

N° cartable

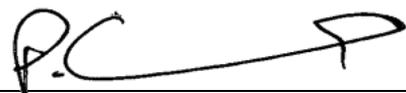
Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE

Approuvé par :   
Direction médicale - don d'organes

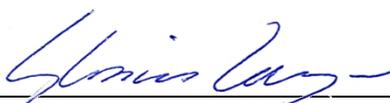
Date : 2025-01-21

Approuvé par :   
Direction médicale - transplantation d'organes

Date : 2025-01-20

Approuvé par :   
Direction de la qualité, de la conformité,  
de la performance et de l'éthique

Date : 2025-01-17

Approuvé par :   
Direction des soins infirmiers et du soutien  
aux établissements

Date : 2025-01-17

Table des matières

<b>1</b>	<b>But</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Portée et responsabilité</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Renvoi</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Formulaires / Documents requis</b> .....	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>Matériel requis</b> .....	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>Procédé</b> .....	<b>5</b>
6.1	Définitions.....	5
6.2	Généralités .....	5
6.3	Demande de numéro de dossier TQ.....	6
6.4	Inscription initiale et modification de l'inscription d'une personne en attente de transplantation.....	6
6.5	Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente pour tous les organes .....	7
6.6	Statuts cliniques communs à tous les organes .....	8
6.7	Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente cardiaque .....	8
6.8	Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente cardiaque .....	9
6.9	Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente pulmonaire .....	14
6.10	Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente pulmonaire .....	15
6.11	Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente hépatique .....	15
6.12	Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente hépatique .....	16
6.13	Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente rénale .....	17
6.14	Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente rénale.....	19
6.15	Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente du pancréas et des îlots pancréatiques .....	19
6.16	Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente du pancréas et des îlots pancréatiques.....	20
6.17	Transplantation d'une personne en attente .....	21
6.18	Particularités d'une demande de dérogation d'inscription .....	21
6.19	Vérification et confirmation de la liste d'attente par les programmes de transplantation.....	21
6.20	Documentation .....	21
<b>7</b>	<b>Références</b> .....	<b>22</b>
<b>8</b>	<b>Liste des modifications</b> .....	<b>22</b>
<b>9</b>	<b>Rédaction / Révision</b> .....	<b>26</b>
<b>10</b>	<b>Annexe</b> .....	<b>27</b>

## 1 BUT

Définir les règles à suivre concernant la gestion de la liste des personnes en attente d'une transplantation.

Décrire les particularités et les critères applicables à l'inscription et aux modifications d'inscription subséquentes, en fonction de l'organe, pour les personnes en attente d'une transplantation.

Décrire les particularités et les critères applicables aux dérogations d'inscription des différents organes.

## 2 PORTÉE ET RESPONSABILITÉ

Toutes les demandes relatives à l'inscription d'une personne en attente et aux modifications d'inscription subséquentes

Direction des soins infirmiers et du soutien aux établissements (DSI-SE)

Laboratoires d'histocompatibilité

Programmes de transplantation québécois

## 3 RENVOI

INS-PON-002                      Dérogation d'inscription

## 4 FORMULAIRES / DOCUMENTS REQUIS

AH-618	Consentement à la communication de renseignements - Pour l'inscription d'une personne en attente d'une transplantation d'organes
AH-618A	<i>Consent to disclose information - For the purpose of registering a person waiting for an organ transplant</i>
S/O	Document d'obtention du consentement des patients pour l'inscription au Registre canadien pour la transplantation
S/O	<i>Notice to Obtain Consent from Patients Participating in the Canadian Transplant Registry</i>
ATT-FOR-004	Sommaire du donneur de tissus composites vascularisés (TCV)
INS-FOR-003	Avis d'inscription/modification - CŒUR et CŒUR-POUMONS
INS-FOR-004	Avis d'inscription/modification - POUMONS
INS-FOR-005	Avis d'inscription/modification - FOIE
INS-FOR-006	Avis d'inscription/modification - PANCRÉAS, REIN, INTESTIN
INS-FOR-008	Demande de numéro de dossier TQ
INS-FOR-011	Avis d'inscription/modification - PANCRÉAS-ÎLOTS
INS-FOR-012	Avis d'inscription/modification - TISSUS COMPOSITES VASCULARISÉS
INS-FOR-013	Notes du dossier d'une personne en attente



## 5 MATÉRIEL REQUIS

Système d'information en don d'organes (SIDO) :  
- Base de données donneurs-receveurs (BDDR)

Registre canadien de transplantation (RCT) de la Société canadienne du sang (SCS)

## 6 PROCÉDÉ

### 6.1 Définitions

- 6.1.1 *Canadian Transplant Recipient (CTR)* : numéro d'identification unique du receveur attribué par le Registre canadien de transplantation (RCT) de la Société canadienne du sang (SCS).
- 6.1.2 PRA : anticorps réagissant contre un panel d'antigènes HLA.
- 6.1.3 PRA calculé (cPRA) : évaluation du pourcentage de donneurs d'organes décédés avec lesquels une personne en attente risque de présenter une incompatibilité.
- 6.1.4 *High Status Heart (HSH)* : personne en attente de cœur de statut 4 ou ayant un cPRA supérieur ou égal à 80% ( $\geq 80\%$ ).
- 6.1.5 HSP : personne en attente de rein ou de pancréas-rein répondant aux critères d'admissibilité décrits à la politique CTR.50.001 *Critères d'admissibilité du receveur du Programme d'échange interprovincial d'organes (IPOS-reins)* du Registre canadien de transplantation (RCT).
- 6.1.6 AV : dispositif d'assistance ventriculaire droite ou gauche (*Right Ventricular Assist Device (RVAD)* ou *Left Ventricular Assist Device (LVAD)*).
- 6.1.7 Score MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*) : système de notation pour évaluer la gravité d'une maladie chronique du foie. Il définit la probabilité du risque de décès au cours de la période d'attente : à titre d'exemple, un pointage de 15 signifie une moindre probabilité, tandis qu'un pointage de 40 signifie une forte probabilité.

### 6.2 Généralités

- 6.2.1 Les personnes désignées des programmes de transplantation sont responsables d'effectuer, verbalement et par écrit, les demandes de numéro de dossier TQ, les inscriptions initiales des personnes en attente et toutes les modifications subséquentes.
  - 6.2.1.1 Lors de la confirmation de transplantation ou de la recertification MELD d'une personne en attente, seul l'avis d'inscription/modification par écrit est requis.
- 6.2.2 Les coordonnateurs-conseillers cliniques ou les personnes désignées par Transplant Québec sont responsables de la gestion des demandes de numéro de dossier TQ, des inscriptions initiales ainsi que de toutes les modifications d'inscription demandées.
- 6.2.3 Pour tout document reçu, s'assurer de la concordance de deux (2) données nominatives (nom et prénom, numéro RAMQ, date de naissance, numéro de dossier au centre hospitalier) avec le dossier de la personne en attente dans la BDDR.
- 6.2.4 Les laboratoires d'histocompatibilité sont responsables de la saisie informatique des données et des modifications reliées au typage tissulaire, ainsi que de la compatibilité croisée par cytométrie en flux (*cross-match flow*) des personnes en attente.
  - 6.2.4.1 Pour toute personne en attente d'une greffe de tissus composites vascularisés (TCV), la copie des données reliées au typage tissulaire doit être obtenue et insérée au dossier papier.
- 6.2.5 Toutes les informations concernant une demande de numéro de dossier TQ, un avis d'inscription initiale ou de modification d'inscription d'une personne en attente sont transmises automatiquement aux laboratoires d'histocompatibilité à partir de la BDDR, via un lien informatique.

- 6.2.6 Tous les formulaires ou documents non conformes reçus des programmes de transplantation doivent être conservés au dossier des personnes en attente.
  - 6.2.6.1 Aviser le programme de transplantation de retourner un formulaire ou document corrigé afin qu'il soit traité.
  - 6.2.6.2 Documenter au dossier de la personne en attente les interventions effectuées en utilisant le formulaire INS-FOR-013 *Notes du dossier d'une personne en attente*.
- 6.2.7 Les informations reçues des programmes de transplantation après un retrait définitif ou une transplantation sont conservées uniquement dans le dossier papier puisque le dossier de la BDDR ne peut être corrigé après la transplantation ou le retrait définitif de celui-ci.

### **6.3 Demande de numéro de dossier TQ**

- 6.3.1 Recevoir l'avis verbal et le formulaire INS-FOR-008 *Demande de numéro de dossier TQ* par la personne désignée du programme de transplantation.
- 6.3.2 Saisir les données issues du formulaire INS-FOR-008 *Demande de numéro de dossier TQ* dans la BDDR afin que soit attribué un numéro de dossier TQ à la personne en attente.
  - 6.3.2.1 Le numéro de dossier TQ des personnes en attente d'une greffe de TCV est alloué manuellement selon la séquence suivante : TCV001, TCV002, etc.
- 6.3.3 Compléter la section I de la section réservée à l'usage de Transplant Québec et réacheminer le formulaire INS-FOR-008 *Demande de numéro de dossier TQ* au programme de transplantation concerné.
- 6.3.4 Vérifier la saisie informatique des données à partir du formulaire INS-FOR-008 *Demande de numéro de dossier TQ* et compléter la section II de la section réservée à l'usage de Transplant Québec.

### **6.4 Inscription initiale et modification de l'inscription d'une personne en attente de transplantation**

- 6.4.1 Recevoir l'avis verbal et le formulaire d'avis d'inscription/modification selon l'organe concerné de la personne désignée du programme de transplantation.
  - 6.4.1.1 La date et l'heure de l'avis verbal à Transplant Québec correspondent à la date et à l'heure de l'inscription initiale de la personne en attente.
    - 6.4.1.1.1 Advenant une modification d'inscription de la personne en attente, la date et l'heure de l'inscription initiale sont conservées.
  - 6.4.1.2 Lors d'une demande d'inscription initiale, s'assurer que le formulaire d'avis d'inscription/modification contient toutes les informations aux sections « Identification du patient », « Informations générales », ainsi que les informations médicales pertinentes.
    - 6.4.1.2.1 Lors des modifications d'inscription subséquentes, seulement l'identification de la personne en attente et les données à modifier sont requises.
  - 6.4.1.3 Advenant l'impossibilité d'obtenir le formulaire d'avis d'inscription/modification selon l'organe concerné, demander que toutes les informations concernant l'inscription initiale ou la modification d'inscription soient transmises par écrit et obtenir le formulaire le prochain jour ouvrable afin d'assurer la concordance des informations préalablement obtenues et la conformité du dossier de la personne en attente.

- 6.4.2 Lors d'une demande d'inscription initiale, obtenir le formulaire AH-618 *Consentement à la communication de renseignements - Pour l'inscription d'une personne en attente d'une transplantation d'organes*, ainsi qu'une confirmation écrite du groupe sanguin.
- 6.4.2.1 Le formulaire AH-618 *Consentement à la communication de renseignements - Pour l'inscription d'une personne en attente d'une transplantation d'organes* du MSSS ne peut être modifié par les établissements.
- 6.4.2.1.1 Une exception est accordée pour les formulaires provenant du CHU de Québec.
- 6.4.2.2 Advenant l'urgence de procéder à la transplantation et que la personne en attente ou son représentant ne peut signer le formulaire AH-618 *Consentement à la communication de renseignements - Pour l'inscription d'une personne en attente d'une transplantation d'organes*, documenter au formulaire INS-FOR-013 *Notes du dossier d'une personne en attente* que le consentement ne pouvait être obtenu et que le corps médical compétent a procédé à l'inscription sans le consentement de la personne puisque sa vie était en danger ou son intégrité menacée.
- 6.4.2.3 Lors d'un retour sur la liste d'attente à la suite d'un retrait définitif ou d'une transplantation, obtenir à nouveau ces documents.
- 6.4.3 Saisir les données dans la BDDR.
- 6.4.3.1 Pour les personnes en attente de TCV, aucune saisie informatique n'est effectuée.
- 6.4.4 Compléter la section I de la section réservée à l'usage Transplant Québec et réacheminer le formulaire d'avis d'inscription/modification au programme de transplantation concerné.
- 6.4.5 Vérifier la saisie informatique des données à partir du formulaire d'avis d'inscription/modification et compléter la section II de la section réservée à l'usage de Transplant Québec.
- 6.4.5.1 À la suite de cette vérification, les inscriptions initiales ou les modifications d'inscription sont transmises au RCT par l'intermédiaire de la BDDR, via un lien informatique.
- 6.4.5.1.1 Pour les personnes en attente de rein, seulement les informations de celles participant au programme IPOS-reins (HSP) sont transmises.
- 6.4.5.2 Un numéro CTR (*Canadian Transplant Recipient*) est attribué à chaque personne en attente inscrite au RCT.

