

Receveur

module — 10

Version 2.0 — Février 2026

Table des matières

1.0	Introduction	4
2.0	Résultats après une transplantation d'organe	5
3.0	Immunosuppresseurs après une transplantation	7
4.0	Prophylaxie des infections et vaccinations	9
4.1	Prévention des infections après une transplantation	9
4.2	Vaccinations et recommandations vaccinales	10
5.0	Complications après une transplantation	13
6.0	Vie quotidienne, sport, sexualité, voyages	16
6.1	Vie quotidienne et travail	16
6.2	Sport et sexualité	17
6.3	Voyager après une transplantation	19
6.4	Qualité de vie après une transplantation	19
7.0	Lettres de remerciement	21
	Annexe 1 : checklist « Avant de partir en voyage »	24

1.0

Introduction

La transplantation d'organes solides est aujourd'hui une option thérapeutique établie pour les patients atteints, par exemple, d'une maladie du cœur, de foie, de poumon, de pancréas ou de reins à un stade avancé, pour laquelle il n'existe aucune autre option thérapeutique médicale ou chirurgicale à long terme.

La transplantation d'organes est soumise à des conditions juridiques strictes, qui sont réglementées au niveau national par la loi sur la transplantation [1] et les ordonnances correspondantes [2]. Outre la disponibilité d'un nombre suffisant d'organes de qualité appropriée, la réussite à long terme d'une transplantation d'organe nécessite une sélection rigoureuse des candidats potentiels à une transplantation d'organe et un suivi à long terme des patients transplantés par des équipes interdisciplinaires expérimentées dans la médecine de transplantation d'organes spécifiques.

En 2024, 637 transplantations d'organes solides ont été réalisées en Suisse. Les transplantations des reins ont été les plus fréquentes (395), suivies des transplantations du foie (133), des poumons (63) et de la transplantation du cœur (47), ainsi que des transplantations du pancréas (13) [3]. Ces transplantations d'organe sont réalisées dans les six centres de transplantation suisses situés à Bâle, Berne, Genève, Lausanne, Saint-Gall et Zurich. Il s'agit d'un mandat dans le cadre de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) en Suisse.

La transplantation d'organe n'a pas seulement pour objectif de prolonger la vie, mais aussi et surtout d'améliorer la qualité de vie du receveur d'organes. Outre un suivi approprié par des équipes expérimentées en médecine de la transplantation, une transplantation d'organe a également un impact durable sur la vie quotidienne des patients et de leurs familles. Ces aspects seront abordés en détail ci-après.

2.0

Résultats après une transplantation d'organe

La transplantation d'organe est aujourd'hui une thérapie reconnue, pratiquée dans le monde entier sur plusieurs milliers de patients. Heureusement, les résultats après une transplantation d'organes se sont considérablement améliorés depuis leurs débuts au siècle dernier, de sorte que les patients soigneusement sélectionnés pour une transplantation d'organes bénéficient généralement non seulement d'une prolongation de leur vie, mais aussi d'une amélioration de leur qualité de vie au quotidien. Depuis 2008, tous les patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe sont enregistrés de manière prospective dans le cadre de l'Étude suisse de cohorte de transplantation (« Swiss Transplant Cohort Study », STCS), sous réserve de leur consentement écrit. Cette collecte de données dans un registre national sert au contrôle de la qualité et à la vérification des résultats, afin de les comparer, entre autres, avec les résultats internationaux après une transplantation d'organe.

Le rapport annuel STCS de 2025 [4] inclut tous les patients qui ont bénéficié d'une transplantation d'organe entre le 1er mai 2008 et le 31 décembre 2024. Les transplantations d'un seul organe ainsi que les transplantations multiples (par exemple, transplantation combinée foie-rein) ont été enregistrées, ainsi que la première transplantation d'organe et toute éventuelle re-transplantation (par exemple, une deuxième transplantation rénale après la défaillance d'un premier rein transplanté) et les transplantations d'organes secondaires (par exemple, une transplantation de rein après une transplantation du cœur préalable) ont également été prises en compte.

Selon le rapport annuel 2025 du STCS, 8583 patients au total ont été inclus après une transplantation d'organe, dont 96,5 % après une transplantation d'un seul organe ; 91 % des patients ont bénéficié d'une première transplantation d'organe. 8 % des patients enregistrés ont bénéficié d'une nouvelle transplantation. Sur les 4937 patients enregistrés ayant eu une transplantation rénale, 87 % ont bénéficié d'une première transplantation d'organe et 12 % d'une nouvelle transplantation rénale. Les nouvelles transplantations sont plutôt rares chez les receveurs d'une transplantation cardiaque, hépatique ou pulmonaire. Parmi les 295 receveurs d'une double transplantation enregistrés, la plupart ayant bénéficié d'une transplantation combinée rein-pancréas (58 %).

L'âge médian des patients était de 55 ans, près de 65 % d'entre eux étaient des hommes et seulement 4,6 % d'enfants. La probabilité de survie de la cohorte de patients, tous organes confondus, est de 95 % après un an et de 74 % après dix ans (voir Fig. 1). On observe toutefois des différences notables selon l'organe greffé (voir Fig. 2).



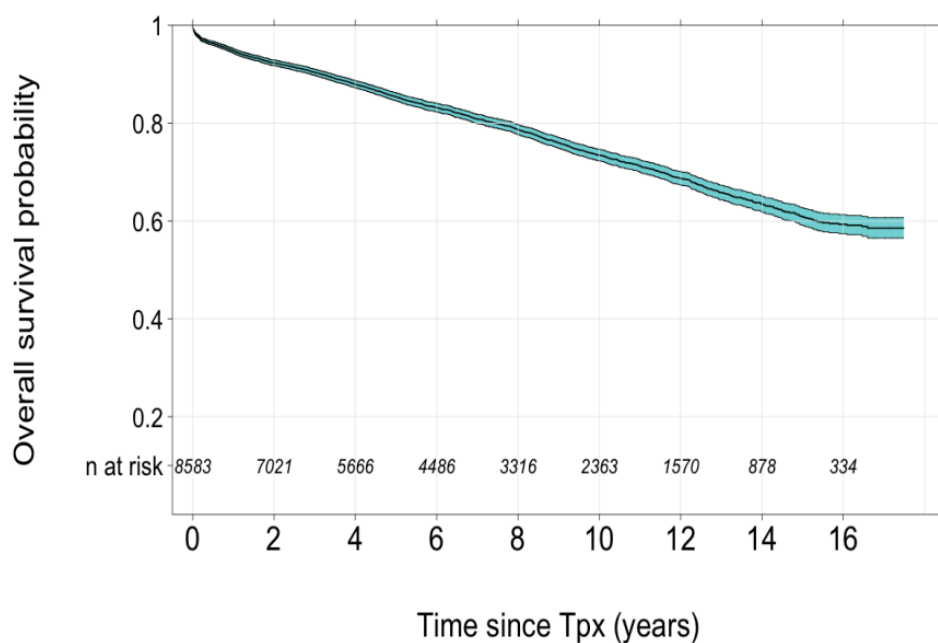


Illustration1 : Taux de survie global (STCS, 2025)

