

Modalités de prise en place de l'immunoabsorption dans une unité d'hémodialyse et d'urologie



Hôtel-Dieu St Jacques, Toulouse, France

Sébastien MAGGIONI

Cadre de santé,
Département de Néphrologie et
Transplantation d'Organes
(DNTO, Pr L. Rostaing)

maggioni.s@chu-toulouse.fr

SFH, Paris, 11 décembre 2014

Activité dialyse polyvalente

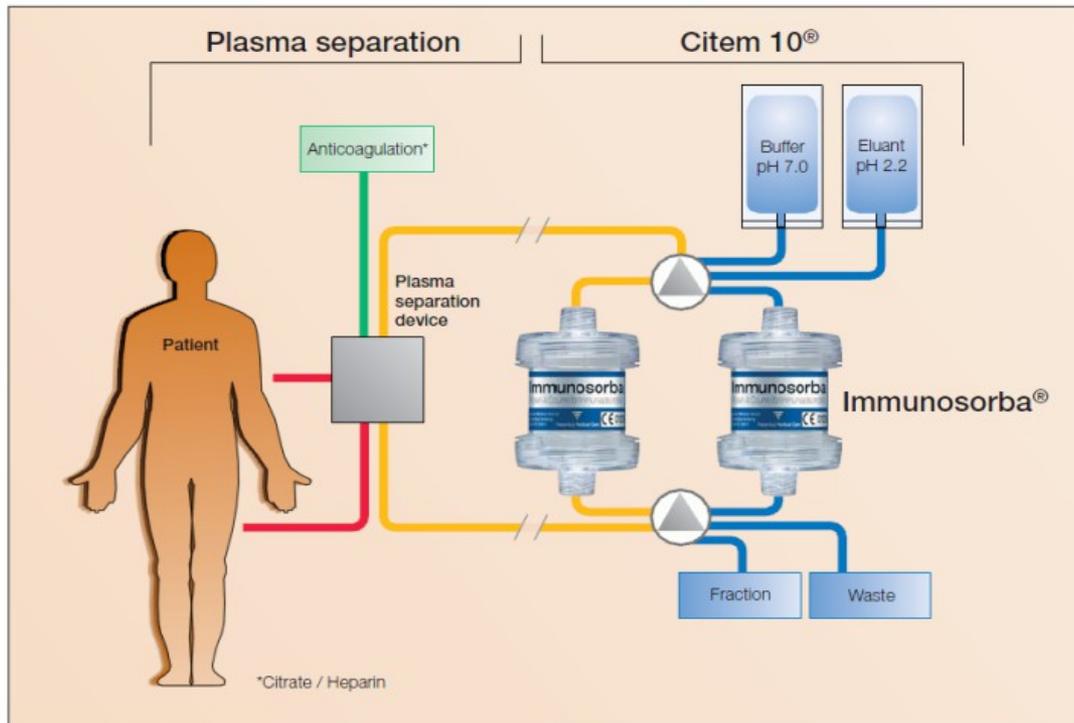
- **Hémodialyses** (4273)
- **Plasmaphérèses (aigües)** (694)
- **Immunoadsorptions** (167)
- **Épurations hépatiques** (105)
 - (Système MARS®)
- **Hémodiafiltrations** (596)
 - (système PRISMA®)

○ Chiffres d'activités 2013

POSTULAT

- **SITUATION :**
beaucoup de patients hyperimmunisés attendent une greffe rénale mais peu de possibilité de greffe avec cross-match négatif
- **ETAT :**
existence de techniques efficaces d'immunoabsorption (IA)
- **DECISION MEDICALE premier semestre 2010:**
démarrage du programme d'IA

IMMUNOADSORPTION



Intérêt de l'IA en dialyse polyvalente

Une simple thérapeutique supplémentaire? => NON

⇒ Améliorer l'offre de greffe à des IRC avancés en attente de greffe donneur vivant mais pour qui il y a une incompatibilité (ABO et/ou HLA)

⇒ Accès à la greffe rénale préemptive AVANT dialyse

(survie patients/greffons > à long terme si Tx rénale préemptive vs. post dialyse Cf. registre Français et Nord Américain)

