

**AVIS SUR LES PROCÉDURES D'OPÉRATION NORMALISÉE :
ATTRIBUTION HÉPATIQUE**

Avril 2012

Un document portant sur les procédures d'opération normalisée pour l'attribution hépatique a été déposé le 26 octobre 2011 au comité d'éthique pour révision et avis. La révision des procédures adoptées à Transplant Québec constituant l'un des mandats assignés au comité d'éthique, ses membres ont acquiescé à la demande, d'autant plus que l'attribution des organes constitue, avec l'approvisionnement, la fonction essentielle de l'organisme. Le comité a discuté du sujet lors des réunions tenues les 16 et 29 novembre 2011 et le 27 mars 2012.

Comme il ne s'agit pas du premier avis sur les procédures d'opération normalisée, les sujets généraux, tels que :

- le rôle du comité d'éthique dans ces dossiers;
- la logique inhérente à l'attribution des organes;
- les questions éthiques et empiriques qu'elle soulève;
- les valeurs et les principes devant sous-tendre les critères utilisés;
- les procédures établies pour respecter ces critères
- le suivi nécessaire pour apporter des correctifs si jamais les objectifs n'étaient pas atteints

ont déjà fait l'objet de discussions au sein du comité. Ces dernières ont été intégrées dans l'*Avis sur les procédures d'opération normalisée : attribution des reins, pancréas et rein-pancréas*, émis en novembre 2010. Le comité énonçait que, selon lui, la réflexion menée pouvait s'appliquer aux autres organes si l'on accepte d'y apporter certains ajustements. Par conséquent, le comité ne reviendra pas sur les aspects généraux dans le présent avis.

Il tentera plutôt de dégager les particularités propres à l'attribution hépatique et de voir jusqu'à quel point les procédures qui ont été établies les respectent.

1. Les particularités de l'attribution hépatique

Selon les informations disponibles, provenant de certains membres du comité d'éthique et de sources scientifiques, les membres du comité d'éthique comprennent que l'attribution d'un foie doit se faire selon des critères différents de ceux qui s'appliquent dans le cas du rein.

Le foie est un organe vital. Faute de recevoir le greffon, certains patients décèdent alors qu'ils sont sur une liste d'attente. L'attribution doit donc se faire d'abord au patient dont le risque de décès est le plus élevé et ensuite, à celui qui en bénéficiera le plus. Afin que la liste d'attente reflète le mieux possible l'état d'urgence des patients inscrits sur celle-ci, divers moyens ont été développés dont notamment le **score MELD** (Models for end-stage liver disease). Selon plusieurs études, l'utilisation du **score MELD** - qui vise d'abord l'équité – ne nuit pas à l'efficacité, la survie des receveurs n'ayant pas changé depuis son introduction. En fait, la mortalité sur la liste d'attente aurait même diminué.

Il semble que l'on ait déjà tenu compte par le passé du temps d'attente dans la computation d'un score d'attribution. Mais les faits auraient démontré que la corrélation entre ce facteur et la survie sur la liste n'était pas bonne. Le **score MELD** fut donc élaboré et validé de façon prospective. Comme ce score prend en compte les données biologiques objectives qui reflètent la gravité de l'atteinte et que ces données sont vérifiées périodiquement¹ pour en suivre l'évolution, ceci permet une meilleure corrélation avec le taux de décès sur la liste d'attente. Le protocole en vigueur accorde beaucoup d'importance au **score MELD** qui, semble-t-il, a effectivement facilité l'uniformisation des pratiques à travers le Canada.

Par ailleurs, la transplantation hépatique s'est avérée plus efficace que la chimiothérapie dans certains cas de cancer hépatique. Pour ces patients chez qui la transplantation est un

¹ Vérification hebdomadaire pour les MELD de plus de 25, vérification mensuelle pour les MELD 19-24, vérification tous les trois mois pour les MELD 11-18, vérification annuelle pour les MELD 10 et moins.

traitement indiqué, une variante de ce score a été élaborée : le MELD-CHC (Carcinome Hépatocellulaire). Ce dernier se base sur le nombre et la taille des lésions cancéreuses.