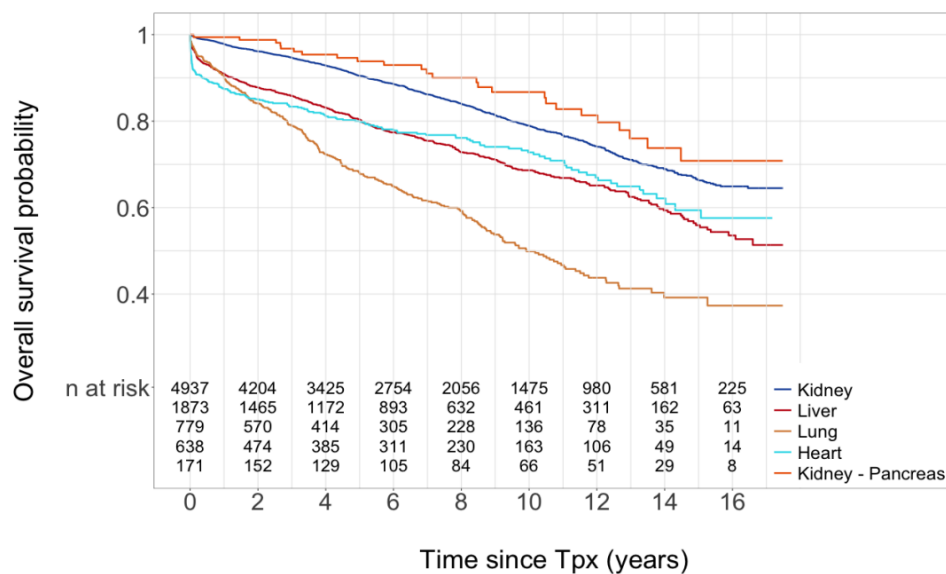


Illustration2 : Taux de survie selon l'organe (STCS, 2025)

3.0

Immunosuppresseurs après une transplantation

Afin d'éviter une réaction de rejet par l'organisme de l'organe greffé, il est généralement nécessaire de prendre de l'immunosuppression à vie. Dans ce contexte, il est important de prendre régulièrement les immunosuppresseurs aux heures prescrites. Cela permet de garantir leur efficacité et d'éviter ou de minimiser les éventuels effets secondaires.

En principe, l'objectif est de réduire au minimum le nombre de médicaments après une transplantation. Il ne faut pas oublier de prendre les doses de médicaments et tout effet secondaire éventuel doit être immédiatement signalé à l'équipe de transplantation. Afin de pouvoir prendre les médicaments à heures régulières comme prescrit, il est conseillé d'emporter la dose suivante avec soi lorsque l'on quitte son domicile. La prise de médicaments anti-inflammatoires (anti-inflammatoires non stéroïdiens tels que Brufen®, Voltaren®, Algifor® etc.) n'est pas recommandée et doit impérativement être discutée au préalable avec le médecin. En raison des interactions possibles entre les médicaments, y compris ceux d'origine végétale (les phytomédicaments tels que le millepertuis, par exemple), tout changement de traitement doit être discuté en détail avec un médecin expérimenté en médecine de transplantation ou avec l'équipe de transplantation qui vous suit.

Les médicaments immunosuppresseurs interagissent de différentes manières avec le système immunitaire du corps humain. Une susceptibilité accrue aux infections est l'effet secondaire le plus fréquent de l'immunosuppression. Cela signifie que le patient est plus exposé aux infections bactériennes, mais aussi virales et fongiques. L'immunosuppression consiste généralement en une combinaison de différents médicaments afin d'augmenter l'efficacité et de réduire les effets secondaires. Il est adapté individuellement au patient et dépend, entre autres, de l'organe greffé, de la compatibilité tissulaire, mais aussi du temps écoulé depuis la transplantation.

Pour le traitement d'induction au début de la transplantation, on utilise généralement des anticorps polyclonaux (par exemple ATG Thymoglobulin® ou Grafalon®) ou monoclonaux (par exemple Basiliximab Simulect®).

Pour le traitement d'entretien, on utilise régulièrement après transplantation des inhibiteurs de la calcineurine (CNI). Cette catégorie comprend les principes actifs cyclosporine A (p. ex. Sandimmun Neoral®) et tacrolimus (p. ex. Prograf®, Advagraf®, Envarsus®). La concentration sanguine est déterminante pour l'efficacité des CNI. Les taux sanguins cibles correspondants sont fixés individuellement et ajustés au besoin. En fonction des résultats de ces mesures, les équipes de transplantation peuvent modifier la dose du CNI. Les effets secondaires les plus fréquents des CNI sont une augmentation de la pression artérielle et une insuffisance rénale, mais aussi des tremblements des mains, des sensations de brûlure dans les mains et les pieds, une pilosité accrue (en particulier avec la cyclosporine A) et une perte de cheveux (avec le tacrolimus). Aujourd'hui, le tacrolimus est le principal CNI utilisé après une transplantation d'organe solide.

Le mycophénolate mofétil (Cellcept® ou Myfortic®) est un autre agent immunosuppresseur. Parmi les effets secondaires les plus fréquents, on trouve des troubles gastro-intestinaux tels que nausées et diarrhées, des modifications cutanées (une protection solaire suffisante est fortement recommandée !) et une diminution de la production de globules blancs, pouvant entraîner une susceptibilité accrue aux infections. Au cours des dix dernières années, le mycophénolate mofétil a presque entièrement remplacé l'azathioprine (Imurek®).

La cortisone, une hormone produite par le corps humain qui influence le système immunitaire de différentes manières, est un autre médicament souvent utilisé, au moins temporairement, après une transplantation d'organe. La cortisone est également administrée à court terme à des doses plus élevées en cas de réaction de rejet aiguë après une transplantation d'organe solide. Les effets secondaires possibles de la cortisone comprennent, entre autres, la rétention d'eau dans les tissus (œdèmes), une augmentation de l'appétit, une prise de poids, un visage rond (appelé « visage lunaire »), des troubles du sommeil, de l'irritabilité et/ou de la nervosité, une augmentation du taux de sucre dans le sang, des troubles de la cicatrisation et, en cas d'utilisation prolongée à fortes doses, une fragilité osseuse (ostéoporose).

D'autres immunosuppresseurs tels que les inhibiteurs mTOR (Rapamune® ou Certican®) ou le bêta-lacédaptase (Nulojix®), sont disponibles et sont utilisés en association ou à la place des médicaments susmentionnés. Ces dernières années, de nouvelles substances ont été utilisées pour prendre en charge la réaction de rejet méditée par les anticorps, telles que le felzartamab, le daratumumab, le bortézomib, le rituximab ou les inhibiteurs de la CI estérase. Ces traitements nécessitent parfois une protection vaccinale spéciale et/ou un statut sérologique pour les virus, ce qui doit être vérifié au cas par cas.

Il convient de noter que les immunosuppresseurs réduisent la réaction inflammatoire et que, sous immunosuppression, les symptômes typiques de la maladie (par exemple, rougeur, douleur, fièvre) peuvent être moins prononcés.

