

Le processus d'attribution rénale québécois défavorise-t-il les patients en attente d'une greffe combinée rein-pancréas?

ÉTUDE DE CAS / CASE STUDY

Raphaëlle Stenne^{1,2}, Marie-Chantal Fortin^{1,2,3}

Reçu/Received: 12 Mar 2013

Publié/Published: 5 Jul 2013

Éditeurs/Editors: Maude Laliberté & Charles Dupras

© 2013 R Stenne & M-C Fortin, [Creative Commons Attribution 3.0 Unported License](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)

Résumé

En transplantation d'organes, il y a un écart important entre le nombre d'organes disponibles et le nombre de patients en attente. Afin de mieux répartir ces organes, les règles d'allocation s'appuient sur des principes d'équité et d'utilité médicale. Dans cette étude de cas, nous allons illustrer la difficulté associée à la mise en place d'un système d'allocation. Celui-ci a pour objectif de garantir une répartition équitable des greffons rénaux tout en tenant compte du principe d'utilité et ce, pour tous les patients en attente, dont les patients en attente d'une greffe combinée rein-pancréas.

Mots clés

transplantation rein-pancréas, procédure attribution, équité, utilité, Québec

Summary

In organ transplantation, there is a significant gap between the number of organs available and the number of patients waiting. To better distribute these organs, allocation rules are based on principles of equity and medical utility. In this case study, we will illustrate the difficulties associated with the implementation of an allocation system. The aim is to ensure a fair distribution of kidney transplants while also taking into account the principle of utility, and this for all patients, including those waiting for a combined kidney-pancreas transplant.

Keywords

pancreas-kidney transplantation, allocation procedure, equity, utility, Quebec

Affiliations des auteurs / Author Affiliations

¹ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Notre-Dame, Montréal, Canada.

² Programmes de bioéthique, Université de Montréal, Montréal, Canada

³ Service de néphrologie et de transplantation, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Notre-Dame, Montréal, Canada.

Correspondance / Correspondence

Marie-Chantal Fortin, marie-chantal.fortin@sympatico.ca

Remerciements

Marie-Chantal Fortin est récipiendaire d'une bourse salariale du Fonds de la recherche en santé du Québec et du programme KRESCENT.

Conflit d'intérêts

M. Bryn Williams-Jones, éditeur en chef de la revue *BioéthiqueOnline*, est le mentor de Dre Marie-Chantal Fortin au Fonds de la recherche en santé du Québec. Raphaëlle Stenne est la secrétaire du comité d'éthique de Transplant Québec.

Acknowledgements

Marie-Chantal Fortin is a recipient of a salary award from the Fonds de recherche en santé du Québec and the KRESCENT program.

Conflicts of Interest

Bryn Williams-Jones, Editor-in-chief of the journal *BioéthiqueOnline*, is mentor to Dr. Marie-Chantal Fortin at the Fonds de la recherche en santé du Québec. Raphaëlle Stenne is the secretary of the ethics committee at Transplant Québec.

Introduction

En transplantation d'organes, la demande est de loin supérieure à l'offre et des patients en attente décèdent encore faute de greffons [1]. Afin de répartir au mieux cette ressource rare, les organismes responsables de la gestion de la répartition des greffons, tels que Transplant Québec, ont défini des règles d'attribution. Ces règles s'appuient sur le principe de l'utilité médicale et de l'équité. L'utilité médicale en transplantation signifie soit allouer les organes de manière à maximiser la survie des greffons ou sauver le plus de vies possibles [2]. Selon McPhee, le principe d'équité stipule que « *tous*

les patients qui rencontrent les critères d'éligibilité vont avoir les mêmes chances d'obtenir le greffon ou que les patients qui ont les mêmes caractéristiques vont avoir les mêmes probabilités » (traduction libre) [3]. Malgré l'existence de ces principes, il est parfois difficile de garantir un accès équitable à une transplantation à tous les patients en attente d'une greffe. Par exemple, les règles d'attribution rénale actuellement en vigueur au Québec peuvent potentiellement défavoriser les patients en attente de greffes combinées rein-pancréas (GCRP). Cette étude de cas fait un bref état de cette problématique.

Les transplantations envisageables dans les cas de diabète de type 1

La GCRP est une avenue thérapeutique habituellement envisagée pour des patients atteints de diabète de type 1 souffrant d'une insuffisance rénale chronique terminale. Ce type de greffe n'est cependant pas indiquée pour les patients atteints de type 2 souffrant d'une insuffisance rénale [4]. En 2012, au Québec, il y avait 17 patients en attente d'une GCRP [1]. La greffe rénale isolée et la greffe pancréatique suivant une greffe rénale sont des alternatives à la GCRP. Comparativement à la greffe rénale isolée, la GCRP est associée à des meilleures survies du greffon et des patients à long terme [5]. La GCRP a également démontré de meilleurs résultats en matière de survie du greffon et des patients ainsi qu'en terme de qualité de vie lorsque comparée à la greffe rénale suivie d'une greffe pancréatique. Un des avantages importants de la GCRP, comparativement à la greffe rénale suivie d'une greffe pancréatique, est qu'elle n'implique qu'une intervention chirurgicale, diminuant ainsi les complications chirurgicales associées avec deux procédures [6-12].

