



HAL
open science

Transplantation hépatique : ces "vieux greffons" fonctionnent-ils ?

Adèle Gauthier

► **To cite this version:**

Adèle Gauthier. Transplantation hépatique : ces "vieux greffons" fonctionnent-ils?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03400820

HAL Id: dumas-03400820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03400820v1>

Submitted on 25 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Transplantation hépatique : ces "vieux greffons" fonctionnent-ils?
Expérience française**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 1er Octobre 2021

Par Madame Adele GAUTHIER

Née le 21 décembre 1992 à Lyon 03eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de CHIRURGIE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur HARDWIGSEN Jean	Président
Monsieur le Professeur LECHEVALLIER Eric	Assesseur
Monsieur le Professeur GEROLAMI René	Assesseur
Monsieur le Professeur D'JOURNO Xavier Benoît	Assesseur
Madame le Docteur HERRERO Astrid	Assesseur
Madame le Docteur PALEN Anaïs	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NEUROCHIRURGIE 4902

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2012)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

NUTRITION 4404

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

FELICIAN Olivier (PU-PH)

DAVID Thierry (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

DESSI Patrick (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A notre président du jury, mon maître, Monsieur le Professeur Jean Hardwigsen,

Vous me faites l'honneur de présider ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour la confiance que vous m'avez accordée. Merci de m'avoir confortée dans mon envie d'exercer notre spécialité et de m'offrir la possibilité de continuer d'apprendre auprès de vous. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Anaïs Palen,

Merci de me faire l'honneur de siéger parmi mon jury. Merci d'avoir proposé de m'accompagner et de me guider dans l'écriture de cette thèse, pour ta rigueur et ton implication. Et surtout, merci de m'avoir supporté ces derniers mois avec mes craintes et mes innombrables coups de stress. C'est toujours un plaisir que de travailler à tes côtés. Merci pour tout !

A Monsieur le Professeur Xavier Benoît D'Journo,

Merci d'avoir accepté de siéger parmi les membres de mon jury. Merci d'avoir été sur le chemin de mon internat, j'ai énormément appris à vos côtés et découvert une spécialité qui m'a captivé. Rares sont les maîtres auprès de qui il fait si bon d'apprendre. Et s'il y a bien une chose que j'ai retenu c'est que si Dieu ne peut pas le faire, le Pr D'Journo le peut !

A Monsieur le Professeur Eric Le Chevallier,

Je vous remercie de nous avoir honoré par votre présence et je vous suis très reconnaissante de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur me touche je tenais à vous exprimer ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur René Gérolami,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Votre expertise dans le domaine de la transplantation hépatique rend votre jugement précieux. Soyez assuré de ma profonde estime et de mon respect.

A Madame le Docteur Astrid Herrero,

Je suis extrêmement honorée que vous ayez proposé de vous joindre à ce jury. Merci d'apporter votre expertise sur ce sujet passionnant. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A ma famille,

A ma mère,

Toi, sans qui rien de tout ça n'aurait été possible. Merci d'être là depuis toujours, d'être aussi fière de moi et de me donner tant d'amour. Quelques lignes ne suffiraient pas à te montrer toute la gratitude et l'amour que j'ai pour toi. Alors merci, tout simplement. Je t'aime maman.

A mon père,

Parce que tu n'as jamais douté de moi, parce que tu m'as toujours soutenu et que tu as su trouver les mots pour me remotiver quand il le fallait. Merci d'avoir géré comme un chef pour ce jour si important. Je t'aime.

A mes sœurs,

A Blanche, je ne l'aurais pas cru, mais ce sont les lignes les plus difficiles à écrire. Comment résumer en si peu de mots ce que tu représentes pour moi ? Ma grande sœur, mon roc, mon pilier, ma confidente. Je n'aurais jamais pu en arriver là sans toi et tes conseils avisés. Merci pour tout, je t'aime.

A Léonie, ma petite perle, la plus belle et la plus épanouie des enfants qu'il m'ait été donné de voir grandir. Tu deviens chaque jour qui passe une jeune adulte encore plus rayonnante si c'est possible. Merci pour ta joie de vivre et ton amour. Tes grandes sœurs seront toujours là pour toi.

A Renée, ma super marâtre. Merci de nous avoir supportées, encouragées et aimées. Merci d'être toujours là après ces nombreuses années. Je vous souhaite plein de bonheur à Fred, toi et les filles dans votre super nouvelle maison.

A Thierry, je sais que tu aurais été fier de moi, tu me manques...

A mes grands-parents que j'aime.

A toute ma grande et super famille, tous mes oncles et tantes, mes cousins, cousines... et surtout mon filleul d'amour, petit garçon plein de vie, j'ai hâte de pouvoir te consacrer plus de temps, de te voir grandir et devenir, j'en suis sûre, un homme merveilleux.

A ma famille de Nîmes, Sabine, Lionel, Juju, Eve Laure, parce que les moments partagés avec vous sont toujours aussi fous et inoubliables (quoi que j'en ai oublié quelques-uns... !!)

A mes amis,

A toute l'équipe,

A Célia, ma presque coloc' de l'externat, toi avec qui j'ai partagé tant de moments. A ces fous rires à en avoir mal au ventre, à ses soirées au red où le « un seul verre » tournait toujours au vinaigre (comment a-t-on pu être naïves autant de fois ?), à ses trajets dans les calanques à 8 dans une clio filant à toute allure, à ses festivals, à ses disputes parfois, à toi tout simplement. Merci de faire partie de ma vie, ce parcours aurait été tellement plus difficile sans toi.

Bisous à Maximus Perlimpinpin et Agathe !

A la team Sebasto,

Antoine, dit Flashön Shnüf, à ta folie et ta bonne humeur !

Alinou, la Mama ! Toujours partante et disponible !

Quentin, survêt' Lacoste / TN toi-même tu sais ! Hâte de partager nos premières expériences en tant que co-chefs !

Hugo, nos soirées seraient tellement moins drôles sans ta grande gueule !

Camille R. malgré notre première rencontre peu concluante, tu fais partie aujourd'hui du noyau. Merci de m'écouter me confier et d'avoir les bons mots lors des moments down (plutôt récurrents ces derniers temps !!)

A Hilla la frappe, t'étais une des prem's et tu gardes une place de choix dans mon petit cœur !

A Max, encore un plus un de qualité !

A Fifou, la plus belle et la plus brillante même si tu refuses de l'entendre !

A Cam et Flo, les 100 de l'artère coronaire qui fait battre mon cœur, surtout ne changez rien, vous êtes juste parfaits.

A Emma, à ta douceur dans ce groupe de brute, ta gentillesse fait chaud au cœur ! Mention spéciale à drink like a Virgin !!

A Elisa, aussi bonne amie que maman, félicitations pour ta super petite famille.

A Antonin, heureuse de te (re)compter parmi les marseillais (du 7^{ème} svp) !

A Clément, le meilleur ingénieur chargé d'affaire en contrôle technique des constructions (depuis que j'attends de la sortir celle-là !)

A Juanito de la lune, mon tout premier copain de la clique !

A Nathan, grand fou qui joue à la balle au prisonnier saoul et en béquille ! Surtout ne change rien.

Aux meilleurs pour toujours,

Anaïs, LA meilleure, merci pour ton soutien et ta présence malgré ces années d'absence. Si le passé a su par moment nous éloigner je sais aujourd'hui que je serais auprès de toi pour toujours, je t'aime ma Cop's !

Quentin mon copinou d'amour, reviens nous vite tu manques trop ici. Puis les conversations sont moins fun sans tes questions débiles... LOVE !

Benji, mon p'tit pote, et bientôt mon voisin (i hope)! Merci d'être là, ta positivité et ton pragmatisme m'ont permis de surmonter ces derniers mois un peu difficiles. A toutes ces folles soirées passées et à venir !

Remerciements de dernière minute, pour toi Samuel, qui m'a écouté parler de cette thèse pendant les 3 derniers mois sans jamais laisser paraître le moindre agacement. Pour ton soutien à chaque réception de mail, pour tes mots réconfortants lors de mes moments d'angoisse, et pour la douceur de tes bras quand j'en avais besoin. Merci pour ça, et pour tout le reste !

Et tous les autres de la 1^{ère} et Terminale S1 qui font toujours partie de ma vie.

A Elsa R., ma copine de maternelle, tu as traversé les âges à mes côtés, avec ta bonne humeur et ta force. Merci d'être là, et merci d'être toi. Dédicace à tous les Risso, je vous aime !

A Elsa P., ma Zazou, on a fait les 400 coups pendant nos 4 années de collègue (vidéos à l'appui !!), et malgré des chemins différents je serais toujours là pour toi. Pour ta folie, ta gaité, ta bonne humeur, merci.

A toi David, tu m'as aidé et supporté pendant cet internat pas toujours simple. Merci pour ça et merci pour la personne que tu es.

Au monde de la chirurgie,

Au service du Pr. Merrot, qui m'a accueilli dans le monde de la chirurgie et qui m'a vu faire mes premiers pas de bébé chirurgien. Pr. Guys, Pr. Merrot, Pr. Borrione, Julia, Géraldine, Nicoleta, Alice, Anne, merci à toute l'équipe pour votre enseignement et votre dynamisme. Petite dédicace à ma

Camous qui m'a accompagné durant ce choix et qui a continué de le faire par la suite avec sa bonne humeur !

Au service du Pr. Berdah, c'est vous qui m'avez donné envie de me tourner vers la chirurgie digestive. Merci de m'avoir si bien accueilli, j'ai passé un semestre inoubliable à vos côtés. Aux Pr. Berdah, Pr. Moutardier, Pr. Orsoni, à Laura, Olivier, Carine, Thierry et nos supers assistantes Pauline et Caro ! Grosse pensée pour tous mes co-internes, Nicolas, Maëlliss, Valentina, Rosine, François et Abdallah, une équipe de choc.

Au service du Pr. Sielezneff, Rémi, Julie, Diane, Arnaud, Aurélie, vous m'avez conforté dans la voie de la chirurgie digestive ! Merci pour votre enseignement et vos conseils pendant ces 6 mois. Et merci à l'équipe paramédicale qui était au top !

Au service du Pr. Hardwigen, Pr. Le Treut, les Emilie(s) et nos supers assistants Anaïs et Sami, j'ai passé un semestre particulièrement stimulant à vos côtés. J'ai découvert les joies de la chirurgie hépatobiliaires, et surtout l'importance de la grammaire en staff. A très bientôt pour de nouvelles aventures ! Big up à ma super team de co-interne (Maé, Bebel, Flo-Flo, Malbouk).

Au service du Pr. Balandraud, Ghislain, Stéphane, Tristan, Jérôme, Marie, un super semestre à vos côtés, j'ai beaucoup appris (en chirurgie, et en blagues douteuses !). Une pensée pour Vampouille et Flo-Flo (toi tu mériterais un paragraphe entier pour m'avoir supporté pendant 4 semestres !!).

Au service du Pr. Curvale, Pr Rochewerger, JC Mattei et toute l'équipe du Pr. FLECHER, malgré ma réticence à faire de l'orthopédie, vous avez réussi à rendre ce choix plutôt agréable et finalement presque captivant (mais toujours moins que la viscérale désolée !).

Au service du Dr. Bon Mardion, Rémi, Eric, Nathalie, Maëlliss, merci pour ces 6 mois inoubliables à vos côtés malgré les débuts de l'épidémie. J'ai vraiment apprécié travailler et apprendre avec chacun d'entre vous. Dédicace à Nancy, prix de la meilleure Ibode de mon internat !

Au service du Pr. Turrini, Cécile, Bernard, Hélène, Jacques, Jérôme, Jonathan, Ugo et la team d'assistants au top Abdallah, Julien, Mikael, ce semestre à vos côtés a été un vrai plaisir, tant sur le plan chirurgical qu'humain ! Vos cours et votre enseignement m'ont réellement enthousiasmé, merci pour votre implication.

Au service du Pr. Thomas, Pr D'journo, David, Geoffrey, Delphine, King Alex, Capitaine Vasse et Joséphin le Pangolin. J'ai découvert une super spécialité à vos côtés, j'ai pris un plaisir fou à apprendre avec vous. Meilleure team de co-interne, ce semestre avec vous c'était la kiffance ! Elsa mon binôme, Nicole, So So Vaness, Yaya, Sakado, oui mes gatés !

Au service du Dr Pol, Xavier, Nicolas, et Sami et Caro que j'ai retrouvé avec plaisir, merci à tous pour votre confiance et votre enseignement. Ces 6 derniers mois d'internat à vos côtés ont été plus que bénéfiques. Merci d'avoir trouvé les mots quand le moral n'était pas au rendez-vous. Je souhaite une merveilleuse continuation à chacun d'entre vous, en espérant vous recroiser dans le futur ! Pensée pour Victoria, merci d'avoir été là !!

A tous mes co-internes avec qui j'ai partagé des moments difficiles mais aussi de merveilleux souvenirs.