Afin de garantir le bon fonctionnement d'un organe transplanté, l'immunosuppression à vie est nécessaire, qui doit être prise conformément aux instructions du médecin. Tout changement de médicament doit **impérativement** être discuté avec le médecin de transplantation traitant afin d'éviter l'apparition d'effets secondaires indésirables ou d'un rejet.

Pour une observance optimale, il est important d'établir dès le début une bonne relation thérapeutique avec les transplantés.

4.0

Prophylaxie des infections et vaccinations

4.1 Prévention des infections après une transplantation

Comme expliqué précédemment, l'immunosuppression est nécessaire après une transplantation d'organe afin d'éviter une réaction de rejet, mais elle augmente également la sensibilité aux infections du patient transplanté. Par conséquent, la prévention (prophylaxie) des infections bactériennes, virales et fongiques après une transplantation d'organe solide est un élément essentiel de la prise en charge des patients [5, 6, 7]. Elle comprend à la fois des médicaments prescrits pour prévenir les infections, des recommandations générales et spécifiques en matière de vaccination pour les patients transplantés, ainsi que des mesures générales de comportement et de précaution à adopter au quotidien.

Par exemple, des antibiotiques sont parfois utilisés à titre prophylactique lors d'interventions dentaires sous l'immunosuppression, selon la prescription médicale. Mais même en cas d'infections, telles que les infections respiratoires ou urinaires, des antibiotiques sont parfois administrés à un stade précoce, en fonction de la transplantation d'organe et de l'intensité de l'immunosuppression. Le choix de l'antibiotique et la durée du traitement relèvent de la responsabilité du médecin spécialiste de la transplantation. Le choix du traitement antibiotique ainsi que les modalités thérapeutiques peuvent être différentes en comparaison avec des patients non transplantés.

L'association antibiotique triméthoprime-sulfaméthoxazole (Bactrim®, Nopil®) est souvent prise par les patients après une transplantation, parfois à vie, afin de prévenir la pneumonie à *Pneumocystis*, une infection opportuniste causée par l'agent pathogène *Pneumocystis jirovecii*.

À titre prophylactique contre le cytomégalovirus (CMV), l'antiviral valganciclovir (Valcyte®) ou le létérmovir (Prevymis®) est prescrit, parfois à titre préventif, en fonction du statut CMV du receveur/donneur(-e) et de l'immunité générale du receveur [8]. Chez les personnes en bonne santé, une infection à cytomégalovirus se déroule dans la grande majorité des cas sans symptômes ou avec des symptômes légers. Après une transplantation sous immunosuppression, une nouvelle infection à cytomégalovirus ou une réactivation du cytomégalovirus peut toutefois entraîner des complications graves, telles qu'une colite à cytomégalovirus (inflammation du côlon) ou une pneumonie à cytomégalovirus.

Les médicaments antiviraux sont également utilisés chez les patients après une transplantation d'organe pour traiter les infections virales respiratoires acquises dans la communauté (community acquired respiratory viral infections, CARV), par exemple l'oseltamivir (Tamiflu®) à des fins thérapeutiques mais aussi prophylactiques après une exposition au virus de la grippe saisonnière. La recherche et l'utilisation de traitements antiviraux ont connu un véritable essor en raison de la pandémie de SARS-CoV 2. De nouvelles substances telles que le remdesivir ou le nirmatrelvir-ritonavir ont été étudiées.

Les infections fongiques constituent également une complication chez les patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe et sous immunosuppression. Selon le type d'organe transplanté, l'amphotéricine B (Ampho-Moronal®) est par exemple prescrite pour la prophylaxie ou le traitement des maladies fongiques (levures et moisissures) de la muqueuse (buccale), de l'œsophage et de l'intestin. D'autres antimycosiques (médicaments contre les champignons) appartiennent au groupe des azoles, qui sont utilisés à titre prophylactique et thérapeutique dans le traitement des mycoses systémiques. Citons par exemple l'itraconazole (Sporanox®), le posaconazole (Noxafil®) ou le voriconazole (Vfend®). La prise simultanée d'azoles et d'ICN influence notamment les taux sanguins d'ICN, de sorte que les azoles ne doivent être pris que sur prescription du médecin de la transplantation. Des contrôles minutieux des taux sanguins d'ICN sont indiqués afin d'éviter des effets secondaires indésirables.

Une bonne hygiène corporelle, c'est-à-dire se laver régulièrement les mains, mais aussi une bonne hygiène bucco-dentaire, y compris des contrôles annuels chez le dentiste, font également partie d'une prophylaxie adéquate contre les infections. En hiver, pendant la saison grippale, il est recommandé d'éviter les grands rassemblements et les personnes malades. Après chaque contact avec des animaux domestiques, il convient de se laver soigneusement les mains. Pour nettoyer la litière du chat ou la cage des oiseaux, il est également recommandé de porter des gants et un masque. En cas de blessures telles que morsures ou griffures, il est nécessaire de désinfecter et de panser la plaie. Il convient d'observer régulièrement la plaie afin de détecter tout symptôme d'infection.

Les tatouages et les piercings ne sont pas recommandés en raison du risque d'infection et ne doivent être réalisés, le cas échéant, que dans le respect de mesures d'hygiène strictes.

Le thème des vaccinations et des recommandations vaccinales en tant que « prophylaxie infectieuse » sera abordé en détail dans le chapitre suivant.

4.2 Vaccinations et recommandations vaccinales

En raison de l'immunosuppression généralement nécessaire à vie, les personnes ayant bénéficié d'une transplantation d'organe sont davantage exposées au risque de contracter des maladies infectieuses. Dans ce contexte, il est important de vérifier soigneusement le statut vaccinal des patients **avant** leur inscription sur la liste d'attente pour une transplantation, afin de prévenir les maladies infectieuses pouvant être évitées par la vaccination, telles que la varicelle et la rougeole. En principe, les patients doivent être vaccinés **avant** leur inscription sur la liste d'attente pour une transplantation, conformément au calendrier vaccinal suisse, dont la version actualisée est disponible sur le site web de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Office fédéral de la santé publique – Plan de vaccination suisse
<https://www.bag.admin.ch/fr/plan-de-vaccination-suisse>



Les vaccinations manquantes (vaccinations de base, rappels, vaccinations complémentaires pour les groupes à risque, y compris le virus de l'hépatite B) doivent

être administrées dans les meilleurs délais et consignées dans le carnet de vaccination ou en ligne.

Toutefois, une transplantation d'organes en urgence ou semi-urgence ne doit pas être retardée en raison d'un statut vaccinal incomplet. Un calendrier de vaccination accéléré pour les personnes devant bénéficier d'une transplantation d'organe solide est disponible sur le site web de l'OFSP, qui indique notamment les intervalles minimaux à respecter en mois.

Après une transplantation, il convient également de consigner la protection vaccinale déjà acquise et de rattraper les vaccinations recommandées de manière sélective. Les recommandations vaccinales établies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) font office de référence à cet égard.