Le processus d'attribution rein et pancréas au Québec

Au Québec, toute personne en attente d'une transplantation d'organes est inscrite sur une liste unique gérée par Transplant Québec. Lorsqu'un rein d'un donneur décédé est disponible, Transplant Québec l'attribue prioritairement à une des quatre catégories suivantes. La première (A) regroupe les patients qui sont considérés comme des urgences rénales, soit « *les patients qui doivent recevoir une greffe à très court terme avant que la dialyse ne soit plus du tout possible* » [13]. La deuxième catégorie (B) comporte les patients en attente d'une greffe combinée telle qu'une greffe foie-rein ou cœur-rein¹. La troisième catégorie (C) rassemble les patients pédiatriques pour lesquels on réserve les organes de donneurs âgés de moins de 45 ans [14]. La quatrième catégorie (D) est quant à elle composée de patients en attente d'une GCRP. Si l'organe ne trouve pas preneur parmi les patients d'une de ces quatre catégories prioritaires, il est offert aux autres patients sur la liste unique. Similairement aux patients pédiatriques, seuls les greffons provenant de donneurs âgés de moins de 50 ans se qualifient pour une GCRP [14]. La procédure d'attribution rénale comporte une particularité qui stipule que, lorsqu'un des deux reins d'un donneur décédé est attribué à un patient inscrit dans l'une des quatre catégories prioritaires, le deuxième rein doit obligatoirement être offert aux autres patients inscrits sur la liste unique de Transplant Québec [13]. Il importe de mentionner que les reins de jeunes donneurs décédés sont associés à des meilleures survies du greffon et du patient [15]. Dès lors, ne serait-il pas plus équitable d'en faire bénéficier autant les patients appartenant aux groupes prioritaires que ceux inscrits sur la liste unique? Cette priorité soulève un autre enjeu important. En effet, les patients pédiatriques étant prioritaires aux patients en attente d'une GCRP, les organes provenant de donneurs âgés de moins de 50 ans (42 % en 2012 au Québec [1]) leur sont généralement attribués. En conséquence, le deuxième rein disponible n'est pas proposé aux patients en attente d'une GCRP puisqu'il doit être obligatoirement offert aux patients en attente inscrits sur la liste unique. Ceci signifie également que le pancréas prélevé chez ce même donneur ne sera pas attribué aux patients en attente d'une GCRP puisque le premier rein aura été attribué à un patient pédiatrique et le deuxième, à un patient inscrit sur la liste unique. La GCRP n'est donc pas envisageable puisqu'aucun rein n'est disponible. S'il n'y a pas de patients compatibles pour une greffe isolée du pancréas, le pancréas ne sera alors pas utilisé.

¹ Les greffes double rein-pancréas sont exclues de cette catégorie.

Principes directeurs, réflexions et questionnements

Les organes cadavériques étant une ressource rare, les politiques d'allocation sont définies afin d'offrir la meilleure balance possible entre deux principes éthiques fondamentaux, soit l'équité et l'utilité médicale [16, 17]. Certaines approches peuvent ensuite être adoptées pour résoudre les défis d'allocation que soulèvent des situations particulières, telles que par exemple les greffes combinées. Dans une perspective égalitaire, les patients en attente d'une greffe combinée sont défavorisés dans la loterie naturelle, car ils ont besoin de deux organes [18]. À cet égard, l'accès à la greffe des patients en attente d'une GCRP ne pourrait-il pas être facilité pour pallier cette situation défavorable?

À la lumière de ces réflexions, les retombées potentielles de la procédure d'attribution rénale présentement en vigueur au Québec sur les patients en attente d'une GCRP soulèvent plusieurs questions.

- Si les patients en attente d'une GCRP sont réellement considérés comme prioritaires, la procédure d'attribution serait-elle plus équitable si elle assurait à ces patients un accès équivalent à celui dont bénéficient les autres receveurs potentiels considérés prioritaires à une transplantation d'organes?
- Advenant le cas où les patients en attente de GCRP avaient, tout comme les patients pédiatriques, un accès prioritaire aux organes de « jeunes » (moins de 45-50 ans) donneurs décédés, les patients en attente d'une transplantation rénale inscrits sur la liste d'attente verraient leurs chances diminuées d'avoir accès à ce type d'organes. Dès lors, comment peut-on, sans créer d'inégalités au niveau de l'accès aux organes provenant de donneurs décédés de moins de 50 ans, prioriser les patients en attente de GCRP?
- Selon une perspective utilitariste qui vise à maximiser la survie des patients et des greffons, il faudrait privilégier les GCRP pour les patients souffrant de diabète de type 1 qui peuvent encore bénéficier de ce type de greffe plutôt que de les rediriger vers une transplantation rénale simple ou une transplantation rénale suivie d'une transplantation pancréatique. Dans cette perspective, l'obligation d'offrir le deuxième rein (lorsque le premier est offert à un patient pédiatrique) aux patients inscrits sur la liste unique qui ne font partie d'aucun groupe prioritaire, entraînant potentiellement la perte de greffons pancréatiques provenant de donneurs âgés de moins de 50 ans, devient difficilement justifiable. La modification de cette particularité permettrait-elle alors de renforcer la visée utilitariste du système d'allocation ?
- Par ailleurs, selon une perspective utilitariste où il faut greffer le plus grand nombre de patients avec les organes disponibles, les greffes combinées ne sont pas des avenues à privilégier, car elles utilisent deux organes pour un même patient. Cependant, dans l'étude de cas présentée ici, s'il n'y a pas de patient pour recevoir un pancréas isolé et que le premier rein a été attribué à un patient pédiatrique, il y aurait perte nette d'un organe, soit le pancréas. Doit-on maximiser le nombre total de patients greffés ou doit-on maximiser les bénéfices de la greffe pour un patient donné?