⇒ La désimmunisation pré-greffe rénale donneur vivant

⇒ ABO incompatible (ABOi) possible dans 80% des cas

PATIENTS CIBLES

- **Hyperimmunisés en attente de greffe rénale donneur vivant avec anticorps anti-HLA contre greffon**
- **Incompatibilités HLA+ ABO incompatibilité avec donneur vivant**
- **ABO incompatibilité avec taux d'isoagglutinines anti-A / anti-B à titre raisonnable cad $< 1/256e$**

MISE EN PLACE

- 1 industriel (Fresenius Médical Care)
- 2 IDE de l'équipe soignante
- 1 IDE formatrice (Fresenius)
- 2 moniteurs couplés



○ SEPARATION DU PLASMA
PLASMA

○ PAR FILTRATION
CENTRIFUGATION

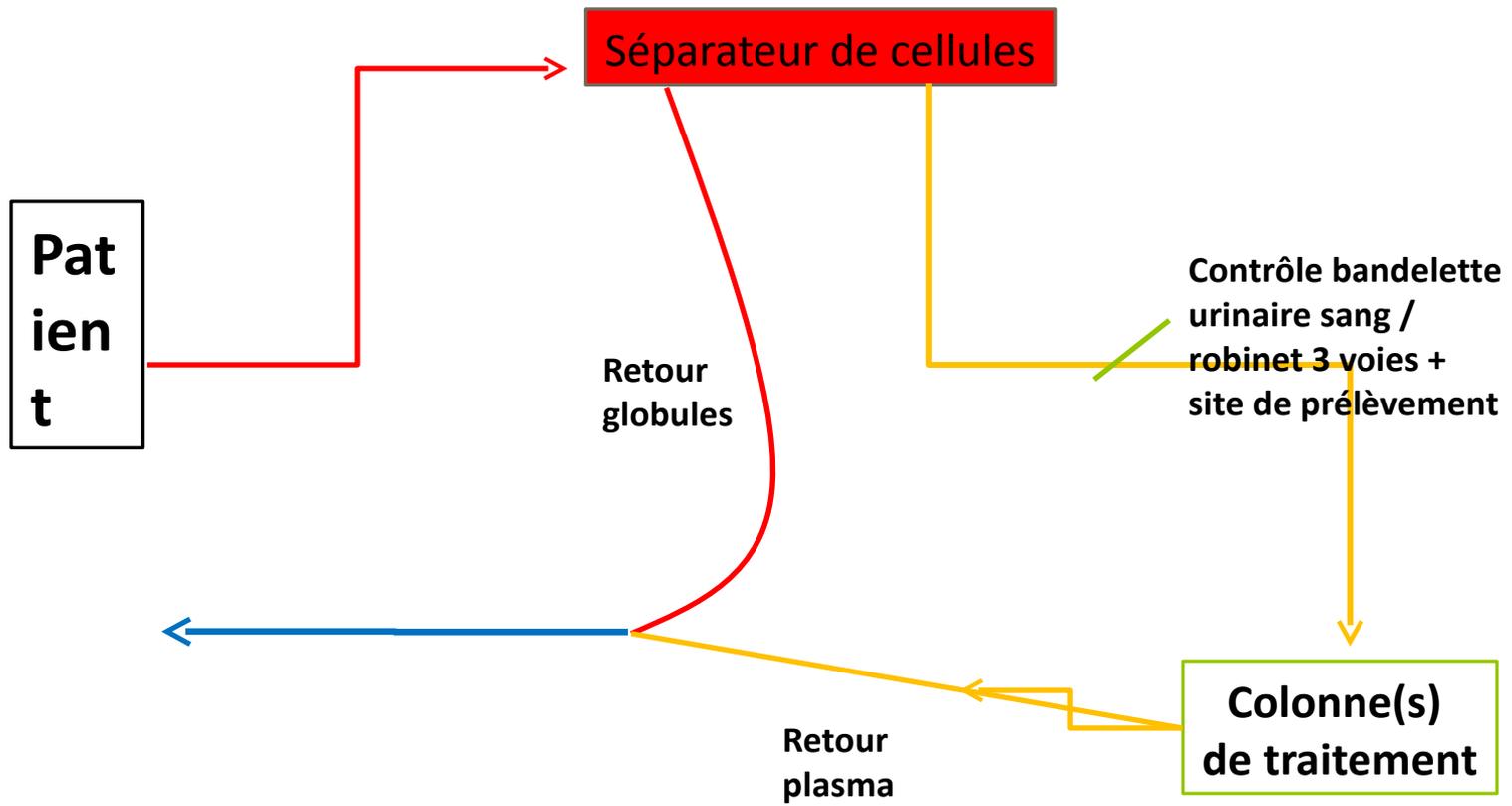


SEPARATION DU

PAR



- TRAITEMENT DU
PLASMA
- PAR COLONNES
-



Les différents adsorbateurs

SPECIFIQUES, pour greffe ABO incompatible (ABOi):

- anti-A ou anti-B (Glycorex®)
- **Non réutilisables**

SEMI-SPECIFIQUES, pour greffes ABOi et / ou avec anticorps anti-HLA spécifiques du donneur (DSA*):

- **Réutilisables** (Immunosorba®, Globaffin®)

*DSA: Donor Specific Antibodies

Les compétences soignantes

- Maîtriser les accès vasculaires (FAV et KT)
- Maîtriser les techniques de plasmaphérèse :
=> séparation plasmatique primaire par filtration et/ou centrifugation
- Capacité d'adaptation
- Capacité d'innovation
- Apprentissage du moniteur d'immunoabsorption
- Utilisation et entretien des colonnes:
=> conditions de rinçage et de stockage des colonnes adsorbantes

La mise en place (1)

Lors de l'implémentation de la technique:

- Commencer par une équipe de taille moyenne à réduite: < 15 IDE, majoritairement composée d'experts (>5 ans d'expérience en CEC)
- Un leader médical pour faire vivre le projet au niveau institutionnel
- Un référent médical au niveau de l'unité
- Un cadre de santé ou un soignant manager pour coordonner les moyens humains, matériels et logistiques dédié à cette activité nouvelle

La mise en place (2)

Lors de l'implémentation de la technique:

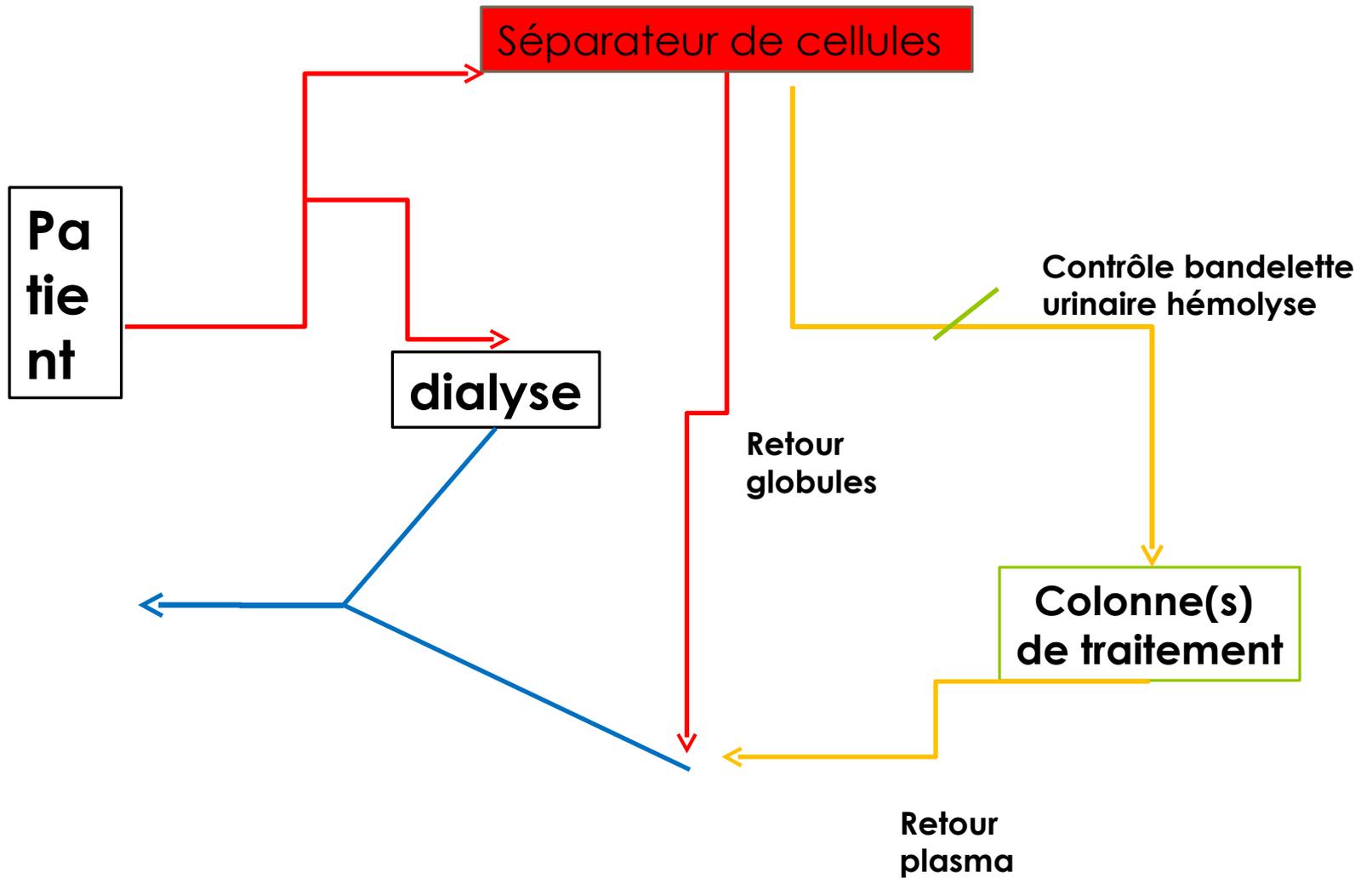
- Un partenariat structure de soins / industriel qui repose sur la proposition, l'échange, l'analyse des pratiques et le partage d'expérience
- L'implication du génie biomédical dans la maintenance des différents modules (séparation plasmatisque et moniteur de traitement)

