



1. Pathologie

TRANSPLANTATION RÉNALE (SECONDAIRE À UNE INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE)

2. Diagnostic

A. Antécédents médicaux

L'étiologie d'une insuffisance rénale terminale nécessitant une transplantation devra être bien documentée et confirmée par le chirurgien-urologue et le néphrologue. Bien que rare chez des athlètes de haut niveau, des cas de transplantation rénale chez de tels individus ont été décrits récemment.

B. Critères diagnostiques

- le diagnostic d'une insuffisance rénale terminale devra être accompagné d'une anamnèse appropriée et documentée du déclin de la fonction rénale confirmée par un néphrologue
- un rapport opératoire détaillé par le chirurgien-urologue devra impérativement être joint

C. Information médicale sur la maladie

Le document contiendra la description du déclin de la fonction rénale ainsi que les évidences prouvant que les critères définissant la transplantation rénale sont présents. Les informations peuvent être fournies par le médecin-traitant appuyé par le spécialiste.

3. Pratique thérapeutique de référence

A. Nom des substances interdites

- Dans le traitement postopératoire de patients transplantés d'un rein, il est possible qu'une thérapie combinée faisant appel aux substances interdites suivantes soit nécessaire :

1. Glucocorticostéroïdes par voie systémique
2. Béta-bloquant
3. Diurétiques
4. Erythropoïétine (EPO)

B. Voie d'administration

5. Tous les médicaments seront généralement administrés par voie orale à l'exception de l'érythropoïétine administrée par injections intraveineuse ou sous-cutanée

C. Fréquence

Glucocorticostéroïdes en doses journalières (5-10 mg/jour comme dose d'entretien, bêta-bloquants, diurétiques et EPO conformément aux recommandations en vigueur (voir références). En ce qui concerne l'EPO, les recommandations actuelles visent un taux d'hémoglobine de 120g/L.

D. Durée recommandée du traitement

Le traitement durera pour la vie du patient. Un contrôle annuel par le néphrologue est recommandé.

4. Autres traitements alternatifs non interdits?

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

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

La plupart des transplantés du rein développeront une hypertension artérielle secondaire à l'insuffisance rénale. Non-traitées, cette hypertension semble avoir des effets délétères sur la survie de la greffe. Dans le cas présentant un phénomène de rejet modéré, il sera peut-être nécessaire d'augmenter la dose d'EPO requise. Dès le moment que les critères justifiant une transplantation ont été remplis, l'absence de traitement aurait des conséquences très défavorables pour la fonction du rein greffé, et à terme, des conséquences fatales pour le patient.

6. Surveillance du traitement

Des contrôles de routine de la fonction rénale et de la tension artérielle sont laissés à la discrétion du médecin traitant/néphrologue.

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

Le traitement durera toute la vie, sera fonction de l'état clinique ; un bilan annuel est raisonnable. Tout changement dans le plan thérapeutique faisant appel à des substances interdites devra être soigneusement documenté par le médecin traitant/néphrologue, et formera la base d'une nouvelle demande d'AUT.

Lors du contrôle annuel, les athlètes sous EPO feront effectuer une analyse sanguine incluant Hb, hématokrite, numérotation des globules rouges et des réticulocytes.

Une prolongation de l'AUT pourra être attribuée après revue des paramètres appropriés.

8. Précautions adéquates

La transplantation rénale chez un athlète de haut niveau n'est pas chose courante. Néanmoins, quelques cas récents ont été largement décrits, et il est donc essentiel que des recommandations précises soient appliquées rigoureusement.

9. Références

1. 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology New Guidelines for treatment of Hypertension J Hypertens. 2003 Jun; 21(6):1011-53
2. KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39:S1-S266, 2002 (suppl 2)
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. JAMA 289:2560-2572, 2003