

Impact du Covid sur le programme de transplantation pulmonaire en France

Dr Camille Legeai (Agence de biomédecine) avec le registre CRISTAL

Article paru dans *Respiratory Medicine and Research* 78 (2020) publié en ligne 8 mai 2020

Traduit de l'anglais par Paul Bissegger 28 mars 2021

Le Covid-19 est à l'origine d'un syndrome respiratoire aigu. Cette pandémie a tué déjà à des dizaines de milliers de reprises dans le monde entier, tout particulièrement parmi les patients âgés qui ont des facteurs de risques cardiovasculaires et qui vivent dans de grands centres urbains. Comme dans la plupart des pays, le gouvernement français a ordonné le confinement de la population (décret du 16 mars 2020), et l'on ne pouvait plus, alors, quitter son domicile que pour des activités journalières essentielles, telles qu'achat de nourriture, rendez-vous médicaux, ou activité professionnelle dans des secteurs indispensables à la survie de la population. Trois semaines plus tard déjà, ces conditions ont un impact majeur sur la transplantation pulmonaire.

La première conséquence, est que la transplantation pulmonaire n'est plus guère possible en période de pandémie. Normalement, en France, 11 équipes (dont deux pédiatriques) procèdent à 350-400 transplantations pulmonaires par année. Sur trois semaines, entre le 17 mars et le 7 avril 2020, le registre CRISTAL dépendant de l'Agence de la Biomédecine qui répertorie toutes les transplantations faites en France, répertorie 24 transplantations de routine et 7 autres en urgence. Ces chiffres sont à comparer avec ceux de 2019 durant la même période, où il n'y a eu respectivement que 0 et 2 transplantations. Durant cette même période de trois semaines, les dons de poumons ont passé de 120 en 2019, à seulement 53 en 2020. Bien que des chirurgiens soient restés disponibles pour des transplantations, les donations ont considérablement diminué en raison de l'extrême pression exercée par les malades du Covid sur le personnel en soins intensifs. De nombreuses salles d'opération ont été transformées en salles de réanimation, ce qui a diminué d'autant les disponibilités pour les transplantations. Bloquer ces salles pour des transplantations qui durent 8 heures, aurait contrevenu à l'éthique d'un emploi judicieux de ressources limitées en temps et en moyens. En outre, la plupart des appareils respirateurs étaient mis à la disposition surtout de patients Covid.

Dans ce contexte, la Société de pneumologie de langue française décide déjà le 16 mars que seuls recevraient une transplantation pulmonaire les patients figurant sur la liste de grande urgence, ainsi que ceux ne figurant pas sur la liste, mais dont la situation d'urgence paraissait évidente à l'équipe de transplantation après une analyse particulièrement rigoureuse des risques/bénéfices. Les nouveaux transplantés couraient en effet un risque accru dans des unités bondées, où le personnel de soins intensifs était bien moins disponible pour parer aux défis post-opératoires. Bien que, en théorie, les transplantations de grande urgence doivent être effectuées comme d'habitude, il y en a eu bien moins, surtout en raison d'obstacles techniques dans les centres opératoires. Il y avait en outre aussi un risque d'infection nosocomiale par le Covid, c'est à dire de contamination en milieu hospitalier. Ce risque est mal connu, mais a paru suffisant à bien des praticiens et à des patients pour éviter une transplantation. Le principal critère de sélection pour une transplantation étant un risque de décès supérieur à 50% dans l'année, le fait de retarder des opérations peut bien sûr coûter des vies. Ainsi, certains candidats à la transplantation peuvent-ils être des victimes indirectes de l'épidémie de Covid-19.

A ce jour, il y a environ 2500 transplantés pulmonaires en France. On rapporte une augmentation des infections Covid également dans ce groupe, ces cas sont répertoriés dans différents registres spécifiques, notamment celui de la Société francophone de transplantation.

Ces infections se déclarent malgré le fait que ces patients bénéficient de longue date d'une bonne éducation thérapeutique et montrent un haut niveau de responsabilité concernant les précautions à prendre pour leur santé. Ces patients tendent à appliquer les mesures de protection de manière plus rigoureuse que le reste de la population. En outre, ils font l'objet de contrôles médicaux réguliers pour surveiller leur fonction pulmonaire et leur médication d'immunosuppression. Depuis le confinement, et presque d'un jour à l'autre, une partie de cette supervision médicale a eu lieu par télé-médecine. L'expérience tirée de cette nouvelle pratique aidera peut-être à régler un vieux débat, celui de savoir si les fréquentes visites que doivent faire ces patients à l'hôpital sont vraiment nécessaires. La spirométrie à domicile est, bien sûr, un thème central de la supervision à distance des patients.

La peur de contracter le Covid-19 a provoqué certains comportements non souhaités chez les patients, comme l'abandon de la surveillance de l'immunosuppression, ou le fait de renoncer à un séjour hospitalier pour gérer certaines complications. Des comportements inappropriés ont également été remarqués chez certains praticiens. Des rumeurs, amplifiées par les médias, ont couru sur l'effet positif que tel ou tel médicament pouvait avoir sur les atteintes du virus. Ces rumeurs ont entraîné des prescriptions massives qui ont épuisé les stocks de certains médicaments tels que les Macrolides (molécules à propriétés antibiotiques et bactériostatiques). Ainsi, l'azithromycine est prise par plus de la moitié de tous les transplantés pulmonaires pour soigner la dysfonction chronique du greffon (CLAD), un problème qui est la principale cause de mortalité chez les greffés. Une rupture de stock de ce médicament représenterait donc un souci majeur.

Enfin, l'impact de la pandémie sur les ressources économiques nécessaires au bon fonctionnement des services de santé est une autre grande préoccupation. Les programmes de transplantation pulmonaire sont coûteux en temps, en équipement et en ressources humaines. Par conséquent, ces programmes ne sont disponibles que dans des pays riches. Il faudra prendre garde à développer des politiques de santé qui permettent à toutes les personnes qui en ont besoin de bénéficier d'une transplantation. Notamment en accordant à des groupes spécifiques de patients atteints de maladies chroniques un accès prioritaire à des médicaments essentiels comme l'azithromycine, les immunosuppresseurs et les antibiotiques indispensables. Enfin, même si les instruments offerts par la télé-médecine et l'intelligence artificielle vont assurément modifier nos interactions avec les patients, il faut rester conscient des limitations de ces méthodes. Rien ne peut remplacer un contact personnel.