Il convient de noter que l'immunosuppression nécessaire après la transplantation peut entraîner une réponse immunitaire limitée chez le patient transplanté. Dans ce contexte, la documentation vaccinale établie avant la transplantation est importante ; le cas échéant, il convient de vérifier si la protection vaccinale est suffisante en déterminant le taux d'anticorps. Au cours des 3 à 6 premiers mois suivant la transplantation, les vaccinations de base et complémentaires ne sont généralement pas recommandées en raison de la diminution de l'immunocompétence et de la réponse vaccinale. Toutefois, cette décision doit être prise au cas par cas. Ainsi, pendant une épidémie de grippe, le vaccin antigrippal inactivé peut être administré plus tôt. La vaccination saisonnière contre la grippe est indiquée une fois par an chez les patients à risque.

Même après la transplantation, l'immunocompétence et la réponse vaccinale sont généralement réduites. Cela signifie que des vaccinations de rattrapage et de rappel doivent être effectuées, en plus de la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière et les pneumocoques (avec le vaccin conjugué pneumococcique 13-valent ou 20-valent, Prevenar13®/ Prevenar20®). La vaccination de base et les rappels annuels contre le Sars-Cov-2 sont également fortement recommandés. Malgré l'utilisation d'une immunosuppression et la réponse vaccinale réduite qui en résulte, les patients développent une réponse immunitaire après une transplantation d'organe solide. En principe, l'utilisation de vaccins vivants **n'est pas autorisée** après une transplantation.

Il est généralement recommandé de vérifier le statut vaccinal de toutes les personnes vivant sous le même toit conformément au calendrier vaccinal suisse et de combler les éventuelles « lacunes vaccinales », notamment la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière.

La tendance actuelle des patients transplantés à voyager élargit encore la question des vaccinations nécessaires pour certaines destinations. Dans ce contexte, il convient également de mentionner les centres de médecine des voyages, qui proposent des consultations spécifiques en fonction des projets de voyage individuels des patients. Il est absolument essentiel que les patients informent le conseiller en vaccination du centre de médecine des voyages de leur statut de transplanté d'organe et de leur traitement immunosuppresseur actuel, et qu'ils discutent des recommandations de vaccination avec le médecin spécialiste de la transplantation qui les suit. La vaccination contre la fièvre jaune, qui est un vaccin vivant, est contre-indiquée après une transplantation d'organe.

La vaccination contre la méningo-encéphalite à tiques (FSME) est recommandée en Suisse. En ce qui concerne les papillomavirus humains (VPH), la vaccination est recommandée avant, mais aussi dans certaines situations après le début de l'activité sexuelle. La vaccination contre la varicelle/le zona est également recommandée chez les patients immunodéprimés, car il existe désormais un vaccin inactivé (Shingrix®).

Dans l'ensemble, l'expérience mondiale acquise notamment pendant la pandémie de SARS-CoV-2 a montré que les vaccins sont sûrs et utiles, même chez les personnes transplantées, et qu'ils n'augmentent pas le risque de réaction de rejet [9].

Les vaccinations sont un point important dans le cadre d'une transplantation d'organe et doivent être vérifiées avant la transplantation et complétées si nécessaire. **Les vaccins vivants ne sont en principe pas autorisés en cas d'immunosuppression.** La vaccination saisonnière contre la grippe est essentielle pour les patients transplantés et leur entourage.

5.0

Complications après une transplantation

Après une transplantation d'organe solide, il n'est généralement possible de vivre que grâce à la prise à vie d'immunosuppression, car le corps humain reconnaît l'organe greffé comme étranger et la réaction immunitaire déclenchée par l'organisme entraînerait un rejet de l'organe. L'immunosuppression, qui supprime ce processus, permet à l'organe greffé de rester fonctionnel.

Les cellules T, qui appartiennent au groupe des globules blancs (leucocytes), jouent un rôle important dans la défense immunitaire. Elles sont activées par des récepteurs qui reconnaissent les substances étrangères (antigènes), telles que les caractéristiques tissulaires des cellules étrangères à l'organisme. De plus, les cellules T reçoivent d'autres signaux provenant des tissus étrangers, appelés signaux secondaires, qui conduisent à l'activation des cellules T. Les cellules T libèrent alors des substances signalétiques et indiquent ainsi aux autres cellules immunitaires d'attaquer les cellules étrangères à l'organisme.

Le rejet cellulaire des organes greffés est connu depuis longtemps, mais une réaction immunitaire à base d'anticorps, qui n'avait guère retenu l'attention jusqu'à il y a quelques années, joue également un rôle. On sait aujourd'hui que la réaction immunitaire humorale joue également un rôle important en médecine de la transplantation. L'immunosuppression agit par le biais de différents mécanismes pour contrer ces activations cellulaires et humorales.

On distingue généralement deux types de réaction de rejet : le rejet aigu et le rejet chronique. Cette réaction contre l'organe greffé peut survenir à tout moment après une transplantation d'organe.

Le risque de réaction de rejet aigu est le plus élevé au cours de la première année suivant la transplantation. Aujourd'hui, grâce à l'administration d'une immunosuppression efficace, les réactions de rejet aigus sont plutôt rares, en particulier lorsqu'il existe une bonne compatibilité immunologique et que les médicaments sont pris régulièrement. L'objectif est de prévenir les réactions de rejet aiguës ou, du moins, de les détecter à un stade précoce grâce à des contrôles et une surveillance étroite du patient. Ensuite de les traiter immédiatement par une augmentation temporaire de l'immunosuppression, tout en évitant une immunosuppression excessive.

Le type de contrôle de la fonction du greffon dépend de l'organe. En règle générale, cela comprend des contrôles en laboratoire, des examens d'imagerie et même des diagnostics invasifs avec prélèvement de tissu, ainsi que certains examens spécifiques à certains organes, tels que la mesure de la fonction pulmonaire après une transplantation du poumon. Cependant, il est également important que le patient effectue régulièrement des auto-surveillance et travaille en étroite collaboration avec l'équipe de transplantation, ce qui comprend notamment des contrôles à domicile avec des mesures de la pression artérielle et de la température ainsi que la détermination du poids.

Le rejet chronique se développe généralement au-delà de la première année suivant la transplantation et entraîne une défaillance chronique du greffon (DCG) avec perte fonctionnelle persistante [10, 11]. Le rejet chronique reste aujourd'hui encore le talon d'Achille de la transplantation de tous les organes solides et n'est malheureusement pas encore suffisamment compris. Il existe de nombreuses similitudes entre les différents organes solides en termes de rejet chronique, mais aussi de nombreuses différences dont les détails dépassent le cadre de ce chapitre.