Mille merci à Christian pour ces supers stats et à toutes les personnes avec qui j'ai pu échanger dans les centres de greffe sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

TRANSPLANTATION HEPATIQUE :
CES « VIEUX GREFFONS » FONCTIONNENT-ILS ?
EXPERIENCE FRANÇAISE

Table des matières

<u>TABLE DES MATIERES</u>	<u>2</u>
<u>RESUME</u>	<u>3</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>4</u>
HISTORIQUE DE LA TRANSPLANTATION⁽³⁾	4
INDICATIONS DE LA TRANSPLANTATION HEPATIQUE	6
REGLES D'ATTRIBUTION DES GREFFONS	7
DIFFERENTES SOURCES DE GREFFONS	8
INNOVATIONS CHIRURGICALES A L'ORIGINE DE NOUVEAUX GREFFONS	9
DONS APRES ARRET CIRCULATOIRE	12
LES DONNEURS DITS « MARGINAUX ».....	13
« LES VIEUX GREFFONS »	14
<u>MATERIEL ET METHODE</u>	<u>15</u>
<u>RESULTATS</u>	<u>18</u>
DONNEES DEMOGRAPHIQUES	18
DONNEES RELATIVES AUX DONNEURS (TABLEAU 2)	21
DONNEES RELATIVES AUX RECEVEURS	21
RESULTATS POST OPERATOIRES (TABLEAU 3).....	21
SURVIE DU GREFFON ET A LONG TERME.....	25
<u>DISCUSSION</u>	<u>28</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>32</u>

RESUME

Introduction : L'objectif de cette étude était de rapporter, à l'échelle nationale, les résultats de patients transplantés à partir de greffons ≥ 85 ans depuis 2005 et d'identifier les caractéristiques pré-opératoires de mauvais pronostic à court et long terme.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une série rétrospective, multicentrique impliquant 15 centres de transplantation hépatique français. Les données issues des dossiers des donneurs ainsi que les caractéristiques démographiques et péri opératoires de patients transplantés à partir de greffon ≥ 85 ans entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2019 ont été colligées. La survie globale des patients a été calculée.

Résultats : Trois cent cinquante-six patients ont été transplantés sur la période, l'âge moyen du greffon était de 86,8 ans. La principale indication était le carcinome hépato cellulaire (40%). Le MELD médian à l'inscription était de 14 (9-23). Les taux de non fonction et de dysfonction primaire du greffon étaient de 2,5% et 9% respectivement. Le taux de thrombose aigue de l'artère hépatique était de 4% et 30% des patients ont présenté un évènement biliaire. La mortalité au cours de la même hospitalisation s'élevait à 9%. Les taux de survie à 1, -3 et -5 ans étaient respectivement de 80%, 68% et 60%. Vingt-sept (7,5%) patients ont nécessité une retransplantation.

Conclusion : Au sein d'une population sélectionnée de receveurs, l'utilisation de greffons provenant de très vieux donneurs semble donner des résultats satisfaisants à court et long terme.

INTRODUCTION

Avec 90% de réussite à un an^(1,2), la transplantation hépatique (TH) constitue, à l'heure actuelle, le traitement de référence des défaillances hépatiques aiguës et des insuffisances hépatiques chroniques qu'elles soient compliquées ou non de carcinome hépatocellulaire (CHC). Les objectifs de la greffe hépatique sont doubles. A court terme, elle doit corriger une défaillance d'organe qui engage le pronostic vital et qui ne bénéficie d'aucun moyen de substitution. A plus long terme, elle doit permettre une existence la plus proche de la « normale » et assurer une espérance de vie égale à celle d'un patient non-greffé du même âge. Ces objectifs ne peuvent être remplis qu'à la condition de disposer d'un greffon fonctionnel en temps voulu. En Europe, et plus largement en Occident, la principale source réside dans le don d'organes cadavériques. Si la notion de « greffon idéal » prévalait dans les années 90, le nombre toujours croissant de patients inscrits en liste d'attente associé à l'élargissement des indications de TH ont contraint à l'extension des critères requis inhérents aux donneurs cadavériques conduisant à la notion de « greffons marginaux » ou « greffons limites » ainsi qu'au recours à de nouvelles sources de greffons.

Historique de la Transplantation⁽³⁾

C'est le 1^{er} mars 1963 à Denver, Université du Colorado, que Thomas Starzl, fort de son expérience en transplantation rénale et de son programme d'expérimentation animale, tente la première greffe hépatique ; cette « greffe de l'impossible » se terminera en tragédie par une hémorragie incontrôlable. Du monitoring continu de la coagulation comme reflet du greffon jusqu'au protocole d'immunosuppression, tout semblait contrôlé, excepté la complexité d'une chirurgie en présence d'une hypertension portale associée à une insuffisance hépatocellulaire.

Que ce soit outre Atlantique avec les résultats de l'équipe de Starzl à Denver ou en Europe, à Cambridge, avec l'équipe de Roy Calne ou à Hanovre avec le programme de transplantation multiorganes de Rudolph Pichalmayr et Peter Neuhaus, les résultats de la TH restent initialement décourageants, grevés d'une mortalité proche de 80% (« The Decline in Survival following Liver Transplantation »). En France il faudra attendre les années 70 et l'arrivée d'Henri Bismuth pour qu'un chirurgien hépatobiliaire entre dans l'aventure de la greffe.

Durant 20 ans, malgré un engouement permanent et le développement de compétences multifacettes chez les transplantateurs, médicales, fondamentales, en infectiologie ou encore en immunologie, les résultats stagnent sans jamais dépasser les 30% de réussite. Les raisons de ces insuccès sont nombreuses, d'une part des indications « trop larges », notamment pour tumeurs

malignes irrésécables et massives entraînant un taux de récurrence prohibitif, mais davantage l'immunosuppression, inadéquate, trop générale avec de fortes doses de corticoïdes, responsables d'affections opportunistes souvent mortelles.

C'est la découverte de la Ciclosporine en 1980 qui marquera le début du succès. Arrivé au Presbyterian Hospital de Pittsburgh, Starzl va sélectionner pour le rein et le foie, la meilleure combinaison en immunosuppression, une bithérapie associant ciclosporine et corticothérapie. Cette innovation, combinée à son expérience technique lui vaudra un an plus tard le titre de scientifique de l'année.

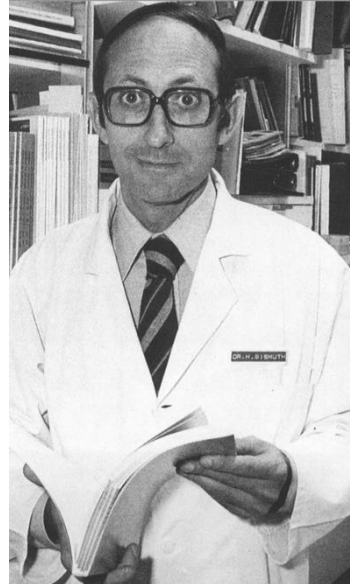
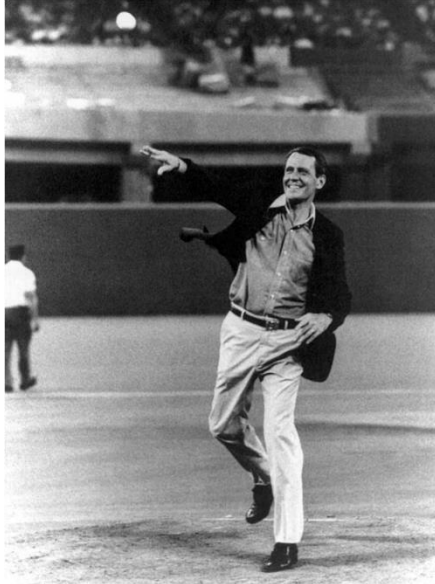
La TH acquiert la notoriété et la légitimité que nous lui connaissons, en juin 1983, lors de la conférence de Bethesda, organisée par le National Institute of Health, « *Liver transplantation is a service not an experimental operation* », s'inscrivant depuis dans les options thérapeutiques. A la fin des années 80, reconnue comme authentique méthode de traitement pour de nombreuses hépatopathies chroniques et aiguës, la TH se standardise selon les recommandations édictées par l'école de Pittsburgh.

On retiendra plusieurs avancées dont certaines demeurent d'actualité :

- les modalités du prélèvement d'organes, avec la normalisation des rapports entre les différents préleveurs, en mettant en place des frontières anatomiques précises (cœur-foie, foie-pancréas...) et en édictant un protocole méthodologique et chronologique rigoureux.
- l'optimisation de la compensation peropératoire des pertes sanguines avec la création de dispositifs complémentaires de transfusion ; récupération peropératoire par « cell saver » et utilisation d'une pompe spécifique d'injection rapide « RIS ».
- l'amélioration de la tolérance hémodynamique avec l'utilisation de la circulation extracorporelle veino-veineuse devenue applicable en clinique sous une nouvelle forme ne nécessitant plus d'héparinisation systémique.
- le développement de rétracteurs sous-costaux autorisant une exposition correcte de la région sus-hépatique.
- la normalisation de l'interprétation anatomopathologique

Après 30 ans de suprématie américaine, la TH se démocratise avec la multiplication des centres de transplantation à travers le monde. La décennie 90 s'ouvre avec la découverte et la diffusion rapide, d'un nouvel immunosuppresseur, le tacrolimus (Prograf®), permettant d'atteindre des taux de succès à un an proches de 80% et d'autoriser l'extension des indications de TH aux malades les plus fragiles. Cette décennie s'inscrit également dans le domaine de l'innovation chirurgicale avec l'apparition de nouvelles pratiques telles que la réduction parenchymateuse, le Split (= foie partagé), l'hépatectomie pour donation pédiatrique ou adulte ou encore la greffe auxiliaire. Cette révolution technique dont Henri Bismuth, Olivier Boillot ou Jacques Belghiti sont les principaux acteurs français, sera menée sous

l'impulsion de l'inadéquation grandissante entre l'offre et la demande de greffons. Ce différentiel numérique qui a continué de se creuser pour atteindre de nos jours 2,4 receveurs pour 1 donneur, provient, avant tout, de l'extension des indications.

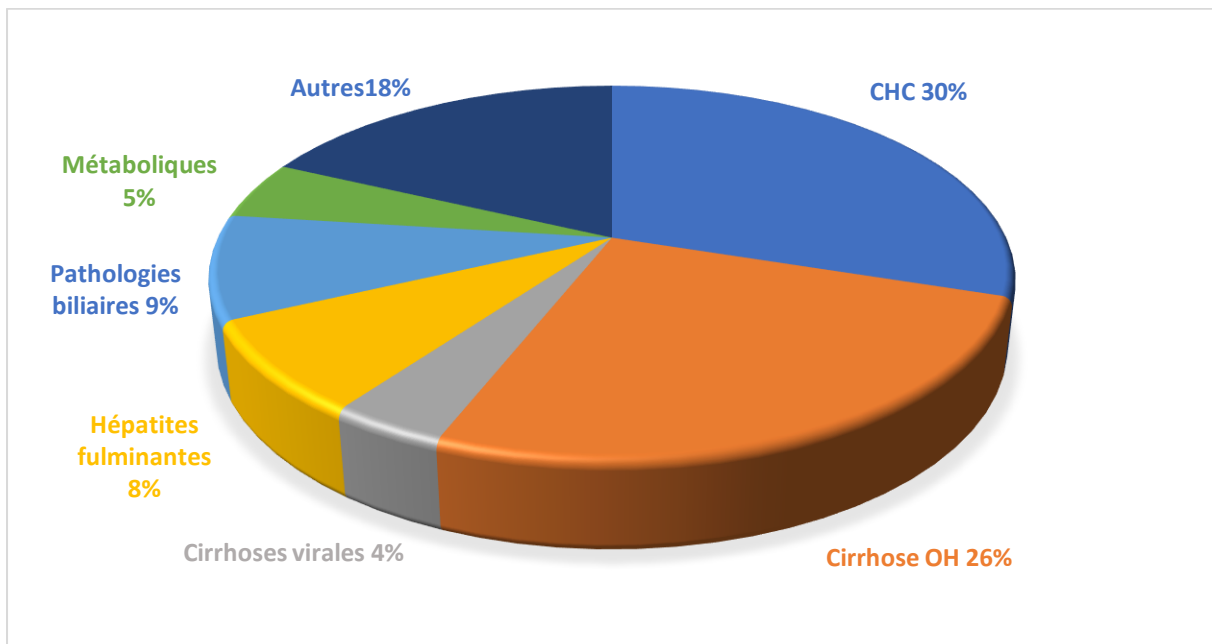


Thomas Starzl et Henri Bismuth ; pionniers de la transplantation hépatique aux Etats Unis et en France.

Indications de la transplantation hépatique

Initialement réservée aux patients les plus graves ou porteurs d'une volumineuse tumeur non résecable, entraînant des résultats finalement médiocres, les indications de TH ont largement évolué. Issus du dernier rapport de l'Agence de Biomédecine (2019), les différentes indications peuvent être dichotomisées, pour des raisons pragmatiques, en fonction du degré de l'urgence de la transplantation. On distingue d'une part, les TH dites « en urgence » qui sont indiquées pour hépatites fulminantes (toxiques, auto immunes, virales...) ou insuffisance hépatique aiguë (alcoolique) dont l'incidence demeure stable aux alentours des 10% et d'autre part, les TH dites « programmées ». Dans cette catégorie, la première indication en 2019, est le CHC développé sur cirrhose, suivi de la cirrhose d'origine alcoolique. Viennent ensuite les hépatopathies chroniques d'origine virale (B, B/D et C) qui ne représentent désormais de manière isolée plus que 4% des indications alors qu'elles tenaient la première place avant les années 2000. Cette réduction significative s'explique notamment par le développement depuis 2013 de nouveaux agents antiviraux d'action directe « enfin » efficaces dans le traitement de l'infection par le VHC, permettant un accès à son traitement en pré-transplantation⁽⁴⁾. Pour le VHB, la survie des malades est excellente grâce à la prévention de la réinfection du greffon⁽⁵⁾.

Graphique 1: Principales indications des nouveaux patients inscrits en 2019.