## **6.5 Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente pour tous les organes**

- 6.5.1 Considérations relatives à l'âge
- 6.5.1.1 Une personne en attente pédiatrique ou un donneur potentiel pédiatrique est défini, pour les fins de la présente procédure, comme ayant 18 ans (jour d'anniversaire uniquement) ou moins ( $\leq 18$  ans).
- 6.5.1.1.1 Pour le *Programme d'échange interprovincial de cœurs* du RCT (4/HSH), une personne en attente pédiatrique ou un donneur potentiel pédiatrique est défini comme ayant moins de 19 ans ( $< 19$  ans).

6.5.1.2 Si l'âge est un facteur à considérer pour la personne en attente, la limite supérieure est délimitée par le jour d'anniversaire inclusivement. La limite inférieure, quant à elle, est délimitée à partir du jour suivant l'anniversaire (ex : « entre 65 et 70 ans » signifie de 65 ans et 1 jour, jusqu'à 70 ans jour d'anniversaire). Ceci s'applique également pour l'appariement d'âge entre le donneur potentiel et la personne en attente.

#### 6.5.2 Considérations relatives au cPRA

6.5.2.1 Le cPRA est calculé à l'aide d'une base de données canadienne intégrée au RCT.

6.5.2.2 Le cPRA est calculé en fonction des spécificités historiques de la personne en attente, c'est-à-dire que toutes les spécificités identifiées sont conservées même si elles ne sont plus détectées.

6.5.2.2.1 Un programme de transplantation, en collaboration avec le laboratoire d'histocompatibilité concerné, peut décider de retirer une spécificité à une personne en attente, tout en reconnaissant l'effet de ce retrait sur le cPRA.

#### 6.5.3 Considération relative à une personne en attente d'organes combinés

6.5.3.1 Pour toute demande d'inscription d'une personne en attente d'organes combinés autre que le bloc cœur-poumons et pancréas-rein, se référer à la procédure INS-PON-002 *Dérogation d'inscription*.

### 6.6 Statuts cliniques communs à tous les organes

#### 6.6.1 Statut 0

6.6.1.1 Personne en attente retirée temporairement de la liste d'attente.

6.6.1.1.1 Lors du retrait temporaire, le programme de transplantation doit fournir la raison du retrait à Transplant Québec.

#### 6.6.2 Statut X

6.6.2.1 Personne en attente retirée définitivement de la liste d'attente.

6.6.2.1.1 Lors du retrait définitif, le programme de transplantation doit fournir la raison du retrait à Transplant Québec.

#### 6.6.3 Statut Tx

6.6.3.1 Personne en attente transplantée.

#### 6.6.4 Statut Dcd

6.6.4.1 Personne en attente décédée.

### 6.7 Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente cardiaque

6.7.1 Considération relative à l'inscription d'une personne en attente au *Programme d'échange interprovincial de cœurs* du RCT (4/HSH)

6.7.1.1 Une personne en attente est inscrite automatiquement au RCT, sous le libellé « HSH », lorsqu'elle rencontre tous les critères d'admissibilité décrits à la politique CTR.10.001 *Admissibilité du receveur*.

- 6.7.2 Considération relative à une personne en attente de statut 4 ne répondant pas aux critères de celui-ci
  - 6.7.2.1 Le programme de transplantation concerné doit préalablement obtenir une autorisation du Réseau canadien de transplantation cardiaque (RCTC).
    - 6.7.2.1.1 Le programme de transplantation doit faire parvenir l'autorisation avec l'avis d'inscription/modification de la personne en attente.
- 6.7.3 Considérations relatives à la date d'accès au statut clinique
  - 6.7.3.1 La date et l'heure d'inscription initiale ou la date et l'heure de modification à un nouveau statut clinique déterminent la date d'accès à celui-ci.
    - 6.7.3.1.1 À statut clinique égal, à l'exception des statuts 1, l'ordre de priorité est déterminé par la date et l'heure d'accès au statut, de la plus ancienne à la plus récente.
    - 6.7.3.1.2 L'ordre de priorité des statuts 1 est déterminé par la date et l'heure d'inscription initiale, de la plus ancienne à la plus récente.
  - 6.7.3.2 Lorsqu'une personne en attente revient en liste à la suite d'un retrait temporaire, avec un statut clinique identique à celui précédant son retrait temporaire, elle conserve la date et l'heure d'accès initiale à ce statut.
  - 6.7.3.3 Lorsqu'une personne en attente revient en liste à la suite d'un retrait temporaire, avec un statut clinique différent de celui précédant son retrait temporaire, elle obtient une nouvelle date et heure d'accès à ce statut.
- 6.7.4 Considération relative aux personnes en attente « in utero »
  - 6.7.4.1 Pour les personnes en attente « in utero », une nouvelle date d'inscription leur est octroyée à la naissance.

## **6.8 Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente cardiaque**

- 6.8.1 Personne en attente pédiatrique
  - 6.8.1.1 Statut 4 (prioritaire)
    - 6.8.1.1.1 Personne en attente de moins de 10 kg (< 10 kg) porteuse d'une assistance ventriculaire (AV) et âgée de moins d'un (1) an (< 1 an) au moment de l'installation de celle-ci.
    - 6.8.1.1.2 Personne en attente avec une AV pancorporelle dans un seul ventricule.
    - 6.8.1.1.3 Personne en attente de plus de 10 kg (> 10 kg) sous ventilation mécanique continue ou dépendante de ventilation mécanique non invasive (CPAP/BIPAP, 24h/24h) sous hautes doses d'inotropes ou d'agents vasoactifs depuis au moins deux (2) semaines.
      - 6.8.1.1.3.1 Au-delà de cette période, une AV n'est pas implantée, une demande d'accès à ce statut doit être adressée directement au RCTC pour que la personne conserve son statut.

- 6.8.1.1.4 Personne en attente de moins de 10 kg (< 10 kg) sous ventilation mécanique continue ou dépendante de ventilation mécanique non invasive (CPAP/BIPAP, 24h/24h) sous hautes doses d'inotropes ou d'agents vasoactifs.
- 6.8.1.1.5 Personne en attente sous ventilation mécanique continue ou dépendante de ventilation mécanique non invasive (CPAP/BIPAP, 24h/24h) pour la gestion de l'insuffisance cardiaque qui n'est pas candidate à une AV ou d'un support d'inotrope depuis au moins deux (2) semaines.
  - 6.8.1.1.5.1 Au-delà de cette période, si la personne demeure sous ventilation mécanique continue ou dépendante de ventilation non invasive, une demande d'accès à ce statut doit être adressée directement au RCTC pour que la personne conserve son statut.
- 6.8.1.1.6 Personne en attente qui rencontre les critères d'admissibilité des personnes en attente « Adulte sous support mécanique ».
- 6.8.1.1.7 Personne en attente hospitalisée souffrant de complications de son AV (infection relative à l'AV, arythmie, saignement, défaillance du cœur droit, et/ou thrombose).
- 6.8.1.1.8 Personne en attente dont le statut 4 est approuvé par le RCTC.
- 6.8.1.2 Statut 3.5
  - 6.8.1.2.1 Personne en attente hospitalisée porteuse d'une AV qui ne rencontre pas les critères d'un statut 4.
  - 6.8.1.2.2 Personne en attente hospitalisée recevant une dose élevée d'un ou de plusieurs inotropes et non candidate pour une AV.
  - 6.8.1.2.3 Personne en attente de plus de 10 kg (> 10 kg) sous ventilation mécanique continue ou dépendante de ventilation mécanique non invasive (CPAP/BIPAP, 24h/24h) sous hautes doses d'inotropes ou d'agents vasoactifs depuis plus de deux (2) semaines dont l'admissibilité au statut 4 n'a pas été approuvée par le RCTC.
  - 6.8.1.2.4 Personne en attente souffrant d'arythmies ventriculaires réfractaires potentiellement mortelles nécessitant un traitement intraveineux en continu d'anti-arythmique et non candidate à une ablation par cathéter ou dont l'ablation a échoué.
  - 6.8.1.2.5 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque congénitale dépendant de prostaglandine.
- 6.8.1.3 Statut 3
  - 6.8.1.3.1 Personne en attente porteuse d'une AV qui ne rencontre pas les critères d'un statut 4 ou 3.5.
  - 6.8.1.3.2 Personne en attente souffrant de complications de son AV (infection relative à l'AV, arythmie, saignement, défaillance du cœur droit, et/ou thrombose) qui ne rencontre pas les critères d'un statut 4 et qui nécessite une hospitalisation ou une thérapie intraveineuse.

- 6.8.1.3.3 Personne en attente âgée de moins de 6 mois (< 6 mois) souffrant de maladie cardiaque congénitale.
- 6.8.1.3.4 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque cyanotique congénitale avec une saturation au repos de moins de 65% (< 65%).
- 6.8.1.3.5 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque congénitale dépendant d'un « shunt » artériel ou porteuse d'une endoprothèse (stent) dans le « shunt » artériel (ex. : Norwood).
- 6.8.1.3.6 Personne en attente de taille adulte souffrant d'une maladie cardiaque congénitale complexe entraînant un trouble du rythme ou une diminution systémique de la fonction ventriculaire.
- 6.8.1.3.7 Personne en attente sous inotropes hospitalisée ou en clinique externe qui ne rencontre pas les critères ci-haut mentionnés (statuts 4 ou 3.5).
- 6.8.1.3.8 Personne en attente hospitalisée sous ventilation mécanique non invasive (CPAP/BIPAP) intermittente pour le traitement d'une insuffisance cardiaque.
- 6.8.1.3.9 Personne en attente souffrant de cardiomyopathie restrictive.
- 6.8.1.3.10 Personne en attente souffrant de cardiomyopathie hypertrophique avec des symptômes sévères d'insuffisance cardiaque non secondaire à une obstruction de la chambre de chasse (LVOT obstruction) et chez qui un traitement chirurgical ou une ablation septale à l'alcool n'est pas possible et l'installation d'une AV gauche n'est pas une option.
- 6.8.1.3.11 Personne en attente d'organes combinés tel que le bloc cœur-poumons ou cœur-foie.
- 6.8.1.3.12 Personne en attente porteuse d'un cœur artificiel pouvant obtenir son congé de l'hôpital.
- 6.8.1.4 Statut 2
  - 6.8.1.4.1 Personne en attente porteuse d'une AV gauche (LVAD) non hospitalisée et médicalement stable.
  - 6.8.1.4.2 Personne en attente non hospitalisée sous ventilation mécanique non invasive (CPAP/BIPAP) intermittente pour le traitement d'une insuffisance cardiaque.
  - 6.8.1.4.3 Personne en attente hospitalisée pour une maladie cardiaque ou une défaillance cardiaque autres que celles énumérées ci-haut (non porteur d'une AV gauche).
  - 6.8.1.4.4 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque cyanotique congénitale symptomatique limitant les activités quotidiennes chez qui un traitement chirurgical n'est pas une option.
  - 6.8.1.4.5 Personne en attente ayant subi une intervention de Fontan (*Fontan palliation*).
  - 6.8.1.4.6 Personne en attente d'organes combinés cœur-rein (transplantation simultanée ou consécutive).

**6.8.1.5 Statut 1**

6.8.1.5.1 Personne en attente non hospitalisée qui ne rencontre pas les critères ci-haut mentionnés.

6.8.1.5.2 Personne en attente « in utero » souffrant de maladie cardiaque congénitale ou de défaillance cardiaque.

**6.8.2 Personne en attente adulte****6.8.2.1 Statut 4 (prioritaire)**

6.8.2.1.1 Personne en attente dépendante en tout temps d'un support mécanique circulatoire biventriculaire temporaire (*Extracorporeal Membrane Oxygenation [ECMO], Centrimag Bivads, Impella/Tandem heart, ProtekDuo, etc.*).

6.8.2.1.2 Personne en attente avec une défaillance de l'AV ou présentant des complications telles que thrombo-embolie, infection reliée à l'AV, défaillance mécanique ou arythmie maligne.

