

Greffe intestinale

La greffe intestinale permet de suppléer la fonction de l'intestin grêle. Actuellement, elle n'est indiquée que lorsque la nutrition parentérale prolongée se heurte à des complications vasculaires, métaboliques ou hépatiques ne permettant pas sa poursuite.

Au 1er janvier 2014, 9 patients étaient en attente d'une greffe intestinale (soit une baisse 57% en 4 ans et 25% en 2 ans) et 2 nouveaux patients ont été inscrits dans l'année (contre 20 en 2008). Seulement 3 malades ont été greffés en 2014, pour une activité qui oscille entre 3 et 10 greffes par an depuis 13 ans. En 2014, aucun malade n'est décédé en liste d'attente, 2 sont sortis de liste suite à une décision personnelle, 1 malade est sorti de liste pour aggravation de la maladie et 5 malades restaient inscrits en liste d'attente à la fin de l'année (dont 1 malade en CIT). Pour les 3 patients greffés, il s'agissait à chaque fois d'une greffe multi viscérale du bloc foie-intestin. Une des 3 greffes concernait un enfant et a été réalisée par l'équipe de l'hôpital Necker-Enfants malades. Les deux autres concernaient des adultes et les greffes ont été réalisées l'une à Nice et l'autre en région parisienne (Beaujon APHP). Le temps d'attente était respectivement de 15,8 mois, 1 mois et 6,8 mois.

L'activité cumulée de greffe intestinale est de 133 greffes depuis 1993. Malgré l'autorisation récente (2008) de deux centres de greffe intestinale adulte, les activités d'inscription sur liste et de greffe intestinale isolée ou multiviscérale ont considérablement baissées ces 8 dernières années du fait des progrès constants observés pour l'assistance nutritionnelle et d'une sélection ciblée des indications.

Les greffes multiviscérales représentent plus de la moitié de l'activité ces 6 dernières années. La priorité régionale en cas de greffe multi viscérale foie-intestin ayant été supprimée début 2009, les patients en attente de greffe multiviscérale comprenant le foie et l'intestin dont la gravité est mal évaluée par le MELD (indicateur du risque de décès en liste d'attente de greffe hépatique dans les 3 mois) peuvent faire l'objet d'une demande de composante experts. En cas d'attribution du greffon hépatique via le score, grâce aux points accordés par le collège d'experts, le greffon intestinal suit le greffon hépatique pour la réalisation de la greffe combinée.

Parmi les 130 greffes réalisées entre 1993 et 2013, 42 étaient déclarées fonctionnelles aux dernières nouvelles (les dernières nouvelles datant de moins de 18 mois pour seulement 20 d'entre elles), 32 étaient déclarées en arrêt fonctionnel du greffon, 54 receveurs sont décédés et 2 receveurs ont été perdus de vue. Le nombre estimé de malades porteurs d'un greffon fonctionnel au 31 décembre 2014, calculé à partir des déclarations de suivi dans CRISTAL et des taux de survie du greffon mesurés sur la population globale, n'est que de 24 malades dont 19 avec un suivi sur le site de Necker Enfants-Malades.

Il n'est pas possible d'établir une courbe de survie avec 26 malades sur les 133 greffés ne faisant l'objet d'aucune déclaration de suivi.

Au total, l'activité de greffe intestinale isolée ou multiviscérale est faible en France, due au choix historique de développer une assistance nutritionnelle de qualité pour les malades et à un taux élevé de refus de greffons lié aux exigences de qualité du donneur et aux difficultés logistiques pour une disponibilité H24 de l'équipe chirurgicale. De plus, un médicament « orphelin », une entéro-hormone du nom de « Revestive » (contenant le principe actif téduglutide) est depuis peu disponible en France. Ce traitement augmente les capacités d'absorption digestive du grêle restant en cas de grêle court, permet de sevrer plus de patients dépendants de la nutrition parentérale et devrait donc diminuer les indications de la greffe intestinale. Les résultats post greffe sont décevants mais d'interprétation délicate en regard des petits effectifs et des politiques d'inscription de malades à priori plus graves.

Le nombre restreint d'indications, la très grande technicité et complexité chirurgicale et médicale de ce type de greffe et les difficultés logistiques des équipes de prélèvement impliquent de limiter cette activité à un nombre limité d'équipes sur le territoire, couplées obligatoirement à une activité de greffe hépatique, et de favoriser une organisation en filière de soins autour d'un centre de référence.

Tableau I1. Evolution de la liste d'attente et devenir des candidats à la greffe intestinale

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liste d'attente							
- malades restant en attente au 1er janvier	26	21	12	12	10	9	5
- nouveaux inscrits dans l'année	7	7	11	8	5	2	
- décédés dans l'année	2	3	1	2	1	0	
Sortis de la liste d'attente	3	4	0	1	2	3	
Greffés	7	9	10	7	3	3	

Tableau I2. Evolution du nombre de greffes intestinales

Année de greffe	Total greffe
1993	1
1996	2
1997	10
1998	9
1999	7
2000	4
2001	7
2002	9
2003	5
2004	7
2005	6
2006	8
2007	6
2008	13
2009	7
2010	9
2011	10
2012	7
2013	3
2014	3