Outre ces principales indications, 14% des TH sont réalisées pour des maladies métaboliques, plus ou moins auto infligées comme les stéatohépatopathies non alcooliques⁽⁶⁾ et pour des pathologies cholestatiques d'origine biliaire (cholangite sclérosante primitive, cirrhose biliaire secondaire). Enfin près de 20% des greffes sont réalisées pour « d'autres indications » au sein desquelles on peut répertorier les pathologies héréditaires (hémochromatose, maladie de Wilson), les re-transplantations, les TH pour pathologies tumorales autres que le CHC (métastases hépatiques de tumeurs neuroendocrines, cholangiocarcinome périhilaire ou intrahépatique ou encore pour métastases d'adénocarcinomes colo-rectaux dans le cadre d'essais cliniques) et les indications pour pathologies « bénignes » comme la polykystose hépatique.

Règles d'attribution des greffons

Compte tenu de ces indications et de leur degré de gravité, des critères d'attribution des greffons ont dû être édités afin de limiter au mieux la mortalité en liste d'attente.

Avant le 6 mars 2007, la priorité pour la répartition des greffons hépatiques était davantage géographique ou locale. Le greffon était attribué à une équipe dont le choix du receveur était laissé à sa discrétion, généralement fonction de la sévérité de l'état du patient ou du délai depuis l'inscription en liste. Ce mode de répartition a eu pour conséquences, d'une part de pénaliser les équipes qui prélevaient peu et d'autre part de révéler un nombre de greffes « prématurées » ou « futiles », par rapport à un score de gravité, le score MELD (*Model for end-stage liver disease*) trop important⁽⁷⁾.

Ainsi depuis 2007, en dehors des catégories prioritaires (priorité nationale de « super-urgence » pour les hépatites fulminantes ou les retransplantations précoces ; priorités régionales pour certaines urgences pédiatriques et pour les greffes multiples), chaque greffon hépatique est attribué à un patient spécifique en fonction d'un score composite national, « le score foie ». Ce score, établi au moment de l'inscription, est réajusté au maximum tous les trois mois. Basé sur le modèle Nord Américain, il prend en compte le score MELD, la distance géographique entre le donneur et le receveur, la présence d'un CHC et la durée d'inscription en liste. Il donne ainsi un « poids » très important au MELD, permettant l'accès rapide à la TH pour les patients les plus sévères. Pour les patients avec un score de MELD bas présentant un CHC ou des complications non prises en compte par le score foie (ascite réfractaire, encéphalopathie chronique, syndrome hépato-pulmonaire, hémorragie digestive récidivante, prurit réfractaire, angiocholite récidivante), les équipes peuvent faire appel à une « composante expert », qui peut augmenter le score MELD et ainsi raccourcir le délai d'attente (23% des TH en 2019 ont été faites à partir de ces demandes).

Différentes sources de greffons

Les exigences techniques combinées à la gravité du receveur ont contraint historiquement les transplantateurs à considérer « la greffe idéale ». Cette dernière se définit par la transplantation orthotopique d'un foie total issu d'un donneur décédé de moins de 40 ans, stable sur le plan hémodynamique, dont la cause de la mort est traumatique. Le greffon ne doit pas présenter de stéatose ou de maladie transmissible et le temps d'ischémie froide doit être inférieur à 8h. Ces critères remplis, le risque de dysfonction du greffon ou de non-fonction primaire, responsable du décès ou d'une re transplantation précoce est alors inférieur à 5%⁽⁸⁾.

Bien que l'on rende l'extension des indications de transplantation comme « responsable de la pénurie de greffons cadavériques », il convient cependant de souligner la diminution progressive du pool de « greffon idéal ». En effet on peut noter en parallèle, une décroissance progressive du nombre de victimes de traumatismes crâniens mortels, eu égard à l'amélioration de la sécurité routière et des techniques de neuro réanimation, ou de victimes d'accidents vasculaires cérébraux grâce à l'amélioration de la prévention des maladies cardio-vasculaires.

Si la politique de priorisation engendrée par le score foie a permis une réduction significative du nombre de décès en liste, la mortalité atteint encore 6,5% en 2019⁽¹⁾, ce taux sous-estime la réalité car bon nombre de patients sont retirés de la liste pour « aggravation » notamment pour évolution néoplasique. Ce déséquilibre important et mondial, entre l'offre et la demande d'organes, a ainsi permis d'alimenter les efforts visant à identifier de nouvelles sources de greffons. Parmi elles on retient

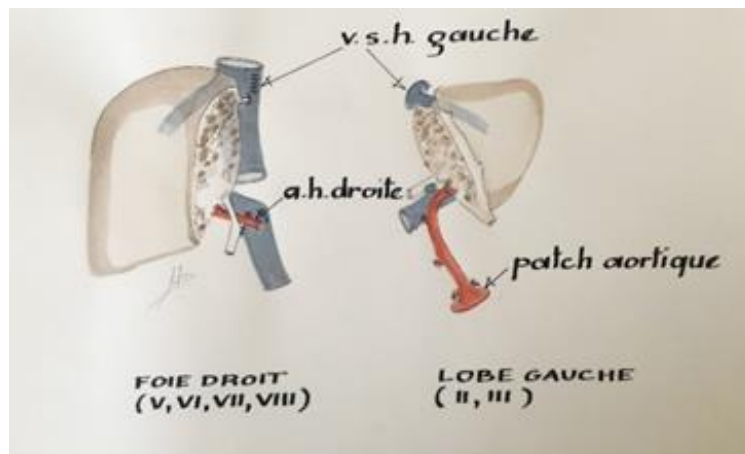
le recours à de nouvelles techniques chirurgicales mais d'avantage l'optimisation du pool de donneurs existants grâce à l'élargissement des critères de sélections en réduisant l'impact du « principe de précaution ».

Innovations chirurgicales à l'origine de nouveaux greffons

Le Split :

C'est à Henri Bismuth et à l'équipe de Pichlmayr que l'on doit la plupart de ces nouvelles techniques chirurgicales. Directement inspiré de la réduction parenchymateuse, technique qui a permis d'apporter une réponse efficace à la problématique des listes d'attente pédiatriques en utilisant un greffon adulte réduit mais qui sacrifiait délibérément un héli-foie, devenue obsolète avec la pénurie actuelle des greffons, c'est le Split (partage du foie) développé en 1989 qui permet la réalisation de la double greffe, d'un enfant et d'un adulte, à partir d'un seul donneur (Schéma 1)⁽⁹⁾.

Schéma 1 : Bipartition hépatique (un donneur pour deux receveurs).



Initialement destiné à un binôme enfant-adulte, un regain d'intérêt s'est manifesté pour son extension à un binôme de receveurs adultes. Cette technique était au début associée à un taux de complication important auquel se surajoutait une discussion éthique mettant en avant le fait qu'un greffon idéal était divisé en deux greffons « marginaux ». Plus récemment, des centres de transplantation expérimentés ont publié des résultats favorables, similaires aux greffes de foie total⁽¹⁰⁾. La transplantation de foie partagé ne peut s'envisager que chez des donneurs optimaux⁽¹¹⁾, car même si ces greffons sont obtenus à partir de jeunes donneurs elles doivent être considérés comme des greffes à critères étendus (volume inférieur au volume de foie standard du receveur, exigences techniques plus élevées)^(8,12).

Donneurs vivants :

Une évolution naturelle du split est la réalisation du prélèvement d'un greffon hépatique partiel sur donneur vivant, ce que réalise pour la première fois Raïa, à Sao Paulo au Brésil, en 1989. Cette technique a largement été adoptée dans la plupart des pays asiatiques où la coutume s'oppose « à la profanation » du corps d'une personne récemment décédée, trouvant dans le donneur vivant la seule solution à ce problème. L'utilisation généralisée du don vivant notamment à visée pédiatrique, dans ces pays, a permis d'améliorer la sécurité et l'efficacité de la procédure avec une innocuité quasi-totale pour le donneur et un taux de succès proche de 95%⁽¹³⁾.

Largement accepté de par le monde pour le don pédiatrique⁽¹⁴⁾ dont le prélèvement peut être réalisé par abord coelioscopique⁽¹⁵⁾, le don vivant pour un adulte demeure cependant plus risqué dans sa réalisation. Pour un receveur adulte il est souvent nécessaire de prélever le foie droit pour disposer de suffisamment de parenchyme, soit au minimum 1 % du poids du receveur⁽¹⁶⁾. La morbidité d'un tel geste estimée entre 20 à 40%^(17,18), a été responsable de décès de donneurs, soulevant la réprobation de nombreux transplantateurs et de l'opinion publique.

On retiendra tout de même les avantages des greffes à partir de donneurs vivants : un temps d'attente considérablement réduit, une optimisation médicale du receveur avant l'intervention chirurgicale programmée et l'utilisation d'un greffon provenant d'un donneur sain avec un temps d'ischémie minimal. Les allogreffes de foie provenant de donneurs vivants doivent encore être considérées comme des transplantations à critères étendus car ces greffes partielles sont associées à des interventions plus complexes et à un risque accru de complications⁽¹⁹⁾.

Grefe auxiliaire :

Une autre application des greffons partiels est la transplantation partielle auxiliaire orthotopique pour hépatite fulminante, méthode publiée dès 1993 par Karim Boudjema et Daniel Jaeck⁽²⁰⁾. Ce procédé, techniquement plus délicat, associe une hépatectomie partielle préalable du foie pathologique à l'implantation d'un greffon partiel. Il autorise la régénération hépatique du foie natif et peut dispenser d'une immunosuppression à vie. En effet, lorsque le greffon, a rempli sa mission, et que la régénération du foie natif est acquise, le traitement immunosuppresseur est stoppé, le greffon est alors détruit par le système immunitaire. Cette modalité, entreprise dans un cadre nosologique strict, offre d'excellents résultats (Schéma 2)⁽²¹⁾.

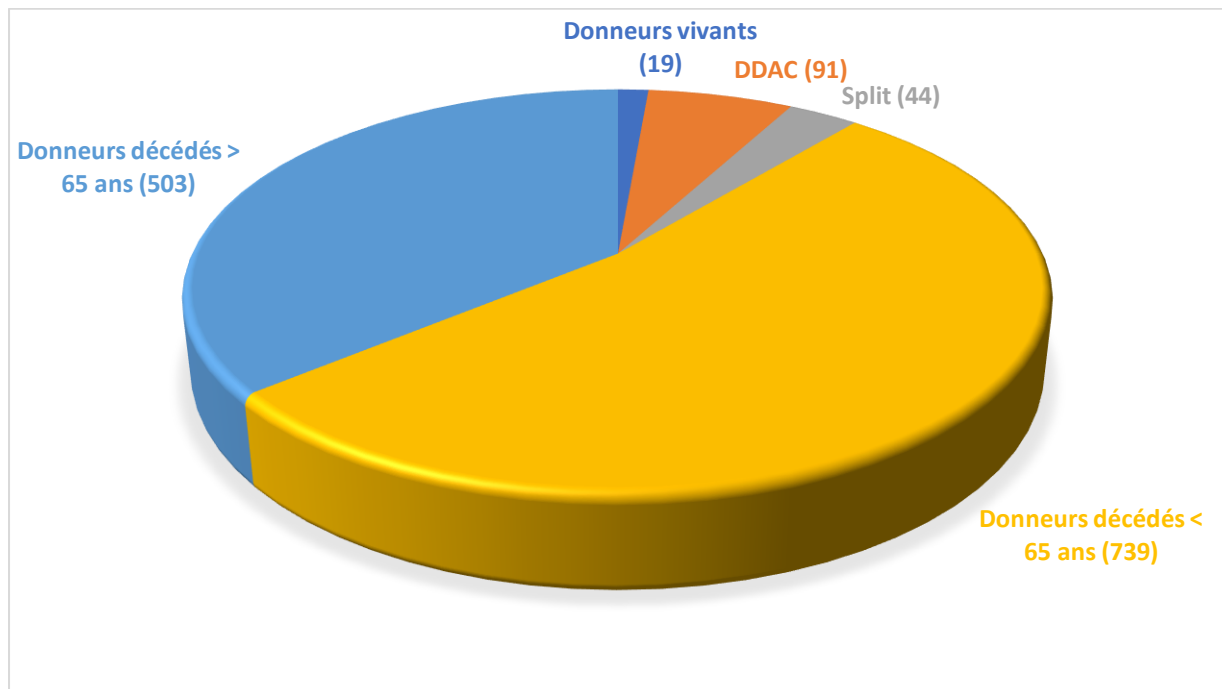
Schéma 2: Transplantation partielle auxiliaire orthotopique du foie.



Le greffon hépatique est d'abord réduit à un foie gauche ou droit avant d'être implanté en situation orthotopique, après que le foie natif gauche (a) ou droit (b) ait été enlevé.

Il faut toutefois retenir que ces sources de greffons ne représentent qu'une faible proportion des transplantations annuelles. Le don vivant demeure majoritairement réalisé à visée pédiatrique. La principale source émane alors de greffons cadavériques à critères dits élargis ou encore appelés « greffons marginaux ». Parmi eux on note l'utilisation de plus en plus fréquente de greffons stéatosiques, atteint d'une infection virale B ou C ou encore de « greffons hors tour » (= greffons refusés par 5 équipes consécutives compte tenu de l'association de plusieurs facteurs de risque⁽²²⁾). Il faut également noter l'augmentation des prélèvements réalisés à partir de donneurs après arrêt circulatoire, dont le nombre a doublé ces deux dernières années (91 greffons en 2019). Enfin, on s'attardera tout particulièrement sur les greffons que l'on pourrait qualifier de « vieux greffons », provenant de donneurs âgés de plus de 65 ans.