6.8.2.1.3 Personne en attente dépendante d'un support mécanique circulatoire ventriculaire gauche (LVAD) temporaire excluant le ballon intra-aortique (BIA) chez qui les inotropes ou agents vasoactifs ne peuvent être retirés ou diminués et qui n'est pas candidate à ce type de support mécanique de façon permanente.

6.8.2.1.4 Personne en attente hospitalisée porteuse d'un cœur artificiel chez qui le congé n'est pas envisagé à cause de l'appareil, de raisons médicales ou de complications.

6.8.2.1.5 Personne en attente hospitalisée souffrant de complication due à une AV gauche (LVAD) permanente telle que la thrombose, une infection, un saignement gastro-intestinal, une arythmie ou une défaillance du cœur droit.

6.8.2.1.6 Personne en attente sous ventilation mécanique sous hautes doses de Milrinone ( $\geq 0,5$  mcg/kg/min) ou de Dobutamine ( $\geq 10$  mcg/kg/min) ou sous deux (2) types ou plus d'inotropes ou d'agents vasoactifs.

6.8.2.1.7 Personne en attente dont le statut 4 est approuvé par le RCTC.

**6.8.2.2 Statut 3.5**

6.8.2.2.1 Personne en attente hospitalisée aux soins intensifs ou coronariens sous hautes doses de Milrinone ( $\geq 0,5$  mcg/kg/min) ou de Dobutamine ( $\geq 10$  mcg/kg/min) ou sous multiples inotropes ou agents vasoactifs et qui n'est pas candidate pour un support mécanique circulatoire ventriculaire gauche (LVAD) permanent.

6.8.2.2.2 Personne en attente sous support mécanique circulatoire pancorporel ventriculaire gauche (LVAD) temporaire installé chirurgicalement et qui ne rencontre pas les critères d'un statut 4.

6.8.2.2.3 Personne en attente sous support mécanique circulatoire ventriculaire gauche (LVAD) temporaire percutané excluant le BIA (ex.: *Tandem heart/Impella*) et qui ne rencontre pas les critères d'un statut 4.

- 6.8.2.2.4 Personne en attente hospitalisée souffrant d'arythmies ventriculaires réfractaires potentiellement mortelles sous thérapie intraveineuse continue d'anti-arythmiques et non candidate pour une ablation par cathéter ou un échec d'ablation.
- 6.8.2.3 Statut 3
  - 6.8.2.3.1 Personne en attente hospitalisée sous inotropes/vasodilatateurs qui ne rencontre pas les critères ci-haut mentionnés (statuts 4 ou 3.5).
  - 6.8.2.3.2 Personne en attente d'organes combinés tel que le bloc cœur-poumons ou cœur-foie.
  - 6.8.2.3.3 Personne en attente souffrant de complications de son AV gauche (LVAD) telles qu'une infection relative à l'AV, une arythmie, un saignement, une défaillance cœur droit, et/ou de thrombose qui ne rencontre pas les critères d'un statut 4 et qui nécessite une hospitalisation ou une thérapie intraveineuse.
  - 6.8.2.3.4 Personne en attente non hospitalisée porteuse d'un cœur artificiel.
  - 6.8.2.3.5 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque cyanotique congénitale avec une saturation au repos de moins de 65% (< 65%).
  - 6.8.2.3.6 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque congénitale dépendante d'un « shunt » artériel.
  - 6.8.2.3.7 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque congénitale complexe entraînant une augmentation des troubles du rythme ou une diminution systémique de la fonction ventriculaire.
- 6.8.2.4 Statut 2
  - 6.8.2.4.1 Personne en attente porteuse d'une AV gauche (LVAD) stable.
  - 6.8.2.4.2 Personne en attente hospitalisée pour une maladie cardiaque ou une défaillance cardiaque autre que celles énumérées ci-haut et non porteuse d'une AV gauche (LVAD).
  - 6.8.2.4.3 Personne en attente non hospitalisée sous thérapie intraveineuse continue d'agents inotropes.
  - 6.8.2.4.4 Personne en attente souffrant d'une maladie cardiaque cyanotique congénitale avec une saturation au repos entre 65% et 75% ou une désaturation prolongée à moins de 60% (< 60%) lors d'une activité modérée (ex. : la marche).
  - 6.8.2.4.5 Personne en attente ayant subi une intervention de Fontan (*Fontan palliation*) avec une entéropathie entraînant la perte des protéines.
  - 6.8.2.4.6 Personne en attente d'organes combinés cœur-rein (transplantation simultanée ou consécutive).
  - 6.8.2.4.7 Personne en attente souffrant de cardiomyopathie restrictive chez qui l'installation d'une AV gauche (LVAD) n'est pas suggérée, est contre-indiquée ou ne donnera pas les résultats escomptés.

- 6.8.2.4.8 Personne en attente souffrant d'amyloïdose cardiaque avec une atteinte extra-cardiaque minimale ou sans atteinte extra-cardiaque.
- 6.8.2.4.9 Personne en attente souffrant de cardiomyopathie hypertrophique (HCM) présentant des symptômes sévères de défaillance cardiaque non secondaire à une obstruction de la chambre de chasse (LVOT obstruction) chez qui un traitement chirurgical ou une ablation septale à l'alcool n'est pas possible et l'installation d'une AV gauche n'est pas une option.
- 6.8.2.5 Statut 1
  - 6.8.2.5.1 Personne en attente non hospitalisée qui ne rencontre pas les critères ci-haut mentionnés.

## **6.9 Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente pulmonaire**

- 6.9.1 Considérations relatives à la date d'accès au statut clinique
  - 6.9.1.1 La date et l'heure d'inscription initiale ou la date et l'heure de modification à un nouveau statut clinique déterminent la date d'accès à celui-ci.
    - 6.9.1.1.1 L'ordre de priorité des statuts « urgence pulmonaire » est déterminé par la date et l'heure d'accès au statut, de la plus ancienne à la plus récente.
      - 6.9.1.1.1.1 Une personne en attente de statut « urgence pulmonaire » qui revient en liste à ce même statut à la suite d'un retrait temporaire, conserve sa date d'accès initiale sur la liste d'urgence pulmonaire.
      - 6.9.1.1.1.2 Une personne en attente de statut « urgence pulmonaire » qui est retirée de la liste d'urgence pour retourner sur la liste générale, retrouve sa date d'inscription initiale.
    - 6.9.1.1.2 L'ordre de priorité des statuts 2 est déterminé par la date et l'heure d'inscription initiale, de la plus ancienne à la plus récente.
- 6.9.2 Considération relative à une personne en attente en retrait temporaire de plus de deux (2) ans
  - 6.9.2.1 Une réévaluation médicale par l'équipe traitante est nécessaire lors du retour sur la liste d'attente.
- 6.9.3 Considérations relatives à une personne en attente ayant un diagnostic de maladie interstitielle du poumon ou d'hypertension pulmonaire
  - 6.9.3.1 Une personne en attente ayant un diagnostic de maladie interstitielle du poumon ou d'hypertension pulmonaire bénéficie d'un ajustement de 90 jours de temps d'attente. La date d'inscription est donc ajustée à une date équivalant à 90 jours précédant la date d'inscription réelle.
    - 6.9.3.1.1 L'ajustement n'est pas applicable pour la personne en attente de statut « urgence pulmonaire ».

## **6.10 Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente pulmonaire**

### 6.10.1 Urgence pulmonaire

6.10.1.1 Personne en attente selon les critères du statut 2, en décompensation rapide, intubée aux soins intensifs ou sous ECMO (oxygénation par membrane extracorporelle).

### 6.10.2 Statut 2

6.10.2.1 Personne en attente rencontrant au moins un des critères suivants :

- détérioration significative de la fonction pulmonaire;
- présence d'hypertension pulmonaire :
  - PAP moyenne  $\geq$  40 mmHg; ou
  - PAP systolique  $>$  60 mmHg.
- dysfonction ventriculaire droite;
- détérioration au test de marche de 6 minutes;
- augmentation des besoins en oxygène  $\geq$  4 l/min;
- besoin de ventilation non invasive (BIPAP);
- non hospitalisé mais sous vasodilatateur pulmonaire intraveineux à dose croissante.

### 6.10.3 Statut 1

6.10.3.1 Non utilisé au Québec.

## **6.11 Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente hépatique**

### 6.11.1 Considérations relatives au statut MELD

6.11.1.1 Lors de l'inscription initiale d'une personne sur la liste d'attente, la date d'accès au pointage MELD correspond à la date de l'inscription.

6.11.1.2 Les dates de prélèvement des échantillons sanguins et de l'imagerie médicale servent à déterminer la date d'accès au pointage MELD, ainsi que le moment auquel la personne en attente doit être recertifiée (voir « Tableau II » de l'annexe).

6.11.1.2.1 Les échantillons sanguins requis pour le calcul du pointage MELD doivent tous avoir été prélevés à la même date.

### 6.11.2 Considération relative au changement de statut MELD-CHC à un statut MELD-IH

6.11.2.1 Lorsqu'un programme de transplantation adulte désire modifier le statut MELD-CHC d'une personne en attente à un statut MELD-IH, il doit préalablement obtenir l'approbation de l'autre programme de transplantation adulte.

- 6.11.3 Considérations relatives au statut MELD-Dérogation (MELD-DER)
- 6.11.3.1 Une personne en attente présentant une condition médicale répondant aux critères indiqués au « Tableau V » peut faire l'objet d'une demande de dérogation d'inscription, tel que décrit à la procédure INS-PON-002 *Dérogation d'inscription*.
    - 6.11.3.1.1 Une nouvelle date d'accès au pointage est accordée à chaque augmentation mensuelle.
  - 6.11.3.2 Une personne en attente présentant des lésions tumorales en dehors des critères définis au « Tableau III » doit faire l'objet d'une demande de dérogation d'inscription, tel que décrit à la procédure INS-PON-002 *Dérogation d'inscription*.
  - 6.11.3.3 Tout changement de statut MELD-DER, à l'exception de l'augmentation mensuelle indiquée au « Tableau V », doit faire l'objet d'une nouvelle demande, tel que décrit à la procédure INS-PON-002 *Dérogation d'inscription*.
  - 6.11.3.4 Un programme de transplantation souhaitant modifier le statut MELD-DER d'une personne en attente vers un statut MELD-IH doit en faire la demande à l'aide d'un formulaire INS-FOR-005 *Avis d'inscription/modification - FOIE*.
  - 6.11.3.5 Aucune recertification n'est nécessaire pour le MELD-DER.
- 6.11.4 Considération relative au retrait temporaire d'une personne en attente de statut MELD-DER ou MELD-DER-PED
- 6.11.4.1 Une personne en attente de statut MELD-DER ou MELD-DER-PED avec augmentation de pointage mensuelle, tel qu'indiqué aux « Tableau IV » et « Tableau V », continue de cumuler ses points durant un retrait temporaire.
- 6.11.5 Considération relative à une personne en attente en retrait temporaire depuis six (6) mois
- 6.11.5.1 Aviser le programme de transplantation afin qu'une réévaluation du statut de la personne sur la liste d'attente soit effectuée.

## **6.12 Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente hépatique**

- 6.12.1 Statut 4F
- 6.12.1.1 Personne hospitalisée aux soins intensifs sous ventilation mécanique invasive en raison d'une insuffisance hépatique aiguë, y compris la dysfonction primaire du greffon ; sans transplantation, le décès est jugé imminent.
  - 6.12.1.2 Personne transplantée ayant une dysfonction primaire du greffon ou thrombose de l'artère hépatique, dans la mesure où la thrombose est survenue dans les 7 jours suivant la transplantation. Au-delà de cette période, le statut de la personne en attente doit être déterminé selon les critères MELD habituels ou de statut 3F.
- 6.12.2 Statut 3F
- 6.12.2.1 Personne hospitalisée aux soins intensifs, ne nécessitant pas de ventilation mécanique invasive, avec un diagnostic d'hépatite fulminante. La personne en attente doit répondre aux critères du King's College (voir « Tableau I » de l'annexe) et être considérée à haut risque de mortalité sans la transplantation hépatique.