La vasculopathie du greffon est considérée comme l'expression d'un rejet chronique chez les patients ayant bénéficié d'une transplantation du cœur. 50 % des patients ayant bénéficié d'une transplantation cardiaque développent une vasculopathie du greffon 10 ans après la transplantation. Après une transplantation du poumon, le rejet chronique est aujourd'hui décrit par le terme générique de dysfonctionnement chronique de l'allogreffe pulmonaire (chronic lung allograft dysfunction, CLAD). La forme la plus courante est le syndrome de bronchiolite oblitérante (BOS), dans lequel les petites voies respiratoires sont finalement obstruées par une transformation du tissu conjonctif due à des processus multifactoriels complexes, ce qui se traduit cliniquement par une perte progressive de la fonction pulmonaire. Cinq ans après la transplantation, près de 50 % des patients ayant bénéficié d'une transplantation pulmonaire et développent une CLAD. Les options thérapeutiques sont limitées. Entre autres, l'antibiotique macrolide azithromycine (Zithromax®) est utilisé pour l'immunomodulation, l'immunosuppression est partiellement modifiée et des procédures supplémentaires telles que la photophérèse extracorporelle (ECP) ou l'irradiation lymphatique totale (TLI) sont utilisées. Heureusement, le rejet chronique après une transplantation du foie est aujourd'hui moins fréquent qu'auparavant grâce à l'immunosuppression par les IGC, avec une prévalence de 5 à 15 %. Moins de 5 % de toutes les pertes d'organes après une transplantation du foie peuvent être attribuées à un rejet chronique. Le rejet chronique après une transplantation du rein/des reins est causé par des facteurs immunologiques et non immunologiques qui provoquent des processus de remodelage, en particulier dans le domaine des vaisseaux du greffon.

Le dépistage précoce est important afin de pouvoir proposer au patient un concept thérapeutique individuel et d'empêcher la progression du rejet chronique. Bien qu'il n'existe pas encore de traitement efficace contre la réaction de rejet chronique pour tous les organes, des progrès significatifs ont été réalisés dans le domaine du contrôle de la réponse immunitaire contre le greffon, notamment grâce à la mesure des anticorps spécifiques du donneur (ASD), de l'ADN libre et de l'expression génique dans le sang et les tissus après une biopsie.

En cas de rejet chronique progressif avec perte fonctionnelle croissante de l'organe greffé, la re-transplantation peut être une option thérapeutique.

Étant donné que le développement d'un rejet chronique avec défaillance chronique du greffon (CTV) après une transplantation d'organe solide reste le facteur limitant de la survie à long terme et que les options thérapeutiques sont malheureusement limitées, le dépistage précoce et la prise en charge des facteurs de risque potentiellement modifiables sont particulièrement importants.

L'immunosuppression optimale après une transplantation d'organe solide chez un patient est souvent un équilibre difficile à trouver, en termes simples « autant que nécessaire, aussi peu que possible ». L'immunosuppression vise à prévenir le rejet de l'organe greffé, tout en évitant une « sur-immunosuppression » associée à une

susceptibilité accrue aux infections. Aujourd'hui, on tente d'individualiser l'immunosuppression en fonction du type de transplantation, de l'évolution clinique après la transplantation, de la fréquence et de la gravité des réactions de rejet aiguës, de la compatibilité immunologique, de l'âge du patient, etc. Il n'existe pas d'approche thérapeutique « universelle » en matière d'immunosuppression.

L'immunosuppression, généralement administrée à vie, peut entraîner des effets secondaires plus ou moins graves. Une conséquence particulièrement grave de l'immunosuppression est un risque accru de certains types **de cancer**, à savoir **le cancer de la peau, le cancer du col de l'utérus et le cancer des ganglions lymphatiques**. Les mécanismes exacts sous-jacents entre l'immunosuppression et le développement de tumeurs ne sont pas clairement établis. On sait toutefois que le système immunitaire humain est en principe capable de reconnaître et de combattre les cellules dégénérées, mais que ce mécanisme est limité sous l'action d'une immunosuppression, de sorte que les cellules dégénérées peuvent se multiplier plus facilement et que le cancer peut se développer. En outre, le taux d'infection accru, en particulier les infections virales, est également une cause possible de l'apparition fréquente de tumeurs.

Sur les 8583 patients dont les données ont été analysées dans le rapport annuel 2025 du STCS [4], 12 % ont développé un type de cancer (à l'exception du cancer de la peau) et près de 16 % un cancer de la peau (en moyenne environ cinq ans après la transplantation) au cours de la période d'observation. Le type de cancer le plus fréquent après une transplantation d'organe est le carcinome basocellulaire, dont le risque peut être considérablement réduit par l'utilisation adéquate d'une protection solaire (chapeau, vêtements, crème solaire avec indice de protection 50) et en évitant l'exposition au soleil. Le type de peau et l'exposition cumulative au soleil depuis la naissance, et pas seulement les années suivant la transplantation, jouent également un rôle important. Les patients sont invités à contrôler régulièrement leur peau et à se faire examiner au moins une fois par an par un dermatologue.

Parmi les autres effets secondaires fréquents de l'immunosuppression, on peut citer **l'hypertension artérielle**, qui doit être contrôlée régulièrement et qui peut être influencée favorablement par une alimentation moins salée. **Les troubles du métabolisme des lipides et du glucose** sont également des effets secondaires connus. Dans l'ensemble, ces complications doivent toutefois être considérées par rapport à la vulnérabilité accrue aux maladies et à l'espérance de vie réduite qui persistent chez les patients dialysés par exemple. De manière générale, la transplantation présente un avantage en termes de survie pour tous les organes.

6.0

Vie quotidienne, sport, sexualité, voyages

6.1 Vie quotidienne et travail

Selon le type de transplantation d'organe, les patients quittent l'hôpital ou la clinique de réadaptation quelques jours à quelques semaines après une transplantation réussie. Il commence alors une vie avec de nouvelles règles de conduite pour les patients, mais aussi pour la famille et les relations sociales. Les patients sont préparés à cette période par des infirmiers, des médecins et d'autres professionnels de la santé, notamment sous la forme de fiches d'information spécifiques, de brochures d'information et de formations destinées aux patients.

Les patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe restent sous étroite surveillance médicale, soit directement au centre de transplantation, soit chez un médecin spécialiste expérimenté en médecine de la transplantation qui collabore avec le centre de transplantation. L'organe greffé et son fonctionnement doivent être surveillés de près et de manière constante, tout comme les effets secondaires possibles de l'immunosuppression. D'une manière générale, il est bien sûr recommandé d'adopter un mode de vie sain.

Les contrôles médicaux sont plus fréquents au cours des premières semaines et, en général, au cours de la première année suivant la transplantation. Plus le temps écoulé depuis la transplantation est long, moins les contrôles au centre de transplantation sont fréquents, sauf en cas de réaction de rejet chronique ou d'autres problèmes médicaux. L'équipe de transplantation comprend non seulement des médecins spécialisés expérimentés en médecine de transplantation, mais aussi du personnel infirmier spécialisé. En fonction de l'organe greffé, des examens de contrôle (surveillance) sont effectués à des degrés divers, certains nécessitant également un examen invasif type biopsie, où un échantillon de tissu est prélevé. Par exemple, pour le greffé cardiaque on parle de biopsie endomyocardique, pour le greffé pulmonaire on parle de biopsie transbronchique ou pour le greffé rénal de biopsie rénale guidée par échographie. Ces échantillons sont prélevés afin que le pathologue puisse notamment exclure toute réaction de rejet du greffon. Ces examens de surveillance permettent de contrôler spécifiquement l'immunosuppression d'un patient.