Graphique 2 : Origines des greffons en France en 2019.



Dons après arrêt circulatoire

À partir de la classification dite « de Maastricht », établie par des chirurgiens transplantateurs de l'hôpital universitaire de Maastricht, de nouvelles modalités de prélèvement ont émergé⁽²³⁾. Il existe deux voies d'accès au don après arrêt circulatoire (DDAC), les donneurs après arrêt circulatoire suite à un arrêt cardiaque inopiné (catégories I et II de Maastricht), et les donneurs après arrêt circulatoire suite à une limitation ou à l'arrêt des thérapeutiques (catégorie III de Maastricht), la seule catégorie où l'arrêt cardiaque est dit « attendu » ou « contrôlé » et où la mort s'inscrit dans un processus médical. En France, les prélèvements d'organe à « cœur arrêté » (après arrêt des traitements) sont devenus théoriquement possibles depuis 2005 après la promulgation de la loi Leonetti sur la fin de vie. Ils n'avaient toutefois jamais été pratiqués faute d'un texte encadrant la procédure sur les plans éthiques et techniques. Effectivement, les prélèvements dits « Maastricht III » (MIII), soulèvent des questions d'ordre éthique délicates. La loi autorise aujourd'hui cette pratique qui a fait l'objet d'un protocole, très encadré et strict, publié par l'ABM en octobre 2014.

De plus en plus accepté et réalisé en Europe, l'activité de prélèvement sur DDAC-M3 est autorisée dans plusieurs pays depuis des années et représente pour certains la majorité des sources de greffons^(24,25). De fait, bien que certains fassent état d'excellentes survies à long terme du receveur et du greffon^(26,27), le processus d'arrêt circulatoire soumet le foie à un temps d'ischémie chaude exposant à un risque accru de non fonctionnement primaire^(28,29) et de complications biliaires, notamment de cholangite ischémique⁽³⁰⁻³²⁾. L'âge du donneur > 60 ans, un temps d'ischémie chaude > 20 minutes et un temps

d'ischémie froide > 8h semblent être les facteurs prédictifs du développement de cette cholangite ischémique^(31,33).

Une sélection appropriée des receveurs⁽³⁴⁾ et une sélection minutieuse des donneurs associées à la minimisation des temps d'ischémie froide, peuvent limiter l'incidence des complications biliaires et donner des résultats comparables avec ceux obtenus avec des donneurs en état de mort cérébrale^(32,35).

Ainsi en France, pour les greffons prélevés sur des donneurs DDAC-M3 des critères rigoureux de sélection ont été établis⁽¹⁾ pour :

- Les receveurs avec entre autres un âge maximal de 65 ans, une valeur du MELD < 25 et un score AFP ≤ 2 pour les malades porteurs d'un CHC
- Les donneurs avec entre autres un âge maximal de 65 ans

Une meilleure compréhension de la physiopathologie des foies prélevés après arrêt circulatoire a permis, non seulement de mieux sélectionner les patients mais aussi de développer des stratégies de perfusion mécanique. De nouveaux efforts de recherche dans le domaine prometteur de la préservation de ces organes sont en cours de développement, comme l'utilisation de la perfusion du foie par une machine ex vivo⁽³⁶⁾.

Les donneurs dits « marginaux »

La notion de « bon ou mauvais » greffon semble finalement trop radicale. Depuis la conférence de consensus tenue à Paris en 2007, il convient davantage de parler de « continuum de risque » concernant la qualité des donneurs⁽⁸⁾. En effet, un donneur idéal est différent d'un greffon idéal, car le temps d'ischémie froide ou des variantes techniques, comme la greffe de foie partagé, peuvent également avoir une influence. La définition de « donneur marginal » doit donc prendre en compte certains facteurs directs liés au donneur pour évaluer le risque au moment de l'obtention du greffon. Parmi eux on retiendra l'âge de plus de 65 ans, un séjour prolongé en soins intensifs, l'utilisation de médicaments inotropes, une maladie transmissible comme le VHC⁽³⁷⁾ ou le VHB⁽³⁸⁾, un pic de sodium sérique > 155mmol/L, la présence d'une stéatose macrovésiculaire marquée (>30%)⁽³⁹⁾ et des taux élevés de bilirubine ou de transaminases entraînant un risque accru de lésions de conservations et donc de dysfonction ou de non fonction primaire, d'autant plus s'il y a une addition de ces facteurs⁽⁴⁰⁾. Il convient de noter la grande variabilité de ces critères et de leur seuil. A l'heure actuelle il n'existe toujours pas de consensus sur ce qui rend une greffe "marginale" dans un centre et acceptable dans un autre. L'utilisation de ces greffons dépend souvent du jugement du chirurgien transplantateur et des besoins du receveur⁽⁴¹⁾.

« Les vieux greffons »

Depuis le début des années 2000 l'utilisation de greffons ≥ 65 ans s'est démocratisée^(42,43). Avec des âges parfois extrêmes de plus de 90 ans⁽⁴⁴⁾, les résultats de la TH semblent comparables à celles réalisées avec des greffons plus jeunes.

De nombreuses modifications de la structure et de la fonction hépatique liées à l'âge ont cependant été décrites⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾. Outre la masse hépatique qui diminue, (1,6% après 90 ans contre 2,5% chez les moins de 50 ans⁽⁴⁰⁾) il est également rapporté une diminution de la masse des hépatocytes fonctionnels⁽⁴⁹⁾ ou encore un déclin de la fonction hépatobiliaire.

Cependant, les résultats d'hépatectomies majeures réalisées chez les personnes âgées étant comparables aux patients les plus jeunes⁽⁵⁰⁾, la fonction ainsi que la régénération hépatique semblent être « bien entretenues » pendant la vieillesse.

Malgré ces modifications physiopathologiques, le foie est considéré comme un organe « résistant bien » à l'âge. La fonction de synthèse du foie n'est finalement que peu ou pas affectée par le vieillissement du fait d'une bonne fonction de réserve, de sa double vascularisation et de ses capacités de régénération qui sont bien au-delà de ses besoins métaboliques⁽⁵¹⁾.

Considérant les « vieux greffons », il convient de porter une attention particulière à d'autres facteurs, qui associés, pourraient augmenter le risque de mauvais résultats de la transplantation. Parmi eux on retiendra des critères propres au donneur comme la présence d'une hypertension artérielle ou d'un diabète et leur corollaire à l'échelle du greffon à savoir l'état des artères, le degré de stéatose et de fibrose pouvant être évalués au moment du prélèvement par une analyse extemporanée⁽⁴⁶⁾. La transmission de cancer chez ces donneurs âgés doit être un autre paramètre à prendre en considération.

Pour autant le recours à ces « vieux greffons » est désormais intégré dans la pratique courante.

Ce travail s'est ainsi attaché à rapporter, à l'échelle nationale, les résultats des TH effectuées à partir de greffons de plus de 85 ans depuis 2005 et d'identifier les caractéristiques pré-opératoires de mauvais pronostic à court et long terme.

MATERIEL ET METHODE

Sélection des patients

Dans cette série multicentrique rétrospective, les données issues de 15 centres français de transplantation hépatique, de patients greffés à partir de donneurs décédés âgés de 85 ans ou plus entre le 1^{er} janvier 2005 et 31 décembre 2019, ont été colligées. Le seul critère de non inclusion était la transplantation multiorganes.

Le recueil de données a été effectué par un référent de chaque centre. S'agissant d'une étude observationnelle, non interventionnelle et rétrospective, ni le consentement éclairé du patient, ni l'approbation d'un comité d'éthique n'étaient requis pour l'utilisation des données, à partir des dossiers patients, conformément à la législation française. Toutes les données ont été collectées anonymement à partir des dossiers médicaux uniquement.

L'attribution des organes à greffer est régie par l'Agence de Biomédecine. Avant mars 2007, la répartition était organisée par un centre de transplantation et par rotation et non nominalement à un patient. Depuis mars 2007, la règle a changée, chaque greffon hépatique est attribué à un receveur spécifique en fonction du « score foie ». Ce dernier prend en compte le score MELD, la présence d'un CHC, l'antécédent éventuel de TH, la localisation géographique du donneur et du receveur ainsi que la notion de « composante expert ». La modalité d'attribution « hors tour » (refus du greffon par cinq équipes différentes permettant de redistribuer le greffon à un receveur laissé à la discrétion de l'équipe) n'a pas été spécifiée.

Données relatives au dossier donneur

Les caractéristiques démographiques, la cause du décès, la sérologie pour le cytomégalovirus et les valeurs du dernier bilan hépatique renseigné sur le dossier CRISTAL du donneur (bilirubine, ASAT, ALAT, GGT, PAL) ont été collectés. La réalisation d'une biopsie hépatique au moment du prélèvement a été documentée.

Données péri opératoires

Les données démographiques des receveurs, l'indication de la TH, le score MELD au moment de l'inscription ainsi que la durée d'attente en liste ont été renseignés. Les données per opératoires relatives à la durée d'intervention et d'ischémie froide de même que la survenue d'un choc hémorragique, ((défini cliniquement par une diminution aiguë et durable de la pression artérielle systolique (PAS) à des valeurs inférieures à 90 mmHg (ou inférieures de 30 % aux valeurs de PAS habituelles du patient)), en relation avec une hémorragie rapide et importante par effraction vasculaire, accompagnée de signes cliniques d'hypoperfusion, de dysfonction ou de défaillance des

organes) ou d'un syndrome d'ischémie/reperfusion au déclampage (collapsus cardio-circulatoire d'origine pluri-factorielle au moment du déclampage de la veine porte et de la revascularisation du greffon défini par diminution de la pression artérielle moyenne (PAM) d'au moins 30% de sa valeur en fin de phase d'anhépatie, pendant au moins une minute, au cours des cinq minutes suivant la revascularisation du greffon hépatique⁽⁵²⁾) ont été collectées.

Les données histologiques de la biopsie hépatique de reperfusion ont été analysées lorsqu'elles étaient disponibles. Les lésions anatomopathologiques d'ischémie/reperfusion sont définies comme des lésions microvasculaires induites par un stress oxydant et une dysfonction mitochondriale liées au réchauffement lors de la reperfusion du greffon après une période d'hypothermie et d'hypoxie⁽⁵³⁾.

Caractéristiques post opératoires

La dysfonction primaire du greffon a été définie selon les critères d'Olthoff⁽⁵⁴⁾ par au moins une des conditions suivantes : taux de bilirubinémie à 170 µmol/L (10 mg/dL) à J7 de la TH, taux d'INR ≥ 1,6 à J7, ou un taux de transaminases ≥ 2000 UI/L dans les 7 premiers jours suivant la TH. La non fonction primaire du greffon a été définie comme une défaillance post-opératoire du greffon entraînant le décès du patient ou la nécessité d'une re transplantation dans la première semaine post-opératoire⁽⁵⁵⁾. Les complications post transplantation (insuffisance rénale aigue, état septique, rejet aigue), la nécessité d'une réintervention (pour causes septiques ou hémorragiques), ou d'une re transplantation, et le décès lors de la même hospitalisation ont été colligées ainsi que la durée d'hospitalisation.

Les complications vasculaires étaient définies par toute anomalie symptomatique post-transplantation de l'artère hépatique, de la veine porte ou de la veine cave et nécessitant une correction radiologique ou chirurgicale. Les complications artérielles comprenaient les thromboses aiguës de l'artère (<1mois) identifiées par une absence d'opacification de l'anastomose artérielle en tomodynamométrie (TDM) avec injection vasculaire de produit de contraste. Les autres complications incluaient les sténoses artérielles (diminution de 30% du calibre de l'artère)⁽⁵⁶⁾ ou encore le développement d'un faux anévrisme. La survenue d'une telle complication au-delà d'un mois était considérée comme une complication tardive.

Les complications biliaires comprenaient les complications précoces (fistule biliaire ou sténose) et tardives (sténose tardive ou cholangite ischémique). Parmi les sténoses tardives ont été distinguées les sténoses d'apparition tardive des sténoses précoces persistantes. Les patients décédés n'ont pas été inclus dans la courbe des évènements biliaires.

La survie globale a été calculée depuis la transplantation jusqu'à la date de décès ou de fin de suivi au 31 décembre 2019.

Analyses statistiques

Les données continues sont exprimées en médiane (25 à 75 interquartiles), les données catégorielles sont exprimées en pourcentages. La survie globale a été estimée par la méthode de Kaplan-Meier. Les décès postopératoires au cours de la même hospitalisation ont été exclus des analyses concernant les évènements biliaires.