### 6.12.3 Statut MELD

- 6.12.3.1 **MELD-IH** : personne en attente hospitalisée ou non, avec insuffisance hépatique (IH). Le calcul du pointage MELD est effectué en fonction du résultat de la créatinine, du sodium (Na) sérique, de la bilirubine totale et du rapport international normalisé (RIN) et ajusté selon les particularités de poids et de sexe. La formule utilisée pour le calcul du pointage relatif au MELD-IH est décrite au « Tableau II » de l'annexe.
- 6.12.3.2 **MELD-CHC** : personne en attente hospitalisée ou non, avec carcinome hépatocellulaire (CHC). Le calcul du pointage MELD est effectué en fonction du nombre et de la dimension de la ou des lésions tumorales. Le fonctionnement relatif au MELD-CHC est décrit au « Tableau III » de l'annexe.
- 6.12.3.2.1 **MELD-CHC-TTV** : un volume total tumoral (TTV) est utilisé pour déterminer le pointage MELD pour le carcinome exclus des critères déterminés par l'AASLD pour un MELD-CHC (voir « Tableau III » de l'annexe).
- 6.12.3.3 **MELD-Dérogation-Pédiatrique (MELD-DER-PED)** : personne en attente pédiatrique dont le pointage MELD correspond à l'un des critères déterminés par le système canadien d'attribution de foies aux enfants (SCAFE). Pour le fonctionnement relatif au calcul du SCAFE, se référer au « Tableau IV » de l'annexe.
- 6.12.3.4 **MELD-Dérogation (MELD-DER)** : personne en attente, hospitalisée ou non, ne correspondant pas aux critères de MELD-IH, de MELD-CHC ou de MELD-DER-PED pour lequel un pointage arbitraire est accordé par dérogation (DER).

## 6.13 Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente rénale

### 6.13.1 Considérations relatives à la date d'accès au statut clinique

- 6.13.1.1 La date du début de dialyse de longue durée (hémodialyse ou dialyse péritonéale) détermine la date d'accès au statut clinique.
- 6.13.1.1.1 Lorsque le traitement de dialyse de longue durée est cessé et repris par la suite, cette nouvelle date de début de dialyse est utilisée pour la date d'accès au statut clinique.
- 6.13.1.2 Pour les personnes en attente non dialysées, la date et l'heure d'inscription initiale déterminent la date d'accès au statut clinique.
- 6.13.1.2.1 Une exception a été accordée aux personnes déjà en attente au moment de la mise en vigueur de l'algorithme d'attribution des reins le 28 mars 2012. La date d'accès au statut clinique pour ces personnes est déterminée à partir de la date la plus ancienne entre la date du début de dialyse de longue durée ou la date d'inscription.
- 6.13.1.3 Une personne en attente provenant d'une autre province canadienne qui déménage au Québec conserve les données reliées à la date du début de dialyse de longue durée et la date d'inscription.

### 6.13.2 Considération relative à l'inscription d'une personne en attente au *Programme d'échange interprovincial d'organes* (IPOS-reins/HSP) du RCT

- 6.13.2.1 Une personne en attente est inscrite automatiquement au RCT, lorsqu'elle rencontre tous les critères d'admissibilité décrits à la politique CTR.50.001 *Critères d'admissibilité du receveur du Programme d'échange interprovincial d'organes* (IPOS-reins).

- 6.13.2.2 Un responsable du laboratoire HLA peut permettre un croisement d'antigènes inacceptables (*willing to cross*) pour une personne en attente du programme IPOS-reins (HSP) du RCT, lorsque celle-ci rencontre tous les critères d'admissibilité décrits à la politique CTR.80.002 *Spécificités d'anticorps exclues pour l'attribution (croisement acceptable d'antigènes ou CAA)*.
- 6.13.2.2.1 Le responsable du laboratoire HLA doit informer Transplant Québec par écrit, le cas échéant, afin de le documenter au dossier de la personne en attente.
- 6.13.3 Considérations relatives à l'inscription des personnes en attente non dialysées
- 6.13.3.1 Une personne en attente non dialysée peut être inscrite sur la liste d'attente, si son débit de filtration glomérulaire (DFG ou GFR) est inférieur ou égal à ( $\leq$ ) 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.
- 6.13.3.1.1 Pour les personnes en attente adultes, le débit de filtration glomérulaire est calculé en utilisant la formule CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*).
- 6.13.3.1.2 Pour les personnes en attente pédiatriques, le débit de filtration glomérulaire est calculé en utilisant la formule « *Revised Bedside Schwartz Formula* ».
- 6.13.4 Considération relative à l'inscription d'une personne en attente « Urgence rénale »
- 6.13.4.1 Se référer à la procédure INS-PON-002 *Dérogation d'inscription*.
- 6.13.5 Considérations relatives à l'inscription d'une personne en attente ayant une perte d'un greffon rénal
- 6.13.5.1 Si la perte du greffon rénal survient 90 jours ou moins après la transplantation, la date du début de dialyse de longue durée et la date d'inscription seront conservées.
- 6.13.5.1.1 Si la personne n'était pas dialysée au moment de sa transplantation, seule la date d'inscription sera conservée.
- 6.13.5.1.2 Par ailleurs, les considérations relatives au point 6.13.1 s'appliquent.
- 6.13.6 Considération relative à l'inscription d'une personne en attente ayant fait un don vivant de rein
- 6.13.6.1 Aviser le gestionnaire de la DSI-SE lorsqu'indiqué sur le formulaire d'avis d'inscription/modification qu'une personne en attente a déjà fait un don vivant de rein.
- 6.13.6.1.1 Par l'entremise d'une directive, la personne en attente recevra la première offre de rein sur la liste d'attribution par pointage.
- 6.13.7 Considération relative à l'inscription d'une personne en attente n'ayant pu être transplantée du rein lors d'une transplantation séquentielle antérieure d'organes combinés
- 6.13.7.1 Une personne en attente, qui devait initialement être transplantée d'un organe combiné avec un rein, dont la transplantation séquentielle n'a pu avoir lieu, obtient une priorité sur la liste d'attente par pointage si les critères suivants sont respectés.
- 6.13.7.1.1 L'inscription sur la liste d'attente doit être effectuée entre 3 et 12 mois après la transplantation de l'organe principal.
- 6.13.7.1.2 La personne en attente doit être dialysée ou, si non dialysée, avoir un débit de filtration glomérulaire (DFG ou GFR) inférieur ou égal à ( $\leq$ ) 15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

6.13.7.1.3 Lorsqu'indiqué comme tel sur le formulaire INS-FOR-006 *Avis d'inscription/modification - PANCRÉAS, REIN, INTESTIN*, aviser un gestionnaire de la DSI-SE.

6.13.7.1.3.1 Un pointage maximal en lien avec le temps d'attente sera accordé à la personne en attente dont le rein n'a pu être transplanté.

## **6.14 Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente rénale**

### 6.14.1 Urgence rénale

6.14.1.1 Personne en attente ayant obtenu une dérogation d'inscription lui accordant une priorité sur toutes les autres personnes en attente de rein ou d'organes combinés avec un rein.

### 6.14.2 Statut 1

6.14.2.1 Personne en attente de statut actif sur la liste d'attente.

## **6.15 Considérations relatives à la gestion de la liste d'attente du pancréas et des îlots pancréatiques**

### 6.15.1 Considérations relatives à la date d'accès au statut clinique

6.15.1.1 Pour les personnes en attente de pancréas seul :

6.15.1.1.1 La date et l'heure d'inscription initiale déterminent la date d'accès au statut clinique.

6.15.1.2 Pour les personnes en attente de pancréas-rein :

6.15.1.2.1 La date du début de dialyse de longue durée (hémodialyse ou dialyse péritonéale) détermine la date d'accès au statut clinique.

6.15.1.2.1.1 Lorsqu'un traitement de dialyse de longue durée est cessé et repris par la suite, cette nouvelle date de début de dialyse est utilisée pour la date d'accès au statut clinique.

6.15.1.2.2 Une personne en attente non dialysée peut être inscrite sur la liste d'attente de pancréas-rein si le débit de filtration glomérulaire (DFG ou GFR) est inférieur ou égal à ( $\leq$ ) 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.

6.15.1.2.2.1 La date et l'heure d'inscription initiale déterminent la date d'accès au statut clinique.

6.15.1.2.2.2 Pour les personnes en attente adultes, le débit de filtration glomérulaire est calculé en utilisant la formule CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*).

6.15.1.2.2.3. Pour les personnes en attente pédiatriques, le débit de filtration glomérulaire est calculé en utilisant la formule « *Revised Bedside Schwartz Formula* ».

- 6.15.1.2.3 Une exception a été accordée aux personnes déjà en attente au moment de la mise en vigueur de l'algorithme d'attribution des reins le 28 mars 2012. La date d'accès au statut clinique pour ces personnes est déterminée par la date la plus ancienne entre la date du début de dialyse de longue durée et la date d'inscription initiale.
  - 6.15.1.2.4 Une personne en attente provenant d'une autre province canadienne qui déménage au Québec conserve les données reliées à la date du début de la dialyse de longue durée et à la date d'inscription.
  - 6.15.1.2.5 Une personne en attente de pancréas-rein qui ne reçoit qu'un rein et qui doit être remise en liste pour la transplantation pancréatique conserve sa date d'accès au statut clinique, soit à partir de la date du début de dialyse de longue durée ou à partir de sa date d'inscription initiale, si elle n'était pas dialysée.
- 6.15.1.3 Pour les personnes en attente d'îlots pancréatiques :
- 6.15.1.3.1 La date et l'heure d'injection d'îlots pancréatiques correspondent à la date d'accès au statut de la personne en attente.
    - 6.15.1.3.1.1 Une nouvelle date d'accès au statut est octroyée pour chaque nouvelle injection d'îlots pancréatiques.
    - 6.15.1.3.1.2 Pour les personnes en attente d'une première injection d'îlots pancréatiques, la date et l'heure d'inscription initiale déterminent la date d'accès au statut clinique.
- 6.15.2 Particularité relative à l'inscription d'une personne en attente au programme IPOS-reins (HSP) du RCT
- 6.15.2.1 Une personne en attente est inscrite automatiquement au RCT, lorsqu'elle rencontre tous les critères d'admissibilité décrits à la politique CTR.50.001 *Critères d'admissibilité du receveur du Programme d'échange interprovincial d'organes (IPOS-reins)*.

## **6.16 Statuts cliniques spécifiques à la liste d'attente du pancréas et des îlots pancréatiques**

- 6.16.1 Statuts pour les personnes en attente de pancréas et de pancréas-rein
  - 6.16.1.1 Statut 1
    - 6.16.1.1.1 Personne en attente à statut actif sur la liste d'attente.
- 6.16.2 Statuts pour les personnes en attente d'îlots pancréatiques
  - 6.16.2.1 Statut 3
    - 6.16.2.1.1 Personne en attente d'une troisième injection d'îlots pancréatiques.
  - 6.16.2.2 Statut 2
    - 6.16.2.2.1 Personne en attente d'une deuxième injection d'îlots pancréatiques.
  - 6.16.2.3 Statut 1
    - 6.16.2.3.1 Personne en attente d'une première injection d'îlots pancréatiques.

**6.17 Transplantation d'une personne en attente**

- 6.17.1 Recevoir de chaque programme de transplantation québécois, le formulaire d'avis d'inscription/modification dûment complété confirmant la transplantation de la personne en attente.
- 6.17.2 Vérifier que les informations inscrites au formulaire d'avis d'inscription/modification reçu correspondent aux données du dossier donneur de la BDDR, soit le QTX, l'organe reçu ainsi que la latéralité de l'organe, s'il y a lieu.
- 6.17.2.1 La date et l'heure de la modification du statut de la personne transplantée correspondent à la date et à l'heure du clampage aortique du donneur (fuseau horaire de l'Est).
- 6.17.3 Advenant la transplantation de tissus composites vascularisés, compléter et téléverser le formulaire ATT-FOR-004 *Sommaire du donneur de tissus composites vascularisés (TCV)* au dossier donneur dans iTransplant.
- 6.17.4 Advenant la transplantation d'une personne à la suite d'un don vivant, saisir les données dans le dossier de la personne en attente de la BDDR.
- 6.17.4.1 La date de transplantation correspond à la date inscrite au formulaire d'avis d'inscription/modification.
- 6.17.4.2 Pour une personne transplantée n'étant pas préalablement inscrite sur la liste d'attente, obtenir également un formulaire INS-FOR-008 *Demande de numéro de dossier TQ*.
- 6.17.5 Compléter la section II de la section réservée à Transplant Québec du formulaire d'avis d'inscription/modification.
- 6.17.6 Réacheminer le formulaire d'avis d'inscription/modification dûment complété au programme de transplantation concerné.