Possibilité de couplage IA et Hémodialyse



+

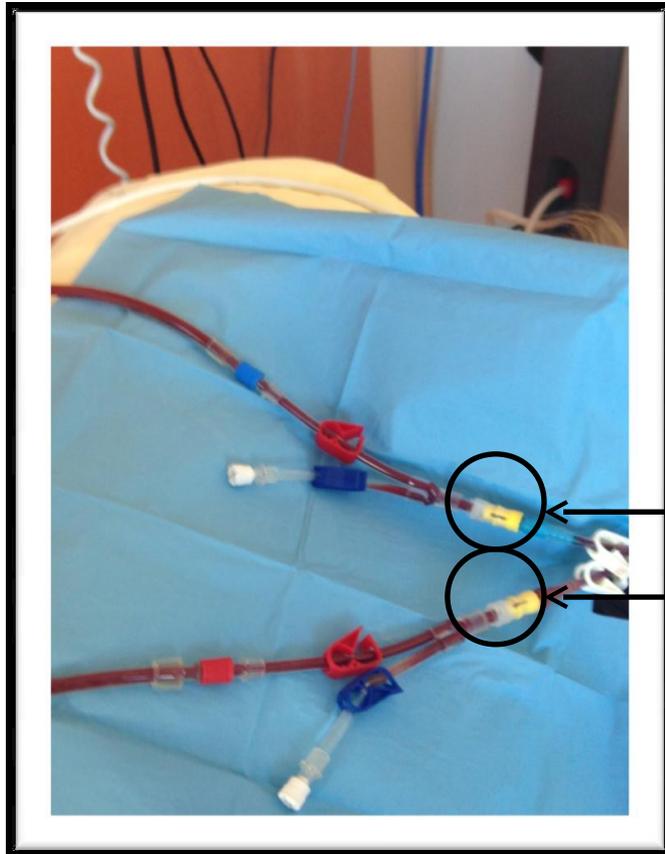




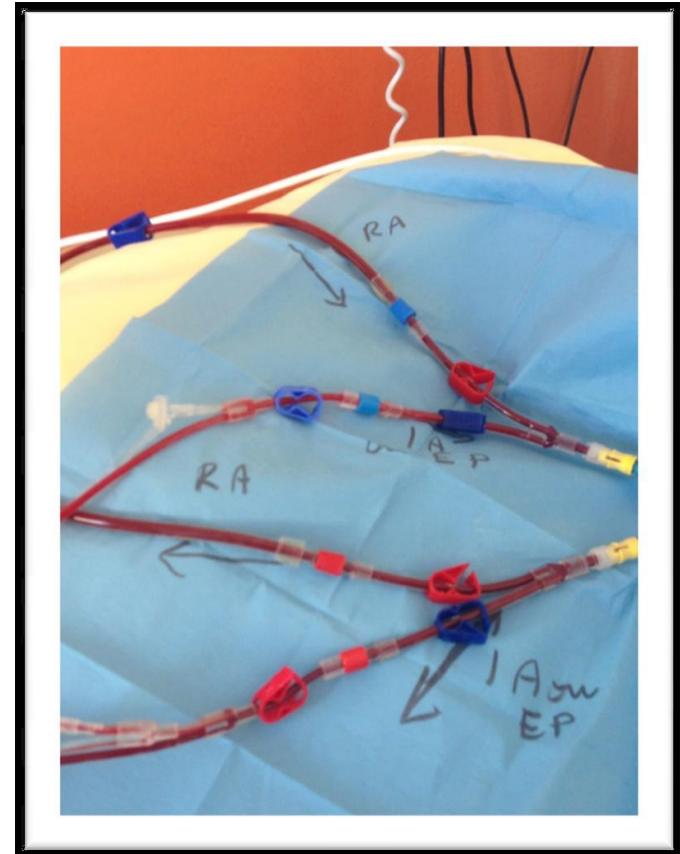
OBJECTIFS

- **Technique déjà maîtrisée par l'équipe IDE**
 - Simplification des procédures
 - Formation rapide de l'équipe
 - Réactivité H 24
- **Confort et sécurité patient**
- **Efficiency du temps infirmier**
- **Maîtrise rationnelle du cout des consommables + colonnes réutilisables**

Lignes avec raccord Y



Valves
sans retour



BENEFICES

PATIENT:

- Diminution temps procédure:
8 heures → 4 heures
- Meilleure tolérance par correction troubles électrolytiques (Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, alcalose)
- Maîtrise de la prise de poids

SOIGNANT:

- Moins chronophage

PREREQUIS

- MAITRISE DES ≠ TECHNIQUES
- VIGILANCE ACCRUE DU SOIGNANT
- SURVEILLANCES PLUS RAPPROCHEES
- CAPACITES D'ADAPTATIONS ET D'INNOVATIONS

 **mise en place sans retour**
d'expérience d'autres équipes en France

Pré-conclusion (1)

Notre expérience démontre que:

- C'est possible à moyen humain constant « WE CAN »
- Cette stratégie de soins est économiquement viable pour la structure de soins et pertinente pour le système de santé:

- Porteur de greffon rénal : 1128 €/mois*
- HD domicile : 4173 €/mois*
- Autodialyse : 4377 €/mois*
- HD centre : 7253 €/mois*

(*Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'IRCT en France - HAS Novembre 2014)

Pré-conclusion (2)

Un traitement de désimmunisation par IA représente une dépense de +/- 20K€ une fois vs. environ 90K€ pour une année de dialyse en centre.

La T2A permet à ce jour de cumuler les codifications d'hémodialyse et d'aphérèse thérapeutique ou immunoadsorption.

CONCLUSION

- Les enjeux = expertise et pluridisciplinarité
- Collaboration médecins / soignants
- Généralisation du couplage dialyse-IA pour les patients IRCT en attente de greffe rénale, indifféremment selon:

→ L'indication (hyperimmunisés et/ou ABO incompatibles)

→ Les moniteurs et adsorbateurs utilisés

A ce jour : +610 séances d'IA

dont > 70% couplées à HD

Merci de votre attention.



Pont-Neuf, Toulouse, France