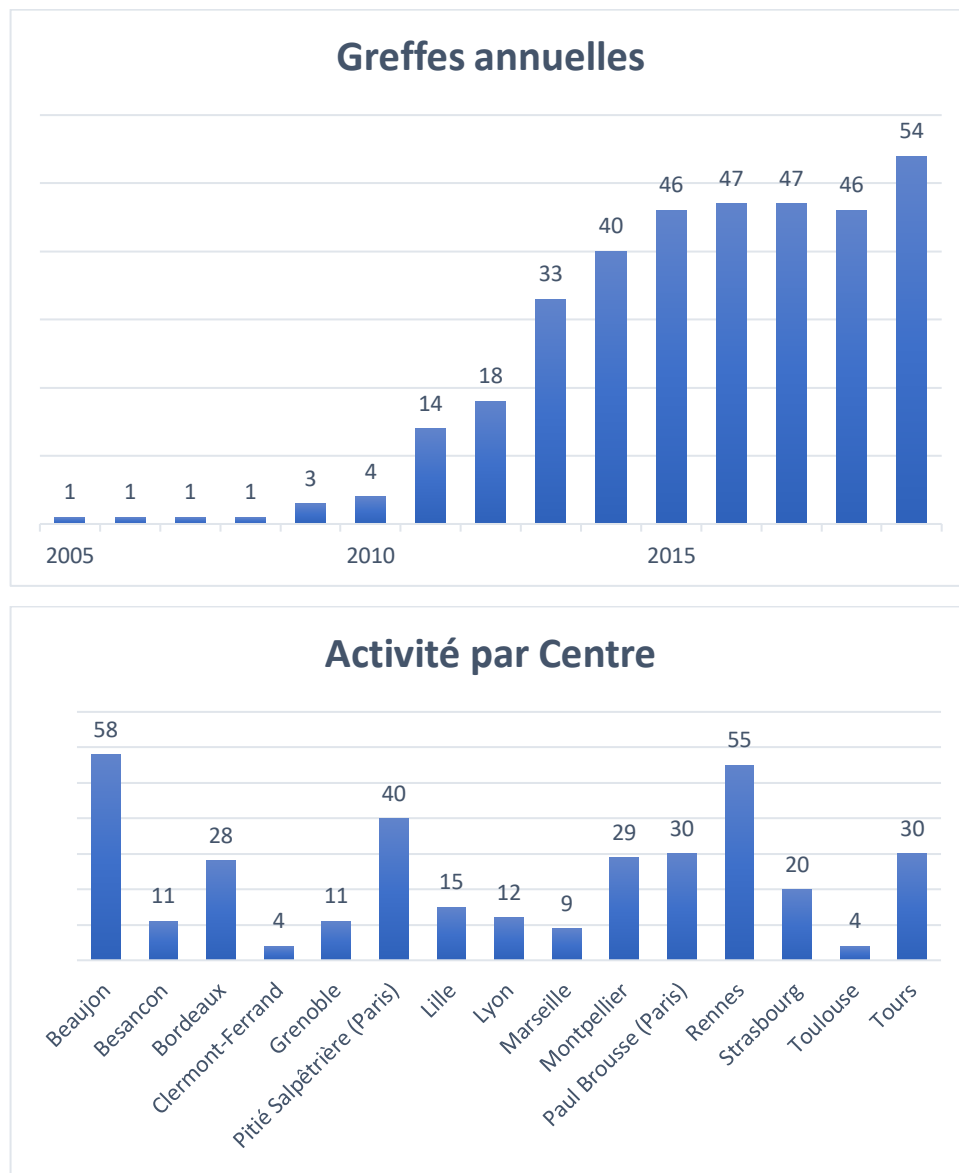
Afin d'identifier les facteurs pré opératoires, du greffon et du receveur, pouvant influencer la mortalité au cours de la même hospitalisation et la survie à long terme, une régression logistique prenant en compte l'effet centre a été pratiquée en considérant les variables apparaissant comme significatives ($p < 0,2$) en analyse univariée. Concernant l'analyse multivariée, les odds ratios, intervalles de confiance à 95% et le p-value ont été calculés. Une valeur du $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significatif. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel statistique R version 3.6.3 (R Foundation for Statistical Computing).

RESULTATS

Données démographiques

Entre janvier 2005 et décembre 2019, 356 patients ont été transplantés en France avec un greffon hépatique de plus de 85 ans. La majorité de ces TH ont été effectuées à partir de 2014 (79%). L'activité détaillée de chaque centre de transplantation est rapportée dans la Figure 1.

Figure 1 : Nombre de TH annuelle de 2005 à 2019.



Concernant les indications premières de transplantation (Figure 2), 313 (88%) patients étaient atteints d'une cirrhose. Parmi eux 73 (23%) ont été transplantés pour cirrhose alcoolique, 12 (4%) pour cirrhose

virale B, 8 (2,5%) pour cirrhose virale C. Cent soixante-quinze patients (49%) ont été transplantés pour CHC. Vingt-six transplantations (7%) ont été réalisées en urgence, dont 12 pour hépatite fulminante. Les autres indications de TH sont représentées dans le Tableau 1.

Figure 2 : Principales indications des TH.

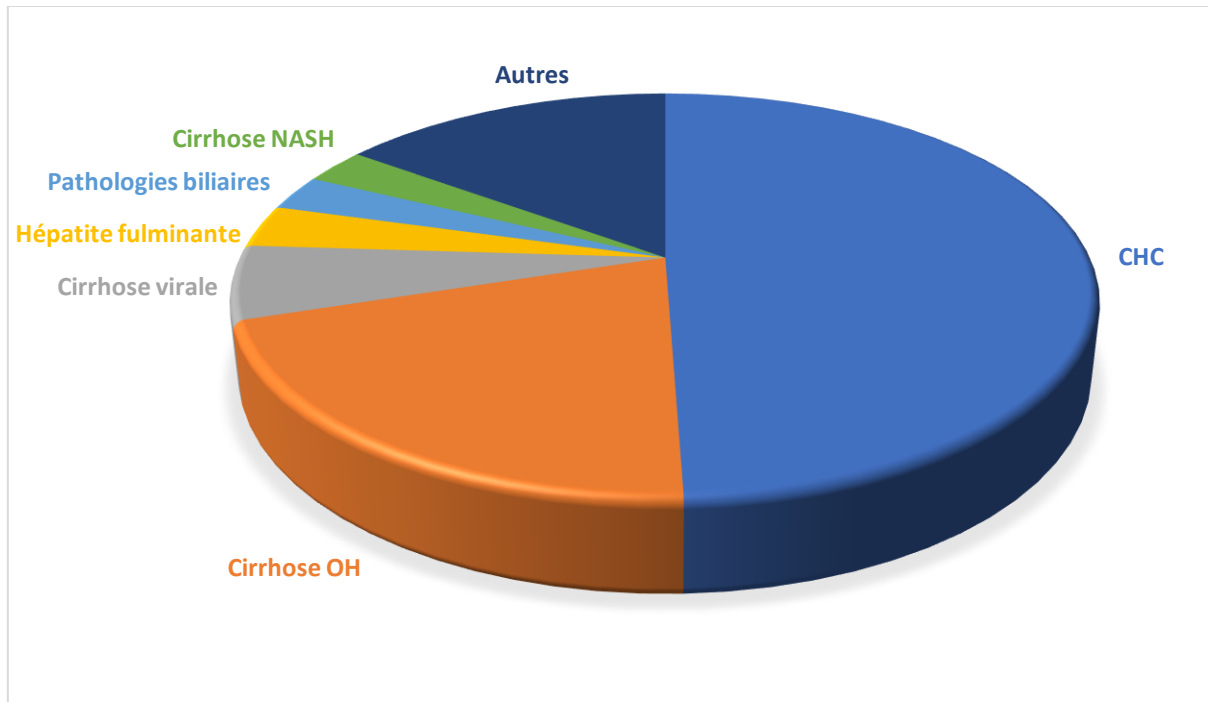
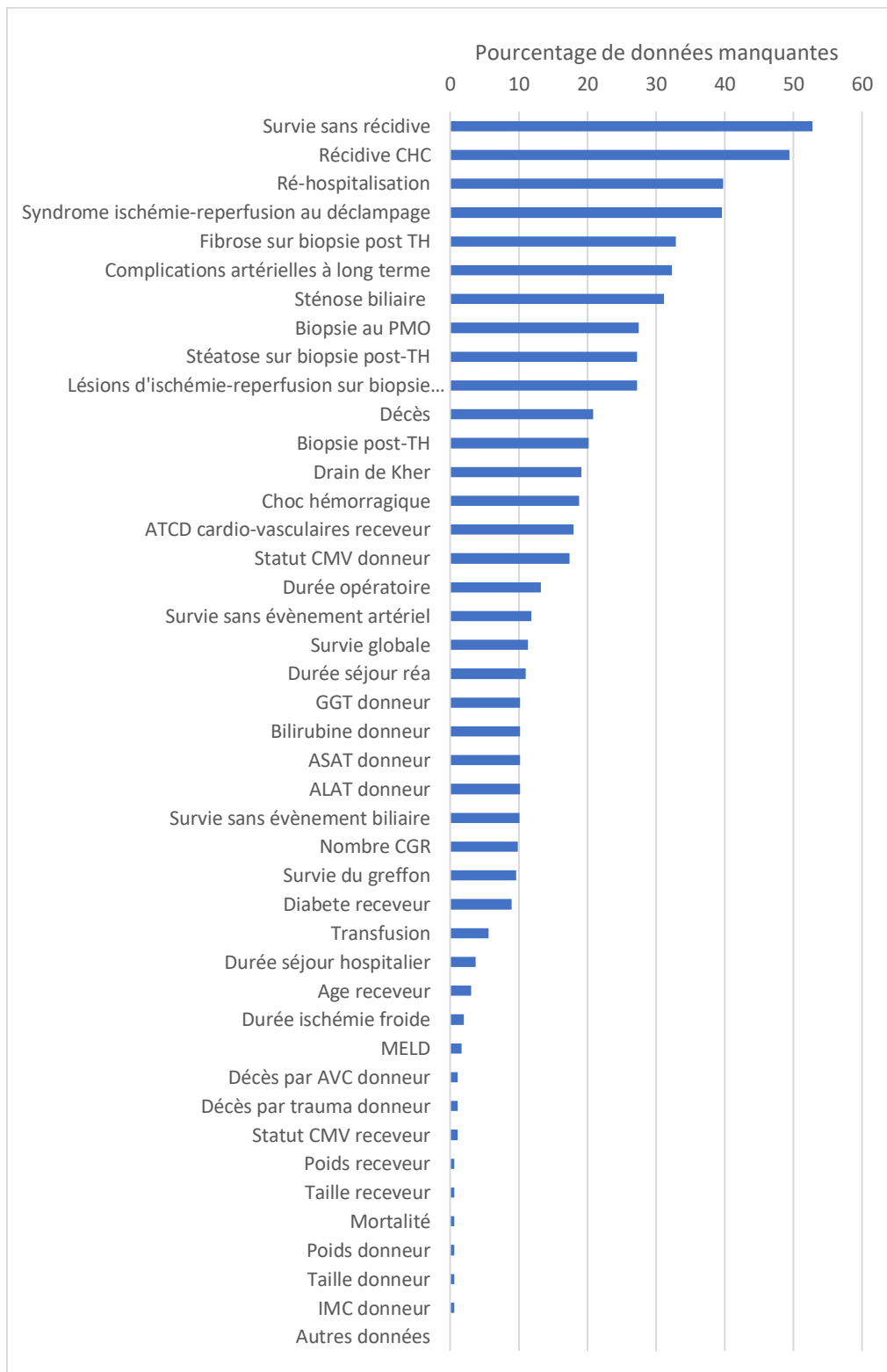


Tableau 1 : Autres indications de TH.

Indications	Patients (n: 356)
Re-TH	12 (3%)
Cirrhose NASH	10 (3%)
Pathologies biliaires	10 (3%)
Maladie de surcharge	8 (2%)
Cirrhose auto-immune	8 (2%)
Cirrhose mixte OH + NASH	7 (2%)
Hépatite alcoolique aigue	6 (2%)
Autres	12 (3%)

Parmi les données (Figure 3), 10 variables (12,5%) étaient mal renseignées (> 25% de données manquantes). Ces données concernaient en période péri opératoire, la réalisation d'une biopsie du greffon lors du PMO ainsi que les données histologiques de la biopsie de reperfusion. A moyen terme la survenue de complication artérielle ou biliaire et à plus long terme la récurrence d'un CHC.

Figure 3 : Variables manquantes.



Autres données = *Donneur* : âge, sexe, antécédent du diabète, antécédent d'insuffisance rénale chronique ; *Receveurs* : sexe, antécédents chirurgicaux, indice de masse corporelle, score ASA, indication de la TH, temps d'attente, année de la TH, centre de greffe ; *Données post-opératoires* : non fonction primaire du greffon, dysfonction primaire du greffon, rejet aigu, nécessité d'une nouvelle TH, nécessité d'une ré-intervention, sepsis post-opératoire, défaillance multi-organe, insuffisance rénale aigue post-opératoire, saignements post-opératoires, complications biliaires, complications artérielles, complications veineuses

Données relatives aux donneurs (Tableau 2)

Parmi les donneurs, 273 (77%) étaient des femmes. L'âge moyen était de 86,8 ans, 38 donneurs étaient âgés de plus de 90 ans. Le plus vieux greffon prélevé était âgé de 97 ans. La cause du décès était un accident vasculaire cérébral dans 81%.

Le bilan hépatique était normal au moment du prélèvement et seulement 40 biopsies du greffon (11%) ont été réalisées lors du PMO.

Tableau 2 : Caractéristiques des donneurs.