**6.18 Particularités d'une demande de dérogation d'inscription**

- 6.18.1 Pour toute demande de dérogation d'inscription, se référer à la procédure INS-PON-002 *Dérogation d'inscription*.

**6.19 Vérification et confirmation de la liste d'attente par les programmes de transplantation**

- 6.19.1 Selon le programme de transplantation québécois concerné, faire parvenir, dans le délai établi (hebdomadaire ou mensuel), la liste des personnes en attente de leur programme afin qu'ils puissent en vérifier la conformité.

**6.20 Documentation**

- 6.20.1 Conserver au dossier de la personne en attente toutes les copies reçues concernant la demande de numéro de dossier TQ, les formulaires d'avis d'inscription/modification, le formulaire AH-618 *Consentement à la communication de renseignements - Pour l'inscription d'une personne en attente d'une transplantation d'organes*, le groupe sanguin, ainsi que tout autre document pertinent à l'inscription (résultats de laboratoire, imageries médicales, etc.).
- 6.20.1.1 Pour les personnes en attente d'une greffe de tissus composites vascularisés, les copies reçues sont insérées dans un cartable prévu à cet effet, selon le numéro TCV attribué.

## 7 RÉFÉRENCES

Société canadienne de transplantation / Réseau canadien de transplantation cardiaque, Comité pédiatrique (9 août 2021) et Comité adulte (9 novembre 2021).

Société canadienne du sang. (2020). *Échange interprovincial de cœurs : Admissibilité du receveur* (CTR.10.001). Registre canadien de transplantation (RCT).

Société canadienne du sang. (2024). *Échange interprovincial des organes : reins - Critères d'admissibilité du receveur* (CTR.50.001). Registre canadien de transplantation (RCT).

Société canadienne du sang. (2024). *Échange interprovincial des organes : reins PHI et DCR - Spécificités d'anticorps exclues pour l'attribution (croisement acceptable d'antigènes ou CAA)* (CTR.80.002). Registre canadien de transplantation (RCT).

Sous-comité de transplantation thoracique de Transplant Québec.

Sous-comité de transplantation rein-pancréas de Transplant Québec.

Sous-comité hépatique de Transplant Québec.

## 8 LISTE DES MODIFICATIONS

Date	Révision ou Version	Section	Description du changement Justification	Provenance de l'information
2025-02-05	8.1	Dans le texte	Modification « registre des personnes en attente hyperimmunisées (HSP) » pour « programme IPOS-reins (HSP) » et ajout de « IPOS-reins (HSP) » où cela s'applique en lien avec la mise à jour des politiques CTR qui inclut maintenant les personnes en attentes pédiatriques dans le programme, donc ne se limite plus seulement aux personnes en attente hyperimmunisées.	S/O
		6.1.5	Nouvelle définition selon les politiques CTR 5.6 et les nouveaux critères HSP  Nouvelle façon de nommer le programme, car les personnes en attente inscrites au programme ne sont plus seulement des personnes hyperimmunisées, car les pédiatriques sont maintenant ajoutés à cette liste	INS-PON-001, 6.1.5
		6.4.5.1 et 6.4.5.1.1	Reformulation en ajoutant un sous-point pour mettre l'emphase sur le fait que le partage des informations au CTR pour les personnes en attente de rein se fait seulement pour celles participant au programme IPOS-reins	INS-PON-001, 6.4.5.1
		6.13.1 à 6.13.1.2	Reformulation et modification de « temps d'attente » pour « date d'accès au statut clinique » car le temps d'attente est en lien avec le calcul du pointage pour une liste d'attribution donnée. La date d'accès au statut clinique est en lien avec la gestion de la liste d'attente	INS-PON-001, 6.13.1 à 16.1.3.2.1
		6.13.2.2 et 6.1.3.2.2.1	Ajout pour détailler l'intégration de la nouvelle politique CTR en lien avec les croisements acceptables d'antigènes	S/O
		6.13.3.1	Ajout de « (DFG ou GFR) pour plus de précision	INS-PON-001, 6.13.3.1

Date	Révision ou Version	Section	Description du changement Justification	Provenance de l'information
		6.13.6.1 et 6.13.6.1.1	Reformulation afin de faciliter la compréhension	INS-PON-001, 6.13.6.1 et 6.13.6.1.1
		6.13.7.1.2	Ajout de « (DFG ou GFR) pour plus de précision	INS-PON-001, 6.13.7.1.2
		6.15.1, 6.15.1.1.1, 6.15.1.2.1, 6.15.1.2.1.1 et 6.15.1.2.2	Reformulation et modification de « temps d'attente » pour « date d'accès au statut clinique » car le temps d'attente est en lien avec le calcul du pointage pour une liste d'attribution donnée. La date d'accès au statut clinique est en lien avec la gestion de la liste d'attente	INS-PON-001, 6.15.1, 6.15.1.1.1, 6.15.1.2.1, 6.15.1.2.1.2 et 6.15.1.2.3
		6.15.1.2.2.1	Ajout car n'était pas précisé dans la PON	S/O
		6.15.1.2.3 et 6.15.1.2.5	Reformulation et modification de « temps d'attente » pour « date d'accès au statut clinique » car le temps d'attente est en lien avec le calcul du pointage pour une liste d'attribution donnée. La date d'accès au statut clinique est en lien avec la gestion de la liste d'attente	INS-PON-001, 6.15.1.2.4 et 6.15.1.2.6
		6.15.1.3.1 à 6.15.1.3.2	Reformulation car le point 6.15.1.3.1 englobe les détails décrits dans les points suivants, donc ceux-ci retirés afin d'alléger la PON	INS-PON-001, 6.15.1.3.1, 6.15.1.3.4 et 6.15.1.3.4.1
2024-11-20	8	1 (2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> paragraphe)	Ajout et reformulation puisque les particularités reliées à chacun des organes ont été regroupée dans la présente PON afin de faciliter le traitement de la liste d'attente et d'éviter le dédoublement d'informations dans plusieurs PON	ATT-PON-101 v11, ATT-PON-103 v8, ATT-PON-104 v8, ATT-PON-105 v9 et ATT-PON-106 v5
		2 (portée)	Ajout de « et aux modifications d'inscription subséquentes » car ne se limite pas à l'inscription, mais aux modifications également	INS-PON-001, 2 (portée)
		6.1 à 6.1.7	Ajout des définitions pour refléter les termes utilisés dans la gestion de la liste d'attente des différents organes.	S/O
		6.2.3	Point et sous-point intégrés ensemble et reformulés pour alléger le texte et faciliter la lecture	INS-PON-001, 6.1.3 et 6.1.3.1
		6.3.2 et 6.3.2.1	Scindé et reformulé pour alléger le point et mettre l'emphase sur la particularité en lien avec les TCV	INS-PON-001, 6.2.2
		6.3.3	Modifié « transmettre » pour « réacheminer » afin de préciser que le même formulaire est retourné	INS-PON-001, 6.2.3
		6.4.1.2 et 6.4.1.2.1	Ajout afin de préciser les informations requises au formulaire lors des inscriptions initiales et les distinctions lors des modifications subséquentes	S/O
		6.4.1.3	Reformulé pour lecture plus aisée du texte	INS-PON-001, 6.3.1.2
		6.4.2.2	Reformulé pour lecture plus aisée du texte	INS-PON-001, 6.3.2.2
		6.4.2.3	Ajout pour préciser la nécessité d'obtenir à nouveau les documents lors du retour en liste après un retrait définitif, puisqu'il s'agit d'une nouvelle inscription	S/O
		6.4.4	Modifié « transmettre » pour « réacheminer » afin de préciser que le même formulaire est retourné	INS-PON-001, 6.3.4

Date	Révision ou Version	Section	Description du changement Justification	Provenance de l'information
		6.5 à 6.5.3.1	<p>Ajout puisque les particularités reliées à chacun des organes ont été regroupée dans la présente PON afin de faciliter le traitement de la liste d'attente et d'éviter le dédoublement d'informations dans plusieurs PON</p> <p>Reformulé car cette décision sera nécessairement prise en collaboration avec les laboratoires HLA (6.5.2.2.1)</p> <p>Ajout de « et pancréas-rein » car les pancréas-rein peuvent également être inscrits sans dérogation (6.5.3.1)</p>	<p>ATT-PON-101 v11, 6.2.2 à 6.2.2.1.1, 6.2.4, 6.2.4.1 et 6.2.6 à 6.2.6.2.1</p> <p>ATT-PON-103 v8, 6.2.2 et 6.2.2.1</p> <p>ATT-PON-104 v8, 6.2.2 à 6.2.2.2. 6.2.3 à 6.2.3.2.1</p> <p>ATT-PON-105 v8, 6.2.2 à 6.2.3.1</p> <p>ATT-PON-106 v5, 6.2.2 à 6.2.2.2, 6.2.3 à 6.2.3.2.1</p>
		6.6 à 6.6.4.1	<p>Ajout puisque les particularités reliées à chacun des organes ont été regroupée dans la présente PON afin de faciliter le traitement de la liste d'attente et d'éviter le dédoublement d'informations dans plusieurs PON</p> <p>Reformulé pour lecture plus aisée du texte (6.6.1.1.1 et 6.6.2.1.1)</p>	<p>ATT-PON-101 v11, 6.3.1.6 à 6.3.1.9.1 et 6.3.2.6 à 6.3.2.9.1</p> <p>ATT-PON-103 v8, 6.3.4 à 6.3.7</p> <p>ATT-PON-104 v8, 6.3.2 à 6.3.3.1.1</p> <p>ATT-PON-105 v8, 6.3.4 à 6.3.5.1.1</p> <p>ATT-PON-106 v5, 6.3.12 à 6.3.1.3.1.1 et 6.3.2.4 à 6.3.2.5.1.1</p>
		6.7.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-101	ATT-PON-101 v11, 6.2.7
		6.7.1.1	Reformulé pour uniformiser avec le point en lien avec les reins HSP	ATT-PON-101 v11, 6.2.7.1
		6.7.2	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-101	ATT-PON-101 v11, 6.2.5 à 6.2.5.1.1
		6.7.2.1.1	Reformulé pour ajouter la nécessité d'obtenir l'autorisation du RCTC lors de l'inscription	ATT-PON-101 v11, 6.2.5.1.1
		6.7.3 à 6.7.4.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-101	ATT-PON-101 v11, 6.2.3, 6.2.3.1 et 6.2.8 à 6.2.8.3
		6.8 à 6.8.2.5.1	Intégration des statuts cliniques en lien avec la ATT-PON-101	ATT-PON-101 v11, 6.3.1 à 6.3.2.5.1
		6.9.1 à 6.9.1.1.1	Ajout afin de préciser les considérations relatives aux dates d'accès aux statuts cliniques qui n'apparaissaient pas dans la PON	S/O
		6.9.1.1.1.1 et 6.9.1.1.1.2	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-103	ATT-PON-103 v8, 6.2.4.2 et 6.2.4.3
		6.9.1.1.2	Ajout afin de préciser les considérations relatives aux dates d'accès aux statuts cliniques qui n'apparaissaient pas dans la PON	S/O
		6.9.2 à 6.9.3.1.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-103	ATT-PON-103 v8, 6.2.3, 6.2.4 à 6.2.4.1.1 et 6.1.3.1
		6.10 à 6.10.3.1	Intégration des statuts cliniques en lien avec la ATT-PON-103	ATT-PON-103 v8, 6.3.1 à 6.3.3.1
		6.11.1 et 6.11.1.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105	ATT-PON-105 v8, 6.2.4 et 6.2.4.1 à 6.2.4.2.1
		6.11.1.2 et 6.11.1.2.1	Reformulé pour lecture plus aisée du texte et retrait de la dérogation car n'importe pas une recertification	ATT-PON-105 v8, 6.2.4.2 et 6.2.4.2.1
		6.11.2 et 6.11.2.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105 et reformulé pour lecture plus aisée du texte	ATT-PON-105 v8, 6.2.6 et 6.2.6.1