Les patients greffés sont également invités à surveiller leur propre état de santé à domicile (autogestion du patient) et à signaler tout changement à leur médecin traitant ou à l'équipe de transplantation. Dans le cadre d'autosurveillance à domicile, les patients effectuent parfois eux-mêmes des examens à l'aide d'appareils, allant de la mesure de la pression artérielle éventuellement indiquée à la mesure quotidienne de la fonction pulmonaire à l'aide d'un microspiromètre portatif. Les valeurs mesurées doivent être consignées par le patient lui-même et discutées lors de la visite de contrôle médicale. La documentation des valeurs peut se faire soit dans un journal, soit, comme le font aujourd'hui de nombreux patients, en particulier les plus jeunes, à l'aide d'applications spécialement développées pour leur smartphone. Si le patient constate des écarts dans les valeurs qu'il a lui-même mesurées, il est tenu d'en informer immédiatement l'équipe soignante. Le dossier électronique du patient peut faciliter l'échange d'informations entre les différents médecins spécialistes. En outre, les patients sont informés de la prise régulière de médicaments et des éventuels effets

secondaires de ceux-ci et des symptômes auxquels ils doivent prêter une attention particulière (nausées, vomissements, diarrhée ou constipation ; maux de tête, maux de gorge et douleurs articulaires ; symptômes de rhume ; rougeurs, gonflements ou douleurs sur certaines parties du corps ; changements cutanés ; fièvre). Si ces symptômes apparaissent, le patient ne doit pas attendre le prochain contrôle, mais contacter rapidement le centre de transplantation ou le médecin spécialiste. Dans de nombreux centres de transplantation, les patients ont la possibilité de s'exercer à prendre leurs médicaments avant de quitter l'hôpital.

Les patients reçoivent généralement des conseils nutritionnels sur une alimentation équilibrée, variée et modérée, ainsi que sur l'influence de certains aliments sur les médicaments. Le jus de pamplemousse, qui altère l'effet d'immunosuppression et doit donc être proscrit, en est un exemple typique. Les patients transplantés doivent veiller à respecter les règles d'hygiène alimentaire lors du choix et de la préparation des aliments. La consommation excessive d'alcool est à éviter.

En principe, l'objectif de la transplantation d'organes n'est pas seulement de prolonger la vie d'un patient, mais aussi d'améliorer sa qualité de vie au quotidien, ce qui inclut le concept de reprise ou de retour au travail après une transplantation. La (ré)intégration dans le monde du travail est généralement recommandée, car un travail régulier, même à temps partiel, structure le quotidien et favorise les contacts sociaux en dehors du foyer, de la famille et du cercle d'amis. La reprise du travail doit être discutée avec le médecin traitant. Les équipes de transplantation soutiennent les patients si nécessaire, notamment en faisant appel à des travailleurs sociaux si besoin. Une aide supplémentaire est proposée pour les questions relatives à l'assurance invalidité. Dans certains cas, par exemple après une transplantation du poumon, il est également recommandé de discuter du choix du lieu de travail avec le médecin traitant.

Le temps passé sur la liste d'attente, le séjour à l'hôpital et le retour à la vie quotidienne peuvent susciter des questions et des inquiétudes. Certains patients peuvent avoir besoin d'une aide psychologique.

6.2 Sport et sexualité

Après avoir bénéficié d'une transplantation réussie d'organes solides, il est recommandé 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 faut viser le renforcement musculaire et l'amélioration de l'endurance. Il est important que les patients commencent à se mobiliser dès que possible après la transplantation, conformément aux instructions du personnel soignant, et qu'ils reprennent rapidement leurs activités physiques quotidiennes. Pour certains patients qui sont encore très limités physiquement après la transplantation, un séjour dans une clinique de rééducation est recommandé après concertation avec l'équipe de transplantation.

Selon le type de transplantation, certains sports doivent être évités pendant les trois premiers mois suivant la transplantation, par exemple les sports de contact et les sports de combat. Idéalement, il ne faudrait pas porter de charges de plus de 2,5 kg pendant les six premières semaines suivant la transplantation et de plus de 5 kg pendant les trois premiers mois. Il est recommandé de consulter l'équipe de transplantation à ce sujet. Les sports d'endurance tels que le jogging ou le vélo sont particulièrement adaptés à de nombreux patients. Au cours des trois premiers mois

suivant la transplantation, seul le vélo d'appartement à faible résistance est recommandé. Dans certains centres, il est par exemple conseillé aux patients ayant bénéficié d'une transplantation pulmonaire de renoncer à la natation pendant les premiers mois suivant la transplantation et, par principe, de choisir ensuite des plans d'eau naturels pour nager. Là encore, il est judicieux de consulter l'équipe de transplantation.

Le sport est généralement très apprécié des patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe, car il a des effets positifs non seulement sur le corps, mais aussi sur l'esprit. La plupart des personnes qui pratiquent régulièrement du sport se sentent plus équilibrées et plus résistantes sur le plan émotionnel. L'activité physique aide à mieux gérer le stress quotidien.

Souvent, selon le type de transplantation d'organe, une thérapie médicale par l'entraînement (MTT) est déjà commencée dans les centres de transplantation sous la supervision professionnelle de physiothérapeutes, qui consiste à entraîner de manière ciblée l'appareil locomoteur et le système cardiovasculaire du patient à l'aide d'exercices de musculation, d'endurance, de souplesse et de coordination. La MTT met l'accent sur l'aspect médical. Il ne s'agit donc pas d'un entraînement physique au sens traditionnel du terme. La MTT combine les connaissances en matière de motricité et d'entraînement avec les connaissances en matière de pathologie. Une MTT régulière favorise ainsi le processus de rééducation après une transplantation d'organe. Des stimuli d'entraînement ciblés dans les domaines de l'endurance, de la mobilité, de la coordination et de la force visent à augmenter la résistance de l'appareil locomoteur et du système cardiovasculaire, avec pour objectif d'améliorer les performances dans la vie professionnelle et pendant les loisirs. La MTT est prescrite par un médecin, ce qui signifie que les patients concernés sont invités à en parler à leur médecin traitant spécialisé en médecine de la transplantation.

En général, les personnes peuvent reprendre une activité sexuelle après une transplantation. C'est important, car une vie amoureuse épanouie fait partie de la satisfaction générale dans la vie. Souvent, les patients en attente d'une transplantation d'organe doivent accepter des difficultés dans leur vie sexuelle en raison de leur état de santé durablement mauvais. Cependant, de nombreuses personnes transplantées peuvent retrouver une vie sexuelle normale. Il est possible que certains médicaments (par exemple les antihypertenseurs) aient une influence sur la vie sexuelle (difficultés d'érection, baisse de la libido). En cas de changement de partenaire sexuel, il convient de veiller à la prévention des maladies sexuellement transmissibles, le cas échéant en utilisant une protection barrière (préservatifs). Une contraception fiable après la transplantation doit être discutée avec un gynécologue expérimenté. En principe, les personnes transplantées ne doivent pas renoncer à concevoir des enfants, mais les femmes ayant bénéficié d'une transplantation d'organe doivent **absolument discuter à un stade précoce** de leur éventuel désir de grossesse avec l'équipe de transplantation et un gynécologue expérimenté. Certains médicaments (par exemple le mycophénolate mofétil CellCept) sont dangereux pour les femmes enceintes et le bébé, et doivent être arrêtés ou remplacés avant une grossesse. Au cours de la première année suivant la transplantation, il convient d'éviter toute grossesse en raison de l'immunosuppression intense. Les risques éventuels liés à une grossesse (risque accru d'infection, adaptation de l'immunosuppression, risque accru de malformations chez l'enfant, risque de rejet, naissance prématurée) doivent idéalement être discutés en détail avant la conception. Les hommes ayant subi une transplantation d'organe doivent également demander conseil à l'équipe de transplantation avant de vouloir concevoir des enfants.