Caractéristiques démographiques	
Age	86 [85, 88]
Sexe	
Féminin	273 (77%)
IMC	24 [21, 27]
Diabète	22 (6%)
CMV +	195 (55%)
Cause du décès	
AVC	290 (81%)
Trauma	60 (17%)
Biologie	
ASAT (UI/L)	28 [20, 40]
ALAT (UI/L)	17 [12, 25]
GGT (UI/L)	19 [13, 33]
Bilirubine (µmol/L)	11,0 [7.9, 16.7]

NOTE : les données sont affichées sous forme de médiane (Ecart Interquartiles) ou de nombre (%)

IMC = Indice de Masse Corporelle ; CMV = sérologie cytomégalovirus ; AVC = Accident Vasculaire Cérébral ;

ASAT = Aspartate Aminotransférase ; ALAT = Alanine Aminotransférase ; GGT = Gamma Glutamyl-transférase

Données relatives aux receveurs

Résultats post opératoires (Tableau 3)

Sur l'ensemble de la cohorte, 252 (71%) receveurs étaient des hommes, l'âge moyen était de 59,1 ans et un quart de la population était porteur de comorbidités. Le score MELD médian au moment de l'inscription était de 14 (9-23), la durée d'attente médiane en liste de 4,5 mois. Lors de la transplantation, la durée médiane d'ischémie froide était de 7,2h (6,1-8,4), 107 (30%) greffons présentaient une ischémie froide > 8h. Une biopsie de reperfusion était pratiquée dans 70% des cas. Parmi celles-ci 38% présentaient des lésions d'ischémie-reperfusion dont la moitié était des lésions modérées. Une stéatose macro-vacuolaire était présente sur 90 biopsies (25%), celle-ci était

> 30% dans 40% des cas. Une réintervention chirurgicale a été nécessaire pour 67 patients (19%), principalement pour complications hémorragiques (4% des patients ont été ré-opérés pour hémopéritoine), biliaires ou infectieuses. Une insuffisance rénale aiguë compliquait les suites opératoires chez un tiers des patients. Le taux de dysfonction primaire du greffon était de 9% et une non fonction primaire du greffon est survenue chez 9 patients (2,5%) : 5 ont été retransplantés en urgence, 4 sont décédés.

La mortalité post-opératoire était de 9%, faisant suite à une défaillance multi viscérale ou un choc septique. En analyse univariée, aucune caractéristique liée au donneur n'a été identifiée comme facteur favorisant. En revanche, l'âge du receveur, la présence d'une insuffisance rénale chronique, la transplantation en contexte d'urgence et pour cirrhose biliaire ainsi qu'un MELD élevé étaient identifiés comme facteur de risque de mortalité post opératoire (Tableau 4).

Le taux de ré-admission était de 20% (72 patients), pour complications dues aux immunosuppresseurs (sepsis, diarrhée) et pour complications biliaires.

Tableau 3 : Caractéristiques des receveurs et résultats péri-opératoires.

Caractéristiques démographiques	
Age	61 [55, 65]
Sexe	
Féminin	104 (29%)
IMC	26 [23, 30]
Score ASA	
1	1 (0.3%)
2	43 (12%)
3	288 (81%)
4	24 (7%)
Comorbidités	
Diabète	101 (28%)
Cardiovasculaire	92 (26%)
IRC	28 (8%)
Chirurgie abdominale	94 (26%)
Données per-opératoires	
Durée TH (min)	359 [285,420]
Durée ischémie froide > 8h	107 (30%)
SIR au déclampage	75 (21%)
Drainage biliaire	119 (33%)
Choc hémorragique	31 (9%)
Transfusion	230 (64%)
Nombre de CGR	3 [0, 6]
Biopsie de reperfusion	251 (70%)
Evènements précoces	
Non fonction primaire	9 (2.5%)
Dysfonction primaire	33 (9%)
Réintervention chirurgicale	67 (19%)
pour hémorragie	13 (4%)
pour complication biliaire	8 (2%)
pour complication infectieuse	10 (3%)
Sepsis	90 (25%)
Complications vasculaires	45 (13%)
Complications biliaires	46 (13%)
IRA	106 (30%)
Rejet aigue	33 (9%)
Défaillance multi-viscérale	20 (6%)
Décès durant l'hospitalisation	31 (9%)
Durée d'hospitalisation	
Réanimation (jours)	6 [4, 12]
Hôpital (jours)	21 [15, 33]

NOTE: les données sont affichées sous forme de médiane (Ecart Interquartiles) ou de nombre (%)

SIR = Syndrome d'ischémie reperfusion; IRA = Insuffisance rénale aigue

Tableau 4 : Caractéristiques associées à la mortalité post-opératoire.

Caractéristiques liées au receveur	OR	IC 95%	p-value
Age croissant	1,077	[1,005; 1,154]	0,035
IRC	0,161	[0,026; 0,993]	0,049
Cirrhose biliaire	9,617	[2,091; 44,231]	0,004
TH en urgence	17,448	[3,397; 89,606]	0,001
MELD croissant	1,055	[1,002; 1,112]	0,043

OR = Odd Ratio ; IC 95% = Intervalle de confiance à 95% ; IRC = Insuffisance rénale chronique

Détail des complications vasculaires et biliaires

Le taux global de complications artérielles était de 13%, dont la prise en charge a été chirurgicale ou par radiologie interventionnelle. Treize patients (4%) ont présenté une thrombose aiguë de l'artère hépatique (TAH), 5 nécessitant une re-TH. Dix-huit patients (5%) ont présenté une complication artérielle précoce autre qu'une thrombose aiguë et 14 patients (4%) ont présenté une complication tardive (Tableau 5).

Tableau 5 : Complications vasculaires.

Précoces	<i>(n : 60)</i>
Artérielles	
TAH	13 (4%)
Sténose anastomose AH	8 (2%)
Rupture partielle ou totale de l'AH	6 (2%)
Faux anévrisme anastomose AH	4 (1%)
Veineuses	
Thrombose de la veine cave	2 (0,6%)
Thrombose veine(s) sus-hépatique(s)	3 (8%)
Thrombose de la veine porte	10 (28%)
Tardives	
Artérielles	
Sténose	2 (0,6%)
TAH tardive	2 (0,6%)
Rupture partielle ou totale de l'AH	2 (0,6%)
Faux anévrisme anastomose AH	2 (0,6%)
Autres	6 (2%)

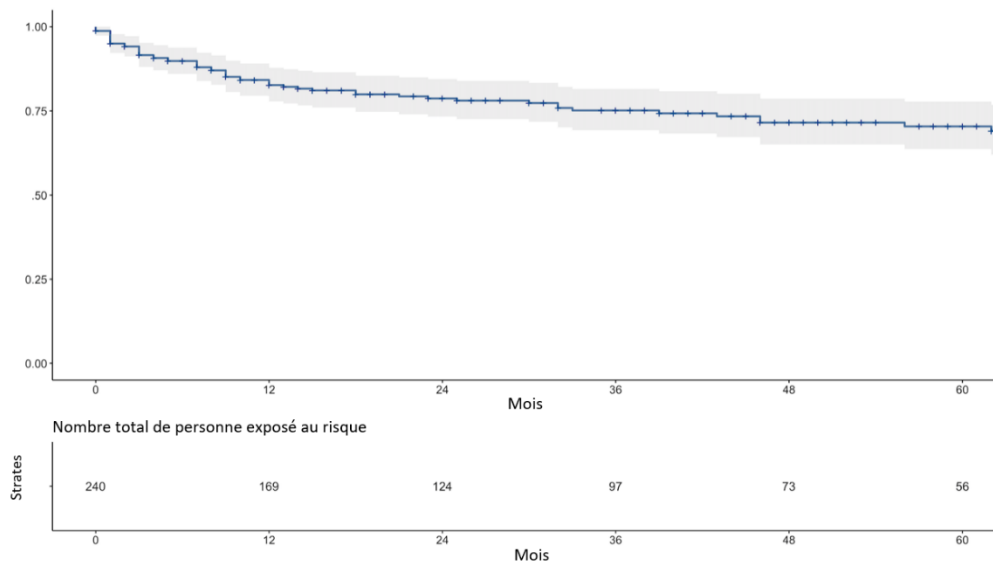
TAH = Thrombose de l'artère hépatique ; AH = artère hépatique

Le taux global de complications biliaires était de 30% (Figure 4). Parmi ces 107 patients, 25 ont présenté une sténose anastomotique précoce, traitées dans la plupart des cas par endoscopie et endoprothèse et dans une moindre mesure chirurgicalement par réfection de l'anastomose avec mise en place d'un

drain de Kher ou confection d'une anastomose bilio-digestive. Les autres causes de complications biliaires précoces étaient la survenue de fistules et péritonites biliaires.

Plus fréquente, une complication biliaire tardive est survenue chez 61 transplantés (17%), il s'agissait dans près de 50% des cas d'une sténose biliaire (2/3 tardive, 1/3 précoce persistante). Les autres causes étaient représentées par les fistules et les cholangites ischémiques.

Figure 4 : Evènements biliaires.



Survie du greffon et à long terme

Le taux de retransplantation au sein de la cohorte était de 7,5% (27 patients). Quatorze patients ont été retransplantés en urgence, 7 précocement et 6 au-delà de 1 an (Tableau 6).

Tableau 6 : Indications de re-transplantation.

En urgence	(n : 27)
TAH	5
Non fonction primaire	5
Dysfonction primaire	1
Thrombose veines sus-hépatiques	2
Rupture AH	1
Précoce < 1 an	
Angiocholites	2
Cholangite ischémique	2
TAH tardive	1
Rejet aigue	1
Autre	1
Tardive > 1 an	
Cholangite ischémique	3
Angiocholites	1
Rejet chronique	1
Autre	1

Concernant l'ensemble de la cohorte, la durée médiane du suivi était de 77 mois ; 103 patients (29%) sont décédés. Les taux de survie à 1, -3 et -5 ans étaient respectivement de 80%, 68% et 60% (Figure 5). L'analyse multivariée, basée sur les variables significatives issues de l'analyse univariée, retrouvait sept facteurs identifiés comme statistiquement associés à une moins bonne survie globale ; ils sont colligés dans le Tableau 7.

Il est important de souligner qu'en France en 2020, deux patients vivants ont un foie centenaire fonctionnel.

Figure 5 : Courbe de survie globale.

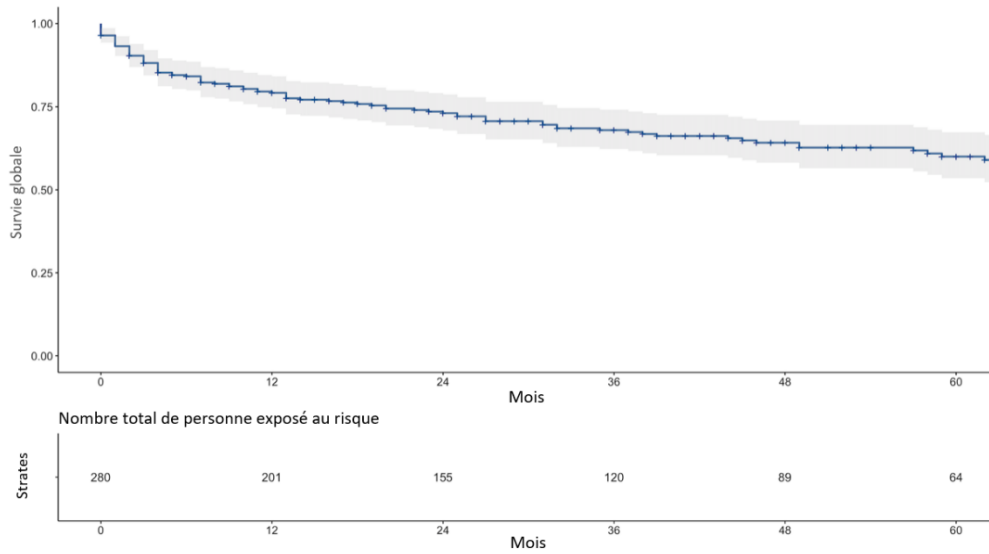


Tableau 7 : Facteurs associés à la survie.

Caractéristiques	OR	IC 95%	p-value
Liées au receveur			
Age croissant	1,047	[1,018; 1,077]	0,002
IMC croissant	0,956	[0,915; 0,999]	0,044
VHC +	2,257	[1,406; 3, 622]	0,001
Cirrhose biliaire	2,962	[1,179; 7,440]	0,022
TH en urgence	3,654	[1,627; 8,206]	0,002
Liées au donneur			
IMC croissant	1,052	[1,009; 1,098]	0,018
Réalisation d'une biopsie lors du prélèvement	1,767	[1,044; 2,990]	0,035

OR = Odd Ratio ; IC 95% = Intervalle de confiance à 95%

DISCUSSION

La pénurie d'organes observée depuis plusieurs années a contraint à reconsidérer l'utilisation de greffons historiquement identifiés comme conférant un risque accru de dysfonction du greffon. Parmi eux, on note le recours croissant aux « vieux greffons ». Dans cette étude, colligeant l'expérience française de 15 centres de transplantation, nous rapportons les résultats à court et long terme de la plus large série de patients transplantés à partir de greffons de plus de 85 ans.

Initialement anecdotique, nous constatons que l'utilisation de ces vieux greffons s'est largement répandue depuis le milieu des années 2010 comme en attestent le nombre croissant de publications (Tableau 8).