Date	Révision ou Version	Section	Description du changement Justification	Provenance de l'information
		6.11.3 à 6.11.3.5	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105 et reformulé pour lecture plus aisée du texte  Modification de « doit » pour « peut » car n'est pas une obligation du centre de transplantation (6.11.3.1)	ATT-PON-105 v8, 6.2.7 à 6.2.7.5
		6.11.4 à 6.11.5.1	Ajout puisque cela n'était pas encadré dans la PON et correspondait déjà au fonctionnement établi. Confirmé lors du Comité hépatique du 9 mai 2024	S/O
		6.12 à 6.12.3.4	Intégration des statuts cliniques en lien avec la ATT-PON-105	ATT-PON-105 v8, 6.3.1 à 6.3.3.4
		6.13.1 à 6.13.6.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-104	ATT-PON-104 v8, 6.2.4 à 6.2.9.1
		6.13.6.1.1	Ajout pour préciser l'intervention faite par le gestionnaire de la DSI-SE	S/O
		6.13.7 à 6.13.7.1.3.1	Intégration de la directive	DIR-ATT-069
		6.14 à 6.14.2.1	Intégration des statuts cliniques en lien avec la ATT-PON-104	ATT-PON-104 v8, 6.3 à 6.3.1.2.1
		6.15.1 à 6.15.1.3	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-106	ATT-PON-106 v5, 6.2.4 à 6.2.4.3
		6.15.1.3.1	Reformulé pour uniformiser avec les autres points	ATT-PON-106 v5, 6.2.4.3.1
		6.15.1.3.2 à 6.15.2.1	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-106	ATT-PON-106 v5, 6.2.4.3.2 à 6.2.4.3.4.1, 6.2.5 et 6.2.5.1
		6.16 à 6.16.2.3.1	Intégration des statuts cliniques en lien avec la ATT-PON-106	ATT-PON-106 v5, 6.3.1 à 6.3.1.1.1 et 6.3.2 à 6.3.2.3.1
		6.17.3	Reformulé pour uniformiser avec les autres PON	INS-PON-001, 6.4.3
		6.17.4 et 6.17.4.2	Reformulé pour lecture plus aisée du texte	INS-PON-001, 6.4.4 et 6.4.4.1
		6.20.1	Déplacé « groupe sanguin » car se retrouve systématiquement dans tous les dossiers  Ajout de « à l'inscription » pour plus de précision  Ajout de « imageries médicales » pour donneur plus d'exemples	INS-PON-001, 6.7.1
		10 (Tableau I)	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105	ATT-PON-105, 10 (Tableau I)
		10 (Tableau II)	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105 et de la directive  Section « Ajustement du pointage MELD-IH » : déplacé car se rapporte au calcul du pointage MELD et correction des limites de poids pour coïncider avec la programmation informatique  Section « Réactivation sur la liste d'attente après un retrait temporaire » : reformulé afin de refléter la pratique actuelle	ATT-PON-105, 10 (Tableau II) DIR-ATT-068

Date	Révision ou Version	Section	Description du changement Justification	Provenance de l'information
		10 (Tableau III)	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105  Intégration de la directive : modifié « 3 mois » pour « 30 jours » car retour au fonctionnement avant la pandémie et reformulé pour inclure les imageries et les laboratoires	ATT-PON-105, 10 (Tableau III)  DIR-ATT-061 rév.1
		10 (Tableau IV)	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105  Section « Réactivation sur la liste d'attente après un retrait temporaire » : reformulé pour meilleure compréhension des nuances de chaque période et ajout du dernier paragraphe car n'était pas encadré dans la PON	ATT-PON-105, 10 (Tableau IV)
		10 (Tableau V)	Intégration de la gestion de la liste d'attente en lien avec la ATT-PON-105  Section « Métastases hépatiques de cancer colorectal (MHCR) » : intégration de la directive	ATT-PON-105, 10 (Tableau V) DIR-ATT-066
			Retrait de « et conserver les copies au dossier de la personne en attente » car déjà précisé dans la section documentation (6.20)	INS-PON-001, 6.3.2
			Retrait de « manuellement » car déjà précisé plus haut dans la PON	INS-PON-001, 6.7.1.1

## 9 RÉDACTION / RÉVISION

Révision par :

**Dr Prosanto Chaudhury**

Directeur médical - transplantation d'organes de Transplant Québec

**Dr Matthew Weiss**

Directeur médical - don d'organes de Transplant Québec

**Sylvain Lavigne**

Directeur des soins infirmiers et du soutien aux établissements

**Michèle Ouellet**

Directrice de la qualité, de la conformité, de la performance et de l'éthique (par intérim)

**Marie-Ève Lalonde**

Cheffe des services cliniques (par intérim)

**Anne-Julie Dumont**

Conseillère cadre à la qualité (par intérim)

**Caroline Bédard**

Consultante à la direction des soins infirmiers et du soutien aux établissements

**Maxime Boucher**

Conseiller cadre aux soins infirmiers et au développement hospitalier

**Audrée Grenier-Roy**

Conseillère aux activités cliniques et à la formation

## 10 ANNEXE

### TABLEAU I

#### Définition des critères du King's College pour le diagnostic d'hépatite fulminante

##### Étiologie (acétaminophène) :

- pH < 7.30 (quel que soit le grade d'encéphalopathie)
- PT > 100 sec (RIN > 6.5) et créatinine sérique > 300 µmol/L et encéphalopathie grade 3 ou 4

##### Diagnostic non relié à l'acétaminophène :

- PT > 100 sec (RIN > 6.5) quel que soit le grade d'encéphalopathie
- Présence d'au moins 3 des 5 critères suivants quel que soit le grade d'encéphalopathie :
  - Moins de 10 ans ou plus de 40 ans
  - Intervalle entre l'ictère et l'encéphalopathie > 7 jours
  - PT > 50 sec (RIN > 3.5)
  - Bilirubine sérique > 300 µmol/L
  - Hépatite médicamenteuse ou d'étiologie non virale

## TABLEAU II

### Formule du pointage MELD-IH

Le pointage de MELD-IH est calculé selon la formule suivante :

$$\text{MELD-IH} = (0.855 \times \text{MELD}) + 0.705 (140 - \text{Na en mmol/L}) + \text{MELD-I}$$

A) Le MELD est calculé avec la formule suivante :

$$\begin{aligned} \text{MELD} = & 0.957 \times \text{Log}_e (\text{créatinine sérique mg/dl}) \\ & + 0.378 \times \text{Log}_e (\text{bilirubine mg/dl}) \\ & + 1.120 \times \text{Log}_e (\text{RIN}) \\ & + 0.643 \end{aligned}$$

Multiplier le pointage par 10 et arrondir.

Les valeurs de laboratoire < 1.0 sont arrondies à 1.0 pour les besoins du calcul du pointage MELD.

B) Le MELD-I (Interaction) est calculé avec la formule suivante :

$$\begin{aligned} \text{MELD-I (Interaction)} = & 0.028 (\text{MELD} - 17) \times (\text{Na en mmol/L} - 135) \\ & + 2.53 \end{aligned}$$

Précisions concernant les données de laboratoire utilisées pour le calcul MELD-IH :

#### Créatinine sérique

- Cette donnée est numérique, sans décimale, saisie en  $\mu\text{mol/L}$  et sera convertie en mg/dl pour fin de calcul.
- La formule est la suivante : créatinine en  $\mu\text{mol/L}$  divisée par 88.4 = créatinine en mg/dl.

La créatinine sérique maximale acceptée dans le calcul du pointage MELD-IH est 4.0 mg/dl (i.e. si vous entrez 4.3 de créatinine sérique, la formule est calculée avec le maximum accepté soit 4.0).

Si la personne en attente a eu des dialyses dans la semaine précédant le prélèvement sanguin de créatinine sérique, le pointage MELD-IH est calculé avec un résultat ajusté à 4.0 mg/dl (i.e. si vous entrez 3.0 de créatinine sérique et « oui » à la question de la dialyse, la formule est calculée avec 4.0).

#### Bilirubine totale

- Cette donnée est numérique, sans décimale, saisie en  $\mu\text{mol/L}$  et sera convertie en mg/dl.
- La formule est la suivante : bilirubine totale en  $\mu\text{mol/L}$  divisée par 17.1 = bilirubine totale en mg/dl.

#### Sodium sérique

- Cette donnée est numérique, sans décimale, saisie en mmol/L.
- Aucune conversion.
- Cette donnée doit être entre 125 et 140 :  
Si < 125 = 125 et  
Si > 140 = 140

#### RIN

- Cette donnée est numérique, avec 2 décimales.
- Le RIN utilisé doit être un résultat sans anticoagulant. Advenant une situation où il est impossible de cesser le traitement d'anticoagulant chez un patient en attente, la valeur du RIN 1.0 sera utilisée par défaut par la BDDR.

### Ajustement du pointage MELD-IH

Un ajustement du pointage MELD-IH est automatiquement effectué en fonction du poids et du sexe de la personne en attente adulte

- ▶ Une personne en attente adulte ayant un poids de moins de 51 kg (< 51 kg) bénéficie d'un ajustement de deux (2) points supplémentaires à son pointage MELD-IH.
- ▶ Une personne en attente adulte de sexe féminin ayant un poids de 51 kg et plus ( $\geq 51$  kg) bénéficie d'un ajustement d'un (1) point supplémentaire à son pointage MELD-IH.

**TABLEAU II (SUITE)**
**Procédure d'inscription initiale MELD-IH**

Lors d'une inscription initiale pour une personne en attente :

1. Recevoir du programme de transplantation une copie des résultats de laboratoires pour chacune des analyses composant le pointage MELD-IH.
  - Les échantillons sanguins doivent avoir été prélevés la même journée, et ce, dans les sept (7) jours précédant la date d'inscription initiale.
2. Effectuer la saisie informatique des résultats nécessaires au calcul du pointage MELD-IH.
  - Lorsque la personne en attente est sous anticoagulants, recevoir un résultat de RIN sans anticoagulant (ce résultat sera conservé pour les recertifications MELD-IH ultérieures).

Dans l'impossibilité d'effectuer la saisie informatique des résultats de laboratoires requis lors de l'inscription initiale :

1. Obtenir par écrit du programme de transplantation un pointage MELD-IH estimé par celui-ci.
2. Saisir les résultats de laboratoires requis dès la réception de ceux-ci afin de confirmer le pointage MELD-IH.
3. Conserver l'avis du programme de transplantation concernant le pointage MELD estimé ainsi que la copie des résultats au dossier de la personne en attente.

**Procédure de recertification MELD-IH**

La première recertification est déterminée à partir de la date d'inscription initiale.

Les recertifications subséquentes sont déterminées à partir de la date de prélèvement des échantillons sanguins.

La recertification s'effectue selon le pointage MELD-IH de la personne en attente et est déterminée selon la colonne « Périodicité de recertification » du tableau suivant :

Pointage MELD-IH	Périodicité de recertification	Sursis	Date limite des résultats des prélèvements sanguins
25 et +	Aux 7 jours	48 heures	≤ 48 heures
19-24	À 1 mois	7 jours	≤ 7 jours
11-18	Aux 3 mois	14 jours	≤ 14 jours
1-10	Aux 12 mois	30 jours	≤ 30 jours
Personne en retrait temporaire (statut 0)	Aucune avant le retour en liste	--	≤ 7 jours lors du retour en liste

Si la date de recertification coïncide avec une journée non-ouvrable :

1. Accorder un délai jusqu'au prochain jour ouvrable.
2. Aviser le programme de transplantation du délai accordé.

Si les résultats de laboratoires nécessaires à la recertification ne sont pas reçus dans les délais prescrits :

1. Aviser le programme de transplantation qu'un sursis leur est accordé.
  - La nouvelle date de recertification est déterminée selon la colonne « Sursis » du tableau ci-haut.

Si les résultats de laboratoires nécessaires à la recertification ne sont pas reçus dans les délais prescrits avec sursis :

1. Modifier le statut de la personne en attente à « retrait temporaire (statut 0) ».
2. Acheminer au programme de transplantation concerné un avis de retrait temporaire.

**Réactivation sur la liste d'attente après un retrait temporaire :**

Si la date de retour en liste est dans la période de « périodicité de recertification » :

1. Conserver le pointage antérieur jusqu'à la prochaine recertification.

Si la date de retour en liste dépasse la période de « périodicité de recertification » mais est avant la date limite de sursis :

1. Réactiver la personne sur la liste d'attente et conserver le pointage antérieur jusqu'à la date limite de sursis, en attendant la réception des résultats de laboratoires.