La compatibilité tissulaire, un des critères majeurs pour l'attribution rénale, n'a que peu d'importance en greffe hépatique. Elle ne sera prise en compte qu'à de rares occasions, dans des situations particulières et n'aura aucune incidence sur la distribution. Ceci s'explique par le fait que les facteurs de compatibilité sont moins importants pour le foie. Le receveur d'une greffe hépatique nécessite d'ailleurs moins d'immunosuppresseurs que le receveur d'une greffe rénale.

En revanche, la chirurgie est plus complexe et la période postopératoire est plus lourde dans le cas de la transplantation hépatique. Les risques associés à cette opération ne sont donc compensés par les bénéfices engendrés que si les patients sont lourdement atteints. Par conséquent, les patients qui sont sur la liste d'attente et dont le cas n'est pas considéré comme « urgent » peuvent attendre longtemps avant d'être transplantés.

L'âge du donneur n'est pas non plus un critère important puisque, contrairement au rein, le foie est un organe peu atteint par le vieillissement. En ce qui concerne les critères psycho-sociaux, ils ne sont pas non plus utilisés dans le score d'attribution des foies.

En somme, les critères d'attribution doivent suivre la logique du plus malade (**l'état d'urgence**) et non pas celle de la plus grande chance de survie. Basée sur des critères objectifs, l'étape d'attribution est moins propice à engendrer des dilemmes éthiques. Ceux-ci risquent d'émerger davantage au moment de l'inscription des patients sur la liste d'attente. Plus précisément, les médecins n'inscrivent les patients sur la liste que lorsqu'ils croient que ceux-ci ont des chances de survivre à la greffe. Toutefois, cette étape du processus ne relève pas de Transplant Québec.

2. Les procédures d'opération normalisée

Le protocole soumis à l'attention du comité prévoit que le foie soit d'abord offert au patient atteint d'insuffisance hépatique sévère qui risque de décéder dans les heures

qui suivent si ce n'est de la greffe. Lorsque de telles situations arrivent et qu'un organe est disponible, celui-ci est d'abord offert au niveau provincial puis au niveau national. Si aucun patient n'est dans un état précaire, l'attribution de l'organe hépatique se fait sur des bases médicales objectives, dont le groupe sanguin et le **score MELD**, ce dernier mesurant la sévérité de l'atteinte hépatique.

3. Les recommandations du comité d'éthique

Somme toute, la procédure d'opération normalisée pour l'attribution hépatique qui nous a été soumise semble conforme aux principes généraux présentés dans l'*Avis sur les procédures d'opération normalisée : attribution des reins, pancréas et rein-pancréas*, tout en respectant les particularités propres à ce type de greffe.

Alors que les équipes travaillant en greffe rénale doivent attribuer une pondération à différents facteurs, parfois subjectifs, les équipes de transplantation hépatique peuvent tabler sur des critères médicaux hautement objectifs pour l'attribution des organes. Ils peuvent se baser sur **l'urgence médicale** tout en vérifiant activement et de façon prospective que l'efficacité, par le biais de l'étude de la survie des greffons, demeurera respectée. Ces deux critères témoignent respectivement d'une préoccupation pour les principes d'équité et d'efficacité.

Toutefois, il ne faudrait pas penser que toute considération subjective est pour autant éliminée. S'il y a peu de place pour les critères psycho-sociaux à cette étape du processus, ceux-ci seront plutôt considérés lorsqu'il faudra décider d'inscrire ou non un patient sur la liste d'attente. La question de savoir si un patient non-assidu à la médication/au traitement ou alcoolique doit être inscrit demeure donc ouverte. Mais il s'agit là d'un enjeu distinct qui relève plutôt de la responsabilité des équipes de soins que de celle de Transplant Québec.

****** Le comité d'éthique de Transplant Québec estime que cet avis pourrait être diffusé auprès des professionnels de la santé.