6.3 Voyager après une transplantation

Avec une bonne préparation, il est en principe possible et même souhaitable de voyager à nouveau après une transplantation, avec certaines restrictions. Pour voyager, le patient transplanté doit être en bonne santé et l'organe greffé doit fonctionner de manière stable. En règle générale, ces conditions sont remplies un an après la transplantation. Il est généralement recommandé de discuter de vos projets de voyage avec votre médecin traitant ou l'équipe de transplantation suffisamment à l'avance, c'est-à-dire idéalement trois mois avant le départ prévu.

Avant le voyage

Il est important pour les personnes transplantées de bien choisir leur destination (climat, normes d'hygiène). Si un voyage en avion est prévu, il peut être nécessaire de consulter un médecin pour vérifier l'aptitude au vol. Il convient notamment de vérifier que les documents de voyage sont complets, de remplir la déclaration douanière pour les médicaments emportés, de souscrire une assurance annulation et de s'assurer du rapatriement en cas d'urgence. Les documents de voyage du centre de transplantation doivent idéalement être rédigés en anglais. La prise de médicaments (immunosuppression) en cas de décalage horaire et les médicaments de réserve doivent être discutés à l'avance avec l'équipe de transplantation. Il convient également d'aborder la question des vaccinations supplémentaires éventuellement nécessaires (voir également le chapitre 4.2). Il est recommandé de remplir la checklist « Avant de partir en voyage » (voir Annexe 1).

Les voyages après une transplantation nécessitent une planification détaillée et une bonne préparation, qui doivent généralement commencer trois mois avant le départ, en particulier pour les voyages lointains. Il convient de consulter le médecin traitant ou d'informer l'équipe de transplantation en temps utile. Les centres de médecine des voyages offrent des conseils supplémentaires pour les questions spécifiques relatives à la destination.

6.4 Qualité de vie après une transplantation

Comme nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises, une transplantation d'organe sert non seulement à prolonger la vie, mais aussi et surtout à améliorer la qualité de vie. Celle-ci est considérablement réduite chez la plupart des patients qui attendent plus ou moins longtemps un organe. Après une transplantation d'organe, les gens souhaitent « vivre normalement » à nouveau. Tout comme les personnes non transplantées, les personnes transplantées souhaitent se consacrer aux choses qui leur tiennent à cœur dans la vie sans être limitées physiquement, profiter de leur partenaire, de leur famille, de leurs amis, de leurs collègues de travail, de leurs contacts sociaux et mener une **vie autonome**. Les personnes transplantées parlent souvent d'une seconde vie que la transplantation leur a offerte. Elles souhaitent la vivre pleinement, souvent de manière plus consciente et avec une meilleure perception d'elles-mêmes qu'avant la transplantation.

Bien sûr, les personnes après transplantation ne vivent pas dans l'incertitude totale. Elles se soumettent à des contrôles médicaux réguliers, prennent quotidiennement et méticuleusement leurs médicaments (immunosuppresseurs), développent parfois des complications médicales dues à leur immunosuppression et vivent avec la crainte que

leur propre corps ne finisse par rejeter leur « nouvel » organe greffé. Malgré ces limitations et parfois aussi ces craintes, la plupart des personnes se sentent mieux après une transplantation qu'avant. Beaucoup referaient le même choix et ne regrettent pas d'avoir accepté une transplantation. Des études scientifiques confirment cette attitude à l'égard de la transplantation [12].

Les patients transplantés estiment généralement que leur qualité de vie après la transplantation d'organe est meilleure qu'avant, et cette **attitude positive** concerne de nombreux aspects de la vie quotidienne : performances physiques, bien-être psychique, forme mentale, vie sociale.

L'attitude globalement positive des patients transplantés à l'égard de la transplantation d'organe a également été documentée scientifiquement en Suisse, notamment dans une étude nationale suisse [13]. Celle-ci a confirmé l'attitude généralement positive des participants à l'enquête à l'égard de la transplantation, mais aussi à l'égard de leur médication et de leur perception d'eux-mêmes. Toutefois, tant les patients que leurs partenaires ont fait état d'une attitude négative à l'égard de la transplantation en termes de stress et d'anxiété. Les patients ont décrit un stress émotionnel plus important lié à la transplantation d'organe et ont évalué leur destin perçu de manière plus négative que leurs partenaires. Il convient donc de tenir compte des perceptions des patients transplantés et de leurs partenaires à l'égard de la transplantation d'organes.

Les aspects d'une vie quotidienne normale après la transplantation, discutés en détail précédemment, contribuent à la qualité de vie, c'est-à-dire une (ré)intégration réussie dans la vie professionnelle, beaucoup d'exercice physique et de sport avec le plaisir de bouger, une vie sexuelle épanouie et la possibilité de voyager « en toute sécurité » après la transplantation.

Pour finir, de nombreux lecteurs se demandent quelles pensées traversent l'esprit d'une personne qui attend avec impatience un don d'organe. Quelle histoire a précédé la transplantation ? Et comment se déroule la vie après une transplantation d'organe ? La vie, même après une transplantation d'organe, écrit des histoires très diverses, aussi variées que la vie elle-même. Les histoires de patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe sont disponibles sous forme de mini-documentaires sur le site web de Swisstransplant.

Histoires de personnes ayant bénéficié d'une transplantation d'organe (mini-documentaires)

<https://www.swisstransplant.org/de/infocenter/videoplattform>



7.0

Lettres de remerciement

Les lettres de remerciement constituent pour les receveurs d'organes une occasion précieuse d'exprimer leur gratitude envers les proches du donneur pour l'organe reçu. Pour la famille du donneur, cela peut avoir des effets positifs sur le processus de deuil et confirmer leur décision envers le don d'organes.

C'est à vous seul qu'il appartient de décider si vous souhaitez écrire une lettre de remerciement. Vous en déterminez également le moment. Vous pouvez envoyer une lettre de remerciement quelques semaines après la transplantation, mais aussi des années, voire des décennies plus tard.

Afin qu'aucune conclusion ne puisse être tirée sur votre personne et que l'anonymat du don d'organe soit garanti, les lettres sont contrôlées avant d'être remises aux proches du donneur. Si nécessaire, les lettres de remerciement sont également traduites.

Vous trouverez des informations détaillées sur la rédaction et l'envoi dans la brochure « Lettre de remerciement : Une petite lettre avec un grand effet ».