Tableau 8 :

Auteurs	Année de publication	Période d'étude	Age des greffons	Nombre de patients ayant reçu un vieux greffon	Complications biliaire (%)	TAH (%)	Survie globale
Nardo et coll.*	2004	1998-2003	≥ 80 ans	30	6,7	0	à 3 mois: 100% à 6 mois: 93,3%
Jiménez-Romero et coll.*	2013	1986-2003	≥ 70 ans	50	14		à 1 an: 76% à 3 ans: 70% à 5 ans: 62,9%
Ghinolfi et coll.*	2014	2001-2010	≥ 80 ans	85	24,7		à 1 an: 85,9% à 3 ans: 78,2% à 5 ans: 78,2%
Barbier et coll.*	2016	2004-2014	≥ 75 ans	157	19,7	5,7	à 1 an: 84% à 3 ans: 73% à 5 ans: 70%
Bertuzzo et coll.*	2017	2004-2010	≥ 70 ans	190	16,3	3,7	à 1 an: 79,6% à 5 ans: 72%
Cascales-Campos et coll.*	2018	2007-2015	≥ 80 ans	36	14		à 1 an: 86% à 2 ans: 82% à 3 ans: 75%
Gajat-Martin et coll.*	2018	2011-2015	≥ 80 ans	38	22	0	à 1 an: 76%
Ghinolfi et coll.*	2019	2014-2018	≥ 90 ans	16	19	0	à 1 an: 100%
Notre Série		2005-2019	≥ 85 ans	356	30	4,6	à 1 an 80% à 3 ans: 68% à 5 ans 60%

* Références : Nardo et coll.⁽⁴³⁾ ; Jiménez-Romero et coll.⁽⁵⁷⁾ ; Ghinolfi et coll.⁽⁵⁸⁾ ; Barbier et coll.⁽⁵⁹⁾ ; Bertuzzo et coll.⁽⁶⁰⁾ ; Cascales-Campos et coll.⁽⁶¹⁾ ; Gajat-Martin et coll.⁽⁶²⁾ ; Ghinolfi et coll.⁽⁴⁴⁾

Si l'on s'intéresse aux principaux griefs rattachés aux vieux greffons, nous observons des taux de non fonction (2,5%) et de dysfonction primaire du greffon (9%) relativement bas, en deçà de certaines données obtenues pour de plus jeunes greffons, pouvant atteindre 30%⁽⁶³⁾ et ceci en dépit d'une durée d'ischémie froide supérieure à 8h dans 30% des cas, d'un taux de greffon stéatosique important (25%) et de lésions d'ischémie/reperfusion présentent dans 38% des cas.

Concernant les principales complications attendues après TH, l'utilisation de greffons ≥ 85 ans offre des résultats à court terme satisfaisants marqués par un taux de TAH d'environ 4%, un taux global de complications biliaires de l'ordre de 30% et une mortalité post-opératoire de 10%. Il est clairement admis que la TAH reste la complication la plus grave, pouvant survenir dans 2 à 10% des cas⁽⁶⁴⁾, et conduisant fréquemment au décès ou à la re-transplantation. Parmi les facteurs de risque décrits, le rôle de l'âge avancé du donneur reste controversé^(42,65). Toutefois, plus que l'âge du donneur, le paramètre pertinent à prendre en compte demeure probablement l'attention portée à la qualité des vaisseaux notamment la présence d'athérosclérose, que ce soit lors de l'examen du scanner avant prélèvement ou lors du prélèvement lui-même. La sélection du greffon combinée à l'exigence technique de cette reconstruction vasculaire donne un taux de thrombose acceptable, comme observé dans cette étude, restant proche de ceux rapportés dans la littérature notamment pour des séries s'intéressant aux greffons ≥ 70 ans (Tableau 8).

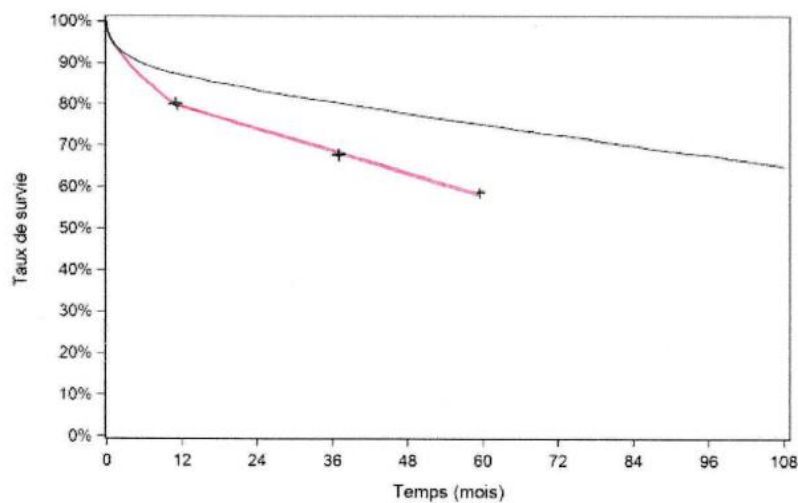
La survenue d'une complication biliaire demeure la complication la plus fréquente, touchant un tiers des patients de notre série. En effet, les greffons issus de donneur plus âgés semblent plus sensibles à l'instabilité hémodynamique pendant le prélèvement, ce qui pourrait augmenter les lésions de l'arbre biliaire et entraîner un taux plus élevé de complications. De par son caractère multicentrique, il convient également de prendre en considération la variabilité de la technique de l'anastomose biliaire et de l'utilisation d'un drainage interne (drain de Kher)⁽⁶⁶⁾. Bien que l'âge du donneur ait été identifié comme facteur de risque de survenue de telles complications^(67,68), certaines séries établies à partir de greffons plus jeunes (< 60 ans) rapportent toutefois des taux comparables^(69,70) soulignant que la complication biliaire reste le talon d'Achille de la TH quel que soit le greffon.

De façon inattendue, une analyse histologique extemporanée lors du prélèvement n'a pas été pratiquée de façon courante (11% des cas) pour ces vieux greffons, reconnus pour être « plus fibreux » que les greffons plus jeunes⁽⁷¹⁾. Alors qu'une biopsie est recommandée lors des prélèvements de greffons octogénaires^(46,72,73), pour certaines équipes elle représente une perte de temps et un allongement de la durée d'ischémie froide⁽⁸⁾. Est-ce à dire que l'évaluation du préleveur est fiable ? Elle demeure toutefois « le gold standard » quant à l'analyse du degré de fibrose, de stéatose ou

d'inflammation, autant de caractéristiques qu'il convient d'évaluer de façon fiable avant la transplantation afin de ne pas cumuler les facteurs de risques de dysfonction du greffon⁽⁷⁴⁾. Avec les résultats de la biopsie de reperfusion que nous décrivons, il apparaît que l'évaluation des greffons à partir des données biologiques, radiologiques et macroscopiques lors du prélèvement ne sont pas toujours suffisantes. Une alternative intéressante, pouvant entrer dans la sélection des greffons et de fait n'impactant pas la durée d'ischémie froide, pourrait être le recours avant le prélèvement à l'utilisation de l'élastographie, permettant une évaluation objective du degré de stéatose et de fibrose⁽⁷⁵⁾.

Ces vieux greffons semblent ainsi remplir les objectifs attendus à court et plus long terme avec des taux de survie satisfaisant proches de ceux décrits dans la littérature⁽⁶⁷⁾. A titre indicatif, la Figure 6 représente la courbe de survie globale donnée par l'Agence de Biomédecine dans son rapport de 2019 sur laquelle est superposée notre courbe de survie globale en couleur.

Figure 6 : Survie globale du receveur après greffe hépatique (2007-2018).



Période de greffe	N	Survie à 1 mois	Survie à 1 an	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Survie à 15 ans	Médiane de survie (mois)
2007-2018**	1247 0	95,1% [94,7% - 95,5%]	87,0% [86,4% - 87,6%]	75,1% [74,2% - 75,9%]	NO	NO	NO
nombre de sujets à risque*		11833	10559	5412	1240	0	

[] : Intervalle de confiance

NO : non observable

* : Nombre de malades restant à observer pour chaque temps et pour lesquels aucun évènement n'est survenu

** Pour l'année 2018, seuls les patients greffés entre janvier et Juin ont été inclus car pour le 2ème semestre 2018, le pourcentage de suivi post greffe manquant à un an était trop élevé.

Données extraites de la base CRISTAL le 18/03/2020

Pour les facteurs de risque pré opératoires identifiés comme pouvant péjorer les suites opératoires et la survie à plus long terme, nous retenons des caractéristiques « attendus »^(59,76), telles que la transplantation en contexte d'urgence, un MELD élevé ou encore la présence d'une infection virale C. Bien que l'âge médian des receveurs soit plus élevé que dans la plupart des séries, ces résultats sont en faveur d'une population de receveurs sélectionnés comme le souligne la principale indication de transplantation et le MELD médian à l'inscription.

Cette étude présente plusieurs limites inhérentes au caractère rétrospectif et multicentrique. On peut notamment souligner la proportion de données manquantes notamment pour les critères à long terme. Pour autant, notre méthode statistique a permis de prendre en compte cet écueil et d'ajuster nos analyses sur « l'effet centre ». On retiendra également l'absence de groupe contrôle et le caractère finalement descriptif de cette série, qui permet toutefois de confirmer le « service rendu » grâce à l'utilisation répandue de ces vieux greffons, en atteste la durée médiane d'attente en liste. Pour finir, nous avons fait le choix de n'intégrer dans nos analyses que des paramètres pré opératoires inhérents aux donneurs et aux receveurs, l'objectif étant d'identifier les facteurs qui pourraient faire renoncer à transplanter un vieux greffon.

CONCLUSION

Nous rapportons les données issues de 15 centres de transplantation en France, constituant ainsi la plus large série de patients transplantés à partir de greffons ≥ 85 ans. Outre le fait que l'utilisation de ces très vieux greffons est de pratique courante depuis le milieu des années 2010, nous montrons qu'au sein d'une population sélectionnée de receveurs dont l'indication principale est le CHC et la gravité modérée, l'utilisation de ces greffons donne des résultats satisfaisants à court et long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. RAMS_Greffe_Hepatique_2019_DEF.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://rams.agence-biomedecine.fr/sites/default/files/pdf/2020-09/RAMS_Greffe_Hepatique_2019_DEF.pdf
2. Kim WR, Lake JR, Smith JM, Schladt DP, Skeans MA, Noreen SM, et al. OPTN/SRTR 2017 Annual Data Report: Liver. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg*. 2019;19 Suppl 2:184-283.
3. Cinqalbre J. Histoire de la transplantation hépatique > History of liver transplantation Acte I. 1963-1987. *Ann Chir*. 2003;7.
4. Belli LS, Berenguer M, Cortesi PA, Strazzabosco M, Rockenschaub S-R, Martini S, et al. Delisting of liver transplant candidates with chronic hepatitis C after viral eradication: A European study. *J Hepatol*. sept 2016;65(3):524-31.
5. Onoe T, Tahara H, Tanaka Y, Ohdan H. Prophylactic managements of hepatitis B viral infection in liver transplantation. *World J Gastroenterol*. 7 janv 2016;22(1):165-75.
6. Pais R, Barritt AS, Calmus Y, Scatton O, Runge T, Lebray P, et al. NAFLD and liver transplantation: Current burden and expected challenges. *J Hepatol*. 2016;65(6):1245-57.
7. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatol Baltim Md*. févr 2001;33(2):464-70.
8. Durand F, Renz JF, Alkofer B, Burra P, Clavien P-A, Porte RJ, et al. Report of the Paris consensus meeting on expanded criteria donors in liver transplantation. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc*. déc 2008;14(12):1694-707.
9. Hackl C, Schmidt KM, Süsal C, Döhler B, Zidek M, Schlitt HJ. Split liver transplantation: Current developments. *World J Gastroenterol*. 21 déc 2018;24(47):5312-21.
10. Battula NR, Platto M, Anbarasan R, Perera MTPR, Ong E, Roll GR, et al. Intention to Split Policy: A Successful Strategy in a Combined Pediatric and Adult Liver Transplant Center. *Ann Surg*. mai 2017;265(5):1009-15.
11. Liu H, Li R, Fu J, He Q, Li J. Technical Skills Required in Split Liver Transplantation. *Ann Transplant*. 1 juill 2016;21:408-15.
12. Sampietro R, Goffette P, Danse E, De Reyck C, Roggen F, Ciccarelli O, et al. Extension of the adult hepatic allograft pool using split liver transplantation. *Acta Gastro-Enterol Belg*. sept 2005;68(3):369-75.
13. Yamaoka Y, Morimoto T, Inamoto T, Tanaka A, Honda K, Ikai I, et al. Safety of the donor in living-related liver transplantation--an analysis of 100 parental donors. *Transplantation*. 27 janv 1995;59(2):224-6.