Références

1. Transplant-Québec. [Statistiques officielles 2012](#). 2012 [31 mai 2013].
2. Persad G, Wertheimer, A., Emanuel, E.J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*. 2009;373(9661):423-31.
3. MacPhee I, Fronek J. Organisation of transplant services, organ sharing, organ allocation: a perspective from the UK and Eurotransplant. *Handbook of Renal and Pancreatic Transplantation*, Wiley; 2012.
4. National Kidney Foundation. [Kidney-Pancreas Transplant](#). 2013 [19 juin 2013].

5. Reddy K, Stablein D, Taranto S, Stratta RJ, Johnston TD, Waid TH, McKeown JW, Lucas BA, Ranjan D. Long-term survival following simultaneous kidney-pancreas transplantation versus kidney transplantation alone in patients with type 1 diabetes mellitus and renal failure. *American Journal of Kidney Diseases*. 2003;41(2):464-70.
6. Badet L, Lefrançois, N, Martin, X, Morelon, E. [La greffe combinée de rein et de pancréas chez le diabétique: indications et stratégies de transplantation](#), Service de Médecine et de Chirurgie de la Transplantation Hopital Edouard Herriot – Lyon 2009.
7. Piehlmeier W, Bullinger M, Kirchberger I, Land W, Landgraf R. Evaluation of the quality of life of patients with insulin-dependent diabetes mellitus before and after organ transplantation with the SF 36 health survey. *The European journal of surgery = Acta chirurgica*. 1996;162(12):933-40.
8. Wiseman AC. Pancreas transplant options for patients with type 1 diabetes mellitus and chronic kidney disease: simultaneous pancreas kidney or pancreas after kidney? *Current Opinion in Organ Transplantation*. 2012;17(1):80-6. Epub 2011/12/22.
9. Wolfe RA, McCullough KP, Schaubel DE, Kalbfleisch JD, Murray S, Stegall, MD, Leichtman, AB. Calculating Life Years from Transplant (LYFT): Methods for Kidney and Kidney-Pancreas Candidates. *American Journal of Transplantation*. 2008;8(4p2):997-1011.
10. Andreoni KA, Brayman, KL, Guidinger, MK, Sommers, CM, Sung, RS. Kidney and pancreas transplantation in the United States, 1996-2005. *American Journal of Transplantation*. 2007;7(5 Pt 2):1359-75.
11. Weiss AS, Smits G, Wiseman AC. Twelve-Month Pancreas Graft Function Significantly Influences Survival Following Simultaneous Pancreas-Kidney Transplantation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2009;4(5):988-95.
12. McCullough KP, Keith D, Meyer K, Stock P, Brayman K, Leichtman A. Kidney and Pancreas Transplantation in the United States, 1998–2007: Access for Patients with Diabetes and End-Stage Renal Disease. *American Journal of Transplantation*. 2009;9(4p2):894-906.
13. Transplant-Québec. [Personnes en attente d'une transplantation rénale - Les critères et le processus d'attribution](#). 2012.
14. Transplant-Québec. [Attribution des reins, pancréas et gestion de la liste d'attente: Clinique de transplantation](#). 2012.
15. Balachandran VP, Aull MJ, Charlton M, Afaneh C, Serur D, Leeser DB, Del Pizzo J, Kapur S. Kidneys From Older Living Donors Provide Excellent Intermediate-Term Outcomes After Transplantation. *Transplantation*. 2012;94(5):499-505.
16. Stuart FP, Kaufman DB. *Kidney, Pancreas and Islet Cell Transplantation*. Georgetown, Texas: Landes Bioscience; 2003.
17. Ghoneim IA, Goldfarb DA. Kidney Allocation System for Deceased Donor Kidneys in the United States. In: Srinivas TR, Shoskes, DA (eds.), *Kidney and Pancreas Transplantation: A Practical Guide*, Springer; 2011.
18. Veatch RM. *Transplantation Ethics*, Georgetown University Press; 2000.