Si la date de retour en liste dépasse la date limite de sursis :

1. Maintenir le retrait temporaire jusqu'à la réception des résultats de laboratoires.

**TABLEAU III**
**Critères et procédure d'inscription initiale MELD-CHC ou MELD-CHC-TTV**
**Critères :**

Les personnes avec carcinome hépatocellulaire doivent respecter la convention établie par l'**AASLD** (*American Association for the Study of Liver Diseases*) et répondre à une (1) des modalités suivantes :

- › Biopsie démontrant un CHC  
ou
- › Imagerie compatible de CHC sur un foie cirrhotique (IRM ou CT scan dynamique)  
ou
- › Imagerie suggestive de CHC et résultats d'alpha-fœtoprotéine à la hausse (trois (3) prélèvements sur plus de six (6) semaines) ou résultat supérieur à 200 µg/L.

N.B. : Une lésion tumorale traitée avant la transplantation est toujours incluse dans le pointage MELD-CHC même si elle n'est plus identifiable aux examens d'imagerie. Toutefois, une augmentation de la taille d'une lésion tumorale ou nombre de lésions peut faire augmenter le pointage MELD-CHC.

**Inscription initiale :**

Lors de l'inscription initiale d'une personne en attente pour un MELD-CHC ou MELD-CHC-TTV :

1. Obtenir l'imagerie médicale du programme de transplantation afin que soient déterminés le nombre et la taille des lésions.
  - L'imagerie médicale doit avoir été effectuée dans les 30 jours précédant la demande.

Lors de l'inscription initiale d'une personne en attente pour un MELD-CHC-TTV :

1. Obtenir, en plus de l'imagerie médicale, un dosage de l'alpha-fœtoprotéine effectué dans les 30 jours précédant la demande.

Lors de l'inscription initiale d'une personne en attente, pour un MELD-CHC présentant une seule lésion de 2 cm et moins, le calcul de son pointage s'effectue à partir des résultats des échantillons sanguins selon le tableau MELD-IH.

1. Obtenir, en plus de l'imagerie médicale, les résultats de laboratoires nécessaires au calcul des points MELD-CHC.

Pointage MELD-CHC selon AASLD	Critères
<b>25</b>	1 lésion entre 4.1 et 5.0 cm 3 lésions toutes trois entre 2.1 et 3.0 cm 3 lésions dont 2 des 3 lésions entre 2.1 et 3.0 cm et 1 des 3 lésions de ≤ 2.0 cm
<b>22</b>	1 lésion entre 3.1 et 4.0 cm 2 lésions toutes deux entre 2.1 et 3.0 cm 3 lésions dont 1 des 3 entre 2.1 et 3.0 cm et les 2 autres ≤ 2.0 cm 3 lésions toutes trois ≤ 2.0 cm
<b>20</b>	2 lésions dont 1 des 2 entre 2.1 et 3.0 cm et l'autre de diamètre moindre
<b>18</b>	2 lésions toutes deux ≤ 2.0 cm
<b>16</b>	1 lésion entre 2.1 et 3.0 cm
<b>Pointage selon la méthode MELD-IH*</b> * Voir « Tableau II »	1 lésion ≤ 2.0 cm
<b>Pointage MELD-CHC-TTV</b>	<b>Critères</b>
<b>25</b>	Imagerie démontrant la présence de tumeurs dont le volume, selon le calcul de TTV ( $4/3 \pi r^3$ ), est inférieur ou égal à 115 cm <sup>3</sup> et résultat d'alpha-fœtoprotéine inférieur ou égal (≤) à 400 µg/L

**TABLEAU III (SUITE)**
**Procédure de recertification MELD-CHC et MELD-CHC-TTV**
**Recertification MELD-CHC ou MELD-CHC-TTV :**

La première recertification du pointage MELD-CHC s'effectue trois (3) mois à partir de la date d'inscription initiale.

Les recertifications subséquentes sont calculées à partir de la date de l'imagerie.

- L'imagerie médicale doit avoir été effectuée au cours des 30 jours précédant la date de recertification.

L'évaluation tumorale lors de la recertification permet de modifier le pointage à la hausse seulement.

Pour les recertifications d'une personne en attente pour un MELD-CHC présentant une seule lésion de 2 cm et moins, le pointage s'effectue à partir des résultats des échantillons sanguins selon le tableau MELD-IH.

La recertification s'effectue selon le pointage MELD-CHC ou MELD-CHC-TTV de la personne en attente et est déterminée selon la colonne « Périodicité de recertification » du tableau suivant :

Pointage	Périodicité de recertification	Sursis	Date limite des résultats d'imagerie	Date limite des résultats des prélèvements sanguins
Pointage MELD-CHC (16, 18, 20, 22, 25)	3 mois	1 mois	≤ 30 jours	N/A
Pointage selon la méthode MELD-IH	3 mois	1 mois	≤ 30 jours	≤ 30 jours
MELD-CHC-TTV (25)	3 mois	1 mois	≤ 30 jours	≤ 30 jours
Personne en retrait temporaire (statut 0)	Aucune avant le retour en liste	--	≤ 30 jours pour le retour en liste après les délais prescrits (réactivation sur la liste d'attente)	

Si la date de recertification coïncide avec une journée non-ouvrable :

1. Accorder un délai jusqu'au prochain jour ouvrable.
2. Aviser le programme de transplantation du délai accordé.

Si les résultats d'imagerie et/ou d'échantillons sanguins nécessaires à la recertification ne sont pas reçus dans les délais prescrits selon le tableau ci-haut :

1. Aviser le programme de transplantation qu'un sursis leur est accordé.
  - La nouvelle date de recertification est déterminée selon la colonne « Sursis » du tableau ci-haut.

Si les résultats d'imagerie et/ou d'échantillons sanguins nécessaires à la recertification ne sont pas reçus dans les délais prescrits avec sursis :

1. Modifier le statut de la personne en attente à « retrait temporaire (statut 0) ».
2. Acheminer au programme de transplantation concerné un avis de retrait temporaire.

**Réactivation sur la liste d'attente après un retrait temporaire :**

Si la date de retour en liste est dans la période de « périodicité de recertification » :

1. Conserver le pointage antérieur jusqu'à la prochaine recertification.

Si la date de retour en liste dépasse la période de « périodicité de recertification » mais est avant la date limite de sursis :

1. Réactiver la personne sur la liste d'attente et conserver le pointage antérieur jusqu'à la date limite de sursis, en attendant la réception des évaluations requises.

Si la date de retour en liste dépasse la date limite de sursis :

1. Maintenir le retrait temporaire jusqu'à la réception des évaluations requises.

Si le pointage MELD-CHC obtenu lors d'un retour sur la liste d'attente après un retrait temporaire est identique au pointage avant le retrait temporaire, la date initiale d'accès à ce pointage est conservée.

**TABLEAU IV**

Pointage MELD-DER-PED	Critères
<b>40 points</b>	Complications potentiellement mortelles d'une maladie hépatique entraînant un risque de mort imminente <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient sous ventilation mécanique invasive</li> <li>▪ Saignement gastro-intestinal grave ayant nécessité une transfusion sanguine minimale de 30 cc/kg dans les 24 heures précédentes</li> <li>▪ Score &lt; 10 sur l'échelle de Glasgow</li> <li>▪ Insuffisance rénale et besoin de dialyse</li> </ul>
<b>30 points, jusqu'à 39 points si le patient ne subit pas de transplantation dans un délai d'un mois</b>	Maladie hépatique accompagnée d'affections entraînant un risque élevé de décès dans les semaines ou les mois suivants <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeurs hépatiques malignes</li> <li>▪ Syndrome hépatopulmonaire <ul style="list-style-type: none"> <li>- PaO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg</li> <li>- Shunt confirmé</li> <li>- Aucune cause pulmonaire primitive</li> </ul> </li> <li>▪ Hypertension portopulmonaire</li> </ul>
<b>24 points* + 3 points tous les 3 mois jusqu'à concurrence de 39 points</b> * Utiliser le SCAFE ou le MELD-Na calculé si le score est plus élevé que les points d'exception	Maladie hépatique terminale
<b>40 points</b>	Erreurs innées du métabolisme associées à une détérioration rapide de la stabilité métabolique <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Défauts du cycle de l'urée avec une progression rapide de la maladie</li> </ul>
<b>29 points + 2 points tous les 2 mois jusqu'à concurrence de 39 points</b>	Erreurs innées du métabolisme permettant une prise en charge stable et chronique de l'état métabolique <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Défauts du cycle de l'urée</li> <li>▪ Amino-acidopathies avec un taux élevé d'ammoniaque</li> <li>▪ Acidémies organiques</li> <li>▪ Maladie de Crigler et Najjar de type 1</li> <li>▪ Oxalurie primitive</li> </ul>

## TABLEAU V

Conditions pour lesquelles un MELD-dérogation peut être attribué ainsi que les critères nécessaires pour l'attribution d'un tel MELD-dérogation pour les personnes en attente avec insuffisance hépatique (MELD-IH)

Pointage MELD-DER-IH	Critères
<p>a. Conditions menaçant directement la survie du patient nécessitant une greffe hépatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pointage de départ : 24 points</li> <li>- Augmentation mensuelle : 1 point jusqu'à un maximum de 28 points</li> </ul>	<p><b>1. Tumeur neuro-endocrine</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Démonstration de la résection complète de la tumeur primaire et des métastases extra-hépatiques et démonstration de l'absence de récurrence <math>\geq 6</math> mois après la résection via un PET-scan ou une scintigraphie à la somatostatine ou une scintigraphie au Gallium-68 (<u>fournir les résultats d'imagerie</u>);</li> <li>* <i>Le bilan métastatique doit être répété aux 6 mois alors que le patient est sur la liste d'attente pour une greffe hépatique.</i></li> <li>ii. Métastases hépatiques bilobaires et non réséquables (<u>spécifier la raison</u>);</li> <li>iii. Métastases hépatiques remplaçant &lt; 50% du volume hépatique (<u>fournir le résultat de l'imagerie</u>);</li> <li>iv. Fournir le site primaire de la tumeur neuroendocrine et faire la démonstration de son origine gastro-entéro-hépatique (i.e. avec un drainage via la veine porte et qui exclut donc les tumeurs provenant de l'œsophage, du rectum, des poumons, des surrénales et de la thyroïde);</li> <li>v. Tumeur bien différenciée ou modérément bien différenciée avec un index mitotique &lt; 20/10 HPF et ki67 &lt; 20% (<u>fournir le rapport de pathologie</u>).</li> </ul> <p><b>2. Hémangioendothéliome épithélioïde</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Diagnostic prouvé par biopsie;</li> <li>ii. Hémangioendothéliome épithélioïde hépatique non réséquable (<u>spécifier la raison</u>).</li> </ul> <p>b. Les métastases extra-hépatiques ne sont pas une contre-indication à la greffe si les critères ci-haut sont remplis et que la maladie métastatique est stable depuis plus de trois (3) mois.</p> <p>c. <u>Fournir la preuve radiologique de la stabilité de la maladie sur une période d'au moins trois (3) mois avant la demande de MELD-DER.</u></p> <p>d. <u>Confirmer la stabilité de la maladie avec des imageries aux trois (3) mois tant que le patient demeure en attente de greffe hépatique.</u></p> <p><b>3. Syndrome hépato-pulmonaire</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Démonstration d'une hypertension portale significative;</li> <li>ii. Démonstration d'un shunt intra-pulmonaire via une échographie cardiaque avec contraste (« écho-bulles ») ou une scintigraphie à l'albumine marquée (<u>fournir les résultats d'investigation</u>);</li> <li>iii. Démonstration d'une PaO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg alors que le patient est à l'air ambiant dans les 30 jours précédant la demande de MELD-DER;</li> <li>iv. Démonstration de l'absence de maladie pulmonaire significative préexistante (<u>fournir le rapport de consultation en pneumologie et les rapports d'examen pertinents tels que les tests de fonction respiratoire et le scan thoracique</u>).</li> </ul>