14. Emre S. Living-donor liver transplantation in children. *Pediatr Transplant*. févr 2002;6(1):43-6.
15. Soubrane O, de Rougemont O, Kim K-H, Samstein B, Mamode N, Boillot O, et al. Laparoscopic Living Donor Left Lateral Sectionectomy: A New Standard Practice for Donor Hepatectomy. *Ann Surg*. nov 2015;262(5):757-61; discussion 761-763.
16. Kiuchi T, Kasahara M, Uryuhara K, Inomata Y, Uemoto S, Asonuma K, et al. Impact of graft size mismatching on graft prognosis in liver transplantation from living donors. *Transplantation*. 27 janv 1999;67(2):321-7.
17. Pamecha V, Mahansaria SS, Bharathy KGS, Kumar S, Sasturkar SV, Sinha PK, et al. Selection and outcome of the potential live liver donor. *Hepatol Int*. juill 2016;10(4):657-64.
18. Abecassis MM, Fisher RA, Olthoff KM, Freise CE, Rodrigo DR, Samstein B, et al. Complications of living donor hepatic lobectomy--a comprehensive report. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg*. mai 2012;12(5):1208-17.
19. Pomposelli JJ, Verbesey J, Simpson MA, Lewis WD, Gordon FD, Khettry U, et al. Improved survival after live donor adult liver transplantation (LDALT) using right lobe grafts: program experience and lessons learned. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg*. mars 2006;6(3):589-98.
20. Boudjema K, Jaeck D, Siméoni U, Bientz J, Chenard-Neu MP, Brunot P. Temporary auxiliary liver transplantation for subacute liver failure in a child. *The Lancet*. 25 sept 1993;342(8874):778-9.
21. Boudjema K, Bachellier P, Wolf P, Tempé J-D, Jaeck D. Auxiliary liver transplantation and bioartificial bridging procedures in treatment of acute liver failure. *World J Surg*. févr 2002;26(2):264-74.
22. Goldaracena N, Cullen JM, Kim D-S, Ekser B, Halazun KJ. Expanding the donor pool for liver transplantation with marginal donors. *Int J Surg Lond Engl*. oct 2020;82S:30-5.
23. Kootstra G, Daemen JH, Oomen AP. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc*. oct 1995;27(5):2893-4.
24. dp_activite-greffe2015_point_presse_fev2016.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/dp_activite-greffe2015_point_presse_fev2016.pdf
25. Lomero M, Gardiner D, Coll E, Haase-Kromwijk B, Procaccio F, Immer F, et al. Donation after circulatory death today: an updated overview of the European landscape. *Transpl Int*. 2020;33(1):76-88.
26. Grewal HP, Willingham DL, Nguyen J, Hewitt WR, Taner BC, Cornell D, et al. Liver transplantation using controlled donation after cardiac death donors: an analysis of a large single-center experience. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc*. sept 2009;15(9):1028-35.
27. Dubbeld J, Hoekstra H, Farid W, Ringers J, Porte RJ, Metselaar HJ, et al. Similar liver transplantation survival with selected cardiac death donors and brain death donors. *Br J Surg*. mai 2010;97(5):744-53.

28. Feng S, Goodrich NP, Bragg-Gresham JL, Dykstra DM, Punch JD, DeRoy MA, et al. Characteristics associated with liver graft failure: the concept of a donor risk index. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg.* avr 2006;6(4):783-90.
29. Callaghan CJ, Charman SC, Muiesan P, Powell JJ, Gimson AE, van der Meulen JHP, et al. Outcomes of transplantation of livers from donation after circulatory death donors in the UK: a cohort study. *BMJ Open.* 3 sept 2013;3(9):e003287.
30. Jay CL, Lyuksemburg V, Ladner DP, Wang E, Caicedo JC, Holl JL, et al. Ischemic cholangiopathy after controlled donation after cardiac death liver transplantation: a meta-analysis. *Ann Surg.* févr 2011;253(2):259-64.
31. de Vera ME, Lopez-Solis R, Dvorchik I, Campos S, Morris W, Demetris AJ, et al. Liver transplantation using donation after cardiac death donors: long-term follow-up from a single center. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg.* avr 2009;9(4):773-81.
32. DeOliveira ML, Jassem W, Valente R, Khorsandi SE, Santori G, Prachalias A, et al. Biliary complications after liver transplantation using grafts from donors after cardiac death: results from a matched control study in a single large volume center. *Ann Surg.* nov 2011;254(5):716-22; discussion 722-723.
33. Foley DP, Fernandez LA, Levenson G, Anderson M, Mezrich J, Sollinger HW, et al. Biliary complications after liver transplantation from donation after cardiac death donors: an analysis of risk factors and long-term outcomes from a single center. *Ann Surg.* avr 2011;253(4):817-25.
34. Laing RW, Scalera I, Isaac J, Mergental H, Mirza DF, Hodson J, et al. Liver Transplantation Using Grafts From Donors After Circulatory Death: A Propensity Score-Matched Study From a Single Center. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg.* juin 2016;16(6):1795-804.
35. Doyle MBM, Collins K, Vachharajani N, Lowell JA, Shenoy S, Nalbantoglu I, et al. Outcomes Using Grafts from Donors after Cardiac Death. *J Am Coll Surg.* juill 2015;221(1):142-52.
36. de Rougemont O, Breitenstein S, Leskosek B, Weber A, Graf R, Clavien P-A, et al. One hour hypothermic oxygenated perfusion (HOPE) protects nonviable liver allografts donated after cardiac death. *Ann Surg.* nov 2009;250(5):674-83.
37. Kapila N, Menon KVN, Al-Khalloufi K, Vanatta JM, Murgas C, Reino D, et al. Hepatitis C Virus NAT-Positive Solid Organ Allografts Transplanted Into Hepatitis C Virus-Negative Recipients: A Real-World Experience. *Hepatology Baltim Md.* juill 2020;72(1):32-41.
38. Cholongitas E, Papatheodoridis GV, Burroughs AK. Liver grafts from anti-hepatitis B core positive donors: a systematic review. *J Hepatol.* févr 2010;52(2):272-9.
39. Chu MJJ, Dare AJ, Phillips ARJ, Bartlett ASJR. Donor Hepatic Steatosis and Outcome After Liver Transplantation: a Systematic Review. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* sept 2015;19(9):1713-24.

40. Busuttil RW, Tanaka K. The utility of marginal donors in liver transplantation. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* juill 2003;9(7):651-63.
41. Renz JF, Kin C, Kinkhabwala M, Jan D, Varadarajan R, Goldstein M, et al. Utilization of extended donor criteria liver allografts maximizes donor use and patient access to liver transplantation. *Ann Surg.* oct 2005;242(4):556-63; discussion 563-565.
42. Grazi GL, Cescon M, Ravaioli M, Ercolani G, Pierangeli F, D'Errico A, et al. A revised consideration on the use of very aged donors for liver transplantation. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg.* mai 2001;1(1):61-8.
43. Nardo B, Masetti M, Urbani L, Caraceni P, Montalti R, Filipponi F, et al. Liver transplantation from donors aged 80 years and over: pushing the limit. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg.* juill 2004;4(7):1139-47.
44. Ghinolfi D, Pezzati D, Rreka E, Balzano E, Catalano G, Coletti L, et al. Nonagenarian Grafts for Liver Transplantation. *Liver Transpl.* 2019;25(9):1439-44.
45. Schmucker DL. Age-related changes in liver structure and function: Implications for disease ? *Exp Gerontol.* sept 2005;40(8-9):650-9.
46. Dasari BVM, Schlegel A, Mergental H, Perera MTPR. The use of old donors in liver transplantation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* avr 2017;31(2):211-7.
47. Anantharaju A, Feller A, Chedid A. Aging Liver. A review. *Gerontology.* déc 2002;48(6):343-53.
48. Tajiri K, Shimizu Y. Liver physiology and liver diseases in the elderly. *World J Gastroenterol.* 14 déc 2013;19(46):8459-67.
49. Wakabayashi H, Nishiyama Y, Ushiyama T, Maeba T, Maeta H. Evaluation of the effect of age on functioning hepatocyte mass and liver blood flow using liver scintigraphy in preoperative estimations for surgical patients: comparison with CT volumetry. *J Surg Res.* août 2002;106(2):246-53.
50. Yasuda S, Nomi T, Hokuto D, Yoshikawa T, Matsuo Y, Sho M. Liver Regeneration After Major Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma in the Elderly. *J Investig Surg Off J Acad Surg Res.* avr 2020;33(4):332-8.
51. Sersté T, Bourgeois N. Ageing and the liver. *Acta Gastro-Enterol Belg.* sept 2006;69(3):296-8.
52. Aggarwal S, Kang Y, Freeman JA, Fortunato FL, Pinsky MR. Postreperfusion syndrome: cardiovascular collapse following hepatic reperfusion during liver transplantation. *Transplant Proc.* août 1987;19(4 Suppl 3):54-5.
53. L'ischémie reperfusion : un passage obligatoire de la transplantation – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 26 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/lischemie-reperfusion-un-passage-obligatoire-de-la-transplantation/>

54. Olthoff KM, Kulik L, Samstein B, Kaminski M, Abecassis M, Emond J, et al. Validation of a current definition of early allograft dysfunction in liver transplant recipients and analysis of risk factors. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* août 2010;16(8):943-9.
55. Ploeg RJ, D'Alessandro AM, Knechtle SJ, Stegall MD, Pirsch JD, Hoffmann RM, et al. Risk factors for primary dysfunction after liver transplantation--a multivariate analysis. *Transplantation.* avr 1993;55(4):807-13.
56. Memeo R, Ciaccio O, Pittau G, Cherqui D, Castaing D, Adam R, et al. Systematic computer tomographic scans 7 days after liver transplantation surgery can lower rates of repeat-transplantation due to arterial complications. *Transplant Proc.* déc 2014;46(10):3536-42.
57. Jiménez-Romero C, Clemares-Lama M, Manrique-Municio A, García-Sesma A, Calvo-Pulido J, Moreno-González E. Long-term results using old liver grafts for transplantation: sexagenarian versus liver donors older than 70 years. *World J Surg.* sept 2013;37(9):2211-21.
58. Ghinolfi D, Marti J, Simone PD, Lai Q, Pezzati D, Coletti L, et al. Use of Octogenarian Donors for Liver Transplantation: A Survival Analysis. *Am J Transplant.* 2014;14(9):2062-71.
59. Barbier L, Cesaretti M, Dondero F, Cauchy F, Khoy-Ear L, Aoyagi T, et al. Liver Transplantation With Older Donors: A Comparison With Younger Donors in a Context of Organ Shortage. *Transplantation.* nov 2016;100(11):2410-5.
60. Bertuzzo VR, Cescon M, Odaldi F, Di Laudo M, Cucchetti A, Ravaioli M, et al. Actual Risk of Using Very Aged Donors for Unselected Liver Transplant Candidates: A European Single-center Experience in the MELD Era. *Ann Surg.* févr 2017;265(2):388-96.
61. Cascales-Campos PA, Ramírez P, González-Sánchez MR, Alconchel F, Martínez-Insfran LA, Sánchez-Bueno F, et al. Orthotopic Liver Transplantation With Elderly Donors (Over 80 Years of Age): A Prospective Evaluation. *Transplant Proc.* déc 2018;50(10):3594-600.
62. Gajate Martín L, Martín Grande A, Parise Roux D, González Cibrián C, Fernández Martín C, Rodríguez Gandía MA, et al. Short-term Results of Liver Transplantation With Octogenarian Donors. *Transplant Proc.* févr 2018;50(1):184-91.
63. Kok B, Dong V, Karvellas CJ. Graft Dysfunction and Management in Liver Transplantation. *Crit Care Clin.* janv 2019;35(1):117-33.
64. Vivarelli M, Cucchetti A, La Barba G, Bellusci R, De Vivo A, Nardo B, et al. Ischemic arterial complications after liver transplantation in the adult: multivariate analysis of risk factors. *Arch Surg Chic Ill 1960.* oct 2004;139(10):1069-74.
65. Stewart ZA, Locke JE, Segev DL, Dagher NN, Singer AL, Montgomery RA, et al. Increased risk of graft loss from hepatic artery thrombosis after liver transplantation with older donors. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* déc 2009;15(12):1688-95.

66. Weiss S, Schmidt S-C, Ulrich F, Pascher A, Schumacher G, Stockmann M, et al. Biliary reconstruction using a side-to-side choledochocholedochostomy with or without T-tube in deceased donor liver transplantation: a prospective randomized trial. *Ann Surg.* nov 2009;250(5):766-71.
67. Domagala P, Takagi K, Ijzermans JN, Polak WG. Grafts from selected deceased donors over 80 years old can safely expand the number of liver transplants: A systematic review and meta-analysis. *Transplant Rev Orlando Fla.* 2019;33(4):209-18.
68. Ghinolfi D, Simone PD, Lai Q, Pezzati D, Coletti L, Balzano E, et al. Risk analysis of ischemic-type biliary lesions after liver transplant using octogenarian donors. *Liver Transpl.* 2016;22(5):588-98.
69. Lima AS, Pereira BB, Jungmann S, Machado CJ, Correia MITD. RISK FACTORS FOR POST-LIVER TRANSPLANT BILIARY COMPLICATIONS IN THE ABSENCE OF ARTERIAL COMPLICATIONS. *Arq Bras Cir Dig ABCD Braz Arch Dig Surg.* 2020;33(3):e1541.
70. Akamatsu N, Sugawara Y, Hashimoto D. Biliary reconstruction, its complications and management of biliary complications after adult liver transplantation: a systematic review of the incidence, risk factors and outcome. *Transpl Int Off J Eur Soc Organ Transplant.* avr 2011;24(4):379-92.
71. Hashimoto K, Miller C. The use of marginal grafts in liver transplantation. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2008;15(2):92-101.
72. Cescon M, Grazi GL, Ercolani G, Nardo B, Ravaioli M, Gardini A, et al. Long-term survival of recipients of liver grafts from donors older than 80 years: is it achievable? *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* nov 2003;9(11):1174-80.
73. Jiménez Romero C, Moreno González E, Colina Ruíz F, Palma Carazo F, Loinaz Seguro C, Rodríguez González F, et al. Use of octogenarian livers safely expands the donor pool. *Transplantation.* 27 août 1999;68(4):572-5.
74. D'Errico A, Riefolo M, Serenari M, De Pace V, Santandrea G, Monica M, et al. The histological assessment of liver fibrosis in grafts from extended criteria donors predicts the outcome after liver transplantation: A retrospective study. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver.* févr 2020;52(2):185-9.
75. Liu W-Y, Wang J-H, Guo Y, Wang X, Wu X-D, Xu C-S, et al. Transient elastography for assessment of fibrosis and steatosis of liver grafts from brain-death donors. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* avr 2020;44(2):155-61.
76. Kim DY, Moon J, Island ER, Tekin A, Ganz S, Levi D, et al. Liver transplantation using elderly donors: a risk factor analysis. *Clin Transplant.* 2011;25(2):270-6.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.