Auteurs

Spécialistes ayant contribué depuis la première édition (par ordre alphabétique)

- Pr Christian Benden
- Dre Isabelle Binet
- Silvia Ciganek
- PD Dr Franz Immer
- Debora Jenni
- Pr Thomas Müller
- Ramona Odermatt
- Daniel Schärli
- Marian Strucker

Références

- [1] Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation), RS 810.2 du 8 octobre 2004 (état en février 2021)
- [2] Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (ordonnance sur la transplantation), RS 810.211 du 16 mars 2007 (état en septembre 2023)
- [3] Swisstransplant. Rapport annuel 2024
www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2024_DE.pdf
- [4] STCS, Swiss Transplant Cohort Study Report (May 2008 – December 2024), July 2025.

https://www.stcs.ch/reports/download/STCS_Annual_Report_July2025_tpxDec2024.pdf

- [5] R. Kumar, M.G. Ison. Opportunistic infections in transplant patients. *Infect. Dis. Clin. N. Am.* 2019; 33: 1143 – 1157
- [6] M. Slifkin, S. Doron, D.R. Snydman. Viral prophylaxis in organ transplant patients. *Drugs* 2004; 64: 2763 – 2792
- [7] Bharati J, Anandh U, Kotton CN et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Infections in Kidney Transplantation. *Semin Nephrol* 2023; 43(5): 151486. doi: 10.016/j.semnephrol.2023.151486. Epub 2024 Feb 19. PMID: 38378396
- [8] Manuel O, Laager M, Hirzel C, et al. Immune Monitoring-Guided Versus Fixed Duration of Antiviral Prophylaxis Against Cytomegalovirus in Solid-Organ Transplant Recipients: A Multicenter, Randomized Clinical Trial. *Clin Infect Dis.* 2024 Feb 17;78(2):312-323.
- [9] Kotton CN, Hibberd PL. Immunizations in solid organ transplant candidates and recipients. *Uptodate* 2025
- [10] H. Suhling, J. Gottlieb, C. Bara, et al. Chronische Abstossung. Unterschiede und Ähnlichkeiten bei verschiedenen soliden Organtransplantationen. *Internist* 2016; 57: 25 – 37
- [11] Böhmig GA, Naesens M, Viklicky O, Thaunat O, Diebold M, Rostaing L, Budde K. Antibody-mediated rejection-treatment standard. *Nephrol Dial Transplant* 2025; 40(8); 1615-1627
- [12] 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
- [13] 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

Modifications

Date	Version	Modifications
Février 2026	2.0	Module complet : - Modifications/corrections visant à améliorer la lisibilité. - Nouvelle structure des chapitres introduite, chapitre « Avant-propos » supprimé. - Références révisées et mises à jour. Chapitre 2.0 « Résultats après transplantation d'organe solide » : mise à jour avec les derniers chiffres disponibles issus des rapports annuels de Swisstransplant et de STCS. Chapitre 3.0 « Immunosuppression après transplantation » : ajout du traitement d'induction. Chapitre 4.2 « Vaccinations et recommandations vaccinales » : ajout de la vaccination contre la varicelle/le zona.
Février 2023	1.1	Correction
Décembre 2020	1.0	Première version

Annexe 1 : checklist « Avant de partir en voyage »

Destination

- ☐ Entretien en temps utile avec le spécialiste en transplantation (3 mois avant)
- ☐ Prise en compte des dates des contrôles de routine
- ☐ Conseils aux voyageurs au centre de médecine des voyages (facultatif, selon la destination)
- ☐ Convenez avec votre médecin d'une visite de contrôle après le voyage

Assurances

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

Documents de voyage et documents médicaux

- ☐ Passeport valide, visa (si nécessaire)
- ☐ Lettre douanière : certificat d'accompagnement pour tous les médicaments
- ☐ Carte de patient avec les coordonnées importantes à conserver dans votre portefeuille
- ☐ Liste des diagnostics (en anglais) / résultats d'analyses récents
- ☐ Plan de médication
- ☐ Ordonnance médicale
- ☐ Carnet international de vaccination à jour
- ☐ Carte d'allergies
- ☐ Interlocuteurs médicaux dans le pays de destination (service 24h/24)
- ☐ Copies de tous les documents personnels (billets de voyage, passeport, assurance maladie, documents d'assurance, cartes de crédit, etc.) et des documents médicaux actuels.

Médicaments à long terme

- ☐ Tenez compte du décalage horaire : renseignez-vous auprès de votre spécialiste en transplantation pour savoir si le décalage horaire doit être pris en compte dans la prise de vos médicaments.
- ☐ Transport des médicaments à prise régulière : quantité pour au moins 7 jours dans le bagage à main, le reste dans votre valise. (Si la durée du vol dépasse 4 heures, les médicaments doivent être transportés dans votre bagage à main, car il fait trop froid dans la soute. Répartissez éventuellement les médicaments dans différents bagages (accompagnateur)).

Pharmacie et pharmacie d'urgence

- ☐ Médicaments supplémentaires, médicaments d'urgence et trousse à pharmacie (en accord avec votre médecin)
- ☐ Prophylaxie thrombotique (après consultation de votre médecin)
- ☐ Thermomètre médical
- ☐ Préservatifs

Vaccinations

- ☐ Contrôle du statut vaccinal, rappels de vaccins et prophylaxie des infections (en accord avec votre médecin) – au moins 3 mois avant le départ

Protection solaire

- ☐ Crème solaire avec indice de protection élevé (SPF 50)
- ☐ Couvre-chef et vêtements longs, éventuellement avec protection UV
- ☐ Lunettes de soleil

Contre les piqûres d'insectes

- ☐ Produit anti-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 les bagages à main)
- ☐ Éventuellement un masque buccal (après consultation de votre médecin)

Pendant le voyage

Afin d'être préparés aux situations à risque et aux éventuelles complications pendant le voyage, les patients transplantés doivent discuter avec l'équipe de transplantation, **avant** le départ, des règles de conduite à adopter en cas de maladie ou d'urgence, par exemple en cas de diarrhée. Le strict respect des règles d'hygiène et la consommation d'aliments et d'eau potable permettent d'éviter de nombreuses complications. Une règle simple (mais sûre) s'applique : **« boil it, cook it, peel it or forget it »** (faites-le bouillir, cuisez-le, épluchez-le ou oubliez-le). Il convient également de respecter les règles relatives à la baignade, car l'immunosuppression rend le patient transplanté plus vulnérable aux infections. Il faut donc éviter de se baigner et de plonger dans les eaux douces tropicales, mais il est recommandé de se baigner dans les eaux classées comme sûres par les autorités. Il est recommandé de porter des sandales, des chaussures de plage ou de bain afin de protéger les pieds contre les blessures (coquillages cassés) ou les infections (mycoses, verrues). En principe, tout contact physique avec des animaux doit être évité. En cas de morsure d'animal, il est impératif de consulter un médecin sur place en raison du risque d'infection. Il convient d'utiliser des produits anti-insectes et des moustiquaires.

Après le voyage

Un rendez-vous de contrôle au centre de transplantation après le retour du voyage doit être pris **avant** le départ. En cas d'apparition de nouveaux symptômes, même plusieurs semaines après le retour du voyage, il est recommandé de consulter immédiatement le médecin traitant.

Swisstransplant

Effingerstrasse 1

3011 Berne

T : +41 58 123 80 00

info@Swisstransplant.org

www.swisstransplant.org

CNDO

Nationaler Ausschuss für Organspende
Comité National du don d'organes