**TABLEAU V (SUITE)**

Pointage MELD-DER-IH	Critères
	<p><b>4. Cholangiopathie ischémique</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Démonstration d'une cholestase persistante (<u>fournir les résultats de phosphatase alcaline et de bilirubine totale</u>);</li> <li>ii. Démonstration de sténoses biliaires multiples non anastomotiques à l'imagerie (<u>fournir les résultats de cholangio-IRM ou de CPRE</u>);</li> <li>iii. Démonstration de l'échec du traitement conservateur des sténoses biliaires non anastomotiques (si indiqué cliniquement) via CPRE ou radiointervention (<u>fournir les détails des traitements qui ont été tentés</u>);</li> <li>iv. <math>\geq 2</math> épisodes de complications reliées à la cholangiopathie ischémique (cholangite, parenchymite hépatique, abcès hépatique, etc.) sur une période de six (6) mois nécessitant une hospitalisation.</li> </ul> <p><b>5. Cholangite sclérosante primaire ou secondaire</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. <math>\geq 2</math> épisodes de complications reliées à la cholangite sclérosante (cholangite, parenchymite, abcès hépatique, etc.) ayant nécessité une hospitalisation sur une période de six (6) mois;</li> <li>ii. En association avec au moins un (1) des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Démonstration de sténoses biliaires non aménables à un traitement conservateur en angio-radiologie ou en CPRE (<u>fournir les détails et les résultats d'imagerie</u>);</li> <li>2. Démonstration d'une bactériémie avec un ou des microorganismes résistants aux antibiotiques, tels que l'ERV, l'ESBL, l'acinetobacter multirésistant ou carbapenem-résistant enterobacteriaceae (<u>fournir la documentation nécessaire</u>).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>6. Les patients adultes post kasai dans l'enfance sans antécédents de transplantation</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : avec au moins un (<math>\geq 1</math>) des critères suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Cirrhose décompensée (ascite, encéphalopathie hépatique, rupture varicelle ou varices significatives);</li> <li>ii. <math>\geq 2</math> épisodes de complications reliées à la cholangiopathie (cholangite, parenchymite, abcès hépatique, etc.) ayant nécessité une hospitalisation sur une période de six (6) mois;</li> </ul> <p><b>7. Fibrose kystique avec atteinte hépatique</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour un MELD-DER :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Cirrhose décompensée (ascite, encéphalopathie hépatique, rupture varicelle ou varices significatives).</li> </ul>

**TABLEAU V (SUITE)**

Pointage MELD-DER-IH	Critères																														
	<p><b>8. Hyperoxalurie primaire</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Candidature acceptée pour une greffe rénale simultanée à la greffe hépatique;</li> <li>Déficit en alanine glyoxylate aminotransférase (AGT) prouvé par biopsie hépatique ou analyse génétique;</li> <li>Taux de filtration glomérulaire estimé via la formule MDRD-6 ou mesuré via le test à l'iothalamate <math>\leq 25</math> ml/min à deux (2) occasions séparées d'au moins 42 jours.</li> </ol> <p><b>9. Désordre du cycle de l'urée ou acidémie organique</b></p> <p>a. Éligible au MELD-DER lorsque la maladie est prouvée.</p>																														
<p><b>b. Conditions affectant principalement la qualité de vie du patient nécessitant une greffe hépatique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pointage de départ : 18 points</b></li> <li>- <b>Augmentation mensuelle : 1 point jusqu'à un maximum de 26 points</b></li> </ul>	<p><b>1. Adénomes hépatiques multiples</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adénomes hépatiques multiples et non réséquables (<u>spécifier la raison</u>) avec au moins un (<math>\geq 1</math>) des critères suivants : <ol style="list-style-type: none"> <li>Transformation maligne d'une lésion de moins de 2 cm prouvée par biopsie; [si la lésion avec transformation maligne mesure plus de 2 cm, faire une demande de MELD-CHC];</li> <li>Maladie du stockage du glycogène;</li> <li>Mutation de la beta-caténine.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>2. Maladie polykystique du foie</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Démontrer l'échec ou l'impossibilité du traitement médical et/ou chirurgical (<u>fournir la raison</u>);</li> <li>Classe Mayo C ou D (cf tableau ci-après) avec au moins un (<math>\geq 1</math>) des critères suivants : <ol style="list-style-type: none"> <li>Décompensation hépatique (ascite, encéphalopathie hépatique, rupture varicelle ou varices significatives);</li> <li>Démonstration d'une sarcopénie significative, i.e. un index de muscle squelettique <math>&lt; 50</math> cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> pour un homme et <math>&lt; 39</math> cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> pour une femme (<u>fournir la mesure objective de la sarcopénie sur une imagerie abdominale faite dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER</u>).</li> </ol> </li> </ol> <p><i>Réf : A multicenter study to define sarcopenia in patients with end-stage liver disease, E J. Carey, J C Lai...: Livertransplantation , May 2017</i></p> <table border="1" data-bbox="641 1612 1464 1843"> <thead> <tr> <th colspan="5">PLD Classification – Mayo Modification</th> </tr> <tr> <th>Types</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Symptoms</td> <td>0 - +</td> <td>++/+++</td> <td>++/+++</td> <td>++/+++</td> </tr> <tr> <td>Cyst Findings</td> <td>Focal</td> <td>Focal</td> <td>Diffuse</td> <td>Diffuse</td> </tr> <tr> <td>Spared Remnant Volume</td> <td><math>\geq 3</math></td> <td><math>\geq 2</math></td> <td><math>\geq 1</math></td> <td><math>&lt; 1</math></td> </tr> <tr> <td>PV/HV Occlusion</td> <td>No</td> <td>No</td> <td>No</td> <td>Yes</td> </tr> </tbody> </table>	PLD Classification – Mayo Modification					Types	A	B	C	D	Symptoms	0 - +	++/+++	++/+++	++/+++	Cyst Findings	Focal	Focal	Diffuse	Diffuse	Spared Remnant Volume	$\geq 3$	$\geq 2$	$\geq 1$	$< 1$	PV/HV Occlusion	No	No	No	Yes
PLD Classification – Mayo Modification																															
Types	A	B	C	D																											
Symptoms	0 - +	++/+++	++/+++	++/+++																											
Cyst Findings	Focal	Focal	Diffuse	Diffuse																											
Spared Remnant Volume	$\geq 3$	$\geq 2$	$\geq 1$	$< 1$																											
PV/HV Occlusion	No	No	No	Yes																											

**TABLEAU V (SUITE)**

Pointage MELD-DER-IH	Critères
	<p><b>3. Pleurascite réfractaire</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. <math>\geq 4</math> ponctions pleurales de <math>\geq 1</math> litre dans les 12 dernières semaines (<u>fournir la date et le volume pour chacune des ponctions pleurales</u>) ou pleurascite nécessitant l'installation d'un cathéter de drainage permanent ou <math>\geq 1</math> épisode d'infection prouvée de la pleurascite;</li> <li>ii. Transudat avec un gradient d'albumine <math>\geq 11</math>;</li> <li>iii. Absence d'insuffisance cardiaque (<u>fournir le résultat de l'échographie cardiaque, laquelle doit avoir été faite dans les 3 mois précédant la demande de MELD-DER</u>);</li> <li>iv. Culture du liquide pleural négative (à au moins deux (2) occasions séparées);</li> <li>v. Cytologie du liquide pleural négative (à au moins deux (2) occasions séparées);</li> <li>vi. Contre-indication au TIPS (<u>spécifier la raison</u>) ou non-réponse au TIPS;</li> <li>vii. Démonstration de la non-réponse aux diurétiques ou explication de la raison pour laquelle les diurétiques ne peuvent être donnés ou majorés.</li> </ul> <p><b>4. Encéphalopathie hépatique persistante</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Au moins quatre (4) hospitalisations pour encéphalopathie hépatique au cours des 12 derniers mois, chaque hospitalisation durant au moins une (1) semaine, et ce, malgré une la démonstration de l'adhérence au traitement médical maximal;</li> <li>ii. Absence de facteur précipitant identifié pour chacune des hospitalisations;</li> <li>iii. Incapacité de travailler ou d'accomplir ses responsabilités familiales en raison d'une encéphalopathie hépatique persistante.</li> </ul> <p><b>5. Polyneuropathie amyloïde familiale</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Fournir les résultats d'investigation cardiaque démontrant l'une ou l'autre des deux (2) situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Si présence d'insuffisance cardiaque significative, le patient doit avoir été accepté pour une greffe cardiaque simultanée à la greffe hépatique;</li> <li>2. Échographie cardiaque démontrant une FeVG <math>&gt; 40\%</math> dans les 30 jours précédant la demande de MELD-DER;</li> </ul> </li> <li>ii. Fournir la démonstration que le patient est capable de marcher seul;</li> <li>iii. Démonstration de la mutation du gène de la transthyrétine (<u>fournir le résultat du test</u>);</li> <li>iv. Amyloïdose prouvée par biopsie (<u>fournir le résultat de la biopsie</u>).</li> </ul> <p>* Une échographie cardiaque de suivi à chaque six (6) mois démontrant une FeVG <math>&gt; 40\%</math> est nécessaire lorsque le patient est en attente de greffe hépatique seule.</p>

**TABLEAU V (SUITE)**

Pointage MELD-DER-IH	Critères
	<p><b>6. Télangiectasies hémorragiques héréditaires</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Démonstration d'une insuffisance cardiaque à haut débit (<u>fournir le résultat de l'échographie cardiaque, laquelle doit avoir été faite dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER</u>);</li> <li>ii. Démonstration des malformations artério-veineuses hépatiques par imagerie ou d'une nécrose hépatique diffuse sévère bilobaire secondaire aux malformations artério-veineuses hépatiques (<u>fournir les résultats des imageries</u>).</li> </ul>
<p><b>c. MELD-DER spécifique au cholangiocarcinome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pointage de départ : 25 points</b></li> <li>- <b>Augmentation mensuelle : 1 point sans maximum de points</b></li> </ul>	<p><b>1. Cholangiocarcinome</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Documentation de tous les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Critères de sélection du candidat;</li> <li>2. Traitement néoadjuvant reçu;</li> <li>3. Résultat du staging chirurgical fait après le traitement néoadjuvant;</li> <li>4. Absence de métastase intra-hépatique, ganglionnaire, péritonéale et extra-hépatique;</li> </ul> </li> <li>ii. Démonstration du diagnostic de cholangiocarcinome hilair <u>en fournissant la preuve de la sténose maligne à la cholangiographie avec au moins un (1) des critères suivants</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Biopsie ou cytologie compatible avec une tumeur maligne;</li> <li>2. Ca19-9 &gt; 100 u/ml en l'absence de cholangite;</li> <li>3. Aneuploïdie;</li> </ul> </li> <li>iii. Démonstration de la non réséquabilité tumorale pour des raisons techniques ou en raison de la sévérité de la maladie hépatique (<u>fournir les explications nécessaires</u>);</li> <li>iv. Fournir les imageries démontrant qu'il s'agit d'une lésion unique et de &lt; 3 cm;</li> <li>v. Fournir la preuve de l'absence de métastase intra-abdominale et pulmonaire en fournissant des résultats de scans abdomino-pelvien et thoracique fait dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER;</li> <li>vi. Confirmer que le patient n'a pas eu de biopsie ou aspiration transpéritonéale.</li> </ul>

**TABLEAU V (SUITE)**

Pointage MELD-DER-IH	Critères
	<p><b>2. Métastases hépatiques de cancer colorectal (MHCR)</b></p> <p>a. Critères d'éligibilité pour MELD-DER : tous les suivants</p> <p>i. Documentation de tous les éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Critères de sélection du candidat;</li> <li>2. Traitement néoadjuvant standard pour MHCR avec stabilité ou réponse de l'atteinte hépatique pendant au moins 6 mois;</li> <li>3. Résultat du staging chirurgical (lymphadenectomie ganglions hilaires) fait après le traitement néoadjuvant;</li> <li>4. Absence de métastase ganglionnaire, péritonéale et extrahépatique;</li> <li>5. Diminution ou absence d'élévation du marqueur tumoral CEA avant la demande de dérogation et avant greffe;</li> <li>6. Intervalle entre diagnostique des métastases et demande de dérogation d'au moins 1 an;</li> <li>7. Absence de mutations BRAF V600E, absence de mutations MMR, et Micro-satellite stable;</li> </ol> <p>ii. Absence de tumeur primaire (ou de récurrence primaire)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si présentation synchrone, primaire colique/rectal opéré au moins 6 mois avant considération de greffe;</li> <li>2. Si présentation métachrone, documentation de l'absence de récurrence primaire par colonoscopie (&lt; 1 an);</li> </ol> <p>iii. Démonstration de la non réséquabilité pour des raisons techniques ou en raison de la sévérité de la maladie hépatique (fournir les explications nécessaires);</p> <p>iv. Fournir la preuve de l'absence de métastase intra-abdominale et pulmonaire en fournissant des résultats de scans abdomino-pelvien et thoracique et TEP scan fait dans les 3 mois précédents la demande de MELD-DER.</p>