

---

Les patients transplantés trouvent que la qualité de leur vie s'est **améliorée** par rapport à avant, cette **attitude positive** se référant à de nombreux domaines de la vie de tous les jours : performances physiques, bien-être psychique, santé morale, vie sociale.

---

Cette attitude à dominante positive des patients transplantés vis-à-vis de la transplantation a été documentée scientifiquement en Suisse, entre autres dans une étude nationale.

Cette étude confirme l'attitude généralement positive des personnes interrogées vis-à-vis de la transplantation, mais aussi vis-à-vis de la médication et de la prise de conscience de soi. Des patients, mais aussi leur partenaire, soulignent cependant le stress et la peur liés à la transplantation, ces raisons expliquant aussi une attitude négative vis-à-vis de la transplantation. Les patients parlent d'un immense stress émotionnel provoqué par la transplantation et jugent leur destin de façon plus négative que leur partenaire. Il est donc indispensable de tenir compte des perceptions des patients transplantés et de celles de leur partenaire par rapport à la transplantation.

Les aspects d'une vie quotidienne normale après la transplantation, un sujet abordé en détail dans les rubriques précédentes, contribuent à cette qualité de vie. P. ex., commencer une activité professionnelle ou reprendre son métier, bouger et faire du sport avec enthousiasme, avoir une vie sexuelle bien remplie et pouvoir voyager « en sécurité » après la transplantation.

De nombreux lecteurs se demandent maintenant sûrement ce qui se passe dans la tête des personnes en attente d'un organe. Quelle est l'histoire du patient avant sa transplantation ? Et comment vit-il après cette transplantation ? Même après la transplantation, la vie donne lieu à des histoires toutes différentes, aussi variées que la vie en soi. Vous trouverez les histoires de patients transplantés sous forme de mini-documentaires sur le site Internet de Swisstransplant.

---

### Histoires de personnes transplantées (mini-documentaires)

<https://www.swisstransplant.org/fr/info-materiel/videos-explicatives/>



## Auteurs

Version 1.0

### Groupe de travail (par ordre alphabétique)

- Pr Christian Benden
- PD Franz Immer

### Groupe d'experts (par ordre alphabétique)

- Dre Isabelle Binet
- Ramona Odermatt
- Marian Strucker

## Ouvrages complémentaires (par ordre chronologique)

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation), RS 810.2 du 8 octobre 2004 (état au 1er juillet 2007)

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (ordonnance sur la transplantation), RS 810.211 du 16 mars 2007 (état au 1er janvier 2013)

Office fédéral de la santé publique (OFSP) : La médecine de la transplantation : un long passé <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/transplantationsmedizin/transplantieren-von-organen-geweben-zellen/geschichte-der-transplantation.html>

M.T. Koller, C. van Delden, N.J. Müller, et al. Design and methodology of the Swiss Transplant Cohort Study (STCS): a comprehensive prospective nationwide long-term follow-up cohort. *Eur. J. Epidemiol.* 2013; 28: 347–355

STCS, Swiss Transplant Cohort Study Report (May 2008 – December 2018), July 2019.

A. Rana, E.L. Godfrey. Outcomes in solid-organ transplantation: success and stagnation. *Tex. Heart Inst. J.* 2019; 46: 75–76

R. Kumar, M.G. Ison. Opportunistic infections in transplant patients. *Infect. Dis. Clin. N. Am.* 2019; 33: 1143–1157

M. Slifkin, S. Doron, D.R. Snyderman. Viral prophylaxis in organ transplant patients. *Drugs* 2004; 64: 2763–2792

H. Suhling, J. Gottlieb, C. Bara, et al. Chronische Abstoßung. Unterschiede und Ähnlichkeiten bei verschiedenen soliden Organtransplantationen. *Internist* 2016; 57: 25–37

Reisehandbuch. Reise- und Ferienplanung nach Organtransplantation.

S. De Geest, H. Burkhalter, L. Barben, et al. The Swiss Transplant Cohort Study's framework for assessing lifelong psychosocial factors in solid-organ transplants. *Prog. Transplant.* 2013; 23: 235–246

L. Goetzmann, U. Scholz, R. Dux, et al. Attitudes towards transplantation and medication among 121 heart, lung, liver and kidney recipients and their spouses. *Swiss Med. Wkly.* 2021; 142: w13595

## Modifications

Date	Version	Modifications
Février 2023	1.1	Corrections



**Swisstransplant**

Effingerstrasse 1

3008 Berne

T : +41 58 123 80 00

[info@swisstransplant.org](mailto:info@swisstransplant.org)

[www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)

**CNDO**

Nationaler Ausschuss für Organspende  
Comité National du don d'organes

